Ikke-vestlige innvandreres helse:

Ikke flere syke, men når de først blir syke...

Forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn innvandrere. Dette viser landsrepresentative intervjuundersøkelser av helsetilstanden gjennomført i 1995 og 1996. Funnet er overraskende sett i lys av tidligere undersøkelser. Men når ikke-vestlige innvandrere først blir syke, rammes de hardere, og sykdommen medfører større konsekvenser for aktivitetsnivået særlig blant de eldre. Blir dette en utfordring for framtidens helsevesen?

Svein Blom og Jorun Ramm

Artikkelen sammenlikner helsetilstanden for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn. Forskning om forskjeller og likheter i helse og sykelighet mellom innvandrere og nordmenn har ikke vært utbredt her til lands. Det som foreligger av studier, er gjerne basert på intervju- eller registerdata fra lokalområder eller pasientmateriale fra bestemte sykehus eller helsesentra. Slike data lar seg vanskelig benytte til å anslå hvor utbredt bestemte lidelser er blant innvandrere på landsbasis. Innslaget av personer med innvandrerbakgrunn i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser har heller ikke vært stort nok til å danne grunnlag for egne analyser av innvandrerbefolkningens helse. I denne artikkelen benytter vi intervjudata fra de landsrepresentative undersøkelsene Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen

Ramme 1. Undersøkelsen Levekår blant innvandrere 1996

Innvandrere fra åtte ikke-vestlige land i alderen 16-70 år med minst to års botid i Norge ble intervjuet våren 1996 om utdanning, arbeid, økonomi, bolig, sosiale kontakter, helse, diskriminering, aktiviteter m.m. Innvandrere er her definert som personer med to utenlandsfødte foreldre. De aller fleste er født i utlandet (førstegenerasjonsinnvandrere). Andregenerasjonsinnvandrere (født i Norge) utgjør 5 prosent av nettoutvalget.

Utvalget er representativt for åtte innvandrergrupper i Norge: personer med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia (unntatt Bosnia-Hercegovina)[1], Tyrkia, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile, i alt en populasjon på nærmere 48 000 personer i alderen 16-70 år. Når vi i artikkelen taler om "innvandrere" eller "innvandrerne", sikter vi til denne målgruppen. I nærværende artikkel presenterer vi bare resultater for aldersgruppen 16-66 år.

Til sammen 2 561 personer ble intervjuet, flesteparten på sitt eget morsmål. Frafallet var på 33,2 prosent, størst for personer fra Tyrkia og Pakistan (henholdsvis 46 og 38 prosent) og minst for personer fra Sri Lanka og Vietnam (henholdsvis 20 og 26 prosent). Til intervjudataene er koplet registerdata over utdanning, sysselsetting, arbeidsløshet, inntekt og ankomstår o.a.

Utvalget er trukket med om lag like mange fra hver nasjonalitetsgruppe, selv om gruppene i virkeligheten varierer i størrelse fra 10 900 med pakistansk bakgrunn til 2 100 med somalisk bakgrunn. Resultater for de åtte nasjonalitetsgruppene samlet blir veid i henhold til gruppenes størrelse i befolkningen (jf. Gulløy, Blom og Ritland 1997:20). Ettersom gruppene er ulikt fordelt etter alder og kjønn, påvirker veiingen også alders- og kjønnsfordelingen i det samlede innvandrerutvalget.

For sammenlikningens skyld inneholder artikkelen resultater for nordmenn basert på *Levekårsundersøkelsen 1995*. Nordmenn er definert som personer med minst én norskfødt forelder. Fordi det i målgruppen av innvandrere (se over) er relativt flere yngre personer, menn og byboere enn i utvalget av nordmenn, veier vi opp verdiene til disse kategoriene av nordmenn før vi sammenlikner (jf. Blom og Ritland 1997:8f.).

Ramme 2. Kartleggingen av varig sykdom
Følgende spørsmål om helse ble stilt i de to levekårsundersøkelsene: "Har du noen varig sykdom eller lidelse, noen virkning av skade eller funksjonshemming? Ta med alle slike tilfeller, også de som du betrakter som forholdsvis bagatellmessige." I alt ni forskjellige syketilfeller kunne noteres per person. Når intervjupersonen ikke husket flere, eller dersom hun/han ikke husket noen, ble vedkommende vist et kort med stikkord for 38 mulige sykdommer og spurt om hun/han "har .. noen av sykdommene på kortet". Blant sykdommene som ble nevnt på kortet, var nervøse lidelser, astma, høysnue og eksem.

Syketilfellene er kodet på tresiffernivå i henhold til niende revisjon av Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-9 (Statistisk sentralbyrå 1997). Hvert syketilfelle (diagnose) i standarden er gruppert under en av 12 hovedgrupper for sykdom. En skala for egenvurdering av helsen fra "meget god" til "meget dårlig", benyttet i helseundersøkelsene 1985 og 1995 (Ramm 1997), inngikk ikke i levekårsundersøkelsene.

Tabell 1: **Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgrupper. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent**

Sykdomsgruppe	Innvandrere	Nordmenn
Alle sykdomsgrupper	38	48
Nervøse lidelser	7	3
Ubestemte, ukjente årsaker	5	1
Sykdommer i nervesystemet	5	5
Migrene	4	3
Øye- og øresykdommer	1	2
Hjerte- og karsykdommer	5	4
Sykdommer i åndedrettsorganene	7	16
Høysnue (allergisk rhinitt)	3	12
Bronkial astma	2	5
Magesår, magekatarr mv.	3	1
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	2	2
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	1	1
Sykdommer i hud og underhud	4	9
Eksem (kontaktdermatitt)	1	7
Sykdommer i skjelettmuskelsystemet	15	16
Andre sykdommer	7	4
Diabetes mellitus	2	1
Skader	6	7
N (uveid)	2 548	3 001
N (veid)	2 547	3 521

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

1995 (se ramme 1) til å tegne et bilde av helsetilstanden til ikke-vestlige innvandrere og nordmenn i kontrast til hverandre.

Mindre sykdom blant innvandrerne

Både innvandrere og nordmenn ble spurt om de har noen varig sykdom eller lidelse, virkning av skade eller funksjonshemming (heretter kalt "varig sykdom") og i så fall hvilke(n) (se ramme 2).

Svarene på spørsmålet framgår av tabell 1. Tabellen viser at 38 prosent av innvandrerne og 48 prosent av nordmennene i alderen 16-66 år oppgir å ha en varig sykdom. Andelen kan synes høy, men mange av sykdommene må betraktes som relativt bagatellmessige. Vi merker oss at forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn innvandrere. Dette er overraskende sett i lys av tidligere undersøkelser.

Svenske undersøkelser basert på sammenføyde årganger av levekårsundersøkelser fra slutten av 1980-tallet/begynnelsen av 1990-tallet viser for eksempel at innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika har dårligere helse enn den svenske befolkningen (Leiniö 1995, Häll 1996, 1997). En nylig offentliggjort spesialundersøkelse av levekårene til chilenske, iranske, polske og tyrkiske innvandrere i Sverige viser det samme (Socialstyrelsen 1998). Svenske registerdata har dessuten vist at ikke-vestlige innvandrere hadde høyere sykefravær i 1990 enn andre sysselsatte i Sverige. Forskjellen skyldtes for en del at innvandrere er sysselsatt i mer risikofylte yrker (Kindlund 1996).

FAFOs levekårsundersøkelser i Oslo i 1993 og 1995 viser derimot at utvalgte flyktning- og innvandrergrupper under ett ikke har dårligere helse enn andre osloboere (Hagen, Djuve og Vogt 1994, Djuve og Hagen 1995). Forskjellen mellom de enkelte innvandrergruppene er imidlertid store. En landsomfattende registerstudie foretatt i Statistisk sentralbyrå av uførepensjonerte 16-66-åringer viser likeledes at de aldersstandardiserte uføreandelene i 1992 ikke var større blant innvandrere fra Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika enn blant nordmenn (Lajord og Flittig 1995:tabell A.3.3).

Mer nervøse lidelser blant innvandrerne

Tabell 1 gir også opplysninger om hvordan sykdommene fordeler seg på forskjellige sykdomsgrupper og noen enkeltdiagnoser for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn. Tabellen viser at nervøse lidelser forekommer oftere blant innvandrerne enn blant nordmenn. Henholdsvis

7 prosent av innvandrerne og 3 prosent av nordmennene oppgir å ha en nervøs lidelse. Innvandrerne rapporterer blant annet en høyere andel ubestemte eller "diffuse" nervøse lidelser enn nordmenn.

Muskel-skjelettlidelser er på den annen side omtrent like utbredt blant nordmenn som blant innvandrerne. Om lag 15 prosent i begge disse gruppene rapporterer å ha en lidelse i skjelett-muskelsystemet.

Tidligere undersøkelser har gitt andre resultater. Både blant uførepensjonerte og langtidssykemeldte i Oslo var andelen som oppgav muskelskjelettplager som hoveddiagnose større blant innvandrere enn blant nordmenn, mens andelen som oppgav psykiske plager var lavere blant innvandrere enn blant nordmenn (Grünfeld og Noreik 1991, 1992). Pasientmateriale fra enkelte legesentra i Oslo gir likeledes inntrykk av at innvandrere har mindre psykiske plager enn nordmenn (Austveg 1987, Næss 1992, Steihaug og Rutle 1997).

Nyere undersøkelser fra Sverige viser derimot at innvandrere har mer nervøse lidelser enn majoritetsbefolkningen (Tomson og Lichtenstein 1988, Emami 1997, Leiniö 1995, Socialstyrelsen 1998). Kindlund (1996:36) hevder i en studie av innvandrere i trygdesystemet at "den psykiska hälsan bevisligen är sämre bland invandrare än bland svenskar". Ifølge FAFOs levekårsundersøkelse i Oslo hadde for øvrig innvandrere fra Chile, Pakistan og Sri Lanka et høyere forbruk av beroligende midler enn nordmenn (Hagen, Djuve og Vogt 1994).

Mer diabetes blant innvandrerne

Tabell 1 viser videre at innvandrere noe oftere enn nordmenn oppgir å ha magesår eller magekatarr, og at sukkersyke (*diabetes mellitus*) er mer utbredt blant innvandrerne. I aldersgruppen 45-66 år oppgir 9 prosent av innvandrerne og 1 prosent av nordmennene å lide av sukkersyke (jf. tabell 2). Blant pakistanere i den eldste aldersgruppen er tilsvarende andel 19 prosent[2]. Tidligere studier har vist at asiatiske innvandrere, særlig pakistanere, har høyere risiko for svangerskaps- og alderdomsdiabetes (type 2) enn nordmenn og andre europeere (Mather og Keen 1985, Stoltenberg 1992b).

Både genetiske og miljømessige faktorer er anført som mulige årsaker til sykdommen diabetes. Som miljømessige årsaksfaktorer nevnes blant annet overvekt/vektoppgang i kombinasjon med liten fysisk aktivitet (Stoltenberg 1992a).

Mer åndedretts- og hudlidelser blant nordmenn

Nordmenn ser på sin side ut til å være vesentlig mer plaget av sykdommer i åndedrettsorganene og i hud og underhud enn innvandrere. Dette bidrar til at andelen som alt i alt rapporterer om sykdom, blir høyere blant nordmenn enn blant innvandrerne. Mens 16 prosent nordmenn oppgir å ha åndedrettslidelser, er andelen som oppgir denne typen sykdom under halvparten så stor blant innvandrerne, 7 prosent (tabell 1). Likeledes er andelen med hudlidelser 9 prosent blant nordmenn og 4 prosent blant innvandrerne. Det er særlig allergisk betingede sykdommer som høysnue (*allergisk rhinitt*), astma (*bronkial astma*) og eksem (*kontaktdermatitt og andre eksemer*) som er mer utbredte blant nordmenn.

Astmatiske og allergiske lidelser blant barn og unge har vært spesielt påaktet og fokusert i senere tid. Det er mulig at forskjellen mellom nordmenn og innvandrere i utbredelsen av disse sykdommene kan skyldes at nordmenn er blitt mer årvåkne overfor denne type lidelser. Alternativt kan vi tenke oss at forskjeller i eksponeringen for kunstige stoffer, livsstils- og/eller kostholdsforskjeller kan ligge bak den forskjellen vi har observert. For eksempel er innvandrernes kosthold trolig mer basert på råvarer de bearbeider selv framfor ferdigprodukter med tilsetningsstoffer, selv om vi også vet at innvandrerne med tiden tilpasser sitt kosthold til vertslandets (Samuelson 1984, Koctürk 1993). En "vestlig livsstil" med sterke krav til hygiene er likeledes antatt å kunne øke risikoen for allergi (Dybing mfl. 1996).

På den annen side kunne vi tvert om forvente at innvandrere skulle ha mer astmatiske/allergiske lidelser enn nordmenn, når vi tar i betraktning at de oftere bor i de mest trafikkbelastede områdene i storbyene der luftkvaliteten er dårligst. Det er kjent at luftforurensning (svevestøv) kan utløse allergiske reaksjoner (Statistisk sentralbyrå 1998:61f.). Dersom den påviste forskjellen mellom nordmenn og innvandrere i utbredelsen av allergiske lidelser er reell og ikke skyldes ulik rapporteringspraksis, er det en oppgave for medisinsk forskning å avdekke årsakene til forskjellen.

Innvandrerne blir i høyere grad sykere med årene

Tabell 2 viser som ventet at den rapporterte sykeligheten øker med alderen. Andelen med varig sykdom er lavere blant innvandrerne enn blant nordmenn i de to yngste aldersgruppene, mens den er høyere blant innvandrerne i aldersgruppen 45-66 år. I denne aldersgruppen oppgir 67 prosent av innvandrerne og 60 prosent av nordmennene å ha

Tabell 2: Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgruppe og alder. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent

	Innvandrere			Nordmenn		
Sykdomsgrupper	16-24 år	25-44 år	45-66 år	16-24 år	25-44 år	45-66 år
Alle sykdomsgrupper	19	36	67	39	48	60
Nervøse lidelser	4	7	11	3	2	5
Ubestemte, ukjente årsaker	2	5	8	0	1	3
Sykdommer i nervesystemet	1	6	8	3	4	9
Migrene	1	4	4	2	3	5
Øye- og øresykdommer	0	1	2	1	2	3
Hjerte- og karsykdommer	2	3	16	0	2	14
Sykdommer i åndedrettsorganene	5	7	11	18	16	13
Høysnue (allergisk rhinitt)	2	3	6	13	12	7
Bronkial astma	2	1	4	6	4	4
Magesår, magekatarr mv.	0	3	5	0	1	2
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	1	2	5	0	1	4
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	-	1	2	0	1	1
Sykdommer i hud og underhud	3	3	5	9	10	6
Eksem (kontaktdermatitt)	2	1	2	9	7	3
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet	3	14	34	6	16	28
Andre sykdommer	2	5	19	2	3	8
Diabetes mellitus	-	1	9	0	1	1
Skader	4	5	9	9	5	8
N (uveid)	519	1 652	377	596	1 366	1 039
N (veid)	563	1 566	418	759	2 193	569

0: Mindre enn 0,5 av den brukte enheten
-: Null
Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

en varig sykdom. Selv om andelen med varig sykdom er lavere blant innvandrerne når alle aldere ses under ett (jf. tabell 1), er den høyere blant innvandrerne enn blant nordmennene i den eldste aldersgruppen.

Helsen er følgelig mest aldersavhengig blant innvandrerne. Andelen som oppgir å ha minst én varig sykdom, øker med 48 prosentpoeng fra yngste til eldste aldersgruppe blant innvandrerne, mens den øker med bare 21 prosentpoeng blant nordmenn. Kanskje reflekterer dette at "innvandrere eldes fortere enn nordmenn". Hvorvidt dette utsagnet rommer en realitet i biologisk forstand eller snarere avspeiler at innvandrere definerer alderdom annerledes enn nordmenn, f.eks. i relasjon til familiefaser, vites ikke. I sin lærebok for helsearbeidere hevder Hanssen (1996:101f.) at "innvandrere beskriver seg selv som 'gamle' langt tidligere enn det skandinaver gjør". Selv antyder hun at påkjenninger i form av sykdom i hjemlandet og i Norge, omstillingsproblemer i forbindelse med migrasjonen og arbeidsbelastninger "til sammen kan .. føre til at aldringsprosessen begynner tidligere hos dem enn hos skandinaver".

Alder ved ankomst viktigst for sykeligheten

Fordi vi kjenner innvandringsåret, er det mulig å dele alderen ved intervjutidspunktet i hvor gammel personen var ved ankomsten til Norge og varigheten av oppholdet her. Nærmere undersøkelser viser at alderen ved ankomst er den av de to faktorene som har størst betydning for sykeligheten.[3] Jo eldre personen var ved ankomsten, jo større er risikoen for at vedkommende har en varig sykdom på intervjutidspunktet. Men også oppholdstiden i Norge er av betydning for sykeligheten. Jo lengre oppholdstiden er, jo større er risikoen for varig sykdom. Både alderen ved ankomst og oppholdstiden øker med alderen ved intervjutidspunktet, men alderen ved ankomst øker uten sammenlikning mest. At ankomstalderen er mer avgjørende for sykeligheten enn lengden på oppholdet i Norge, kan skyldes at helserisikoen er større i innvandrernes hjemland enn i Norge og at mye av grunnnlaget for helsen blir lagt allerede i barneårene.

Økningen i andelen med varig sykdom etter alder kan iakttas for de fleste sykdomsgruppene. Det foreligger to unntak, begge for nordmenn. Det gjelder sykdommer i åndedrettsorganene og sykdommer i hud og underhud. Andelen som rapporterer problemer i tilknytning til disse sykdomsgruppene, synker fra den yngste til den eldste aldersgruppen. Dette bunner i at utbredelsen av astma, høysnue og eksem avtar med alder for nordmenn. Også Helseundersøkelsen 1995 viste at andelen som oppgir sykdom i åndedrettsorganene eller i hud og underhud, synker med alderen i

Tabell 3: **Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgruppe og kjønn. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent**

	Innvandrere		Nordmenn	
Sykdomsgrupper	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alle sykdomsgrupper	34	42	47	49
Nervøse lidelser	5	8	2	4
Ubestemte, ukjente årsaker	4	6	1	2
Sykdommer i nervesystemet	3	7	4	6
Migrene	2	6	2	5
Øye- og øresykdommer	2	1	2	1
Hjerte- og karsykdommer	4	6	3	5
Sykdommer i åndedrettsorganene	7	7	16	16
Høysnue (allergisk rhinitt)	3	3	12	11
Bronkial astma	2	2	4	5
Magesår, magekatarr mv.	3	3	2	1
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	2	2	2	1
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	1	1	0	1
Sykdommer i hud og underhud	3	4	8	12
Eksem (kontaktdermatitt)	1	2	5	9
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet	13	16	13	19
Andre sykdommer	5	10	2	6
Diabetes mellitus	2	2	1	1
Skader	6	6	8	5
N (uveid)	1 450	1 098	1 514	1 487
N (veid)	1 445	1 102	2 064	1 457

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

intervallet 16-66 år (Statistisk sentralbyrå 1996b:tabell 1). Denne tendensen kan vi ikke iaktta blant innvandrerne.

Kvinner mer syke

Forskjellen mellom kjønnene i andelen som rapporterer om varig sykdom, er størst blant innvandrerne (tabell 3). Mens forskjellen er på 2 prosentpoeng blant nordmenn (ikke statistisk signifikant), er den på 8 prosentpoeng blant innvandrerne. Det er kvinnene som oftest rapporterer om varig sykdom. Kjønnsforskjellen ville vært større blant nordmenn (5 prosentpoeng i stedet for 2) dersom verdiene ikke hadde vært veid (jf. ramme 1). Forskjellen mellom kjønnene i sykelighet for nordmenn er størst i den eldste aldersgruppen (ikke vist i tabellen), og betydningen av denne aldersgruppen blir redusert når vi veier.

Blant nordmenn er det kvinnene som er mest plaget av nervøse lidelser, sykdom i nervesystemet, sykdom i hud og underhud, sykdom i skjelett-muskelsystemet og andre sykdommer. Menn er på sin side noe oftere rammet av skader og magelidelser enn kvinner.[4] De aller fleste av disse funnene er i overensstemmelse med funn fra Helseundersøkelsen 1995 (Statistisk sentralbyrå 1996b:tabell 1).

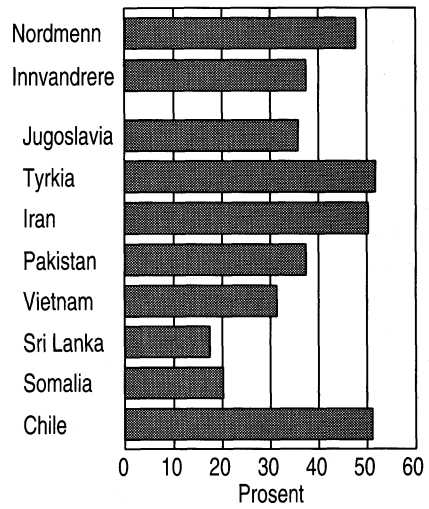
De samme kjønnsforskjellene kan vi i hovedsak observere også for innvandrerne. Blant innvandrerne er imidlertid kvinnene ikke mer plaget av sykdom i hud og underhud enn menn, og menn ikke mer plaget av magelidelser og skader enn kvinner. På den annen side oppgir kvinnene noe mer hjerte- og karsykdommer enn menn.

Mest sykelighet blant tyrkere, iranere og chilenere

Det er forskjeller i sykelighet mellom innvandrerne etter hvilket land de kommer fra. Stort sett kan vi iaktta samme mønster etter landbakgrunn for de fleste sykdomsgruppene. Det er derfor unødvendig å ta med en tabell som belyser hvordan hver enkelt sykdomsgruppe fordeler seg etter landbakgrunn. En slik tabell vil inngå i en samlerapport fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere som vil bli utgitt senere. Vi nøyer oss her med å vise forskjellen i andelen som i det hele tatt oppgir å ha noen varig sykdom, etter landbakgrunn (figur 1).

Figuren viser at andelen som rapporterer om sykdom, er størst blant innvandrere fra Tyrkia, Iran og Chile der den utgjør om lag 50 pro-

Figur 1: **Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år. Prosent**



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

sent. Innvandrere fra Pakistan og det tidligere Jugoslavia danner en mellomgruppe med en andel i underkant av 40 prosent, mens innvandrere fra Somalia og Sri Lanka har den laveste andelen med varig sykdom, om lag 20 prosent.

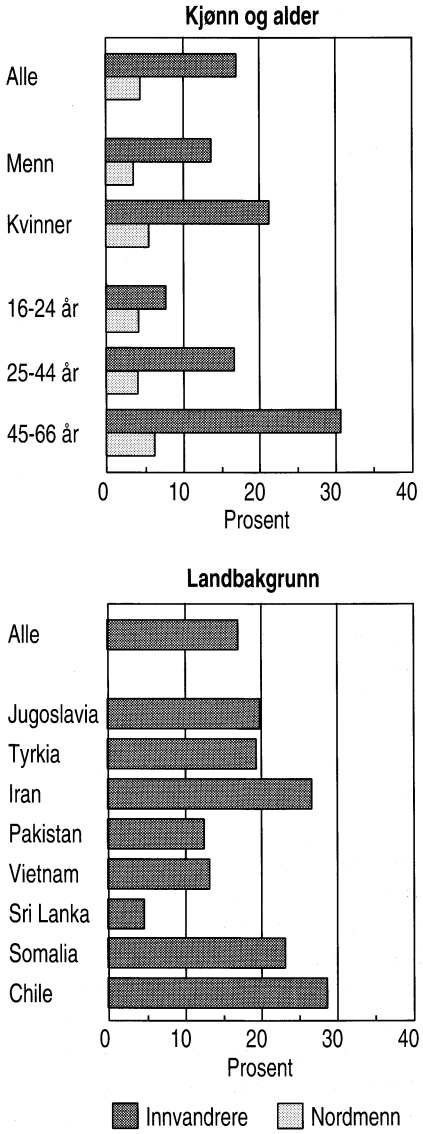
Hvorvidt det ligger aldersforskjeller bak innvandrergruppenes forskjellige omfang av sykelighet etter landbakgrunn, har vi undersøkt i en multivariat analyse. Analysen viser at aldersforskjellene bare bidrar ubetydelig til å forklare de observerte forskjellene innvandrergruppene imellom med hensyn til rapportert sykelighet.[5]

Vi har også undersøkt hva oppholdsgrunnen betyr for den samlede rapporterte sykeligheten (ikke vist). Andelen som oppgir en varig sykdom, er størst blant dem som kom til landet som arbeidsinnvandrere og minst blant dem som kom av "andre grunner" (bl.a. studier). Familiegjenforente og flyktninger plasserer seg mellom disse gruppene med hensyn til rapportert sykelighet. En multivariat analyse viser imidlertid at betydningen av oppholdsgrunn blir borte straks vi kontrollerer for alder og kjønn.[6] I motsetning til hva vi forventet, er altså ikke oppholdsgrunn i seg selv avgjørende for i hvilken grad man rapporterer sykdom.

Symptomer på nervøse lidelser vanligst blant innvandrerne

I tillegg til det åpne spørsmålet om varige sykdommer, stilte vi også et spørsmål om intervjupersonen i løpet av de siste seks månedene hadde 1) vært plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg, 2) vært plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet eller 3) følt seg deprimert og nedfor slik at hun/han ikke orket noen

Figur 2: **Andel med hyppige symptomer på nervøse lidelser[1], etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år. Prosent**



[1] Personer som svarte at de i løpet av de siste seks månedene ofte 1) var plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg, eller 2) var plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet, eller 3) hadde følt seg deprimert

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

ting. Ved hvert av utsagnene kunne intervjupersonen velge mellom svarene "ofte", "av og til" eller "aldri". Personer som svarte "ofte" på minst ett av utsagnene, regnet vi for å ha "hyppige symptomer på nervøse lidelser" (jf. Statistisk sentralbyrå 1996a:120).

Andelen som rapporterer å ha "hyppige symptomer på nervøse lidelser", er langt høyere blant innvandrere enn nordmenn. Mens 5 prosent nordmenn oppgir slike symptomer, er andelen blant innvandrere vel tre ganger så stor, 17 prosent (figur 2). Andelen er størst blant kvinnene, og den øker med alderen, spesielt blant innvandrerne. I den eldste aldersgruppen er andelen med hyppige symptomer på nervøse lidelser hele 31 prosent blant innvandrerne.

Disse resultatene styrker inntrykket av at innvandrere flest ikke er mer tilbakeholdne med å informere om nervøse lidelser enn nordmenn, i hvert fall ikke overfor en intervjuer. Noen har hevdet at innvandrere er mer tilbøyelige til å "somatisere" sine psykiske lidelser enn nordmenn, dvs. at de oppfatter og formidler lidelsene som om de skulle være overveiende "kroppslige" (Grünfeld og Noreik 1991). Ifølge Austveg (1987, 1994) kan slike eventuelle tilbøyeligheter skyldes kommunikasjonsvansker mellom pasient og lege. Språklig usikre pasienter benytter gjerne konkrete begrep for å uttrykke sine psykiske plager, mens legene på sin side lett kan overse den metaforiske betydningen av ord og vendinger som innvandrerpasientene bruker.

Lettere å fortelle om symptomer enn sykdommer

Terskelen for å innrømme hyppige symptomer på nervøse lidelser synes å være lavere enn terskelen for å oppgi nervøse lidelser under

sykdomskartleggingen, spesielt blant innvandrerne. Blant de eldste innvandrerne oppgir vel 10 prosent en nervøs lidelse (jf. tabell 2), mens vel 30 prosent ofte har vært plaget av hjertebank, nervøsitet eller depresjon de siste seks månedene ("hyppige symptomer på nervøse lidelser") (figur 2). Blant nordmenn i den eldste aldersgruppen er det ingen nevneverdig forskjell mellom andelen som oppgir en nervøs lidelse og andelen som rapporterer hyppige symptomer på nervøse lidelser (henholdsvis 5 og 6 prosent).

Andelen som oppgir hyppige symptomer på nervøse lidelser varierer betydelig etter hvilket land innvandrerne kommer fra. Mønsteret er ikke ulikt mønsteret for sykdom totalt. Innvandrere fra Iran, Somalia og Chile rapporterer oftest hyppige nervøse symptomer, mens innvandrere fra Pakistan, Vietnam og Sri Lanka er minst tilbøyelige til å rapportere slike symptomer. Ifølge en antropologisk studie av tamiler i Nord-Norge, er tamilene (hjemmehørende på Sri Lanka) den av innvandrergruppene som er minst villige til å innrømme psykiske lidelser (Grønseth 1996). Dette motsies ikke av våre data.

Vi finner ellers ikke at flyktninger rapporterer mer symptomer på nervøse lidelser enn andre innvandrere (ikke vist). Hvilke nasjonalitetsgrupper som i størst omfang oppgir symptomer på nervøse lidelser, blir ikke synderlig påvirket av at vi kontrollerer for innvandringsgrunn. Det er ingen statistisk sikker sammenheng mellom innvandringsgrunn og hyppige symptomer på nervøse lidelser når vi f.eks. kontrollerer for alder.[7] Vi har imidlertid sett at flyktninger rapporterer mer ensomhet enn andre innvandrergrupper (Blom 1997).

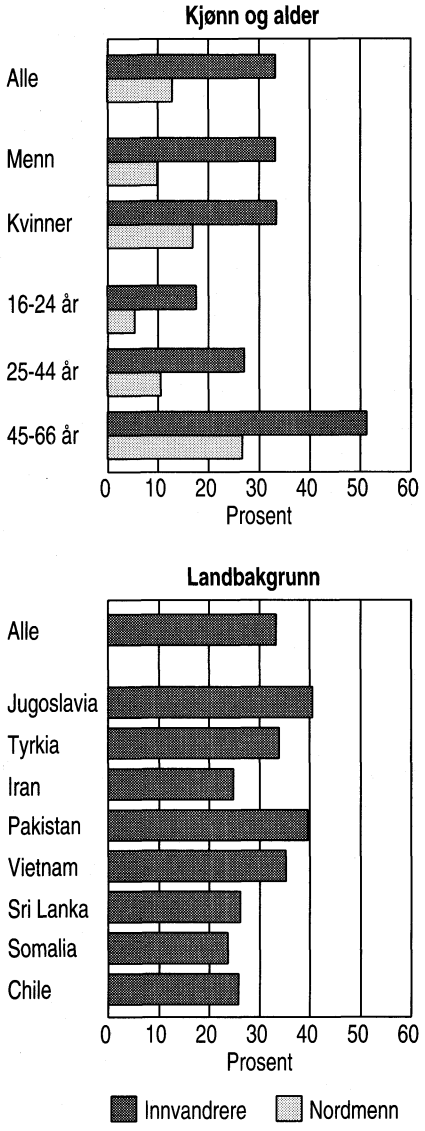
Innvandrerne vurderer sykdommene som alvorligere

Intervjupersonene som oppgav minst ett syketilfelle, ble også spurt om sykdommen(e) medfører begrensninger i arbeidsevnen "i høy grad", "i noen grad" eller "ikke i det hele tatt". Arbeidsevne har vi definert som evne til å ta del i inntektsgivende arbeid, husarbeid og skolegang/studier. Definisjonen blir nevnt for intervjupersonen dersom hun/han spør om den.

Det er påfallende stor forskjell i svarene til innvandrere og nordmenn. Blant dem som oppgir minst ett syketilfelle, svarer 33 prosent av innvandrerne og 13 prosent av nordmennene at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen i høy grad (figur 3). Andelen som vurderer det slik, stiger markert med alder både blant nordmenn og innvandrere. I den eldste aldersgruppen mener hver annen innvandrer og hver fjerde nordmann med minst én oppgitt sykdom at arbeidsevnen blir begrenset av sykdommen(e) i høy grad. Blant nordmenn er andelen som er av denne oppfatning, større blant kvinner enn menn; blant innvandrerne er det ingen kjønnsforskjell.

Hva kan grunnen være til at innvandrere oftere enn nordmenn vurderer sin(e) sykdom(mer) som begrensende for evnen til å arbeide? En mulighet er at innvandrere og nordmenn tenderer til å "medikalisere" sin arbeidsløshet, dvs. gi inntrykk av at arbeidsløsheten skyldes sykdom for slik å gjøre en vanskelig situasjon lettere å bære. Fordi innvandrere oftere er uten inntektsgivende arbeid, kan vi tenke oss at denne mekanismen gjør seg sterkest gjeldende blant dem. Våre data støtter imidlertid ikke denne hypotesen. En multivariat analyse viser at faktisk sysselsetting

Figur 3: Andel som mener at varig sykdom, skade eller funksjonshemming begrenser arbeidsevnen i høy grad, etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år, med minst ett rapportert syketilfelle. Prosent



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

betyr mindre for vurderingen av arbeidsevnen blant innvandrerne enn blant nordmenn.[8] Hadde "medikaliseringshypotesen" vært

riktig, ville utfallet ventelig vært motsatt.

Er forskjeller i sykdomsbildet forklaringen?

En annen mulig forklaring er at innvandrerne har andre og mer alvorlige sykdommer enn nordmenn. Tabell 1 viser at innvandrerne noe oftere rapporterer nervøse lidelser og lidelser som tilhører restgruppen "andre sykdommer" enn nordmenn, mens nordmenn noe oftere rapporterer sykdommer i åndedrettsorganene og sykdommer i hud og underhud. Forskjellen i vurderingen av arbeidsevnen kan tenkes å være en følge av disse forskjellene i sykdomsbildet. En multivariat analyse viser nemlig at sykdommer i åndedrettsorganene og i hud og underhud ikke bidrar til at innvandrere og nordmenn vurderer sin evne til å arbeide som nedsatt; det gjør på den annen side nervøse lidelser og "andre sykdommer".[9] Forskjellen mellom innvandreres og nordmenns sykdomsbilde er likevel så vidt liten at dette bare kan spille en mindre rolle.

Er vurderingskriteriene ulike?

En tredje mulighet er at innvandrere og nordmenn vurderer en og samme sykdom forskjellig. Vi har undersøkt om dette er tilfellet for dem som bare rapporterer én sykdom. For de øvrige intervjupersonene vet vi ikke hvilken sykdom de primært sikter til når de anser arbeidsevnen for å være nedsatt. Vi finner at innvandrere gjennomgående vurderer den enkelte sykdom som mer alvorlig enn nordmenn. Diagnosen "uspesifiserte ryggsykdommer" blir f.eks. i 17 av 63 tilfeller vurdert som i høy grad begrensende for arbeidsevnen av innvandrerne, mens den blir vurdert slik i 6 av 79 tilfeller av nordmenn. Hva "fasit" er, kan selvsagt vanskelig fastslås. Samme lidelse kan ramme ulike personer med ulik "tyngde". Noen diagnoser er dertil så rommelige at de kan omfatte forskjellige lidelser. I hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt som følge av sykdommen vil de intervjuede også kunne vurdere ulikt avhengig av hvilke arbeidsoppgaver de skal utføre.

Når ulike befolkningsgrupper vurderer samme sykdomstilfelle ulikt, er det nærliggende å spørre om gruppene legger forskjellige standarder til grunn. Leger og sykepleiere med erfaring fra innvandrerpasienter har iakttatt at innvandrerne har en tendens til å forstørre eller dramatisere sine lidelser (Austveg 1994:76 ff., Hanssen 1996:48 ff., Dyregrov 1997). Om dette er fordi de tror de må overkommunisere symptomer for å bli tatt på alvor, om innvandrerpasienten tolker symptomene annerledes, eller om normene for kommunikasjon om sykdom og smerte er annerledes i enkelte innvandrerkulturer enn blant nordmenn, vites ikke. Det anses likevel å være et faktum at forskjellige kulturer har forskjellige oppfatninger og vurderinger av sykdom (Austveg 1987, Mertz 1992, Eriksen og Sørheim 1994, Hanssen 1996). Det er godt mulig at dette kan ligge bak nordmenns og innvandreres ulike vurdering av hvorvidt arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom. Vi kan dermed selvfølgelig heller ikke påstå at nordmenn forteller om sine sykdommer på den "riktige" måten; kanskje har nordmenn (særlig menn) en tendens til å underkommunisere problemer.

Større hopning av lidelser blant innvandrerne

Endelig kan innvandrerne vurdere sykdommen(e)s konsekvenser for arbeidsevnen mer negativt fordi de i gjennomsnitt rapporterer flere lidelser enn nordmenn. Tabell 4 viser at arbeidsevnen blir vurdert ulikt etter som hvor mange sykdommer som rapporteres. Mens under en av ti nordmenn vurderer sin arbeidsevne som (i høy grad) begrenset på grunnlag av ett rapportert syketilfelle, er det hele fem av ti nordmenn som gjør det på bakgrunn av seks til ni syketilfeller. Tilsvarende tall for innvandrere er henholdsvis to av ti og åtte av ti.

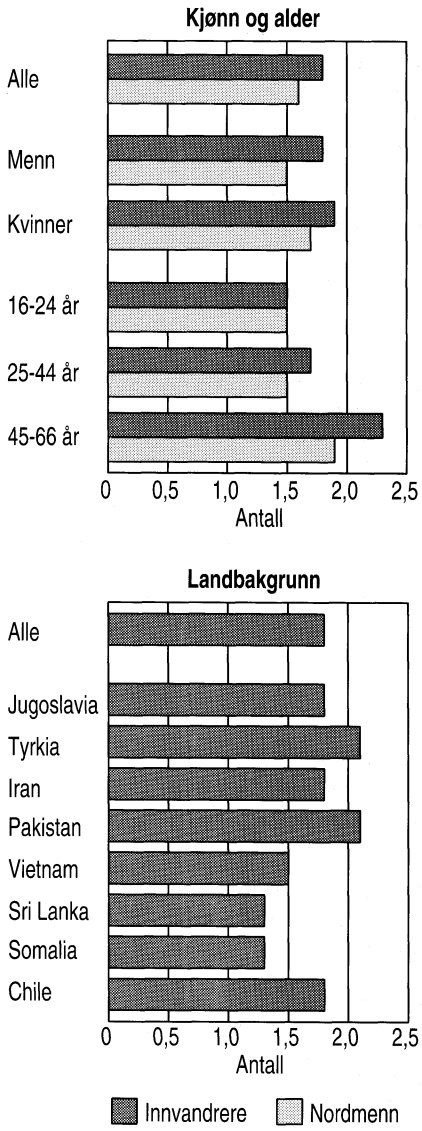
Tabell 4: Andel som mener at varig sykdom, skade eller funksjonshemming begrenser arbeidsevnen i høy grad, etter antall rapporterte syketilfeller. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent

Antall syketilfeller	Nordmenn	Innvandrere
Ett	7	22
To	18	37
Tre til fem	32	55
Seks til ni	50	81

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

Blant dem som rapporterer minst én sykdom, er antallet syketilfeller i gjennomsnitt noe større blant innvandrerne enn blant nordmenn, henholdsvis 1,8 mot 1,6 (figur 4). Dette bidrar til at innvandrerne oftere enn nordmenn vurderer sin evne til å arbeide som nedsatt pga. sykdom. Antall syketilfeller øker for øvrig fra 1,5 til 2,3 fra yngste til eldste aldersgruppe blant innvandrerne og fra 1,5 til 1,9 blant tilsvarende grupper av nordmenn. Kvinner oppgir dertil i gjennomsnitt noen flere syketilfeller enn menn, både blant innvandrere og nordmenn. Innvandrere fra Tyrkia og Pakistan rapporterer flest sykdommer, 2,1 i gjennomsnitt, mens innvandrere fra Sri Lanka og Somalia rapporterer det laveste antallet syketilfeller, i gjennomsnitt 1,3.

Figur 4: **Gjennomsnittlig antall rapporterte syketilfeller, etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år, med minst ett rapportert syketilfelle**



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

Eldre innvandrere, en framtidig utfordring for helsevesenet?

Vi har sett at andelen som oppgir å ha en varig sykdom, funksjonshemming eller virkning av skade, er noe lavere blant innvandrere fra åtte ikke-vestlige land under ett enn blant nordmenn med samme alders-, kjønns- og bostedsfordeling som innvandrerne. Dette er overraskende idet tidligere undersøkelser har vist at innvandrere fra ikke-vestlige land gjennomgående rapporterer minst like mye eller mer sykdom enn majoritetsbefolkningen. Den norske litteraturen på området domineres imidlertid av mindre undersøkelser som ikke er tilstrekkelig statistisk representative.

Blant personer som rapporterer minst én sykdom, er andelen som mener at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen, betydelig høyere blant innvandrerne enn blant nordmennene. Selv om noe av denne forskjellen kan skyldes ulikheter i sykdomsbildet (dvs. hvilke sykdommer som rapporteres), er det snarere forskjeller i vurderingen av den enkelte sykdom og graden av hopning av syketilfeller som er utslagsgivende. At sykdommene bedømmes ulikt, kan bunne i kulturelt betingede forskjeller i vurderingskriteriene. I hvilken grad arbeidsoppgavene som skal utføres er fysisk krevende, må også trekkes inn når vi skal forstå hvorfor innvandrere oftere enn nordmenn oppfatter at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen.

Våre data viser at innvandrere i større grad enn nordmenn oppgir å ha nervøse lidelser. Dette står i motsetning til funn i enkelte norske undersøkelser, og forestillingen om at innvandrere i alminnelighet underkommuniserer nervøse lidelser. Vi finner heller ikke at innvandrere rapporterer mer sykdom i skjelett-muskelsystemet enn nordmenn. I stedet noterer vi at andelen som oppgir å ha astma, allergi og eksem, er større blant nordmenn enn innvandrere, særlig blant de yngste. Dette er et funn vi ikke tidligere har sett gjengitt i den nordiske litteraturen. At innvandrere er mer plaget av diabetes, er derimot kjent fra før.

Alder betyr mye for helsetilstanden blant både innvandrere og nordmenn. I aldersgruppen 45-66 år er andelen som rapporterer om varige sykdommer, høyest blant innvandrerne. Alderen ved ankomst synes å være mer avgjørende for helsen enn oppholdstiden i Norge. Dersom helsen til innvandrerne som i dag er unge eller middelaldrende eller som ennå ikke har kommet til landet, utvikler seg på samme måte som helsen til innvandrerne som nå er eldre, vil eldre innvandrere trolig medføre økte oppgaver for helsevesenet i framtiden. Grunnen er at gruppen absolutt og relativt sett vil vokse pga. aldring og innvandring, og at eldre innvandrere rapporterer mer sykdom enn eldre nordmenn. Faktorer som dødelighet blant innvandrerne, som vi foreløpig vet lite om, og hvorvidt familie- eller nettverksbasert omsorg i hjemmet vil erstatte deler av innvandrernes etterspørsel etter helsetjenester, kan modifisere dette bildet. Omfanget av framtidig innvandring er også ukjent.

Alt i alt tyder vår undersøkelse på at ikke-vestlige innvandreres helsetilstand er sterkere "polarisert" enn nordmenns. Andelen som rapporterer sykdom er lavere blant de åtte innvandrergruppene under ett enn blant nordmenn, mens de som oppgir en sykdom i større grad mener at sykdommen nedsetter deres arbeidsevne. Dertil er det betydelige forskjeller i rapportert sykelighet mellom innvandrerne etter hvilket land de kommer fra.

1. Senere undersøkelser har vist at 13 prosent av de intervjuede fra det tidligere Jugoslavia har bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina. I Norge utgjør personer fra Bosnia-Hercegovina over halvparten av alle innvandrere med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia.

2. Anslaget er usikkert, da tallgrunnlaget er lite (62 personer).

3. Logistisk regresjonsanalyse. Bakgrunnsfaktorene er alder ved ankomst og oppholdstid i Norge, tatt som kontinuerlige eller grupperte variabler. Den avhengige variabelen er log oddsen for å oppgi en varig sykdom.

4. Alle forskjellene som bemerkes i dette og neste avsnitt, er statistisk signifikante på 0,05-nivå.

5. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare bakgrunnsfaktoren landbakgrunn. I modell 2 tilføyes alder. Den avhengige variabelen er i begge modellene log oddsen for å oppgi en varig sykdom.

6. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare oppholdsgrunn. I modell 2 tilføyes alder og kjønn. Den avhengige variabelen er i begge modellene log oddsen for å oppgi en varig sykdom.

7. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare bakgrunnsfaktoren landbakgrunn. I modell 2 tilføyes oppholdsgrunn og i modell 3 dertil også alder. Den avhengige variabelen er i alle modellene log oddsen for å oppgi hyppige symptomer på nervøse lidelser.

8. Logistisk regresjonsanalyse. Bare personer som har oppgitt en sykdom inngår i analysen. Bakgrunnsvariablene er de 12 hovedsykdomsgruppene og en indikator for sysselsetting. Den avhengige variabelen er log oddsen for at sykdommen(e) vurderes som i høy grad begrensende for arbeidsevnen (dikotomt utfall). Modellen estimeres for innvandrere og nordmenn hver for seg.

9. Analysen er den samme som omtalt i foregående note, men uten at sysselsetting er med som bakgrunnsfaktor.

Litteratur

Austveg, Berit (1987): "Helsearbeid over kulturgrenser. Om helserådets spesielle tjeneste for innvandrere" i Harald Siem, Kåre Berg og Berthold Grünfeld (red.): *Samfunnsmedisin i praksis. Oslo Helseråd i 80-årene. Festskrift til Fredrik Mellbyes 70-årsdag*, Oslo: Universitetsforlaget.

Austveg, Berit (1994): *Helsearbeid og innvandrere. Mangfold, sunnhet og sykdom*, 2. utgave, Oslo: TANO.

Blom, Svein (1997): Levekår blant ikke-vestlige innvandrere: Hvorfor er så mange ensomme? *Samfunnsspeilet* 1997,4, Statistisk sentralbyrå, 45-53.

Blom, Svein og Agnes Aall Ritland (1997): Levekår blant innvandrere 1996. Del 2: Tabeller for nordmenn, Notater 97/7, Statistisk sentralbyrå.

Djuve, Anne Britt og Kåre Hagen (1995): *"Skaff meg en jobb!" Levekår blant flyktninger i Oslo*. FAFO-rapport 184, Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.

Dybing, Erik, Jan Alexander, Jørn A. Holme, Martinus Løvik og Per E. Schwarze (1996): "Helse relatert til kjemisk, fysisk eller biologisk miljø" i Petter Hurlen og Rannveig Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 213-231.

Dyregrov, Kari (1997): Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **117**, 2444-2446.

Emami, Abbas (1997): Invandrarnas hälsotilstånd i Sverige, *Socialmedisinsk tidskrift*, nr. 5, 252-257.

Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sørheim (1994): *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*, Oslo: Ad Notam, Gyldendal.

Grünfeld, Berthold og Kjell Noreik (1991): Uførepensjonering blant innvandrere i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **111**, 1147-1150.

Grünfeld, Berthold og Kjell Noreik (1992): Bruk av sykepenger og sosialhjelp blant innvandrere i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **112**, 365-367.

Grønseth, Anne Sigfrid (1996): Tamiler i Nord-Norge: Helse og behandling. Paper til det 10. nordiske migrasjonsforskerseminar, Bergen 1996.

Gulløy, Elisabeth, Svein Blom og Agnes Aall Ritland (1997): Levekår blant innvandrere 1996. Dokumentasjonsrapport med tabeller, Notater 97/6, Statistisk sentralbyrå.

Hagen, Kåre, Anne Britt Djuve og Pernille Vogt (1994): *Oslo: den delte byen?* FAFO-rapport 161, Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.

Hanssen, Ingrid (1996): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 2. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

Häll, Lars (1996): Invandrares hälsa. *VälfärdsBulletinen* 1996,5, Statistiska centralbyrån.

Häll, Lars (1997): "Hälsa och sjukdom" i *Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige*, Statens invandrarverk, Norrköping, 100-107.

Kindlund, Hannelotte (1996): *Invandrarna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensjonering under 1990-talet,* Riksförsäkringsverket Redovisar 1996:11.

Koctürk, Tahire (1993): Immigration, kost och hälsa, *Invandrare & Minoriteter* 1/93, 35-37.

Lajord, Jorunn og Else Flittig (1995): Innvandrere og uførepensjon, Notater 95/20, Statistisk sentralbyrå.

Leiniö, Tarja-Liisa (1995): Invandrarnas hälsa. I Socialstyrelsen (1995): *Invandrares hälsa och sociala förhållanden*, SoS-rapport 1995:5, 73-118.

Mather, Hugh M. og Harry Keen (1985): The Southall Diabetes Survey: prevalence of known diabetes in Asians and Europeans, *British Medical Journal* **291**, 1081-1084.

Mertz, Anne (1992): *Kultur, sundhed og sygdom - om indvandrere og flygtninge i sundhædsvæsenet,* Munksgaard.

Næss, Marit Hegde (1992): Norske pasienter og innvandrerpasienter ved et legesenter. Er det virkelig forskjeller? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **112**, 361-364.

Ramm, Jorunn (1997): Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 14-21.

Samuelson, Gösta (1984): Nutrition och matkultur hos invandrarbarn. *Läkartidningen* **81**, 4176-4178.

Socialstyrelsen (1998): *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet,* Invandrarprojektet - rapport nr. 1998:1, Invandrares levnadsvillkor 1.

Statistisk sentralbyrå (1996a): *Levekårsundersøkelsen 1995,* NOS C 301.

Statistisk sentralbyrå (1996b): Åtte av ti har god eller meget god helse, *Ukens statistikk* 1996, 35.

Statistisk sentralbyrå (1997*): Standarder for norsk statistikk. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Systematisk del, norsk utgave av ICD-9,* NOS C 107.

Statistisk sentralbyrå (1998): *Naturressurser og miljø 1998,* Statistiske analyser **23**.

Steihaug, Sissel og Olav Rutle (1997): Legesøkning blant pakistanske innvandrere. Konsultasjonsmønster og diagnosefordeling ved et helsesenter i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **117**, 2440-2443.

Stoltenberg, Camilla (1992a): Type 2 diabetes epidemiologi - en oversikt, *Norsk Epidemiolog* **2**, 3, 64-67.

Stoltenberg, Camilla (1992b): Graviditetsdiabetes hos pakistanske kvinner i Norge - et igangsatt prosjekt, *Norsk Epidemiolog* **2**, 3, 67-68.

Tomson, Ylva og Paul Lichtenstein (1988): Invandrare söker vid vårdcentral i större omfattning än svenskar, *Läkartidningen* **85**, 532-537.

Svein Blom
(svein.blom@ssb.no) er forsker i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekårsforskning.

Jorun Ramm
(jorun.ramm@ssb.no) er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.