

Kan forskjeller i sykefravær mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen forklares med forskjeller i selvrapportert helse?

Idunn Brekke og Pål Schøne

Idunn Brekke

Ph.d. i sosiologi, forsker 2 ved Institutt for samfunnsforskning og førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus

idunn.brekke@hioa.no

Pål Schøne

Ph.d. i samfunnsøkonomi, forskningsleder ved Institutt for samfunnsforskning

pal.schone@samfunnsforskning.no

Ikke-vestlige innvandrer menn har høyere sykefravær sammenlignet med den øvrige mannlige befolkningen. De observerte forskjellene reduseres når vi kontrollerer for en rekke individuelle kjennetegn ved individene, men fortsatt gjenstår betydelige forskjeller mellom ikke-vestlige innvandrer menn og majoritetsmenn. Videre rapporterer ikke-vestlige innvandrer menn dårligere helsestatus og mer helseproblemer sammenlignet med den øvrige mannlige befolkningen. Når vi sammenligner ikke-vestlige innvandrere og den øvrige befolkning med lik helsestatus, er det ingen målbare forskjeller i sykefravær mellom de to gruppene.ⁱ

Sykefraværet i Norge er blant verdens høyeste, og i juni 2012 var det legemeldte sykefraværet på 5,4 prosent. Årsakene til langtidssykefravær er mange og komplekse og innbefatter både medisinske, sosiale og psykologiske tilstander (Nordby et al. 2011). Det er store variasjoner i sykefravær avhengig av alder, kjønn og sosial bakgrunn (Laaksonen et al. 2010; Hansen og Ingebrigtsen 2008). Når det gjelder studier av forskjeller i sykefravær mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen, viser de få studiene som foreligger, at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt har høyere sykefravær sammenlignet med majoritetsbefolkningen, mens vestlige innvandrere på sin side har tilsvarende nivå som majoritetsbefolkningen (Bengtsson og Scott 2008; Dahl et al. 2010; Ziebarth og Karlsson 2009).

Det er en rekke teorier som søker å forklare årsaker til sykefravær. Stressteori er et perspektiv som fokuserer på hvordan sykdom og en stressende tilværelse fører til at arbeidstakere blir sykemeldte (Allebeck og Mastekaasa 2004). I litteraturen er det enighet om at høyt sykefravær er assosiert med sykdom og dårlig helse (Ziebarth og Karlsson 2009). Sykdom og dårlig helse reduserer arbeidstakernes arbeidsevne, noe som i sin tur resulterer i sykefravær.

I denne artikkelen undersøker vi i hvilken grad selvrapportert helse kan bidra til å forklare hvorfor innvandrermenn har høyere sykefravær enn majoritetsmenn. Er det slik at innvandrere har høyere sykefravær sammenlignet med den øvrige befolkningen fordi de har dårligere helse og mer helseproblemer? Dette spørsmålet søker vi å besvare gjennom å benytte helseundersøkelsen i Oslo [HUBRO] med påkoblet registerinformasjon om sykefravær og diverse arbeidsmarkedsvariabler. Tidligere studier som har fokusert på forskjeller i sykefravær mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen, har ikke inkludert informasjon om individenes helsestatus. I denne artikkelen inkluderer vi informasjon om generell helsestatus og i tillegg informasjon om ulike spesifikke helseproblemer. Denne artikkelen vil derfor bidra med ny kunnskap om i hvilken grad helse kan bidra til å forklare forskjellen i sykefravær mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen.

Teori og tidligere forskning

Det kan være mange forklaringer på hvorfor innvandrere har høyere sykefravær enn den øvrige befolkningen. En forklaring på hvorfor innvandrere har høyere sykefravær enn majoritetsbefolkningen, kan være at innvandrere i utgangspunktet har flere helseproblemer og generelt dårligere helse sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Selv om helse og sykefravær ikke samsvarer fullstendig, har flere studier vist at høyt sykefravær er assosiert med dårlig helsestatus (Ziebarth og Karlsson 2009; Hultin et al 2012).ⁱⁱ

En internasjonal rapport som omhandler migrasjon og helse (McKay et al 2003), konkluderer med at det er etniske forskjeller i helse, men at bildet er svært sammensatt. Studien understreker at helseutfall varierer i stor grad med egenskaper ved innvandrerne, timingen av migrasjonen, innvandringsland, vertslandet som innvandrerne innvandrer til, og også hva slags helseutfall som måles. Chiswick et al. (2008) understreker også at innvandreres helse er knyttet til en rekke faktorer, som visum-kategori, utdanningsnivå, landbakgrunn og botid i vertslandet. Undersøkelser fra Norge (Blom 2008; Kumar et al 2008), Sverige (Hjern 2009) og Storbritannia (Health and Social Care Information Centre 2006) viser at i gjennomsnitt rapporterer den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen dårligere helse og mer helseproblemer

sammenlignet med den øvrige befolkningen, men det er store variasjoner mellom ulike innvandrergupper. Videre er det også studier, først og fremst i USA og Canada, som viser en såkalt “ healthy immigrant effect” hvor innvandrere i gjennomsnitt har bedre helse enn den øvrige befolkningen (Kennedy et al. 2006).

En høyere forekomst av diabetes (Wandell et al 2010) og høyere risikofaktorer knyttet til kardiovaskulære lidelser (Zahid et al 2011) blant innvandrerbefolkningen sammenlignet med den øvrige befolkningen er også dokumentert. Zahid (2011) viser at fedme og negative lipidprofil var høy blant pakistanere som bor i Pakistan, men særlig utbredt blant pakistanere som bor i Norge. Studien diskuterer resultatene i lys av endringer i livsstil etter migrasjon. Studier tyder også på at det er mer psykiske problemer blant innvandrerbefolkningen i forhold til den øvrige befolkningen, både i Norge (Dalgard et al. 2006), og i andre europeiske land (Carta et al. 2005). Studiene konkluderer med at enkelte innvandrergupper, som asylsøkere, flyktninger og innvandrere fra lavinntektsland, er spesielt sårbare for psykiske helseproblemer.

En mulig forklaring på de observerte forskjellene i sykefravær, kan derfor være at den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen har dårligere helse og flere helseproblemer enn majoritetsbefolkningen. Dårligere helse blant ikke-vestlige innvandrere kan være relatert til det faktum at mange innvandrere kommer fra krig og konfliktområder, noe som har påvirket deres helse negativt. Migrasjonen i seg selv kan være stressende og risikabel og kan ha hatt en negativ effekt på innvandreres helse. Videre kan det nye miljøet i vertslandet ha negative helseeffekter. Men det kan også være at innvandrere har dårligere helse enn den øvrige befolkningen fordi de er ansatt i jobber som har en negativ påvirkning på deres helse. Ikke-vestlige innvandrere er ofte ansatt i jobber som er fysisk krevende, og mange er ansatt i yrker uten krav til utdanning (Tynes og Sterud, 2009), hvor det er liten grad av egenkontroll og mindre muligheter for tilrettelegging av arbeidssituasjonene, og resultatet blir sykemelding.

Retning på sammenhengen mellom helse, yrke og sykefravær er ikke helt klart, verken teoretisk eller empirisk. Man kan ha dårligere helse på grunn av fysisk krevende arbeid og mindre egenkontroll i arbeidssituasjonen, og dette kan påvirke graden av sykefravær, men det kan også være en helseseleksjon til ulike yrker som påvirker graden av sykefravær (Cai og Kalb, 2006).

Data og metode

Vi benytter helseundersøkelsen i Oslo (Hubro), som er en befolkningsundersøkelse foretatt i Oslo i 2000-2001 koblet til forløpsdatabasen (FD-trygd). Alle som var bosatt i Oslo per

03.03.2000, og som var født i 1924, 1925, 1940,1941, 1955, 1960 og 1970 ble invitert til å delta i Hubro- undersøkelsen. I Hubro deltok 18770 individer (bruttoutvalg etter frafall), omkring 10 prosent med innvandrerbakgrunn. I denne artikkelen analyserer vi kun menn, og ender opp med et utvalg på N=6375ⁱⁱⁱ. Helseundersøkelsen Hubro inneholder opplysninger om generell helsestatus, kroniske sykdommer, spesifikke helseproblemer, livsstilsfaktorer og bruk av helsetjenesten. FD- Trygd er en forløpsdatabase med opplysninger om blant annet sykefravær, uførhet, sysselsetting og inntekt.

Svarprosenten i HUBRO var totalt sett på 46 prosent, men varierer med fødeland. For de med fødeland Norge var svarprosenten på 46 prosent, for innvandrere som er født i et vestlig land, var den 42 prosent og for de født i et ikke- vestlige land var svarprosenten 39. Svarprosenten anses som forholdsvis lav, men en grundig frafallsanalyse viste at utvalget har en relativt god representativitet (Sogaard et al. 2004). Studien er godkjent av Regional etisk komite (REK).

Den avhengige variabelen i denne studien er antall dager med utbetalte sykepenger. Vi analyserer langtidssykemelding utover 17 dager. Informasjon om sykepenger er hentet fra FD-trygd databasen. I analysene inkluderer vi flere ulike mål på individenes helse hentet fra Hubro databasen. Vi benytter variabelen «generell helsestatus» som skiller mellom dårlig, ikke helt god, god og veldig god helse. Videre benytter vi tre ulike kategorier av mer spesifikke helseproblemer. Den første kategorien innebefatter 5 spørsmål om individene har kroniske plager som astma, bronkitt/emfysem, diabetes, benskjørhet, psykiske plager man har søkt hjelp for og angina pectoris. Basert på svarene på disse spørsmålene har vi konstruert 5 dummyvariabler hvor de som har den spesifikke helseplagen, er gitt verdien 1 og de som ikke har den spesifikke helseplagen, er gitt verdien 0. Den andre kategorien innebefatter 6 spørsmål relatert til plager i muskel- og skjelettsystemet og skiller mellom plager i nakke/skulder, armer/hender, øvre del av ryggen, korsryggen, hofter/bein/føtter og andre steder. Basert på svarene på disse spørsmålene har vi konstruert 6 dummyvariabler. Den siste kategorien innebefatter 10 spørsmål om mental helse, og respondentene har svart om de har følgende plager: plutselig frykt uten grunn, redd eller engstelig, matthet/svimmelhet, anspent/oppjaget, lett for å klandre seg selv, søvnproblemer, nedtrykt/tungsindig, følelse av å være unyttig/lite verdt, følelse av at alt er et slit og følelse av håpløshet mht. framtida. Basert på disse svarene har vi konstruert 10 dummyvariabler. Totalt har vi 21 dummyvariabler som måler ulike spesifikke helseproblemer.

Vi inkluderer også en rekke andre uavhengige variabler fra Hubro. Alder er delt inn i følgende aldersgrupper: 1) 30 år, 2) 31–40 år, 3) 41–45 år, og 4) 46 år og eldre. Variabelen

høyeste fullførte utdanning skiller mellom 1) grunnskole, 2) videregående 3) kort, høyere utdanning og 4) lang, høyere utdanning. Yrke er i samsvar med standard klassifisering for yrke (STYRK) administrert av statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 1998). Vi inkluderer 10 dummyvariabler for yrke. Sivilstand skiller mellom: 0) gift og 1) ugift. Fra registerdatabasen inkluderer vi følgende variabler: ikke-vestlig innvandrere, vestlig innvandrere og majoritet (referanse); antall dager sysselsatt (logaritmisk omkoding); antall barn under 6 år; arbeidstid: 1) fulltid, 2) lang deltid og 3) kort deltid; ansiennitet: < 2 år, 2) 2-5 år, 3) 6-9 år og 4) \geq 10 år. Vi kontrollerer også for næring og benytter 2 sifferet NACE koder. Videre benytter vi yrkesinntekt (logaritmisk omkoding).

Vedleggstabell V1 viser gjennomsnittsverdier fra de inkluderte forklaringsvariablene. Vi viser også gjennomsnittverdier for sykefraværsålet. Ikke-vestlige innvandrere har i gjennomsnitt 23.5 dager med sykepenge, tilsvarende tall for vestlige innvandrere er 13.8 og for majoritetsmenn 15.7.

For å analysere forskjeller i sykefravær mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen benytter vi Poisson regresjon. For nærmere beskrivelse av denne metoden, se (Cameron og Trivedi 2010). Vi har benyttet robuste standardfeil i analysene.

Kan vi stole på subjektive helsemål?

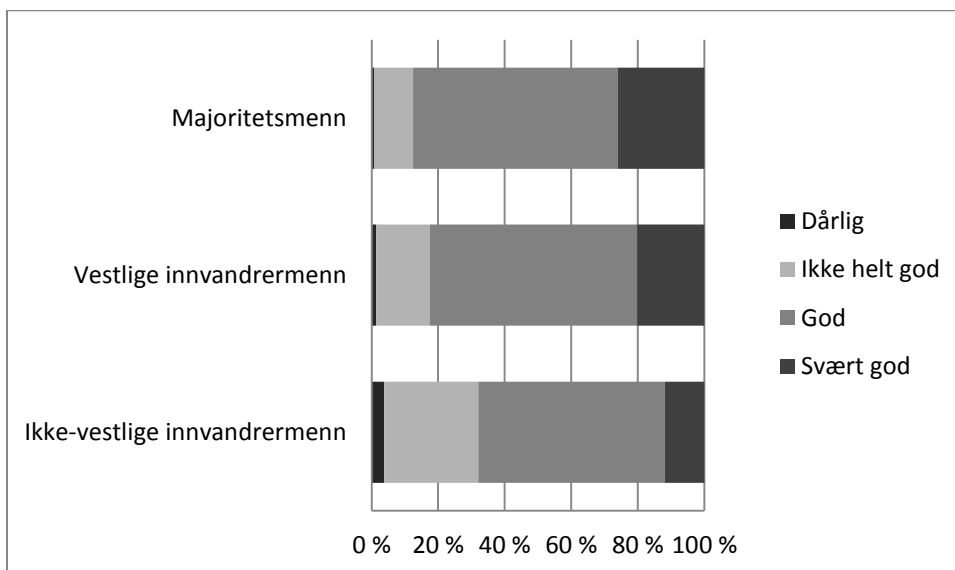
Subjektive helsemål er mye benyttet i befolkningsundersøkelser, og disse har vist seg å korrelere godt med objektive mål på helse, som dødelighet (se f.eks Frijters et al 2010; van Doorslaer og Gerdtham 2003). Tilsvarende resultater fant vi også i våre data (resultatene er ikke vist, men tabell kan fås ved henvendelse til forfatterne). Allikevel er det uttrykt en viss bekymring knyttet til subjektive helsemål, spesielt når man skal sammenligne individer på tvers av ulike grupper (se f.eks Currie og Madrian 1999). Hvis ulike grupper bruker forskjellige terskelverdier når de vurderer sin egen helse, til tross for at de objektivt sett har tilsvarende helsestatus, vil en sammenligning kunne være problematisk. Dette er nødvendigvis ikke et stort problem dersom ulike terskelverdier er fordelt tilfeldig, men hvis det forekommer systematiske forskjeller i rapportering, vil dette være mer problematisk. Sammenligninger kan være spesielt vanskelig på tvers av ulike kulturelle grupper med ulike forventninger og normer. Lindeboom og van Doorslaer (2004) tester dette ut empirisk, og de finner at det er en skjevhet i rapportering av egen helse etter alder og kjønn, men de finner ingen skjevhet med hensyn til inntekt, utdanning eller språkkunnskaper. Til tross for at etnisitet ikke er et skille i studien til Lindeboom og van Doorslaer (2004), er resultatene interessante for vår studie ved at de ikke finner noen forskjeller etter for eksempel

språkkunnskaper. Videre inkluderer vi i våre analyser kun personer som er i arbeid, dette bidrar til å øke homogeniteten i vårt utvalg med hensyn til faktorer som normer og holdninger til arbeid, noe som vil begrense problemene som knytter seg til sammenligninger på tvers av kulturelle grupper. I denne studien har vi ikke tilgang til objektive helsemål, slik som Lindeboom og van Doorslaer (2004), men vi inkluderer 3 ulike kategorier av mer spesifikke helsemål som er av en mer objektiv karakter.

Resultater

Figur 1 viser hvordan generell helsestatus varierer for innvandrer menn og majoritetsmenn. Ikke-vestlige innvandrer menn har en høyere andel med dårlig helse og ikke helt god helse, og en lavere andel med god helse og svært god helse sammenlignet med majoritetsmenn. Videre ser vi av figur 1 at det er relativt små forskjeller mellom vestlige innvandrer menn og majoritetsmenn med hensyn til hvordan de vurderer sin generelle helsestatus.

Figur 1. Helsestatus etter innvandringsbakgrunn (n=6375)



Tabell 1 viser forskjeller i sykefravær mellom innvandrer menn og majoritetsmenn. Resultatene fra Poisson-regresjonen presenteres i fire ulike modeller, og vi rapporterer gjennomsnittlige marginaleffekter.^{iv} Model 1 viser at ikke-vestlige innvandrer menn i gjennomsnitt har 9.4 flere sykemeldingsdager sammenlignet med majoritetsmenn. Det er ingen signifikante forskjeller mellom vestlige innvandrer menn og majoritetsmenn. I modell 2 inkluderer vi en rekke individuelle egenskaper ved individene. Forskjellen i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrer menn og majoritetsmenn reduseres med 40 prosent, men

fortsatt er det en signifikant forskjell i sykefravær mellom de to gruppene på om lag 3.7 dager. Dette resultatet viser at det høye sykefraværet blant ikke-vestlige innvandrermenn delvis kan forklares av individuelle kjennetegn ved individene. Men selv etter kontroll for demografiske variabler, familierelaterte variabler og næring og yrke, finner vi at ikke-vestlige innvandrermenn har signifikant høyere sykefravær sammenlignet med majoritetsmenn.

Tabell 1: *Betydningen av generell helsestatus for sykefravær. Avhengig variabel: antall dager sykemeldt. Poissonregresjon, Marginaleffekter, menn.*

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
	Koeff.	St.feil	Koeff.	St.feil	Koeff.	St.feil	Koeff.	St.feil
Innvandringsbakgrunn (ref: majoritetsmenn)								
ikke-vestlig innvandrer	9.483***	1.431	3.759**	1.791	-0.332	1.744	3.209	2.296
vestlig innvandrer	3.154	2.839	0.136	2.719	-1.332	2.629	-0.169	4.192
Individuelle kjennetegn:								
Selvrapportert generell helsestatus (ref: god)								
Dårlig					20.471***	2.632	23.975***	3.396
Ikke helt god					15.612***	1.384	16.834***	1.552
Svært god					-17.934***	2.616	-18.499***	2.831
Generell helsestatus*innvandringsbakgrunn								
Dårlig helse*ikke-vestlig innvandrer							-11.163**	5.427
Ikke helt god helse* ikke-vestlig innvandrer							-5.531**	2.835
Svært god helse* ikke-vestlig innvandrer							9.791*	6.629
Dårlig helse*vestlig innvandrer							-1.060	7.779
Ikke helt god helse* vestlig innvandrer							-2.136	5.717
Svært god helse* vestlig innvandrer							-31.687*	13.658
Næring	Nei		Ja		Ja		Ja	
N		6375		6375		6375		6375
Pseudo R2		0.027		0.149		0.258		0.261

NOTE. I alle modellene kontrollerer vi for antall arbeidsdager i løpet av året. Individuelle kjennetegn inkluderer kontroll på alder, arbeidstid, høyeste fullførte utdanning, sivilstatus, antall barn, ansiennitet, yrkesinntekt og yrke. Signifikansnivå: *** 1 prosent. ** 5 prosent. * 10 prosent.

I modell 3 inkluderer vi selvrapportert generell helsestatus. Det er en sterk signifikant sammenheng mellom generell helsestatus og sykefravær. Menn som rapporterer svært god helse, har i gjennomsnitt 17 færre sykemeldingsdager sammenlignet med menn som rapporterer god helse. Videre ser vi at de som rapporterer dårlig helse, har 20 sykemeldingsdager mer sammenlignet med de som rapporterer god helse. Etter å ha inkludert generell helsestatus, er det ikke lenger signifikante forskjeller i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrermenn og majoritetsmenn. Resultatet peker mot at forskjeller i selvrapportert generell helsestatus mellom ikke-vestlige innvandrere og

majoritetsbefolkningen er en viktig forklaring på hvorfor det er forskjeller i sykefravær mellom de to gruppene.

Til slutt i modell 4 inkluderer vi et samspillsledd mellom innvandringsbakgrunn og helsestatus. Dette for å undersøke om betydningen av helsestatus på sykefravær er forskjellig avhengig av innvandringsbakgrunn. Koeffisienten for innvandrerdummyene vil nå vise forskjell i sykefravær mellom innvandrer menn og majoritetsmenn for referansegruppen (de med selvrapportert god helse). Helsevariablene vil nå måle sammenhengen mellom de ulike nivåene for selvrapportert helse og sykefravær for majoritetsmenn. Resultatene i modellen viser at for ikke-vestlige innvandrere er det en svakere sammenheng mellom det å rapportere dårlig helse og ikke helt god helse og sykefravær, enn for majoritetsmenn. Videre ser vi også at det er en svakere sammenheng mellom svært god helse og sykefravær for ikke-vestlige innvandrer menn sammenlignet med majoritetsmenn. Generelt er det altså slik at sammenhengen mellom helse og sykefravær er svakere for innvandrere enn for majoritetsmenn. For vestlige innvandrer menn viser modell 4 at denne gruppen av menn har en signifikant sterkere negativ «effekt» av å rapportere veldig god helse sammenlignet med majoritetsmenn.

Hvilke type helseplager betyr mest?

Vi har nå sett at forskjeller i selvrapportert generell helsestatus bidro til å forklare hvorfor ikke-vestlige innvandrer menn har vesentlig høyere sykefravær sammenlignet med majoritetsmenn. Vi har tidligere vært inne på at det kan være problematisk å sammenligne subjektive helse mål på tvers av grupper på grunn ulike terskelverdier knyttet til egen vurdering av helse (Currie og Madrian 1999). Noen forskere argumenterer derfor med at mer objektive helse mål (selv om de er selvrapporterte), som rapportering av spesifikke helseproblemer, er å foretrekke (Bound og Burkhauser 1999).

I HUBRO-undersøkelsen har respondentene svart på en rekke spørsmål vedrørende spesifikke helseproblemer. Neste steg er nå å analysere forskjeller i sykefravær mellom innvandrer menn og majoritetsmenn og kontrollere for ulike spesifikke helseproblemer. Vi inkluderer tre ulike kategorier av helseproblemer i analysen. På denne måten vil vi få kunnskap om hvilke type helseproblemer som er mest sentrale for å forklare gapet i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrere og majoritetsbefolkningen. Tabell 2 presenterer regresjonsresultatene i tre modeller. I de tre modellene har vi inkludert de samme kontrollvariablene som i modell 3 i tabell 2.

Tabell 2: Betydningen av spesifikke helseproblemer for sykefravær. Avhengig variabel: antall dager sykemeldt. Poissonregresjon. Marginaleffekter, menn.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Koeff.	St.feil	Koeff.	St.feil	Koeff.	St.feil
Innvandringsbakgrunn (ref:majoritetsmenn)						
Ikke-vestlig innvandrer	3.111*	1.827	1.381	1.831	0.917	1.847
vestlig innvandrer	0.301	2.725	-0.531	2.607	-0.216	2.611
Individuelle kjennetegn:	Ja		Ja		Ja	
kroniske helseproblemer:						
Astma	4.807***	1.923	4.281***	1.885	4.445**	1.924
Bronkitt	-2.401	1.666	-2.515	1.639	-2.666	1.643
Benskjørhet	4.179*	3.133	2.71	3.027	1.347	3.047
Psykologiske problemer søkt hjelp for	7.999***	2.836	7.080***	2.729	6.268**	2.655
Angina (hjertekrampe)	4.304	5.376	3.001	5.438	1.665	5.08
Muskell- og skjelettlidelser:						
Nedre rygg			4.222***	1.251	3.636**	1.259
Nakke			2.573**	1.237	2.149**	1.252
Armer/hender			-0.028	1.339	-0.153	1.34
Øvre rygg			1.836	1.448	0.749	1.468
Hofter/legger/føtter			6.336***	1.327	5.229**	1.321
Uspesifikk			2.057	2.029	0.867	2.02
Psykologiske lidelser:						
Håpløshet					2.556	1.845
Frykt					-0.653	2.16
Redd/engstelig					1.531	1.902
Matthet/svimmelhet					-1.114	1.456
Anspent/oppjaget					-1.946	1.413
Selvkritisk					-3.164*	1.703
Søvnproblemer					4.673***	1.287
Nedtrykt/tungsindig					1.405	1.777
Føler seg unyttig/lite verdt					6.549***	1.936
Følelse av håpløshet mht.framtida					2.151***	1.595
N	6375		6375		6375	
Pseudo R2	0.156		0.19		0.216	

NOTE. I alle modellene kontrollerer vi for antall arbeidsdager i løpet av året. Individuelle kjennetegn inkluderer kontroll på alder, arbeidstid, høyeste fullførte utdanning, sivilstatus, antall barn, ansiennitet, yrkesinntekt og yrke. Signifikansnivå: *** 1 prosent. ** 5 prosent. * 10 prosent.

I modell 1 inkluderer vi kroniske helseplager. I modell 2 inkluderer vi muskel- og skjelett plager og i modell 3 inkluderer vi psykologiske lidelser.

Modell 1 viser at etter at vi har kontrollert for kroniske lidelser, har ikke-vestlige innvandrer menn i gjennomsnitt 3,1 flere sykemeldingsdager sammenlignet med majoritetsmenn. Resultatene viser at det er en positiv og signifikant korrelasjon mellom astma, benskjørhet og psykologiske problemer som man har søkt hjelp for, og antall sykefraværsdager. De som har psykologiske problemer de har søkt hjelp for, har hele 7,9 dager mer sykefravær sammenlignet med de som ikke har hatt dette. Astmatikere og de som

er plaget med benskjørhet, har 4,8 og 4,1 dager mer sykefravær sammenlignet med de som ikke har disse plagene.

Videre i modell 2 inkluderer vi muskel- og skjelettplager. Vi ser nå at forskjellen i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrermenn og majoritetsmenn reduseres betraktelig og er nå redusert til 1,3 dager, og forskjellen er ikke lenger statistisk signifikant. Ikke-vestlige innvandrermenn rapporterer mer muskel- og skjelettplager sammenlignet med majoritetsmenn, og dette bidrar til å forklare mye av den observerte forskjellen i sykefravær mellom de to gruppene. Videre i modell 2 ser vi at det er spesielt muskel- og skjelettplager i hofter/legger/føtter og nedre rygg som er positivt assosiert med sykefravær, men plager i nakke har også en signifikant betydning for sykefravær. Menn som har plager i hofter/legger/føtter, har hele 6,3 dager mer sykefravær sammenlignet med menn som ikke har slike plager. Tilsvarende tall for plager i nedre rygg og nakke er henholdsvis 4,2 og 2,5 dager.

Til slutt i modell 3 inkluderer vi psykologiske plager, forskjellen mellom ikke-vestlige innvandrermenn og majoritetsmenn reduseres ytterligere til 0,9 dager. Det er spesielt søvnproblemer og følelsen av at alt er håpløst mht. framtida som er positivt assosiert med sykefravær. Menn med disse plagene har i gjennomsnitt 4,6 og 6,5 dager mer sykefravær sammenlignet med menn som ikke har slike plager.

Diskusjon og konklusjon

I denne artikkelen har vi analysert forskjeller i sykefravær mellom innvandrermenn og majoritetsmenn med spesielt fokus på betydningen av forskjeller i egenrapportert helse. De empiriske analysene viser at etter at vi kontrollerer for en rekke individuelle kjennetegn ved individene, reduseres forskjellen i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrermenn og majoritetsmenn betraktelig. Noe av den observerte forskjellen i sykefravær skyldes derfor blant annet at ikke-vestlige innvandrermenn i gjennomsnitt har lavere utdanningsnivå, og de befinner seg også i større grad enn majoritetsmenn i yrker hvor sykefraværet generelt er høyt.

Videre viser våre analyser at egenrapportert helse er en viktig prediktor for sykefravær. Dette er i tråd med tidligere studier som har fokusert på forholdet mellom helse og sykefravær (Ziebarth og Karlsson 2009). Våre resultater viser at etter at vi kontrollert for egenrapportert helse i form av generell helsestatus og spesifikke helseproblemer, forsvinner forskjellen i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrermenn og majoritetsmenn totalt. Det viser seg at det er spesielt muskel- og skjelettproblemer som bidrar til å forklare det meste av forskjellen mellom de to gruppene, dette fordi ikke-vestlige innvandrere i større grad rapporterer at de har slike problemer.

Våre resultater tyder på at forskjeller i selvrapportert helse mellom innvandrer menn og majoritetsmenn er sentralt for å forklare sykefraværsforskjeller mellom de to gruppene. Men det er allikevel en viss bekymring knyttet til bruken av selvrapportert helse, og da spesielt når man sammenligner svarene på tvers av ulike kulturelle grupper, slik som vi gjør i denne studien. En måte å teste styrken på det subjektive generelle helsemålet er å benytte seg av mer spesifikke helsemål, som trolig er et mer objektivt mål på helse. Vi har hatt tilgang til 21 ulike selvrapporterte spesifikke helsemål. Når vi benytter disse helsemålene i analysen istedenfor det generelle helsemålet, fant vi også en stor reduksjon i den observerte forskjellen i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrer menn og majoritetsmenn, men reduksjonen var noe mindre sammenlignet med når vi benyttet det mer generelle helsemålet.

Vi har tidligere vært inne på at svarprosenten i HUBROstudien er lavere for innvandrere enn den er for majoritetsbefolkningen. Dette vil nødvendigvis reise noen bekymringer knyttet til tolkningene av våre resultater. Det vil være rimelig å forvente lavere sykefravær blant innvandrerne i vår studie sammenlignet med totalpopulasjonen. Vi har derfor sammenlignet resultatene i HUBROutvalget med totalpopulasjonen. Ettersom vi har tilgang til totalpopulasjonen i Oslo i 2000 og 2001 gjennom registerdata, har vi analysert tilsvarende modell 1 og modell 2 i tabell 1 på totalpopulasjonen. Resultatene fra denne «øvelsen» viser at forskjellen i sykefravær mellom innvandrere og majoriteten er svært lik i de to analysene.

En tolkning av våre resultater er at det generelle helsemålet fanger opp virkelige og objektive helseforskjeller, hvorav noen er urapporterte. Denne tolkningen vil også gjelde resultatene knyttet til analysen hvor vi benytter mer spesifikke helsemål, ettersom de også indikerer at helseforskjeller spiller en viktig rolle for å forklare forskjeller i sykefravær mellom ikke-vestlige innvandrere og majoriteten. Ettersom ikke-vestlige innvandrer menn synes å ha dårligere helse og mer helseproblemer sammenlignet med majoritetsmenn, vil trolig tidlig og tett oppfølging og godt samarbeide mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, legene og velferdstjenesten være spesielt viktig for ikke-vestlige innvandrere. Målsetningen om å få den syke tilbake i arbeid vil kreve igangsetting av tiltak for å tilrettelegge arbeidssituasjonen på et tidlig stadium, dette for å forebygge langtidssykefravær og uførepensjon.

Referanser

- Allebeck, P., og Mastekaasa, A. (2004), «Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models». *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 36-43.
- Bengtsson, T., & Scott, K. (2008), «Workplace, Human Capital and Ethnic Determinants of Sickness Absence in Sweden, 1993-2001». *IZA Discussion Paper No. 3672*.

- Blom, S. (2008), *Innvandrerne helse 2005/2006*. Rapport 2008:35. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Bound, J., og Burkhauser, R. V. (1999), «Economic Analysis of Transfer Programs Targeted on People with Disabilities». I: O. Ashenfelter, og D. Card, red., *Handbook of Labor Economics* 3: 3417-3528: Elsevier.
- Cai, L. X., og Kalb, G. (2006), «Health status and labour force participation: evidence from Australia». *Health Economics*, 15:241-261.
- Cameron, A. C., og Trivedi, P. K. (2010), *Microeconometrics Using Stata, Revised Edition*: StataCorp LP.
- Carta, M., Bernal, M., Hardoy, M., og Haro-Abad, J. (2005), «Migration and mental health in Europe the state of the mental health in Europe». *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:13.
- Chiswick, B. R., Lee, L. Y., og Miller, P. W. (2008), «Immigrant Selection Systems and Immigrant Health». *Contemporary Economic Policy*, 26: 555-578.
- Currie, J., og Madrian, B. (1999), «Health, health insurance and the labor market». I: O. Ashenfelter, og D. Card, red., *Handbook of Labor Economics* 3: 3309-3416:Elsevier.
- Dahl, S. A., Hansen, H. T., og Olsen, K. M. (2010), «Sickness Absence among Immigrants in Norway, 1992-2003». *Acta Sociologica*, 53:35-52.
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M., og Syed, H. R. (2006), «Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study». *Scandinavian Journal of Psychology*, 6:551-558.
- Frijters, P., Hatton, T. J., Martin, R. M., og Shields, M. A. (2010), «Childhood economic conditions and length of life: Evidence from the UK Boyd Or cohort, 1937–2005». *Journal of Health Economics*, 29:39-47.
- Hansen, H. T., og Ingebrigtsen, T. (2008), «Social Class and Sickness Absence in Norway». *Acta Sociologica*, 51:309-327.
- Health and Social Care Information Centre (2006). Health Survey for England 2004: Health of Ethnic Minorities - Full Report.
- Hjern, A. (2009), *Migration and Public Health*, National Board of Health and Welfare.
- Hultin, H., Lindholm, C., & Möller, J. (2012), «Is There an Association between Long-Term Sick Leave and Disability Pension and Unemployment beyond the Effect of Health Status? A Cohort Study». *PLoS ONE*, 7(4), e35614, doi:10.1371/journal.pone.0035614.
- Kennedy, S., McDonald, J. T., og Biddle, N. (2006), «The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries». *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers*, McMaster University.
- Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Meyer, H. E., Sjøgaard, A. J., og Strand, B. H. (2008), *The Oslo Immigrant Health Profile*. Rapport 08:7. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Laaksonen, M., Mastekaasa, A., Martikainen, P., Rahkonen, O., Piha, K., og Lahelma, E. (2010), «Gender differences in sickness absence - the contribution of occupation and workplace». *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 36:394-403.
- Lindeboom, M., og van Doorslaer, E. (2004). «Cut-point shift and index shift in self-reported health». *Journal of Health Economics*, 23:1083-1099.
- McKay, L., Macintyre, S., og Ellaway, A. (2003), Migration and Health: A Review of the International Literature. *MRC Social & Public Health Sciences Unit* (Occasional Paper No 12).
- Nordby, H., Tellnes, G., og Rønning, R. (2011), *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Oslo: Unipub.

- Sogaard, A., Selmer, R., Bjertness, E., og Thelle, D. (2004), «The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey». *International Journal for Equity in Health*,1,3.
- Tynes, T. og Sterud, T. (2009), «Arbeidsmiljø blant innvandrere – slik et utvalg innvandrere fra Asia, Afrika, Sør-Amerika og sørøst-Europa opplever det» Rapport:2009. Oslo:NOA/STAMI
- van Doorslaer, E., og Gerdtham, U. G. (2003), «Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data». *Soc Sci Med*, 57:1621-1629.
- Wandell, P. E., Carlsson, A., & Steiner, K. H. (2010), «Prevalence of diabetes among immigrants in the Nordic countries. [Review]. *Curr Diabetes Rev*, 6:126-133.
- Zahid, N., Meyer, H. E., Kumar, B. N., Claussen, B., & Hussain, A. (2011), «High Levels of Cardiovascular Risk Factors among Pakistanis in Norway Compared to Pakistanis in Pakistan». *Journal of Obesity*. Article ID 163749.
- Ziebarth, N. R., & Karlsson, M. (2009), «A natural experiment on Sick Pay Cuts, Sickness Absence, and Labour Costs». *IZA discussion paper Nr 3187*.

Vedlegg

Tabell VI. Fordeling på de uavhengige variablene etter innvandringsbakgrunn, presentert som andeler.

	Ikke-vestlig	Vestlig	Majoritet
Antall sykefraværsdager	23.5	13.8	15.7
Alder			
30 år	0.23	0.21	0.24
31-40 år	0.29	0.21	0.20
41-45 år	0.22	0.13	0.16
>=46 år	0.26	0.45	0.40
Arbeidstid			
heltid	0.81	0.84	0.89
Lang deltid	0.04	0.03	0.02
Kort deltid	0.15	0.13	0.09
Høyeste fullførte utdanning			
Grunnskole	0.13	0.15	0.08
Videregående utd.	0.27	0.30	0.40
Kort høyere utdanning	0.27	0.30	0.40
Lang høyere utdanning	0.14	0.26	0.24
Ukjent utdanning	0.07	0.01	0.01
Gift	0.72	0.47	0.44
Antall barn under 6 år	0.51	0.17	0.19
Ansiennitet			
< 2 år	0.32	0.25	0.15
2-5 år	0.38	0.40	0.24
6-9 år	0.21	0.24	0.37
>=10 år	0.09	0.11	0.24
Yrke			
Renholdere, hjelpearbeidere mv	0.06	0.05	0.06
Ledere	0.05	0.16	0.21
Akademiske yrker	0.07	0.17	0.23
Høgskoleyrker	0.09	0.20	0.21
Kontoryrker	0.08	0.06	0.05
Salgs- og serviceyrker	0.17	0.15	0.07
Bønder, fiskere mv.	0.00	0.00	0.00
Håndverkere	0.05	0.11	0.07
Prosess- og maskinoperatører	0.10	0.05	0.04
Militære yrker og uoppgitt	0.23	0.08	0.10
N	796	302	5442

ⁱ Artikkelen er en del av rapporteringen fra prosjektet: «On the margins - Sickness absence and labour market exclusion in high risk groups. The case of Immigrants», finansiert av Norges forskningsråd under VAM-programmet.

ⁱⁱ Det kan legges til at sykefravær og dårlig helse selvsagt ikke er helt synonyme begreper. Personens egenoppfatning av egen helse vil variere. Videre; i den grad sykefravær krever en dokumentasjon fra en lege, vil også legens vurdering spille en rolle. Fravær fra arbeid på grunn av sykdom vil heller ikke bare være avhengig av helse, men også av hvilken type yrke og arbeid man har. Noen yrker er lettere å kombinere med en del helseproblemer enn andre yrker. Til slutt kan sykefravær også tenkes å være et resultat av andre faktorer, som for eksempel mellommenneskelige problemer på arbeidsplassen.

ⁱⁱⁱ Vi har gjort separate analyser for kvinner og menn, men på grunn av plasshensyn presenterer vi kun analyser for menn i denne studien.

^{iv} Vi kunne ha presentert resultatene som relative endringer, men vi velger å gjøre som mange andre lignende studier; å presentere dem som marginale endringer i prosentpoeng.