



# Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester

## A Larger Share of Future Long-Term Care Service Users Will Be Immigrants

Astri Syse

Forsker, Folkehelseinstituttet

PhD

[astri.syse@fhi.no](mailto:astri.syse@fhi.no)

Marianne Tønnessen

Forsker, NIBR, Oslo Met

PhD

[mariton@oslomet.no](mailto:mariton@oslomet.no)

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Antall innvandrere i Norge vil øke framover, primært i de eldre aldersgruppene. I denne artikkelen utdyper vi hva som sannsynligvis vil kjennetegne framtidens eldre innvandrere i Norge, og vi drøfter implikasjoner for framtidens samfunn og særlig for de kommunale omsorgstjenestene.

**Metode:** For å beskrive framtidens eldre innvandrere bruker vi Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger, som har tall for framtidens innvandrere etter kjønn, alder, landbakgrunn og botid. Disse tallene suppleres med anslag for utdanning, innvandringsgrunn og bruk av kommunale omsorgstjenester blant framtidens eldre innvandrere, basert på detaljerte registerdata.

**Resultater/konklusjon:** Det kan bli fire ganger så mange innvandrere over 80 år de neste 20 årene. Innen 2060 kan det bli hele 14 ganger flere, ifølge befolkningsframskrivingene. I absolutte tall forventes det en økning fra i overkant av 10 000 i dag til 140 000 i 2060. En stor andel av framtidens eldre innvandrere vil ha et relativt lavt utdanningsnivå, noe som er sterkt forbundet med helse og dermed behovet for omsorgstjenester. Dette er noe tjenestene bør forberede seg på. På den andre siden kan innslaget av uformell omsorg være noe større, siden relativt mange er kommet som familieinnvandrere og fra land hvor familieomsorg er mer vanlig.

Nøkkelord

Aldring, helse, innvandring, omsorgstjenester, prognoser, velferdsstat

### Abstract

**Background:** The number of immigrants in Norway will increase in the future, but primarily in the older age groups. This article outlines possible characteristics of the future older adult immigrants in Norway and discusses implications at societal level, especially for the municipal care services.

**Methods:** We base our analysis on distributions by gender, age, country background, and duration of stay from Statistics Norway's population projections and supplement with assessments of education, reason for migration, and the use of care services among future older immigrants based on population-wide detailed register data.

**Results/Conclusion:** According to the population projections, the number of immigrants over the age of 80 will increase fourfold within 20 years and fourteenfold by 2060. In absolute figures, we expect an increase from around 10,000 today to 140,000 in 2060. A large share of the future older adult immigrants will have a low level of education, which is strongly linked to health, and thus may result in a high need for long-term care services. These services should prepare for this. The element of informal care may, however, be somewhat greater, since relatively many have arrived as family migrants and from areas where family care is more common.

Keywords

Aging, formal care services, health, immigration, projections, welfare state

**Hva vet vi allerede om dette emnet?**

- I dag er det få eldre innvandrere i Norge, men befolkningsframskrivningene viser at antallet vil øke kraftig framover.

**Hva tilfører denne studien?**

- Denne studien utdyper hva som sannsynligvis vil kjennetegne framtidens eldste innvandrere og hva dette kan bety for framtidens omsorgstjenester.

## Innledning

I de aller eldste aldersgruppene i Norge har det hittil vært relativt få innvandrere. I dag er bare rundt 10 000 innvandrere 80 år eller mer. Men ifølge hovedalternativet i de nyeste befolkningsframskrivningene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vil antallet innvandrere i alderen 80 år og eldre bli fire ganger så høyt de neste 20 årene og hele 14 ganger så høyt i 2060 (Gleditsch et al., 2020).

I denne artikkelen utdyper vi hva som sannsynligvis vil kjennetegne de eldste innvandrerne i Norge framover, og drøfter implikasjoner for framtidens samfunn og de kommunale omsorgstjenestene spesielt.

### Eldre innvandrere i Norge

At vi i Norge i dag har få eldre innvandrere, henger sammen med at Norge har en ganske kort innvandringshistorie, med relativt lite innvandring før 1970-tallet. Siden den gang har innvandringen økt jevnt og trutt fra ulike deler av verden. Siden de fleste som innvandrer, er unge voksne, har ikke de store innvandringskullene fra de siste tiårene rukket å nå de eldste aldersgruppene ennå. Men i tiårene framover vil dette endre seg.

Økningen i tallet på de aller eldste innvandrerne i Norge som forventes framover, skyldes altså primært at innvandrerne som allerede bor i Norge, blir eldre. Ny innvandring til Norge forventes fortsatt å være dominert av unge voksne, men SSB forventer at innvandringen framover blir lavere enn den var for fem–ti år siden (Gleditsch et al., 2020). Samtidig er utvandringen generelt nokså høy for yngre, særlig innvandrere. Utvandringen avtar imidlertid markant med økende alder, og etter 40-års alder er den relativt lav.

I første omgang vil det økte antallet eldre innvandrere merkes i arbeidslivet (Tønnessen & Syse, 2021). Senere, når det blir flere innvandrere i 60- og 70-årene, vil det få konsekvenser også for offentlige utgifter til pensjon. Behovet for helse- og omsorgstjenester vil primært øke når innvandrerne runder 80 år.

### Behov for omsorgstjenester

Eldre innvandreres behov for helse- og omsorgstjenester vil ha konsekvenser for velferdsstaten, de eldre selv og deres pårørende (NOU 2020: 15). Utgifter til helsevesenet, inkludert eldreomsorg, utgjør mer enn 10 prosent av BNP i Norge (OECD, 2019). Norge ligger høyere enn gjennomsnittet i OECD (9 prosent), men om lag på linje med de øvrige nordiske landene, og langt lavere enn for eksempel USA (17 prosent) (OECD, 2019).

I dagens samfunn er Eldres helse og velferd vanligvis et felles ansvar mellom familien og det offentlige med støttende innsats fra venner, naboer og frivillige (WHO, 2002). I Norge er hovedansvaret for de offentlige omsorgstjenestene desentralisert til kommunene, som plikter å tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp til sine innbyggere, inkludert bestemte

hjemmetjenester og institusjonstjenester (Kjønstad et al., 2017). I tillegg tilbyr de fleste kommuner ikke-lovpålagte tjenester som matombringing, trygghetsalarm og omsorgsboliger. Til sammen brukte 7 prosent av den norske befolkningen omsorgstjenester i 2016, og antall unike brukere har økt betydelig det siste tiåret (Mørk et al., 2017). Andelen mottakere som bor hjemme, har økt det siste tiåret i Norge som i de fleste andre OECD-land (OECD, 2019). Jo eldre man er, dess større er sannsynligheten for at man mottar omsorgstjenester: I 2016 ble slike tjenester brukt av 13 prosent i aldersgruppen 65–79 år, nær halvparten i aldersgruppen 80–89 år og rundt 90 prosent blant de 90 år og eldre (OECD, 2019).

Bruken av offentlige omsorgstjenester påvirkes også av tilgangen på uformell omsorg. I 2016 mottok 42 prosent av alle brukere av offentlige omsorgstjenester en eller annen form for ulønnet privat hjelp (Mørk et al., 2017). Det meste av den uformelle eldreomsorgen leveres enten av en partner eller av voksne barn (OECD, 2019). I Norge bidrar familier årlig med nær 100 000 omsorgsårsverk utenfor egen husholdning (Hjemås et al., 2019), men økt geografisk mobilitet, synkende familiestørrelse, endrede familiestrukturer, utvidet arbeidsliv og økende kvinnelig deltakelse på arbeidsmarkedet kan innebære at færre vil være villig og i stand til å gi uformell omsorg i framtiden (Tønnessen, 2017; Blix et al., 2021).

Ettersom innvandrere vil utgjøre en økende andel av Norges eldre, vil også deres behov for offentlige helse- og omsorgstjenester og innsats fra pårørende ha stadig større implikasjoner for det norske samfunnet, særlig for de kommunale omsorgstjenestene.

## Data og metode

### Data og definisjoner

Dataene vi bruker i denne studien, kommer fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og er hentet fra registre som dekker hele den norske befolkningen. Vi bruker aggregerte data fra befolkningsframskrivingene og data på aggregert form samt på individnivå fra statistikker og registre på befolknings-, utdannings-, og helse- og omsorgsfeltet.

I denne studien skiller vi mellom innvandrere og «øvrige». Innvandrere er definert som personer som er født i utlandet, og har to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre, i tråd med SSBs definisjon. Gruppen «øvrige» inkluderer alle de resterende, også norskfødte personer med to innvandrerforeldre.

I analysene har vi gruppert alle innvandrerne i tre opprinnelsesområder (landgrupper), basert på deres fødeland. Landgruppe 1 omfatter personer fra land i Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand, det vi kan kalle «vestlige land». Landgruppe 2 omfatter personer fra landene i Øst-Europa som ble EU-medlemmer i 2004 eller senere, det vil si Estland, Latvia, Litauen, Polen, Tsjekkia, Slovakia, Ungarn, Slovenia, Bulgaria, Romania og Kroatia – «østlige EU-land». Landgruppe 3, her også kalt «resten av verden», omfatter personer fra Øst-Europa utenfor EU, Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika og resten av Oseania samt statsløse personer. Denne inndelingen brukes også i SSBs framskrivinger. Botid er definert som antall år fra første registrerte innvandring til Norge. Innvandringsgrunn viser grunnen som ble oppgitt da personen første gang innvandret til Norge.

Vi benytter aggregerte registerdata for 2020 for høyeste utdanningsnivå fra Utdanningsregisteret (NUDB) og informasjon om formell sivilstand (aldri gift, gift, gjenlevende partner eller skilt/separert), boforhold (samboerskap/aleneboende) samt antall barn (i Norge) fra Befolkningsregisteret. Sammenstilt informasjon om henholdsvis innvandrere og øvrige etter alder er vist i tabell 1.

I siste del av analysene benytter vi data fra den individbaserte pleie- og omsorgsstatistikken (IPLOS). Her har vi koblet individdata om Eldres bruk av kommunale omsorgstje-

nester med informasjon om sosiodemografiske forhold (inkludert innvandrer kjennetegn). Koblingen er godkjent av regional etisk komite (REK #2014/1708), og all databehandling er foretatt i samsvar med Helsinkideklarasjonen og de etiske kravene som følger av REK-godkjenningen. Dataene inkluderer opplysninger om bruk av tjenester og funksjonsnivå per 31. desember i perioden 2012–2016 for alle som er 65 år og eldre. Vi begrenset våre analyser til tjenestemottak. Vi benytter to ulike variabler, utledet fra Mørk et al. (2017): (i) Mottak/ikke mottak; og (ii) Mottak (ja/nei), inndelt i fire hovedtyper: «institusjon», «helsetjenester i hjemmet», «praktisk bistand», og «annet». Siden det er vanlig å motta flere typer tjenester i løpet av ett år, kan brukere være kategorisert som mottakere av flere typer samtidig. Til sammen omfatter utvalget 4,3 millioner person-år og 1,05 millioner individer. Innvandrere utgjør 4,3 prosent av observasjonene og 4,9 prosent av individene, se detaljer i tabell 2.

## Metode

For best å belyse hva som kan kjennetegne framtidens eldre innvandrere i Norge, har vi brukt tre ulike innfallsvinkler:

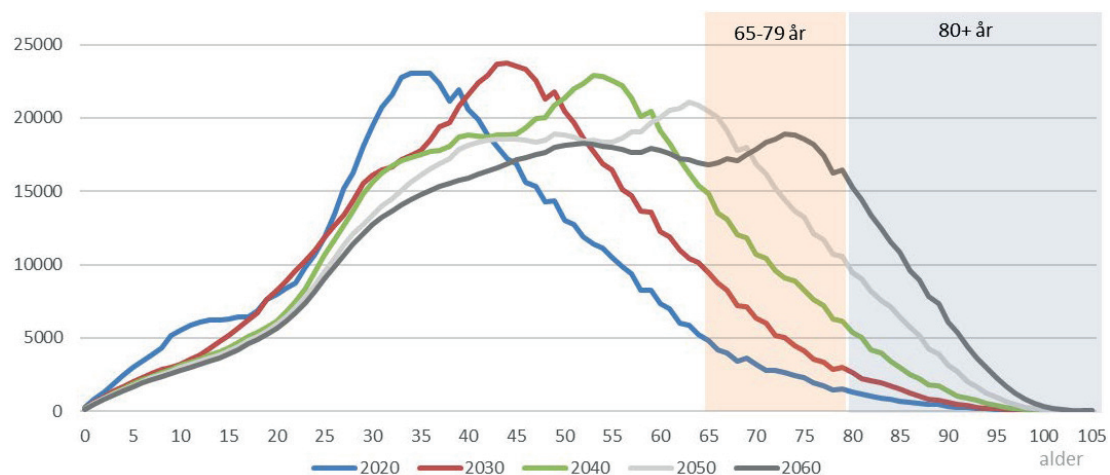
1. For å si noe om de framtidige eldre innvandrernes *antall, andel av befolkningen, kjønnsfordeling opprinnelsesområde* og *botid* har vi hentet ut detaljerte resultater fra hovedalternativet (MMM) i SSBs nasjonale befolkningsframskrivninger, som ble publisert i juni 2020. Både metoden og forutsetningene som ligger til grunn for disse framskrivingene, er dokumentert av Gleditsch et al. (2020). Vi presenterer deskriptive analyser av tallene på aggregert nivå. Selv om tallene fra framskrivingene ikke er noen fasit, kan resultatene vi viser her, anses som relativt sikre fordi befolkningen vi omtaler, i stor grad allerede finnes i landet. Både framtidige utvandrings- og dødelighetsmønstre er tatt høyde for i framskrivingene.
2. For å si noe om *innvandringsgrunn, utdanning* og *familiesituasjon* har vi brukt en annen metode, der informasjon om dagens noe yngre innvandrere gir en pekepinn om hva som vil kjennetegne dem når de blir eldre. Siden utvandringen blant innvandrere er relativt lav i aldersgruppene over 40 år (Pettersen, 2013; Skjerpen et al., 2015; Tønnessen & Syse, 2021), og dødeligheten blant innvandrere er relativt lav fram til alder 75 og deretter relativt lik den for øvrige (Syse et al., 2018), kan vi anta at de fleste innvandrerne som er eldre enn 40 år i dag, fortsatt vil være i landet de neste tiårene og bli stadig eldre. For eksempel vil innvandrere som i dag (2022) er 62 år, være 80 år i 2040. Ved å sammenligne deskriptiv statistikk om disse «yngre eldre» innvandrerne med «de eldste» innvandrerne, og med øvrige i tilsvarende aldersgrupper, kan vi anslå hva som vil kjennetegne framtidens eldre innvandrere, og hvordan de eventuelt vil skille seg fra øvrige. Disse tallene er imidlertid mer usikre enn tallene fra framskrivingene fordi de bygger på flere usikre forutsetninger: Vi antar at inn- og utvandringen blant personer eldre enn 40 år vil være likt fordelt mellom gruppene vi studerer (etter f.eks. utdanning eller familiesituasjon). Det samme gjelder dødelighet. Anslagene for utdanning bygger på en antakelse om at få personer vil ta mer utdanning når de er blitt godt voksne. Disse anslagene blir ekstra usikre fordi en betydelig andel innvandrere ikke står med registrert utdanning i norske registre. Å bruke dagens familiesituasjon til å si noe om utviklingen framover er også forbundet med usikkerhet, siden familiesituasjoner kan endre seg gjennom livsløpet og over tid ettersom samfunnet generelt endres.
3. For å anslå *bruk av omsorgstjenester* blant framtidens eldre innvandrere kombinerer vi resultatene fra analysene nevnt over med våre egne analyser av innvandreres (og øvriges) bruk av kommunale omsorgstjenester i dag. Her bruker vi ulike binære og multinomiale

logistiske diskret-tids regresjonsanalyser med robuste klusterfeil (Williams, 2000), basert på individdata fra IPLOS, koblet til kjennetegn fra andre registre ved hjelp av personnummer. Utfallsvariabelen i den binære regresjonen er bruk/ikke-bruk av omsorgstjenester (tabell 3). I den multinomiale analysen er utfallsvariabelen type omsorgstjeneste, definert som gjensidig utelukkende i følgende prioriteringsrekkefølge: 1) «institusjon», 2) «helsetjenester i hjemmet», 3) «praktisk bistand» og 4) «annet» (tabell 4). Forklaringsvariablene varierer noe mellom ulike modeller (se tabell 3 for en oversikt over variabler samt kategoriseringen av disse), men inkluderer hovedsakelig innvandrer kjennetegn (innvandrer/øvrig, landgruppe, innvandringsgrunn og botid) og sosiodemografiske forhold (aldersgruppe, kjønn, utdanning, sivilstatus, barn (i Norge) og bosituasjon) og kalenderår. Siden det både er kjønns- og aldersforskjeller i bruk (jf. tabell 2 og 3), har vi også estimert modeller hvor disse kjennetegnene er interagert med innvandrer kjennetegn, presentert som gjennomsnittlige marginaleffekter (figur 5 og A1). For omsorgstjenestebruk er det ikke uproblematisk å gjøre antakelser om framtidig bruk basert på dagens bruk. I våre fortolkninger har vi lagt til grunn at eksisterende forskjeller mellom ulike innvandrergrupper og mellom innvandrere og øvrige (korrigert for sosiodemografiske forhold) vil vedvare framover.

## Resultater

Antall eldre innvandrere, andel, opprinnelsesområde, kjønn og botid

Tallene fra befolkningsframskrivingenes hovedalternativ (MMM) viser at *antall* innvandrere i alderen 65–79 år kan forventes å øke fra knappe 46 000 i dag til nærmere 157 000 i 2040. Blant eldre over 80 år, som er de største brukerne av helse- og omsorgstjenester, utgjør innvandrere i dag nær 10 000 personer. I 2040 vil antallet være firedoblet, og i 2050 vil gruppen være på hele 80 000. I figur 1 viser høyden på linjene antallet innvandrere i ulike ettårige aldre. I 2020 (blå linje) var den vanligste alderen blant innvandrere i Norge rundt 35 år, i 2060 (mørkegrå linje) kan den ha økt til over 70 år.



**Figur 1**

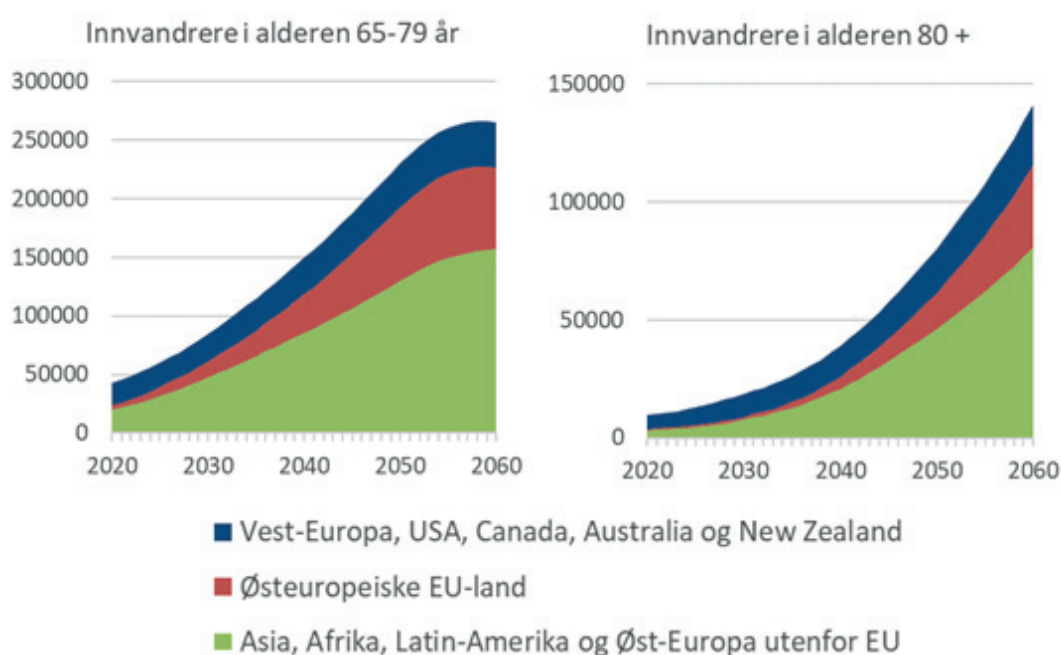
Antall innvandrere i Norge etter ettårig alder, registrert i 2020 og framskrevet for utvalgte år.

Kilde: SSBs befolkningsframskrivinger 2020, hovedalternativet (MMM)



Også *andelen* innvandrere blant de eldre forventes å bli klart høyere: I gruppen 65–79 år øker innvandrersandelen fra 6 prosent i dag til 16 prosent i 2040, og blant de som er 80 år eller mer, forventes det en dobling fra 4 til 8 prosent innen 2040 og videre til 20 prosent i 2060.

Figur 2 viser *opprinnelsesområdene* til framtidens eldre innvandrere. Det forventes særlig flere eldre innvandrere med bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika og Øst-Europa utenom EU (landgruppe 3), vist i grønt i figuren. Dette skyldes delvis at innvandringen fra disse områdene forventes å være relativt høy framover, men også at tendensen til å utvandre fra Norge er lavere for innvandrere fra denne landgruppen enn for andre innvandrere. Framskrivningene viser også at en relativt høy andel vil være fra østlige EU-land (landgruppe 2), vist i rødt i figuren. Dette henger sammen med at innvandringen til Norge fra dette området var høy i årene etter EU-utvidelsen i 2004. Antallet fra vestlige land (landgruppe 1) vil bare øke moderat.



**Figur 2**

Antall innvandrere i de eldste aldersgruppene etter opprinnelsesområde, 2020–2060.

Kilde: SSBs befolkningsframskrivinger 2020, hovedalternativet (MMM)

Mens det forventes en noenlunde lik *kjønnsfordeling* blant framtidens eldre innvandrere fra andre vestlige land (landgruppe 1), kan vi forvente et overskudd av menn fra østlige EU-land. Det skyldes i stor grad at arbeidsinnvandringen fra disse landene har vært mannsdominert. Innvandringen fra resten av verden er ofte kvinnedominert, og framskrivningene viser et klart flertall av kvinner blant de eldste innvandrerne fra denne landgruppen i tiårene framover. Dette kvinneflertallet forsterkes over tid fordi kvinner i gjennomsnitt lever lenger enn menn.

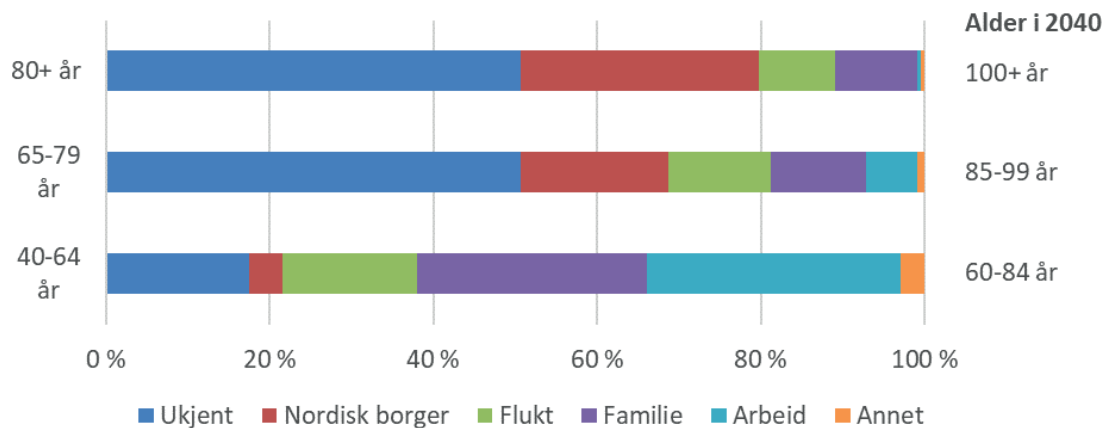
Blant dagens eldre innvandrere har de fleste lang *botid* i Norge – flertallet har bodd i landet i mer enn 20 år. SSBs framskrivinger indikerer at andelen eldre innvandrere med lang botid kan forventes å øke ytterligere i tiårene framover. Dette henger både sammen med den høye innvandringen vi erfarte i årene rundt 2010–2015, og at en stor andel av innvandrere de siste årene er fra landgruppe 3, som i mindre grad enn innvandrere fra andre landgrupper

utvandrer fra Norge. Blant innvandrere som er 65–79 år i 2040, vil nær 99 prosent ha ti års botid eller mer, og blant de over 80 år er andelen enda høyere. Lengre botid har vist seg å være assosiert med sterkere integrering og kan dermed antas å få implikasjoner for helsetilstand, funksjonsnivå samt bruk av helse- og omsorgstjenester.

### Innvandringsgrunn, utdanning og familiesituasjon

SSBs befolkningsframskrivinger inneholder ikke informasjon om befolkningens utdanning eller familiesituasjon og heller ikke innvandreres grunn for innvandring. Derfor bruker vi i stedet informasjon om yngre aldersgrupper for å få en pekepinn om hva som vil kjenne-tegne disse når de blir eldre, og for å vurdere i hvor stor grad framtidens eldre innvandrere vil ligne på dagens eldre innvandrere.

Figur 3 viser fordelingen etter innvandringsgrunn blant innvandrere som er 40 år eller mer. Figuren er inndelt etter aldersgrupper, og helt til høyre viser vi hvor gamle personene i hver gruppe vil være i 2040. Mens arbeid, familie og flukt er viktige innvandringsgrunner i aldersgruppen som i 2020 var 40–64 år (og som vil være 60–84 år i 2040), er det en langt høyere andel nordiske innvandrere blant innvandrere i de eldre aldersgruppene. Det er også langt flere med ukjent innvandringsgrunn, siden denne informasjonen først er registrert for innvandringer etter 1990, og mange av dagens eldre innvandrere kom til landet før den tid. Likevel antyder figuren at flere av framtidens eldre innvandrere (sammenlignet med dagens) vil ha kommet til Norge som flyktninger og familieinnvandrere. Arbeidsinnvandrere har en større utvandringssannsynlighet, så vi kan forvente at deres andel vil synke noe ettersom dagens innvandrere i aldersgruppen 40–65 år blir eldre. Dersom vi ser innvandringsgrunn og landgruppe i sammenheng, utgjør personer med nordisk bakgrunn og arbeidsinnvandrere i dag den største andelen i landgruppe 1, mens arbeidsinnvandrere utgjør en stor andel i landgruppe 2, og personer som har kommet på grunn av familie og flukt, utgjør den største andelen i landgruppe 3.



**Figur 3**

Registrert fordeling av innvandrere etter innvandringsgrunn og alder, 2020.

Kilde: SSB, egne beregninger

Det er relativt markerte forskjeller mellom innvandrere og øvrige dersom vi ser på sosio-demografiske kjennetegn som utdanning og familieforhold. Dette er vist i tabell 1 og også illustrert i figur 4. Andelen som har grunnskole som sitt høyeste utdanningsnivå, er betydelig høyere blant innvandrere enn øvrige. Andelen med høyere utdanning (fagskole, universitets- og høyskoleutdanning) er også lavere blant innvandrere 40–64 år, mens den, kanskje noe overraskende, er høyere for innvandrere enn for øvrige blant eldre over 65 år.

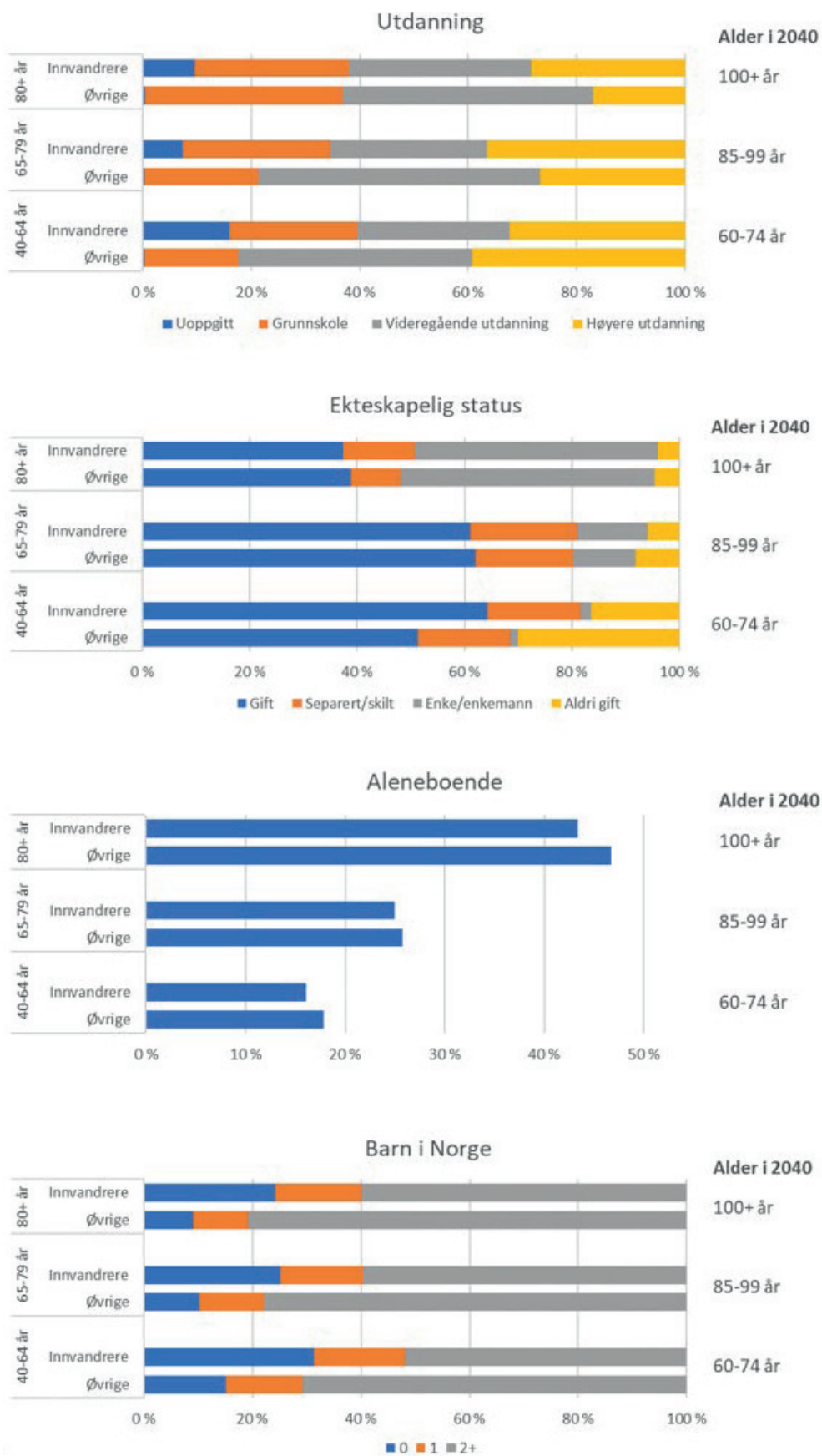
**Tabell 1** Deskriptiv statistikk for personer 40 år og eldre i 2020, inndelt etter innvandringsstatus og alder. I prosent.

	Samtlige				Innvandrere				Øvrige			
	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år
<b>Antall</b>	2,7 mill.	1,7 mill.	729 300	236 400	381 600	325 900	45 500	10 300	2,3 mill.	1,4 mill.	683 800	226 100
<b>Sosiodemografiske forhold</b>												
Menn	49,5	51,1	49,0	36,7	52,5	53,4	49,6	35,4	49,1	50,6	48,9	39,9
<i>Utdanning</i>												
Uoppgitt	2,3	3,3	0,7	0,8	14,8	16,0	7,3	9,6	0,3	0,3	0,2	0,4
Grunnskole	20,8	18,5	21,4	36,0	24,2	23,6	27,3	28,3	20,3	17,3	21,0	36,4
Videregående utdanning	43,5	40,2	50,6	45,7	28,3	28,1	28,9	33,7	46,0	43,1	52,1	46,2
Høyere utdanning	33,3	38,0	27,3	17,5	32,7	32,3	36,5	28,4	33,4	39,3	26,7	17,0
<i>Familieforhold</i>												
Ekteskapelig status												
Gift	54,6	53,7	62,0	38,8	63,2	64,3	61,0	37,4	53,2	51,3	62,0	38,8
Separert/skilt	16,9	17,3	18,3	9,4	17,5	17,3	20,0	13,4	16,7	17,3	18,2	9,2
Enke/enkemann	8,2	1,4	11,8	47,2	4,5	2,0	13,1	45,2	8,9	1,3	11,7	47,3
Aldri gift	20,3	27,6	7,9	4,6	14,8	16,4	5,9	4,0	21,2	30,1	8,1	4,6
Alendeboende	22,2	17,5	25,7	46,5	17,9	16,1	25,0	43,4	23,0	17,8	25,8	46,7
Barn i Norge												
0	15,5	18,1	11,1	9,7	30,3	31,3	25,1	24,1	13,1	15,1	10,2	9,1
1	13,6	14,6	12,2	10,5	16,6	16,8	15,3	15,9	13,1	14,1	11,9	10,2
2+	70,9	67,3	76,3	70,8	53,1	51,9	59,6	60,0	73,8	70,8	77,9	80,7
<b>Innvandrerkjennetegn</b>												
Innvandrere	14,1	18,7	6,2	4,3	100,0	100,0	100,0	100,0	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Landgruppe<sup>a</sup></i>												
1 (Vest-Europa, USA etc.)	3,5	3,9	2,6	2,5	24,6	21,1	42,5	58,8	N/A	N/A	N/A	N/A
2 (Nye østlige EU-land)	3,2	4,8	0,6	0,3	23,0	25,4	9,3	6,6	N/A	N/A	N/A	N/A
3 (Afrika, Asia etc.)	7,4	10,0	3,0	1,5	52,4	53,5	48,2	34,5	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Innvandringsgrunn<sup>a</sup></i>												
Arbeid	3,8	5,8	0,4	0,0	27,2	30,9	6,2	0,4	N/A	N/A	N/A	N/A
Familie	3,6	5,3	0,7	0,4	25,7	28,1	11,7	10,1	N/A	N/A	N/A	N/A
Flukt	2,2	3,1	0,8	0,4	15,8	16,5	12,5	9,3	N/A	N/A	N/A	N/A
Utdanning	0,3	0,5	0,0	0,0	2,3	2,6	0,1	0,0	N/A	N/A	N/A	N/A
Nordisk	0,9	0,8	1,1	1,3	6,4	4,0	18,0	29,0	N/A	N/A	N/A	N/A
Annet og ukjent (inkl. <1990)	3,3	3,2	3,2	2,2	22,6	17,9	51,5	51,2	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Botid</i>												
Gjennomsnitt (mean)	50,8	45,0	60,2	64,1	19,4	16,4	34,7	46,2	55,9	51,6	61,9	64,9
Standardavvik	15,7	15,6	8,8	10,3	13,7	10,6	15,2	17,9	8,3	6,4	4,5	9,0

<sup>a</sup> Prosentene summerer seg til prosentandelen av populasjonen som innvandrerne utgjør.

Andelene gir en pekepinn om hvordan utdanningsnivået kan bli blant framtidens eldre innvandrere. Dette er illustrert øverst i figur 4.





**Figur 4**  
 Fordeling av innvandrere og øvrige i ulike aldersgrupper, etter utdanning og ulike indikatorer for familieforhold, 2020.  
 Kilde: SSB, egne beregninger

Personene som var 40–64 år i 2020, vil i 2040 være 60–84 år og i 2060 enda 20 år eldre. Blant innvandrere er andelen med kun grunnskole omtrent like høy blant de yngre som blant de eldre. For øvrige er imidlertid andelen med bare grunnskole betydelig lavere blant dagens yngre enn blant de eldre. Utdanningsgapet mellom innvandrere og øvrige i eldre aldersgrupper kan altså komme til å øke framover med stadig færre i den øvrige befolkningen med bare grunnskole, mens andelen hos innvandrere står på stedet hvil på rundt 25 prosent. Siden andelen med uoppgitt utdanning også er betydelig blant innvandrere, kan det tenkes at den reelle andelen med kun grunnskole er høyere blant innvandrerne. Ser vi på andelen med høyere utdanning, øker den blant øvrige jo lenger ned i aldersgruppene vi går. For innvandrere er situasjonen annerledes; det er en høyere andel som har høyere utdanning blant 65–79-åringene sammenlignet med 40–64-åringene.

Det er store forskjeller i utdanningsnivå mellom ulike grupper av innvandrere. For gruppen fra landgruppe 3, som forventes å dominere blant framtidens eldre innvandrere, er utdanningsnivået høyt blant de som har kommet til Norge for arbeid (men de utgjør en liten andel). Andelen med kun grunnskole er høy blant innvandrere fra denne landgruppen som har kommet til Norge på grunn av flukt eller familiegjennomføring. Dersom vi også inkluderer de med uoppgitt utdanning, har mer enn halvparten av disse innvandrerne den laveste utdanningen (resultatene er tilgjengelig på forespørsel). Alt i alt er det altså grunn til å anta at utdanningsnivået blant framtidens eldre vil være klart lavere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Dette gjelder særlig for kvinner. Det bør imidlertid påpekes at tallene for utdanning blant innvandrere er noe mer usikre enn de tilsvarende tallene for øvrige, særlig for de som har hele sin utdanning fra utlandet.

Tabell 1 og figur 4 viser at det også er betydelige forskjeller mellom innvandrere og øvrige når det gjelder familieforhold. Andelen som er aleneboende og/eller aldri gift, er betydelig lavere blant innvandrere enn øvrige. Samtidig er det flere innvandrere enn øvrige som ikke har barn (i Norge). Her er det imidlertid få forskjeller mellom ulike kull av innvandrere – både blant eldre og yngre er innvandrerne i mindre grad aleneboende eller aldri gift og i større grad uten barn i Norge.

### Bruk av offentlige omsorgstjenester

Våre analyser viser at bruken av omsorgstjenester blant innvandrere i dag er klart lavere enn i befolkningen for øvrig. Tabell 2 viser omsorgstjenestebruken i ulike innvandrergrupper etter alder. De få tallene som er uthevet, viser områder der bruken blant innvandrere er mer vanlig enn blant øvrige, og det gjelder kun «andre tjenester». Dette henger sammen med at bruken av rehabiliteringstjenester og omsorgslønn er høyere blant innvandrere enn blant øvrige. For de andre tjenestetypene – praktisk bistand, hjemmebaserte tjenester eller institusjonsbasert omsorg – er bruken gjennomgående høyere i den øvrige befolkningen uansett alder. Tabell 2 viser også hvordan det offentlige vurderer behovet for tjenester («Tjenestebehov»), og innvandrere vurderes generelt å ha et mindre omfattende bistandsbehov enn befolkningen for øvrig.

**Tabell 2** Deskriptiv statistikk for personer 65 år og eldre, inndelt etter innvandringskjennetegn og alder. I prosent av person-år, 2012–2016.<sup>a</sup>

	Hele utvalget			Innvandrere			Øvrige		
	Alle	65–79 år	80+ år	Alle	65–79 år	80+ år	Alle	65–79 år	80+ år
Person-år (N)	4,3 mill. (1,05 mill.)	3,1 mill. (757 800)	1,2 mill. (291 100)	186 200 (49 200)	150 200 (40 400)	36 000 (8 800)	4,1 mill. (1,0 mill.)	3,0 mill. (717 400)	1,2 mill. (282 300)
<b>Kommunale omsorgstjenester</b>									
Mottok tjenester (uansett type)	24,9	11,4	59,5	17,9	10,0	50,6	25,2	11,4	59,8
<i>Tjenestetype</i>									
Praktisk bistand	10,2	4,2	25,6	6,3	2,9	20,6	10,3	4,2	25,7
Hjemmebaserte helsetjenester	14,7	7,0	34,5	10,0	5,8	27,9	14,9	7,0	34,7
Institusjonsbasert omsorg	9,5	3,3	25,5	5,6	2,3	19,5	9,7	3,4	25,6
- Kort tid	5,7	2,4	14,3	3,6	1,7	11,6	5,8	2,4	14,4
- Lang tid	5,1	1,3	14,9	2,8	0,8	10,7	5,2	1,3	15,0
Andre tjenester	3,1	1,6	6,7	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>	<b>7,8</b>	3,1	1,6	6,7
<i>Hierarkisk inndeling av tjenestetyper</i>									
Institusjonsbasert omsorg	9,5	3,3	25,5	5,6	2,3	19,5	9,7	3,4	25,6
Hjemmebaserte helsetjenester	9,8	5,2	21,9	7,1	4,5	17,9	10,0	5,2	22,0
Praktisk bistand	2,5	1,3	5,4	1,9	1,0	5,4	2,4	1,2	5,5
Andre tjenester	3,1	1,6	6,7	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>	<b>7,8</b>	3,1	1,6	6,7
<i>Andre tjenester, fininndelt</i>									
Rehabilitering	2,1	1,1	4,8	<b>2,2</b>	<b>1,3</b>	<b>6,0</b>	2,1	1,1	4,8
Dagaktiviteter	2,5	0,9	6,5	1,5	0,7	5,2	2,6	1,0	6,6
Støttekontakt	0,9	0,8	1,2	0,6	0,6	1,0	0,9	0,8	1,2
Matombringing	3,2	1,1	8,8	1,2	0,5	4,5	3,3	1,1	9,0
Alarm	9,8	2,9	27,7	6,5	2,3	24,3	10,0	2,9	27,8
Øyeblikkelig hjelp	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1	0,5
Omsorgslønn	0,3	0,2	0,3	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>1,1</b>	0,2	0,2	0,3
<i>Tjenestebehov</i>									
Uoppgitt	1,4	1,0	2,2	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>	<b>2,7</b>	1,4	1,0	2,2
Lavt/Middels	14,5	5,8	36,9	9,8	4,9	30,5	14,7	5,8	37,1
Høyt	9,0	4,6	20,4	6,5	3,9	17,4	9,1	4,6	20,5

<sup>a</sup>Til sammen var det 6200 innvandrere og 201 100 øvrige som mottok tjenester. Til sammen mottok 150 600 institusjonsbaserte tjenester, 171 900 hjemmebaserte helsetjenester, 130 300 praktisk bistand og 46 000 andre tjenester. Siden mange benyttet flere ulike tjenester, er summen av brukerne av de individuelle tjenestene større enn det totale antallet brukere. Det var en overvekt av kvinner i utvalget (69 %), men den kjønnsmessige fordelingen var relativt lik for innvandrere og befolkningen ellers. Tall som er vist i fet skrift indikerer områder hvor innvandrere har et hyppigere forbruk enn den øvrige befolkningen.

Noen av forskjellene mellom innvandrere og øvrige i tabell 2 kan henge sammen med at gruppene er ulike når det gjelder sosiodemografiske kjennetegn. Men som tabell 3 viser, er omsorgstjenestebruken blant innvandrere lavere også når man tar hensyn til alders- og kjønnsforskjeller (modell I). Når vi kontrollerer for ulikheter i hvor innvandrere kommer fra, årsaken til at de har innvandret til Norge, samt deres botid i Norge (modell II), er det kun flyktninger som har en høyere omsorgstjenestebruk enn befolkningen ellers. Når vi i tillegg justerer for ulikhetene i sosiodemografiske forhold beskrevet i tabell 1 (modell III),

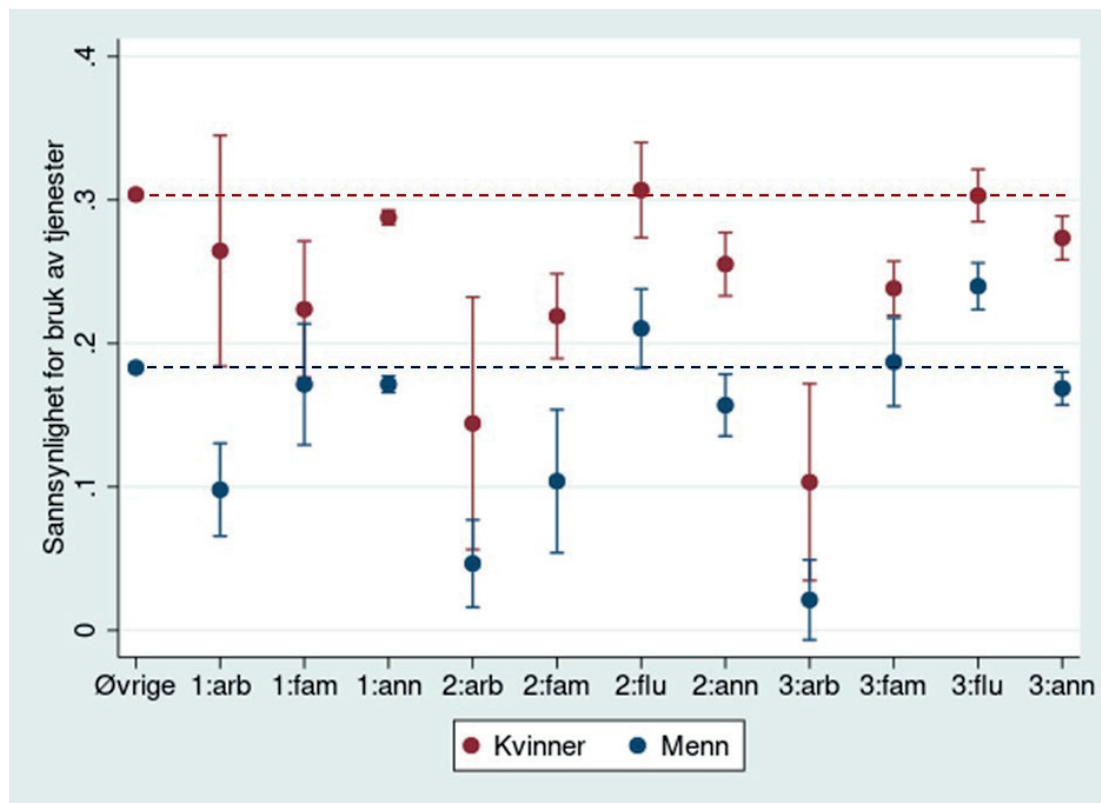
ser vi at estimatene forblir tilnærmet uendret, og at det ikke er noen systematisk økning eller senkning i betydningen av innvandrerkjennetegnene. Den økte omsorgstjenebruken blant flyktninger holder seg også etter kontroll for sosiodemografiske forhold. Stratifiserte analyser etter kjønn viser at det kun er små kjønnsforskjeller etter landgruppe, men mer markante forskjeller etter innvandringsgrunn.

**Tabell 3** Deskriptiv statistikk for personer 40 år og eldre i 2020, inndelt etter innvandringsstatus og alder. I prosent.

	Samtlige				Innvandrere				Øvrige			
	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år	Alle	40–64 år	65–79 år	80+ år
Antall	2,7 mill.	1,7 mill.	729 300	236 400	381 600	325 900	45 500	10 300	2,3 mill.	1,4 mill.	683 800	226 100
<b>Sosiodemografiske forhold</b>												
Menn	49,5	51,1	49,0	36,7	52,5	53,4	49,6	35,4	49,1	50,6	48,9	39,9
<i>Utdanning</i>												
Uoppgitt	2,3	3,3	0,7	0,8	14,8	16,0	7,3	9,6	0,3	0,3	0,2	0,4
Grunnskole	20,8	18,5	21,4	36,0	24,2	23,6	27,3	28,3	20,3	17,3	21,0	36,4
Videregående utdanning	43,5	40,2	50,6	45,7	28,3	28,1	28,9	33,7	46,0	43,1	52,1	46,2
Høyere utdanning	33,3	38,0	27,3	17,5	32,7	32,3	36,5	28,4	33,4	39,3	26,7	17,0
<i>Familieforhold</i>												
Ekteskapeelig status												
Gift	54,6	53,7	62,0	38,8	63,2	64,3	61,0	37,4	53,2	51,3	62,0	38,8
Separert/skilt	16,9	17,3	18,3	9,4	17,5	17,3	20,0	13,4	16,7	17,3	18,2	9,2
Enke/enkemann	8,2	1,4	11,8	47,2	4,5	2,0	13,1	45,2	8,9	1,3	11,7	47,3
Aldri gift	20,3	27,6	7,9	4,6	14,8	16,4	5,9	4,0	21,2	30,1	8,1	4,6
Alendeboende	22,2	17,5	25,7	46,5	17,9	16,1	25,0	43,4	23,0	17,8	25,8	46,7
Barn i Norge												
0	15,5	18,1	11,1	9,7	30,3	31,3	25,1	24,1	13,1	15,1	10,2	9,1
1	13,6	14,6	12,2	10,5	16,6	16,8	15,3	15,9	13,1	14,1	11,9	10,2
2+	70,9	67,3	76,3	70,8	53,1	51,9	59,6	60,0	73,8	70,8	77,9	80,7
<b>Innvandrerkjennetegn</b>												
Innvandrere	14,1	18,7	6,2	4,3	100,0	100,0	100,0	100,0	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Landgruppe<sup>a</sup></i>												
1 (Vest-Europa, USA etc.)	3,5	3,9	2,6	2,5	24,6	21,1	42,5	58,8	N/A	N/A	N/A	N/A
2 (Nye østlige EU-land)	3,2	4,8	0,6	0,3	23,0	25,4	9,3	6,6	N/A	N/A	N/A	N/A
3 (Afrika, Asia etc.)	7,4	10,0	3,0	1,5	52,4	53,5	48,2	34,5	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Innvandringsgrunn<sup>a</sup></i>												
Arbeid	3,8	5,8	0,4	0,0	27,2	30,9	6,2	0,4	N/A	N/A	N/A	N/A
Familie	3,6	5,3	0,7	0,4	25,7	28,1	11,7	10,1	N/A	N/A	N/A	N/A
Flukt	2,2	3,1	0,8	0,4	15,8	16,5	12,5	9,3	N/A	N/A	N/A	N/A
Utdanning	0,3	0,5	0,0	0,0	2,3	2,6	0,1	0,0	N/A	N/A	N/A	N/A
Nordisk	0,9	0,8	1,1	1,3	6,4	4,0	18,0	29,0	N/A	N/A	N/A	N/A
Annet og ukjent (inkl. <1990)	3,3	3,2	3,2	2,2	22,6	17,9	51,5	51,2	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Botid</i>												
Gjennomsnitt (mean)	50,8	45,0	60,2	64,1	19,4	16,4	34,7	46,2	55,9	51,6	61,9	64,9
Standardavvik	15,7	15,6	8,8	10,3	13,7	10,6	15,2	17,9	8,3	6,4	4,5	9,0

<sup>a</sup>Odds ratio. <sup>b</sup>Konfidensintervall, beregnet ved hjelp av robuste klusterfeil («the Huber/White/sandwich estimate of variance») som tar hensyn til at individer forekommer i flere årganger. <sup>c</sup>Alle analyser er kontrollert for kalenderår (2012–2016) i tillegg til variablene som er vist.

Figur 5 viser forskjeller i omsorgstjenestebruk etter både landgruppe, innvandringsgrunn og kjønn. Den horisontale linjen viser sannsynligheten for befolkningen ellers (se prikkene lengst til venstre). Oppsummert viser figuren at det er en gjennomgående kjønnsforskjell i bruk av omsorgstjenester: Kvinner (rødt) er oftere brukere enn menn (blått). Det er også relativt store forskjeller etter innvandringsgrunn. Mannlige arbeidsinnvandrere, uavhengig av landgruppertilhørighet, har en lavere omsorgstjenestebruk enn menn i den øvrige befolkningen. Mannlige flyktninger fra landgruppe 2 og 3 har derimot en høyere bruk enn øvrige menn. Ingen grupper av kvinnelige innvandrere har en *høyere* bruk enn kvinner i den øvrige befolkningen, mens enkelte grupper har lavere bruk, for eksempel familieinnvandrere (uavhengig av landgruppe) og arbeidsinnvandrere fra landgruppe 2 og 3. Tilleggsanalyser fordelt på alder (se vedleggsfigur A1) viser at det blant kvinner 65–79 år faktisk er høyere bruk blant kvinnelige flyktninger enn blant øvrige kvinner. Det kan få implikasjoner for framtidens omsorgstjenestebruk fordi vi forventer flere flyktninger i denne aldersgruppen i årene som kommer.



**Figur 5**

Marginal effekter for omsorgstjenestebruk etter kjønn, landgruppe og innvandringsgrunn, 2012–2016.

Note: Tallene 1, 2 og 3 på x-aksen viser til landgruppe, og forkortingene viser til innvandringsgrunn (arb = arbeid, fam = familie, flu = flukt og ann = annet).

Kilde: SSB, egne beregninger

Tabell 4 viser bruk av ulike *typer* tjenester blant innvandrere og øvrige etter at vi har justert for sosiodemografiske variabler. Tabellen understreker funnene som er omtalt over, og viser at det gjennomgående er lavere bruk av institusjonsbasert omsorg blant innvandrere. For de øvrige tjenestene er det enten lik bruk eller «underbruk», med unntak av en høyere bruk

av hjemmebaserte helsetjenester for flyktninger fra landgruppe 3 og en dels høyere bruk av «andre tjenester» som varierer etter både landgruppe og innvandringsgrunn. Tabellen viser også at arbeidsinnvandrere fra landgruppe 2 – som i liten grad bruker omsorgstjenester – utgjør en liten andel av dagens eldre innvandrere sammenlignet med hva de forventes å gjøre i framtiden. Den største gruppen blant eldre innvandrere i dag – «annet» fra landgruppe 1 – har en tjenestebruk som ligger relativt nært opptil de øvrige. I framtiden vil sannsynligvis en lavere andel av de eldre innvandrerne tilhøre denne gruppen.

**Tabell 4** Betydningen av landgruppe og innvandringsgrunn for ulike typer omsorgstjenestebruk, justert for sosiodemografiske forhold, blant personer i alderen 65 år eller mer, 2012–2016.<sup>a</sup>

	%	Institusjonsbasert omsorg		Hjemmebaserte helsetjenester		Praktisk bistand		Andre tjenester	
		OR <sup>b</sup>	95 % KI <sup>c</sup>	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI
<b>Landgruppe og innvandringsgrunn (ref = øvrige)</b>									
Landgruppe 1, arbeid	1,1	0,37	0,21–0,65	0,37	0,20–0,68	0,78	0,23–2,64	0,89	0,45–1,74
Landgruppe 1, familie	1,3	0,55	0,34–0,89	0,74	0,51–1,05	0,55	0,19–1,54	0,98	0,57–1,68
Landgruppe 1, annet	56,7	0,84	0,80–0,87	0,86	0,83–0,90	0,98	0,91–1,05	1,02	0,96–1,09
Landgruppe 2, arbeid	0,8	0,11	0,05–0,26	0,19	0,10–0,39	0,27	0,04–2,09	0,11	0,03–0,35
Landgruppe 2, familie	1,6	0,56	0,39–0,81	0,45	0,32–0,63	0,26	0,11–0,59	0,64	0,42–0,96
Landgruppe 2, flukt	2,5	0,78	0,61–0,99	1,01	0,81–1,25	1,22	0,81–1,83	2,33	1,83–2,99
Landgruppe 2, annet	3,9	0,66	0,53–0,80	0,64	0,53–0,77	0,66	0,48–0,91	1,09	0,86–1,39
Landgruppe 3, arbeid	0,3	IE	IE	0,13	0,05–0,36	IE	IE	0,11	0,01–0,78
Landgruppe 3, familie	5,8	0,49	0,39–0,63	0,63	0,52–0,76	0,43	0,28–0,64	1,12	0,88–1,43
Landgruppe 3, flukt	12,2	0,83	0,70–0,99	1,26	1,10–1,43	0,94	0,72–1,23	2,16	1,82–2,56
Landgruppe 3, annet	13,8	0,63	0,55–0,72	0,85	0,77–0,94	0,77	0,63–0,96	1,19	1,04–1,37

<sup>a</sup>Tabellen er justert for alle sosiodemografiske variabler vist i tabell 3, modell III. Tjenestetypene er rangert slik at de er gjensidig utelukkende, og man er plassert i tjenester i følgende rekkefølge: 1) institusjon; 2) hjemmebaserte helsetjenester; 3) praktisk bistand; 4) andre tjenester. Log likelihood = -2 935 846; Pseudo R2 = 0,21. Referansekategorien er øvrige og «ingen tjenester». IE står for «Ikke-estimerbar». Det er gjort en multinomial logistisk regresjonsanalyse med robuste klusterfeil («the Huber/White/sandwich estimate of variance»), der sammenlikningsgrunnlaget er «ingen bruk av tjenester». <sup>b</sup>Odds ratio. <sup>c</sup>Konfidensintervall.

## Diskusjon

Stadig flere av framtidens eldre i Norge kommer til å være innvandrere. Dersom SSBs befolkningsframskrivninger slår til, blir det fire ganger så mange innvandrere over 80 år de neste 20 årene. De fleste av dem vil sannsynligvis være født i land utenfor Europa, og det er grunn til å anta at relativt mange av dem vil ha et lavere utdanningsnivå enn den øvrige befolkningen i samme alder. Selv om dagens eldre innvandrere ikke bruker offentlige omsorgstjenester like ofte som befolkningen ellers, kan dette endre seg ettersom sammensetningen av de eldre innvandrerne i Norge endres. Her diskuterer vi hvilke faktorer som kan påvirke utviklingen i omsorgsbruk blant innvandrere.

### Tilbud og etterspørsel i framtidens omsorgstjeneste

Det er usikkerhet knyttet til helsetilstanden til framtidens aller eldste (Chatterji et al., 2015), men internasjonal forskning viser at innvandrere er positivt selektert helsemessig (Omariba et al., 2014; Wallace & Kulu, 2014). Deres helseatferd og bruk av helsetjenester varierer



imidlertid med opprinnelsesland, botid og grad av integrering i vertslandet (Singh & Siahpush, 2002). Også i Norge eksisterer det ulikheter blant innvandrere på flere helserelaterte områder (Diaz et al., 2015; Elstad, 2016; Syse et al., 2018). Mens innvandrere med kort botid i Norge synes å ha bedre helse enn befolkningen ellers, svekkes helsen deres med økende botid (Elstad, 2016; Syse et al., 2018). Dermed kan det tenkes at framtidens eldre innvandrere, som primært vil ha lang botid, vil ha noe dårligere helse enn dagens innvandrere. Videre har innvandrere som kommer til Norge på grunn av utdanning og arbeid, i gjennomsnitt svært god helse, mens den er noe dårligere for flyktninger og familieinnvandrere. Analyser av tjenestebruk viser at dagens eldre innvandrere gjennomgående har en lavere bruk av omsorgstjenester enn eldre i den øvrige befolkningen, både når det gjelder hyppighet og omfang (Dzamarija, 2022). Dette understøttes i våre analyser.

Den lavere bruken av offentlige omsorgstjenester behøver ikke bety at eldre innvandrere har bedre helse og mindre behov for omsorg enn eldre i befolkningen ellers. Det kan også hende at innvandrernes omsorgsbehov ikke fanges opp like godt av tjenestene. På dette feltet kan det være mange barrierer for innvandrere: Kanskje vet de ikke hvilke tjenester som fins, eller de er ikke klar over hvilken hjelp de har krav på. Mange kan også ha språkproblemer, det kan finnes stereotypiske holdninger hos ansatte i tjenestene, og noen innvandrere kvier seg for å ta imot offentlig hjelp (Field, 2013; Park et al., 2018). Dette er også mulige forklaringer på at det offentlige vurderer at innvandrerne har mindre behov for tjenester enn øvrige (se «Tjenestebehov» nederst i tabell 2). Å legge til rette for bedre og mer målrettet informasjonsarbeid samt en bredere kartlegging av behov blant eldre innvandrere og deres pårørende kan være tiltak som tjenestene bør vurdere framover.

Tjenestebruken er imidlertid relativt høy i noen av gruppene som vi forventer vil øke mest i tiden framover, og særlig for flyktninger. Dette er en gruppe hvor både språk- og kulturforståelse kan utgjøre barrierer for å få og bruke riktige typer omsorgstjenester, med mulige implikasjoner for håndtering av egen helse, funksjonsnivå og mestring. Blant annet gjensstår det å se hvordan for eksempel demens vil påvirke språkferdigheter og behov for formell omsorg (Goth & Strøm, 2018). Det økte antallet flyktninger og familieinnvandrere som forventes fra Afrika, Asia eller Øst-Europa utenfor EU, kan også bety at en større andel av framtidens eldre innvandrere vil tilhøre lavinntektsgrupper, både blant de i eldre arbeidsalder (50–64), tidlig pensjonsalder (65–79 år) og blant de aller eldste (80+ år). Lav utdanning og en svak tilknytning til arbeidsmarkedet er en viktig årsak til lavinntekt i innvandrergrupper. Både utdanning og inntekt henger sammen med helse, og bedre økonomi gir i tillegg muligheter for å kjøpe tjenester i private markeder ved behov. I hvor stor utstrekning denne typen eldre innvandrere vil ha gode nok nettverk i eldre år og en forståelse av det norske helse- og velferdssystemet som gir et grunnlag for en optimal fungering, er uvisst.

På den andre siden forventer vi også en økning i andelen eldre innvandrere som tilhører grupper med lav bruk av omsorgstjenester, først og fremst arbeidsinnvandrere, og særlig fra østlige EU-land. Dette kan bidra til å trekke gjennomsnittsbruken blant innvandrere i motsatt retning.

Som våre resultater viser, kan framtidens eldre innvandrere antas å ha et lavere utdanningsnivå enn øvrige eldre og dagens eldre innvandrere. Dette kan peke i retning av økt omsorgstjenestebruk. På den andre siden kan andelen enslige og aleneboende bli litt lavere blant eldre innvandrere enn blant eldre i befolkningen for øvrig, og dette gjelder særlig de som kommer som familieinnvandrere. Samtidig vil færre av de eldre innvandrerne ha barn i Norge. Selv om samlivsforhold kan tyde på mindre behov og/eller økt tilgang på uformell omsorg, kan flere barnløse tilsi økt behov for offentlig omsorg dersom partneren faller fra.

Det eksisterer i dag lite kunnskap om hva aldring vil bety for de aller eldste innvandrerne

(Cela & Barbiano di Belgiojoso, 2021), og i hvilken grad aldringen kan tenkes å utfordre generasjonssolidariteten i familien (Muir, 2017). I SSBs framskrivninger av omsorgstjenestebehov forutsettes det at familieomsorgen holdes konstant framover, og dermed implisitt at andelen som får slik omsorg hjemme, går ned over tid (Hjemås et al., 2019). Mer familieomsorg kan avhjelpe utfordringene i omsorgssektoren framover, men det finnes lite kunnskap om hvilke preferanser eldre innvandrere og deres pårørende har for formell versus uformell omsorg (WHO, 2002), selv om temaet har begynt å få noe oppmerksomhet (se for eksempel Arora et al., 2020b).

Vi har vist at det er noen forskjeller i *typer* tjenester som benyttes. Dette kan henge sammen med en annen forståelse av forpliktelser og gjensidighet i omsorg for eldre, men også med normer som kan gjøre at særlig innvandrerkvinner føler seg forpliktet til å påta seg en tradisjonell omsorgsrolle heller enn å la det formelle omsorgsapparatet bistå (Sagbakken et al., 2018). Store omsorgsforpliktelser kan igjen bety en lavere arbeidsdeltakelse blant innvandrerkvinner i 50- og 60-årene som har foreldre i 80–90-årene, og arbeidstilbudet blant kvinner i denne gruppen allerede er relativt lavt (Tønnessen & Syse, 2021). Dette trengs det mer forskning på.

Vi har også vist at det særlig er forskjeller mellom dagens eldre i den øvrige befolkningen og innvandrere i bruk av institusjonsbasert omsorg, i tråd med funn fra Danmark (Hansen, 2014). For enkelte innvandrere kan flytting til institusjon innebære at de selv eller deres familie bryter med kulturelle normer og forventninger om at familien tar vare på sine egne (Arora et al., 2020a). Samtidig er det et politisk mål at offentlig omsorgsarbeid primært skal utføres i Eldres hjem, så langt det er mulig. Dette er både fordi det er billigere (Meld. St. 15 (2017–2018)), og fordi det antas å være bedre for de eldre selv og deres pårørende (WHO, 2002).

I Norge, som i mange andre europeiske land, er det bred politisk enighet om at økt levealder er et gode, men at det fordrer at eldre står lenger i arbeid, og at det tilrettelegges for å unngå et unødig høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester. Dette er eksplisitt uttrykt i *Perspektivmeldingen* (Meld. St. 14 (2020–2021)), i reformer som *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)) og i *Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn* (Departementene, 2016). Det er også et politisk mål at innvandrere i Norge skal integreres godt. I *Regjeringens mål for integrering* innebærer dette at innvandrere skal få bruke ressursene sine og bidra til fellesskapet (Kunnskapsdepartementet, 2018). I integreringsstrategien står det videre: «Alle i offentlig sektor har et ansvar for å utvikle politikk og tiltak som gir innvandrere [...] like muligheter, rettigheter og plikter» (Kunnskapsdepartementet, 2018), og det gjelder også for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Imidlertid vil utgiftene til pensjoner og helse- og omsorgstjenester øke kraftig med en aldrende befolkning (Meld. St. 14 (2020–2021)) og dermed påvirke velferdsstatens bærekraft (Lorenzoni et al., 2019; OECD, 2019).

### Hva bør tjenestene følge med på?

Om framtidens eldre innvandrere vil fortsette å bruke omsorgstjenester i mindre grad enn den øvrige befolkningen, avhenger av en rekke faktorer. Som vist i denne artikkelen er det noen faktorer som trekker i retning av økt forbruk av omsorgstjenester framover (for eksempel lavere utdanning, flere fra ikke-vestlige land, flere med flukt og familie som innvandringsgrunn og flere uten barn i Norge), mens andre faktorer trekker i motsatt retning (for eksempel færre som bor alene, mer uformell omsorg og begrensede offentlige ressurser til omsorgstjenester).

Uavhengig av om forskjellene i tjenestebruk mellom eldre i befolkningen for øvrig og eldre innvandrere fortsetter, vil det økte antallet av eldre innvandrere uansett gjøre at tjenestene vil

møte flere brukere av denne typen i årene som kommer, og må forberede seg på slike møter. Slik vi forstår det, er et slikt arbeid allerede påbegynt, for eksempel ved at helseutdanningene i dag er gitt et sterkere mandat for å vektlegge mangfoldskompetanse i langt større grad enn før: «Regjeringen vil [...] ta initiativ til at det legges mer vekt på innvandrers helse i helse- og omsorgsutdanningene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det innebærer også et sterkere søkelys på tilgjengelighet av tolketjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Imidlertid kan det påpekes at oppmerksomheten til nå i stor grad har vært rettet mot yngre heller enn eldre innvandrere, og framover vil det være viktig at også utfordringer blant de eldste innvandrerne inkluderes. Samtidig vil en bedre integrering av nyankomne innvandrere kunne ha som en langsiktig konsekvens at de også blir bedre rustet til en alderdom i Norge.

Sett i et internasjonalt perspektiv har Norge foreløpig få eldre innvandrere. Men som vi har vist, forventes dette å endre seg framover. Spørsmål å følge med på videre blir dermed i hvilken grad innvandrere vil fortsette å bistå med og motta familieomsorg, og i hvilken grad eldre innvandrere tilpasser seg det norske systemet for bruk av tjenester knyttet til helse, pleie og omsorg. Konkrete eksempler fra andre land kan også gi nyttige innspill til hvordan framtidens helse- og omsorgstjenester kan tilpasses innvandrere. Eksempler fra europeiske byer tyder på at innvandrere i større grad ønsker oppfølging fra familie og venner i lokalmiljøet, og de ønsker lokale møteplasser og aktiviteter som i større grad tar hensyn til deres kulturelle og språklige bakgrunn. Forsøk med egne gruppeaktiviteter for seniorinnvandrere i Nederland har bidratt til bedre tilpassede hjelpetjenester og bedre hverdagsmestring (ESPON/ACPA, 2019).

### Økt ulikhet

Det er betydelig sosial ulikhet mellom innvandrere i Norge og befolkningen for øvrig og også innad i gruppene. Det er også markerte sosiale forskjeller i sykkelighet og dødelighet etter utdanning, inntekt, yrke, posisjon i arbeidslivet, familiesituasjon og innvandrerbakgrunn (Dahl et al., 2014). Slike sammenhenger kan dels skyldes seleksjonseffekter som innebærer at friskere og mer ressurssterke mennesker i større grad oppnår en bedre sosioøkonomisk posisjon, men sammenhengen kan også speile en reell årsakssammenheng (Dahl et al., 2014). Det siste tiåret har inntektsforskjellene mellom innvandrere og befolkningen ellers blitt større, samtidig som inntektsulikheten innad i innvandrergupper har økt (Meld. St. 13 (2018–2019)). I Oslo er nesten 70 prosent av eldre sosialhjelpsmottakere innvandrere (Ohrem & Corneliussen, 2019). Tilsvarende trender rapporteres også fra andre skandinaviske land (Gustafsson et al., 2021). Framtidige eldre innvandrere kan antas å ha lavere pensjoner enn øvrige eldre på grunn av lavere yrkesdeltakelse og -inntekt og færre opptjeningsår, og dette vil særlig gjelde eldre innvandrerkvinner. Lavinntekt og fattigdom kan ha negativ innflytelse på helsen fordi et rimelig nivå av levekår krever en viss inntekt. Videre vil eldre med større økonomisk handlingsrom kunne legge til rette både bolig og nærmiljø samt kjøpe seg tjenester som kan bidra til å øke deres funksjonsnivå, og dermed bedre livskvaliteten og redusere behovet for offentlige omsorgstjenester. Andelen innvandrere med vedvarende lavinntekt reduseres imidlertid betraktelig med økt botid, uavhengig av landbakgrunn (Meld. St. 13 (2018–2019)), noe som kan tilsi at disse forskjellene vil være mindre blant de eldste, som i stor grad har lang botid i Norge.

Våre resultater tyder likevel på at forskjellene innvandrerne imellom kan komme til å øke i tiden framover. Når det gjelder bruk av omsorgstjenester, ser vi et stort spenn blant grupper som sannsynligvis vil utgjøre store andeler av framtidens eldre innvandrere: på den ene siden eldre flyktninger, der relativt mange bruker omsorgstjenester, og på den andre siden eldre arbeidsinnvandrere, der tjenesteb Bruken er lav.

Som nevnt vil aldringen av befolkningen gjøre at den totale offentlige ressursituasjonen forverres framover. Dette gjør at vi forventer større forskjeller mellom framtidens eldre generelt, både blant innvandrere og øvrige, etter både utdanning og familiesituasjon. Dette vil mest sannsynlig medføre en økning av udekkede omsorgsbehov og en økt ulikhet i tilgang til og bruk av omsorgstjenester blant eldre (Kröger et al., 2019). En slik utvikling kan komme i konflikt med høyt prioriterte politiske mål som en rettferdig fordeling av offentlige tjenester, dvs. at tjenester skal være tilgjengelige på grunnlag av behov (NOU 2018: 16). Selv om de fleste i Norge rapporterer at de får tilstrekkelig (medisinsk) omsorg (OECD, 2019), vil det være viktig å sikre at enkelte grupper av hjemmeboende eldre, for eksempel innvandrere, ikke faller utenfor framover. Siden tildelingen av omsorgstjenester forutsetter en aktiv tilnærming, der pleietrengende (ofte med bistand fra pårørende) har ansvar for selv å opplyse om sine behov, enten ved å bestille time hos fastlegen eller ved å søke direkte til hjemmetjenesten, vil det være viktig å sørge for at eldre innvandrere og deres nærmeste er tilstrekkelig informert om og i stand til å benytte en slik proaktiv tilnærming. Eldre voksne som søker om hjemmetjenester for første gang, har imidlertid en tendens til å vise en høy prevalens av skrøpeligheit (Laukli et al., 2021), men hvorvidt dette varierer etter innvandrerkenetegnet, vet vi ikke. Dette vil det være viktig å følge med på framover, ikke bare på grunn av den nære sammenhengen mellom skrøpeligheit og omsorg på individnivå, men også fordi dette har direkte implikasjoner for det offentlige omsorgstilbudet og kostnader forbundet med dette.

Utdanning har vist seg å være vesentlig for digital kompetanse, som er en sentral ferdighet i dagens Norge. Mangel på slik kompetanse kan dermed bli en barriere mot deltakelse og også bidra til økt ulikhet. Perspektivmeldingen framhever at det vil være viktig å utnytte teknologiske framskritt, samt tilpasse og fornye velferdsordninger i årene som kommer (Meld. St. 14 (2020–2021)). At våre resultater ikke tilsier at framtidens eldre innvandrere vil ha mye mer utdanning enn dagens eldre innvandrere, kan derfor gi grunn til bekymring siden mange eldre og innvandrere fra ikke-vestlige land har lavere digitale ferdigheter enn gjennomsnittet i befolkningen (Meld. St. 13 (2018–2019)).

## Konklusjon

Selv om resultatene vi har presentert i denne artikkelen er usikre, kan vi forvente en kraftig økning i antall eldre innvandrere i Norge framover. Det er også god grunn til å anta at de fleste av disse vil være født i land utenfor Europa, og at de vil ha bodd i Norge i lang tid. Våre anslag tyder også på at relativt mange av dem vil ha et lavt utdanningsnivå, som er sterkt forbundet med helse og dermed behovet for omsorgstjenester. Selv om vi kan forvente at mange kommer til å bo sammen med en partner, vil andelen som har barn i Norge sannsynligvis være lavere enn for øvrige. Dette kan påvirke deres tilgang på hjelp fra familie. På den andre siden kan innslaget av uformell omsorg være noe større, siden relativt mange er kommet som familieinnvandrere og fra land hvor familieomsorg er mer vanlig. Dagens eldre innvandrere i Norge bruker generelt mindre offentlige omsorgstjenester enn eldre i befolkningen ellers, men det kan forandre seg ettersom sammensetningen av de eldre innvandrerne i Norge endres.

Tjenestene bør være oppmerksom på både økningen i antall innvandrere som forventes i den aller eldste aldersgruppen, samt endringene i sammensetningen av gruppen. Langt de fleste av framtidens aller eldste innvandrere bor allerede i Norge og kan derfor nås med tiltak som bidrar til at de kan ha en trygg økonomi. De kan dermed legge til rette for en god velferd i eldre år, samtidig som de selv ivaretar sin egen helse best mulig, og eventuelt legger til rette

for en alderdom som er så selvstendig som mulig ved tiltak på tvers av politiske sektorer, som folkehelse, boligpolitikk, levekår, utdanning med videre. Når innvandrerne utgjør en stadig større andel av de eldre, vil flere politikkområder møtes, og behovet for å se flere politiske ambisjoner i sammenheng vil øke: Integreringspolitikken bør i større grad ta høyde for innvandrere som framtidige brukere av helse- og omsorgstjenester, mens helsepolitikken i større grad bør ta høyde for at ikke alle eldre i framtiden vil være født og oppvokst i Norge.

*Denne artikkelen er finansiert av Norges forskningsråd, dels via HELSEVEL (GeoHealth, (#256678) og dels via VAM (ExitNorway, #313823).*

## Referanser

- Arora, S., Rechel, B., Bergland, A., Straiton, M. & Debesay, J. (2020a). Female Pakistani carers' views on future formal and informal care for their older relatives in Norway. *BMC Health Services Research*, 20(1), 603. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05468-z>
- Arora, S., Straiton, M., Bergland, A., Rechel, B. & Debesay, J. (2020b). Renegotiating formal and informal care while ageing abroad: Older Pakistani women's healthcare access, preferences and expectations in Norway. *Journal of Migration Health*, 1–2, 100002. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100002>
- Blix, B. H., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(7), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Cela, E. & Barbiano di Belgiojoso, E. (2021). Ageing in a foreign country: determinants of self-rated health among older migrants in Italy. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47, 3677–3699. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1627863>
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T. & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, 385(9967), 563–575. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61462-8)
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/738>
- Departementene. (2016). *Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi\\_eldrepolitikk\\_110316.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf)
- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B. & Gimeno-Feliu, L.-A. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, 25(1), 72–78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
- Dzamarija, M. T. (2022). *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* (Rapport 2022/2). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse>.
- Elstad, J. I. (2016). Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Services Research*, 16, 306. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1561-9>
- ESPON/ACPA. (2019). *Adapting European cities to population ageing: Policy challenges and best practices*. Final report. <https://www.espon.eu/sites/default/files/attachments/1.%20ACPA%20Main%20report.pdf>
- Field, J. (2013). *Migration and workforce ageing*. I J. Field, R.J. Burke, & C.L. Cooper (red.), *The SAGE handbook of aging, work & society*. Sage.

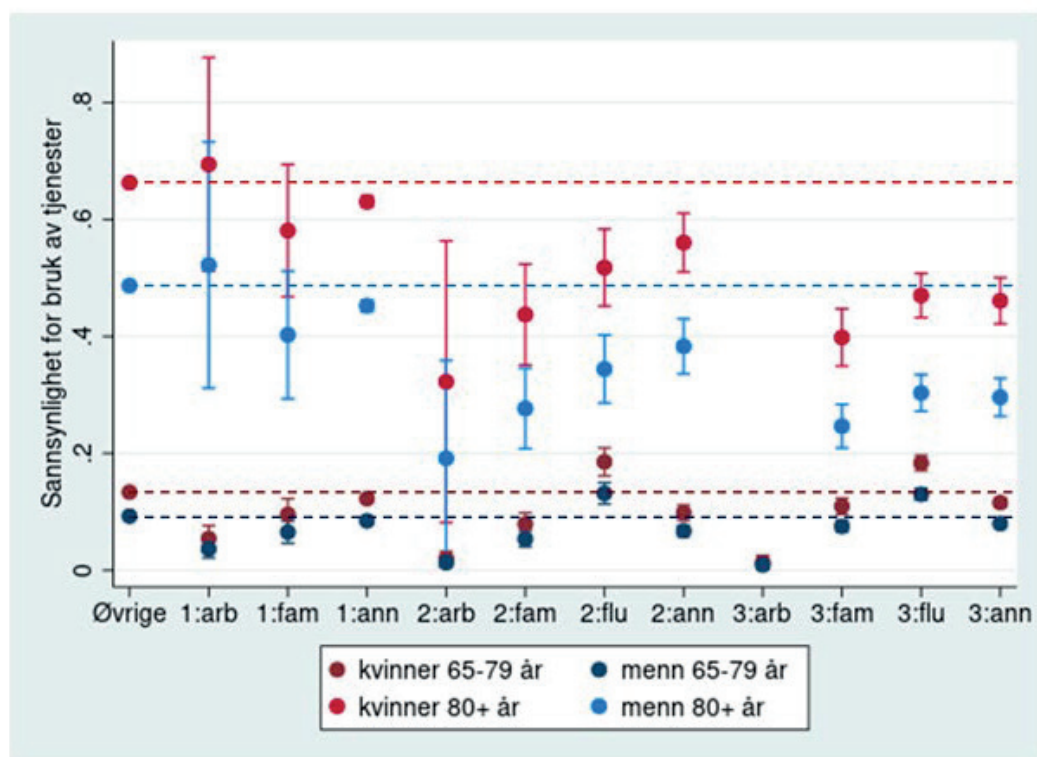
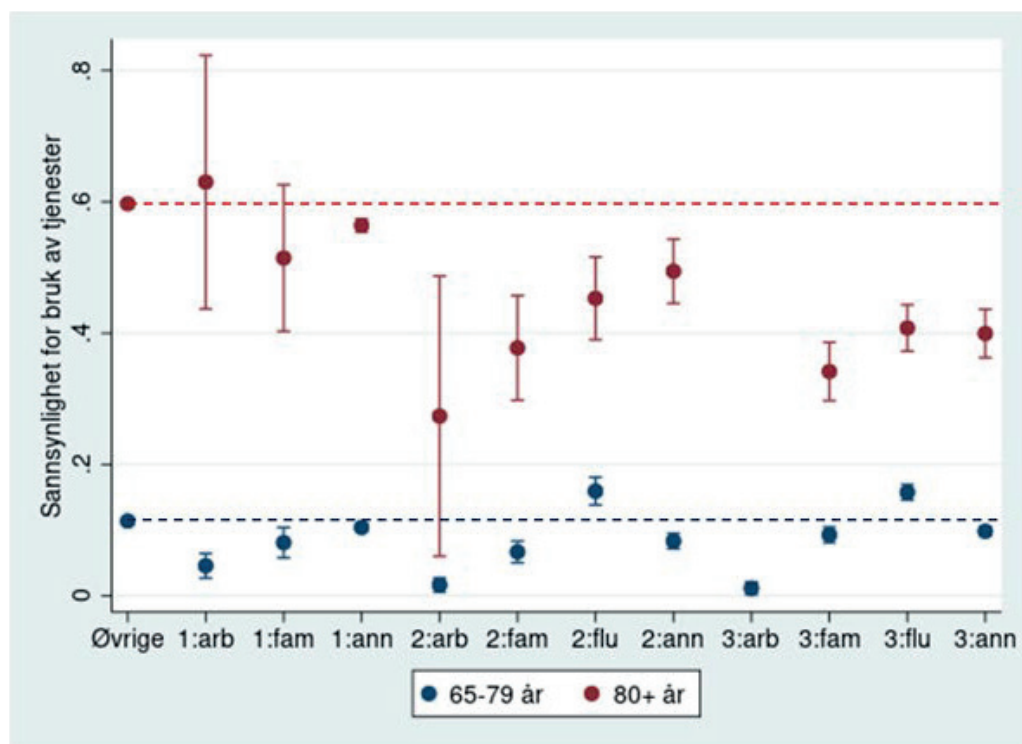


- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater* (Rapport 2020/24). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2020>.
- Goth, U. S. & Strøm, B. S. (2018). Language disintegration: communication ability in elderly immigrants with dementia. *Lancet Public Health*, 3(12), E563. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30184-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30184-1)
- Gustafsson, B., Jakobsen, V., Innes, H. M., Pedersen, P. J. & Österberg, T. (2021). Older immigrants – new poverty risk in Scandinavian welfare states? *Journal of Ethnic and Migration Studies* (online first). <https://doi.org/10.1080/1369183X.2021.2011176>
- Hansen, E. B. (2014). Older immigrants' use of public home care and residential care. *European Journal of Ageing*, 11, 41–53. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0289-1>
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060* (SSB Rapport 2019/12). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/fremskrivninger-av-ettersporselen-etter-arbeidskraft-i-helse-og-omsorg-mot-2060?fane=om>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester. Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013–2017)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Kjønstad A., Syse, A. & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang, 6th ed.* Gyldendal akademisk.
- Kröger, T., Puthenparambil, J. M. & Aerschot, L. V. (2019). Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485–500. <https://doi.org/10.1332/239788219X15641291564296>
- Kunnskapsdepartementet. (2018). *Integrering gjennom kunnskap. Regjeringens integreringsstrategi 2019-2022*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring-og-integrering/kd/mal-for-integrering/id2343467/>
- Laukli, I., Sandvik, L. & Ormstad, H. (2021). Frailty assessment of older adults, first-time applicants of public home care service in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(1), 3–9. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1880069>
- Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D. & James, C. (2019). *Health spending projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*. OECD Health Working Papers No. 110. Paris: OECD Publishing. <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>.
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
- Meld. St. 13 (2018–2019). *Muligheter for alle — Fordeling og sosial bærekraft*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20182019/id2630508/sec1>.
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>.
- Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. *OECD Health Working Papers* No. 93. OECD Publishing. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care\\_a411500a-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en)
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F., Sundby, B., Karlsen, H. & Wettergren, J. (2017). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Reports 2017/26). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016>.
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge: Bærekraft i hele landet. Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>



- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ohrem, C. & Corneliussen, S. (2019). Eldre i Oslo. *Oslospeilet*, (1).
- Omariba, D.W.R., Ng, E. & Vissandjée, B. (2014). Differences between immigrants at various durations of residence and host population in all-cause mortality, Canada 1991–2006. *Population Studies*, 68(3), 339–357. <https://doi.org/10.1080/00324728.2014.915050>
- Park, S. Y., Lee, H. & Kang, M. (2018). Factors affecting health literacy among immigrants – systematic review. *European Journal of Public Health*, 28(suppl\_4), cky214.283. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky214.283>
- Pettersen, S. V. (2013). *Utvandring fra Norge 1971-2011* (Rapport 2013/30). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/utvandring-fra-norge-1971-2011?fane=om>
- Sagbakken, M., Spilker R. S. & Ingebretsen, R. (2018). Dementia and migration: family care patterns merging with public care services. *Qualitative Health Research*, 28(1), 16–29. <https://doi.org/10.1177/1049732317730818>
- Singh, G. K. & Siahpush, M. (2002). Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: An analysis of two national data bases. *Human Biology*, 74(1), 83–109. <https://doi.org/10.1353/hub.2002.0011>
- Skjerpen, T., Stambøl, L. S. & Tønnessen, M. (2015). *Utvandring blant innvandrere i Norge. Del 1: Litteraturstudie, makroanalyse og regionale mønstre* (Rapport 2015/17). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/utvandring-blant-innvandrere-i-norge>
- Syse, A., Dzamarija, M. T., Kumar, B. N. & Diaz, E. (2018). An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5435-4>
- Tønnessen, S. (2017). Pårørende: Usynlige bærebjelker i velferdsstaten. I H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (red.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten: Politikk, styring og tjenester*. Gyldendal Akademisk.
- Tønnessen, M. & Syse, A. (2021). Flere eldre innvandrere i framtidens arbeidsstyrke. *Søkelys på Arbeidslivet*, 4–22. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-01-01>
- Wallace, M. & Kulu, H. (2014). Low immigrant mortality in England and Wales: A data artefact? *Social Science & Medicine*, 120, 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.032>
- WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Williams, R. L. (2000). A note on robust variance estimation for cluster-correlated data. *Biometrics*, 56, 645–646. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341x.2000.00645.x>

## Vedlegg



**Figur A1**

Marginal effekter for omsorgstjenestebruk etter kjønn, landgruppe og innvandringsgrunn, 2012–2016 (øverst) og i tillegg etter kjønn (nederst).

Note: Tallene 1, 2 og 3 på x-aksen viser til landgruppe, og forkortningene viser til innvandringsgrunn (arb = arbeid, fam = familie, flu = flukt og ann = annet).

Kilde: SSB, egne beregninger