

Arbeidsinnvandrere og helseutfordringer: Hva vet vi – og hva mangler vi kunnskap om?

Michael 2026; 23: 108–116

doi: 10.5617/michael.13326

Arbeidsinnvandrere utgjør en stor og viktig del av arbeidsstyrken i Norge, men kunnskapen om helsen deres er begrenset og skjevt fordelt. Forskningen omfatter i hovedsak noen få nasjonaliteter og temaer, mens korttidsarbeidere, uregistrerte arbeidsinnvandrere, somatisk sykdom og helseutvikling over tid i stor grad er fraværende. Kunnskapshullene har konkrete konsekvenser for helsetjenester, velferdsordninger og klinisk praksis. Skal prinsippet om likeverdige helsetjenester gjelde i praksis, må arbeidsinnvandreres helse i større grad synliggjøres i forskning og helsedata.

Over 360 000 mennesker i Norge er arbeidsinnvandrere, viser tall fra Statistisk sentralbyrå i 2024 (1). Mange av dem bygger husene våre, pleier syke og rengjør kontorer. Likevel vet vi forbausende lite om helsen deres og hvordan helsetjenesten møter dem.

Som studenter, leger eller forskere er vi vant til å lene oss på data. Vi regner med at vi har oversikt: over sykdomsforekomst, bruk av helsetjenester og risiko i ulike befolkningsgrupper. Men når det gjelder arbeidsinnvandrere, famler vi i stor grad i blinde. Denne kronikken tar utgangspunkt i funn fra min nylig gjennomførte masteroppgave, en sonderende oversikt (scoping review) av tilgjengelig forskningslitteratur om arbeidsinnvandreres helse i Norge (2). Kartleggingen inkluderte både fagfellevurderte artikler og «grålitteratur», som rapporter og studentoppgaver. Den ga viktig informasjon, men det som kanskje var mer slående, var alt vi ikke vet. Hvordan kan vi med begrenset kunnskap om helseutfordringer hos arbeidsinnvandrere forstå og forebygge sykdom, tilrettelegge helsetjenesten og utforme politikk?

Tanken er enkel: Før vi kan diskutere tiltak, må vi vite hva vi faktisk vet, og hva vi bare tror at vi vet.

Arbeidsinnvandrere i Norge, en sammensatt gruppe

Arbeidsinnvandrere i Norge er en mangfoldig gruppe. De største gruppene kommer fra Polen, Litauen og Sverige, men også Romania, Storbritannia og Tyskland er godt representert (3). De fleste kommer fra EU-land, men også tredjelandsborgere (utlendinger som ikke er fra EØS- eller EFTA-land) er en del av arbeidslivet i Norge (4).

Arbeidsinnvandrere jobber på svært ulike steder, og de har hverken de samme vilkårene eller de samme rettighetene. Særlig bygg- og anleggssektoren, renhold, hotell- og servering, landbruk og industri er tungt bemannet av arbeidsinnvandrere (5). Mange er ansatt gjennom bemanningsbyråer, på midlertidige kontrakter eller i sesongarbeid. Andre har fast stilling, fagbrev, bolig og familie i Norge, på linje med norske kolleger. En del har høyere utdanning og jobber innen IKT, forskning eller ingeniørfag (4, 5).

Det er en klar overvekt av menn blant arbeidsinnvandrerne, og gruppen er også tydelig kjønnsdelt innenfor arbeidslivet: Menn dominerer i bygg og industri, mens kvinner er overrepresentert i renhold, helse og omsorg (1, 5).

Om lag 220 000 arbeidsinnvandrere er registrert som bosatte i Norge, mens rundt 140 000 er registrert som ikke-bosatte (1). Det er viktig å være klar over at disse tallene ikke omfatter arbeidsinnvandrere fra nordiske land, korttidsarbeidere, grensependlere eller utstasjonerte arbeidstakere som ikke har registrert seg i Norge. Dermed har vi ingen fullstendig oversikt over det totale antallet arbeidsinnvandrere, og den reelle størrelsen på gruppen er trolig betydelig høyere enn det som framgår av den offisielle statistikken.

«Arbeidsinnvandrere» er ikke en homogen gruppe. Livssituasjon, botid, rettigheter og arbeidsvilkår varierer, og kan tenkes å gi ulike behov og helseutfordringer. Når vi likevel omtaler «arbeidsinnvandrere» som én kategori i statistikk og forskning, risikerer vi å ikke fange opp nettopp de forskjellene som er mest relevante for helse.

Det vi vet og ikke vet, og hvorfor det er et problem

Formålet med min masteroppgave var å kartlegge hvordan helse blant arbeidsinnvandrere var studert i Norge, med særlig vekt på hvilke grupper som var undersøkt, hvilke metoder som var brukt, og hvilke temaer som var belyst. Det ble anvendt et bredt helsebegrep, som omfattet både sykdom og skader, psykisk og sosialt velvære, helseatferd og sentrale helsedeterminanter som arbeid, bolig og tilgang til velferdstjenester. Studier av bredere migrantgrupper ble inkludert dersom arbeidsinnvandrere var eksplisitt analysert som delgruppe. Etter omfattende søk i tre vitenskapelige databaser, Oria, Fafø og alle universitets- og høyskolearkiver sto jeg igjen med 49

studier (2). Det er langt færre enn man skulle tro, gitt at arbeidsinnvandring til Norge har pågått i over 50 år.

Forskningen som finnes, er skjevfordelt og i liten grad representativ for mangfoldet blant arbeidsinnvandrere. Den klart mest studerte gruppen er polske arbeidere: Hele 27 av de 49 publikasjonene handlet utelukkende eller hovedsakelig om denne nasjonaliteten. Til sammenligning var litauiske arbeidere, som utgjør den nest største gruppen arbeidsinnvandrere i Norge, kun representert i to studier. Dette reiser spørsmål om hvilke grupper som får forskningsmessig oppmerksomhet, og hvilke som forblir usynlige.

Polske arbeidsinnvandreres erfaringer fra hjemlandet kan påvirke opplevelsen i møte med norsk helsetjeneste og arbeidsliv, noe som igjen kan farge forskningsfunnene og dermed også påvirke utforming av tiltak og politikk. Det er derfor en risiko for at kunnskapsgrunnlaget om helse ikke gir et representativt bilde av hele arbeidsinnvandrerpopulasjonen, og at helsefremmende tiltak utvikles med utgangspunkt i én nasjonalitet.

Den juridiske statusen til en arbeidsinnvandrer i Norge avgjør hvilke helserettigheter vedkommende har. Et konkret eksempel er fastlegeordningen: Arbeidsinnvandrere som kun har D-nummer, et midlertidig identifikasjonsnummer som gis til de som ikke kvalifiserer for fødselsnummer, har ikke rett til fastlege (4, 6). Dette gjelder mange korttidsarbeidere og pendlere, noe som kan gjøre det utfordrende å få oppfølging ved kronisk sykdom eller psykiske plager, der kontinuiteten i helsehjelpen er en viktig faktor. For mange blir legevakten eller akuttmottaket den eneste døren inn til helsetjenesten.

Nesten halvparten av studiene oppgir ikke den juridiske statusen til deltakende arbeidsinnvandrere. Dette innebærer at vi ikke vet om deltakerne var registrerte eller uregistrerte arbeidsinnvandrere, noe som gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad juridiske forhold kan ha påvirket deres helse, tilgang til helsetjenester og velferdsrettigheter. Manglende spesifisering av juridisk status i forskning representerer dermed en betydelig kunnskapsbegrensning.

Blant studiene som faktisk spesifiserer juridisk status, er det kun tre som omhandler uregistrerte arbeidsinnvandrere. Det betyr at vi har minst kunnskap om de mest mobile og sårbare gruppene: korttidsarbeidere, sesongarbeidere og personer uten registrering i folkeregisteret. Dette er neppe tilfeldig. Denne gruppen er vanskeligere å rekruttere til forskning, både på grunn av språkbarrierer og arbeidstid som gjør deltakelse krevende, samtidig som usikker juridisk status kan skape frykt for myndighetskontakt. Det er nærliggende å anta at de største helseutfordringene er å finne blant disse arbeidsinnvandrerne.

Metodisk domineres feltet av kvalitative studier. Disse gir verdifull innsikt i erfaringer og livssituasjoner, fortellinger om brakkeboende, nattarbeid og savn etter barn i hjemlandet, men gir ikke oversikt over sykdomsforekomst, risiko eller utvikling over tid. Kun seks studier var registerbaserte. Det er påfallende, spesielt med tanke på at store nasjonale helseregistre finnes og kunne gitt muligheter for bredere og mer representative analyser.

En viktig forklaring er at mange helseregistre og befolkningsundersøkelser ikke inkluderer migrasjonsrelaterte variabler som statsborgerskap, innvandringsgrunn eller oppholdstid. Dermed blir det vanskelig å bruke slike registre alene for å studere helse blant arbeidsinnvandrere. Den store Tromsøundersøkelsen har for eksempel fulgt en hel kommunebefolkning gjennom 50 år, men registrerer ikke språk eller etnisitet (7). Forskere som vil studere migrasjon og helse, må derfor koble helsedata med Folkeregisteret, en prosess som krever omfattende søknadsarbeid, etiske vurderinger og teknisk tilrettelegging. Det gjør studiene mer ressurskrevende, og dermed sjeldnere. I tillegg er innvandrere med kort botid, for eksempel de på korttidskontrakter, ofte ekskludert fra registerstudier da de ikke registreres i Folkeregisteret (8).

Ingen av de 49 studiene benyttet longitudinelt design. Det er en betydelig svakhet ettersom migrasjon og helse i stor grad må forstås i et livsløpsperspektiv (9). Tidligere studier i internasjonal forskning har antatt at mange innvandrere ankommer vertslandet med relativt god helse, den såkalte *healthy migrant effect* (10, 11). Nyere forskning har utfordret forestillingen om at helsefordelen er universell og vedvarende, og påpekt at helseutviklingen må forstås i lys av strukturelle forhold som arbeidsmiljø, sosial inkludering og rettigheter i mottakerlandet (12, 13). Langvarig eksponering for belastninger, akkumulering av uhelse og gradvis integrering eller eksklusjon fra helsetjenester kan vanskelig fanges opp i tverrsnittstudier (9). Bedres helsen til arbeidsinnvandrere i Norge gjennom stabilisering og integrering, eller forverres den gjennom slitasje, usikkerhet og midlertidighet?

Forskningen er også tematisk skjev. Psykisk helse, arbeid og tilgang til helsetjenester er de klart mest studerte områdene (2). Selv om forskningen er begrenset, er det noen tydelige temaer:

Psykisk helse

Flere studier beskriver stress, søvnvansker, sosial isolasjon og belastning knyttet til arbeidspress og bekymring for familie i hjemlandet. Pendling mellom land, lange arbeidsdager og trange boforhold gjør det vanskelig å bygge stabile nettverk. For noen blir alkohol en måte å håndtere ensomhet og press på. Opplevelser av diskriminering, språklige misforståelser og mang-

lende anerkjennelse på jobb rapporteres som faktorer som tærer på selvfølelsen.

Arbeid og helse

Mange arbeidsinnvandrere er ansatt i fysisk krevende yrker. Studier beskriver slitasjeskader, ulykker, ensformige bevegelser, høyt tempo og mangelfull HMS-oppfølgning. Arbeidstakere fra Øst-Europa plasseres ofte i de mest risikoutsatte delene av arbeidsmarkedet, særlig i bygg og renhold. Flere forteller om skiftende arbeidsgivere, uforutsigbare arbeidstider og press om å «stå på» også når de er syke, fordi de frykter for at de kan miste jobben.

Tilgang til helsetjenester og velferdsordninger

Språkbarrierer, mangel på informasjon og usikkerhet rundt rettigheter går igjen. Mange oppgir at de utsetter helsehjelp fordi de ikke vet hvor de skal henvende seg, eller fordi de frykter kostnader og konsekvenser for arbeid og opphold. Studier beskriver også omfattende bruk av «transnasjonale helsepraksiser», at man oppsøker lege og tannlege i hjemlandet når man likevel reiser på besøk. Det kan være billigere og oppleves tryggere, men gir dårlig kontinuitet og svake koblinger til norsk helsetjeneste.

Bildet er mer fragmentert når det gjelder rus. Noen studier beskriver et økt alkoholforbruk blant menn som bor i brakker, jobber lange skift og har få andre fritidsarenaer. Andre peker på at religiøse og kulturelle normer kan ha en beskyttende effekt i enkelte grupper. På et felt hvor alkohol og andre rusmidler både kan fungere som sosialt lim og som mestringsstrategi, er det slående hvor lite vi faktisk vet.

Somatisk helse, som muskel- og skjelettplager, er overraskende lite belyst til tross for at mange arbeidsinnvandrere jobber i fysisk krevende yrker med ensidig arbeid. Er det fordi vi antar at arbeidsinnvandrere er «relativt friske», en forlengelse av den såkalte healthy migrant-effekten? Er det fordi vi tenker at de uansett søker helsehjelp i hjemlandet? Eller handler det om noe bredere, at Norge som samfunn har behandlet arbeidskraften som midlertidig og mobil, og at helse derfor ikke blir sett på som et langsiktig nasjonalt ansvar?

Vi vet mest om én nasjonalitet og noen få temaer og langt mindre om uregistrerte arbeidsinnvandrere, somatisk sykdom og utviklingen av helsen over tid.

Helse- og velferdstjenesten i møte med arbeidsinnvandrere

Kunnskapshullene har konkrete konsekvenser i konsultasjonsrommet. I flere av studiene blir det beskrevet hvordan arbeidsinnvandrere selv opplever møter med helsetjenesten. Mange forteller om språkproblemer, manglende

tolk og usikkerhet rundt hva som forventes i en norsk konsultasjon. Noen opplever at klager på smerter eller utmattelse blir bagatellisert, særlig når de ikke passer inn i et kjent diagnosebilde. Andre forteller om positive møter der helsepersonell tok seg tid, skaffet tolk og forklarte rettigheter.

Studier om bruk av helsetjenester viser at arbeidsinnvandrere i mindre grad enn norske pasienter har fastlege, og at de oftere bruker legevakt. For korttidsarbeidere blir legevakten nærmest en primærhelsetjeneste, men uten mulighet til oppfølging over tid. Samtidig er det lite kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten håndterer pasienter som pendler mellom land, eller som mangler folkeregistrering.

Også NAV og andre velferdstjenester spiller en rolle for helsen. I oversikten finnes studier der arbeidsinnvandrere forteller om manglende informasjon om sykepengar, uklar kommunikasjon om krav til dokumentasjon og frykt for å miste arbeidstillatelse dersom de blir syke. Studier beskriver et «prekært medborgerskap»: Arbeidsinnvandrere er viktige for arbeidslivet, men har usikre rettigheter når kroppen ikke lenger tåler belastningen (14).

For helsetjenesten betyr dette at man ofte møter pasienter som både har høy sykdomsrisiko og lav rettighetsforankring, men uten at systemet er rigget for å fange opp deres situasjon. Uten solid kunnskap er det lett å ty til individforklaringer: «dårlig helseatferd», «kulturelle forskjeller» eller «manglende motivasjon». Det gjør det vanskeligere å se de strukturelle årsakene: midlertidige kontrakter, brakkebolig, høyt arbeidspress og utilstrekkelige rettigheter.

Fra forskningshull til folkehelseutfordring

Den norske helsetjenesten bygger på prinsippet om lik tilgang og rettferdig fordeling. Men for å sikre likeverdige tjenester må vi vite hvem pasientene er og hvilke behov de har. Når arbeidsinnvandrere forblir statistiske blindsoner, mister helsetjenesten et viktig kunnskapsgrunnlag. Mangel på kunnskap er ikke bare et forskningsproblem. Det er en folkehelseutfordring. Hvis vi ikke vet hvordan en relativt stor og utsatt del av befolkningen har det, hvordan kan vi da forvente at helsetjenesten møter dem på en rettferdig og treffsikker måte?

Internasjonale studier viser at pandemien ble et brutalt forstørrelsesglass: Arbeidsinnvandrere i samfunnskritiske yrker var mer utsatt for smitte, hadde høyere sykkelighet, og stod ofte uten sikkerhet i velferdsordningene (15, 16). Men *vet* vi egentlig hvorfor nettopp denne gruppen ble hardere rammet? Og kanskje like viktig: Har vi gjort nok for å sikre at det ikke skjer igjen ved neste nasjonale krise?

Variasjonene vi ser innad i arbeidsinnvandringsgruppen, som botid, juridisk status, helserettigheter, arbeidssituasjon og språk, ser vi også i innvandrerbefolkningen generelt. Likevel behandles innvandrere ofte som én analytisk kategori, til tross for at en flyktning, en polsk håndverker og en familiegjenforent mor fra Thailand har svært ulike forutsetninger for helse.

Også i innvandrerhelse generelt finner vi de samme metodiske barrierene som vi finner blant arbeidsinnvandrere: lite longitudinelle data, få studier med solid registerkobling og stor avhengighet av selvrapportert helse. Verdens helseorganisasjon har pekt på dette som en global utfordring og lanserte i 2023 en global forskningsagenda som blant annet vektlegger metodetriangulering, inkluderende prosjektdesign og kontekstualisering av helsedata (13).

I denne sammenhengen avdekker forskningen på arbeidsinnvandreres helse ikke bare hull i kunnskapen om én gruppe, men også gjennomgående svakheter i hvordan vi produserer kunnskap om helse og ulikhet i Norge.

Derfor melder spørsmålet seg: Er utfordringene vi finner blant arbeidsinnvandrere egentlig symptomer på et større problem i hvordan vi forsker på innvandreres helse i Norge?

Veien videre

I et debattinnlegg i *Tidsskrift for Den norske legeförening* peker den erfarne forskeren innen migrasjonshelse Esperanza Diaz på at Norge står i fare for å svekke både faggrunnlag og beredskap, dersom migrasjon og etnisitet fortsatt behandles som randfaktorer i helseforskning (17). Hun beskriver et fagfelt som i økende grad presses av politiske strømninger og sikkerhetspolitiske hensyn, samtidig som behovet for presise og representative helsedata aldri har vært større. Hun advarer mot en utvikling der viktige data om minoritetsgrupper ikke samles inn, og hvor forskning på migrasjon og helse i enkelte land bygges ned, akkurat i det øyeblikket samfunnsutfordringene tilsier at vi burde styrke den.

Det hun beskriver, speiles tydelig i funnene fra min gjennomgang av forskningen på arbeidsinnvandreres helse. Når en stor del av arbeidsstyrken i Norge fortsatt faller utenfor datagrunnlag, kategorier og forskningstradisjoner, er det et symptom på nettopp den strukturelle blindheten hun advarer mot. Veien videre handler ikke bare om å produsere mer forskning, men om å styrke hele infrastrukturen som kunnskap om migrasjon og helse hviler på. Datagrunnlaget må forbedres. Helseregistre og befolkningsundersøkelser bør inneholde migrasjonsrelaterte variabler som juridisk status, innvandringsgrunn og oppholdstid, slik at vi faktisk kan se hvordan helse utvikler seg i ulike deler av befolkningen. Som Diaz sier: «Migrasjon og etnisitet må

integreres i helseforskningen på linje med alder og kjønn» (17). Samtidig må dette gjøres med varsomhet slik at personvern og tillit ivaretas.

Forskningsmiljøer og praksisfelt må kobles tettere sammen. Fastleger, bedriftshelsetjenester og kommunale helsetjenester sitter på erfaringer som kan belyse hvordan arbeidsinnvandrere faktisk bruker helsetjenester, eller unngår å bruke dem. Denne kunnskapen må systematiseres og deles, ikke forbli taus erfaring.

Til slutt må vi utvide forståelsen av helse. Når helsen påvirkes av midlertidighet, manglende rettigheter eller språkbarrierer, hjelper det lite å måle flere blodtrykk. Vi må utvide helsebegrepet og styrke samarbeidet på tvers av fagfelt. Migrasjon, arbeidsliv og velferd må forstås som en del av helsefeltet, ikke som atskilte domener. Et tettere samarbeid mellom medisinske og samfunnsvitenskapelige miljøer kan bidra til at flere perspektiver blir fanget opp, og at forskningen bedre speiler kompleksiteten i arbeidsinnvandreres liv.

Å bygge kunnskap om arbeidsinnvandreres helse handler ikke bare om dem. Det handler om hvordan Norge forstår seg selv som velferdsstat, og hvorvidt prinsippet om likeverdige helsetjenester virkelig gjelder for alle som bidrar til å holde landet i gang. Det som ikke måles, teller ikke og det som ikke telles, blir lett oversett.

Artikkelen bygger på forfatterens masteroppgave og gir en oversikt over kunnskapsfeltet i Norge.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. *Innvandrere etter innvandringsgrunn*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-etter-innvandringsgrunn> (05.02.2026)
2. Skaaraas J. *Helsen til arbeidsinnvandrere i Norge: En scoping review av eksisterende forskning*. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2025.
3. Steinkellner A. *Hvem er arbeidsinnvandrerne fra de nyeste EU-landene?* <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/hvem-er-arbeidsinnvandrerne-fra-de-nyeste-eu-landene> (29.04.25)
4. NOU 2022: 18. *Mellom mobilitet og migrasjon. Arbeidsinnvandreres integrering i norsk arbeids- og samfunnsliv*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2022.
5. Statens Arbeidsmiljøinstitutt. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse: Status og utviklingstrekk*. Oslo: STAMI; 2021.
6. Schweyher M. From precarious work to precarious social citizenship: Polish workers' experiences with the identification number system in Norway. *Central and Eastern European Migration Review*. doi: 10.54667/ceemr.2023.26
7. *Tromsundersøkelsen*. <https://helsedata.no/no/forvaltere/universitetet-i-tromso/tromso-undersokelsen/> (8.12.2025)

8. Young M-EDT, Madrigal DS. Documenting legal status: a systematic review of measurement of undocumented status in health research. *Public Health Review* 2017; 38: 26.
9. Kim S, Kwon E. Rethinking longitudinal research on Canadian immigrant health: methodological insights, emerging challenges, and future considerations. *Social Science* 2025; 14: 313. <https://doi.org/10.3390/socsci14050313>
10. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E et al. The healthy migrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria* 2015; 29: 15–20.
11. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y et al. Interventions to improve immigrant health: a scoping review. *European Journal of Public Health* 2017; 27: 433–439.
12. Stanek M, Juárez SP, Requena M. Challenges in current research on immigrant health: insights from Spain. I: Stanek M, Juárez SP, Requena M, red. *Multidisciplinary Perspectives on Immigrant Health: New Insights from Spain*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2025: 1–20.
13. Diaz E, Benavente P. Contextualising the WHO Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement in Norway invites to a reflection for decolonising research. *International Journal of Equity in Health* 2025; 24: 62. doi: 10.1186/s12939-025-02410-9
14. Synnes KM. *I randsonen av den norske velferdsstaten. Arbeidsledige polske migranternes erfaringer med tilgang til offentlige velferdsytelser og møter med NAV*. Kristiansand: Universitetet i Agder, 2023. Doktoravhandling.
15. Oliva-Arocas A, Benavente P, Ronda E et al. Health of international migrant workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Frontiers in Public Health* 16; 10: 816597. doi: 10.3389/fpubh.2022.816597
16. Vist GE, Arentz-Hansen EH, Vedøy TF et al. *Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socioeconomic status: a systematic review*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
17. Diaz E. Migrasjon og etnisitet må inn i forskningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0527

Johanne Skaaraas
 jsk063@post.uit.no
 Hansine Hansens veg 18
 9019 Tromsø

Johanne Skaaraas er medisinstudent på 6. året ved UiT Norges arktiske universitet

Artikkelen er fagfellevurdert.