

MILSA 2.3: Hälsa och hälsorelaterade faktorer bland nyanlända barn och ungdomar

Peter Gladoić Håkansson



Stödplattform för migration och hälsa, MILSA 2.0

MILSA utgör en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform för en hälsofrämjande och effektiv arbetsmarknadsetablering i samarbete mellan forskning och praktik. Inom projektet samarbetar forskning och praktik för en gemensam kunskapsutveckling kring målgruppens behov och praktisk tillämpning av kunskapsbaserade etableringsinsatser. Inom projektet MILSA 2.0 görs ytterligare fördjupning av hur behoven och hälsoläget ser ut hos olika segment av målgruppen. Även effekter av en utökad samhällsorientering breddat till flera samhällsarenor kopplat till socialt kapital, känsla av sammanhang och förmåga att tillgodogöra sig information samt upplevd förmåga att kunna påverka sin egen situation har undersökts.

Delprojektet MILSA 2.3 har undersökt vilken betydelse olika sociala bestämningsfaktorer har för nyanlända barn och ungdomars hälsa avseende socialt kapital, framtidstro och riskbeteende. Härigenom ges möjligheter att ge policyrekommendationer för hur sociala bestämningsfaktorer ska stödjas utifrån ett hälsoperspektiv samt hur hälsofrämjande och förebyggande insatser kan utvecklas för att motverka hälsoproblem och riskbeteenden hos målgruppen. MILSA 2.3 har genomförts som en enkätstudie med fokus på hälsa och hälsorelaterade faktorer bland nyanlända barn och ungdomar i Skåne. Målgruppen har varit nyanlända barn och ungdomar som går i motsvarande årskurs 9 i grundskolan och i årskurs 2 på gymnasiet och som talar dari, pashto eller arabiska. Enkätstudien har vänt sig till både ensamkommande barn/ungdomar, barn/ungdomar i fosterfamiljer och barn/ungdomar som är i landet med sina familjer.

Delstudien MILSA 2.3 har letts av docent Peter Gladoic Håkansson, Malmö universitet. Docent Slobodan Zdravkovic har deltagit som projektmedarbetare. Till projektet har en referensgrupp varit kopplad. Denna har bestått av: Sofia Pehrsson (ordf.), Emelie Sunden, Hanna Dolck, Dawud Negzad, Ziad Jomaa, Elisabeth Mangrio, Maher Akob, Mathias Grahn, Linda Jönsson, Johanna Olander.

Innehåll

Summary in English	5
1. Varför studera hälsa bland nyanlända barn och ungdomar?	7
Syfte och problembeskrivning	8
Studiens upplägg	8
2. Tillvägagångssätt och utmaningar	10
Abstrakt	10
Inledning	11
Metod	12
Urval och övervägande för insamling	12
Referensgrupp, frågeformulering och översättning	13
Insamling	13
Problem med insamlingen	14
Datavävt	15
Ålder	15
Var är du född och hur länge har du bott i Sverige?	15
Resultat	16
Boende	17
Socio-ekonomisk bakgrund	20
Slutsatser och metoddiskussion	21
Metodologiska överväganden	21
3. Socialt kapital	24
Abstrakt	24
Data	30
Socialt kapital bland nyanlända, svenskfödda och utrikesfödda	31
Sammanfattning	41
4. Riskbeteende och framtidstro	42
Abstrakt	42
Inledning	43
Riskbeteenden och riskfaktorer	44
Vad vet vi om riskbeteenden?	44
Risk- och skyddsfaktorer	46
Metod och data	47

Data	47
Personlig karaktäristik	47
Metod	49
Resultat	49
Deskriptiv redogörelse: Riskbeteenden	49
Skattad modell	54
Slutsatser och diskussion	58
Bilaga 4.1	60
5. Policyimplikationer	62
Metodutveckling för fortsatta studier	62
Främja föreningslivet och socialt kapital	63
Minska riskfaktorerna	64
Referenser	65

Summary in English

MILSA is a research-based support and development platform for a health-promoting and efficient labour market integration, seeing a collaboration between research and practice. The MILSA 2.3 sub-project has investigated the importance of various social determinants for newly arrived children and young people's health regarding social capital, views on the future and risk behaviour in Skåne. The target group was newly arrived children and adolescents who attend the corresponding grade 9 in compulsory school and in grade 2 in high school and who speak Dari, Pashto or Arabic. The target group has been compared with the results from the Region Skåne public health survey.

There are several challenges when examining a population that is difficult to capture in registers. During the asylum review period, young people are eligible to take part in the Swedish education system but are not included in the population register. Another challenge is that their willingness to participate in surveys, not least in surveys based on home-sent paper surveys, is limited. With this in mind, we opted out of home-sent surveys and instead focused on digital surveys in school. This approach has proven to be very successful in the latest regional public health survey for young people in Skåne (Region Skåne 2016).

However, there were several challenges in this method. One challenge was that some municipalities did not want, or did not have the opportunity, to participate. This restricted the scope of the research in terms of being able to reach out to all potential respondents across the region. Further to this, in order to conduct a survey of this kind, time must be freed up for all involved project staff. However, it should be added that there were many municipal employees who, despite facing multiple competing priorities, understand the benefit of this survey and conducted the survey in their schools.

Results show a large difference in social capital between those who are newly arrived and those who are Swedish-born. For example, the newly arrived has fewer friends, are less often members in associations and trust in people in general less. There is also a difference (albeit lower) between newly arrived and foreign-born who have been in Sweden for a longer time. It is conceivable that this underrepresentation in social capital will have many negative effects: poorer health, poorer opportunities in the labour and housing markets and lesser confidence in society and with people in general. The results of our quantitative analysis show that when the variables for social capital are included in an estimate of health, the health differences between Swedish-born and newly arrived disappear.

There is a great deal of work ahead to discuss and investigate what policy recommendations should be made based on these findings. The fact that newly arrived young people have lower social capital can be considered alarming. The youth's formation of their social capital is an important component and a consequence of the youth's increasing need for independence. In order to

support the newcomers' formation of their social capital in their new home country, dialogue with associations and study associations on a strategy for increased participation in associations among newly arrived should be started as soon as possible. The goal should be for newly arrived to have the same association activity as Swedish-born.

Further, the results show that newly arrived children and young people generally have poorer conditions, i.e. the risk factors are more extensive. For example, it may be mentioned that the risk factors of living alone or with a single parent generally have a major impact on the risk of starting smoking or trying drugs. Those who have someone to talk to when problems arise, have a lower likelihood of smoking and there is a weak significance for lower likelihood of using drugs. There is also an increased likelihood of having breakfast, lunch and dinner. Association members are less likely to smoke, use drugs, better eating habits and exercise more, i.e. association activity reduces the likelihood of risk behaviour. In general, when looking at the risk- and protective factors, the newly arrived have worse starting points: they live more often by themselves, they live tighter, they have fewer friends, they more often respond that they have no one to talk to if they have problems, they are in lower extent members of associations. The only risk- and protective factor where there is no difference between newly arrived and native born is the view on the future, where there is no significant difference.

This means that there are measures to increase the health of new arrivals, not least in the long term. Better housing, greater social capital, participation in a social context, and generally support to shape their social capital and build friendships are some of the measures that the state, the municipality and not least civil society can gather around.

1. Varför studera hälsa bland nyanlända barn och ungdomar?

Enligt WHO utgör hälsorelaterade frågor kopplat till migration allt större utmaningar för folkhälsan globalt. Forskningen visar att migranter har sämre hälsa än befolkningen i stort och att det finns en klar koppling mellan migration på grund av flykt och individens hälsa. Det är känt genom ett flertal vetenskapliga studier att invandrades fysiska och psykiska hälsa ofta är sämre än majoritetsbefolkningen (Ajdukovic & Ajdukovic 1993; Bhugra, 2004; Gilliver et al 2014; Salman & Resick 2015; Samarasinghe et al, 2006). De bakomliggande orsakerna är ofta komplexa och sammanhänger med upplevelser innan och under migrationen, men även med hur mottagandet och bemötandet ser ut i det nya landet.

Flera undersökningar har pekat på att flyktingar i Sverige har ett sämre socialt kapital än svenskfödda, vilket har negativa konsekvenser för hälsan, och att det är särskilt viktigt för den sociala integrationen och hälsan att kunna delta i nya sociala sammanhang och känna förtroende i denna miljö. Inte minst för ungdomar har socialt kapital stor betydelse, både för den sociala utvecklingen, men inte minst för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden (Håkansson 2011).

Betydelsen av hälsans bestämningsfaktorer, s.k. hälsodeterminanter, lyfts fram allt mer inom folkhälsoforskning. Exempelvis har den s.k. Marmotkommissionen på uppdrag av WHO sammanställt det vetenskapliga stödet för att förbättra de sociala förutsättningarna för en god och jämlikare hälsa i befolkningen. Tyngdpunkten i deras rapport gäller insatser för att påverka sociala bestämningsfaktorer (determinanter) som främjar hälsa och minskar risken att drabbas av sjukdom och ohälsa (World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health 2008). De svenska nationella folkhälsomålen lyfter också fram betydelsen av att förbättra de sociala förutsättningarna för en god hälsa, exempelvis genom att människor ges möjlighet till delaktighet i samhället och till en social och ekonomisk trygghet. Även Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (Malmökommissionen) lyfter fram vikten av att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för att minska ojämlikheter i hälsa (Stigendahl & Östergren, 2013).

För ungdomar som varit på flykt är det av särskild vikt att studera riskbeteenden och framtidstro. Det finns mycket forskning som lyfter fram betydelsen av traumatiska händelser i hemlandet innan flykten, men även den sociala miljön i det nya landet, och dess betydelse på både den fysiska såväl som den psykiska hälsan (Anjum et al, 2012). Däremot vet vi relativt lite om hur dessa faktorer interagerar när det gäller ungdomar.

Syfte och problembeskrivning

Syftet med MILSA 2.3 är tvådelat. Dels är syftet att utveckla en metod för att undersöka nyanlända ungdomars hälsa med fokus på nämnda hälsodeterminanter, att undersöka vilken betydelse socialt kapital, framtidstro och riskbeteende har för nyanlända barn och ungdomars hälsa. Utifrån dessa två syften utvecklas följande forskningsfrågor:

- * Hur kan en metod se ut för att undersöka nyanlända ungdomars hälsa – en grupp som är svår att hitta i register och som talar olika språk?
- * Hur ser sambandet ut mellan nyanlända ungdomars hälsa och deras socialt kapital, framtidstro och riskbeteende?
- * Vilka skillnader finns mellan nyanlända ungdomars hälsa, sociala kapital, framtidstro och riskbeteende jämfört med inrikes födda ungdomar?

Studiens upplägg

Studien genomfördes som en enkätstudie med fokus på hälsa och hälorelaterade faktorer bland nyanlända barn och ungdomar i Skåne. Målgruppen var nyanlända barn och ungdomar som gick i motsvarande årskurs 9 i grundskolan (dvs. födda -02) och i årskurs 2 på gymnasiet (dvs. födda -99 och -00) och som varit i landet upp till 18 månader och som talade dari, pashto eller arabiska. Enkätstudien vände sig till både ensamkommande barn/ungdomar, barn/ungdomar i fosterfamiljer och barn/ungdomar som var i landet med sina familjer.

Många av enkätfrågorna var identiska med Region Skånes folkhälsoenkät för att jämförelser med denna skulle kunna göras. Studiemetoden försökte i möjligaste mån efterlikna den reguljära Skånska folkhälsoenkäten till barn och ungdomar för att säkerställa kvaliteten.

Enkätundersökningen genomfördes som en webbenkät våren och sensommaren 2018 och förmedlades via skolorna och de kontaktpersoner som projektet knutit kontakt med, men skickades ut och samlades in externt upphandlat företag, Enkätfabriken. Kapitel 2 beskriver metoden närmare.

Olika statistiska analysmetoder användes för att analysera insamlad data. I kapitel 3 och 4 beskrivs resultat och analys närmare. En central beroendevariabel i studien är hälsa, vilken har skattats med olika definitioner av socialt kapital samt ett antal kontrollvariabler (se kapitel 3). Även variabler som mäter framtidstro och riskbeteende har analyserats utifrån definierade riskfaktorer (se kapitel 4). Socialt kapital, framtidstro, riskbeteende och hälsa har definierats utifrån de variabler som finns i Folkhälsoenkäten. Eftersom enkäten skuggar Folkhälsoenkäten, har Folkhälsoenkätens urval använts som referensgrupp, då resultaten från undersökningsgruppen nyanlända har analyserats.

Studien har således undersökt vilken betydelse olika sociala bestämningsfaktorer har för nyanlända barn och ungdomars hälsa avseende socialt kapital, framtidstro och riskbeteende. Härigenom ges möjligheter att ge policyrekommendationer för hur sociala bestämningsfaktorer ska stödjas

utifrån ett hälsoperspektiv samt hur hälsofrämjande och förebyggande insatser kan utvecklas för att motverka hälsoproblem och riskbeteenden hos målgruppen.

2. Tillvägagångssätt och utmaningar¹

(Tillsammans med Slobodan Zdravković²)

Abstrakt

Det finns ett flertal tillfällen då det är svårt att hitta respondenter via traditionella register eller insamlingsmetoder. Att undersöka nyanlända ungdomars hälsa är ett sådant tillfälle. Projektet MILSA 2.0 är en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform och ett av projektets mål har varit att utveckla metoder för att samla in kunskap om nyanländas hälsa. I delprojektet MILSA 2.3 undersöks barn och ungdomars hälsosituation framförallt med fokus på social kapital, riskbeteenden och framtidstro. Den metod som utvecklades i projektet byggde på att samla in enkätsvar via skolorna i Skånes kommuner. Metoden förutsatte ett nära samarbete med kontaktpersoner i kommunerna. Enkäterna var översatta av MILSA-projektet till arabiska, dari och pashto, men även en version på svenska erbjöds respondenterna. Trots vissa brister utifrån ett traditionellt obundet slumpmässigt urval (OSU), menar vi att urvalet kan svara på frågor som vi inte annars hade kunnat få svar på. Vi bör naturligtvis vara medvetna om de brister som finns i urvalet, men samtidigt kan det bidra till ny kunskap om en grupp där det finns väldigt begränsat med data. För framtida studier av liknande grupper bör mer resurser avsättas för ett närmare samarbete med kommunerna och studien måste tydligare förankras med skolor och kommuner utifrån den metod som ska användas.

Key words: enkäter, metod, insamling, hälsa, nyanlända ungdomar

¹ Denna text har även till stora delar publicerats som MILSA Working Paper Series 2019:1

² Institutionen för vårdvetenskap och Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM), Malmö universitet.

Inledning

MILSA är en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform för en hälsofrämjande och effektiv arbetsmarknadsetablering i samarbete mellan forskning och praktik. Inom projektet samarbetar forskning och praktik för en gemensam kunskapsutveckling kring målgruppens behov och praktisk tillämpning av kunskapsbaserade etableringsinsatser. MILSA 2.0 samlar fem olika delstudier där ytterligare fördjupning av hur behoven och hälsoläget ser ut hos olika segment av målgruppen. I relation till etableringsprocessen undersöks hälsoläget hos vuxna, barnfamiljer och ungdomar samt effekter av en utökad samhällsorientering breddat till flera samhällsarenor kopplat till socialt kapital, känsla av sammanhang och förmåga att tillgodogöra sig information samt upplevd förmåga att kunna påverka sin egen situation. Syftet med MILSA 2.0 är att, genom utveckling av metoder och verktyg, undersöka hur olika hälsodeterminanter kan stödjas inom etableringssystemet för att främja en effektiv arbetsmarknadsetablering bland målgruppen tredjelandsmedborgare. Syftet uppnås genom fördjupade studier av olika segment inom målgruppen och i olika faser av etableringsprocessen.

Centrala frågeställningar för projektet är följande:

- Hur kan mätinstrument utvecklas för att undersöka hälsa och hälsodeterminanter hos olika segment av målgruppen i relation till etableringsprocessen?
- Hur kan kvalitativ kunskap bidra till utveckling av mätinstrument som verktyg för att mäta hälsodeterminanter i relation till etableringsprocessen?
- Vilka hälsodeterminanter kan identifieras och över tid följas upp i relation till etableringsprocessens olika faser?
- Hur kan en utökad samhällsorientering bidra till att stärka specifika hälsodeterminanter såsom socialt kapital, känsla av sammanhang samt tilltro till den egna förmågan att påverka sin situation och tillgodogöra sig information?

Genom att besvara ovanstående syfte och frågeställningar bidrar projektet till att utveckla kunskapen om hur tredjelandsmedborgares hälsa och hälsodeterminanter ser ut i olika faser av etableringen samt hur denna kunskap kan tillämpas i utvecklingen av stödjande miljöer för en effektivare integrations- och etableringsprocess.

Det har således varit centralt i projektet att utveckla metoder. I MILSA 2.3 har fokus varit på barn och ungdomar 14–19 år och att utveckla metod och mätinstrument för att belysa hälsoläget hos denna grupp. Fokus har särskilt varit socialt kapital, framtidstro och riskbeteende. För ungdomar som varit på flykt är det av särskild vikt att studera dessa faktorer. Det finns mycket forskning som lyfter fram betydelsen av traumatiska händelser i hemlandet innan flykten, men även den sociala miljön i det nya landet, och dess betydelse

på både den fysiska såväl som den psykiska hälsan (Anjum et al, 2012). Däremot vet vi relativt lite om hur dessa faktorer interagerar när det gäller ungdomar.

Metod

Urval och övervägande för insamling

Studien skulle genomföras som en enkätstudie med fokus på hälsa och hälorelaterade faktorer bland nyanlända barn och ungdomar i Skåne som talade dari, pashto eller arabiska. Relativt snart framkom att urvalet inte skulle kunna göras som ett "traditionellt" obundet slumpmässigt urval (OSU). För att ett sådant ska kunna dras krävs att populationen är specificerad, avgränsad och registrerad och ur detta register dras ett urval. Vid ett sådant tillvägagångssätt skickas därefter enkäter ut (alternativt: telefonsamtal rings). Vissa besvarar enkäten, andra gör det inte och utifrån andelen besvarade enkäter i förhållande till urvalet beräknas en svarsfrekvens (Djurfeldt et al, 2018).

I vårt fall var det svårt med registreringen. De som är medborgare i ett land utanför EU/EES måste ha ett uppehållstillstånd som gäller minst 12 månader för att ingå i befolkningsregistret. Asylsökande är alltså inte folkbokförda och finns således inte med i befolkningsregistret (SCB 2019). Vår avsikt var att få med nyanlända både med och utan uppehållstillstånd. Ett annat problem som vi insåg relativt snart var att de nyanlända har stora problem med bostad. Sannolikheten att de skulle gå att nå på den adress som fanns angiven i ett register skulle vara små. Ytterligare ett problem är att svarsfrekvensen på utskickade enkäter normalt sett är mycket låg, och kan förväntas vara ännu lägre till ungdomar.

Istället för den klassiska OSU-metoden valdes en insamlingsmetod som framgångsrikt använts av Region Skånes Folkhälsoenkät till ungdomar. Denna metod går ut på att förmedla enkäten via skolorna via kontaktpersoner ute i kommunerna och på skolorna. Den första utmaningen var då att hitta dessa kontaktpersoner. Denna kontakt knöts på lite olika sätt, dels användes de kontaktpersoner som Region Skåne använde för sin Folkhälsoenkät till barn och ungdomar, dels vände vi oss direkt till kommunerna för tips om lämpliga kontaktpersoner. Ett tredje sätt var att använda medlemmarna i referensgruppen. Kontaktpersonerna sammanställdes i en adresslista och en första pilotstudie genomfördes våren 2017 för att ta reda på dels om vi hamnat hos rätt kontaktperson, dels hur skolorganisationen av språkinträdning/introduktionsutbildning fungerade, samt slutligen hur många elever som kommunerna uppskattade skulle kunna komma ifråga. Relativt snart insåg vi att kommunerna i Skåne organiserar verksamheten på väldigt olika sätt. Antalet respondenter beräknades till 2 000 personer, men detta visade sig vara en mycket grov överskattning då de flesta kommuner hade räknat totala antalet elever de hade i introduktionsutbildning och inte

endast våra språkgrupper. Totalt kom samarbetet att omfatta ca 60 kontaktpersoner i Skånes kommuner.

Referensgrupp, frågeformulering och översättning

Vid all kvantitativ metod är det viktigt att ha något att referera till för att förstå vad som är mycket eller litet. I den här studien valdes Region Skånes Folkhälsoenkät för barn och ungdomar 2016 som referensundersökning. Valet av referens påverkade även frågeformuleringen. För att kunna använda Folkhälsoenkäten som referens var det viktigt att frågorna var identiska. Vi valde dock att komplettera dessa frågor med frågor om flykten och annat som var specifikt för studiegruppens situation. För formulering av dessa frågor arbetade vi med en referensgrupp med företrädare för Länsstyrelsen Skåne, Kommunförbundet, Malmö Stad och Region Skåne. Under hösten 2016 och våren 2017 genomfördes ett flertal referensgruppsmöten där frågor formulerades, prövades och diskuterades. En viktig del av studien har varit att utveckla frågor utifrån de observationer som gjordes i den kvalitativa studien MILSA 2.1. Flera frågor är ett direkt resultat av dessa observationer. Det gäller frågor om boendet och hur många gånger respondenten flyttat. Motsvarande frågor finns således inte med i Region Skånes Folkhälsoenkät och kan således inte refereras till en jämförelsegrupp.

Ett tydligt syfte med studien var att ungdomar som inte kunde besvara Region Skånes Folkhälsoenkät skulle ges en möjlighet då denna enkät skulle översättas till arabiska, dari och pashto. Enkäten översattes av Semantix hösten 2017. Efter en analys av samhälls- och hälsokommunikatörerna på Länsstyrelsen Skåne, tillbakaöversattes enkäterna (från översatta arabiska, dari och pashto till svenska) av en ny översättare. Under våren 2018 lades den översatta versionen in i webbenkäten och efter det gjordes ytterligare en granskning av Länsstyrelsens samhälls- och hälsokommunikatörer. Det visade sig då att trots alla kontroller och tillbakaöversättningar fanns det stora brister som var tvungna att åtgärdas. Detta gjordes då direkt i webbverktyget.

Insamling

Under vintern 2017/2018 upphandlades ett externt företag, Enkätfabriken, för insamlingen. Tillsammans med Enkätfabriken designades upplägget för insamlingen. Varje kontaktperson erhöll en adress och lösenord där eleven gick in och besvarade enkäten. Adresser och lösenord varierade utifrån kommun, vilket innebar att vi kunde följa upp hur det gick för respektive kommun, men eftersom vare sig inloggningsadresser eller lösenord var individuella erhölls en hög grad av anonymitet.

I april 2018 anordnades två utbildningsdagar för kontaktpersonerna: 3 april 2018 på Malmö universitet och den 9 april 2018 på Länsstyrelsen i Kristianstad. Strax efter utbildningsdagen skickade Enkätfabriken ut

webenkäten som var ca 20 sidor lång. Vi höll löpande kontakten med kontaktpersonerna, prickade av kommunerna, ringde och påminde.

Insamlingen, som riktade sig till samtliga 33 kommuner, genomfördes mellan 23 april (första svaret) och 27 september (sista svaret). Målgruppen var nyanlända barn och ungdomar i Skåne i åldern 15–19 år (dvs. födda 1999–2002) och som talade dari, pashto eller arabiska. Enkätstudien vände sig till både ensamkommande barn/ungdomar, barn/ungdomar i fosterfamiljer och barn/ungdomar som var i landet med sina familjer.

Problem med insamlingen

Som tidigare beskrivits fanns det flera anledningar till att välja den insamlingsmetod som trots allt valdes. En viktig anledning var att Region Skåne tidigare använt metoden med framgång. Det finns dock flera skillnader mellan Folkhälsoenkäten och MILSA-enkäten. En viktig skillnad är att Folkhälsoenkäten lättare kan skatta en population, då enkäten vänder sig till samtliga elever i respektive skola. Det finns tillförlitliga register som kan uppge hur många elever som är inskrivna i respektive skola. Detta finns inte tillgängligt på samma sätt för den grupp som var föremålet för denna studie. Det fanns även andra problem:

- Beroende av kontaktpersonernas godtycke/goda vilja
- Populationen ändrade sig ganska snabbt
- Respondenterna var inte tillräckligt bra på sitt modersmål att de förstod frågorna

Som tidigare nämnts använde vi oss av kontaktpersoner i kommunerna. Dessa personer och kommuner deltog endast utifrån intresse och goda vilja. Det fanns en kommun som valde att inte delta, som inte ansåg sig ha tid att delta. Det fanns även kommuner som inte svarade på våra utskick. Vår metod att motverka detta var att återkommande ringa och försöka hitta nya personer/organisationer eller vägar att nå ut till dessa kommuner, men i vissa fall lyckades inte detta. Det finns således kommuner där vi inte har några svar, trots att vi borde haft det och Helsingborg är en sådan kommun.

Ett annat problem var att vår undersökningspopulation ändrar sig ganska snabbt. När ansökan skrevs våren 2016 fanns ett stort inflöde av ungdomar med arabiska, dari och pashto som modersmål. De strängare kraven som infördes sommaren 2016 – med bl.a. tidsbegränsade uppehållstillstånd och högre krav vid familjeåterförening – innebar en kraftig minskning i flyktinginvandringen generellt. Efter 2016 har även somaliska blivit ett stort språk.

Vi har från våra kontaktpersoner hört att många respondenter inte läser sitt modersmål tillräckligt bra för att kunna svara på enkäten. En relativt stor andel av ungdomarna i den tilltänkta populationen har haft en

väldigt begränsad skolgång, vilket kanske är mindre förvånande då de kanske upplevt flera år på flykt.

Trots dessa svårigheter menar vi att vi ändå samlat in tillräckligt mycket data för att kunna göra intressanta intervjuer, men vi ska naturligtvis läsa resultaten med ett visst förbehåll.

Datatvätt

Totalt besvarade 247 personer enkäten. I den här typen av enkätundersökningar måste dock alltid vad som brukar kallas "datatvätt" genomföras. Det innebär att respondenter som inte skulle omfattas tas bort från urvalet. Vi har valt att genomföra datatvätten utifrån ålder, hur länge respondenten bott i Sverige samt var respondenten är född.

Ålder

Vårt fokus har varit respondenter som motsvarar grundskolans år 9 eller gymnasieskolans år 2. Anledningen till det har varit att vi vill att de ska vara jämförbara med Region Skånes folkhälsoenkät. Åldern på respondenterna ser ut enligt följande (se Tabell 2.1). Vi valt att inte använda 13-åringarnas resultat då de inte motsvarar, eller kan anses motsvara åldern på den tilltänkta respondentgruppen. Efter en del övervägningar har vi dock valt att behålla respondenter 14 respektive 20 år gamla.

Tabell 2.1: "Hur gammal är du nu?"

Ålder	Frekvens	Andel i procent
13	2	0,8
14	5	2,1
15	24	10,0
16	45	18,8
17	72	30,0
18	61	25,4
19	26	10,8
20	5	2,1
Totalt	240	100,0

Var är du född och hur länge har du bott i Sverige?

Syftet med studien har, som tidigare sagts, varit att undersöka nyanländas hälsa. På frågan "Var är du född", visade det sig att nio respondenter var födda i Sverige och en respondent i Norden. Då dessa inte ska ingå i populationen har dessa tagits bort. På frågan "Hur länge har du bott i Sverige" visade det sig att sju respondenter hade bott mer än fyra år i Sverige. Även dessa

respondenter togs då bort från urvalet. Efter denna datavätt består urvalet av 229 respondenter.

Resultat

Efter datavätt består urvalet således av 229 respondenter, 118 personer uppgav sitt biologiska kön vara pojke (53 procent) och 104 uppgav flicka (47 procent). Sju respondenter vill inte ange biologiskt kön. Vi ställde även frågan vad respondenten identifierar sig som. Ytterligare två respondenter ville inte svara på denna fråga, varför svarsfrekvensen minskar ytterligare. Tabell 2.2 redovisar svaren.

Tabell 2.2: Biologiskt kön och identitet.

<i>Mitt biologiska kön</i>	<i>Jag identifierar mig som</i>			<i>Total</i>
	<i>Pojke</i>	<i>Flicka</i>	<i>Annat</i>	
<i>Pojke</i>	117	0	0	117
<i>Flicka</i>	1	101	1	103
<i>Totalt</i>	118	101	1	220

I tabell 3 anges respondenterna fördelade per kommun. Kommun här anger vilken kommun som respondenten går i skolan och inte vilken kommun respondenten bor i, vilket i vissa fall kan skilja. De kommuner som saknas skulle kunna bero på:

- respondenten går i skola i en annan kommun än hemkommunen
- det saknas respondenter som uppfyller kriterierna i kommunen
- kommunen har inte velat medverka i studien

Dock finns inga respondenter som säger sig bo i kommuner som inte finns med bland de som nämns i tabell 2.3. Däremot finns det 3 respondenter som uppger att de bor i kommuner utanför Skåne. Vidare har det inkommit 60 svar från Malmö, men det finns elever som bor i Malmö, men går i skolan i en annan ort. Totalt uppger 62 respondent att de bor i Malmö.

Tabell 2.3: Svansfrekvens fördelad på kommun

	<i>Frekvens</i>	<i>Procentuell andel</i>
<i>Båstad</i>	10	4,4
<i>Eslöv</i>	42	18,3
<i>Hässleholm</i>	5	2,2
<i>Kristianstad</i>	13	5,7
<i>Kävlinge</i>	1	0,4
<i>Landskrona</i>	4	1,8
<i>Lund</i>	5	2,2
<i>Malmö</i>	60	26,2
<i>Osby</i>	4	1,8
<i>Simrishamn</i>	16	7,0
<i>Svedala</i>	4	1,8
<i>Trelleborg</i>	46	20,1
<i>Vellinge</i>	1	0,4
<i>Ystad</i>	10	4,4
<i>Åstorp</i>	2	0,9
<i>Örkelljunga</i>	6	2,6
Totalt	229	100,0

Som tabellen visar är det några kommuner som lyckats mycket bra. Som exempel kan nämnas Eslöv, Trelleborg och Malmö. Som tidigare nämnts valde Helsingborg att inte vara med i studien, men även andra stora kommuner som borde ha fler personer inom den angivna populationen än vad som redovisas här.

Boende

Flera frågor handlar om respondentens boende. En del av dessa frågor finns även i Folkhälsoenkäten (även om vissa modifierats). Frågan som redovisas i tabell 2.4 utgår från Folkhälsoenkätens fråga, men är modifierad utifrån vår populations förutsättningar. Datan visar att 146 respondenter av de totalt 220 som svarat på enkäten, bor tillsammans med en eller båda sina föräldrar. Denna fråga har visst samband med frågan ”Med vem kom du till Sverige?”. I fråga uppger 46 respondenter (20 procent) att de kom ensamma till Sverige. Det är således relativt få av respondenterna som kan betraktas som ensamkommande i den här studien.

Tabell 2.4: Hur bor du?

	<i>Frekvens</i>	<i>Andel i procent</i>
<i>Med båda mina föräldrar</i>	119	54,1
<i>De bor inte tillsammans, men jag bor lika mycket hos båda</i>	3	1,4
<i>Mest hos en förälder</i>	5	2,3
<i>Hos en förälder</i>	30	13,6
<i>Familjehem</i>	16	7,3
<i>HVB-hem, stödboende eller liknande</i>	23	10,5
<i>Hos släktingar eller vän</i>	7	3,2
<i>Egen lägenhet</i>	7	3,2
<i>Annat</i>	10	4,5
<i>Totalt</i>	220	100,0

En fråga som ofta diskuteras i detta sammanhang handlar om trångboddhet (Mangrio och Zdravkovic 2018). I denna studie har Folkhälsoenkätens frågor om trångboddhet använts och det skapar problem då det ska appliceras på dagens definition av trångboddhet. Den norm som Boverket och SCB använder utgår från att det finns ett sovrum per sammanboende par, ett sovrum per ensamstående person över 18 års ålder, ett sovrum per två personer av samma kön av 12–17 års ålder, ett sovrum per varje ytterligare person av 12–17 års ålder, ett sovrum per två barn under 12 års ålder. Våra frågor är dock inte så detaljerade att detta kan beräknas. Våra frågor är:

- Hur många rum finns det i bostaden? __ rum (räkna inte med kök, hall och badrum/toalett).
- Hur många personer, vuxna och barn, bor i bostaden? __ __ personer

Därför har två olika gränser valts för att definiera trångboddhet:

1. Andel respondenter som bor i hushåll med 0,5 rum/person eller därunder (dvs. 2 personer eller mer per rum)
2. Andel respondenter som bor i hushåll med 0,5–1 rum/person
3. Andel respondenter som bor i hushåll med mer än 1 rum/person

Tabell 2.5 visar resultaten

Tabell 2.5: Trångboddhet. Antal rum per person.

	<i>Frekvens</i>	<i>Procent</i>
<i>mindre än 0,5 rum/pers</i>	93	43,9
<i>0,5-1 rum/pers</i>	90	42,5
<i>mer än 1 rum/pers</i>	29	13,7
<i>Totalt</i>	212	100

Det skulle kunna tänkas att det finns ett samband mellan hur länge respondenten varit i Sverige. För att ta reda på det har rum/pers och ”Hur länge har du bott i Sverige” korstabulerats. Tabell 2.6 visar resultaten.

Tabell 2.6: Antal rum per person och tid i Sverige.

Rum/pers	Hur länge har du bott i Sverige			Totalt
	Mindre än 1 år	1-2 år	3-4 år	
Mindre än 0,5	29	44	20	93
%	45,3	53,0	31,3	44,1
0,5-1	29	32	29	90
%	45,3	38,6	45,3	42,7
Mer än 1	6	7	15	28
%	9,4	8,4	23,4	13,3
Totalt	64	83	64	211
%	100,0	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(4) = 11,6342$ Pr = 0,020

Tabell 2.6 visar på ett samband mellan trångboddhet och tid i Sverige. Chi2-testet visar att det finns en signifikant skillnad på 5 procentsnivå. Det betyder att ju längre tid i Sverige, ju lägre sannolikhet till trångboddhet.

Tidigare forskning har visat att boendet kan vara en källa till mental hälsa (Mangrio och Zdravkovic, 2018), depression och tillbakadragande (Regoeczi 2008) och även osäkerheten runt boendet är en stor osäkerhetsfaktor (Mangrio et al, kommande). Frågan som ställdes var: ”På hur många platser har du bott sedan du kom till Sverige?”. I tabell 2.7 har frågan korstabulerats mot ”Hur länge har du bott i Sverige?”.

Tabell 2.7: ”På hur många platser har du bott sedan du kom till Sverige?”

På hur många platser har du bott sedan du kom till Sverige?	Hur länge har du bott i Sverige			Totalt
	Mindre än 1 år	1-2 år	3-4 år	
1	46	39	17	102
%	76,7	48,2	27,9	50,5
2-3	13	32	29	74
%	21,7	39,5	47,5	36,6
4 eller fler	1	10	15	26
%	1,7	12,4	24,6	12,9
Totalt	60	81	61	202
%	100,0	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(4) = 32,6222$ Pr = 0,000

Tabell 2.7 visar, kanske mindre förvånande, att ju längre tid en respondent bott i Sverige, desto högre är sannolikheten att personen bott på många olika ställen. Bland de som varit i Sverige 3–4 år har hälften bott på 2–3 ställen och ytterligare en fjärdedel bott på 4 ställen eller fler.

Socio-ekonomisk bakgrund

Respondenternas socio-ekonomiska bakgrund har givetvis stor betydelse för fortsatta analyser. Här har två frågor valts och utgår då från föräldrarnas utbildningsnivå. Den första frågan är: ”Har dina föräldrar universitets- eller högskoleutbildning?”. Den andra frågan: ”Kan dina föräldrar läsa och skriva?”. Resultaten redovisas i tabellerna 2.8–2.9.

Tabell 2.8a: Har din pappa universitets eller högskoleutbildning?

	<i>Frekvens</i>	<i>Andel i procent</i>
<i>Ja</i>	67	32,7
<i>Nej</i>	111	54,2
<i>Vet ej</i>	27	13,2
Total	205	100,0

Tabell 2.8b: Har din mamma universitets eller högskoleutbildning?

	<i>Frekvens</i>	<i>Andel i procent</i>
<i>Ja</i>	61	29,8
<i>Nej</i>	120	58,5
<i>Vet ej</i>	24	11,7
Totalt	205	100,0

Tabell 2.9a: Kan din pappa läsa och skriva?

	<i>Frekvens</i>	<i>Andel i procent</i>
<i>Ja</i>	164	80,0
<i>Nej</i>	26	12,7
<i>Vet</i>	15	7,3
Total	205	100,0

Tabell 2.9b: Kan din mamma läsa och skriva?

	<i>Frekvens</i>	<i>Andel i procent</i>
<i>Ja</i>	154	75,1
<i>Nej</i>	42	20,5
<i>Vet</i>	9	4,4
Total	205	100,0

Resultatet vad gäller universitets- och högskoleutbildade föräldrar står i paritet med den nationella nivån på andelen universitets och högskoleutbildade vuxna i Sverige. Däremot är andelen föräldrar som inte kan läsa eller skriva betydligt högre. Troligen visar detta att det finns en polarisering och det var troligen ett väntat resultat.

Slutsatser och metoddiskussion

Det finns flera utmaningar då en population ska undersökas som är svår att fånga i register. Vi valde i denna studie en metod som tidigare varit framgångsrik i Region Skånes Folkhälsoundersökningar. Resultatet kan sägas ha varit varierat. Några kommuner har lyckats fånga en stor mängd respondenter, i andra kommuner har svarsfrekvensen uppskattningsvis varit betydligt lägre. Vissa kommuner har avstått från att vara med.

I och med att populationen inte helt funnits tillgänglig i register har det varit svårt att beräkna svarsfrekvenser. Vi kan dock sluta oss till att i vissa kommuner har svarsfrekvensen varit mycket hög. Problemet med bortfall är normalt sett inte att det finns, utan om det innebär systematiska fel. Även detta är det svårt att svara på då vi inte vet hur populationen ser ut. Vi kan konstatera att respondenterna i vårt urval är relativt jämnt fördelade könsmässigt i vårt urval (53 procent pojkar, 47 procent flickor), vilket möjligen kan förvåna då det i den allmänna debatten har framstått att nyanlända ungdomar uteslutande är pojkar. Detta gäller ensamkommande. I vårt urval har vi en relativt begränsad mängd ensamkommande (20 procent). Vår genomgång visar även att urvalet är relativt polariserat när det gäller socio-ekonomisk bakgrund. En del (ca 30 procent) uppger att deras föräldrar har universitets- eller högskoleutbildning, medan en, med svenska mått, hög andel (12 % för fäderna, 20 procent för mödrarna) uppger att deras föräldrar inte kan läsa eller skriva.

Metodologiska överväganden

Studien planerades till att grundas på ett totalurval med vilket menas att alla ungdomar som uppfyller kriteriet nyanländ i Sverige och boendes i Skåne kunde betraktas som tentativa respondenter. Det tillvägagångssätt som i sådana situationer gör sig möjligt är att genom utdrag ur befolkningsregister ta kontakt med alla individer som uppfyller ovan angivna selektionskriterier. Ungdomar under asylprövningsperioden är berättigade till att ta del av det svenska utbildningssystemet, men är under asylprövningen inte inkluderade i befolkningsregistret och kan således inte heller vara tillgängliga för en undersökning av detta slag. En annan utmaning är deras villighet till att delta i undersökningar, inte minst i undersökningar som baseras på hemskickade pappersenkäter, i ett nytt land då detta till viss del också bygger på tilltron till ett nytt samhälle och dess institutioner. Det är sedan tidigare känt att tilltron

till olika institutioner i Sverige är lägre än befolkningen i övrigt (se bl.a. Holmberg & Rothstein, 2015; Nannestad et al. 2014). Med detta i åtanke valdes det att bortse från hemskickade enkäter och fokusera på digitala enkäter i skolmiljö. Detta tillvägagångssätt har visat sig vara väldigt framgångsrikt i den senaste regionala folkhälsoundersökningen till ungdomar i Skåne (Region Skåne 2016). En utmaning i föreliggande undersökning har dock varit att inkludera alla skånska kommuner i undersökningen. Ett antal kommuner hade dock inte möjlighet att delta vilket har lett till en begränsad möjlighet till att nå ut till alla tentativa respondenter. Utmaningen som observerades var att det är på gränsen till omöjligt att genomföra undersökningar av detta slag om det inte frigörs tidsmässigt utrymme för alla involverade projektmedarbetare. Det har dock funnits många kommunalt anställda som förstått syftet och nyttan med denna undersökning och trots tidsbrist gjort att undersökningen kunnat genomföras i deras skolor.

När det kommer till en möjlig skevhet i materialet på grund av bortfallet på kommunnivå görs bedömningen att detta inte föreligger då det är mer slumpmässigt vilka kommuner som hade möjlighet att delta. Detta kan inte kopplas till respondenterna då dessa inte placeras i olika kommuner efter några krav kopplade till föreliggande undersökning. Bortfallsgruppen kan således inte skiljas från gruppen som valt att delta i något avseende. Däremot är det erhållna materialet betydligt lägre än ursprungligen förväntat vilket har både med svarsfrekvens samt tillgänglig population att göra. Antalet som uppfyllde kriteriet att inkluderas i undersökningen har olyckligtvis inte varit möjligt att beräkna.

En annan utmaning har varit att det funnits respondenter med bristande skriv- och läskunskaper i sina modersmål. Detta har lett till att de inte kunnat besvara enkäten på sitt eget språk utan använde det svenska versionen som i sin tur kan ha lett till felaktiga svar på grund av missuppfattade frågor eller svårigheter att förstå frågorna. Vad gäller översättningen av mätinstrumentet utfördes detta i två faser. Fas ett innebar översättning från svenska till de olika språken av externa anlitade kvalificerade översättare. Fas två innebar översättning tillbaka till svenska av andra översättare än de involverade i fas ett. Denna procedur valdes för att minimera felaktiga översättningar samt feltolkningar av frågornas innebörd. Viktigt att påpeka är att båda översättningsfaserna dessutom granskades av samhälls- och hälsokommunikatörer på Länsstyrelsen i Skåne. Med detta i åtanke görs bedömningen att sannolikheten för felaktiga översättningar är minimal.

Med facit i hand är frågan om undersökningen kunnat genomföras på annat sätt. Bedömningen som görs är att det hade varit möjligt, men andra förutsättningar hade krävts. En sådan förutsättning är finansiering av de kommunalt anställda som deltagit i genomförandet av undersökningen. En annan möjlighet är att i samband med den skånska folkhälsoundersökningen dela ut enkäter på andra språk än svenska (t.ex. engelska, arabiska, dari, pashto och somaliska) och på så sätt ta del av en undersökning väl förankrad i utbildningssystemet med inkludering av alla skolor i Skåne. På detta vis hade

alla nyanlända ungdomar kunnat bjudas in. Utmaningen är dock att tiden för enkätutskick eftersom den skånska folkhälsoundersökningen inte är årligt återkommande och på så vis är det svårt att anpassa enkätutdelningarna. Ytterligare en möjlighet är att enbart fokusera på ett antal gemensamma boenden och dela ut enkäter. Detta hade kunnat leda till en högre svarsfrekvens men ett betydligt lägre antal individer att bjuda in till att delta. Dessutom hade ett sådant upplägg inte tagit med de nyanlända ungdomar som bor med sina föräldrar eller släktingar samt inte är ensamkommande. Däremot hade ett sådant upplägg möjliggjort för fokusgruppsdiskussioner samt kvalitativa underökningar inte minst bland de som inte behärskar språken i dagsläget.

Trots vissa brister utifrån ett traditionellt OSU, menar vi att urvalet kan svara på frågor som vi inte annars hade kunnat få svar på. Vi bör naturligtvis vara medvetna om de brister som finns i urvalet, men samtidigt kan det bidra till ny kunskap om en grupp där det finns väldigt begränsat med data. För framtida studier av liknande grupper bör mer resurser avsättas för ett närmare samarbete med kommunerna och studien måste tydligare förankras med skolor och kommuner utifrån den metod som ska användas.

3. Socialt kapital³

Abstrakt

Nyanlända barn och ungdomar står inför en mängd utmaningar i sitt nya hemland och tillgången till socialt kapital är en av dem, inte minst då tillgången till socialt kapital visat sig få allt större betydelse för bland annat möjligheten att få arbete eller bostad. Socialt kapital har även visat sig ha ett samband med individens hälsa. Syftet med denna studie är att undersöka socialt kapital bland nyanlända barn och ungdomar. Studien bygger på data som samlades in med hjälp av en enkät via kommunerna i Skåne våren och sensommaren 2018 (MILSA-enkäten). Som referensgrupp till studiegruppen ”nyanlända” användes Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar som samlades in 2016. Genom att dela upp detta urval i ”svenskfödda” och ”utrikesfödda” kan två relevanta grupper att mäta MILSA-enkätens resultat mot konstrueras.

Resultaten från studien visar att nyanlända barn och ungdomar har lägre tillit till människor i allmänhet (generell tillit) och färre nära vänner (anknytande socialt kapital). Nyanlända barn och ungdomar har även lägre hälsa, men när hänsyn tas till skillnader i socialt kapital, försvinner skillnaderna.

Key words: socialt kapital, hälsa, nyanlända barn och ungdomar, tillit

³ Denna text har till stora delar publicerats som MILSA Working Paper Series 2019:2

Inledning

Nyanlända barn och ungdomar står inför en mängd utmaningar i sitt nya hemland. Det gäller inte bara att lära sig språket, få en utbildning, lära sig kulturen och nya normer. De måste dessutom skaffa sig ett socialt nätverk för att i framtiden kunna navigera på arbets- och bostadsmarknaderna (se bl.a. Håkansson & Nilsson, 2018; Hällsten, 2017; Tovatt). Håkansson & Nilsson (2018) menar att betydelsen av nätverk för etablering på arbetsmarknaden har ökat över tid och att det dessutom är särskilt betydelsefullt vid lågkonjunktur. Det finns även forskning som visar att individuell hälsa påverkas av individens tillgång till socialt kapital (se bl.a. Cattell, 2001; Giordano m.fl., 2011; Islam m.fl., 2006; Verhaeghe & Tampubolon, 2012). Syftet med detta paper är således att undersöka de nyanländas sociala kapital. Detta görs med hjälp av enkätdata (MILSA 2.3-enkäten) som samlades in våren och sensommaren 2018 med hjälp av personer i kommunerna. Datan från MILSA 2.3 jämförs med Region Skånes Folkhälsoenkät för barn och ungdomar 2016 som samlades in på ett liknande sätt. Genom tillgång till data både för studiegruppen (nyanlända) och till en referensgrupp (alla ungdomar i Region Skåne), kan följande frågor ställas till materialet:

- På vilket sätt skiljer sig nyanlända barn och ungdomar från svenskfödda barn och ungdomar och från utrikesfödda barn och ungdomar vad gäller socialt kapital?
- På vilket sätt påverkar socialt kapital individens hälsa?
- Ser sambanden mellan socialt kapital och förklaringsvariablerna olika ut mellan de olika ungdomsgrupperna?

Vad är socialt kapital?

Begreppet 'socialt kapital' har kommit att användas inom akademisk forskning i mycket stor omfattning under det senaste decenniet. Upprinnelsen är troligen den amerikanske statsvetaren Robert Putnams böcker *Making Democracy Work* (1993, sv. övers. *Den fungerande demokratin*, 1996) och *Bowling Alone* (2000, sv. övers. *Den ensamme bowlaren*, 2001) där Putnam driver sin tes att gemenskapen i föreningar och liknande sociala sammanhang skapar ett överbyggande socialt kapital vilket i sin tur skapar en generell tillit. Det överbyggande sociala kapitalet karaktäriseras av grupper som är heterogena och som inte känner varandra så väl. Motsatsen är anknyttande socialt kapital som består av mer homogena grupper som känner varandra väl (Putnam 2000).⁴

Begreppet 'socialt kapital' hade dock använts innan Putnam lanserade det i sina två böcker. James Coleman var tidig med att använda begreppet då han i *Resources for Social Change* (1971) diskuterade olika typer av tillgångar; socialt kapital, ekonomiskt kapital och humankapital. Senare menade Coleman

⁴ I Håkansson (2015) skapas en konceptuell modell i fyra dimensioner av dessa begrepp, vilket gör begreppen mer hanterbara.

(1990) att socialt kapital är de resurser som kan finnas i familjen eller i andra sociala organisationer, vilket påminner om den definition som Putnam använder. Pierre Bourdieu (2007), däremot, såg på socialt kapital på ett något annorlunda sätt. Hans definition av socialt kapital utgick från hans intresse för att försöka förklara social reproduktion. Enligt Bourdieu är tillgång till socialt kapital, tillsammans med andra former av kapital (t.ex. kulturellt och ekonomiskt kapital) viktigt då en social position ska upprätthållas (Bourdieu 2007; Field 2005).

Det som Bourdieu, Coleman och Putnam dock har gemensamt är att de alla tre menar alla att socialt kapital utgår från relationer, men de har olika fokus vad dessa relationer leder till. Här kommer jag att utgå från Putnams definition av socialt kapital och framförallt hans taxonomi i överbryggande (bridging) (och dess utfall i generell tillit) och anknytande (bonding) socialt kapital. Anknytande och överbryggande socialt kapital kan vara bra för olika saker. Anknytande socialt kapital kan vara bra för att mobilisera solidaritet inom en speciell grupp och skapa reciprocitet. Det kan erbjuda socialt och psykologiskt stöd, vara en slags 'social försäkring' och ge en känsla av tillhörighet och identitet. Överbryggande socialt kapital fungerar däremot bredare och inte lika exkluderande som det anknytande sociala kapitalet kan bli. Överbryggande socialt kapital kan på ett bättre sätt länka ihop tillgångar, grupper och behov. På detta sätt kan överbryggande socialt kapital expandera individens sociala och ekonomiska marknader. Det är även det överbryggande sociala kapitalet som skapar generell tillit. Det är när du möter personer som inte är som du själv, som du lär dig generell tillit, enligt Putnam.⁵

Det finns en omfattande forskning om ungdomars sociala nätverk och sociala kapital. Ett sådant intresse fanns redan i Chicagoskolans studier av manliga ungdomsgång från 1920-talet till 1940-talet som försökte förstå kriminalitet utifrån ett socialt sammanhang. I dess efterföljd har många forskare studerat ungdomar och ungdomsgrupper i samhällets marginal. Utan att själv använda begreppet har man därmed mest intresserat sig för anknytande kapital (Cohen, 1955; Wolfgang & Ferracuti, 1967). Ett något annat perspektiv handlar om ungdomars socialiseringsprocess och deras väg in i vuxenvärlden; det uppbrott som sker med familjen och de nya relationer som får en viktigare betydelse i frigörelseprocessen. Detta perspektiv ser ungdomars formering av sitt sociala kapital som en komponent och en konsekvens av ungdomens ökande behov av självständighet (Holland, 2007; Tomson & Holland, 2004; Weller, 2007). För nyanlända ungdomar blir denna process något av en kritisk punkt. Det faktum att ungdomarna befinner sig i en brytningstid, gör att tillgången till anknytande socialt kapital blir än viktigare.

⁵ Det finns en mycket omfattande forskningslitteratur som diskuterar detta, se bl.a. Rothstein 2003; Sobel 2002; Stolle 2001; Uslaner 2002.

Generell tillit mellan människor

Ett flertal studier har visat att hög generell tillit mellan människor i ett land har flera positiva effekter, inte minst på demokrati och ekonomisk aktivitet (se bl.a. Knack & Keefer, 1997; Rothstein, 2003). Generell tillit ingår i Putnams definition av socialt kapital. Enligt Putnam kan tillit skapas genom medborgerligt engagemang i föreningslivet eller andra överbyggande nätverk. Putnam (1993) anger fyra skäl till att nätverk (och annan samverkan) har effekt på generell tillit:

1. Nätverk ökar kostnaden för svekfullt beteende, eftersom det kommer att leda till dåligt rykte.
2. Nätverk understödjer kommunikation och förbättrar informationsflödet om trovärdiga individer.
3. Nätverk fostrar reciprocitet.
4. Nätverk förkroppsligar historiska framgångar vad gäller samarbete.

(1) I en renodlad neoklassisk värld där var och en maximerar sin egen nytta enligt Adam Smiths idé om "Homo Economicus" finns inte ärlighet. I en "Homo Economicus-värld" kommer människor att agera för att maximera sin egen nytta och inkomst, vilket skulle kunna innebära att säga en sak och göra något annat, om det skulle gagna den individuella nyttan. Hur kan det då komma sig att ärlighet trots allt existerar? Enligt ny institutionell ekonomisk teori beror det på att detta svekfulla beteende har en kostnad; antingen i form av en effektiv lagstiftning som bestraffar den svekfulle eller i form av dåligt rykte som förhindrar individen att göra dessa svekfulla affärer (North 1993; Williamson 2000).

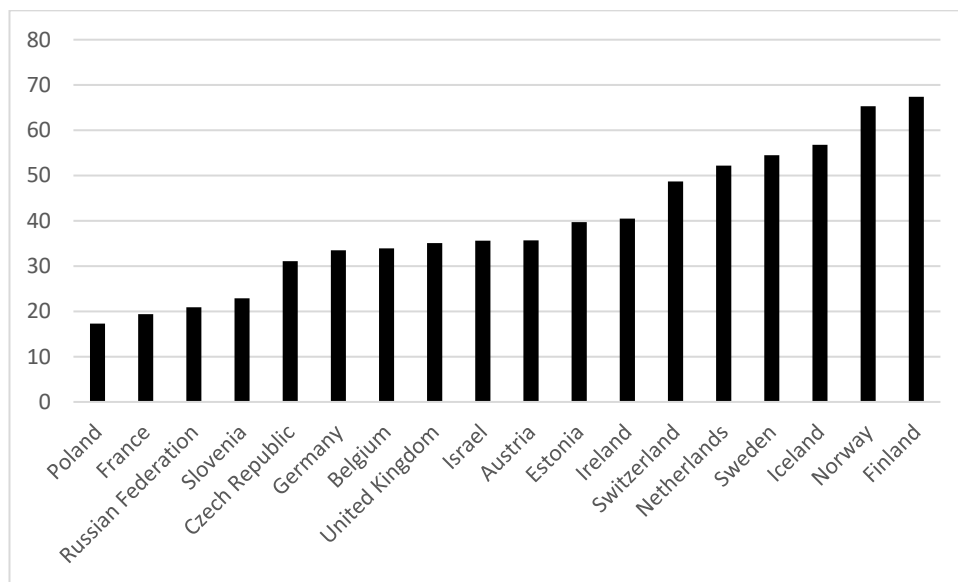
(2) Ett nätverk understödjer kommunikationen om både svekfulla och trovärdiga individer. En person som investerat tid och pengar i ett nätverk och de kontakter som nätverk innebär vill inte gärna se denna investering bortkastad. Denna förlorade investering skulle kunna ses som en kostnad och dåligt rykte skulle därför kunna ses som en kostnad.

(3) Nätverk och mellanmänsklig kontakt i sig ökar vår reciprocitet. När vi känner varandra – när vi får ett ansikte och en människa bakom en schablonbild – ökar möjligheten till reciprocitet. (4) Det faktum att nätverk eller föreningar faktiskt existerar vittnar om att samarbete åtminstone tidigare fungerat. Människor har åtminstone tidigare litet så pass mycket på varandra att de tillsammans kunnat bygga en organisation.

Generell tillit i Sverige

Det finns en omfattande forskning om tillit i Sverige (Rothstein 2003; Wallman Lundåsen & Trädgårdh 2015), och i de nordiska länderna (Larsen 2013; Andreasson 2017). De nordiska länderna sticker ut i alla studier om tillit (Andreasson 2017). Figur 3.1 visar generell tillit i alla de länder som deltog i European Social Survey (ESS) år 2016. Respondenterna fick gradera påståendet "Man kan lita på de flesta människor eller man kan inte vara

tillräckligt försiktig”, där ”man kan inte vara tillräckligt försiktig” fick 0 och ”man kan lita på de flesta människor” fick 10. Gruppen som svarat 7–10 har summerats i en grupp kallad ’höglitare’.⁶ Som figur 3.1 visar är de nordiska länderna i en nivå för sig själv. Endast Schweiz och Nederländerna ligger nära (men fortfarande bakom).



Figur 3.1: Andelen av respondenterna i resp. land graderade 7–10 ”Man kan lita på de flesta människor eller man kan inte vara tillräckligt försiktig”, 0= ”man kan inte vara tillräckligt försiktig”, 10= ”man kan lita på de flesta människor”. År: 2016. Källa: European Social Survey (ESS) 2016.

Det finns ett flertal studier som uppmärksammat det faktum att generell tillit är hög i de nordiska länderna (se till exempel Håkansson & Hargreaves 2004; Rothstein 2003). Enligt ESS-data har den generella tilliten legat på en stabil nivå under de senaste 15 åren (mellan 50-55 procent av befolkningen är ”höglitare”). Det skulle således inte vara särskilt märkligt om personer som invandrat till Sverige från länder med lägre generell tillit, hade lägre tillit än infödda svenskar.

Det finns en del studier av utrikes föddas tillit i förhållande till svenskföddas. Sören Holmberg och Bo Rothstein (2015) visar att utrikesföddas (utanför Norden) tillit ligger på ca. 40–45 procent under perioden 1996–2014. Under samma period ligger svenskföddas tillit på ca 55–60 procent. Dock menar författarna att denna lägre tillit inte ska ses som ett utfall av kultur. Danska studier visar att invandrare från ”låglitaländer” tenderar att öka sin sociala tillit efter ett antal år i Danmark. Ökningen beror på hur de uppfattar kvalitén i de offentliga institutionerna. Ju mer de uppfattar att institutioner som polisen, rättsväsendet och den offentliga förvaltningen behandlar invandrare och etniska danskar jämbördigt, desto högre blir deras tillit till andra människor (Nannestad m.fl. 2014). Detta betyder att tillit till

⁶ Detta är även den indelning som Bo Rothstein föreslagit, se Rothstein 1997.

andra människor till hög grad bestäms av kvalitén i samhällets institutioner och således kan ändras när förutsättningarna ändras.

Socialt kapital och hälsa

Det finns en omfattande forskning om sambandet mellan socialt kapital och hälsa (se t.ex. Cattell, 2001; Giordano m.fl., 2011; Islam m.fl., 2006; Verhaeghe & Tampubolon, 2012). Ett genomgående resultat från dessa studier är att det finns ett tydligt samband mellan hälsa och socialt kapital på en individuell nivå. Däremot är det mer tveksamt om det finns samband mellan socialt kapital på en samhällelig (kontextuell) nivå. Cattell (2001) menar att för individen kan deltagande i föreningar och organisationer ha många positiva effekter, som förstärkt självkänsla, en känsla av prestation och kontroll, men även hopp och optimism och livsglädje. Begreppet KASAM (Känsla av sammanhang) har även kommit att användas för att beskriva vad som händer i positiva miljöer (se bl.a. Rämgård, Håkansson & Björk 2018).

Forskningen om hälsa och socialt kapital utgår från att det är socialt kapital som påverkar hälsan, och då oftast i en positiv riktning (även om det finns forskning som menar att det även finns en negativ sida, se t.ex. Villalonga-Olivesa & Kawachi, 2017). Det är dock uppenbart att det finns vissa problem med kausaliteten i ett flertal studier, och det gäller främst de som använder tvärsnittsdata.⁷ Det är inte orimligt att tänka sig att personer med bristande hälsa även är mindre aktiva än andra och att personer med nedsatt hälsa kan vara desillusionerade på samhället och därför har en lägre tillit än andra. Med andra ord är det svårt att veta vad som är hönan och ägget. I denna studie är vi högst medvetna om att det kan finnas kausalitetsproblem och utgår inte från ett entydigt kausalt samband.

Det finns även studier som särskilt studerat ungdomars hälsa och socialt kapital. Även de visar på ett samband mellan hälsa och socialt kapital, även om resultaten inte alltid är helt entydiga (Drukker et al, 2005; Furuta, 2012; Oliver & Cheff, 2014). Några studier (t.ex. Drukker et al, 2005) har använt etnicitet som en förklaringsvariabel, utan att särskilja hur länge personen befunnit sig i landet. Det finns således en kunskapsbrist vad gäller nyanländas villkor vad gäller hälsa och socialt kapital. Vidare finns det relativt få svenska studier på området.

Metod och data

Som framgår ovan är begreppet socialt kapital relativt abstrakt och därför är det svårt att mäta. I vetenskapliga studier inom området har därför vanligen olika typer av proxies använts. Dessa kan grupperas i 1) en kognitiv dimension (t.ex. tillit och reciprocitet) och 2) en strukturell dimension (sociala nätverk

⁷ Några studier tar upp och diskuterar detta, t.ex. Islam m.fl., 2006 och Verhaeghe & Tampubolon, 2012, men diskussionen förekommer förvånansvärt sällan.

och deltagande). Tre olika variabler för att definiera och mäta socialt kapital kommer här att användas. Dessa är definitioner som traditionellt används i studier av socialt kapital (se bl.a. Giordano m.fl., 2011; Verhaeghe & Tampubolon, 2012): tillit ("Man kan lita på de flesta människor"), föreningsaktivitet ("Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation") och nära vänner ("Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allting?").

Data

MILSA-enkäten samlades in med hjälp av kontaktpersoner i kommunerna våren och sensommaren 2018 av Enkätfabriken.⁸ Som referensgrupp till MILSA-enkäten användes Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar 2016. I enkäten finns en fråga: "Var är du född?". Denna uppgift har använts för att konstruera två grupper: Svenskfödda (inrikesfödda) och utrikesfödda. Som tabell 3.1 visar finns det bland de utrikesfödda både personer från norden, Europa och utanför Europa.

Tabell 3.1: Sammansättningen i Region Skånes Folkhälsoenkät och MILSA-enkäten

	<i>Frekvens</i>	<i>Procent</i>
<i>Svenskfödda (FH)</i>	11 450	84,02
<i>Utrikesfödda (FH)</i>	1 960	14,38
<i>Nyanlända (MILSA)</i>	217	1,59
<i>Total</i>	13 627	100
<i>Var är du född? (FH)</i>	Frekvens	Procent
<i>I Sverige</i>	11 450	85,38
<i>I Norge, Finland, Danmark eller Island</i>	207	1,54
<i>I annat land i Europa</i>	624	4,65
<i>I annat land utanför Europa</i>	1 129	8,42
<i>Total</i>	13 410	100

⁸ För en mer omfattande beskrivning av metod, urval och insamling av MILSA-enkäten se föregående kapitel.

Socialt kapital bland nyanlända, svenskfödda och utrikesfödda

I det följande skattas en modell för att bestämma vilka faktorer som påverkar en individs sociala kapital. Modellen definieras enligt följande:

$$\text{Socialt kapital}_i = f(\text{borngroup}_i, \text{sex}_i, \text{age}_i, \text{pappans utb}_i, \text{mammans utb}_i, \text{utsatt}_i, \text{för}_i)$$

Dessa variabler har använts i ett stort antal studier och används generellt när socialt kapital ska skattas.⁹ Förutom den variabel som skiljer undersökningsgrupperna åt (borngroup), används ett antal kontrollvariabler som kön (sex), ålder (age), samt pappans och mammans utbildning. Socialt kapital, inte minst det som handlar om tillit till människor i allmänhet, kan tänkas ha ett samband med om individen har blivit utsatt för våld och hot. Då denna variabel finns med i undersökningarna, används denna. Om vi följer Putnams resonemang om vad som påverkar tillit, ter det sig rimligt att använda föreningsaktivitet som en förklaringsvariabel. Tabell 3.2 redogör för samtliga variabler som används i modellen.

⁹ För en teoretisk diskussion se bl.a. Håkansson & Sjöholm 2007.

Tabell 3.2: Variabler och dess definitioner.

Variabel	Typ	Beskrivning
trust	Beroende, ordinalskala	Man kan lita på de flesta människor Håller inte alls med=1 Håller inte med = 2 Håller med = 3 Håller med fullständigt = 4
vän	Beroende, ordinalskala	Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allting? Har inga nära vänner = 1 Har en nära vän = 2 Har två nära vänner = 3 Har flera nära vänner = 4
borngroup	Oberoende, ordinal, kategorier	I vilket land är du född? 1 = Sverige (från FH-enkäten) 2 = Annat land (Norden, annat land i Europa, annat land utanför Europa) (från FH-enkäten) 3 = Milsaurvalet
Sex	Oberoende, Dummy	Män=0, Kvinnor=1
Age	Oberoende, Ordinal (används som en kontinuerlig variabel)	14–20 år
p_utb	Oberoende, Dummy	Har din pappa universitets- eller högskoleutbildning? 0 = Nej/Vet ej 1 = Ja
m_utb	Oberoende, Dummy	Har din mamma universitets- eller högskoleutbildning? 0 = Nej/Vet ej 1 = Ja
Utsatt	Oberoende, Dummy	Blivit utsatt för något av följande: - allvarligt hotad av annan person - rånad - bestulen - slagen så att du behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare - utsatt för oönskad sexuell handling 0 = Nej 1 = Ja (dvs. 1 gång eller mer)
För	Oberoende, Dummy	Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation (t ex idrott, kör, scouter)? 0 = Nej 1 = Ja

Anknytande socialt kapital – nära vän

I denna studie har det anknytande sociala kapitalet skattats med av frågan ”Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allt”?

Tabell 3.3: Tillgången till nära vän.

Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allt?				
	Svenskfödda	Utrikesfödda	Nyanlända	Total
Har inga nära vänner	5,77 %	12,25 %	35,35 %	7,17 %
Har en nära vän	18,04 %	23,56 %	29,77 %	19,02 %
Har två nära vänner	21,32 %	22,47 %	14,42 %	21,37 %
Har flera nära vänner	54,87 %	41,72 %	20,47 %	52,44 %

Pearson $\chi^2(6) = 480,8750$

Pr = 0,000

Som tabell 3.3 visar finns det stora skillnader mellan de tre grupperna.

Skillnaden mellan grupperna är signifikanta, vilket visas av Pearsons χ^2 -test.

Endast drygt 20 procent av de nyanlända säger att de har flera nära vänner.

Motsvarande siffra för svenskfödda ungdomar är 55 procent. Även bland utrikesfödda är det en signifikant större grupp som inte har vänner, eller som har färre vänner än de svenskfödda.

I regressionsmodellen skattas två versioner av modellen. I modell 1 skattas socialt kapital utan variablerna utsatt och föreningsaktivitet. I modell 2 läggs dessa till modellen. Som tabell 4 visar finns det ganska stora skillnader i föreningsaktivitet mellan de tre grupperna. Som tabellen visar var det endast knappt 27 procent av de nyanlända som varit med i en förening det senaste året, medan det bland svenskfödda var över 60 procent. Bland de utrikesfödda var det drygt 50 procent som varit föreningsaktiv det senaste året.

Tabell 3.4: Föreningsaktivitet.

Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation				
	Svenskfödda	Utrikesfödda	Nyanlända	Total
Nej	38,80 %	49,41 %	73,21 %	40,81 %
Ja	61,20 %	50,59 %	26,79 %	59,19 %

Pearson $\chi^2(2) = 163,6059$

Pr=0,000

Då beroendevariabeln vän är en variabel i hierarkisk ordinalskala används en så kallad ”ordet logit-modell”. Det innebär i korthet att ett nytt intercept ges för varje ny kategori hos beroendevariabeln. Variabeln ”borngroup1” är referensgruppen och därför anges inte denna variabel. Tabell 3.5 visar resultaten.

**Tabell 3.5: Regressionskattning av anknytande socialt kapital:
Tillgången till en nära vän.**

	Modell 1	Modell 2
vän		
2.bornngroup	-0,580***	-0,501***
	(0,05)	(0,05)
3.bornngroup	-1,899***	-1,907***
	(0,14)	(0,14)
sex	-0,212***	-0,169***
	(0,03)	(0,04)
age	0,011	0,024
	(0,01)	(0,02)
p_utb	0,217***	0,192***
	(0,04)	(0,04)
m_utb	0,147***	0,141***
	(0,04)	(0,04)
för		0,309***
		(0,04)
utsatt		-0,171***
		(0,04)

cut1		
constant	-2,487***	-2,157***
	(0,24)	(0,26)

cut2		
constant	-0,915***	-0,548*
	(0,23)	(0,26)

cut3		
constant	0,054	0,436
	(0,23)	(0,26)

PseudoR2	0,015	0,018
Numb_of_obs	13 003	11 353

Standardfel inom parantes. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Resultaten visar att både utrikesfödda och nyanlända har lägre anknytande socialt kapital än svenskfödda, även efter det att variablerna för föreningsaktivitet och utsatt för hot eller våld förts på. Kvinnor visar sig oftare ha färre vänner än män. Föräldrarnas utbildning spelar generellt en signifikant roll – barn till högutbildade har oftare fler vänner än barn till lågutbildade. Föreningsaktivitet har ett positivt samband. Det betyder att den som är föreningsaktiv har fler vänner än den som inte är det. Den som varit utsatt för hot eller våld har färre vänner än den som inte varit det.

Generell tillit – Kan man lite på de flesta människor?

Som tidigare beskrivits brukar en dimension av socialt kapital vara generell tillit. Respondenten ombeds då att ta ställning till om man kan lita på de flesta människor. I de två undersökningar som används har respondenten fått en fyrgradig skala att förhålla sig till. Tabell 3.6 redovisar skillnaderna mellan grupperna.

Tabell 3.6: Generell tillit: Man kan lita på de flesta människor.

	Svenskfödda	Utrikesfödda	Nyanlända	Totalt
Håller inte alls med	18,81 %	24,26 %	38,38 %	19,87 %
Håller inte med	45,70 %	44,31 %	40,91 %	45,43 %
Håller med	32,54 %	27,34 %	17,17 %	31,58 %
Håller med fullständigt	2,95 %	4,10 %	3,54 %	3,12 %

Pearson chi2(6) = 94,1100

Pr = 0,0000

Som tabell 3.6 visar, finns de en stor skillnad mellan de olika grupperna. Knappt 80 procent av de nyanlända håller inte med om att man kan lita på de flesta människor (Håller inte alls med + Håller inte med). Motsvarande siffra för de svenskfödda är 65 procent. Som tidigare ligger de utrikesfödda mitt emellan.

Det skulle kunna tänkas att de nyanlända har varit mer utsatta för våld och hot än de svenskfödda, men tabell 3.7 ger inte stöd för det. Snarare visar tabell 3.7 på motsatsen.¹⁰

Tabell 3.7: Har du varit utsatt för våld eller hot de senaste 12 månaderna?

	Svenskfödda	Utrikesfödda	Nyanlända	Total
Nej	77,87 %	78,84 %	85,05 %	78,11 %
Ja	22,13 %	21,16 %	14,95 %	21,89 %

Pearson chi2 (2) = 6,2815

Pr = 0,043

¹⁰ Hela frågan lyder enligt följande: "Har du varit med om något av följande under de senaste 12 månaderna? Anmälde detta i så fall till polisen?"

Markera med ett kryss på varje rad

- Blivit allvarligt hotad av annan person
- Blivit rånad
- Blivit bestulen
- Blivit slagen så att du behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare
- Blivit utsatt för oönskad sexuell handling
- Blivit utsatt för mobbning, trakasserier eller kränkningar på nätet (via mobil eller internet) i skolan eller på fritiden

Svarsalternativen var: "Ja, anmälde till Polisen", "Ja, anmälde inte till Polisen", "Nej". I redovisningen av svaren har Ja-alternativen slagits samman.

Resultaten innebär dock inte att det kan uteslutas att de nyanlända ungdomarna har negativa erfarenheter med sig som påverkar dem. I MILSA-enkäten frågar om erfarenheter av hot och våld innan, under och efter flykten. Tabell 3.8 sammanfattar resultaten:

Tabell 3.8: Har du innan, under, efter din resa till Sverige, blivit utsatt för något av följande?

	Slagen/mishandlad	Utnyttjad	Sexuellt ofredande	Hotad	Nej, jag har inte blivit utsatt för något av detta
Innan	14,81 %	6,01 %	3,24 %	18,06 %	68,52 %
Under	14,35 %	4,63 %	1,85 %	12,50 %	71,75 %
Efter	5,09 %	0,93 %	3,24 %	5,56 %	84,72 %

Tabell 3.8 visar att ca 30 procent av respondenterna blivit utsatta för våld, hot och utnyttjande före eller under flykten. Efter flykten är det hälften så många. Det är troligt att den typen av upplevelser kommer att ha betydelse för individens tillit till människor i allmänhet.

I tabell 3.9 visas en regressionskattning av generell tillit. Resultaten påminner mycket om de resultat som erhöles för anknytande socialt kapital. De nyanlända har en lägre tillit även när föreningsaktivitet och utsatthet inkluderas i modellen.

Tabell 3.9: Generell tillit – Man kan lita på de flesta människor.

	Modell 1	Modell 2
trust		
2.borngroup	-0,196***	-0,152**
	(0,05)	(0,06)
3.borngroup	-0,888***	-0,864***
	(0,14)	(0,15)
sex	-0,309***	-0,311***
	(0,03)	(0,04)
age	-0,028*	-0,001
	(0,01)	(0,02)
p_utb	0,183***	0,165***
	(0,04)	(0,04)
m_utb	0,179***	0,163***
	(0,04)	(0,04)
för		0,324***
		(0,04)
utsatt		-0,565***
		(0,04)

cut1		
constant	-1,889***	-1,468***
	(0,23)	(0,26)

cut2		
constant	0,170	0,664*
	(0,23)	(0,26)

cut3		
constant	2,988***	3,552***
	(0,24)	(0,26)

PseudoR2	0,008	0,018
Numb_of_obs	12 786	11 217

Standardfel inom parantes. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Hälsa och socialt kapital

Generellt finns det flera problem att använda självskattade hälsa i forskning. Frågor som subjektivitet och vad som är kulturellt accepterat och förväntat är självklara hinder. När det dessutom finns anledningar för respondenten att underskatta sin hälsa för att den vill framstå som frisk, ”duktig”, inte ställer till problem, eller helt enkelt bara vill skapa en bra bild av sig själv, finns det anledning att vara lite skeptisk till den här typen av mått och mätmetoder. För att undvika den här typen av problem används en bred, och möjligen abstrakt, frågeställning: Hur mår du rent allmänt? Respondenten har haft att välja mellan svarsalternativen: mycket bra, bra, någorlunda, dåligt, mycket dåligt. Tabell 3.10 visar resultatet.

Tabell 3.10: Hur mår du rent allmänt?

	Svenskfödda	Utrikesfödda	Nyanlända	Total
Mycket bra	33,42 %	33,82 %	26,85 %	33,37 %
Bra	42,11 %	41,62 %	33,33 %	41,90 %
Någorlunda	18,93 %	19,03 %	26,39 %	19,06 %
Dåligt	4,25 %	3,93 %	8,33 %	4,27 %
Mycket dåligt	1,29 %	1,60 %	5,09 %	1,39%

Pearson $\chi^2(8) = 44,6400$

Pr = 0,000

Som tabell 3.10 visar finns det en signifikant skillnad mellan nyanlända och svenskfödda respektive utrikesfödda. Däremot finns det ingen skillnad mellan svenskfödda och utrikesfödda.

Vad är det då som skulle kunna påverka hälsan? Som tidigare konstaterats finns det idag omfattande forskning om tillgången till socialt kapital och dess positiva korrelation med hälsan, även om de kausala sambanden kan diskuteras. Det är idag antagligen oemotsägligt att rökning och övervikt påverkar hälsan. Det finns även socio-ekonomiska variabler som generellt anses korrelera med hälsa (t.ex. utbildning och inkomst). Utifrån detta specificeras en modell för att skatta hälsa. I modellen används tre olika variabler för socialt kapital, hälsofaktorer som rökning och BMI, samt en uppsättning kontrollvariabler (V_i). Dessutom användes variabeln (borngroup) för att särskilja våra tre grupper. Modellen kommer då att få följande utseende:

$$\text{Hälsa}_i = f(\text{borngroup}_i, \text{socialt kapital}_i, \text{hälsofaktorer}_i, V_i)$$

Tabell 3.11 specificerar och definierar de olika variablerna och tabell 3.12 visar resultaten av regressionskattningen. Precis som tidigare används en *ordet logit-metod* för att skatta regressionen.

Tabell 3.11: Variabler i modellen ”Hälsa och socialt kapital”

Variabel	Typ	Beskrivning
Health	Beroende, ordinalskala	Hur mår du rent allmänt? Mycket bra = 1 Bra = 2 Någorlunda = 3 Dåligt = 4 Mycket dåligt = 5
borngroup	Oberoende, ordinal, kategorier	I vilket land är du född? 1 = Sverige (från FH-enkäten) 2 = Annat land (Norden, annat land i Europa, annat land utanför Europa) (från FH-enkäten) 3 = Milsaurvalet
<u>Socialt kapital</u> trust	oberoende, ordinalskala	Man kan lita på de flesta människor Håller inte alls med = 1 Håller inte med = 2 Håller med = 3 Håller med fullständigt = 4
vän	oberoende, ordinalskala	Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allting? Har inga nära vänner = 1 Har en nära vän = 2 Har två nära vänner = 3 Har flera nära vänner = 4
För	Oberoende, Dummy	Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation (t ex idrott, kör, scouter)? 0 = Nej 1 = Ja
<u>Kontrollvariabler</u> Sex	Oberoende, Dummy	Män=0, Kvinnor=1
Age	Oberoende, Ordinal (används som en kontinuerlig variabel)	14–20 år
p_utb	Oberoende, Dummy	Har din pappa universitets- eller högskoleutbildning? 0 = Nej/Vet ej 1 = Ja
m_utb	Oberoende, Dummy	Har din mamma universitets- eller högskoleutbildning? 0 = Nej/Vet ej 1 = Ja
<u>Hälsofaktorer</u> Smoke	Oberoende, Dummy	Röker du cigaretter? Nej, jag har aldrig rökt, Nej, men jag har provat, Nej, jag har rökt men slutat = 0 Ja, varje dag, Ja, nästan varje dag, Ja, när jag är på fest, Ja, ibland = 1
BMI4	Oberoende, ordinal, kategorier	0 = min – 18,49999 1 = 18,5 – 25 2 = 25,0000001 – 30 3 = 30,00001 - max

Tabell 3.12. Regressionskattning – Finns det skillnader mellan grupperna?

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
health			
2.borngroup	0,042 (0,05)	0,015 (0,05)	0,196*** (0,05)
3.borngroup	-0,464*** (0,14)	-0,470*** (0,14)	0,079 (0,15)
sex	-0,949*** (0,03)	-0,968*** (0,03)	-0,919*** (0,04)
age	-0,132*** (0,01)	-0,088*** (0,01)	-0,086*** (0,02)
p_utb	0,145*** (0,04)	0,112** (0,04)	0,05 (0,04)
m_utb	0,141*** (0,04)	0,124** (0,04)	0,037 (0,04)
smoke		-0,715*** (0,05)	-0,696*** (0,05)
1.BMI4		0,127* (0,05)	0,076 (0,05)
2.BMI4		-0,181** (0,07)	-0,198** (0,07)
3.BMI4		-0,273* (0,11)	0,194 (0,12)
2.trust			0,353*** (0,05)
3.trust			0,719*** (0,05)
4.trust			0,944*** (0,11)
2.vän			0,471*** (0,08)
3.vän			0,729*** (0,08)
4.vän			1,314*** (0,07)
för			0,211*** (0,04)
cut1	-6,898*** (0,25)	-6,382*** (0,25)	-5,104*** (0,27)
cut2	-5,427*** (0,24)	-4,850*** (0,24)	-3,555*** (0,26)
cut3	-3,657*** (0,23)	-3,047*** (0,24)	-1,665*** (0,26)
cut4	-1,728*** (0,23)	-1,080*** (0,24)	0,429 (0,26)
PseudoR2	0,03	0,04	0,074
Numb_of_obs	13 001	12 455	11 931

Standardfel inom parantes. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Modell 1 och modell 2 visar signifikanta skillnader mellan svenskfödda och nyanlända, vilket är ett resultat som kunde observeras redan i tabell 9. Det betyder att när hänsyn tas till ålder, kön och föräldrarnas utbildning (modell 1), så finns det fortfarande skillnader i hälsa. Däremot finns det inga signifikanta skillnader mellan svenskfödda och utrikesfödda. När variablerna för hälsfaktorer (rökning och BMI) förs på, kvarstår dessa skillnader. Däremot försvinner skillnaderna när variablerna för socialt kapital (modell 3), förs på. Det beror troligen på att det finns en stark samvariation mellan socialt kapital och de nyanlända. Ett intressant resultat är att i modell 3 finner vi en signifikant skillnad mellan svenskfödda och utrikesfödda, där utrikesfödda har bättre hälsa än svenskfödda. Det betyder att då hänsyn tas till socialt kapital har utrikesfödda bättre hälsa än svenskfödda, vilket beror på att utrikesfödda har lägre socialt kapital än svenskfödda, men inte signifikant lägre hälsa i utgångsläget och att hälsa och socialt kapital samvarierar.

Sammanfattning

Som våra resultat visar finns en stor skillnad i socialt kapital mellan nyanlända och svenskfödda, men det finns även en skillnad (om än lägre) mellan nyanlända och utrikesfödda. Det kan tänkas att denna underrepresentation i socialt kapital får många negativa effekter: sämre hälsa, sämre möjligheter på arbets- och bostadsmarknad och sämre tillit till samhället och människor i allmänhet. Resultaten från den kvantitativa analysen visar att när variablerna för socialt kapital förs in i en skattning av hälsan, försvinner skillnaderna mellan svenskfödda och nyanlända.

Resultaten bör dock användas med viss försiktighet. Resultaten betyder inte att avsaknaden av socialt kapital förklarar *hela* skillnaden i hälsa. Resultaten skattningen beror på att det finns en samvariation mellan variabeln ”borngroup” och hälsa.

Det faktum att socialt kapital är lägre för nyanlända ungdomar bör vara delvis förväntade, även om en hel del insatser har gjorts. Resultaten visar dock att mer måste göras. Det ligger ett stort arbete framöver att diskutera och undersöka vilka policyrekommendationer som bör framföras. Det faktum att nyanlända ungdomar har ett lågt anknytande socialt kapital anses oroväckande. Ungdomstiden innebär ett uppbrott med familjen och nya relationer för alla ungdomar. Ungdomens formering av sitt sociala kapital är en viktig komponent och en konsekvens av ungdomens ökande behov av självständighet. Vi vet i dagsläget inte vad en avsaknad av dessa relationer skulle kunna innebära för de nyanlända ungdomarna i framtiden.

4. Riskbeteende och framtidstro¹¹

Abstrakt

Det är sedan länge känt att det finns ett antal beteenden som påverkar individens hälsa på lång sikt. Bland dessa brukar rökning, alkoholbruk, narkotikaanvändning, fysisk inaktivitet samt dåliga matvanor räknas. Det är även sedan tidigare känt att det finns faktorer som kan öka eller minska sannolikheten att hamna i ett sådant beteende. Vad det däremot saknas kunskap om är huruvida ungdomars traumatiska upplevelser som en flykt innebär, ökar sannolikheten att hamna i ett riskbeteende, samt hur dessa nyanlända ungdomar står rustade med risk- och skyddsfaktorer.

Syftet med detta kapitel är dels att skatta riskbeteenden utifrån ett antal risk- och skyddsfaktorer, dels att jämföra dessa beteenden och faktorer mellan nyanlända ungdomar och ungdomar som är inrikesfödda och utrikesfödda. Resultaten visar att de nyanlända ungdomarna använder mindre alkohol än inrikes- och utrikesfödda ungdomar, men har sämre matvanor och motionerar i betydligt lägre omfattning. När det gäller rökning och narkotika finns inga signifikanta skillnader. När det gäller risk- och skyddsfaktorer är de nyanlända ungdomarna sämre rustade. De bor oftare utan föräldrar, de bor trängre, de har färre vänner att anförtro sig till, de finner oftare det svårt att vända sig till en vuxen med sina problem och de har mer sällan varit med i någon förening. Däremot ser de lika ljusst på framtiden som de inrikesfödda och utrikesfödda ungdomarna.

Key words: riskbeteende, riskfaktorer, skyddsfaktorer, framtidstro, nyanlända ungdomar.

¹¹ Denna text har till stora delar tidigare publicerats som MILSA Working Paper Series 2019:3

Inledning

Det är sedan länge känt att det finns ett antal beteenden som påverkar individens hälsa på lång sikt. Bland dessa brukar rökning, alkoholbruk, narkotikaanvändning, fysisk inaktivitet samt dåliga matvanor räknas (se bl.a. Statens folkhälsoinstitut, 2013). Vad är det då som gör att vissa hamnar i dessa beteenden och andra inte? En riskfaktor är en bestämningsfaktor som ökar risken för individen att hamna i ett riskbeteende. Det finns även faktorer som minskar risken att hamna i ett riskbeteende. De brukar kallas för skyddsfaktorer.

För ungdomar som varit på flykt är det av särskild vikt att studera riskfaktorer och riskbeteenden. Det finns mycket forskning som lyfter fram betydelsen av traumatiska händelser i hemlandet innan flykten, men även den sociala miljön i det nya landet, och dess betydelse på både den fysiska såväl som den psykiska hälsan (Anjum et al, 2012). Däremot vet vi relativt lite om hur dessa faktorer interagerar när det gäller ungdomar.

Ofta lyfts sociala faktorer fram som risk- och skyddsfaktorer. Generellt lyfts sociala bestämningsfaktorer fram allt mer inom folkhälsoforskning för att förklara ohälsa (se bl.a. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health 2008). Även Malmökommissionen lyfte fram hälsans sociala dimension och vikten av att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för att minska ojämlikheter i hälsa (Stigendahl & Östergren, 2013).

Syftet med detta kapitel är att 1) skatta riskbeteenden utifrån ett antal risk- och skyddsfaktorer och 2) jämföra dessa beteenden och faktorer mellan nyanlända ungdomar och ungdomar som är inrikesfödda och utrikesfödda (men funnits i Sverige betydligt längre). För detta används i den här studien kvantitativa data från MILSA-enkäten som jämförs med Region Skånes Folkhälsoenkät 2016. De forskningsfrågor som vi ämnar ta reda på är:

- Vilka risk- och skyddsfaktorer samvarierar med riskbeteendena rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas riskbeteende mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas risk- och skyddsfaktorer mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt samvarierar framtidstro med riskbeteende?

De riskbeteenden som vi valt att behandla i denna studie är rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet. Det skulle naturligtvis kunna finnas fler riskbeteenden som hade varit intressanta att undersöka, men vi har varit begränsade till att använda de variabler som finns i MILSA-enkäten¹². Ett beteende som hade varit intressant

¹² För en mer ingående beskrivning av MILSA-enkäten, se kapitel 2.

att studera hade varit sexuellt beteende, men denna fråga gick inte att använda av olika anledningar¹³. Angreppsättet ska ses som explorativt. Det har inte funnits teoretiska eller empiriska belägg för att de riskbeteenden som undersöks skulle vara viktigare än andra (som inte undersöks). Däremot kan de riskbeteenden som undersöks motiveras av att det finns tidigare forskning som bekräftar att de har betydelse för individens framtida liv.

Kapitlet är upplagt som så att den kommande sektionen redogör för tidigare studier om vad vi vet om riskbeteenden samt risk- och skyddsfaktorer. Vad vet vi egentligen om betydelsen av alkoholkonsumtion, rökning eller andra av de riskbeteenden som vi undersöker? Svaret på denna fråga visar varför det kan vara angeläget att undersöka just dessa riskbeteenden som vi valt ut. I denna sektion redogörs även för sambandet mellan riskbeteenden i förhållande till risk- och skyddsfaktorer. Därefter kommer vi att redogöra för metod och data. I sektionen därpå redogörs för våra resultat, dels i form av deskriptiv statistik där skillnaderna mellan de olika grupperna jämfört med hjälp av chi2-test, dels i form av regressionsanalys där respektive riskbeteende som vi definierar skattas utifrån en logit-modell med oddskvoter. Kapitlet avslutas med slutsatser och diskussion.

Riskbeteenden och riskfaktorer

Vad vet vi om riskbeteenden?

Många levnadsvanor grundläggs under ungdomstiden. Riskbeteenden ur ett hälsoperspektiv är exempelvis dåliga matvanor, låg fysisk aktivitet, oskyddat sex och användning av alkohol, tobak och droger (Fridh et al. 2016; Socialstyrelsen 2013). Tidig alkoholdebut, hög alkoholkonsumtion och kopplingen till flera andra riskbeteenden bidrar sannolikt till negativa hälsoeffekter i vuxen ålder. En undersökning påvisade en fyra gånger större risk att de som börjar dricka alkohol vid 14 års ålder blir alkoholberoende jämfört med de som börjar dricka vid 20 år. För varje år som alkoholdebuten sköts upp minskade risken för framtida alkoholberoende med 14 procent (Hingson, Heeren, & Winter, 2006). En annan studie visar att de som börjar dricka tidigt har signifikant större risk att vara med om en trafikolycka, hamna i slagsmål eller skada sig på annat sätt (Hingson et al. 2009). Ännu en studie fann att ungdomar som drack alkohol i 13 års ålder i högre grad var alkoholberoende tio år senare och hade fler problem av social och kriminell karaktär, än de som drack lite eller inget alls under tonåren (Ellickson, Tucker, & Klein, 2003).

Rökningens skadliga effekter är väldokumenterade idag. Amerikanska hälsodepartementet räknar med att rökning leder till en förtidig död för

¹³ Ursprungligen hade vi flera frågor om sexualitet, men vi tvingades skära ner på dessa efter propåer från Etikprövningsnämnden. Den fråga som blev kvar blev så innehållslös och svårtolkad att vi inte fann det meningsfullt att försöka tolka svaren.

443 000 amerikaner varje år, vilket motsvara var femte avliden. Rökning leder till kroniska sjukdomar, som i sin tur leder till funktionshinder (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Rökning är särskilt problematisk om den påbörjas vid ung ålder. Hyland et al. (2004) visar att sannolikheten att sluta röka är lägre för dem som är under 16 år när de börjar röka. Rökning leder inte bara till fysiska sjukdomar som kronisk bronkit, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer, hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke och sämre reproduktiv hälsa utan påverkar även den mentala hälsan. Dube et al. (2019) har studerat rökningens påverkan på fysisk och psykisk hälsa för olika åldersgrupper. Rökare är generellt sett sjukare än icke-rökare, men rökares fysiska hälsa försämras mer över åldrandet än icke-rökares hälsa. En rökare 18–24 år har 3,0 sjukdagar, jämfört med en icke-rökare i samma åldersspann som har 1,83 sjukdagar. En rökare 55–64 år har 6,86 dagar jämfört med en icke-rökare som har 4,12. När det gäller den psykiska ohälsan drabbar den i större utsträckning unga rökare. Rökare i den yngre åldersgruppen har 8,28 sjukdagar (icke-rökare 4,02) och rökare 55–64 år har 5,51 dagar (icke-rökare 2,86).

När det gäller narkotika finns givetvis den uppenbara risken att brukaren dör i en överdos. Det finns även ett stort antal studier som visar att det finns ett samband mellan narkotikaanvändning (och alkohol användning) och våld i nära relationer. Smith et al. (2012) visar att alkohol- och kokainmissbrukare har en signifikant större sannolikhet att vara gärningspersoner, och de som missbrukar cannabis och opiater har större sannolikhet att vara offer.

Den vanligaste formen av narkotika i Sverige idag är hasch/marijuana (cannabis). Folkhälsorapporten 2016 visar att bland skånska ungdomar var andelen som använt hasch/marijuana större än alla andra preparat tillsammans (Fridh et al. 2016). Det finns således en risk att cannabis har en större acceptans. Dock finns flera hälsorisker med cannabis med både långsiktiga och kortsiktiga effekter. På kort sikt förändras sinnesintryck, tidsuppfattning, humörsvägningar, problemlösningsförmågan, korttidsminnet. Dessutom finns det risk för hallucinationer, vanföreställningar och psykoser. När det gäller lång sikt påverkar cannabis hjärnans utveckling. Minnet och lärandet påverkas, vilket naturligtvis blir extra allvarligt om användaren är ung (National Institute on Drug Abuse, 2019).

Sunda matvanor kan mätas och definieras på många olika sätt. Ett sätt (som valts i denna studie) är att fråga respondenterna huruvida de äter frukost, lunch och kvällsmat. Det finns mycket forskning som visar frukostens goda effekter. Forskning visar att det finns ett positivt samband mellan att äta frukost och näringskvalitet, då frukosten bidrar med en högre andel mikronäringsämnen. Det finns även en koppling mellan frukost och skolprestation, psyko-social funktion, kognition, en hälsosam livsstil och lägre BMI (Affenito, 2007).

Det skulle möjligen kunna tänkas att den som hoppar över någon måltid skulle kompensera detta med frukt och grönsaker. Pedersen et al. (2012) visar att detta åtminstone inte gäller för ungdomar. De studerade 11, 13 och 15-

åringar i Danmark från en enkätbaserad, tvärsektoriell undersökning. Deras resultat visar att de som slarvar med måltiderna äter *mindre* frukt och grönsaker än de som regelbundet äter frukost, lunch och kvällsmat. Sjöberg et al. (2003) studerade sambandet mellan matvanor och näringsintag, samt andra livstilsval bland ungdomar 15–16 år. De fann att oregelbundna måltider ökade risken för ohälsosamma livstilsval, som rökning, men även att de åt mer ohälsosamt mellan måltiderna ("snacks"), samt hade ett lägre intag av mikronäringsämnen.

Det finns omfattande forskning som visar på den positiva effekt som motion har på hälsan generellt och dess negativa samband med fetma (se t.ex. Craigie et al. 2011; Janssen & LeBlanc 2010). Motion påverkar även hjärnans utveckling och kognition. Herting & Chu (2017) menar att det finns ett stort antal studier som visar att motion och fysisk aktivitet har en positiv påverkan på skolprestation, kognitiv funktion, hjärnans struktur och hjärnaktiviteten under tonåren. För ungdomar har motion dels en omedelbar effekt, dels en långsiktig effekt, då motion under ungdomsåren får betydelse senare, i deras vuxna liv. Ekblom-Bak et al. (2018) visar i en studie att motion före 20 års ålder (både i form av skolidrott och sport på fritiden) har stor betydelse senare i livet vad gäller förbättrad allmän hälsa, lägre risk för fetma, lägre risk för högt blodtryck, förbättrad syreupptagningsförmåga och högre sannolikhet att motionera även i vuxen ålder.

Sammantaget kan sägas att det finns en mängd goda argument för att studera de riskbeteenden som valts. Samtliga av dessa beteenden påverkar ungdomarna senare i livet och kommer att påverka både hälsa och livsval.

Risk- och skyddsfaktorer

Det är dock viktigt att skilja mellan riskfaktorer och riskbeteende. Riskfaktorer är de bestämningsfaktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden. En riskfaktor för ett visst beteende är nödvändigtvis inte detsamma som en orsak till beteendet. En riskfaktor är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process, alltså någonting som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall. Dessa riskfaktorer kan vara faktorer på individnivå (t.ex. temperament och personlighet), på familjenivå (t.ex. familjestruktur, våld i hemmet) eller i närsamhället (t.ex. socialt kapital, brister i skolmiljön) (Andershed & Andershed, 2005). Det är viktigt att så tidigt som möjligt fånga upp de barn och unga som är på väg in i, eller riskerar, ett negativt beteende och där man kan se att det finns riskfaktorer som bidrar till detta.

Motsatsen till riskfaktorer är skyddsfaktorer eller protektiva faktorer. En sådan faktor ökar sannolikheten för ett positivt utfall. Det betyder att sannolikheten till ett negativt hälsoutfall minskar när det finns skyddsfaktorer och ökar när dessa saknas (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Skyddsfaktorer kan fungera på olika sätt, men ett sätt är att förhindra att riskförhållanden utvecklas. Framtidstro och optimism kan vara en sådan skyddsfaktor. Exempel

på andra faktorer är social kompetens och nära relationer till andra (Andershed & Andershed 2005).

Ett annat begrepp som är nära kopplat till skyddsfaktorer är begreppet resilience. Med resilience menas den process som finns hos personer som mot alla odds trots allt klarar sig bra. Dessa personer är utsatta för riskfaktorer, men har skyddsfaktorer på ett personligt plan som gör att de klarar sig bra. I Sverige brukar vi kalla dessa personer för maskrosbarn (Andershed & Andershed, 2005; Luthar, Cicchetti & Becker 2000).

Studien kommer att arbeta med den taxonomi som Andershed & Andershed (2005) samt Statens folkhälsoinstitut (2013) använder i form av riskfaktorer och skyddsfaktorer. Vi kommer i det följande att definiera och skatta dessa begrepp. Begreppen hänger samman med begreppen socialt kapital och framtidstro, men för att skatta risk- och skyddsfaktorer kommer vi även att använda andra variabler.

Metod och data

För att kunna skatta riskbeteenden kommer vi att använda två typer av variabler: 1) Respondentens personliga karaktäristik (t.ex. kön och ålder), 2) risk- och skyddsfaktorer (om respondenten bor med båda sina föräldrar, har en vän eller vuxna att tala med och framtidstro).

Data

MILSA-enkäten samlades in med hjälp av kontaktpersoner i kommunerna våren och sensommaren 2018 av Enkätfabriken.¹⁴ Till största del användes samma frågor som Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar 2016. Enkäten var översatt till arabiska, dari och pashto, men det gavs även möjlighet att besvara enkäten på svenska. Det var 44 procent av respondenterna som besvarade enkäten på arabiska, 34 procent på svenska, 21 procent på dari, men under två procent (fyra personer) som besvarade den på pashto. Som referensgrupp till MILSA-enkäten användes Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar 2016. I Folkhälsoenkäten finns en fråga: ”Var är du född?”. Denna uppgift har använts för att konstruera två grupper: Svenskfödda (inrikesfödda) och utrikesfödda. Bland de utrikesfödda finns både personer från norden, Europa och utanför Europa.

Personlig karaktäristik

För att kunna skatta riskbeteenden kommer vi även att använda respondenternas personliga karaktäristik. Tabell 4.1 visar hur dessa variabler fördelar sig mellan de tre grupperna.¹⁵ Variabeln sex (biologiskt kön) är dikotomiserad (pojkar/män=0, flickor/kvinnor=1), vilket betyder att

¹⁴ För en mer omfattande beskrivning av metod, urval och insamling av MILSA-enkäten kapitel 2.

¹⁵ En fullständig variabellista med variabelbeskrivningar finns i bilaga 1.

medelvärdet 0,507 visar att det i grupp 1 finns 50,7 procent kvinnor och 49,7 procent män ($1-0,507=0,497$). Som tabellen visar är andelen kvinnor lägre i grupperna 2 och 3. Åldern är satt till 14–20 år och åldrar över och under denna gräns har rensats ur. Tabell 4.2 visar att andelen respondenter i de högre och lägre åldrarna är relativt litet.

Tabell 4.1: Personlig karaktäristik och dess fördelning i de tre grupperna

		<i>sex</i>	<i>age</i>	<i>p_utb</i>	<i>m_utb</i>
Grupp1: Inrikesfödda	Medelvärde	0,507	16,090	0,479	0,598
	Antal	11 848	11 885	11 586	11 702
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0
Grupp2: Utrikesfödda	Medelvärde	0,491	16,376	0,473	0,511
	Antal	2 021	2 031	1 946	1 984
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0
Grupp3: MILSA	Medelvärde	0,479	17,066	0,327	0,298
	Antal	211	212	205	205
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0

Tabell 4.2: Åldersfördelning i de tre grupperna

<i>Hur gammal är du nu?</i>	<i>Inrikesfödda</i>	<i>Utrikesfödda</i>	<i>MILSA</i>	<i>Total</i>
14	60	12	4	76
Procentuell andel	0,5	0,59	1,89	0,54
15	5 463	764	23	6 250
Procentuell andel	45,97	37,62	10,85	44,24
16	874	369	39	1 282
Procentuell andel	7,35	18,17	18,4	9,07
17	4 470	456	65	4 991
Procentuell andel	37,61	22,45	30,66	35,33
18	895	257	55	1 207
Procentuell andel	7,53	12,65	25,94	8,54
19	101	111	22	234
Procentuell andel	0,85	5,47	10,38	1,66
20	22	62	4	88
Procentuell andel	0,19	3,05	1,89	0,62
Totalt	11 885	2 031	212	14 128
Procentuell andel	100,0	100,0	100,0	100,0

När det gäller föräldrarnas utbildning har mammorna, vad gäller inrikesfödda, högre utbildning än papporna. Skillnaden är mindre när det gäller de utrikesfödda, medan vad gäller MILSA-ungdomarna har papporna högre utbildningsnivå än mammorna. Föräldrarnas utbildningsnivå är generellt betydligt lägre när det gäller MILSA-ungdomarna än vad gäller framförallt inrikesfödda, men även utrikesfödda.

Metod

I det följande kommer sannolikheten för olika riskbeteenden att skattas. Dessa variabler har dikotomiserats (dvs. antingen har informanten ett riskbeteende eller inte) och därför kan en logistisk modell med oddskvoter användas. Oddskvoterna talar om det ökade oddset (värden >1) eller minskade oddset (värden <1) för riskbeteendet för respektive förklaringsvariabel. Variablerna kommer dock först att redovisa deskriptivt.

Resultat

Deskriptiv redogörelse: Riskbeteenden

Ett riskbeteende är alltså ett beteende som kan anses leda till sämre hälsa. De riskbeteenden som skattas här är: Rökning (cigaretter), alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, matvanor och motion.¹⁶ Som variabellistan i bilaga 1 visar är samtliga riskbeteendevariabler dikotomiserade. Det betyder att de kan anta värdena *inget riskbeteende* eller *riskbeteende*. Att röka, dricka alkohol, använda narkotika, inte äta frukost, inte äta lunch, inte äta kvällsmat och inte motionera är riskbeteenden. Detta är givetvis en förenkling av verkligheten, men det underlättar förståelsen. Dessutom leder inte en mer finmaskig indelning till skillnader i resultatet.

¹⁶ För en tydligare specifikation av variablerna, se bilaga 1.

Tabell 4.3: Riskbeteenden

Inrikesfödda								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,175	0,367	0,206	0,095	0,754	0,892	0,932	0,790
N	11 414	11 467	6 192	11 327	11 543	11 484	11 482	11 679
Utrikesfödda								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,165	0,219	0,134	0,099	0,644	0,892	0,836	0,733
N	1 855	1 851	1 041	1 801	1 864	1 845	1 842	1 923
MILSA								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,191	0,058	0,015	0,053	0,631	0,873	0,731	0,686
N	209	208	66	207	203	204	201	210
Pearson chi2	1,5665	230,2229	42,8294	4,53	112,5885	0,8294	279,3041	42,4999
Pr	0,457	0,000	0,000	0,104	0,000	0,661	0,000	0,000

Som Tabell 4.3 visar finns det skillnader mellan grupperna vad gäller vissa riskbeteenden, men inte vad gäller andra. När det gäller rökning, så röker mellan 17,5 procent och 19 procent av ungdomarna och det finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Däremot finns det stora skillnader när det gäller alkohol. Bland de inrikesfödda uppger 37 procent att de druckit alkohol mer än 5 gånger det senaste 12 månaderna. Motsvarande andel för de utrikesfödda är 22 procent och för MILSA-ungdomarna endast 6 procent. När det gäller ungdomar under 17 år (dvs. 14–16 år) är det 21 procent av de inrikesfödda, men endast 1,5 procent (motsvarande en respondent) av MILSA-ungdomarna som svarat att de druckit alkohol mer än 5 gånger de senaste 12 månaderna. Pearsons chi2-test visar således att det finns signifikanta skillnader mellan grupperna. När det gäller narkotika säger visserligen färre av MILSA-ungdomarna att de provat narkotika, men Pearsons chi2-test visar inte på någon signifikant skillnad mellan de tre grupperna. Däremot finns det en svag signifikant skillnad mellan MILSA-ungdomarna och de andra två grupperna då dessa slås ihop till en grupp (Pr = 0,038).

Vad gäller matvanor visar Tabell 4.3 att en lägre andel utrikesfödda och MILSA-ungdomar äter frukost än inrikesfödda. När det gäller lunch finns det inga signifikanta skillnader, men när det gäller kvällsmat äter 93 procent av de inrikesfödda kvällsmat, men endast 73 procent av MILSA-ungdomarna. För de utrikesfödda är andelen 83 procent. Skillnaden är signifikant säkerställd. Samma tendens som med kvällsmaten finns när det gäller motion. Högst andel som motionerar finns bland de inrikesfödda, därefter kommer de utrikesfödda och lägst andel finns bland MILSA-ungdomarna.

Deskriptiv redogörelse: Risk- och skyddsfaktorer

Risk- och skyddsfaktorer är de faktorer som bidrar till, respektive skyddar från, ett riskbeteende. Givetvis är det inte givet att en person ska uppvisa riskbeteenden om riskfaktorer finns, utan dessa faktorer ger en ökad sannolikhet. I nästa avsnitt skattas dessa sannolikheter.

Ett antal risk- och skyddsfaktorer har bestämts utifrån tillgång till variabler. Tabellerna 4a-4f presenterar dessa sex risk- och skyddsfaktorer fördelade på de tre grupper som jämförs.

Tabell 4.4a: Risk- och skyddsfaktorer: Hur bor du? Med båda föräldrarna, med en förälder, själv/utan föräldrar.

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
Båda föräldrarna	7 764	1 231	115	9 110
	65,51%	61,09%	54,50%	64,72%
En förälder	3 919	645	37	4 601
	33,07%	32,01%	17,54%	32,68%
Utan föräldrar	168	139	59	366
	1,42%	6,90%	27,96%	2,60%
Totalt	11 851	2 015	211	14 077
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(4) = 753,2079$

Pr = 0,000

Tabell 4.4b: Risk- och skyddsfaktorer: Trångboddhet, rum per person.

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
<0,5 rum/pers	289	265	93	647
	2,43%	13,05%	43,87%	4,58%
0,5-1 rum/pers	3 203	1 093	90	4 386
	26,95%	53,82%	42,45%	31,04%
>1 rum/pers	8 393	673	29	9 095
	70,62%	33,14%	13,68%	64,38%
Totalt	11 885	2 031	212	14 128
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(4) = 2,0e+03$

Pr = 0,000

Tabell 4.4c: Risk- och skyddsfaktorer: Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allting?

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
Har inga nära vänner	702	245	77	1 024
	5,96%	12,27%	36,67%	7,32%
Har en nära vän	2 151	470	65	2 686
	18,27%	23,55%	30,95%	19,21%
Har två nära vänner	2 503	451	27	2 981
	21,26%	22,60%	12,86%	21,32%
Har flera nära vänner	6 419	830	41	7 290
	54,51%	41,58%	19,52%	52,14%
Totalt	11 775	1 996	210	13 981
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(6) = 490,3737$ Pr = 0,000

Tabell 4.4d: Risk- och skyddsfaktorer: Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till: Föräldrar, lärare, personal inom elevhälsan etc.

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
Ingen att prata med	1 091	232	31	1 354
	10,22%	13,91%	18,02%	10,82%
Någon att prata med	9 582	1 436	141	11 159
	89,78%	86,09%	81,98%	89,18%
Total	10 673	1 668	172	12 513
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(2) = 29,6949$ Pr = 0,000

Tabell 4.4e: Risk- och skyddsfaktorer: Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening?

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
Nej	4 471	919	150	5 540
	39,20%	49,86%	73,53%	41,18%
Ja	6 935	924	54	7 913
	60,80%	50,14%	26,47%	58,82%
Totalt	11 406	1 843	204	13 453
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(2) = 164,0046$ Pr = 0,000

Tabell 4.4f: Risk- och skyddsfaktorer: Hur ser du på framtiden för din personliga del?

	Inrikesfödda	Utrikesfödda	MILSA	Totalt
Mycket ljus eller ganska ljus	8 444	1 26	151	9 855
	77,22%	75,18%	74,02%	76,90%
Varken eller	1 979	329	42	2 350
	18,10%	19,63%	20,59%	18,34%
Ganska mörkt eller mycket mörkt	512	87	11	610
	4,68%	5,19%	5,39%	4,76%
Total	10 935	1 676	204	12 815
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(4) = 4,4082$

Pr = 0,354

Tabell 4.4a visar huruvida respondenterna bor med båda sina föräldrar, en av föräldrarna (olika alternativ fanns här: lika mycket med båda, mer med en eller uteslutande med en), eller utan föräldrar (själv eller på HVB-hem eller liknande). Bland MILSA-ungdomarna bor en stor andel utan föräldrar. Denna grupp är marginell bland de inrikesfödda.

När det gäller trångboddhet visar Tabell 4.4b att en hög andel av MILSA-ungdomarna bor på 0,5 rum per person eller mindre. Denna andel är försvinnande liten bland de inrikesfödda, men något högre bland de utrikesfödda.

Även när det gäller nära vänner eller vuxna att prata med skiljer MILSA-ungdomarna ut sig. På frågan om de har någon nära vän att prata med (Tabell 4.4c) svarar mer än en tredjedel att de inte har några nära vänner. Motsvarande andel bland de inrikesfödda är knappt 6 procent.

I enkäten ställdes en fråga "Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till: Föräldrar eller de vuxna du bor hos, lärare, personal inom elevhälsan på skolan, t ex skolsköterskan/kuratoren, annan vuxen i skolan, annan vuxen utanför skolan, kamrater, syskon (om du har några)". Respondenten kunde välja mellan alternativen: "Mycket svårt", "ganska svårt", "varken eller", "mycket lätt" eller "ganska lätt". Svaren har dikotomiserats till: "mycket svårt", "ganska svårt" och "varken eller" (en grupp), samt "mycket lätt" och "ganska lätt" (andra gruppen). De som tycker att samtliga uppräknade personerna att vända sig till är "mycket svårt", "ganska svårt" och "varken eller", den gruppen kallar vi "Ingen att prata med". Bland MILSA-ungdomarna var denna grupp 18 procent, bland de inrikesfödda var denna grupp 10 procent (se Tabell 4.4d).

Tabell 4.4e visar huruvida respondenterna varit med i någon förening de senaste 12 månaderna eller ej. Även här finns en stor skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomarna. Bland de inrikesfödda hade över 60 procent varit medlem i någon förening. Motsvarande siffra för MILSA-ungdomarna var 26 procent och för de utrikesfödda 50 procent.

Det är endast när det gäller synen på framtiden (Tabell 4.4f) som de tre grupperna inte skiljer sig åt. En stor andel både av de inrikesfödda (77

procent), utrikesfödda (75 procent) och MILSA-ungdomarna (74 procent) ser framtiden som mycket ljus eller ganska ljus.

Sammanfattningsvis kan sägas att MILSA-ungdomarna, men även delvis de utrikesfödda har sämre förutsättningar på samtliga faktorer utom framtidstro. När det gäller framtidstro finns det ingen signifikant skillnad mellan de tre grupperna.

Skattad modell

Som tidigare beskrivits skattas i det följande en modell för att beräkna vilken betydelse de olika risk- och skyddsfaktorerna har på riskbeteenden. Den modell som ska skattas har följande utseende:

$$\text{Riskbeteende}_i = f(\text{Personlig karaktäristik}_i, \text{riskfaktorer}_i, \text{skyddsfaktorer}_i)$$

Fördelen med att skatta en modell på det här sättet är att de olika variablerna skattas simultant. Det betyder att vi kan få reda på den ökade eller minskade sannolikheten att MILSA-ungdomarna har ett riskbeteende *givet* alla de andra faktorerna.

Som tidigare beskrivits används en logistisk modell med oddskvoter där beroende variabeln antagit ett dikotomiserat värde (dvs. variabeln kan anta antingen 0 eller 1). En "etta" innebär i samtliga fall att respondenten har beteendet (röker, dricker alkohol, använder narkotika, äter frukost, äter lunch, äter kvällsmat, motionerar). Beteendet kan, som synes, antingen vara "negativt" eller "positivt". Tabell 5 visar resultat för de fyra beteenden där *förekomst* av beteendet är ett riskbeteende. Tabell 6 visar resultat där *avsaknad* av beteendet är ett riskbeteende. Tabellerna visar oddskvoterna och de visar dem i relation till ett referensvärde. I de dikotomiserade värdena (t.ex. för könsvariabeln "sex") jämförs "ettorna" utifrån "nollorna". Exempelvis kan resultaten då tolkas som att kvinnor har 37,6 procent lägre sannolikhet att använda narkotika än män.

De skattade resultaten i Tabell 4.5 visar att ålder ökar sannolikheten för alla de fyra riskbeteendena. Som tabellen visar vad gäller alkohol, ökar sannolikheten att tillhöra riskgruppen med åldern. När det gäller alkohol och de tre grupperna inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA har MILSA-ungdomarna en 87 procent lägre sannolikhet att tillhöra riskgruppen, utrikesfödda har ca 40 procent lägre sannolikhet. Tabell 4.5 visar även att föräldrarnas utbildning inte signifikant samvarierar med sannolikheten att ha ett riskbeteende.

Tabell 4.5: Skattad modell med oddskvoter. Riskbeteende vid aktivitet.

Riskbeteende	smoke	alk	ung_alk	nark
<i>Pers karaktäristik</i>				
sex	1,057	1,116*	1,117	0,624***
age	1,470***	1,921***	1,572***	1,469***
2.grupp	0,800*	0,558***	0,734**	0,922
3.grupp	0,851	0,130***	0,097*	0,299**
p_utb	0,874*	0,889*	0,864	1,039
m_utb	0,9687	1,114*	1,018	1,038
<i>riskfaktorer</i>				
2.bor_hos	1,740***	1,471***	1,618***	1,864***
3.bor_hos	2,110***	1,117	1,351	2,684***
2.rum_pers	1,008	2,062***	2,412**	1,020
3.rum_pers	1,163	3,607***	3,499***	1,177
<i>skyddsfaktorer</i>				
2.vän	1,405*	1,261*	0,978	1,430*
3.vän	1,986***	1,900***	1,566**	1,832***
4.vän	2,040***	2,524***	1,906***	1,650**
prata_dik	0,748***	1,040	0,978	0,729**
för	0,674***	1,023	0,841*	0,782***
2.framtid	1,488***	1,377***	1,581***	1,632***
3.framtid	2,284***	1,702***	2,083***	2,906***
constant	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
PseudoR2	0,072	0,131	0,045	0,078
Numb_of_obs	10748	10784	5807	10762

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

När det gäller risk- och skyddsfaktorer finns ett blandat resultat. Ungdomar som bor med ensamstående föräldrar har större sannolikhet att hamna i ett riskbeteende än ungdomar som bor med båda sina föräldrar. Ungdomar som bor utan någon av sina föräldrar har större sannolikhet att röka och nästa 3 gånger större sannolikhet att prova narkotika än ungdomar som bor med båda föräldrarna. Däremot finns ingen signifikant skillnad mellan ungdomar som bor själv och ungdomar som bor med båda sina föräldrar när det gäller alkoholanvändning.

När det gäller trångboddhet framkommer vid en första anblick lite märkliga resultat. Ungdomar som bor större har större sannolikhet att använda alkohol än ungdomar som bor trångt. Det finns dock inga signifikanta skillnader när det gäller rökning och narkotika.

Även skyddsfaktorn ”vän” ger till synes märkliga resultat. Det visar sig att de som har många vänner har större sannolikhet att både röka, använda alkohol och använda narkotika, än de som säger att de inte har någon vän.

Däremot gäller delvis det omvända för att prata med någon vuxen. Den som har någon vuxen att prata med när problem uppkommer har lägre sannolikhet att röka och använda narkotika. För alkohol finns ingen signifikant skillnad. Även föreningsliv minskar sannolikheten att röka och använda narkotika. Framtidstro är en faktor som har stor betydelse för samtliga riskbeteenden. De som säger sig ha en mörk syn på framtiden har tre gånger högre sannolikhet att använda narkotika än de som har en ljus syn på framtiden.

Tabell 4.6 visar riskbeteenden vid avsaknad av undersökt aktivitet. Det gäller matvanor, som att inte äta frukost, lunch eller kvällsmat, eller att inte motionera.

Tabell 4.6: Skattad modell med oddskvoter. Riskbeteende vid avsaknad av aktivitet.

Riskbeteende	frukost	lunch	kvällsmat	motion
<i>Pers karaktäristik</i>				
Sex	0,798***	0,723***	0,699***	0,783***
Age	0,920***	1,025	0,951	0,936**
2.grupp	0,801**	1,243*	0,504***	0,937
3.grupp	0,844	1,246	0,361***	1,325
p_utb	1,285***	1,213*	1,048	1,218**
m_utb	1,284***	1,283***	1,226*	1,188**
<i>riskfaktorer</i>				
2.bor_hos	0,648***	0,665***	0,813**	0,740***
3.bor_hos	0,862	0,487***	0,767	1,105
2.rum_pers	1,315*	0,906	1,875***	1,084
3.rum_pers	1,800***	0,947	2,434***	1,324*
<i>skyddsfaktorer</i>				
2.vän	1,056	1,051	1,06	1,124
3.vän	1,115	1,072	1,28	1,423***
4.vän	1,056	1,374*	1,333*	1,661***
prata_dik	1,457***	1,322**	1,434***	1,184*
För	1,441***	1,515***	1,208*	4,874***
2.framtid	0,608***	0,605***	0,682***	0,602***
3.framtid	0,410***	0,322***	0,564***	0,487***
constant	4,869***	4,403**	10,106***	3,089**
PseudoR2	0,065	0,06	0,062	0,148
Numb_of_obs	10 834	10 794	10 791	10 827

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Till skillnad från de tidigare beteendena rökning, alkohol och narkotika, finns det i dessa beteenden en tydlig könsaspekt. Kvinnor hoppar oftare över frukost, lunch och kvällsmat än män. De motionerar även mer sällan. När det gäller åldersvariabeln visar den att äldre ungdomar oftare hoppar över frukosten. Lunch och kvällsmat är däremot inte signifikant.

Som vi såg när vi tittade på riskfaktorerna isolerat (utan hänsyn till andra risk- och skyddsfaktorer) fanns det en signifikant skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar när det gällde frukosten. När nu hänsyn tas till andra faktorer försvinner delvis den signifikanta skillnaden mellan grupperna. MILSA-ungdomarna skiljer sig inte längre från de inrikesfödda när det gäller att äta frukost. Det beror på att andra variabler tar över. Det gäller föräldrarnas utbildning, där sannolikheten att äta frukost ökar med nästan 30 procent om föräldrarna har universitets- eller högskoleutbildning. Som vi såg tidigare är andelen högutbildade föräldrar högre bland inrikesfödda. Vidare ökar sannolikheten att äta frukost med 80 procent om respondenten bor rymligt och de inrikesfödda bor mer rymligt än MILSA-ungdomarna. Även faktorerna att ha en vuxen att prata med samt föreningsaktivitet ökar sannolikheten att äta frukost, i båda dessa faktorer vet vi att MILSA-ungdomarna har lägre värden. För att sammanfatta: Givet dessa faktorer där inrikesfödda har högre värden än MILSA-ungdomarna, finns det ingen skillnad i frukostätandet. De inrikesfödda ”ska” vara bättre på att äta frukost för de har helt enkelt bättre förutsättningar.

När det gäller lunch såg vi i den deskriptiva analysen att det inte fanns några skillnader mellan grupperna och det finns inte heller här. Riskfaktorerna går i lite olika riktningar. De som bor själv eller med en förälder är sämre på att äta lunch. De som är med i en förening är bättre på att äta lunch.

När det gäller kvällsmat kvarstår den signifikanta skillnad mellan grupperna som vi såg i den deskriptiva analysen. Utrikesfödda och MILSA-ungdomarna äter mer sällan kvällsmat än de inrikesfödda, och denna skillnad är signifikant. Föräldrarnas utbildning har ingen signifikant betydelse, men däremot är trångboddhet en viktig faktor. De som bor rymligt (ett rum per person eller mer) äter oftare kvällsmat än de som bor trångt och de som har någon som de känner förtroende att prata med om problem äter oftare kvällsmat.

Även när det gäller motion försvinner de skillnader som tidigare observerats mellan de tre grupperna inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar. Det kan bero på att de faktorer som kan förklara motion, är mer frekventa bland de inrikesfödda. Som vi såg tidigare motionerar inrikesfödda mer än utrikesfödda och MILSA-ungdomar. De faktorer som samvarierar med sannolikheten att motionera är vänner och föreningsaktivitet och för båda dessa faktorer finns en signifikant skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar. Risk- och skyddsfaktorerna ”balanserar ut” de skillnader mellan grupperna som först kunde observeras.

En mörk syn på framtiden slår igenom på alla riskbeteenden. De ungdomar med en mörk syn på framtiden har en ökad sannolikhet med 60 procent att

hoppa över frukosten, knappt 70 procent att hoppa över lunch och ca 44 procent att hoppa över kvällsmaten jämfört med de som har en ljus syn på framtiden. Sannolikheten att de inte motionerar är drygt 50 procent jämfört med de som har en ljus syn på framtiden. Även de som säger sig ha ”varken eller” har en högre sannolikhet att slarva med maten eller vara inaktiva jämfört med de som har en ljus syn på framtiden.

Slutsatser och diskussion

Fyra forskningsfrågor ställdes inledningsvis:

- Vilka risk- och skyddsfaktorer samvarierar med riskbeteendena rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas riskbeteende mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas risk- och skyddsfaktorer mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt samvarierar framtidstro med riskbeteende?

Ålder är generellt en faktor som ökar sannolikheten att röka, använda alkohol och använda narkotika, och att hoppa över frukosten och motionen. Ålder kan sägas vara en personlig karaktäristik som är en riskfaktor. Kön har betydelse när det gäller narkotikaanvändning, matvanor och motion – kvinnor har större sannolikhet att slarva med måltiderna än män och att inte motionera, men lägre sannolikhet att använda narkotika. Föräldrarnas utbildning samvarierar inte med sannolikheten att röka, använda alkohol och narkotika, men däremot att äta frukost och delvis att äta lunch och att motionera. Generellt kan alltså sägas att föräldrarnas utbildning har en ganska begränsad betydelse.

Riskfaktorerna att bo själv eller med ensam förälder har generellt sett en stor betydelse. De som bor med ensam förälder har ökad sannolikhet till samtliga riskbeteenden. Att bo själv ger endast signifikanta resultat på vissa riskbeteenden, kan möjligen bero på att det är relativt få respondenter som bor själv. För de riskbeteenden där det finns signifikanta resultat, är resultaten förväntade. Att bo själv samvarierar med (vissa) riskbeteenden. Riskfaktorn ”trångboddhet” ger lite blandade resultat. De som bor rymligt har större sannolikhet att använda alkohol, men även att äta frukost och kvällsmat.

Bland de faktorer som tillsammans kan kallas ”skyddsfaktorer” finns en del blandade resultat vad gäller att ha många vänner. Bland de med många vänner är sannolikheten högre att röka, dricka och använda narkotika, men sannolikheten är även högre att motionera. När det gäller skyddsfaktorn att ha någon att prata med när problem uppkommer finns ett förväntat resultat vad gäller rökning. De som har någon att prata med har lägre sannolikhet att röka och det finns en svag signifikans för lägre sannolikhet att använda narkotika.

Det finns även ökad sannolikhet att äta frukost, lunch och middag. Föreningsaktiva har förväntade resultat på rökning, narkotika, matvanor och motion, då föreningsaktivitet minskar sannolikheten för riskbeteende.

Det som är allra mest genomgående är att en mörk syn på framtiden slår igenom på alla riskbeteenden. De ungdomar med en mörk syn på framtiden har en signifikant sannolikhet att röka, använda alkohol, använda narkotika, slarva med alla måltider, samt att inte motionera, jämfört med de som har en ljus syn på framtiden.

Det finns två stora skillnader i riskbeteende mellan nyanlända och (framförallt) inrikesfödda: nyanlända har lägre sannolikhet att dricka alkohol, men högre sannolikhet att slarva med maten och att inte motionera. Dock, när hänsyn tas till riskfaktorerna finns det inga signifikanta skillnader mellan inrikesfödda och nyanlända. Riskfaktorerna balanserar ut denna skillnad.

Generellt när man tittar på risk- och skyddsfaktorerna så har de nyanlända sämre utgångspunkter: de bor oftare själv, de bor trängre, de har färre vänner, de svarar oftare att de inte har någon att prata med om de får problem, de är i lägre utsträckning med i någon förening. Den enda risk- och skyddsfaktor där det inte skiljer mellan nyanlända och inrikesfödda gäller framtidstro. Där finns det ingen signifikant skillnad.

Bilaga 4.1

Variabellista

VARIABEL	TYP	BESKRIVNING
Personlig karaktäristik		
sex		Biologiskt kön 0=män 1=kvinnor
age	diskret	14-20 år
grupp (ursprung)	kategori	1=inrikesfödda (FH) 2=utrikesfödda (FH) 3=MILSA
p_utb	Dummy	Har din pappa universitets- eller högskoleutbildning? 0=nej, vet ej 1=ja
m_utb	Dummy	Har din mamma universitets- eller högskoleutbildning? 0=nej, vet ej 1=ja
Riskfaktorer och skyddsfaktorer		
bor_hos		Hur bor du? Hos båda föräldrarna=1 Hos en eller lika hos båda=2 Hos ingen av föräldrarna=3
rum_pers		Antal rum per pers <0,5 rum/pers = 1 0,5-1 rum/pers = 2 >1 rum/pers = 3
vän	Kategori	Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allt? 1=Har inga nära vänner 2=Har en nära vän 3=Har två nära vänner 4=Har flera nära vänner
prata	Kategori	Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till ... - Föräldrar eller de vuxna du bor hos - Lärare - Personal inom elevhälsan på skolan, t ex skolsköterskan/kuratoren - Annan vuxen i skolan - Annan vuxen utanför skolan - Kamrater - Syskon (om du har några) 0=Mycket svårt, ganska svårt, varken eller 1=Mycket lätt, ganska lätt 0=ingen att prata med 1=1 att prata med etc.

prata_dik	dummy	0=ingen att prata med 1=någon eller flera att prata med
för		Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation? 1 = Ja 0 = Nej
framtid		Hur ser du på framtiden för din personliga del? 1=mycket ljus, ganska ljus 2=varken eller 3=ganska mörkt, mycket mörkt
Riskbeteende		
smoke		Röker du cigaretter? 0=Nej, jag har aldrig rökt; Nej, men jag har provat; Nej, jag har rökt men slutat 1=Ja, varje dag; Ja, nästan varje dag; Ja, när jag är på fest; Ja, ibland
alk		Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit alkohol? 0 = Nej, 1 gång, 2-4 gånger 1 = 5-10 gånger, mer än 10 gånger
ung_alk		Ung: <17 Alkoholintag 0 = Nej, 1 gång, 2-4 gånger 1 = 5-10 gånger, mer än 10 gånger
nark		Har du någon gång använt narkotika? Nej=0 Ja=1
frukost		Hur ofta äter frukost under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
lunch		Hur ofta äter lagad lunch under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
kvällsmat		Hur ofta äter lagad mat på kvällen under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
motion		Brukar du idrotta eller röra på dig på din fritid så att du blir andfådd eller svettig? 0=Nej (Sällan eller aldrig) 1=Ja (varje dag, 4-6 dagar i veckan, 1-3 dagar i veckan)

5. Policyimplikationer

Resultatet i studien visar att nyanlända barn och ungdomar inte bara har sämre hälsa än svenskfödda barn och ungdomar, utan framförallt har de nyanlända betydligt sämre förutsättningar. Det handlar inte endast om det kanske mest uppenbara – att ett liv på flykt i sig självt kan innebära oro och osäkerhet – utan att det finns ett flertal andra riskfaktorer som har betydelse. Vi har i denna studie berört några av dessa, - avsaknad av socialt kapital, trångboddhet, att inte ha något vuxen att anförtro sig till och att inte bo med båda föräldrarna.

De policyrekommendationer som vi anser att vi kan ge grundar sig på våra erfarenheter från arbetet med MILSA 2.3 och våra resultat från studien. De kan sorteras i tre olika områden: (1) Metodutveckling för fortsatta studier av nyanlända barn och ungdomar, (2) utveckling av nyanlända barn och ungdomars sociala kapital, (3) minskning av nyanlända barns och ungdomars riskfaktorer.

Metodutveckling för fortsatta studier av nyanlända barn och ungdomar

Som vi beskrivit i rapporten finns det flera utmaningar då en population ska undersökas som är svår att fånga i register. Under asylprövningsperioden är ungdomar berättigade till att ta del av det svenska utbildningssystemet, men är inte inkluderade i befolkningsregistret. En annan utmaning är att deras villighet till att delta i undersökningar, inte minst i undersökningar som baseras på hemskickade pappersenkäter, är begränsad. Med detta i åtanke valde vi bort hemskickade enkäter och fokuserade istället på digitala enkäter i via skolan. Detta tillvägagångssätt har visat sig vara väldigt framgångsrikt i den senaste regionala folkhälsoundersökningen till ungdomar i Skåne (Region Skåne 2016).

Det visade sig dock finnas flera utmaningar i insamlingsmetoden. En utmaning var att några kommuner inte ville eller hade möjlighet att delta. Detta ledde till en begränsad möjlighet till att nå ut till alla tentativa respondenter. För att kunna genomföra en undersökning av detta slag måste tid frigöras för alla involverade projektmedarbetare. Det bör dock tilläggas att det har funnits många kommunalt anställda som förstått syftet och nyttan med denna undersökning och trots tidsbrist genomfört undersökningen i sina skolor.

En annan utmaning har varit att det funnits respondenter med bristande skriv- och läskunskaper i sina modersmål. Detta har lett till att de inte kunnat besvara enkäten på sitt eget språk utan använde det svenska versionen.

För framtida undersökningar av gruppen nyanlända barn och ungdomar bör följande övervägas:

- De kommunalt anställda kontaktpersonerna måste finansieras och tid måste frigöras för att de ska kunna engagera sig. Kommunerna måste förstå nödvändigheten med den här typen av undersökningar. Vidare måste ett projekt som ska genomföra en insamling av detta slag lägga betydligt mer tid och resurser på själva insamlingen, kontakt med kontaktpersoner, uppföljning etc.
- En annan möjlighet är att i samband med Region Skånes folkhälsoundersökningen dela ut enkäter på andra språk än svenska (t.ex. engelska, arabiska, dari, pashto och somaliska) och på så sätt integrera undersökningen med en undersökning som är väl förankrad i utbildningssystemet och på alla skolor i Skåne. På detta vis hade alla nyanlända ungdomar kunnat bjudas in.
- Ytterligare en möjlighet är att enbart fokusera på ett antal gemensamma boenden och dela ut enkäter. Detta hade kunnat leda till en högre svarsfrekvens, men ett betydligt lägre antal individer att bjuda in till att delta. Dessutom hade ett sådant upplägg endast omfattat ensamkommande, vilka endast är 20 procent i vår undersökning. Däremot hade ett sådant upplägg möjliggjort för fokusgruppsdiskussioner samt kvalitativa undersökningar inte minst bland de som inte behärskar språken i dagsläget.

Främja föreningslivet och socialt kapital

Resultat visar en stor skillnad i socialt kapital mellan nyanlända och svenskfödda, men det finns även en skillnad (om än lägre) mellan nyanlända och utrikesfödda som varit längre tid i Sverige. Det kan tänkas att denna underrepresentation i socialt kapital får många negativa effekter: sämre hälsa, sämre möjligheter på arbets- och bostadsmarknad och sämre tillit till samhället och människor i allmänhet. Våra resultat från vår kvantitativa analys visar att när variablerna för socialt kapital förs in i en skattning av hälsan, försvinner hälsoskillnaderna mellan svenskfödda och nyanlända.

Det ligger ett stort arbete framöver att diskutera och undersöka vilka policyrekommendationer som bör framföras. Här måste föreningslivet och studieförbunden ges en naturlig roll. Det faktum att nyanlända ungdomar har ett lågt anknytande socialt kapital kan anses oroväckande. Ungdomstiden innebär ett uppbrott med familjen och nya relationer för alla ungdomar. Ungdomens formering av sitt sociala kapital är en viktig komponent och en konsekvens av ungdomens ökande behov av självständighet. För att stödja de nyanländas formering av sitt sociala kapital i sitt nya hemland bör dialog med föreningslivet och studieförbunden om en strategi för ett ökat deltagande bland nyanlända barn och ungdomar inledas snarast. Målsättningen bör vara att nyanlända barn och ungdomar ska ha samma föreningsaktivitet som svenskfödda.

Minska riskfaktorerna

Resultaten visar att nyanlända barn och ungdomar generellt har sämre förutsättningar, vilket med andra ord betyder att riskfaktorerna är mer omfattande. Exempelvis kan nämnas att riskfaktorerna att bo själv eller med ensam förälder har generellt sett en stor betydelse för risken att börja röka eller prova narkotika. När det gäller skyddsfaktorn att ha någon att prata med när problem uppkommer finns ett förväntat resultat vad gäller rökning. De som har någon att prata med har lägre sannolikhet att röka och det finns en svag signifikans för lägre sannolikhet att använda narkotika. Det finns även ökad sannolikhet att äta frukost, lunch och middag. Föreningsaktiva har lägre sannolikhet att röka, använda narkotika, bättre matvanor och motionerar mer. Föreningsaktivitet minskar således sannolikheten för riskbeteende. Generellt när man tittar på risk- och skyddsfaktorerna så har de nyanlända sämre utgångspunkter: de bor oftare själv, de bor trängre, de har färre vänner, de svarar oftare att de inte har någon att prata med om de får problem, de är i lägre utsträckning med i någon förening. Den enda risk- och skyddsfaktor där det inte skiljer mellan nyanlända och inrikesfödda gäller framtidstro. Där finns det ingen signifikant skillnad.

Detta betyder att det finns åtgärder att sätta in som skulle kunna öka de nyanländas hälsa, inte minst på sikt. Bättre boende, större socialt kapital, deltagande i ett socialt sammanhang, och generellt ett stöd att formera sitt sociala kapital och bygga vänskaper är några av de åtgärder som stat, kommun och inte minst civilsamhället kan kraftsamla runt.

Referenser

- Affenito, S. G. (2007). Breakfast: A Missed Opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), 565–569. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1016/j.jada.2007.01.011>
- Ajdukovic, M. & Ajdukovic, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse & Neglect*, 17, 843–854.
- Andershed, H. & Andershed, A. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen?* (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Andreasson, U. (2017). *Tillit – det nordiska guldet*, Nordiska ministerrådet, NMR Analys.
- Anjum, T.M., Nordqvist, C. & Timpka, T. (2012). The hopes of West African refugees during resettlement in northern Sweden; a 6 year prospective qualitative study of pathways and agency thoughts. *Conflict and Health* 6(1).
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243–258.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital, *Social Science & Medicine*, 52, 1501–1516.
- Cohen, A.K. (1955). Delinquent boys: the culture of the gang. *Glencoe, Ill.*
- Coleman, J.S. (1971). *Resources for social change: race in the United States*, New York: Wiley,
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of social theory*, Cambridge, Mass.: Harvard Univ, Press,
- Craigie, A.M., Lake, A.A., Kelly, S.A., Adamson, A.J. & Mathers, J.C. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*, 70(3), 266–284. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1016/j.maturitas.2011.08.005>
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktyglåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.
- Drukker, M., Buka, S. L., Kaplan, C., McKenzie, K., & Van Os, J. (2005). Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Social Science & Medicine*, 61(1), 185–198. [doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.041](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.041)
- Dube, S. R., Liu, J., Fan, A. Z., Meltzer, M. I., & Thompson, W. W. (2019). Assessment of age-related differences in smoking status and health-related quality of life (HRQoL): Findings from the 2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Community Psychology*, 47(1), 93–103. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1002/jcop.22101>
- Eklom-Bak, E., Eklom, Ö., Andersson, G., Wallin, P. & Eklom, B. (2018). Physical Education and Leisure-Time Physical Activity in Youth Are Both Important for Adulthood Activity, Physical Performance, and Health. *Journal of Physical Activity and Health*, 15, 661–670. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0083>

- Ellickson, P., Tucker, J., & Klein, D. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111(5), 949–955.
- Field, J. (2005). *Social capital and lifelong learning*, Bristol: Policy.
- Fridh, M., Grahn, M., Lindström, M., & Modén, B. (2016). *Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2016 - en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Region Skåne.
- Furuta, M., Ekuni, D., Takao, S., Suzuki, E., Morita, M., & Kawachi, I. (2012). Social capital and self-rated oral health among young people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(2), 97-104.
- Gilliver, S.C., Sundquist, J., Li, X. & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur J Public Health*. 24:72-79.
- Giordano, G.N., Ohlsson, H., & Lindström, M. (2011), Social capital and health—Purely a question of context? *Health & Place*, 17, 946–953,
- Herting, M.M. & Chu, X. (2017). Exercise, cognition, and the adolescent brain. *Birth Defects Research*. 109, 1672–1679.
- Hingson, R. W., Edwards, E. M., Heeren, T., & Rosenbloom, D. (2009). Age of Drinking Onset and Injuries, Motor Vehicle Crashes, and Physical Fights After Drinking and When Not Drinking, *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 33(5), 783–790. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1111/j.1530-0277.2009.00896.x>
- Hingson, R., Heeren, T. & Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(7), 739–746.
- Holland, J. (2007). Inventing adulthoods: Making the most of what you have. In Helve & Bynner (ed.) *Youth and Social Capital*. London: Tufnell Press.
- Holmberg, S, & Rothstein, B, (2015), Hög mellanmänsklig tillit i Sverige – men inte bland alla, i Bergström, A., Johansson, B., Oscarsson, H. & Oskarson, M. (red), *Fragment*, Göteborgs universitet: SOM-institutet,
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J., Giovino, G., Steger, C., & Cummings, K. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 363–369. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1080/14622200412331320761>
- Håkansson, P, & Hargreaves, S, (2004), *Trust in Transition – Generalised trust in Bosnia and Herzegovina*, Sarajevo: Balkans Analysis Group.
- Håkansson, P, & Nilsson, A, (2018). Getting a job when times are bad: recruitment practices in Sweden before, during and after the Great Recession, *Scandinavian Economic History Review*, DOI: <https://doi.org/10.1080/03585522.2018.1543729>
- Håkansson, P, & Sjöholm, F, (2007). Who Do You Trust? Ethnicity and Trust in Bosnia and Herzegovina, *Europe-Asia Studies*, 59(6), 961–976, doi:10.1080/09668130701489162
- Håkansson, P, (2015), Folkbildningen och det sociala kapitalet, *Educare*, 2015:1, 31–51,
- Håkansson, P. (2011). *Ungdomsarbetslösheten: om övergångsregimer, institutionell förändring och socialt kapital*. Diss. Lund: Lunds universitet.

- Håkansson, P.G. & Zdravković, S. (2019). *Kvantitativa studier bland nyanlända ungdomar och ensamkommande - Tillvägagångssätt och utmaningar*. MILSA Working Paper Series 2019:1
- Hällsten, M., Edling, C. & Rydgren, J. (2017). Social capital, friendship networks, and youth unemployment, *Social Science Research*, 61, 234–250,
- Islam, M., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review, *International Journal for Equity in Health*, 5:3 doi:10.1186/1475-9276-5-3
- Janssen, I. & LeBlanc, A.G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (1), 40.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Knack, S. & Keefer, P. (1997). Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-country Investigation, *The Quarterly Journal of Economics*, 112 (4), 1251–1288.
- Larsen, C.A. (2013). *The Rise and Fall of Social Cohesion: The Construction and Deconstruction of Social Trust in the US, UK, Sweden and Denmark*, Oxford: Oxford University Press.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, (3), 543.
- Mangrio, E., Carlson, E. & Zdravkovic, S. (2018). Recently arrived refugee families and the experience of having an introduction plan and being in the resettlement process in Sweden: a qualitative study. *European Journal of Public Health*, 28(1). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky048.092>.
- Mangrio, E. & Zdravkovic, S. (2018). Crowded living and its association with mental ill-health among newly arrived migrants in Sweden. *BMC Res Notes*. 24;11(1):609.
- Nannestad, P., Svendsen, G.T., Dinesen, P.T. & Sonderskov, K.M. (2014). Do Institutions or Culture Determine the Level of Social Trust? The Natural Experiment of Migration from Non-Western to Western Countries, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40 (4), 544–565,
- National Institute on Drug Abuse (2019). DrugFacts. www.drugabuse.gov.
- North, D.C. (1993). *Institutionerna, tillväxten och välståndet*, (1, uppl.) Stockholm: SNS.
- Oliver, V. & Cheff, R. (2014). The social network: Homeless young women, social capital, and the health implications of belonging outside the nuclear family. *Youth & Society*, 46(5), 642–662.
- Pedersen, T., Meilstrup, C., Holstein B.E. & Rasmussen, M. (2012). Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: cross-sectional study of 11-, 13-, and 15-year-olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (1), 9. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1186/1479-5868-9-9>
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work, Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, (sv, övers, (1996), Den

- fungerande demokratin: medborgarandans rötter i Italien, Stockholm: SNS förlag.)
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone, The Collapse and Revival of American Community*, New York: Touchstone, (sv, övers, (2001) Den ensamme bowlaren: den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse, Stockholm: SNS förlag),
- Region Skåne (2016). *Folkhälsoundersökning för barn och unga*. Region Skåne.
- Regoeczi, W.C. 2008. Crowding in context: an examination of the differential responses of men and women to high-density living environments. *J Health Soc Behav.* 49(3), 254–268.
- Rothstein, B. (1997). Sociala fällor och tillitens problem, I Holmberg, S, och Weibull, L, (red) *Ett missnöjt folk?* Göteborg: SOM-institutet,
- Rothstein, B, (2003). *Sociala fällor och tillitens problem*, Stockholm: SNS Förlag,
- Rämgård, M., Håkansson, P. & Björk, J. (2018). *Det sociala sammanhanget – skyddsfaktorer mot utanförskap*, Malmö: MAPIUS,
- Salman K.F. & Resick L.K. (2015). The description of health among Iraqi refugee women in the United States. *J Immigrant Minority Health.* 17, 1199–1205.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2006). Primary Health care Nurses' conceptions of involuntarily migrated families' health. *International Nursing Review* 53, 301-307.
- SCB (2019). Folkbokföringen – ett register i ständig förändring. https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Folkbokforingen---Ett-register-i-standig-forandring/. Hämtad 2019-02-06
- Sjöberg, A., Hallberg, L., Höglund, D. & Hulthén, L. (2003). Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study, *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 1569–1578.
- Smith, P.H., Homish, G.G., Leonard, K.E. & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236–245.
doi:<http://dx.doi.org.proxy.mau.se/10.1037/a0024855>
- Sobel, J. (2002). Can We Trust Social Capital, *Journal of Economic Literature*, 40 (1), 139–154,
- Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen
- Statens folkhälsoinstitut (2013). *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Stigendal, M. & Östergren, P-O. (red.) (2013). *Malmös väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö
- Stolle, D, (2001), Clubs and congregations: the benefit of joining organizations, i K.S. Cook (ed.), *Trust in Society*, New York: Russell Sage Foundation,
- Tomson, R. & Holland, J. (2004). *Youth values and transition to adulthood: an empirical investigation*, Families and Social Capital ESRC Research Group, Working Paper no. 4, London South Bank University.
- Tovatt, C. (2013). *Erkännandets Janusansikte: det sociala kapitalets betydelse i arbetslivskarriärer*, Stockholm: Santérus Academic Press,

- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *How Tobacco Smoke Causes Disease*. The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A report of the Surgeon General. Atlanta.
- Uslaner, E.M. (2002). *The moral foundation of trust*, New York: Cambridge University Press.
- Wallman Lundåsen, S. & Trädgårdh, L. (2015). *Civilsamhälle, social sammanhållning och tillit*, Rapport till Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm.
- Weller, S. (2007). Managing the move to secondary school: The significance of children's social capital. In Helve & Bynner (ed.) *Youth and Social Capital*. London: Tufnell Press
- Verhaeghe, P-P. & Tampubolon, G. (2012). Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England, *Social Science & Medicine*, 75, 349–357.
- Villalonga-Olivesa, E. & Kawachi, I. (2017). The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital, *Social Science & Medicine*, 194, 105–127,
- Williamson, O. (2000). New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, *Journal of Economic Literature*, 38, 595–613.
- Wolfgang, M.E. & Ferracuti, F. (1967). *The subculture of violence: towards an integrated theory in criminology*. London: Tavistock
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Hälsa och hälsorelaterade faktorer bland nyanlända barn och ungdomar

MILSA utgör en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform för en hälsofrämjande och effektiv arbetsmarknadsetablering i samarbete mellan forskning och praktik. Delprojektet MILSA 2.3 har undersökt vilken betydelse olika sociala bestämningsfaktorer har för nyanlända barn och ungdomars hälsa avseende socialt kapital, framtidstro och riskbeteende i Skåne. Målgruppen har varit nyanlända barn och ungdomar som går i motsvarande årskurs 9 i grundskolan och i årskurs 2 på gymnasiet och som talar dari, pashto eller arabiska.

Målgruppen har jämförts med resultaten från Region Skånes folkhälsoenkät. Resultaten visar att nyanlända barn och ungdomar visserligen har sämre självskattad hälsa, men framförallt har de betydligt sämre förutsättningar. De nyanlända har sämre socialt kapital, större trångboddhet, färre vuxna att anförtro sig till och bor mer sällan med båda föräldrarna. När det gäller riskbeteenden har de nyanlända sämre matvanor och motionerar mindre. Däremot använder de betydligt mindre alkohol. När det gäller rökning, narkotika och framtidstro finns inga skillnader mellan nyanlända ungdomar och folkhälsoenkätens urval.