

# Skillnad i upplevd hälsa hos utrikes- och inrikesfödda i Sverige

- En kvantitativ studie om hälsa utifrån  
socioekonomiska faktorer, socialt nätverk och  
familjeförhållanden

Isabelle Holmin von Saenger  
Marie-Suzanne Muzungu

**Sociologiska Institutionen**

**Kandidatuppsats i sociologi, 15 h.p.  
Vt 2016**

**Handledare: Alexander Miething**



**Stockholms  
universitet**

# Sammanfattning

Syftet med denna studie är att studera skillnader i upplevd hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till socioekonomiska aspekter, sociala nätverk och familjeförhållande. Data som används till att undersöka ställda hypoteser kommer från Levnadsnivåundersökningarna (LNU) för år 2010 som innefattar individer skrivna i Sverige mellan 18-75 år. För denna studie har urvalet begränsats till individer mellan 18-65 år som alla svarat på frågan om var de är födda (n=1724). Hypoteserna är utformade utifrån teori om socialt stöd och dess funktion för olika slags sociala nätverk. Därtill utgår vi från tidigare forskning om familjens betydelse för hälsa samt utrikesföddas specifika situations betydelse för hälsa. Data analyseras genom logistisk regressionsanalys. Resultatet av studien visar att det finns skillnader i upplevd hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda, men att förklaringarna till dålig upplevd hälsa ser olika ut i de olika grupperna. Vid jämförelse visar studien att socioekonomiska aspekter och sociala nätverk förklarar skillnader bland inrikesfödda i större utsträckning än för utrikesfödda, medan familjeförhållanden inte kan sägas förklara något alls i någon av grupperna. Däremot upptäcks en icke-signifikant tendens till sämre hälsa bland utrikesfödda ensamhushåll jämfört med inrikesfödda ensamhushåll som fortsatt forskning uppmuntras att undersöka vidare.

## Nyckelord

Skillnad i upplevd hälsa, utrikes- och inrikesfödd, socioekonomiska faktorer, sociala nätverk, familjeförhållanden, ensamhushåll

# Innehållsförteckning

1. INLEDNING .....	1
2. TEORI.....	3
<b>2.1 SOCIALT STÖD .....</b>	<b>3</b>
3. TIDIGARE FORSKNING.....	5
<b>3.1 FAMILJENS BETYDELSE FÖR HÄLSA .....</b>	<b>5</b>
<b>3.2 FAMILJENS BETYDELSE FÖR IMMIGRANTERS HÄLSA.....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 HYPOTESER.....</b>	<b>8</b>
4. DATAMATERIAL.....	9
<b>4.1 ETIK.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 VARIABLER OCH OPERATIONALISERING .....</b>	<b>10</b>
<b>4.2.1 Beroende variabeln .....</b>	<b>10</b>
<b>4.2.2 Oberoende variabler .....</b>	<b>10</b>
<b>4.3 ANALYSMETOD.....</b>	<b>12</b>
5. RESULTAT .....	14
<b>5.1 FREKVENSTABELL .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 LOGISTISKA REGRESSIONER .....</b>	<b>16</b>
6. ANALYS .....	19
7. DISKUSSION .....	21
<b>7.1 BEGRÄNSNINGAR .....</b>	<b>25</b>
<b>7.2 FRAMTIDA FORSKNING .....</b>	<b>25</b>
8. REFERENSER .....	26
<b>8.1 TRYCKTA KÄLLOR .....</b>	<b>26</b>
<b>8.2 ELEKTRONISKA REFERENSER.....</b>	<b>29</b>

# 1. Inledning

Hösten 2015 kom att handla mycket om flyktingfrågan då stora mängder människor sökte sig bort från oroshärdar i bland annat Syrien, Irak och Afghanistan för att söka skydd i Sverige och övriga Europa. I anslutning till detta föreslår regeringen till sommaren 2016 ett tillfälligt förändrat lagförslag som bland annat begränsar flyktingars möjligheter till familjeåterförening (Migrationsverket, 2016; Regeringen, 2016). Statistiska centralbyrån (2016) räknar med att Sveriges befolkning ökar med 1,5 procentenheter per år, mycket på grund av det ökade antalet utrikesfödda som kommer till Sverige. Dock är invandringsprognoser osäkra då det styrs av yttre händelser, men även av regler och politiska beslut fattade i Sverige och övriga Europa.

Med tanke på att andelen utrikesfödda stadigt ökar i Sverige blir frågan om skillnad i hälsa relevant att synliggöra då den i allt större utsträckning påverkar samhällets ekonomi och folkhälsa i stort (Karlsson och Tibajev, 2014). Tidigare forskning visar att det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda, en skillnad som ofta förklaras av socioekonomiska faktorer, migrationsorsaker och påverkan eller avsaknad av sociala nätverk (Hjern, 2012; Karlsson och Tibajev, 2014; Rostila, 2010). Däremot finns mycket lite forskning kring familjens påverkan på hälsa gällande specifikt utrikesfödda (Rostila, 2010). Viss kvalitativ forskning gjord på flyktingfamiljer visar att stöd från familj och vänner har ett positivt samband med hälsa under de första åren i ett nytt land (Hjern, 2012). Det har även gjorts studier där man kartlagt riskfaktorer som påverkar flyktingars hälsa i olika faser av migrationen. Där bekräftas att det framförallt är i den senare fasen, postmigrationsfasen, när flyktingar anlärt till det nya landet, som familjens roll visar sig vara viktig för hälsan (Kirmayer et al., 2011). När Sverige nu kommer att begränsa möjligheten för familjeåterförening anser vi det relevant att undersöka kopplingen familj och hälsa för utrikesfödda i Sverige. Även om denna studie visar sig ha begränsningar gällande sambandsförklaringar, kan den i bästa fall synliggöra ett relativt utforskat område som kan ha betydelse för den enskilde individen och samhället i stort.

Syftet med studien är att genom en explorativ ansats undersöka skillnader i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda. Detta görs genom att kontrollera för redan etablerade

förklaringsfaktorer såsom socioekonomiska aspekter och sociala nätverk, men framförallt genom att kontrollera för familjeförhållande. Data kommer från Levnadsnivåundersökningarna (LNU) för år 2010, som innefattar individer folkbokförda i Sverige mellan 18-75 år. LNU är en longitudinell studie som här hanteras som en tvärsnittsstudie, därmed finns inga anspråk på att dra några kausala slutsatser. Vid tvärsnittsstudier finns också risk för omvänd kausalitet, vilket innebär att den beroende variabeln kan påverka den oberoende variabeln och tvärtom. För denna studie har urvalet begränsats till individer mellan 18-65 år, eftersom individer över 65 år oftare kan uppleva sämre hälsa som en naturlig följd av ålder (Mirowsky och Ross, 2010). Urvalet består av individer som svarat på frågan om var de är födda då detta är en viktig aspekt för studien, därmed är urvalet totalt 1724 stycken. LNU's respondenter är alla svenska medborgare vilket gör att de utrikesfödda som medverkar redan har permanent uppehållstillstånd. Av den anledningen är det inte möjligt att påstå att upptäckta skillnader i denna studie även gäller för de utrikesfödda som idag ännu inte fått uppehållstillstånd i Sverige. Det är känt att LNU har ett begränsat andel utrikesfödda i sitt material (Karlsson och Tibajev, 2014). 2010 genomfördes en fristående undersökning av utrikesfödda och deras barns levnadsvillkor kallad LNU-UFB (Institutionen för Social forskning, 2016), som denna studie tyvärr inte fått tillgång till. Andelen utrikesfödda i LNU som denna studie intresserar sig för är 250 stycken, dvs. 14,5 % av det totala urvalet vilket medför en begränsning gällande tillförlitligheten i analysen. På grund av datans utformning och studiens begränsade tidsram kommer olika hälsoaspekter som berör barn i relation till familjesituation och/eller immigration inte att behandlas.

Studien inleds med ett teoriavsnitt där teoretiska ramverk behandlas samt tidigare forskning. Under avsnittet metod presenteras datamaterial och variabler samt hur centrala begrepp operationaliserats. Därefter kommer resultat och analys där regressionsanalyser presenteras och problematiserats utifrån ställda hypoteser. Slutligen följer en diskussion där slutsatser, begränsningar och fortsatt forskning lyfts fram.

## 2. Teori

Då studiens syfte är att förstå skillnad i upplevd hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda baserat på framförallt familjeförhållanden blir det relevant att finna teori som kan säga något om familjens påverkan på individen där hänsyn tas till den specifika situation som just utrikesfödda befinner sig i. Att leva i sitt eget land kontra att vara främmande i ett nytt land ger olika slags sociala kontexter för både individer och familjer att verka inom (Hjern, 2012; Rostila, 2010). Vid sökandet efter relevanta teorier konstateras att det finns en begränsad mängd skrivet om familjens generella betydelse för hälsa och inte minst dess specifika betydelse för utrikesföddas hälsa (Litman, 1974; Rostila, 2010). Därmed uppstår en brist på teoretiska ramverk för denna studies syfte att verka inom.

Studier om hälsa lyfter ofta fram det sociala kapitalets betydelse och påverkan (Karlsen och Nazroo, 2002; Kawachi et al., 1999). Begreppet socialt kapital är brett och definieras ofta olika. Enligt Robert Putnam (1993) innefattar det två aspekter; det strukturella och det kognitiva. Kortfattat handlar det strukturella om deltagandet i sociala nätverk medan det kognitiva handlar om vilka normer av ömsesidighet man är del i och vilken grad av tillit man har till andra människor och samhället i stort. Det har även argumenterats för att det ena är en förutsättning för det andra; utan tillit är det svårt att vara del av ett nätverk och utan nätverk finns inga förutsättningar för tillit. I relation till hälsoutfall kan man se att olika slags nätverk innehåller olika typer av resurser för individer som kan omvandlas till olika slags stöd och skyldigheter (Ferlander, 2007; Putnam, 1993).

### 2.1 Socialt stöd

Begreppet socialt stöd är centralt för att i någon mån tydliggöra nätverks påverkan på hälsa. Det sociala stödet har i tidigare forskning visat sig kunna förklara skillnad i hälsa som huvudsakligt utfall eller som medierande effekt (Kawachi et al., 1999; Ferlander, 2007; McLaughlin et al., 2015). En av de mest använda definitionerna av socialt stöd är den av Cobb (1976) innehållandes tre olika aspekter som alla har en påverkan på individen. Det handlar enligt honom om en slags information som; 1) får individen att uppleva sig vara omhändertagen och älskad, 2) får individen att känna sig uppskattad och värderad, 3) innebär att individen upplever sig vara del av ett kommunikativt nätverk med ömsesidiga

skyldigheter. Socialt stöd blir ett slags mått på upplevd visshet en individ kan ha i relation till att känna sig älskad och värderad samt i vilken mån hen kan räkna med andra för stöd om behov skulle uppstå. Han förtydligade vikten av att skilja mellan olika slags stöd där han menade att det instrumentella (rådgivande, assisterande), aktiva (fostrande) och materiella (tillhandahållande av varor och tjänster) stödet också var viktiga för individers hälsa, men att den stora skiljelinjen låg i att skilja på det uppfattade sociala stödet hos individen och det faktiskt mottagna stödet individen fick (Cobb, 1976).

Uppfattat socialt stöd har visat sig ha det mest signifikanta sambandet med mental hälsa och välmående. Man har även funnit att det faktiska mottagna stödets effekt på hälsa försvinner om inte det upplevda stödet finns (Turner och Brown, 2010). Det kan summeras genom House (1981) slutsats som säger att socialt stöd, hur mycket det än ges objektivt sätt, endast kan anses som effektivt när det uppfattas som stöd av den som mottar det. En vidare poäng att lyfta fram i anslutning till det uppfattade stödets betydelse för hälsa är följaktligen att “dolt” eller “hemlighållet” socialt stöd, i vilken form det än kan tänkas ta, med andra ord är betydelselöst. Konkret innebär det att om en individ inte får veta eller uppleva sig vara älskad, värderad eller ingå i ett kollektiv där man kan räkna med visst stöd, fast hen objektivt sett har tillgång till det, så har det heller ingen positiv effekt på hälsa.

När man fokuserar på bristen på stöd har det visat sig att uppfattat lågt socialt stöd är nära korrelerat med hög nivå av depression i både bred som smal bemärkelse, dvs. när definitionen av socialt stöd och depression varit vid, men även när variablerna varit konstant specifikt definierade (Henderson, 1992). Denna korrelation förstärks ytterligare när individen är utsatt för hög psykologisk stress i någon form. Upplevelsen av socialt stöd har också visat sig variera beroende av vilken plats i det sociala systemet individen befinner sig definierat utifrån aspekter såsom civilstånd, socioekonomisk klass och kön (Turner och Brown, 2010). Teorin om socialt stöd kan hjälpa studiens syfte genom att tillhandahålla ett slags ramverk genom vilken sociala nätverks (vänner och familj) olika funktioner kan förstås relaterade till upplevd hälsa.

## 3. Tidigare forskning

Signifikanta skillnader i hälsa har uppmäts baserat på demografiska variabler såsom kön och ålder. Man har funnit att kvinnor i större utsträckning än män riskerar ohälsa och framförallt uppger de sig ha sämre hälsa än män. Däremot löper män större risk för att dö tidigare än kvinnor (Kjellsson, 2014; Bartley, 2004). Skillnader i hälsa för kön är också starkt kopplat till socioekonomisk position som i sin tur involverar aspekter som familjeförhållanden, arbetsförhållanden och stress (Toivanen et al., 2012). Ålder däremot är snarare relaterat till var i livsrytmen man befinner sig och vilka olika typer av sociala stadier man är på väg in i, samt vilka roller dessa antas ha i ens liv. Exempelvis har man funnit att perioden från att man är ung vuxen till medelålders ofta är förknippad med förminskad risk för ohälsa medan man från medelålder och uppåt i åldrar sakta får ökad risk för ohälsa (Mirowsky och Ross, 2010). I syfte att förstå vilka slags resurser och stöd som aktiveras hos individen i relation till främst familjeförhållande är det relevant att lyfta fram tidigare forskning på området. Som redan nämnts är familjens betydelse för individers hälsa ett relativt begränsat forskningsområde och familjens betydelse för immigranternas hälsa finns det än mindre studier om (Litman, 1974; Rostila, 2010). Det relevanta för denna studie kommer att presenteras under två olika rubriker; Familjens betydelse för hälsa och Familjens betydelse för immigranternas hälsa.

### 3.1 Familjens betydelse för hälsa

Enligt teorin om socialt kapital utgör familjen en av flera delar i det sociala nätverk som individer tar del av (Putnam, 1993). Familjens närvaro eller frånvaro aktiverar eller lamslår specifika resurser och upplevelser av socialt stöd som i sig kan ha negativ eller positiv betydelse för hälsan (Ferlander, 2007). Detta rimmar väl med de slutsatser som Litman (1974) drog efter att ha gått igenom relevant forskning som säger att familjen utgör den kanske viktigaste sociala kontext vari sjukdom uppstår och löses upp. Följaktligen utgör familjen en primär enhet gällande hälsa och medicinsk omsorg. Interrelationen mellan familj och hälsa kan ha olika dramatiska effekter i båda ändar. Sättet på vilket en individ är sjuk och sättet på vilket familjen agerar på sjukdomen påverkar inte bara den sjuke individen utan även familjen som helhet. Faktorer som kan mediera denna påverkan kan vara roller inom familjen, tillgång



eller brist på emotionellt stöd inom familjen samt tillgång eller brist på ekonomisk stabilitet (Litman, 1974). Svagheten med Litmans genomgång kan sägas vara att fokus främst ligger på fysiska aspekter av hälsa, eftersom forskning på mental hälsa varit mer begränsad. Dock kan man konstatera att när en individ väl blir eller är sjuk, fungerar familjen (föräldrar, barn och syskon) som den i särklass viktigaste enheten vilket styrker tidigare teori om det sociala stödets betydelse när man är under psykisk press, vilket man kan säga att sjukdom också kan vara (Henderson, 1992; Turner och Brown, 2010). Det har också visat sig att det inte finns någon signifikant skillnad i relation till klass, vilket innebär att oavsett var på samhällsstegen man befinner sig så är den primära familjen det överlägset största sociala stödet (Sussman, 1959).

För att bekräfta och vidareutveckla tesen om den primära familjens betydelse har man funnit att familjen som kategori, och då framförallt föräldrar och vuxna barn, utmärker sig när det gäller upplevelsen av socialt stöd för individer. Kategorier som ställdes i motsats till närmaste familjen var avlägsen släkt, vänner, arbetskamrater och grannar (Wellman och Wortley, 1989). Det var i relation till den närmaste familjen man upplevde sig ha det mesta sociala stödet oavsett om det handlade om emotionellt stöd, finansiellt stöd eller olika typer av tjänster. Man fann dessutom ett negativt samband mellan kamratskap och familj som trots det visade sig ha betydelse för uppfattningen av det sociala stödet. Det innebar att även om en individ inte ansåg sig vara vän med sin familj räknade den ändå med familjen ifall det skulle uppstå någon form av kris. På samma sätt kunde man se att syskon inom framförallt "tjänsteområdet" fick en ställföreträdande funktion för föräldrar och vuxna barn ifall dessa inte fanns och i sista hand kom släktingar att få betydelse. Det blir med andra ord släktskapssystemet som utgör grunden för relationen, inte den "fria viljan" som vänner ofta är resultatet av (Wellman och Wortley, 1989).

Det sociala stöd som en familj tillhandahåller kan även variera i kvalitet, styrka och betydelse över en livscykel. Giftna upplever sig generellt ha bättre hälsa och är mer tillfreds med livet än ogiftna (Williams et al., 2010). Å andra sidan visar sig goda relationer med vänner ha ett starkt positivt samband med hälsa för unga vuxna (25-31 år) som är singlar eller fränskilda. När man gifter sig och/eller får barn har dock problematiska relationer med partners starkt negativt samband med hälsa (McLaughlin et al., 2015). Det betyder dels att relationer i ett nätverk är interrelaterade så till vida att dynamiken förändras i alla när den förändras i en, men också att de negativa hälsoaspekterna ofta är allvarligare för individen genom att bristen av det

uppfattade stödet får mer betydande konsekvenser för hälsan (Turner och Brown, 2010; House, 1981). Sammantaget kan man säga att oavsett vem man är eller var man befinner sig har den närmaste familjen en viktig roll för individens upplevda känsla av socialt stöd och därmed påverkan på hälsa.

## **3.2 Familjens betydelse för immigranternas hälsa**

Forskning visar att det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda i Sverige. Ofta refereras socialt kapital och socioekonomiska faktorer som förklarande orsaker till denna skillnad, då utrikesfödda är mer socialt sårbara när de kommer till ett nytt land (Karlsson och Tibajev, 2014). Denna utsatthet är definierad av bland annat högre arbetslöshet, arbeten med sämre fysiska och psykosociala arbetsmiljöer, trängre boendeförhållanden och högre grad av diskriminering än för inrikesfödda (Hjern, 2012). Detta i kombination med att inte kunna tala språket, inte förstå det nya landets koder och regler, samt bristande tillgång till nätverk bidrar till ett bristande socialt kapital och låg socioekonomisk position (Rostila, 2010). Människor som kommer hit som flyktingar har ofta levt under svår stress både i sitt hemland och under själva flykten. Vid ankomst till Sverige väntar ofta en lång asylprocess med stor ovisshet gällande den egna och familjens framtid (Socialstyrelsen, 2009). En ytterligare aspekt på stress kan vara upplevelsen av att det är svårt att ta sig in i samhället. Det har exempelvis visat sig ta åtminstone 10 år för en nyanländ att etablera sig och leva under mer eller mindre samma villkor som en svensk. Orsakerna till detta är många och går att diskutera, men upplevelsen av att inte kunna ta del av samhället har relevans för faktorer som exempelvis stress (Szulkin, 2012).

När man försökt ringa in olika riskfaktorer för immigranter har olika faser av migrationen definierats. Dessa är premigration (orsaker till att man tvingas/väljer att lämna sitt födelseland), migration (själva flykten eller resan bort från något, till något annat) och postmigration (från det att man kommer till landet där man söker asyl). Det är den senare fasen som intresserar denna studie eftersom det är dessa individer som kan komma att bli eller redan är svenska medborgare. De riskfaktorer kopplade till hälsa som lyfts fram i postmigrationsfasen rör aspekter som osäkerhet gällande uppehållstillstånd, sysselsättningsfrågor, förlorad status och kulturella komplikationer. Dessutom är förlust av socialt stöd från familj och andra nätverk förknippade med risk för ohälsa liksom oro kring familjemedlemmar som är kvar i annat land eller på flykt. Även oro gällande möjligheter för

återförening med familj anses vara en riskfaktor (Kirmayer et al., 2011). Att få sin situation som immigrant bekräftad genom delad erfarenhet är också betydelsefullt. Genom sociala nätverk bestående av familj och vänner som själva erfarit det man varit med om under migrationens olika faser upplever man sig ha tillgång till socialt stöd som i sig visat sig ha positivt samband med hälsa. Att inte känna sig ensam i en utsatt situation är med andra ord viktigt för en bättre hälsa (Simich et al., 2003). Sammantaget kan man säga att då familjen generellt är en viktig enhet för individers upplevelse av socialt stöd och utfall i hälsa, framförallt när man befinner sig under någon form av stress, kan man anta att familjers närvaro och tillgänglighet borde vara än viktigare för utrikesföddas hälsa då de i egenskap av just utrikesfödda utsätts för mer stress än inrikesfödda.

### **3.3 Hypoteser**

Utifrån teori och tidigare forskning har fyra hypoteser formulerats kopplade till studiens syfte; Hypotes 1: Det finns en skillnad i upplevd hälsa kopplat till demografiska bakgrundsvariabler, ursprungsland, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk.

Hypotes 2: Familjeförhållanden förklarar skillnader i upplevd hälsa så till vida att ensamboende upplever ohälsa i större utsträckning än samboende.

Hypotes 3: Det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till demografiska bakgrundsvariabler, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk.

Hypotes 4: Utrikesfödda löper större risk för ohälsa när de har ett litet socialt nätverk och är ensamboende än inrikesfödda.

## 4. Datamaterial

Data som används i denna studie är Levnadsnivåundersökning (LNU) som är en longitudinell studie utförd av Institutionen för social forskning (SOFI) på Stockholms Universitet. Data är hämtad från den sjätte levnadsnivåundersökningen som genomfördes år 2010-2011.

Datainsamlingen var genomförd som ett slumpmässigt obundet urval (OSU) där urvalet bestod av 4415 personer mellan 18-75 år som blivit intervjuad om sina levnadsförhållanden och villkor. I de flesta fall utfördes intervjuerna genom hembesök av intervjuare från statistiska centralbyrån, SCB. För denna studie har LNU använts som en tvärsnittsstudie. Det är bara nytillkomna respondenter som är med eftersom det bara är de respondenterna som fått frågan om var de är födda, något som är avgörande för denna studies syfte. Därmed blev urvalet på 1724 individer och andelen utrikesfödda, som denna studie fokuserar på, uppgick till 250 individer, vilket är 14,5% av urvalet. Urvalet har även begränsats genom att endast ha med individer mellan 18-65 år, eftersom individer över 65 år oftare kan tänkas uppleva sig ha sämre hälsa på grund av andra aspekter som exempelvis ålderdom.

### 4.1 Etik

Vid genomförandet av LNU har Institutionen för social forskning följt de forskningsetiska regler enligt vetenskapsrådets dokument för forskningsetik (Vetenskapsrådet, 1990) och fått ett godkännande av etikprövningsnämnden (EPN). Då denna uppsats ligger under doktorandnivå och därmed inte anses vara inom ramen för forskning har de regler och villkor som Stockholms Universitet har för studentuppsatser följts och behöver därmed inte prövas inför EPN. Vid ansökan om tillgång till LNU's data har ett särskilt formulär skrivits under angående etiska frågor som är baserat på EPN's standardformulär och tillhandahålls av LNU's datautlämningskommitté.

## 4.2 Variabler och operationalisering

### 4.2.1 Beroende variabeln

För att kunna mäta hälsa på ett övergripande sätt har upplevd hälsa valts som den beroende variabeln. Upplevd hälsa är i vetenskapliga studier betraktat som ett relevant mått på risk för dödlighet oberoende av andra medicinska, psykosociala eller beteenderelaterade riskfaktorer (Idler, 1997; Jylhä, 2009). Individer med ”dålig” eller ”något däremellan” självskattad hälsa har visat sig löpa större risk för dödlighet än de med ”bra” självskattad hälsa. Att själv värdera sin hälsa är en kognitiv process som kombinerar subjektiva och objektiva aspekter av hälsa oberoende av formella hälsoklassificeringar (Mackenbach, 2002; Manderbacka, 1998). Det har också visat sig påverkas av socioekonomiska omständigheter liksom olika slags kulturella värderingar på begreppet hälsa (Burström och Fredlund, 2001). Upplevd hälsa i denna studie värderas utifrån frågan; Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Svartalternativen var gott, dåligt och något däremellan. Individer som svarade dåligt och något däremellan klassificerades som dålig upplevd hälsa. Variabeln dikotomiserades därmed med god upplevd hälsa som referens och dålig upplevd hälsa som värde 1.

### 4.2.2 Oberoende variabler

#### Demografiska bakgrundsvariabler

De demografiska bakgrundsvariabler som används är kön och ålder. De är viktiga förklaringsfaktorer för hälsa (Bartley, 2004; Mirowsky och Ross, 2010) och fungerar förmodligen som störningsfaktorer, confounders, så till vida att de förklarar både den beroende som den oberoende variabeln (Almquist et al., 2014).

Variabeln kön har dikotomiserats där man är referens och kvinna har värdet 1. Variabeln födelseålder har omvandlats till ålder. Därefter har respondenter mellan 65-75 år rensats bort då den upplevda hälsan för dessa respondenter kan förväntas bero på faktorer såsom ålderdom och pension. Därefter har variabeln ålder omkodats i fem kategorier; 18-24 år=0, 25-34 år=1, 35-44 år=2, 45-55 år=3, 56-65 år=4.

#### Ursprungsland

Då syftet med studien är att se skillnader på upplevd hälsa mellan utrikesfödda och inrikesfödda tas variabeln ursprungsland med som ett mått på var man är född. Variabeln har

omkodats till fyra kategorier; Sverige, Norden (Norge, Danmark och Finland), Europa (fd. Jugoslavien, Italien, Spanien, Österrike, Tyskland, Grekland, övriga Östeuropa/Västeuropa) och Övriga länder. Övriga länder är sedan omvandlad till en dikotom variabel där Sverige står som referens. Övriga länder väljs som variabel då tidigare studier visar på en markant skillnad i hälsa hos just denna kategori jämfört med t.ex. Norden och Europa (Hjern, 2012). Däremot är det viktigt att poängtera att det inte framgår var respondenterna som ingår i variabeln Övriga länder har immigrerat ifrån mer än från länder utanför Europa, detsamma gäller även skäl för immigration.

### **Socioekonomisk nivå/position**

I syfte att mäta socioekonomisk position har vi valt variablerna utbildningsnivå och sysselsättning. De båda har visat sig ha samband med hälsoutfall och används därför som indikatorer på en individs sociala position i samhället. En individs högsta utbildningsnivå fastställs tidigt i livet och förblir relativt konstant (Shkolnikov et al, 2012). Dessutom föregår det oftast arbete och definierar därmed ens yrkes- och löneposition resten av livet vilket gör att den av vissa anses vara den huvudsakliga nyckeln till socioekonomisk position (Ross och Wu, 1996). Gällande sysselsättningens betydelse i relation till hälsoutfall har man funnit aspekter som psykiska och fysiska arbetsförhållanden vara relevanta, men även att sysselsättning ger individer olika slags statusrelaterade positioner i samhället som i sin tur påverkar hälsan (Lynch och Kaplan, 2000; Marmot, 2004).

Utbildningsnivå är omkodad i tre kategorier; högskola=0, gymnasium=1, grundskola=2. Sysselsättning är omkodad i tre kategorier; yrkesverksam/studerande, arbetslös/hemarbete/sjukersättning och föräldraledig. Eftersom det primärt är skillnaden mellan yrkesarbetande och icke-yrkesarbetande som är intressant för denna studie är variabeln dikotomiserad där yrkesverksam/studerande döpts om till "I sysselsättning" och står som referens och arbetslös/hemarbete/sjukersättning har döpts om till "Ej i sysselsättning" och har kodas som 1.

### **Socialt nätverk**

För att mäta vad sociala nätverk har för påverkan på den upplevda hälsan används variabeln antal vänner. Respondenterna har svarat på frågan; Hur många nära vänner skulle du säga att du har (inkl. arbetskamrater, grannar och släktingar, men inte familjemedlemmar)? Variabeln

har omkodats i fem kategorier; 10 och fler vänner=0, 6-9 vänner=1, 4-5 vänner=2, 1-3 vänner=3 och 0 vänner=4.

### **Familjeförhållande**

Variabeln civilstånd valdes som mått på huruvida man som vuxen lever med en annan vuxen partner eller inte. Variabeln har dikotomiserats där svarsalternativen ogift, frånskild, änka/änkling och gift ej sammanboende har döpts om till “ej samboende med annan vuxen” och antar värde 1 och sambo/gift tillhör referenskategori. Variabeln antal personer i hushåll valdes som mått på huruvida man lever ensam eller med andra, oavsett vilka de andra kan tänkas vara. Därefter har variabeln dikotomiserats där de som lever ensamma är 1 och övriga som lever med någon eller fler tillhör referenskategori.

## **4.3 Analysmetod**

I denna studie kommer logistisk regression användas som statistisk analysmetod, vilket är en vedertagen analysmetod inom sociologisk hälsoforskning. Statistiska dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) har används för att få fram regressionsanalyser med variabler från LNU. Logistisk regression används ofta som analysmetod för dikotoma beroende variabler i tvärsnittsdata. I en logistisk regression skattas sannolikheten för ett samband mellan den beroende variabeln och en eller flera oberoende variabler (UCLA Idre, 2016). Skattningarna redogörs som oddskvoter som talar om riskkvoten på ett binärt utfall. Då syftet i denna studie är att undersöka skillnad i upplevd hälsa genom risk för ohälsa mellan utrikes- och inrikesfödda konstanthållet för sociala nätverk och familjeförhållanden är logistisk regression att föredra framför OLS regression (Edling & Hedström, 2003). Den bivariata modellen syftar till att se hur vardera oberoende variabler påverkar den beroende variabeln utan att konstanthålla för övriga oberoende variabler. Detta har gjorts för att lättare urskilja skillnad i oddskvot mellan den bivariat och den multivariat regression som görs i nästa steg (Almquist et al., 2014).

Hypotes 1 antar att det finns en skillnad i upplevd hälsa kopplat till demografiska bakgrundsvariabler, ursprungsland, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk. Därför görs en multivariat logistisk regression för att undersöka om det, som tidigare forskning påstår, finns någon skillnad genom att sätta upplevd hälsa som beroende binär variabel och övriga som oberoende variabler utifrån hela urvalet.

Modell 1; Upplevd hälsa = kön + ålder + ursprungsland + sysselsättning + utbildningsnivå + socialt nätverk.

Hypotes 2 antar att familjeförhållanden förklarar skillnader i upplevd hälsa så till vida att ensamboende upplever ohälsa i större utsträckning än samboende. För att pröva detta adderas variablerna civilstånd och antal personer i hushåll i den multivariata logistiska regressionen.

Modell 2; Upplevd hälsa = kön + ålder + ursprungsland + sysselsättning + utbildningsnivå + socialt nätverk + civilstånd + antal personer i hushåll.

Hypotes 3 antar att det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till demografiska variabler, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk. Därför görs stratifierade multivariata regressionsanalyser av utrikes- och inrikesfödda för att se om skillnad föreligger och i sådana fall i vilken utsträckning detta sker.

Modell 3 (Utrikesfödda/Inrikesfödda); Upplevd hälsa = kön + ålder + sysselsättning + utbildningsnivå + socialt nätverk.

Hypotes 4 antar att utrikesfödda löper större risk för ohälsa när de har ett litet socialt nätverk och är ensamboende än inrikesfödda. I modell 4 läggs därför variablerna för familjeförhållanden till i regressionen, precis som i modell 2.

Modell 4 (Utrikesfödda/Inrikesfödda); Upplevd hälsa = kön + ålder + sysselsättning + utbildningsnivå + socialt nätverk + civilstånd + antal personer i hushåll



# 5. Resultat

## 5.1 Frekvenstabell

**Tabell 1.** Frekvenstabell och andel för kategoriska variabler.

För individer 18-65 år, rensat för internt bortfall.

<i>Variabler</i>	<i>Utrikesfödd (n=250)*</i>	<i>Inrikesfödd (n=1308)*</i>	<i>Alla (n=1724)*</i>
<b>Dålig upplevd hälsa</b>	86/34,5 %	262/20,1 %	397/23,1 %
<b>Kvinna</b>	123/49,2 %	638/48,8 %	841/48,8 %
<b>Man</b>	127/50,8 %	670/51,2 %	883/51,2 %
<b>18-24 år</b>	31/12,4 %	410/31,3 %	459/26,6 %
<b>25-35 år</b>	86/34,4 %	594/45,4 %	721/41,8 %
<b>35-44 år</b>	80/32 %	191/14,6 %	321/18,6 %
<b>45-55 år</b>	45/18 %	53/4,1 %	132/7,7 %
<b>56-65 år</b>	8/3,2 %	60/4,6 %	91/5,3 %
<b>Arbetslös</b>	64/26,1 %	145/11,2 %	240/14,1 %
<b>Grundskola</b>	65/26,1 %	104/8 %	179/10,4 %
<b>Gymnasium</b>	139/55,8 %	970/74,2 %	1225/71,1 %
<b>Högskola</b>	45/18,1 %	234/17,9 %	318/18,5 %
<b>0 vänner</b>	28/11,3 %	13/1 %	48/2,8 %
<b>1-3 vänner</b>	60/24,2 %	327/25,1 %	429/25,5 %
<b>4-5 vänner</b>	73/29,4 %	399/30,6 %	521/34,4 %
<b>6-9 vänner</b>	37/14,9 %	221/16,9 %	276/16,1 %
<b>10 el fler vänner</b>	50/20,2 %	344/26,4 %	441/25,7 %
<b>Ej sambo m annan vuxen</b>	85/34 %	588/45 %	725/42,1 %
<b>Ensamhushåll</b>	41/16,4 %	331/25,3 %	397/23 %

\* Utrikesfödda refererar till variabeln Övriga länder i urvalet (250/14,5 %). Inrikesfödda refererar till variabeln Sverige (1308/76 %). I denna frekvenstabell och i kommande Tabell 1 innehåller urvalet, här i form av *Alla*, även Övriga Norden/Europa (166/9,5 %).

Baserat på hela urvalet ser man att den grupp som anser sig ha dålig upplevd hälsa är på 23 %. Fördelningen mellan utrikes- och inrikesfödda visar på en tydlig skillnad där större andel utrikesfödda (35 %) upplever sig ha dålig hälsa än inrikesfödda (20 %). Könstilldelningen är jämn i alla urval. I det stora urvalet finner vi den största ålderskategorirepresentationen bland

25-35 åringar (42 %) medan den lägsta representeras av 56-65 åringar (5 %). De största procentuella skillnaderna mellan utrikes- och inrikesfödda återfinns dels bland 18-24 åringar där inrikesfödda utgör mer än dubbelt så många som utrikesfödda. Dels bland 35-44 åringar där utrikesfödda utgör mer än dubbelt så många som inrikesfödda. Mer än dubbelt så stor andel utrikesfödda är arbetslösa (26 %) än inrikesfödda (11 %). Majoriteten (71 %) av respondenterna i hela urvalet har gymnasium som högsta utbildning. Skillnader märks på grundskolenivå med 26 % utrikesfödda mot 8 % inrikesfödda samt gymnasienivå med 56 % utrikesfödda mot 74 % inrikesfödda. Däremot är den procentuella andelen lika stor gällande universitet och högskola. I relation till antal vänner finns en slående skillnad bland de som inte har några vänner alls. Bland utrikesfödda har 11 % 0 vänner medan enbart 1 % bland inrikesfödda har 0 vänner. Trenden bekräftas genom att se på de som har 10 vänner eller fler vilket har fördelningen utrikesfödd 20 % och inrikesfödd 26 %. Det är fler inrikesfödda som lever utan en annan vuxen (45 %) än utrikesfödda (34 %) och fler inrikesfödda som lever helt ensamma (25 %) än utrikesfödda.

## 5.2 Logistiska regressioner

**Tabell 2.** Logistiska regressionsmodeller med dålig upplevd hälsa som beroende variabel, angivet som oddskvot och konfidensintervall (95 %) för oddskvot inom parentes. För individer 18-65 år, rensat för bortfall (n=1724).

<i>Variabler</i>	<i>Bivariat</i>	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>
<b>Kön</b>			
Man	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Kvinna	1,61** (1,28-2,02)	1,52** (1,20-1,94)	1,56** (1,22-1,98)
<b>Ursprungsland</b>			
Sverige	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Övriga länder	1,96** (1,47-2,62)	1,37* (0,98-1,93)	1,39* (0,99-1,96)
<b>Ålder</b>			
18-24 år	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
25-34 år	0,64** (0,50-0,81)	1,04 (0,76-1,43)	1,07 (0,76-1,51)
35-44 år	1,37** (1,04-1,80)	1,52** (1,05-2,19)	1,61** (1,08-2,38)
45-55 år	1,81** (1,24-2,65)	1,88** (1,18-2,99)	1,98** (1,23-3,20)
56-65 år	2,18** (1,41-3,38)	2,18** (1,29-3,67)	2,24** (1,30-3,86)
<b>Sysselsättning</b>			
I sysselsättning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Ej i sysselsättning	3,09** (2,32-4,11)	2,34** (1,72-3,19)	2,28** (1,67-3,12)
<b>Utbildningsnivå</b>			
Högskola	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Gymnasium	0,98 (0,77-1,26)	1,64** (1,15-2,32)	1,63** (1,15-2,31)
Grundskola	2,18** (1,57-3,02)	2,37** (1,46-3,85)	2,36** (1,45-3,82)
<b>Socialt nätverk</b>			
Fler än 10 vänner	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
6-9 vänner	0,66** (0,47-0,92)	0,87 (0,58-1,31)	0,86 (0,57-1,29)
4-5 vänner	0,82 (0,64-1,06)	1,05 (0,75-1,46)	1,04 (0,75-1,45)
1-3 vänner	1,70** (1,32-2,17)	1,64** (1,18-2,28)	1,64** (1,18-2,28)
0 vänner	2,24** (1,24-4,04)	1,43 (0,73-2,81)	1,44 (0,74-2,82)
<b>Civilstånd</b>			
Gift/sambo	1,00 (ref)		1,00 (ref)
Ej sambo m. annan vuxen	1,08 (0,86-1,36)		1,05 (0,74-1,49)
<b>Antal personer i hushåll</b>			
Flerpersonshushåll	1,00 (ref)		1,00 (ref)
Ensamhushåll	1,15 (0,88-1,49)		1,23 (0,85-1,78)

p<0,1\*

p <0,05\*\*

Ursprungsland är en central variabel för studiens syfte och visar på en signifikansnivå som ligger mycket nära  $p < 0.05$ , där konfidensintervallen ligger på 0,98-1,93 i modell 1 och 0,99-1,96 i modell 2. Baserat på detta och att både tabell 1 samt bivariat modell visar tydlig och signifikant skillnad i hälsa väljs här ett något mer liberalt förhållningssätt till signifikans där en signifikansnivå på  $p < 0,1$  introduceras.

Tabell 2, bivariat, undersöker först var och en av de oberoende variablerna mot upplevd ohälsa. Här utmärker sig variablerna Övriga länder, 56-65 år, Ej i sysselsättning, Grundskola och 0 vänner som alla är signifikanta.

Tabell 2, modell 1, undersöker första hypotesen där det antas finnas en skillnad i upplevd hälsa kopplat till demografiska bakgrundsvariabler, ursprungsland, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk. Modell 1 visar en gradvis ökning av oddskvot med högre ålder, trots att det först är vid 35-44 år som det blir signifikant. Kvinnors oddskvot är signifikant högre än mäns. Utrikesfödda från Övriga länder har fortsatt signifikant högre oddskvot för ohälsa än inrikesfödda. Ej i sysselsättning har högre oddskvot än de i sysselsättning. Ju lägre utbildning desto större är oddskvoterna. Variablerna för Socialt nätverk visar på ökande oddskvot ju färre vänner man har fram till 1-3 vänner, vilket är den enda signifikanta oddskvoten. För de med 0 vänner blir oddskvoten något lägre och icke-signifikant.

För att pröva hypotes 2 adderas variablerna Antal personer i hushåll och Civilstånd i modell 2, som mått på familjeförhållande. Oddskvoterna för Kvinna, Övriga länder och Ålder ökar något jämfört med Modell 1. Oddskvoten för Ej i sysselsättning sjunker marginellt jämfört med modell 1, medan Utbildningsnivå och Socialt nätverk i princip är oförändrade. Ingen av de två variablerna Civilstånd och Antal personer i hushåll är signifikant, men visar, precis som i den bivariata modellen, på en försiktigt ökad oddskvot.

**Tabell 3.** Stratifierade logistiska regressioner uppdelad på utrikes- och inrikesfödda. Dålig upplevd hälsa som beroende variabel, angivet som oddskvot och konfidensintervall (95 %) för oddskvot inom parentes. För individer 18-65 år, rensat för internt bortfall. Utrikesfödda (n=250), Inrikesfödda (n=1308).

<i>Variabler</i>	<b>Modell 3</b> <i>Utrikesfödd</i>	<i>Inrikesfödd</i>	<b>Modell 4</b> <i>Utrikesfödd</i>	<i>Inrikesfödd</i>
<b>Kön</b>				
Man	1,00	1,00	1,00	1,00
Kvinna	1,21 (0,64-2,26)	1,52**(1,15-2,02)	1,29 (0,68-2,45)	1,55**(1,16-2,06)
<b>Ålder</b>				
18-24 år	1,00	1,00	1,00	1,00
25-34 år	0,52 (0,19-1,44)	1,23 (0,87-1,75)	0,60 (0,21-1,70)	1,27 (0,87-1,85)
35-44 år	1,96 (0,77-5,00)	1,23 (0,77-1,96)	2,35 (0,88-6,27)	1,29 (0,78-2,11)
45-55 år	1,61 (0,57-4,53)	1,45 (0,72-2,93)	1,91 (0,65-5,58)	1,52 (0,74-3,12)
56-65 år	10,02** (1,51- 66,37)	1,27 (0,64-2,51)	11,69**(1,69-80,83)	1,30 (0,64-2,64)
<b>Sysselsättning</b>				
I sysselsättning	1,00	1,00	1,00	1,00
Ej i sysselsättning	2,31** (1,22-4,40)	2,19**(1,47-3,26)	2,45**(1,27-4,75)	2,12**(1,41-3,18)
<b>Utbildningsnivå</b>				
Högskola	1,00	1,00	1,00	1,00
Gymnasium	1,09 (0,46-2,58)	1,97**(1,26-3,08)	1,05 (0,44-2,49)	1,98**(1,26-3,09)
Grundskola	1,76 (0,68-4,52)	3,16**(1,66-5,99)	1,67 (0,64-4,30)	3,17**(1,66-6,01)
<b>Socialt nätverk</b>				
Fler än 10 vänner	1,00	1,00	1,00	1,00
6-9 vänner	0,65 (0,23-1,80)	0,93 (0,57-1,49)	0,64 (0,23-1,81)	0,95 (0,56-1,47)
4-5 vänner	0,75 (0,31-1,82)	1,15 (0,77-1,71)	0,78 (0,32-1,90)	1,14 (0,77-1,69)
1-3 vänner	1,07 (0,44-2,63)	1,88**(1,27-2,77)	1,06 (0,43-2,63)	1,87**(1,26-2,76)
0 vänner	1,19 (0,41-3,44)	2,33 (0,69-7,86)	1,27 (0,44-3,67)	2,30 (0,68-7,79)
<b>Civilstånd</b>				
Gift/sambo			1,00	1,00
Ej sambo m annan vuxen			1,24 (0,53-2,89)	1,07 (0,70-1,62)
<b>Antal personer i hushåll</b>				
Fler personshushåll			1,00	1,00
Ensamhushåll			1,46 (0,52-4,07)	1,11 (0,72-1,70)

p <0,05\*\*

Tabell 3, modell 3, kontrollerar skillnaden mellan utrikes- och inrikesfödda, och innehåller alla variabler från tabell 2, modell 1. Inrikesfödda kvinnor har signifikant högre oddskvot än utrikesfödda kvinnor vars oddskvot är icke-signifikant. Den stora markanta skillnaden mellan utrikes- och inrikesfödda sker inom ålderskategorin 56-65 år där utrikesfödd har en tio gånger så hög signifikant oddskvot mot inrikesföddas vars oddskvot är icke-signifikant. Utrikesfödda

Ej i sysselsättning visar en något högre signifikant oddskvot än inrikesfödda, medan utbildningsnivå nu visar en relativt stor skillnad i oddskvoter mellan de två grupperna. Oddskvoterna för varje utbildningsnivå är högre och signifikanta för inrikesfödda jämfört med utrikesföddas icke-signifikanta oddskvoter. Oddskvoterna är generellt högre för inrikesfödda än utrikesfödda ju färre vänner de har, dock är det endast inrikesfödda med 1-3 vänner som visar signifikant oddskvot.

I Tabell 3, modell 4, är variablerna Civilstånd och Antal personer i hushåll inkluderade i syfte att undersöka om utrikesfödda löper högre risk för ohälsa än inrikesfödda när de har litet socialt nätverk och är ensamboende. Skillnaden i åldersgrupperna mellan modell 3 och 4 är minimal och fortsatt icke-signifikant, förutom för utrikesfödda i åldern 56-65. Skillnaden mellan grupperna för Ej i sysselsättning har nu ökat jämfört med modell 3. Tendenserna relaterade till sociala nätverk är detsamma för utrikesfödda och inrikesfödda mellan modell 3 och 4. Det är fortsatt enbart oddskvoten för 1-3 vänner bland inrikesfödda som är signifikant. I modell 4 kan utläsas att om man ej är samboende med annan vuxen eller om man lever i ensamhushåll är oddskvoten för ohälsa icke-signifikant något högre för en utrikesfödd än för en inrikesfödd.

## 6. Analys

Resultatet i modell 1, tabell 2, visar att det finns sociala skillnader i upplevd hälsa kopplat till demografiska variabler, ursprungsland, socioekonomiska variabler samt sociala nätverk. Den demografiska variabel som har starkast koppling till ohälsa är åldersgruppen 56-65 år (OR=2,18). Kvinnor (OR=1,52) löper högre risk för ohälsa än män liksom utrikesfödda från länder utanför Europa som löper högre risk (OR=1,37) än inrikesfödda. Även om oddskvoten tydligt minskat för individer födda i övriga länder när man tar hänsyn till övriga oberoende variabler jämfört med den bivariata modellen (OR=1,96) så är den fortsatt högre än för inrikesfödda, vilket i sin tur också styrker hypotes 1. Individer som är arbetslösa, sjukskrivna och hemarbetande löper mer än dubbelt så stor risk för ohälsa (OR=2,34) än de i arbete eller studerande. På samma sätt ser man att ju högre utbildning desto mindre risk för ohälsa, där de med lägst grundskola (OR=2,37) har mer än dubbelt så hög risk för ohälsa än de med utbildning på högskolenivå. Gällande sociala nätverk ser man en tendens till ökad ohälsa vid

4-5 vänner eller färre, på samma sätt som fler än 4-5 vänner visar på en minskad tendens till ohälsa. Dock kan vi bara uttala oss om 1-3 vänner då det är den enda kategorin som är signifikant (OR=1,64).

Resultaten för modell 2, tabell 2, visar att familjeförhållanden, genom civilstånd och antal personer i hushåll konstanthållet för övriga oberoende variabler, inte förklarar skillnader i upplevd hälsa till skillnad från vad hypotes 2 påstår. Däremot visar det sig att ensamhushåll har en icke-signifikant större oddskvot (OR=1,23) än om man bor med någon annan än en vuxen (OR=1,05), vilket visar på tendens till sämre hälsa när man är ensamboende.

Skillnaderna i oddskvoter för de övriga variablerna mellan modell 1 och 2 är marginella. Då civilstånd och antal personer i hushåll antas vara korrelerade med varandra, finns det anledning att misstänka multikollinjäritet, som i sin tur innebär att man inte kan hålla isär effekterna av de oberoende variablerna på den beroende variabeln (Edling och Hedström, 2003). Då det inte går att testa för multikollinjäritet i logistisk regression gjordes detta i linjär regression. Det högsta VIF värdet på de oberoende variablerna var på 1,698 och visade sig vara kopplat till civilstånd och antal personer i hushåll. För att multikollinjäritet ska anses vara ett problem bör VIF värdet passera 2,5 vilket det alltså inte gör i denna analys (Midi et al., 2010).

Hypotes 3 menar att det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till demografiska variabler, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk.

Modell 3, tabell 3, visar att utrikesfödda löper högre risk för ohälsa jämfört med inrikesfödda i relation till ålder och sysselsättning. Den tydligaste signifikanta skillnaden uppenbarar sig för gruppen 56-65 år (OR=10,02) där risken är tio gånger så hög jämfört med inrikesfödda (OR=1,27) i samma åldersgrupp. Utrikesfödda som ej är i sysselsättning löper en något högre risk (OR=2,31) än inrikesfödda (OR=2,19). Inrikesfödda löper högre risk för ohälsa jämfört med utrikesfödda i relation till kön, utbildning och socialt nätverk. Inrikesfödda kvinnor löper högre signifikant risk för ohälsa (OR=1,52) än utrikesfödda kvinnor (OR=1,21) vars oddskvot är icke-signifikant. Inrikesfödda med 1-3 vänner löper högre risk för ohälsa (OR=1,88) jämfört med utrikesfödda (OR=1,07), där oddskvoten är icke-signifikant. Både grupper visar på en tendens att ju färre vänner man har desto större är risken för ohälsa. I syfte att mäta hur väl modellen förutsäger den beroende variabeln i de två olika urvalen utfördes ett klassificeringstest genom SPSS. Testet anger den övergripande procenten av faktiska fall och icke-fall som modellen lyckas predicera. Klassificeringstabellen angav 71,5 % för

utrikesfödda och 80,5% för inrikesfödda vilket betyder att modellen förklarar mer för inrikesfödda än för utrikesfödda (Almquist et al., 2014).

I modell 4, tabell 3, testas den fjärde hypotesen som antar att utrikesfödda löper högre risk för ohälsa kopplat till litet socialt nätverk och familjeförhållanden, genom att kontrollera för variablerna för familjeförhållanden. Den tidigare höga oddskvoten för utrikesföddas åldersgrupp 56-65 har nu ökats och blivit nästan tolv gånger så hög (OR=11,69). Bland ej sysselsatta har de signifikanta skillnaden mellan grupperna ökats där utrikesföddas oddskvot är på OR=2,45 och inrikesföddas är på OR=2,12. Resultatet för socialt nätverk visar på liknande tendens som i modell 3 det vill säga att oddskvoterna tenderar att icke-signifikant öka ju färre vänner man har. Oddskvoten för inrikesfödda med 1-3 vänner är fortsatt signifikant (OR=1,87) och knappt förändrad. Ej samboende utrikesfödda löper icke-signifikant högre risk för ohälsa (OR=1,24) jämfört med inrikesfödda (OR=1,07). Om man som utrikesfödd lever i ensamhushåll löper man icke-signifikant högre risk för ohälsa (OR=1,46) än om man är inrikesfödd (OR=1,11). Klassificeringstabellen visar här på 72,8 % för utrikesfödda och 80,5% för inrikesfödda vilket tyder på att modell 4 fortfarande förklarar mer för inrikesfödda än för utrikesfödda (Almquist et al., 2014).

## 7. Diskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka skillnader i upplevd hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till socioekonomiska aspekter, sociala nätverk och familjeförhållanden.

Utifrån teori och tidigare forskning har följande hypoteser utformats;

1. Det finns en skillnad i upplevd hälsa kopplat till demografiska bakgrundsvariabler, ursprungsland, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk.
2. Familjeförhållanden förklarar skillnader i upplevd hälsa så till vida att ensamboende upplever ohälsa i större utsträckning än samboende.
3. Det finns en skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda relaterat till demografiska variabler, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk.
4. Utrikesfödda löper större risk för ohälsa när de har ett litet socialt nätverk och är ensamboende än inrikesfödda.



Resultaten bekräftar den första hypotesen genom att de visar på en skillnad i hälsa mellan män och kvinnor, mellan de födda i Sverige och i länder utanför Europa och mellan olika åldersgrupper. Att det råder hälsoskillnader mellan könen har tidigare forskning styrkt genom att visa att kvinnor i större utsträckning än män lider av ohälsa, samt att de oftare uppger sig ha sämre hälsa än män (Kjellsson, 2014; Bartley, 2004). Detsamma gäller ålder där hälsoskillnaderna ofta kopplas ihop med var i livscykeln man befinner sig, vilket i sin tur ligger till grund för hur stor eller liten risken är för ohälsa. Unga vuxna löper mindre risk för ohälsa än personer i medelåldern och uppåt (Mirowsky och Ross, 2010; Kawachi et al., 1999). På samma sätt kan man se att resultaten för skillnader i upplevd hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda bekräftar tidigare forskning (Hjern, 2012; Rostila, 2010).

Resultaten visar också att socioekonomiska aspekter som sysselsättning och utbildning påverkar den upplevda hälsan så till vida att om man inte har en sysselsättning upplever man sig ha sämre hälsa än om man har det, samt att ju lägre utbildning man har desto högre sannolikhet för sämre upplevd hälsa. Paralleller går att dra till tidigare studier som visar att sysselsättning bland annat är relaterade till individens statusposition i samhället vilket i sin tur har en hälsopåverkan (Lynch och Kaplan, 2000; Marmot, 2004). Utbildning klassas som det kanske starkaste måttet på socioekonomisk position då den ofta definieras i yngre åldrar för att sedan inte förändras nämnvärt (Shkolnikov et al., 2012). Dessutom föregår det arbete och blir på så sätt en stabil utgångspunkt för personers yrkes- och lönedefiniering i det fortsatta livet (Ross och Wu, 1996). Sysselsättning kan enligt den utgångspunkten då sägas ha en medierande effekt av utbildnings påverkan på hälsa (Almquist et al., 2014).

Det finns också en tendens till skillnad i upplevd hälsa kopplad till sociala nätverk även om den blir mindre signifikant i den multivariata modellen än i den bivariata analysen. Skillnaden mellan att ha 10 eller fler vänner och att ha 1-3 vänner är dock påtaglig, vilket verkar bekräfta tesen om att sociala nätverk har betydelse för en individs uppfattning av det sociala stöd den har, som i sin tur har implikationer på hälsoutfallet (Turner och Brown, 2010; Ferlander, 2007).

När man kontrollerar om familjeförhållande kan förklara skillnader i upplevd hälsa visar det sig att det inte går att utläsa signifikant ökad risk med att vara ej samboende med annan vuxen eller att leva i ensamhushåll. Det går i sin tur emot tidigare forskning som hävdar att den primära familjen har stor betydelse för individens uppfattning av socialt stöd och därmed hälsa (Litman, 1974). Detta leder till att hypotes 2 inte kan bekräftas. Det är värt att belysa att

civilstånd inte visar på tendens till skillnad. Vid kontroll av antal personer i hushåll däremot syns en tendens till ohälsa för individer i ensamhushåll jämfört med individer i flerpersonshushåll. Det kan i sin tur tolkas som att de som inte lever med familj faktiskt påverkas i någon mån av detta till skillnad från de som lever med familj, vilket är linje med tidigare nämnda forskning (Litman, 1974; Wellman och Wortley, 1989).

Vid undersökandet av skillnader i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda tappar många variabler statistisk signifikans. Mest tydligt är det bland utrikesfödda där det begränsade urvalet (n=250) kan vara en förklaring. Den enda faktorn som behåller signifikans i båda grupper och som går att uttala sig om är personer som ej är i sysselsättning. Utrikesfödda löper där en något högre risk än inrikesfödda. En tolkning kan vara att vikten av ett arbete och därmed en plats i samhället är mer betydelsefull i termer av hälsa för de personer som är nya i landet än för de födda i Sverige. Det visar även tidigare forskning, som menar att utrikesföddas sårbarhet förklaras av det faktum att de automatisk hamnar i en socialt och socioekonomisk utsatt position när de immigrerar (Rostila, 2010; Karlsson och Tibajev, 2014). Den mest märkbara skillnaden i hälsa uppstår bland utrikesfödda i åldrarna 56-65 år. Där är risken 10 gånger större för ohälsa jämfört med en utrikesfödd 18-24 åring. En tolkning kan vara att individer i denna åldersgrupp födda i annat land upplever sig ha mindre handlingsutrymme än yngre utrikesfödda, i syfte att påverka sin situation. Även om samma åldersgrupp bland de inrikesfödda är icke-signifikant kan jämförelse mellan grupperna indikera på kraftig skillnad i hälsa som i sig är relevanta att belysa. I takt med att invandring ökar, ökar även den äldre åldersgruppen oavsett om den består av nyanlända personer eller av personer som bott länge i Sverige (Hjern, 2012). Om en sådan stor skillnad i hälsa bland de äldre består mellan utrikes- och inrikesfödda kan det få allvarliga konsekvenser på samhälls- och individnivå.

Resultaten visar att utbildning ger en tydlig gradient i hälsa för inrikesfödda, men inte för utrikesfödda, vilket antyder studiens begränsade förmåga att förklara hälsoskillnader mellan utrikes- och inrikesfödda (Kjellsson, 2014). Detsamma kan sägas gälla för socialt nätverk som för inrikesfödda verkar ha betydelse vid 1-3 vänner till skillnad från utrikesfödda. Skillnaden mellan de båda grupperna kan tolkas som att utbildningsnivå och socialt nätverk inte förklarar upplevd hälsa bland utrikesfödda. Detta bekräftas av klassificeringstabellernas siffror som visar på att inrikesföddas modeller förklarar upplevd ohälsa i större utsträckning än vad utrikesföddas modeller gör (Almquist et al., 2014). Det skulle kunna tolkas som att det,

förutom det begränsade urvalet, föreligger ett Typ 2 fel dvs. att relevanta variabler saknas i syfte att förklara skillnad i hälsa bland utrikesfödda (Edling och Hedström, 2003). Dock kan man inte säkert påstå att det finns variabler som förklarar allt, exempelvis är det svårt att omvandla diskriminering till en mätbar variabel. Studier med experimentell metodik har visat att diskriminering förekommer samt att upplevelsen av att vara diskriminerad har visat sig ha stor betydelse för upplevd hälsa bland utrikesfödda (Thålin, 2014; Wamala et al., 2007; Paradies, 2006). Sammanfattningsvis visar resultatet kopplat till hypotes 3 att det finns skillnad i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda, men att demografiska variabler, socioekonomiska aspekter och sociala nätverk inte kan förklara denna skillnad i sin helhet utan enbart i delar.

När vi konstanthåller för familjeförhållanden ökar risken för ohälsa än mer för utrikesfödda mellan 56-65 år. Familjeförhållanden ökar den negativa effekten på hälsa för ej sysselsatta utrikesfödda medan den mildrar den negativa effekten på hälsa för ej sysselsatta inrikesfödda. Socialt nätverk visar sig inte påverkas på något vis mellan de två grupperna. Ej samboende med annan vuxen och ensamhushåll visar på tendens till större skillnad i hälsa hos utrikesfödda jämfört med inrikesfödda. Precis som i modell 2, är det ensamboende som löper störst risk. Då dessa inte är signifikanta går det inte att dra några slutsatser, därmed kan hypotes 4 inte sägas få något stöd.

Slutsatsen blir att det går att förklara skillnad i hälsa utifrån demografiska och socioekonomiska aspekter i populationen i stort. Ursprungsland spelar också roll för den upplevda hälsan, liksom storleken på det sociala nätverket relaterat till vänner. Däremot kan man i denna studie inte uttala sig om vikten av familjeförhållande i relation till upplevd hälsa. Den absoluta skillnaden i hälsa mellan utrikes- och inrikesfödda bekräftar tidigare forskning och de tendenser våra resultat visar. Den relativa skillnaden i hälsa bland utrikesfödda tydliggör att andra modeller bättre skulle kunna förklara hälsoskillnader. Utbildning och sociala nätverk har en koppling till inrikesföddas hälsa, men för utrikesfödda som befinner sig i en socialt sårbar situation, verkar andra faktorer än utbildning och sociala nätverk vara av relevans. Det i sin tur betonar vikten av att fortsätta undersöka utrikesföddas specifika situation relaterat till upplevd hälsa. Inte heller familjeförhållanden förklarar skillnad i hälsa mellan de båda grupperna. Den här studien visar inte på statistiska samband mellan hälsa och familjeförhållanden däremot finns indikationer på tendens till skillnad i hälsa bland ensamboende utrikesfödda och inrikesfödda som i sig kan vara intressant att undersöka

vidare. Framförallt med tanke på det nya lagförslag som träder i kraft sommaren 2016, som kommer att begränsa möjligheterna till familjeåterförening för utrikesfödda (Regeringen, 2016).

## **7.1 Begränsningar**

Att dela upp människor i kategorierna inrikesfödd och utrikesfödd är en grov generalisering som inte förklarar skillnader mellan individer i någon av grupperna. Tydligast är generaliseringen bland gruppen utrikesfödda där människor från en mängd olika delar av världen, av olika orsaker och med olika bakgrund immigrerat till Sverige, slagits samman (Hjern, 2012). Det handlar med andra ord mer om skillnaden mellan de olika ihopslagna grupperna än specifika sanningar om grupperna själva. Att de flesta variabler vi valt att undersöka visat på tendenser, men inte blivit statistisk signifikanta, kan förklaras av LNU's begränsade urval för utrikesfödda. Studien indikerar att relevanta variabler saknas som kan förklara skillnader i hälsa mellan grupperna.

## **7.2 Framtida forskning**

Det finns anledning att anta att en kvalitativ ansats kan komplettera denna studies syfte, då man med intervjuer och observationer skulle kunna angripa hypoteserna från en annan vinkel och därmed uppfatta andra betydande faktorer. Det är tydligt att det finns mekanismer bakom utrikesföddas ohälsa, som denna studie inte lyckats fånga. Även tidigare forskning bekräftar detta då få intresserat sig för att förstå varför skillnad uppstår mellan utrikes- och inrikesfödda hälsa (Rostila, 2010). De icke-signifikanta tendenser som studiens resultat trots allt presenterar belyser vikten av att fortsätta studera utrikesfödda som grupp likt det LNU-UFB gör (Institutionen för Social forskning, 2016). Immigranternas olika faser i en migrationsprocess föreskriver olika slags behov av socialt stöd och fortsatt forskning bör försöka kartlägga dessa skillnader (Kirmayer et al., 2011). Denna studie har främst behandlat postmigrationens fas, men i dess sena skede där individen fått ett uppehållstillstånd beviljat. Den stora ökande risken för ohälsa bland utrikesfödda 56-65 åringar bör också undersökas vidare i syfte att kartlägga dess validitet och eventuella implikationer.

# 8. Referenser

## 8.1 Tryckta källor

Almquist, Y. B., Ashir, S. & Brännström, L. (2014). *A guide to quantitative methods*. Stockholm: CHESS.

Bartley, Mel (2004). *Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods*. Cambridge: Polity Press.

Burström, B., & Fredlund, P. 2001. Self rated health: Is it as good as predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 836-840.

Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (5): 300–314.

Edling, C. & Hedström, P. (2003). *Kvantitativa Metoder. Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur.

Ferlander S. 2007. The Importance of Different Forms of Social capital for Health. *Acta Sociologica* 50 (2):115–128.

Henderson, A. S. 1992. Social support and depression. In Veil, H, O, F & Baumann, U. (red) (1992). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere. 85–92.

Hjern, A. 2012. Migration and public health- Health in Sweden: The national public health report 2012, chapter 13. *Scandinavian journal of public health* 40: 255- 267.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Idler, EL. & Benyamini, Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38 (1): 21-37.

Jylhä, M., 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine* 69 (3): 307-316.

Karlsen, S. & Nazroo, J.Y. 2002. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92: 624–31.

- Karlsson, J. & Tibajev, A. 2014. Utlandsföddas levnadsvillkor. Bakgrund, migration och arbetsliv. I Evertsson, M & Magnusson, C. (red.) (2014). *Ojämlighetens dimensioner: uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige*. 1. uppl. Stockholm: Liber, 263-287.
- Kawachi, I., Kennedy B.P. & Glass, Roberta,. 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*. 1999 August; 89(8): 1187–1193.
- Kirmayer, JT. Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, AG., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K. 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ medical knowledge that matters* 183 (12).
- Kjellsson, S. 2014. Ojämlighet i hälsa. Vilken betydelse har socialklass och kön. I Evertsson, M & Magnusson, C (red.) (2014). *Ojämlighetens dimensioner: uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige*. 1. uppl. Stockholm: Liber, 288-310.
- Litman, T.J. 1974. The family as a basic unit in health and medical care: a sociobehavioral overview. *Social science & medicine*. 8 (9/10): 495-520.
- Lynch, J.W, & Kaplan, G.A. 2000. Socioeconomic position. In L.F. Berkman, and I. Kawachi (red.) (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.13-35.
- Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W.N. and Joung, I.M.A. (2002) Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology* 31: 1162–8.
- Manderbacka, K.1998. Questions on Survey Questions on Health. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Marmot, M.G. 2004. Status syndrome: how social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury 1 (4): 150-154.
- McLaughlin, J., Horwitz, A, V & White H.R. 2015. The differential importance of friend, relative and partner relationships for the mental health of young adults. *Social Networks and Health*: 223-246.
- Midi, H., Sarkar, S. K., & Rana, S. (2010). Collinearity diagnostics of binary logistic regression model. *Journal of Interdisciplinary Mathematics*, 13(3): 253-267.
- Mirowsky, J & Ross, C.E. 2010. Well-being across the life course. I Scheid, T.L & Brown, T.N. (red) (2010). *A handbook for the study of mental health*. 2 uppl. New York: Cambridge university press, 361-383.
- Paradies, Y. 2006. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology* 35 (4): 888–901.

- Putnam, R. 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, C.E. & Wu, C.L. 1996. Education, age and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behavior* 37: 104-120.
- Rostila, M. (2010). Birds of a Feather Flock Together – and fall ill? Migrant Homophily and Health in Sweden. *Sociology of Health and Illness* 32 (3): 382-399.
- Shkolnikov, V.M., Andreev, E.M., Jdanov, D.A., Jasilionis, D., Kravdal, Ø., Vågerö, D., & Valkonen, T. 2011. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971-2000. *Journal of Epidemiology Community Health* 66: 372-378.
- Simich, L., Beiser, M., & Mawani, F. N. (2003). Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *Western Journal of Nursing Research* 25: 872-891.
- Socialstyrelsen. 2009. *Migration och hälsa*. I folkhälsorapport 2009. Stockholm
- Sussman, M.B. 1959. The isolated nuclear family: fact or fiction. *Social Problems* Vol. 6 (4): 333-340.
- Szulkin, R. 2012. Se upp för dörrarna, dörrarna stängs. *Framtider: tidskrift för institutionen för framtidsstudier* 4: 5-7.
- Toivanen, S., Gisselmann, M. & Lindfors, P. (2012). *Kön, genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö, Malmö Stad.
- Thålin, M. 2014. Arbetslivets gränser. Sysselsättning, matching och barriärer. I Evertsson, M & Magnusson, C (red.) (2014). *Ojämlighetens dimensioner: uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige*. 1. uppl. Stockholm: Liber, 236-262.
- Turner R.J & Brown, R.L. 2010. Social support and mental health. I Scheid, T.L & Brown, T.N. (red) (2010). *A handbook for the study of mental health*. 2 uppl. New York: Cambridge university press New York, 200-212.
- Wamala, S., Boström, G & Nyqvist, K. 2007. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry* 190: 75–66.
- Wellman, B & Wortley, S. 1989. Brothers' Keepers: Situating Kinship Relations in Broader Networks of Social Support. *Sociological Perspectives* 32 (3): 273-306.

Williams, K., Frech, A & Carlson, D.L. 2010. Marital Status and Mental Health. I Scheid, T.L & Brown, T.N. (red) (2010). *A handbook for the study of mental health*. 2 uppl. New York: Cambridge University press New York, 306-320.

## 8.2 Elektroniska referenser

Institutionen för Social forskning <http://www.sofi.su.se/forskning/tre-forskningsavdelningar/lnu/ans%C3%B6k-om-lnu-data> (Hämtad 2016-05-13).

Migrationsverket <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html> (Hämtad 2016- 04-09).

Regeringen <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/02/forslag-om-att-tillfalligt-begransa-mojligheten-att-fa-uppehallstillstand-i-sverige/> (Hämtad 2016-04-10).

Statistiska Centralbyrån [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/402291/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/402291/) (Hämtad 2016-04-10).

UCLA- Institute for digital research and education  
<http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/dae/logit.htm> (Hämtad 2016-05-17).

Vetenskapsrådet.(1990). Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2016-05-13).