

# Kvantitativa studier bland nyanlända ungdomar och ensamkommande

Tillvägagångssätt och utmaningar

---

Peter Gladoić Håkansson  
Slobodan Zdravković

MILSA Working Paper Series 2019:1

# 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

# Inledning

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 (Bhugra, 2004; Gilliver et al 2014). Det är främst tredjelandsmedborgare som uppges lida av en sämre hälsa. 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). Det finns även fler hälsodeterminanter att studera närmare för att få en samlad bild av nyanländas situation.

## MILSA 2.0

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 hälsorelaterade 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 språkintröduktion eller intröduktionsutbildning 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. Vi beräknade antalet respondenter 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 intröduktionsutbildning och inte endast våra språkgrupper. Totalt kom vi att samarbeta med 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. Vi valde Region Skånes Folkhälsoenkät för barn och ungdomar 2016. 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 t.ex. 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 (dvs. 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 webbverket.

## **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 webbenkäten 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 ändrar sig ganska snabbt
- Respondenterna är inte tillräckligt bra på sitt modersmål att de förstår frågorna

Som tidigare nämnts använde vi oss av kontaktpersoner i kommunerna. Dessa personer och kommuner deltog endast utifrån intresse och goda vilja. Det fanns kommuner som valde att inte delta, t.ex. Helsingborgs skolorganisation, 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 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 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
<b>Totalt</b>	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. Vi har ställt en fråga ”Var är du född”. Här 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 redovisar svaren.

Tabell 2: Biologiskt kön och identitet.

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

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 i bo i kommuner som inte finns med bland de som nämns i tabell 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 3: Svarsfrekvens fördelad på kommun

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

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 vi modifierat vissa). Frågan som redovisas i tabell 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 visst samband med en annan fråga, dvs. frågan ”Med vem kom du till Sverige?”. I denna 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 4: Hur bor du?

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

En fråga som ofta diskuteras i detta sammanhang handlar om trångboddhet (Mangrio och Zdravkovic 2018). Vi har använt Folkhälsoenkätens frågor angående trångboddhet och det skapar problem då vi ska applicera detta 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

Vi har därför valt att beräkna utifrån två olika gränser:

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 5 visar resultaten.

Tabell 5: Trångboddhet. Antal rum per person.

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

Det skulle kunna tänkas att det finns ett samband mellan hur länge respondenten varit i Sverige. För att ta reda på det har vi korstabulerat rum/pers och "Hur länge har du bott i Sverige". Tabell 6 visar resultaten.

Tabell 6: Antal rum per person och tid i Sverige.

Rum/pers	Hur länge har du bott i Sverige			
	Mindre än 1 år	1-2 år	3-4 år	Totalt
<b>Mindre än 0,5</b>	29	44	20	93
%	45,3	53,0	31,3	44,1
<b>0,5-1</b>	29	32	29	90
%	45,3	38,6	45,3	42,7
<b>Mer än 1</b>	6	7	15	28
%	9,4	8,4	23,4	13,3
<b>Totalt</b>	64	83	64	211
%	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Pearson chi2(4) = 11,6342</b>	Pr = 0,020			

Tabell 6 visar på ett samband mellan trångboddhet och tid i Sverige. Chi2-testet visar att det finns en signifikant skillnad på 95 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). Vi ställde frågan: "På hur många platser har du bott sedan du kom till Sverige?". I tabell 7 har vi korstabulerat frågan mot "Hur länge har du bott i Sverige?".

Tabell 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	
<b>1</b>	46	39	17	102
%	76,7	48,2	27,9	50,5
<b>2-3</b>	13	32	29	74
%	21,7	39,5	47,5	36,6
<b>4 eller fler</b>	1	10	15	26
%	1,7	12,4	24,6	12,9
<b>Totalt</b>	60	81	61	202
%	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Pearson chi2(4) = 32,6222</b>	Pr = 0,000			

Tabell 7 visar, kanske mindre förvånande, att ju längre tid en respondent bott i Sverige, ju 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. Vi har valt två frågor 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 8–9.

Tabell 8a: Har din pappa universitets eller högskoleutbildning?

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

Tabell 8b: Har din mamma universitets eller högskoleutbildning?

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

Tabell 9a: Kan din pappa läsa och skriva?

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

Tabell 9b: Kan din mamma läsa och skriva?

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

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. Vi kan sluta oss till 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 jämt 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.



# Referenser

- Anjum TM, 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 Scandinavia*. 109:243-258.
- Gilliver SC, 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.
- 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,
- Håkansson, Peter (2011). *Ungdomsarbetslösheten: om övergångsregimer, institutionell förändring och socialt kapital*. Diss. Lund : Lunds universitet.
- 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,
- Region Skåne (2016). Folkhälsoundersökning för barn och unga. Region Skåne.
- SCB (2019). Folkbokföringen – ett register i ständig förändring. <https://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Folkbokforingen---Ett-register-i-standing-forandring/>. Hämtad 2019-02-06
- Djurfeldt G, Larsoon R, Stjärnhagen O (2018). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.
- 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.
- 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):254-68.
- Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Newly Arrived Refugee Families in Sweden and Their Experience of the Resettlement Process: a Qualitative Study.

# Kvantitativa studier bland nyanlända ungdomar och ensamkommande

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. I detta MILSA Working Paper redogör Peter Gladoić Håkansson och Slobodan Zdravković för den metod och metodologiska överväganden som använts i studien.

**Peter Gladoić Håkansson** är docent i ekonomisk-historia och verksam vid Institutionen för urbana studier, Malmö Universitet

**Slobodan Zdravković** är docent i vårdvetenskap och verksam vid Institutionen för vårdvetenskap och Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM), Malmö University.