

Forord

Dette speciale er udarbejdet af Stine Poulsen på sociologiuddannelsen ved Aalborg Universitet i perioden februar – august 2009.

Specialet omhandler etniske minoriteters sundhed og er en kvantitativ undersøgelse af integrationsmæssige faktoreres indvirkning på etniske minoriteters sundhed samt af integration som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Metodisk er undersøgelsen baseret på eksisterende empiri i form af kvantitative data fra en landsdækkende undersøgelse omhandlende sundhed og sygelighed blandt de syv største etniske minoritetsgrupper i Danmark. Denne undersøgelse er foretaget af et partnerskab mellem regioner og kommuner, forankret i Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Det teoretiske grundlag udgøres af Pierre Bourdieu og Richard Wilkinson i forhold til samfundsmæssig placering samt ulighed i sundhed.

Jeg vil gerne takke min vejleder Gunnar Scott Reinbacher for kyndig vejledning gennem specialeperioden. Derudover vil jeg rette en stor tak til Center for Folkesundhed, Region Midtjylland for adgang til data samt hjælp og vejledning undervejs.

Afleveret den 20. august 2009

Stine Poulsen

Summary

"The health of ethnic minorities - A quantitative study of the relationship between integration and health among ethnic minorities in Denmark" is a study of the health of ethnic minorities in an integration perspective.

The basis of this thesis is a nationwide survey from 2007 concerning health and illness among ethnic minorities in Denmark aged 18-66 years. The ethnic minorities in the study consist of the seven largest immigrant groups in Denmark: Ex-Yugoslavia, Iraq, Iran, Lebanon/Palestine, Pakistan, Somalia and Turkey. Moreover the study includes ethnic Danes as a reference group. The survey has led to a health profile for the ethnic minorities in Denmark named "The health of ethnic minorities." The results of the health profile show that ethnic minorities generally have poor health compared to ethnic Danes.

The thesis statement is based on the above fact that ethnic minorities have poor health compared to ethnic Danes and focuses on the relationship between integration factors, the health of ethnic minorities and integration as a mechanism to explain the difference in health between ethnic minorities and ethnic Danes. The empirical foundation of this thesis consists of the nationwide survey concerning health and illness, carried out by a partnership between a number of Danish municipalities and regions embedded in the Center for Public Health, Central Denmark Region.

The concept of integration in this thesis is specified as being the level of education, labour market affiliation, self-support, Danish skills and social relations. The ethnic Danes are included in the thesis as a reference group to assess whether the integration can explain some of the difference in health between ethnic minorities and ethnic Danes.

The health of ethnic minorities is assessed by considering self-rated health, physical and mental health (SF-12), BMI and physical activity. Through multiple logistic regression the health conditions are examined in relation to factors of integration and in relation to integration as a mechanism to explain some of the difference in health between ethnic minorities and ethnic Danes.

The results of the thesis show that there are social disparities in the health of ethnic minorities, according to the factors of integration. Consequently the factors affect the health of ethnic minorities, e.g. the ethnic minorities with a high level of education or good Danish skills have

improved health compared to ethnic minorities with low education or poor Danish skills. Furthermore, the results of this thesis show that the concept of integration is able to explain a part of the difference in health between ethnic minorities and ethnic Danes due to the fact that the difference between ethnic minorities and ethnic Danes decreases when the level of integration increases.

From a health promotion and preventive perspective, it is essential to take the extent of integration and social factors into account when targeting health interventions, so they are adapted for all groups in society.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning.....	7
1.1 Etniske minoriteter	9
1.1.1 Historisk udvikling	10
1.1.2 Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark	11
1.2 Sundhedsfremme og forebyggelse.....	14
1.2.1 Hvad påvirker sundheden?	16
1.3 Integration	18
1.3.1 Integration i en dansk kontekst	19
1.4 Eksisterende undersøgelser om etniske minoriteters sundhed	21
1.5 Problemformulering	23
1.5.1 Begrebsafklaring	24
 Kapitel 2: Forskningsdesign	 25
 Kapitel 3: Operationalisering	 29
3.1 Operationalisering af integrationsbegrebet.....	29
3.1.1 Uddannelse	31
3.1.2 Arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse.....	32
3.1.3 Dansk kundskaber	33
3.1.4 Sociale relationer	34
3.2 Operationalisering af sundhed	35
3.2.1 Selvvurderet helbred	35
3.2.2 Fysisk og psykisk sundhed	36
3.2.3 BMI og fysisk aktivitet.....	38
3.3 Operationalisering af baggrundsvariable	39
 Kapitel 4: Teoretiske perspektiver	 41
4.1 Pierre Bourdieu.....	41
4.1.1 Det sociale rum	42
4.1.2 Habitusbegrebet	43
4.2 Richard Wilkinson	43
4.2.1 Ulighed som social determinant på sundhed	44
4.3 Hypoteser	45
 Kapitel 5: Metode.....	 47
5.1 Undersøgelsens empiri	47
5.1.1 Formål.....	47
5.1.2 Målgruppe og repræsentativitet	49
5.2 Statistiske metoder.....	52
5.2.1 Chi ² -test	52
5.2.2 Multipel logistisk regression	53
5.3 Analysestrategi	55

Kapitel 6: Empirisk Analyse.....	59
6.1 Analysedel I: Integrationsmæssige faktorer	61
6.2 Analysedel II: Integrationsmæssige faktorer og sundhed	65
6.2.1 <i>Selvvrideret helbred</i>	67
6.2.2 <i>Fysisk sundhed</i>	71
6.2.3 <i>Psyisk sundhed</i>	73
6.2.4 <i>BMI</i>	76
6.2.5 <i>Fysisk aktivitet</i>	78
6.2.6 <i>Opsamling på Analysedel II</i>	81
6.3 Analysedel III: Integration som forklaringsmekanisme	82
6.3.1 <i>Udformning af indeks for integration</i>	83
6.3.2 <i>Forklaringsmekanisme</i>	87
6.3.3 <i>Opsamling på Analysedel III</i>	102
Kapitel 7: Teoretisk refleksion	103
7.1 Etniske minoriteters placering i det sociale rum	104
7.2 Samfundsmæssig ulighed skaber sundhedsmæssig ulighed	108
7.3 Opsamling på teoretisk refleksion	110
Kapitel 8: Konklusion.....	113
Kapitel 9: Refleksion over undersøgelsen.....	115
9.1 Specialets empiriske grundlag	115
9.1.1 <i>Præcisering af integration og indeksering</i>	116
Kapitel 10: Litteraturliste.....	117
Bilag A: Svarprocent og bortfald	123
Bilag B: Integrationsmæssige faktorer fordelt på køn og etniske minoritetsgrupper	125

Kapitel 1: Indledning

Nærværende speciale omhandler etniske minoriteters sundhed. Dette emne er relativt sparsomt belyst i Danmark, hvor etniske minoriteter pr. 1. januar 2008 udgjorde 9,1 procent af befolkningen (Danmarks Statistik 2008).

Igennem de seneste årtier er der kommet et øget fokus på sundhed i det moderne samfund. Det tiltagende fokus er blandt andet kommet til udtryk ved diverse tv-programmer om sund livsstil, overvægt og lignende. Samtidig er sundhed blevet en væsentlig del af den politiske dagsorden, hvor sundhedsfremme og forebyggelse spiller en central rolle i forhold til folkesundheden generelt samt i forhold til at mindske den sociale ulighed, der eksisterer indenfor sundhed. Siden 1980'erne er der foretaget befolkningsundersøgelser i forhold til sundhed og sygelighed i Danmark på lokalt, regionalt og nationalt niveau. Disse undersøgelser har til formål at belyse sundhedstilstanden samt udviklingen heraf, blandt andet med henblik på at kunne målrette de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag efter befolkningens aktuelle behov (Singhammer m.fl. 2008:14-15). Som eksemplificering heraf har Statens Institut for Folkesundhed med mellemrum udført sundheds og sygelighedsundersøgelser (SUSY), der på nationalt niveau belyser voksne danskeres sundheds- og sygelighedstilstand. (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen er foretaget i 1987, 1994, 2000 og 2005.) Befolkningsundersøgelserne har omfattet mange respondenter i forskellige aldersgrupper. Det er imidlertid hovedsageligt etniske danskere, der har deltaget i undersøgelserne, hvilket enten er forårsaget af, at etniske minoriteter har været udelukket af metodiske årsager, eller at bortfaldet blandt de etniske minoriteter har været meget stort. Det betyder altså, at de sundhedspolitiske prioriteringer, der netop foretages på baggrund af de forskellige sundhedsprofiler, ikke har omfattet etniske minoriteters sundhed (Singhammer m.fl. 2008:14-15).

På trods af et stigende antal indvandrere og efterkommere i Danmark i de seneste årtier har indvandrernes sundhedsforhold først opnået opmærksomhed ved årtusindeskiftet, hvilket vidner om, at etniske minoriteters sundhed netop er et emne, der er relativt nyt i den danske sundhedsforskning. Ved at opnå mere viden herom vil det blandt andet være muligt for det danske sundhedsvæsen, at yde en bedre service overfor indvandrerne, ligesom det vil være muligt at målrette diverse sundhedspolitikker, så de rummer hele befolkningens behov. I takt med den stigende indvandring er eksotiske sygdomseksempler blevet en del af det danske sundhedsvæsens hverdag, hvor kendskab til sygdomme i indvandrernes hjemland er blevet en del af

sundhedsvæsenets opgaver. På nøjagtig samme vis som det er tilfældet ved etniske danskere, forudsætter en god behandling af indvandrere i sundhedsvæsenet et godt kendskab til sygdomsmønstre blandt indvandrere (Ingerslev 2000:222-226). Viden om sygdom, sundhed og sundhedsadfærd er netop en forudsætning for at målrette det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i regioner og kommuner. I den forbindelse er viden om samtlige grupper i samfundet væsentlig, for at kunne målrette tilbudene og give alle samfundsgrupper lige muligheder for at opnå sundhed (Singhammer m.fl. 2008:6).

På baggrund af det faktum, at der ikke forekommer tilstrækkelig viden om etniske minoriteters sundhed, udkom der i 2008 en sundhedsprofil for etniske minoriteter i Danmark; *"Etniske minoriteters sundhed"* (Singhammer m.fl. 2008). Sundhedsprofilen er resultatet af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt de syv største indvandrergrupper i Danmark i alderen 18-66 år med en etnisk dansk gruppe som referencegruppe. De syv største indvandrergrupper i Danmark udgøres af indvandrere med oprindelse i Ex-Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet, heraf deltog efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan i alderen 18-36 år ligeledes i undersøgelsen. Sundhedsprofilen for etniske minoriteter i Danmark er udført af et partnerskab mellem en række kommuner og regioner forankret i Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og er den hidtil største danske undersøgelse af etniske minoriteters sundhed med 4.952 deltagende respondenter (Singhammer m.fl. 2008:14-19). Overordnet set er resultatet af denne undersøgelse, at etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande har dårligere sundhed sammenlignet med etniske danskere. Det er netop dette forhold, der danner grundlaget og interessen for dette speciale, eftersom jeg finder det interessant at belyse, hvilke faktorer der har indflydelse på de etniske minoriteters sundhed.

Nærværende kapitel vil introducere specialets fokusområde, som lægger op til en undersøgelse af sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed. Det overordnede formål med undersøgelsen vil være, at sætte fokus på etnicitet som forklaringsmekanisme, eftersom jeg ønsker at undersøge, hvorvidt graden af integration og herunder sociale forskelle kan figurere som en del af forklaringen på den sundhedsmæssige forskel, der eksisterer blandt etniske minoriteter og etniske danskere. Den følgende introduktion til specialets problemformulering vil indledningsvist beskrive den historiske udvikling i antallet af etniske minoriteter i Danmark, samt beskrive hvorledes etniske minoriteters sundhedsforhold adskiller sig fra etniske danskere. Dernæst vil sundhedsfremme og forebyggelse blive beskrevet, herunder blandt

andet i henhold til hvilke faktorer, der påvirker folkesundheden generelt, hvorefter der vil forekomme en behandling af integrationsbegrebet generelt såvel som i en dansk kontekst. Inden problemformuleringen afslutningsvist præsenteres, vil der forekomme en gennemgang af tidligere danske undersøgelser omhandlende etniske minoriteters sundhed.

1.1 Etniske minoriteter

Etniske minoriteter udgør en stigende andel af den danske befolkning. Der er med etniske minoriteter tale om grupper, som ofte kommer fra kulturer, der skiller sig ud fra den danske kultur, herunder eksempelvis i forhold til den danske opfattelse af sygdomsrisici. Disse forhold medfører nye udfordringer for det danske sundhedssystem såvel som det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der i højere grad må søge at inddrage multikulturelle tankegange i det daglige arbejde.

En entydig definition af begrebet *etnisk minoritet* er ikke tilgængelig. Det er dog tilfældet, at en stor del af de tidligere brugte definitioner af begrebet tager udgangspunkt i de samme elementer, der fokuserer på, at der er tale om en social gruppe, der af sig selv og/eller af andre opleves som forskellig fra majoritetsbefolkningen på baggrund af karakteristika som sprog, kost, religion, oprindelsesland og fysiske træk (Hansen 2007:447).

Desuden skelnes der i dette speciale overordnet set mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Etniske danskere defineres på baggrund af Danmarks Statistiks definition, hvor en *dansker* defineres som en person, hvor mindst en af forældrene er født i Danmark og har dansk statsborgerskab. Etniske minoriteter dækker over indvandrere og efterkommere, som ligeledes defineres på baggrund af Danmarks Statistiks definition. En person defineres som *indvandrer* i tilfælde, hvor personen er født udenfor Danmark, mens det gør sig gældende for personens forældre, at begge er født udenfor Danmark eller har udenlandsk statsborgerskab. Personer der er født i Danmark, og hvor begge forældre er født i udlandet eller begge forældre har udenlandsk statsborgerskab defineres som *efterkommere* (Danmarks Statistik 2008:14). Det skal i den henseende nævnes, at analysen i denne undersøgelse af metodiske årsager udelukkende vil inddrage indvandrere, hvilket uddybes i "Kapitel 5: Metode".

1.1.1 Historisk udvikling

Siden slutningen af 1960'erne er der sket en stigning i antallet af indvandrere i Danmark. Samtidig skete der i denne periode et skift i forhold til, hvilke lande indvandrerne kom fra. I slutningen af 1960'erne begyndte indvandringen nemlig, at komme fra lande Danmark ikke tidligere havde modtaget indvandrere fra, og derudover var det tilfældet, at meget færre af disse "nye" indvandrere vendte tilbage til deres hjemland. Der indtraf dermed en stigning i antallet af udenlandske statsborgere i Danmark efter 1960'erne, hvor de i 1960 udgjorde mindre end en procent af befolkningen (Matthiessen 2004:65-67). Megen af den indvandring der forekom i slutningen af 1960'erne skyldtes højkonjunktur i Vesteuropa, hvilket medførte mangel på arbejdskraft. Eftersom højkonjunktoren var gældende for hele Vesteuropa måtte den nødvendige arbejdskraft komme fra lande, som Danmark ikke tidligere havde modtaget indvandrere fra. Der var først og fremmest tale om indvandrere fra det tidligere Jugoslavien, Tyrkiet og Pakistan. Dermed er den ene af årsagerne til stigningen i antallet af udenlandske statsborgere i Danmark gæstearbejde, mens en anden årsag hertil er flygtninge. Antallet af indvandrere og efterkommere i Danmark er steget kraftigt siden 1980'erne, hvilket blandt andet skyldes flygtninge, hvor urolighederne i Sri Lanka, krigen mellem Iran og Irak og borgerkrigen i Libanon kan nævnes som eksempler på brændpunkterne rundt om i verden, hvor mennesker har været nødsaget til at flygte fra (Matthiesen 2004:67-71).

Der er altså sket en udvikling i antallet af indvandrere og efterkommere i Danmark gennem en årrække, hvor antallet især er steget siden 1980'erne. Antallet af indvandrere og efterkommere udgjorde pr. 1. januar 2008 9,1 % af den danske befolkning, hvoraf 6,9 % heraf er indvandrere og heraf kommer to ud af tre fra ikke-vestlige lande. Tyrkiet er desuden det land, hvor flest, både indvandrere og efterkommere, har oprindelse i (Danmarks Statistik 2008:7).

Der fokuseres i denne undersøgelse på sundhedsforhold blandt ikke-vestlige indvandrere i Danmark. For det første udgør de ikke-vestlige etniske minoriteter den største andel af indvandrere og efterkommere i Danmark, eftersom to ud af tre kommer fra ikke-vestlige lande. Dernæst formodes der, at være større forskel i sundheds- og sygdomsforhold blandt ikke-vestlige etniske minoriteter og etniske danskere, eftersom der umiddelbart er større kulturelle forskelle i forhold til etniske danskere blandt ikke-vestlige etniske minoriteter end blandt vestlige etniske minoriteter. Derfor omfatter begrebet etnisk minoritet i denne undersøgelse udelukkende ikke-vestlige indvandrere.

1.1.2 Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark

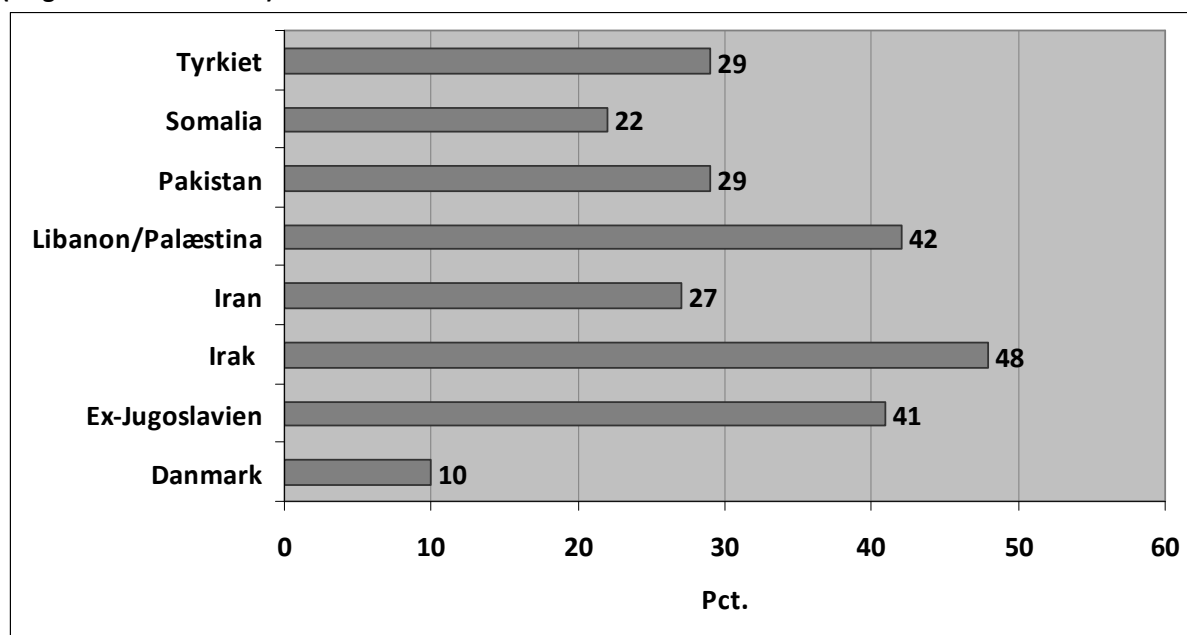
Eksisterende undersøgelser viser, at der er tale om forskellige sundheds- og sygdomsmønstre blandt etniske minoriteter sammenholdt med etniske danskere (Singhammer m.fl. 2008, Ingerslev 2000, Folmann & Jørgensen 2006). Etniske minoriteter har, med undtagelse af vietnamesere, samlet set flere sygehuskontakter samt flere sygesikringskontakter og samtidig flere sygehus- og sygesikringsomkostninger sammenholdt med etniske danskere (Folmann & Jørgensen 2006). Samtidig tegner der sig et anderledes sygdomsbillede for etniske minoriteter end for etniske danskere, hvor der på flere områder er forskelle mellem indvandrere og danskeres sundhedsforhold (Ingerslev 2000:248-250).

Udgangspunktet og interessen for dette speciale tager, som tidligere nævnt, afsæt i sundhedsprofilen; "Etniske minoriteters sundhed" (Singhammer m.fl. 2008). På baggrund af sundhedsprofilen kan det konstateres, at etniske minoriteter generelt set har en dårligere sundhedstilstand set i forhold til etniske danskere. I det følgende vil det med afsæt i sundhedsprofilen blive beskrevet, hvorledes denne forskel tager sig ud.

Selv vurderet helbred og langvarig sygdom

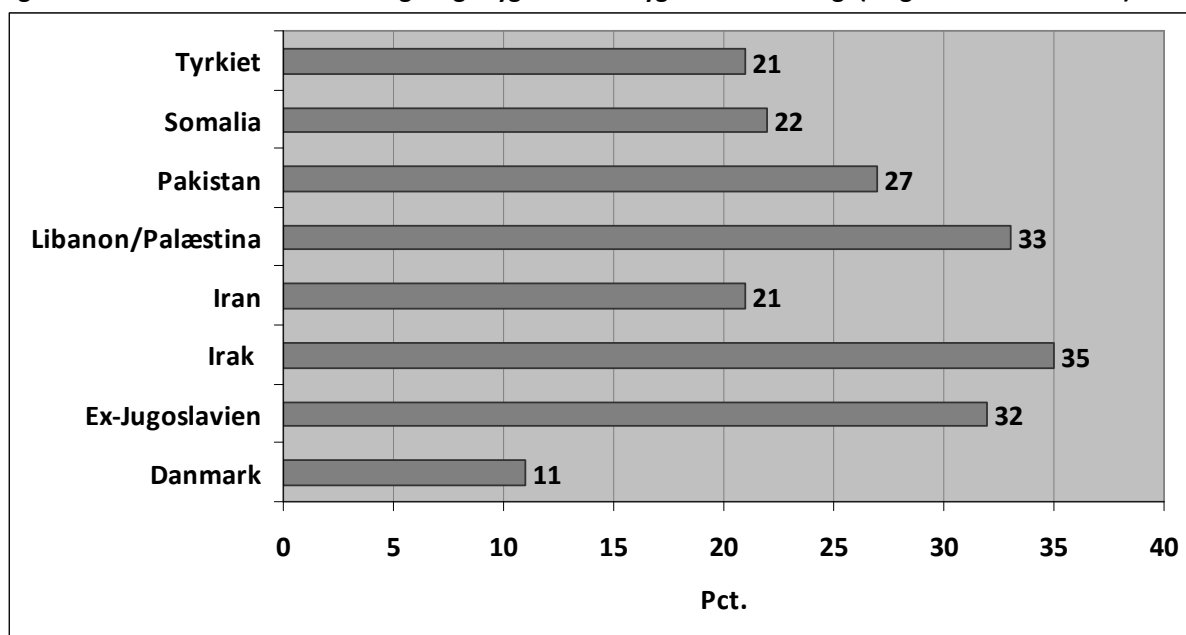
For samtlige syv indvandrergrupper gør det sig gældende, at andelen med dårligt selv vurderet helbred er signifikant højere sammenlignet med etniske danskere, hvilket fremgår af figur 1. 22-48 % af indvandrerne vurderer eget helbred som dårligt mens dette er tilfældet for 10 % blandt etniske danskere. Den højeste andel med dårligt selv vurderet helbred (48 %) findes blandt de irakiske indvandrere (Singhammer m.fl. 2008:26-29).

Figur 1: Andel med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred blandt indvandrere fordelt på oprindelsesland. (Singhammer m.fl. 2008)



Sundhedsprofilen viser desuden, at der i samtlige indvandrergrupper er en større andel med langvarig sygdom sammenholdt med andelen blandt etniske danskere. En langvarig sygdom karakteriseres som en sygdom, der har varet eller forventes at vare minimum seks måneder. I forhold til forskellen mellem de etniske minoritetsgrupper og etniske danskere i henhold til langvarig sygdom forekommer den største forskel ved følgende sygdomme; allergi, diabetes, forhøjet blodtryk, hjerteproblemer, kronisk bronkitis, slidgigt, knogleskørhed, mavesår, migræne, forbigående psykisk sygdom og rygsygdom (Singhammer 2008 m.fl.:30-33). I forlængelse heraf skal det nævnes, at 21-35 % af de etniske minoriteter rapporterer om tre eller flere langvarige sygdomme, hvilket er tilfældet for 11 % af de etniske danskere, jævnfør figur 2. Det vil altså sige, at der forekommer en større sygdomsbelastning blandt etniske minoriteter sammenholdt med etniske danskere (Singhammer 2008 m.fl.:44-46).

Figur 2: Andel med tre eller flere langvarige sygdomme – sygdomsbelastning. (Singhammer m.fl. 2008)



Sundhedsadfærd

I sundhedsprofilen belyses indvandrernes sundhedsadfærd på baggrund af følgende faktorer; rygning, sukkerindtag gennem søde drikke og brug af sukker i te/kaffe, fysisk aktivitet og overvægt.

Blandt de etniske danskere er andelen af personer, der ryger dagligt 25 %. Signifikant flere personer blandt indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet ryger dagligt sammenlignet med etniske danskere. Blandt disse indvandrergrupper udgør andelen af rygere 33-40 %. Derudover forekommer der blandt efterkommere fra Tyrkiet i alderen 18-39 år 43 %, som ryger dagligt, hvilket er tilfældet for 21 % af danskerne i samme aldersgruppe (Singhammer 2008a:52-54). Sukkerindtaget er generelt set højere blandt de etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere. Som eksemplificering heraf bruger 39-66 % af indvandrerne fra de syv indvandrergrupper dagligt sukker i te/kaffe, hvilket er tilfældet for 11 % af de etniske danskere (Singhammer 2008a:58-63). I forhold til motion forekommer der en større andel blandt de etniske minoriteter, som ikke dyrker ret meget motion. 32-44 % af indvandrere fra Libanon/Palæstina, Iran, Pakistan og Irak går højst 30 minutter om dagen, hvilket er tilfældet for 24 % af danskerne. Samtidig dyrker 36-62 % blandt samtlige etniske minoritetsgrupper motion højst en gang om ugen. Dette forhold gør sig gældende for 25 % af de etniske danskere, hvilket betyder, at færre etniske minoriteter dyrker motion sammenholdt med etniske danskere (Singhammer 2008a:64-70).

Den sidste faktor i henhold til sundhedsadfærd; overvægt er hyppigere præsenteret blandt personer fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina, Pakistan, Irak og Tyrkiet, hvor 17-23 % er svært overvægtige, sammenlignet med etniske danskere, hvor andelen af svært overvægtige er 11 % (Singhammer 2008a:73).

På baggrund af ovenstående gennemgang af hovedtrækkene i sundhedsprofilens resultater kan det konstateres, at etniske minoriteter overordnet set har en dårligere sundhed sammenlignet med etniske danskere set ud fra de beskrevne faktorer. Denne forskel gør sig imidlertid ikke i lige høj grad gældende indenfor samtlige etniske minoritetsgrupper, hvilket understreger, at det er væsentligt at skelne mellem de enkelte grupper. På samme vis som der formodes at forekomme kulturelle forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere, må det ligeledes formodes, at der forekommer sådanne forskelle de enkelte etniske minoritetsgrupper imellem i større eller mindre grad, hvilket er essentielt at være opmærksom på blandt andet i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende tiltag rettet mod etniske minoriteter. I det følgende beskrives sundhedsfremme og forebyggelse, samt den fokus der har været herpå de seneste årtier. Samtidig vil det blive beskrevet, hvilke faktorer der overordnet set influerer sundhedstilstanden.

1.2 Sundhedsfremme og forebyggelse

Som nævnt indledningsvist har sundhedsfremme og forebyggelse de seneste årtier fået en central plads på den politiske dagsorden i Danmark. Overordnet set handler sundhedsfremme og forebyggelse om, at fremme befolkningens sundhedstilstand såvel som forebyggelse af diverse sygdomme, herunder eksempelvis livsstilssygdomme. Sundhedsbegrebet er imidlertid ikke et entydigt begreb. Den mest udbredte definition af sundhed er WHO's klassiske definition, hvor sundhed betragtes som en tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social velvære. Sundhed er dermed mere end blot fraværet af sygdom, og sundhedsbegrebet lægger op til at skelne mellem netop sundhedsfremme og forebyggelse (Iversen 2002:278; Kamper-Jørgensen & Almind 2003:17).

Mens forebyggelse er centreret omkring at fjerne/undgå sygdom og ubehag, relaterer sundhedsfremme sig til den mere positive side af sundhedsbegrebet, som ikke udelukkende handler om forebyggelse, men ligeledes ønsker at øge den positive sundhed. Forebyggelse er alle former for indsatser, der har til formål at undgå, at sygdom overhovedet opstår. Sundhedsfremme er en proces, der sigter mod, at gøre alle individer både individuelt og kollektivt i stand til at kontrollere faktorer,

der har betydning for deres sundhed, og derigennem forbedre deres sundhed. På det individuelle niveau er der i den forbindelse tale om sundhedsrelateret adfærd som livsstilsvaner og brug af sundhedsvæsenet, mens der på det kollektive niveau er tale om sociale, økonomiske og kulturelle forhold, som spiller en rolle for den enkeltes muligheder for at leve sundt. Dermed forekommer *empowerment* som et centralt begreb i forhold til sundhedsfremmetankegangen, eftersom der ved empowerment forstås bestræbelser på, at styrke det enkelte individs eller gruppes handlekompetencer og handlemuligheder – i denne sammenhæng i forhold at øge egen sundhed (Iversen 2002:278-283).

Ved i højere grad at være bekendt med, hvorledes sundhedstilstanden blandt de etniske minoriteter i Danmark tager sig ud, vil det i højere grad være muligt at målrette sundhedsfremmende og forebyggende kampagner, så de henvender sig til hele befolkningens behov. I den henseende er det imidlertid væsentligt at være opmærksom på forhold som kommunikationsbarrierer, der kan være en af årsagerne til den dårligere sundhed blandt etniske minoriteter, eftersom der kan være tilfælde hvor det danske sprog ikke mestres, og kampagnerne derfor ikke når ud til målgruppen (Mygind m.fl. 2006).

I forhold til sundhedsfremme og forebyggelse er der fra politisk side udformet diverse forebyggelsesprogrammer. Den danske regering tilsluttede sig i 1984 principperne i WHO's sundhedsstrategi "*Sundhed for alle år 2000*", hvor fokusområderne var et længere liv, et sundere liv, et rigere liv samt bekæmpelse af ulighed i sundhed. Intentionen bag denne sundhedsstrategi var, at der skulle forekomme lige vilkår for alle samfundsgrupper i forhold til opnåelse af sundhed (Kamper-Jørgensen & Almind 2003). I 2002 udgav den danske regering det tredje danske folkesundhedsprogram "*Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*", hvor betydningen af sundhedsfremme og forebyggelse betones. Det overordnede mål for det danske forebyggelsesprogram er *flere gode leveår for alle*. Med denne målsætning sættes der fokus på tre områder (Regeringen 2002:5-9):

1. Middellevetiden skal øges markant
2. Antallet af år med god livskvalitet skal øges
3. Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres

Der er altså fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i det moderne samfund, hvor der særligt fokuseres på, at sundhed skal være tilgængeligt for alle befolkningsgrupper. Det skal i den henseende nævnes, at etniske minoriteters sundhed ikke indgår som et særligt mål i Regeringens folkesundhedsprogram, hvilket ydermere vidner om det sparsomme fokus på etniske minoriteter i forhold til folkesundheden i Danmark.

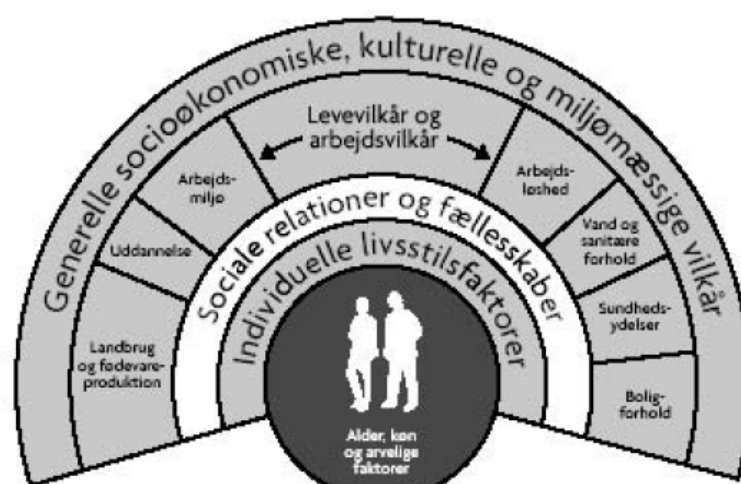
Den sociale ulighed i sundhed er en kendsgerning og et af fokusområderne for den danske forskning i sundhed og sygdom. Ifølge Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 er der klare kønsforskelle i forhold til danskernes sundheds- og sygelighedstilstand samt klare sociale forskelle i den danske befolknings sundhedsadfærd, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet (Ekholm m.fl. 2006:15). Overordnet set handler den sociale ulighed i sundhed om, at der statistisk set er en stærk sammenhæng mellem helbredstilstanden og forhold som uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst (Oberländer 2006:189). På den vis gør det sig gældende, at lave socialgruppers sundhed er dårligere sammenlignet med høje socialgrupper. Det kunne altså være essentielt at undersøge, hvorvidt dette forhold ligeledes gør sig gældende for etniske minoriteter i Danmark, og dermed kan figurere som en del af forklaringen på de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

1.2.1 Hvad påvirker sundheden?

Som det fremgår af sundhedsfremmetankegangen påvirker det individuelle såvel som det kollektive niveau individets sundhedstilstand.

Figur 3 illustrerer, hvorledes sundhed og sygdom kan ses som et resultat af en række indbyrdes afhængige årsager. På baggrund af figuren kan det konstateres, at livsstil både afhænger af faktorer tæt på individet, som omfatter arvelig disposition, biologiske risikofaktorer og personlige livserfaringer, samt faktorer længere fra individet, som er relateret til levevilkårene, herunder eksempelvis uddannelse og arbejdsmiljø, som yderligere påvirkes af den måde, hvorpå samfundet er organiseret i form af socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår (Juel m.fl. 2006).

Figur 3: Faktorer som påvirker sundhed og sygdom (Juel m.fl. 2006:52).



Det er altså en kendsgerning, at andre forhold end udviklingen i sygelighed og forebyggelse er af betydning for den samlede udvikling i folkesundheden. Folkesundheden påvirkes nemlig af både generelle levevilkår (socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår) samt mere specifikke levevilkår (arbejdsforhold, boligforhold, uddannelsesforhold) (Juel m.fl. 2006).

Det vil altså sige, at et individs sundhedstilstand påvirkes af, hvilke levevilkår der gør sig gældende for det pågældende individ. Dette vidner med andre ord om, at der er tale om social ulighed i sundhed, der på den ene side er arveligt disponeret mens det på den anden side handler om de vilkår individet lever under i form af blandt andet sociale og kulturelle faktorer. I den optik må det formodes, at en del af forskellen i sundhed blandt etniske minoriteter og etniske danskere kan forklares af sådanne faktorer. I forlængelse heraf påpeger flere studier, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten muligvis kan forklare en stor del af helbredsforskellene mellem etniske minoriteter og majoriteten, mens etnicitet i denne forbindelse forklarer en mindre del (Mygind m.fl. 2006:10). Dette speciale vil fokusere på netop sociale faktorer i forhold til etniske minoriteters sundhed, hvor integration vil være central, eftersom integration blandt andet handler om uddannelsesforhold, arbejdsmarkedstilknnytning og indkomst. I det følgende vil integrationsbegrebet blive introduceret.

1.3 Integration

I dette afsnit vil det blive beskrevet, hvorledes integration generelt set defineres og præciseres. Der er imidlertid ikke tale om et entydigt begreb, men derimod et omdiskuteret og i høj grad politisk præget begreb, hvilket er essentielt at være opmærksom på.

På den ene side betegner integration det enkelte individ eller den enkelte gruppes position i forhold til samfundet, og på den anden side betegner integration et samfunds sammenhængskraft (Christiansen & Schmidt 2002:8). Hertil skal det præciseres, at integration i henhold til etniske minoriteter kan finde sted i form af tildeling af formelle rettigheder og i form af deltagelse i økonomiske, sociale og kulturelle aktiviteter. Ved integrering opnår den etniske minoritetskultur ligestilling med majoritetskulturen, hvor etniske minoriteter fortsat har ret til at bevare deres respektive kulturer (Christiansen 2004:299). I henhold til etnisk ligestilling skelnes der i integrationsforskningen desuden mellem integration, assimilation og segregation, hvor integration netop henviser til en tilstand af ligestilling mellem de etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen - "fælleskultur" - hvor etniske minoriteter bevarer visse kulturtræk. Som modpoler med integration i midten er segregation og assimilation at finde. Segregation indebærer, at etniske minoriteter bevarer hele deres kultur, og dermed en total adskillelse mellem etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen. I modsætning hertil fordrer assimilation en fuldstændig opgivelse af minoritetskulturen, og dermed en fuldstændig adoption af majoritetskulturen (Hamburger 1989:27-29).

I relation til ligestilling mellem etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen må opnåelse af fulde politiske, juridiske og økonomiske rettigheder anses som en forudsætning for, at etniske minoriteter kan forventes at deltage, i samme grad som den øvrige befolkning, på forskellige områder, som uddannelse, arbejde og foreningsliv, og dermed opnåelse af social integration. Integration kan desuden forstås som etniske minoriteters vertikale eller sociale mobilitet i modtagerlandet (Christiansen 2004:299-300). I den forbindelse er der for nogle etniske minoritetsgrupper tale om en høj grad af social mobilitet og dermed forholdsvis hurtig integration i form af uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning osv., mens der for andre etniske minoritetsgrupper er tale om en lav grad af social mobilitet.

Den sociologiske teori omhandlende integration er særligt centreret omkring social integration (Zeuner m.fl. 1998). Betegnelsen *social integration* blev introduceret af den engelske sociolog David

Lockwood, som prægede den sociologiske tænkning omkring integration ved at indføre en skelnen mellem systemintegration og social integration (Zeuner 1997:200). Denne skelnen er blevet videreført af flere sociologiske teoretikere, herunder eksempelvis Jürgen Habermas og Anthony Giddens (Zeuner 1997;Zeuner m.fl. 1998). Social integration omhandler individers kollektive handlinger og samværsformer og betegner en tilstand, hvor der er fredelige relationer mellem mennesker og vedrører forholdet mellem sociale grupperinger, herunder eksempelvis etniske minoriteter (Ejrnæs 2004:266-268). Dette forhold eksemplificerer det faktum, at graden af integration påvirker et samfunds sammenhængskraft. Som tidligere nævnt fordrer integration ligestilling mellem etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen, hvor de etniske minoriteter bevarer egne kulturelle karakteristika og på den måde opretholder dele af deres oprindelige kultur. Dette forhold kan benævnes kulturel integration, hvor resultatet er et multikulturelt samfund, hvor majoritetsbefolkningen og de etniske minoriteter etablerer en kontakt samt en fælleskulturel basis med fælles grundlæggende værdier og normer. Den sociale integration lægger derimod i højere grad vægt på økonomiske og sociale forhold som eksempelvis deltagelse og rettigheder på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet og i det politiske system (Bonnerup 2001:60-61). Systemintegration omhandler civile, sociale og politiske rettigheder samt mindretallets økonomiske og sociale placering i samfundet (Ejrnæs 2004:266-268)).

1.3.1 Integration i en dansk kontekst

Integration i henhold til etniske minoriteter er en proces, der i det moderne samfund er stor fokus på. I en dansk sammenhæng er der ikke tale om et neutralt begreb, der betegner et mål og en proces, når man taler om integration blandt etniske minoriteter. Der er snarere tale om et ideologisk eller værdiladet begreb, hvilket netop gør det vanskeligt entydigt at definere, hvad der forstås ved integration. I takt med den stigende indvandring i Danmark er fokus på integrationsmæssige forhold omkring etniske minoriteter øget, og i slutningen af 1990'erne udkom den første danske integrationslov, som specifikt retter sig mod etniske minoriteter i det danske samfund. Udgangspunktet for integrationsloven var at begrænse indvandringen af personer med anden etnisk baggrund end dansk, at være parat til at modtage de flygtninge Danmark er internationalt forpligtiget til samt at styrke integrationsindsatsen (Christiansen & Schmidt 2002:12). Den nuværende danske integrationslovs overordnede sigte er, at sikre nyankomne udlændinge mulighed for at udnytte deres evner og ressourcer med henblik på at blive deltagende og ydende borgere på lige fod med samfundets øvrige borgere. Dette forhold søges opnået ved at:

1. bidrage til, at nyankomne udlændinge sikres mulighed for deltagelse på lige fod med andre borgere i samfundets politiske, økonomiske, arbejdsmæssige, sociale, religiøse og kulturelle liv,
2. bidrage til, at nyankomne udlændinge hurtigst muligt bliver selvforsørgende gennem beskæftigelse, samt
3. bibringe den enkelte udlænding en forståelse for det danske samfunds grundlæggende værdier og normer (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2003:1-2).

De første politiske bestræbelser på at definere en samlet dansk indvandrerpolitik blev gjort i begyndelsen af 1980'erne, og siden har integration været målsætningen, processen og midlet for de etniske minoriteters tilstedeværelse i det danske samfund. Ud fra en bred politisk og samfundsmæssig enighed er det hensigten, at etniske minoriteter skal kunne indgå på boligmarkedet, på arbejdsmarkedet, i kulturlivet, i det politiske liv osv. på samme niveau som etniske danskere, hvilket illustrerer en integrationsforståelse, som fordrer lighed mellem etniske danskere og etniske minoriteter (Hamburger 1997:136). Samtidig er en dominerende tankegang i forhold til integration i det moderne samfund, at der fordres en spredning af etniske minoriteter til områder i Danmark, hvor der i forvejen kun er få eller ingen med samme etniske minoritetsbaggrund, hvilket anses som en metode til at fremme integrationsprocessen (Christiansen 2004:299). Eftersom etniske minoriteter kommer fra samfund, hvis kulturelle, politiske og socioøkonomiske strukturer adskiller sig fra de danske, udgør etniske danskere og etniske minoriteter naturligt forskellige enheder/grupper, der forventes ikke at kunne fungere sammen. Overordnet set refererer det generelle integrationsbegreb til en situation, hvor det tilstræbes at få to eller flere tilsyneladende forskellige størrelser til at kunne fungere indenfor samme rum, eksempelvis det danske samfund (Hamburger 1997:135-136).

Dette speciale vil belyse, hvorvidt faktorer, der indikerer etniske minoritetsgruppers integrationsmæssige placering i det danske samfund, har indflydelse på etniske minoriteters sundhed og dermed på den forskel, der eksisterer mellem etniske minoriteter og etniske danskere i forhold til sundhed. Der fokuseres i den henseende ligeledes på sociale forholds indflydelse på etniske minoriteters sundhed, eftersom det forekommer interessant at belyse, hvorvidt integration og herunder sociale forhold, som eksempelvis uddannelse og arbejdsmarkeds-tilknytning, netop udgør en mulig forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

1.4 Eksisterende undersøgelser om etniske minoriteters sundhed

Som tidligere nævnt er etniske minoriteters sundhed et emne, der er relativt sparsomt belyst i den danske sundhedsforskning, hvor etniske minoriteters sundhed først for alvor kom på dagsordenen efter årtusindeskiftet (Ingerslev 2000). Den hidtil største danske undersøgelse omhandlende etniske minoriteters sundhed er sundhedsprofilen "*Etniske minoriteters sundhed*", der udgør dette speciales empiri, hvor 4.952 personer deltog i undersøgelsen. Sundhedsprofilens fokus er at kortlægge de syv største etniske minoritetsgruppers sundhed og sammenligne med etniske danskeres sundhedsforhold (Singhammer m.fl. 2008). Dette afsnit vil være centreret omkring, at præsentere nogle af de danske studier omhandlende netop etniske minoriteters sundhed, og dermed beskrive, hvorledes specialets fokus skiller sig ud fra tidligere undersøgelser på området.

Ovennævnte undersøgelse "*Etniske minoriteters sundhed*" viser, at der forekommer sundheds- og sygdomsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Imellem de enkelte etniske grupper er der ligeledes forskelle. Resultaterne for sundhedsprofilen er justeret for forskelle i køn og alder og ikke for sociale forhold, uddannelse eller lignende (Singhammer m.fl. 2008).

Følgende danske undersøgelse omhandlende etniske minoriteters helbred har imidlertid taget højde for sociale forhold. Der er tale om et registerstudie; "*Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet*" (Folmann & Jørgensen 2006) udarbejdet af Nanna Bro Folmann og Torben Jørgensen for Sundhedsstyrelsen. Denne undersøgelses formål er, at belyse forbruget af sundhedsydelser i form af kontakter til sygehus og almen praksis, sygehus- og sygesikringsudgifter samt sygehuskontakter og lægemiddelforbrug inden for en række kroniske sygdomme. Målgruppen for undersøgelsen er danskere samt de ni største etniske minoritetsgrupper fra ikke-vestlige lande; tyrkere, ex-jugoslavere, pakistanere, iranere, irakere, libanesere, somaliere, marokkanere og vietnamesere. Undersøgelsen viser tydelige forskelle mellem de etniske grupper samt mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Den væsentligste forskel blandt etniske danskere og etniske minoriteter er at finde i forhold til type 2 diabetes, hvor de etniske minoriteter generelt set har flere sygehuskontakter end danskere. Der er i henhold til type 2 diabetes samt hjerte-kar-sygdomme justeret for sociale forskelle. Resultaterne heraf viser, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere kan forklare en del af forskellen i sygehuskontakter. Det er imidlertid, ifølge Folmann og Jørgensen, tilfældet, at forholdet mellem etnicitet, sociale forhold og sygdom er komplekst, og der lægges i undersøgelsen op til, at dette er et forhold, som bør undersøges nærmere (Folmann & Jørgensen 2006:4-5).

Dernæst har Statens Institut for Folkesundhed udarbejdet et arbejdsrapport omhandlende etniske minoriteters sundhed på baggrund af SUSY 2005. Der er i den forbindelse tale om en undersøgelse, hvor 9.901 etniske danskere og 136 ikke-vestlige indvandrere har besvaret spørgeskemaet omhandlende sundhed og sygdom. I undersøgelsen skelnes der mellem ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere. Undersøgelsen viser, at der er signifikant flere blandt ikke-vestlige indvandrere, der har dårligt selv vurderet helbred samt ofte/af og til føler sig stressede i deres hverdag sammenlignet med etniske danskere. Derudover er der ifølge denne undersøgelse udelukkende få sygdomme, hvor der er forskel i forekomsten mellem ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere. Disse sygdomme udgøres af migræne/hyppig hovedpine, kronisk angst/depression, sukkersyge/diabetes samt anden psykisk lidelse. I forhold til sociale relationer viser undersøgelsen, at der er signifikant flere blandt ikke-vestlige indvandrere, som ikke kan regne med hjælp fra andre samt ofte er uønsket alene sammenlignet med etniske danskere. Resultaterne for denne undersøgelse er justeret for forskelle i køn, alder og erhvervsdeltagelse (Hansen & Kjølner 2007).

Den danske litteratur omkring etniske minoriteters sundhed er primært karakteriseret ved en kortlægning af, hvorledes forholdene tager sig ud blandt etniske minoriteter. Der har ikke i så høj grad været fokus på, at undersøge hvilke forhold, der kan være forklaringsmekanisme til forskellen i helbred blandt etniske minoriteter og etniske danskere, hvilket ligeledes bliver nævnt, som et potentielt fokusområde i flere af publikationerne, herunder eksempelvis Statens Institut for Folkesundheds arbejdsnotat om etniske minoriteters sundhed (Hansen & Kjølner 2007). De ovenfor nævnte undersøgelser varierer desuden i resultaterne, hvilket kan være forårsaget af de forskellige justeringer.

En svensk undersøgelse fra 2001, omhandlende netop selvrapporteret helbred blandt befolkningen i Malmö, viser ligeledes, at der er større risiko for dårligt selv vurderet helbred blandt etniske minoriteter sammenlignet med majoritetsbefolkningen, hvilket ikke ændres ved inddragelse af køn, alder og uddannelsesniveau i analyserne. Derimod er der i denne undersøgelse ligeledes justeret for forskelle i socialt netværk, social støtte og økonomi, hvilket bevirker, at forskellene i selvrapporteret helbred reduceres. Det betyder altså, at disse forhold kan forklare en del af det dårlige helbred blandt etniske minoriteter i Malmö (Lindström m.fl. 2001).

Netop det faktum, at socialt netværk, social støtte og økonomi kan forklare en del af det dårlige selv vurderede helbred blandt etniske minoriteter i Malmö er essentielt i forhold til dette speciales

problemfelt, eftersom det netop ønskes at undersøge integrationsmæssige faktorer i forhold til etniske minoriteters sundhed samt integration som en mulig forklaringsmekanisme i forhold til etniske minoriteters sundhedstilstand. På den måde er det hensigten med dette speciale, at viderebygge på den kendsgerning, at der forekommer sundhedsmæssige forskelle mellem etniske danskere og etniske minoriteter. Dette forhold belyses i et integrationsmæssigt perspektiv i nærværende speciale.

1.5 Problemformulering

Dette speciale tager altså udgangspunkt i det faktum, at der eksisterer sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Derudover har der ikke i særlig høj grad været fokus på mulige forklaringer på forskellen i sundhed såvel som på hvilke faktorer, der påvirker etniske minoriteters sundhed. På baggrund af dette forhold samt de ovenstående afsnit vil specialet være centreret omkring følgende problemformulering:

”Hvorledes har integrationsmæssige faktorer indflydelse på etniske minoriteters sundhed, og kan integration fungere som forklaringsmekanisme i forhold til de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere?”

Problemformuleringen lægger for det første op til en deskriptiv kortlægning af de integrationsmæssige faktors indflydelse på etniske minoriteters sundhed generelt, hvor *hvorledes* indikerer, at der foreligger en forskel i sundhed blandt etniske minoriteter alt efter hvilken integrationsmæssig placering, der gør sig gældende. Derudover ligger der et komparativt perspektiv i problemformuleringen, hvor det centrale er at undersøge og vurdere, hvorvidt integration har forklaringskraft i forhold til de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere. På den vis vil jeg forsøge at gøre op med etnicitetstankegangen, og undersøge hvorvidt forskellen i sundhed blandt etniske minoritetsgrupper og etniske danskere nærmere kan forklares med forskelle i sociale forhold end forskelle i etnicitet. Undersøgelsen af problemformuleringen vil hovedsageligt være af empirisk karakter, hvor jeg gennem statistiske metoder vil afdække, hvorledes integration og herunder sociale forhold har indflydelse på etniske minoriteters sundhedstilstand. Specialet vil dermed metodisk være af kvantitativ karakter. Afslutningsvist vil der indgå teoretiske refleksioner i henhold til de empiriske resultater.

1.5.1 Begrebsafklaring

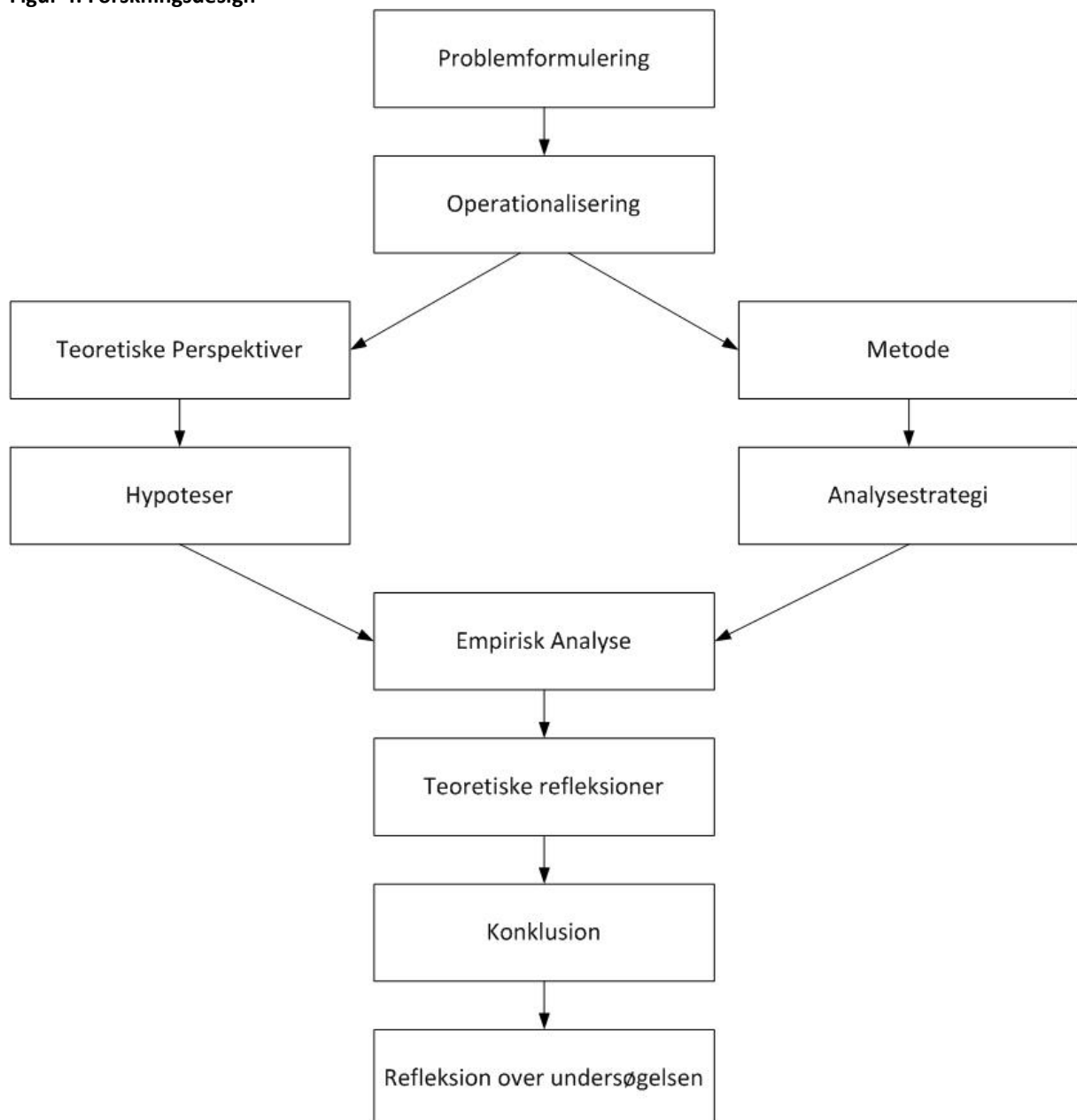
I det følgende vil jeg præcisere begreberne *sundhed* og *integration*, så det bliver klart, hvilke elementer de to størrelser indeholder i forhold til dette speciale.

Sundhed vil blive målt på baggrund af selv vurderet helbred, SF-12, som angiver fysisk og psykisk sundhed, BMI og fysisk aktivitet mens integration i henhold til problemformuleringen præciseres som sociale faktorer, der indikerer de etniske minoriteters deltagelse og placering i det danske samfund. Udgangspunktet for definitionen af integration er diverse litteratur, som definerer indholdet af integrationsbegrebet. I forhold til de etniske minoriteters integration er der flere faktorer, som generelt set gør sig gældende i de forskellige definitioner (Christiansen & Schmidt 2002; Bonnerup m.fl. 2001; Mikkelsen 2001). Indenrigsministeriet nedsatte i år 2000 en Tænk tank i forhold til udfordringerne for integrationsindsatsen i Danmark. Tænk tankens første udspil; "*Udlændinges integration i det danske samfund*" (Bonnerup m.fl. 2001), hvor der er opstillet mål for vellykket integration, er en af inspirationskilderne til præciseringen af dette speciales integrationsbegreb. Integration bliver i dette speciale målt på baggrund af følgende fem faktorer, som på hver sin måde har indflydelse på den sociale placering i samfundet; uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning, selvforsørgelse, dansk kundskaber og sociale relationer. Præciseringen og operationaliseringen af de to centrale begreber: sundhed og integration vil blive uddybet og begrundet i "Kapitel 3: Operationalisering". I det følgende kapitel vil specialets forskningsdesign blive præsenteret.

Kapitel 2: Forskningsdesign

I dette kapitel præsenteres specialets forskningsdesign, som illustrer undersøgelsens opbygning og struktur, jævnfør figur 4.

Figur 4: Forskningsdesign



Af figur 4 fremgår forskningsdesignet, hvoraf det fremgår, at efter den foregående præsentation af undersøgelsens emnefelt og problemformulering vil der forekomme en operationalisering af

specialets centrale begreber. Gennem operationaliseringen vil der blive redegjort for, hvilke empiriske variable der vil måle de enkelte faktorer i analysen af etniske minoriteters sundhed i et integrationsmæssigt perspektiv. Dernæst vil specialets teoretiske perspektiver blive beskrevet, hvor hypoteser for undersøgelsens forventede udfald vil blive opstillet. Dernæst vil den metodiske ramme blive beskrevet, hvilket afsluttes med en præsentation af undersøgelsens analysestrategi. Derefter vil det være klart, hvorledes analysen er struktureret, samt hvilke forudgående teoretiske forventninger der er herom.

Analysen af specialets problemformulering vil overordnet set være opdelt i en empirisk samt en teoretisk analyse, hvortil det skal nævnes, at analysen hovedsageligt vil være af empirisk karakter. Herefter vil specialet blive afrundet gennem en konklusion, der sætter undersøgelsens resultater i et større perspektiv, herunder blandt andet i forhold til hvad resultaterne kan anvendes til i en større samfundsmæssig kontekst. Afslutningsvist i specialet vil jeg reflektere over undersøgelsens metodiske ramme i forhold til eventuelle metodiske begrænsninger.

Det vil altså sige, at dette speciales problemformulering undersøges gennem hypotesetest af teoretisk opstillede hypoteser. I den henseende er der tale om en epistemologisk tilgang, der tager afsæt i kritisk rationalismes opfattelse af videnskab og erkendelse. Den kritiske rationalismes ophavsmand Karl R. Popper (1902-1994) forholdte sig kritisk overfor den logiske positivisme samt det faktum, at der ved logisk positivisme arbejdes imod en endegyldig sandhed om virkeligheden, og dermed imod fuldstændig verificering af teorier/hypoteser. Ifølge kritisk rationalisme kan der ikke være tale om en endegyldig sandhed, eftersom et universelt udsagn aldrig kan erklæres for absolut sand. På den måde bliver det ultimative mål for kritisk rationalisme, at tilnærme sig sandheden gennem eliminering af fejlagtige teorier og hypoteser. Kritisk rationalisme søger i den henseende mod, at kunne acceptere eller forkaste teorier eller hypoteser. Forkastelse sker i det øjeblik, hvor der eksisterer en objektiv virkelighed, som hypotesen afviger fra (Koch 2004:82-87; Gilje & Grimen 2002:74-87).

Det faktum, at erkendelsen af virkeligheden, ifølge kritiske rationalister, tilnærmer sig den objektive sandhed frem for en absolut sandhed herom er essentielt i forhold til dette speciale, eftersom jeg netop er af den overbevisning, at det ikke er muligt, at definere en endegyldig løsning på et opstillet problem uden at have kendskab til samtlige facetter i problemet. På den vis forventer jeg gennem dette speciale, at kunne bidrage med aktuel viden nærmere end endegyldige sandheder, omkring

integrationsmæssige faktorerers indflydelse på etniske minoriteters sundhed samt integrationsgradens indflydelse på forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

Kapitel 3: Operationalisering

Nærværende kapitel indeholder en operationalisering af dette speciales centrale begreber, der overordnet set udgøres af *integration* og *sundhed*. I "Kapitel 1: Indledning" blev det kort præsenteret, hvad der forstås ved de to overordnede begreber, hvilket vil blive uddybet i det følgende gennem en operationalisering af de enkelte faktorer i forhold til, hvilke empiriske variable der skal måle faktorerne.

Det er imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at dette speciale bygger på eksisterende empiri, som ikke er indsamlet specifikt til denne undersøgelses formål, hvilket bevirker, at definitionen af de centrale begreber er foretaget med empirien for øje.

3.1 Operationalisering af integrationsbegrebet

Integration præciseres i denne undersøgelse på baggrund af fem faktorer, som illustrerer et individs deltagelse i samfundet og dermed graden af integration. De fem faktorer udgøres af; *Uddannelse*, *Arbejdsmarkedstilknnytning*, *Selvforsøgelse*, *Danskkundskaber* og *Sociale relationer*.

Integrationens målsætning er, at skabe ligestilling mellem forskellige kulturer i det multikulturelle samfund, hvor de forskellige kulturer, etniciteter og nationaliteter har lige rettigheder og muligheder for at eksistere (Mikkelsen 2008:22-23). Integration er imidlertid, som tidligere nævnt, et begreb, der ikke defineres entydigt. En af forklaringer hertil er, at der i høj grad er tale om et politisk begreb, som anvendes og defineres ud fra politiske ideologier. Samtidig er der forskel på, hvorledes integration defineres alt efter hvilke faglige traditioner, der definerer begrebet (Emerek 2003). Med andre ord er integration en størrelse, der forekommer vanskelig at definere entydigt. Jeg har valgt at præcisere integration i forhold til denne undersøgelse med udgangspunkt i diverse litteratur omhandlende netop integration. Der forekommer en overordnet konsensus mellem de forskellige faglige traditioner om, at der er tale om tre overordnede integrationsmåder og strategier; *assimilation*, *integration* og *segregering*, som blev beskrevet i "Kapitel 1: Indledning" og hvorom det gælder, at *assimilation* og *segregering* er modsætninger, hvor *integration* placerer sig imellem. Mens *assimilation* handler om, at minoritetsgrupperne tvunget eller frivilligt bliver ligesom majoritetsgruppen, handler *segregering* om tvungen eller frivillig adskillelse, herunder eksempelvis *ghettoisering*. *Integration* handler derimod om gensidig tilpasning, hvor det flerkulturelle samfund er

målet. Charlotte Hamburger, som er en dansk forsker, der har beskæftiget sig med integrationsbegrebet, mener i den henseende, at det flerkulturelle samfund medfører ligestilling mellem de forskellige etniske minoritetsgrupper og majoriteten i form af, at de forskellige kulturer har lige ret til at eksistere (Emerek 2003:4-5). På den måde vil optimal integration give etniske minoriteter de samme muligheder som etniske danskere på eksempelvis arbejdsmarkedet, uddannelsesinstitutionerne, i det politiske liv samt i foreningslivet.

Baggrunden for integrationsindsatsen i Danmark er, at størstedelen af de etniske minoriteter i Danmark i dag har oprindelse i lande, som forekommer meget ulig Danmark set i forhold til demokratiopfattelse, generelt uddannelsesniveau, arbejdsmarked og arbejdsmarkedsdeltagelse, familiestruktur m.m. Disse forhold bevirker, at indvandrernes uddannelse, erfaringer, værdier og normer ikke betragtes som umiddelbart anvendelige i det danske samfund, hvilket er en udfordring for det danske velfærdssamfund. Dermed er løsningen på denne udfordring netop integration, og i Danmark er der i høj grad tale om en økonomisk tilgang til integration, hvor kodeordet er *selvforsørgelse*. Dette forhold skinner igennem i Tænk tankens¹ udgivelse *"Udlændinges integration i det danske samfund"* (Bonnerup m.fl. 2001), hvor grundlaget for vellykket integration handler om uddannelse, beskæftigelse og selvforsørgelse (Emerek 2003:4).

Denne undersøgelses præcisering af vellykket integration læner sig altså i høj grad op af den danske model, hvor uddannelse, beskæftigelse og selvforsørgelse er i centrum. Disse forhold kommer imidlertid ikke i spil alene, der forekommer faktorer ud over kultur og etnicitet som påvirker muligheden for adgang til arbejdsmarkedet, uddannelsesinstitutionerne og dermed til selvforsørgelse. Det er netop på den baggrund, at jeg vælger at inddrage danskkundskaber og sociale relationer i min integrationsforståelse. Kommunikationsproblemer kan være en stor barriere i forhold til deltagelse på det danske arbejdsmarked såvel som det offentlige liv, hvor danskkundskaber i stor udstrækning er en forudsætning for at kunne begå sig. Et forhold der ligeledes har indflydelse på arbejdsmarkedstilknytningen er sociale relationer, der kan være befordrende i forhold til at komme ind på arbejdsmarkedet. Sociale relationer og danskkundskaber kan desuden også skabes gennem uddannelse og beskæftigelse, hvilket vidner om, at de integrationsmæssige faktorer for denne undersøgelse er gensidigt afhængige størrelser.

¹ Indenrigsministeren nedsatte i november 2000 en Tænk tank om udfordringer for integrationsindsatsen i Danmark.

Som beskrevet i "Kapitel 1: Indledning" skelner den sociologiske forskningstradition mellem systemintegration og social integration. Ifølge Charlotte Hamburger er integration en proces, der optræder i samtidig og gensidig vekselvirkning mellem social integration og systemintegration. Systemintegrationen drejer sig om tildeling af civile, sociale og politiske rettigheder samt om mindretallets økonomiske og sociale placering i samfundet, mens den sociale integration i højere grad handler om minoriteternes og majoritetens opfattelse af, holdninger til og adfærd overfor hinanden både på det organisatoriske og det individuelle plan. Et vigtigt integrationsområde er som nævnt arbejdsmarkedet, hvor systemintegrationen såvel som den sociale integration er i spil, eftersom staten er med til at regulere arbejdsmarkedet, mens sociale relationer netop kan have betydning for adgangen til beskæftigelse. Et væsentligt element i systemintegrationen er desuden politisk integration, hvor mulighederne for erhvervelse af statsborgerskab er et centralt emne (Emerek 2003:5).

I det følgende vil de integrationsmæssige faktorer blive operationaliseret i forhold til hvilke variable, der skal måle de enkelte faktorer i den empiriske analyse.

3.1.1 Uddannelse

En væsentlig faktor i forhold til etniske minoriteters integration er uddannelse. For det første er uddannelsesniveauet en indikator for, hvilken social klasse det enkelte individ tilhører. Dernæst er uddannelsesniveauet en afgørende faktor for arbejdsmarkedstilknæytningen, eftersom et arbejde i mange henseender kræver en uddannelse. På den måde er uddannelse et vigtigt aspekt i forhold til etniske minoriteters adgang til det danske arbejdsmarked og dermed til deltagelse i det danske samfund. Samtidig er uddannelsesniveauet også en faktor i forhold til danskkundskaber (Bonnerup m.fl. 2001:8; Mikkelsen 2001:16).

I denne undersøgelse vil uddannelsesniveauet blive målt på baggrund af oplysninger fra IDA's Persondataregister, hvor der findes oplysninger om respondenternes højest fuldførte uddannelse.

- **Højeste fuldførte erhvervsuddannelse**

På baggrund af denne variabel er det muligt at fastlægge, hvorvidt en person har et (1) lavt, (2) middel eller (3) højt uddannelsesniveau og dermed om der forekommer en forskel i sundhed alt efter

hvilket uddannelsesniveau, der gør sig gældende. Variablen, som måler respondenternes uddannelsesniveau, er netop opdelt i lav, middel og høj uddannelse i denne undersøgelse. Denne opdeling er foretaget ved hjælp af klassifikationssystemet "Forspalte 1", som er den foretrukne danske uddannelsesklassifikation og bestemmer de enkelte uddannelsers og kvalifikationers placering i uddannelsessystemet (Danmarks Statistik 2009a). Et lavt uddannelsesniveau er kendetegnet ved ikke erhvervsgivende uddannelser, mens middel og højt indeholder erhvervsgivende uddannelser på forskellige niveauer. Denne opdeling er foretaget, eftersom det derved er muligt at skelne mellem netop erhvervsgivende og ikke-erhvervsgivende uddannelsesniveau, som er essentielt i forhold til arbejdsmarkedstilknnytning og selvforsørgelse.

3.1.2 Arbejdsmarkedstilknnytning og selvforsørgelse

Beskæftigelse er en afgørende faktor for integration i det danske samfund, eftersom et arbejde for det første giver den enkelte mulighed for at forsørge sig selv og samtidig forbedre egne levevilkår. Samtidig udgør tilknnytning til arbejdsmarkedet en væsentlig faktor i forhold til det sociale aspekt mellem etniske minoriteter og etniske danskere, eftersom det især er på arbejdsmarkedet, at udlændinge og danskere møder hinanden og får mulighed for, at skabe forståelse for de forskellige kulturer og lignende (Bonnerup m.fl. 2001:9; Mikkelsen 2001:16-17).

Selvforsørgelse hænger tæt sammen med arbejdsmarkedstilknnytning, og er ligeledes en essentiel faktor i forhold til integration. En person anses som selvforsørgende, når personen har et arbejde. Dermed er en person ikke selvforsørgende i tilfælde, hvor der modtages indkomsterstattende ydelser fra Staten eller kommunerne (Bonnerup 2001:7).

Arbejdsmarkedstilknnytning vil blive målt på baggrund af følgende variabel, som indeholder en persons socioøkonomiske status og stammer fra (IDA) persondataregistret:

- **Socioøkonomisk status**

Den socioøkonomiske status opdeles generelt set i tre kategorier; beskæftigede, arbejdsløse og personer udenfor arbejdsmarkedet i henhold til Danmarks Statistiks opdeling af variablen (Danmarks Statistik 2009b). På den vis indikerer variablen både hvorvidt en person har tilknnytning til arbejdsmarkedet og dermed er selvforsørgende samt hvorvidt en person er udenfor

arbejdsmarkedet og dermed ofte modtager indkomsterstøttende ydelser som eksempelvis sygedagpenge eller kontanthjælp. I denne undersøgelse er det imidlertid valgt at opdele variablen yderligere, så der blandt personer udenfor arbejdsstyrken tages højde for personer under uddannelse. På den vis er variablen inddelt i fire kategorier (1) beskæftigede, (2) arbejdsløse, (3) personer under uddannelse og (4) personer udenfor arbejdsstyrken. Dette er gjort, eftersom personer under uddannelse indgår under kategorien ”personer udenfor arbejdsmarkedet”, hvilket kan være misvisende, eftersom personer under uddannelse ikke indgår i kategorien ikke-selvforsørgende.

Derudover inddrages indkomst i henhold til selvforsørgelse, eftersom indkomsten må være en forudsætning for netop selvforsørgelse. Indkomstvariablen findes i persondataregistret, hvor bruttoindkomst angiver personens årlige indkomstniveau:

- **Bruttoindkomst**

I analyserne af etniske minoriteters årlige indkomst er bruttoindkomstvariablen inddelt i tre grupper: (1) mindre end 150.000 kr. om året, (2) 150-300.000 kr. eller (3) 300.000 eller mere om året. Denne inddeling er for det første foretaget for at afgøre eventuelle indkomstmæssige forskelle og betydningen heraf i forhold til sundhed. Dernæst har jeg valgt den første inddeling ”Mindre end 150.000 kr.”, eftersom denne kategori kan dække over personer, der modtager indkomsterstøttende ydelser, og dermed ikke forekommer selvforsørgende.

3.1.3 Dansk kundskaber

I forhold til vellykket integration i det danske samfund vil gode dansk kundskaber i mange henseender være helt essentielt. Manglende dansk kundskaber kan nemlig være en barriere i forhold til arbejdsmarkedstilknøytning og dermed ligeledes i forhold til selvforsørgelse, som netop udgør en væsentlig faktor i henhold til integration. Den sociale kontakt til danskere generelt vil desuden også være lettere i tilfælde hvor det danske sprog mestres (Bonnerup 2001:8; Mikkelsen 2001:16). Ved begrænsede dansk kundskaber kan der desuden opstå kommunikationsbarrierer, herunder eksempelvis i forhold til at opnå en forståelse af sygdomsrisici og sundhedsfremmende interventioner, samt i forhold til hvorledes man begår sig i sundhedsvæsenet (Mygind m.fl. 2006).

Graden af danskkundskaber vil blive målt på baggrund af nedenstående to variable:

- ***Hvordan vurderer du dine evner til at tale dansk?***
- ***Hvordan vurderer du dine evner til at læse dansk?***

I forhold til evnen til at tale dansk er svarmulighederne (1) vældig gode, (2) nogenlunde, (3) ikke så gode og (4) taler ikke dansk. Tilsvarende er svarkategorierne for evnerne til at læse dansk (1) kan læse alt på dansk – uden hjælp, (2) kan læse dansk, men må have hjælp af og til, (3) kan læse dansk, men må altid have hjælp og (4) kan ikke læse dansk. Begge variable er i denne undersøgelse rekodet til at angive gode (1-2) og dårlige (3-4) henholdsvis tale- og læsekundskaber.

3.1.4 Sociale relationer

De personlige kontakter har konsekvenser for, hvor hurtigt og hvordan integrationen finder sted på arbejdsmarkedet, i lokalområdet, i institutioner, på boligmarkedet osv. Med andre ord spiller sociale relationer en rolle i forhold til integrationen i det danske samfund. I den forbindelse er det særligt sociale relationer mellem etniske minoriteter og etniske danskere, der anses som en forudsætning for såvel som et resultat af vellykket integration. Det er imidlertid ikke ligegyldigt, hvilke konkrete sociale kontakter der gør sig gældende. Er ens bedste venner arbejdsløse, skolelærere, folk med selvstændig virksomhed eller erhvervsledere? Det har stor betydning hvilke sociale kontakter der er tale om, mens den etniske baggrund i disse sammenhænge i virkeligheden nok betyder mindre (Christiansen & Schmidt 2002:20; Bonnerup m.fl. 2001:10-11). Det er imidlertid ikke muligt at tage højde for sådanne forhold i dette speciale ligesom det ikke er muligt at afgøre, hvorvidt de pågældende sociale relationer er indenfor egen etniske gruppe eller etniske danskere. Jeg har dog valgt at inddrage sociale relationer til trods for dette forhold, eftersom sociale relationer har en essentiel rolle i forhold til arbejdsmarkedstilknytning og dermed selvforsørgelse, som betyder meget i forhold til et individs integration i samfundet. Nedenstående to variable er inddraget med henblik på at måle graden af sociale relationer.

- ***Hvor ofte er du i kontakt med familie og venner som du ikke bor sammen med?***

Ved dette spørgsmål har respondenterne haft følgende svarmuligheder (1) Mindst en gang om dagen, (2) Mindst en gang hver uge, (3) Mindst en gang hver anden måned og (4) Sjældnere/Aldrig. Denne variabel er i analyserne rekodet til en dikotomisk variabel med følgende kategorier (1) træffer ofte venner og familie (1-2) samt (2) træffer sjældent/aldrig venner og familie (3-4). Dernæst inddrages følgende variabel i henhold til sociale relationer:

- ***Tænk på din familie og dine venner... Har du nogle som du kan snakke fortroligt med?***

Svarkategorierne til ovenstående variabel er (1) Ja og (2) Nej.

De ovenstående betragtninger i forhold til integrationsbegrebet vil gøre sig gældende i den videre analyse af integrationsmæssige faktoreres indflydelse på etniske minoriteters sundhed samt i forhold til det samlede indeks for integration, hvor det netop er de omtalte forhold og variable, som vil indgå og præcisere integrationsindekset.

3.2 Operationalisering af sundhed

I forhold til denne undersøgelse vil etniske minoriteters sundhed blive målt på baggrund af selvvurderet helbred, fysisk og psykisk sundhed (SF-12), BMI og fysisk aktivitet. I det følgende vil de sundhedsmæssige forhold blive præciseret og operationaliseret. Samtlige sundhedsvariable er rekodet til dikotomiske variable i forhold til denne undersøgelse, eftersom dette mindsker risikoen for celler med 0 observationer.

3.2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er et alment kendt mål, som ofte anvendes i forbindelse med vurdering af en populations helbredstilstand. Som det fremgår af betegnelsen indebærer selvvurderet helbred det enkelte individs egen vurdering af egen helbredstilstand. Der er på den vis tale om en individuel vurdering frem for en lægelig diagnosticering, hvilket umiddelbart peger i retning af, at der er tale om et ikke-pålideligt mål for befolkningens sundhedstilstand (Larsen 2003:19-20). Dette er imidlertid ikke tilfældet. Undersøgelser fra flere forskellige lande viser, at dårligt selvvurderet helbred øger risikoen

for eksempelvis død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, arbejdsfravær og forringet funktionsevne (Kristensen m.fl. 1998;Idler & Benyamini 1997;Kristensen 2002:19-24).

Selvurderet helbred er en helhedsvurdering af helbredet som går fra positiv til negativ (Larsen 2003:19), og måles på baggrund af et alment spørgsmål, som i denne undersøgelse lyder:

- ***Generelt, vil du sige dit helbred er?: (1) Fremragende, (2) Vældig godt, (3) Godt, (4) Mindre godt eller (5) Dårligt***

Denne variabel er i analysen omkodet til at angive, hvorvidt en person har godt (1-3) eller nogenlunde/dårligt (4-5) helbred.

3.2.2 Fysisk og psykisk sundhed

Fysisk og psykisk sundhed bliver målt på baggrund af det såkaldte "SF-12 Health Survey"², som er en forkortet udgave af "SF-36 Health Survey", og består af i alt 12 variable omhandlende fysiske og psykiske sundhedsforhold. SF-12 Health Survey er valideret i flere forskellige lande og anvendes i mange henseender indenfor sundhedsområdet (Ware m.fl. 2007).

SF-12 er altså et anerkendt mål for fysisk og psykisk helbred, der ligesom selvurderet helbred bygger på den enkeltes egen vurdering af egen helbredstilstand. Der er otte dimensioner i SF-12, som angiver 1) Fysisk funktion (PF), 2) Fysisk betingede begrænsninger (RP), 3) Fysisk smerte (BP), 4) Alment helbred (GH), 5) Energi (VT), 6) Social funktion (SF), 7) Psykisk betingede begrænsninger (RE) og 8) Psykisk velbefindende (MH). Disse otte sundhedsforhold kan ydermere sammenfattes i fysisk og psykisk sundhed (Ware m.fl. 2007).

Variablene, som indgår i SF-12 Health Survey, bliver i det følgende præsenteret i henhold til hvilket af de sundhedsforhold de er en del af.

Fysisk funktion:

- ***Begrænser dit helbred dig i at udføre lettere aktiviteter som f.eks. at flytte et bord eller støvsuge?***

² SF-12 Health Survey blev udviklet i 1994.

- **Begrænser dit helbred dig i at gå flere etager op ad trapper?**

Fysiske begrænsninger:

- **Indenfor de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du nået mindre end du gerne ville på grund af dit fysiske helbred?**
- **Hvor stor en del af tiden indenfor de seneste 4 uger har du været begrænset i dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?**

Fysisk smerte:

- **Indenfor de seneste 4 uger, hvor meget har fysiske smerter vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?**

Energi:

- **Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været fuld af energi?**

Social funktion:

- **Indenfor de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker?**

Psykiske begrænsninger:

- **I de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du nået mindre end du gerne ville på grund af følelsesmæssige problemer som f.eks. depression eller angst?**
- **I de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du udført dit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end du plejer på grund af følelsesmæssige problemer som f.eks. depression eller angst?**

Psykisk velbefindende:

- **Hvor stor en del af tiden de sidste 4 uger har du følt dig rolig og afslappet?**
- **Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været trist til mode?**

På baggrund af ovenstående variable dannes et generelt mål for fysisk (PCS) og psykisk (MCS) sundhed, der begge på en skala fra 0 til 100 angiver henholdsvis den fysiske og psykiske sundhed. Det gælder herom, at en lav score indikerer dårlig fysisk og psykisk sundhed, mens en høj score omvendt indikerer god fysisk og psykisk sundhed. Dette er i analyserne rekodet til dikotomiske variable, hvor 0-50 angiver dårlige sundhedsforhold (1) og 50-100 angiver gode (0).

3.2.3 BMI og fysisk aktivitet

Udover selv vurderet helbred, fysisk og psykisk sundhed har jeg valgt at inddrage BMI og fysisk aktivitet som indikatorer i forhold til etniske minoriteters sundhedsadfærd. Det er valgt at inddrage netop disse faktorer, eftersom BMI og fysisk aktivitet giver et godt billede af den generelle sundhedstilstand, hvor eksempelvis usund levevis vil komme til udtryk i overvægt, mens fysisk aktivitet er en direkte metode til at undgå overvægt.

Der har været en stigende tendens til overvægt i Danmark gennem en årrække. Overvægt har store konsekvenser for folkesundheden, eftersom overvægt kan medføre en øget risiko for en række langvarige sygdomme, herunder kræft og hjertekarsygdomme. Derudover kan overvægt have psykologiske konsekvenser for det enkelte individ (Singhammer m.fl. 2008; Ekholm m.fl. 2006). Overvægt inddrages netop ved hjælp af Body Mass Index (BMI), som udregnes ved hjælp af oplysninger om højde og vægt (vægt/højde^2). Derfor inddrages følgende variable i forhold til overvægt i nærværende speciale:

- **Hvor høj er du?**
- **Hvor meget vejer du?**

Efter at have udregnet BMI for respondenterne i undersøgelsen er respondenterne inddelt i to kategorier, som skelner mellem svært overvægtige (1) og ikke svært overvægtige (0). Svært overvægtige er defineret i henhold til WHO's klassifikation af BMI, hvor en BMI > 30 indikerer svært overvægt (WHO 2006).

Dernæst er fysisk aktivitet essentiel i forhold til den overordnede sundhed, eftersom fysisk aktivitet mindsker risikoen for tidlig død og for sundhedsskadelige følger af overvægt (Blair & Brodney 1999).

Følgende variabel inddrages i specialet med henblik på, at undersøge etniske minoriteters fysiske aktivitetsniveau:

- **Hvor ofte dyrker du fysisk aktivitet?**

Respondenterne har hertil kunnet svare (1) Hver dag, (2) Et par gange om ugen, (3) En gang om ugen eller (4) Sjældnere. Dette forhold er i specialets analyser rekodet til (0) Hver dag/et par gange om ugen og (1) Højest en gang om ugen.

Dermed vil specialets sundhedsbegreb være karakteriseret ved de fem ovenfor beskrevne forhold, der på hver sin måde påvirker den overordnede sundhedstilstand og følelse af velbehag. I det følgende vil analysens baggrundsvariable blive operationaliseret.

3.3 Operationalisering af baggrundsvariable

Samtlige analyser af sammenhængen mellem integration og etniske minoriteters sundhed vil blive kontrolleret for forskelle i køn og alder. Køn og alder inddrages i undersøgelsen via IDA's persondataregister, hvor der findes oplysninger herom. I den henseende er alder rekodet til fire aldersgrupper, som består af følgende: (1) 18-29 år, (2) 30-39 år, (3) 40-49 år og (4) 50-65 år. Køn angiver naturligvis, om der er tale om en (1) mand eller en (2) kvinde.

Efter operationalisering af undersøgelsens centrale begreber er undersøgelsens variable udvalgt. De afhængige variable repræsenterer sundhed mens de uafhængige variable udgør de integrationsmæssige faktorer. Som kontrolvariable inddrages desuden køn og alder. I det følgende kapitel vil specialets teoretiske perspektiver blive præsenteret.

Kapitel 4: Teoretiske perspektiver

I det følgende kapitel vil specialets teoretiske ramme blive præsenteret. De teoretiske perspektiver inddrages i forhold til at belyse integrationsmæssige faktoreres indflydelse på etniske minoriteters sundhed, og i forlængelse heraf vurdere hvorvidt integration, og herunder sociale forhold, kan fungere som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. De teoretiske perspektiver udgøres først og fremmest af den franske sociolog Pierre Bourdieu og hans teorier omkring det sociale rum, kapitalformer og habitusbegrebet. Dernæst inddrages Richard Wilkinson, der er professor i Social Epidemiologi. Richard Wilkinson forsker i samfundsmæssig ulighed, og herunder hvilken indflydelse ulighed har på sundhed og samfundsmæssig harmoni generelt.

Teorierne har for det første til formål, at danne grundlag for specialets hypoteser, som opstilles afslutningsvist i dette kapitel. Hypoteserne opstilles på baggrund af overvejelserne i "Kapitel 1: Indledning", tidligere undersøgelsers resultater samt de teoretiske perspektiver, der præsenteres i det følgende. Derudover vil teorierne blive inddraget i en teoretisk refleksion over den empiriske analyses resultater af sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed.

4.1 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930-2002) var fransk filosof og professor i sociologi. Et af hans hovedværker er *La Distinction* fra 1979 (Bourdieu 1995), som er en undersøgelse af 1960'ernes Frankrig baseret på et omfattende datamateriale, der illustrerer hvorledes de valg, som individet træffer og sædvanligvis opfatter som individuelle og bestemt af personlig smag eller overbevisning, hænger stærkt sammen med social baggrund og derfor er præget af underliggende strukturer (Rosenlund & Prieur 2006:115). Netop det faktum at valgene er præget af individets sociale baggrund er relevant i dette speciales kontekst, eftersom den enkeltes sundhedstilstand præges af individuelle forhold, herunder blandt andet livsstilsvalg, som ifølge Bourdieu influeres af sociale forhold og individets sociale baggrund. I det følgende vil Bourdieus teori omkring det sociale rum, kapitalformer og habitusbegrebet blive introduceret.

4.1.1 *Det sociale rum*

Det moderne samfund er, ifølge Bourdieu, kendetegnet ved et socialt rum, der eksisterer i kraft af distinktioner og relationelle forskelle mellem positioner og grupper. Det faktum, at det sociale rum bygger på en relationel forståelse bevirker, at grupperne udelukkende eksisterer i forhold til hinanden samt i kraft af deres indbyrdes ligheder og forskelle. Et individs placering i det sociale rum bestemmes af dets sociale baggrund i form af kapitalformer (Bourdieu 1994:114-123).

Der er i alt fire kapitalformer i Bourdieus model over samfundet - det sociale rum. De fire kapitalformer udgøres af den overordnede kapitalform; *symbolsk kapital* samt de tre primære kapitalformer; *økonomisk, kulturel og social kapital*. Symbolsk kapital er imidlertid ikke en selvstændig kapitalform, men er det de tre primære kapitalformer samles til, når de anerkendes som en legitim værdi i et specifikt felt. På den vis er symbolsk kapital anerkendelse, hvorom det gælder, at de personer som ejer mest anerkendt kapital vil besidde den største symbolske kapital (Bourdieu 1994:114-123,163). Økonomisk, kulturel og social kapital bestemmer dermed det enkelte individs symbolske kapital samt placeringen i det sociale rum. Økonomisk kapital udgøres af penge og materielle ressourcer, kulturel kapital af uddannelse og finkulturelle færdigheder og social kapital udgøres af de sociale ressourcer den enkelte er i besiddelse af i form af sociale netværk eller gennem medlemskab af en specifik gruppe. Social og kulturel kapital kan desuden omdannes til økonomisk kapital og omvendt (Bourdieu 1986:243-249,253).

I forhold til sundhedsadfærd og sundhed generelt må det altså i Bourdieus optik formodes, at det enkelte individs sundhedstilstand influeres af, hvilken social placering der gør sig gældende for det pågældende individ. Med andre ord bestemmes sundhedstilstanden af graden af økonomisk, kulturel og social kapital, som netop giver individet forskellige indlejrede præferencer, vurderingsskalaer og lignende, alt efter hvilken grad af kapital der gør sig gældende. På den måde vil sundhed og sundhedsadfærd forstås forskelligt af en person med eksempelvis lav økonomisk, kulturel eller social kapital sammenholdt med en person, der besidder en høj grad heraf. I den henseende er *habitusbegrebet* essentielt, eftersom habitus omsætter en social position i det sociale rum til de positioneringer, der kendetegner en specifik livsstil.

4.1.2 Habitusbegrebet

Habitus er ligeledes et centralt begreb i Bourdieus teori omkring det moderne samfund. Habitusbegrebet refererer til et samlende princip, der omsætter indre og relationelle karakteristika i en position til en samlet livsstil, hvilket betyder et samlet sæt af personvalg, valg af goder og valg af praktikker. Habitus er de vaner, der ligger indlejret i vores handlinger, som et varigt sæt af dispositioner for bestemte adfærdsmønstre og positioner i samfundet, der tilsammen konstituerer en persons livsstil. En persons habitus bestemmes altså på baggrund af den placering, den pågældende person indtager i det sociale rum, og dermed af graden af kulturel, økonomisk og social kapital. Habitus er i øvrigt en ubevidst og inkorporeret del af individet (Bourdieu 1994:23-24).

I takt med at livet forandres og nye erfaringer mødes, vil habitus følge udviklingen. Habitus vil imidlertid aldrig ændre sig radikalt, eftersom nye erfaringer vil blive vurderet på baggrund af tidligere erfaringer. Med andre ord er et individs habitus altid under forandring, men jo ældre man bliver jo mere fastlåst bliver ens habitus (Prieur 2006:42). Eftersom habitus bestemmes af det enkelte individs sociale placering i samfundet, vil personer, der tilhører samme position i det sociale rum tilhøre samme gruppe af habitus. De vil altså have lige adgang til diverse goder og endda ofte dele livsstil og egenskaber. Habitus er altså den indlejrede livsstil, som individet har fået gennem de erfaringer, det har gjort sig i kraft af sin position i det sociale rum, hvilket påvirker individets opfattelses- og handlingsmønstre, samt definerer individets smag. Hvad der opfattes som godt eller dårligt, rigtigt eller forkert, prangende, indbildsk eller vulgær afhænger af habitus, eftersom personer med forskellig habitus vil opfatte verdenen forskelligt (Bourdieu 1994:24).

Habitus er dermed ubevidst med til, at bestemme de valg individet træffer i form af eksempelvis sundhedsadfærd og generel levevis. På den måde vil etniske minoriteters sundhed, ifølge Bourdieu, til dels være bestemt af deres habitus, som er bestemt af deres position i samfundet på baggrund af sociale forhold som uddannelse, økonomi og sociale relationer.

I det følgende vil Richard Wilkinsons teori om ulighed blive beskrevet.

4.2 Richard Wilkinson

Richard Wilkinson (1943-) er professor i Social Epidemiologi og har i mere end 30 år beskæftiget sig med sundhedens sociale determinanter. Wilkinson har i den henseende haft en afgørende rolle i

forhold til forskningen i social ulighed i sundhed, såvel som for offentlighedens kendskab til social ulighed i sundhed. Det skal i den forbindelse tilføjes, at Wilkinson fungerede som en af de drivende kræfter i forhold til de arbejdsgrupper, der i 1980 indleverede den banebrydende "*Black Report on Health Inequalities*" i England. Wilkinsons forskning handler i høj grad om ulighed og hvilke samfundsmæssige konsekvenser ulighed har, herunder særligt de sundhedsmæssige konsekvenser af indkomstfordeling og ulighed generelt (Christensen 2007). Dette afsnit vil tage sit primære afsæt i Wilkinsons publikation fra 2005; "*The Impact of Inequality: How to make sick societies healthier*" (Wilkinson 2005).

4.2.1 Ulighed som social determinant på sundhed

Det moderne samfunds velstand og materialisme skaber ifølge Wilkinson større sundhedsmæssige afstande mellem rig og fattig. Til trods for at klasseforskelle i det moderne samfund synes formindsket, er de sundhedsmæssige forskelle mellem klasserne steget igennem de seneste årtier. I de udviklede lande er den gennemsnitlige forventede levealder mellem fem og femten år kortere for personer, som lever i de fattige områder af samfundet sammenlignet med personer, der lever i de rige områder. Ifølge Wilkinson er der solide statistiske beviser for, at ulykkelighed er meget hyppigere i de fattigere områder og sektioner af samfundet (Wilkinson 2005: 1-6).

Vi lever i et samfund, hvor det tidligere tog flere generationer før fremtidsforestillinger blev til virkelighed. I det moderne samfund er det man opfatter som værende umuligt, ofte virkelighed inden livet er omme (Wilkinson 2005:3). Med andre ord forekommer der en hastig udvikling i blandt andet materielle ressourcer, hvor selv samfundets lave socialgrupper ofte er i besiddelse af computer, tv, mikrobølgeovn osv.

Der forekommer ifølge Wilkinson en kontrast mellem materiel succes og social fiasko i det moderne samfund, hvor ulige adgang til materielle ressourcer og sociale forskelle påvirker samfundet, herunder sundhedstilstanden. Netop som tidligere danske undersøgelser viser det er tilfældet blandt danskere, forekommer der forskelle i sundhed og helbred alt efter uddannelsesniveau og indkomst. På den måde påvirkes sundheden ifølge Wilkinson af sociale faktorer. Wilkinson mener, at den fokus, der har været på forskning omkring sociale determinanter i forhold til sundhed de seneste årtier har givet en enorm ny indsigt i forhold til, hvorledes individet er påvirket af det sociale miljø og de sociale strukturer vi lever i (Wilkinson 2005:5-8). Samfundet har altså lært os en del om sundhed samtidig

med, at sundheden har lært os noget om forholdet mellem individ og samfund, og netop hvorledes vi er påvirket af sociale strukturer. De ulige samfund står derfor over for en social og politisk udfordring, eftersom ulige samfund påvirker flere forhold. Som eksemplificering heraf forekommer der ligeledes mere vold, flere selvmord og mere fjendskab i de ulige samfund (Wilkinson 2005:145 ff.). Årsagerne til den hyppigere voldelige adfærd i de ulige samfund skyldes, ifølge Wilkinson, blandt andet, at ulighed samt det faktum at have lav social status medfører en stigning i andelen af personer, der ikke føler sig respekteret og har en følelse af at blive set ned på (Wilkinson 2005:27).

I samfund hvor der forekommer ulige fordelinger af sociale ressourcer, er der altså i Wilkinsons optik større sandsynlighed for ulighed i sundhed. Dette forhold kommer ligeledes til udtryk i den danske sundhedsforskning, hvor blandt andet SUSY undersøgelserne viser, hvorledes sociale forskelle blandt danskerne påvirker sundhedstilstanden på en sådan måde, at der forekommer sociale forskelle i sundhed. Det essentielle i forhold til denne undersøgelse er at undersøge, hvorledes der forekommer sociale forskelle blandt etniske minoriteter, samt hvorvidt sociale forskelle påvirker etniske minoriteters sundhed.

På baggrund af Bourdieu og Wilkinsons teorier vil jeg i det følgende opstille hypoteser, som vil danne grundlaget og strukturen for specialets empiriske analyse af problemformuleringen.

4.3 Hypoteser

Hypoteserne, der præsenteres i det følgende, illustrerer de teoretiske forventninger i forhold til sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed samt i forhold til integrationsgradens indflydelse på forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Som tidligere nævnt vil hypoteserne tage afsæt i tidligere undersøgelsers resultater omhandlende sociale forskelle i sundhed, såvel som de teoretiske perspektiver der er beskrevet ovenfor. Derudover vil hypoteserne ligeledes være influeret af specialets præcisering af integrationsbegrebet, der rummer følgende fem sociale forhold: uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer.

Den første hypotese tager udgangspunkt i parametrene i dette speciales integrationsbegreb. Hypotesen er dannet på baggrund af en forventning om, at etniske minoriteter hyppigere befinder sig i de lave socialgrupper i forhold til de sociale forhold, som præciserer integration i denne

undersøgelse. På den måde forventes det, at etniske minoriteter fordeler sig anderledes i det sociale rum sammenlignet med etniske danskere.

- *"Der er forskel i henhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse og sociale relationer mellem etniske minoriteter og etniske danskere?"*

Dernæst er nedenstående hypotese opstillet med en forventning om, at de integrationsmæssige faktorer generelt set har indvirkning på etniske minoriteters sundhed. På den måde forventes det, at der forekommer forskelle i sundhed i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer blandt etniske minoriteter. Det forventes altså, at der forekommer sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter, ligesom tidligere undersøgelser viser det blandt etniske danskere. Samtidig forventes det, at etniske minoriteters sundhed påvirkes af deres samfundsmæssige tilknytning i form af de integrationsmæssige faktorer.

- *"De integrationsmæssige faktorer har indflydelse på etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at graden af integration påvirker etniske minoriteters sundhed?"*

Derudover vil jeg danne et generelt mål for integration i form af et indeks, hvormed det vil være muligt, at præcisere graden af integration. Dermed vil den tredje hypotese have fokus på problemformuleringens anden del, hvor der er fokus på integration som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

- *"Integrationsgraden kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere?"*

Kapitel 5: Metode

I dette kapitel vil undersøgelsens metode og de dertilhørende metodologiske overvejelser blive beskrevet. Indledningsvist beskrives undersøgelsens empiri i forhold til formål, målgruppe og repræsentativitet. Dernæst vil de anvendte statistiske metoder blive beskrevet, hvorefter der vil blive redegjort for analyseforberedelserne hertil. Afslutningsvist vil undersøgelsens analysestrategi blive præsenteret, hvor analysens opbygning beskrives.

5.1 Undersøgelsens empiri

Dette speciales empiri udgøres af eksisterende data fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse omhandlende etniske minoriteters sundhed, som ligger til grund for sundhedsprofilen "*Etniske minoriteters sundhed*". Spørgeskemaundersøgelsen blev foretaget blandt etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande i Danmark i 2007 af et partnerskab mellem København, Århus og Odense Kommune, Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, Sundhedsstyrelsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet samt Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Projektet har været forankret i Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (Singhammer m.fl. 2008:6).

5.1.1 Formål

Spørgeskemaundersøgelsen er foretaget med henblik på at skabe mere viden omkring etniske minoriteters sundhed i Danmark. Det er en kendsgerning at tidligere befolkningsundersøgelser i Danmark fortrinsvist har været besvaret af etniske danskere, hvilket medfører, at de sundhedspolitiske prioriteringer, der netop foretages på baggrund af diverse sundhedsprofiler, ikke omfatter etniske minoriteters sundhedsforhold (Singhammer m.fl. 2008:14).

Sundhedsprofilen "*Etniske minoriteters sundhed*" har til formål at: 1) At undersøge sundhed og sygelighed blandt indvandrere fra syv oprindelseslande og efterkommere med oprindelse i to lande, 2) At sammenholde resultaterne med forholdene blandt en etnisk dansk referencegruppe og 3) At udvikle et redskab, som fremover kan anvendes til systematisk monitorering af etniske minoriteters sundhed og sygelighed (Singhammer m.fl. 2008:14). Sundhedsprofilen viser i den henseende, som

tidligere nævnt, at der forekommer sundhedsmæssige forskelle blandt etniske minoriteter og etniske danskere, hvilket ligeledes er baggrunden for dette speciales fokusområde.

Spørgeskemaet som ligger til grund for den landsdækkende undersøgelse af etniske minoriteters sundhed har følgende overordnede temaer:

- Selvvurderet helbred og funktionsevne
- Langvarig sygdom
- Smerter og ubehag indenfor de seneste 14 dage
- Rygning, Kost, Motion og bevægelse
- Stress og belastninger
- Behandling i udlandet
- Belastninger fra nære sociale kontakter, kontakt med andre mennesker
- Uddannelse og erhverv
- Baggrundsoplysninger
- Behov for tolk

Disse temaer har tilsammen til formål, at skabe viden omkring etniske minoriteter i Danmarks sundheds- og sygelighedstilstand. Samtidig er der en række baggrundsoplysninger, som kan være med til at belyse, hvilke grupper der er mindre eller mere udsatte, samt hvilke forhold der spiller ind i forhold til etniske minoriteters sundhed. Spørgeskemaet er vedlagt på CD-rom bagerst i rapporten.

Ud over oplysningerne fra spørgeskemaundersøgelsen er der til dette speciales datamateriale koblet oplysninger fra fem registre. Følgende registeroplysninger er tilgængelige: "Familiedata 2000-2007", "Persondata 2001-2007", "Landspatientregistret 2000-2006", "Sygesikringsstatistik 2000-2005" samt "Vandringer 1973-2006". Det er imidlertid udelukkende oplysninger fra IDA's familie- og persondataregistre, som anvendes i denne undersøgelse, hvor det ligeledes udelukkende er oplysninger fra 2007, hvor spørgeskemadataene er indsamlet, der anvendes. De udvalgte variable i forhold til dette speciale blev præsenteret i "Kapitel 3: Operationalisering".

5.1.2 Målgruppe og repræsentativitet

I undersøgelsen deltog, udover etniske danskere som referencegruppe, indvandrere fra de syv største indvandrergrupper i Danmark samt efterkommere fra to af disse. Der er tale om indvandrere fra Irak, Iran, Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina, Somalia, Tyrkiet og Pakistan samt efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan.

Deltagerne i undersøgelsen er en del af en tilfældigt udvalgt stikprøve blandt otte etniske grupper med bopæl i Danmark i alderen 18-66 år. Stikprøven udgør altså tre overordnede grupper:

1. Indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet, som har opholdt sig mindst tre år i Danmark.
2. Efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan.
3. Etniske danskere (Singhammer 2008:18).

Dataindsamlingen til ovenstående undersøgelse er foretaget via telefoninterviews, hvor der har været mulighed for at besvare spørgeskemaet på respondenternes modersprog. Det faktum, at det har været muligt at besvare spørgeskemaet på et andet sprog end dansk, må formodes at have indvirkning på deltagerantallet samt deltager fordelingen, eftersom det dermed ikke udelukkende er personer, som mestrer det danske sprog, der kan besvare spørgsmålene.

Der er i alt 4.952 personer ud af en stikprøve på 9.515 personer, som har deltaget i undersøgelsen og dermed besvaret spørgeskemaet omhandlende sundhed og sygdom. Dette giver en samlet svarprocent på 52,1. Hertil skal det imidlertid nævnes, at der forekom 2.895 personer, hvor der ikke fandtes oplysninger om telefonnumre, hvilket udgør det største bortfald. Udregnes svarprocenten udelukkende på baggrund af de tilgængelige telefonnumre har 72 % deltaget i undersøgelsen (Singhammer m.fl. 2008:19). Oplysninger om svarprocent, bortfald og lignende er at finde i Bilag A.

Der findes altså oplysninger om både indvandrere, efterkommere og etniske danskere i specialets datamateriale, hvortil det skal nævnes, at jeg udelukkende fokuserer på indvandrere og etniske danskere. Det vil altså sige, at efterkommere udelades af dette speciale, hvilket er gjort på baggrund af, at der ikke forekommer en repræsentativ andel af efterkommer i alderen 18-66 år. På den vis udgør etniske minoriteter i dette speciales analyser udelukkende indvandrere fra ikke-vestlige lande.

Af tabel 1 fremgår stikprøvestørrelsen samt deltagerantallet og svarprocenten blandt indvandrere og etniske danskere.

Tabel 1: Stikprøvestørrelse og deltagerantal blandt indvandrere og etniske danskere.

	Stikprøve		Deltagere		Svarprocent
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Pct.
Danmark	1.544	20,3	1.131	28,3	73,5
Ex-Jugoslavien	768	10,1	424	20,6	55,2
Irak	858	11,3	469	11,7	54,7
Iran	844	11,2	423	10,6	50,1
Libanon/Palæstina	839	11,0	410	10,3	48,9
Pakistan	950	12,5	436	10,9	45,9
Somalia	1.043	13,7	332	8,3	31,8
Tyrkiet	770	10,1	372	9,3	48,3
Alle	7.616	100	3.997	100	52,5
<i>Etniske minoriteter i alt</i>	<i>6.072</i>	<i>79,7</i>	<i>2.866</i>	<i>71,7</i>	<i>47,2</i>

Det fremgår af ovenstående tabel, at der overordnet set er en svarprocent på 52,5 i forhold til dette speciales målgruppe. Der er imidlertid forskel på deltagelsesandelen indenfor de enkelte etniske minoritetsgrupper, hvor under halvdelen blandt indvandrere fra Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet har deltaget. Det er især Somalia, med en svarprocent på 31,8, der udgør et problem i henhold til repræsentativiteten. Det er væsentligt at tage højde for dette forhold til tolkningen af de resultater, hvor indvandrerne sammenlignes efter oprindelsesland, eftersom den lave svarprocent blandt somaliere kan udgøre bias i forhold til analysens resultater. Somalia er imidlertid fortsat medtaget i specialets analyser.

Dernæst er det essentielt, at være opmærksom på aldersfordelingen, jævnfør tabel 2, som forekommer forskellig blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper. I den forbindelse er det særligt den ældste aldersgruppe (50-66 årige), der er underrepræsenteret blandt de etniske minoritetsgrupper. Dette forhold hænger formentligt sammen med, at der i nogle af indvandrergrupperne ikke er så stor en andel i den pågældende aldersgruppe i den danske befolkning generelt. Det er især indvandrere med oprindelse i Somalia eller Libanon/Palæstina, som skiller sig ud i denne sammenhæng.

Det er væsentligt at tage ovenstående forhold i betragtning, når analysens resultater fortolkes, eftersom sådanne forhold kan påvirke resultaternes validitet. Jeg har imidlertid valgt at anvende

samtlige oprindelseslandegrupper og aldersgrupper i mine analyser, hvor jeg naturligvis vil være opmærksom på ovenstående problematikker i forhold til tolkningen af resultaterne.

Tabel 2: Køns og aldersfordeling blandt danskere og efterkommere.

	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-66 år
Etniske danskere	17,2	20,2	25,4	37,2
<i>Mænd</i>	18,1	18,3	24,2	39,4
<i>Kvinder</i>	16,4	22,0	26,5	35,12
Etniske minoriteter i alt	23,2	29,5	29,9	17,4
<i>Mænd</i>	21,6	26,3	33,7	18,4
<i>Kvinder</i>	25,3	33,2	25,4	16,2
Ex-Jugoslavien	26,4	25,0	27,6	21,0
<i>Mænd</i>	27,1	23,1	30,2	19,6
<i>Kvinder</i>	25,6	27,1	24,6	22,6
Irak	24,1	30,7	27,5	17,7
<i>Mænd</i>	20,3	24,9	32,6	22,2
<i>Kvinder</i>	28,9	38,0	21,2	12,0
Iran	16,8	15,8	44,7	22,7
<i>Mænd</i>	20,3	24,9	32,6	22,9
<i>Kvinder</i>	16,4	22,4	38,8	22,4
Libanon/Palæstina	27,8	28,3	32,0	12,0
<i>Mænd</i>	22,6	27,8	36,7	12,9
<i>Kvinder</i>	35,8	29,0	24,7	10,5
Pakistan	15,6	33,5	26,6	24,3
<i>Mænd</i>	14,5	35,5	26,9	23,1
<i>Kvinder</i>	17,0	30,9	26,3	25,8
Somalia	37,1	36,5	21,1	5,42
<i>Mænd</i>	38,6	24,8	29,0	7,6
<i>Kvinder</i>	35,8	45,5	15,0	3,7
Tyrkiet	17,5	38,7	28,2	15,6
<i>Mænd</i>	17,5	39,7	27,5	15,3
<i>Kvinder</i>	17,5	37,7	29,0	15,9

I forbindelse med ovenstående metodiske overvejelser i forhold til repræsentativitet skal det nævnes, at det via vægtning af data ville være muligt at vægte de enkelte grupper, så de forekommer repræsentative i forhold til deres faktiske størrelse i Danmark. Det har jeg imidlertid fravalgt, eftersom der forekommer både fordele og ulemper herved. Ved vægtning vil de enkelte etniske grupper blive vægtet i forhold til det faktiske antal i befolkningen, hvor der eksempelvis ligeledes

forekommer få somaliere i de ældre aldersgrupper. På den måde vil der fortsat være skævheder i fordelingen mellem de enkelte etniske minoritetsgrupper.

5.2 Statistiske metoder

Databehandlingen til dette speciale foretages ved hjælp af statistiske metoder i databehandlingsprogrammet Stata version 10.0³. Via statistiske metoder vil det blive belyst, hvorledes integrationsmæssige faktorer påvirker etniske minoriteters sundhed, samt hvorvidt integration kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. De statistiske metoder udgøres af krydstabuleringer med dertilhørende χ^2 -tests samt multipel logistisk regression. Det vil dog primært være logistiske regressionsmodeller, som udgør metoden i analyserne, eftersom det via multipel logistisk regression er muligt at håndtere flere forklarende variable i én samlet model. I det følgende vil de to statistiske metoder blive beskrevet.

5.2.1 χ^2 -test

I forhold til at undersøge, hvorledes de integrationsmæssige faktorer tager sig ud blandt etniske minoriteter i Danmark, anvendes Pearsons χ^2 -test, der er en signifikanstest mellem to kategoriske variable. χ^2 -testen undersøger, hvorvidt der forekommer afhængighed mellem de pågældende to variable. Der tages udgangspunkt i H_0 -hypotesen, som forventer uafhængighed, og dermed at der ikke forekommer sammenhæng mellem de to kategoriske variable. I den henseende udgør de opstillede hypoteser i denne undersøgelse alternative hypoteser (H_a), der, modsat H_0 -hypotesen, forventer afhængighed mellem de implicerede variable.

Nedenfor præsenteres formelen for netop Pearsons χ^2 test (χ^2):

$$\chi^2 = \sum (f_o - f_e)^2 / f_e$$

Som det fremgår af formlen afhænger χ^2 værdien af de observerede (f_o) samt de forventede (f_e) værdier. Der udregnes en værdi for hver celle i en krydstabel, som udregnes på baggrund af netop de observerede og de forventede værdier i hver celle. Værdierne for de enkelte celler summeres sammen og udgør χ^2 værdien for de pågældende variables sammenhæng. Hvorvidt der

³ Do filen er vedlagt på CD'en bagerst i rapporten, hvoraf syntakserne til analyserne fremgår.

forekommer sammenhæng mellem variablene afgøres på baggrund af signifikansniveauet, som i denne undersøgelse er 95 %. Signifikansniveauet afhænger for det første af χ^2 værdiens størrelse⁴ og dernæst af antallet af frihedsgrader (df). Frihedsgraderne udregnes på baggrund af følgende formel: $df = (r-1)(c-1)$, hvor r og c står for henholdsvis rækker og kolonner. På den måde afhænger antallet af frihedsgrader af, hvor mange rækker og kolonner der forekommer i den pågældende krydstabel (Agresti & Finlay 1997:253-260). I forhold til χ^2 -testen gælder endvidere, at jo flere observationer samt jo flere celler jo større bliver χ^2 værdien, som desuden influerer signifikansniveauet. Med andre ord vil en χ^2 -test, hvori der indgår mange observationer, have større sandsynlighed for signifikans set i forhold til en test, som inkluderer et mindre antal observationer. Dette er væsentligt at være opmærksom på ved anvendelse af χ^2 -testen.

I dette speciale anvendes der χ^2 -tests i forhold til at undersøge fordelingen af de sociale forhold, der indgår i specialets integrationsbegreb, blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere. På den måde kan χ^2 -testen afgøre, hvorvidt der forekommer signifikant forskel på etniske minoriteter og etniske danskere i forhold til de pågældende forhold. I tilfælde hvor p-værdien er under 0,05 er der afhængighed mellem de pågældende variable, og den alternative hypotese kan accepteres. Dermed belyses den første hypotese på baggrund af χ^2 -tests. I de efterfølgende analyser inddrages flere forklarende variable i forhold til at undersøge de integrationsmæssige faktorer samt integrationsgradens indflydelse på etniske minoriteters sundhed. Hertil anvendes multipel logistisk regression, der i det følgende vil blive beskrevet.

5.2.2 Multipel logistisk regression

Via multipel logistisk regression er det netop muligt at inddrage flere forklarende variable i én model, hvilket er en fordel i forhold til, at undersøge sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed, eftersom det på den måde er muligt at teste flere forklarende variables afhængighed i forhold til de enkelte sundhedsvariable, som udgør analysernes afhængige variable. Ved inddragelse af flere forklarende variable er det muligt at kontrollere for bagvedliggende faktorer i forhold til sammenhængen mellem integration og etniske minoriteters sundhed. Samtidig er det muligt at inddrage samtlige integrationsmæssige faktorer i en samlet regressionsmodel.

⁴ Jo større en χ^2 værdi er jo mindre bliver p-værdien, som netop angiver signifikansniveauet. I denne undersøgelse er signifikansniveauet 95 %. Dermed er der tale om afhængighed ved en p-værdi på 0,05 eller derunder.

Logistisk regression er en statistisk model, som beskriver et asymmetrisk forhold mellem en binær⁵ afhængig variabel samt en eller flere uafhængige variable. Når der er inddrages flere uafhængige variable, som det er tilfældet for samtlige analyser i denne undersøgelse, er det netop multipel logistisk regression som gør sig gældende. Den multiple logistiske regression beskriver, hvorledes fordelingen af en binær variabel Y afhænger af en række forskellige baggrundsvariable; $X_1...X_k$ (Kreiner 1999:415-416).

Nedenfor fremgår formelen for multipel logistisk regression, som netop er afgørende for analysen af, hvorledes integrationsmæssige faktorer påvirker etniske minoriteters sundhed:

$$\text{logit}(\pi) = \alpha + \beta_1(x_1) + \beta_2(x_2) + \dots + \beta_k(x_k)$$

I formelen angiver π sandsynligheden mens α (konstant) og β er parametre/estimer, der angiver henholdsvis linjens skæring med y-aksen og linjens hældningskoefficient. Mens α er en konstant, er der til hver uafhængig variabel x en tilhørende β værdi (Agresti & Finlay 1997:581-585). Nedenfor fremgår formelen, hvor denne undersøgelses variable er indskrevet:

$$\text{logit}(\text{dårligt selvvrderet helbred}) = \alpha + \beta_1(\text{uddannelsesniveau}) + \beta_2(\text{arbejdsmarkedstilnytning}) + \dots + \beta_k(\text{sociale relationer})$$

Den logistiske regressionsmodel angiver risikoen for et forhold sammenlignet med et andet, herunder eksempelvis risikoen for dårligt selvvrderet helbred for personer med dårlige dansk kundskaber sammenlignet med personer med gode dansk kundskaber. Risikoen fremkommer ved odds-ratio (OR), som netop angiver sandsynligheden for succes i forhold til succesen for fiasko. Odds-ratio fremkommer ved $\exp(\beta)$ (Agresti & Finlay 1997: 581-585).

Dermed vil multipel logistisk regression blive anvendt i dette speciale med henblik på, at afgøre, hvorvidt sandsynligheden for dårlig sundhed er større for etniske minoriteter, der i mindre grad er integreret i det danske samfund sammenlignet med etniske minoriteter, der kan betegnes som værende integrerede.

⁵ En binær variabel har udelukkende to svarkategorier.

5.3 Analysestrategi

I dette afsnit vil specialets analysestrategi blive præsenteret. Afsnittet vil dermed være centreret omkring, hvorledes specialets analyse vil være struktureret, og dermed hvorledes problemformuleringen vil blive undersøgt og besvaret.

Undersøgelsen af specialets problemformulering vil være opdelt i en empirisk samt en teoretisk analyse, hvor den empiriske analyse overordnet set vil være opdelt i tre dele, som til sammen har til formål at undersøge de integrationsmæssige faktorer samt sammenhængen mellem integration og sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark. I den empiriske analyse testes de tre opstillede hypoteser, jævnfør "Kapitel 4: Teoretiske perspektiver", gennem statistiske metoder med henblik på at acceptere eller forkaste udsagnene. Den teoretiske analyse vil dernæst have til formål, at teoretisere de empiriske resultater i forhold til en samfundsmæssig kontekst, hvor fokus vil være samfundsmæssig placering samt social ulighed i forhold til etniske minoriteters sundhed og integrationsmæssige forhold. På den vis vil analysen i dette speciale hovedsageligt være af empirisk karakter, hvortil teoretiske perspektiver vil figurere som samfundsmæssige betragtninger til de empiriske resultater. Samtidig vil analysen være af deduktiv karakter, eftersom hypoteserne vil være styrende for analysen. Dermed anvendes empirien analytisk med det formål, at bekræfte eller afkræfte de teoretiske antagelser (Riis 2004:25).

Den første del af den empiriske analyse vil være af deskriptiv karakter, hvor det vil blive beskrevet, hvorledes de sociale forhold, der indgår i specialets integrationsbegreb, tager sig ud i forhold til etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere. I denne del af analysen vil der statistisk være tale om krydstabeller, hvor eksempelvis uddannelsesniveau og danskkundskaber vurderes via χ^2 -test med et sikkerhedsinterval på 95 %. Denne del af analysen har til formål at danne et overblik over faktorerne, som måler integration og på den måde vurdere, hvorledes der er tale om sociale forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Jeg vil dermed beskrive, hvorledes uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer tager sig ud blandt etniske minoriteter i Danmark. I den henseende vil det ligeledes blive undersøgt, hvorledes faktorerne tager sig ud for hver af de syv etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere.

Efter at have skabt et overblik over de integrationsmæssige faktorer blandt etniske minoriteter i Danmark vil anden del af den empiriske analyse undersøge sammenhængen mellem sundhed og de

enkelte integrationsmæssige faktorer; uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, dansk kundskaber og sociale relationer. Sundhed vil desuden blive målt på baggrund af selv vurderet helbred, fysisk og psykisk sundhed, BMI og fysisk aktivitet. Denne sammenhæng vil blive undersøgt via multipel logistisk regression, hvor sundhedsvariablene vil figurere som afhængige variable, mens de integrationsmæssige faktorer vil udgøre analysernes uafhængige variable. Ved hjælp af logistiske regressionsmodeller vil det være muligt at fastlægge, hvorledes de enkelte integrationsmæssige faktorer påvirker etniske minoriteters sundhed. På den vis vil anden del af analysen munde ud i en beskrivelse af, hvilke grupper der har størst risiko for eksempelvis dårligt selv vurderet helbred, dårlig fysisk sundhed eller dårlig psykisk sundhed. Denne analysedel er altså af forklarende karakter med henblik på at vurdere de enkelte faktoreres indflydelse på etniske minoriteters sundhed. Den anden analysedel vil dermed også undersøge, hvorvidt der eksisterer sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark. Samtlige logistiske regressionsmodeller vil desuden blive kontrolleret for forskelle i køn og alder.

I tredje del af den empiriske analyse vil jeg på baggrund af de uafhængige variable danne et indeks, som angiver et samlet mål for integration i forhold til dette speciales kontekst. Dette indeks dannes med inspiration i Finn Breinholt Larsens indeks for levestandardressourcer, hvor der via summering dannes et indeks som indikerer graden af levestandardressourcer (Larsen 2003:14-18). Jeg vil i den forbindelse udarbejde et mål for integration, som på en skala fra 0 til 100 viser, hvorvidt der er tale om en lav eller høj grad af integration i forhold til deltagelse i det danske samfund i form af de fem integrationsmæssige faktorer. De integrationsmæssige faktorer vil dermed være af afgørende betydning i forhold til dette indeks, som vil blive dannet med udgangspunkt i netop disse forhold. Derefter vil indekset blive undersøgt via multipel logistisk regression med det formål, at undersøge, hvorvidt graden af integration påvirker etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere reduceres. Ligesom det var tilfældet i anden del af analysen vil køn og alder figurere som kontrolvariable i forhold til sammenhængen mellem integration og sundhed.

Det vil altså sige, at dette speciales problemformulering vil blive undersøgt og besvaret gennem tre empiriske analysedele, der tilsammen har til formål at undersøge sammenhængen mellem integration og etniske minoriteters sundhed. Derefter vil der forekomme en teoretisk analysedel, hvor jeg gennem teoretiske perspektiver vil belyse, hvad resultaterne af den empiriske analyse viser

om etniske minoriteters placering i det sociale rum og dermed ligeledes om den sociale ulighed i sundhed i forhold til etniske minoriteter i Danmark.

Kapitel 6: Empirisk Analyse

Nærværende kapitel er centreret omkring specialets empiriske analyse af problemformuleringen. Den empiriske analyse vil, som nævnt i analysestrategien, være inddelt i tre analysetrin, der tilsammen har til formål at belyse de opstillede hypoteser og dermed besvare problemformuleringen. Den første del af den empiriske analyse har til formål, at danne et overblik over, hvorledes de enkelte integrationsmæssige faktorer fordeler sig blandt etniske minoriteter i Danmark. Etniske danskere anvendes her som reference i forhold til at vurdere, om etniske minoriteter i Danmark placerer sig anderledes i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse og sociale relationer sammenlignet med etniske danskere⁶. I anden og tredje del af den empiriske analyse anvendes multipel logistisk regression med henblik på at undersøge sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed. Som det blev beskrevet i analysestrategien, vil anden del af analysen fokusere på de enkelte integrationsmæssige faktorer i forhold til at undersøge, hvorvidt der eksisterer sundhedsmæssige forskelle i henhold til de integrationsmæssige faktorer blandt etniske minoriteter i Danmark. Herefter vil der i tredje del af den empiriske analyse blive dannet et generelt indeks for integration. Ved hjælp af det samlede indeks for integration vil jeg undersøge, hvorvidt graden af integration påvirker etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at integration kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

Det skal imidlertid nævnes, at der i analyserne udelukkende indgår indvandrere fra ikke-vestlige lande. På den måde er efterkommere udeladt af analyserne, eftersom der ikke forekommer et repræsentativt antal efterkommere, som kan sammenlignes med indvandrere og etniske danskere i alderen 18-66 år, jævnfør "Kapitel 5: Metode". Begrebet *etniske minoriteter* vil derfor i nærværende analyse udelukkende omfatte indvandrere fra ikke-vestlige lande.

Af tabel 3 fremgår en oversigt over analysens variable. Tabellen viser ligeledes den generelle svarfordeling for hele målgruppen (både indvandrere og etniske danskere) ved de enkelte variable.

⁶ Oplysninger om danskkundskaber findes udelukkende for indvandrere og sammenlignes derfor ikke med etniske danskere.

Tabel 3: Analysens variable.

Afhængige variable	Selvurderet helbred (N=3.997)	Godt	77 %
		Nogenlunde/Dårligt	23 %
	Fysisk sundhed (N=3.904)	God	58 %
		Dårlig	42 %
	Psykisk sundhed (N=3.904)	God	55 %
		Dårlig	45 %
	BMI (N=3.863)	< 30	86 %
Uafhængige variable		> 30	14 %
	Fysisk aktivitet (N=4.003)	Flere gange om ugen	47 %
		1 gang om ugen eller sjældnere	53 %
	Uddannelsesniveau (N=3.579)	Lav	51 %
		Middel	32 %
		Høj	17 %
	Socioøkonomisk status (N=3.997)	Beskæftiget	61 %
		Under uddannelse	5 %
		Arbejdsløs	6 %
		Udenfor arbejdsstyrken	28 %
	Bruttoindkomst (N=3.990)	<150.000 kr.	45 %
		150-300.000 kr.	37 %
		>300.000 kr.	18 %
	Talekundskaber (N=2.861)	Gode	78 %
		Dårlige	22 %
	Læsekundskaber (N=2.862)	Gode	80 %
		Dårlige	20 %
	Kontakt til venner/familie (N=3.990)	Ofte	77 %
		Sjældent/aldrig	23 %
Baggrundsvariable	Har nogen at tale fortroligt med (N=3.989)	Ja	89 %
		Nej	11 %
	Køn (N=3.997)	Mand	53 %
		Kvinde	47 %
	Alder (N=3.997)	18-29 år	22 %
		30-39 år	27 %
		40-49 år	29 %
		50-65 år	23 %

I forhold til sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer samt integrationsgraden og etniske minoriteters sundhed er der udarbejdet to analysemodeller, som illustrerer de forventede kausalsammenhænge i forhold til analysens resultater. Analysemodellerne vil blive præsenteret indledningsvist i henholdsvis Analysedel II og Analysedel III, hvor de vil blive behandlet. Det skal i den henseende nævnes, at det ikke er muligt at afgøre med sikkerhed, hvilken vej kausalsammenhængene går, eftersom der er tale om en tværsnitsundersøgelse. Havde oplysningerne været at finde over tid kunne det have været muligt at fastslå, hvorvidt sundhed påvirkes af integrationsgraden eller omvendt. Det er i den henseende væsentligt at være opmærksom på, at et individs helbredstilstand ligeledes kan påvirke individets sociale position og derved graden af integration (Larsen 2003:11). Denne undersøgelse bygger imidlertid på en forventning om, at de integrationsmæssige faktorer samt graden af integration, og dermed et individs samfundsmæssige placering og samfundsmæssige deltagelse, påvirker etniske minoriteters sundhed, hvilket er udgangspunktet for de opstillede analysemodeller.

Via den følgende empiriske analyse vil det altså være muligt at undersøge de integrationsmæssige faktoreres indflydelse på etniske minoriteters sundhed generelt. Det vil samtidig være muligt at vurdere, hvorvidt graden af integration kan udgøre en forklaringsmekanisme i forhold til de sundhedsmæssige forskelle, der eksisterer mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

6.1 Analysedel I: Integrationsmæssige faktorer

Dette afsnit vil være centreret omkring en kortlægning af, hvorledes de integrationsmæssige faktorer fordeler sig blandt etniske minoriteter i Danmark. Fordelingen sammenholdes med etniske danskere. Afsnittet tager dermed udgangspunkt i hypotesen: *"Der er forskel i henhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning, selvforsørgelse og sociale relationer mellem etniske minoriteter og etniske danskere?"*. Dermed er der i denne del af analysen fokus på fordelingen af undersøgelsens uafhængige variable blandt etniske minoriteter generelt sammenlignet med etniske danskere samt blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere. Analyserne er foretaget ved χ^2 -tests mellem to kategoriske variable, hvor et signifikansniveau på 95 er anvendt. Det er udelukkende statistisk signifikante resultater, der præsenteres i det følgende.

Tabel 4 illustrerer fordelingen af uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer blandt henholdsvis etniske minoriteter og etniske danskere. Fordelingen blandt kvinder og mænd i de to grupper er ligeledes illustreret. Det kan på baggrund af tabellen konstateres, at der forekommer en anderledes fordeling af de sociale forhold blandt etniske minoriteter sammenholdt med etniske danskere. Der er en tendens til, at etniske minoriteter hyppigere befinder sig i de lave socialgrupper set i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning og indkomst sammenholdt med etniske danskere. I Bourdieus optik betyder dette, at en større andel blandt etniske minoriteter har lav grad af økonomisk og kulturel kapital sammenholdt med andelen blandt etniske danskere. På den måde placerer de etniske minoriteter sig overordnet set anderledes i det sociale rum sammenlignet med etniske danskere.

Tabel 4: Integrationsmæssige faktorer fordelt på etniske danskere og etniske minoriteter.*

Integrationsmæssige faktorer	<i>Etniske danskere</i>				<i>Etniske minoriteter</i>			
	Pct.				Pct.			
	Antal	I alt	Kvinder	Mænd	Antal	I alt	Kvinder	Mænd
Uddannelse								
Lav	348	31,0	31,7	30,4	1.488	60,6	67,7	55,1
Middel	490	43,7	40,4	47,2	663	27,0	23,2	29,9
Høj	284	25,3	28,0	22,5	306	12,5	9,2	15,0
Socioøko. Status								
Beskæftigede	950	84	81,5	86,6	1.507	52,6	39,4	63,5
Personer under uddannelse	29	2,6	2,6	2,5	159	5,6	8,0	3,5
Arbejdsløse	18	1,6	2,4	0,7	225	7,9	8,2	7,5
Personer udenfor arbejdsstyrken	134	11,9	13,5	10,1	975	34,0	44,4	25,5
Årlig indkomst								
Under 150.000 kr.	217	19,2	22,4	15,9	1.580	55,2	66,2	46,0
150-300.000 kr.	472	41,9	50,8	32,6	1.000	34,9	30,2	38,9
Over 300.000 kr.	438	38,9	26,8	51,5	283	19,9	3,6	15,1
Danskkundskaber								
Gode	-	-	-	-				
talekundskaber					2.245	78,4	73,4	82,6
Dårlige	-	-	-	-				
talekundskaber					618	21,6	26,6	17,4
Gode	-	-	-	-				
læsekundskaber					2.304	80,5	75,4	84,6
Dårlige	-	-	-	-				
læsekundskaber					560	19,6	24,6	15,4
Sociale relationer								
Træffer ofte fam./ven, ref.	985	87,3	90,0	84,4	2.104	73,5	74,3	72,8
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	144	12,7	10,0	15,6	759	26,5	25,7	27,2
Har nogen at tale fortroligt med	1.076	95,5	98,1	92,7	2.474	86,4	87,8	85,2
Har ikke nogen at tale fortroligt med	51	4,5	1,9	7,3	390	13,6	12,2	14,8

*Signifikansniveau <0,01 for samtlige sociale forhold.

I forhold til uddannelsesniveau er der blandt etniske minoriteter en større andel med lavt uddannelsesniveau sammenholdt med middel eller højt uddannelsesniveau. Etniske minoriteter har generelt set et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med etniske danskere. Samtidig forekommer der en kønsmæssig forskel blandt etniske minoriteter, hvorom det gælder, at flere kvinder end mænd med anden etnisk baggrund end dansk har et lavt uddannelsesniveau.

Tabellen viser desuden, at der forekommer en stor andel blandt etniske minoriteter, som befinder sig udenfor arbejdsstyrken, hvilket gælder for 44 % af kvinderne samt 26 % af mændene. Derudover er der 55 % af etniske minoriteter i Danmark, som tjener under 150.000 kr. årligt. Det samme er

gældende for 19 % af etniske danskere. Det vil altså sige, at over halvdelen af de etniske minoriteter i Danmark har en indkomst på under 150.000 kr. årligt. Andelen er højere for kvinder end for mænd. En årlig indkomst på under 150.000 kr. indikerer, som tidligere nævnt, at man ikke er selvforsørgende.

Oplysninger om danskkundskaber viser, at langt størstedelen af etniske minoriteter i Danmark har gode både tale- og læsekundskaber, hvilket er tilfældet for henholdsvis 78 og 80 %. Dermed har godt 20 % af de ikke-vestlige indvandrere i Danmark problemer med at mestre sproget. Der forekommer flere kvinder end mænd med dårlige danskkundskaber.

Størstedelen af de etniske minoriteter har desuden et godt socialt netværk set i forhold til kontakt til venner og familie, samt i forhold til hvorvidt man har nogen at tale fortroligt med. Det er imidlertid tilfældet, at der blandt etniske minoriteter overordnet set er en signifikant større andel med få sociale relationer sammenholdt med etniske danskere.

På baggrund af ovenstående forhold kan det altså konstateres, at der forekommer sociale forskelle blandt etniske minoriteter i Danmark, der i forhold til uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse og sociale relationer skiller sig signifikant ud fra etniske danskere. Derudover kan det konstateres, at de kvindelige etniske minoriteter er dårligere integreret sammenlignet med de mandlige, eftersom kvinderne hyppigere end mændene placerer sig i de lave socialgrupper i forhold til de integrationsmæssige faktorer.

Blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper fordeler de sociale forhold sig forskelligt, jøvnfør tabel 5. Selvom det overordnede billede viser, at der er signifikant flere i samtlige etniske minoritetsgrupper, der har lavt uddannelsesniveau, lav indkomst, ikke er beskæftiget samt har få sociale relationer sammenlignet med etniske danskere, fordeler de sociale forhold sig forskelligt mellem de enkelte etniske minoritetsgrupper. Der er med andre ord forskelle i den integrationsmæssige placering i det danske samfund blandt de etniske minoritetsgrupper.

En større andel af de etniske minoriteter fra Iran eller Ex-Jugoslavien har en erhvervsgivende uddannelse⁷. Samtidig er der færre blandt disse to grupper samt blandt pakistanere og tyrkere, der befinder sig udenfor arbejdsstyrken sammenlignet med de andre etniske minoritetsgrupper. Samme

⁷ Middel eller højt uddannelsesniveau.

tendens findes i forhold til indkomst. Indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Tyrkiet og Pakistan har ofte været i Danmark i mange år og begyndte at komme til Danmark som gæstearbejdere i 1960'erne, jævnfør "Kapitel 1: Indledning". Det er derfor forventet, at disse grupper klarer sig bedre sammenlignet med eksempelvis irakere, som er kommet til Danmark under andre forudsætninger, heraf primært som flygtninge pga. krig i hjemlandet. Derudover er det en gængs opfattelse, at iranere klarer sig rigtig godt i det danske samfund. Sådanne overvejelser er væsentlige i denne sammenhæng, eftersom de formodes at have indflydelse på de etniske minoritetsgruppers integrationsmæssige placering i det danske samfund.

Af tabel 5 fremgår det, at etniske minoriteter fra Irak, Libanon/Palæstina og Somalia generelt set er dårligere integreret sammenlignet med de andre etniske minoritetsgrupper. Derudover placerer en større andel af kvinderne indenfor samtlige etniske minoritetsgrupper sig i de lave socialgrupper sammenlignet med mændene, hvilket kommer til udtryk i tabellerne i Bilag B.

Tabel 5: Integrationsmæssige faktorer fordelt på de etniske minoritetsgrupper.*

<i>Integrationsmæssige faktorer</i>	<i>Pct.</i>						
	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/ Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet
Uddannelse							
Lav	46,5	57,4	39,7	69,1	66,6	76,9	76,8
Middel	43,7	25,6	35,1	21,6	22,4	17,5	17,3
Høj	9,8	17,0	25,3	9,4	11,1	5,6	5,9
Socioøkonomisk status							
Beskæftigede	62,0	36,3	61,9	44,9	60,8	39,8	62,1
Personer under uddannelse	4,5	9,0	4,3	5,1	3,4	8,1	4,6
Arbejdsløse	4,7	11,5	4,7	7,8	6,2	12,4	8,3
Personer udenfor arbejdsstyrken	28,8	43,3	29,1	42,2	29,6	39,8	25,0
Årlig indkomst							
Under 150.000 kr.	41,0	71,1	48,3	66,6	46,8	71,9	41,4
150-300.000 kr.	47,9	23,1	35,3	27,1	36,7	26,6	48,7
Over 300.000 kr.	11,1	5,8	16,4	6,3	16,5	1,5	9,9
Danskkundskaber							
Gode talekundskaber	84,0	66,3	87,7	83,9	83,7	82,5	60,8
Dårlige talekundskaber	16,0	33,7	12,3	16,1	16,3	17,5	39,2
Gode læsekundskaber	90,3	66,3	90,5	82,0	83,3	85,2	66,2
Dårlige læsekundskaber	9,7	33,7	9,5	18,1	16,7	14,8	33,8
Sociale relationer							
Træffer ofte fam./ven, ref.	85,3	66,3	71,3	68,0	79,0	61,4	81,9
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	14,7	33,7	28,7	32,0	21,0	38,6	18,1
Har nogen at tale fortroligt med	91,5	85,3	80,6	83,7	88,3	85,0	90,5
Har ikke nogen at tale fortroligt med	8,5	14,7	19,4	16,3	11,7	15,0	9,5

* Signifikansniveau<0,01 for samtlige forhold.

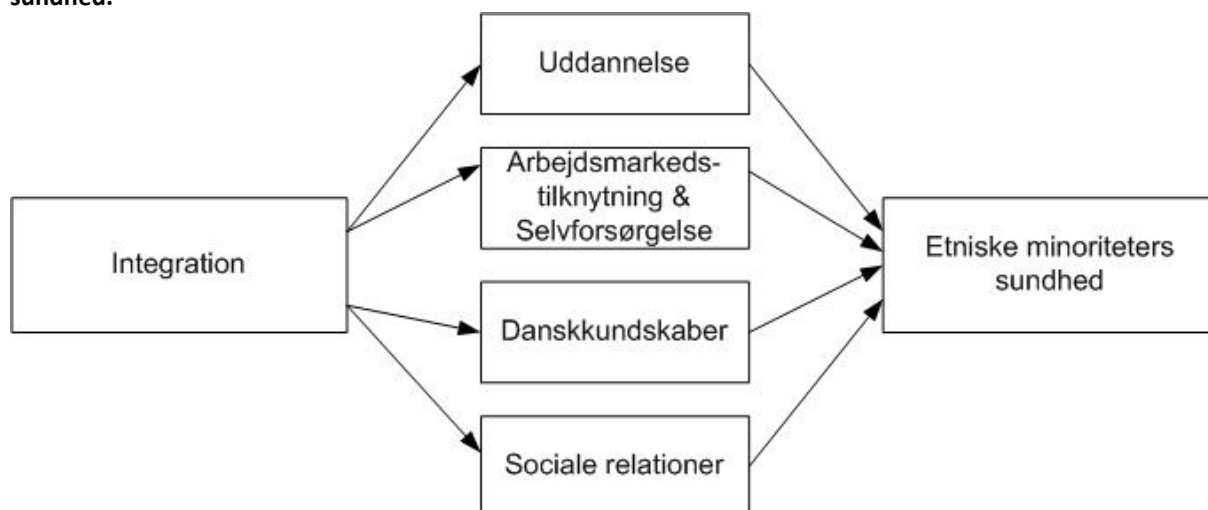
På baggrund af ovenstående analyseresultater kan hypotesen omhandlende forskelle i uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse og sociale relationer blandt etniske minoriteter og etniske danskere accepteres. Desuden kan det konstateres, at der imellem de enkelte etniske minoritetsgrupper er forskelle i forhold til den integrationsmæssige placering i det danske samfund. Forskellen mellem de enkelte etniske minoritetsgrupper illustrerer det faktum, at der er større social mobilitet i forhold til de integrationsmæssige faktorer indenfor nogle etniske minoritetsgrupper, hvilket blev beskrevet i "Kapitel 1: Indledning". Det er derfor væsentligt at skelne mellem de enkelte oprindelseslande i forhold til sammenhængen mellem integrationsgraden og etniske minoriteters sundhed.

6.2 Analysedel II: Integrationsmæssige faktorer og sundhed

I den følgende del af den empiriske analyse undersøges sammenhængen mellem etniske minoriteters sundhed og de fem integrationsmæssige faktorer, der indgår i dette speciales præcisering af integration. På den måde er det muligt at vurdere, om der forekommer sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter, og dermed hvorvidt graden af integration har indflydelse på etniske minoriteters sundhed. Analyserne er foretaget via multipel logistisk regression, hvor odds ratio angiver risikoen/sandsynligheden for et forhold sammenholdt med et andet. I dette tilfælde vil odds ratio angive sandsynligheden for dårlig sundhed alt efter hvilke forhold, der gør sig gældende i henhold til de integrationsmæssige faktorer. De afhængige variable i denne del af analysen vil derfor udgøres af de fem sundhedsvariable; selvvurderet helbred, fysisk sundhed, psykisk sundhed, BMI og fysisk aktivitet, mens de uafhængige variable udgøres af de integrationsmæssige faktorer; uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer, jævnfør tabel 3. Ydermere vil køn og alder indgå som baggrundsvARIABLE med henblik på at kontrollere for eventuelle forskelle i køn og alder. På den måde styrkes analyserne, så det sikres, at forskelle i sundhed i forhold til de integrationsmæssige faktorer ikke blot skyldes køns- og aldersmæssige forskelle.

Af figur 5 fremgår *Analysemodel 1*, som illustrerer den forventede kausalitet mellem de integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed. Analysemodellen tager udgangspunkt i følgende hypotese: "*De integrationsmæssige faktorer har indflydelse på etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at graden af integration påvirker etniske minoriteters sundhed?*".

Figur 5: Analysemodel 1. Forventet kausalitet mellem integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed.



Analysemodel 1 illustrerer en forventning om, at der forekommer en sammenhæng mellem de integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed. Forventningen bygger på en antagelse om, at de integrationsmæssige faktorer påvirker etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at der forekommer sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter i forhold til graden af integration. Analysemodel 1 er desuden opdelt i yderligere fem analysetrin, som hver især testes i forhold til de fem sundhedsforhold. De fem analysetrin har overordnet set til formål at afdække forventningerne i Analysemodel 1. Af tabel 6 fremgår det, hvilke variable der indgår i henholdsvis model 1a, model 1b, model 1c, model 1d og model 1e. Det fremgår af tabellen, at de integrationsmæssige faktorer først vil blive inddraget hver for sig⁸ i forhold til de forskellige sundhedsforhold og dernæst samlet for på den måde at afdække integrationsgradens indflydelse på etniske minoriteters sundhed. Analyserne vil blive foretaget for hver af de afhængige sundhedsvariable.

⁸ Arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse inddrages på samme tid, eftersom de to forhold er tæt knyttede.

Tabel 6: Oversigt over uafhængige variable i de enkelte analysemodeller.

	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Baggrundsvariable					
Køn	X	X	X	X	X
Alder	X	X	X	X	X
Uafhængige variable					
<i>Uddannelse</i>	X				X
<i>Arbejdsmarkedstilknytning</i> - Socioøkonomisk status		X			X
<i>Selvforsørgelse</i> - Bruttoindkomst		X			X
<i>Danskundskaber</i> - Talekundskaber			X		X
- Læsekundskaber			X		X
<i>Sociale relationer</i> - Kontakt til ven/fam				X	X
- Fortrolige				X	X
Antal observationer					
Modeller med selv vurderet helbred	2.497	2.863	2.863	2.861	2.856
Modeller med fysisk sundhed	2.385	2.776	2.776	2.776	2.376
Modeller med psykisk sundhed	2.385	2.776	2.776	2.776	2.769
Modeller med BMI	2.357	2.743	2.743	2.744	2.357
Modeller med fysisk aktivitet	2.457	2.863	2.863	2.863	2.450

I det følgende behandles sundhedsforholdene hver for sig i forhold til de fem analysemodeller. Det skal nævnes, at denne del af analysen udelukkende fokuserer på etniske minoriteter generelt, og der skelnes ikke mellem de etniske minoritetsgrupper i analyserne af sammenhængen mellem de integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters sundhed. Indledningsvist i hvert afsnit vil andelen med dårlig sundhed indenfor den pågældende sundhedsvariabel dog blive beskrevet både for etniske minoriteter generelt samt de enkelte etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere. Andelen med dårlig sundhed er udregnet via logistiske regressionsmodeller, hvor stata-kommandoen *adjust* er anvendt til at "oversætte" resultaterne til procenttabeller (Stata Press 2007:7 ff.). Andelen er desuden justeret for forskelle i køn og alder.

6.2.1 Selvvurderet helbred

I det følgende vil sammenhængen mellem integrationsmæssige faktorer og selvvurderet helbred blive beskrevet. Overordnet set er det tilfældet, at signifikant flere blandt etniske minoriteter har nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med etniske danskere. Af tabel 7 fremgår

det, at 7 % af etniske danskere har nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred, hvilket er tilfældet for 27 % blandt etniske minoriteter. Andelen med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er signifikant større for samtlige etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere. Den største andel med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er blandt irakere, hvor 41 % har nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred. Den laveste andel forekommer blandt somaliere (13 %), hvortil det er væsentligt at være opmærksom på, at der forekommer en meget lille andel af ældre i denne gruppe, hvilket kan have indvirkning herpå, eftersom risikoen for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er større blandt de ældre aldersgrupper, jøvnfør tabel 8.

Tabel 7: Andel med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred. Justeret for forskelle i køn og alder.

<i>Nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred</i>	Pct. (95 % CI)	
	Etniske danskere	Etniske minoriteter
Alle	7,0 (5,8-8,5)	26,8 (25,0-28,5)*
Ex-Jugoslavien	-	30,4 (26,0-35,2)*
Irak	-	40,5 (35,9-45,3)*
Iran	-	21,3 (17,7-25,4)*
Libanon/Palæstina	-	32,4 (27,8-37,5)*
Pakistan	-	22,2 (18,6-26,3)*
Somalia	-	13,4 (10,0-17,9)*
Tyrkiet	-	22,8 (18,7-27,4)*

Note: Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistiske regressionsmodeller.

* Signifikansniveau<0,01.

Sammenhængen mellem etniske minoriteters selv vurderede helbred og de integrationsmæssige faktorer fremgår af tabel 8. Baggrundsvariablene køn og alder viser, at der er køns- og aldersmæssige forskelle i selv vurderet helbred blandt etniske minoriteter. Risikoen for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er større for kvinder sammenlignet med mænd, mens risikoen ligeledes stiger med alderen. Ydermere har uddannelsesniveau indflydelse på etniske minoriteters selv vurderede helbred på en sådan måde, at personer med et højt uddannelsesniveau har mindre sandsynlighed for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred sammenholdt med personer med lavt uddannelsesniveau (model 1a). Middel uddannelsesniveau skiller sig imidlertid ikke ud ved selv vurderet helbred set i forhold til lavt uddannelsesniveau.

Tabel 8: Sammenhængen mellem selv vurderet helbred, køn, alder og integrationsmæssige faktorer for etniske minoriteter. Multipel logistisk regression.

Selv vurderet helbred og integrationsmæssige faktorer	Odds ratio (95 % CI)				
	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Køn					
Mand, ref.	.	.	.	.	.
Kvinde	1,76*	1,33*	1,66*	1,99*	1,35*
Alder					
18-29 år, ref.	.	.	.	.	.
30-39 år	2,52*	2,74*	2,28*	2,49*	2,22*
40-49 år	5,80*	5,33*	4,44*	5,15*	4,16*
50-66 år	9,07*	6,03*	6,25*	8,12*	4,58*
Uddannelse					
Lav, ref.	.	-	-	-	•
Middel	0,94***	-	-	-	•
Høj	0,54*	-	-	-	•
Arbejdsmarkedstilknnytning					
Beskæftigede, ref.	-	.	-	-	.
Personer under uddannelse	-	1,46***	-	-	1,35***
Arbejdsløse	-	2,08*	-	-	1,85*
Personer udenfor arbejdsstyrken	-	4,49*	-	-	3,91*
Selvforsørgelse					
Indkomst < 150.000 kr., ref.	-	.	-	-	•
Indkomst 150-300.000 kr.	-	0,92***	-	-	•
Indkomst > 300.000 kr.	-	0,59**	-	-	•
Dansk kundskaber					
Gode talekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige talekundskaber	-	-	1,89*	-	1,63*
Gode læsekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige læsekundskaber	-	-	2,04*	-	1,61*
Sociale relationer					
Træffer ofte fam./ven, ref.	-	-	-	.	.
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	-	-	-	1,69*	1,45*
Har nogen at tale fortroligt med, ref.	-	-	-	.	.
Har ikke nogen at tale fortroligt med	-	-	-	1,73*	1,60*

Note: * Signifikansniveau <0,01, ** Signifikansniveau <0,05, ***Signifikansniveau>0,05, • Frasortet i modellen.

Model 1b viser, at der forekommer forskelle i etniske minoriteters selv vurderede helbred ved arbejdsmarkedstilknnytning og selvforsørgelse. Risikoen for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er større for etniske minoriteter, der er arbejdsløse eller befinder sig udenfor arbejdsstyrken, hvilket vidner om, at beskæftigede eller personer under uddannelse har bedre selv vurderet helbred. Personer udenfor arbejdsstyrken rummer personer, som modtager indkomsterstattende ydelser som eksempelvis sygedagpenge, kontanthjælp eller førtidspension, og dermed personer, der ikke er selvforsørgende. I forhold til selvforsørgelse er der altså ligeledes forskelle i selv vurderet helbred

blandt etniske minoriteter. Dette kommer desuden til udtryk ved bruttoindkomst, der viser, at personer der tjener mere end 300.000 kr. årligt har mindre sandsynlighed for dårlig selv vurderet helbred sammenlignet med personer med en årlig indkomst på mindre end 150.000 kr. Der forekommer ingen forskel mellem en årlig indkomst på 150-300.000 kr. og under 150.000 i forhold til etniske minoriteters selv vurderede helbred.

Dernæst har danskkundskaber indflydelse på etniske minoriteters selv vurderede helbred (model 1c). Danskkundskaber er en væsentlig faktor i forhold til integration af etniske minoriteter i samfundet. Kommunikation med andre mennesker og samfundet som hele bliver begrænset af manglende danskkundskaber. Begrænsede danskkundskaber er ikke kun en barriere i forhold til kommunikation og forståelse i og af samfundet, det er ligeledes en essentiel faktor i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og i det hele taget deltagelse i samfundet. Etniske minoriteter med dårlige danskkundskaber har større risiko for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred, hvilket kommer til udtryk ved både tale- og læsekundskaber i tabel 8.

I forhold til model 1d kan det konstateres, at etniske minoriteter med få sociale relationer hyppigere har nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med etniske minoriteter med flere sociale relationer. Dette kommer til udtryk ved, at oddsene for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred er større for personer, som sjældent eller aldrig har kontakt med venner eller familie. Samtidig har personer, som ikke har nogen at tale fortroligt med hyppigere nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred sammenholdt med personer, der har nogen at tale fortroligt med.

Ved inddragelse af samtlige integrationsmæssige faktorer i model 1e udlignes forskellene i uddannelsesniveau samt forskellene i indkomst. Dette kan forklares med, at lavt uddannede og personer med lav indkomst hyppigere er arbejdsløse eller udenfor arbejdsmarkedet samt hyppigere har dårlige danskkundskaber. Overordnet set, ved inddragelse af samtlige integrationsmæssige faktorer, er risikoen for nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred blandt etniske minoriteter størst blandt kvinder, ældre, arbejdsløse eller personer udenfor arbejdsstyrken, personer med dårlige danskkundskaber samt personer med færre sociale relationer.

Der forekommer altså forskelle i etniske minoriteters selv vurderede helbred i forhold til de integrationsmæssige faktorer. I det følgende vil sammenhængen mellem etniske minoriteters fysiske sundhed og de integrationsmæssige faktorer blive beskrevet.

6.2.2 Fysisk sundhed

Overordnet set forekommer der en signifikant større andel blandt de etniske minoriteter i alderen 18-66 år, som har dårlig fysisk sundhed set i forhold til etniske danskere i samme aldersgruppe, hvilket fremgår af tabel 9. Andelen blandt etniske minoriteter med dårlig fysisk sundhed er 50 % mens andelen er 19 % blandt etniske danskere. Der er signifikant forskel sammenlignet etniske danskere for samtlige etniske minoritetsgrupper ved dårlig fysisk sundhed. Den største andel med dårlig fysisk sundhed forekommer blandt etniske minoriteter med oprindelse i Irak og den mindste andel blandt iranere.

Tabel 9: Andel med dårlig fysisk sundhed (0-50). Justeret for forskelle i køn og alder.

<i>Fysisk sundhed</i>	Pct. (95 % CI)	
	Etniske danskere	Etniske minoriteter
Alle	19,3 (17,1-21,8)	49,8 (47,9-51,8)*
Ex-Jugoslavien	-	45,1 (40,0-50,2)*
Irak	-	59,9 (55,2-64,5)*
Iran	-	35,7 (31,0-40,7)*
Libanon	-	56,4 (51,3-61,5)*
Pakistan	-	49,6 (44,6-54,6)*
Somalia	-	59,1 (53,6-64,5)*
Tyrkiet	-	42,6 (37,3-48,1)*

Note: Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistiske regressionsmodeller.

* Signifikansniveau < 0,01.

Sammenhængen mellem de integrationsmæssige faktorer og etniske minoriteters fysiske sundhed fremgår af tabel 10. Heraf kan det konstateres, at baggrundsvariablene har indflydelse på etniske minoriteters sundhed. Kvinder og de ældre aldersgrupper har hyppigere dårlig fysisk sundhed sammenlignet med mænd og yngre aldersgrupper. Dårlig fysisk sundhed er desuden hyppigere blandt etniske minoriteter med lavt uddannelsesniveau. Risikoen for dårlig fysisk sundhed falder i takt med, at uddannelseslængden stiger (model 1a).

Socioøkonomisk status og indkomst, som måler graden af arbejdsmarkedstilknnytning og selvforsørgelse, vidner ligeledes om, at der forekommer sociale forskelle i etniske minoriteters fysiske sundhed. Af tabellen fremgår det, at der er flere arbejdsløse og flere udenfor arbejdsstyrken, der har dårlig fysisk sundhed set i forhold til etniske minoriteter, som er beskæftigede. Etniske minoriteter der er arbejdsløse har 1,89 gange større risiko for dårlig fysisk sundhed set i forhold til etniske minoriteter, som er beskæftigede. For personer udenfor arbejdsstyrken er risikoen 3,67

gange større sammenlignet med beskæftigede. Det faktum, at der forekommer sociale forskelle blandt etniske minoriteter i forhold til fysisk sundhed understøttes af, at oddsene for dårlig fysisk sundhed falder i takt med, at indkomstniveauet stiger.

Etniske minoriteter med dårlige tale- og læsekundskaber har større risiko for dårlig fysisk sundhed set i forhold til etniske minoriteter med gode danskundskaber. Dette kommer til udtryk ved model 1c.

Tabel 10: Sammenhængen mellem fysisk sundhed, køn, alder og integrationsmæssige faktorer for etniske minoriteter. Multipel logistisk regression.

<i>Fysisk sundhed og integrationsmæssige faktorer</i>	<i>Odds ratio (95 % CI)</i>				
	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Køn					
Mand, ref.	.	.	.	.	.
Kvinde	1,94*	1,47*	1,87*	2,11*	1,51*
Alder					
18-29 år, ref.	.	.	.	.	.
30-39 år	2,31*	2,29*	1,82*	1,99*	2,00*
40-49 år	4,51*	3,80*	3,05*	3,47*	3,50*
50-66 år	7,74*	5,30*	5,04*	6,29*	4,38*
Uddannelse					
Lav, ref.	.	-	-	-	.
Middel	0,74***	-	-	-	0,91***
Høj	0,45*	-	-	-	0,62*
Arbejdsmarkedstilknytning					
Beskæftigede, ref.	-	.	-	-	.
Personer under uddannelse	-	1,27***	-	-	1,17***
Arbejdsløse	-	1,89*	-	-	1,67*
Personer uden for arbejdsstyrken	-	3,67*	-	-	3,41*
Selvforsørgelse					
Indkomst < 150.000 kr., ref.	-	.	-	-	.
Indkomst 150-300.000 kr.	-	0,87***	-	-	0,97***
Indkomst > 300.000 kr.	-	0,46*	-	-	0,59*
Danskundskaber					
Gode talekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige talekundskaber	-	-	1,78*	-	1,63*
Gode læsekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige læsekundskaber	-	-	2,19*	-	1,51**
Sociale relationer					
Træffer ofte fam./ven, ref.	-	-	-	.	.
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	-	-	-	1,46*	1,32*
Har nogen at tale fortroligt med, ref.	-	-	-	.	.
Har ikke nogen at tale fortroligt med	-	-	-	1,69*	1,50*

Note: * Signifikansniveau <0,01, ** Signifikansniveau <0,05, ***Signifikansniveau>0,05, • Frasortet i modellen.

I model 1d inddrages den femte integrationsmæssige faktor; sociale relationer. Sammenhængen viser, at sociale relationer har indflydelse på etniske minoriteters fysiske sundhed. Risikoen for dårlig fysisk funktion blandt etniske minoriteter er større for personer, der sjældent eller aldrig træffer familie og venner sammenlignet med personer, der ofte træffer familie og venner. Det samme gør sig gældende for personer, som ikke har nogen at tale fortroligt med.

I den sidste model (model 1e) inddrages samtlige integrationsmæssige faktorer samt baggrundsvariablene køn og alder. Heraf kan det konstateres, at samtlige forhold fortsat har betydning for etniske minoriteters fysiske sundhed. Dermed er risikoen for dårlig fysisk sundhed blandt etniske minoriteter størst for kvinder, personer i alderen 50-66 år, lavtuddannede, arbejdsløse eller personer udenfor arbejdsstyrken, personer med en årlig indkomst på under 150.000 kr. samt personer der har dårlige danskkundskaber og få sociale relationer.

De integrationsmæssige faktorer har dermed overordnet set indflydelse på etniske minoriteters fysiske sundhedsforhold. I det følgende vil de integrationsmæssige faktorer blive behandlet i forhold til etniske minoriteters psykiske sundhed.

6.2.3 Psykisk sundhed

Dårlig psykisk sundhed er ligeledes hyppigere blandt etniske minoriteter (52 %) set i forhold til etniske danskere (26 %), jævnfør tabel 11. Der er signifikant flere med dårlig psykisk sundhed i samtlige etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere, hvor andelen er størst blandt irakere. 62 % af de irakiske indvandrere har dårlig psykisk sundhed. Andelen er lavest blandt tyrkere og pakistanere. Krigstraumer kan være en væsentlig faktor i forhold til psykisk sundhed, hvor de irakiske indvandrere netop er kommet til Danmark grundet krig i eget hjemland, jævnfør "Kapitel 1: Indledning".

Tabel 11: Andel med dårlig psykisk sundhed (0-50). Justeret for forskelle i køn og alder.

<i>Psykisk sundhed</i>	Pct. (95 % CI)*	
	Etniske danskere	Etniske minoriteter
Alle	25,9 (23,4-28,7)	52,3 (50,4-54,1)*
Ex-Jugoslavien	-	53,7 (48,8-58,5)*
Irak	-	62,0 (57,5-66,4)*
Iran	-	47,0 (42,1-51,9)*
Libanon	-	61,5 (56,6-66,3)*
Pakistan	-	46,1 (41,4-50,9)*
Somalia	-	49,7 (44,3-55,2)*
Tyrkiet	-	43,9 (38,8-49,1)*

Note: Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistiske regressionsmodeller.

* Signifikansniveau < 0,01.

I tabel 12 vises sammenhængen mellem etniske minoriteters psykiske sundhed og de integrationsmæssige faktorer. Ligesom ved selv vurderet helbred og fysisk sundhed er risikoen for dårlig psykisk sundhed størst for kvinder og ældre, ligesom højtuddannede har mindre sandsynlighed sammenlignet med etniske minoriteter med lavt uddannelsesniveau (model 1a).

Model 1b inddrager arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse i forhold til etniske minoriteters psykiske sundhed. Arbejdsløse og personer udenfor arbejdsstyrken har større risiko for dårlig psykisk sundhed sammenlignet med beskæftigede. Dernæst har etniske minoriteter med en årlig indkomst på under 150.000 kr. større risiko for dårlig psykisk sundhed. Personer med en indkomst på 150-300.000 kr. skiller sig imidlertid ikke ud fra personer med en indkomst på under 150.000 kr. ved psykisk sundhed.

Der er dermed ligeledes sociale forskelle i etniske minoriteters psykiske sundhed, hvorom det desuden gælder, at etniske minoriteter med dårlige dansk kundskaber hyppigere har dårlig psykisk sundhed sammenlignet med etniske minoriteter med gode dansk kundskaber (model 1c).

Sociale relationer har ligeledes indflydelse på etniske minoriteters psykiske sundhed (model 1d). I den forbindelse har etniske minoriteter med få sociale relationer større risiko for dårlig psykisk sundhed.

Tabel 12: Sammenhængen mellem psykisk sundhed, køn, alder og integrationsmæssige faktorer for etniske minoriteter. Multipel logistisk regression.

<i>Psykisk sundhed og integrationsmæssige faktorer</i>	<i>Odds ratio (95 % CI)</i>				
	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Køn					
Mand, ref.	.	.	.	.	.
Kvinde	1,66*	1,33*	1,56*	1,72*	1,33*
Alder					
18-29 år, ref.	.	.	.	.	.
30-39 år	1,18***	1,30**	1,09***	1,16***	1,17***
40-49 år	1,65*	1,70*	1,44*	1,58*	1,51*
50-66 år	2,12*	1,67*	1,60*	1,90*	1,44*
Uddannelse					
Lav, ref.	.	-	-	-	•
Middel	1,01***	-	-	-	•
Høj	0,73**	-	-	-	•
Arbejdsmarkedstilknnytning					
Beskæftigede, ref.	-	.	-	-	.
Personer under uddannelse	-	1,08***	-	-	1,08***
Arbejdsløse	-	1,70*	-	-	1,60*
Personer udenfor arbejdsstyrken	-	2,12*	-	-	1,95*
Selvforsørgelse					
Indkomst < 150.000 kr., ref.	-	.	-	-	.
Indkomst 150-300.000 kr.	-	0,83***	-	-	0,89***
Indkomst > 300.000 kr.	-	0,52*	-	-	0,58*
Danskkundskaber					
Gode talekundskaber, ref.	-	-	.	-	•
Dårlige talekundskaber	-	-	1,48*	-	•
Gode læsekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige læsekundskaber	-	-	1,69*	-	1,62*
Sociale relationer					
Træffer ofte fam./ven, ref.	-	-	-	.	.
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	-	-	-	1,46*	1,32*
Har nogen at tale fortroligt med, ref.	-	-	-	.	.
Har ikke nogen at tale fortroligt med	-	-	-	1,55*	1,44*

Note: * Signifikansniveau <0,01, ** Signifikansniveau <0,05, ***Signifikansniveau>0,05, • Frasortet i modellen.

Ved inddragelse af samtlige integrationsmæssige faktorer i forhold til etniske minoriteters psykiske sundhed (model 1e) udlignes de uddannelsesmæssige forskelle samt forskellene i forhold til talekundskaber. Det faktum, at de uddannelsesmæssige forskelle udlignes kan forklares med, at personer med lavt uddannelsesniveau ofte er arbejdsløse eller udenfor arbejdsstyrken sammenlignet med højt uddannede. På baggrund af model 1e kan det konstateres, at dårlig psykisk sundhed blandt etniske minoriteter forekommer oftest for kvinder, de ældste aldersgrupper, arbejdsløse eller personer udenfor arbejdsstyrken, personer med lav indkomst samt personer med dårlige

danskkundskaber og få sociale relationer. Dermed er det ligeledes tilfældet for etniske minoriteters psykiske sundhed, at der forekommer integrationsmæssige forskelle i etniske minoriteters sundhed.

I det følgende vil resultaterne for sammenhængen mellem etniske minoriteters BMI og de integrationsmæssige faktorer blive beskrevet. Der fokuseres på etniske minoriteter med svær overvægt (BMI>30).

6.2.4 BMI

Der forekommer generelt set signifikant forskel mellem etniske minoriteter og etniske danskere ved svær overvægt, hvilket vil sige personer med BMI > 30, jævnfør tabel 13. Andelen med svær overvægt er størst blandt etniske minoriteter. Af tabellen fremgår det desuden, at der ikke er forskel i svær overvægt mellem etniske minoritetsgrupper fra Iran eller Somalia sammenlignet med etniske danskere. Hertil er det essentielt at være opmærksom på, at der er en meget lille andel somaliere i alderen 50-66 år, der har deltaget i undersøgelsen. Risikoen for svær overvægt er netop størst i denne aldersgruppe, jævnfør tabel 14. Derfor skal resultatet tolkes varsomt. Blandt de resterende etniske minoritetsgrupper er der en større andel med svær overvægt sammenlignet med etniske danskere, hvoraf den største andel forekommer blandt irakiske og tyrkiske etniske minoriteter, hvor andelen er ca. 19 %.

Tabel 13: Andel med svær overvægt (BMI>30). Justeret for forskelle i køn og alder.

Svær overvægt	Pct. (95 % CI)*	
	Etniske danskere	Etniske minoriteter
Alle	9,0 (7,5-10,8)	14,2 (12,9-15,6)*
Ex-Jugoslavien	-	13,4 (10,5-17,0)*
Irak	-	18,5 (15,2-22,4)*
Iran	-	7,3 (5,2-10,1)***
Libanon	-	15,7 (12,3-19,6)*
Pakistan	-	15,3 (12,0-19,3)*
Somalia	-	10,0 (7,1-14,0)***
Tyrkiet	-	18,6 (14,9-22,9)*

Note: Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistiske regressionsmodeller.

* Signifikansniveau<0,01. *** Signifikansniveau>0,05.

I tabel 14 fremgår sammenhængen mellem etniske minoriteters BMI og de integrationsmæssige faktorer. Heraf kan det konstateres, at kvinder samt ældre og personer med lavt uddannelsesniveau har større risiko for svær overvægt sammenlignet med mænd, unge og personer med højt

uddannelsesniveau (model 1a). Af model 1b fremgår det, at der ikke er sammenhæng mellem etniske minoriteters indkomstniveau og forekomsten af svær overvægt. Samtidig viser modellen, at arbejdsløse, personer udenfor arbejdsstyrken eller personer under uddannelse har større risiko for svær overvægt sammenlignet med beskæftigede. Uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning påvirker dermed etniske minoriteters sundhed i form af overvægt.

Dernæst er der blandt etniske minoriteter større risiko for svær overvægt blandt personer, der har dårlige danskkundskaber i form af både tale- og læsekundskaber (model 1c). I forhold til sociale relationer er variablen, der viser, hvorvidt man har nogen at tale fortroligt med fraseret i modellen, eftersom der ikke forekommer sammenhæng mellem variablen og etniske minoriteters BMI. Derimod er der større risiko for svær overvægt blandt etniske minoriteter, der sjældent eller aldrig træffer familie og venner sammenlignet med personer, som ofte træffer familie og venner (model 1d).

Når samtlige integrationsmæssige faktorer inddrages i model 1e i forhold til etniske minoriteters BMI, er der flere forskelle, som udlignes. De kønsmæssige forskelle udlignes, hvilket kan forklares med, at de etniske minoritets kvinder ofte har lavt uddannelsesniveau, befinder sig udenfor arbejdsmarkedet og har dårlige danskkundskaber. Samtidig udlignes forskellene ved sociale relationer og læsekundskaber. Tages alle disse forhold i betragtning kan det på baggrund af model 1e konstateres, at svær overvægt blandt etniske minoriteter forekommer hyppigst blandt ældre, personer med lavt uddannelsesniveau, personer udenfor arbejdsstyrken og personer som besidder dårlige talekundskaber i forhold til det danske sprog.

Tabel 14: Sammenhængen mellem BMI, køn, alder og integrationsmæssige faktorer for etniske minoriteter. Multipel logistisk regression.

<i>BMI og integrationsmæssige faktorer</i>	<i>Odds ratio (95 % CI)</i>				
	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Køn					
Mand, ref.	.	.	.	.	.
Kvinde	1,38*	1,41*	1,41*	1,59*	1,24***
Alder					
18-29 år, ref.	.	.	.	.	.
30-39 år	2,99*	2,57*	2,22*	2,16*	2,61*
40-49 år	4,26*	3,26*	2,65*	3,21*	3,39*
50-66 år	6,38*	4,78*	3,86*	5,20*	4,52*
Uddannelse					
Lav, ref.	.	-	-	-	.
Middel	0,68*	-	-	-	0,75**
Høj	0,53*	-	-	-	0,63**
Arbejdsmarkedstilknytning					
Beskæftigede, ref.	-	.	-	-	.
Personer under uddannelse	-	1,80**	-	-	1,27***
Arbejdsløse	-	1,62**	-	-	1,46***
Personer udenfor arbejdsstyrken	-	1,62*	-	-	1,37**
Selvforsørgelse					
Indkomst < 150.000 kr., ref.	-	•	-	-	•
Indkomst 150-300.000 kr.	-	•	-	-	•
Indkomst > 300.000 kr.	-	•	-	-	•
Danskkundskaber					
Gode talekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige talekundskaber	-	-	1,94*	-	1,88*
Gode læsekundskaber, ref.	-	-	.	-	•
Dårlige læsekundskaber	-	-	1,37**	-	•
Sociale relationer					•
Træffer ofte fam./ven, ref.	-	-	-	.	•
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	-	-	-	1,28**	•
Har nogen at tale fortroligt med, ref.	-	-	-	•	•
Har ikke nogen at tale fortroligt med	-	-	-	•	•

Note: * Signifikansniveau <0,01, ** Signifikansniveau <0,05, ***Signifikansniveau>0,05, • Frasortet i modellen

Det sidste sundhedsforhold; fysisk aktivitet vil i det følgende blive beskrevet i forhold til sammenhængen mellem etniske minoriteters fysiske aktivitet og de integrationsmæssige faktorer.

6.2.5 Fysisk aktivitet

Der er signifikant forskel mellem etniske minoriteter og etniske danskere i forhold til fysisk aktivitet. Af tabel 15 fremgår det, at mens 40 % blandt etniske danskere dyrker motion højest en gang om ugen, er dette tilfældet for 58 % blandt etniske minoriteter. Andelen der højest dyrker fysisk aktivitet en

gang om ugen er større for samtlige etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere. Den største andel forekommer blandt irakiske etniske minoriteter (70 %), mens den mindste andel forekommer blandt etniske minoriteter fra Ex-Jugoslavien og Pakistan.

Tabel 15: Andel som sjældent dyrker fysisk aktivitet. Justeret for forskelle i køn og alder.

<i>Fysisk aktivitet</i>	Pct. (95 % CI)	
	Etniske danskere	Etniske minoriteter
Alle	39,5 (36,6-42,5)	57,8 (56,0-59,7)*
Ex-Jugoslavien	-	50,5 (45,7-55,4)*
Irak	-	69,6 (65,2-73,6)*
Iran	-	48,4 (43,6-53,3)*
Libanon	-	63,2 (58,4-67,8)*
Pakistan	-	50,3 (45,6-55,0)*
Somalia	-	55,3 (49,8-60,7)*
Tyrkiet	-	67,4 (62,4-72,1)*

Note: Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistiske regressionsmodeller.

* Signifikansniveau < 0,01.

Sammenhængen mellem etniske minoriteters fysiske aktivitet og de integrationsmæssige faktorer fremgår af tabel 16. Der forekommer ingen kønsmæssige forskelle i forhold til etniske minoriteter, der højest en gang om ugen dyrker fysisk aktivitet. Risikoen for at være fysisk aktiv højest en gang om ugen er størst for aldersgruppen 40-49 år. Samtidig falder risikoen herfor i takt med, at uddannelseslængden stiger (model 1a).

Der er desuden en sammenhæng mellem etniske minoriteters fysiske aktivitet samt arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse (model 1b). Etniske minoriteter, der er arbejdsløse eller udenfor arbejdsstyrken, er sjældnere fysisk aktive sammenlignet med beskæftigede. Derudover er risikoen for højest at være fysisk aktiv en gang om ugen størst blandt etniske minoriteter, der tjener under 150.000 kr. årligt.

Etniske minoriteter med dårlige danskkundskaber har større risiko for sjældent at være fysisk aktive sammenlignet med etniske minoriteter med gode danskkundskaber (model 1c). Ved sociale relationer er der ingen sammenhæng mellem at have nogen at tale fortroligt med og etniske minoriteters fysiske aktivitet. Derimod er personer, der ofte træffer familie og venner hyppigere fysisk aktive sammenlignet med personer, der sjældent eller aldrig træffer familie og venner.

Tabel 16: Sammenhængen mellem fysisk aktivitet, køn, alder og integrationsmæssige faktorer for etniske minoriteter. Multipel logistisk regression.

<i>Fysisk aktivitet og integrationsmæssige faktorer</i>	<i>Odds ratio (95 % CI)</i>				
	Model 1a	Model 1b	Model 1c	Model 1d	Model 1e
Køn					
Mand, ref.	.	.	.	.	.
Kvinde	1,02***	0,97***	1,00***	1,12***	0,98***
Alder					
18-29 år, ref.	.	.	.	.	.
30-39 år	2,73*	2,67*	2,29*	2,48*	2,36*
40-49 år	2,90*	2,62*	2,14*	2,45*	2,31*
50-66 år	2,84*	2,33*	1,88*	2,43*	2,06*
Uddannelse					
Lav, ref.	.	-	-	-	.
Middel	0,78**	-	-	-	0,87***
Høj	0,64*	-	-	-	0,76*
Arbejdsmarkedstilknøytning					
Beskæftigede, ref.	-	.	-	-	•
Personer under uddannelse	-	1,04***	-	-	•
Arbejdsløse	-	1,40**	-	-	•
Personer udenfor arbejdsstyrken	-	1,43*	-	-	•
Selvforsørgelse					
Indkomst < 150.000 kr., ref.	-	.	-	-	•
Indkomst 150-300.000 kr.	-	0,91***	-	-	•
Indkomst > 300.000 kr.	-	0,64*	-	-	•
Danskkundskaber					
Gode talekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige talekundskaber	-	-	1,52*	-	1,44**
Gode læsekundskaber, ref.	-	-	.	-	.
Dårlige læsekundskaber	-	-	2,21*	-	2,01*
Sociale relationer					
Træffer ofte fam./ven, ref.	-	-	-	.	.
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	-	-	-	1,54*	1,43*
Har nogen at tale fortroligt med, ref.	-	-	-	•	•
Har ikke nogen at tale fortroligt med	-	-	-	•	•

Note: * Signifikansniveau <0,01, ** Signifikansniveau <0,05, ***Signifikansniveau>0,05, • Frasortet i modellen

Ved inddragelse af samtlige integrationsmæssige faktorer i forhold til etniske minoriteters fysiske aktivitet (model 1e) udlignes forskellene ved socioøkonomisk status og indkomst. Når samtlige integrationsmæssige faktorer tages i betragtning har etniske minoriteter i alderen 30-39 år, lavt uddannede, med dårlige danskkundskaber og som sjældent træffer familie og venner størst risiko for sjældent at dyrke fysisk aktivitet. Dermed forekommer der ligeledes sociale forskelle i etniske minoriteters fysiske aktivitet, ligesom det var tilfældet for de andre sundhedsforhold.

6.2.6 Opsamling på Analysedel II

På baggrund af Analysedel II kan det konstateres, at der forekommer en forskel i sundhed blandt etniske minoriteter alt efter hvilken integrationsmæssig placering, der gør sig gældende. De fem integrationsmæssige faktorer er blevet undersøgt i forhold til sundhed, og heraf har de alle indflydelse på etniske minoriteters sundhedsforhold i større eller mindre grad. Det er imidlertid forskelligt, hvorledes de integrationsmæssige faktorer påvirker de enkelte sundhedsforhold. Det samlede billede viser dog, at der eksisterer sociale forskelle indenfor alle fem sundhedsforhold. Der forekommer altså sociale forskelle i etniske minoriteters sundhed, ligesom tidligere undersøgelser viser det blandt etniske danskere (Ekholm m.fl. 2006).

Fordelingen i forhold til de integrationsmæssige faktorer blandt etniske minoriteter viste, at en stor andel af de etniske minoriteter placerer sig i de lave socialgrupper i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst, jævnfør Analysedel I. Netop disse faktorer har indflydelse på etniske minoriteters sundhed, hvilket kommer til udtryk i Analysedel II. For samtlige sundhedsforhold er det tilfældet, at en stor andel blandt de irakiske etniske minoriteter har dårlig sundhed. I Analysedel I fremgik det desuden, at irakerne placerede sig dårligst blandt de etniske minoritetsgrupper i forhold til den integrationsmæssige placering i det danske samfund. Med andre ord viser dette, at etniske minoriteters integrationsmæssige placering har indvirkning på deres sundhedsmæssige tilstand. Graden af integration påvirker altså sundheden blandt etniske minoriteter i Danmark. Der er dog forskel mellem de enkelte sundhedsvariable i forhold til, hvor stor indflydelse de enkelte integrationsmæssige faktorer har. På baggrund af ovenstående accepteres hypotesen omhandlende integrationsmæssige faktorerers indflydelse på etniske minoriteters sundhed.

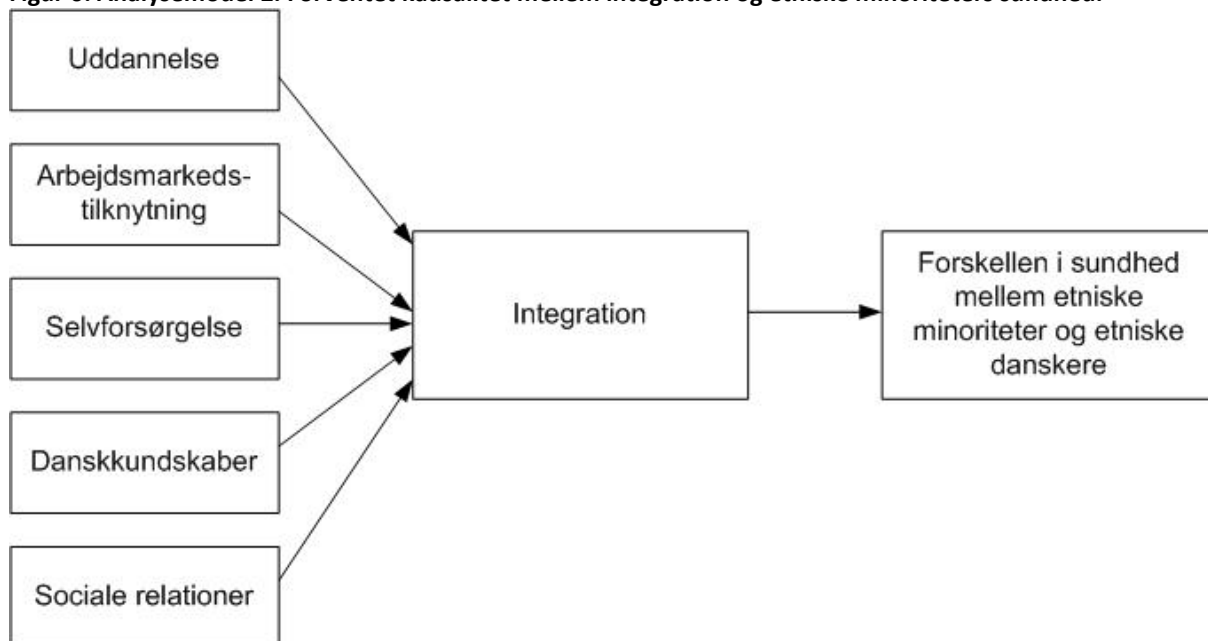
I det følgende vil jeg danne et generelt mål for integration og dermed undersøge, hvorvidt integration kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

6.3 Analysedel III: Integration som forklaringsmekanisme

I denne del af analysen fokuseres der på integration som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Jeg vil i den henseende danne et indeks for integration på baggrund af specialets præcisering og operationalisering af netop integrationsbegrebet, jævnfør "Kapitel 3: Operationalisering".

I figur 6 fremgår *Analysemodel 2*, der illustrerer en forventning om, at indekset for integration påvirker etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at graden af integration, og dermed graden af samfundsmæssig deltagelse, i form af blandt andet uddannelse, beskæftigelse og sociale relationer kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Dermed er det følgende hypotese, der testes i denne del af analysen: *"Integrationsgraden kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere?"*.

Figur 6: Analysemodel 2. Forventet kausalitet mellem integration og etniske minoriteters sundhed.



Indledningsvist vil det blive beskrevet, hvorledes indekset for integration er udformet, samt hvorledes de etniske minoriteter overordnet set fordeler sig i forhold til det samlede indeks.

6.3.1 Udformning af indeks for integration

Det samlede indeks for integration dannes på baggrund af den empiriske analyses uafhængige variable, som måler de integrationsmæssige faktorer og dermed speciales integrationsbegreb. Udformningen af integrationsindekset tager, som tidligere nævnt, udgangspunkt i Finn Breinholt Larsens publikation *"Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed"*, hvor der dannes et indeks for levekårsressourcer (Larsen 2003:14-18). Der er tale om en simpel indeksering, som dannes via summering, hvor de implicerede variable summeres sammen. Af tabel 17 fremgår det, hvilke forhold der indgår i det samlede integrationsindeks, samt hvor meget de enkelte forhold vægtes. Indekset består af de fem integrationsmæssige faktorer; uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer.

Som det fremgår af tabel 17 har jeg valgt at danne et indeks på en skala fra 0 til 100, hvor faktorerne vægtes forskelligt, alt efter hvilken indflydelse de har på den overordnede integration. Den danske integrationsforståelse er, som tidligere nævnt, særligt centreret omkring uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning og selvforsørgelse, der netop er tegn på vellykket integration i en dansk kontekst. På den måde bliver arbejdsmarkedstilknøytning særlig central, eftersom beskæftigelse ofte forudsætter en uddannelse ligesom beskæftigelse påvirker selvforsørgelsen. Det er derfor valgt, at give arbejdsmarkedstilknøytning en højere værdi set i forhold til de andre faktorer. Som tidligere nævnt påvirkes arbejdsmarkedstilknøytningen desuden af sociale relationer og danskkundskaber, som ligeledes er med i det samlede indeks. Det er imidlertid valgt, at sociale relationer får en mindre værdi end de andre faktorer, hvilket er gjort på baggrund af det faktum, at det ud fra specialets datamateriale ikke er muligt at vurdere, hvorvidt der er tale om sociale relationer til etniske danskere. I en integrationsmæssig kontekst er det netop interessant, hvorvidt de etniske minoriteter har en høj grad af kontakt til majoritetsbefolkningen. Det er imidlertid ikke muligt at afgøre dette med sikkerhed, hvilket er grunden til, at sociale relationer vægtes mindre end uddannelse, selvforsørgelse og danskkundskaber, som alle overordnet set har samme værdi i indekset.

Tabel 17: Vægtning af de integrationsmæssige faktorer i det samlede indeks for integration. Indekset går fra 0-100.

<i>Integrationsindeks</i>	<i>Hvis ja</i>	<i>Ellers</i>
Erhvervsgivende uddannelse (middel eller høj)?	20	0
Beskæftiget/under uddannelse?	30	0
Indkomst på over 150.000 kr.?	20	0
Gode talekundskaber (dansk)?	10	0
Gode læsekundskaber (dansk)?	10	0
Ofte kontakt til venner og familie?	5	0
Har nogen at tale fortroligt med?	5	0

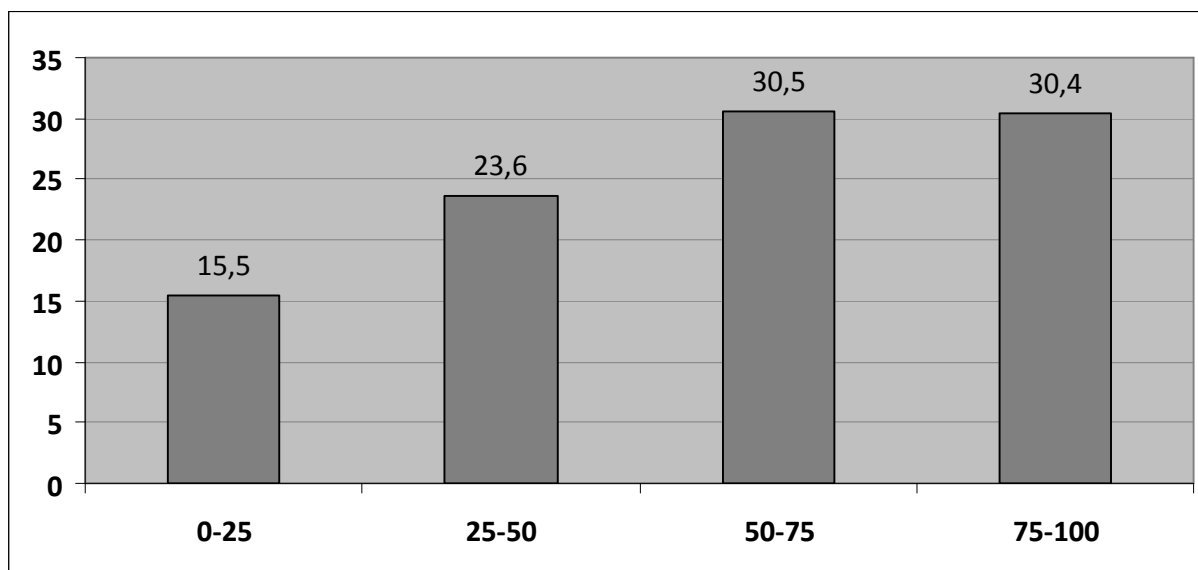
I forhold til danskkundskaber er det væsentligt at nævne, at der i datamaterialet ikke er oplysninger herom for etniske danskere. Eftersom etniske danskere indgår i denne del af analysen som en referencegruppe, er det væsentligt at have oplysninger for etniske danskere ved samtlige forhold, hvilket er en forudsætning for sammenligning. Jeg har derfor valgt at give samtlige danskere den samme værdi i forhold til danskkundskaber. Det er i den forbindelse valgt, at give samtlige danskere en værdi, der indikerer gode danskkundskaber i forhold til at tale og læse sproget. Hertil skal det nævnes, at det ikke er hensigtsmæssigt at tale om grad af integration blandt etniske danskere, eftersom integrationsbegrebet for dette speciale netop lægger op til en diskussion i forhold til etniske minoriteters samfundsmæssige tilknytning. Etniske danskere anvendes udelukkende som sammenligningsgrundlag.

Det er dermed ressourcer, der betegnes som værende fremmende for indvandreres integration i Danmark, der er udvalgt som mål for det samlede indeks. De enkelte faktorer har forskellige værdier alt efter hvilken rolle de spiller i forhold til den danske integrationspolitiske målsætning om uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse. Der forekommer en gensidig påvirkning mellem de integrationsmæssige faktorer, der alle har indflydelse på den samlede grad af integration enten direkte eller indirekte.

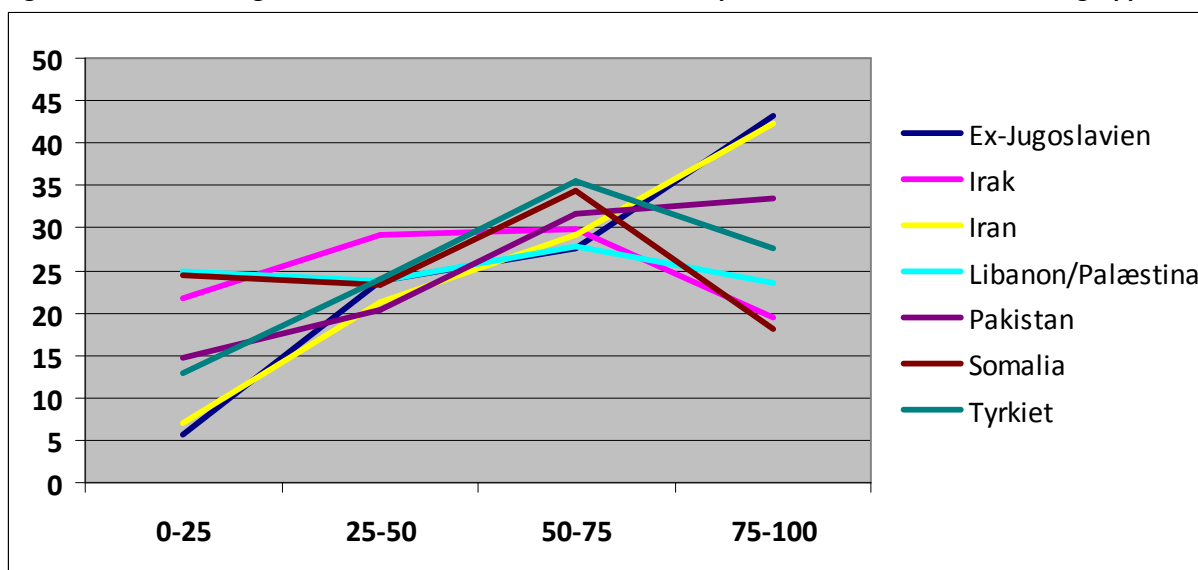
Det skal desuden pointeres, at indekset for integration er dannet i forhold til dette speciales præcisering af de integrationsmæssige faktorer og derfor ikke er et alment gyldigt mål for integration. Et sådan mål ville angiveligt indeholde flere faktorer og rumme flere forskellige facetter. Herunder ville det eksempelvis være essentielt at undersøge, hvorledes ægteskab, børn osv. har indflydelse på graden af integration. Samtidig ville det være essentielt at inddrage opholdslængden i

Danmark, hvilket ligeledes må antages at have indflydelse på det enkelte individs samlede integration. I Tænkertankens formulering af vellykket integration indgår foruden de fem faktorer, der er inddraget i dette speciale, politiske og kulturelle forhold samt diskriminering (Bonnerup 2001). Det har imidlertid ikke været muligt at tage sådanne forhold i betragtning i denne undersøgelse. I tilfælde af, at der skulle indsamles empiri specifikt til netop denne undersøgelse, ville det være essentielt at inddrage ovennævnte forhold. Indekset for denne undersøgelse kan imidlertid anvendes som udgangspunkt i forhold til at udforme et egentligt mål for integration. Samtidig vil den følgende undersøgelse af integrationsindekset som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere give et billede af, hvorvidt det er essentielt at inddrage integrationsmæssige perspektiver i forhold til arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse blandt etniske minoriteter i Danmark.

I det følgende vil det blive beskrevet, hvorledes graden af integration fordeler sig blandt de etniske minoriteter i Danmark. Som tidligere nævnt går indekset for integration fra 0 til 100. Skalaen er i det følgende inddelt i fire grupper, der har til formål at præcisere graden af integration. Integrationsindekset opdeles derfor i følgende fire grupper: 0-25, 25-50, 50-75 og 75-100, hvor 75-100 angiver høj grad af integration. Etniske minoriteter med en integrationsværdi på 75-100 regnes dermed som integrerede i dette speciales kontekst. I figur 7 fremgår fordelingen af etniske minoriteter i forhold til de fire integrationsgrupper. På baggrund heraf kan det konstateres, at andelen med en integrationsværdi på 75-100 er 30 %. Med andre ord betyder dette, at ca. 70 % af de etniske minoriteter i Danmark har en integrationsværdi, der er lavere end, hvad der regnes som integreret i forhold til speciales præcisering af vellykket integration. Heraf er der 16 % med den laveste grad af integration (indekxværdi på 0-25), 24 % med en indekxværdi på 25-50 og 31 % med en indekxværdi på 50-75.

Figur 7: Etniske minoriteters overordnede fordeling i forhold til graden af integration.


Dernæst fremgår det af figur 8, hvorledes de enkelte etniske minoritetsgrupper fordeler sig i forhold til graden af integration. I figuren kommer det til udtryk, at flest iranere og ex-jugoslavere (ca. 45 %) har en høj grad af integration (indeksværdi på 75-100). Dernæst er der flest indvandrere med oprindelse i Libanon/Palæstina, Somalia og Irak (20-25 %), der placerer sig i den laveste ende af integrationsindekset (indeksværdi på 0-25). Dette stemmer overens med resultaterne i Analysedel I i forhold til fordelingen af de integrationsmæssige faktorer blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper.

Figur 8: Graden af integration blandt etniske minoriteter fordelt på de enkelte etniske minoritetsgrupper.


Af tabel 18 fremgår fordelingen af indekset i forhold til køn og alder blandt etniske minoriteter generelt. Det kan konstateres, at flere kvinder end mænd placerer sig lavt på indekset, og dermed at de kvindelige indvandrere overordnet set er dårligere integreret sammenlignet med de mandlige indvandrere. Dette forhold stemmer overens med resultaterne i Analysedel I, hvor det fremgår, at flere kvinder end mænd ikke har en erhvervsgivende uddannelse, ikke er beskæftigede osv. Med Bourdieus begreber placerer de etniske minoritets kvinder sig altså anderledes i det sociale rum, det danske samfund, sammenholdt med mændene. Det vil sige, at kvinderne er i besiddelse af en anderledes habitus end mændene og handler anderledes eksempelvis i forhold til levevis, hvor resultaterne i Analysedel II i overensstemmelse hermed viser, at de kvindelige indvandrere har dårligere sundhed sammenlignet med de mandlige. Dernæst viser tabel 18, at den største andel med høj grad af integration forekommer blandt etniske minoriteter i alderen 30-39 år samt 40-49 år. I de to aldersgrupper er der henholdsvis 36 og 38 % med en høj grad af integration (indeksværdi på 75-100). Den største andel med den laveste grad af integration (indeksværdi på 0-25) blandt etniske minoriteter forekommer blandt de 50-66 årige, eftersom 25 % i denne aldersgruppe placerer sig her. Mens de 30-49 årige hyppigst placerer sig på en indeksværdi mellem 75-100 placerer de 18-29 årige sig hyppigst på en indeksværdi mellem 50-75 (51 %) og de 50-66 årige hyppigst på en indeksværdi mellem 25-50 (35 %).

Tabel 18: Graden af integration blandt etniske minoriteter fordelt på køn og alder.

	0-25	25-50	50-75	75-100
Kvinder	22,5	26,5	26,1	24,9
Mænd	10,0	21,4	34,0	34,6
18-29 år	9,7	18,4	50,9	21,0
30-39 år	13,8	22,7	28,1	35,5
40-49 år	16,3	22,4	23,5	37,9
50-66 år	24,5	34,6	18,7	22,2

6.3.2 Forklaringsmekanisme

I det følgende vil det blive undersøgt, hvorvidt integrationsgraden kan figurere som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Analysen vil blive foretaget via multipel logistisk regression på samme vis som i Analysedel II, hvor sundhedsvariablene udgør de afhængige variable mens integrationsindekset udgør den uafhængige variabel. På baggrund af *adjust* kommandoen i Stata vil resultaterne imidlertid blive "oversat" fra odds ratio til procenter (Stata Press 2007: 7 ff.). Hertil vil den absolutte reduktion samt

den relative reduktion for forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere blive udregnet på baggrund af andelen med dårlig sundhed før og efter integrationsgraden inddrages. Dermed er det muligt at afgøre, hvor stor en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere integrationsindekset kan forklare. Analyserne vil blive foretaget for hver af de fem sundhedsvariable. Analyserne vil ligeledes blive foretaget for hver af de integrationsmæssige faktorer, som indgår i det samlede indeks, hvilket viser, hvor meget hver af de fem faktorer i sig selv forklarer af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Desuden vil analyserne blive foretaget både for etniske minoriteter generelt i forhold til etniske danskere samt for de syv etniske minoritetsgrupper i forhold til etniske danskere. Etniske danskere vil altså indgå i analyserne som referencegruppe.

I det følgende skelnes der mellem en indekxsværdi på over eller under 75, hvorom det gælder, at etniske minoriteter med en indekxsværdi på over 75 i dette speciales kontekst regnes for integrerede. Dermed sammenlignes forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere ved en indekxsværdi på over 75. For det første kan det på den baggrund afgøres, hvorvidt der forekommer en mindre forskel i sundhed mellem etniske minoriteter, der er integrerede i det danske samfund, og etniske danskere sammenlignet med den generelle forskel i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Dernæst er det netop ikke hensigtsmæssigt at tale om integration blandt etniske danskere, eftersom specialets integrationsbegreb er præciseret i forhold til etniske minoriteter og ikke majoritetsbefolkningen. Det skal hertil nævnes, at ca. 75 % af de etniske danskere i denne undersøgelse har en indekxsværdi på over 75. På netop den baggrund er det valgt at sammenligne hermed. Det skal desuden nævnes, at andelen med dårlig sundhed blandt etniske danskere ikke ændres i særlig høj grad ved inddragelse af de integrationsmæssige faktorer samt det samlede indeks, hvilket imidlertid er tilfældet for de etniske minoriteter.

I forhold til analysen af, hvor stor en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere integrationsgraden samt de enkelte integrationsmæssige faktorer kan forklare, er der opstillet 7 analysemodeller. Af tabel 19 fremgår en oversigt over hvilke uafhængige/forklarende variable, der vil indgå i de enkelte analysemodeller. Af tabellen fremgår det, at de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere vil blive undersøgt i forhold til, hvordan forskellen ændres, når der udelukkende inddrages personer med en erhvervsgivende uddannelse (model 2b), arbejdsmarkedstilknytning (model 2c), som er selvforsørgende (model 2d), har gode dansk kundskaber (model 2e), har et godt socialt netværk i form af sociale relationer (model 2f), samt

personer der har en høj grad af integration (indeksværdi på 75-100). Samtlige analysemodeller vil i det følgende blive beskrevet for alle fem sundhedsvariable. Analyserne vil desuden blive kontrolleret for forskelle i køn og alder.

Tabel 19: Oversigt over uafhængige variable i de enkelte analysemodeller.

	Model						
	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g
Baggrundvariable							
Køn	X	X	X	X	X	X	X
Alder	X	X	X	X	X	X	X
Forklarende variable							
Erhvervsgivende uddannelse (middel/høj)		X					
Arbejdsmarkedstilknytning (Beskæftiget/under uddannelse)			X				
Selvforsørgelse (Indkomst over 150.000 kr.)				X			
Dansk kundskaber (Gode tale- og læsekundskaber)					X		
Sociale relationer (Ofte kontakt til venner/fam + har nogen at tale fortroligt med)						X	
Samlet indeks for integration (Indeks værdi 75-100)							X
Antal observationer							
Modeller med selv vurderet helbred	3.997	3.579	3.997	3.991	3.994	3.987	3.560
Modeller med fysisk sundhed	3.907	3.495	3.907	3.891	3.895	3.890	3.478
Modeller med psykisk sundhed	3.907	3.495	3.907	3.891	3.895	3.890	3.478
Modeller med BMI	3.859	3.462	3.859	3.850	3.857	3.853	3.450
Modeller med fysisk aktivitet	3.579	3.579	3.997	3.990	3.994	3.987	3.560

Den relative risikoreduktion i forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere udregnes på baggrund af andelen med dårlig sundhed uden inddragelse af de forklarende variable (model 2a) og med inddragelse af de forklarende variable (model 2b-2g), hvor de fem integrationsmæssige faktorer i indekset samt det samlede integrationsindeks udgør denne analysedels forklarende variable. Det vil altså sige, at der forekommer en absolut forskel mellem etniske minoriteter og etniske danskere samt mellem hver etnisk minoritetsgruppe og etniske

danskere ved samtlige analysemodeller. Den absolutte forskel udregnes ved at trække andelen med dårlig sundhed blandt hver enkelt etnisk minoritetsgruppe fra andelen med dårlig sundhed blandt etniske danskere. Samtlige absolutte forskelle holdes op imod den absolutte forskel i model 2a, hvor den overordnede andel med dårlige sundhedsforhold er repræsenteret uden inddragelse af integrationsmæssige faktorer.

For at afgøre hvor stor en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere, der kan forklares af de enkelte integrationsmæssige faktorer samt det samlede indeks for integration, udregnes den absolutte reduktion (ARR) samt den relative reduktion (RRR) for samtlige forklarende variable. De to størrelser udregnes på baggrund af de absolutte forskelle. Som eksemplificering heraf forekommer der en forskel i sundhed mellem etniske danskere og iranere (x_1). Denne forskel ændres ved inddragelse af eksempelvis integrationsindekset (x_2). Ved hjælp af disse oplysninger udregnes den absolutte reduktion ved $x_1 - x_2$, mens den relative reduktion udregnes ved $1 - ((x_2/x_1) * 100)$. På den måde angiver den relative reduktion, hvor stor en andel af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere det pågældende forhold kan forklare (Dansk selskab for Almen medicin 2008).

I det følgende beskrives resultaterne for integrationsgradens forklaringskraft i forhold til forskellen i sundhed mellem de enkelte etniske minoritetsgrupper og etniske danskere for hvert sundhedsforhold. I samtlige tabeller er de etniske minoritetsgrupper angivet ved et nummer. Numrene angiver følgende etniske minoritetsgrupper:

1. Ex-Jugoslavien
2. Irak
3. Iran
4. Libanon/Palæstina
5. Pakistan
6. Somalia
7. Tyrkiet

Selvvurderet helbred

Som beskrevet i Analysedel II er der en større andel med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere, hvilket er tilfældet for samtlige etniske minoritetsgrupper, jævnfør tabel 20. Af tabel 20 fremgår det desuden, hvor stor en del af denne forskel de integrationsmæssige faktorer hver især samt det samlede indeks for integration kan forklare.

For det første kan indekset for integration samlet set kan forklare 62 % af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2g). Blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper er det imidlertid forskelligt, hvor stor en del af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred, der kan forklares af integrationsindekset. Ved inddragelse af indekset for integration i forhold til selvvurderet helbred udlignes forskellen mellem etniske minoriteter fra Somalia og etniske danskere, hvilket betyder, at forskellen i nogenlunde/dårlig selvvurderet helbred mellem somaliere og etniske minoriteter kan forklares ved graden af integration. Dernæst forklarer integrationsindekset den mindste del af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred for etniske minoriteter fra Ex-Jugoslavien, hvor 50 % af forskellen kan forklares hermed. Derudover kan indekset for integration forklare 67 og 68 % af forskellen for henholdsvis iranere og tyrkere. Det vil altså sige, at det samlede indeks for integration kan forklare en stor del af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred blandt etniske minoriteter og etniske danskere. For somaliske indvandrere kan indekset forklare hele forskellen⁹.

⁹ Dette resultat skal dog tolkes varsomt, eftersom der forekommer en meget lille andel ældre i denne minoritetsgruppe.

Tabel 20: Forskel i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske danskere og etniske minoriteter samt andelen heraf der forklares af de fem integrationsmæssige faktorer samt indekset for integration. Resultaterne er angivet i procent. Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistisk regression.

Nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred	Etniske danskere	Etniske minoriteter	Etniske minoritetsgrupper						
			1	2	3	4	5	6	7
Generelt (model 2a)	7,0	26,8*	30,4*	40,5*	21,3*	32,4*	22,2*	13,4*	22,8*
Uddannelse (model 2b)									
Andel	6,8	22,8*	27,4*	32,3*	16,9*	27,3*	18,2*	10,3**	19,0*
ARR	-	3,8	2,8	8,0	4,2	4,9	3,8	2,9	3,6
RRR	-	19,2	12,0	23,9	29,4	19,3	25,0	45,3	22,8
Arbejdsmarkedstilknytning (model 2c)									
Andel	5,9	15,1*	19,8*	22,0*	13,1*	16,3*	13,4*	5,3***	13,9*
ARR	-	10,6	9,5	17,4	7,1	15,0	7,7	-	7,8
RRR	-	53,5	29,8	51,9	49,7	59,1	50,7	-	42,4
Selvforsørgelse (model 2d)									
Andel	5,8	21,3*	25,8*	32,5*	16,6*	25,6*	18,0*	9,8*	19,2*
ARR	-	4,3	3,4	6,8	3,5	5,6	3,0	2,4	2,4
RRR	-	21,7	14,5	20,3	24,5	22,0	19,7	37,5	15,2
Dansk kundskaber (model 2e)									
Andel	7,9	21,4*	27,0*	29,6*	19,2*	27,0*	19,0*	9,9***	14,5*
ARR	-	6,3	4,3	11,8	3,0	6,3	4,1	-	9,2
RRR	-	31,8	18,4	35,2	21,0	24,8	27,0	-	58,2
Sociale relationer (model 2f)									
Andel	6,6	23,3*	27,9*	34,9*	17,2*	27,1*	19,9*	10,1**	21,0*
ARR	-	3,1	2,1	5,2	3,7	4,9	1,9	2,9	1,4
RRR	-	15,7	9,0	15,5	25,9	19,3	12,5	45,3	8,9
Indeks for integration (75-100) (model 2g)									
Andel	4,7	12,2*	16,7*	16,9*	9,4*	14,4*	10,0*	4,6***	9,8*
ARR	-	12,3	11,7	21,3	9,6	15,7	9,9	-	10,7
RRR	-	62,1	50,0	63,6	67,1	61,8	65,1	-	67,7

Note: * Signifikansniveau<0,01. ** Signifikansniveau<0,05. *** Signifikansniveau>0,05.

Samtlige integrationsmæssige faktorer kan forklare en del af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Der er imidlertid forskel på, hvor stor en del de enkelte faktorer kan forklare. Arbejdsmarkedstilknytning forklarer den største del af forskellen set i forhold til de andre integrationsmæssige faktorer. 54 % af den samlede forskel i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og etniske danskere kan forklares af arbejdsmarkedstilknytning (model 2c). Forskellen mellem somaliere og etniske danskere udlignes ved inddragelse af arbejdsmarkedstilknytning. Derudover forklarer arbejdsmarkedstilknytning 30–59 % af forskellen for de enkelte etniske minoritetsgrupper. Den mindste reduktion forekommer for etniske minoriteter fra Ex-Jugoslavien, mens den største forekommer for etniske minoriteter fra Libanon/Palæstina.

Derudover forklarer uddannelse samlet set 19 % af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og etniske danskere, selvforsørgelse forklarer 22 % mens danskundskaber og sociale relationer forklarer henholdsvis 32 og 16 % af forskellen.

Det kan altså konstateres, at det samlede indeks for integration, såvel som de enkelte faktorer der konstituerer indekset, kan forklare en del af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og etniske danskere, eftersom den generelle forskel mellem etniske minoriteter og etniske danskere reduceres ved inddragelse af disse forhold. Reduktionens størrelse varierer de enkelte etniske minoritetsgrupper imellem samt mellem de fem integrationsmæssige faktorer.

Fysisk sundhed

Forskellen i fysisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere kan ligeledes i nogen grad forklares af integrationsindekset såvel som de enkelte integrationsmæssige faktorer, jævnfør tabel 21.

Tabel 21: Forskel i dårlig fysisk sundhed mellem etniske danskere og etniske minoriteter samt andelen heraf der forklares af de fem integrationsmæssige faktorer samt indekset for integration. Resultaterne er angivet i procent. Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistisk regression.

Fysisk sundhed	Etniske danskere	Etniske minoriteter	Etniske minoritetsgrupper						
			1	2	3	4	5	6	7
Generelt (model 2a)	19,3	49,8*	45,1*	59,9*	35,7*	56,4*	49,6*	59,1*	42,6*
Uddannelse (model 2b)									
Andel	17,6	42,8*	41,3*	52,0*	30,6*	50,5*	42,2*	55,4*	35,2*
ARR	-	5,3	2,1	6,2	3,4	4,2	5,7	2,0	5,7
RRR	-	17,4	8,1	15,3	20,7	11,3	18,8	5,0	24,5
Arbejdsmarkedstilknøytning (model 2c)									
Andel	17,4	36,9*	35,9*	44,1*	27,2*	41,0*	39,9*	43,2*	33,0*
ARR	-	11,0	7,3	13,6	6,6	13,5	7,8	14,0	7,7
RRR	-	36,1	28,3	33,5	40,2	36,4	25,7	35,2	33,0
Selvforførgelse (model 2d)									
Andel	17,0	44,9*	42,4*	55,6*	32,6*	52,3*	46,0*	55,3*	39,9*
ARR	-	2,6	0,4	2,0	0,8	1,8	1,3	1,5	0,4
RRR	-	8,5	1,6	4,9	4,9	4,9	4,3	3,8	1,7
Dansk kundskaber (model 2e)									
Andel	20,6	44,1*	42,1*	50,2*	34,0*	51,8*	44,9*	54,5*	31,4*
ARR	-	7,0	4,3	11,0	3,0	5,9	6,0	5,9	12,5
RRR	-	23,0	16,7	27,1	18,3	15,9	19,8	14,8	53,6
Sociale relationer (model 2f)									
Andel	18,7	46,9*	44,1*	57,0*	33,1*	53,5*	47,6*	55,7*	41,3*
ARR	-	2,3	0,4	2,3	2,0	2,3	1,4	2,9	0,7
RRR	-	7,5	1,6	5,7	12,2	6,2	4,6	7,3	3,0
Indeks for integration (75-100) (model 2g)									
Andel	15,5	34,2*	34,4*	40,8*	23,8*	41,2*	35,2*	45,8*	28,4*
ARR	-	12,8	6,9	15,3	8,1	11,4	10,6	9,5	10,4
RRR	-	42,0	26,7	37,7	49,4	30,7	35,0	23,9	44,6

Note: * Signifikansniveau<0,01. ** Signifikansniveau<0,05. *** Signifikansniveau>0,05.

Integrationsindekset kan samlet set forklare 42 % af forskellen i dårlig fysisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2g). Blandt de etniske minoritetsgrupper forklarer integrationsgraden den største del af forskellen i dårlig fysisk sundhed for iranere (49 %) og tyrkere (45 %). Den relative reduktion er mindst for etniske minoriteter fra Somalia og Ex-Jugoslavien.

Ligesom ved selv vurderet helbred kan arbejdsmarkedstilknytning i sig selv forklare den største del af forskellen i dårlig fysisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2c) sammenlignet med de andre integrationsmæssige faktorer. Arbejdsmarkedstilknytning kan samlet set forklare 36 % af forskellen. For de enkelte oprindelseslande kan arbejdsmarkedstilknytning forklare 26-40 % af forskellen. Den mindste andel forklares af arbejdsmarkedstilknytning for de pakistanske etniske minoriteter og den største for de iranske etniske minoriteter.

Sociale relationer forklarer en mindre del af forskellen i dårlig fysisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere sammenlignet med de andre integrationsmæssige faktorer (model 2f). Sociale relationer kan samlet set forklare 8 % af forskellen. Dernæst kan selvforsørgelse forklare 9 %, mens uddannelse og danskkundskaber forklarer henholdsvis 17 og 23 % af den overordnede forskel i dårlig fysisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

I det følgende vil psykisk sundhed blive behandlet i forhold til, hvor stor en del af forskellen i dårlig psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere de integrationsmæssige faktorer samt det samlede integrationsindeks kan forklare.

Psykisk sundhed

Af tabel 22 fremgår de absolutte og relative reduktioner for forskellen i psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere ved inddragelse af de integrationsmæssige faktorer samt det samlede indeks for integration.

Tabel 22: Forskel i dårlig psykisk sundhed mellem etniske danskere og etniske minoriteter samt andelen heraf der forklares af de fem integrationsmæssige faktorer samt indekset for integration. Resultaterne er angivet i procent. Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistisk regression.

Psykisk sundhed	Etniske danskere	Etniske minoriteter	Etniske minoritetsgrupper						
			1	2	3	4	5	6	7
Generelt (model 2a)	25,9	52,3*	53,7*	62,0*	47,0*	61,5*	46,1*	49,7*	43,9*
Uddannelse (model 2b)									
Andel	25,4	49,9*	51,8*	58,3*	44,2*	58,9*	45,3*	43,6*	42,1*
ARR	-	1,9	1,4	3,2	2,3	2,1	0,3	5,6	1,3
RRR	-	7,2	5,0	8,9	10,9	5,9	1,5	23,5	7,2
Arbejdsmarkedstilknytning (model 2c)									
Andel	24,6	44,2*	48,0*	52,4*	41,3*	52,4*	39,9*	39,7*	37,8*
ARR	-	6,8	4,4	8,3	4,4	7,8	4,9	8,7	4,8
RRR	-	25,8	15,8	23,0	20,9	21,9	24,3	36,6	26,7
Selvforsørgelse (model 2d)									
Andel	22,9	47,4*	50,3*	57,2*	43,0*	57,1*	42,4*	45,0*	40,6*
ARR	-	24,5	0,4	1,8	1,0	1,4	0,7	1,7	0,3
RRR	-	7,2	1,4	5,0	4,7	3,9	3,5	7,1	1,7
Danskkundskaber (model 2e)									
Andel	26,5	47,7*	50,1*	54,2*	45,3*	57,5*	42,5*	44,9*	35,1*
ARR	-	5,2	4,2	8,4	2,3	4,6	4,2	5,4	9,4
RRR	-	19,7	15,1	23,3	10,9	12,9	20,8	22,7	52,2
Sociale relationer (model 2f)									
Andel	24,6	48,6*	51,9*	57,9*	43,1*	57,5*	43,5*	44,4*	41,4*
ARR	-	2,4	0,5	2,8	2,6	2,7	1,3	4,0	1,2
RRR	-	9,1	1,8	7,8	12,3	7,6	6,4	16,8	6,7
Indeks for integration (75-100) (model 2g)									
Andel	22,9	43,1*	46,8*	50,5*	38,6*	52,1*	39,5*	36,7*	36,0*
ARR	-	6,2	3,9	8,5	5,4	6,4	3,6	10,0	4,9
RRR	-	23,5	14,0	23,5	25,6	18,0	17,8	42,0	27,2

Note: * Signifikansniveau<0,01. ** Signifikansniveau<0,05. *** Signifikansniveau>0,05.

Ved forskellen i dårlig psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere er det ligeledes arbejdsmarkedstilknytning, der forklarer den største del sammenlignet med de andre integrationsmæssige faktorer (model 2c). Arbejdsmarkedstilknytning forklarer samlet set 26 % af forskellen. For etniske minoriteter fra Somalia forklarer arbejdsmarkedstilknytning den største del af forskellen (37 %) i dårlig psykisk sundhed, mens den mindste del forklares af arbejdsmarkedstilknytning for etniske minoriteter fra Ex-Jugoslavien (16 %). Dermed forklarer arbejdsmarkedstilknytning i sig selv mere end det samlede integrationsindeks (model 2g) i forhold til forskellen i dårlig psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Indekset forklarer i alt 24 % af forskellen. Blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper kan indekset forklare 14-42 % af forskellen i dårlig psykisk sundhed.

Uddannelse og selvforsørgelse (model 2b og model 2d) forklarer de mindste dele af den samlede forskel i dårlig psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere (7 %). Derudover forklarer sociale relationer samlet set 9 % af forskellen, mens danskkundskaber forklarer 20 %.

Dermed kan specialets integrationsbegreb ligeledes forklare en del af forskellen i dårlig psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. I det følgende vil resultaterne for BMI blive beskrevet.

BMI

Overordnet set er der flere blandt etniske minoriteter med svær overvægt sammenlignet med etniske danskere. Der er imidlertid ikke forskel på andelen med svær overvægt mellem iranere samt somaliere og etniske danskere. Derfor er den absolutte og den relative reduktion ikke angivet for disse to etniske minoritetsgrupper i forhold til de integrationsmæssige faktorer samt det samlede indeks for integration i tabel 23.

Tabel 23 viser, hvor stor en del af forskellen i svær overvægt mellem etniske minoriteter og etniske danskere integrationsindekset og de integrationsmæssige faktorer kan forklare.

Integrationsindekset kan overordnet set forklare hele forskellen i svær overvægt mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2g). Det vil sige, at forskellen udlignes ved inddragelse af det samlede indeks for integration. Ved de enkelte etniske minoritetsgrupper kan integrationsindekset forklare hele forskelle for alle etniske minoritetsgrupper med undtagelse af etniske minoriteter fra Irak og Tyrkiet, hvor indekset forklarer henholdsvis 60 og 65 % af forskellen i svær overvægt.

Af de integrationsmæssige faktorer forklarer danskkundskaber den største del af forskellen i svær overvægt mellem etniske minoriteter og etniske danskere sammenlignet med de andre integrationsmæssige faktorer (model 2e). Den overordnede forskel i svær overvægt mellem etniske minoriteter og etniske danskere udlignes ved inddragelse af danskkundskaber. Forskellen i svær overvægt udlignes imidlertid udelukkende for etniske minoriteter fra Ex-Jugoslavien. Blandt de resterende etniske minoritetsgrupper kan danskkundskaber forklare 32-57 % af forskellen i svær overvægt.

Arbejdsmarkedstilknytning forklarer overordnet set 48 % af forskellen i svær overvægt blandt etniske minoriteter og etniske danskere. Forskellen udlignes imidlertid for indvandrere med oprindelse i Ex-Jugoslavien og Libanon/Palæstina ved inddragelse af arbejdsmarkedstilknytning (model 2c). Uddannelse forklarer samlet set 42 % af forskellen i svær overvægt, mens 17 og 10 % af forskellen kan forklares ved henholdsvis selvforsørgelse og sociale relationer.

Det vil altså sige, at de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere i form af svær overvægt i høj grad kan forklares af det samlede integrationsindeks.

Tabel 23: Forskel i svær overvægt mellem etniske danskere og etniske minoriteter samt andelen heraf der forklares af de fem integrationsmæssige faktorer samt indekset for integration. Resultaterne er angivet i procent. Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistisk regression.

BMI	Etniske danskere	Etniske minoriteter	Etniske minoritetsgrupper						
			1	2	3	4	5	6	7
Generelt (model 2a)	9,0	14,2*	13,4*	18,5*	7,3***	15,7*	15,3*	10,0***	18,6*
Uddannelse (model 2b)									
Andel	8,1	11,1*	11,4**	15,6*	6,4***	12,7*	12,1**	7,5***	13,7*
ARR	-	2,2	1,1	2,0	-	2,1	2,3	-	4,0
RRR	-	42,3	25,0	21,1	-	31,3	36,5	-	41,7
Arbejdsmarkedstilknytning (model 2c)									
Andel	8,7	11,4**	11,2***	14,2*	6,1***	11,9***	13,1*	7,4***	15,8*
ARR	-	2,5	-	4,0	-	-	1,9	-	2,5
RRR	-	48,1	-	42,1	-	-	30,2	-	26,0
Selvforsøgelse (model 2d)									
Andel	8,1	12,4*	12,2*	15,9*	6,2***	13,4*	13,6*	8,5***	16,8*
ARR	-	0,9	0,3	1,7	-	1,4	0,8	-	0,9
RRR	-	17,3	6,8	17,9	-	20,9	12,7	-	9,4
Danskkundskaber (model 2e)									
Andel	9,7	11,4***	11,9***	13,8**	6,8***	13,3**	14,0**	8,2***	14,4**
ARR	-	-	-	5,4	-	3,1	2,0	-	4,9
RRR	-	-	-	56,8	-	46,3	31,7	-	51,0
Sociale relationer (model 2f)									
Andel	9,0	13,7*	13,2*	17,5*	6,9***	14,7*	14,9*	9,2***	18,2*
ARR	-	0,5	0,2	1,0	-	1,0	0,4	-	0,4
RRR	-	9,6	4,5	10,5	-	14,9	6,3	-	4,2
Indeks for integration (75-100) (model 2g)									
Andel	7,4	8,5***	9,0***	11,2**	4,7***	9,6***	9,8***	5,5***	10,8**
ARR	-	-	-	5,7	-	-	-	-	6,2
RRR	-	-	-	60,0	-	-	-	-	64,6

Note: * Signifikansniveau<0,01. ** Signifikansniveau<0,05. *** Signifikansniveau>0,05.

Fysisk aktivitet

I det følgende vil det blive beskrevet, hvorledes de integrationsmæssige faktorer hver for sig samt det samlede indeks for integration kan fungere som forklaringsmekanisme i forhold til forskellen i fysisk aktivitet mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Hvor stor en andel der kan forklares af de forskellige forhold fremgår af tabel 24.

Af de integrationsmæssige faktorer kan danskkundskaber forklare den største del af forskellen i fysisk aktivitet mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2e). Danskkundskaber kan samlet set forklare 34 % af forskellen. Ved de enkelte etniske minoritetsgrupper kan den største andel forklares med danskkundskaber for pakistanere, hvor den relative reduktion er 44 %. Danskkundskaber forklarer den mindste andel af forskellen for etniske minoriteter fra Libanon/Palæstina (20 %). Dermed forklarer danskkundskaber en større del end det samlede indeks, der samlet set forklarer 28 % af forskellen i fysisk aktivitet mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2g). Indekset forklarer mellem 11 og 38 % af forskellen for de enkelte etniske minoritetsgrupper. Den største andel forklares for somaliere, mens den mindste andel forklares for tyrkere.

Arbejdsmarkedstilknytning og uddannelse forklarer henholdsvis 19 og 8 % af forskellen i fysisk aktivitet. Den største andel der kan forklares med disse faktorer forekommer for begges vedkommende blandt somaliere, mens tyrkerne har den mindste relative reduktion ved både arbejdsmarkedstilknytning og uddannelse (model 2b og model 2c). Selvforsørgelse forklarer imidlertid ikke noget af forskellen i fysisk aktivitet mellem etniske minoriteter og etniske danskere (model 2d).

I forhold til sociale relationer kan dette forhold samlet set forklare 8 % af forskellen i fysisk aktivitet. Blandt de enkelte etniske minoritetsgrupper kan sociale relationer forklare 2-17 % af forskellen (model 2f).

Tabel 24: Forskel i sjælden fysisk aktivitet (en gang om ugen eller sjældnere) mellem etniske danskere og etniske minoriteter samt andelen heraf der forklares af de fem integrationsmæssige faktorer samt indekset for integration. Resultaterne er angivet i procent. Resultaterne er kontrolleret for forskelle i køn og alder via logistisk regression.

<i>Fysisk aktivitet</i>	Etniske danskere	Etniske minoriteter	Etniske minoritetsgrupper						
			1	2	3	4	5	6	7
Generelt (model 2a)	39,5	57,8*	50,5*	69,6*	48,4*	63,2*	50,3*	55,3*	67,4*
Uddannelse (model 2b)									
Andel	37,2	52,6*	47,3*	64,9*	45,5*	58,9*	46,3*	49,3*	63,5*
ARR	-	2,9	0,9	2,4	0,6	2,3	1,7	3,7	1,6
RRR	-	15,8	8,2	8,0	6,7	9,7	15,7	23,4	5,7
Arbejdsmarkedstilknøytning (model 2c)									
Andel	38,7*	53,6*	47,6*	65,4*	45,5**	58,9*	47,3*	50,4*	64,9*
ARR	-	3,4	2,1	3,4	2,1	3,5	2,2	4,1	1,7
RRR	-	18,6	19,1	11,3	23,6	14,8	20,4	25,9	6,1
Selvforsørgelse (model 2d)									
Andel	39,0	57,2*	50,4*	69,4*	48,9*	63,2*	50,2*	55,1*	67,5*
ARR	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-
RRR	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-
Dansk kundskaber (model 2e)									
Andel	40,4	52,4*	47,7*	62,7*	46,5**	59,4*	46,4**	51,0*	59,8*
ARR	-	6,3	3,7	7,8	2,8	4,7	4,8	5,2	8,5
RRR	-	34,4	33,6	25,9	31,5	19,8	44,4	32,9	30,5
Sociale relationer (model 2f)									
Andel	38,5	55,4*	49,2*	67,1*	46,1*	60,6*	48,6*	51,7*	65,8*
ARR	-	1,4	0,3	1,5	1,3	1,6	0,7	2,6	0,6
RRR	-	7,7	2,7	5,0	14,6	6,8	6,5	16,5	2,2
Indeks for integration (75-100) (model 2g)									
Andel	36,7	49,8*	45,2*	61,6*	43,2**	56,5*	44,8*	46,5*	61,5*
ARR	-	5,2	2,5	5,2	2,4	3,9	2,7	6,0	3,1
RRR	-	28,4	22,7	17,3	27,0	16,5	25,0	38,0	11,1

Note: * Signifikansniveau < 0,01. ** Signifikansniveau < 0,05. *** Signifikansniveau > 0,05.

6.3.3 Opsamling på Analysedel III

På baggrund af Analysedel II kan det konstateres, at graden af integration kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Dermed kan specialets tredje hypotese omhandlende netop dette forhold accepteres.

Ved samtlige fem sundhedsforhold; selv vurderet helbred, fysisk sundhed, psykisk sundhed, BMI og fysisk aktivitet kan indekset for integration forklare en del af den sundhedsmæssige forskel mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Der er forskel på, hvor stor en andel af forskellen integrationsindekset kan forklare for de enkelte sundhedsforhold. For BMI udlignes forskellen mellem etniske minoriteter og etniske danskere generelt. Derudover kan den største andel af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere forklares af integrationsindekset ved selv vurderet helbred, hvor 62 % af forskellen kan forklares hermed. Det samlede indeks for integration forklarer den mindste andel af forskellen ved psykisk sundhed, hvor indekset kan forklare 24 %.

Samtidig er det forskelligt, hvor stor en andel de enkelte sociale forhold, der indgår i integrationsindekset, i sig selv kan forklare af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. I den forbindelse er det især arbejdsmarkedstilknytning og danskkundskaber, som forklarer en stor andel af forskellen.

Forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere reduceres for samtlige etniske minoritetsgrupper i større eller mindre grad, når de integrationsmæssige faktorer samt integrationsgraden tages i betragtning. Integration kan altså forklare en del af de sundhedsmæssige forskelle for samtlige etniske minoritetsgrupper i større eller mindre grad.

Kapitel 7: Teoretisk refleksion

Det faktum, at der forekommer sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere udgør en udfordring for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, som skal inddrage multikulturelle elementer i arbejdet med at fremme folkesundheden i Danmark. Første skridt på vejen i den henseende er en kortlægning af, hvorledes sundhedstilstanden tager sig ud blandt etniske minoriteter, samt hvilke forhold der synes at have indflydelse på etniske minoriteters sundhed. I det foregående kapitel blev det undersøgt, hvorledes integrationsmæssige faktorer påvirker etniske minoriteters sundhed, samt hvorvidt graden af integration kan forklare dele af de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere. På baggrund af netop den empiriske analyse kan det konstateres, at sociale forhold og integrationsmæssige faktorer spiller ind i forhold til etniske minoriteters sundhed og kan figurere som en del af forklaringen på forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. For nogle af de etniske minoritetsgrupper forekommer der endda en udligning af sundhedsforskellene, når de integrationsmæssige faktorer samt det samlede indeks for integration tages i betragtning. Det betyder altså overordnet set, at der forekommer sociale forskelle i etniske minoriteters sundhed, samt at integrationsgraden kan forklare en del af den dårlige sundhedstilstand blandt etniske minoriteter i Danmark. Det gælder for samtlige etniske minoritetsgrupper i større eller mindre grad, at graden af integration kan forklare en del af sundhedstilstanden. Dette er ligeledes tilfældet i større eller mindre grad for alle fem sundhedsforhold, hvor det som eksemplificering kan nævnes, at integrationsgraden forklarer den største andel af forskellen mellem etniske minoriteter og etniske danskere ved svær overvægt. Forskellen i svær overvægt mellem etniske minoriteter og etniske danskere udlignes for størstedelen af de etniske minoritetsgrupper, når integrationsgraden inddrages. Overordnet set gælder der altså, at jo bedre integreret de etniske minoriteter er i det danske samfund, desto bedre er deres sundhedstilstand. Det vil dermed sige, at det er essentielt at tage integrationsmæssige perspektiver i betragtning i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med etniske minoriteter i Danmark. Med andre ord er det essentielt ikke udelukkende at fokusere på etnicitet i forhold til de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

Nærværende kapitel er centreret omkring de empiriske resultater i et teoretisk perspektiv, hvilket tager sit primære udgangspunkt i Bourdieu og Wilkinsons teorier om henholdsvis det sociale rum og ulige samfund.

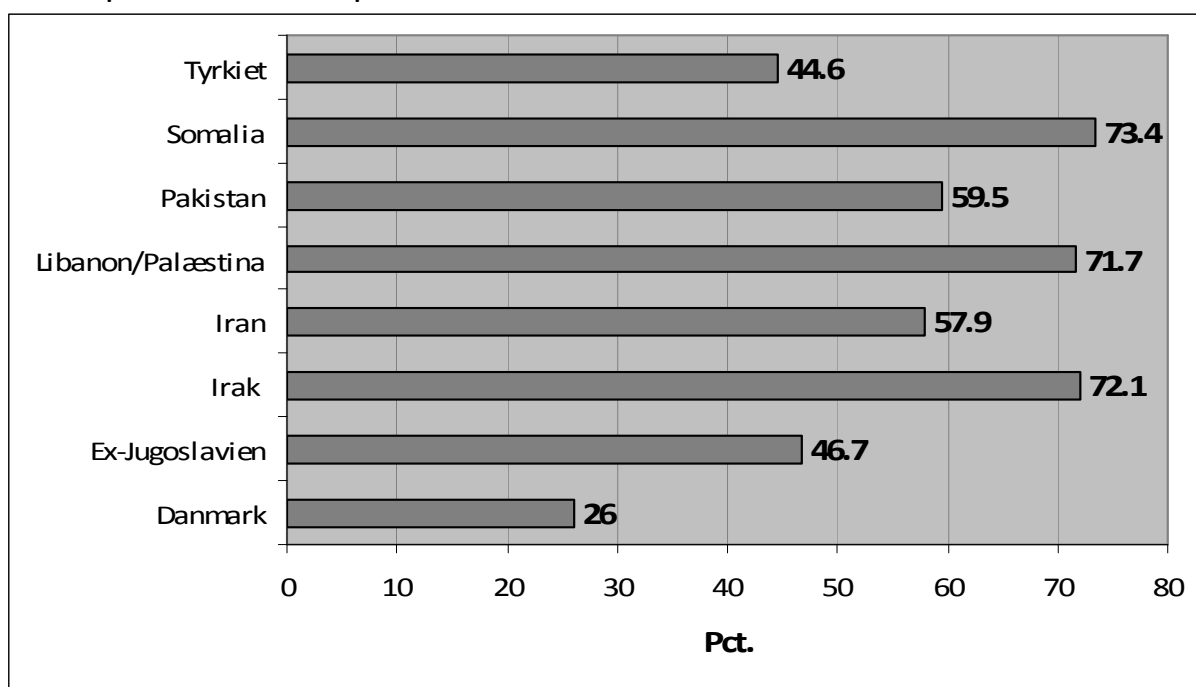
7.1 Etniske minoriteters placering i det sociale rum

Ifølge Bourdieu er individets placering i det sociale rum bestemt af en række sociale forhold, som overordnet set udgøres af de tre primære kapitalformer; økonomisk, kulturel og social kapital. Etniske minoriteter har generelt set lavere grad af samtlige kapitalformer set i forhold til etniske danskere. Det betyder altså, at mange af de etniske grupper placerer sig i de lave socialgrupper, hvor der til sammenligning forekommer en mindre andel af etniske danskere. Dette forhold kommer til udtryk i Analysedel I, hvor uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse og sociale relationer skitseres i forhold til, hvor stor en andel der befinder sig i de forskellige grupper sammenlignet med etniske danskere.

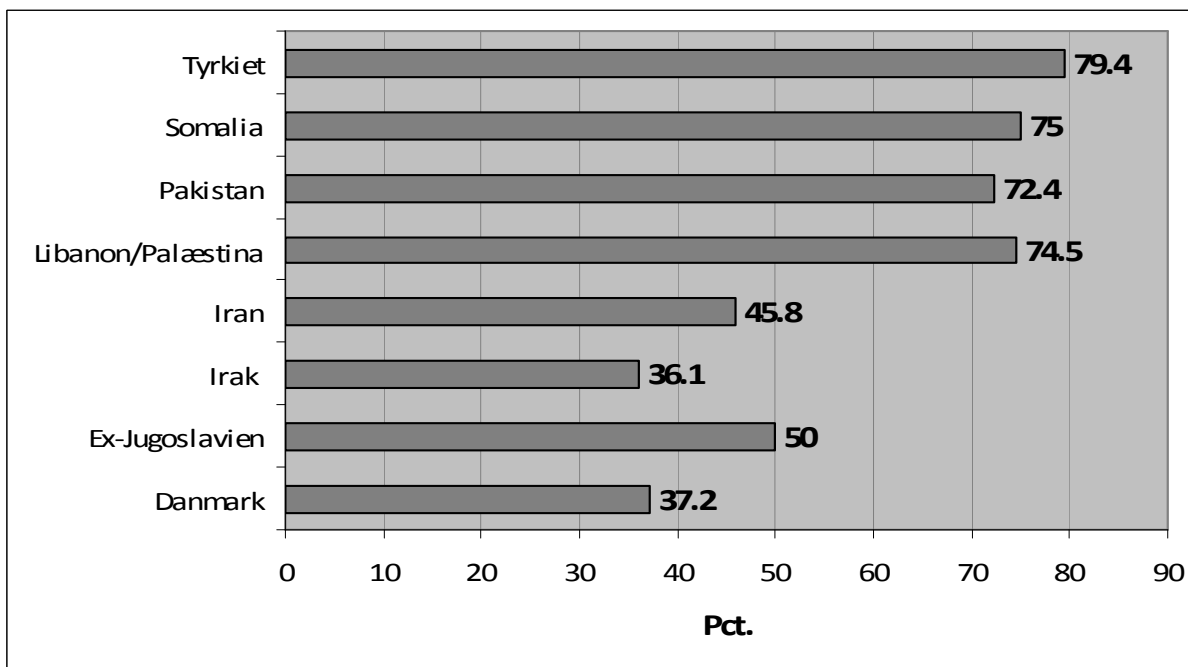
I henhold til økonomisk kapital er det tilfældet, at flere etniske minoriteter befinder sig i de lave indkomstgrupper (under 150.000 kr. årligt), svarende til eksempelvis overførselsindkomst, mens der for kulturel kapital er flere etniske minoriteter, der har et lavt uddannelsesniveau sammenlignet med middel eller højt. Der er dermed en mindre andel blandt de etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere, som ikke har en erhvervsgivende uddannelse samt forekommer selvforsørgende i form af en indkomst på over 150.000 kr. I forhold til sociale relationer er der ligeledes flere blandt de etniske minoriteter, der har en lav grad af social kapital sammenlignet med etniske danskere. Social kapital er målt ved sociale relationer i form af kontakt til venner og familie, samt hvorvidt man har nogen at tale fortroligt med. Ud over det faktum, at andelen med lav økonomisk og kulturel kapital er større blandt etniske minoriteter generelt set i forhold til etniske danskere, er det tilfældet, at over halvdelen af de etniske minoriteter placerer sig i de lave indkomstgrupper samt har et lavt uddannelsesniveau. Det vil altså sige, at over halvdelen af de etniske minoriteter generelt set har en lav grad af økonomisk og kulturel kapital.

Placeringen i det sociale rum er imidlertid ligeledes forskellig for de enkelte etniske minoritetsgrupper, hvilket kommer til udtryk i nedenstående figurer. Mens irakerne er på niveau med etniske danskere i forhold til kulturel kapital skiller tyrkerne, somalierne, pakistanerne og libaneserne/palæstinenserne sig ud med en andel på over 70 % med lavt uddannelsesniveau indenfor hver af disse etniske minoritetsgrupper. I henhold til økonomisk kapital placerer over halvdelen indenfor de etniske minoritetsgrupper, med undtagelse af etniske minoriteter med oprindelse i Tyrkiet og Ex-Jugoslavien, sig i den laveste indkomstgruppe. Disse forhold kommer til udtryk i figur 9 og figur 10.

Figur 9: Lav økonomisk kapital fordelt på oprindelsesland. Målt ved henholdsvis lav uddannelse og årlig indkomst på under 150.000 kr. I procent.

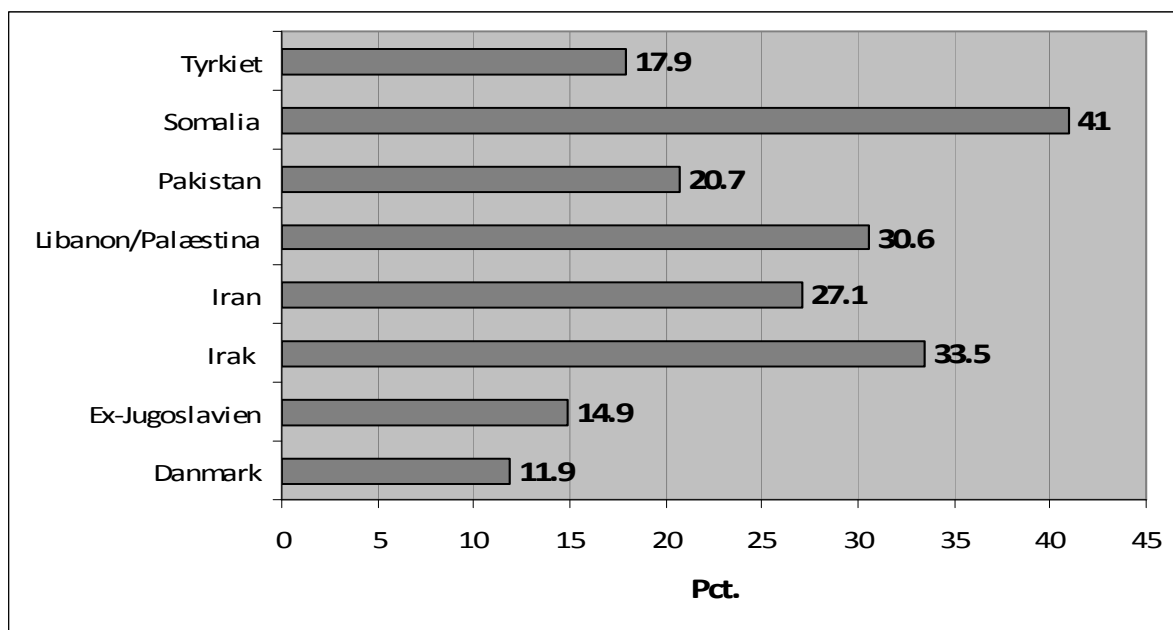


Figur 10: Lav kulturel kapital fordelt på oprindelsesland. Målt ved henholdsvis lav uddannelse og årlig indkomst på under 150.000 kr. I procent.

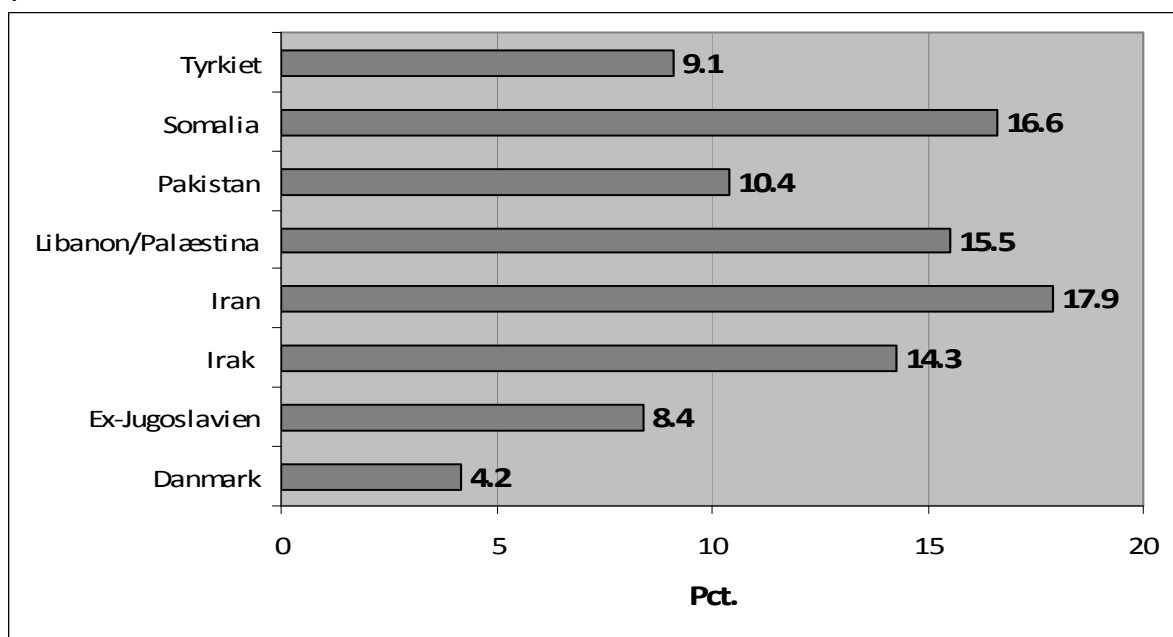


I forhold til lav social kapital er det ligeledes forskelligt, hvorledes fordelingen er blandt de etniske minoritetsgrupper, jævnfør figur 11 og figur 12. Somalierne skiller sig ud i forhold til sjældent/aldrig at træffe venner og familie, hvilket er tilfældet for 41 %. Den største andel, som ikke har nogen at tale fortroligt med forekommer blandt iranere, somaliere, irakere og libanesere/ palæstinensere, hvor dette er tilfældet for omkring 14-18 %.

Figur 11: Lav social kapital fordelt på oprindelsesland målt ved at familie/venner sjældent/aldrig træffes. I procent.



Figur 12: Lav social kapital fordelt på oprindelsesland målt ved at man ikke har nogen at tale fortroligt med. I procent.



For samtlige etniske minoritetsgrupper er der flere med lav social kapital i form af kontakt til venner og familie samt at have nogen at tale fortroligt med sammenlignet med etniske danskere.

Det faktum, at der forekommer forskellige fordelinger af de tre kapitalformer og dermed forskellige placeringer i det sociale rum (det danske samfund) betyder, ifølge Bourdieu, at det er forskelligt hvilken habitus de forskellige etniske minoritetsgrupper besidder. Det overordnede billede viser, at etniske minoriteter skiller sig signifikant ud fra etniske danskere, hvilket betyder, at de etniske minoritetsgrupper opfatter og tolker sundhedstiltag, sundhedstilbud og sundhedskampanjer anderledes end etniske danskere, hvilket kan være forårsaget af ringe grad af integration i det danske samfund. Dette kommer ligeledes til udtryk i den empiriske analyse, hvoraf det fremgår af Analysedel II, at de etniske minoriteters sundhed påvirkes af de integrationsmæssige faktorer, herunder graden af økonomisk, kulturel og social kapital. Det skal hertil tilføjes, at der ligeledes forekommer forskelle imellem de enkelte etniske minoritetsgruppers placering i det sociale rum, hvor nogle forekommer mere integrerede end andre. Dermed er der ligeledes forskelle i habitus og de indlejrede vaner blandt de etniske minoritetsgrupper. Det er derfor essentielt at skelne mellem de etniske minoritetsgrupper i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med etniske minoriteter, eftersom der forekommer forskellige behov grupperne imellem. Dette kommer ligeledes til udtryk ved, at der er sundhedsmæssige forskelle mellem de etniske minoritetsgrupper.

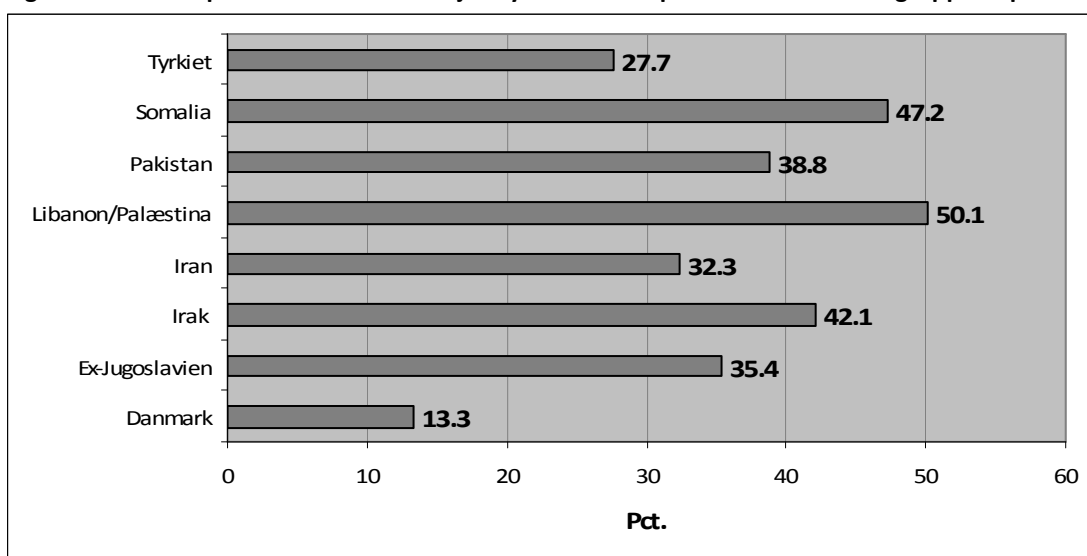
De ovenstående beskrevne forhold illustrerer altså, at etniske minoriteters sociale placering i samfundet i form af økonomisk, kulturel og social kapital er anderledes end blandt etniske danskere. Samtidig er det tilfældet, ligesom tidligere undersøgelser har vist det blandt etniske danskere, at den sociale placering påvirker etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at der eksisterer sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter. I Bourdieus optik viser det ovenstående desuden, at der netop forekommer en større andel af de etniske minoriteter i de lave socialgrupper samt færre i det høje sammenlignet med etniske danskere, hvilket er tilfældet indenfor samtlige etniske minoritetsgrupper set i et overordnet perspektiv.

I et integrationsmæssigt perspektiv kan det ydermere konstateres, at graden af integration bestemmer placeringen i det sociale rum. Dette er netop en af tankegangene bag integrationspolitikker, der søger at skabe samfundsmæssig deltagelse for etniske minoriteter i en sådan grad, at der opnås de samme rettigheder og muligheder, som gør sig gældende for majoritetsbefolkningen. På baggrund af Analysedel III kan det i den henseende konstateres, at

graden af integration hænger sammen med etniske minoriteters sundhed, hvorom det gælder, at jo større deltagelse i det danske samfund i form af uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer, jo bedre er sundhedstilstanden. Samtidig påvirker integration etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at integration kan fungere som forklaringsmekanisme i henhold til de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske danskere og etniske minoriteter.

7.2 Samfundsmæssig ulighed skaber sundhedsmæssig ulighed

Etniske minoriteter placerer sig altså hyppigt i de lave socialgrupper i samfundet, hvilket kommer til udtryk både i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, indkomst og sociale relationer, jævnfør Analysedel I. Med andre ord betyder dette, at der er forskel i graden af integration mellem de etniske minoriteter i Danmark. integrationsmæssige faktorer, som siger noget om den enkeltes placering samt deltagelse i samfundet er desuden påvirket af hinanden, hvortil det kan nævnes, at gode danskkundskaber i høj grad er en forudsætning for deltagelse i det sociale liv i form af eksempelvis beskæftigelse og sociale relationer. Samtidig er uddannelse, danskkundskaber og sociale relationer med til at påvirke beskæftigelsesgraden, som ydermere påvirker indtægtsniveauet. Arbejdsmarkedstilknytning er som tidligere nævnt den vigtigste faktor i forhold til integration og dermed deltagelse i samfundet. Der er 13 % af danskerne, der befinder sig udenfor arbejdsstyrken, hvilket gør sig gældende for 37 % af de etniske minoriteter generelt set. Den største andel udenfor arbejdsstyrken forekommer blandt etniske minoritetsgrupper med oprindelse i Libanon/Palæstina samt Somalia, hvoraf en andel på cirka halvtreds procent befinder sig udenfor arbejdsstyrken. Dette forhold illustreres i figur 13.

Figur 13: Andel af personer udenfor arbejdsstyrken fordelt på etniske minoritetsgrupper. I procent.

Ulighed mellem befolkningsgrupper skaber ifølge Wilkinson samfundsmæssige udfordringer i form af blandt andet ulighed i sundhed, mere vold blandt de lave socialgrupper osv. På den måde ser Wilkinson uligheden som en stor politisk udfordring for de ulige samfund, eftersom ulighed har samfundsmæssige konsekvenser. Som det fremgår af den empiriske analyse har ulighed mellem befolkningsgrupper netop indflydelse på sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter, og jo større uligheden er, samt jo flere der befinder sig i den mindre velstillede del af samfundet, jo større må den sundhedsmæssige udfordring formodes at være.

Ifølge Wilkinson kan følelsen af, ikke at være en del af samfundet samt at blive set ned på, være med til at skabe ulykke og dårligere helbred blandt de lave samfundsgrupper. Etniske minoriteter oplever diskrimination i forhold til hudfarve, religion og i det hele taget kultur, hvilket kan være en medvirkende faktor i forhold til at føle sig udenfor samfundet samt en demotiverende faktor i forhold til at blive en del af samfundet. Diskrimination spiller, som tidligere nævnt, en rolle i forhold til integration, og kunne være en essentiel faktor i forhold til en videreførelse af dette speciales integrationsbegreb.

Det kan i Wilkinsons optik konstateres, at individets sundhedstilstand påvirkes af sociale strukturer. De sociale strukturer er med til at bestemme placeringen i samfundet samt den enkeltes habitus, og på den måde er det forskelligt, hvorledes sundheds- og sygdomsforebyggelse opfattes i de forskellige samfundsgrupper. På den måde står vi i det moderne samfund overfor en række udfordringer i henhold til at mindske de sociale forskelle i sundhed og i det hele taget den samfundsmæssige

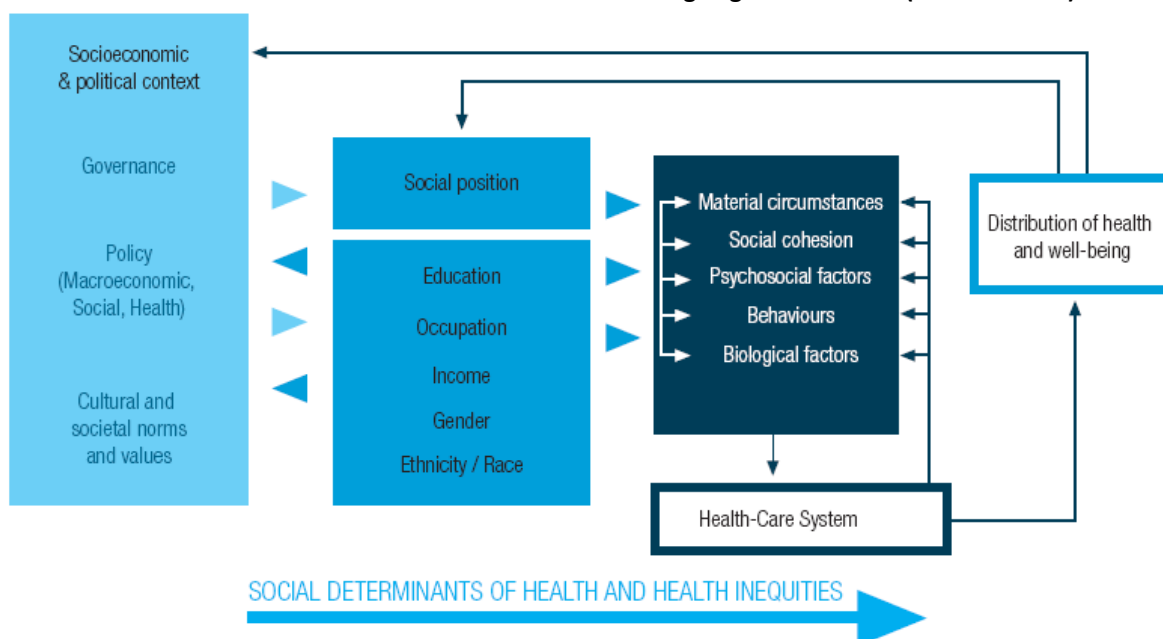
ulighed, der netop er en væsentlig årsag til, at der overhovedet eksisterer sociale forskelle i sundhed. Samtidig står det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde overfor nye udfordringer i form af kampagner og tiltag, der når ud til hele befolkningen, både de høje og lave socialgrupper men også til personer med anden etnisk baggrund.

Afslutningsvist viser den empiriske analyse desuden, at integration af etniske minoriteter spiller en væsentlige rolle i forhold til flere aspekter end blot de samfundsøkonomiske. Jo bedre integreret etniske minoriteter er i det danske samfund jo bedre er deres sundhedstilstand. Mange forhold omkring etniske minoriteter bliver forklaret med etnicitets- og kulturforskelle, hvilket ligeledes har en forklaringskraft, men det er essentielt at være opmærksom på andre forhold i samspil hermed, og herunder forekommer integration, og dermed netop samfundsmæssig placering, central.

7.3 Opsamling på teoretisk refleksion

Overordnet set kan det på baggrund af den teoretiske analyse konstateres, at samfundsmæssige strukturer påvirker det enkelte individs sundhedstilstand. Samtidig er graden af integration, og dermed den samfundsmæssige placering, ligeledes influeret af overordnede strukturer som politik, sociale og kulturelle normer og værdier. Dette forhold kommer til udtryk i figur 14, der er en model over de sociale determinanter i forhold til sundhed og ulighed i sundhed (CSDH¹⁰ 2008:43). Tages denne model i betragtning i forhold til dette speciales resultater kan det konstateres, at etniske minoriteters integrationsmæssige placering i Danmark påvirkes af den danske integrationspolitik, de danske normer og værdier osv.

¹⁰ Commission on social determinants of health.

Figur 14: Model over sociale determinanter i forhold til sundhed og ulighed i sundhed (CSDH 2008:43).

Ligesom det fremgår af figuren, er det enkelte individs sociale position, i form af eksempelvis uddannelse, indkomst og beskæftigelse, gensidigt påvirket af politik samt kulturelle og sociale normer og værdier. Den sociale position påvirker dernæst det enkelte individs adfærd i form af blandt andet livsstil og sundhedsadfærd, som igen påvirker den overordnede sundhed og trivsel, som ydermere påvirker den enkeltes sociale position såvel som de samfundsmæssige strukturer. Med andre ord, er der altså tale om en kompleks påvirkning, hvor etniske minoriteters dårlige sundhedstilstand kan ses som en konsekvens af den integrationsmæssige placering samtidig med, at den integrationsmæssige placering kan ses som en konsekvens af det dårlige helbred. Faktum er, at det danske sundhedssystem står overfor en udfordring, hvor det netop er essentielt at inddrage samfundsmæssige betragtninger som integration i forhold til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde blandt etniske minoriteter.

Kapitel 8: Konklusion

På baggrund af undersøgelsen af problemformuleringen: *Hvorledes har integrationsmæssige faktorer indflydelse på etniske minoriteters sundhed, og kan integration fungere som forklaringsmekanisme i forhold til de sundhedsmæssige forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere?* kan det konkluderes, at integrationsmæssige faktorer influerer etniske minoriteters sundhed på en sådan måde, at graden af integration kan være med til at forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Samtidig betyder dette i et samfundsmæssigt perspektiv, at etniske minoriteters samfundsmæssige placering påvirker deres levevis og dermed deres overordnede sundhedstilstand. Med andre ord er det essentielt at inddrage integrationsmæssige perspektiver i forhold til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde blandt etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen.

Den empiriske analyse viser først og fremmest, at de etniske minoriteter placerer sig anderledes i det sociale rum sammenlignet med etniske danskere. Samtlige etniske minoritetsgrupper har lavere uddannelsesniveau, lavere arbejdsmarkedstilknytning, lavere indkomstniveau og færre sociale relationer sammenlignet med etniske danskere. Samtidig er der forskel mellem de enkelte etniske minoritetsgrupper i forhold til ovenstående forhold, hvor nogle er bedre integreret end andre. Etniske minoriteter med oprindelse i Ex-Jugoslavien og Iran er generelt set bedre integreret sammenlignet med de andre etniske minoritetsgrupper, mens irakere og somaliere generelt set er dårligere integreret i det danske samfund set i forhold til de integrationsmæssige faktorer: uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, selvforsørgelse, danskkundskaber og sociale relationer.

Dernæst viser den empiriske analyse, at etniske minoriteters sundhed påvirkes af de integrationsmæssige faktorer, og dermed af graden af integration, eftersom etniske minoriteters sundhed forbedres i takt med, at integrationsgraden stiger. På den måde forekommer der sociale forskelle i etniske minoriteters sundhed i henhold til de integrationsmæssige faktorer. Samtidig gør det sig ligeledes gældende, at graden af integration kan forklare en del af forskellen i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere, eftersom forskellen reduceres, når der tages højde for integrationsgraden. Hver af de integrationsmæssige faktorer kan forklare en del af reduktionen, mens det er tilfældet at især arbejdsmarkedstilknytning spiller en essentiel rolle i den sammenhæng. Det gør sig ligeledes gældende, at integrationsgraden kan forklare en del af forskellen i sundhed

mellem etniske minoriteter og etniske danskere for samtlige etniske minoritetsgrupper. Der er dog forskel mellem de etniske minoritetsgrupper i forhold til, hvor stor den relative reduktion er.

Den teoretiske refleksion sætter fokus på etniske minoriteters samfundsmæssige placering i Danmark, som netop siger noget om graden af integration. I forhold til Bourdieus teori om det sociale rum gør det sig gældende, at en stor andel af de etniske minoriteter i Danmark placerer sig i de lave socialgrupper i forhold til økonomisk, kulturel og social kapital. Derudover påvirkes sundheden netop af de etniske minoriteters samfundsmæssige placering, herunder den integrationsmæssige placering i samfundet.

Sammenhængen mellem den empiriske og den teoretiske analyse kommer til udtryk ved det faktum, at den overordnede sundhedstilstand blandt etniske minoriteter påvirkes af samfundsmæssige strukturer. De samfundsmæssige strukturer, herunder diverse politikker og samfundsmæssige normer og værdier, influerer de etniske minoriteters placering i det sociale rum. Sådanne mekanismer påvirker ligeledes den sociale mobilitet, hvilket for nogle etniske minoritetsgrupper virker hæmmende i forhold til integrering i det danske samfund. Dermed påvirkes etniske minoriteters sundhed ligeledes af overordnede samfundsmæssige strukturer. Graden af sociale mobilitet i det danske samfund påvirker netop integrationsgraden, der ydermere påvirker sundhedstilstanden.

Det kan på altså baggrund af undersøgelsen af specialets problemformulering konkluderes, at integrationsmæssige perspektiver er relevante i forhold til sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter i Danmark. På den måde er det essentielt at inddrage integrationsmæssige perspektiver i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med etniske minoriteter. Resultaterne af nærværende speciale er dermed først og fremmest interessante i et sundhedsmæssigt perspektiv, hvor der er frembragt viden omkring etniske minoriteters integrationsmæssige placerings indflydelse på sundhedstilstanden.

Kapitel 9: Refleksion over undersøgelsen

Nærværende kapitel indeholder en refleksion over specialets empiriske grundlag, hvilket har til formål at reflektere over, hvorledes undersøgelsen kunne være grebet anderledes an metodisk, samt hvorvidt grundlaget er dækkende for denne undersøgelse.

Først og fremmest skal det pointeres, at nærværende undersøgelse af etniske minoriteters sundhed i et integrationsmæssigt perspektiv hovedsageligt er af empirisk karakter, hvilket bevirker, at dette kapitel vil fokusere på det metodiske grundlag.

9.1 Specialets empiriske grundlag

Dette speciales empiri udgøres af allerede eksisterende empiri i form af data fra 2007 omhandlende etniske minoriteters sundhed, jævnfør "Kapitel 5: Metode". Det faktum, at der er tale om eksisterende empiri bevirker, at specialets centrale begreber er præciseret med empirien for øje. Dette betyder altså, at undersøgelsens integrationsbegreb er præciseret i forhold til empirien. I tilfælde af, at jeg havde indsamlet empiri til netop dette speciale, ville det være aktuelt at inddrage flere faktorer i forhold til integrationsbegrebet, hvor politisk deltagelse og diskrimination ville være centrale aspekter.

Samtidig er det, som tidligere nævnt, ikke muligt at fastslå etniske minoriteters kontakt til etniske danskere på baggrund af datamaterialet. En variabel omhandlende sociale relationer til etniske danskere ville være essentielt, eftersom dette netop er centralt i integrationspolitikken, hvor kontakt til etniske danskere synes at spille en rolle i forhold til blandt andet uddannelse og arbejdsmarkedstilknnytning, jævnfør "Kapitel 3: Operationalisering".

I "Kapitel 5: Metode" blev repræsentativiteten i forhold til specialets målgruppe beskrevet. Heraf fremgår det, at det er forskelligt hvor stor en andel af stikprøven blandt de etniske minoritetsgrupper, der har deltaget i undersøgelsen. Særlig somaliere forekommer underrepræsenteret sammenlignet med de andre etniske minoritetsgrupper. Dette forhold bevirker, at der kan forekomme bias i resultaterne for de enkelte etniske minoritetsgrupper, hvilket der er taget højde for undervejs i analysen. En måde hvorpå der kunne være taget højde for underrepræsentativitet er vægtning af data. Via vægtning ville det imidlertid udelukkende være

muligt at vægte de enkelte etniske minoritetsgrupper i forhold til deres faktiske størrelse i Danmark. På den måde ville der stadig forekomme forskelle de enkelte etniske minoritetsgrupper imellem.

9.1.1 Præcisering af integration og indeksering

Præciseringen af integrationsbegrebet i dette speciale tager, som nævnt ovenfor, udgangspunkt i eksisterende empiri, hvilket sætter begrænsninger for udformningen af begrebet. Det er dog tilfældet, at specialets integrationsbegreb rummer de væsentlige sider i forhold til etniske minoriteters samfundsmæssige placering og dermed integrationsmæssige placering i det danske samfund, hvor der især fokuseres på selvforsørgelse i forhold til etniske minoriteters integrering i samfundet. Integrationsbegrebet for denne undersøgelse kan dermed ses som et forhold, der kan arbejdes videre med. Særligt kan der arbejdes videre med integration i forhold til etniske minoriteters sundhed, der er påvirket af netop integrationsgraden.

Det samlede integrationsindeks er dannet med udgangspunkt i den danske model for integration, hvor arbejdsmarkedstilknytning og selvforsørgelse er helt centralt. Dette bevirker, at arbejdsmarkedstilknytning har fået en central placering i mit integrationsindeks, hvor de andre forhold på hver deres måde påvirker de etniske minoriteters mulighed for arbejdsmarkedstilknytning. For at styrke integrationsindekset kunne det være essentielt at samle eksperter på integrationsområdet, politikere og etniske minoriteter og få dem til at vægte forskellige forholds betydning for den samlede integration. På den måde kunne der dannes et mere valideret begreb.

Dernæst er danskkundskaber for etniske danskere ikke at finde i datamaterialet. Det er imidlertid heller ikke essentielt at tale om danskkundskaber for etniske danskere, eftersom det må formodes, at etniske danskere mestrer sproget. Etniske danskere indgår imidlertid i specialet som referencegruppe, hvilket betyder, at der de etniske danskere danskkundskaber er dannet manuelt, hvilket kan medføre bias.

Overordnet set er det ikke, som tidligere nævnt, hensigtsmæssigt at tale om integration blandt etniske danskere, eftersom specialets præcisering af integrationsbegrebet netop tager udgangspunkt i etniske minoriteters integration i det danske samfund. Der kan derfor forekomme en fejlmargen i forhold til sammenligningen mellem etniske minoriteter og etniske danskere med høj integration, jævnfør Analysedel III.

Kapitel 10: Litteraturliste

Agresti, Alan & Barbara Finlay (1997): *Statistical Methods for the Social Sciences*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearsons Education, Prentice Hall.

Blair & Brodney (1999): *Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: Current evidence and research*.

Bonnerup, Erik m.fl. (2001): *Udlændinges integration i det danske samfund*. København: Indenrigsministeriet.

Bourdieu, Pierre (1979/1995): *Distinksjonen – En sosiologisk kritik av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.

Bourdieu, Pierre (1986): "The forms of Capital" i John D. Richardson *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. London: Greenwood Press.

Bourdieu, Pierre (1994): *Af praktiske grunde – Omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.

Christensen, Ivan (2007): "Social ulighed i sundhed: Interview med professor Richard Wilkinson (UK)" i *Kritisk Debat* 2007. <http://www.kritiskdebat.dk/artikel.php?id=456>.

Christiansen, Connie Carøe (2004): "Migration og etnicitet" i Heine Andersen (red.) *Sociologi en grundbog til et fag*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Christiansen, Connie Carøe & Garbi Schmidt (2002): *Mange veje til integration*. København: Socialforskningsinstituttet.

CSDH – Comission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Comission on Social Determinants of Health*. Geneve: World Health Organisation.

Danmarks Statistik (2008): *Indvandrere i Danmark 2008*. København: Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik (2009a):

<http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Nomenklaturer/Forspalter.aspx> (marts 2009)

Danmarks Statistik (2009b):

http://www.dst.dk/tilsalg/forskningsservice/hkt4forsker/hkt4_variabel_liste_forsker/hkt4_variabel.aspx?fk=32050 (marts 2009)

Dansk Selskab for Almen Medicin (2008): *Relativ risiko, absolut risiko og number needed to treat*:

http://www.dsam.dk/dcmpage/kliniske_vejledninger/forebyggelse_af_iskaemisk_hjerte_kar_sygdom_i_almen_praksis/risikobegrebet/relativ_risiko_absolut_risiko_og_number_needed_to_treat/?Highlight=analyse (juli 2009)

Ekholm, Ola m.fl. (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed: København.

Emerek, Ruth (2003): *Integration – eller inklusion? Den danske diskussion om integration*. Aalborg: Akademiet for Migrationsstudier i Danmark (AMID), Aalborg Universitet.

Folmann, Nana Bro & Torben Jørgensen (2006): *Etniske minoriteters sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen: København.

Gilje, Nils & Harald Grimen (2002): *Samfundsvidenskabens forudsætninger. Indføring i samfundsvidenskabernes videnskabsfilosofi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hamburger, Charlotte (1989): *Assimilation eller integration?* Århus: Forlaget Politica.

Hamburger, Charlotte (1997): "Etniske minoriteter og social integration" i Lilli Zeuner (red.) *Social integration*. København: Socialforskningsinstituttet.

Hansen, Anne Rytter (2007): "Etniske minoriteter" i Kjølner, Mette; Knud Juel & Finn Kamper-Jørgensen (red.): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Hansen, Anne Rytter & Mette Kjølner (2007): *Arbejdsnotat: Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005)*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Hansen, Anne Rytter & Tine Curtis (2008): *Arbejdsnotat: Overblik over etniske minoriteters sundhed i Danmark - type litteratur, metoder, målgrupper og emner*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Idler, Ellen L. & Yael Benyamini (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies" i *Journal of health and Social Behavior* nr. 38.

Ingerslev, Olaf (2000): "Sundhedsforhold blandt indvandrere" i Gunnar Viby Mogensen & Poul Christian Matthiessen (red.) *Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet*. Aarhus Universitetsforlag: Århus.

Iversen, Tage (2002) "Forebyggelse og Sundhedsfremme" i Iversen, Tage m.fl. (red.) *Medicinsk Sociologi - Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark.

Juel, Knud; Jan Sørensen & Henrik Brønnum-Hansen (2006): *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed: København.

Kamper-Jørgensen, Finn & Gert Almind (2003): "Det forebyggende sundhedsarbejde - Sundhedsbegreber og forebyggelsesprogrammer" i Kamper-Jørgensen, Finn & Gert Almind (red.) *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard Danmark.

Kamper-Jørgensen, Finn m.fl. (2007): "Folkesundheden i fremtiden" i Kjølner, Mette; Knud Juel & Finn Kamper-Jørgensen (red.): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Koch, Carsten A. (2004): "Kritisk rationalisme" i Lars Fuglsang & Poul Bitsch Olsen (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Kreiner, Svend (1999): *Statistisk problemløsning*. København: Jurist- og Økonomforbundet.

Kristensen, Tage Søndergård m.fl. (1998): *Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse?* København: Arbejdsmiljøfonden.

Kristensen, Tage Søndergård (2002): "Sygdom og årsager til sygdom" i Iversen, Tage m.fl. (red.) *Medicinsk Sociologi - Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark.

Larsen, Finn Breinholt (2003): *Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed*. Århus: Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt.

Lindström, M., J. Sundquist & P.O. Östergren (2001): *Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden*.

Matthiesen, Poul Christian (2004): *Befolkning og samfund*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Mikkelsen, Flemming (2001): *Integrationens paradoks - indvandrere og flygtninge i Danmark mellem inklusion og marginalisering*. København: Catint Research.

Mikkelsen, Flemming (2008): *Indvandring og integration*. København: Akademisk Forlag.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration (2003): *Bekendtgørelse af lov om integration af udlændinge i Danmark*.

Mygind, Anna m.fl. (2006): *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration*. København: Sundhedsstyrelsen.

Oberländer, Lars (2006): "Sundhedsfremme og forebyggelse" i Niklasson, Grit (red.): *Samfund og kultur i sundhedsarbejdet*. København: Bogforlaget Frydenlund.

Prieur, Annick (2006): "En teori om praksis" i Pierre Bourdieu – *En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Regeringen (2002): *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Riis, Ole (2004): *Sociologiske metoder i praksis*. København: Sociologisk laboratorium.

Rosenlund, Lennart & Annick Prieur (2006): "Det sociale rum, livsstilenes rum – og La Distinction" i *Pierre Bourdieu – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Scambler, Graham (2002): *Health and social change*. Buckingham: Open University Press.

Singhammer, John m.fl. (2008): *Etniske minoriteters sundhed*. Århus: Center for Folkesundhed.

Stata Press (2007): *Reference A-H ("Stata manual")*. Texas: Stata Press.

Ware, John E. m.fl. (2007): *User's Manual for the SF-12v2TM Health Survey (With a Supplement Documenting the SF-12[®] Health Survey)*. Lincoln: QualityMetric Incorporated.

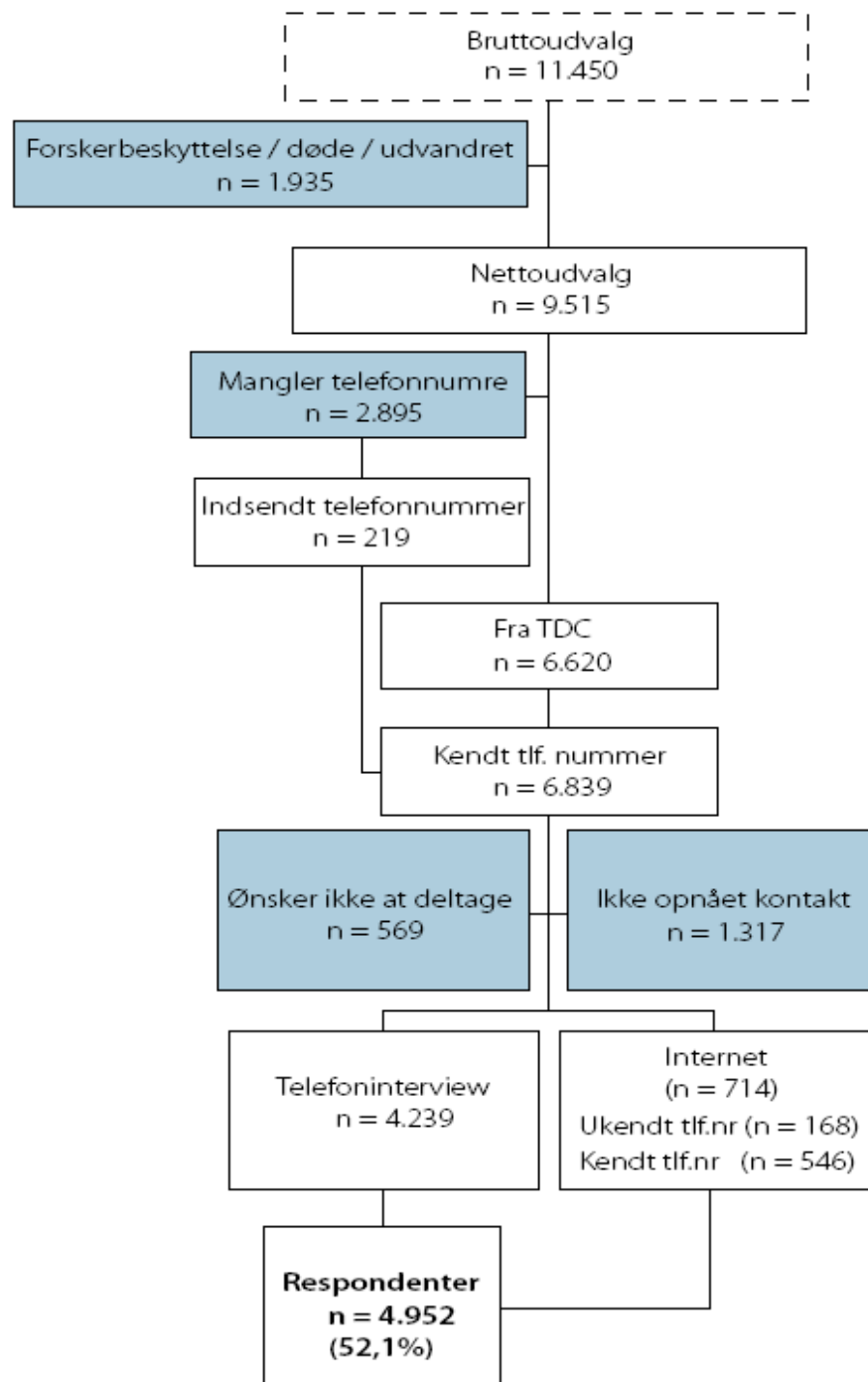
WHO (2006): *What is the scale of the obesity problem in your country?* Geneve: World Health Organisation.

Wilkinson, Richard (2005): *The impact of inequality. How to make sick societies healthier*. New York: The New Press.

Zeuner, Lilli (1997): "Sociologisk teori om social integration" i Lilli Zeuner (red.) *Social integration*. København: Socialforskningsinstituttet.

Zeuner, Lilli m.fl. (1998): *Sociologisk teori om social integration*. København: Socialforskningsinstituttet.

Bilag A: Svarprocent og bortfald



* Bortfald er markeret med farve.

Bilag B: Integrationsmæssige faktorer fordelt på køn og etniske minoritetsgrupper

<i>Integrationsmæssige faktorer – Mænd</i>	<i>Pct.</i>						
	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/ Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet
Uddannelse							
Lav	43,3	50,4	36,2	60,8	63,6	67,7	73,5
Middel	49,0	29,4	34,4	27,7	22,7	22,6	18,7
Høj	7,7	20,2	29,5	11,5	13,6	9,7	7,8
Socioøkonomisk status							
Beskæftigede	69,8	45,2	67,1	54,0	79,8	55,2	74,6
Personer under uddannelse	4,4	5,0	3,1	3,2	2,1	5,5	1,6
Arbejdsløse	3,1	13,0	5,4	8,5	4,1	11,0	8,5
Personer udenfor arbejdsstyrken	22,7	36,8	24,4	34,3	14,1	28,3	15,3
Årlig indkomst							
Under 150.000 kr.	36,4	62,1	44,0	57,3	31,0	58,3	33,3
150-300.000 kr.	44,9	30,7	36,6	33,1	42,2	38,9	49,7
Over 300.000 kr.	18,7	7,3	19,5	9,7	26,7	2,8	16,9
Danskkundskaber							
Gode talekundskaber	85,7	67,4	90,7	85,5	88,4	86,9	74,3
Dårlige talekundskaber	14,3	32,6	9,3	14,5	11,6	13,1	25,7
Gode læsekundskaber	92,9	69,0	93,8	82,7	89,3	89,0	77,0
Dårlige læsekundskaber	7,1	31,0	6,2	17,3	10,7	11,0	23,0
Sociale relationer							
Træffer ofte fam./ven, ref.	87,0	65,5	70,9	68,1	77,0	60,7	78,6
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	13,0	34,5	29,1	31,9	23,0	39,3	21,4
Har nogen at tale fortroligt med	89,7	85,4	80,2	84,3	86,4	82,1	88,2
Har ikke nogen at tale fortroligt med	10,3	14,6	19,8	15,7	13,6	17,9	11,8

Integrationsmæssige faktorer - Kvinder	Pct.						
	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/ Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet
Uddannelse							
Lav	50,0	67,7	45,1	81,4	70,4	85,8	80,7
Middel	37,9	20,0	36,1	12,4	21,9	12,6	15,7
Høj	12,1	12,3	18,8	6,2	7,7	1,6	3,6
Socioøkonomisk status							
Beskæftigede	53,3	25,0	53,9	30,8	37,1	27,8	49,2
Personer under uddannelse	4,5	13,9	6,1	8,0	5,2	10,2	7,7
Arbejdsløse	6,5	9,6	3,6	6,8	8,8	13,4	8,2
Personer udenfor arbejdsstyrken	35,7	51,4	36,4	54,3	49,0	48,7	35,0
Årlig indkomst							
Under 150.000 kr.	46,2	82,6	55,2	80,7	66,5	82,4	49,7
150-300.000 kr.	51,3	13,5	33,3	17,9	29,9	17,1	47,5
Over 300.000 kr.	2,5	3,9	11,5	1,2	3,6	0,5	2,7
Danskkundskaber							
Gode talekundskaber	82,0	64,9	83,0	81,5	77,8	79,1	47,0
Dårlige talekundskaber	18,0	35,1	17,0	18,5	22,2	20,9	53,0
Gode læsekundskaber	87,5	63,0	85,4	80,9	75,8	82,3	55,2
Dårlige læsekundskaber	12,5	37,0	14,6	19,1	24,2	17,7	44,8
Sociale relationer							
Træffer ofte fam./ven, ref.	83,5	67,3	72,0	67,9	81,4	62,0	85,2
Træffer sjældent/aldrig fam./ven	16,6	32,7	28,0	32,1	18,6	38,0	14,8
Har nogen at tale fortroligt med	93,5	85,1	81,2	82,7	90,7	87,2	92,9
Har ikke nogen at tale fortroligt med	6,5	14,9	18,8	17,3	9,3	12,8	7,1