

Rapport  
2007:5

# Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län

Bo Burström  
Anja Schultz  
Kristina Burström  
Sara Fritzell  
Robert Irestig  
Janne Jensen  
Niels Lynöe  
Anneli Marttila  
Sun Sun



**Centrum för Folkhälsa**

Enheten för Socialmedicin  
och  
Enheten för Hälsoekonomi

Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län  
Rapport 2007:5

**Författare:**

Bo Burström  
Anja Schultz  
Kristina Burström  
Sara Fritzell  
Robert Irestig  
Janne Jensen  
Niels Lynöe  
Anneli Marttila  
Sun Sun

**Citera gärna men ange källan:**

Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi  
Centrum för Folkhälsa  
FORUM för kunskap och gemensam utveckling  
Stockholms läns landsting

**Rapporten kan beställas från :**

Biblioteket  
Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi  
Norrbacka, plan 2  
Stockholms läns landsting  
171 76 Stockholm  
e-post: [socmedlib@sll.se](mailto:socmedlib@sll.se)  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

ISBN 978-91-976712-4-8

Tryckeri: Edita Västra Aros AB

# Förord

Hälsan är inte jämlik. Vi vet att socialt utsatta grupper har sämre hälsa och högre vårdkonsumtion. För den enskilde människan innebär detta t ex en högre risk för och tidigare insjuknande i åldersrelaterade sjukdomar. Färska data om hjärtinfarkter i Stockholms län visar också hur utlandsfödda löper 20 procent högre risk att drabbas.

Landstinget arbetar som ansvarig för nära två miljoner människors hälso- och sjukvård aktivt med allas lika tillgång till likvärdig vård. Förebyggande insatser och ett hälsofrämjande tänkande i hela vården men också i samhället i stort ska på sikt också kunna förändra utgångsläget, ojämlikheten i hälsa.

Denna rapport utgör ett viktigt underlag i vårt arbete för jämlik vård. Den belyser problemet med att även om socialt utsatta grupper har en högre vårdkonsumtion, söker eller får de enskilda människorna inte alltid den vård de behöver. Och i värsta fall bemöts de inte på ett likvärdigt och respektfullt sätt. Skillnaderna i hälsa och i vården är uttryck för de större skillnader som finns i utanförskapets Sverige.

Vård kan aldrig vara lika för alla – den måste tvärtom anpassas till varje individs förutsättningar och behov. Men den måste vara likvärdig. Det är en ständig strävan att förändra den verklighet denna rapport beskriver, inom landstingets värld men också i samhället i stort.

Birgitta Rydberg (fp)

Landstingsråd för sjukvård och folkhälsa

Rapporten har tagits fram gemensamt av en grupp vid den tidigare Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi bestående av Bo Burström, Kristina Burström, Sara Fritzell, Robert Irestig, Janne Jensen, Niels Lynöe, Anneli Marttila, Anja Schultz samt Sun Sun.

Bo Burström har varit projektledare, Anja Schultz har varit projektsamordnare och har tillsammans med Elisabeth Johansson vid enheten redigerat rapporten.

Bo Burström svarar för texten i kapitel 1-2 samt kapitel 7, Anja Schultz svarar för texten i kapitel 3. Kapitel 4 har skrivits gemensamt av Bo Burström, Kristina Burström, Sara Fritzell och Janne Jensen. Avsnittet om unga vuxna har skrivits av Janne Jensen och avsnittet om ensamstående mödrar av Sara Fritzell.

Anneli Marttila har gjort intervjuerna bland mottagare av ekonomiskt bistånd, analyserat data och skrivit kapitel 5. Robert Irestig har gjort intervjuerna bland hemlösa och skrivit kapitel 6, där också Niels Lynöe och Kristina Burström bidragit med texter.

Analyser av kvantitativa data från Folkhälsoenkät 2002 har gjorts av Bo Burström, Kristina Burström, Sara Fritzell och Janne Jensen. Sun Sun och Kristina Burström har sammanställt en databas baserad på intervjuundersökningen bland hemlösa, analyserat dessa kvantitativa data samt gjort jämförande analyser med Folkhälsoenkät 2006. Robert Irestig och Niels Lynöe har analyserat de öppna frågorna i intervjuundersökningen bland hemlösa.

Vi vill tacka Ida Möller, Marianne Parmander, Lennart Ström och Anders Walander för deras medverkan tidigare i projektet.

Vi vill också tacka alla personer som deltog i intervjuerna och ville dela med sig sina erfarenheter kring att leva med knappa ekonomiska resurser (kapitel 5) och hemlöshet (kapitel 6). Tack också till de tjänstemän i olika verksamheter och bostadsområden som hjälpt oss med att genomföra intervjustudierna.

Denna rapport tillägnas minnet av Stig Åhs (1931-2006) som med sitt engagemang och sin gärning bidrog till utvecklingen av svensk socialpolitik till förmån för de mest utsatta grupperna.

# Innehållsförteckning

Diagram- och tabell/figurförteckning	i
Sammanfattning	iii
<b>1 Inledning</b>	<b>1</b>
1.1 Rapportens syfte	1
1.2 Rapportens uppläggnig	1
<b>2 Varför en folkhälsorapport om utsatta grupper? Hälsa och hälsans bestämningsfaktorer</b>	<b>3</b>
2.1 Tidigare studier	3
2.2 Hälsa och hälsans bestämningsfaktorer	5
2.3 De nationella folkhälsomålen	6
2.4 Folkhälsopolicy i Stockholms läns landsting	7
2.5 Samband mellan sociala och ekonomiska faktorer och hälsa, sociala skillnader i hälsa	7
2.6 Sociala och ekonomiska orsaker till ohälsa – orsaksmekanismer	8
2.7 Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom	9
2.8 Utsatta grupper som studeras i denna rapport	10
2.9 Samhällets organisation, samhälls utveckling och hälsa	11
<b>3 Samhällsutvecklingen under 1990-talet och framåt</b>	<b>12</b>
3.1 Arbetsmarknaden	13
3.2 Invandringen	16
3.3 Inkomstutvecklingen	21

3.4	Ekonomiskt bistånd _____	23
3.5	Sjukersättning (förtidspension) _____	26
3.6	Utvecklingen på bostadsmarknaden _____	28
3.7	Förändringar inom hälso- och sjukvården _____	30
<b>4</b>	<b>Analyser av hälsa och livsvillkor bland vissa utsatta grupper i Stockholms län, Folkhälsoenkät 2002 _____</b>	<b>34</b>
4.1	Kort om Folkhälsoenkät 2002 _____	34
4.2	Arbetslösa unga vuxna _____	35
4.3	Ensamstående mödrar _____	43
4.4	Utlandsfödda personer _____	54
4.5	Personer med förtidspension/sjukersättning _____	56
4.6	Mottagare av ekonomiskt bistånd _____	57
4.7	Index för att identifiera utsatta individer i de valda grupperna _____	58
4.8	Kommentar kring hälsa och livsvillkor hos utsatta grupper och individer från Folkhälsoenkät 2002 _____	64
<b>5</b>	<b>Att leva med knappa ekonomiska resurser _____</b>	<b>65</b>
5.1	Kort om intervjuerna _____	66
5.2	Vardagslivet _____	68
5.3	Möte med de professionella - vad kännetecknar en bra service? _____	77
5.4	Sammanfattande kommentar _____	85
<b>6</b>	<b>Hälsa och livsvillkor bland hemlösa _____</b>	<b>88</b>
6.1	Vem är hemlös? _____	88
6.2	Tidigare studier _____	89
6.3	Intervjuundersökningens fokus och resultat _____	90
6.4	Livsvillkor och levnadsvanor _____	91

6.5	Delaktighet i, förtroende för och bemötande ifrån samhället _____	96
6.6	Hälsa och sjuklighet _____	98
6.7	Föreställningar om orsakerna till hemlöshet, livssituationen och hälsotillståndet _____	102
6.8	Sammanfattande kommentar _____	107
<b>7</b>	<b>Diskussion _____</b>	<b>109</b>
7.1	Allmänna fynd _____	109
7.2	Analys av Folkhälsoenkät 2002 _____	110
7.3	Intervjuer med mottagare av ekonomiskt bistånd och hemlösa _____	111
7.4	Hälso- och sjukvårdens roll för socialt och ekonomiskt utsatta grupper _____	113
7.5	Konklusion, förslag till vidare åtgärder _____	114
<b>8</b>	<b>Referenser _____</b>	<b>116</b>
	<b>Appendix _____</b>	<b>122</b>

# Diagram- och tabell/figurförteckning

DIAGRAM 1: Inkomstförändring 1991-2001 i olika delar av inkomstfördelningen i riket	23
DIAGRAM 2: Hälsoutfall, procentuell fördelning, bland unga vuxna i Stockholms län 2002	39
DIAGRAM 3: Hälsoutfall, procentuell fördelning, bland unga arbetslösa, fördelat på kön, Stockholms län 2002	40
DIAGRAM 4: Hälsa bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år, Stockholms län 2002	49
TABELL 1: Arbetslösa 1995– 2005 i fem kommuner i Stockholms län. Procentuell andel av befolkningen 18-64 år	14
TABELL 2: Livsvillkor och levnadsvanor, procentuell fördelning bland unga vuxna, uppdelat på arbetslösa, studerande och arbetande, Stockholms län 2002	38
TABELL 3: Hälsorelaterad livskvalitet bland unga vuxna, fördelat på arbetslösa, studerande och arbetande, Stockholms län 2002	41
TABELL 4: Demografiska faktorer, procentuell fördelning bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år samt i åldersgrupper, Stockholms län 2002	46
TABELL 5: Livsvillkor och levnadsvanor, procentuell fördelning bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år samt i åldersgrupper, Stockholms län 2002	48
TABELL 6: Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D, bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år, Stockholms län 2002	51
TABELL 7: Jämförelse mellan olika grupper i befolkningen (FHE 2002) och intervju med hemlösa (2006), Stockholms län	62
TABELL 8: Hälsa och vårdutnyttjande, FHE 2002/VAL 2003. Procentuell andel med sjukersättning/förtidspension, med långvarig begränsande sjukdom, med mindre än god självskattad hälsa, genomsnittligt antal	



besök i primärvård och somatisk öppenvård samt andel som avstått från att söka vård p g a dålig ekonomi, 25-44 år, Stockholms län_____	63
TABELL 9: Jämförelse av bakgrundvariabler mellan hemlösa 2006 och Folkhälsoenkät 2006, 21-73 år, män respektive kvinnor_____	93
TABELL 10: Sjukdomstillstånd bland hemlösa, Stockholms län 2002_____	99
TABELL 11: Självs kattad hälsa bland hemlösa 2006 i jämförelse med Folkhälsoenkät 2006, 21-73 år, Stockholms län_____	100
TABELL 12: Procentuell andel bland hemlösa 2006 i jämförelse med Folkhälsoenkät 2006 som rapporterar inga, måttliga respektive svåra problem per EQ-5D dimension, livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde), självs kattad hälsa EQ VAS (medelvärde), 21-73 år, män respektive kvinnor, Stockholms län_____	101
FIGUR 1: Hälsans bestämning sfaktorer_____	6
FIGUR 2: Exempel på hinder/svårigheter i intervju personernas liv_____	68

# Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport är att belysa hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjukvårdsutnyttjande bland några socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län i början av 2000-talet. Även om hälsoutvecklingen för stora grupper är mycket positiv finns det grupper vars välfärd och hälsa inte har haft lika gynnsam utveckling.

Ett genomgående tema i denna rapport är sambandet mellan social och ekonomisk utsatthet och hälsa, ett klassiskt socialmedicinskt arbetsfält som även i dag behöver belysas. Sambandet innebär å ena sidan att social och ekonomisk utsatthet leder till ohälsa, men också att ohälsa medför negativa sociala och ekonomiska konsekvenser.

Rapporten inleds med en översiktlig bakgrundsbeskrivning av relevanta drag i samhällsutvecklingen från 1990-talet och framåt. Resultaten diskuteras i relation till Stockholms län.

Förekomsten av utsatthet analyseras utifrån befolkningsdata från Folkhälsoenkät 2002 i Stockholms län bland grupper som tidigare identifierats som i högre grad socialt och ekonomiskt utsatta än befolkningen i övrigt, bl a arbetslösa unga vuxna, utlandsfödda personer, ensamstående mödrar, förtidspensionärer samt mottagare av ekonomiskt bistånd och hemlösa. Analyserna jämför livsvillkor, levnadsvanor, självrapporterad hälsa, hälsorelaterad livskvalitet samt vårdkonsumtion och i vilken mån individer på grund av dålig ekonomi avstår från att söka medicinsk vård, tandvård och hämta ut ordinerade läkemedel.

En stor andel av personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper rapporterar dålig hälsa, konsumerar mera vård och avstår i hög grad av ekonomiska skäl från att söka vård jämfört med befolkningen i stort.

Ett annat tema i rapporten är att belysa vardagen och livsvillkoren för vissa utsatta grupper, ur deras egen synvinkel. Mottagare av

ekonomiskt bistånd har därför intervjuats med avseende på hur de ordnar sin vardag, vilka svårigheter och begränsningar det innebär att leva på knappa ekonomiska resurser. Vidare beskrivs intervjupersonernas relation till och kontakt med myndigheter, hälso- och sjukvård och social service. Många mottagare av ekonomiskt bistånd upplever begränsad möjlighet till meningsfulla åtgärder. En del är sjuka och alla upplever inte att de får adekvat vård och rehabilitering. Intervjuer har också gjorts med hemlösa personer i Stockholms län om deras hälsa och livsvillkor. En stor andel av gruppen hemlösa är sjuka och rapporterar att de inte heller erhåller den hjälp de behöver.

En del intervjupersoner rapporterar upplevelser av kränkande behandling och bristande respekt vid möten med myndigheter, medan andra beskriver ett stödjande och motiverande bemötande. Implikationer för behov av stöd från samhället samt bemötande i vården diskuteras. Förslag från de intervjuade till förbättringar redovisas också.

En slutsats i föreliggande rapport är att det bland vissa grupper i befolkningen, trots vårt omfattande välfärdssystem och sociala skyddsnät, finns ett starkt samband mellan social och ekonomisk utsatthet och hälsa och att detta behöver bevakas kontinuerligt. Många med ekonomiskt bistånd är sjuka men alla får inte adekvat vård och rehabilitering. Möjligheter för en bättre samordning mellan de olika välfärdssystemen och en medicinsk länk kunde övervägas. Vid förändringar av sjukvårdsutbud och sjukvårdsstruktur bör socialt och ekonomiskt utsatta gruppernas behov beaktas särskilt. En stor andel av socialt och ekonomiskt utsatta grupper avstår av ekonomiska skäl från att söka vård, vilket bör bli föremål för vidare utredning. Det är viktigt att upplevelser av kränkningar och dåligt bemötande i sjukvård och socialtjänst beaktas för att kunna erbjuda alla en god service. Statliga och kommunala insatser för ekonomisk trygghet, bostäder, arbetstillfällen samt kommunala stödsystem i barnomsorg, skola och andra verksamheter är också viktiga för hälsan bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i ett livslöppsperspektiv.

# 1 Inledning

I samband med planeringen av Hälsoenkät 2006 års (Folkhälsoenkät 2006, FHE 2006) till befolkningen i Stockholms län beslöts att göra en särskild rapport som speglar livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Många av dessa grupper är också underrepresenterade bland de svarande i folkhälsoenkäter. Arbetet tar sin utgångspunkt i tidigare nationella rapporter (1, 2) men har särskild tillämpning på Stockholms län.

## 1.1 Rapportens syfte

Syftet med föreliggande rapport är att belysa hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjukvårdsutnyttjande bland vissa socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län i början av 2000-talet. Relevanta samhällsförändringar som skett under 1990-talet och framåt redovisas. Avsikten är att ge ett underlag för diskussion samt föreslå fortsatta studier och åtgärder för att förbättra hälsan i dessa grupper.

## 1.2 Rapportens uppläggning

Rapporten inleds med ett avsnitt om mekanismer för sociala skillnader i hälsa, sociala orsaker till ohälsa och sociala konsekvenser av sjukdom. Därefter görs en kort beskrivning av vissa drag i samhällsutvecklingen under den senaste tioårsperioden, av betydelse för socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Följande kapitel innehåller analyser av hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjukvårdskonsumtion bland grupper som i tidigare studier identifierats som socialt och ekonomiskt mer utsatta än övriga befolkningen, d v s arbetslösa unga vuxna, ensamstående mödrar, utlandsfödda personer, förtidspensionärer och personer som mottagit ekonomiskt bistånd (socialbidrag). Dessa analyser har utförts på data från Folkhälsoenkät 2002 i Stockholms län och länkade data om vårdkonsumtion. Vidare har ett index på

utsatthet konstruerats, utifrån vissa variabler som indikerar sociala och/eller ekonomiska problem. Motsvarande analyser har gjorts utifrån detta index.

Påföljande kapitel baseras på intervjuer med personer som mottagit ekonomiskt bistånd och återger deras livsvillkor och upplevelser av kontakter med myndigheter. Därefter rapporteras resultat från en intervjuundersökning bland hemlösa. Vissa jämförelser mellan hemlösa och befolkningen i övrigt görs med data från 2006 års Hälsoenkät i Stockholms län. Rapporten avslutas med en diskussion om fynden.

## 2 Varför en folkhälsorapport om utsatta grupper? Hälsa och hälsans bestämningsfaktorer

Många av de folkhälsorapporter som publiceras beskriver aktuellt hälsoläge i befolkningen och hälsolägets utveckling över tid. En viktig datakälla för rapporterna är inkomna svar på enkätundersökningar som folkhälsoenkäter. På grund av att svarsfrekvensen på enkäter varierar mellan olika grupper finns en risk att vissa grupper inte representeras korrekt i sådana rapporter. Vidare kan samband mellan vissa riskfaktorer och ohälsa variera mellan grupper, och inte framträda i övergripande analyser av hela befolkningen. Den skadliga effekten för hälsan av en viss faktor blir ofta mera påtaglig i grupper som är mera socialt och ekonomiskt utsatta än genomsnittet. För att erhålla information om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i dessa grupper kan också alternativa strategier för datainsamling behövas, t ex registerstudier och direktintervjuer. I Stockholms läns landsting finns en lång tradition av folkhälsorapportering, men socialt och ekonomiskt utsatta grupper har inte på detta sätt under lång tid varit föremål för en särskild rapport.

### 2.1 Tidigare studier

Det finns en lång tradition av välfärdsforskning i Sverige, såväl med utgångspunkt från samhällsvetenskapligt som socialmedicinskt håll. Mycket av forskningen har studerat på hur välfärdssystemen fungerar för särskilda grupper, men också på hälsan i socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Institutet för social forskning (SOFI) vid Stockholms universitet har sedan länge bedrivit studier bl a baserade på Levnadsnivåundersökningarna. (3). Även vid Karolinska institutet, avdelningen för socialmedicin startades under 1960-talet en sådan tradition. Gunnar Inghes studier om de fattiga i folkhemmet 1960 (4) och i välfärden 1967 (5) inledde en serie av socialmedicinska rapporter på

detta tema som därefter gjordes av Stig Åhs, Leif Stenberg och Leif Svanström. Serien innefattade Uteliggarna i välfärdssamhället 1989 (6), Fångarna i välfärdssamhället 1992 (7), Handikappade i välfärdssamhället 1992 (8) samt Invandrarna i välfärdssamhället 1994, med Åke Daun (9).

Socialstyrelsen har sedan 1980-talet på regeringens uppdrag återkommande skrivit Folkhälsorapporter och i anslutning till detta även gjort en särskild Social rapport med fokus på utsatta grupper, senast 2006 (1). I Stockholms läns landsting har i motsvarande tradition folkhälsorapporter gjorts sedan 1990-talet, men inga regelbundna rapporter har gjorts avseende på utsatta grupper. År 1999 gjordes vid avdelningen för socialmedicin en pilotstudie av hälsan bland hemlösa i Stockholm (10).

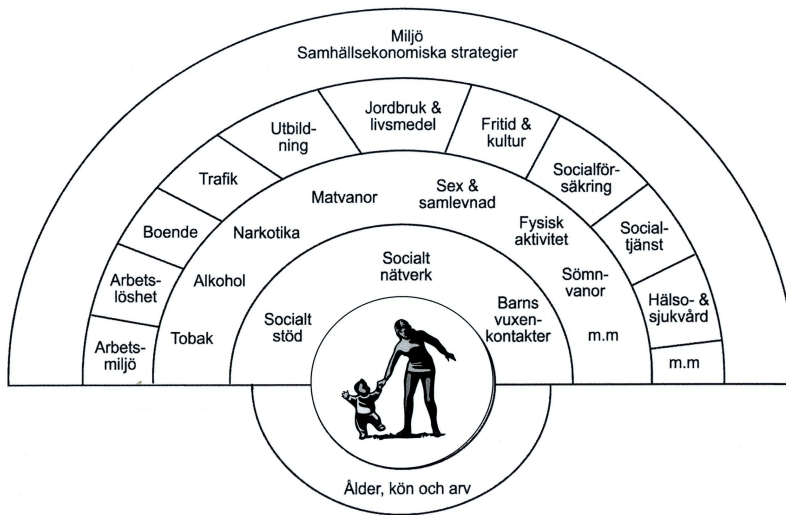
I början av 2000-talet gjorde Kommittén för välfärdsbokslut ett omfattande utredningsarbete om betydelsen av de stora förändringarna av olika delar i samhället under 1990-talet, för välfärden och dess fördelning. Detta arbete resulterade i flera rapporter, med den huvudsakliga slutsatsen att trots omfattande ekonomiska påfrestningar hade det svenska välfärdssystemet kvarstått intakt och fyllt sin funktion för en majoritet. Dock identifierades särskilt vissa grupper som hade fått försämrade förutsättningar – unga vuxna som ännu inte etablerat sig på arbetsmarknaden, nyanlända invandrare samt ensamstående föräldrar, framför allt mödrar (2). Flera andra forskare, bl a Bergmark och Palme 2003 (11), Salonen 2004 (12), Andréén och Gustafsson 2004 (13) och Bask 2005 (14) har visat på grupper som inte får del av den förbättrade välfärden.

## 2.2 Hälsa och hälsans bestämningsfaktorer

Hälsa kan definieras och mätas på flera sätt. Ett mått som är jämförbart mellan olika grupper och mellan länder är t ex förväntad livslängd. Med hög och ökande förväntad livslängd ökar intresset för hur dessa år levs, d v s med eller utan sjukdom, hur individen själv bedömer sin hälsa i termer av självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i olika dimensioner samt t ex graden av nedsatt psykiskt välbefinnande.

Många faktorer påverkar människors hälsa. I figur 1 visas en schematisk bild av hälsans bestämningsfaktorer. Alla människor har vissa givna förutsättningar (ålder, kön, genetiskt arv) som i sig medför olika risk för sjukdom. Utöver detta påverkas hälsan av en rad andra faktorer, vars betydelse varierar med individens livsvillkor, den typ av samhälle individen lever i och de rådande övergripande ekonomiska och sociala förutsättningarna. Hälsan påverkas också av individens levnadsvanor, sociala nätverk och kontakter. Levnadsvanor såsom rökning, mat- och motionsvanor och alkoholbruk är delvis självvalda men formas också av omgivningen. Arbets- och boendeförhållanden har därutöver stor betydelse för hälsan och kan utgöra såväl en hälsofrämjande miljö som riskfaktorer för ohälsa. Arbete är viktigt på flera sätt. Det ger ekonomiska förutsättningar för egen försörjning, delaktighet i samhället, möjlighet till självförverkligande i yrkeslivet och ett utökat socialt nätverk. Detta innebär också att brist på arbete – att vara arbetslös eller förtidspensionerad eller att på annat sätt stå utanför arbetsmarknaden – medför en avsaknad av en rad andra för hälsan positiva faktorer. Samhällets utformning bidrar därmed också till den sociala och ekonomiska fördelningen av livsvillkor och hälsa samt till graden av sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom.





Figur 1 Hälsans bestämningsfaktorer (efter Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991)

## 2.3 De nationella folkhälsomålen

De 11 nationella folkhälsomålen som formulerades av regeringen år 2003 i Prop 2002/03:35 är inriktade på bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom, och tar fasta på dessa faktorerers betydelse för hälsan.

- Delaktighet och inflytande i samhället
- Ekonomisk och social trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Ökad hälsa i arbetslivet
- Sunda och säkra miljöer och produkter
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Gott skydd mot smittspridning
- Säker sexualitet, god reproduktiv hälsa
- Ökad fysisk aktivitet
- Goda matvanor, säkra livsmedel
- Minskat bruk av tobak, alkohol (samhälle fritt från narkotika och dopning, minska skadeverkningar av spel)

## **2.4 Folkhälsopolicy i Stockholms läns landsting**

Den Folkhälsopolicy som landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting antog 7 juni 2005 har på liknande sätt identifierat ett antal mål för sitt arbete för förbättrad folkhälsa, och anger som en strategi för detta arbete att göra hälso- och sjukvården mera hälsofrämjande. Det övergripande målet är en god och jämlik hälsa för alla invånare i länet. De specifika målen är: goda livsvillkor (ojämlikhet i hälsa ska minska); god miljö (den miljörelaterade hälsan ska förbättras); goda arbetsförhållanden (den arbetsrelaterade hälsan ska förbättras); hälsosamma levnadsvanor (förutsättningarna för goda levnadsvanor ska förbättras - ohälsa på grund av livsstil ska minska) och god psykisk hälsa (den psykiska ohälsan ska minska).

## **2.5 Samband mellan sociala och ekonomiska faktorer och hälsa, sociala skillnader i hälsa**

De nationella folkhälsomålen och SLL:s Folkhälsopolicy visar på betydelsen av sambandet mellan sociala faktorer och hälsa. Det finns en omfattande kunskap om dessa samband även om vissa mekanismer för sambanden är mindre klarlagda. Att utsättas för skadlig exponering kan påverka hälsan momentant, men mycket talar också för att exponering över lång tid och ansamling av riskfaktorer över livsförloppet förstärker den negativa effekten på hälsa. Sociala skillnader i hälsa orsakas på olika sätt, bl a via materiell fattigdom, psykosociala mekanismer samt hälsorelaterade beteenden. Ofta hänger dessa faktorer ihop.

Ett annat känt faktum är att sambandet mellan sociala faktorer och hälsa kan vara dubbelriktat, d v s sjukdomar och ohälsa kan både ha sociala och ekonomiska orsaker och sociala och ekonomiska konsekvenser.

## 2.6 Sociala och ekonomiska orsaker till ohälsa – orsaksmekanismer

Fattigdom påverkar hälsan negativt, på olika sätt vid olika nivåer av fattigdom (15). En *absolut nivå av fattigdom* kan sägas föreligga när en individ saknar resurser för att upprätthålla sitt näringsintag och sin fysiska existens. Materiell fattigdom i denna bemärkelse innebär också ofta att individen lever i en omgivning med ökad risk för sjukdoms-smitta och bristande förutsättningar att undvika smitta (t ex brist på vatten och sanitet, trångboddhet) (16). I länder som Sverige är denna typ av absolut fattigdom mycket ovanlig, i stället är det den relativa fattigdomen som har betydelse för hälsan. *Relativ fattigdom* definieras alltså som en individs ekonomiska förhållanden jämfört med andra, och i relation till den ekonomiska nivå som råder i det samhälle man lever i. Relativ fattigdom medför begränsningar för individen – att på grund av ekonomiska begränsningar inte kunna göra olika val eller delta i samhällslivet på det sätt som majoriteten gör (17). Knappa ekonomiska resurser begränsar möjligheterna för en individ att välja det liv han/hon vill leva, t ex hur och var han/hon vill bo, vilken mat han/hon kan äta, vilka aktiviteter individen själv och dennes barn har råd att delta i osv. Relativ fattigdom kan också medföra en oro och stress över den egna ekonomin och huruvida inkomsterna kommer att räcka till att möta utgifterna, vilket länkar över till psykosociala mekanismer (18).

Psykosociala mekanismer kan via stress påverka människan i såväl psykiskt som fysiskt hänseende och bidra till sociala skillnader i hälsa. På arbetet medför en kombination av höga krav och små möjligheter för kontroll ökad stress som bl a kan medföra ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar.

Människor som lever under ekonomisk osäkerhet har också visat sig uppleva en ökad stress. Detta kombineras ibland med mindervärdes-känslor, skam och skuld orsakade av oförmågan att påverka sin situation (19, 20, 21). Inte sällan förmedlas dessa erfarenheter mellan olika generationer i samma familj. Barn som växer upp i familjer med pressade förhållanden har större sannolikhet att följa samma väg som

sina föräldrar, med en kort och tidigt avslutad skolgång, tidigt och oplanerat föräldraskap, tidig övergång mellan skola och arbete och erfarenhet av arbetslöshet, ekonomisk osäkerhet samt brutna relationer. Individer i dessa positioner är i viss mening dubbelt drabbade – de är både mer exponerade för dessa sociala stressfaktorer och samtidigt på grund av effekten av tidigare negativa erfarenheter sämre rustade för att möta och hantera stressfaktorerna. Upprepade negativa erfarenheter av detta slag medför en förstärkt negativ spiral och ökar den totala effekten av stress på individen. Ibland försöker individen hantera denna situation av stress, ångest och osäkerhet med olika former av droger som initialt upplevs avstressande (tobak, alkohol, narkotika), men som på sikt är skadliga för hälsan (22). Studier har också visat att det är vanligare att ha upplevt kränkningar i vissa sociala grupper jämfört med andra. Även kränkningar kan bidra till sämre hälsa (23).

Det finns stora sociala skillnader i levnadsvanor och hälsorelaterat beteende. I vissa avseenden kan hälsorelaterade beteenden förstås som ett sätt att hantera stress. Rökning är t ex vanligare bland arbetare och personer med kort utbildning än bland tjänstemän och personer med lång utbildning. Mat- och motionsvanor har också en social fördelning i befolkningen (24). Riskbruk av alkohol förekommer i olika grupper av befolkningen, men konsekvenser av alkoholmissbruk i form av kroppslig sjukdom och utslagning är vanligare bland arbetare (25).

## **2.7 Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom**

Sjukdomar och ohälsa och sociala skillnader i hälsa kan således ha sina orsaker i sociala bakgrundsfaktorer, men sjukdomar medför också ekonomiska och sociala konsekvenser (26). För en individ som på grund av sjukdom inte kan arbeta minskar inkomsten och det sociala nätverket minskar. Graden av ekonomiskt bortfall och av påverkan på det sociala nätverket beror i viss mån på typ av sjukdom (1). Personer med psykossjukdom har t ex särskilt allvarliga sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom. Sjukdomen drabbar ofta i ung vuxen ålder,

många personer har då inte hunnit skaffa vare sig utbildning eller arbetslivserfarenhet. Det sociala nätverket påverkas negativt och eftersom socialförsäkringsförmåner baseras på tidigare inkomster blir ofta nivån på sjukersättning mycket låg i dessa grupper. En stor andel av personer vårdade för psykossjukdom arbetar inte, har förtidspension och erhåller ekonomiskt bistånd (27).

## **2.8 Utsatta grupper som studeras i denna rapport**

Vi har i denna rapport inte gjort någon egen teoretiskt grundad definition av socialt och ekonomiskt utsatta grupper, utan studerat livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland grupper och personer i vissa positioner som i andra studier i olika avseenden befunnits ha sämre utveckling av livsvillkor och hälsa än befolkningen i övrigt. Ofta (men inte alltid) sammanfaller detta med att ha begränsade ekonomiska resurser och/eller att vara utanför arbetsmarknaden.

För denna rapport görs vissa fokuseringar och avgränsningar. Grupper som i tidigare rapporter bedömts ha bristande välfärd och som ingår i denna rapport inkluderar således bl a unga vuxna, ensamstående mödrar och utlandsfödda. Vi har även inkluderat gruppen förtidspensionärer (enligt nuvarande terminologi personer som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning) samt personer som uppbär ekonomiskt bistånd. Primärt baseras analyserna på befintliga data från Folkhälsoenkät 2002 i Stockholms län. Socialt och ekonomiskt utsatta grupper har ofta en lägre svarsfrekvens än genomsnittet i enkätundersökningar och resultat av analyser av sådana undersökningar kan vara missvisande och inte representativa för dessa grupper. Andra studier indikerar att det ofta är de mest utsatta personerna som inte svarar, varför analyser av livsvillkor och hälsa grundade på sådana data kan underskatta problem i dessa avseenden bland dessa grupper. Vi har trots detta gjort analyser på data från Folkhälsoenkät 2002, med särskilda jämförelser mellan vissa socialt och ekonomiskt utsatta grupper och befolkningen i stort. Vid tolkning av resultaten är det viktigt att hålla i minnet att de personer i socialt och ekonomiskt

utsatta grupper som svarat på enkäten sannolikt är mindre utsatta än de som inte svarat. En grupp som inte kan urskiljas alls är de hemlösa. För att ytterligare belysa hälsa och livsvillkor bland utsatta grupper har vi därför genomfört intervjuundersökningar bland personer som uppbär ekonomiskt bistånd och hemlösa personer. Resultaten från dessa intervjuundersökningar beskrivs i separata kapitel. En övergripande tabell där alla utsatta gruppers (d v s även hemlösas) hälsa och livsvillkor jämförs återfinns i avsnitt 4.7.

## **2.9 Samhällets organisation, samhällsutveckling och hälsa**

Som beskrivits ovan har samhällets organisation (inklusive ekonomisk politik, skattesystem, arbetsmarknad) en mycket stor och grundläggande betydelse för hälsans nivå och fördelning i befolkningen. Sverige har sedan länge ett omfattande välfärdssystem som avser att stödja individer i behov i olika faser i livet. Det svenska välfärdssystemet omfattar alla medborgare och har jämförelsevis generösa ersättningsnivåer. Utöver det generella systemet finns även behovsprövade bidrag och tjänster. Samhällets organisation med dess trygghetssystem, fördelning av välfärd och möjligheter för individer att utforma sina liv är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Det innebär också att förändringar i samhällets organisation och i synnerhet förändringar i välfärdssystemen påverkar förutsättningar för människors hälsa. I detta avseende är grupper som är mera beroende av samhällets stöd också mera sårbara för förändringar.

Under början av 1990-talet skedde förändringar i det svenska samhället (hög arbetslöshet, förändringar i skattesystemet, ändrad bostadspolitik, sänkta ersättningsnivåer i välfärdssystemen, högre avgifter för offentlig service) som drabbade vissa grupper mer än övriga. Bland annat i den statliga utredningen Kommittén för välfärd bokslut (2) analyserades hur dessa förändringar drabbat olika grupper. I följande kapitel beskrivs kort dessa förändringar.

### 3 Samhällsutvecklingen under 1990-talet och framåt

Lågkonjunkturen i Sverige på 1990-talet fick kännbara konsekvenser på många områden för befolkningen. Arbetslösheten steg och det långvariga biståndstagandet ökade. Mellan 1990 och fram till 1998 genomfördes en rad hälso- och sjukvårdspolitiska och socialpolitiska reformer. Ett flertal höjningar av avgifter för läkarvård, tandvård och vid inköp av läkemedel verkställdes. Under samma period höjdes högkostnadsskyddet, kompensationsnivåerna för sjukpenning sänktes och en karensdag infördes. Egenavgifter för sjukförsäkring och pension infördes, barnbidraget sänktes och inkomstgränserna för bostadsbidrag höjdes. År 1997 försvann de kostnadsfria läkemedlen helt med undantag för insulin (28). Den samhällsekonomiska krisen tvingade även sjukvården att dra ned på kostnaderna vilket bl a medförde personalminskningar och andra rationaliseringar. När lågkonjunkturen började klinga av minskade den öppna arbetslösheten igen, reallönerna steg och många transfereringar från offentlig sektor återställdes eller höjdes, men för några grupper skedde inte förbättringar i samma takt som konjunkturen vände trots detta.

Nedan beskrivs en del övergripande förändringar som har relevans med avseende på de grupper som studeras i den här rapporten. Kapitlet gör således inte anspråk på att lämna någon fullständig redogörelse för alla aspekter beträffande samhällsutvecklingen under 1990-talet och några år in på 2000-talet.

### 3.1 Arbetsmarknaden

Den negativa utvecklingen på arbetsmarknaden hörde till ett av de stora politiska problemen att lösa på 1990-talet. Från att ha legat strax under två procent omkring 1990 ökade arbetslösheten i Sverige upp till 9,7 procent som högsta notering för männen (1993) och till 7,6 procent som mest för kvinnorna (1997). Arbetslöshetsciffrorna sjönk sedan fram till 2002 för att därefter återigen stiga, men inte till samma höga nivåer som tidigare (1). I mars 2007 var 5,1 procent av männen och 4,4 procent av kvinnorna i Sverige arbetslösa enligt Statistiska centralbyråns månatliga arbetslöshetsrapportering. I Stockholms län rapporterar Länsarbetsnämnden att 3,3 procent av männen och 3,4 procent av kvinnorna var arbetslösa vid samma tid.

Medan antalet sysselsatta minskade i alla län under 1990-talet, minskade även antalet personer i arbetskraften i alla län undantaget Stockholm och Uppsala. Stockholmsregionen blev också mindre hårt drabbad av arbetslöshet än övriga län genom hela 1990-talet och särskiljer sig genom den positiva högteknologiska utvecklingen som efter millennieskiftet vände och kom att omtalas som IT-bubblan som sprack (1, 29).

Tabell 1 nedan visar arbetslöshetens utveckling i några av länets kommuner mellan 1995 – 2005. Arbetslösheten sjunker i samtliga kommuner fram till 2002 då den gradvis börjar öka igen. I länet som helhet har emellertid en dryg halvering av arbetslösheten skett under tioårsperioden. Botkyrka hade den största andelen arbetslösa både 1995 och 2005, men även här har arbetslösheten sjunkit i hög grad. Danderyds kommun hade den lägsta arbetslösheten både 1995 och 2005.



Tabell 1. Arbetslösa 1995 - 2005 i fem kommuner i Stockholms län. Procentuell andel av befolkningen 18-64 år.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Botkyrka</b>	9	7,8	6,7	5	4,8	3,8	2,7	3,2	4	4,9	5,4
<b>Danderyd</b>	3,5	3,4	2,7	2	1,5	1	1	1,4	2	1,9	1,9
<b>Lidingö</b>	4,1	3,5	2,9	2,2	1,9	1,3	1,1	1,4	1,9	2,1	2,1
<b>Stockholm</b>	8,1	7,2	6,3	4,8	4,3	3	2,5	3	3,5	3,7	3,9
<b>Södertälje</b>	8,7	7,5	6,8	5,2	4,5	3,6	2,6	2,7	3,4	4,1	4,4
<b>Stockholms län</b>	7,2	6,3	5,4	4,1	3,6	2,6	2,1	2,5	3,1	3,4	3,5

Källa: Regionplane- och trafikkontoret 2000 och 2007

Satsningar på olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder såsom beredskapsarbete, arbetslivsutveckling (ALU), invandrarpraktik och senare den s k aktivitetsgarantin har genomförts för att bekämpa arbetslösheten och öka sysselsättningen. För ungdomarna, som har särskilt svårt att etablera sig på arbetsmarknaden vid ekonomiska nedgångar, gjordes särskilda satsningar under 1990-talet i form av t ex ungdomspraktik, arbetsplatsintroduktion (API) och för 20-24-åringar; ungdomsgarantin och datortek (30). Enligt Arbetsmarknadsstyrelsen minskade de arbetsmarknadspolitiska programmen under år 2000 beroende på det förbättrade arbetsmarknadsläget.

Inom arbetsmarknadspolitiken idag genomförs dock fortsatta satsningar så som de s k nystartsjobben som ersätter arbetsgivare med arbetsgivaravgiften vid nyanställning lika länge som arbetstagaren har varit arbetslös. Efter det politiska majoritetsskiftet vid riksdagsvalet 2006 har flera arbetsmarknadspolitiska förändringar genomförts. Avgifterna till a-kassan har höjts och ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen har sänkts. Avdragsrätten för fackavgift och a-kasseavgift har också tagits bort och ett allmänt jobbavdrag har införts för dem som har ett arbete.

Arbetslöshetssiffrorna sjunker och enligt Statistiska centralbyråns rapportering från mars 2007 gäller detta nu även för ungdomar mellan 16-24 år, som uppvisar en sänkning från 12,8 procent till 9,4 procent

på nationell nivå under året som gått. Länsarbetsnämnden i Stockholms sammanfattning av arbetsmarknadsläget i slutet av april 2007 visar emellertid på en annan utveckling beträffande långtidsarbetslösa ungdomar i länet. Långtidsarbetslösheten har minskat totalt sett, men ökat bland ungdomarna och särskilt bland dem som saknar gymnasiekompetens. I april 2006 var 300 ungdomar långtidsarbetslösa och i april 2007 har siffran stigit till 1 000 ungdomar. Ökningen anses förklaras av neddragningar i de arbetsmarknadspolitiska programmen (31).

De utrikes födda i Stockholms län är välutbildade jämfört med hela befolkningen i riket. Regionplane- och trafikkontoret skriver:

*”Låg utbildningsnivå kan inte förklara problembilden för invandrarna på arbetsmarknaden... År 2002 hade 33 procent av de utrikes födda i Stockholmsregionen en kortare eller längre eftergymnasial utbildning. Det är fler än i hela befolkningen i riket (31 procent) men lägre än bland infödda svenskar i Stockholmsregionen (39 procent).”* (32, s. 21)

Annat som kännetecknar 1990-talets arbetsmarknad är att antalet tidsbegränsade anställningar ökade och de fasta anställningarna minskade, något som främst drabbade de yngre på arbetsmarknaden. Mellan åren 1990 och 1999 minskade de fasta anställningarna bland dem som var yngre än 25 år med närmare 60 procent. Bland männen var 13 procent tillfälligt anställda och bland kvinnorna var 16 procent tillfälligt anställda år 2003. Förändringar har även skett genom att antalet anställda minskat både kommunalt och statligt i och med att t ex Posten och Telia övergått till att bli bolag eller affärsdrivande verk (29).

## **Arbetsmarknad och sjukskrivningar**

I en Lägesrapport från 2003 menar Socialstyrelsen att det är den stora ökningen av sjukskrivningar från år 1997 som är den största förändringen på arbetsmarknaden. Framför allt gäller det sjukskrivningar som pågått längre än ett år, som mer än fördubblades mellan 1990 och 2002 (49). Riksförsäkringsverkets översyn av långtidssjukskrivningarnas ökning under 1990-talet visar att det finns

en överrepresentation av kvinnor bland de långvarigt sjukskrivna. Regionala jämförelser visar dessutom att i Stockholm återfinns en särskilt hög kvinnlig överrepresentation av långtidssjukskrivna på hela 68 procent. År 2001 stod kvinnorna nationellt för 64 procent av de långa sjukfallen och ökningen av långtidssjukskrivningar gäller framför allt de psykiatriska diagnoserna neuroser och stressrelaterade problem. Utmattningssyndrom (s k utbrändhet) som diskuterades mycket vid den tiden stod endast för två procent av kvinnornas och en procent av männens sjukskrivningsdiagnoser år 1999. Riksförsäkringsverket ser ett sannolikt samband mellan långtidssjukskrivningarnas ökning och den försämrade arbetsmiljön genom de stora nedskärningar som gjordes i offentlig sektor under lågkonjunkturen på 1990-talet och som främst drabbade kvinnorna (33, 34).

I Stockholms län är ohälsotalet sammantaget lägre än genomsnittet i riket, men det finns stora variationer mellan kommunerna. År 2003 hade t ex Botkyrka samma ohälsotal som Västerbottens län (49 dagar) medan Danderyd hade 21 dagar. Mellan 1997 och 2003 minskade ohälsotalet i Stockholm från 37,1 dagar till 34,9 dagar (32).

## 3.2 Invandringen

Invandringen till Sverige under 2006 blev den största sedan mätningarna inleddes; en ökning med 47 procent till 95 750 personer jämfört med 2005 (35). Den största enskilda gruppen som kom utgjordes av svenska medborgare (16 procent av invandringen totalt) följt av irakiska medborgare (11 procent). Enligt Migrationsverkets verksamhetsprognos för 2007 kommer antalet asylsökande att öka under året beroende på flyktingströmmar från Irak, Somalia och Libanon.

Integrationspolitikens genomförande förläggs till andra myndigheter i samband med den nedläggning av Integrationsverket som beslutades efter riksdagsvalet 2006. Det övergripande ansvaret förläggs hos Migrationsverket. Arbetsmarknadsverket, Skolverket, Försäkringskassan och andra berörda myndigheter ska utveckla och följa upp

introduktionen inom sina egna områden. Slutligen ska länsstyrelserna utveckla arbetet med regionala överenskommelser samt innehållet i introduktionen (36).

Före år 2006 var 1994 det år som kännetecknades av den största invandringen beroende på krigstillstånd och politisk instabilitet i länder som Somalia, f d Jugoslavien och Irak. Den lågkonjunktur som Sverige befann sig i under decenniets första hälft försvårade och förlängde etableringsperioden för många av dem som anlände. Att vara nyanländ innebär dessutom ofta en ansträngd situation i många avseenden. Många saknar ett socialt nätverk, lider brist på språkliga kunskaper och samhällskunskaper och har kanske en yrkesutbildning som behöver kompletteras. Bland dem som är flyktingar bär många på traumatiska upplevelser i samband med flyktingsituationen som kan påverka hälsotillståndet negativt.

Inom Stockholms läns landsting startades ett projekt med särskild inriktning på barnens psykiska hälsa i samband med flyktingströmmarna från Balkan. Från och med år 2003 började man inom psykiatrin uppmärksamma de barn som sedan kom att benämnas de "apatiska barnen". Antalet "apatiska barn" (eller "barn med uppgivenhetstillstånd") ökade under de närmast följande åren och i Stockholm var antalet överrepresenterat på så att många familjer sökte sig hit. Omkring årsskiftet 2004-2005 upprättades inom Stockholms läns landsting en vårdkedja för dessa barn med Barn- och ungdomspsykiatrins Flyktingenhet som samordningsansvarig och medicinskt vårdansvarig (37).

Den svenska invandrapolitiken har kritiserats mycket på så att den framför allt har riktat sig till utlandsfödda som grupp. Integrationsverket skriver att:

*"Invandrapolitiken tillsammans med den särskilda administration som byggts upp för att genomföra den, har därigenom kommit att på ett olyckligt sätt förstärka en uppdelning av befolkningen i ett "vi" och ett "dom" och därigenom medverkat till uppkomsten av det utanförskap som många invandrare och deras barn upplever i det svenska samhället."*  
(38, s.12)

År 1997 ersattes därför invandrarpolitiken av integrationspolitiken som riktar sig till hela befolkningen istället för enbart till dem som invandrat. Sedan dess har flera statliga utredningar tillsatts som bl a resulterat i att diskrimineringskyddet utvidgats och nya arbetsmarknadspolitiska initiativ har tagits.

Arbetsmarknaden och försörjningssituationen var emellertid två områden som innebar stora problem för de utlandsfödda som anlände under början av 1990-talet. Socialstyrelsen skriver att:

*”Få invandrare kan försörja sig på sitt arbete fem år efter ankomsten till Sverige. Endast var femte person som kom till Sverige i början av den ekonomiska krisen kunde helt försörja sig på arbete efter fem år.”*(1, s. 9)

Följden blev att utlandsfödda kom att utgöra en allt större andel av dem som Socialstyrelsen kategoriserar som ”fattiga” under 1990-talet och vissa grupper av utlandsfödda har haft svårare än andra att ta sig ur fattigdomen. För dessa blev ekonomiskt bistånd ofta den enda möjliga utvägen. I Integrationsverkets Rapport Integration från 2005 har man funnit att 25 000 utrikes födda varken är berättigade till arbetslöshets- eller sjukförsäkring och har ekonomiskt bistånd som enda försörjningsalternativ. Integrationsverket menar att de flesta heller aldrig får en bedömning av sin arbets- eller funktionsförmåga och betecknar denna grupp som ”vuxna utanför”. Möjligheten att få ett arbete har visat sig öka om man kommer från ”rätt” land (läs rikare länder inom t ex EU eller Norden), om man har en svensk partner eller bor i en storstad – något som Socialstyrelsen menar kan antyda att arbetsmarknaden är diskriminerande (39).

## **Segregation**

Den etniska boendesegregationen och den socioekonomiska segregationen ökade under 1990-talet (2). Efter krisåren på 1990-talet genomfördes ett antal arbetsmarknadspolitiska satsningar i samband med storstadspolitikens införande. Storstadspolitikens syftade bl a till att minska den etniska segregationen. För att öka arbetsmarknadsdeltagandet i bostadsområden med många utlandsfödda tillfördes extra medel, s k Blommanpengar. Därefter tilldelades projektmedel

till de tre kommundelar med flest utlandsfödda inom ramen för nästa satsning kallad Nationella exempel. Efter detta genomfördes Storstadssatsningen som syftade bl a till att öka det lokala deltagandet. Integrationsverkets utvärdering av storstadspolitiken visar på en ökad förvärvsintensitet från 45,8 procent till 48,7 procent mellan 1997-99 i de områden som ingått i satsningen. Åren därefter och fram till 2002 minskade dessutom arbetslösheten med i genomsnitt 30 procent i samma områden. I Stockholm har ytterligare satsningar gjorts i syfte att förbättra närmiljön i förorter, t ex i form av Ytterstadssatsningen (40, 41).

En relativt stor andel av Sveriges utlandsfödda och/eller med utländskt medborgarskap är bosatta i Stockholms län. Enligt Regionplane- och trafikkontoret rör det sig om en tredjedel av samtliga och motsvarar 18 procent av befolkningen i länet (41). I Stockholm återfinns den största andelen utlandsfödda som inte har väst- eller sydeuropeiskt ursprung i Rinkeby, Tensta, Fittja och Alby. Enligt Socialstyrelsen har segregationen utvecklats i riktning mot att den ekonomiska och den etniska segregationen överensstämmer mer och mer så att de fattiga (och som Socialstyrelsen benämner) ”synliga” utlandsfödda bor i sina områden och de ”icke-synliga” bor i de bättre bemedlade områdena där infödda svenskar också bor. De sociala effekterna av boendesegregationen avspeglar sig t ex i hur ofta man som boende möter grannar som förvärvsarbetar eller om majoriteten är fattiga. Storstockholm anses trots allt vara den mest integrerade regionen av de tre storstadsregionerna (1).

## **Hälsa och introduktionsinsatser**

Integrationsverket menar att det finns en stor kunskapsbrist om levnadsförhållandena bland de utlandsfödda som kom till Sverige under 1990-talets ekonomiska krisår, men att de få tidigare studier som genomförts visar på sämre hälsa än hos genomsnittsbefolkningen. I Socialdepartementets Valfärdsbokslut för 1990-talet, visar mätningar av hälsoutvecklingen hos utrikes födda under decenniet att det finns en kraftig ökning av andelen som lider av ångest, oro eller ängslan vid decenniets slut jämfört med vid dess början (2).

Under mitten av 1990-talet utarbetade hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholm ett invandrar- och flyktingpolitiskt program som skulle bidra till att utveckla arbetet inom hälso- och sjukvården för dessa grupper. Handlingsprogrammet fick emellertid inte den spridning och det genomslag som det var tänkt. År 2003 inrättades vidare en tjänst (och sedermera flera) vid landstingets beställarkontor med uppdrag att ansvara för samordningen av länets asyl- och flyktingsjukvård. Ett huvudfokus är att ha beredskap för att stora förändringar i vårdbehov kan ske relativt snabbt jämfört med befolkningen i övrigt beroende på flyktingströmmar. De ensamkommande flyktingbarnen som nu anländer till Sverige är ett exempel på detta (42).

Flera rapporter lyfter fram hälsoaspekter som ett problem i samband med de introduktionsprogram som kommunerna har åtagit sig att genomföra för att möjliggöra delaktighet och egen försörjning i det svenska samhället (38, 42, 43, 44). Riksrevisionsverkets granskning visar att ungefär en fjärdedel av dem som tas emot i kommunernas introduktioner har svårt att genomföra programmen på grund av hälsoskäl. Man anser att arbetslinjen har betonats på bekostnad av hälsoaspekterna och pekar på vikten av bättre samverkan mellan kommuner och landsting.

Länsstyrelsen i Stockholm har genomfört enkätundersökningar i länets tjugosex kommuner i syfte att få en bild av länets integrationsarbete. På hälsoområdet vill man lyfta fram Lidingö och Upplands Väsby som kommuner som utvecklat sina introduktionsinsatser i positiv riktning genom ett sammanhållet introduktionsarbete som drivits i samverkan mellan Karolinska Institutet och Integrationsverket. I övrigt utmärker sig kommunerna som har ingått i Storstads-satsningen för att de därigenom har hunnit inarbeta verksamheter som uppmärksammar integrationsfrågor som en del av folkhälsoarbetet. Länsstyrelsen påpekar annars att folkhälsoaspekterna i regel inte uppmärksammas alls efter introduktionstiden i de flesta av kommunerna (44).

I Stockholms läns landsting finns det två sjukvårdsmottagningar som erbjuder hälsosamtal för asylsökande; en i Rissne och en i

Botkyrka. I Stockholms län har ungefär hälften av de asylsökande erbjudits undersökningar. Att det inte är fler har sin grund i att det är svårt att lokalisera samtliga asylsökande p g a att det vanligaste är att man här har valt att bo i eget boende. Andelen genomförda hälsoundersökningar är för Stockholms läns del endast nio procent.

### 3.3 Inkomstutvecklingen

Inkomstutvecklingen under 1990-talets första år kom att präglas av faktorer som införande av karensdagar i socialförsäkringarna och sänkta ersättningsnivåer, sänkta barnbidrag, hög arbetslöshet, höjda egenavgifter och höjda skatter. Den återhämtning av ekonomin som följde, tillsammans med justeringar i transfereringssystemen, medförde förbättrade hushållsinkomster och en rejäl ökning av reallönerna för dem som fanns i arbetskraften.

Perioden kännetecknas också av att inkomstklyftorna ökade. I Statistiska centralbyråns inkomstfördelningsundersökning från 2004 konstateras att inkomstspridningen har ökat under hela 1990-talet, men att det aldrig uppmätts så stora inkomstskillnader som år 2000. Medan gruppen med de högsta inkomsterna ökade sina inkomster med 25 procent mellan 1991 och 2002 var skillnaden knappt märkbar för dem med de lägsta inkomsterna (45, 46). Inkomstskillnaderna år 2003 var större än de var före 1990-talets lågkonjunktur och fler personer hade långvarigt ekonomiskt bistånd. Jämfört med 1991 har det skett en ökning av långvariga biståndstagare med hela 58 procent (1).

Inkomsterna ökade som sagt mest i de högsta inkomstklasserna vilket kan illustreras av nedanstående uppföljning av inkomstutvecklingen mellan 1991-2001, i diagram 1. Den visar att medan den procentuella ökningen för inkomsttagarna i decilen med högst inkomster (inkomstdecil 10) har ökat med närmare 25 procent, har den istället minskat för inkomsttagarna i den lägsta decilen (inkomstdecil 1).

De grupper som lyfts fram som ekonomiskt utsatta i olika rapporter efter utvecklingen under 1990-talet är ungdomar, nyligen anlända



invandrare och ensamstående föräldrar/mödrar (47, 48, 49).

Ungdomarna och de nyanlända invandrarna fick stora svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden och drabbades hårt av den höga arbetslösheten. Statistiska centralbyrån redovisar en inkomstutveckling för ungdomar under 25 år som visar att de år 2003 inte hade kommit upp i samma inkomstnivåer som motsvarande åldersgrupp hade 1991. För utrikes födda var inkomstskillnaderna i förhållande till svenskfödda större 2003 än 1991 (50).

För de ensamstående föräldrarna (som oftast är mödrarna) har inkomstutvecklingen halkat efter under hela 1990-talet. I Stockholm bor knappt var tredje barn med ensamstående föräldrar vilket är en större andel än i övriga Sverige. Resultaten från en studie vid Centrum för folkhälsa i Stockholm visar att nästan hälften av studiens mödrar tvingats låna pengar av släkt och vänner för att klara sig ekonomiskt (51). Enligt Statistiska centralbyrån uppger 60 procent av de ensamstående mödrarna under slutet av 1990-talet att de haft problem med att klara löpande utgifter. De ekonomiska problemen anses inte bero på att gruppens sociala eller demografiska sammansättning har förändrats sedan början av 1990-talet, eller på minskade bidrag eller lägre ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemen, utan på försämrad anknytning till arbetsmarknaden. Arbetslösheten är högre än bland sammanboende mödrar och inkomstutvecklingen är sämre bland dem som har arbete beroende på att andelen heltidsarbetande inte är lika stor som bland sammanboende mödrar (48).

I ett avsnitt i Socialstyrelsens Social rapport 2006 diskuteras fattigdomen i Sverige och vilka grupper som löper risk att vara fattiga. Socialstyrelsen skriver att när varken familjen, arbetsmarknaden eller välfärdsstaten bidrar tillräckligt till försörjningen, uppstår fattigdom. I rapporten konstateras att fattigdomsproblematiken har krupit nedåt i åldrarna i och med den höga arbetslösheten så att allt fler i åldrarna 20-24 år kan sägas omfattas av problemet. Man lyfter vidare fram gruppen med psykiska problem som en högriskgrupp för att hamna i fattigdom. Siffror från åren 1996-1999 visar att bland männen i åldrarna 25-64 år med psykiska besvär var 34 procent fattiga och motsvarande siffra för kvinnorna var 21 procent. För samtliga

personer i samma ålder var siffran 11 procent. Socialstyrelsen räknar också in nyligen anlända invandrare bland högriskgrupperna att bli fattiga (1).

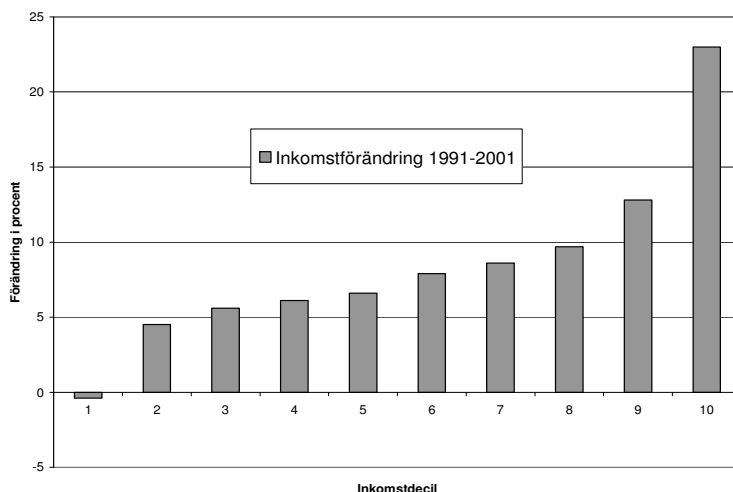


Diagram 1. Inkomstförändring 1991-2001 i olika delar av inkomstfördelningen i riket

Källa: Statistiska centralbyrån 2002

### 3.4 Ekonomiskt bistånd

Bland dem som tvingades söka ekonomiskt bistånd (socialbidrag) blev framför allt det långvariga biståndstagandet alltmer vanligt under 1990-talet. Ett långvarigt biståndstagande betyder enligt Socialstyrelsens definition tio månader eller fler per år (52). Enligt Statistiska centralbyrån handlade det nästan om en tredubbling vilket medförde att det långvariga biståndstagandet utgjorde huvuddelen av de ökade kostnaderna för ekonomiskt bistånd. Förändrade bostadsbidrag, höjda hyror, höjda barnomsorgsavgifter och nedskärningar i olika ersättningar och bidrag medverkade till att bidragsperioderna förlängdes för många (53). I sin uppföljning av långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet konstaterade Socialstyrelsen att orsakerna till ökningen kunde återfinnas i den

stora andelen arbetslösa utan arbetslöshetsersättning samt den ökade invandringen (54).

Kommunernas ekonomi har påverkats negativt av det ökade biståndstagandet vilket har lett fram till olika sparstrategier såsom mer restriktiva biståndsbedömningar. I ett pressmeddelande från februari 2006 påminner Socialstyrelsen om att:

*”...socialtjänsten har under de senaste åren fått många nya uppgifter. Det handlar om att tillhandahålla bostäder, erbjuda praktikplatser, finansiera läkarbedömningar och mycket annat. Eftersom resurserna inte ökar riskerar alla nya uppgifter att minska utrymmet för att hjälpa de mest utsatta i samhället.”(55)*

Det långvariga biståndstagandet minskade från och med 1997, men 2004 ökade det igen. En jämförelse mellan 1990 och 2004 visar på en ökning med 74 procent av långvariga biståndstagare. Dessutom hade en dryg tredjedel av dem som 1991 hade bistånd tio månader eller fler fortsatt bistånd tio år senare. Många förefaller således ha stora svårigheter att ta sig ur bidragssystemet (52).

Av samtliga som fick ekonomiskt bistånd 2005 utgjordes 40 procent av 18-29-åringar. Det finns en stark överrepresentation av utrikes födda i de yngsta åldersgrupperna (18-24 år). Ett problem som lyfts fram är att alltför unga vuxna med försörjningsproblem dessutom får bistånd under lång tid. För både de unga vuxna och de utrikes födda ligger problem med att etablera sig på arbetsmarknaden till grund för bidragsberoendet. Historiskt sett är det annars ensamstående män som utgjort det största antalet socialbidragstagare, medan den största andelen har kunnat återfinnas bland ensamstående kvinnor med barn. De senare framhålls också som överrepresenterade jämfört med andra typer av hushåll år 2005 då ungefär 21 procent av de ensamstående kvinnorna med barn fick ekonomiskt bistånd (55).

Den största andelen bland biståndstagarna i Stockholms län fördelat på hushållstyp utgörs av utrikes födda hushåll (exklusive flyktinghushåll) med 46 procent. Detta är en större andel än i riket där 36 procent av biståndstagarna utgörs av utrikes födda hushåll. Bland

länets kommuner har Botkyrka den största andelen i denna hushållstyp. För de övriga hushållstyperna följer siffrorna för Stockholms län i princip andelarna för riket storleksmässigt. Andelen ensamstående kvinnor med barn bland biståndstagarna är t ex 16 procent både i Stockholms län och i riket. Södertälje har den största andelen gifta/sammanboende biståndstagare med barn (17 procent) jämfört med Danderyd som har den lägsta andelen (4 procent) i denna hushållstyp (56).

### **Nollplacerade (nollklassade)**

Bland de långvariga biståndsmottagarna ryms också de som benämns nollplacerade av Försäkringskassan (d v s saknar sjukpenninggrundande inkomst). De är sjuka (med sjukintyg) och arbetslösa och har därmed varken rätt till ersättning från sjukförsäkringen eller arbetslöshetsersättning. Enligt en specialstudie av ULF-data 2002 (Statistiska centralbyråns Undersökning av levnadsförhållanden) rör det sig storleksmässigt om mellan 15-35 000 personer. En första rikstäckande kartläggning av problemets omfattning genomfördes 2003. Den visade att de hushåll som är nollplacerade och får ekonomiskt bistånd i stort sett saknar hemvist i det svenska socialförsäkringssystemet (57).

*”De saknar arbete men står sällan till arbetsmarknaden förfogande och är därför antingen inte inskrivna eller lågprioriterade på arbetsförmedlingen. De är sjuka men har ingen sjukpenning. Eftersom ansvaret för rehabilitering är oklart får de sällan del av någon medicinsk bedömning eller några insatser.” (57, s. 34)*

Författarna menar att för vissa i gruppen kan det sannolikt vara aktuellt med förtidspension, men för andra kan adekvata insatser underlätta för tillträde till arbetsmarknaden. I rapporten konstateras att problemet är en konsekvens av välfärdssystemens koppling till principen om inkomstbortfall. I samband med ovanstående kartläggning gjordes speciella statistiska bearbetningar av Utrednings- och statistikkontoret i Stockholm (USK) för att ta fram lokala data för staden. De dåvarande siffrorna visade att andelen vuxna biståndsmottagare som var sjukskrivna (med läkarintyg) och

nollplacerade uppgick till 6,7 procent. Enligt telefonsamtal med USK i mars 2007 bestod gruppen av 853 personer i juni 2003. I december 2006 hade antalet ökat till 1808 personer. Siffrorna är emellertid inte helt jämförbara eftersom vissa förändringar i registreringen har genomförts.

I en studie av Riksförsäkringsverket var andelen sjukskrivna högre bland dem som är arbetslösa än bland dem som har ett arbete. I Stockholms län var överrepresentationen av sjukskrivna störst. Studien visar också att missbruk och psykiska besvär var vanligare diagnoser bland de sjukskrivna arbetslösa än bland andra sjukskrivna. En större andel av de sjukskrivna arbetslösa var kvinnor (65 procent) än bland dem som var sjukskrivna anställda (54 procent). Åldersfördelningen visar att de sjukskrivna arbetslösa också var signifikant yngre; en knapp tredjedel var 20-34 år jämfört med 21 procent av de sjukskrivna anställda i samma åldersgrupp. Gruppen bestod också av en större andel utrikes födda och fler var ogifta eller frånskilda (58).

### **3.5 Sjukersättning (förtidspension)**

Förtidspension och sjukbidrag ersattes år 2003 av begreppen sjukersättning och aktivitetsbidrag. Personer som är mellan 19 och 29 år kan beviljas tidsbegränsat aktivitetsbidrag medan sjukersättning gäller för dem mellan 30 och 64 års ålder. Om arbetsförmågan inte kan anses varaktigt nedsatt kan även sjukersättningen tidsbegränsas. Tidigare kunde förtidspension beviljas av arbetsmarknadsskäl, men sedan 1991 ska främst medicinska skäl ligga till grund för beviljandet (59, 60).

Från mitten av 1990-talet och t o m 2004 ökade antalet nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsbidrag gradvis. Ökningen skedde framför allt bland kvinnorna och i åldersgruppen 33 till 44 år. Enligt Försäkringskassan beviljades t ex 58 procent fler sjukersättningar/ aktivitetsbidrag bland kvinnorna år 2004 jämfört med år 2000. Flera rapporter slår fast det problematiska med att det ofta handlar om så unga personer som förväntas ha många år kvar i arbetslivet. Det

vanligaste är dessutom att man stannar kvar i sjukersättningsystemet när man en gång kommit in i det (59, 60, 61).

Förändringar i antalet långtidssjukskrivna och antalet förtidspensionärer kan ses som kommunicerande kärn genom åren. När fler har förtidspensionerats har färre blivit långtidssjukskrivna och omvänt. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport om folkhälsan 2006, kan man nu se sjunkande siffror efter den mångåriga uppgången vad gäller antalet sjukskrivningar, nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsbidrag (62).

Ökningen av nybeviljade förtidspensionärer med psykiska sjukdomar har varit stor. Mellan år 1995 och 2001 ökade andelen som fick förtidspension på grund av psykiska sjukdomar från 20 till 26 procent för männen och från 19 till 24 procent för kvinnorna. I Stockholms län är andelen som nybeviljades sjukersättning på grund av psykisk sjukdom 34 procent, vilket är den högsta siffran i landet (60).

### **Förtidspensionärernas ekonomiska situation**

Försäkringskassan har granskat förtidspensionärernas ekonomiska situation och funnit en eftersläpning i levnadsstandard jämfört med förvärvsarbetandes. De menar till och med att förtidspension/sjukersättning kan vara en "långsiktig fattigdomsfälla". Sjukersättningsystemet är konstruerat så att det följer de allmänna prisstegringarna (prisbasbeloppet). Det betyder att när de förvärvsarbetandes löner ökar mer än de allmänna prisstegringarna så höjs deras levnadsstandard, men således inte förtidspensionärernas, vilket också är vad som har skett sedan mitten av 1990-talet. Detta har bidragit till alltmer växande ekonomiska klyftor enligt Försäkringskassan (61).

I en rapport om samspelet mellan sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid skriver Försäkringskassan att förtidspensionärerna i princip inte haft någon standardökning alls under den senaste tioårsperioden jämfört med den allmänna reala lönetillväxten som inneburit en standardökning på 35 procent. När en nybliven förtidspensionär gick i pension för tio år sedan sjönk inkomsten med 15-20 procent, men

jämfört med dem som fortsatt arbeta har klyftan fördubblats så att inkomsten nu är ca 40 procent lägre (61).

Utöver den ovan beskrivna ekonomiska utvecklingen tillkommer trenden att allt fler yngre får sjukersättning och alltså därmed kommer att drabbas av en ännu längre period av eftersläpning. Efter 65 års ålder, när ålderspensionen ersätter sjukersättningen, kommer dessutom alla år med sjukersättning att bli kännbara p g a hur systemet för ålderspension är konstruerat.

### 3.6 Utvecklingen på bostadsmarknaden

I Riksdagens bostadspolitiska mål från 2002 fastställs att alla ska ges möjlighet att leva i goda bostäder till rimliga kostnader i en trygg miljö. Under 1990-talet var emellertid nyproduktionen av bostäder låg, vilket bidrog till bostadsbrist i många kommuner. Byggandet har ökat under början av 2000-talet, men fortfarande har nästan samtliga kommuner i Stockholms län bostadsbrist. Samtidigt har bostadsförmedlingarna lagts ned i många svenska kommuner och allmännyttans roll har förändrats. Man har inte längre samma bostadssociala ansvar utan ska fungera på en konkurrensinriktad marknad. Vräkningspolicyn har skärpts och det har också blivit allt svårare att komma in på bostadsmarknaden. Kraven har höjts och kontrollerna av nya hyresgäster har ökat i form av t ex kreditupplysning och olika krav på referenser (63, 64).

Kommunerna har ett bostadsförsörjningsansvar och riktlinjer för detta ska antas varje mandatperiod, men enligt en statlig utredning om vräkning och hemlöshet saknades detta i 78 procent av kommunerna under den föregående mandatperioden. Dessutom finns det ingen instans med tillsynsansvar för hur kommunerna efterlever bostadsförsörjningsansvaret och bostadsdepartementet är avvecklat (64). I samma utredning konstateras att:

*”....bostadslösheten som problem är ägarlöst, medan socialtjänsten tagit på sig ansvaret för hemlösheten. Förskjutningen i ansvar från stat (genom bostadspolitiken) och kommun (genom bostadsförmedling och allmän-*

*nytta) till socialtjänsten fick alltså konsekvensen att bostadsproblemet omdefinierades från att ha varit ett bostadspolitiskt problem till att bli ett hemlöshetsproblem.....” (64, s. 117)*

Utgifterna för boendet har ökat i takt med att olika skatter ökat och subventioner minskat (t ex sådana som tidigare omfattade allmännyttan). Bostadsbidragen har i stor utsträckning kompenserat för de ökade utgifterna, men 1997 infördes ändringar i reglerna som bl a innebar en stramare behovsprövning. Detta medförde en markant minskning av andelen hushåll som fick bidrag. I en studie av bostadspolitiska förändringar i Europa skriver författarna att jämfört med andra europeiska länder har hyrorna i Sverige ökat kraftigt under 1990-talet. Medan bostadsbidragen i t ex Storbritannien riktas mot ekonomiskt svaga grupper, är de svenska bidragen mer generella och de grupper som drabbats mest negativt har således inte kompenserats (65).

## **Bostadsmarknaden i Stockholm**

I Stockholms län bor ungefär 1,9 miljoner invånare, d v s en femtedel av Sveriges befolkning. Statistiska centralbyråns befolkningsredovisning visar att länet stod för 43 procent av folkökningen i riket 2006 och att ökningen var betydligt högre än föregående år (66). Jämfört med många andra delar av landet finns här också en i genomsnitt yngre befolkning, fler utrikes födda och ett stort antal personer med hemlöshetsproblematik, vilket särpräglar bostadsbehoven på olika sätt.

I Stockholm är boendet dyrare än på andra håll i landet och prisutvecklingen på lägenheter och villor har skjutit i höjden de senaste åren. Priset på bostadsrättslägenheter i länet har t ex ökat med 22 procent på ett år (maj 2006 – maj 2007) enligt Mäklarstatistik (67). Länsstyrelsens årliga lägesrapportering om bostadsmarknaden i länet visar att nyproduktionen av bostäder har ökat under senare år, men att det fortfarande råder brist på bostäder för hushåll som har lägre inkomster. Länets kommuner uppger höga priser på bostadsrätter, höga hyror i nybyggda hyreslägenheter och allmän bostadsbrist som förklaringar till att det råder brist på bostäder för unga. Bostadsproblem för flyktingar med uppehållstillstånd anser



kommunerna handlar om en kombination av brist på stora lägenheter, för höga hyror och hyresvärdarnas höga krav när det gäller anställningar och inkomster. För personer med sociala problem och hemlösa handlar det också om högt ställda krav, men utöver det finns det dessutom en ovilja hos hyresvärdar att ha sådana hyresgäster. I Stockholms stad (och tio andra kommuner i länet) uppges bostadsbehovet för hemlösa emellertid vara täckt (68).

Den Stopplag som tillkom 2002 för att tillförsäkra att en viss andel kommunala lägenheter ska finnas kvar i ett område som ett bruksvärdesunderlag för hyressättningen är avskaffad fr o m 1 juli 2007. Beslutet har orsakat debatt om hur ungdomar och andra ekonomiskt svaga grupper ska kunna komma in på bostadsmarknaden när allmännyttans hyreslägenheter ombildas till bostadsrätter. Allmännyttan i sig har dessutom börjat ställa högre krav på ekonomiska garantier bland dem som vill hyra en lägenhet. Sedan augusti 2006 kräver Svenska bostäder i Tensta och Rinkeby att man ska kunna visa upp en inkomst som täcker tre årshyror och man räknar inte socialbidrag som inkomst. Familjebostäder införde samma regler i februari 2007, medan Stockholms hem hittills avvaktat (69).

### **3.7 Förändringar inom hälso- och sjukvården**

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under hela 1990-talet och framåt. Nedanstående avsnitt fokuserar på några av de förändringar som är av intresse med avseende på de grupper vi uppmärksammar i rapporten.

Under 1990-talet lades 45 procent av sjukhusens vårdplatser ned och även om hemsjukvården förstärktes, växte köerna till olika typer av vård. Samtidigt minskade sjukhusens personalstyrka med 20 procent. Regeringen och Landstingsförbundet införde 1992 en vårdgaranti (med tre månaders väntetid) för några typer av specialistvård som ett svar på det ökande missnöjet i befolkningen. Fyra år senare kom även

en garanti för tillgänglighet till primärvården liksom till all specialistkrävande vård (70).

Under 1990-talet arbetade man också med att stärka patientens ställning genom att möjliggöra för patienter att dels välja vårdgivare och dels kunna välja var i landet man vill vårdas. I den statliga utredningen "Hälsa på lika villkor: nationella mål för folkhälsan" (71) uppenbarades emellertid stora geografiska och sociala skillnader vilket ledde fram till den Nationella handlingsplanen (2000). Här betonades ökad tillgänglighet i primärvården och kvalitetsförbättringar för vård i hemmet. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet sammanfattar bl a följande tongivande tendenser under 1990-talet och under 2000-talet: öppen vård vid sjukhus istället för slutenvård, utvecklad närsjukvård, koncentration av akutsjukhus, utbyggd primärvård och vård i primärvården istället för vård vid sjukhus (72).

Efter majoritetsskiftet vid landstingsvalet i Stockholm 2006 diskuteras bl a satsningar inom primärvården genom fri etablering av husläkare, listning av alla invånare och införande av ett kundvalssystem vad gäller vårdenhet, läkare och tidpunkt för behandling. Medel har också anslagits för att förstärka psykosocial kompetens i primärvården för att bemöta den ökade psykiska ohälsan, liksom för utbyggnad av närsjukvården. Rent generellt eftersträvas bättre tillgänglighet och ökad mångfald. Mångfalden av vårdgivare ska t ex underlättas genom att övergång från landstingsregi till fristående regi ges avknoppningsrätt och etableringsrätt.

Psykiatrireformen 1995 förtydligade det kommunala ansvaret för de psykiskt funktionshindrade. Med ett minskat antal slutenvårdsplatser, utbyggnad av öppenvården, satsningar på rehabilitering, självhjälp-grupper, samordning med sociala insatser, ökat anhörigstöd m m syftade reformen till att i mesta möjliga mån normalisera livet för de psykiskt funktionshindrade. I sin slutrapport från utvärderingen av reformen sammanfattar Socialstyrelsen både positiva och negativa resultat, men ser också att det fortfarande finns stora behov av utveckling på många områden (73).

Medan resurstilldelningen till öppenvårdspsykiatri ökade från 25 procent av psykiatriens resurser 1992 till 47 procent 2003, minskade antalet slutenvårdsplatser i psykiatri från 12 000 år 1992 till 4 600 år 2003. Samtidigt har det enligt Landstingsförbundet, uppstått problem i form av svårigheter att rekrytera läkare och annan personal. Tillgången till differentierad vård för patienter med skilda diagnoser är begränsad och patienttillströmningen har ökat markant inom både barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri. Landstingsförbundet menar att denna utveckling tillsammans med oförändrad resurstilldelning sammantaget har lett fram till den bristsituation som psykiatri idag befinner sig i (74).

I Stockholms läns landsting har det specialiserade akuta mottagandet minskat från fem psykiatriska akutmottagningar 1995 till två mottagningar 1996 (Huddinge sjukhus och S:t Görans sjukhus) och slutligen till en länsövergripande akutmottagning för vuxna vid S:t Görans sjukhus. Det lokala akuta omhändertagandet har omorganiserats för att kunna hantera patienter som söker akut vård. Flera mobila team har bl a inrättats för att kunna möta personer med behov av psykiatrisk vård i deras hemmiljö.

I den nationella psykiatrisamordnarens slutbetänkande (75) föreslås olika lagförändringar samt strategier för att öka tillgänglighet, samordning och brukarmedverkan. Man har funnit att många psykiskt funktionshindrade lider av en ansträngd ekonomisk situation p g a de merutgifter funktionshindret medför. Därför föreslås en ändring i lagen om handikappersättning och vårdbidrag som ska ge kompensation till grupper där funktionshindrets karaktär ger rätt till handikappersättning. Ytterligare förslag är att tillgången till slutenvårdsplatser ska utökas och en nollvision beträffande självska debeteende och självmord.

### **Vårdutnyttjande bland personer med ekonomiska svårigheter**

Hur ser då effekterna av den samhällsekonomiska utvecklingen under 1990-talet ut med avseende på vårdutnyttjande? Analyser av Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät 2005 visar att

ekonomiska svårigheter ofta har varit orsak till att man inte sökt läkarvård trots att man skulle ha behövt det. Tre gånger så många som haft ekonomiska svårigheter har avstått från att söka vård jämfört med dem som inte haft ekonomiska svårigheter. Analyser av Folkhälsoenkät 2002 i Stockholm visade likartade fynd. I en annan studie om sociala skillnader i vårdutnyttjande i Stockholms län framkom att den allra lägsta inkomstgruppen har ett lägre än förväntat vårdutnyttjande än gruppen med näst lägst inkomster (undantaget inom beroendevården). Orsakerna till detta är oklara men möjliga förklaringar som ges är att personer som studerar eller personer som undertaxeras (d v s i själva verket har en högre inkomst) kan ingå i denna grupp. Ytterligare en möjlig förklaring skulle kunna vara att patientavgifter upplevs för höga och gör att personer i den lägsta inkomstgruppen avstår från att söka vård (76).

I Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät rapporterar också fler av dem med ekonomiska svårigheter att de har nedsatt psykisk hälsa (40 procent av kvinnorna och 30 procent av männen) jämfört med dem som inte har ekonomiska svårigheter. När det gäller den psykiska ohälsan visar även data från PART-studien i Stockholms län (Psykiatri, Arbete och Relationer) att ekonomiska orsaker var den näst vanligaste orsaken (näst efter skamkänslor) till att man avstod från att söka vård (77).

Antalet hemlösa med psykiska störningar i Stockholms län har ökat från 508 personer 1993 till 1 023 år 2001 (40). Därför har två uppsökande mobila team inrättats och en särskild vårdcentral för hemlösa där även psykiatrisk kompetens finns, öppnade år 2001. För svårt sjuka hemlösa finns det sedan 2005 ett stödboende vid Ersta diakonisällskap och för äldre hemlösa finns ett äldreboende/sjukhem. På nationell nivå har andelen hemlösa med psykiska problem minskat från 38 procent till 33 procent mellan 1999 och 2005 (78). Länsredovisade siffror om hemlöshet och psykisk ohälsa av senare datum har varit svårt att återfinna.

# **4 Analyser av hälsa och livsvillkor bland vissa utsatta grupper i Stockholms län, Folkhälsoenkät 2002**

Detta kapitel bygger på analyser av data från Folkhälsoenkät 2002. Under olika avsnitt presenteras hälsa och livsvillkor för vissa utsatta grupper som är möjliga att urskilja ur Folkhälsoenkätdata. Därefter presenteras ett index för att identifiera utsatta individer inom dessa grupper. Med hjälp av detta index beskrivs och jämförs hälsa och vårdutnyttjande mellan utsatta och icke utsatta individer inom dessa grupper. Kapitlet avslutas med kommentarer kring fynden.

## **4.1 Kort om Folkhälsoenkät 2002**

Folkhälsoenkäten är en postenkät som skickas till ett representativt urval av befolkningen 18-84 år i Stockholms län vart fjärde år. Enkäten skickades 2002 till över 50 000 personer, av vilka drygt 31 000 personer svarade. I analyser som grundas på data från 2002 års Folkhälsoenkät används tillgängliga mått på hälsa (långvarig begränsande sjukdom, självskattad hälsa, hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D samt nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med GHQ-12) samt olika aspekter på livsvillkor såsom sysselsättning, ekonomiska resurser, sociala relationer, vårdsökande samt levnadsvanor (se Appendix). Jämförelser av hälsa mellan hemlösa och övriga befolkningen använder data från Folkhälsoenkät 2006.

## 4.2 Arbetslösa unga vuxna

- Arbetslösa unga vuxna har signifikant sämre hälsa jämfört med unga vuxna som arbetar eller studerar. De rapporterar sämre allmänt hälsotillstånd, har sämre psykisk hälsa och har oftare en långvarig aktivitetsbegränsande sjukdom.
- Arbetslösa unga vuxna har sämre livsvillkor. De har ekonomiska problem, känner sig i högre grad otrygga i bostadsområdet och har oftare blivit utsatta för våld eller hot om våld.
- Arbetslösa unga vuxna röker mer än andra jämnåriga och har oftare en mer stillasittande fritid.

Flera undersökningar visar att unga vuxnas hälsa och livsvillkor har försämrats under de senaste åren. Unga vuxna har ökat sin alkoholkonsumtion, ökat i vikt och fått en försämrad fysisk och psykisk hälsa (40, 79). Det är främst den psykiska ohälsan som har försämrats och särskilt bland unga kvinnor (40). Kvinnor i åldersgruppen 18-24 år har störst andel med måttlig eller svår oro och nedstämdhet (80).

Dessutom har de ungas livsvillkor försämrats på grund av sämre ekonomi och arbetsmarknad (40). I detta avsnitt redovisas hälsa och livsvillkor bland unga vuxna mellan 18 och 24 år som är särskilt utsatta, på grund av arbetslöshet.

Unga vuxna befinner sig i en transitionsfas i livet där självförtroende och självkänsla formas och man är då extra sårbar för att hamna i situationer där man blir marginaliserad (81). Att bli arbetslös i denna fas kan bli en del av ens identitet och skapa en känsla av utanförskap som kan göra det svårt att komma tillbaka till arbetsmarknaden. De flesta unga vuxna klarar övergången till vuxenlivet och etableringen på arbetsmarknaden på ett bra sätt, men för vissa sker inte detta. Arbetslösheten bland unga mellan 16-24 år har under de senaste åren varit stigande i Sverige och låg 2004 på 17 procent i OECDs redogörelse över arbetslösheten i OECD-länderna (82).

Jämförelsevis hade Norge 2004 en arbetslöshet för denna åldersgrupp på 11,7 procent, medan Danmarks arbetslöshet bland 15-24-åringarna låg på 7,8 procent (82). Arbetslöshet går ofta hand i hand med sämre livsvillkor, hälsoskadliga levnadsvanor och därav följande dålig fysisk och psykisk hälsa (83).

I detta avsnitt redovisas olika mått på fysisk och psykisk hälsa, levnadsvanor och ekonomiska förhållanden för arbetslösa unga vuxna jämfört med övriga unga vuxna. Dessutom redovisas gruppernas upplevelse av trygghet i bostadsområdet och tillgång till personligt stöd.

Analyserna grundas på data från Folkhälsoenkät 2002 från 2441 personer mellan 18 och 24 år. Bortfallet var större bland män än bland kvinnor vilket medför en överrepresentation av kvinnor som utgör 56 procent av respondenterna.

## **Livsvillkor och levnadsvanor**

### Sysselsättning

Unga vuxna är på många sätt en mycket heterogen grupp och befinner sig i olika livsfaser inom gruppen. En stor del av 18-åringarna går fortfarande på gymnasiet medan de övriga antingen sökt sig till högskola eller ut på arbetsmarknaden. Den största andelen av de unga vuxna är studerande (47 procent) följt av 41 procent som arbetar. Fem procent av de unga vuxna i denna undersökning är arbetslösa och återstående sju procent sköter hushållet, är förtids- eller sjukpensionerade, tjänstlediga eller annat.

### Boende

Hälften av de unga vuxna i denna undersökning bor fortfarande hemma hos föräldrarna jämfört med 66 procent av de arbetslösa, 58 procent av de studerande och 40 procent av de arbetande. Resten har eget boende eller bor tillsammans med andra än föräldrarna.

## Ekonomi

Arbetslösa unga vuxna har signifikant mer ekonomiska problem än unga vuxna som arbetar eller som studerar. Mer än hälften av de arbetslösa respondenterna saknar kontantmarginal, dvs att de inte kan uppbringa 14 000 kr inom en vecka om de skulle hamna i en situation där det är absolut nödvändigt. Detta gäller närmare en tredjedel av de som arbetar och de som studerar (Tabell 2).

Arbetslösa unga vuxna har i större utsträckning begärt ekonomiskt bistånd och flera har avstått från sjukvård eller att hämta ut ordinerade läkemedel på grund av problem med ekonomin jämfört med andra unga vuxna (Tabell 2).

Generellt är de unga kvinnorna mest ekonomiskt utsatta. Signifikant fler unga kvinnor än unga män saknar kontantmarginal eller har avstått från sjukvård av ekonomiska skäl. Motsvarande skillnad ses bland de arbetslösa män och kvinnor, men här är det störst skillnad mellan könen när det gäller att ha avstått från vård och söka ekonomiskt bistånd (Tabell 2).

## Trygghet och sociala relationer

Otrygga närmiljöer är en källa till rädsla och otrygghet och i detta avsnitt redovisas den andel som har svarat att de inte känner sig trygga i bostadsområdet, har varit utsatta för hot om våld eller fysiskt våld samt de som saknar personligt stöd.

Bland unga vuxna har en större andel av de arbetslösa känt sig otrygga i bostadsområdet och flera har varit utsatta för hot om våld eller fysiskt våld (Tabell 2). Bland de arbetslösa har 39 procent, särskilt kvinnor, känt sig otrygga i bostadsområdet jämfört med 18 procent bland de studerande och 21 procent bland dem som jobbar. Av de arbetslösa kvinnorna känner 45 procent sig otrygga i bostadsområdet, motsvarande siffra för män är 14 procent.

Personligt stöd är något som kan hjälpa människor genom svåra perioder och brist på socialt stöd kan vara en källa till utsatthet.



Generellt är det ingen skillnad på andelen som saknar personligt stöd mellan arbetslösa unga vuxna och övriga jämngamla.

### Levnadsvanor

I Tabell 2 visas en översikt av de levnadsvanor som kan vara riskfaktorer för dålig hälsa och för tidig död. Arbetslösa unga vuxna rapporterar sämre levnadsvanor än andra unga. Flera är överviktiga, har stillasittande fritid och de röker mer. Skillnaden mellan arbetande och arbetslösa är dock inte så stor och är bara signifikant för stillasittande fritid. Alkohol är det enda område där arbetslösa skiljer sig positivt ifrån arbetande; arbetslösa dricker signifikant mindre än arbetande.

Tabell 2. Livsvillkor och levnadsvanor, procentuell fördelning, för unga vuxna, uppdelat på arbetslösa, studerande och arbetande, Stockholms län 2002

Livsvillkor och levnadsvanor	Arbetslösa	Studerande	Arbetande	Arbetslösa män	Arbetslösa kvinnor
	n=128 %	n=1105 %	n=989 %	n=62 %	n=66 %
Saknar kontantmarginal	53,9	30,8	36,5	54,6	53,2
Har tvingats begära ekonomisk bistånd	18,0	2,4	2,4	27,3	8,1
Avstått vård/läkemedel pga. ekonomi	40,6	25,2	29,7	48,5	32,3
Saknar personligt stöd	7,0	4,7	6,3	4,8	9,1
Utsatt för hot om våld	13,3	9,1	8,6	12,9	13,6
Utsatt för fysiskt våld	15,6	7,3	9,5	16,1	15,2
Röker dagligen	25,8	10,9	21,2	15,3	31,8
Stillasittande fritid	32,8	14,4	22,0	25,8	39,4
Alkohol överkonsumtion	22,7	23,5	29,1	22,6	22,7

## Hälsa och sjuklighet

Bland de tillfrågade unga vuxna rapporterar 22 procent sämre än gott allmänt hälsotillstånd och 33 procent anger att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ12-index.

Diagram 2 visar en översikt över hälsoutfall för arbetslösa, arbetande och studerande i åldersgruppen 18-24 år. Gruppen arbetslösa har på alla områden en signifikant sämre hälsa jämfört med studerande och arbetande. Av de arbetslösa rapporterar 36 procent sämre än gott allmänt hälsotillstånd, 23 procent har en långvarig aktivitetsbegränsande sjukdom och hälften har nedsatt psykiskt välbefinnande. Nästan en fjärdedel av de unga vuxna har allvarligt övervägt eller försökt att ta sitt liv, bland de arbetslösa är denna andel 39 procent.

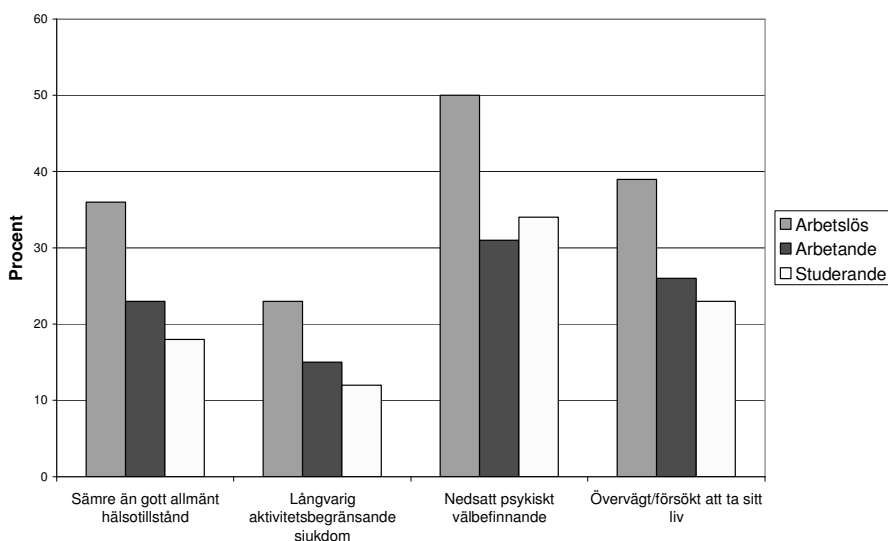


Diagram 2. Hälsoutfall, procentuell fördelning, bland unga vuxna i Stockholms län 2002.

Kvinnorna rapporterar generellt signifikant sämre hälsa än männen, i alla hälsoindikatorer förutom långvarig aktivitetsbegränsande sjukdom, även bland de arbetslösa (Diagram 3). En större andel arbetslösa unga kvinnor (44 procent) än män (27 procent) rapporterar sämre än gott allmänt hälsotillstånd. Unga arbetslösa män rapporterar dock högre andel långvarig aktivitetsbegränsande sjukdom, jämfört med unga arbetslösa kvinnor. Nedsatt psykiskt välbefinnande rapporteras av 69 procent av de arbetslösa kvinnorna jämfört med 40 procent av männen (Diagram 3).

Nästan var tredje ung vuxen kvinna rapporterar att allvarligt ha övervägt eller försökt ta sitt liv medan knappt var femte man rapporterar detta. Bland arbetslösa unga vuxna kvinnor har 51 procent allvarligt övervägt eller försökt att ta sitt liv jämfört med 25 procent bland arbetslösa unga män (vilket skiljer sig signifikant från de arbetslösa unga kvinnorna) (Diagram 3).

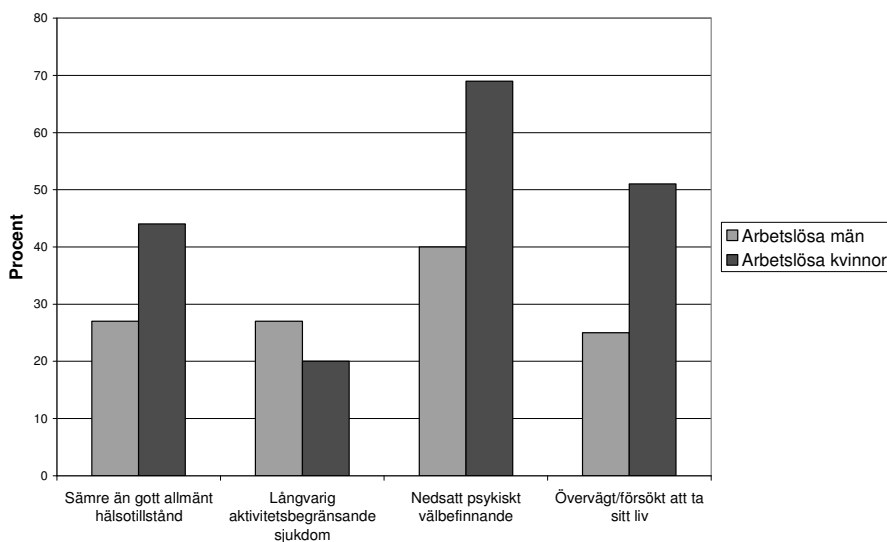


Diagram 3. Hälsoutfall, procentuell fördelning, bland unga arbetslösa, fördelat på kön, Stockholms län 2002.

Även i hälsorelaterad livskvalitet ses signifikanta skillnader mellan arbetslösa och andra unga vuxna. Andelen som rapporterar måttliga eller svåra problem i de olika EQ-5D-dimensionerna är signifikant högre bland arbetslösa unga vuxna än bland studerande och unga i arbete. EQ-5D indexvärdet där problem i de olika dimensionerna vägts samman till ett medelvärde är 0,80 bland de arbetslösa unga vuxna jämfört med 0,87 bland de studerande och 0,85 bland de unga som arbetar (Tabell 3).

Tabell 3. Hälsorelaterad livskvalitet bland unga vuxna, fördelat på arbetslösa, studerande och arbetande, Stockholms län 2002.

Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)	Arbetslösa	Studerande	Arbetande
	n=122 (%)	n=1087 (%)	n=971 (%)
Problem med rörlighet	4,9	1,2	2,4
Problem med hygien	0,0	0,5	0,2
Problem med huvudsakliga aktiviteter	9,0	5,2	4,3
Problem med smärtor/besvär	36,1	24,8	33,0
Problem med oro/nedstämdhet	59,8	43,1	46,0
<i>Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde)</i>	<i>0,80</i>	<i>0,87</i>	<i>0,85</i>
<i>Självskattad hälsa EQ VAS (medelvärde)</i>	<i>70,4</i>	<i>80,2</i>	<i>77,8</i>

## Sammanfattande kommentar

Baserat på resultat från analyserna av Folkhälsoenkät 2002 är arbetslösa unga vuxna en mycket utsatt grupp på flera områden. Arbetslösa unga vuxna rapporterar genomgående sämre hälsa och sämre ekonomiska förhållanden än unga vuxna som studerar eller arbetar. Bland de arbetslösa är det särskilt kvinnorna som rapporterar dålig hälsa. De har sämre allmänt hälsotillstånd och sämre psykiskt hälsa, bara vad gäller långvarig aktivitetsbegränsande sjukdom mår männen sämre än kvinnorna.

Den studerade åldersgruppen är ung och det är sannolikt att många hälsoproblem relaterade till arbetslöshet inte har uppstått än. Ser man däremot på levnadsvanor, som kan vara en indikator för senare

hälsoproblem, är de unga arbetslösa också på denna punkt mer utsatta än övriga jämnåriga. Det är därför sannolikt att hälsoskillnaderna mellan de arbetslösa unga vuxna och övriga jämnåriga som studerar eller arbetar kan komma att öka med tiden.

Enkätundersökningen är behäftad med viss selektionsbias och det har i denna åldersgrupp varit ett särskilt stort bortfall. Bara 51 procent av respondenterna mellan 18 och 24 har svarat på enkäten och främst bland männen har bortfallet varit stort, vilket gör att resultaten av analyserna bara med försiktighet kan generaliseras till resten av befolkningen mellan 18-24 år i Stockholms län.

Det är svårt att uttala sig om kausaliteten på detta område. Är hälsoproblemen och de sämre livsvillkoren en följd av arbetslösheten eller är det hälsoproblemen och sämre livsvillkor som gör det svårt att etablera sig på arbetsmarknaden? Salonen och Angelin 2006 (84) har visat att utländsk bakgrund, låg socioekonomisk familjebakgrund och tidigt föräldraskap är mer frekvent förekommande hos unga vuxna som under lång tid är beroende av ekonomiskt bistånd och/eller är långtidsarbetslösa. Dessutom kan psykisk och somatisk ohälsa i ungdomen vara barriärer för inträde på arbetsmarknaden. Levnadsförhållandena i ungdomen har stor betydelse för resten av livskarriären (84). Det är därför viktigt att unga vuxna får en god start på vuxenlivet och inte tidigt hamnar i negativa mönster både hälsomässigt och ekonomiskt.

## 4.3 Ensamstående mödrar

- De ensamstående mödrarna rapporterar sämre allmänt hälsotillstånd, sämre hälsorelaterad livskvalitet, har oftare långvarig sjukdom, samt en sämre psykisk hälsa än mödrar som lever i par.
- Ensamstående mödrar har sämre livsvillkor, många lider av ekonomiska problem och saknar praktiskt och socialt stöd.
- Ensamstående mödrar röker i högre utsträckning, brukar mer alkohol, samt har oftare en stillasittande fritid än sina parlevande motsvarigheter.
- Ensamstående mödrar avstår i större utsträckning från att söka vård.

Antalet ensamstående mödrar ökar i hela västvärlden. Stockholm har störst andel barn som bor med ensamstående förälder i hela Sverige, det handlar om knappt vart tredje barn (85), och den svenska arbetsmarknaden och barnomsorgen är utformade för att passa även ensamstående föräldrar. Trots detta är barn till ensamstående mödrar och utrikesfödda föräldrar de mest ekonomiskt utsatta i det svenska samhället. Andelen barn i ensamförälderhushåll som har en låg ekonomisk standard har ökat från 10 procent år 1991 till 24 procent år 2002. Idag är ensamstående kvinnor med barn den största grupp i samhället som får ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, 2002 var det nästan en av fem som hade ekonomiskt bistånd. (86)

Ekonomiska problem har stor betydelse för hälsan bland mödrar, och hälsan bland de ekonomiskt utsatta ensamstående mödrarna har försämrats i Sverige. Att ekonomiska problem ökat bland ensamstående har nära koppling till hur det ser ut på arbetsmarknaden. Det finns tecken på att ensamstående med barn missgynnas på arbetsmarknaden. Andelen anställda bland de ensamstående minskade från 81 procent till 68 procent från 1980-tal till 1990-tal, samtidigt som andelen anställda inte förändrades bland gifta/samboende mödrar. Både ensamstående och gifta/samboende mödrar rapporterade sämre hälsa under 1990-talet jämfört med 1980-talet. En allvarlig aspekt är att försämringen i hälsa skedde i de mest utsatta grupperna (de unga och de arbetslösa), vilket har lett till en polarisering i hälsa mellan dem som har det bättre och sämre ställt. (87).

Studier har visat att ensamstående mödrar lider av flera hälsoproblem jämfört med gifta/samboende mödrar. (87, 88, 89, 90). Deras allmänna hälsotillstånd är sämre, och de riskerar att drabbas av förtidig död och av svår sjuklighet samt har högre risk att begå självmord. Psykisk ohälsa är också vanligare bland ensamstående mödrar (91, 92, 93). Ensamstående mödrar utsätts oftare än gifta/samboende mödrar för våld, samt lider i högre grad av olika former av drogberoende. En fjärdedel av de svenska ensamstående mödrarna har ofta känslan att inte räkna till och har värk i kroppen. De rapporterar dessutom ofta trötthet.

Också barn till ensamstående är mer utsatta än barn till gifta/samboende. De har högre risk för att drabbas av skador, psykisk sjukdom, begå självmord och att göra självmordsförsök. De har också högre risker för missbruk än barn till gifta/samboende. (90)

## **Livsvillkor och levnadsvanor**

I en studie av ensamstående mödrars hälsa och levnadsvillkor i Stockholms län baserad på data från Folkhälsoenkät 2002 (51) visades att de ensamstående mödrarna i Stockholms län i genomsnitt har sämre position både i sociala och i ekonomiska dimensioner, jämfört med mödrar som är gifta/samboende.

### Demografiska faktorer och livsvillkor

De ensamstående mödrarna i Stockholms län är i genomsnitt något äldre än de gifta/samboende, medelåldern är 43 år bland de ensamstående att jämföra med 39 år bland de gifta/samboende (Tabell 4). De ensamstående är också i något högre utsträckning födda utomlands.

Ensamstående mödrar har i genomsnitt en lägre utbildning än sina motsvarigheter som lever i par. Majoriteten av de ensamstående mödrarna bor i hyresrätt.

Det är vanligare bland de ensamstående att ha varit arbetslös någon gång under de senaste två åren. Av de ensamstående rapporterar 16

procent att de varit arbetslösa, att jämföra med elva procent av de gifta/samboende.

Att vara ensamstående mor innebär ofta att ha en utsatt ekonomisk position som ensamförsörjare. Ensamstående mödrar har i flera studier lyfts fram som en grupp som inte fått ta del av det ekonomiska uppsving som skedde under slutet av 1990-talet. Ungefär hälften av de ensamstående mödrarna rapporterar att de har kontantmarginal, d v s alltid eller för det mesta kan skaffa fram 14000 kronor. Det är dock också en stor grupp som inte kan göra det, i synnerhet bland den yngsta åldersgruppen, 18-29 år. Där uppger fler än två tredjedelar att de aldrig eller för det mesta inte kan skaffa fram 14000 kronor. Detta kan jämföras med de gifta/samboende mödrarna, varav en tredjedel av de yngsta uppger att de aldrig eller för det mesta inte kan skaffa fram summan.

Betydligt färre har begärt socialhjälp för att lönen/pengarna tagit slut. Här är dock skillnaden stor mellan mödratyperna, drygt en procent av de gifta/samboende och åtta procent av de ensamstående rapporterar att de varit tvungna att begära socialhjälp.

Omkring hälften av de ensamstående mödrarna har avstått vård eller läkemedel på grund av problem med ekonomin. Bland gifta/samboende är siffran en av fem.



Tabell 4. Demografiska faktorer, procentuell fördelning,, för ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år samt i åldersgrupper, Stockholms län 2002

Demografiska faktorer	Åldersgrupp (n=4818)								
	18-65 år		18-29 år		30-44 år		45-65 år		
	Ensamstående (n=870)	Gifta/ samboende (n=3948)	Ensamstående (n=38)	Gifta/ samboende (n=314)	Ensamstående (n=472)	Gifta/ samboende (n=2532)	Ensamstående (n=360)	Gifta/ samboende (n=1102)	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Ålder</b>	Medel 43 år	Medel 39 år							
<b>Födelseland</b>			4,4	8,0	54,3	64,1	41,4	27,9	
Sverige	74,7	82,5	89,5	79,3	76,9	83,3	70,3	81,9	
Europa och Nordamerika	13,8	10,3	0,0	6,4	11,9	9,4	17,8	13,4	
Afrika, Asien och Sydamerika	11,5	7,2	10,5	14,3	11,2	7,3	11,9	4,7	
<b>Boende</b>									
Hyresrätt mm	58,5	24,5	84,2	44,6	61,9	25,2	51,4	17,1	
Egen bostadsrätt/villa/radhus	39,9	74,2	15,8	53,8	36,7	73,8	46,7	80,9	
<b>Utbildning (åldersgruppen 25-65 år)</b>									
Grundskola	12,2	7,3	23,3	10,6	11,7	6,1	12,0	9,3	
Gymnasium 2 år	32,5	25,3	20,0	19,4	35,6	27,1	29,4	22,4	
Gymnasium 3-4 år	36,3	39,8	40,0	47,2	38,3	40,7	33,3	36,1	
Högskola/universitet	18,1	26,2	6,7	19,8	14,2	24,5	24,2	31,6	
<b>Sysselsättning</b>									
Har arbete	76,8	73,9	44,7	44,6	76,1	71,4	81,1	88,1	
Arbetslösa	4,1	2,7	2,6	6,1	4,9	2,7	3,3	1,6	
Förtidspensionerade	4,5	1,5	0,0	0,0	3,6	1,1	6,1	2,5	
Övriga inkl. studerande	10,7	19,4	47,5	47,7	11,6	22,4	5,6	4,9	

### Trygghet och sociala relationer

Den absoluta majoriteten av Stockholms mödrar har inte utsatts för fysiskt våld. På frågan om att ha utsatts för fysiskt våld är det dock mer än tre gånger så vanligt att ensamstående mödrar svarar ja jämfört med gifta/samboende mödrar. Det är vidare vanligare bland de yngre åldersgrupperna. I åldersgruppen 30-44 år uppger närmare åtta procent av de ensamstående att de utsatts för fysiskt våld, att jämföra med drygt två procent av de gifta/samboende. Hot om våld är något vanligare; tio procent, det vill säga nära tre gånger fler av de ensamstående rapporterar att de utsatts för hot om våld.

Ensamstående mödrar saknar i betydligt större utsträckning någon eller några personer som kan ge dem ett personligt stöd för att klara personliga problem eller kriser i livet. I åldersgruppen 30-44 år uppger 17 procent av de ensamstående att de alltid eller för det mesta saknar personligt stöd. Motsvarande siffra för gifta/samboende är sex procent.

När det gäller praktiskt stöd är siffrorna likartade, 16 procent av de ensamstående uppger att de alltid eller för det mesta saknar praktiskt stöd. Bland de gifta/samboende är andelen fyra procent.

### Levnadsvanor

Det är vidare vanligare bland ensamstående mödrar med hälsoskadliga levnadsvanor såsom rökning och stillasittande fritid, se Tabell 5.

Tabell 5. Livsvillkor och levnadsvanor, procentuell fördelning, för ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år samt i åldersgrupper, Stockholms län 2002

Livsvillkor och levnadsvanor	Åldersgrupp (n=4818)							
	18-65 år		18-29 år		30-44 år		45-65 år	
	Ensamstående (n=870)	Gifta/ samboende (n=3948)	Ensamstående (n=38)	Gifta/ samboende (n=314)	Ensamstående (n=472)	Gifta/ samboende (n=2532)	Ensamstående (n=360)	Gifta/ samboende (n=1102)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Saknar kontantmarginal	46,2	19,2	65,8	31,5	50,0	19,4	39,2	14,9
Har tvingats låna av släkt/vänner	45,2	16,4	73,7	36,0	50,9	17,0	34,7	9,3
Har tvingats begära socialhjälp	8,1	1,4	31,6	2,9	7,8	1,5	5,8	0,7
Avstått vård/läkemedel pga ekonomi	49,1	21,8	57,9	39,8	53,4	23,1	42,5	13,5
Saknar personligt stöd	16,6	5,9	7,9	8,0	16,5	5,5	17,5	6,3
Saknar praktiskt stöd	15,8	3,9	10,5	6,4	16,3	4,0	15,6	3,3
Utsatt för hot om våld	9,9	3,8	26,3	6,4	11,2	3,9	6,4	3,0
Utsatt för fysiskt våld	7,4	2,1	21,1	2,9	7,6	2,2	5,6	1,8
Röker dagligen	29,0	13,9	42,1	13,1	30,7	13,2	25,3	15,7
Stillasittande fritid	22,8	16,9	10,3	11,1	19,9	14,6	32,3	22,9

## Hälsa och sjuklighet bland ensamstående mödrar

Ensamstående mödrar rapporterar sämre hälsa än gifta/samboende mödrar, se Diagram 4.

Begreppet långvarig sjukdom (ej långvarig *begränsande* sjukdom) inkluderar här även besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet. Det kan till exempel handla om tillstånd som diabetes eller astma. Långvarig sjukdom är vanligare bland ensamstående mödrar (frånsett i åldersgruppen 18-29 år). I åldersgruppen 45-65 år är det ungefär en av tre ensamstående mödrar och en av fyra gifta/samboende mödrar som rapporterar långvarig sjukdom.

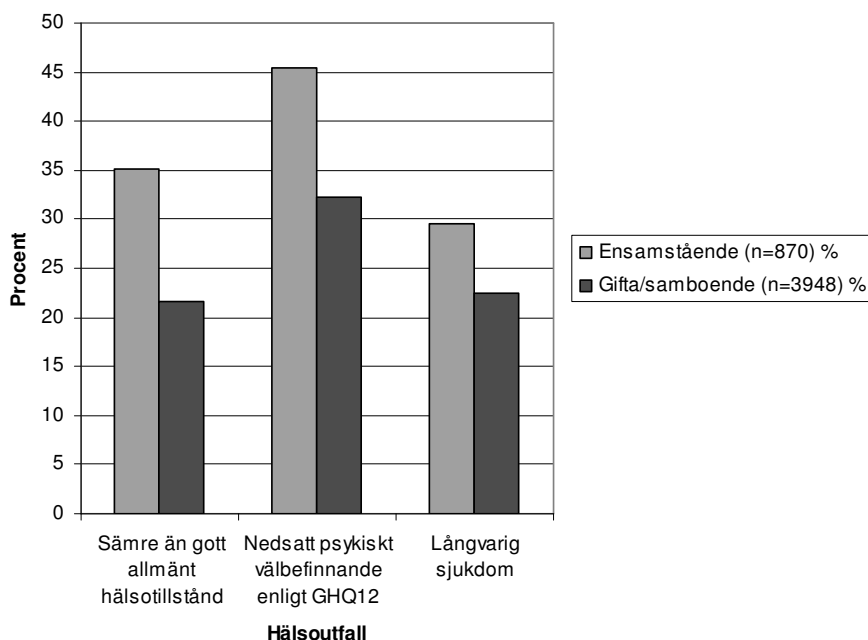


Diagram 4. Hälsa bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år, Stockholms län 2002

I genomsnitt uppger något fler än en tredjedel av alla ensamstående mödrar i Stockholms län att de har ett sämre än gott allmänt hälsotillstånd. Bland de gifta/samboende mödrarna är det en av fem. Störst skillnad är det i åldersgruppen 30-44 år, där 35 procent av de ensamstående mödrarna uppger sämre än god hälsa, jämfört med 20 procent av de gifta/samboende.

Nära hälften av de ensamstående, 46 procent, rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande. Det kan jämföras med 32 procent av de gifta/samboende mödrarna. De yngsta mödrarna rapporterar i högre grad nedsatt psykiskt välbefinnande, det rör sig om 58 procent av de ensamstående och 41 procent av de gifta/samboende i åldersgruppen 18-29 år.

Andelen mödrar som rapporterar måttliga eller svåra problem i de olika EQ-5D dimensionerna är större bland ensamstående än bland gifta/samboende (Tabell 6). Särskilt stora är skillnaderna i dimensionerna hygien, huvudsakliga aktiviteter och oro/nedstämdhet. Problemen ökar för både ensamstående och gifta/samboende mödrar med åldern, förutom i dimensionen oro/nedstämdhet där andelen med problem minskar med åldern. I den yngsta gruppen (18-29 år) rapporterar 58 procent av de ensamstående mödrarna att de har problem jämfört med 43 procent av de gifta/samboende. I den äldsta åldersgruppen (56-64 år) är andelarna istället 50 procent med oro/nedstämdhet bland de ensamstående och 37 bland de gifta/samboende. EQ-5D index där problem i de olika dimensionerna vägts samman till ett medelvärde, är 0,78 för ensamstående och 0,84 för gifta/samboende. Skillnaderna mellan ensamstående och gifta/samboende är störst i åldersgruppen 30-44 år.

Hälsan bland de ekonomiskt utsatta är sämre bland ensamstående än bland gifta/samboende. Nära hälften av de ensamstående som behövt låna pengar av släkt och vänner, eller saknar kontantmarginal rapporterar sämre än gott allmänt hälsotillstånd, jämfört med lite drygt en av tre av de gifta/samboende. Två tredjedelar av de ensamstående som varit tvungna att begära ekonomiskt bistånd

jämfört med hälften av de gifta/samboende rapporterar att de har sämre hälsa.

Mödrar födda i Afrika, Asien och Sydamerika har en betydligt sämre hälsa än mödrar födda i Sverige, nära hälften av de ensamstående, och över en tredjedel av de gifta/samboende mödrarna födda i dessa regioner rapporterar ett sämre än gott allmänt hälsotillstånd.

Tabell 6. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D, bland ensamstående respektive gifta/samboende mödrar 18-65 år, Stockholms län 2002.

<b>EQ-5D dimension</b>	<b>18-65 år</b>	<b>18-29 år</b>	<b>30-44 år</b>	<b>45-65 år</b>
Ensamstående (n)	(n=844)	(n=36)	(n=458)	(n=350)
Gifta/samboende (n)	(n=3858)	(n=308)	(n=2471)	(n=1079)
<b>Rörlighet</b>				
Ensamstående	8,7	2,8	8,1	10,0
Gifta/samboende	5,3	4,9	4,1	8,3
<b>Hygien</b>				
Ensamstående	2,3	0,0	2,2	2,6
Gifta/samboende	0,7	0,7	0,6	1,0
<b>Huvudsakliga aktiviteter</b>				
Ensamstående	13,9	8,3	14,0	14,3
Gifta/samboende	8,7	8,4	8,5	9,3
<b>Smärtor/besvär</b>				
Ensamstående	50,4	38,9	48,7	53,7
Gifta/samboende	44,6	36,0	41,1	55,1
<b>Oro/nedstämdhet</b>				
Ensamstående	54,3	58,3	57,2	50,0
Gifta/samboende	38,0	43,2	38,0	36,5
<b>Livskvalitetsvikt EQ-5D index</b> (medelvärde)				
Ensamstående	0,78	0,82	0,77	0,77
Gifta/samboende	0,84	0,84	0,85	0,82

## Sammanfattande kommentar

De ensamstående mödrarna rapporterar alltså i alla studerade hälsoutfall sämre hälsa än de som är gifta/samboende. Nära hälften av de ensamstående mödrarna i studien rapporterar nedsatt psykisk hälsa. Andra studier har också de funnit att oro och stress är särskilt vanligt bland ensamstående mödrar som är arbetslösa (94). Av gruppen som inte arbetar varken hel- eller deltid (d v s arbetslösa, studerande, förtids- och sjukpensionerade, samt övriga) rapporterar en betydligt högre andel ett sämre än gott allmänt hälsotillstånd, det handlar om ca två tredjedelar av de ensamstående jämfört med drygt en tredjedel av de gifta/samboende. För de ensamstående dras siffrorna till viss del upp av gruppen förtids- och sjukpensionärer, där ohälsan är mycket hög.

Många av de ensamstående mödrarna i Stockholms län har mycket knappa ekonomiska resurser, i synnerhet de yngre ensamstående mödrarna (18-29 år). Många har faktiska erfarenheter av att pengarna inte räcker till mat och hyra, nära hälften av alla ensamstående mödrar i studien har tvingats låna av släkt eller vänner för att få det att gå ihop. Andelen som begärt ekonomiskt bistånd är betydligt större bland ensamstående mödrar än bland gifta/samboende.

De ekonomiska problemen leder till att ensamstående mödrar försöker dra in på alla utgifter som inte är nödvändiga. Enligt Broms 2005 (95) har omkring hälften av alla ensamstående mödrar avstått från kläder för sig själva samt restaurangbesök, runt en tredjedel avstår också från teater och konserter eller bio. Detta påverkar förstås ensamstående mödrars möjligheter till deltagande i sociala sammanhang. Vidare avstår man att köpa hem kapitalvaror och att ha bil. Internet och dagstidning är det också många som avstår ifrån – detta påverkar även barnen och deras möjligheter att delta i det sociala livet på samma villkor som andra barn.

Att leva med begränsad ekonomi tillåter inga extra utgifter ens när det gäller den egna hälsan. Vi fann att nära hälften av de ensamstående mödrarna har avstått från vård eller läkemedel på grund av ekonomin.

Stockholm är speciellt i sin egenskap av storstad. Att vara ensamstående på landsbygd eller i stad kan innebära olika villkor för levnadssituationen. Ofta måste man också flytta dit jobben finns. Många av Stockholms invånare är inflyttade från övriga landet. För de som flyttat från familj och vänner saknas ofta släktingar i närheten som kan stödja och ställa upp som barnvakt. Å andra sidan är det stigma som fortfarande till viss del är förknippat med att vara ensamstående mor möjligen mindre i städer med högre anonymitet och kanske finns också större acceptans för olikheter. Det kan också vara lättare att hitta nätverk att röra sig i, i en stad som Stockholm. Det är dock inte alltid de mest utsatta som söker sig till olika nätverk och stödverksamhet. Ett tecken på detta är att många ensamstående mödrar i föreliggande studie uppger att de saknar personligt och praktiskt stöd.

Bostadssituationen i Stockholm är speciell för Sverige. Det är mycket svårt att få tag i bra och prisvärt boende, i synnerhet om man är ensamstående mor och har en begränsad ekonomi. Det kan också vara svårt att få dagisplats nära boendet, vilket gör att än mer tid får läggas på resor. Ytterligare ett problem är att där lediga lägenheter finns, finns sällan jobben. För boende i en region som Stockholm kan tid därför bli en bristvara - många har långa restider till jobb.

Det finns många olika skäl till varför man lever som ensamstående mor, och för många kan det vara något som man gör under en kortare period i sitt liv. Det kan också vara en situation man går in och ut ur. Det är viktigt att betona att en separation eller skilsmässa från en partner ofta är påfrestande, men inte behöver vara enbart negativ för den psykiska hälsan. Det krävs styrka för att bryta upp från ett destruktivt förhållande, och det kan leda till bättre självkänsla och ibland ett tryggare liv, särskilt om våld och missbruk förekom i den tidigare relationen.



## 4.4 Utlandsfödda personer

Utlandsfödda personer rapporterar i allmänhet sämre hälsa än svenskfödda personer, men det finns mycket stora variationer inom gruppen utlandsfödda. En stor del av skillnader i hälsa mellan utlandsfödda och svenskfödda förklaras av skillnader i sociala och ekonomiska förhållanden mellan grupperna. Då detta avsnitt grundar sig i data från Folkhälsoenkät 2002 är det viktigt att komma ihåg att svarsfrekvensen bland utlandsfödda är lägre än bland svenskfödda. Vidare varierar svarsfrekvensen också med födelseland, varför personer med ursprung i vissa länder kommer att vara underrepresenterade i enkätsvaren.

### Demografiska faktorer och livsvillkor

Totalt var 17 procent av de svarande i Folkhälsoenkät 2002 utlandsfödda. De utlandsfödda personer som besvarat Folkhälsoenkät 2002 har som grupp betraktat sämre ekonomiska och sociala villkor än gruppen svenskfödda. En större andel är arbetslösa, i alla åldrar 18-64 år. Andelen förtidspensionärer är dubbelt så hög bland utlandsfödda som bland svenskfödda. Dubbelt så stor andel saknar kontantmarginal, och en större andel har sökt socialhjälp/försörjningsstöd bland utlandsfödda jämfört med svenskfödda. Andelen med ekonomiska svårigheter är störst bland personer 18-24 år, både bland utlandsfödda och svenskfödda. Mer än dubbelt så många utlandsfödda som svenskfödda rapporterar bristande personligt stöd, och tre gånger så många rapporterar bristande praktiskt stöd. En något större andel utlandsfödda har varit utsatta för våld eller hot om våld, jämfört med svenskfödda.

### Hälsa och vårdutnyttjande

Långvarig begränsande sjukdom är vanligare bland utlandsfödda, särskilt i åldern 45-64 år. Andelen som rapporterar sämre än god hälsa är högre bland utlandsfödda än bland svenskfödda totalt, men skillnaden är mindre bland personer 18-24 år. Jämfört med hela befolkningen 18-64 år rapporterar en högre andel av gruppen utlandsfödda problem med rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och med oro/nedstämdhet. Dubbelt så många

utlandsfödda som svenskfödda har avstått från att söka vård och hämta ut läkemedel p g a dålig ekonomi, skillnaden var något mindre när det gäller att ha avstått från att besöka tandläkare.

Gruppen utlandsfödda har i de data vi analyserat en drygt 60 procent "överrisk" att rapportera sämre än god hälsa. Om man med statistiska metoder tar hänsyn till skillnader i ålderssammansättning, arbetslöshet, kontantmarginal, erhållet ekonomiskt bistånd, personligt och praktiskt stöd mellan gruppen utlandsfödda respektive svenskfödda reduceras denna "överrisk" till 20 procent.

#### Sammanfattande kommentar

Förklaringar till den överrisk för sämre hälsa som utlandsfödda har jämfört med personer födda i Sverige står enligt Vogel och medarbetare 2002 (96) att finna i samhällets struktur; en sämre anknytning till arbetsmarknaden, större svårigheter att få arbete och lägre löner, sämre boende, lägre samhällsdeltagande och svagare sociala nätverk. För individen blir detta till en ond cirkel som är svår att bryta. Individer födda utanför Sverige har generellt en lägre social position och sämre socioekonomisk situation i Sverige än personer födda här. Bask (14) fann att utlandsfödda upplever fler välfärdsproblem än svenskfödda, men trots att hänsyn tagits till flera variabler kunde man inte förklara hela skillnaden mellan svenskfödda och utlandsfödda, diskriminering tros därför vara en viktig komponent. Av dem som har sämre än gott allmänt hälsotillstånd är det dessutom mycket vanligt med ekonomiska problem.

## 4.5 Personer med förtidspension/sjukersättning

Se avsnitt 3.5 för en mer ingående diskussion om begreppet.

### Demografiska faktorer och livsvillkor

I Folkhälsoenkät 2002 uppgav 5,2 procent av de svarande 18-64 år att de hade sjukersättning/förtidspension. De flesta finns i åldersgruppen 45-64 år. Förtidspension medför för de flesta också en minskad inkomst. Mer än en tredjedel, d v s dubbelt så många bland förtidspensionärer som bland övriga i befolkningen, saknar kontantmarginal. Andelen som saknar kontantmarginal är högst bland förtidspensionärer under 45 år. Att sakna kontantmarginal är också förenat med sämre hälsa – bland förtidspensionärer och bland övriga i befolkningen.

Fem procent av förtidspensionärerna hade sökt ekonomiskt bistånd. Mer än dubbelt så många personer med förtidspension/sjukersättning som i övriga befolkningen uppger att de saknar personligt och praktiskt stöd. Inga skillnader noterades mellan gruppen förtidspensionärer och övriga befolkningen när det gäller att ha varit utsatt för våld eller hot om våld.

### Hälsa och vårdutnyttjande

Förtidspensionärerna rapporterar mer problem med rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär men även mer problem med oro och nedstämdhet än övriga befolkningen. Jämfört med alla andra grupper i tabellen rapporterar förtidspensionärer sämst hälsa, både totalt sett och i olika dimensioner.

Dubbelt så många förtidspensionärer som i övriga befolkningen uppgav att de avstått från att söka vård och hämta ut läkemedel p g a dålig ekonomi, skillnaden var något mindre när det gällde att avstå från tandläkarbesök. Bland förtidspensionärer som saknade kontantmarginal hade 20 procent avstått från att söka vård, jämfört med två procent bland förtidspensionärer som hade kontantmarginal.

### Sammanfattande kommentar

Gruppen förtidspensionärer kan förväntas vara och är sjukare än övriga i befolkningen. Mera påtagligt är att en stor andel av gruppen rapporterar ekonomiska svårigheter, att de i dubbelt så stor utsträckning som befolkningen i stort saknar personligt och praktiskt stöd. Trots att personer i denna grupp är sjukare och konsumerar mera sjukvård än befolkningen i stort har dubbelt så många förtidspensionärer på grund av dålig ekonomi avstått från att söka vård eller hämta ut ordinerade läkemedel, jämfört med befolkningen i stort.

## **4.6 Mottagare av ekonomiskt bistånd**

Se avsnitt 3.4 för en mer ingående diskussion om begreppet.

### Demografiska faktorer och livsvillkor

I Folkhälsoenkät 2002 rapporterade 548 (2,2 procent) av 25 410 svarande i åldrarna 18-64 år att de begärt ekonomiskt bistånd (tidigare kallat socialbidrag) under det senaste året. Denna andel är betydligt lägre än förväntat. Av dessa 548 personer var 60 procent kvinnor, 68 procent var i åldersgruppen 18-45 år.

Drygt 22 procent var arbetslösa, 12 procent var förtidspensionärer och tre fjärdedelar saknade kontantmarginal. Andelen som rapporterade bristande personligt stöd och bristande praktisk hjälp från andra var mer än tre gånger högre än i befolkningen i stort, liksom andelen som utsatts för våld eller hot om våld (Tabell 7). Närmare nio av tio som mottagit ekonomiskt bistånd (88 procent) rapporterade mer än ett av ovanstående problem, jämfört med 8,8 procent av de som inte mottagit ekonomiskt bistånd.

### Hälsa och vårdutnyttjande

Andelen som rapporterade sämre än gott allmänt hälsotillstånd liksom andelen med långvarig begränsande sjukdom och andelen med nedsatt psykisk hälsa var mer än dubbelt så hög bland de som mottagit jämfört med de som inte mottagit ekonomiskt bistånd. Andelen som på grund av dålig ekonomi avstått från att söka medicinsk vård, som hade avstått från att ta ut ordinerade läkemedel och som hade avstått

från att besöka tandläkare på grund av dålig ekonomi var betydligt högre än i övriga befolkningen.

Konsumtionen av sjukvård är också högre bland personer med ekonomiskt bistånd jämfört med övriga befolkningen, framför allt besök i primärvård och särskilt bland kvinnor. Ändå är andelen som avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi flerfaldigt högre bland personer med ekonomiskt bistånd än bland befolkningen i övrigt. Detta kan tyda på att personer med ekonomiskt bistånd på grund av dålig ekonomi inte konsumerar den vård de skulle behöva, givet sin sämre hälsa och högre sjuklighet jämfört med övriga befolkningen.

#### Sammanfattande kommentar

Personer med ekonomiskt bistånd är alltså på många sätt utsatta. De är i högre grad arbetslösa än övriga befolkningen, saknar egna ekonomiska marginaler och resurser och är beroende av myndigheter för sin försörjning. De rapporterar i större grad bristande personligt och praktiskt stöd, har blivit utsatta för våld och hot om våld i mycket högre grad än övriga befolkningen. De är sjuka i högre grad än befolkningen i övrigt, konsumerar mera vård men avstår ändå i större utsträckning på grund av dålig ekonomi från att söka vård, hämta ut ordinerade läkemedel och att söka tandläkare.

## **4.7 Index för att identifiera utsatta individer i de valda grupperna**

Ovan har hälsa och livsvillkor för vissa socialt och ekonomiskt mer utsatta grupper beskrivits, i detta avsnitt presenteras ett index för att identifiera utsatta individer inom dessa grupper. Med hjälp av detta index beskrivs och jämförs hälsa och vårdutnyttjande mellan utsatta och icke utsatta individer inom dessa grupper.

Grundtanken för det index som används här står att finna i Social rapport 2006, där försök gjorts att operationalisera och mäta förekomsten i olika grupper av befolkningen av minst två välfärdsproblem inom sju viktiga välfärdsområden (sysselsättning, ekonomiska resurser, hälsa, politiska resurser, sociala relationer, boende, trygghet).

Analysen gjordes på data från Levnadsnivåundersökningen 2000. Jämfört med befolkningen i genomsnitt var förekomsten av minst två välfärdsproblem större bland utlandsfödda personer jämfört med personer födda i Sverige; bland ensamstående utan barn, bland ensamstående med barn jämfört med gifta/samboende utan barn och gifta/samboende med barn. Vidare var andelen med minst två välfärdsproblem större bland arbetare än bland tjänstemän och företagare. (1)

I ett försök att finna indikatorer på utsatthet bland de svarande i Folkhälsoenkät 2002 på liknande sätt som gjordes nationellt i Social rapport 2006 har vi operationaliserat och mätt förekomsten i olika grupper av befolkningen som har minst två välfärdsproblem inom fyra betydelsefulla välfärdsområden. De indikatorer som kunnat mätas och som använts var sysselsättning (arbetslöshet), ekonomiska resurser (bristande kontantmarginal, mottagit ekonomiskt bistånd), sociala relationer (bristande personligt stöd, bristande praktisk hjälp), trygghet (utsatt för våld, hot om våld). I vår studie betraktar vi hälsa som ett utfall som beror av de andra välfärdskomponenterna varför ohälsa inte togs med bland indikatorer på välfärdsproblem. Personer som rapporterat problem med minst två av dessa sju indikatorer har klassificerats som "utsatta". Med denna definition var 11 procent av personer 18-84 år (12 procent av männen och 11 procent av kvinnorna) som besvarat Folkhälsoenkät 2002 utsatta. Andelen utsatta var högst (15 procent) bland personer 18-24 år och lägst bland personer 55-64 år (9 procent). Bland utlandsfödda personer var andelen utsatta 22 procent jämfört med 9 procent av de icke utlandsfödda. Bland gruppen med sjukersättning (tidigare förtidspension eller sjukpension) var andelen utsatta 21 procent. Bland arbetslösa personer var andelen utsatta 55 procent, högst i åldersgruppen 18-24 år (66 procent). Bland ensamstående mödrar var andelen utsatta 28 procent.

I Tabell 7 visas den procentuella andelen i olika grupper som rapporterar vissa välfärdsproblem samt hälsoutfall, levnadsvanor och andelen som avstått från att söka tandläkare, sjukvård eller hämta ut läkemedel p g a dålig ekonomi. I tabellen visas också jämförbara

resultat från en intervjuundersökning bland hemlösa personer (en mera omfattande redovisning görs i kapitel 6).

Således visar även detta index att vissa grupper i vissa avseenden är mera socialt och ekonomiskt utsatta än befolkningen i genomsnitt, och resultaten är sannolikt en underskattning av de sanna värdena eftersom en mindre andel av socialt och ekonomiskt utsatta personer har besvarat enkäten.

Utsatthet mätt på detta sätt är också förenat med sjuklighet (Tabell 7). Andelen som rapporterade långvarig begränsande sjukdom bland män 18-64 år var 19 procent bland icke utsatta jämfört med 37 procent bland de som var utsatta. Motsvarande siffror bland kvinnor var något högre. I alla åldersgrupper 18-64 år var andelen med långvarig begränsande sjukdom närmare två gånger högre bland utsatta jämfört med icke utsatta personer, skillnaden var betydligt mindre i åldersgrupper 65 år och äldre.

Bland personer som klassificerats som utsatta enligt ovan är det en större andel som p g a dålig ekonomi rapporterar att de avstått från att söka medicinsk vård trots ett upplevt behov. Bland män hade 16 procent av de utsatta avstått jämfört med två procent av icke utsatta. Bland kvinnor var motsvarande siffror något högre. Andelarna var högre bland personer med långvarig begränsande sjukdom, och högst bland personer under 45 år. Motsvarande skillnader sågs också vad gäller att p g a dålig ekonomi ha avstått från att hämta ut ordinerade läkemedel och var än större vad gäller att ha avstått från tandvård p g a dålig ekonomi.

### **Hälsa och vårdutnyttjande bland utsatta individer**

De personer vi utifrån ovanstående kriterier benämner utsatta rapporterar högre sjuklighet och ohälsa än övriga befolkningen (Tabell 7). Sambanden varierar mellan män och kvinnor och mellan olika åldrar. Fler har sjukersättning (förtidspension), detta gäller en femtedel av utsatta personer 45-64 år och lägre andelar i yngre åldrar. Andelen som rapporterar långvarig begränsande sjukdom är dubbelt så hög bland utsatta som i övriga befolkningen, liksom andelen med

sämre än god självskattad hälsa. Det genomsnittliga antalet besök i sjukvården är något högre bland utsatta än övriga befolkningen, mera uttalat bland kvinnor än bland män och mera uttalat i primärvård än i somatisk öppenvård. Andelen som av ekonomiska skäl avstått från att söka medicinsk vård är också betydligt högre bland utsatta personer än i övriga befolkningen och högst i åldersgruppen 25-44 år. Detta kan tolkas som att gruppen utsatta personer - även om de konsumerar mer vård - med den högre sjuklighet och sämre hälsa de rapporterar trots detta ser sig ha mer behov av vård än de faktiskt konsumerar, men att de avstår från vård av ekonomiska skäl.

De svarande i Folkhälsoenkät 2002 som begärt ekonomiskt bistånd rapporterar i stor utsträckning problem med hälsan. En tredjedel både av män och kvinnor i åldern 45-64 år med ekonomiskt bistånd har förtidspension. Andelen är lägre i yngre grupper. Andelen som har en långvarig begränsande sjukdom och andelen som rapporterar sämre än god hälsa är mer än dubbelt så stor i gruppen med ekonomiskt bistånd än i övriga befolkningen. Konsumtionen av sjukvård är också högre bland personer med ekonomiskt bistånd jämfört med övriga befolkningen, framför allt vad gäller besök i primärvård och särskilt bland kvinnor. Ändå är andelen som avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi flerfaldigt högre bland personer med ekonomiskt

bistånd än bland befolkningen i övrigt. Detta kan tyda på att personer med ekonomiskt bistånd p g a dålig ekonomi inte konsumerar den vård de skulle behöva, givet sin sämre hälsa och högre sjuklighet jämfört med övriga befolkningen.

Också i övriga studerade grupper skiljer sig vårdkonsumtionen och andelen som avstått från att söka vård från befolkningen i stort. Skillnaderna varierar mellan olika åldersgrupper. Unga arbetslösa män gör fler besök än ickearbetslösa; ensamstående mödrar mer än sammanboende mödrar och utlandsfödda personer mer än svenskfödda. Skillnaderna är mest påtagliga i åldersgruppen 25-44 år och minskar därefter med ålder. Exempel på skillnader visas i Tabell 8.



Tabell 7. Jämförelse mellan olika grupper i befolkningen (FHE 2002) och interuju med hemlösa (2006), Stockholms län

	Befolkningen 18-64 år	Utlands- födda	Ensamtstående mödrar	Arbetslösa unga vuxna	Förtids- pensionärer	Mottagare av ekonomiskt bistånd	Utsatta personer	Hemlösa
<b>Antal</b>	<b>25410</b>	<b>4349</b>	<b>870</b>	<b>128</b>	<b>1333</b>	<b>548</b>	<b>2889</b>	<b>155</b>
<b>Sysselsättning</b>								
Arbetslös *	3,5	5,7	4,1	-	-	22,3	16,9	83,8
Förtidspensionär	5,3	8,4	4,5	-	-	12,4	9,9	32,3
<b>Ekonomiska resurser</b>								
Saknar kontantmarginal *	19,2	32,0	46,2	53,9	36,0	76,5	67,1	-
Begärt socialhjälp *	2,2	5,7	8,1	18,0	5,1	-	16,7	37,4
<b>Sociala relationer</b>								
Saknar personligt stöd *	9,4	18,4	16,6	7,0	18,5	30,3	56,3	25,2
Saknar praktiskt stöd *	6,4	14,7	15,8	3,1	15,4	24,5	46,8	-
<b>Trygghet</b>								
Utsatt för hot om våld *	5,0	6,1	9,9	13,3	4,6	17,7	26,0	-
Utsatt för våld *	3,6	4,6	7,4	15,6	3,3	15,7	21,3	31,0
<b>Utsatthet</b>								
Rapporterar två eller fler av * ovan	11,4	23,5	28,0	65,6	21,4	88,0	-	-
<b>Vård och ekonomiska resurser</b>								
Avstått från tandläkare pga dålig ekonomi	18,1	27,5	43,0	30,5	27,6	63,7	45,9	67,7
Avstått från sjukvård pga dålig ekonomi	4,7	8,4	13,0	13,3	9,3	34,9	18,7	31,6
Avstått från läkemedel pga dålig ekonomi	5,5	9,8	17,5	15,6	12,1	35,2	20,6	25,8
<b>Levnadsvanor</b>								
Röker dagligen	17,4	22,7	29,0	25,8	29,6	42,9	30,3	80,7
Alkohol högkonsumtion	18,5	11,4	12,3	22,7	15,8	18,8	18,1	24,5**
<b>Hälsoutfall</b>								
Långvarig begränsande sjukdom	20,8	24,3	24,2	22,7	76,1	44,3	36,1	61,3
Mindre än god självskattad hälsa	25,9	34,5	35,2	35,9	72,4	58,8	50,9	62,6
Nedsatt psykisk hälsa (GHQ-12)	30,7	34,9	45,5	59,4	37,2	59,3	54,7	-
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)								
-Problem med rörlighet	7,3	15,1	8,7	4,9	43,1	22,9	19,5	25,8
-Problem med hygien	1,2	3,0	2,3	0,0	10,4	5,9	4,0	6,5
-Problem med huvudsakliga aktiviteter	9,6	15,2	13,9	9,0	49,3	29,2	24,6	20,0
-Problem med smärtor/besvär	43,6	51,3	50,4	36,1	80,7	65,8	62,4	56,8
-Problem med oro/nedstämdhet	38,6	48,0	54,3	59,8	62,4	76,3	69,9	72,9
<i>Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde)</i>	<i>0,83</i>	<i>0,78</i>	<i>0,78</i>	<i>0,80</i>	<i>0,54</i>	<i>0,62</i>	<i>0,68</i>	<i>0,60</i>
<i>Självskattad hälsa EQ VAS (medelvärde)</i>	<i>77,3</i>	<i>74,1</i>	<i>72,0</i>	<i>70,4</i>	<i>53,8</i>	<i>57,9</i>	<i>62,1</i>	<i>56,5</i>

\*\*Annan definition av alkohol konsumtion

Tabell 8. Hälsa och vårdutnyttjande, FHE 2002/VAL 2003. Procentuell andel med sjukersättning/förtidspension, med långvarig begränsande sjukdom, med mindre än god självs kattad hälsa, genomsnittligt antal besök i primärvård och somatisk öppenvård samt andel som avstått från att söka vård p g a dålig ekonomi, 25-44 år, Stockholms län

Hälsa och vårdutnyttjande		N	Självskattad hälsa %	Långvarig begränsande sjukdom %	Förtidspension %	Besök inom öppenvård/ primärvård	Sjukvård %
<b>Ensamstående mödrar (45-65 år)</b>							
	Ensamstående	358	35	28	6	2,8	38
	Samboende	1101	26	20	3	2,6	13
<b>Etniskt ursprung (45-64år)</b>							
Män	Utlandsfödda	925	41	33	15	2,7	5
	Svenskfödda	4368	27	25	9	2,6	2
Kvinnor	Utlandsfödda	1086	45	37	16	3,4	6
	Svenskfödda	4807	31	29	10	3,2	3
<b>Förtidspension (45-64 år)</b>							
Män	Förtidspensionärer	514	68	76	-	4,7	7
	Ej förtidspensionärer	4779	25	21	-	2,4	2
Kvinnor	Förtidspensionärer	639	78	81	-	6,2	8
	Ej förtidspensionärer	5254	28	24	-	3,0	3
<b>Begärt socialbidrag (45-64 år)</b>							
Män	Socialbidragstagare	76	74	67	33	2,6	37
	Ej socialbidragstagare	4179	28	26	9	2,6	2
Kvinnor	Socialbidragstagare	79	76	68	33	4,6	29
	Ej socialbidragstagare	5801	33	30	11	3,3	3
<b>Utsatta personer (45-64 år)</b>							
Män	Utsatta	627	57	44	19	3,0	12
	Ej utsatta	4666	25	23	9	2,6	1
Kvinnor	Utsatta	560	60	52	20	4,4	15
	Ej utsatta	5333	30	27	10	3,2	2

## **4.8 Kommentar kring hälsa och livsvillkor hos utsatta grupper och individer från Folkhälsoenkät 2002**

Möjligheterna att beskriva hälsa och livsvillkor hos just de utsatta genom att använda enkätdata är begränsade. Som tidigare nämnts är svarsfrekvensen i enkäter lägre bland de mest utsatta. Analyserna i detta kapitel är därför inte fullt representativa för dessa grupper. Enkätdata bidrar dock med viss information om hälsa och livsvillkor, och analyser av länkade registerdata om vårdkonsumtion bland dessa grupper ger ytterligare ett perspektiv. Dock kan andra metoder bidra med ytterligare kunskap för att ge en än mer övergripande bild. I följande kapitel beskrivs därför resultaten av de intervjuer som genomförts med personer som har ekonomiskt bistånd och med hemlösa personer.

## 5 Att leva med knappa ekonomiska resurser

- Enligt den här studien räcker ekonomiskt bistånd till det nödvändigaste men ger inget utrymme för oväntade utgifter. Därför går det att leva med ekonomiskt bistånd under en kort period men svårigheterna uppstår när behovet blir långvarigt.
- Ekonomiska resurser och välbefinnande hör samman på det sättet att ekonomiska resurser ger mer utrymme och valfrihet i vardagens konsumtion (mat, kläder, fritid, boende o s v). Men egen inkomst ger framför allt friheten att bestämma självständigt över sitt liv, man behöver inte redovisa för någon annan vad man gör. Ekonomiskt bistånd innebär med andra ord enligt de intervjuade ett intrång i den egna integriteten och ett beroendeförhållande till myndigheterna som bestämmer över de ekonomiska resurserna.
- Det viktiga enligt intervjuerna är att:
  - ha tillgång till service, d v s att den som söker hjälp och vård får tillgång till det
  - det finns alternativa insatser som passar i olika situationer.
- En klient är i en utsatt situation genom att han/hon är beroende av myndigheter – bemötandet har betydelse för hur utsatt han/hon känner sig. Detta i sin tur beror enligt intervjuerna på de förutsättningar de professionella har i sina arbetsorganisationer:
  - om de har tid att träffa sina klienter/patienter (rimligt antal patienter/klienter att arbeta med)
  - om det skapas möjligheter till kontinuitet i kontakterna
  - att de professionella stödjer och motiverar och samtidigt ställer krav på sina klienter utifrån varje klients behov och livssituation (tro på människans kapacitet att övervinna kriser)
  - vilken vikt frågor kring bemötandet och attityder ges i arbetet.

Resultatet som presenteras i det här kapitlet baseras på material som samlats för en större jämförande studie mellan Sverige och Storbritannien i syfte att studera vilken betydelse socialpolitik och dess praktik har för dem som lever med knappa ekonomiska resurser och att studera människors erfarenheter av att leva med knappa ekonomiska resurser. Särskilt fokus i studien har lagts på de faktorer och omständigheter i individers liv och i socialpolitikens praktik som skapar hälsa och välmående (97).

## 5.1 Kort om intervjuerna

Den svenska studien genomfördes i Stockholms län, i sex bostadsområden. Både förorter och ytterområden vars socioekonomiska sammansättning varierar, ingår i studien (genomförande och metod, se Appendix). Materialet består av 33 djupintervjuer med individer som lever med knappa ekonomiska resurser. Rekryteringen till studien genomfördes i samverkan med socialtjänsten i respektive bostadsområde under oktober 2004 - december 2005.

Flest personer intervjuades i ett område där andelen individer med ekonomiskt bistånd är högst bland de områden som är inkluderade i studien. I studien ville vi inte fokusera endast ett bostadsområde eller erfarenheter hos en specifik grupp av klienter utan studera om det finns aspekter som är gemensamma då man lever med knappa ekonomiska resurser, även om man har kontakt med olika myndigheter och lever i olika slags livssituationer.

### De intervjuade

Åldern bland de intervjuade varierade från 19 till 60 år, med jämn fördelning så att ingen specifik åldersgrupp betonades. Både män och kvinnor intervjuades. Civilstånd bland de intervjuade varierade likaså: 26 var ensamstående (11 hade skilt sig), sex personer var gifta eller sammanboende och en var änka. Av intervjupersonerna hyrde 19 personer en lägenhet, två hade bostadsrätt, sex bodde hos släkting/föräldrar/bekant och sex hade socialt kontrakt via socialtjänsten.

Av de 33 intervjuade hade 20 personer barn. Tolv av de intervjuade berättade att båda deras föräldrar var svenskar, tre var andra generationens invandrare (födda i Sverige, båda föräldrarna hade utländsk bakgrund), 19 personer var födda i olika länder i Afrika, Asien, Mellanöstern, vissa europeiska länder och några i andra nordiska länder. Utbildningsbakgrund varierade likaså: en hade högskoleutbildning, flera hade gymnasieutbildning och en del hade utbildning på grundskolenivå. Bland de intervjuade hade också flera påbörjat en gymnasieutbildning men hoppat av sina studier av olika anledningar. Några hade varit småföretagare och gått i konkurs.

De intervjuade är en heterogen grupp av personer med olika behov och i olika livssituationer vilket också är kännetecknande för gruppen som får ekonomiskt bistånd generellt där utrikes födda, ungdomar, ensamstående mammor samt personer med kortare utbildning är överrepresenterade (98).

De flesta intervjuade fick sin försörjning genom socialtjänstens ekonomiskt bistånd, tre hade förtidspension och två hade annan ersättning genom försäkringskassan (sjukersättning, föräldrapenning), en fick A-kassa och några hade för tillfället ingen försörjning alls. Fem personer berättade att de var missbrukare (alkohol eller narkotika) och 17 personer berättade att de hade problem sedan längre tid tillbaka med sin hälsa (bl a smärta, kronisk lungsjukdom, depression, epilepsi, hepatit C). Hur länge intervjupersonerna hade fått ekonomiskt bistånd varierade allt från att nyligen ha lämnat in sin första ansökan till att ha haft det i mer än tio år. Flera hade också periodvis haft andra inkomster än ekonomiskt bistånd. De flesta hade varit i kontakt med socialtjänsten under flera år, några personer i nästan hela sitt liv.

## **Teman**

I intervjuerna diskuterade vi å ena sidan vad som hjälper och stödjer intervjupersonerna i deras vardagsliv och å andra sidan vad som motverkar deras välmående och hindrar dem i deras liv. Vi presenterar exempel från båda utifrån två teman: hur det är att leva med knappa ekonomiska resurser och hur de intervjuade upplever det är att vara i kontakt med myndigheter och hälso- och sjukvården.

Texten illustreras med citat som har valts ut utifrån Kvaless (99) rekommendation att välja ut de citat som belyser saken på mest utförliga och välformulerade sätt. I texten presenteras exempel på det som var vanligt förekommande men även exempel på avvikande aspekter. Citaten har vidare valts ut så att de ger exempel på olika typer av behov som intervjupersonerna har. Citaten har redigerats språkligt då fokus i analysen inte ligger i den språkliga framställningen (det talade språket har översatts till en skriftlig, utifrån intervjupersonernas allmänna sätt att tala för att göra texten mer lättläst,

se 99). Namn på personer och platser har tagits bort vilket markeras med parentestecken och intervjuarens anmärkning. Detta har gjorts för att garantera anonymitet för intervjupersonerna. IP i samband med citat betyder intervjuperson och tre punkter att diskussionen om ämnet fortsätter.

## 5.2 Vardagslivet

De som intervjuades i den här studien lever i olika slags livssituationer, en del har haft ekonomiskt bistånd som den huvudsakliga inkomstkällan under många år och andra har nyligen ansökt om det för första gången eller har andra inkomster, t ex från försäkringskassan och kompletterar sin inkomst med ekonomiskt bistånd.

Figur 2. Exempel på hinder/svårigheter i intervjupersonernas liv.

### *Bostadsområdet/boende*

Bullrigt och rörigt i bostadsområdet  
Nerskräpning  
Otrygghet – missbruk  
Svårt att få bostad/tillfälliga boendekontrakt

### *Relaterat till hälsan*

Kroniska hälsobesvär (t ex kronisk lung- eller hjärtsjukdom, diabetes, hepatit C, epilepsi)  
Psykisk ohälsa (depression, social fobi)  
Leva med låg inkomst en lång tid  
Allmän nedstämdhet, oro för vardagen  
Isolering  
Dålig självkänsla – bristande tro på sin egen förmåga  
Ingen makt över vardagen (får inte arbete fast man försöker)  
Missbruksrelaterade problem  
Neuropsykiatriska funktionshinder hos en själv eller hos barn  
Relationsproblem, våld i familjen

### *Relaterat till myndigheter och service*

Beroende av bidrag  
Myndighetskontakter som inte fungerar  
Omhändertagande av barn  
Dåliga erfarenheter av skola  
Dåliga efterenheter av arbetsmarknadsåtgärder/praktikplatser  
Upplevda svårigheter när det gäller tillgång till vård

## Låga inkomster en längre tid

Det är främst när man lever en längre tid med låga inkomster som det får tydliga konsekvenser för vardagslivet. Det går att leva med ekonomiskt bistånd, ha råd med mat och hyra och de nödvändiga räkningarna, men det finns inga marginaler i ekonomin för extra kostnader. Särskilt i slutet av månaden blir det ofta svårt att få pengarna att räcka till även för den som försöker hushålla med pengarna. En ensamstående mamma (33 år) berättar:

*Det är liksom att det går ju om jag bara är hemma och aldrig gör nåt, köper kläder eller någonting då. Då går det ju runt om man bara äter billig mat och storhandlar och aldrig liksom mer. Men för att ha ett dragligt liv och må någorlunda så måste man få unna sig saker liksom. Men gör man det då blir det ju jättesvårt i slutet på månaden.*

Om familjen har extra utgifter blir det svårt med ekonomin. Blir någon i familjen sjuk och besöker läkare eller tandläkare underlättar det att ha någon närstående som kan hjälpa tillfälligt med pengar. Att fråga efter hjälp är inte lätt för den som vill försörja sin familj själv.

Den som lever med ekonomiskt bistånd kan efter läkarbesöket lämna in kvitton till socialtjänsten och få tillbaka pengarna men några intervjuade berättade att de hellre avstår från att gå till socialtjänsten och tar pengarna från sin "norm", dels för att "slippa" besväret med socialtjänsten och dels för att de vill klara sig själva och skäms att behöva be om pengar från socialtjänsten. En kvinna (24 år) säger:

*IP: Man får nåt stämpel att man utnyttjar systemet för man hör det hela tiden, utnyttjar systemet. Ändå så gör jag allt för att inte göra det. Ska jag gå till en läkare så vet jag att behålla kvittot så får jag pengar sen. Jag får tillbaka det jag lagt ut. Men det gör jag inte. Jag betalar gärna själv.*

*Intervjuare: Varför lämnar du inte in kvittona?*

*IP: Det känns som att jag vill inte utnyttja systemet. Jag vill vara det här duktiga liksom så här och betala för mig.*

I den nationella normen för försörjningsstöd ingår det poster som livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, telefon och TV-avgift. Vilka utgifter familjerna har i verkligheten kan variera. Många har också lån som de tagit sedan tidigare att betala tillbaka eller har hyror som



överstiger vad som anses som ”skäliga” och de pengarna måste då tas ifrån ”matpengarna”.

Livet kan te sig mer enformigt för dem som inte har råd att spendera så mycket utanför hemmet. Några intervjupersoner kände sig mer isolerade än de varit när de hade haft arbete och bättre ekonomi. En kvinna (42 år) konstaterar:

*Jag har inte gått på bio i fem, sex år. Om jag blir bjuden av mina barn då gör jag det. Jag kan inte gå på restaurang och äta mat, jag kan inte vara tillsammans med mina kompisar och ha en vanlig fika... Om min väninna säger till mig: ska vi fika idag? Att jag säger nej, det känns lite jobbigt för jag tycker okey om jag ska gå ut och fika, det kostar mig 50 kronor säger vi, 50 kronor jag kan äta lunch och middag hemma. Det är såna här saker som blir svårt.*

Ekonomiska resurser ger mer utrymme i vardagslivet. En förtids-pensionerad man (55 år) som lever med låga inkomster uttrycker hur han tänker hälsa och ekonomiska resurser hör ihop:

*Min hälsa, den varierar och det beror på möjligheter. Om du frågar samma fråga den 19:e varje månad, då är jag mycket glad därför att den dagen jag får lön (skratt). När man har pengar tänker man inte på andra saker. Man har hälsa eller inte då när man har slut med pengar då kommer alla värk. Men det visar sig snabbt, aha jag har huvudvärk... Om inte jag har bra ekonomi kan inte jag ha bra hälsa. Om jag har bra ekonomi då går jag till bästa läkare. Jag får bästa medicin, inte går jag till vårdcentralen här...*

Flera av de intervjuade påpekade att de inte alltid gör de bästa valen utifrån hälsoperspektiv i en pressad livssituation. Flera tog upp rökningen, hur mycket det kostar för dem varje månad och ändå fortsätter de att röka. För många är det ett sätt att avstressa sig. En av de intervjuade männen (48 år) säger:

*Jag röker och jag måste sluta röka. Min lungkapacitet är inte normal, det är under det normala och röker jag blir det ännu värre och läkarna säger jag måste sluta. Och jag har försökt och försökt. Men när jag befinner mig i den här situationen och allting är stressande, plånboken är tom och jobb finns inte heller. Jag mår inte bra, jag måste ta en cigg då och då för att lugna ner mina nerver. Jag vet att det är skadligt. Det hjälper mig att lugna ner mig. Annars kommer jag att slå sönder saker och ting för att*

*avreagera mig. Och jag vill inte göra det. Jag vill ta en cigg istället för att slå sönder saker... Jag känner mig stressad, pressad och jagad och det enda som lugnar ner mig är att ta en cigg ibland och träffa kompisar. Annars skulle jag inte klara av det här.*

## **Att hitta bostad**

I Stockholm är det svårt för många att hitta en bostad, särskilt svårt utan en stadig inkomst eller om man har betalningsanmärkningar. Då är det en fördel att ha släkt eller bekanta som kan hjälpa till med sitt kontaktnät. Ett annat sätt är att försöka hitta hyresvärdar som inte bryr sig så mycket om inkomster och litar på att *"det sociala"* kan betala hyran om inte hyresgästen kan det, hitta lägenheter som annars är svåra att hyra ut till exempel därför att de ligger avlägset eller på andra sätt inte är så attraktiva bland bostadssökande.

Bostaden är en grundförutsättning i livet. För den som inte har någonstans att bo eller är beroende av tillfälliga lösningar som att sova hos vänner och bekanta blir det svårt att arbeta och upprätthålla ett vanligt socialt liv. Värdet av en bostad är uppenbart när man har förlorat den säger en kvinna (45 år) som lever hos en bekant:

*Det finns ingen som kan fatta vad det innebär förrän man har varit där själv vad det är, just med bostadslös. Det vet man ingenting om förrän man sitter där.*

## **Förlora självständighet, vara utanför**

De flesta intervjuade lyfte fram att det känns svårt att vara beroende av bidrag, att inte kunna försörja sig själv, leva ett självständigt liv. Många upprepade i intervjuerna att de lever på *"existensminimum"*, att de har pengar så att det räcker till det nödvändigaste, men de frågade *"vem vill bara existera?"* De flesta vill mera av sitt liv än att bara överleva och finnas till. Känslan av att förlora sin självständighet diskuterades flitigt i intervjuerna. En man (48 år) säger:

*Det är ingenting roligt att vara i den här situationen, kanske de tror på arbetsförmedlingen att man trivs med och vara arbetslös och sova och vara hemma och ligga på soffan. Men det är inte så. Det är inte lätt att vara arbetslös. Man känner sig som en nolla, har ingenting, klarar ingenting,*

*har inte råd med någonting, får skäll från sin fru, från barnen till och med och det är ingen rolig situation... Ärligt talat jag har inget liv just nu... Jag har familj och barn. Jag älskar min fru och mina barn. Men jag är trött på den här situationen med att vara arbetslös och inte ha råd med någonting.*

En annan aspekt är att känna sig utanför, att inte ha makt att bestämma över sin livssituation, att känna sig exkluderad från arbetsmarknaden och ibland även från samhället. De flesta vill gärna bidra, göra nytta och känna sig behövda. Några av de intervjuade betonade att de vill bidra genom att betala skatt, genom att betala skatt kan man delta i samhället, *"kunna ge andra också som behöver"*.

I flera intervjuer diskuterades vilka som *"egentligen"* ska gå till socialtjänsten och få ekonomisk hjälp därifrån. Flera intervjuade betonade att personer som de själva egentligen inte borde gå till socialtjänsten, då de är friska och kapabla att arbeta medan det finns personer som inte kan göra det som borde vara *"den rätta"* målgruppen för socialtjänsten. De gör en distinktion mellan sig själv och *"de andra"* i behov av hjälp. En man (41 år) uttrycker:

*Förut om nån hade sagt till mig att jag skulle bli arbetslös och gå till socialen jag hade sagt fan. För mig är det folk som är sjuka eller de som knarkar eller dricker mycket alkohol och sånt. Men jag är frisk, jag kan jobba jag kan göra vad alla andra kan göra som jobbar. För mig det här är, jag hade aldrig tänkt att det kan bli så här.*

Även om flera intervjuade känner att de själva inte egentligen borde vara klienter hos socialtjänsten, uttrycker samtliga intervjuade sitt stöd för *"den svenska välfärdsmodellen"* som har inneburit en grundtrygghet även för de svagaste grupperna i samhället.

I flera intervjuer togs också skillnaden att erhålla pengar från en försäkring som A-kassa och sjukförsäkring eller behovsprövade bidrag som ekonomiskt bistånd upp, att det känns värdigare att få pengar från en försäkring. En av de intervjuade kvinnorna (20 år) kopplar ihop socialtjänsten och livskriser:

*Om man ska förklara sin ekonomiska bild till exempel. Nu skulle man säga: nej, jag har inget jobb och jag har varit arbetslös sen jag gick ut skolan så att jag får socialbidrag för att klara mig. Socialbidrag, det är*

*verkligen, då är det inte bra, tycker jag. Men om jag går hos arbetsförmedlingen och söker jobb och de ger mig A-kassa i och med att jag studerat, känns det på nåt sätt bättre... Det är själva soc alltså. Det är liksom så här kris. Alltså för mig är soc typ kris. Det är inte bra. Där går man inte frivilligt nästan. Men A-kassa, det kan vem som helst ha bara att man gått ut skolan och söker jobb.*

## **Varför försörjningsstöd – arbetsmarknad, ohälsa och sociala hinder**

De intervjuade berättade dels själva olika orsaker och möjliga förklaringar till sin livssituation och de knappa ekonomiska resurserna och dels framkom sådana orsaker indirekt i de intervjuades utsagor.

### Att inte komma in på arbetsmarknaden

Många som intervjuades i den här studien betonar att deras främsta bekymmer är att komma in på arbetsmarknaden. Många ungdomar som nyligen avslutat sin gymnasieutbildning eller hoppat av skolan kommer i kontakt med socialtjänsten eftersom de inte är berättigade till andra ersättningar. Många av dem som varit arbetslösa en längre tid och försökt hitta ett arbete, söker förklaringar till varför de inte lyckas. Att vara ung och utan arbetslivserfarenhet eller yrkesutbildning är några förklaringar. Arbetsmarknadskonjunkturen påverkar också möjligheterna att hitta jobb.

Att inte vara helt frisk och inte alldeles ung heller ökar inte chanserna på arbetsmarknaden. En kvinna frågar:

*Jag är 47 år och vem anställer mig? Jag har kroppsligt fel. Jag är inte dum i huvudet alltså... Och allra helst i dagens läge som allting ser ut så om man tänker småföretagare och allting, de skulle ju aldrig anställa mig ens så.*

Att ha varit borta en längre tid från arbetsmarknaden eller att ha haft korta tidsbegränsade anställningar är andra förklaringar.

Några känner sig orättvist behandlade på grund av sin utländska bakgrund; språket kan vara ett hinder eller användas som ett argument från arbetsgivaren för att inte anställa. En kvinna (42 år) tar upp ett exempel på det sistnämnda. Hon berättade om en praktikplats hon fick genom arbetsförmedlingen; efter sex månaders praktik skulle det

finnas möjligheter till en anställning då det "var ett ledigt jobb". Allt fungerade bra under praktikperioden, men när hon skulle anställas blev det annorlunda. Hon erbjöds 14 000 kronor i månaden trots att fackföreningen berättade att grundlönen ligger på 18 500 kronor. Hon berättade att hon inte kunde tacka ja till en så låg lön. Då sade arbetsgivaren: "det är så på grund av att dina svenska kunskaper ligger för lågt". Samma kvinna fortsätter:

*IP: Jag blev väldigt irriterad. Jag sa till honom: så länge jag var gratis arbetskraft, det var inget fel med mig. Så fort ni ska betala till mig då blir det alltså alla fel kommer fram. Jag tackade nej och sa till arbetsförmedlingen att jag aldrig kommer mera att ta emot praktik. Jag vill inte bli utnyttjad igen. Jag blev väldigt irriterad och sökte till och med psykolog.*

*Intervjuare: Du tog det här ganska hårt?*

*IP: Jag tyckte att jag blev så nedvärderad, okay att de säger att vi inte vill betala till dig mer men att säga att dina svenska kunskaper ligger för lågt. Jag är inte svensk och jag tycker att jag pratar bra svenska. Jag kan inte bli som en svensk även om jag bor här i 100 år. Jag är inte svensk och är inte född här. Jag var en vuxen människa när jag kom hit, så var det.*

Arbetslöshet leder till försämrad ekonomi och förlust av den sociala gemenskapen med arbetskamraterna men kan också i längden leda till att den arbetslösa känner sig låst i sin situation, mindre värd. Flera intervjuade hade svårt att acceptera att befinna sig i en sådan situation; det blir en kamp mellan att kämpa eller ge upp.

### Kroniska sjukdomar och sociala hinder

Många av de intervjuade berättade om olika slags problem och svårigheter med sin hälsa: om kroniska sjukdomar, att de hade besvär med förslitningsskador och smärta, panikångest, depression, sjukdomar eller besvär som en följd av ett långvarigt missbruk och om hälsokonsekvenser av svåra livshändelser som t ex dödsfall, sjukdom, missbruk eller våld i familjen. Att arbeta på heltid i sådana situationer kan vara omöjligt.

Vid allvarliga livskriser eller när man är sjuk kan det kännas svårt att klara av vardagliga rutiner och sysslor. En av de intervjuade kvinnorna (44 år) berättar om sin kamp att komma tillbaka efter en period i sitt

liv då hon genomgick en livskris (först dog en nära anhörig, sedan lämnade hon en destruktiv relation) och slutade missbruka. Hon berättar hur hon inte orkade längre en dag när hon vaknade på morgonen. Hon var tvungen att först uppmärksamma de små framstegen i vardagen innan hon kunde sträva efter större mål som utbildning eller arbete:

*Då var det första att jag kunde komma upp. Att jag lagade mat och åt. Jag menar vanliga saker. Till exempel att gå och handla. Om jag inte hade en inköpslista med mig, jag visste inte vad skulle jag handla. Mitt huvud var så fullt av tankar. Så mycket tankar att jag aldrig hade lugn och ro. Jag blev sjukskriven och fick mediciner...*

Ett annat exempel är en ung kvinna (24 år), som hade panikångest och mådde dåligt under många år. Situationen blev ohållbar och hon blev tvungen att steg för steg lära sig hantera utmaningar hon ställdes inför i vardagen och stärka sin tro på sig själv. Hon fick kontakt med sjukvården och fick hjälp att ta tag i sina svårigheter:

*Jag vet att det började när jag var 13. Jag satt på mattelektionen och började känna obehag... Jag mådde dåligt under alla de här sju åren blir det. När jag började sjuan till att jag gick ut gymnasiet.... Det var bara korta stunder som man var glad. Jag tänker tillbaka med fasa... Det vart bara värre och värre och det måste vara nåt fel liksom. Eftersom jag hade så hög frånvaro hamnade jag hos kuratorn då och hon tyckte att det där verkar ju stämma in på panikångesten. Sen fick jag gå till psyket då... Nu kan jag ju behärska på ett annat sätt, nu är jag tryggare med mig själv.*

## **Att hantera sin situation**

Att inte ha marginaler i ekonomin innebär för många att de för det mesta vistas i sin närmiljö och sällan kan t ex resa bort och på det sättet få distans till sina vardagsbekymmer eller köpa nya möbler eller saker till hemmet eller betala fritidsintressen för sig själv eller sina barn på det sättet som de önskade. Ett sätt att övervinna de materiella bekymren som ständigt är närvarande är att fokusera och betona andra värden som de väsentliga som en av de intervjuade kvinnorna (29 år). Hon känner stolthet hur hon lyckats uppfostra sina barn trots alla motgångar i deras liv. Hon svarar på intervjuarens fråga vilken betydelse pengar har i livet på följande sätt:

*Jag tycker det har tagit över för mycket. Jag är inte en materiell människa... Jag tycker att det är viktigast att alla älskar varandra i våran familj och mina barn tycker att jag är lite larvig med det där. De brukar säga till mig: ja, ja mamma. Det hjälper inte mig därute liksom att du älskar mig! ... För min del är att vi är friska. Alla mina barn lever för guds skull. Jag har mat till dem för det mesta. Jag har en lägenhet och de har kläder. De är inte nyaste modeller men kläder i alla fall. Allt som kommer vid sidan om det är plus. Mina barn blir jättelyckliga om de bara får ett par strumpor då är de glada och jag är världens bästa mamma. Så de begär inte mycket och blir glada för lite. Det gör de så jag har uppfostrat dem ganska bra faktiskt!*

Några tog upp sin religiösa tro eller en grundläggande tro på sig själv som finns i bakgrunden. Att trots svårigheter och prövningar kunna känna mening och finna glädje i livet hjälper framåt. Många betonade att de får glädje av sina närmaste, barnen och familjen, de var glada över att de har familj, vänner och bekanta att umgås med, att de runt omkring mår bra.

En ensamstående mamma (34 år), som lever med sitt barn arbetar deltid med tidsbegränsad anställning och pendlar drygt fyra timmar om dagen och har en lön som inte räcker för dem att leva på. Hon kompletterar sin inkomst med ekonomiskt bistånd. Men trots den långa arbetsresan och låga lönen känner hon glädje av att ha en egen inkomst:

*Men jag tänker alltid positivt, jag vet att det är väldigt tröttsamt men jag gillar mitt jobb. Det gör att jag mår bättre. Självklart det finns så många saker som får mig att känna trötthet... Jag känner mer synd om mitt barn än mig själv därför försöker jag flytta närmare där jag jobbar.*

Några intervjupersoner som hade mått dåligt en längre tid eller de som slutat med sitt missbruk berättade om hur de så småningom börjat upptäcka vardagslivet och glädjen i det, börjat bli medvetna om sin egen hälsa och välmående och fått krafter av det. Att må någorlunda bra trots alla krämpor missbruket lämnat efter sig i kroppen hjälper i processen att återhämta sig och skapa ett nytt slags liv. En man (42 år) berättar vad hälsa betyder för honom:

*Hälsa för mig, det är att jag kan sova. Jag kan äta. Jag kan promenera utan att jag har ont i benet eller nå'n annanstans. Kroppen har tagit mycket stryk av allt det här jag har gjort... Jag blir bättre, jag märker det att det tar tid. Jag kan säga om två, tre år kanske jag mår bra, bättre... Mentalt tror jag, tack vare, jag känner mig stark alltså. Men det tar också sin tid, där också för man har mycket ångest. Man har depressioner, man tänker... Sen det värsta av allt det tycker jag det är att komma tillbaka till det sociala livet.*

Att känna sig trygg och harmonisk gör att man mår bra. Flera tog upp hur mycket glädje de får av att ha husdjur, t ex hundar som de promenerar ute med och kan glädjas särskilt när det är fint väder.

Flera intervjuade hade svårigheter att hitta bostad eller skulle gärna ha velat flytta till något annat bostadsområde om de hade ekonomiska möjligheter till det. Det var också flera intervjupersoner som trivdes där de bodde. Exempelvis en man (48 år), som mådde dåligt av sin ekonomiska situation och arbetslöshet, påpekade att han trivs i sitt bostadsområde där han har lätt att umgås med andra:

*Intervjuare: Vad i området gör att du trivs?*

*IP: Jag tror att det är kontakten med folk här, att man slipper vara ensam. Man har alltid nå'n att prata med, oavsett om man sitter hemma i balkongen eller i köket så går alltid nå'n förbi och knackar och om man är ute på gården med barnen så känner man de flesta. Så växlar man ett par ord så man är på gång hela tiden. Man behöver inte sitta ensam och tänka.*

### **5.3 Möte med de professionella - vad kännetecknar en bra service?**

Samtliga intervjupersoner hade kontakt med flera myndigheter; de flesta med socialtjänsten, enheten för ekonomiskt bistånd, några hade haft en längre kontakt med socialtjänstens familjeenhet, enheten för barn och ungdom eller missbruksenheten. Några hade haft kontakt med kriminalvården. De flesta var i kontakt med arbetsförmedlingen, flera hade kontakt med försäkringskassan och alla hade också vid olika tillfällen varit i kontakt med hälso- och sjukvården som patienter (t ex öppen vård, psykiatrisk mottagning, missbruksvård) eller när de sökt vård till sina barn. Även om de intervjuade hade kontakt med



professionella vid olika myndigheter, fanns det några aspekter som återkom i intervjuerna som präglade ett bemötande och service som upplevdes som stödande och stärkande eller tvärtom som gjorde att situationen upplevdes att bli värre.

## Tillgänglighet (första kontakten)

Många berättade att de hade känt stort motstånd att ta första kontakten med socialtjänsten, de ville försörja sig själva och skämdes över att behöva gå till socialtjänsten. De hade dock inget annat alternativ. En kvinna (20 år) svarar på intervjuarens fråga hur det var att komma i kontakt med socialtjänsten på följande sätt:

*Det är väl ingenting man vill komma i kontakt med. Men när man väl gjorde det så kändes det som man fick, man fick det ju bra liksom. Det var inte så att man kan klaga. Man kan inte förvänta sig hur mycket som helst. Det är ju socialen. Man får ju minimum... Det är ingenting att skryta med liksom, socialbidrag. Det är liksom existensminimum. Det är någonting man helst inte vill göra, men det gör man i nödsituation. Det är ingenting att få, precis, det är ingenting man gör för skojs skull. Det gör man inte.*

Det kan variera hur lätt det är att få kontakt med olika myndigheter. Bland de intervjuade fanns också några som enligt de själva borde vara berättigade till a-kassan men på grund av att något har blivit fel i hanteringen av deras "ärende" blir de hänvisade till socialtjänsten.

De intervjuade berättade att när de känner att de verkligen är i behov av vård, kontaktar de sjukvården. Flera tog upp att när de har lindrigare besvär "struntar" de i att ringa till sjukvården eftersom "de ändå inte gör nåt". Flera av de intervjuade tog upp att de upplever att det varierar beroende på var man bor hur lätt eller svårt det är att få tid hos en läkare. En kvinna (29 år) lyfte fram hur hon hade varit tvungen att ihärdigt kräva att få vård till sin lilla dotter som till slut blev väldigt dålig:

*... hon hade hostat jättelänge. De skyllde på förkylningsastma som hon hade. Till slut jag gick dit och sa till dem: jag går inte härifrån förrän ni har undersökt henne för att hon har hostat nu i tre månader. Hon blir bara smalare och smalare för hon åt ingenting. Då kom det fram att hon har lunginflammation och håller på att dö... De tar inte på allvar. Gå hem*

*och dricka varmt och det ena och det andra. Visst, man litar på läkarna självklart. Så kommer det fram att hon har gått runt i två, nästan tre månader med lunginflammation.*

Tillgång till insatser och behandlingar varierar till en viss del i olika kommuner. En av de intervjuade kvinnorna (24 år) var glad att i den kommun där hon bodde hade de anställt en person som kunde och arbetade just med den typen av hälsoproblem som hon led av:

*Jag fick kontakt med en som var mer eller mindre expert på det här. Jag har kunnat prata en hel del och fått tips på hur man kan kontrollera olika situationer utan att ta nån ångestdämpande mediciner... Så att hon har hjälpt mig ganska mycket just för att hon var så proffs på just det också.*

### **Bemötandet – känslan av att vara utsatt**

I kontakten med socialtjänsten var en genomgående aspekt som kom fram i intervjuerna känslan av att vara i en utsatt situation, att vara beroende av myndigheter för att klara sig. En klient kan inte bestämma själv utan måste anpassa sig till kraven som ställs från myndigheterna. Bemötandet i en sådan situation är avgörande för hur utsatt man känner sig. De flesta betonar betydelsen av respekt och en human inställning i mötet med klienter som den här kvinnan (29 år):

*Så länge man har viss medkänsla och, sen ska man visa respekt till en människa som går på socialen för att vi är ändå människor fortfarande (hmm). Vi är inga hundar, tyvärr, som man ofta känner sig som liksom... Det är jobbigt, för du kan inte göra nå nting. Du kan inte ta ett steg och du kan liksom inte göra nåt extra och man kan inte det och man måste redovisa nästan varenda sekund... av sitt liv i socialen, man måste redovisa jättemycket alltså det är, säger de att du ska sitta, så måste du sitta och säger de att du ska åka dit så måste du åka dit och det är inget liv. Det är inget liv, för att man inte är självständig.*

I samspel med myndigheter är man inte jämställd, man måste underordna sig reglerna och kraven som ställs på en. Flera av de intervjuade betonade att de har varit tvungna att själva ta reda på hur bestämmelserna ser ut för att kunna stå på sig i kontakter med olika myndigheter. En kvinna (45 år) som bl a har haft svårigheter med sitt boende och sin ekonomiska situation säger att hon har läst

socialtjänstlagen för att som ”utsatt måste man ta reda på vad som gäller”. Samma kvinna fortsätter:

*Jag lovar, jag kan den bättre (socialtjänstlagen) än alla som jobbar här (skratt). Det är för att liksom man måste det, annars får man inget, det är aldrig någon som talar om vad du kan få, utan bara vad du måste göra liksom. Så är det.*

I flera intervjuer tog de intervjuade upp känslan av att inte bli trodda när de är i kontakt med socialtjänsten, att misstänksamheten på något sätt ingår i arbetssättet särskilt hos dem som arbetar med ekonomiskt bistånd, ”*trovärdigheten i vad du skriver i din ansökan ifrågasätts hela tiden*”. Handläggarna kontrollerar uppgifter klienterna lämnar in och ställer många frågor som kan kännas privata.

Bland de intervjuade fanns det flera som konstaterade att bemötandet från de professionellas sida mot dem ”*inte varit dåligt*”. En av de intervjuade kvinnorna (44 år) som hade erfarenhet av socialtjänsten från 1990-talet berättade att hon blev positivt överraskad hur hon blev bemött när hon flera år senare tog kontakt med dem igen. Antingen berodde förändringen på henne själv och hur hon såg sig själv eller på att attityden var annorlunda hos dem som bemötte henne. Hon tar upp den interna och den externa sidan av skammen och utsattheten, om hon själv ser sig som utsatt och svag eller om hon uppfattar att omgivningen ser henne som utsatt och svag.

*Jag hade lite sån erfarenhet från 90-talets soc att ursäkta att jag finns. Jag hade fortfarande lite så här att ursäkta, jag är alkoholist och det här kändes så svårt. Men de var så här okey. Det var ett bra bemötande. Jag fick inte den där känslan. Alla jag har träffat där har varit vänliga och hjälpsamma mot mig. Jag tror att det har hjälpt lite granna att jag har kunnat bli av med alkohol. Det var aldrig sånt att jag inte skulle kunna... Jag har varit öppen och vetat att jag får stöd från min assistent. Det tog en lång tid innan jag förstod att hon är där egentligen för min skull...*

Hur man blir bemött är lika viktigt även i möten med hälso- och sjukvården. En del patienter vill minimera sina kontakter med hälso- och sjukvården eftersom de känner att de blivit dåligt bemötta.

Det kan också vara tvärtom, att få kontakt med en läkare som försöker hitta orsaker till ohälsan och behandling till sina patienter kan öppna möjligheter för en förändring. Tillsammans med annat stöd kan det hjälpa på vägen att få en ny chans i livet. En man (42 år) berättar om hur han fick hjälp med att sluta med sitt missbruk som pågått i årtal:

*Jag tror att man måste hamna så långt nere först innan man börjar se verkligen och börja, vill leva tillbaka... Jag var bestämd att jag ville lägga av med det där för det gick inte längre leva det livet som jag hade. Tack vare att jag träffade den läkaren så har jag fått hjälp... Det har varit upp och ner och det har varit jobbigt, men samtidigt man kände sig att man fick ta en dag i taget för att komma igen.*

### **Tid och intresse - kontinuitet i kontakterna**

Att ha möjlighet att komma i kontakt med sin handläggare på olika myndigheter är viktigt för den som behöver hjälp eller behöver reda ut saker som kan uppstå vid myndighetskontakter. Många tog upp att personalen verkar ha alldeles för många ärenden eller klienter att handskas med så att de inte har tid att träffa dem och informera om hur systemet fungerar. Särskilt om man inte behärskar språket eller vet hur myndigheterna fungerar kan konsekvenserna bli märkbara för den enskilda individen och familjen.

Hur många klienter socialarbetarna har varierar i olika bostadsområden. Arbetssätten och hur mycket kommunen eller stadsdelen betonar betydelsen av bemötandet varierar likaså. Flera intervjupersoner betonade att det stöd och hjälp man får beror till stor del på vem man möter både i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten, arbetsförmedlingen eller annan myndighet. Även om det finns normer som ska gälla alla, blir det ändå olika vilken vård eller stöd man får. Det är svårare att visa intresse och engagemang i kontakt med patienter och klienter om arbetsförhållandena är strama.

En kvinna (27 år) som deltog i studien har under flera år varit sjukskriven olika långa perioder p g a smärta. Hon upplevde att läkarna tar en "lätt väg" och skriver ut smärtstillande mediciner till henne utan att försöka reda ut orsaken till hennes smärta. Hon

konstaterar att hon har blivit beroende av medicinerna och att ingen tar tag i hennes ”fall”:

*Jag gillar att jobba men när man har värk det går inte... Jag skulle vilja att läkarna gjorde en grundlig undersökning på vad som är problem. För det här livet som jag lever nu, det vill inte jag ha. Det är rena katastroflivet... Det är nya läkare varje gång, skriver tabletter via telefon utan att kolla varför jag har problem.*

Att ha samma handläggare nämndes av många som viktigt i kontakt med myndigheter. Som klient får man förklara sin privata, många gånger ansträngda situation. Flera intervjupersoner påpekade att det inte är trevligt att behöva redogöra för sin situation upprepade gånger bara för att personalen byts ut.

Det kan också ta tid att få förtroende för de professionella. Som klient får man inte heller förtroende för alla professionella. En ung man som intervjuades (19 år) har haft kontakt med olika myndigheter sedan han var barn berättade om sin handläggare inom socialtjänsten, hur annorlunda hon var jämfört med alla andra han mött, hur han velat prata om sig själv första gången hos en myndighet. Hans handläggare ska sluta och situationen blir en annan för honom med en ny handläggare:

*Jag har aldrig öppnat mig för nå'n handläggare, förutom hon som jag har nu. Du liksom litar på henne, hon vet nästan allt om dig. Hon är guld värd alltså... Annars de jävlas med en, du måste tjata och kriga och de skyller på deras chefer och allt vad det är... Så är det inte med henne. Hon ska sluta nu och det är lite tråkigt faktiskt. Sen ska nästa komma och veta allt om dig. Nu får hon ju inte det... det är lite så.*

## **Kraven – bli sedd som en individ**

Ingen av de intervjuade var negativt inställd till att det ställs krav på klienter från socialtjänsten eller arbetsförmedlingen. Det som väckte diskussion och fick många att berätta om sina erfarenheter var när kraven som ställdes var ”rutinmässiga” som att söka ett antal jobb per vecka eller månad utan att ägna tankar åt vilka jobb man söker och om det sättet är det effektivaste sättet i deras situation att försöka komma in på arbetsmarknaden. En av de intervjuade undrade om det lönar sig

att fortsätta skicka in ansökan efter ansökan när han efter flera hundra ansökningar inte ens kommit på en intervju.

En annan aspekt som diskuterades kring kraven var om kraven som ställs inte alls motsvarar deras egna intressen och vad de själva vill, varför måste alla delta i datortek eller gå på snickeri eller syverksamheten? Flera var också kritiska till att i dessa verksamheter blanda individer med olika typer av behov. En kvinna (47 år) säger:

*Man måste tänka vart man ska skicka folk till, inte bara skicka dem för de tycker så alltså bara för att de tycker att man mår bra av att ha någonting att göra. Och jag menar jag mår inte bra av att vara på ett ställe där det är fullt med missbrukare... Jag klarar inte av att snickra, jag klarar inte av att sitta och sy heller. Bara att man får socialhjälp, man är så utlämnad. Man är tvungen att göra det de säger annars får man inte den hjälpen alls.*

## **Stödja och stärka**

Mötet med handläggaren kan upplevas på olika sätt. Några av de intervjuade berättade exempel på hur de upplevt att deras situation förvärrats av kontakten med myndigheter. Ett exempel är en kvinna (45 år) som tog kontakt med socialtjänsten för att hon ville få hjälp med sitt barns skolgång. Istället för att få hjälp upplevde hon att allt blev bara värre:

*Min dotter skolkade och trivdes inte i skolan. Vi gick och tog själva kontakt med familjeenheten och där fick vi en assistent som absolut inte gjorde det bättre för oss utan hon hjälpte inte oss direkt kan man verkligen säga utan hon försökte liksom få problem som vi inte hade... Hjälpen då från den här familjeenheten kan jag ju säga så här: jag hade väl klarat mig bättre om jag inte hade gått dit.*

En kvinna (29 år) som har fått ekonomiskt bistånd i tio år tog upp de dubbla roller som de professionella har när de möter sina klienter: att stödja och motivera och uppmuntra klienterna framåt och samtidigt ställa krav, att tro på klienters förmåga även i svåra livssituationer. Hon betonar att även om det kan kännas svårt för den professionella att kräva saker från sin klient som lever i en besvärlig och ansträngd situation, kan det ändå vara det bästa i ett längre perspektiv:

*Jag har själv gått på socialbidrag i 10 år. Skulle de ställt lite högre och mer krav på mig så hade jag nog gått ut på arbetsmarknaden tidigare. Men det har varit så lätt för mig att använda alla problemen hemma och grejer.*

I den här studien berättade de intervjupersoner som hade positiva erfarenheter av sina handläggare att de alltid haft känslan av att kunna ta kontakt med sin handläggare när de har olika frågor eller funderingar och också känt att handläggaren alltid också velat göra sitt bästa för att hjälpa dem. De hade en stark känsla att de hade nått varandra på något sätt, att de "står på samma sida". En man (42 år) sammanfattar på frågan vilka egenskaper som är viktiga hos handläggarna:

*Först och främst är det bra om man har en bra kontakt alltså, man kan lita på personen man har kontakt med. Men sen efter det så har de inte mycket makt om man ser själva personen där så kan den inte hjälpa dig så mycket om man säger så. Men jag är glad att just den tjejen som jag har verkligen hjälpt till rätt mycket. Och hon var ny också när jag fick henne (skratt), ung tjej... så jag trodde att jag fick ställa om henne lite också, jag visste lite mer om hur det funkar.*

Mötet med handläggaren inom socialtjänsten kan kännas som stödjande och stimulerande, att man får krafter att orka vidare. En kvinna (55 år) som varit sjukskriven en längre tid konstaterar om möten med sin handläggare:

*Hon ger lite råd och lite tips och... Och hon får mig liksom så där att nu ska du sätta fart, nu måste du ta itu med det här. Men liksom det blir nå'n grej varje gång så till slut så tror jag nog att det växer fram någonting. Så att jag tycker att det är bra.*

## 5.4 Sammanfattande kommentar

Syftet med detta kapitel har varit att presentera resultat av en intervjustudie om hur det är att leva med knappa ekonomiska resurser. Intervjupersonerna i den här studien hade olika bakgrund och behov, vilket är kännetecknande generellt för klienter som får ekonomiskt bistånd (98). Salonen 2000 (100) beskriver i en analys av hur fattighjälpen utvecklats i Sverige under 1900-talet att idag är risken att hamna i en ekonomiskt besvärlig situation inte ett marginalfenomen som handlar om en avvikande, särskild grupp i samhällets utkanter, utan kan ses som en utbredd företeelse bland de grupper i samhället som inte är tillräckligt etablerade i arbetslivet eller i de offentliga trygghetssystemen. I den här studien ingick bl a arbetslösa, unga vuxna, personer som missbrukar/har missbrukat, ensamstående mammor, personer med funktionsnedsättningar, förtidspensionerade eller föräldralediga med låg inkomst.

Att ta den första kontakten med socialtjänsten kändes svårt för många. De intervjuade ville klara sig själva och undvika att gå till socialtjänsten som kändes som sista alternativ när inget annat fanns att tillgå.

I den här studien betonade de som levt länge med försörjningsstöd att ekonomiska resurser och välbefinnande hör ihop. Det är framför allt känslan av att inte kunna bestämma över sitt liv, inte ha kontroll och makt över sin situation som upplevdes som mest besvärlig. Att inte komma in på arbetsmarknaden väckte frustration hos många intervjuade, särskilt om de kände att de inte hade någon möjlighet att påverka sina chanser att hitta ett arbete, t ex på grund av ålder, utländsk bakgrund, svenska språket eller dålig hälsa.

Men vad anser klienterna som är i kontakt med socialtjänsten om den hjälp och stöd de får från samhället? I den här studien uttryckte samtliga intervjupersoner sitt stöd för den svenska välfärdsmodellens grundprinciper som jämlikhet, universalism och att ge stöd till de svagaste grupperna i samhället. Många gör en distinktion mellan försäkring och bidrag på det sättet att det "känns värdigare" att få



pengar från en försäkring som a-kassa eller föräldraförsäkring än behovsprövad ekonomisk hjälp som förknippas med ord som "kris" och "missbruk". Många intervjuade gör också en skillnad mellan sig själva och "de andra" i behov av hjälp. Är man frisk och kapabel att arbeta borde man inte vara klient hos socialtjänsten anser de flesta intervjuade.

Ingen av de intervjuade var negativa till att det ställs krav på dem från t ex arbetsförmedlingens eller socialtjänstens sida, men problemen uppstår när kraven inte upplevs som rimliga, t ex att söka ett antal arbeten i veckan utan att det spelar någon roll vilka arbeten de söker eller att kraven inte alls motsvarar de intressen de själva har. I en rapport från Stockholms stad om stadens arbete med arbetslösa socialbidragstagare (101) tas upp att det ställs allt hårdare krav på marginalgrupper som invandrare och ungdomar på arbetsmarknaden. I rapporten tas vidare upp att kraven i sin nuvarande form huvudsakligen innebär att kontrollera socialbidragstagarna samt motverka svartarbete.

Oro över ekonomin och livssituationen är ständigt närvarande i en situation då man lever en längre tid med knappa ekonomiska resurser. Ekonomiskt bistånd räcker till det nödvändigaste som t ex mat och hyra, men ger inte utrymme för extra kostnader. Vad som ger glädje för många i den här studien är att uppmärksamma och glädjas åt vardagliga saker runt omkring som att se att barnen klarar sig trots alla motgångar, att ha familj och vänner att umgås med. Att ha en grundläggande känsla av trygghet och trots svårigheter en positiv syn på livet ger styrka till många. Efter en sjukdom eller livskriser kan det att man mår bra för dagen eller kan ta en promenad i fint väder kännas värdefullt, att man gläds åt de små framstegen i vardagen. Det finns också flera intervjupersoner som lyfter fram stödet och uppmuntran de fått från socialtjänsten eller hälso- och sjukvården som hjälpt dem i processen att klara sig genom de situationer som varit svåra på olika sätt.

Konklusionerna i den här studien är att de intervjuade som lever med knappa ekonomiska resurser är en heterogen grupp individer och familjer i olika livssituationer och med olika behov, både de som är främst arbetslösa och de som har andra sociala och hälsomässiga hinder. En del får sin huvudsakliga försörjning genom ekonomiskt bistånd och andra kompletterar sin låga inkomst. Bland de intervjuade fanns flera som haft ekonomiskt bistånd i över tio år, några i nästan hela sitt vuxna liv. Uppenbart är att det finns grupper som behöver samhällets hjälp och stöd för att komma in på arbetsmarknaden och grupper (t ex ensamstående mammor, personer med sjukersättning) som behöver komplettera sin inkomst på något sätt om de lever med låga inkomster. Det finns också individer som behöver rehabilitering och andra former av stödinsatser för att kunna hantera vardagen och kraven som ställs på arbetsmarknaden idag. Det är viktigt vilka insatser som erbjuds till klienterna, men också hur man i en utsatt situation blir bemött av andra människor och av de professionella i synnerhet.

# 6 Hälsa och livsvillkor bland hemlösa

De viktigaste fynden från intervjuenkäten bland hemlösa är i korthet:

- Att samtliga undersökta hemlösas sociala, ekonomiska eller hälsorelaterade värden är sämre än normalpopulationens.
- Att det finns en hög rapportering av missbruk, med relaterade följsjukdomar, men där den subjektiva hälsouppfattningen tenderar vara kopplad till andra sociala faktorer än missbruket.
- Att det finns en stor variation av egna orsaksförklaringar till situationen och hälsotillståndet och förslag på förändringar, men där hörnpunkter kretsar kring, boende, anpassade insatser för hemlösa samt bemötande.

Detta kapitel är ett sammandrag av resultaten från en intervjuundersökning bland hemlösa i Stockholm län sommaren och hösten 2006. Inledningsvis definieras hemlöshet samt resultat från liknande undersökningar som gjorts i Sverige. Därefter presenteras hemlösas socioekonomiska förhållanden, boendeförhållanden, levnadsvanor, samhällsförtroende, hälsoutfall i sjukdomsförekomst och hälsorelaterad livskvalitet. De öppna frågorna om hälsosituationens orsak, livskontroll, framtidsutsikter och önskemål om förändring presenteras därefter. Metodbeskrivning för intervjuundersökningen finns i Appendix.

## 6.1 Vem är hemlös?

En hemlös person är hänvisad till akutboende, härbärke, jourboende eller är uteliggare. Personer som är intagna eller inskrivna på kriminalvårdsanstalt, behandlingsenhet eller stödboende men har inte någon bostad ordnad inför utskrivningen är också inkluderade. Även personer som tillfälligt och utan kontrakt bor hos kompisar, bekanta, familj, släktingar eller har ett tillfälligt inneboende- eller andrahandskontrakt och på grund av denna situation har sökt hjälp, ingår i Socialstyrelsens definition (78).

## 6.2 Tidigare studier

Socialstyrelsens nationella kartläggning av hemlöshetens omfattning från 2005 fann 17 834 hemlösa personer, varav 5 900 i Stockholms län och 3 863 i Stockholms stad (78). Stockholms stad uppgav antalet hemlösa i kommunen i mars 2006 till 3231 personer (102).

En folkhälsorapport om hemlösa är inte tidigare genomförd i Sverige, men hälsan bland hemlösa är ändå på andra sätt mer eller mindre regelbundet kartlagd under de senaste 50 åren. Dödlighet kan sägas vara det enklaste måttet och har analyserats i retrospektiva studier under perioden 1960-1975 visat en överdödlighet på mellan två och fem gånger hos sammanlagt cirka 12 000 män (105, 106, 107). En annan studie under 1980-talet visade en överdödlighet på tio gånger hos cirka 200 kvinnor (103).

Andra tecken på hälsa och ohälsa har påvisats i kliniska studier av hemlösa från 1960-talet och framåt. Gunnar Inghe gjorde en undersökning av 143 av de drygt 5 200 män som 1960 beräknades vara härbärgesboende. Av de 143 var 75% alkoholmissbrukare och 20 % hade varit intagna på psykiatriskt sjukhus (104). Han gjorde även en undersökning på kvinnohärbärget Spjutet vid samma tidpunkt. I Stefan Borgs avhandling 1974 var medelåldern på de undersökta 50 år och alkoholmissbruket omfattande (95 %). Andra diagnoser som förekom var självmordsförsök (15 %), skallskada med medvetlöshet (54 %), frakturer (50 %), epilepsi (15 %), magsår (20 %) och tuberkulos (9 % ) (105).

Härje Åsander fann två år senare en än mer akut alkoholöverkonsumtion då 98 % missbrukade alkohol i den studien. Läkemedel och amfetamin missbrukades av knappt 25 % respektive (106).

Johan Norman gjorde en uppföljande studie av Gunnar Inghes material och fann en överdödlighet som är refererad till ovan genom tuberkulos, cancer i andnings- och digestionsorganen, övriga luftvägs- och leversjukdomar samt våld och förgiftning (107).

”Uteliggarna i välfärdssamhället” (6) utkom 1988 som en pendang till Gunnar och Maj-Britt Inghes bok ”Den ofärdiga välfärden” (5). Studien var en uppföljning av hemlöshetssituationen 25 år senare och berättade om den nya hemlösheten som hade börjat växa till sig efter miljonprogrammets ansträngningar att minimera antalet bostadslösa under 1970-talets sista år. Uppföljningen visade att både narkotikamissbruket och den psykiatriska problematiken bland de hemlösa hade ökat.

Den senaste kliniskt socialmedicinska studien utfördes hösten år 2000 när 35 av Stockholms hemlösa undersöktes medicinskt och med olika intervjuformulär. Resultaten från studien visade att hälften hade en potentiell psykisk störning, varav flertalet relaterat till ett drogmissbruk som förekom hos över 80 % av deltagarna. Behovet av tandvård visade sig även vara stort (10).

## **6.3 Intervjuundersökningens fokus och resultat**

I intervjuundersökningen bland hemlösa fokuserade vi på följande frågeställningar:

- Hur är livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland de hemlösa?
- Vilket bemötande ifrån samhällets instanser har de med bostadsproblem erfarit?
- Vilka orsakssamband mellan samhällets struktur och den egna hälsan ser de hemlösa och vilka förslag på åtgärder för att förbättra livssituationen och hälsan ger de?

Resultat från intervjuundersökningen jämförs med resultat för motsvarande åldersgrupp från befolkningsenkäten Folkhälsoenkät 2006 i Stockholm län.

## 6.4 Livsvillkor och levnadsvanor

### Kort om de intervjuade

Totalt 155 personer i åldrarna 21-73 år deltog i intervjuundersökningen, av dessa svarade 150 personer på samtliga frågor. Männen stod för den största andelen bland de intervjuade 79 procent (123 personer) jämfört med andelen kvinnor som var 21 procent (32 personer). Bland de hemlösa i Stockholms län är omkring 28 procent kvinnor. Medelåldern för båda könen var 48 år.

En tredjedel var födda utomlands och dessa kan huvudsakligen indelas i två lika stora grupper, invandrare från Finland, som i genomsnitt flyttade till Sverige för 33 år sedan, och från världen utanför Europa, som har varit i Sverige i 20 år. Fem procent var födda i övriga Europa. Hälften av de intervjuade vistades i Stockholm när de blev hemlösa, en fjärdedel blev det när de bodde i någon annan av Stockholms läns kommuner (antagligen var många fortfarande skrivna där vid intervjutillfället) och resterande fjärdedel hade blivit hemlösa när de bodde på någon annan plats i Sverige. Några enstaka personer hade blivit hemlösa när de var utomlands. Tolv av kvinnorna var gifta eller hade en relation (38 procent) jämfört med 31 män (25 procent). Två av tre kvinnor och något färre av männen hade barn (i genomsnitt två barn). Oavsett om barnen var vuxna eller inte var det ungefär lika stor andel (40 procent) som uppgav att de inte hade någon kontakt med sina barn som de som uppgav att de hade mycket kontakt med sina barn.

### Utbildning, sysselsättning och ekonomisk bakgrund

Frågor om utbildning visade att 88 procent hade slutfört grundskole-/folkskoleutbildning, 42 procent någon form av gymnasieutbildning eller yrkesskola, och fem procent universitets- eller högskoleutbildning, kvinnorna hade generellt högre utbildning. Utöver ovanstående hade en av tre någon form av fristående utbildning inom huvudsakligen produktionssektorn (snickare, mekaniker, annat hantverk), 15 procent hade någon form av kommunal vuxenutbildning, folkhögskoleexamen, AMS utbildning eller motsvarande.

Lika många hade någon tjänstemannautbildning och slutligen hade cirka fem procent utbildning inom vård eller omsorg.

På frågan om hur personen hade försörjt sig det senaste året svarade 48 procent att de fått del av eller hela sin försörjning genom Försäkringskassan (sjukpenning eller sjukbidrag). Ekonomiskt bistånd uppgavs av 38 procent.

Under tio procent uppgav att de hade försörjt sig genom regelbundet arbete, tillfälliga arbeten (såsom arbete på institution eller fängelse, försäljning av Situation Stockholm), bidrag eller lån från släkt och bekanta samt kriminalitet (tre gånger vanligare för männen). Under fem procent hade fått ersättning genom ålderspension, a-kassa eller liknande, egna initiativ (burkplockande, prostitution, tiggeri), egna besparingar (inga av kvinnorna) eller studiemedel. Arbetslösheten bland de hemlösa var 84 procent jämfört med drygt 4 procent bland övriga befolkningen (Tabell 9). Bland de hemlösa hade en av kvinnorna och tre av männen aldrig haft något arbete.

## **Sociala relationer och trygghet**

En fjärdedel av de hemlösa, dubbelt så många som i Folkhälsoenkät 2006, uppgav att de aldrig eller nästan aldrig hade någon att vända sig till om de fick problem (Tabell 9). Kvinnor saknade stöd i än större utsträckning. För de som hade möjlighet till stöd var det oftast från en bekant eller kompis, för en del av en tjänsteman (kontaktperson/vårdgivare) eller en förälder eller ett barn, några uppgav att de kunde få stöd av sin partner eller annan släkting och några män hade stöd i en före detta partner. En person sade sig som viktigaste stöd ha ett djur och en person vände sig till Gud.

Tabell 9. Jämförelse av bakgrundsvariabler mellan hemlösa 2006 och Folkhälsoenkät 2006, 21-73 år, män respektive kvinnor.

	Hemlösa		FHE 2006	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	n=32 %	n=123 %	n=16664 %	n=13767 %
<b>Sysselsättning</b>				
Arbetslös	84,4	83,7	4,3	4,1
Förtidspensionär	34,4	31,7	6,4	4,9
<b>Ekonomiska resurser</b>				
Begärt socialhjälp	31,3	39,0	2,2	2,2
<b>Sociala relationer</b>				
Saknar personligt stöd	12,5	28,5	9,5	14,0
<b>Trygghet</b>				
Utsatt för våld	43,8	27,6	2,6	3,2
<b>Vård och ekonomiska resurser</b>				
Avstått från tandläkare pga dålig ekonomi	65,6	68,3	20,4	16,7
Avstått från sjukvård pga dålig ekonomi	31,3	31,7	4,8	3,3
Avstått från läkemedel pga dålig ekonomi	31,3	24,4	5,6	3,5
Röker dagligen	84,4	79,7	16,1	14,5
Alkohol högkonsumtion	18,8	26,0	2,8	8,8
<b>Hälsoutfall</b>				
Långvarig begränsande sjukdom	71,9	58,5	23,8	21,2
Mindre än god självskattad hälsa	65,6	61,8	27,3	25,0
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)				
Problem med rörlighet	21,9	27,3	10,5	9,0
Problem med hygien	0,0	8,3	1,8	1,7
Problem med huvudsakliga aktiviteter	31,3	17,4	11,1	8,0
Problem med smärtor/besvär	53,1	58,7	47,8	40,5
Problem med oro/hedstämdhet	81,3	71,9	37,3	27,1
Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde)	0,59	0,60	0,82	0,85
Självskattad hälsa EQ VAS (medelvärde)	62,6	54,9	78,9	80,2

Cirka tre procent i Folkhälsoenkät 2006 säger sig det senaste året varit utsatta för våld medan var tredje hemlös har blivit det. Till skillnad från den övriga befolkningen är hemlösa kvinnor mer våldsutsatta än hemlösa män då närmare hälften av kvinnorna uppger att de blivit utsatta för våld. Tio procent, fler kvinnor än män, hade blivit utsatta för våld på ett boende, institution eller inrättning som på något sätt kan sägas vara mer skyddad och omkring en fjärdedel uppger att våldet skett på en offentlig plats. Det var vanligast att någon okänd person var den som utfört våldet (16 procent). Näst vanligast var våldsutövning från en bekant eller kompis och i tredje hand en tjänsteman (polis eller vakt). Ingen av männen var drabbad av relationsrelaterat våld medan en nuvarande eller före detta make, sambo eller partner hade brukat våld mot sju av de 32 kvinnorna.



En av männen uppgav en släkting men ingen hade slagits av sina föräldrar eller av sina barn.

Ett annat område där utsattheten i ett könsperspektiv skiljer sig framkommer i tryggheten utomhus nattetid; över hälften av männen kände sig mycket säkra när de rörde sig ute nattetid jämfört med bara var sjätte kvinna. Av kvinnorna kände sig 20 procent mycket osäkra utomhus nattetid jämfört med fem procent av männen.

Men i skalans mitt anger fler kvinnor än män att de är ganska säkra och överlag för båda könen är tre av fyra mer säkra än osäkra ute nattetid.

### **Ekonomiska resurser**

En tredjedel av de hemlösa hade det senaste året avstått från att söka vård på grund av ekonomiska skäl, jämfört med fyra procent av de som besvarade Folkhälsoenkät 2006 (Tabell 9). Två tredjedelar av de hemlösa hade avstått från att söka tandvård vilket var mellan tre och fyra gånger vanligare jämfört med den övriga befolkningen. En fjärdedel hade inte haft råd att hämta ut förskrivna medicin vilket är fem gånger vanligare än bland den övriga befolkningen.

### **Bostadssituationen**

Erfarenhet det senaste året av primitiva övernattningsförhållanden såsom härbärgen, jourboenden, bilar, portar eller uteliggande uppgavs av 81 procent av männen och 75 procent av kvinnorna. Under samma tid hade 62 procent av männen och 28 procent av kvinnorna sovit i de mest primitiva miljöerna vilket innebär att sova utan säng inom- eller utomhus.

Knappt hälften av de hemlösa hade erfarenhet av mer långsiktiga samhällsordnade arrangemang såsom försökslägenhet, träningslägenhet, behandlingshem eller liknande. Cirka 60 procent hade en tid bott i stadigare övernattningsmiljöer, huvudsakligen utanför samhällets insats, exempelvis tillfälligt andrahandskontrakt, eller hos partner eller kompis. Av männen uppgav 15 procent fängelse

eller tvångsvård på institution, motsvarande andel bland kvinnorna var 6 procent.

Cirka tio procent hade blivit hemlösa under det senaste året, 15 procent blev hemlösa för ett par, tre år sedan, lika många för ungefär fem år sedan samt även för åtta-nio år sedan. Resterande 40 procent hade varit hemlösa i över tio år. Liksom uppgifterna om boende det senaste året visar på en ganska stor rörlighet mellan olika övernattningsformer är hemlöshet något som en del har vandrat in och ut i under livet. Nästan en av tre hade förlorat en egen bostad vid mer än ett tillfälle och för alla dem skedde detta första gången för över tio år sedan.

Andelen hemlösa kvinnor i intervjustudien i Stockholm avviker något från Socialstyrelsens nationella kartläggning över hemlösheten år 2005 vilken resulterade i 26 procent kvinnor bland hemlösa och Stockholms stads räkning från mars 2006 där motsvarande andel var 28 procent. Medelåldern i den nationella kartläggningen var också lägre (44 år) jämfört med intervjuundersökningen. Om man i den nationella kartläggningen tar ett medelvärde av antalet i de fyra hemlöshets-situationerna inom varje kategori av tid i hemlöshet finner man att 40 procent där hade varit hemlösa mindre än ett år, nästan tre av fyra hade högst tre års hemlöshet bakom sig och endast tio procent tio år eller mer. Det kan jämföras med den tydliga övervikten för långtidshemlösa i intervju-undersökningen. Det var dock betydligt fler i riksgenomsnittet som hade erfårit någon form av tvångsvård, närmare tre gånger så vanligt.

## **Levnadsvanor**

Sömnens betydelse för hälsan har alltmer uppmärksammats. De hemlösa männen sover i genomsnitt 6 timmar varje natt och kvinnorna 6,5 timmar. Daglig rökning förekommer hos 82 procent och 12 procent snusar. I Folkhälsoenkät 2006 uppgav 15 procent att de rökte och 25 procent att de minst en gång i veckan vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande en halv flaska sprit eller mer. Bland de hemlösa svarade en av kvinnorna och 18 av männen att

de gjorde detta nästan varje dag. Dock konsumerar hälften av de hemlösa aldrig dessa alkoholmängder. Narkotika används av 42 procent av kvinnorna och 53 procent av männen, hälften använde minst två substanser. Vanligast var centralstimulantia, nästan uteslutande amfetamin (40 procent), näst vanligast var cannabis eller liknande (25 procent), opiater (10 procent) och läkemedelsmissbruk (5 procent). En person använde lösningsmedel.

Skillnaden i alkoholkonsumtion mellan hemlösa och övriga befolkningen är påtaglig; 25 procent av de hemlösa jämfört med fem procent bland de som svarat på Folkhälsoenkät 2006 drack en större mängd alkohol minst en gång i veckan.

Missbrukets koppling till hälsotillståndet mellan grupperna jämfördes. Det var lika vanligt att de med mest alkoholkonsumtion i båda grupperna rapporterade mindre än god hälsa (58 procent). Sambandet mellan alkoholkonsumtion och självskattad hälsa var negativt för befolkningen i övrigt, men ej bland de hemlösa. Det var fyra gånger vanligare att ha mindre än god självskattad hälsa bland de hemlösa som bara några enstaka gånger dricker större mängder alkohol. Detta samband förändras bara något om man utesluter de som istället för alkohol använder narkotika, fortfarande är hälsotillståndet betydligt försämrat.

## **6.5 Delaktighet i, förtroende för och bemötande ifrån samhället**

Intervjuenkätens mått på delaktighet i samhället är en fråga om valdeltagande. Bland de hemlösa uppgav en tredjedel att de hade röstat vid det senaste valet. Ytterligare en fråga behandlar förtroendet för myndigheter och andra större samhällsinstanser. De som nämndes var sjukvården, socialtjänsten, frivilligorganisationer, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, skattemyndigheten/kronofogden, polisen, rättsväsendet/kriminalvården, riksdagspolitiker samt lokalpolitiker. Mer än två tredjedelar hade förtroende för sjukvården och därefter i fallande ordning, från ca 55 procent till 40 procent, för frivillig-

organisationer, polisen, skattemyndighet/kronofogde, socialtjänst, rättsväsende och försäkringskassan. Mellan 20 procent och 30 procent uttryckte förtroende för riksdag/regering, lokalpolitiker. Lågt förtroende uppgavs för arbetsförmedlingen. Jämfört med männen hade kvinnorna större förtroende för frivilligorganisationerna än för sjukvården (som bara ingav hälften förtroende). Kvinnorna uppgav även större förtroende för arbetsförmedling men lägre för socialtjänsten jämfört med männen.

Lågt förtroende uppgav sig de hemlösa ha för socialtjänsten, följt av riksdag/regering, rättsväsende och lokalpolitiker, vilka drygt hälften uppgav. Omkring 40 procent uppgav förtroendebrist för polisen, skattemyndighet/kronofogde, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Omkring en fjärdedel misstror sjukvården och frivilligorganisationerna är den instans som minst antal uppgivit dåligt förtroende för. Jämfört med männen uttrycker kvinnorna mindre förtroende för alla instanser utom polisen. Nästan hälften av kvinnorna uttryckte förtroendebrister för sjukvården, vilket är mer än dubbelt så vanligt som bland männen. Resultaten på frågorna om deltagande i och förtroende för samhället visar på att hemlösa oftast inte har sämre förtroende för myndigheter generellt, kanske snarare bättre. Polariseringen är dock tydlig; fler är mycket positiva eller mycket negativa till respektive instans.

Förtroendet är många gånger en återspeglning av hur bemötandet har varit men för att tydliggöra erfarenheterna av bra och dåligt bemötande fanns en följdfråga om detta. Bland de svarsalternativ som innebär att man har blivit bra bemött får sjukvården bäst omdöme då tre fjärdedelar uppgav gott bemötande, följt av frivilligorganisationerna och polisen. Omkring hälften angav gott bemötande ifrån skattemyndighet/kronofogde, socialtjänst, försäkringskassa samt rättsväsende/domstol. Enbart en fjärdedel uppgav bra bemötande från arbetsförmedlingens sida men här ska man minnas den stora andel som uppgav att de inte hade någon erfarenhet eller åsikt om bemötandet från arbetsförmedlingen.

Tydligare beskrivs kanske myndigheternas framtoning i uppgifterna om dåligt eller rent av kränkande bemötande. Nästan hälften uppger att de har blivit dåligt bemötta av socialtjänsten, följt av en tredjedel av rättsväsende och polis. Omkring 20 procent har uppgivit dåligt bemötande från skattemyndighet/kronofogde, försäkringskassa, arbetsförmedling och sjukvård. Endast en tiondel hade upplevt dåligt bemötande från frivilligrörelserna. Kvinnorna har generellt uppgivit mer erfarenheter av gott bemötande från alla instanser utom sjukvård. Kvinnorna har också färre erfarenheter av att ha blivit dåligt, nedvärderande eller kränkande bemötta av samtliga instanser. Resultaten för sjukvården avviker; en tredjedel av kvinnorna har negativa erfarenheter av mötet med vårdgivare.

## **6.6 Hälsa och sjuklighet**

### **Sjukdomar och funktionshinder**

Bland de hemlösa svarade omkring 85 procent att de hade någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet, att jämföra med 23 procent i den övriga befolkningen. En tredjedel av de hemlösa, fler kvinnor än män, uppgav att dessa besvär medförde att deras arbetsförmåga var i hög grad nedsatt eller att de hindrades i sina vanliga sysselsättningar, 42 procent angav att de var måttligt påverkade, likaså det vanligare bland kvinnorna. De sjukdomar som uppges kan indelas enligt den internationella sjukdomsklassificeringen ICD-10:s kapitel och då blir resultatet:

I fallande frekvens och förekommande i mindre än tio procent av de tillfrågade uppgavs sjukdomar rörande hormonsystemet, nutritionen eller ämnesomsättningen, huden och underhuden, urin- och könsorganen, ögat och näraliggande organ, örat, tumörer, blodet och blodbildande organ samt immunsystemet.

Tabell 10. Sjukdomstillstånd bland hemlösa, Stockholms län 2006.

<b>Huvudkategorier av sjukdomstillstånd efter förekomst hos män</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	16	36
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	38	26
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	22	24
<i>(Specialkategori) Hepatit C</i>	34	21
Yttre faktorer till sjukdom (olyckor och skador)	6	17
Cirkulationsorganens sjukdomar	13	14
Andningsorganens sjukdomar	13	12
Matsmältningsorganens sjukdomar	9	11
<i>(Specialkategori) HIV</i>	6	7

Sjukdomar i rörelseapparaten är vanligast, mer än dubbelt så vanligt bland männen. På andra plats kommer sjukdomarna i ICD-10:s första kapitel, vari HIV och virushepatiter ingår, främst på grund av den rikliga förekomsten av hepatit C i gruppen (en sjukdom som är vanlig i missbrukskretsar och sannolikt inte underrapporteras om den är känd) och som i specialkategoriseringen visar att den finns bland en fjärdedel av de hemlösa (en tredjedel av kvinnorna i undersökningen). Därefter följer psykiska sjukdomar men då endast fem procent angivet missbruksdiagnos är kapitlet med säkerhet underrepresenterat. Utifrån svaren på frågor om alkoholkonsumtion och narkotikaanvändande kan andelen med missbruk antas vara högre.

Några frågor kring livströtthet och självmord ställdes enligt den s.k. självmordstrappan. Svaren blev, utan större könsskillnader, att cirka tre av fem hade önskat att inte leva längre, två av fem hade tänkt på att ta livet av sig och en av fem planerat att begå självmord och nästan alla av de sistnämnda hade också gjort ett eller flera självmordsförsök. I ett längre perspektiv uppvisar svaren på denna fråga en i stort oförändrad bild, antalet som på 1970-talet hade gjort något självmordsförsök är med någon procentenhets skillnad nästan identisk med dagens hemlösa.

## Självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Utöver mått som sjukdomsincidens eller sjukdomsprevalens behövs beskrivning av individens egen uppfattning av sin hälsa mätt som självskattad hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet (80, 108, 109). Bland de hemlösa svarade två av tre hemlösa att de hade sämre än god självskattad hälsa som svar på frågan om allmänt hälsotillstånd (Tabell 11). I Folkhälsoenkät 2006 uppger en fjärdedel att de har sämre än god självskattad hälsa. Bland de hemlösa är det 30 procent som uppger dålig eller mycket dålig självskattad hälsa jämfört med drygt fem procent av de som besvarat Folkhälsoenkät 2006.

Tabell 11. Självskattad hälsa bland hemlösa 2006 i jämförelse med Folkhälsoenkät 2006, 21-73 år, Stockholms län.

Självskattad hälsa	Hemlösa 2006	FHE 2006
	n=153	n=30091
	%	%
Mycket gott	11,8	23,1
Gott	24,8	50,4
Någorlunda	34,0	21,1
Dåligt	20,2	4,6
Mycket dåligt	9,2	0,8

Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D bland hemlösa och bland de som svarat på Folkhälsoenkät 2006 presenteras i tabell 12. De hemlösa rapporterar mest problem med oro/nedstämdhet, 24 procent bland männen och 31 procent bland kvinnorna uppger att de har svåra problem, jämfört med knappt tre procent i övriga befolkningen vilka rapporterar mest problem med smärtor/besvär. Närmare 60 procent av de hemlösa männen och över 50 procent av kvinnorna rapporterar att de har problem med smärtor/besvär, varav 17 procent att de har svåra problem. Problem med huvudsakliga aktiviteter rapporteras av drygt 17 procent av männen och 31 procent av kvinnorna, varav över sex procent av kvinnorna har svåra problem med att utföra sina huvudsakliga aktiviteter. Bland övriga befolkningen har omkring tio procent problem i den dimensionen. Problem med rörlighet rapporteras bland de hemlösa männen av drygt 27 procent och av kvinnorna är det 22 procent. Även där är motsvarande andel bland

övriga befolkningen omkring tio procent. Ingen av de hemlösa kvinnorna men åtta procent av männen har problem i dimensionen hygien, motsvarande bland övriga befolkningen är under två procent. Sammanvägningen av problem i de olika dimensionerna till en livskvalitetsvikt EQ-5D index visar att hemlösa män (0.60) och kvinnor (0.50) har signifikant lägre livskvalitet än män (0.85) och kvinnor (0.82) i övriga befolkningen. De könsskillnader som återfinns bland de som svarat på Folkhälsoenkät 2006 finns inte bland de hemlösa. Självskattad hälsa mätt med EQ VAS där personen skattar sin nuvarande hälsa mellan 0 och 100 visar motsvarande skillnader mellan hemlösa och övriga befolkningen som EQ-5D index. Skillnader mellan män och kvinnor bland de hemlösa ska tolkas med försiktighet då andelen kvinnor är låg. Det var inga signifikanta skillnader i medelålder mellan hemlösa och befolkningen i övrigt.

Tabell 12. Procentuell andel bland hemlösa 2006 i jämförelse med Folkhälsoenkät 2006 som rapporterar inga, måttliga respektive svåra problem per EQ-5D dimension, livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde), självskattad hälsa EQ VAS (medelvärde), 21-73 år, män respektive kvinnor, Stockholms län.

EQ-5D Dimension	Hemlösa 2006		FHE 2006	
	Kvinnor n=32 %	Män n=121 %	Kvinnor n=15751 %	Män n=12886 %
<b>Rörlighet</b>				
Inga problem	78,1	72,7	89,5	91,0
Måttliga problem	21,9	26,5	10,4	8,8
Svåra problem	0,0	0,8	0,1	0,2
<b>Hygien</b>				
Inga problem	100,0	91,7	98,2	98,3
Måttliga problem	0,0	8,3	1,5	1,4
Svåra problem	0,0	0,0	0,3	0,3
<b>Huvudsakliga aktiviteter</b>				
Inga problem	68,7	82,6	88,9	92,0
Måttliga problem	25,0	15,7	9,8	7,0
Svåra problem	6,3	1,7	1,3	1,0
<b>Smärtor/besvär</b>				
Inga problem	46,9	41,3	52,2	59,5
Måttliga problem	37,5	42,2	43,7	37,8
Svåra problem	15,6	16,5	4,1	2,7
<b>Oro/nedstämdhet</b>				
Inga problem	18,7	28,1	62,7	72,9
Måttliga problem	50,0	47,9	34,3	24,8
Svåra problem	31,3	24,0	3,0	2,3
<i>Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde)</i>	<i>0,59</i>	<i>0,60</i>	<i>0,82</i>	<i>0,85</i>
<i>Självskattad hälsa EQ VAS (medelvärde)</i>	<i>62,6</i>	<i>54,9</i>	<i>78,9</i>	<i>80,2</i>



## 6.7 Föreställningar om orsakerna till hemlöshet, livssituationen och hälsotillståndet

I intervjuens avslutande del ställdes några öppna frågor, varav den första rörde vad som orsakat bostadsproblemen. Det vanligaste svaret var att det var missbruket, det näst vanligaste separation. Därefter uppgavs dålig ekonomi och att personens sociala nätverk orsakat vräkning, främst genom störningar. Några enstaka sade att de valt hemlöshet frivilligt. Bara en person nämnde arbetsförlust som direkt orsak.

En snarlik men ”bredare” fråga som ställdes i intervjun var; ”Vad anser du har haft betydelse för att din livssituation har blivit som den är?” Svaren handlade om orsaker med olika grader av egen inblandning, alltifrån det egna fria valet till omständigheter i samhället eller faktorer som de själva inte kan kontrollera (t ex vissa sjukdomar). Många tog upp flera orsaker samtidigt eller att det handlade om en händelsekedja där hemlöshet blev resultatet.

En av tre angav bostads-, arbets-, sociala eller ekonomiska förhållanden som orsak till livssituationen.

*Dåliga kamrater orsakade att jag blev vräkt. (Kvinna, 71 år)*

Näst vanligast, och vanligast för kvinnorna, var negativa livshändelser såsom familjekonflikter, separationer eller någon traumatisk upplevelse, såsom att barnen omhändertogs. Över hälften av kvinnorna tog upp negativa livshändelser som en av de viktigaste orsakerna till sin livssituation. Drygt en fjärdedel (främst män) angav missbruket som en orsak till sin livssituation. En del av de intervjuade sa att det var deras egna val och misstag i livet som har bidragit till eller orsakat deras livssituation.

*Jag kan bara skylla på mig själv. Hade jag tänkt annorlunda hade det varit annorlunda. (Kvinna, 53 år)*

Några betonade samhällets ansvar eller organisatoriska eller politiska/juridiska (vård- bostads-, arbetsmarknads-, social- eller ekonomisk-politiska) förhållanden.

*Myndigheternas maktmissbruk 1959 när jag som 2-åring blev fosterhemsplacerad. (Man, 49 år)*

En del lyfte fram att det var deras egen grundkaraktär, sjukdomar eller bara otur, d v s omständigheter som de inte själva kan påverka som låg till grund för deras situation. Enbart män, åtta stycken, tog upp levnadsvanor vid sidan av missbruk, såsom kriminalitet, som orsaksfaktor. Några enstaka nämnde själva hemlösheten som orsak till livssituationen.

På frågan om vilka möjligheter personerna har att kontrollera sin livssituation svarade hälften mer eller mindre optimistiskt.

*Ja, det har jag verkligen. Sköter behandling, går på möten inom DD 12-stepsprogram. Umgås med bra vänner, tillfrisknade narkomaner. (Man, 45 år)*

En fjärdedel var mer osäkra, vare sig tydligt optimistiska eller pessimistiska.

*Man kan alltid påverka, men när man tappar sitt privata nätverk och hamnar utanför systemet då är det väldigt svårt att påverka sin situation själv, och är väldigt utlämnad på nåd och onåd. Om man vill hjälpa så ska man se till att återge självkänsla och integritet. (Man, 45 år)*

Den sista fjärdedelen upplevde att de hade liten eller ingen kontroll över sin livssituation.

*Börjar tappa tron på allting. Jag litar inte på någon längre. (Man, 43 år)*

Om man studerar svaren utifrån hur män och kvinnor har svarat så finns det vissa skillnader. Fler män uppgav att de upplever att de har kontrollmöjlighet. En femtedel framstod som tveksamma eller pessimistiska när det gäller deras kontrollmöjlighet över sin livssituation. Kvinnors svar däremot fördelades mer jämnt i alla tre

kategorier. Den positiva orienteringen var det vanligaste bland kvinnorna.

Svaren på frågan vad som haft betydelse för hälsan indelades i etiologiska/patogena (sjukdomsorsakande) och salutogena (hälsobevärande) faktorer.

Missbruket togs upp som den viktigaste orsaken till dålig hälsa, att det sliter mycket på kroppen. Därefter nämns hemlöshet.

*Jag har frusit mer än vad man bör. Suttit och sovit i bilar, helt ergonomifritt. (Man, 43 år)*

Speciellt kvinnor lyfte övriga levnadsvanor upp som en orsak till sitt hälsotillstånd. Å andra sidan är just positiva levnadsvanor det som de hemlösa mest anger ha hållit sjukdomar borta. Övriga sociala, ekonomiska eller till dessa näraliggande faktorer ges många gånger skulden för hälsosituationen. Några av de intervjuade betonar att sociala relationer och myndigheters åtgärder, främst en tid inom fångvården, har varit bra.

*För min mamma och dotter tillåter jag mig inte att sjunka i botten. (Man, 48 år)*

*Kåken har inneburit att man lever överhuvudtaget. (Man, 54 år)*

Flera berättar om mer okontrollerbara faktorer, främst ärftlighet men även speciella händelser, som betydelsefulla faktorer för hälsan.

*Vet inte. Det är väl generna, ADHD är väl ärftligt. (Man, 43 år).*

På följdfrågan om personen hade någon möjlighet att påverka sin hälsa och vad de i så fall skulle kunna göra svarade hälften att de hade sådana möjligheter och de gav också flera förslag. En tredjedel var tveksamma, utan tydliga idéer på vad som skulle vara möjligt att göra eller att det berodde på faktorer utanför dem själva. Resten var negativa, ibland med en motivation till varför.

*Nej, jag får väl nöja mig med vad överläkaren på kirurgen på SÖS sa efter att jag fått blodförgiftning och hjärklaffsinsufficiens och jag förnekades levertransplantation med motiveringen att jag inte varit så produktiv eller skulle kunna betala tillbaka de extra åren jag skulle få. (Man, 43 år).*

## **Föreställningar om framtiden**

Över hälften av de intervjuade hade en positiv syn på frågan om hur de uppfattar att deras hälsa och livssituation kommer att utvecklas de kommande åren. En del trodde inte att någon större förändring skulle ske eller hade ingen aning om hur det skulle gå. Några hade en klart pessimistisk framtidssyn.

*Jag är för slut. Jag tror jag dör inom de närmsta åren, om jag inte får ett eget boende. (Man, 50 år).*

Ganska många, en fjärdedel, kunde - eller ville - inte uttrycka någon framtidsprofetia.

## **Önskan om förändring**

Ganska många personer med erfarenhet av samhällets hjälpsystem nåddes i denna studie. Vi kunde inte undvika att också fråga vad de intervjuade hade för tankar om hur sjukvård och samhällsservice borde förändras för att hälsan eller livet som sådant förbättrades för dem själva som individer eller för hemlösa generellt.

Beträffande sjukvården fanns två typer av önskemål; dels relaterade till organisation, resurser, ekonomi, vårdkompetens och liknande och dels relaterade till bemötande och kränkningar.

Beträffande sjukvårdens organisation generellt önskade en av fem specialiserad vård för och kompetens om utsatta såsom hemlösa, missbrukare eller psykiskt sjuka.

*Mer vård för missbrukare på deras eget initiativ. Inte tvångsvård utan det måste komma från de själva. (Man, 41 år).*

Därefter hade de svarande förslag som berörde byråkrati och väntetider, ekonomiska förhållanden för patienten, kompetens och omvårdnad generellt samt sjukvårdsorganisationen generellt.

*Minska köerna för operationer och på akuten.* (Man, 48 år)

*Den kunde vara billigare eller gratis för den som verkligen ingenting har. Just 140 kronor är mycket för mig. Likadant med medicin.* (Kvinna, 61 år)

Svaren som handlade om bemötandet har vi delat in i kategorierna nonchalans, anonymitet, stress och liknande samt förakt och kränkningar. Kvinnorna tog oftare upp dessa frågor.

*Så fort de får reda på att jag är amfetaminmissbrukare blir jag dåligt bemött. I den vanliga sjukvården har jag blivit så kränkt, så kränkt och illa bemött. Jag har hört de snackat om någon som tagit överdos "va fan, det är ändå bara en jävla narkoman".* (Kvinna, 51 år)

Det vanligaste var dock att man inte önskade någon förändring av sjukvården.

Önskemål om förändring av samhället generellt kan på samma sätt indelas i olika kategorier. Organisation och bemötande är en kategori som vi delade in i underkategorier: 1) bostadspolitik eller önskan om egen bostad, 2) social och missbrukarvård samt det sociala arbetets organisation och slutligen 3) övriga önskemål om samhällets mål och metoder. Varje kategori togs upp av en tredjedel av de intervjuade.

*Om jag skulle få bostad skulle jag direkt må mycket, mycket bättre.* (Man, 58 år)

*Det ska finnas fler lågtröskelboenden, små på 12-20 personer, men man behöver också någon form av sysselsättning. Har man bott ett tag så går kriminaliteten ner med 95 procent. De äldre socialhandläggarna är bäst, de som har jobbat med såna som oss ett långt tag, har människokännedom och livserfarenhet.* (Man, 47 år)

Den sista kategorin var tankar om det generella bemötandet och attityderna gentemot hemlösa. Närmare hälften av kvinnorna men bara var fjärde man, ville ändra på bemötande och attityder mot hemlösa.

*En gång när jag somnade på Zinkensdamms tunnelbanestation på grund av för lågt blodsocker blev jag väckt av vakter med slag och sparkar, och de slutade inte fast jag sa att jag hade diabetes och visade insulinpennorna. Då jag inte fick åka tunnelbana till härbärgen började jag gå, först till Hornstull men samma vakter släppte inte in mig i tunnelbanan och samma sak upprepades vid Liljeholmen, där jag svimmade och blev inskickad till sjukhuset med ambulans med 1,2 i blodsocker. Det är därför man är deprimerad, det tycks finnas en lag för andra människor och en för mig. (Man, 43 år).*

En av de intervjuade konstaterade i slutet av intervjun:

*Jag har lärt mig och sett mycket mer under året som hemlös än under mitt tidigare liv. Det är inte bara stollar och narkomaner som hamnat här, och det kan vara så små saker som har orsakat det här. (Man, 60 år)*

## 6.8 Sammanfattande kommentar

Den aktuella studiepopulationen är som redovisat ovan selekterad. Vi riktade primärt in oss på de hemlösa som överlag lever under mer primitiva förhållanden och därmed sannolikt tillhör de hemlösa som mår sämst. Samtidigt kan det vara så att vi inte fick med de i denna grupp som hade det svårast då de inte hade samma möjlighet eller vilja att bidra. Gruppen av hemlösa är svår att studera och närma sig och även om den studerade gruppen inte är statistiskt representativ anser vi ändå att de personer som valt att delta i studien speglar viktiga aspekter av uppfattningar, föreställningar och erfarenheter av sin egen livssituation, sin hälsa och av både sjukvården och andra berörda myndigheter i denna grupp av hemlösa.

Föreliggande undersökning visar att det finns tydliga skillnader mellan den studerade gruppen av hemlösa jämfört med övriga befolkningen med avseende på sociala, ekonomiska och hälsorelaterade mått.

Kopplingen till missbruk är uttalad; det finns en stor majoritet som missbrukar droger, och respondenterna anger själva detta som den viktigaste orsaken till hemlösheten – jämfört med övriga befolkningen finns det också en överrepresentation av sjukdomar knutna till (främst injektions-) missbruk. Kopplingen till missbruk är sedan länge känd

och har alltid gjort och fortsätter göra behandling mycket komplicerad.

Även om studien omfattade den del i hemlöshetsgruppen som var mer utsatt i och med de ständigt förändrade övernattningsförhållanden i klart bristfälliga miljöer så hade en majoritet ändå en upplevelse av att kunna kontrollera sin livssituation. De förmedlade också en upplevelse av att kunna kontrollera sin hälsa samt hade ett hopp om förbättring – om än någon gång med motiveringen att det inte kunde gå så mycket sämre. De önskemål om förändringar inom samhället som uttrycktes var i grova drag bättre specialresurser för de hemlösa med ett tydligt individuellt förhållningssätt och önskan om att få hjälp till en egen bostad.

Det ansågs vidare mycket viktigt att bli bemött på samma sätt som övriga medborgare av vårdgivare, hjälpare och allmänhet. Det är känt från amerikanska undersökningar att kränkningar av mänskliga rättigheter kan leda till försämrad hälsa (110). Det är därför speciellt angeläget att sjukvården och berörda myndigheter genom sitt bemötande inte försämrar de hemlösas hälsa och situation. Det fanns flera förslag till hur man skulle kunna gå tillväga för att förbättra förhållanden för de hemlösa och minska risken för att bli dåligt bemött. Exempel på sådana förslag kom kärnfullt till uttryck av två av deltagarna i studien: skapa gräddfil för hemlösa inom sjukvården samt erbjud hemlösa medborgarvittne då de tar kontakt med myndigheter och sjukvård. Vanligtvis accepterar vi i Sverige inte så kallade gräddfiler inom sjukvården; men om det är till fördel för de sämst ställda skulle man kanske ändå kunna försvara detta (111)?

# 7 Diskussion

## 7.1 Allmänna fynd

Denna rapport visar att det finns omfattande hälsoproblem bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Utöver de grupper vi studerat finns flera andra grupper vars välfärd och hälsa inte är gynnsam. Det gäller bl a flyktingar och asylsökande, gömda personer, vissa grupper av personer med psykiska funktionshinder m fl. Många personer med utländsk härkomst som lever i Sverige har också sämre livsvillkor och hälsa än personer med svensk bakgrund. Här finns stora skillnader mellan olika grupper. Vi har i denna rapport inte gjort någon mera djupgående analys av dessa. Detta ska inte tolkas som att grupperna inte anses viktiga, utan beror framför allt på att vi inte haft tillgång till information om grupperna och på att ytterligare, särskilda studier behövs för sådana analyser.

Ett viktigt fynd i rapporten är att ohälsa och sjukdom bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper inte enbart är ett marginellt fenomen i dagens samhälle. Den beskrivna samhällsutvecklingen under den senaste tioårsperioden har gynnat vissa grupper mer än andra. Det sjukdomspanorama vi ser och dess sociala utbredning är delvis en funktion av samhällsutvecklingen och dess samspel med vård- och omsorgsinstitutioner, som också har förändrats över tid. Studier av hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper är ett sätt att belysa detta, och bör göras kontinuerligt för att bättre kunna möta förändringar av sjukdomspanorama och sjuklighet.

Denna rapport bekräftar betydelsen av den nationella folkhälso-kommitténs målområden och Stockholms läns landstings folkhälsopolicy, inte minst vad gäller delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet och goda livsvillkor. Dessa faktorer har fundamental betydelse för människors hälsa. Socialt och ekonomiskt relaterad ohälsa finns alltfjämt utbredd och tar sig idag delvis andra uttryck än tidigare.



## 7.2 Analyser av Folkhälsoenkät 2002

Analyserna av data från Folkhälsoenkät 2002 visar att en ansevärd del av befolkningen rapporterar problem både med försörjning, ekonomi och hälsa. Resultat från intervjuerna tyder på samma sak. Inte minst gäller det många yngre personer med nedsatt psykisk hälsa, med potentiellt långvariga konsekvenser för deras livsvillkor, arbets- och försörjningsmöjligheter och levnadsvanor. Arbetslösa unga vuxna rapporterar dålig hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande och många har självmordstankar. Bland utlandsfödda personer är andelen med ekonomiska och sociala problem större än bland svenskfödda personer, och en stor del av den sämre hälsa utlandsfödda personer rapporterar har sociala och ekonomiska orsaker. Bland ensamstående mödrar rapporterar en stor andel sämre hälsa och en ekonomiskt pressad situation. Bland personer som uppbär sjukersättning (förtidspension) rapporterar mer än en tredjedel en ansträngd ekonomisk situation som bland annat visar sig i att de avstår från att söka sjukvård. Mottagare av ekonomiskt bistånd rapporterar i större utsträckning än befolkningen i stort andra sociala och ekonomiska svårigheter, en stor andel rapporterar också sjukdomar och ohälsa. Alla de grupper som studerats har i genomsnitt högre vårdkonsumtion än befolkningen i stort, men de avstår också i större utsträckning från att söka vård av ekonomiska skäl.

En begränsning med denna studie är att svarsfrekvensen i Folkhälsoenkät 2002 i de studerade grupperna är lägre än för befolkningen i genomsnitt. Studiens representativitet kan således ifrågasättas. Andra studier har visat att det ofta är mera utsatta grupper som avstår från att besvara enkäter. Resultaten av de analyser som gjorts bör således snarast ses som en lägsta nivå eller möjligen en underskattning av förekomsten av de problem som rapporteras. En styrka med studierna i denna rapport är kombinationen av olika datakällor – både enkätsvar, registerdata och direkta intervjuer med personer. Intervjuer kan också bidra med annan information från de svarande som annars inte kommer fram ur data från enkäter eller register.

### 7.3 Intervjuer med mottagare av ekonomiskt bistånd och hemlösa

Att leva med ekonomiskt bistånd innebär ett intrång i individens integritet och minskad autonomi – detta upplevs mycket begränsande. Det innebär också att individen ytterst är beroende av myndigheters agerande, vilket i sin tur ställer stora krav på hur myndighetsutövande sker gentemot utsatta personer.

Sammansättningen av gruppen mottagare av ekonomiskt bistånd är heterogen. Påfallande många unga personer mottar ekonomiskt bistånd, vilket också visas i officiell statistik. Många har hälsoproblem, inte minst av psykisk karaktär, och får inte alltid den hjälp de skulle behöva. Många mottagare av ekonomiskt bistånd med hälsoproblem är ”nollplacerade”, d v s de uppbär inte sjukpenning eller annan ersättning från Försäkringskassan. En del av de intervjuade beskriver att de ”hamnar mellan stolarna” på grund av bristande samordning mellan olika samhällsinstanser när det gäller vilka åtgärder som kan komma ifråga. Individernas grundläggande problem är ofta mycket olika, och de insatser som skulle kunna hjälpa dem måste sannolikt också se olika ut. Flera personer berättade att de deltagit i åtgärder som de upplevt meningslösa och repressiva, t ex att söka jobb som man ändå inte kan få, för att kunna erhålla ekonomiskt bistånd. Ovanpå detta läggs andra bördor. I intervjuerna ges exempel på kränkande och diskriminerande behandling mot utlandsfödda, t ex vid anställning.

Att ha haft ekonomiskt bistånd under längre tid upplevs särskilt negativt, både vad gäller minskad autonomi och begränsad ekonomi. De intervjuade betonar hur viktigt det är med ett konstruktivt bemötande från handläggare och andra myndighetspersoner för att kunna komma ur beroendet av ekonomiskt bistånd. Även bemötandet från personal inom sjukvården är viktigt.

De hemlösa personer som intervjuats rapporterar mycket sjuklighet och ohälsa. Flera av intervjupersonerna menar också att deras egna problem bottnar i en serie av bekymmer som börjat långt tidigare, vilket tyder på att tidiga insatser skulle kunnat förhindra t ex

hemlöshet och utanförskap. Detta understryker betydelsen av tidiga insatser från flera instanser för att förebygga utslagning.

De flesta hade varit hemlösa en längre tid, en stor andel rapporterade missbruk. Båda dessa förhållanden bidrar till problem med hälsan. Önskemålen från de hemlösa vad gäller samhällliga insatser som skulle förbättra deras situation är ganska enkla och konkreta: bostad, individuellt utformade vård och omsorgsinsatser för vars och ens specifika behov, samt att i övrigt behandlas som varje annan medborgare. Förslaget från en av de intervjuade om ”gräddfil i vården” för hemlösa är inte oförenligt med Prioriteringsutredningens principer för vård, eftersom de hemlösa är en grupp med hög sjuklighet. Förslaget om medborgarvittnen som medverkar vid hemlösas kontakt med myndigheter skulle också kunna tillgodose önskemålet att hemlösa behandlas som övriga medborgare.

En del av ohälsan kan betingas av det sätt på vilket samhällets insatser görs och hur bemötandet sker. Flera av de personer som intervjuats vittnar om erfarenheter av kränkande behandling och utsatthet i kontakten med både sjukvård och socialtjänst. Utsatthet och kränkande behandling är en mekanism för hur sociala skillnader i hälsa genereras. Både bland mottagare av ekonomiskt bistånd och bland hemlösa personer har många upplevt kränkande behandling, nedvärdering och nonchalant bemötande i kontakter med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Misstrogenhet från sjukvårdspersonal och socialtjänstemän uppfattas mycket negativt av de intervjuade personerna.

Med ett engagerat, respektfullt och förtroendefullt bemötande av personer i utsatta positioner skapas bättre förutsättningar för en kontakt som snarare hjälper, än som stjälper. Intervjuerna ger också exempel på ”goda spiraler” av detta slag, hur engagerade tjänstemän och sjukvårdspersonal verkligen gjort en skillnad för individen och bidragit till en förbättring. I detta avseende har också det sätt på vilket verksamheten organiseras stor betydelse för förutsättningar för ett bra bemötande.

## 7.4 Hälsa- och sjukvårdens roll för socialt och ekonomiskt utsatta grupper

Hälsa- och sjukvårdsorganisationen i SLL har förändrats påtagligt under den senaste tioårsperioden. Vissa grupper i befolkningen upplever ökad tillgång till och tillfredsställelse med vården, men detta delas inte av alla. Vid förändringar av utbud och tillgänglighet av sjukvård bör hänsyn tas till hur dessa förändringar påverkar socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Många av förändringarna bygger på att individen gör aktiva val och söker den vård han/hon vill ha. Personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper är oftast inte i en position där denna valfrihet kan utnyttjas, och upplever sig hänvisade till det lokala vårdutbudet som det beskrivs i intervjuerna.

Antalet psykiatriska akutmottagningar i länet har under senare år minskat från fem till en. Effekterna av detta är oklara. För hemlösa personer har utbudet av vård ökat genom inrättandet av vårdcentralen Hållpunkten och en vårdavdelning på Ersta sjukhus. Mobila team inom psykiatrin kan också bidra till ökad tillgänglighet till vård, men grupper som inte kommer ifråga för dessa tjänster torde behöva fler insatser. Psykisk ohälsa är ett stort och växande problem som kräver ökade och kanske nya insatser både inom och utanför psykiatrin. Många unga rapporterar psykiska besvär, delvis av annan karaktär än tidigare.

I analyser av sjukvårdskonsumtion bland olika grupper noterades en större konsumtion bland mottagare av ekonomiskt bistånd. Detta speglar delvis en högre sjuklighet i denna grupp. Dock uppgav flera av de intervjuade dessutom att de p g a dålig ekonomi avstått från att söka medicinsk vård, hämta ut ordinerade läkemedel och avstått från tandvård. I andra analyser av Folkhälsoenkätdata samvarierade detta med ekonomiska problem. Patientavgifter kan alltså innebära ett hinder för att söka och få den vård eller de läkemedel man skulle behöva, mera påtagligt i lägre inkomstgrupper. Högkostnadsskyddets utformning både för sjukvård och läkemedel innebär att individen initialt betalar större delen av kostnaderna, och först efter detta får subvention. Vissa läkemedel betingar en hög kostnad även om det bara

gäller en månadskonsumtion, vilket kan skapa problem för personer med små ekonomiska marginaler.

Även om mottagare av ekonomiskt bistånd har rätt till ersättning från socialtjänsten för sjukvårdskostnader var det flera av de intervjuade som inte hade utnyttjat denna möjlighet – dels för att de inte hade pengar initialt att lägga ut på sjukvård och transporter; dels för att de av stolthet inte ville 'utnyttja' systemet.

## **7.5 Konklusion, förslag till vidare åtgärder**

- Denna rapport visar en påtaglig utbredning av socialt och ekonomiskt relaterad ohälsa, och att det finns behov av en kontinuerlig bevakning av hälsans fördelning i befolkningen och hälsan i vissa socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Det finns också ett behov av mera kunskap om hälsa och livsvillkor bland grupper som inte studerats mera djupgående i denna rapport, bland annat utlandsfödda personer, flyktingar och gömda personer samt personer med psykiska funktionshinder.
- En del av de intervjuade som har ekonomiskt bistånd har denna försörjning på grund av att de är sjuka och inte är berättigade till ersättning från Försäkringskassan. Alla upplever inte att de får adekvat vård och rehabilitering för sina besvär. Möjligheter för en bättre samordning mellan relevanta myndigheter och en medicinsk instans som bättre kunde handha att dessa personer utreds och behandlas adekvat kunde övervägas, åtminstone som försöksverksamhet i vissa områden. Den tidigare socialläkarfunktionen, som nu upphört, var en modell för en sådan instans som på ett både människovärdigt och kostnadseffektivt sätt kunde lösa problem av den karaktär som beskrivits.
- Vid förändringar av sjukvårdsutbud och sjukvårdsstruktur i landstinget bör också socialt och ekonomiskt utsatta gruppers behov beaktas. Det faktum att en stor andel av personer som är

sjuka avstår från att söka vård på grund av dålig ekonomi är oroande och borde bli föremål för vidare utredning.

- Det är viktigt att intervjupersonernas beskrivningar av kränkningar och dåligt bemötande i sjukvården och socialtjänsten beaktas för att kunna erbjuda alla en god vård och service.
- Många önskvärda åtgärder faller utanför landstingets mandat och ansvar och rör viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Till exempel behövs bostäder för hemlösa, ökad ekonomisk trygghet genom höjd nivå på transfereringar och bidrag, effektiva insatser som riktas till personer med ekonomiskt bistånd, fler arbetstillfällen även för personer som inte annars kan konkurrera på arbetsmarknaden. Det är också viktigt att vidmakthålla och utveckla kommunala stödsystem av förebyggande karaktär i barnomsorg, skola och andra verksamheter med tanke på utsatthet i ett livslöppsperspektiv.

## 8 Referenser

1. Socialstyrelsen. Social rapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
2. Socialdepartementet. Välfärdsbokslut för 1990-talet. Stockholm, 2001. (SOU 2001:79).
3. Bergman LR, Lundberg O. Perspectives on determinants of social welfare: introduction. *Int J Social Welfare* 2006;15 (Suppl 1):S2-S4.
4. Inghe G. Fattiga i folkhemmet. En studie av långvarigt understödda i Stockholm. Stockholm: Stockholms kommunalförvaltning, 1960.
5. Inghe G, Inghe MB. Den ofärdiga välfärden. Stockholm: Tidens förlag, Folksam, 1967.
6. Stenberg L, Svanström L, Åhs S. Uteliggarna i välfärdssamhället. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam, 1989.
7. Åhs S, Stenberg L, Svanström L. Fångarna i välfärdssamhället. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam, 1991.
8. Svanström L, Åhs S, Stenberg L. Handikappade i välfärdssamhället. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam, 1992.
9. Daun Å, Stenberg L, Svanström L, Åhs S. Invandrarna i välfärdssamhället. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam, 1994.
10. En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Stockholm: Socialmedicin, Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet, 2001.
11. Bergmark Å, Palme J. Welfare and the unemployment crisis: Sweden in the 1990s. *Int J Social Welfare* 2003;12:108-122.
12. Salonen T. Barnfattigdomen i Sverige. Stockholm: Rädda Barnen, 2004.
13. Andrén T, Gustafsson B. Patterns of social assistance receipt in Sweden. *Int J Social Welfare* 2004;13:55-68.
14. Bask M. Welfare problems and social exclusion among immigrants in Sweden. *European Sociological Review* 2005;21:73-89.
15. Benzeval M, Judge K. Income and health: the time dimension. *Soc Sci Med* 2001;52:1371-1390.
16. Leon DA, Walt G. Poverty, inequality and health. An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 2001.
17. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. Harmondsworth: Penguin, 1979.
18. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000, pp 13-35.
19. Starrin B, Rantakeisu U, Hagquist C. In the wake of recession – economic hardship, shame and disintegration. *Scand J Work Environment and Health* 1997;23 Suppl 4:47-54.
20. Underlid K. Poverty and experiences of insecurity. A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security. *Int J Social Welfare* 2006;15:1-10.
21. Wilkinson R. The impact of inequality. How to make sick societies healthier. New York: The New Press, 2005, pp 57-100.

22. Pearlin LI, Schieman S, Fazio EM, Meersman SC. Stress, health and the life course: some conceptual perspectives. *J Health Social Behavior* 2005;46:205-219.
23. Wamala S, Boström G, Nyqvist K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *Br J Psychiatry* 2007;190:75-76.
24. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
25. Hemström Ö. The contribution of alcohol to socioeconomic differences in mortality – the case of Sweden. I: Norström T (red). *Alcohol in post-war Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries.* Stockholm: National Institute of Public Health, 2002, pp 177-184.
26. Marmot M. Inequalities in health. *N Engl J Med* 2001;345:134-136.
27. Möller I, Ponce de Leon A, Burström B. Variationer i vårdkostnader bland slutenvårdade med psykosdiagnos i Stockholms län 1997-2002. Stockholm: Stockholms läns landsting, Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, 2006. (Rapport 2006:9).
28. Försäkringskassan. Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01 – 2005-01-01. Huvudkontoret, Utvärderingsavdelningen. Stockholm: Försäkringskassan, 2005.
29. Arbetsmarknadsstyrelsen. Arbetskraft, sysselsättning, arbetslöshet mm – utvecklingen under 1990-talet. AMS utredningsenhet prognossektionen. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen, 2000. (Ura 2000:2).
30. Forslund A, Nordström Skans O. (Hur) hjälps ungdomar av arbetsmarknadspolitiska program för unga? Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, 2006. (Rapport 2006:5).
31. Sammanfattning av arbetsmarknadsrådet i slutet av april 2007 [070515]. Länsarbetsnämnden i Stockholm, 2007. <http://www.ams.se/Go.aspx?a=73780>
32. Regionplane- och trafikkontoret. Räcker arbetskraften? Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret 2006. (Rapport 2006:4).
33. Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete. Utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999. Stockholm: Riksförsäkringsverket 2000. (Riksförsäkringsverket redovisar 2000:11).
34. Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet. – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade? Riksförsäkringsverket Stockholm: Riksförsäkringsverket, 2000. (Riksförsäkringsverket analyserar 2002:4).
35. Sveriges folkmängd 31/12 2006, definitiva uppgifter [070301]. Statistiska centralbyrån, 2007. [http://www.scb.se/templates/pressinfo\\_192728.asp](http://www.scb.se/templates/pressinfo_192728.asp)
36. Migrationsverket och länsstyrelserna övertar ansvaret för flyktingmottagandet [070308]. Integrationsverket, 2007. [http://www.integrationsverket.se/tpl/NewsPage\\_4169.aspx](http://www.integrationsverket.se/tpl/NewsPage_4169.aspx)
37. Wiberg L. Från uppgivenhet till skolstart. Stockholms läns landstings vårdkedja för barn med uppgivenhetssyndrom. Rapport 1. Mars 2005 – september 2006. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2006.
38. Integrationsverket. Sammanfattning och agenda för integration och mångfald. Rapport integration. Norrköping: Integrationsverket, 2005.
39. Socialstyrelsen. Social rapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.



40. Stockholms läns landsting. Folkhälsorapport Folkhälsan i Stockholms län 2003. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, 2003.
41. Regionplane- och trafikkontoret. Social integration i Stockholmsregionen – ett internationellt perspektiv. Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret, 2003. (Storstadspolitik 6:2003).
42. Stockholms läns landsting och Stockholms stad. Vård och flykting-introduktion i samverkan. Kartläggning och analys av arbetet i Stockholms läns landsting och Stockholms stad år 2003. Stockholm: Stockholms läns landsting och Stockholms stad, 2003.
43. Riksrevisionsverket. Att etablera sig i Sverige. En granskning av introduktionsverksamheten för flyktingar och deras anhöriga. Stockholm: Riksrevisionsverket, 2002.
44. Länsstyrelsen i Stockholm län. Introduktion och integration i utveckling. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholm län, 2004. (Rapport 2004:27).
45. Inkomstfördelningsundersökningen 2002 [060925] Statistiska centralbyrån, 2004. [http://www.scb.se/statistik/HE/HE0103/2003M00/IF0103\\_2003M00\\_B\\_R\\_HEFT0401.pdf](http://www.scb.se/statistik/HE/HE0103/2003M00/IF0103_2003M00_B_R_HEFT0401.pdf)
46. Inkomstfördelningsundersökningen 2004 [060925]. Statistiska centralbyrån, 2006. [http://www.scb.se/statistik/HE/HE0103/2004A012/HE0103\\_2004A012\\_SM\\_HE21SM0601.pdf](http://www.scb.se/statistik/HE/HE0103/2004A012/HE0103_2004A012_SM_HE21SM0601.pdf)
47. Socialdepartementet. Har barnhushållens ekonomiska resurser minskat över tid? Stockholm 2001. (SOU 2001:55).
48. Statistiska centralbyrån. Ensamstående mödrar – 90-talets ekonomiska förlorare. VårdsBulletin Nr 4 2001:11-12.
49. Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
50. Statistiska centralbyrån. Ungdomars ekonomiska välfärd – inkomster, sysselsättning och förmögenhet. Befolknings- och välfärdsstatistik. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2005.
51. Fritzell S, Burström B. Skillnader i hälsa bland ensamstående och sammanboende mödrar i Stockholms län 2002. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och hälsoekonomi, 2006.
52. Socialstyrelsen. Socialbidragsutvecklingen inom storstadssatsningens stadsdelar. Rapport till regeringen enligt uppdrag i regleringsbrev för 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
53. Statistiska centralbyrån. 120 000 barn berörs av långvarigt socialbidrag. VårdsBulletin Nr 2 1999:16-19.
54. Socialstyrelsen. Långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:5. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
55. Många unga lever på ekonomiskt bistånd [070317]. Socialstyrelsen, 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2006/Q1/pres060227.htm>
56. Regionplane- och trafikkontoret. Årsstatistik för Stockholms län och landsting. Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret, 2007.
57. Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Rehabilitering eller utanförskap? Om sjuka, nollplacerade med ekonomiskt bistånd. Stockholm: Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2003.

58. Riksförsäkringsverket. Karakteristika hos personer som är sjukskrivna och arbetslösa. Stockholm: Riksförsäkringsverket 2002. (Riksförsäkringsverket Redovisar 2002:1).
59. Försäkringskassan. Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar 2003 och 2004. Diagnosfördelning. Stockholm: Försäkringskassan 2005. (Statistik 2005:6).
60. Riksförsäkringsverket. Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa – ålder, kön och diagnos. Stockholm: Riksförsäkringsverket 2003. (Riksförsäkringsverket Redovisar 2003:1)
61. Försäkringskassan. Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 1). Stockholm: Försäkringskassan, 2006. (Försäkringskassan analyserar 2006:2).
62. Socialstyrelsen. Folkhälsa. Lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
63. Nordfeldt M. Hemlösa barnfamiljer i Hässelby-Vällingby – utvärdering av projektet Steget före. Sköndalsinstitutet 2005.
64. Socialdepartementet. Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. Stockholm 2005. (SOU 2005:88).
65. Andersson K, von Essen E, Turner B. Bostadspolitiska förändringar i Europa. Institutet för bostads- och urbanforskning, Uppsala: Uppsala universitet, 2004.
66. Befolkningen i Stockholms län 2006 [070523]. Statistiska centralbyrån 2007. [http://www.rtk.sll.se/stat/befolknutv/2006/Befolkn\\_Stockholms\\_slutg.pdf](http://www.rtk.sll.se/stat/befolknutv/2006/Befolkn_Stockholms_slutg.pdf)
67. Prisutveckling bostadsrätter [070523]. Mäklarstatistik 2007. <http://www.maklarstatistik.se/B01.htm>
68. Länsstyrelsen i Stockholms län. Läget i länet. Bostadsmarknaden i Stockholms län 2006. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms län 2006. (Rapport 2006:14).
69. Stopp för socialbidragstagare i flera bostäder [070524]. Svenska Dagbladet 9 maj 2007. [http://www.svd.se/dynamiskt/stockholm24/did\\_15398156.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/stockholm24/did_15398156.asp)
70. Palier B. Hälso- och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting 2006.
71. Socialdepartementet. Hälsa på lika villkor: nationella mål för folkhälsan. Stockholm 2000. (SOU 2000:91).
72. Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet. Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser. Stockholm: Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, 2004.
73. Socialstyrelsen. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
74. Psykiatrin – en lägesbeskrivning [060531]. Landstingsförbundet 2004. <http://www.skl.se/artikel.asp?A=11336&C=3310&ArticleVersion=5>
75. Socialdepartementet. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm 2006. (SOU 2006:100).
76. Walander A, Ålander S och Burström B. Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma äldre. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi, 2004. (Vård på lika villkor, Rapport 2004:1).

77. Forsell Y, Hansson A. Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv. Data från PART-studien. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för psykisk hälsa – barn och unga. (Rapport 2001:2).
78. Socialstyrelsen. Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
79. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2005. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005.
80. Burström K, Rehnberg C. Hälsorelaterad livskvalitet I Stockholms län 2002: Resultat per åldersgrupp och kön, utbildningsnivå, födelseland samt sysselsättningsgrupp – en befolkningsundersökning med EQ-5D. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och hälsoekonomi, 2006. (Rapport 2006:1).
81. Jacobsson G. On the threshold of adulthood: Recurrent phenomena and developmental tasks during the period of young adulthood. Stockholm: Department of Education, Stockholm University, 2005.
82. OECD. OECD Employment outlook 2005 [060514]. <http://www.oecd.org>
83. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity. I: Marmot M, Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of health. Second Edition.* New York: Oxford University Press, 2006, s 78-96.
84. Salonen T, Angelin A. Youth at risk of marginalization: Long-term effects of early labour market exclusion in Sweden. Conference paper 2006 [070625]. <http://ask.lub.lu.se>.
85. Salonen, T. Skilda uppväxtvillkor. En studie av ekonomisk utsatthet bland barn till ensamstående ur ett storstadsperspektiv. Stockholm: Rädda Barnen, 2006.
86. Socialdepartementet. Ekonomiskt utsatta barn. Stockholm: Socialdepartementet, 2004. (Ds 2004:41).
87. Fritzell, S. Burström, B. Economic strain and self-rated health among lone and couple mothers in Sweden during the 1990s compared to the 1980s. *Health Policy*, 2006;79:253-64.
88. Björnberg, U. Single Mothers in Sweden: Supported Workers who Mother. I: Duncan, S. Edwards, R. (red) *Single Mothers in an International Context.* London: UCL Press, 1997.
89. Burström B, Diderichsen F, Shouls S, Whitehead M. Lone mothers in Sweden: trends in health and socio-economic circumstances, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*, 1999; 53: 750-56.
90. Ringbäck Weitoft G. Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill-health. Umeå: Umeå Universitet, *Epidemiology and Public Health Sciences*, 2003. (Doktorsavhandling).
91. Butterworth P. Lone mothers' experience of physical and sexual violence: association with psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 21-7.
92. Lipman E.L, Offord, D.R, Boyle M.H. Single mothers in Ontario: Sociodemographic, physical and mental health characteristics. *CMAJ*. 1997; 1: 156: 639-45.
93. Targosz S, Bebbington P, Lewis G, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Meltzer H. Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med*. 2003; 33: 715-22.

94. Mclean H, Glynn K, Ansara D. Multiple roles and women's mental health in Canada. *BMC Women's Health* 2004, 4(Suppl I):S3. doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S3.
95. Broms E. Det är skillnad. En studie kring tonårsföräldrar och deras tonåringar på Södermalm. Stockholm: Sveriges Makalösa Föräldrar, 2005.
96. Vogel V. Integration till svensk välfärd? Om invandras välfärd på 90-talet, Stockholm: Statistiska centralbyrån, Arbetslivsinstitutet, 2002. (Levnadsförhållanden. Rapport nr 96).
97. Jones C, Burström B, Marttila A, Canvin K, Whitehead M: Studying social policy and resilience to adversity in different welfare states: Britain and Sweden. *International Journal of Health Services* 2006; 36:425-442.
98. Socialstyrelsen: Lägesrapport 2005. Individ- och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
99. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund, 1997.
100. Salonen T: Hundra år av understöd. I: Socialbidrag i forskning och praktik (red. Puide A). Centrum för utvärdering av socialt arbete. Gothia, Göteborg, 2000.
101. Rauhut D (red). Vägen till arbete – om Stockholms stads arbete med olika grupper av arbetslösa socialbidragstagare. (Rapport 2007:2).
102. Stockholms stad, Socialtjänstförvaltningen. Tjänsteutlåtande Socialtjänstnämnden 2006-04-27, Dnr 402-0298/2006.
103. Beijer U, Fugelstad A. Dödlighet bland hemlösa i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* 2004;81:71-74.
104. Inghe G. Klientelet på ungarshotellen. Socialmedicinsk undersökning utförd av professor Gunnar Inghe på uppdrag av socialvårdens planeringskommitté. Stencil, 1962.
105. Borg S. Homeless Men. A Clinical and Social Study with Special Reference to Alcohol Abuse. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1978:276.
106. Åsander H. A Field Investigation of Homeless Men in Stockholm. A SocioPsychiatric and Clinical follow-up study. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1980:281.
107. Norman J. Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm. Socialmedicinska kliniken. Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Socialmedicinsk information 1979:3.
108. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine* 2001; 33: 337-43.
109. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of Life Research* 2001; 10:621-35.
110. Mann J. Health and Human Rights. New York, London: Routledge, 1999.
111. Rawls J. En teori om rättvisa. Göteborg: Daidalos, 2001.

# Appendix

## Material och metod avseende data från Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006 samt intervjuenkäten bland hemlösa 2006

### Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006 i Stockholms län

Folkhälsoenkäterna är tvärsnittsstudier där självadministrerade postenkäter skickades ut till ett representativt urval av befolkningen i Stockholms län år 2002 och 2006. Frågorna behandlade hälsa, livsvillkor och levnadsvanor. Folkhälsoenkät 2002 har varit underlag för folkhälsorapport ”Folkhälsan i Stockholms län 2003”, där resultat från en del av urvalet presenterades tillsammans med en beskrivning av enkätens innehåll och tillvägagångssättet vid enkätens utskick [40]. Folkhälsoenkät 2002 skickades ut till 49 914 personer mellan 18-84 år i Stockholms län. Totalt 31 182 enkäter sändes tillbaka, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 62,5 procent. Kvinnor hade en högre svarsfrekvens (68 procent) än män (57 procent). Variablerna i enkäterna är närmare beskrivna nedan. Folkhälsoenkät 2006 skickades ut till 57 009 personer mellan 18-84 år i Stockholms län. Totalt 34 707 enkäter sändes tillbaka, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 60,9 procent.

### Intervjuenkät bland hemlösa 2006 i Stockholms län

Ett nytt frågeformulär anpassat för intervjuer med hemlösa utarbetades och utprovades. Folkhälsorapportens enkät från 2002 med de förändringar som tillkom i 2006 års version låg till grund men många frågor i originalenkäten, exempelvis om bostadsförhållanden, var inte tillämpbara och en viktig målsättning var att intervjun skulle kunna genomföras på 30 minuter. Vi ville även få med vissa frågor från andra undersökningar samt med tanke på studiens syfte skapa helt nya öppna frågor om erfarenhet av övernattningsförhållanden, hemlöshetens orsaker, livs- och hälsosituationens orsaker samt vad den intervjuade önskade för förändring av vårdens och samhällets utseende.

### Urval av platser för intervjuer

Ambitionen var att undersöka en av samhällets mest utsatta grupper. Då även gruppen hemlösa kan indelas i olika undergrupper beroende på hur hemlöshet definieras avgränsades intervjuundersökningen till att omfatta de som hade de mest primitiva och temporära övernattningsförhållandena. Denna grupp ingår i den första kategorin i Socialstyrelsens indelning - de som är hänvisade till akutboende, härbärke, jourboende eller är uteliggare. Dessa personer återfinns på de natthärbärgen som enbart erbjuder övernattnings utan möjlighet att få stanna inomhus dagtid samt de daghärbärgen som då kompletterar för de individer som blir utelåsta på morgonen. Vi hade också ambitionen att proportionen kvinnor skulle vara lika stor som i de övergripande kartläggningar som gjorts, vilket är cirka 25 procent. Frivilligrörelsen Convictus daghärbärke Bryggan City är en av de större samlingsplatserna för hemlösa och missbrukare i Stockholms innerstad och i och med sitt läge i nära anslutning till den miljö där många hemlösa dagligen strömmar igenom. Hållpunktens läkarmottagning riktar sig till mer "kvalificerat" hemlösa (hotellhemsboenden får inte gå regelbundet där) och det är en plats många känner till. Likaså är socialtjänstens Enhet för hemlösa välkänd och en daglig samlingspunkt för de hemlösa med mer ostadiga boendeförhållanden. I fallande frekvens besöktes även andra vistelseplatser för Stockholms hemlösa för att få en bättre representation av personer från hela variationen av vistelse- och boendemiljöer som finns i Stockholm och för att det var lättare att få tag på kvinnor vid de särskilda boenden för kvinnor som finns. Det bedömdes vara relativt lätt för personalen på alla dessa platser att samla de som där var intresserade av att delta och därigenom kunna få ihop flera svarande vid samma tillfälle. Sammanlagt besöktes 20 olika lokaliteter; 2 i sjukvårdens regi, 13 skötta av socialtjänsten eller i vissa fall i samarbete med en frivilligorganisation och 5 drivna helt av de senare.

### Urval av studiepopulation och intervjun

På plats gjordes först någon form av selektering av vilka som tillfrågades om deltagande. En grupp som inte bedömdes skulle kunna fullfölja intervjun valdes bort, exempelvis de som var uppenbart berusade, mycket stressade eller "stökiga". Inte heller bedömdes de som verkade mycket trötta som lämpliga. Några i det tillståndet deltog ändå men kunde då nicka till under samtalet och utelämnade säkert en och annan viktig detalj i sin berättelse på grund av sin trötthet. De som verkade mycket skygga och inte öppna för samtal fick primärt

oftast vara i fred, men de gånger en sådan person tillfrågades kunde det ändå bli en mycket bra intervju när väl intervjun genomfördes. Individer med stora problem med det svenska språket inkluderas inte. De som oftast blev tillfrågade var alltså de, oftare ensamma, lugnare personerna som satt och väntade. På de platser där någon anställd eller volontär hade pratat med klienten/patienten och bokat in tid för samtal gick intervjun oftast mycket lätt. Selektionen var då redan gjord, sannolikt på samma grunder som vi skulle ha gjort, men baserad på betydligt mer erfarenhet av de presumtiva kandidaterna. De flesta intervjuerna tillkom dock efter att vi själva frågade någon av besökarna eller boenden på de ställen som besöktes. Alla utom två av intervjuerna utfördes av samma person. En uppskattning är att vi under studietiden kan ha observerat upp emot 800 till 1000 hemlösa individer och att mellan 300 och 400 av de hemlösa som under sensommaren och hösten 2006 uppsökte ovan nämnda platser tillfrågades om deltagande. Databearbetningen genomfördes under totalt 56 dagar. Varje dag skedde mellan en och sex, med i genomsnitt knappt tre, intervjuer. De som efter att ha blivit informerade och givit sitt samtycke att delta följde därefter med till en plats där intervjun kunde genomföras i enrum vilket oftast var möjligt på alla ställen som besöktes. Den faktiska tiden för intervjuerna varierade mellan 15 minuter och 6 timmar med ett medianvärde omkring 45-50 minuter. Fem avbröt intervjuerna, huvudsakligen pga tidsbrist.

#### Databearbetning och analys

Registreringen av intervjusvar gjordes i samma Excel-fil som intervjuformuläret hade utformats i och analyserna gjordes i statistikprogrammet SAS. Resultaten analyserades för män och kvinnor separat. De öppna frågorna har kategoriserats utifrån teman. Vissa frågor skattades med hjälp av konfidensintervall för proportioner. Svaren jämfördes med den övriga befolkningen i samma åldersintervall, representerad av resultaten från Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006 och Socialstyrelsens nationella kartläggning av hemlösheten i Sverige 2005.

## Bakgrundvariabler i enkäterna

Nedan ges en beskrivning av hur bakgrundvariablerna i Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006 samt i intervjun bland hemlösa har klassificerats. Först görs en beskrivning av de utsatta grupper denna rapport avser att belysa följt av en uppdelning på demografiska faktorer, livsvillkor, levnadsvanor och hälsoutfall.

### Utlandsfödda

Individerna har klassificerats i tre grupper baserade på födelseland: *Sverige; Europa och Nordamerika; Asien; Afrika och Sydamerika*. Registeruppgifter om individers födelseland från databasen LOUISE har påförts databaserna Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006. Personer som inte är födda i Sverige har grupperats som *utlandsfödda*.

### Ensamstående mödrar

För föreliggande rapport har vi inkluderat kvinnor upp till och med 65 år. Det finns metodproblem i att urskilja de ensamstående mödrarna i Folkhälsoenkät 2002. Den fråga som här använts för att särskilja ensamstående mödrar från gifta/samboende är "Med vem delar du bostad, d v s bor tillsammans med under större delen av veckan?" Alternativen är: "ingen"; "föräldrar/syskon"; "make/maka/sambo"; "barn"; "andra". För att klassificeringen av mödrarna ska bli så rättvisande som möjligt har de kvinnor som bor med andra tagits bort, detta för att minska risken att den intervjuade bor med andras barn. De skulle i så fall fortfarande kunna ha föräldransvar för barn, som de dock inte bor med. De båda frågorna ger olika sorters felkällor och vi har därför fokuserat på frågan vem intervjupersonen bor med. I denna rapport har de kvinnor som anger att de bor enbart med barn och make/maka/sambo (*gifta/samboende mödrar*), samt de som bor enbart med barn (*ensamstående mödrar*) inkluderats i analyserna. Av dem som då blev kvar har de som anger att de inte har föräldransvar samt de som enbart har hemmaboende barn över 19 år tagits bort från analyserna.

### Arbetslösa unga vuxna

Personer 18-24 år har klassificerats som *unga vuxna*. Information om sysselsättning har baserats på individernas svar på en fråga i befolkningsenkäterna om huvudsaklig sysselsättning. För analyser av unga vuxna har följande tre kategorier bildats: *har arbete* (anställda eller egna företagare); *arbetslösa; studerande*.



### Förtidspensionärer/mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning

Personer som på frågan om sysselsättning i befolkningsenkäterna svarat att de är förtidspensionerade (förtids- eller sjukpensionerade) och är under 65 år har klassificerats som *förtidspensionärer*. Personer som i enkäten bland hemlösa på frågan ”Hur har du försörjt dig det senaste året?” svarade att de försörjt sig på pension och var under 65 år klassificerades som *förtidspensionärer*. Se vidare nedan under avsnittet sysselsättning.

### Mottagare av ekonomiskt bistånd

I befolkningsenkäterna ställdes frågan ”Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och att du blivit tvungen att begära socialhjälp för att kunna klara matkontot eller hyran?” De personer som svarade ”ja, vid ett eller flera tillfällen” klassificerades som *mottagare av ekonomiskt bistånd*.

### Utsatta personer

Personer som i Folkhälsoenkät 2002 klassificerats i två eller flera av följande grupper: arbetslös; saknar kontantmarginal; begärt socialhjälp; saknar personligt stöd; saknar praktiskt stöd; varit utsatt för hot om våld; varit utsatt för våld klassificerades som en *utsatt person*.

### Hemlösa

Enligt Socialstyrelsens definition ingår i *hemlöshetspopulationen* de som inte har ett eget förstahands bostadskontrakt i någon form eller långvariga (>3 månader) andrahandskontrakt samt de som även om de har en långvarig inneboende-situation eller liknande sökt hjälp pga boendesituationen. (Socialstyrelsen 2006b)

Socialstyrelsen graderar läget i fyra sk situationer vilka är de som är hänvisade till akutboende, härbärge, jourboende eller är uteliggare, den som är intagen eller inskriven på kriminalvårdsanstalt, behandlingsenhet eller stödboende men inte har någon bostad ordnad inför en utskrivning som planeras ske inom eller utom tre månader samt som nämnts en person som tillfälligt och utan kontrakt bor hos kompisar, bekanta, familj, släktingar eller har ett tillfälligt inneboende- eller andrahandskontrakt och på grund av denna situation har sökt hjälp.

## Demografiska faktorer, klassificering

### Ålder

Folkhälsoenkät 2002 och Folkhälsoenkät 2006 inkluderade åldrarna 18-84 år. Intervjun bland hemlösa inkluderade personer som var i åldrarna 21-73 år. Analyserna där samtliga utsatta grupper jämfördes med Folkhälsoenkät 2002 inkluderade 18-64 år förutom unga vuxna 18-24 år och hemlösa 21-73 år. Analyser av hemlösa i jämförelse med Folkhälsoenkät 2006 har gjorts för åldersgruppen 21-73 år. Ensamstående mödrar inkluderar åldrarna 18-65 år. Analyser av utbildningsnivå har gjorts från 25 års ålder. Den indelning i mindre åldersgrupper som har gjorts framgår i respektive avsnitt eller tabell.

### Födelseland

För klassificering baserat på födelseland se avsnittet utlandsfödda ovan. Information om hemlösa personers födelseland är baserad på självrapportering vid intervjun.

## Livsvillkor, klassificering

### Utbildningsnivå

Registeruppgifter från databasen LOUISE om individers utbildning, klassificerad i sju kategorier, har påförts databasen Folkhälsoenkät 2002. I föreliggande analyser har följande fyra kategorier om högsta utbildningsnivå bildats: *grundskola* (förgymnasial utbildning 9 år eller kortare); *gymnasium 2 år* (gymnasial utbildning högst 2 år); *gymnasium 3-4 år* (gymnasial utbildning 3 eller 4 år eller eftergymnasial utbildning kortare än 3 år); *högskola/universitet* (eftergymnasial utbildning 3 år eller längre eller forskarutbildning). I LOUISE registreras utbildning för personer t o m 74 år och uppgifterna avser år 2000. Således finns information om utbildning för de individer som var mellan 18 och 76 år när de besvarade Folkhälsoenkät 2002. I föreliggande rapport har analyser baserade på utbildningsnivå begränsats till åldersgruppen 25-76 år. För hemlösa är uppgifterna självrapporterade och baserade på svar på frågan "Vilka av följande utbildningar har du?". Svartalternativen var folkskola, grundskola eller enhetsskola; 2-årigt gymnasium, realskola eller yrkesskola; 3-4-årigt gymnasium; universitets- eller högskoleutbildning; annat. För vart och ett av svartalternativen ställdes också frågan "Gick du klart?".

### Sysselsättning

Information om sysselsättning har baserats på individernas svar på en fråga i befolkningsenkäterna om huvudsaklig sysselsättning. I föreliggande analyser har följande fyra kategorier bildats: *har arbete* (anställda eller egna företagare); *arbetslösa*; *förtidspensionerade* (förtids- eller sjukpensionerade); *studerande*. I intervjun bland hemlösa ställdes en fråga om försörjning det senaste året med svarsalternativen regelbundet arbete; tillfälliga arbeten; studiemedel; A-kassa eller liknande; ersättning från Försäkringskassan; pension; socialbidrag. De som på frågan "Hur har du försörjt dig det senaste året?" svarade att de inte försörjt sig på regelbundet arbete eller tillfälliga arbeten klassificerades som *arbetslösa*. De som svarade att de försörjt sig på pension och var under 65 år klassificerades som *förtidspensionärer*. Personer som svarat "ja" på frågan "Har du varit arbetslös någon gång under de senaste två åren?" klassificerades som att de varit *arbetslösa de senaste två åren*.

### Arbetstid

Individens arbetstid delades in i tre grupper: *heltid*; *deltid*; *övriga*, utifrån svar på frågan "Hur många timmar i veckan arbetar du sammanlagt?" i Folkhälsoenkät 2002. De som svarade över 35 timmar klassificerades som *heltid*. De som svarade under 35 timmar klassificerades som *deltid*. Annan arbetstid klassificerades som *övriga*. Individens arbetstid klassificerades enligt svar på frågan "Överensstämmer din veckoarbetstid med dina önskemål?". De som svarade att "ja, den överensstämmer", kategoriserades som *lagom arbetstid*. De som svarade "nej, skulle vilja arbeta mindre", kategoriserades som *för mycket arbetstid*. Slutligen de som svarade "nej, skulle vilja arbeta mer", kategoriserades som *för lite arbetstid*.

### Ekonomiska resurser

Information om personers kontantmarginal var i Folkhälsoenkät 2002 baserad på frågan "Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle du klara det?". Personer som svarade "alltid" eller "för det mesta" klassificerades som att *sakna kontantmarginal*. Frågan gavs inte i intervjun bland hemlösa. De personer som svarat "ja, vid ett tillfälle" eller "ja, vid flera tillfällen" på frågan "Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och att du blivit tvungen att låna från släkt och vänner för att klara matkontot eller hyran?" klassificerades som att de *tvingsats låna av släkt/vänner*.

### Vård och ekonomiska resurser

De personer i befolkningsenkäterna och i intervjun bland hemlösa som svarade ”ja” på frågan ”Har du under de senaste 12 månaderna avstått från att gå till tandläkare, sjukvården eller att ta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi?” klassificerades som att *ha avstått från tandläkare, sjukvård eller läkemedel p g a dålig ekonomi*.

### Ekonomiskt bistånd

För information om begäran om *ekonomiskt bistånd* i befolkningsenkäterna se avsnittet mottagare av ekonomiskt bistånd ovan. För hemlösa se avsnittet sysselsättning ovan.

### Boende

Individens boende har utifrån Folkhälsoenkät 2002 klassificerats i tre grupper: *hyresrätt; egen bostadsrätt/villa/radhus; annat/ingen uppgift* (här ingår servicehus, inneboende eller andra handsboende). De hemlösa tillfrågades istället för boende om de övernattningsförhållanden de erfarit under det senaste året där svarsalternativen ”bostad med förstahandskontrakt”, ”bostad med andrahandskontrakt”, ”hos partner, släkting eller kompis”, ”hotell, camping eller vandrarhem”, ”hotellhem”, ”boendekollektiv, gruppboende, inackorderingshem”, ”försökslägenhet, träningslägenhet eller socialt kontrakt”, ”frivilligt på behandlingshem, stödboende eller institution”, ”på härbärge, akutboende eller lågtröskelboende”, ”eget ordnat arrangemang med visst skydd från vädrets påverkan, som t.ex. bil, buss, husvagn, kolonistuga, källare, trappuppgång eller liknande”, ”uteliggare eller tältat”, ”häkte eller i fängelse”, ”under någon form av tvångsvård. (missbruk, psykiatrisk, rättspsykiatrisk, smittskydd, vård av unga)”, även alternativet ”annat, i så fall vad?” gavs.

### Sociala relationer

De individer som i befolkningsenkäterna på frågan ”Har du någon eller några personer som kan ge dig ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?” svarat ”nej, för det mesta inte” eller ”nej, aldrig” klassificerades som att de *saknar personligt stöd*. Individer som svarade ”nej, för det mesta inte” eller ”nej, aldrig” på frågan ”Kan du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem?” klassificerades som att de *saknar praktiskt stöd*. Bland hemlösa ställdes frågan ”Har du någon att vända dig till om du får problem?” De som svarade ”nej för det mesta inte” eller ”nej, aldrig” klassificerades som att de *saknar personligt stöd*.

### Trygghet

De individer som svarade ja på frågan ”Har du någon gång de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller allvarliga att du blev rädd?” klassificerades som *utsatta för hot om våld*. Individer som svarade ”ja” på frågan ”Har du någon gång de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?” klassificerades som *utsatta för fysiskt våld*. Bland hemlösa ställdes enbart frågan om de blivit utsatta för fysiskt våld. Följdfrågor ställdes också om detta skedde under en vistelse på ett boende ordnat av samhället eller någon organisation eller om det skedde på någon annan plats samt vilken relation personen hade till den eller de som utövade våldet.

### Frågor om individen övervägt att ta sitt liv

I Folkhälsoenkät 2002 finns frågor om personen allvarligt har övervägt eller planerat att ta sitt liv och om han/hon har försökt att ta sitt liv. Svaren på dessa frågor presenteras sammanslagna som den andel personer som har övervägt eller försökt ta sitt liv. I enkäten till hemlösa ställdes fyra frågor ”har du någon gång önskat att inte leva längre”, ”tänkt på att ta livet av dig”, ”planerat att begå självmord” respektive ”gjort något självmordsförsök?”

## **Levnadsvanor, klassificering**

### Rökvanor

Personer som i befolkningsenkäterna eller i intervjun bland hemlösa svarade ”ja” på frågan ”Röker du dagligen?” klassificerades som *dagligrökare*.

### Alkoholvanor

I Folkhälsoenkät 2006 och i intervjun bland hemlösa ställdes följande fråga om alkoholvanor: ”Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande minst en halv flaska sprit ...eller två flaskor vin ...eller 6 burkar, ungefär 8 flaskor, starköl ...eller 12 flaskor folköl?”. De personer som svarade ”någon gång i veckan eller mer” klassificerades som *dricker alkohol motsvarande 2 flaskor vin en gång per vecka eller oftare*. För analyser av Folkhälsoenkät 2002 gjordes en klassificering av alkoholkonsumtion baserad att *högriskkonsumtion* av alkohol definieras som det alkoholintag som kan anses vara skadligt. Ett skadligt intag för kvinnor motsvarar en genomsnittlig konsumtion av minst 25g ren alkohol om dagen eller mer än två tillfällen med överkonsumtion av alkohol per vecka. För männen motsvarar ett skadligt intag

en genomsnittlig konsumtion av minst 35g ren alkohol om dagen eller mer än fyra tillfällen med överkonsumtion av alkohol per vecka.

#### Fysisk aktivitet

De individer i Folkhälsoenkät 2002 som på frågan ”Hur mycket har du rört dig kroppsligen på fritiden under de senaste 12 månaderna?” svarat att de ”mest ägnar sig åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden och att de promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan” har klassificerats som att de har *stillasittande fritid*.

### **Hälsoutfall, klassificering**

Samtliga frågor som ligger till grund för nedanstående hälsotillstånd var inkluderade i Folkhälsoenkät 2002, Folkhälsoenkät 2006 och i intervjuundersökningen bland hemlösa 2006.

#### Allmänt hälsotillstånd

Allmänt hälsotillstånd, så kallad global självskattad hälsa (self-rated health, SRH), baserades på individernas svar på frågan ”Hur bedömer du ditt hälsotillstånd för närvarande? Är det mycket gott, gott, någorlunda, dåligt, mycket dåligt?”. De som svarat någorlunda, dåligt, mycket dåligt klassificeras som att ha *sämre än god självskattad hälsa*.

#### Långvarig sjukdom

Personer som svarade ja på frågan ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller någon annan svaghet?” klassificerades som *långvarigt sjuka*. De individer som svarar att de till följd av långvarig sjukdom i hög grad eller i någon mån har nedsatt arbetsförmåga klassificeras som att ha *långvarig begränsande sjukdom*.

#### Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)

General Health Questionnaire (GHQ12) är ett mått som avser att uppskatta förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande. Dessa 12 frågor mäter inte sjukdom i psykiatrisk bemärkelse utan fångar främst psykiska reaktioner på aktuella påfrestningar. Varje fråga har fyra svarsalternativ: mer än vanligt, som vanligt, mindre än vanligt samt mycket mindre än vanligt. En individ som på två eller flera av dessa frågor svarar att han/hon har problem klassificeras som en person med *nedsatt psykiskt välbefinnande*.

### EQ-5D dimensioner

Med det beskrivande frågeformuläret i EQ-5D kan individen klassificera sin hälsa i fem dimensioner (*rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet*) och i tre allvarlighetsgrader (*inga problem, måttliga respektive svåra problem*). De fem frågorna med tre svarsalternativ ger totalt 243 ( $3^5=243$ ) kombinationer eller 243 unika hälsotillstånd. Resultat från det beskrivande frågeformuläret presenteras i andelar (procent) som rapporterar inga, måttliga och svåra problem per dimension alternativt är andelen som har måttliga eller svåra problem presenterad som en sammanslagen procentandel. För utförligare beskrivning av hälsorelaterade livskvalitetinstrumentet EQ-5D se Burström 2006 (109).

### Livskvalitetsvikt EQ-5D index

Vart och ett av de 243 unika hälsotillstånden har en unik livskvalitetsvikt där full hälsa =1 och död=0. Resultat uttryckt som *livskvalitetsvikt EQ-5D index* presenteras som ett medelvärde för den aktuella gruppen.

### Självskattad hälsa EQ VAS

EQ VAS är en termometerliknande skala, en så kallad visuell analog skala (VAS), där ändpunkterna är definierade som "sämsta tänkbara hälsotillstånd" respektive "bästa tänkbara hälsotillstånd". På EQ VAS ombeds individen markera den punkt på skalan, mellan 0 och 100, som motsvarar dennes nuvarande hälsotillstånd. Med EQ VAS kan individen alltså ge ett värde som svar på frågan om sitt nuvarande hälsotillstånd. Resultat uttryckt som *självskattad hälsa EQ VAS* presenteras som medelvärde för den aktuella gruppen.

# Metodbeskrivning, intervjuer bland personer med knappa ekonomiska resurser

## Studiens genomförande

Resultatet som presenteras i kapitel 5 baseras på material som samlats för en större jämförande studie mellan Sverige och Storbritannien i syfte att studera vilken betydelse socialpolitik och dess praktik har för dem som lever med knappa ekonomiska resurser och att studera människors erfarenheter av att leva med knappa ekonomiska resurser. Studien har genomförts i två steg. Första steget innebar en policyanalys i båda länderna om socialpolitikens betydelse för individer som lever i en ekonomisk, social eller hälsomässig utsatt position. Andra steget var att genomföra en intervjustudie i båda länderna med liknande utgångspunkter och frågeställningar.

Den svenska studien genomfördes i Stockholms län, i sex bostadsområden. Bostadsområdena valdes ut på så sätt att både förorter och ytterområden ingår i studien, och på så sätt att områdena belägna både i norra och södra delen av länet inkluderades. Även den socioekonomiska sammansättningen i områdena varierar.

Intervjuer har genomförts dels med individer som lever med knappa ekonomiska resurser, och dels med tjänstemän som arbetar med den här gruppen. Även observationer har genomförts i socialkontor samt på olika verksamheter i dessa kommuner/bostadsområden dit bl a arbetslösa och personer som får ekonomiskt bistånd ofta hänvisas.

Syftet är att presentera resultatet från intervjuerna med individer som lever med knappa ekonomiska resurser som genomförts i Stockholms län.

## Urvalsprocedur och material

Rekryteringen till studien genomfördes i samverkan med socialtjänsten, främst enheten för ekonomiskt bistånd i respektive bostadsområde. Information om studien lämnades först till stadsdels/kommundirektörerna samt de berörda aktörerna, bl a socialtjänsten och efter ett skriftligt godkännande togs kontakt med socialtjänst i varje område. I samråd med socialtjänsten anpassades rekryteringen till de organisatoriska förhållandena i respektive område. Ett antal



socialsekreterare frågade därefter om deras klienter ville delta i studien. I rekryteringen eftersträvades att intervjupersonerna skulle ha olika typer av erfarenheter, bakgrund och hinder, att vi ville intervjua både män och kvinnor i olika åldrar och etnisk bakgrund, men att intervjupersonerna också skulle ”representera” de grupper som socialsekreterarna möter i sitt dagliga arbete. I flera stadsdelar och kommuner är arbetet med ekonomiskt bistånd organiserat i olika arbetsgrupper. Det förekommer att man arbetar med arbetslösa och sfi-studerande i en grupp, långtidssjuka och missbrukare i en grupp och i vissa organisationer med unga vuxna i en grupp. I rekryteringen försökte vi hitta intervjupersoner från alla dessa grupper.

Rekryteringen på det här sättet gav varierande resultat i de olika bostadsområdena. Därför bestämdes att i de områden där endast enstaka intervjuer genomförts ta kontakt även med arbetscentrum i respektive kommun/stadsdel dit individer som söker ekonomiskt bistånd ofta hänvisas och i ett område även med en öppen förskola och en verksamhet för kvinnor. På detta sätt intervjuades sammanlagt 33 personer (tabell 1) under 2005 (14 personer rekryterades via socialsekreterare och 19 genom de andra verksamheterna).

Område 2 där det intervjuades flest personer var ett område där andelen individer med ekonomiskt bistånd är högst bland områdena inkluderade i studien och området där det genomfördes endast två intervjuer var ett område som har den lägsta andelen med ekonomiskt bistånd bland områdena inkluderade i studien. På detta sätt kunde individens erfarenheter också kontrasteras mot varandra, d v s om erfarenheter av att leva med knappa ekonomiska resurser skiljer sig i olika områden.

*Tabell 1. Fördelning av intervjupersoner*

<b>Bostadsområde/ kommun</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
Område 1	4	2
Område 2	6	4
Område 3	3	2
Område 4	1	1
Område 5	2	3
Område 6	2	3
<b>Totalt</b>	<b>18</b>	<b>15</b>

## Intervjuerna

Deltagandet i intervjuerna var frivilligt och anonymt. Vi hade inte några uppgifter om intervjupersonerna innan intervjutillfället förutom att socialsekreteraren kunde berätta t ex att intervjupersonen är en man i 50-års ålder och har haft ekonomiskt bistånd i många år.

Intervjuerna genomfördes i olika platser, de flesta i socialtjänstens eller stadsdels/kommunförvaltningens lokaler, biblioteket eller i lokaler där arbetsmarknadsaktiviteterna var lokaliserade. Intervjupersonerna informerades först kort om syftet med studien, att deltagandet är frivilligt och att resultaten presenteras så att ingen enskild individ kan identifieras. Intervjupersonerna gav sitt tillstånd att intervjuerna spelades in, förutom en som ville att intervjuaren antecknar istället. Intervjuerna varierade från ca 30 minuter till 3 timmar (samma person genomförde samtliga intervjuer).

En av intervjuerna gjordes på finska, en delvis på engelska och vid tre intervjuer tolkade en arabisktalande person delar av intervjun (vid behov om intervjupersonen inte förstod vad intervjuaren sade eller om intervjupersonen ville förklara något på arabiska som hon kände att hon inte kunde säga på svenska).

Studiens syfte presenterades innan intervjuens genomförande, d v s att vi vill studera hur individer med knappa ekonomiska resurser upplever sin situation och vilka omständigheter stärker respektive motverkar deras hälsa och välmående. I intervjun ställdes frågor om intervjupersonens erfarenheter av sin vardag, kontakt med den service som erbjuds i kommunen, vad som skapar oro och glädje i livet och möjligheter att lösa problem med sin situation och ekonomin.

Intervjuerna var relativt öppna, d v s baserades inte på en strukturerad frågeguide utan genomfördes utifrån i förväg konstruerade teman. Under intervjuens gång var intervjuarens uppgift att gå vidare från det intervjupersonen berättade, att ställa ytterligare frågor kring varje temaområde. Intervjun baserades på fyra frågeområden.

*Tema 1:* Individens erfarenheter av att vara i kontakt med social service och sjukvård i kommunen. I intervjun bad vi intervjupersonen beskriva sina kontakter med social service och sjukvården.

*Tema 2:* Service som intervjupersonen skulle behöva som stödjer honom/henne i sin livssituation.

*Tema 3:* Individens livssituation. Berätta om livet hemma, om boendet, familj och barn, sociala relationer, inkomst, hälsa, arbete, utbildning och fritid. Känslan av trygghet och kontroll.

*Tema 4:* Förändring över tid. Har det skett förändringar i livssituationen över tid och hur detta påverkat de intervjuade. Hur förhåller sig intervjupersonen till förändringar i livet?

## **Om metoden**

Studien har genomförts med kvalitativ metodik framförallt utifrån principer för grounded teori. Data har samlats på olika sätt, genom intervjuer, observationer, fotografier och policydokument för att belysa det studerade området, i det här kapitlet presenteras endast resultat från intervjuerna. Den här typen av metodologi lämpar sig väl i studier där nya, delvis utforskade områden studeras eller när syftet är att få en nyanserad och fördjupad bild av det som studeras. Med hjälp av kvalitativ metodik möjliggörs också en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang och den kulturella mångfalden kan också komma bättre till uttryck när intervjupersonerna har möjlighet att förklara sina resonemang i en kulturell och social kontext.

Datainsamlingen har inspirerats av grounded teori -ansats genom sin empirinärhet och även på så sätt att principer för urvalet reviderats successivt. Datainsamlingen och analys har skett parallellt. Antalet individer som ingått i studien bestämdes inte i förväg utan under studiens gång beroende på när tillräcklig variation i materialet uppnåtts.

De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och avidentifierades. Materialet har sedan kodats först rad för rad (öppen kodning) och sedan har textsegment grupperats till kategorier och subkategorier (selektiv kodning) genom konstant komparation (genom detta försöker man finna likheter och skillnader mellan olika kategorier i materialet). Kodning genomfördes med programmet Atlas.ti som är avsett för analys av kvalitativt material. Fokus i analysen var att studera

hur intervjupersonerna upplever sin livssituation, identifiera faktorer och omständigheter som främjar eller motverkar hälsa och välmående bland de intervjuade och erfarenheter intervjupersonerna har att vara i kontakt med service som erbjuds i kommunen.