Medborgardialog jämlik vård och hälsa, delrapport 2015

Dialog med föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi samt med personer i långtidsarbetslöshet

Handläggare: Anna Bengtsson, Caroline Blomma, Anna Ahlvin
Verksamhet: Ledningsstaben
Datum: November 2015
Diarienummer: HSN 2015-731

www.regionostergotland.se

Region Östergötland

Innehållsförteckning

1 Förord 4

2 Sammanfattning och reflektioner 5

2.1 Sammanfattning 5

2.2 Reflektioner från beredningen 7

3 Bakgrund 9

3.1 Uppdrag jämlik vård 9

3.2 Health literacy – hälsolitteracitet 10

3.3 Östgötakommissionen 10

3.4 Socioekonomisk situation och hälsa 11

4 Metod 16

4.1 Avgränsning av uppdraget och syfte 16

4.2 Målgrupper för intervjuer 16

4.3 Kunskapsinhämtning 17

4.4 Kontakt med intervjupersoner 17

4.5 Genomförda intervjuer 19

4.6 Intervjumaterialet och representativitet 19

4.7 Fortsatt arbete 2016 19

5 Intervjuresultat: Föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi 21

5.1 Syn på tandhälsa 21

5.2 Rutiner, vanor och ovanor 22

5.3 Hinder för tandborstning 22

5.4 Stöd i omgivningen 22

5.5 Synpunkter på tandvården 23

6 Intervjuresultat: Personer i långtidsarbetslöshet 25

6.1 En begränsad ekonomi till följd av arbetslöshet 25

6.2 Hälsa och hälso- och sjukvård i förhållande till begränsad ekonomi 25

6.3 Bemötande och tillgänglighet till hälso- och sjukvården 27

6.4 Den sociala samvaron påverkas av arbetslösheten 28

6.5 Känsla av att nyttjas som gratis arbetskraft 29

6.6 Praktiska förutsättningar och hinder för arbete 29

6.7 Att vara inskriven på Arbetsförmedlingen 30

6.8 Syn på och tankar om framtiden 31

7 Analys 32

7.1 Hälsopyramiden 32

7.2 Socialt kapital 33

7.3 Ekonomiskt kapital 33

7.4 Kulturellt kapital 34
7.5 Länkande kapital 35
7.6 Hälsolitteracitet 35
8 Referenser 36
Bilaga 1 - Frågeguide intervjuer med föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi 37
Bilaga 2 – Frågeguide intervjuer med personer i långtidsarbetslöshet 38
Bilaga 3 – Informationsbrev till föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi 39
Bilaga 4 – Informationsbrev till personer i långtidsarbetslöshet ... 40
Bilaga 5 – Frågeguide kortversion snabbintervjuer med föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi 41

1 Förord

Tack!

Brukardialogberedning 4 har haft i uppdrag att inhämta kunskap om medborgares kunskaper, erfarenheter och tankar kring hälsa och hälsosamma levnadsvanor.

Brukardialogberedningen vill rikta ett varmt tack till alla intervjupersoner som på ett förtroligt och öppet sätt delat med sig av tankar, erfarenheter och synpunkter. Tack för er tid, er vilja att dela med er och för ert engagemang!

Brukardialogberedning 4
Nicklas Andersson (S), ordförande
Per Åkerström (M), vice ordförande
Åke Karlsson (M)
Evalill Nilsson (FP) (t.o.m. augusti 2015)
Roger Sandström (C)
Jan Sundin (S)
Anneli Vitterskog (MP)
Pavlina Wallin (FP) (fr.o.m. oktober 2015)

Tjänstemannastöd

Anna Bengtsson, Caroline Blomma och Anna Ahlvin

2 Sammanfattning och reflektioner

2.1 Sammanfattning

Brukardialogberedning 4 har under 2015 haft i uppdrag att genomföra en medborgardialog inom området Jämlik vård med personer i områden med låg socioekonomi. Uppdraget tog avstamp i Östgötakommissionen för jämlik hälsas slutrapport från 2014 samt i begreppet hälsolitteracitet.

Hälsolitteracitet, av engelskans health literacy, är ett begrepp som handlar om en individs förmåga att förvärva, förstå och använda sig av information om hälsa. Syftet är att individen ska kunna fatta beslut om sin hälsa som är väl underbyggda av korrekt information. För hälso- och sjukvården handlar det om att kommunicera på ett sätt som patienten och medborgaren förstår, men också om individens resurser att omsätta kunskapen i praktiken.

Östgötakommissionen har gjort analyser av hälsoskillnaderna inom Östergötland och lade i sin slutrapport 2014 fram rekommendationer för en mer jämlik hälsa i Östergötland. I kommissionens rapport framkommer ett flertal exempel på hälsoskillnader inom länet. Generellt visar resultaten på att en lägre utbildning, ett yrke med lägre socioekonomisk status, en lägre inkomst och brist på sysselsättning är förknippat med en högre grad av ohälsa. En särskild observation i Östgötakommissionens arbete är att skillnaderna i hälsa följer en gradient, en trend, där lägre socioekonomisk situation stegvis är förenad med sämre hälsa.

Barn som bor i bostadsområden med lägst socioekonomi har under flera år haft sämre tandhälsa än i övriga bostadsområden. Anmärkningsvärt är att medan tandhälsan blir bättre i de övriga socioekonomiska grupperna, har tandhälsan inte blivit bättre i gruppen med lägst socioekonomi, utan har snarare försämrats. Det innebär att skillnaderna i tandhälsa har ökat under dessa år.

Arbetslöshet kan vara förknippat med en låg disponibel inkomst[1], vilket i sin tur är förknippat med sämre hälsa, högre antal förlorade levnadsår och ett högre ohälsotal. Låg disponibel inkomst är också förknippat med sämre socialt nätverk, låg fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Låg inkomst och låg ekonomisk standard har stor betydelse för hälsan i alla åldrar.

Känslor av uppgivenhet, nedstämdhet, depressivitet och hopplöshet är riskfaktorer för sjukdom och död oberoende av andra bakgrundsfaktorer. Låg socioekonomisk situation är förknippad med högre risk för psykologiska riskfaktorer, särskilt för känslor av hopplöshet. Låg socioekonomi är också förknippad med lägre tillit till andra människor, inklusive samhälls- och välfärdssystem. Stress och oro kan göra att individen får mer ohälsosamma levnadsvanor, vilket i sin tur påverkar kroppen. Stress kan också påverka kroppen negativt om stressen blir kronisk och kroppen aldrig får återhämta sig efter ett stresspåslag. Kronisk stress är vanligare hos individer som lever i en socioekonomiskt utsatt situation.

Beredningen valde två målgrupper för medborgardialogen: föräldrar, med barn cirka tre till 16 år gamla, som bor i ett bostadsområde med låg socioekonomi i Motala, Linköping och Norrköping samt långtidsarbetslösa oavsett bostadsort. I dialogen med föräldrar ville brukardialogberedningen framförallt inrikta samtalet på tandhälsa, barns tandhälsa och hälsa i allmänhet. Med långtidsarbetslösa var fokus för dialogen hur arbetslösheten upplevs påverka hälsan, livet och levnadsvanorna.

Beredningen upplevde problem med att nå individer i ovan beskrivna målgrupper som var intresserade av att vara med i medborgardialog och har under året försökt hitta nya sätt att nå personer för dialog.

Totalt har nio personer intervjuats, två föräldrar och sju personer som befann sig i långtidsarbetslöshet. Utöver det har totalt 28 personer ur målgruppen föräldrar intervjuats i ”snabbintervjuer” i väntrum eller i liknande situationer.

Samtliga föräldrar som har intervjuats av brukardialogberedningen framhöll att det var viktigt med bra tänder, en del tyckte att det var viktigt för hälsan medan andra ansåg det var estetiskt viktigt. Uppfattningen om tändernas värde upplevdes ha gått i arv eller ha förförvärvats genom egna erfarenheter av sämre

[1] Det belopp en person har att använda varje månad, att spendera eller spara.

tandhälsa. De allra flesta intervjupersoner uttryckte, vid frågan om vanor kring sina barns tandborstning och mat, att de hade, försökte eller planerade att ha vanor och regler kring tandborstning och matvanor till exempel lördagsgodis.

I intervjuerna framkom olika hinder som kunde göra det svårare eller ibland omöjliggöra tandborstningen av barnens tänder, till exempel obekväma arbetstider eller att vara ensamstående förälder. Det kunde också vara försvårande om barnet själv motsatte sig tandborstningen.

Intervjupersonerna upplevde i olika utsträckning att de hade fått råd och information från omgivningen, exempelvis folktandvården, barnavårdscentralen eller öppna förskolan, och hade olika uppfattningar om hur betydelsefull informationen varit för dem.

I intervjuerna med långtidsarbetslösa framkom att den privata ekonomin hade påverkats negativt av arbetslösheten för de allra flesta och att ekonomin upplevdes vara en konstant stressfaktor för många av intervjupersonerna. Den begränsade privatekonomin upplevdes påverka hälsan då intervjupersonerna ibland upplevde att de inte hade råd att söka hälso- och sjukvård, tandvård, köpa läkemedel eller resa till vården. Sämre ekonomi kunde också påverka var personen hade råd att bo och vad hen hade råd att äta.

Arbetet och yrkesrollen upplevdes av intervjupersonerna vara en stor del av identiteten. Det fanns en stark upplevelse av att samhället och sociala kontakter till stor del byggdes på att ”man är det man arbetar med” och att bristen på arbete påverkade känslan av identitet och självkänslan.

Det sociala nätverket uppgavs i många intervjuer ha minskat sedan personen blev arbetslös. En anledning kunde vara svårigheter att på grund av ekonomiska skäl resa till vänner eller delta i sociala aktiviteter. Social samvaro kunde också påverkas av att personen upplevde att många samtal utgick ifrån vad som händer på arbetet och att det var svårt att delta i dessa samtal. Dock fanns det nätverk som upplevdes påverkas mindre, eller inte alls, av arbetslösheten, exempelvis familjen eller där flertalet tidigare arbetskamrater också var arbetslösa.

Arbetsförmedlingen fick i intervjuerna mycket kritik för sin brist på individanpassning. Flera tyckte att Arbetsförmedlingen, på grund av regelverk, tvingade intervjupersonerna att delta på meningslösa aktiviteter och utbildningar som inte gav något. Ett vanligt förekommande fenomen i intervjuerna var upplevelsen av att Arbetsförmedlingen var en kontrollinstans snarare än en plats där individen kunde få hjälp att hitta ett arbete.

Intervjupersonernas syn på framtiden var delad. En del såg ljust på framtiden medan den för andra tedde sig ganska mörk. Gemensamt var önskan om att få ett arbete men hur arbetet skulle se ut, synen på möjligheterna att få ett arbete och att sedan klara av det såg olika ut.

Intervjuresultatet har analyserats med hjälp av modellen ”Hälsopyramiden” som beskriver hur varje individ har tre resurser, kapital, för hälsa; socialt, ekonomiskt och kulturellt kapital. De tre kapitalen påverkar hälsan men också varandra. Det finns också ett länkande kapital som kan stödja de tre andra kapitalen.

Det sociala kapitalet för långtidsarbetslösa upplevdes av flera ha påverkats negativt, medan det för andra var oförändrat. Detta kan bero på vilken typ av sociala kontakter som innan arbetslösheten inträffade utgjorde en stor del av det sociala kapitalet. Om det sociala kapitalet till stor del har utgått ifrån arbetet kan det vara troligt att detta kapital påverkas av arbetslösheten. Det är möjligt att ett socialt kapital bestående av familj påverkas i mindre utsträckning. Arbetslösheten kan i sig vara en socialt sammanhållande funktion då en del intervjupersoner umgicks med andra personer som befann sig i arbetslöshet. Det är möjligt att situationen som arbetslös blir mindre stigmatiserande eller uteslutande om det är flera i närmaste kretsen eller i bygden som befinner sig i arbetslöshet.

I intervjuerna syntes en tydlig koppling mellan det sociala och ekonomiska kapitalet då möjligheten att träffa och umgås med vänner i aktiviteter som kostade pengar påverkades och försvårades av en sämre privatekonomi.

För föräldrar kunde sociala kontakter i offentliga sammanhang, exempelvis genom öppna förskolan, till viss del upplevas ersätta eller kompensera för att inte ha en nära familjemedlem att söka stöd och råd från. Detta är även kopplat till det kulturella kapitalet då dessa sociala kontakter kunde erbjuda kunskapsstöd, råd och vägledning. Ytterst är detta även ett exempel på ett länkande kapital där samhället kan verka för att förstärka både det sociala och kulturella kapitalet.

Det ekonomiska kapitalet upplevdes av intervjupersoner i gruppen långtidsarbetslösa ha påverkats av arbetslösheten. De beskrev den stress och oro de kände över sin ekonomiska situation och hur de levde på en snäv budget med små marginaler. Denna stress och oro kan sannolikt ha påverkat individernas känsla av hälsa och välbefinnande, både fysiskt och psykiskt. Svårigheter att ha råd med och ibland till och med behöva avstå från läkemedel samt besök inom hälso- och sjukvården på grund av den ekonomiska situationen upplevdes också påverka hälsan negativt.

I intervjuer med föräldrar berördes det ekonomiska kapitalet i mycket liten utsträckning. Ingen förälder uppgav ekonomi som ett hinder för att sköta sina barns tandhälsa. Dock framkom exempel på att arbete med obekväma arbetstider kunde påverka rutinerna kring tandborstning.

Angående det kulturella kapitalet upplevde långtidsarbetslösa att de insatser som de skickades på inte byggde upp deras kulturella kapital.

I intervjuerna med föräldrar kom det fram att kunskaperna kring tandhälsa, kosthållning och tandborstning varierade. En del föräldrar upplevde sig sedan länge vara välinformerade och att de fått dessa kunskaper i arv från sina föräldrar medan andra nyligen hade fått information som var ny för dem, exempelvis från BVC.

Länkande kapital, där samhället länkar in resurser till individen, kan vara till stöd för att bygga upp, behålla eller förhindra en försämring av det sociala, ekonomiska och kulturella kapitalet.

Att hamna i en utsatt situation, likt arbetslöshet, kan innebära att individen vänder sig till samhället, exempelvis Arbetsförmedlingen, för att få hjälp. Om individen då inte får meningsfullt stöd kan det leda till en negativ spiral där individen upplever stress, hopplöshet och uppgivenhet vilket är relaterat till en lågt självskattad hälsa.

Ett länkande kapital för föräldrar kan vara personal på öppna förskolan som både kan förstärka det sociala och det kulturella kapitalet.

Brukardialogberedningen upplever sig inte i intervjuerna se att det är brist på kunskap eller möjlighet att ta till sig information som föranleder människor att agera på olika sätt vad gäller hälsa. Det har snarare att göra med vilka resurser och kapital individen har som gör det möjligt att omsätta kunskapen i praktiken.

2.2 Reflektioner från beredningen

2.2.1 Långtidsarbetslösa

Utifrån genomförda intervjuer ser beredningen följande mönster och tendenser:

- Förändringen i inkomst och ekonomi, där individen ofta fick mindre pengar att röra sig med, upplevdes påverka personerna negativt. En låg inkomst kunde påverka hälsan direkt på så sätt att en del intervjupersoner berättade att de inte hade råd med sin medicin eller med vård- och/eller tandvårdsbesök.

- För flertalet av intervjupersonerna, dock inte alla, påverkades det sociala nätverket och umgänget av arbetslösheten. Även individens identitet och självkänsla kunde påverkas. En dålig ekonomi upplevdes också begränsa den sociala samvaron.

- Intervjupersonerna upplevde ett bristande stöd från Arbetsförmedlingen. Detta gällde bland annat förmågan hos Arbetsförmedlingen att möta intervjupersonernas individuella behov och att det saknades en tydlig, långsiktning plan för individen och för matchning mot arbetsmarknaden.

I beredningens analys upplevdes det ovan beskrivna få följande konsekvenser:

- Att individerna levde med krav utan att ha så mycket kontroll

- Stress och frustration
- En bristande självkänsla och en känsla av att förminskas
- Bristande framtidstro/hopp
- Passivitet och uppgivenhet

2.2.2 Föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi

På grund av att materialet kring denna målgrupp är begränsat, har beredningen valt att inte formulera några slutsatser kring denna målgrupp. Istället har ett antal frågeställningar för fortsatt arbete identifierats:

- Hur påverkar föräldrarnas egna vardagsrutiner, exempelvis arbetstider, deras förutsättningar att ta hand om barnens tänder?
- Hur påverkar familjernas livssituation förutsättningarna att ta hand om barnens tänder, exempelvis bostadssituation, ekonomi och familjesituation?
- Varför uppstår goda vanor kring tandhälsa i vissa familjer men inte i andra?
- Hur resonerar föräldrar kring kosthållning i förhållande till tandhälsa?
- Vilken betydelse har den information som ges via Region Östergötland för föräldrarnas förutsättningar att ta hand om barnens tänder?

3 Bakgrund

3.1 Uppdrag jämlik vård

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska utifrån ett medborgarperspektiv verka för en god hälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att vården ges utifrån befolkningens behov. Nämndens fem beredningar för brukardialog har till uppgift att genom dialog med brukare/patienter, närstående och/eller invånare bidra med underlag till behovsanalyser, uppdrag och uppföljning. Varje beredning består av sju ledamöter och en eller två tjänstemän från landstingets ledningsstab som bistår med processtöd. Den kunskap om befolkningens behov och erfarenheter av hälso- och sjukvård som framkommer i brukardialogberedningarnas rapporter utgör ett viktigt underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens behovsstyrning. Brukardialogernas arbete samordnas av beredningen för behovsstyrning (se figur 1).

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i sin verksamhetsplan för 2014 att ge brukardialogberedning 4 i uppdrag att genomföra en medborgardialog på området Jämlik vård. Det innebär att till skillnad från en vanlig brukardialog har beredningen inte haft i huvuduppgift att föra dialog med patienter och närstående utan har anlagt ett medborgarperspektiv. Uppdraget formulerades så här:

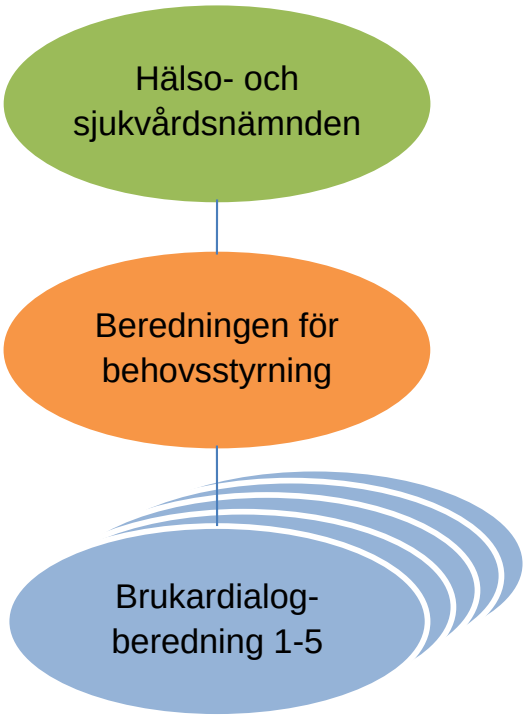
Jämlik vård – medborgardialog med invånare i socioekonomiskt utsatta områden. Studier från exempelvis Östgötakommissionen visar att låg inkomst och låg utbildningsnivå har ett samband med en sämre hälsa. Även individens health literacy, det vill säga förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra sin hälsa, fatta lämpliga beslut kring sin hälsa samt följa behandlingsinstruktioner, spelar stor roll för individens hälsotillstånd.

Vad vet landstinget (numera Regionen) om invånares health literacy i socioekonomiskt utsatta bostadsområden? Vilka kunskaper har invånarna om kroppen? Vilken typ av information och bemötande behövs för att stärka en hälsofrämjande livsstil? Hur ser tilliten till hälso- och sjukvård ut?

I kapitel 4 anges hur beredningen har tolkat och avgränsat ovan beskrivna uppdrag.

Uppdraget förlängdes under året, via Beredningen för behovsstyrning och sedermera också Hälso- och sjukvårdsnämnden, till ett tvåårigt uppdrag, 2015 och 2016. Resultatet av årets arbete redovisas för hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen vid ett gemensamt kunskapssammanträde den 17 november 2015 samt i denna rapport.

Figur 1: Organisationsskiss över brukardialogberedningarnas position i den politiska organisationen



3.2 Health literacy – hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet, av engelskans health literacy, är ett begrepp som handlar om en individs förmåga att förvärva, förstå och använda sig av information om hälsa. Syftet är att individen ska kunna fatta beslut om sin hälsa som är väl underbyggda av korrekt information.

Funktionell hälsolitteracitet handlar om individens praktiska förmåga att ta del av hälsoinformation, och kan till exempel påverkas av att informationen är skriven med för liten text eller att en bruksanvisning är svårförstådd[2].

För hälso- och sjukvården är hälsolitteracitet ett viktigt begrepp då det ställer krav på att vårdgivaren kommunicerar i tal och skrift så att alla patienter förstår. Enligt en artikel i Läkartidningen har studier i europeiska länder visat att cirka 50 procent av befolkningen har svårt att förstå det språk som används inom vård och omsorg. Andelen är högre, och svårigheterna mer uttalade, för individer i utsatt socioekonomisk situation eller för den som har annat modersmål[3].

3.3 Östgötakommissionen

På uppdrag av Regionförbundet Östsam, som upphörde vid bildandet av Region Östergötland 1 januari 2015, arbetade en kommission för folkhälsa, Östgötakommissionen, under 2013 och 2014. Kommissionen gjorde analyser av hälsoskillnaderna inom Östergötland och lade fram rekommendationer för en mer jämlik hälsa.

I kommissionens slutrapport[4] framkommer ett flertal exempel på hälsoskillnader inom länet. Skillnader är ofta tydliga mellan grupper med olika socioekonomisk situation, det vill säga olika situation kring utbildning, yrke, inkomst och sysselsättning. Generellt visar resultaten på att en lägre utbildning, ett yrke med lägre socioekonomisk status, en lägre inkomst och brist på sysselsättning är förknippat med en högre grad av ohälsa.

En särskild observation i Östgötakommissionens arbete är att skillnaderna i hälsa följer en gradient, en trend, där lägre socioekonomisk situation stegvis är förenad med sämre hälsa. Det är alltså inte bara gruppen som har det sämst socioekonomiskt som har sämre hälsa. Även de som har det näst bäst socioekonomiskt har sämre hälsa än de som har det allra bäst socioekonomiskt. Det innebär att det finns en gradvis ökad sårbarhet för ohälsa och sjukdom vid en mer utsatt social situation.

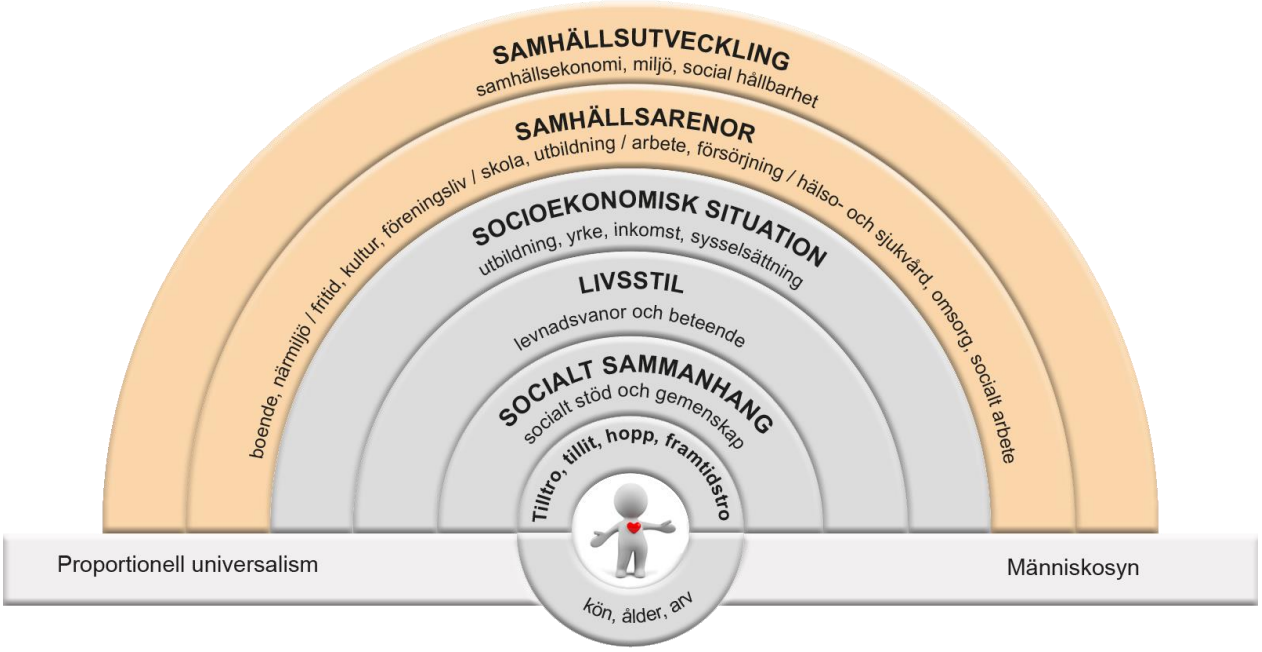
I Östgötakommissionens slutrapport tas också begreppet ”proportionell universalism” upp. Eftersom den sociala gradienten visar att ohälsa finns i alla grupper, fast olika mycket, innebär det att det inte går att rikta insatser bara till den gruppen som har det sämst, utan att alla måste få insatser – insatserna är universella. Däremot finns det ett större behov av insatser ju lägre socioekonomi en grupp har, och insatserna kan behöva vara mer omfattande och/eller intensiva i den mest utsatta gruppen i proportion till behovet. Därför rekommenderar Östgötakommissionen att insatser är universella men proportionella i förhållande till behovet.

[2] Mårtensson, L., Hensing, G., 2009, *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa - en introduktion till begreppet hälsolitteracitet*, Sahlgrenska akademin

[3] Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. Läkartidningen. 2011; 108(51–52): 718–20.

[4] Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014

Kommissionen presenterade också en ”östgötamodell för jämlik hälsa”, se figur 2, som visar på samspelet som finns mellan individ, miljö och samhälle vad gäller bestämningsfaktorer för hälsa. Närmast individen, vilket inte går att påverka, finns kön, ålder och arv. Här finns också, vilket går att påverka, tilltro, tillit, hopp och framtidstro. Sedan följer socialt sammanhang, livsstil och socioekonomisk situation. Dessa delar, markerade med grå färg i modellen, är individuella förutsättningar som påverkar hälsan. De två nästkommande lagren, markerad i orange färg, visar på de samhälleliga förutsättningar som påverkar individens hälsa – samhällsarenor och samhällsutveckling.



Figur 2: ”Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014; baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991. Hämtad ur Östgötakommissionens slutrapport, 2014.

3.4 Socioekonomisk situation och hälsa

Socioekonomisk indelning kan presenteras i form av kartor där områden med olika socioekonomisk situation presenteras i olika färger. Så kallade ”gula områden” är de områden med lägst socioekonomi, medan de mörkgröna har högst socioekonomi. Definitionerna har gjorts baserat på inkomsten i området. Områden med lägst socioekonomi sammanfaller med att området har en hög andel invandrare, arbetslösa, lågutbildade, boende i hyreshus, låginkomsttagare och personer med försörjningsstöd[5]. Se bild 1, 2 och 3. Det är värt att nämna att medan det finns skillnader inom städerna, så finns det också skillnader mellan de olika kommunerna i länet.

[5] Bearbetning av lokala tandepidemiologidata. Folkhälsocentrum, Landstinget i Östergötland, 2009.

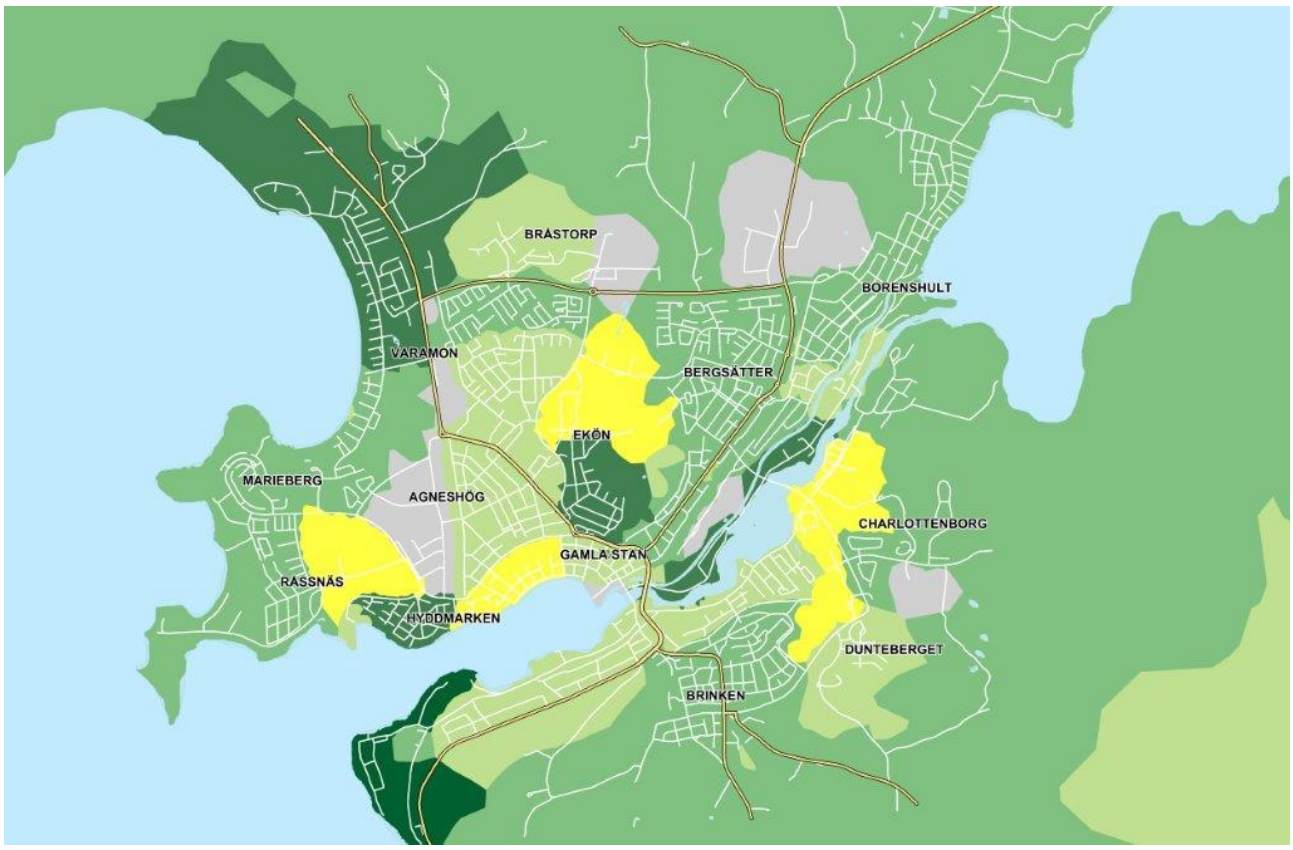


Bild 1: Karta över Motala tätort, med socioekonomisk indelning i fem kategorier. Gult är de områden med lägst socioekonomi. Ju mörkare grönt, desto högre socioekonomi.

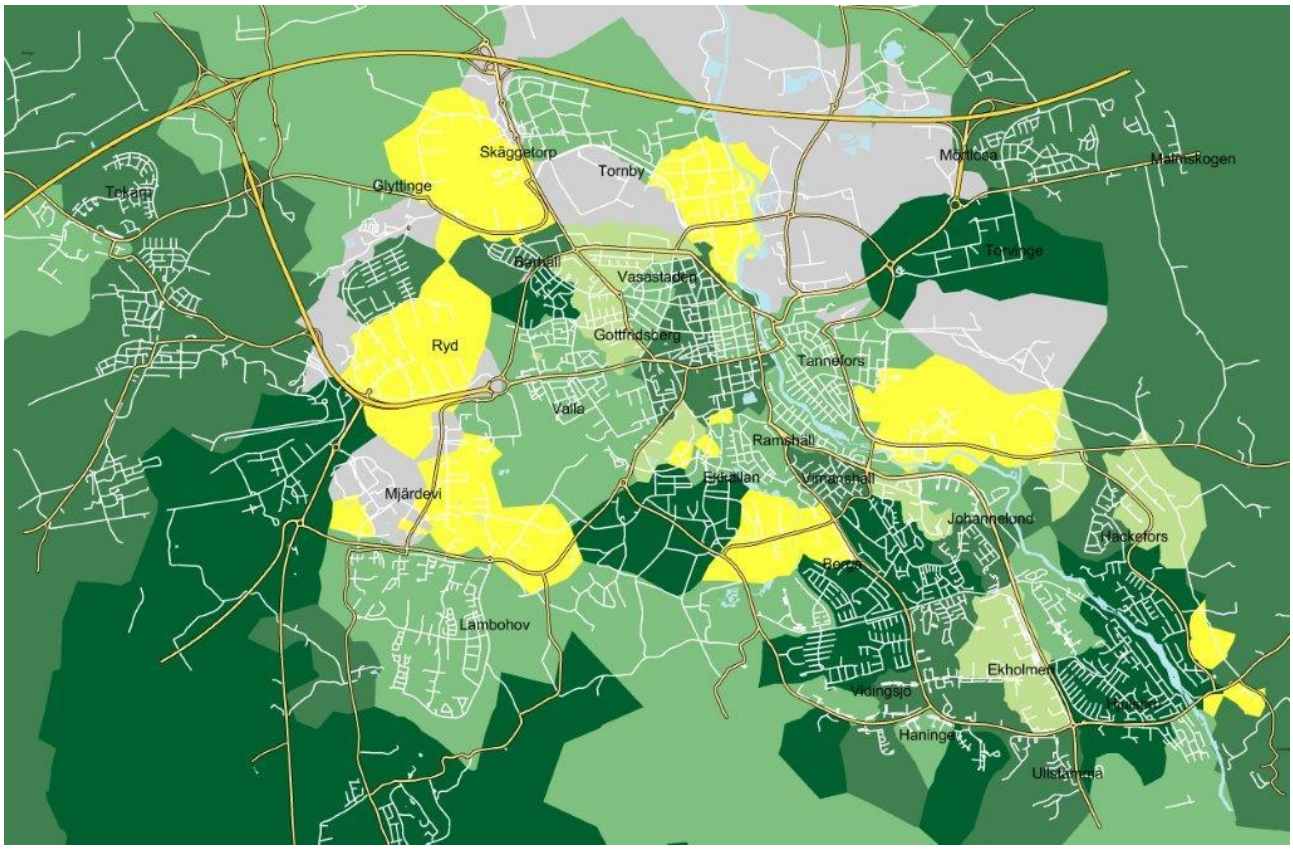


Bild 2: Karta över Linköpings tätort, med socioekonomisk indelning i fem kategorier. Gult är de områden med lägst socioekonomi. Ju mörkare grönt, desto högre socioekonomi.

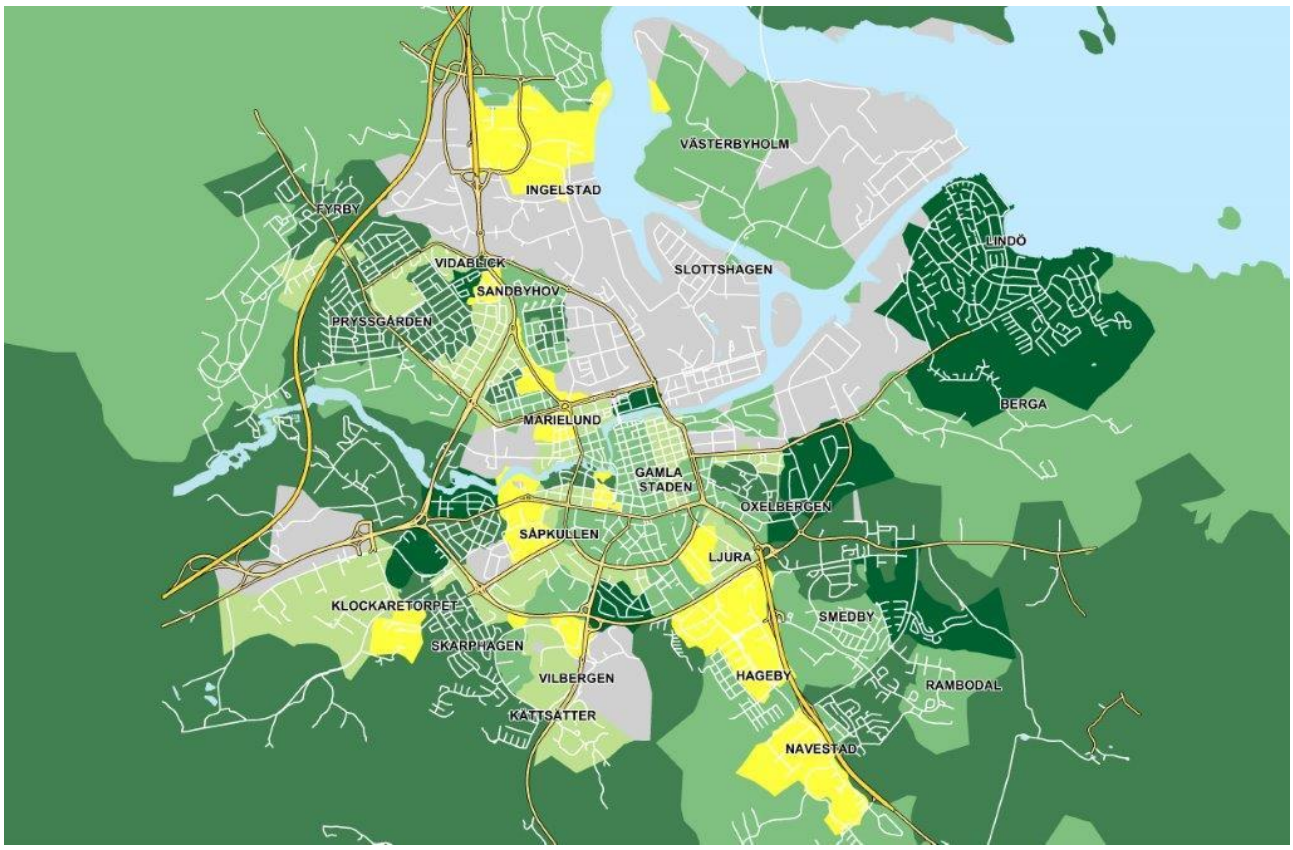


Bild 3: Karta över Norrköpings tätort, med socioekonomisk indelning i fem kategorier. Gult är de områden med lägst socioekonomi. Ju mörkare grönt, desto högre socioekonomi.

3.4.1 Karies bland barn i förhållande till bostadsområdets socioekonomi

Diagrammet nedan är hämtad från Östgötakommissionens slutrapport och visar skillnaden i tandhälsa hos sexåriga barn mellan 2006 och 2009. Barn som bor i bostadsområden med lägst socioekonomi har under alla de undersökta åren haft sämre tandhälsa än i övriga områden. Anmärkningsvärt är också att medan tandhälsan blir bättre i de övriga socioekonomiska grupperna, har tandhälsan inte blivit bättre i gruppen med lägst socioekonomi, utan har snarare försämrats. Det innebär att skillnaderna i tandhälsa har ökat under dessa år.

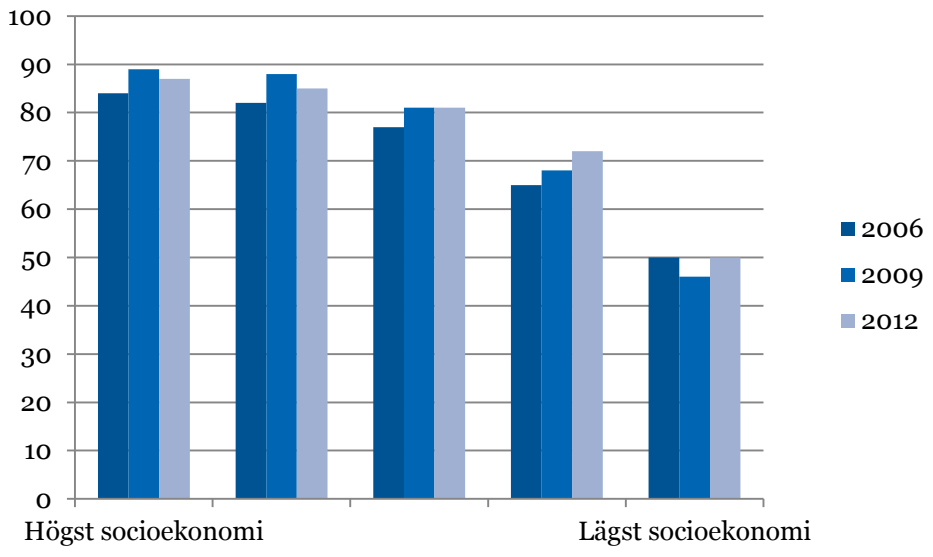


Diagram 1: Andel kariesfria 6-åringar (DMFT=0) uppdelat på socioekonomi år 2006, 2009 och 2012. Källa: Folktandvården i Östergötland (EPI)

Skillnaderna i tandhälsa mellan barn som bor i bostadsområden med olika socioekonomi finns även hos äldre ungdomar. I diagram 2 syns att tandhälsan för 19-åringar skiljer sig åt mellan de olika socioekonomiska grupperna. Men även här, liksom hos sexåringarna, går det att se att tandhälsan har blivit bättre från 2006 till 2012 för ungdomar i samtliga socioekonomiska grupper, förutom den med lägst socioekonomi, där tandhälsan istället har försämrats.

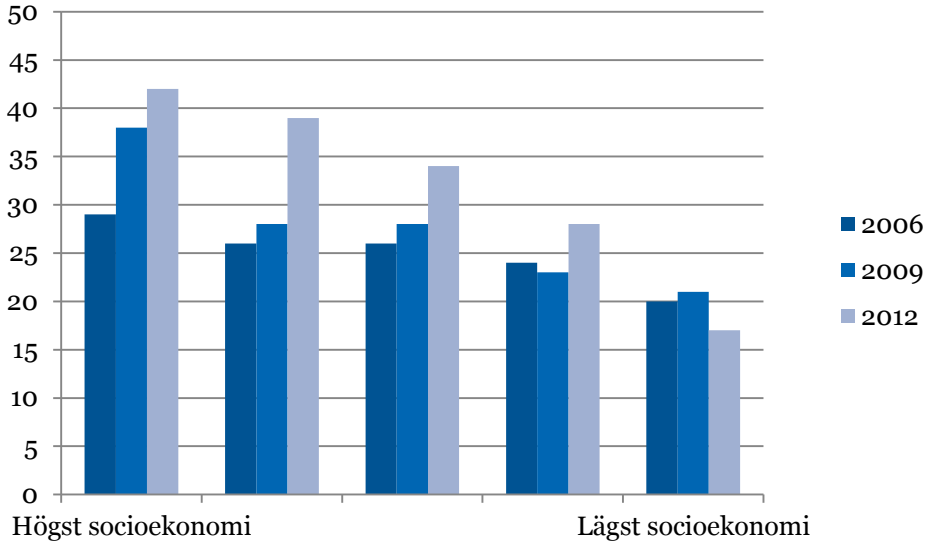


Diagram 2: Andel kariesfria 19-åringar (DFT=0) uppdelat på socioekonomi år 2006, 2009 och 2012. Källa: Folktandvården i Östergötland (EPI)

3.4.2 Arbetslöshet

Arbetslösheten i Östergötland låg år 2014 på totalt 8,9 % (öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd), se också diagram 3. Arbetslöshet kan vara förknippat med en låg disponibel inkomst[6], vilket i sin tur är förknippat med sämre hälsa, högre antal förlorade levnadsår och ett högre ohälsotal. Låg disponibel inkomst är också förknippat med sämre socialt nätverk, låg fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Låg inkomst och låg ekonomisk standard har stor betydelse för hälsan i alla åldrar.

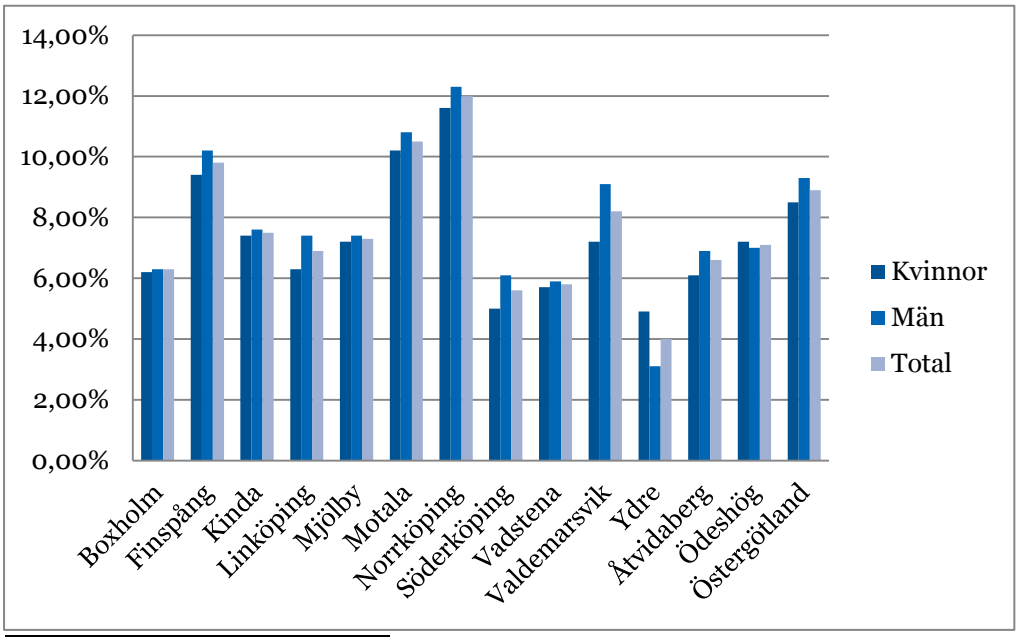


Diagram 3: Andel öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd, Östergötland, 2014. Källa: Arbetsförmedlingen.

[6] Det belopp en person har att använda varje månad, att spendera eller spara.

3.4.3 Tilltro, tillit, hopp och framtidstro

Känslor av uppgivenhet, nedstämdhet, depressivitet och hopplöshet är riskfaktorer för sjukdom och död oberoende av andra bakgrundsfaktorer. Känsla av hopplöshet, som kan komma efter upprepade motgångar, brist på kontroll och en dalande tilltro till den egna förmågan, är också nära sammankopplat med låg självskattad hälsa, nedstämdhet och oro. Låg socioekonomisk situation är förknippad med högre risk för negativa psykologiska faktorer, särskilt för känslor av hopplöshet. Låg socioekonomi är också förknippad med lägre tillit till andra människor, inklusive samhälls- och välfärdssystem.

I Östgötakommissionens slutrapport[7] beskrivs hur bristande tilltro till den egna förmågan, tillit till andra och hopplöshet kan påverka hälsan. Stress och oro kan göra att individen får mer ohälsosamma levnadsvanor, vilket i sin tur påverkar kroppen. Stress kan också påverka kroppen negativt om stressen blir kronisk och kroppen aldrig får återhämta sig efter ett stresspåslag. Kronisk stress är vanligare hos individer som lever i en socioekonomiskt utsatt situation.

[7] Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014

4 Metod

4.1 Avgränsning av uppdraget och syfte

Utifrån den ursprungliga formuleringen av uppdraget avgränsade beredningen uppdraget till att söka svar på följande två frågeställningar genom intervjuer med i avsnitt 4.2 beskrivna målgrupper:

1. Utöka förståelsen över vad som påverkar medborgarnas möjligheter att bevara och/eller utveckla sin och sin familjs hälsa

2. Vilka faktorer kan regionen, eller regionen i samverkan med andra aktörer, påverka och hur?

4.2 Målgrupper för intervjuer

Då medborgardialog inom området Jämlik vård och hälsa var föremål för ett särskilt utredningsuppdrag under 2013[8], och då hade en bred målgrupp, valde beredningen att avgränsa målgrupperna för årets medborgardialog inom ämnet jämlik vård och hälsa. Målgrupperna för dialogen avgränsades därför till:

1. Föräldrar, med barn cirka 3-16 år gamla, som bor i ett bostadsområde med låg socioekonomi i Motala, Linköping eller Norrköping.

   Bostadsområde med låg socioekonomi definierades utifrån de kartor där områden med lägst socioekonomi är markerade som, i Motala: Charlottenborg samt Agneshög/Väster; i Linköping: Berga, Ryd och Skäggetorp samt i Norrköping: Hageby och Navestad. Se också avsnitt 3.4. (Dock uteslöts Skäggetorp från denna grupp då beredningen beslöt sig för att bilda en referensgrupp i Skäggetorp, se vidare under 4.7).

   Åldersspannet på föräldrarnas barn utgick ifrån att barn till och med årsskiftet 2014 kallades till tandvården första gången när de var tre år. Sedan januari 2015 har Folktandvården i uppdrag att erbjuda munhälsobedömning redan när barnen är 18 månader gamla. Den övre gränsen sattes godtyckligt för att beredningen förväntade sig att föräldrarna när barnen är 16 år gamla har ganska lite inflytande över deras tandborstning och livsföring i övrigt.

   Med denna grupp av medborgare ville beredningen framförallt inrikta dialogen på tandhälsa, barns tandhälsa och på hälsa i allmänhet. Hur resonerar föräldrar kring sina barns hälsa och tandhälsa?

2. Långtidsarbetslösa, över hela länet, oavsett bostadsort eller stadsdel. Långtidsarbetslösa definierades som personer som befinner sig i Fas 3 inom Arbetsförmedlingen. Under arbetets gång kom gruppen dock att utökas något till att även innehålla långtidsarbetslösa som inte befinner sig i Fas 3.

   Med denna grupp av medborgare ville beredningen nå personer i en utsatt situation utan att vara begränsad till ett bostadsområde och framförallt inrikta dialogen på hur arbetslösheten upplevs påverka hälsan, livet och levnadsvanorna.

Utifrån ovan beskrivna frågeställningar sammanställde brukardialogberedningen två frågeguider, en för vardera målgrupp, som återfinns som bilaga 1 och 2.

[8] Utveckling av (o)jämlikhet i hälso- och sjukvården sedan 2009, LiÖ 2013-1005

4.3 Kunskapsinhämtning

Beredningen har under arbetets gång inhämtat kunskap om området dels genom att läsa kunskapsunderlag, exempelvis Östgötakommissionens slutrapport, dels genom informationer och diskussioner på beredningens möten.

Vid ett tillfälle bjöds forskare från Linköpings universitet in att berätta om långtidsarbetslösas ohälsa och Arbetsförmedlingens arbete med rehabilitering.

4.4 Kontakt med intervjupersoner

4.4.1 Inledande spridning av inbjudan

Så snart målgrupperna var definierade började arbetet med att försöka komma i kontakt med medborgare ur de båda målgrupperna.

Samtliga barnavårdscentraler (BVC) och folktandvårdskliniker i de aktuella områdena kontaktades, med tanken att nästan alla barn, och då ofta deras föräldrar, besöker BVC och folktandvården (FTV). I inbjudan stod att den riktade sig till personer i det aktuella bostadsområdet.

På BVC och FTV ombads medarbetare att dela ut informations-/inbjudningsbrev (bilaga 3) med tillhörande svarstalong och svarskuvert till de föräldrar som kom in på mottagningen och som passade målgruppen. På vissa mottagningar sattes även inbjudan med tillhörande svarstalong och förfrankerat svarskuvert upp på anslagstavlor.

Utöver BVC och FTV kontaktades ett par föreningar, dock utan resultat.

Målgruppen långtidsarbetslösa i Fas 3 söktes via länets Arbetsförmedlingskontor. Från några kontor gick inbjudan (bilaga 4) med svarstalong och svarskuvert ut till ett urval av de personer som fanns registrerade i förmedlingens Fas 3. På andra kontor sattes inbjudan upp på anslagstavlor.

4.4.2 Problem att nå medborgare

Efter en tid blev det uppenbart att ovan beskrivna metod för att nå medborgarna inte hade fungerat optimalt. Några intresserade medborgare som befann sig i Fas 3 i en av länsdelarna hörde av sig och blev intervjuade, men bland gruppen föräldrar inkom ingen intresserad.

En ny kontakt togs därför med både BVC, FTV och Arbetsförmedling för att försöka identifiera vad som kunde orsaka det låga antalet responderande medborgare.

I kontakterna med BVC och FTV kom det fram att mottagningarna träffade målgruppen ganska sällan, då barn över tre år har ganska glesa kontakter med BVC. Flera vittnade också om att intresset bland föräldrar var svalt och de upplevdes ha fullt upp med vardagen. Här ändrades tillvägagångssättet något så att inbjudningar sattes upp i väntrummet istället för att endast delas ut i samband med besök.

För målgruppen långtidsarbetslösa visade det sig att inbjudningsbreven som skulle ut till alla kontor för vidaredistribuering inte hade kommit ut till alla kontor som avtalat. Detta åtgärdades direkt och även nya inbjudningar skickades ut och sattes upp på anslagstavla. Detta gav viss utdelning då en handfull personer hörde av sig och var intresserade av intervju.

Försök gjordes att bredda kontaktvägarna till föräldrar genom att inbjudningar även sattes upp på öppna förskolor i länet.

Även vanliga förskolor kontaktades, men efter samtal med några av dem lades det spåret ned då det i samtalen lät osannolikt att nå föräldrar via förskolorna då föräldrarna själva vistades väldigt lite tid där och mest lämnade och hämtade sina barn. Flera förskolor lyfte också spontant att språkförbistring kunde

förväntas vara ett stort problem för att nå föräldrar i dessa områden via inbjudningar. Av samma anledningar, samt att beredningen inte ville stigmatisera att bo i vissa bostadsområden och lägga ansvar på elever att ta med information hem, kontaktades inledningsvis inte aktuella skolor i länet.

För att komma i kontakt med gruppen långtidsarbetslösa söktes kontakt med en förening samt samordningsförbunden i länet. Fortsatt kontakt sker med dessa. Samordningsförbunden konstaterade att de inte hade personer i Fas 3 i sin verksamhet och hänvisade till Arbetsförmedlingen. I kontakt med ett av samordningsförbunden togs ett beslut att bredda målgruppen något och att även personer i långtidsarbetslöshet utanför Fas 3 var av intresse att träffa för intervju. Detta inbringade ett par intervjupersoner som är bokade för intervju under hösten 2015.

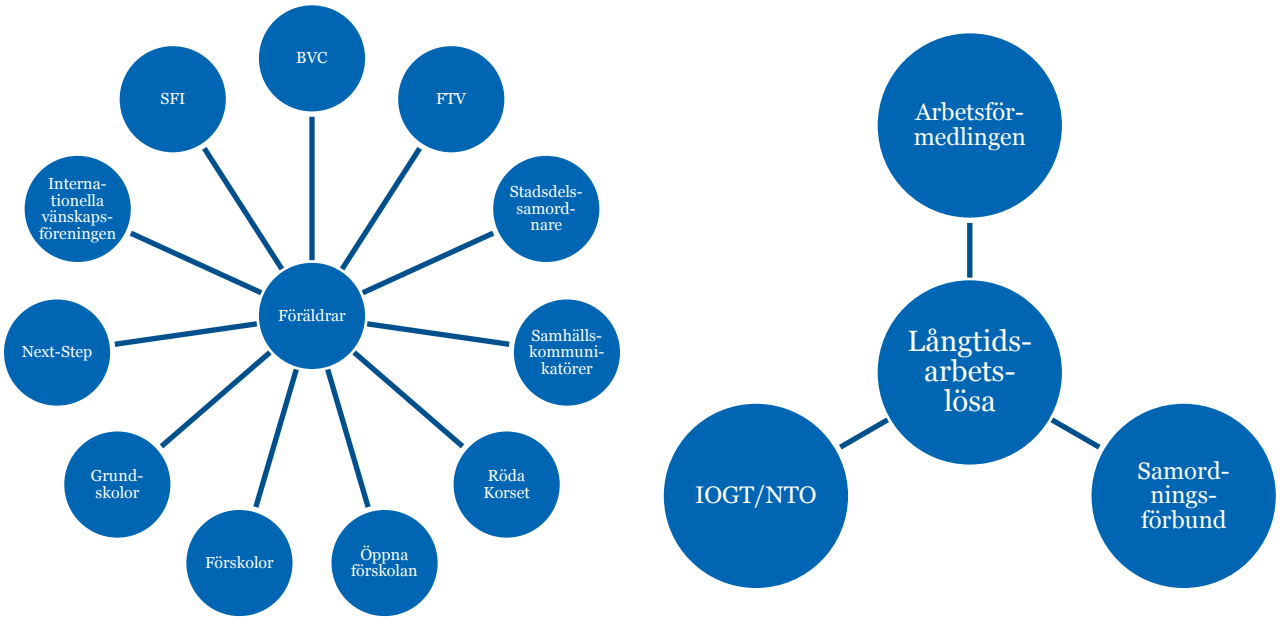
4.4.3 Förändrat arbetssätt efter fortsatta problem att nå medborgare i målgrupperna

Trots förnyade och utvidgade kontakter hörde knappt några personer av sig med intresse av att vara med i dialog. Framförallt var intresset svalt i målgruppen föräldrar.

Brukardialogberedningen beslutade sig då för att ändra angreppsätt. På ett möte efter sommaren bestämdes att beredningens ledamöter istället skulle besöka väntrum och andra platser där personer ur målgruppen föräldrar kunde tänkas vistas och hålla kortare samtal, ”snabbintervjuer” med de personer som befann sig där. Ytterligare kontakt togs därför med BVC, FTV och öppna förskolor, denna gång med en förfrågan om att få komma på besök och träffa de föräldrar som var där. En kraftigt förkortad frågeguide konstruerades (bilaga 5).

Arbete med att försöka hitta ytterligare kontaktvägar fortsatte också och pågår än. Kontakt har tagits med bland annat samhällskommunikatörer, SFI, Röda korset, ABF, grundskolor. Responsen har varit blandad, en del har varit mycket positiva och intervjuer är genomförda eller på gång. Vissa har hänvisat vidare till andra kontakter eller tyvärr inte haft möjlighet att hjälpa beredningen.

I figur 3 och 4 visas samtliga kontaktvägar som använts/försökts med för respektive målgrupp.



Figur 3 och 4: Figur på vilka kontaktvägar som använts/kontaktats för att hitta intervjupersoner till respektive målgrupp.

4.5 Genomförda intervjuer

Totalt har nio personer intervjuats, enskilt eller i grupp, fram till den 21 oktober 2015, två personer inom gruppen föräldrar samt sju personer inom gruppen långtidsarbetslösa. Av de båda föräldrarna var en person en man och den andra en kvinna. I gruppen långtidsarbetslösa var tre män och fyra kvinnor. En förälder har intervjuats i östra länsdelen och en i centrala. Av de långtidsarbetslösa har fem stycken intervjuats i västra länsdelen, en i centrala och en i östra.

Förutom en intervju, där två personer medverkade, har samtliga intervjuer skett enskilt, framförallt på grund av i tidigare avsnitt beskrivna svårigheter att nå målgrupperna. Intervjuerna har varat mellan 45 och 90 minuter. Vid varje intervjutillfälle deltog två politiker ur brukardialogberedningen samt rapportansvarig tjänsteman som administrativt stöd.

Utöver detta har 28 personer ur gruppen föräldrar intervjuats i snabbintervjuer i väntrum och liknande. Av dessa har 7 varit män och 21 kvinnor.

Arbetet med dialogerna fortsätter under vintern 2015-16 och under våren 2016.

4.6 Intervjumaterialet och representativitet

Bearbetning av intervjuerna har skett genom att först noga gå igenom varje intervju. Därefter har beredningen letat efter gemensamma teman i intervjuerna och lagt samman de intervjucitat som passat in under de teman som kommit fram. Detta presenteras i kapitel 5 och 6. Intervjumaterialet presenteras på ett sådant sätt att det inte ska vara möjligt att härleda citaten till en person. Intervjudeltagarna har utlovats konfidentialitet, det vill säga att ingen mer än beredningen och ansvariga tjänstemän vet vilka de är.

Därefter har en analys av intervjuerna gjorts av brukardialogberedningen utifrån modellen Hälsopyramiden, närmast hämtad ur Östgötakommissionens slutrapport[9]. Analysen, och pyramiden, beskrivs närmre i kapitel 7.

I rapporten återges citat från intervjuer i kursiv text.

Då intervjuer alltid speglar respondenters personliga upplevelser och åsikter ger ett intervjumaterial inte en bild som direkt kan appliceras på hela behovsgruppen. Däremot ger en analys av intervjumaterialet möjligheter att upptäcka vissa gemensamma nämnare som kan antas gälla för hela eller stora delar av behovsgruppen.

4.7 Fortsatt arbete 2016

Beredningens arbete fortsätter under 2016. Beredningen behöver ta ställning till om målgrupperna ska förändras eller utökas på något vis eller om intervjuerna ska fortsätta med samma målgrupper.

Beredningen kommer att arbeta med en referensgrupp för att få en djupare förståelse för frågeställningarna än endast genom intervjuer. Referensgruppen kommer att inrättas i Skäggetorp. Därför har inga personer till fokusgruppsintervjuer eller enskilda intervjuer sökts i Skäggetorp. Tanken är att referensgruppen ska träffas totalt tre gånger under höst/vinter och vår 2015-16.

Det finns också planer på att genomföra en enklare enkätundersökning under våren 2016, för att komplettera övriga insatser. Syftet är att nå personer som inte vill eller kan delta i en intervju och därmed bredda underlaget.

Beredningen ser också över hur det är möjligt att ändra tillvägagångssätt för att nå målgrupperna. Exempelvis undersöks om det är möjligt att komma i kontakt med potentiella intervjupersoner via Facebook.

[9] Östgötakommissionens slutrapport., 2014

Till slutrapporteringen av beredningens uppdrag 2016 förväntas beredningen ha nått ett större antal föräldrar för intervju och då kunna svara på de frågeställningar som uppkommit under årets arbete.

5 Intervjuresultat: Föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi

Nedan redovisas resultatet från intervjuerna med föräldrar till barn i åldrarna tre till 16 år och som bor i ett bostadsområde som definierats ha låg socioekonomi.

5.1 Syn på tandhälsa

Samtliga föräldrar som har intervjuats av brukardialogberedningen framhöll att det var viktigt med bra tänder. Orsakerna som angavs skiljde sig något åt, en del tyckte att det var viktigt för hälsan medan andra tryckte mer på det estetiska i att ha bra tänder.

Självklart viktigt med tänder!

Man får ett fint leende och man slipper ha ont och må dåligt över att man har dåliga tänder och slipper betala dyra kostnader. Men framförallt veta att man har bra tänder och veta att de fungerar. Sen vet jag att det påverkar hela kroppen med infektionskänslighet och så. Det finns många bra skäl att ha en god tandhygien.

Viktigt att inte ha ont och ha kvar dem hela livet. Bra att veta från början. Grunden är ju för att kunna äta men också för det estetiskt.

Ett måste! Inte roligt att vara utan tänder. Inte tänder, inte äta eller någonting. Viktigt!

En del intervjupersoner upplevde att de ”fått i arv” att det var viktigt med sina barns tandhälsa.

Noga med tänderna, min pappa var noga med det, med borstning, fluorsköljning, fluortuggummi och fluortabletter. Så det är viktigt för mig och jag vill att det ska vara viktigt för honom också (sonen).

Socialt kapital, att man lär sig saker i sin kultur. I min familj var det naturligt att borsta tänderna morgon och kväll och i skolan åt man frukt med mera. Man har blivit utsatt för en ”propaganda” genom åren hur man gör. Så man har fått det till sig. Sen är det en grej att lita på myndigheterna, gratis tandvård med mera. En grej med att komma över 20 (år) om man har dåligt med pengar går man inte dit förrän det är kris. Ekonomisk fråga eftersom det kostar mycket att laga ett hål eller sätta dit en krona eller så. När det gått för långt.

Mamma måste alltid lära barnen, gå efter barnen titta så att de inte äter godis, chips. […] Viktigt med bra tänder! Jag har tagit bort tänder som barn. Mamma hade ont i tänderna när hon var barn. Pappa är 95, alltid bra tänder, alltid sköter dem.

Andra intervjupersoner hade på ett eller annat sätt egna erfarenheter av sämre tandhälsa som gjorde att de tyckte det var viktigt med deras barns tandhälsa.

Jag har själv haft problem och haft så ont och huvudvärk och så och har fixat tänderna för 30 000 kronor. Jag säger till dem att det är jätteviktigt att ni fixar tänderna och tar hand om dem.

5.2 Rutiner, vanor och ovanor

Intervjupersonerna frågades om vilka vanor de hade kring sina barns tandborstning men även kring mat. En del personer som beredningen träffade i snabbintervjuer hade så små barn att de inte hade fått tänder än. De frågades istället om vilka vanor de planerade att ha kring barnets tänder.

Klart vi kommer borsta! Två gånger om dagen, morgon och kväll.

Vi har köpt spelande tandborstar nu, barnen tycker de är jätteroliga! På vår lilla som är tre år får vi borsta, men den stora vill borsta själv så där borstar vi bara ibland. Så vi följer väl inte rekommendationen helt, men vi är med varje gång de borstar och kollar så det blir ordentligt gjort, uppe och nere. Eltandborstar är ett tips till andra föräldrar!

Hon frågar om hon får gå till centrum för att köpa godis, men det får hon inte. Hon får lördagsgodis, eller ibland på fredagen beroende på hur jag jobbar.

Jag kan ju inte styra över anlagen men jag kan ju styra över vad de äter, lördagsgodis, uppfostra dem, kunskap, borsta deras tänder. Vi har ju kunskap om vad som ger friska tänder.

5.3 Hinder för tandborstning

I intervjuerna framkom olika hinder som kunde försvåra eller ibland omöjliggöra tandborstningen av barnens tänder. Obekväma arbetstider och att som förälder inte vara hemma exempelvis på kvällen gjorde det svårare för föräldrarna att ge barnen en god borstningsrutin och behålla den. Om detta dessutom kombinerades med att vara ensamstående förälder kunde det utgöra ett stort hinder.

Jag är inte alltid hemma och kan tjata. När jag jobbade för tre år sen hade jag lite mer rutiner. Då kunde jag lägga dem på kvällarna och så. Nu när jag jobbar kväll är det svårare. Det är så bra, när jag säger att "gör detta" så gör hon det. Men inte detta (tandborstningen)!

Ett annat förekommande fenomen i intervjuerna var att barnet själv motsatte sig tandborstningen. Hur mycket detta påverkade tandborstningen kunde variera. En intervjuperson berättade om stora svårigheter med tandborstningen och att detta påverkat barnets tandhälsa negativt. Andra föräldrar upplevde att exempelvis barnets trots försvårade borstningen, men att de var ihärdiga och försökte få till en bra rutin.

Hon tycker det är jobbigt att borsta! Jag vill lära henne rutiner. Snart är hon tio år. Jag vill att hon blir duktig och klarar sig och jag slipper tjata på henne.

Det är lite svårt men vi försöker. Han vill gärna ta tag i tandborsten och han vill bita i den för att dra loss strån. Så det blir inte så noga varje gång men försöker få in rutinen.

Hon är jätterädd för blod. Om hon ser rött. Jag säger till dem att när de blir vuxna kommer de ångra det. […] Jag säger till henne att om man inte borstar på länge så är det klart att man får massor med blod. Jag hoppas att tandläkaren pratar med henne. Jag pratar med henne och skrämmer henne.

5.4 Stöd i omgivningen

Flera intervjupersoner uttryckte, vid frågan om var de fått sin kunskap om munhälsa ifrån, att det var Folktandvården och Folktandvårdens besök i skolorna, ibland redan när föräldrarna själva var barn, som lade grunden för kunskapen om munhälsan och dess vikt.

Genom att vi varit på folktandvården!

Ja, inte möten men vad jag själv vuxit upp med och när han (sonen) kommer hit (till FTV) får han råd att ge sina egna barn.

Det har funkat bra, de har kommit till [namn] på skolan, Björnkärrsskolan.

Ja, det har varit bra, de har varit ute hos dagmammor och på föräldramöten.

Intervjupersonerna frågades också om de fått information om skötsel av barns tänder och/eller matvanor av mödrahälsovården, BVC eller folktandvården. Svaren varierade mycket, vilket också kan ha ett samband med barnets ålder. En del föräldrar berättade att de hade fått information om både mat och tandborstning medan andra föräldrar uppgav att de inte fått någon sådan information.

Inte så mycket men BVC har informerat. Vi har fått en matbok, men vi är lata och köper färdig mat..! [...] Ja, när det gäller mat har vi fått bra information.

På BVC.. ja, jo men det har vi haft, nån föreläsning. Så här man ska göra och så vidare. Sådana satsningar finns. Ja, kanske inte så jättemycket nytt för oss, men bra att kunskapen erbjuds.

En del föräldrar upplevde att informationen de hade fått var kring sådant de redan kände till, medan andra berättade att de lärt sig en del nytt.

De har frågat om matvanor och förklarat om bland annat syraangrepp och om borstning. Kunde mycket, men nytt med syrabildandet. Att man inte, när de gråter, ska trösta med ett kex eller så och att det ska gå några timmar mellan att de äter.

Jag visste inte att man skulle borsta till och med små tänder, jag tänkte innan att man väntar tills man har alla tänder.

En del föräldrar hade fått, sökt eller planerade att söka någon form stöd inom Region Östergötlands eller kommunens verksamheter, exempelvis folktandvården eller öppna förskolan.

De är så duktiga tandläkarna de förklarar "det är så här och så här". [...] Jag funderade på om jag skulle prata med tandläkaren om att jag behöver hjälp. [...] Jag funderar på att ringa tandläkaren och fråga. [Namn] här på Öppna förskolan vet om detta och hjälper mig mycket och tipsar mig. [...] Det är jättebra! Värdefullt att ha någon att prata med. Jag brukar skoja med henne att hon är som min mamma!

Det är bra att kunna komma hit, det kan vara jobbigt att vara hemma hela tiden (för mamman som är mammaledig). Kan vara psykiskt påfrestande. Det är socialt och man kan byta erfarenheter med varandra. Vi har inga släktingar runt om oss som vi kan fråga och be om råd.

(Om öppna förskolan) Det är socialt och man kan få information varje onsdag. Man får mycket tips och idéer här och undrar man något kan man bara fråga de ansvariga här, de kan allt!

Hagebyprojektet

I stadsdelen Hageby i Norrköping drivs ett projekt där blivande föräldrar från graviditet och tills barnet är tre år får återkommande hälsosamtal, information om mat och munhälsa samt tandundersökning för barnet. Syftet är att lägga en grund för goda vanor. Insatsen utvärderas genom att barnen följs upp när de är 3 och 6 år gamla. Målet är att minska förekomsten av karies och skillnaden i oral hälsa mellan olika bostadsområden.

5.5 Synpunkter på tandvården

Under intervjuerna väckte ibland frågorna från brukardialogberedningen nya frågor hos föräldrarna. En intervjuperson, som berättade att hon och hennes barn var med i Hagebyprojektet (se 3.4.1.1) och därmed hade fått gå på en tandundersökning, undrade när barn normalt kallas till tandvården och reagerade på att det kändes för sent. Hon

upplevde att hon hade haft nytta av att barnet fick gå på en tandundersökning mycket tidigare.

Min son har redan åtta tänder och han är inte så gammal. Skulle jag vänta till han är 3 år? Det är ju jättelänge, han fick ju tänder tidigt. […] Nu när vi var på undersökningen så sa de att det hade blivit bakterier i munnen och att nu måste jag borsta bättre. Om jag inte varit med i projektet hade jag ju inte fått veta det!

6 Intervjuresultat: Personer i långtidsarbetslöshet

Nedan redovisas resultatet från intervjuerna med personer i långtidsarbetslöshet.

6.1 En begränsad ekonomi till följd av arbetslöshet

Intervjupersonerna, kanske framförallt de personer som tidigare hade haft ett arbete, framhöll att den privata ekonomin hade påverkats negativt av arbetslösheten. De upplevde att de fick begränsa sin konsumtion för att få pengarna att räcka hela månaden.

Jag har lärt mig att leva på ett visst sätt och köper inte på mig onödiga saker, men samtidigt skulle det ju vara skönt att kunna konsumera lite.

En del intervjupersoner beskrev hur de hade en dagsbudget som de var tvungna att hålla för att få månaden att gå ihop. Utgifter utöver de som var budgeterade för var svårt att få råd med.

Har man jobb och man behöver ett par nya skor så köper man ett par nya skor. Om mina skor går sönder nu tar det kanske två månader innan jag har råd på ett par skor.

Nyss gifte sig en kompis och då var det frågan om vi har råd att åka. […] Man kan inte göra så mycket, inte gå ner på stan och äta mat eller nåt.

6.2 Hälsa och hälso- och sjukvård i förhållande till begränsad ekonomi

6.2.1 En ständig stress på grund av ekonomin

Att leva på en mycket begränsad budget, som inte tillåter några extra utgifter utöver det nödvändiga och förutsägbara, upplevdes vara en konstant stressfaktor.

Det är ekonomin, det är allt, till och med hälsan. Man kan inte ha hälsan utan att ha pengar idag. Man spänner sig hela tiden, värk följer på det, har jag sett på en del.

Trots att den sämre ekonomin var något som kom upp i många intervjuer förekom det exempel på personer som inte upplevde en stor ekonomisk stress till följd av arbetslösheten.

Jag söker pengar från kommunen, men det är ju ändå inte mina pengar. […] Men till vardags skulle jag inte säga att jag är så stressad kring det.

Det fanns också åsikter kring att ersättningen som ges under arbetslösheten inte förändrades något under de tider den arbetslösa hade praktik och faktiskt arbetade.

Först och främst ska vi hitta en praktik och se vad jag klarar, men då är man kvar i den dåliga ekonomin. Man skulle behöva nån morot i det för att känna att man gör nånting!!

Ersättningen – du har som mest i början när man går hemma och sen när man kommer ut på praktik och jobbar har man mindre. Blir konstigt. Kan man få en liten ekonomisk boost i det? Behöver inte vara mycket!

Människor som måste ut på åtgärderna. Då ska de ut på heltid. Det är lite fel, för om man ska leva på existensminimum eller motsvarande kan man inte skicka ut människor på heltid. Det ger fel signaler. Jag har fått känslan själv att jag har bättre ekonomi nu. Det lönar sig för individen att jobba. Den känslan förlorar man om man måste vara på ett ställe i åtta timmar och ändå gå på socialbidrag. Sen transportkostnader dessutom.

6.2.2 Att inte ha råd med läkemedel, vårdbesök eller att vara sjuk

Den begränsade ekonomin upplevdes också kunna ge en väldigt tydlig påverkan på hälsan för de intervjupersoner som hade behov av någon form av läkemedel. De kunde ha svårt att ha råd med sina läkemedel och behövde ibland, på grund av sin dåliga ekonomi, avstå från läkemedel. Det kunde också vara svårt att ha råd med läkemedlen tills ett eventuellt högkostnadsskydd trädde i kraft, vilket gjorde att högkostnadsskyddet inte upplevdes vara till någon hjälp.

Man kan inte unna sig något, man kan inte åka på semester. Och jag som är inne i sjukvården, det är ju mycket med mediciner, vissa månader har jag inte råd med medicinerna. Och ingen back-up hemma.

Pratade med en sjuksköterska och fick en ny medicin som gjorde bra. Den var så extremt mycket dyrare! 60 tabletter för 8-900 kr. Så fort det var att jag skulle behöva betala själv, det gick inte, var mer än en halv månadsbudget för mig. Högkostnadsskyddet hade inte heller hjälpt. Jag fick sluta med den.

Intervjupersonerna berättade att de ibland avstod från att söka vård, både sjukvård och tandvård, på grund att de upplevde att de inte hade råd. Utöver själva kostnaden för besöket var ibland kostnaden för resa till vården ett hinder.

När man är arbetslös skiter man i att gå till läkaren för man orkar inte. Det är väldigt lätt att hamna där. Det handlar om ekonomin, det är så kärvt.

Jag skulle behöva gå till tandläkaren men unnar mig inte det.

Jag var borta en lång period från tandvården. Jag har inte tandläkarskräck men ekonomin är skräcken i det [...] Sen dess går jag minst årligen, innan var det vartannat år. Det är ju också ett sätt att hålla nere kostnaderna, rasar det för mycket blir det ju kostnader som är astronomiska. Det får man se till, det lilla sparutrymme man har. Kan man få in det är det en prioritet.

Även inom landstinget när man ska till andra städer, måste man betala det själv. [Fråga: Är Regionen flexibla när det gäller att boka tid, exempelvis om du skulle kunna få alla besök på samma dag för att slippa resa flera gånger osv.?] Nej, jag har försökt men det gick inte alls! Men det hade varit bra!

Även att vara sjuk och ha en karensdag, och därmed få mindre ersättning en månad, upplevdes kunna rasera månadsbudgeten.

Utförsäkring – aktuell fråga. Det var negativt för mig. Jag ser ju. I och med sjukskrivningen fick jag en chans att komma igång. Hitta en bättre väg. Jag hade behövt mer tid i det. Du har en annan ekonomisk trygghet i det. Om jag skulle bli sjuk nu, det har stor påverkan, den karensdagen – den månaden går inte ihop! [...] Det handlar inte om att man ska få gå hemma utan få en bra hjälp att komma tillbaka. När sjukskrivningen försvann hade de arbetslivsintroduktion på tre månader. Då hade jag gått sjukskriven i tre år och var inte redo. Den stressen som blir då!

6.2.3 Ekonomins påverkan på levnadsvanor

En ansträngd ekonomi uppfattades också påverka hälsan på det sätt att det påverkade var personen hade råd att bo. En billigare bostad upplevdes ibland vara en sämre bostad som påverkade hälsan och välbefinnandet negativt.

Gå ner i hyra och storlek. Och det har jag gjort. Så nu bor jag i ett sämre område. Ja, det är ju inte bra. Stereodunk, inte sova på nätterna, ständigt spänd. [...] Många arbetslösa där jag bor, jag vill därifrån men jag kan inte.

Ekonomin upplevdes också påverka möjligheten att äta bra mat, där billigare mat tycktes vara sämre mat. Beroende på om intervjupersonerna för närvarande hade någon form av sysselsättning, exempelvis praktik, kunde de antingen ha eller inte ha tid att handla mat till de mest fördelaktiga priserna och på så sätt kunna äta bra mat till en lägre kostnad.

Sämre mat, billigare mat är sämre mat, det går inte att undvika, det är så.

Om man är arbetslös så kanske man har tid och möjlighet att lägga tid på att göra billig mat. När man är i Fas 3 och jobbar så hinner man inte fixa det på samma sätt.

Det kunde också finnas en upplevd direkt koppling mellan arbete och hälsa på det sätt att en arbetsgivare eller en arbetsplats kunde erbjuda hälsoundersökningar, friskvårdspeng eller tillgång till träningsanläggning inom byggnaden. Det fanns ibland också en social aspekt i det hela, exempelvis att arbetskamrater tränade tillsammans en gång i veckan.

Jobb med lön ger förmåner som hälsoundersökning [...] Uppmuntrar friskvård.

6.3 Bemötande och tillgänglighet till hälso- och sjukvården

Intervjupersonerna beskrev hur det ibland var svårt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, bland annat att få en tid på vårdcentralen.

Det är svårt att få tid och komma in på vårdcentralen. De motar en. Kan vi inte lösa det på telefon? Jag betalar gärna för att träffa en läkare. Dörren är låst.

Ojoj, jag har bråkat med sjukvården [...] Men nu har jag ringt och fått en tid hos dietist och fått en diet och det har blivit radikalt bättre så jag har lust att göra en Lex Maria på dem att de inte upptäckte det innan. Det har varit väldigt psykiskt jobbigt.

Ett fenomen i intervjuerna var känslan av att bli bemött annorlunda än andra på grund av arbetslösheten, utländsk härkomst eller på grund av tidigare erfarenheter inom vården.

När jag var tillsammans med min sambo, han är svensk och vit, när vi gick tillsammans till vårdcentralen för att vaccinerade för fågelinfluensan, då hade vi inte bokat tid men då tog de emot mig!

Jag blev så arg och frågade om det var nån mening med att jag satt kvar där. Då sa de att de som jobbade var tvungna att gå före. Det kom byggarbetare (som kanske var mer akut). Men de sa inte ens nåt, jag satt ju där. Så visst, man blir behandlad på ett annat sätt. Och det står andra saker i mina journaler som gör att jag blir behandlad på ett annat sätt. Inte bara arbetslöshet. Så jag har andra förutsättningar, jag kan inte har rätt att må bra.

Det fanns också en känsla av att behöva kämpa sig in i vården och hävda sin rätt till att få vård.

Jag vet ju att jag kommer få kämpa som en idiot för att få min höftoperation som jag vet att jag kommer behöva. Och allt går ju genom vårdcentralerna och det är ju fler privata nu med! Och det är psykiskt påfrestande och är man arbetslös har man mindre behov. Då kan man gå och ha ont.

6.4 Den sociala samvaron påverkas av arbetslösheten

6.4.1 Identitet, självkänsla och social delaktighet

Arbetet och yrkesrollen upplevdes av intervjupersonerna vara en stor del av identiteten och bristen på arbete kunde således påverka personernas känsla av identitet, framförallt i förhållande till andra människor och andra personer som hade arbete. Det fanns en stark upplevelse av att samhället och sociala kontakter med andra till stor del byggdes på att ”man är det man arbetar med”.

Förr blev man det man var […] Många är ju sin yrkesroll eller det man utbildat sig till eller jobbar som. Tar man bort det tappar man en del av sin identitet.

Ytterligare ett förekommande fenomen i intervjuerna var en bristande självkänsla på grund av arbetslösheten.

Ett hinder är att det kretsar mycket kring ”vad gör du nu för tiden?”. Känns inte så attraktivt att säga ”jag är arbetslös och gör ingenting”. Jag känner mycket negativt kring det, kanske mer än jag skulle behöva göra. Man känner sig ganska värdelös och jämför sig med andra kompisar som kämpat sig upp och jobbar.

Att man är nåt!! Det känner jag skillnaden i sociala sammanhang. Man är inte det man jobbar med, men man är något annat! Det är ett samtalsämne på nåt sätt. Det är mycket som kommer in där på nåt sätt. Självkänslan framförallt!

Bristen på arbete påverkade också den sociala samvaron med andra på så sätt att intervjupersonerna upplevde att många samtal utgick ifrån vad som händer på arbetet. Brist på arbete gav därmed också brist på samtalsämnen och att kunna diskutera aktuella händelser på arbetet med andra människor på fritiden.

Ett arbete har mycket med ens identitet att göra för det är nåt som finns så mycket i din vardag. Du kan ju inte ens diskutera vad som händer på jobbet idag, det faller ju också bort.

En del av personerna intervjuades under sommaren i samband med semestertider. Flera av dessa personer lyfte fram att bekanta med arbete nu planerade och pratade om semester och resor, medan de själva inte upplevde att de hade möjlighet att vara lediga.

Nu på sommaren har man semestertänk, du planerade för fyra-fem veckor. Det beror lite på, har jag varit ute på en åtgärd med praktik har man kanske möjlighet att ta semester, styra sin tid, men det blir ju inte semester på riktigt. Även om jag är ledig ska jag stå till förfogande hela tiden. Kommer det ett brev från Arbetsförmedlingen om ett möte så måste jag komma, de styr ju över min ekonomi.

6.4.2 Det sociala nätverket

Flera personer berättade att det sociala nätverket hade minskat sedan de blev arbetslösa. En anledning var svårigheter att resa till vänner eller delta i sociala aktiviteter på grund av sämre ekonomi.

De som har jobb gör samma grejer, men jag kan inte hänga med. Har tappat några vänner, i längden, det har hänt faktiskt.

Dock fanns det nätverk som upplevdes påverkas mindre, eller inte alls, av arbetslösheten, exempelvis familjen.

Jag har vuxna barn som flugit hemifrån, fick hem till dem och äta [...] Jag har tre barn och tre barnbarn. Bara mormor än så länge. Nej de sa inget (apropå arbetslösheten).

En del intervjupersoner umgicks med andra personer som också var arbetslösa.

Ja, för det är så många man känner i den här stan som är i samma sits. Man kanske kan skratta åt eländet när man är i samma sits.

Jag var aldrig ensam, jag hade min bror som också var arbetslös [...] Sista fredagen i månaden träffades vi och fikade alla arbetslösa. Ingen större skillnad.

6.5 Känsla av att nyttjas som gratis arbetskraft

Ett fenomen i intervjuerna var upplevelsen av att vara en särbehandlad arbetskraft som utförde samma arbete på den arbetsplats de hade praktik på som de som var anställda där, men till betydligt lägre ersättning och ibland på andra villkor. Det var ibland både en upplevelse av att arbeta hårdare än de som var anställda på arbetsplatsen och av att bara få göra de jobbiga uppgifterna. Flera kände att de inte fick göra de uppgifter som lärde dem yrket och gav kunskaper som kunde användas i arbetssökande och på andra arbetsplatser.

Och är man på praktik, man jobbar mer än dem, men för mindre pengar. Jag känner många killar som jobbar som praktikant. Jag måste stanna lite längre, jag är som en slav.

Praktik är gratis arbete.

Ibland är det orättvist. Saken med praktik är att man jobbar gratis ensam. Man får komma in i rutin och lära sig saker, men man får inte lära sig det som är viktiga saker! Vi får putsa fönster och städa och torka bord. Det är ingen framtid!

6.6 Praktiska förutsättningar och hinder för arbete

Det saknades ibland praktiska förutsättningar och möjligheter för att arbeta. Exempelvis kunde intervjupersonerna ha behov av viss utrustning för att klara arbetet eller för att ha en god arbetsmiljö.

När jag började på lagret i maj så undrade jag hur det skulle gå. Behövde bra skor, det är ju sånt jag fått ta mig råd till.

Beroende på var i länet en aktuell arbetsintervju, arbete eller praktikplats finns i förhållande till bostaden behövde intervjupersonerna ibland resa dit, vilket kunde utgöra ett ekonomiskt hinder.

När man åker mellan, när man blir placerad några mil härifrån. Arbetsförmedlingen betalar bara allt över 600 kr, och det måste man lägga ut. Och det är mycket pengar att lägga ut!

6.7 Att vara inskriven på Arbetsförmedlingen

6.7.1 Upplevd brist på individanpassning på Arbetsförmedlingen

Intervjupersonerna upplevde att Arbetsförmedlingen inte tog hänsyn till dem som individer vad gällde att lägga upp en individuell plan för framtiden och för deras arbetssökande. Flera tyckte att Arbetsförmedlingen, på grund av regelverk, tvingade dem att delta på meningslösa aktiviteter och utbildningar som inte gav något och att intervjupersonerna skulle göra dessa aktiviteter bara för att göra något och ”vara ur vägen” ett tag.

De bara skyfflar, tar sig inte tiden. De skriver inte längre handlingsplaner. De fyller i om de får krav uppifrån om de ska granska en viss person. Det är inte säkert att det dokumenteras lika noga som förr. Saknas stöd och respekt. Det kommer uppifrån, det är en myndighet som styrs uppifrån. Förr funkade det, varför funkar det inte nu?

De har inte tid och inte lust, de drar alla över en kam. Vilket kan kännas frustrerande. Du får ta jobb som alla andra. Ett jobb är ett jobb men alla passar inte för allt. Det är respektlöst. Och jag får göra allt jobb, man får inte ens ett administrativt stöd.

Vi är inte marsvin, vi är personer! Vi är olika! De måste lyssna. De går bara på regelböcker. Om det står detta på punkt ett måste de göra så här.

Ett förekommande fenomen i intervjuerna var också att när personerna själva kom med förslag om utbildningar de skulle vilja gå, eller andra utvecklingsmöjligheter, fick de avslag från Arbetsförmedlingen.

När man försöker hitta nåt positivt så kommer nån på Arbetsförmedlingen och säger att ”det går inte, där finns inga platser.

Jag skulle söka en praktikplats, så kom jag på, så jag ringde till en annan tjej och hörde: ja går bra! Ringde i telefon och hörde med handläggare och fick nej och då vart jag förbannad, varför ska jag söka och sen får nej!

Det fanns också en upplevd brist på individanpassning där Arbetsförmedlingen inte tog hänsyn till den fysiska förmågan hos den arbetssökande.

Jag får avslag från programmet. Jag har varit i Fas 3 men jobbet var för tungt och jag sa nej så nu hamnar jag på ruta ett och får börja om igen med Arbetsförmedlingen. Hon (min handläggare) lyssnar inte. Jag har överklagat men de hör inte. Det är så svårt!!

Nu för tiden vill Arbetsförmedlingen se intyg innan de kan lita på oss. Jag vet många som fuskar, men samtidigt tänker jag att sjukgymnast och läkare har förmåga att bedöma! Det är Moment 22. Jag vill inte skada mig för att visa att jag inte klarar det jobbet. Jag vill inte skada mig för det skadar min hälsa!!

Intervjupersoner som hade varit arbetslösa och inskrivna hos Arbetsförmedlingen en längre tid tyckte sig kunna se en förändring i hur Arbetsförmedlingen arbetade och bemötte de arbetssökande.

De har en speciell grupp för oss ”halta och lytta”. När jag kom in först hade de mer, men nu – inget. Det har blivit hårdare ute, de (företag) vill inte ta emot någon. Jag vet inte vad som har hänt, men… Ett par tre år har det varit förändring. Jag har även sett folk omkring, nej, vi har inte gjort nåt på ett tag. Folk verkar inte vilja ta emot oss helt enkelt. Kommunen kanske, men som jag uppfattar det har det blivit en försämring.

6.7.2 Arbetsförmedlingen som kontrollinstans

Ett vanligt förekommande fenomen i intervjuerna var upplevelsen av att Arbetsförmedlingen var en kontrollinstans snarare än en plats där individen kunde få hjälp att hitta ett arbete.

Arbetsförmedlingen gör ingenting. Ibland hittar de bara på, tre tryck på knappen. Då är man tvungen att svara om man vill eller inte vill. Om man inte svarar snabbt säger de att man inte tar initiativ.

När man är arbetslös så, idag så är det ett stressmoment att vara arbetslös, man ska redovisa, jag har fått en varning till och med för en liten sak. Hade precis börjat jobba och var fullt upptagen med det och glömde skicka in lappen, man kan inte skicka in den efter ett visst datum.

Då ska jag stå till förfogande hela tiden. Kommer det från Arbetsförmedlingen ett brev om ett möte så måste jag komma, de styr ju över min ekonomi.

6.8 Syn på och tankar om framtiden

Intervjupersonernas syn på framtiden var delad. En del såg ljust på framtiden medan den för andra tedde sig ganska mörk. Flera av intervjupersonerna kände att de var för gamla för att få ett arbete, men för unga för att gå i pension. De tyckte att de hade mer kvar att ge, men inte fick chansen att visa det på ett arbete.

Jag är frisk, kan kanske jobba tio år till, men ingen vill ha mig.

Haft ett jobb i trettio år (företaget är nu nedlagt). Komplex sjukdomsbild. Var för gammal för att få pengar till utbildning. Diskbrock, fibromyalgi, tinnitus, nervskador med mera. Mitt emellan, för gammal för att jobba men för ung för pension.

Det fanns en önskan hos intervjupersonerna att få ett arbete, gärna ett arbete som upplevdes som meningsfullt och som passade deras förutsättningar och utbildning.

Jag är inte ute efter att göra karriär. Jag vill hitta något bra och jobba med något jag trivs mig. […] Även de tråkigaste jobben jag stått på har jag alltid gjort ett bra jobb och känt yrkesstolthet!

Det förekom dock också tankar om att det skulle vara en för stor och plötslig omställning om personen från en dag till en annan skulle gå från att vara arbetslös till att ha ett heltidsarbete. Det fanns behov av att långsamt fasas in i ett liv med arbete.

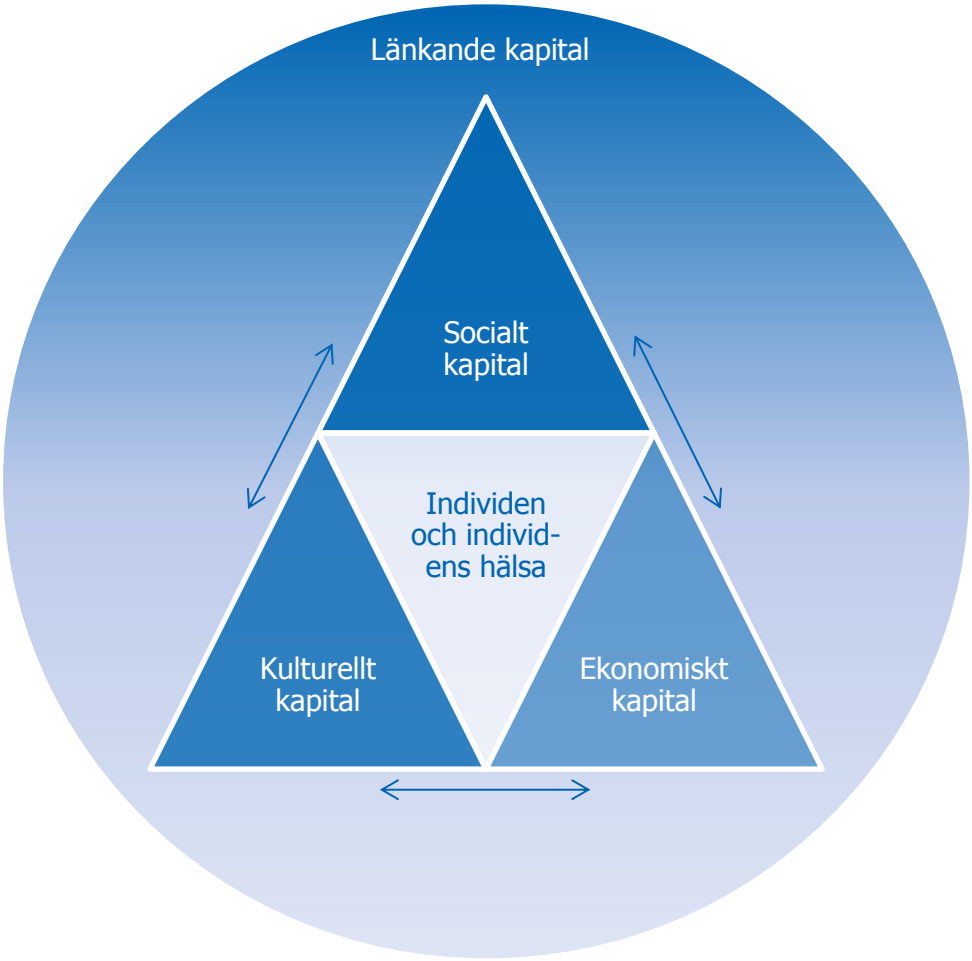
Utvecklingsanställning, det lät jättebra, för då ökar man upp och får kurser. Men kommunen sa nej. Då är man tillbaka på ruta ett igen. Jag vet inte idag var jag står. Om jag skulle få ett jobb där jag ska vara på jobbet klockan åtta på måndag, jag har en depression, jag vet inte hur jag skulle klara det.

7 Analys

Nedan följer en analys av de intervjuer som har genomförts. Intervjuresultat från båda målgrupperna, långtidsarbetslösa och föräldrar, tas med, men eftersom underlaget är mer omfattande för gruppen långtidsarbetslösa utgör resultaten från dessa intervjuer underlag till merparten av analysen.

7.1 Hälsopyramiden

Beredningen har valt att analysera intervjuresultatet med hjälp av modellen ”Hälsopyramiden”, se figur 5.



Figur 5: Hälsopyramiden. Närmast hämtad ur Östgötakommissionens slutrapport, något bearbetad.

Modellen beskriver hur varje individ har tre resurser, kapital, för hälsa; socialt, ekonomiskt och kulturellt kapital. De tre kapitalen påverkar hälsan men också varandra. Om ett eller flera kapital i pyramiden försvagas, försvagas också de andra kapitalen. Om kapitalen i pyramiden försvagas, försvagas hälsan. Om hälsan försvagas, försvagas också kapitalen i pyramiden.

Med socialt kapital menas de sociala kontakter och nätverk som finns kring en individ. Det kan vara familj, släkt, nära vänner och grannar. Sociala kontakter kan vara mellan individer med samma värderingar och som tillsammans har en känsla av gemenskap, men det kan också vara sociala kontakter där människor med olika värderingar möts, exempelvis i en förening.

Med ekonomiskt kapital menas en individs materiella och ekonomiska tillgångar, men också kännedom om och förståelse för ekonomiska system och spelregler.

Med kulturellt kapital menas de kunskaper, värderingar, uppfattning om vad som är god uppfostran och ”god ton”. Kulturellt kapital kan också vara formell utbildning. Kulturellt kapital kan både vara egenskaper och kunskaper som ”ärvts” från familjen och närmaste umgängeskretsen men fåtts genom utbildning. Även språkbruk och förmåga att uttrycka sig väl är en del av det kulturella kapitalet.

Utöver de tre kapitalen, socialt, ekonomiskt och kulturellt, finns det också ett länkande kapital där samhället, myndigheter, regionen med flera, kan länka över resurser till de olika kapitalen kring individen. Exempelvis kan individens sociala kapital förstärkas genom trygga miljöer och sociala arenor där människor kan mötas. Det ekonomiska kapitalet kan främjas genom till exempel en god arbetsmarknad, avtalsenliga löner, subventions- eller bidragssystem. Det kulturella kapitalet kan förstärkas genom ett väl organiserat och tillgängligt utbildningssystem.

7.2 Socialt kapital

Inom intervjugruppen långtidsarbetslösa upplevdes det sociala kapitalet för många, dock inte alla, ha påverkats av arbetslösheten. Bland annat tycktes både identiteten och det sociala nätverket ha påverkats.

En förklaring skulle kunna vara vilken typ av kontakter som utgjorde en stor del av det sociala nätverket och kapitalet innan personen blev arbetslös. Ett stort socialt nätverk som utgått från arbetet är troligt att påverkas av arbetslösheten om arbetet och yrkesrollen varit en stor del av identiteten och där arbetet fungerat som en sammanlänkande funktion. Det är möjligt att ett nätverk bestående av familj påverkas mindre av att en person blir arbetslös, eftersom yrkesrollen och arbetet inte är det som håller samman nätverket, utan familjebanden. Dock kan tänkas att även detta nätverk påfrestas utifrån de utmaningar den arbetslösa individen ställs inför. Även vänner och bekanta som träffats genom gemensamma intressen utanför arbetslivet, exempelvis genom en förening, kan enligt detta tankesätt vara mindre troligt att påverkas av arbetslösheten.

I intervjuerna kom det också fram exempel på hur själva arbetslösheten blivit en socialt sammanhållande funktion, då en del intervjupersoner umgicks med andra personer som befann sig i arbetslöshet. Det är möjligt att situationen som arbetslös blir mindre stigmatiserande eller uteslutande om det är flera i närmaste kretsen eller i bygden som befinner sig i arbetslöshet.

I intervjuerna syntes en tydlig koppling mellan det sociala och ekonomiska kapitalet på det sätt att det sociala kapitalet och möjligheten att träffa och umgås med vänner i aktiviteter som kostade pengar påverkades och försvårades av en sämre ekonomi. Ett mindre ekonomiskt utrymme kunde förhindra både enkla aktiviteter som att fika eller äta ute men också att resa för att träffa vänner och familj.

I intervjugruppen föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi kom det fram att de sociala kontakter som finns i offentliga sammanhang, exempelvis genom öppna förskolan, till viss del kan upplevas ersätta eller kompensera för att inte ha en nära familjemedlem att söka stöd och råd från. Detta är även kopplat till det kulturella kapitalet då dessa sociala kontakter kunde erbjuda kunskapsstöd, råd och vägledning. Ytterst är detta även ett exempel på ett länkande kapital där samhället kan verka för att förstärka både det sociala och kulturella kapitalet, se vidare under 7.4.

7.3 Ekonomiskt kapital

För intervjugruppen långtidsarbetslösa upplevdes det ekonomiska kapitalet påverkas mycket av arbetslösheten.

Det minskade ekonomiska kapitalet ansågs ha både en indirekt och direkt påverkan på den upplevda hälsan hos intervjupersonerna. En del intervjupersoner beskrev den stress och oro de kände över sin ekonomiska

situation och hur de levde på en snäv budget med små marginaler. Denna stress och oro kan sannolikt ha påverkat individernas känsla av hälsa och välbefinnande, både fysiskt och psykiskt. I Östgötakommissionens slutrapport beskrivs hur stress kan påverka kroppen negativt om stressen blir kronisk och kroppen aldrig får återhämta sig efter ett stresspåslag. Kronisk stress är vanligare hos individer som lever i en socioekonomiskt utsatt situation[10].

Utöver det upplevdes det finnas en direkt påverkan på hälsan av det ekonomiska kapitalet. I flera intervjuer förekom berättelser om att ha svårt att ha råd med, och ibland till och med behöva avstå från, läkemedel samt besök inom hälso- och sjukvården på grund av den ekonomiska situationen. Tillgången till vård påverkades också av de kostnader som resor till och från vården kunde ha, beroende på var i länet personen var bosatt och var vården gavs.

Det förekom också exempel i intervjuerna på hur sämre ekonomi upplevdes innebära sämre möjligheter att handla bra mat samt hur sämre ekonomi innebar sämre möjligheter att ha en bra bostad i ett bostadsområde som uppfattades som bra. Låg disponibel inkomst[11] är förknippat med sämre socialt nätverk, låg fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Låg inkomst och låg ekonomisk standard har stor betydelse för hälsan i alla åldrar.[12] Det är möjligt att även föräldrar med sämre ekonomi upplever det svårt att handla bra mat, även om detta inte framkom i intervjuerna, vilket i så fall kan påverka barnens tandhälsa.

I intervjuer med föräldrar berördes det ekonomiska kapitalet i mycket liten utsträckning. Ingen förälder uppgav ekonomi som ett hinder för att sköta sina barns tandhälsa. Dock framkom exempel på att arbete med obekväma arbetstider kunde påverka rutinerna kring tandborstning.

7.4 Kulturellt kapital

Det kulturella kapitalet berördes ganska lite i de intervjuer som hölls med långtidsarbetslösa, men några exempel på hur det kulturella kapitalet påverkades kom fram.

Ett fenomen i intervjuerna var upplevelsen av att skickas på onödiga utbildningar och att få göra de ”sämsta” uppgifterna på en praktikplats istället för att lära sig olika delar av yrket. Det fanns en uppfattning om att de insatser som de skickades på inte byggde upp deras kulturella kapital.

I intervjuerna med föräldrar kom det fram att kunskaperna kring tandhälsa, kosthållning och tandborstning varierade. En del föräldrar upplevde att de sedan lång tid tillbaka var väl informerade om hur de skulle sköta sina barns tänder och de tyckte att de fått dessa kunskaper och rutiner kring tandborstning i arv från sina föräldrar redan när de själva var barn. En del andra föräldrar upplevde att de numera, efter att ha fått information exempelvis från BVC, var väl informerade men att en del av den information de hade fått varit ny för dem.

Detta visar på vikten av generella insatser där alla föräldrar får ta del av samma information, men också att informationen kan behöva vara av olika karaktär eller i olika stor omfattning beroende på vilka förkunskaper föräldern i fråga har.

[10] Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014
[11] Det belopp en person har att använda varje månad, att spendera eller spara.
[12] Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014

7.5 Länkande kapital

När ett eller flera kapital sviktar hos en individ kan olika former av länkande kapital, där samhället länkar in resurser till individen, vara till stöd för att bygga upp, behålla eller förhindra en försämring av det sociala, ekonomiska och kulturella kapitalet.

I intervjuerna med långtidsarbetslösa har det framkommit kritik mot det stöd som Arbetsförmedlingen ger till arbetslösa. Personerna tyckte att det saknas ett tydligt mål och att det finns en brist på individanpassning. Det fanns också tankar om att leva under krav och kontroll från Arbetsförmedlingen utan att själv ha kontroll över sin situation – vad gäller bland annat arbete, insatser och ekonomi. Utöver det upplevdes arbetslösheten påverka känslan av identitet, det sociala nätverket och kontakterna med detta samt självkänslan.

Att hamna i en utsatt situation, likt arbetslöshet, kan innebära att individen vänder sig till samhället, exempelvis Arbetsförmedlingen, för hjälp. Om insatserna då upplevs som meningslösa och att det saknas en tydlig plan för personen som individ kan detta leda till en frustration och stress över att inte själv kunna påverka situationen. Detta kan i sin tur påverka självkänslan och tron på den egna förmågan och så småningom leda till en känsla av hopplöshet. Enligt Östgötakommissionens slutrapport kan känsla av hopplöshet komma efter upprepade motgångar och hopplöshet är nära sammankopplat med en låg självskattad hälsa. Det är också möjligt att stress, frustration, bristande självkänsla och känsla av hopplöshet kan leda till passivitet och uppgivenhet hos individen. Känslor av uppgivenhet, nedstämdhet, depressivitet och hopplöshet är oberoende riskfaktorer för sjukdom och död[13].

För att undvika att en individ hamnar i ovan beskrivna negativa spiral är det viktigt att det finns möjligheter att stärka samtliga tre kapital kring individen samt att det länkande kapitalet upplevs som värdefullt, meningsfullt och individanpassat.

I intervjuerna med föräldrar kom det fram att ett länkande kapital kan vara personal på öppna förskolan som både kan förstärka det sociala och det kulturella kapitalet hos föräldrar. Detta eftersom de både kan hitta en social arena på öppna förskolan, men också få stöd, råd och vägledning från personalen. Personalen kan också tipsa om andra instanser där föräldern kan få stöd av olika slag.

7.6 Hälsolitteracitet

I intervjuerna, med både långtidsarbetslösa och föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi, har det framkommit tecken på olika nivåer av hälsolitteracitet. Beroende på förkunskaper, språk och andra förutsättningar kan möjligheterna att ta åt sig av hälsoinformation vara varierande. Dock tycker sig beredningen se i intervjuerna att det inte framförallt är brist på kunskap eller möjlighet att ta till sig information som gör att människor agerar på olika sätt vad gäller hälsa. Det har snarare att göra med vilka resurser och kapital individen har som gör det möjligt att omsätta kunskapen i praktiken.

Till exempel har det visat sig i intervjuerna att en försämrad ekonomisk situation upplevs kunna försvåra en hälsosam livsstil, att obekväma arbetstider kan göra det svårare att skapa och införa goda rutiner i familjen och att en utsatt situation kan påverka självkänslan och framtidstron. Det har också framkommit exempel på att det sociala nätverket kring individen kan påverkas av en utsatt situation.

Det är viktigt att Region Östergötland kommunicerar budskap och information om hälsa på ett sätt som befolkningen förstår och kan ta till sig, men det är kanske ännu viktigare att regionen tillsammans med andra aktörer arbetar för att stärka människors möjligheter och resurser att leva ett hälsosamt liv.

[13] Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014

8 Referenser

Bearbetning av lokala tandepidemiologidata. Folkhälsocentrum, Landstinget i Östergötland, 2009

Folktandvården i Östergötland (EPI)

Mårtensson, L, Hensing, G, 2009, *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa - en introduktion till begreppet hälsolitteracitet, En introduktion till begreppet hälsolitteracitet*, Sahlgrenska akademin

Mårtensson L, Hensing G. *Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet*. Läkartidningen. 2011; 108 (51–52): 718–20.

Utveckling av (o)jämlikhet i hälso- och sjukvården sedan 2009, LiÖ 2013-1005

Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport, 2014.

Bilaga 1 - Frågeguide intervjuer med föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi

1) Inleda med att presentera oss själva, uppdraget, syfte.

2) Hur länge har du bott i det här bostadsområdet?

3) Nämn en fördel och en nackdel med att bo här?

4) Man har sett att tandhälsan ser olika ut i olika bostadsområden. Varför tror du det är så? (Följdfråga: Hur upplever du att det ser ut i ditt bostadsområde?)

5) Vad ser du för värde i att ha bra tänder?

6) Vilka förutsättningar har du för att hjälpa ditt barn att ha friska tänder?

7) Har ditt barn besökt tandvården? Har du fått den hjälp du och ditt barn behövt?

8) Har du erbjudits råd hos MVC/BVC om hur man sköter sina tänder? Har du känt att de här råden varit ett stöd för dig? (Hur då? Vilket stöd har du saknat?)

9) Vad betyder socialt umgänge (släkt/vänner/arbetskamrater/grannar) för information? Har du fått stöd?

10) Om du eller någon i din familj mår dåligt, vart vänder du/ni er?

11) Är det något mer du vill berätta för oss?

Bilaga 2 – Frågeguide intervjuer med personer i långtidsarbetslöshet

1) Inleda med att presentera oss själva, uppdraget, syfte.
2) Vilken skillnad är det mellan hur du lever idag och hur du levde innan du blev arbetslös?
3) Upplever du att den här livsförändringen har påverkat din hälsa? Hur?
4) Kan du ge oss en bild av hur du vill att framtiden ska se ut för dig?
5) Vad är viktigast och vilka förutsättningar har du att förändra din situation?
6) Har din relation till omgivningen (familj/vänner/bekanta) påverkats av din situation? Hur?
7) Har du besökt hälso- och sjukvården senaste året?
8) Har du behov som du skulle vilja ha hjälp med från hälso- och sjukvården?
9) Är det något mer du vill berätta för oss?

Bilaga 3 – Informationsbrev till föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi

Region Östergötlands politiker vill träffa dig som är förälder till ett eller flera barn i åldern 3-16 år!

Region Östergötland, som ansvarar för hälso- och sjukvården och tandvården i länet, arbetar sedan flera år med medborgardialog. I dialogerna träffar politiker från Regionen medborgare för att höra vad de tycker och tänker i olika frågor och använda den informationen för att förbättra hälso- och sjukvården.

Under 2015 hålls medborgardialog med föräldrar kring barns hälsa och tandhälsa.

Vi vill gärna träffa dig som bor i stadsdel i stad[14] och är förälder till ett eller flera barn mellan 3-16 års ålder för att prata om dina **erfarenheter och upplevelser kring ditt barns hälsa och tandhälsa samt kontakt med vården.** Du eller ditt barn behöver inte ha några speciella erfarenheter från vården för att vi ska vara intresserade av att träffa dig!

Samtalen sker i grupp om maximalt 4-5 personer under **våren/tidig höst 2015[15]**. Utöver intervjudeltagarna medverkar två politiker från Regionen som leder samtalet och en tjänsteman som för anteckningar. Om du inte vill träffas i grupp finns det möjligt att ses för en enskild träff.

Är du intresserad av att dela med dig av dina erfarenheter? Maila mig eller fyll i bifogad svarstalong med dina kontaktuppgifter. Därefter kontaktar jag dig för att boka tid och plats.

Vi ser fram emot att träffa dig!

Med vänliga hälsningar

Anna Bengtsson

Hälso- och sjukvårdsstrateg,
Ledningsstaben

S:t Larsgatan 49 B
581 91 Linköping
anna.bengtsson@regionostergotland.se

010-103 07 83

Har du några frågor eller funderingar? Hör av dig!

[14] Stadsdel och stad fylldes i beroende på var inbjudan skulle delas ut.
[15] Tidsangivelsen ändrades från vår till höst när arbetet med rekrytering till dialoger fortsatte under hösten 2015.

Bilaga 4 – Informationsbrev till personer i långtidsarbetslöshet

Region Östergötlands politiker vill träffa dig som varit arbetslös under en längre tid och är/har varit i Fas 3.

Region Östergötland, som ansvarar för hälso- och sjukvården och tandvården i länet, arbetar sedan flera år med medborgardialog. I dialogerna träffar politiker från Regionen medborgare för att höra vad de tycker och tänker i olika frågor och använda den informationen för att förbättra hälso- och sjukvården.

Under 2015 hålls medborgardialog om hur personer i långtidsarbetslöshet upplever sin hälsa och förutsättningarna för att ha en god hälsa.

Vi vill gärna träffa dig som ingår eller fram tills nyligen ingått i Fas 3 för att prata om **hur du upplever din hälsa och dina förutsättningar för en god hälsa.** Du behöver inte ha några speciella erfarenheter av hälso- och sjukvården för att vi ska vara intresserade av att träffa dig!

Samtalen sker i grupp om maximalt 4-5 personer under våren/tidig höst 2015[16]. Utöver intervjudeltagarna medverkar två politiker från Regionen som leder samtalet och en tjänsteman som för anteckningar. Om du inte vill träffas i grupp finns det möjlighet till en enskild träff.

Är du intresserad av att dela med dig av dina erfarenheter? Maila mig eller fyll i bifogad svarstalong med dina kontaktuppgifter. Därefter kontaktar jag dig för att boka tid och plats.

Vi ser fram emot att träffa dig!

Med vänliga hälsningar

Anna Bengtsson

Hälso- och sjukvårdsstrateg
Ledningsstaben

S:t Larsgatan 49 B
581 91 Linköping
anna.bengtsson@regionostergotland.se

010-103 07 83

Har du några frågor eller funderingar? Hör av dig!

[16] Tidsangivelsen ändrades från vår till höst när arbetet med rekrytering till dialoger fortsatte under hösten 2015.

Bilaga 5 – Frågeguide kortversion snabbintervjuer med föräldrar i bostadsområden med låg socioekonomi

Inleda med att presentera oss själva, uppdraget, syfte.

Vi är hälso- och sjukvårdspolitiker, har du tid för några snabba frågor kring tandhälsa? Vi vill prata med personer som bor i det här området.

1) Har ditt barn besökt tandvården? Har du fått den hjälp du och ditt barn behövt?

2) Vad ser du för värde i att ha bra tänder?

3) Hur hjälper du ditt barn att ha friska tänder?

4) Har du erbjudits råd hos MVC/BVC om hur man sköter sina tänder? Har du känt att de här råden varit ett stöd för dig? (Hur då? Vilket stöd har du saknat?)

Något mer du vill skicka med oss?

Om tid finns, ställ frågor från ordinarie frågeguide.