

# Överskuldssättning och ohälsa

En studie av hur långvarig överskuldssättning kan påverka  
den psykiska- och fysiska hälsan

**2014:16 Överskuldssättning och ohälsa**  
Konsumentverket 2014

Författare: Richard Ahlström, Malmö Högskola och Sonya Edström, Mittuniversitetet, Östersund

Ansvarig handläggare på Konsumentverket: Vilhelm Nordenanckar

## Förord

Konsumentverket har i uppdrag att stödja den kommunala budget- och skuldrådgivning genom bland annat att inhämta och förmedla kunskaps-underlag, analysera konsumentproblem samt vid behov föreslå åtgärder för att lösa dessa.

Syftet med föreliggande rapport är att ge ökat underlag och kunskap om hur en långvarig och svår överskuldsättning kan påverka den fysiska och psykiska hälsan. Ett annat fokus har varit att undersöka vilken betydelse kommunernas budget- och skuldrådgivning utgör under denna process. Författare är docent Richard Ahlström, prefekt vid Malmö högskola och fil. mag. Sonya Edström, Mittuniversitetet - Östersund och de slutsatser och ståndpunkter som redovisas i rapporten är författarnas egna och dessa ansvarar för riktigheten i innehållet.

Undersökningen, som ligger till grund för föreliggande rapport, möjliggjordes genom ett forskningsanslag från dåvarande Statens Folkhälsoinstitut och interna forskningsmedel vid Mittuniversitetet - Östersund. Ett speciellt tack riktas till Anna Vedin som administrerade enkätundersökningen, som ligger till grund för denna studie. Behovet av studier av överskuldssättningens följder för individens hälsa är angeläget, eftersom mycket litet forskning har gjorts om detta i Sverige.

Karlstad i mars 2015

Peter Vikström  
Chef Analysenheten

## Innehållsförteckning

Förord.....	3
Sammanfattning.....	6
Summary .....	9
1 Inledning .....	12
1.1 Överskudsättning och ohälsa - tidigare studier.....	12
1.2 Kausalitetsproblematiken skulder/ohälsa .....	13
1.3 Syfte, metod, urval och procedur .....	13
2 Resultat.....	17
2.1 Överskudsattas livsvillkor .....	17
2.1.1 Skuldsituationen, arbete och inkomster .....	17
2.1.2 Skuldsanering .....	18
2.1.3 Inkomst.....	18
2.1.4 Hjälp från budget- och skuldrådgivare .....	18
2.1.5 Upplevelsen av att vara skuldsatt.....	18
2.1.6 Nödvändiga medel för hushållets basala behov.....	21
2.1.7 Boendetrivsel .....	22
2.1.8 Spelberoende .....	22
2.2 Överskudsattas hälsa.....	23
2.2.1 Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar .....	23
2.2.2 Hälsans åtta dimensioner.....	29
2.3 Samband mellan överskudsättning och ohälsa .....	36
3 Slutsatser .....	40
3.1 Mental hälsa.....	40
3.2 Fysisk hälsa.....	40
3.3 Skuldproblem, hälsoproblem och livssituation .....	41
3.4 Begränsningar i slutsatserna och framtida forskning .....	43
Bilaga 1. Demografisk bakgrund .....	46
Bilaga 2. Hushållens skuldsituation .....	48
Bilaga 3. Hjälp från budget- och skuldrådgivare.....	51
Bilaga 4. Bestridande av nödvändiga utgifter .....	53
Bilaga 5. Spelberoende – tabellerna 7 till 11.....	55
Bilaga 6. Sambandsanalys – tabellerna 29 till 32.....	56

Bilaga 7. Tabell 28. Livsstil bland överskuldssatta .....	60
Bilaga 8. Frågeområden och mätinstrument.....	61
Referenser .....	67

## Sammanfattning

Föreliggande studie belyser överskuldssatta personers levnadsförhållanden och överskuldssättningens inverkan på deras hälsotillstånd. Med överskuldssatta personer menas här att deras skuldbörda har blivit så omfattande att de inte har någon möjlighet att infria sina åtaganden allteftersom skulderna förfaller till betalning och att denna oförmåga inte endast är tillfällig. För att identifiera och beskriva psykisk och fysisk hälsa samt levnadsvillkor hos de personer, som ingick i undersökningen, har underlag inhämtats genom enkäter. Samtliga frågor i enkäterna byggde på självrapporterade förhållanden. I studien ingick 14 olika mätinstrument:

1. Bakgrund och levnadsförhållanden
2. Boendetrivsel
3. Skuldsituation, arbete och inkomster
4. Upplevelsen av att vara skuldssatt,
5. Nödvändiga medel för hushållets basala behov
6. Spelberoende
7. Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar
8. Hälsans åtta dimensioner
9. Ångest och depression
10. Utmattning
11. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD, PCL-17)
12. Hopplöshetsskalan
13. Paykels suicidinstrument
14. Livsstil

### Resultat och slutsatser

Det föreligger en markant översjuklighet hos överskuldssatta i en jämförelse med normalbefolkningen. De erhållna värdena på samtliga hälsomätning-instrument pekar entydigt i en och samma riktning - överskuldssatta uppvisar en signifikant sämre och i många fall dramatiskt sämre psykisk *och* fysisk hälsa än vad fallet är hos normalbefolkningen. Flertalet av respondenterna hade varit i kontakt med den kommunala budget- och skuldrådgivningen i hemkommunen och var övervägande positiva när det gällde frågor som rör ordning på ekonomin, känna sig bättre till mods, få ork och kraft att gå vidare och liknande. Däremot är man mindre positiv till om hjälpen har underlättat till förvärvsarbete, hälsa och familj.

#### *Mental hälsa*

När det gäller *mental hälsa*, rapporterade överskuldssatta 41 procent av kvinnorna och 36 procent av männen lägre värden än motsvarande värden i referensgruppen. En femtedel av respondenterna uppger att de har en psykisk sjukdom. Enligt Socialstyrelsen var motsvarande siffra i normalbefolkningen med kontroll för ålder knappt 1 procent. Värdena för ångest och depression var signifikant högre än motsvarande värden i normalbefolkningen och speciellt då det är frågan om *allvarlig* ångest och klinisk depression. T.ex. är det 6 procent av befolkningen som upplever sannolika fall av allvarlig klinisk depression, medan det i den överskuldssatta gruppen erhöles ett värde på 28,7 procent. Det innebär att det förelåg en nästan fem gånger så hög förekomst av

denna form av psykisk ohälsa bland överskuldssatta. Liknande gäller även för förekomst av ångest. Detta överensstämmer med tidigare forskning, som upprepade gånger har kopplat samman ekonomisk påfrestning - det vill säga finansiella svårigheter, fattigdom och skulder, respektive stressfulla livshändelser (något som kännetecknar den överskuldssatta situationen) med mentala problem som ångest och depression.

De erhållna värdena för Posttraumatiskt stressyndrom är alarmerande. Nästan hälften av respondenterna uppfyller kriteriet för detta. Det är dock av betydelse vid självrapporterat posttraumatiskt stressyndrom, att resultaten följs upp med en eller flera kliniska intervjuer. Utformningen av frågeformuläret utesluter inte heller att posttraumatiskt stressyndrom kan ha uppstått av andra händelser och sakförhållanden än skuldproblem.

### *Fysisk hälsa*

Samtliga analyser visar att även den fysiska hälsan hos respondenterna är starkt påverkad i negativ riktning jämfört med normalbefolkningen. Detta förhållande är inte nämnvärt rapporterat i tidigare forskning med undantag av Ahlström (1998). Det råder dock vissa tveksamheter vad gäller kausalitetsriktningen skulder/hälsa. Beroende på vilka hälsomätning-instrument som använts blir resultaten av sambandsanalyserna med bakgrundsvariablerna komplexa. Dock förefaller en god livsstil, boendetrivsel samt hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen ha en positiv betydelse för den fysiska hälsan.

### *Hopplöshet och självmordsbenägenhet*

Bland individer i den överskuldssatta gruppen var förekomsten av stark grad av hopplöshet nästan sju gånger så stor jämfört med normalbefolkningen, och det kan innebära att människor med skulder i stor utsträckning har en negativ syn på sin framtid och ser att den nuvarande situationen inte kan/kommer att förändras, likväl som det är ett tecken på depression. Orsaken till detta kan förklaras med att individen kan uppleva en hjälplöshet och maktlöshet. Detta kan kanske även upplevas som ett tecken på att deras situation har försämrats och blivit ohanterbar, vilket i sin tur inverkar på upplevelse av att den personliga kontrollen har minskat/begränsats. Hopplöshet har även ett uttalat samband med självmordsbenägenhet, vilket också framgår i denna studie. I gruppen överskuldssatta uppvisades en signifikant högre förekomst av både självmordstankar och självmordsförsök jämfört med normalbefolkningen - exempelvis har 17,6 procent försökt att ta sitt liv jämfört med 3,6 procent i normalbefolkningen, vilket innebär en nästan fem gånger så stor förekomst. Samband mellan finansiella problem/överskuldssättning och självmordsbenägenhet har tidigare observerats<sup>1</sup> där man drar slutsatsen att förekomsten av självmord just berodde på den finansiella påfrestningen och på psykisk sjukdom.

I föreliggande studie fanns det ett signifikant samband mellan ensamstående och självmordsbenägenhet samt mellan skuldernas antal för män och självmordsbenägenhet. Att ensamstående har en korrelation med självmord kan vara kopplat till bland annat bristande socialt stöd i den närmaste miljön. Socialt stöd innebär ett flertal aspekter, och kan exempelvis vara hjälp/stöd både på materiellt och

---

<sup>1</sup> Chan et al., 2005

psykologiskt plan. Samtidigt kanske det kan vara en faktor som hindrar människor att begå självdestruktiva handlingar, det vill säga att de avstår av omtanke till sina närmaste. Kvinnor, som hade varit föremål för inkassering av inkassobyrå, hade signifikant större förekomst av tankar på självmord respektive försökt ta sitt liv. Detta speglar resonemanget om att individer, som utsätts för straffsanktioner kan både känna hot och stress. Om de samtidigt inte ser någon väg ut ur situationen (ingen personlig kontroll och hjälplöshet) kan det leda till hopplöshetskänslor, vilket i kombination med exempelvis påfrestande levnadsförhållanden kan resultera i självmordsbenägenhet. Detta samband kan även spegla kopplingen till hopplöshet/depression då båda aspekterna har samband med självmord.

### **Andra faktorer som påverkat hälsoutvecklingen**

Flera andra faktorer och sakförhållanden än de som framkommer i föreliggande studie kan ha påverkat överskuldsattas livssituation. Det kan dels vara faktorer hos individen - exempelvis personlighet och personlig kontroll - dels aspekter i dennes omgivning, som socialt stöd, boendemiljö etc. Om psykiska problem utvecklas och vilka problem dessa medför för den drabbade, beror förutom egenskaper hos individen - hur predisponerad denne är - även på hur dennes situation ser ut vad gäller skulder, hur dessa uppstod och vilka erfarenheter det har fört med sig. Ohälsoutveckling innebär i regel ett förlopp utsträckt i tid. Om individer ganska nyligen fått skulder, går det till en början inte att se samband mellan exempelvis hur länge man haft skuld och mentala och fysiska ohälsoproblem. Detta visar att överskuldsättning är ett komplext fenomen som inte kan förklaras utifrån ett fåtal variabler, samt behöver studeras över tid för att man ska kunna belysa överskuldsättningens inverkan, samt bakomliggande mekanismer.

Det fanns ett uttalat samband mellan de hälsomätningssinstrument, som användes för att utvärdera framför allt de mentala problemen hos de överskuldsatta i denna studie (depression, ångest, hopplöshet, självmords-beteende, utmattning och post-traumatisk stress samt psykisk hälsa). Detta kan vara tecken på en samsjuklighet, det vill säga att de individer som har det ena problemet även i viss mån lider av de andra problemen. Det kan även vara ett tecken på att det som har undersökts, var en generell form av psykisk påfrestning, som uppstår i de överskuldsattas liv. Att använda flera skalor som mäter ett likartat fenomen kan då ses som ökad tillförlitlighet och en form av triangulering, vilket kan ge styrka åt upptäckterna. Resultaten av denna studie bör tolkas med en viss försiktighet och ses som en första kartläggning på hur överskuldsatta människors psykiska och fysiska hälsa kan se ut, samt möjliga orsaker härför.

### **Slutsats**

Sammantaget kan man se en långvarig överskuldsättning är en ytterligt påfrestande situation, som riskerar att leda till allvarliga psykiska och fysiska hälsoproblem och/eller försvårande av redan befintliga. I ekonomiska likväl psykiatriska sammanhang skulle det vara till hjälp om dessa följderna av överskuldsättningsproblematiken beaktades och därigenom kunna möjliggöra en mer adekvat hjälp och stödinsats.



## Summary

This study illuminates the circumstances of over-indebted people and the effect of over-indebtedness on their health. The term over-indebted refers to people who have had very serious debt problems for a long time, such as those who have been subject to debt recovery measures, wage sequestration and/or other distraint measures from the Swedish Enforcement Authority. Data has been gathered using questionnaires in order to identify and describe the mental and physical health and living conditions of those who were included in the investigation. All the items in the questionnaires were based on self-reported circumstances. Fourteen different measurement instruments were included in the study:

Background and circumstances

Home comfort

Debts, work and income

Perception of being indebted,

Necessary means for the household's basic needs

Gambling addiction

Screening for the presence of common diseases

The eight dimensions of health

Anxiety and depression

Exhaustion

Post-traumatic stress syndrome (PTSD, PCL-17)

The hopelessness scale

Paykel's suicide instrument

Lifestyle

## Results and conclusions

There is a marked excess of illness among those who are over-indebted in comparison with the general population. The values obtained on each of the health measurement instruments point unambiguously in the same direction – over-indebted people display a significantly worse, in many cases dramatically worse, mental and physical health than the general population.

## Mental health

With respect to mental health, over-indebted women and men reported 41 per cent and 36 per cent, respectively, lower values than the corresponding values in the reference group. One fifth of the respondents stated that they have a mental illness. According to the Swedish National Board of Health and Welfare, the figures for the general population, controlling for age, is barely one per cent. The values for anxiety and depression were significantly higher than the corresponding values in the general population, particularly in terms of severe anxiety and clinical depression. For example, six per cent of the population experience probable cases of severe clinical depression, while a value of 28.7 per cent was obtained in the over-indebted group. This means that the incidence of this form of mental ill-health was almost five times as high among over-

indebted people. The incidence of anxiety shows a similar pattern. This is consistent with previous research, which has repeatedly linked financial strain (i.e. financial difficulties, poverty and debt) and stressful life events (something characteristic of over-indebtedness) with mental health problems such as anxiety and depression.

The values obtained for post-traumatic stress syndrome are alarming. Almost half (47.9 per cent) of the respondents meet the criteria. However, it is significant that, in self-reported cases of post-traumatic stress syndrome, the results are followed up with one or more clinical interviews. And the structure of the questionnaire does not exclude the possibility that post-traumatic stress syndrome may have been brought about by events and circumstances other than debt problems.

### **Physical health**

All of the analyses also show that the physical health of the respondents is strongly negatively affected, compared with the general population. This relationship has not been reported in previous research, with the exception of Ahlström (1998). However, there are some doubts with respect to the direction of causality debt/health. Depending on which health measurement instrument is used, the results of the correlation analyses with background variables become complex. However, it appears that a good lifestyle, home comfort and help from the municipal budget and debt advice service has a positive impact on physical health.

### **Hopelessness and suicidal tendencies**

The incidence of a strong degree of hopelessness is almost seven times higher among those in the over-indebted group, compared with the general population. This may indicate that people with a large amount of debt have a negative view of their future and do not see their current situation as something that can be changed/will change, as well as being a sign of depression. The cause of this can be that the individual is experiencing a feeling helplessness and powerlessness. This may also be perceived as a sign that their situation has deteriorated and become unmanageable, which in turn gives them the perception that their personal control has decreased/been limited.

Hopelessness also has an explicit correlation with suicidal tendencies, which also appears in this study. The over-indebted group displayed a significantly higher incidence of both suicidal thoughts and attempted suicide, compared with the general population (e.g. 17.6 per cent have attempted to take their own lives, compared with 3.6 per cent, which translates to an incidence almost five times as high). The link between financial problems/over-indebtedness and suicidal tendencies has previously been observed by Chan et al. (2005). They come to the conclusion that the incidence of suicide was specifically dependent on the financial stress and on mental illness, which is a sign that over-indebtedness can have very adverse consequences.

Aside from marital status (single), this study found only one significant link between background variables (the amount of debt for men) and suicidal tendencies. The fact that being single has a correlation with suicide may be connected to such factors as lack of social support in the close environment. Social support involves several aspects including, for example, help/support on both the material and the psychological level. At

the same time, it is perhaps a factor that prevents people from carrying out self-destructive acts, i.e. thoughts of their nearest and dearest prevent them. Women, who had been subject to debt recovery by debt recovery agencies had a significantly higher incidence of suicidal thoughts and attempted suicide. This reflects the argument that individuals who are subject to penalty sanctions can feel both threatened and stressed. If at the same time they cannot see any way out of the situation (no personal control and helplessness), this can lead to feelings of hopelessness. When combined with stressful circumstances, this can result in suicidal tendencies. This connection may also reflect the connection to hopelessness/depression as both aspects are linked to suicide.

#### Factors other than over-indebtedness that affected health development

The correlation analyses in this study can provide many interesting insights into the situation of those who are over-indebted. Nevertheless, there are many other factors and circumstances that may also be involved. These may be individual factors such as personality, personal control or aspects of the surroundings such as social support, housing environment, etc. Whether mental problems occur, and which problems they entail for the sufferer, also depends, aside from qualities of the individual – how predisposed they are – on how their situation appears in terms of debts, how these have arisen and what experiences they bring with them.

The development of ill-health usually involves a lengthy course of events. If the individual has become indebted relatively recently, it is not initially possible to see a connection between debt and mental and physical ill-health. This shows that over-indebtedness is a complex phenomenon that cannot be explained on the basis of a few variables and that it needs to be studied over time in order to shine light on the effect of over-indebtedness and on the underlying mechanisms.

There was an explicit correlation between the health measurement instruments used primarily to evaluate the mental problems of the over-indebted people in this study (depression, anxiety, hopelessness, suicidal behaviour, exhaustion and post-traumatic stress, as well as mental health). This may be a sign that there is a complex of disease, i.e. that the individuals who have one problem also suffer from the other problems to some extent. It may also be a sign that what has been investigated was a general form of mental stress that occurs in the lives of those who are over-indebted. Using several scales to measure a similar phenomenon may then be seen as increased reliability and a form of triangulation, which can support these discoveries. The results of this study should be interpreted with some caution and be seen as a first survey of how over-indebted people's mental and physical health may appear, as well as the possible causes of this.

#### **Conclusion**

In summary, it is possible to view long-term over-indebtedness as an extremely stressful situation that could lead to severe mental and physical health problems and/or aggravating existing problems. It could be useful in economic as well as psychiatric contexts if these consequences of over-indebtedness were taken into consideration, which could thus facilitate the provision of more adequate help and support.

# 1 Inledning

Överskuldssättning innebär att skuldbördan för hushållet/gäldenären blivit så omfattande att denne inte har någon möjlighet att infria sina åtaganden allteftersom skulderna förfaller till betalning och att denna oförmåga inte endast är tillfällig. Skulderna är så stora - i förhållande till inkomster och andra tillgångar - att en återbetalning inte kan ske inom en överskådlig framtid. Konsekvenserna blir inte bara ett liv på eller under existensminimum, utan innefattar även en ständig oro och upplevelse av hot från inkassobyråer, delgivningsmän och utmätningsförfaranden. Efter en tid resulterar detta i många fall i en förlust av ägodelar, den egna bostaden, vräkning med mera. Känsla av skam, social utsatthet, personligt misslyckande och andra internaliserade negativa tankar bidrar till en motvilja att diskutera sin livssituation med andra. Längre perioder av överskuldssättning kan leda till social isolering då gäldenärens förmåga att upprätthålla ett socialt liv med familj och vänner begränsas av den hårt ansträngda privatekonomin. Till skillnad från ”vanlig fattigdom” innebär överskuldssättningens utanförskap att livssituationen succesivt försämras enligt ett specifikt mönster som kommit att kallas ”skuldspiralen”, eller den skuldsattes ”karriär”<sup>2</sup>. I en intervjubaserad och processinriktad svensk studie<sup>3</sup> beskrivs *upplevelsen* av att bli och leva som skuldsatt, samt vad det innebär att genomgå en skuldsanering, och det är viktigt att förstå betydelsen av överskuldssättning som en socioekonomisk riskfaktor<sup>4</sup>

## 1.1 Överskuldssättning och ohälsa - tidigare studier

Tidigare studier har visat, att överskuldssättningsproblem ofta skapar stor psykologisk påfrestning i form av stress. Denna stress kan liknas vid människors reaktionssätt efter svåra, omskakande livshändelser och uppvisar likheter med symptomtombilden vid posttraumatiskt stressyndrom<sup>5</sup>, vilket kan leda till psykiska problem som depression, ångest, självmordstankar och självmord<sup>6</sup>. En studie från Storbritannien visar att förekomsten av mentala problem är tre gånger så vanlig hos överskuldssatta i jämförelse med normalbefolkningen, och att skuldernas relativa storlek avspeglar sig i de mentala problemens djup och pregnans<sup>7</sup>. Denna form av tärande stress öppnar upp för ett ohälsopanorama innefattande många stressrelaterade folksjukdomar, som t ex hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, allergier och besvär från mag/ tarmkanalen<sup>8</sup>. Studier visar också samband mellan överskuldssättning och specifika livsstilsbaserade hälsoproblem som till exempel fetma<sup>9</sup> och ryggbesvär<sup>10</sup>. Överskuldssatta har många gånger uppenbara problem att hantera kostnader för medicin och vård, t ex specialistvård. Detta kan i sin tur få konsekvenser för fortsatt sjukdomsutveckling, och i en förlängning även arbetsförmågan<sup>11</sup>. Inom forskningen finns studier som

<sup>2</sup> Drentea & Lavrakas, 2000; Konsumentverket, 2003; Kronofogden, 2008; Rock, 1973

<sup>3</sup> Sandvall, 2011

<sup>4</sup> Dew, 2008; Rueger et al, 2011; Scheiman & Young, 2011

<sup>5</sup> Ahlström, 2007

<sup>6</sup> Ahlström, 1998; Arehart-Treichel, 2005; Bridges & Disney, 2010; Drentea & Lavrakas, 2000; Fitch, Chaplin, Trend, & Collard, 2007; Hintikka et al., 1998

<sup>7</sup> Jenkins et al, 2008

<sup>8</sup> Ahlström, 1998; Balmer et al, 2006; Lyons & Yilmazer, 2005.

<sup>9</sup> Grafova, 2007; Münster et al, 2009

<sup>10</sup> Ochsmann et al 2009.

<sup>11</sup> Merlis et al. 2006; Emami, 2010

uppmärksammar hur barn och ungdomar i överskuldssatta hushåll påverkas av olika samverkande mekanismer, som tillsammans utgör en risk för barn utvecklar psykiska besvär<sup>12</sup>. De upplever ofta en oro och stress över familjens materiella begränsning och kan välja att avstå från mat eller äta mindre portioner, framförallt flickor<sup>13</sup>. Överskuldssättning kan också utgöra en påverkansfaktor i uppkomsten av negativa relationer mellan barn och föräldrar, men även relaterat till svaga insatser i skolan och hög skolfrånvaro<sup>14</sup>.

## 1.2 Kausalitetsproblematiken skulder/ohälsa

Ett genomgående problem med de studier som undersökt skuldproblemets påverkan på hälsan är att det fortfarande ställer sig svårt att dra säkra slutsatser om kausalitetsriktningen, det vill säga om det är skulderna ger upphov till hälsoproblem<sup>15</sup>, eller om hälsoproblemen leder till skuldproblem. Detta hänger bland annat ihop med att man saknar longitudinellt upplagda studier inom området<sup>16</sup>. I en studie pekar man på att det finns ett samband mellan antalet skulder och ångestnivå<sup>17</sup>. En annan studie argumenterar för att psykiska störningar som ångest och depression kan hämma det rationella beteendet när det gäller hanterandet av privatekonomin<sup>18</sup>. Depression i kombination med svåra ekonomiska problem, som den utsatte inte ser någon lösning på, kan således förvärra den överskuldssattes situation och försvåra dennes förmåga att agera för att lösa problemet. På individnivå innebär detta ett ökat lidande och att det blir ännu svårare att komma ur skuldsituationen<sup>19</sup>.

Mycket talar för att sambanden skuld/ohälsa är ytterst komplexa och kan tänkas röra sig i båda riktningarna. En sammanfattning av resultaten från de större tvärsnittsstudier som hittills gjorts, visar att kausalitetsriktningen är svår att fastställa<sup>20</sup>. Ett annat problem med merparten av studierna är, att de oftast innefattar endast ett begränsat antal respondenter, varför säkra slutsatser ur ett epidemiologiskt förankrat perspektiv, är svåra att dra.

## 1.3 Syfte, metod, urval och procedur

Syftet med denna undersökning var att identifiera och beskriva situationen för överskuldssatta individer med avseende på självrapporterad psykisk och fysisk hälsa, livsstil, levnadsvillkor som sysselsättning, skuldsituation, familj och boende.

### Metod

Undersökningen är en enkätstudie där samtliga frågor byggde på självrapporterade förhållanden lämpade för en resultatredovisning vilande på deskriptiv statistik. Vi är medvetna om att många andra faktorer och förhållanden kan mediera och moderera resultaten vad gäller hälsorapporteringen för denna målgrupp, precis som fallet är med

<sup>12</sup> Morali & Oyeboode, 2004

<sup>13</sup> Konsumentverket 2010

<sup>14</sup> Gutman & Eccles 2003, Reading & Reynolds, 2001

<sup>15</sup> Siebols 1998

<sup>16</sup> Fitch 2007

<sup>17</sup> Drentea 2000

<sup>18</sup> Zimmerman & Katon 2005

<sup>19</sup> Poggi, 2003

<sup>20</sup> Gathergood 2011; Jenkins et al., 2008; Reading & Reynolds, 2001

många andra utsatta grupper i samhället. Vi har dock vid kartlägningsarbetet valt att koncentrera oss på basala faktorer som är av betydelse i olika former av levnadsnivåundersökningar.

I arbetet med denna kartläggning fann vi det värdefullt, att jämföra erhållna resultat inhämtade från målgruppen med förväntade värden och förhållanden hos normalbefolkningen. Framförallt när det gäller mätningen av faktorer som psykisk och fysisk hälsa och spelberoende har vi använt oss av välkända och beprövade mätinstrument med hög validitet och reliabilitet. Trots att studien är av tvärsnittskaraktär har vi ändå vinnlagt oss om, där så är möjligt, försöka genomföra ett processinriktat, longitudinellt arbetssätt, på så sätt att flera frågeområden i enkäten belyser respondenternas situation i tidsperioden *innan* respektive *efter* det att problemen med skulder manifesterats. Vi har också accentuerat genusfrågan genom att flera av analyserna redovisas separat för kvinnor och män.

### **Urval och procedur**

Studien genomfördes som ett samarbete mellan Statens Folkhälsoinstitut, Östersund och Institutionen för samhällsvetenskap, Mittuniversitetet, Östersund. Eftersom inga offentliga, personbaserade register finns att tillgå i Sverige vad gäller överskuldssatta personer och hushåll, vilket skulle kunna möjliggöra randomiserade urval av skuldsatta i normalbefolkningen, kom urvalet av respondenter i stället att omfattas av ett s.k. tillgänglighetsurval. Med stöd från Yrkesföreningen för budgetrådgivare, Kronofogden och Insolvens - Riksförbundet för överskuldssatta, möjliggjordes en rekrytering av respondenter, på vilket ett enkätutskick kunde baseras. Datainsamlingen skedde under andra halvåret 2010. Vid rekryteringen av respondenter användes följande inklusionskriterier:

1. Respondenten ska ha uppvisat *svåra skuldproblem* (Svåra skuldproblem innebar att respondenten varit utsatt för inkassoåtgärder, utmätning i lön och/eller andra utmätningåtgärder från Kronofogden. Dock behövde respondenten nödvändigtvis inte ha uppfyllt kriterierna för så kallad kvalificerad insolvens enligt Skuldsaneringslagens rekvisit för ansökan/beviljande av skuldsanering).
2. Spridning vad gäller *skuldtid*, d v s under hur lång tid skuldproblemen pågått  
Grupp 1: Respondenter som varit skuldsatta under kort tid –mindre än två år;  
Grupp 2: Respondenter som varit skuldsatta medellång tid – två till fem år, samt  
grupp 3: Respondenter som varit skuldsatta längre tid än fem år. I en fjärde grupp rymdes sådana respondenter som fått positivt besked om inledning av skuldsanering.
3. Lika köns- och åldersfördelning.
4. Ensamlevande respondenter respektive respondenter med familj.
5. Representativ geografisk spridning med avseende på regioner, storstad, tätort och landsbygd.

Inga speciella exkluderingskriterier tillämpades, förutom att respondenten skulle ha "tillräckliga" språkkunskaper i svenska. Totalt skickades 2 505 enkäter ut till respondenterna. Av dessa returnerades 726 enkäter. Trettiofyra av dessa kasserades p.g.a. ofullständigt eller idiosynkratiskt ifyllda svar. Inga påminnelser utgick. Det interna svarsbortfallet på enkätfrågorna var relativt stort (ca 7 procent). För att korrigera för det interna bortfallet användes medelvärdes substitution för att ersätta "missing values".

### **Frågeområden och mätinstrument (14 områden)**

1. Bakgrund och levnadsförhållanden
2. Boendetrivsel
3. Skuldsituation, arbete och inkomster
4. Upplevelsen av att vara skuldsatt,
5. Nödvändiga medel för hushållets basala behov
6. Spelberoende
7. Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar
8. Hälsans åtta dimensioner SF-36 (Short-Form 36) som mäter hälsorelaterad livskvalitet
9. Ångest och depression, HAD - skalan som mäter en persons sinnesstämning för att upptäcka tecken på depression eller generellt ångesttillstånd
10. Utmattning, Vital Exhaustion (VE) –, som har tre utmärkande egenskaper: (1) känslor av överdriven trötthet och brist på energi, (2) ökad irritation och (3) känslor av demoralisering
11. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD checklist PCL-17) är ett självskattningsinstrument omfattande 17 frågor, som uppvisar en hög överensstämmelse med kliniska intervjuer vad gäller diagnosen av posttraumatiskt stressyndrom.

12. Hopplöshetsskalan (HS) avser att mäta graden av upplevd hopplöshet och pessimism över framtida förväntningar, samt indirekt benägenhet för självmord; hopplöshet är även ett av de vanligaste kännetecknen för depression.
13. Paykels suicidinstrument (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974) mäter förekomst av tankar på självmord, i vilken utsträckning en individ har självmordsavsikt (suicidal ideation), och om det förekommit självmordsförsök (suicide attempts) under individens livstid.
14. Livsstil

För de delar (instrument) i enkäten som prövats tidigare i olika studier, ofta med hälsofokus, har den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa reliabilitetskoefficient beräknats. För närmare information om demografiska förhållanden se bilaga 1, och mätinstrumenten se bilaga 8.

I anslutning till övriga hälsofrågor ombads respondenterna även att redovisa livsstilsrelaterade beteenden som matvanor, motion, alkohol, rökning/snusning och sömn. Denna del av enkäten innehöll åtta frågor till vilka frekvensrelaterade skalor var knutna.

### Dataanalys

De ifyllda enkäterna inscannades optiskt av HRQL gruppen vid Göteborgs universitet. HRQL gruppen genomförde även de statistiska beräkningarna av hälsomätningsskalorna SF-36 och HAD. För hantering av det interna bortfallet på HAD-skalans båda delar användes metoden "half-scale". Om delskalan, exempelvis depression (HADD) hade minst fyra frågor besvarade av totalt sju st, beräknades medelvärdet av de fyra besvarade frågorna och ersatte bortfallet (HRQL Gruppen, 2000).

Resultatanalyserna, vilka baserades på jämförelser mellan målgruppen (överskuldssatta) och normalbefolkningen, innefattade aritmetiska medelvärden, standardavvikelser samt absoluta och relativa frekvenser, med avseende på de i studien ingående mätinstrumenten. De statistiska test som användes vid dessa jämförelser var t-tester och korrelationer (Pearson, Spearmans rho och punktbiserial korrelationskoefficient<sup>21</sup>). Relationerna mellan mentala problem, bakgrundsinformation (kön, civilstånd, utbildning, sysselsättning och ålder), och skuldprofil (storlek, skuldtid och rättsliga sanktioner) utfördes genom sambandsanalys. Samtliga tester gjordes på 5 procent signifikansnivå, two-tailed. Alla statistiska beräkningar i studien utfördes med statistikprogrammet SPSS (version 17.0).

---

<sup>21</sup> Kontinuerliga variabler analyserades genom beräkning av Pearsons korrelationskoefficient, och binära, kategoriska variabler analyserades genom beräkning av punktbiseriala korrelationskoefficienter. När variablerna var på ordinalnivå och högre beräknades Spearmans rho. Variabler som var på ordinal- och nominalnivå undersöktes genom  $\chi^2$ -analyser.



## 2 Resultat

Resultatredovisningen har delats in i tre avsnitt:

I/ *Överskuldssattas livsvillkor*: innehåller delarna skuldsituationen, arbete och inkomster; upplevelsen av att vara skuldsatt; nödvändiga medel för hushållets basala behov; boendetrivsel, samt spelberoende.

II/ *Överskuldssattas hälsa*: innehåller delarna Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar, Hälsans åtta dimensioner, Ångest och depression, Utmattning/ Vital Exhaustion, Posttraumatiskt stressyndrom, Upplevd hopplöshet, Själv mordstankar och självmordsförsök samt Livsstil. (För närmare information om demografiska förhållanden, frågeområden och mätinstrument - se bilaga 1 och 2)

III/ *Sambandsanalyser*: Det tredje avsnittet innehåller analyser av samband mellan bakgrundsvariabler, skuldsituation, hälsa, livsstil, skuldsättningens emotioner, boendetrivsel och hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen.

### 2.1 Överskuldssattas livsvillkor

#### 2.1.1 Skuldsituationen, arbete och inkomster

Det övervägande antalet av respondenterna har skulder (89,3procent), medan ett litet antal respondenter (5,3 procent) inte längre har skulder vid undersökningstillfället. Dessa senare hänför sig till det blygsamma antal respondenter som erhållit, och genomgått skuldsanering i undersöknings-gruppen. När det gäller skuldernas sammanlagda *storlek* ligger den vanligaste storleken i intervallet 200 tkr – 1mkr. Drygt 45 procent av respondenterna har skulder i den storleksordningen. Närmare 15 procent har skulder som belöper sig till mindre än 100 tkr, medan ca 14 procent har skulder som är större än 1mkr. *Antalet skulder* varierar mellan en enstaka skuld till sammanlagt över 20 skulder. Vanligast är det att ha 1-9 skulder. Drygt 43 procent av respondenterna befinner sig i det intervallet. Anmärkningsvärt är att nästan en femtedel av respondenterna har över 20 skulder. *Skuldtiden*, d v s under hur lång tid man haft skulder varierar även det avsevärt. I undersökningsgruppen är den genomsnittliga skuldtiden 12,1 år. Drygt 40 procent av respondenterna har haft skulder i tidsintervallet 0-5 år. Några få respondenter har haft skulder i upp till 40 års tid.

Det är vanligt förekommande att *rättsliga sanktioner* vidtagits mot respondenterna. De allra flesta (drygt 70 procent) har haft löneinförsel via Kronofogden. Nästan 60 procent har varit föremål för inkassoåtgärder, och ca 30 procent har blivit utmäta (bostad, ägodelar, lösöre) av Kronofogden. Drygt en femtedel (22,4 procent) av respondenterna hade tvingats sälja sin ägda bostad, varav 8,1 procent på exekutiv auktion. Vid tvångsförsäljningen, antingen på den öppna marknaden eller via ett exekutivt förfarande, fick 20,3 procent av de tillfrågade en restskuld till bank eller annan kreditgivare, och för drygt hälften av dessa blev restskulden större än 200 tkr. Skuldsituationen för de i studien ingående respondenterna/hushållen har redovisas i tabell 2 i bilaga 2.

### 2.1.2 Skuldsanering

Påfallande många - 61 procent - har sökt skuldsanering, vilket 34 procent av dessa har beviljats. Drygt 20 procent avser att söka skuldsanering, medan 14,5 procent inte avser att göra detta. Totalt har 12,9 procent fått sin skuldsanering avskriven/avslagen av Kronofogden, tingsrätten eller högra rättsinstans, och 0.8 procent är i väntan på rättslig överprövning. För de som beviljats skuldsanering var den genomsnittliga väntetiden från det, att ansökan inlämnades till dess att beslutet om att ansökan beviljats och en återbetalnings-plan fastställts, 15, 8 månader. I tabell 2 återfinns en sammanställning av i vilken utsträckning de i studien ingående respondenterna har sökt skuldsanering, och i sådana fall var de befinner sig i skuldsaneringsprocessen.

### 2.1.3 Inkomst

När det gäller *förvärvsarbetsgraden* och *inkomstslaget* hos den undersökta gruppen, har dessa förändrats markant vad gäller tiden före respektive efter skuldproblemets början. I tiden innan skuldproblemets debut var 65,7 procent av respondenterna i arbete, varav det övervägande antalet (54 procent) i heltidsarbete. I tiden efter skuldproblemets debut hade antalet respondenter i arbete sjunkit till 45,2 procent och antalet heltidsarbetande minskat till 29,3 procent. Antalet respondenter som inte alls arbetade i tiden efter skuldproblemets debut, hade nästan tredubblats från 12,7 procent till 33,5 procent jämfört med tiden innan skuldernas debut. Det skedde en påtaglig förändring i inkomstslag från lönebaserade inkomster till pension och sjukpension, som i princip hade fördubblats i tiden efter skuldproblemets debut (pension: från 5,9 procent till 10,2 procent; sjukpension: från 9 procent till 20 procent). Så var även fallet med arbets-löshetsersättning (från 3,4 procent till 8 procent), se tabell 2 i bilaga 2.

### 2.1.4 Hjälpa från budget- och skuldrådgivare

Flertalet av respondenterna (72,7 procent) hade varit i kontakt med den kommunala budget- och skuldrådgivningen i hemkommunen. På de flesta av frågorna som rör ordning på ekonomin, känna sig bättre till mods, få ork och kraft att gå vidare och liknande, har klienterna en övervägande positiv upplevelse även om en del svar återfinns i kategorierna "Stämmer inte särskilt bra" och "Stämmer inte alls". På frågorna som handlar om hjälpen har underlättat till förvärvsarbete, hälsa och familj, befinner sig det övervägande antalet svar i svarskategorierna "Stämmer inte särskilt bra" och "Stämmer inte alls".

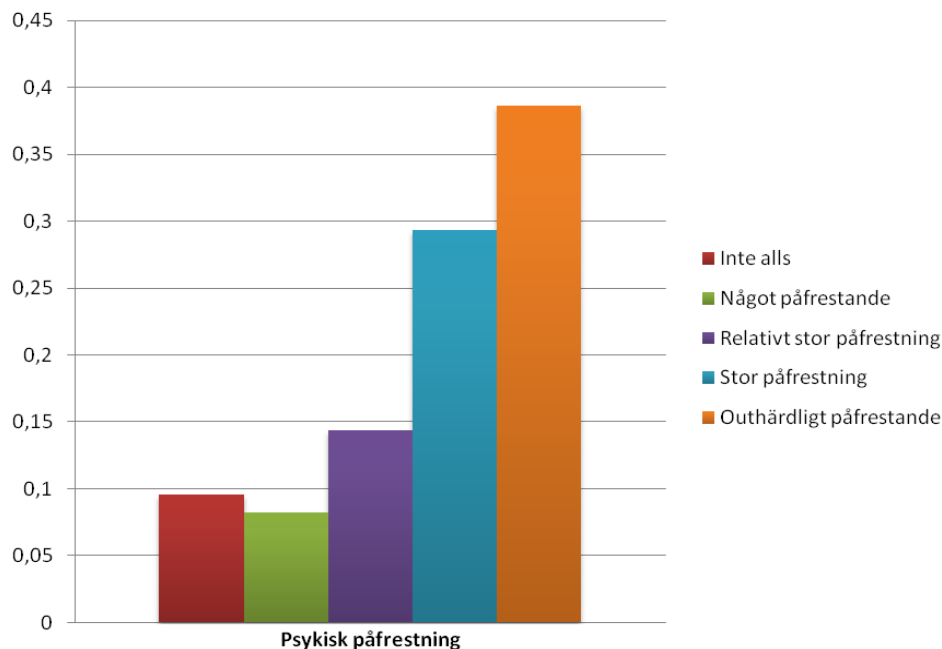
Se vidare tabell 3 i bilaga 3, där det finns en sammanställning av respondenternas svar på de elva frågorna som handlar om *upplevelsen* av den hjälp de erhållit från den kommunala budget- och skuldrådgivningen

### 2.1.5 Upplevelsen av att vara skuldsatt

Denna del av enkäten avsåg att fånga *upplevelsen* av att vara skuldsatt med avseende på typiska tankar, föreställningar och känslor, som den överskuldsatte kan tänkas bära på. Respondenternas svar på frågan "Hur påfrestande har du upplevt din egen skuldsättning under de senaste fyra veckorna?", visar på en mycket uttalad upplevelse av påfrestning.

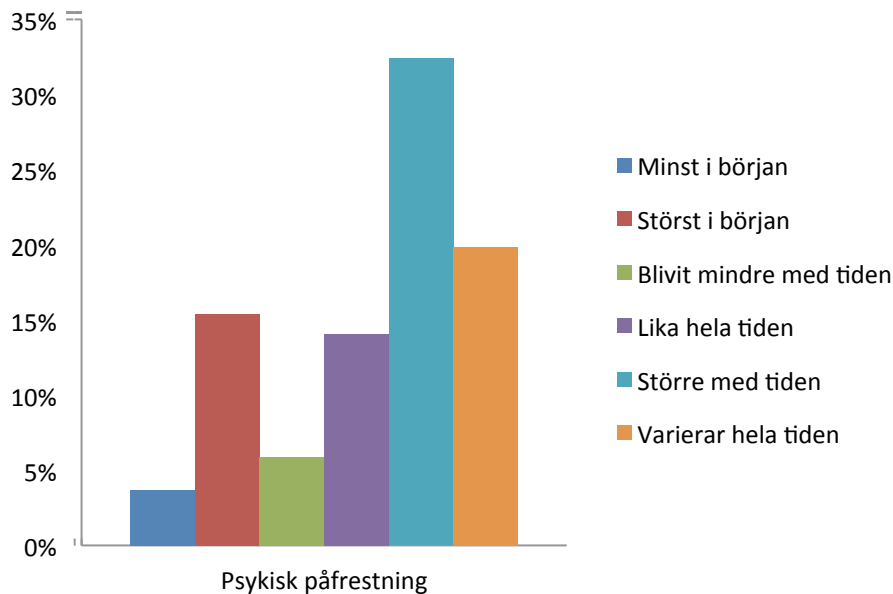
Närmare 70 procent anser att påfrestningen upplevs som ”stor” eller ”outhärdlig”, medan inte fullt 20 procent upplever påfrestningen som ”inte alls påfrestande” eller ”något påfrestande”

se figur 1 nedan.



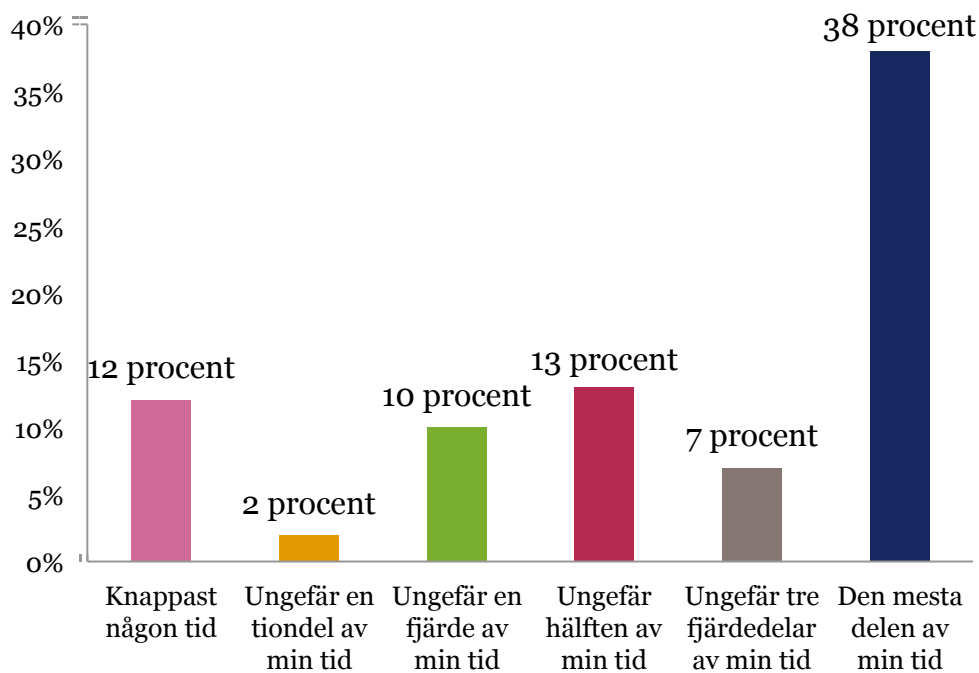
Figur 1. Hur psykiskt påfrestande har du upplevt din egen skuldsättning under de senaste fyra veckorna?

Respondenternas svar på frågan ”Om du tänker på hela den period du haft problem med skulder, från det att problemen började fram till idag, hur har du upplevt graden av psykisk påfrestning?” visar att få, mindre än 5 procent, upplevt att den psykiska påfrestningen varit minst i början perioden som man har haft problem med skulder, medan ca 15 procent upplevt det motsatta, d v s att påfrestningen var störst i början. Drygt 30 procent anger att påfrestningen upplevts som större med tiden, medan ca 20 procent upplever att påfrestningen varierar hela tiden. Endast 6 procent anger att upplevelsen blivit mindre med tiden. Fjorton procent av respondenterna upplever att påfrestningen har varit ungefär lika hela tiden se figur 2 nedan.



Figur 2. Om du tänker på hela den period du haft problem med skulder, från det att problemen började fram till idag, hur har du upplevt graden av psykisk påfrestning?

På frågan ”Hur stor del av din tid tänker du på din nuvarande situation som skuldsatt?” uppger nästan 40 procent av respondenterna, att de tänker på sin situation under den mesta delen av sin tid. Ytterligare nästan 20 procent uppger att de tänker på situation i antingen hälften eller ungefär tre fjärdedelar av sin tid. Nästan 14 procent anger att de knappast ägnar någon eller ungefär en tiondel av sin tid åt tankarna på sin situation.se figur 3.nedan.



Figur 3. Hur stor del av din tid tänker du på din nuvarande situation som skuldsatt?

I denna enkät dels *andra* avsnitt, återfinns tolv frågor som är fokuserade på sådana känslor som många skuldsatta ha visat sig bära på utifrån tidigare intervjudata (Skuldsättningens emotioner). Påfallande många respondenter (>60 procent) instämmer antingen helt och hållet, eller instämmer i viss mån vad gäller påståendena i frågorna 1 (rädd), 2 (skam), (3) maktlös, 4 (ovisshet), 7 (äcklad). Även påståendena i frågorna 11 (förödmjukad), 11 (rättslös), 9 (kriminell) uppvisar en hög instämmandegrad, medan frågor som 12 (fly), 6 (bra behandlad) uppvisar en betydligt lägre instämmandegrad. Baserat på medelvärdena av instämmande-graden för påståendena i de olika frågorna kan följande *rangordning* mellan påståendena beräknas: 3, 2 och 7, 1 och 4, 10, 11, 8, 6, 5 och 12, d v s påstående 3 ("jag känner mig fullständigt maktlös") har den högsta instämmandegraden, medan påståendena 5 ("Jag känner mer och mer att jag måste gå under jorden utan adress och identitet") och 12 ("Om jag bara kunde så skulle jag fly till ett annat land där de inte kan komma åt mig") har den lägsta instämmandegraden. Resultatet för enkät dels *andra* avsnitt – Skuldsättningens emotioner återfinns i tabell 4.

Tabell 4. Skuldssättningens emotioner

Frågor	1	2	3	4	5
1. Känner sig ofta rädd vid tankar på skulder	35	29,1	8,3	8,4	11
2. Skuldproblem ger känsla av skam	43,1	24,5	4,3	7,4	12,8
3. Känner sig fullständigt maktlös	46,7	22	4,5	9,1	9,6
4. Ovissheten känns plågsam	36,5	24,8	9,9	8,3	11,6
5. Känner att behov av att gå under jorden, utan adress/identitet	14,7	14,2	12,7	36,9	9,1
6. Blivit bra behandlad	15,3	15,2	16,3	26,9	17,8
7. Äcklad över att andra försörjer sig på skuldsituationen	41,5	20,1	13,5	5,8	11
8. Känner sig som offer för bank- och finanskriser	21,1	17,6	21,3	8,5	23,3
9. Skulder ger känsla av att vara kriminell	21,6	23,4	8,7	9,9	28,5
10. Jag känner mig helt rättslös	27,8	21,6	15,2	10,2	16,8
11. Utstått förödmjukande behandling	27,4	23	11,2	11,2	19,3
12. Vill fly till ett annat land så ingen kommer åt en	19,8	9,8	11,8	6,9	43,7

**Anmärkning:** 1 = instämmer helt o hållet, 2 = instämmer i viss mån, 3 = kan inte avgöra, 4 = instämmer inte helt, 5 = instämmer inte alls

### 2.1.6 Nödvändiga medel för hushållets basala behov

Överskuldsattas hushållsekonomi kännetecknas av en stor knapphet. Flera allvarliga och negativa sakförhållanden präglar dessa hushåll. Många har t ex inte råd med tandvård, eller inköp av receptbelagda mediciner eller skaffa glasögon. I nästan 15 procent av fallen gäller detta barnen. Trots att de allra flesta hushåll förändrat sina matinköp och matvanor för att spara pengar, rapporterar en tredjedel att det händer att är man hungrig och inte har råd att köpa mat. Bland dessa rapporterar en tredjedel att detta inträffar flera ggr i veckan. Sjuttio procent har p,g,a, sin ekonomiska situation inte heller råd att köpa kläder/skor för vardagsbruk. Hushållen rapporterar stora problem med att betala löpande räkningar som boende, el, värme, vatten och telefon.

Många hushåll (ca 60 procent) har nekats telefon/mobilabonnemang, och ca 35 procent har fått sina telefon/mobilabonnemang uppsagda. Försäkringsskyddet t ex olycksfall- och livförsäkringar, både för sig själv och för hushållets övriga medlemmar t ex barnen,

är också mycket bristfälligt. Vidare har många av ekonomiska skäl tvingats avstå från att upprätthålla kontakten med släkt och vänner. Speciellt allvarligt här är, att nästan 30 procent av de tillfrågade i viss, eller stor utsträckning, eller helt och hållet tvingats avstå från att upprätthålla kontakten med sina barn. Resultatet av detta enkätavsnitt redovisas i Tabell 5, i bilaga 4.

### 2.1.7 Boendetrivsel

För att utröna respondenternas boendetrivsel ställdes fem frågor: 1. "Mitt hem känns tryggt", 2. "Jag har tillgång till ett ställe dit jag kan dra mig undan för att hämta nya krafter", 3. "Jag är i stort sett nöjd med mitt boende", 4. "Jag känner mig inte hemma där jag bor nu", och 5. "jag känner en stark samhörighet med den plats där jag bor". Till varje fråga var kopplat en skala med fem svars-kategorier som gick från "Instämmer inte alls" till "Instämmer helt och hållet" (min-värde 5; maxvärde 25 poäng). Medelvärdet för hela gruppen beräknades till 19 (sd 5,4) vilket ligger nära upplevelsegraderingsvärdet "instämmer i viss mån". För kvinnor var medelvärdet 19,2 (sd 5,2) och för män 18,7 (sd 5,4).

### 2.1.8 Spelberoende

Det fanns endast svaga tendenser till spelberoende bland respondenterna, och 85 av totalt 653 respondenter motsvarande 3 procent av respondentgruppen, uppgav att de aldrig har spelat. I gruppen uppvisar dock 2,3 procent spelberoende enligt kriterierna i PGSI, se tabell 6 nedan.

Tabell 6. Spelberoende bland överskulsatta (n = 653)\*

Kategorier	procent
Inga spelproblem (0 poäng)	85,3
Viss risk (1-2 poäng)	8,3
Moderat risk (3-7 poäng)	4,1
Spelberoende (8-27 poäng)	2,3

\* bortfall på 73 deltagare, totalt 726

Gruppens (n = 653)  $\bar{x}$  = 0,23 (SD = 0,633)

Det finns inga utmärkande ålderskillnader men individer med en *viss risk* tycks vara äldre. För övrigt är moderat risk och spelberoende relativt jämt fördelat mellan åldrarna med undantag för ålderskategorin 20-32 där det inte finns observerade individer med spelberoende, se tabell 7 och 8 i bilaga 5. I jämförelse med normalbefolkningen har överskulsatta män något högre förekomst av viss risk för spelberoende, speciellt i åldersgrupperna 45-64 och 65-84. När det gäller moderat risk är respondenter i gruppen i åldrarna 25-44 något högre än motsvarande grupp i normal-befolkningen (Se Tabell 7 och 8 i bilaga 5). Detta ska dock tolkas mycket försiktigt med tanke på det mycket låga antalet respondenter i respektive grupp. Det finns dock en signifikant könsskillnad och överskulsatta män tenderar att ha något högre förekomst av viss risk, moderat risk och spelberoende,  $\chi^2(3) = 23,182$ ,  $p = .00$ , I jämförelse med normalbefolkningen har överskulsatta kvinnor något högre risk för spelberoende men även här bör resultatet tolkas mycket försiktigt, se tabellerna 9, 10 och 11 i bilaga 5.

## 2.2 Överskuldsettings hälsa

Enligt världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1946, är hälsa "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande". Exempel på faktorer som kan påverka hälsan är stress och belastning, socialt stöd och nätverk, arbetssituation, självförtroende, förmåga att ha kontroll över sin tillvaro, hopp samt framtidstro.

### 2.2.1 Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar

Inför föreliggande studie togs ett formulär fram, som mätte förekomsten av vanliga folksjukdomar i målgruppen. Formuläret som var baserat på självrapportering innehöll 30 stycken sjukdomar/ besvär och respondentens uppgift var att med hjälp av kryssmarkeringar ange huruvida han/ hon hade eller har haft någon eller flera av dessa sjukdomar (se bilaga 8). Respondenterna instruerades även att så noggrant som möjligt ange under hur lång tid de haft sjukdomen/sjukdomarna. Respondenternas uppgifter om de står under läkarvård/kontroll eller icke visar att drygt 56 procent står under och drygt 36 procent står inte under läkarvård/kontroll. Resultaten från hälsoscreeningen redovisade för män och kvinnor separat återfinns i tabell 12.

Med beaktande av att den genomsnittliga åldern för män är 55,1 och kvinnor 50,9 år, måste flera av sjukdomstalen betraktas som anmärkningsvärda höga. För att analysera åldersfaktorn för sjukdom hos överskuldsettinga män och kvinnor i relation till normalbefolkningen gjordes en åldersindelning i tre grupper (30-44 år; 45-64 år; 65-84 år) för 17 av de mest vanligt förekommande sjukdomarna (tabell 13 och 14).

Tabell 12. Sjukdomsfördelning uppdelat på kön

Sjukdomskategori	Man	Kvinna
Hjärt- och kärlsjukdomar	16,8 procent	10,4 procent
-Infarkt	7,6 procent	2,0 procent
-Pacemaker	0,0 procent	0,5 procent
-Klaffel/klaffelprotes	1,4 procent	0,3 procent
Stroke	5,5 procent	3,5 procent
Högt blodtryck	28,9 procent	19,9 procent
Blodsjukdom, anemi	0,3 procent	3,0 procent
Benägenhet för blödning	2,4 procent	2,8 procent
Diabetes	12,7 procent	7,3 procent
Sjukdom i andningsorganen, astma	12,7 procent	16,7 procent
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	13,1 procent	15,2 procent
Sjukdom i stödje- och rörelseorganen	7,2 procent	11,9 procent
Reumatisk sjukdom	6,2 procent	10,9 procent
Reumatisk feber	0,0 procent	1,5 procent
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	12,7 procent	21,5 procent
Njursjukdom	3,8 procent	2,8 procent
Leversjukdom, hepatit	5,5 procent	4,3 procent
Sköldkörtelsjukdom	1,0 procent	11,6 procent
Cancer	4,8 procent	3,8 procent
Neurologisk sjukdom, epilepsi	2,4 procent	3,3 procent
Återkommande huvudvärk	17,5 procent	24,2 procent
Psykisk sjukdom	19,2 procent	20,7 procent
Hudsjukdom	8,9 procent	9,1 procent
Nedsatt syn, hörsel	27,1 procent	23,7 procent
Smittosam sjukdom	3,8 procent	1,5 procent
Ledprotes, blodkärlsprotes	2,1 procent	2,5 procent
Organtransplantation	0,3 procent	0,0 procent
Gikt	3,4 procent	2,3 procent
Värk från rygg, skuldror och nacke	40,5 procent	49,2 procent
Annan sjukdom	12,4 procent	16,4 procent

Normdata är här hämtat från Socialstyrelsens olika sjukdomsregister (Se nedan under normdatakällor, Tabell 14). Det är dock så att samtliga diagnostyper inte är jämförbara mellan målgrupp och normdata eftersom de bygger på delvis olika kategoriseringsförfaranden. Breda sjukdomskategorier som ”hjärt- och kärlsjukdomar” återfinns t ex inte som diagnoskategori i Socialstyrelsens sjukdomsregister, medan t ex hjärtinfarkt gör det, vilket i sin tur medför att jämförelser målgrupp och normdata saknas för vissa diagnoskategorier. För nästintill samtliga tre åldersgrupper uppvisade överskulsatta män och kvinnor i jämförelse med normdata, högre förekomst av hjärtinfarkt, diabetes, sjukdom i matsmältningsorgan/ magsår, leversjukdom/hepatit, astma, cancer och psykisk sjukdom. Det motsatta förhållandet, d v s lägre förekomst än normdata, gäller endast för allergi, medan förekomsten av högt blodtryck är ungefär lika mellan överskulsatta och normdata. Resultaten av dessa jämförelser återfinns i tabellerna 13 och 14.



Tabell 13. Sjukdomsfördelning bland män

Sjukdomskategori	Överskuld, ålderskategori, procent, (n =271)			Normdata, ålderskategori, procent		
	30-44 (97)	45-64 (207)	65-84 (53)	30-44	45-64	65-84
Hjärt- och kärlsjukdomar	4,8 (2)	14,9 (27)	31,3 (15)			
Infarkt	2,4 (1)	3,9 (7)	25,0 (12)	0	0,4	1,8
Stroke	2,4 (1)	5,0 (9)	12,5 (6)			
Högt blodtryck	7,1 (3)	27,6 (50)	50,0 (24)	8	29	45
Diabetes	4,8 (2)	11,0 (20)	50,0 (24)	2	8	17
Astma	11,9 (5)	11,6 (21)	18,8 (9)	10	9	8
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	11,9 (5)	13,8 (25)	10,4 (5)	0,6	1	2,2
Reumatisk sjukdom	2,4 (1)	5,5 (10)	12,5 (6)			
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	16,7 (7)	12,7 (23)	8,3 (4)	33	24	13
Leversjukdom, hepatit	4,8 (2)	6,6 (12)	4,2 (2)	0	0,1	0,1
Sköldkörtelsjukdom	2,4 (1)	1,1 (2)	0,0 (0)			
Cancer	4,8 (2)	2,2 (4)	12,5 (6)	0,1	0,6	2,7
Återkommande huvudvärk	26,2 (11)	18,2 (33)	8,3 (4)			
Svår huvudvärk				2	3	1
Psykisk sjukdom	23,8 (10)	21,0 (38)	10,4 (5)	0,7	0,9	0,6
Nedsatt psykiskt välbefinnande				17	14	8
Gikt	2,4 (1)	3,3 (6)	4,2 (2)			

Tabell 14. Sjukdomsfördelning bland kvinnor

Sjukdomskategori	Överskuld, ålderskategori, procent, (n =357)			Normdata, ålderskategori, procent		
	30-44 (97)	45-64 (207)	65-84 (53)	30-44	45-64	65-84
Hjärt- och kärlsjukdomar	2,1 (2)	11,1 (23)	20,8 (11)			
Infarkt	0,0 (0)	1,9 (4)	5,7 (3)	0	0,1	1
Stroke	1,0 (1)	2,9 (6)	9,4 (5)			
Högt blodtryck	6,2 (6)	22,7 (47)	39,6 (21)	4	23	51
Diabetes	2,1 (2)	8,7 (18)	15,1 (8)	2	5	14
Astma	9,3 (9)	22,7 (47)	13,2 (7)	11	10	12
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	8,2 (8)	17,4 (36)	15,1 (8)	0,7	1	2
Reumatisk sjukdom	3,1 (3)	15,0 (31)	9,4 (5)			
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	20,6 (20)	20,3 (42)	22,6 (12)	32	28	20
Leversjukdom, hepatit	4,1 (4)	3,9 (8)	3,8 (2)	0	0	0,1
Sköldkörtelsjukdom	9,3 (9)	10,6 (22)	24,5 (13)			
Cancer	0,0 (0)	5,3 (11)	7,5 (4)	0,2	0,7	1,7
Återkommande huvudvärk	33 (32)	24,6 (51)	7,5 (4)			
Svår huvudvärk				6	5	2
Psykisk sjukdom	24,7 (24)	20,8 (43)	15,1 (8)	0,7	0,7	0,6
Nedsatt psykiskt välbefinnande				23	18	15
Gikt	1,0 (1)	2,9 (6)	3,8 (2)			

Normdatakällor: Cancer hämtad från Socialstyrelsens Cancerregister, siffror från 2009. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2011-10-27, Hjärtinfarkt hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2008. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2011-10-27, Psykisk sjukdom hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2011-10-27. Matsmältningsorgan/magsår hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2011-10-27 Leversjukdomar hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2011-10-27.

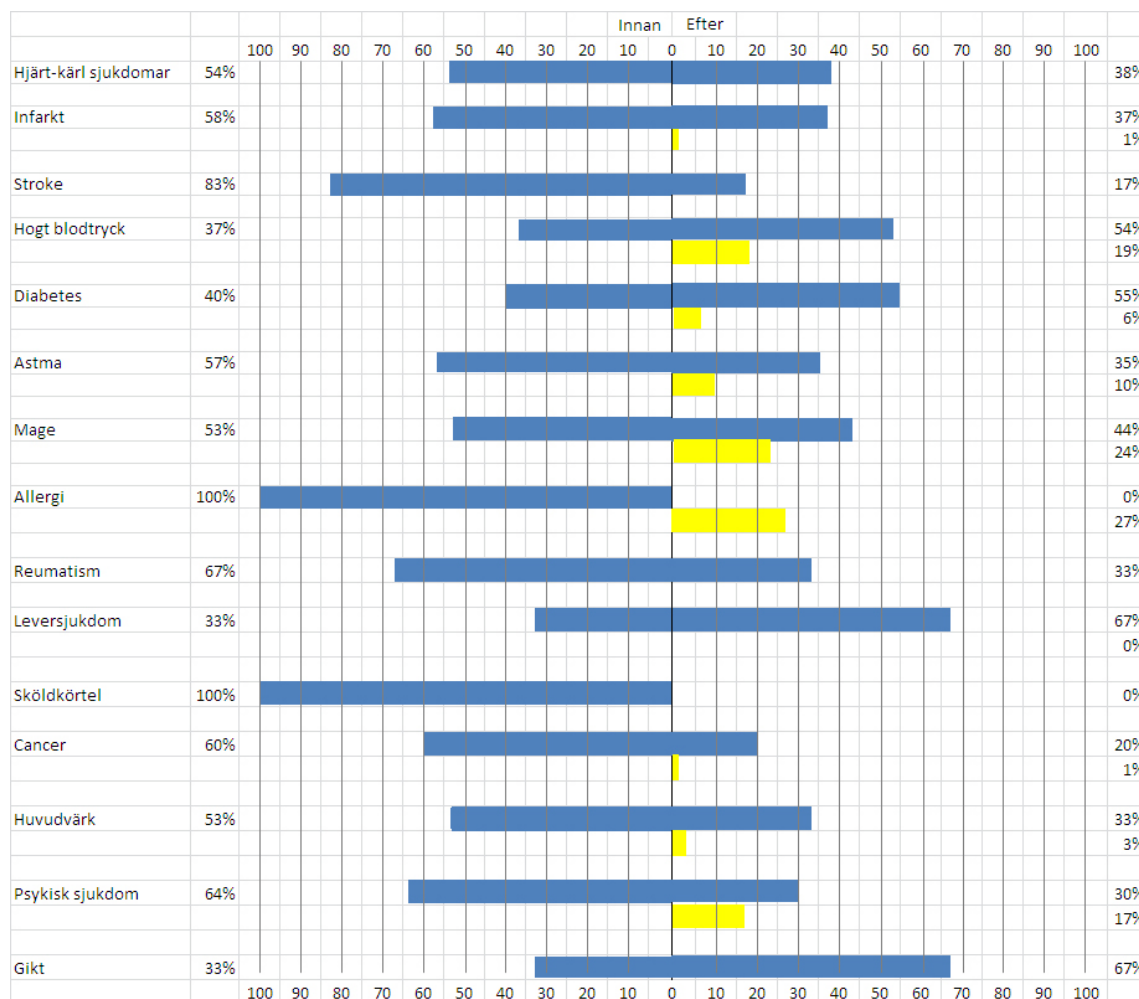
Då respondenterna i enkäten lämnade uppgifter om tid för debuten av allvarligas skuldproblem, *samt* tid för utbrottet av sjukdom(ar), kunde dessa båda uppgifter jämföras i kronologiskt hänseende varvid det blev möjligt att sätta sjukdomsutbrottet i relation till debuten av skuldproblemen. I tabell 15 finns en sammanställning av förekomsten av sjukdomskluster, d v s grupper av besläktade sjukdomar, i relation till skuldproblemens start. I sjukdomsklustren inryms även komorbiditeten (samsjukligheten), *inom* respektive kluster, på så sätt att om en respondent har/haft högt blodtryck, infarkt och stroke, ingår den respondenten i klustret Hjärt/kärl/högt blodtryck/stroke. Det hindrar dock inte att samma respondent även samtidigt kan ingå i ett annat kluster, t ex magsjukdom och/eller diabetes. Utifrån denna jämförelse kan man se att det för sjukdomsklustren Hjärt/kärl/högt blodtryck/stroke och diabetes finns en högre förekomst av sjukdom i tiden *efter* debuten av skuldproblemen, medan det motsatta råder för övriga kluster. Denna analys avser hela respondentgruppen, d v s män och kvinnor sammanslagna.

Tabell 15. Sjukdomskluster – innan respektive efter skulder

Variabel	Kategori	procent
Hjärt/kärl/högt blodtryck/stroke	Sjuk innan	39,6
	Sjuk efter	60,4
Diabetes	Sjuk innan	42,6
	Sjuk efter	57,4
Allergi/astma	Sjuk innan	71,0
	Sjuk efter	29,0
Magsjukdom	Sjuk innan	55,9
	Sjuk efter	44,1
Psykisk sjukdom	Sjuk innan	58,1
	Sjuk efter	41,9

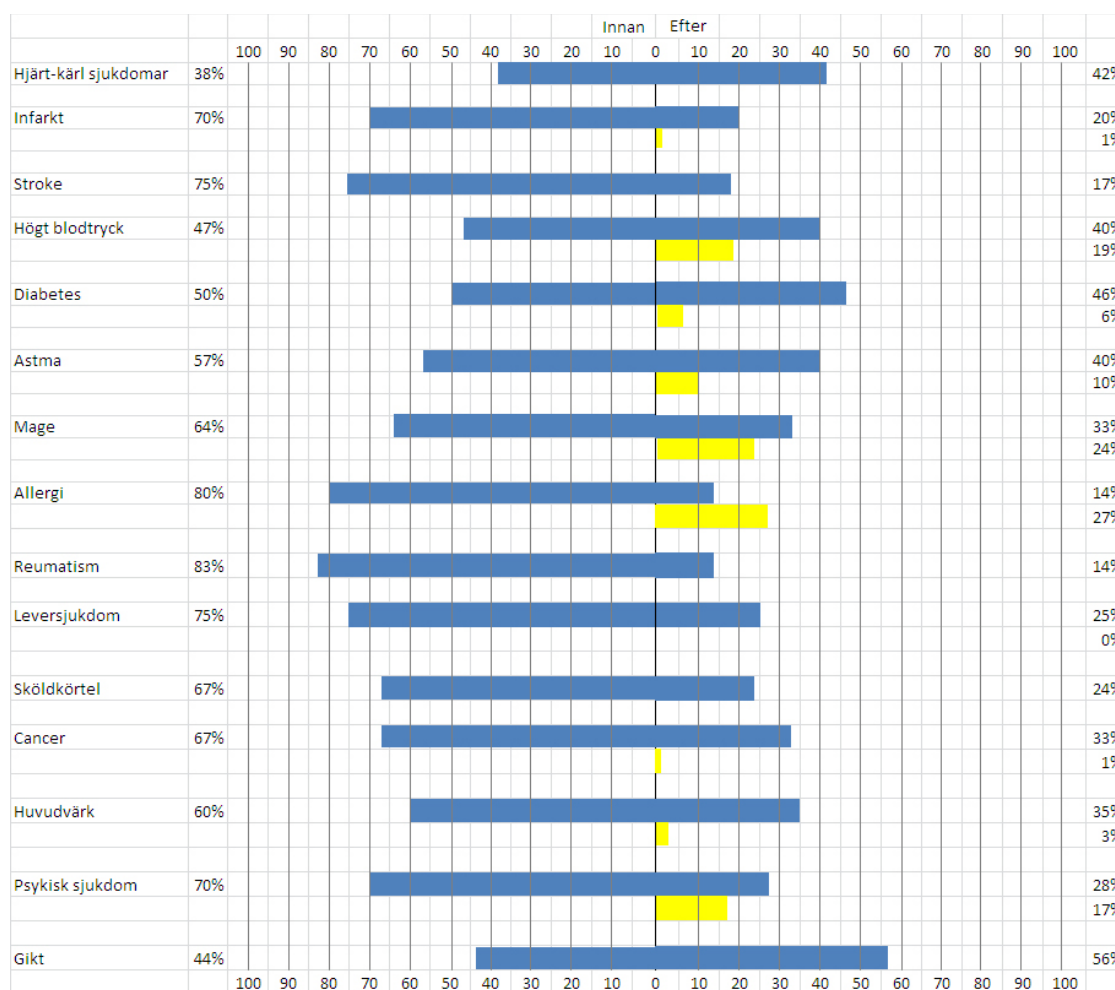
Om man i stället inriktar analysen, på *specifika* sjukdomar (d v s merparten av de sjukdomar som återfinns i Tabell 12), och inte sjukdomskluster, uppstår ett delvis annorlunda mönster med avseende på analysen ohälsa före- och efter skuldernas begynnelse. I figur 4 och 5 återges denna analys separat för män och kvinnor. Observera att de procenttal som återfinns i figurerna inte redovisar de absoluta prevalenserna för de olika sjukdomarna, utan i stället anger den relativa proportionen för respektive sjukdom *innan* respektive *efter* skuldproblemens början. Som framgår t ex för sjukdomen/ diagnosen "stroke", så rapporterar 83 procent av de män som haft stroke detta, i tiden innan skuldproblemen startade, medan 17 procent rapporterar det i tiden efter det att skuldproblemen startade. Vad gäller samma sjukdom/diagnos gäller för kvinnor 75 procent i tiden innan skuldproblemen och 17 procent i tiden efter. Det är inte alltid så att procenttalen innan och efter skuldproblemens början för respektive sjukdom/diagnos summerar sig till 100 procent, eftersom ett visst internt svarsbortfall

finns i materialet. Dock, som en jämförelsemöjlighet har prevalensen (enligt Socialstyrelsen) för respektive sjukdom/diagnos i normalbefolkningen lagts in i diagrammen med gul färg.



Figur 4. Den relativa proportionen av sjukdomsrapportering i tiden innan, respektive efter starten på skuldproblemen för män.

Trots att denna analys inte bygger på en reell longitudinell metodik med faktiska, upprepade mätningar över tid, utan i stället baseras på respondenternas *minnesbilder* av tidpunkten för sjukdomsutbrottet, går det möjligen ändå att dra vissa försiktiga slutsatser, eller åtminstone bygga hypoteser om, att tendensen vad gäller sjukdomsutveckling i samband med skuldproblem är, att för respondenterna i denna studie, infaller sjukdomsdebuten oftast i tiden *innan* skuldproblemen uppstår. Denna tendens är likartad hos både män och kvinnor, dock framgår det av figur 4 och 5, att denna tendens är mer påtaglig hos kvinnorna. Man måste dock framhålla att sjukdomsutvecklingen är hög också i perioden efter det att skuldproblemen är manifasta.



Figur 5. Den relativa proportionen av sjukdomsrapportering i tiden innan, respektive efter starten på skuldproblemen för kvinnor.

I anslutning till rapporteringen av förekomsten av vanliga folksjukdomar ombads även respondenterna att lämna uppgift om kroppslängd och kroppsvikt för att därigenom möjliggöra beräkning av BMI (Body Mass Index). I tabellerna 16 och 17 har de erhållna BMI-värdena redovisats för kvinnor respektive män i relation till referensvärden i normalbefolkningen (<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Overvikt-och-fetma/>)

Tabell 16. BMI för kvinnor (överskuldssatta respektive normalbefolkningen)

	< 18,5		18,5 - 24,9		25,0 - 29,9		≥ 30,0	
	Ö % (n)	N %	Ö % (n)	N %	Ö % (n)	N %	Ö % (n)	N
16-29 år	0 (0)	7	50 (7)	69	14 (2)	17	36 (5)	7
30-44 år	0 (0)	2	37 (34)	61	28 (26)	25	35 (32)	12
45-64 år	1 (1)	1	38 (75)	49	33 (65)	34	29 (57)	17
65-84 år	4 (2)	1	33 (17)	42	32 (17)	38	32 (16)	19

Anmärkning: Ö = Överskuldssatta; N = Normalbefolkningen

För både kvinnor och män finns det i intervallområdet från <18,5 - 29,9 proportionellt färre överskulsatta än referenspersoner i normalbefolkningen, medan det omvända, d v s att proportionellt *fler* överskulsatta än referenspersoner i normalbefolkningen, återfinns i BMI-intervallet -> 30. Proportionen personer i den överskulsatta gruppen - både för män och kvinnor - är mer än fördubblad i jämförelse med normalbefolkningen vad gäller detta BMI-värde. Inga påtagliga åldersvariationer med avseende på BMI-värdet i de fyra åldersintervallen 16-29; 30-44; 45-64; 65-84 år, är förhanden. Sammantaget innebär detta att det bland gruppen överskulsatta återfinns relativt många personer med kraftig övervikt klassificerad som *fetma*. Bland överskulsatta män är det 33,5 procent som har ett BMI >30 och bland överskulsatta kvinnor är det 31,5 procent, vilket är betydligt högre än för normalbefolkningen som ligger på 14 procent för båda könen<sup>22</sup>. Resultaten kan därför sägas bekräfta tidigare rapporterade fynd om att fetma är vanligt förekommande bland överskulsatta<sup>23</sup>.

Tabell 17. BMI för män (överskulsatta respektive normalbefolkningen)

	< 18,5		18,5 - 24,9		25,0 - 29,9		≥ 30,0	
	Ö %(n)	N %	Ö %(n)	N %t	Ö %(n)	N %	Ö %(n)	N %
16-29 år	0 (0)	3	0 (0)	69	0 (0)	22	10 (1)	7
30-44 år	0 (0)	1	22 (9)	43	39 (16)	43	39 (16)	13
45-64 år	1 (1)	0	31 (54)	33	35 (62)	50	33 (58)	18
65-84 år	2 (1)	0	22 (10)	38	47 (21)	46	29 (13)	16

Anmärkning: Ö = Överskulsatta; N = Normalbefolkningen

### 2.2.2 Hälsans åtta dimensioner

Short-Form 36 (SF-36) är ett mätinstrument avsett att mäta hälsorelaterad livskvalitet i åtta dimensioner (se bilaga 8). För att möjliggöra en jämförelse av målgruppens värden på dessa åtta hälsodimensioner med de förväntade värden i normalbefolkningen skapades en exakt köns- och åldersmatchad referensgrupp (n=2354), vilken drogs slumpmässigt ur den svenska SF-36 normdatabasen (n=8.930). Ca 3 referenter drogs för varje person i målgruppen (n=683, antalet med både kön och ålder) (kvot=3,47:1), kvoten bestämdes utifrån minsta kvotsprincipen, d.v.s. minsta antal referenter motsvarande en ålders- och könskategori (17 st. 51-åriga kvinnor i undersökningsgruppen: 59 i normgruppen). För en beskrivning av normpopulationen se Sullivan, Karlsson & Taft, 2002.

De erhållna värdena för hälsomätningssinstrumentet SF-36 redovisas i både tabell- och figurform (Tabell 16 respektive Figur 6). Som framgår av dessa rapporterar respondenterna avsevärt lägre hälsopoäng på samtliga av de åtta hälsodimensioner som SF-36 bygger på. Genomsnittligt beräknat över samtliga hälsodimensioner, rapporterar de överskulsatta männen i studien ca 30 procent lägre värden än den åldersmatchade referensgruppen, medan det för de överskulsatta kvinnorna rör sig om ca 35 procent lägre hälsovärden. För MCS innehållande de sammanslagna dimensionerna vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella orsaker (RE), psykiskt

<sup>22</sup> Folkhälsoinstitutet, 2010 Levnadsvanor/övervikt-och-fetma

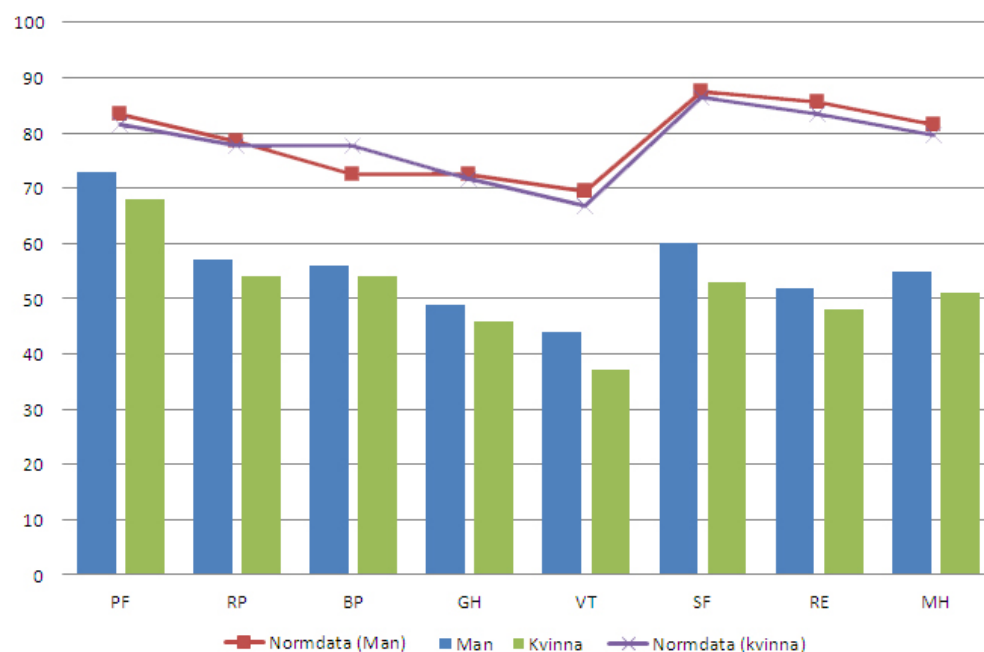
<sup>23</sup> Grafovas, 2007

välbefinnande (MH) hade överskuldssatta kvinnor 41 procent lägre värde än kvinnorna i referensgruppen, medan motsvarande värden för de överskuldssatta männen var 36 procent.

Tabell 16. Erhållna hälsovärden för överskuldssatta män och kvinnor på de åtta dimensionerna i SF-36 i relation till åldersmatchat normdata för män och kvinnor.

	Man*		Kvinna*	
	Överskuldssatta	Normalbefolkningen	Överskuldssatta	Normalbefolkningen
PF	73	84	68	82
RP	57	79	54	78
BP	56	73	48	69
GH	49	73	46	72
VT	44	70	37	67
SF	60	89	53	87
RE	52	86	48	84
MH	54	82	51	80

Anmärkning: \* = för samtliga dimensioner erhöles signifikanta skillnad (t-tester) mellan överskuldssatta och åldersmatchade personer ur normalbefolkningen;  $p = .000$ .



Figur 6. Erhållna hälsovärden för överskuldssatta män och kvinnor på de åtta dimensionerna i SF-36 i relation till åldersmatchat normdata för män och kvinnor.

### Depression

Förekomsten (frekvens) av depression var högre i den överskuldssatta gruppen jämfört med normalbefolkningen; både vad gäller *möjliga* fall av klinisk depression (HADD poäng  $\geq 8$ ) respektive fall av *sannolik* klinisk depression (HADD poäng  $\geq 11$ ). Förekomsten av möjliga och sannolika fall av klinisk depression i gruppen

överskuldssatta var sammanlagt drygt tre gånger högre än i normalbefolkningen<sup>24</sup>, se tabell 17.

Tabell 17. Förekomst av depression i den överskuldssatta gruppen och normalpopulationen

Depression (HADD)	Överskuldssatta procent	Populationen %
Gränsvärde $\geq 8$	19,5	9
Gränsvärde $\geq 11$	28,7	6

När det gäller den genomsnittliga depressionsstyrkan (HADD poäng) var det aritmetiska medelvärdet i den överskuldssatta gruppen nästan dubbelt så högt som i normalbefolkningen. Denna skillnad är signifikant;  $p = .000$ . I tabell 18 återges detta resultat även med avseende på män och kvinnor. Kvinnor har något högre poäng än män, men denna skillnad är inte signifikant. De relativt höga standardavvikelserna i den överskuldssatta gruppen, visar dock på att det förelåg en ganska hög variation i förekomst av depression, och medelvärdet är alltså något missvisande.

Tabell 18. Medelvärden för depression hos överskuldssatta jämfört med den normalbefolkningen

Grupp	Överskuldssatta	SD	Population	SD
Totalt	7,8	5,0	3,98	3,46
Man	7,7	5,2	4,27	3,57
Kvinna	7,8	5,0	3,76	3,36

Anmärkning: SD = standardavvikelse.

### Ångest

Förekomst (frekvens) av ångest var högre i den överskuldssatta gruppen jämfört med normalbefolkningen; både vad gäller *möjliga* fall av klinisk ångest (HADA poäng  $\geq 8$ ) respektive fall av *sannolik* klinisk ångest (HADA poäng  $\geq 11$ ); se tabell 19. Av tabell 19 framgår att förekomsten av möjliga fall och sannolika fall av klinisk ångest i gruppen överskuldssatta sammanlagt var nästan tre gånger högre än normalbefolkningen.

Tabell 19. Medelvärden för ångest hos överskuldssatta jämfört med den generella populationen

Ångest (HADA)	Överskuldssatta %	Populationen %
Gränsvärde 8	18,5	12
Gränsvärde 11	37,5	8

När det gäller den genomsnittliga ångeststyrkan (HADA poäng) var det aritmetiska medelvärdet i den överskuldssatta gruppen nästan dubbelt så högt som i normalbefolkningen. Denna skillnad är signifikant;  $p = .000$ . I tabell 20 återges detta

<sup>24</sup>Lisspers, Nygren & Söderman, 1997

resultat även med avseende på män och kvinnor. De något högre standardavvikelserna hos gruppen överskuldssatta visar dock på att det fanns en större variation i förekomst av ångest, och medelvärdet blir också här i likhet med HADD något missvisande.

Tabell 20. Medelvärden för ångest hos överskuldssatta jämfört med normalbefolkningen

Grupp	Överskuldssatta	SD	Populationen	SD
Totalt	9,0	5,2	4,55	3,73
Man	8,0	5,1	4,27	3,78
Kvinna	9,8	5,2	4,76	3,58

Anmärkning: SD = standardavvikelse.

### Vital Exhaustion (VE) – utmattning

Enligt Appels et al, (1997) utgör ett sammanlagt värde på Maastricht Questionnaire-21, som uppgår till 14 poäng eller mer, att respondenten uppfyller kriteriet för VE (utmattning). I tabell 21 redovisas resultatet för gruppen överskuldssatta i relation med normalbefolkningen.

Tabell 21. Överskuldssattas värden i relation till normalbefolkningen vid cut off värdet 14 poäng på Maastricht Questionnaire-21.

Poäng	Överskuldssatta %	Normbefolkning %
< 14	21,9	70,8
≥ 14	78,1	29,2

Som framgår av tabell 21, uppfyller nästan 80 procent kriteriet för att ha VE (utmattning) mot inte fullt 30 procent i normalbefolkningen. Ser vi sedan närmare på de faktiskt erhållna aritmetiska medelvärdena och medianvärdena för gruppen överskuldssatta i relation till referensvärdena för normalpopulationer erhållna i flera utländska studier blir skillnaderna än mer uttalade. Dessa jämförelser finns redovisade i Tabell 22.

### Maastricht Questionnaire-21.

Medelvärde	Överskuldssatta medelvärde	Normdata medelvärde	Överskuldssatta median	Normdata median
Totalt	24,9 (SD = 12,7)	9 (SD = 7,3) <sup>2</sup>	28	10,1 <sup>1</sup>
Man	23,2 (SD = 13,1)	11,7 (SD = 9,8) <sup>3</sup>	25,5	-
Kvinna	26,4 (SD = 12,2)	17 (SD = 11,2) <sup>4</sup>	29	-

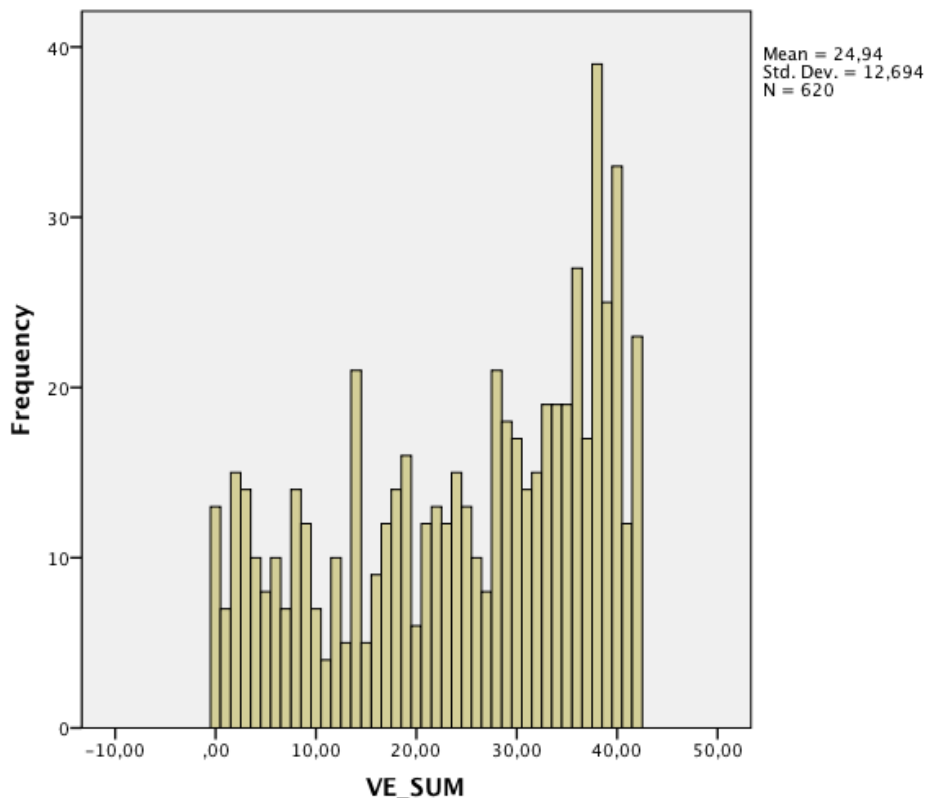
(<sup>1</sup>Cheung et al., 2009; <sup>2</sup>Heponiemi, Keltikangas-Järvinen, Puttonen & Ravaja, 2005;

<sup>3</sup>Appels, Falger & Schouten, 1993; <sup>4</sup>Appels et al., 1993).

Som framgår av Tabell 22, är även spridningarna mätta som standardavvikelser relativt stora. I histogrammet i figur 7 återfinns frekvensfördelningen av VE-poäng hos gruppen överskuldssatta. Fördelningen, som är negativt sned, visar att ca en dryg tredjedel av respondenterna i gruppen har värden större än 30 poäng. Detta får anses vara



påfallande många, och utgör i sig ett allvarligt negativt resultat, speciellt då höga VE-värden har ett stort prediktionsvärde för hjärtinfarkt.



Figur 7. Erhållna värden på VE (utmattning) Maastricht Questionnaire-21. hos överskuldssatta.

### Posttraumatiskt stressyndrom (PCL-17)

PCL-17 skalans min- och maxvärde är 17 respektive 85 poäng, och instämmandegraden i skalans påståenden refererar till *upplevda besvär under den sista månaden*. Vid ”cutoff score” 44 har PCL visat bästa diagnostiska effektivitet med avseende på PTSD (Blanchard et al., 1996; Ruggiero et al., 2003), men beroende på grupptillhörighet exempelvis ”civilian primary care”, kan cutoff score vara redan på 25-38 poäng. Ju högre poäng, desto mer symptom på post-traumatisk stress rapporterar individen (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996)

Som framgår av tabell 23 överskrider det erhållna aritmetiska medelvärdet hos gruppen överskuldssatta det diagnostiska kriterievärdet 44 poäng.

Tabell 23. Posttraumatiskt stressyndrom (PCL-17)

Överskuldssatta	Soldater utan PTSD	Soldater med PTSD
44,9 (sd = 17,2)	34,40 (sd = 14,09)	63,58 (sd = 14,14)

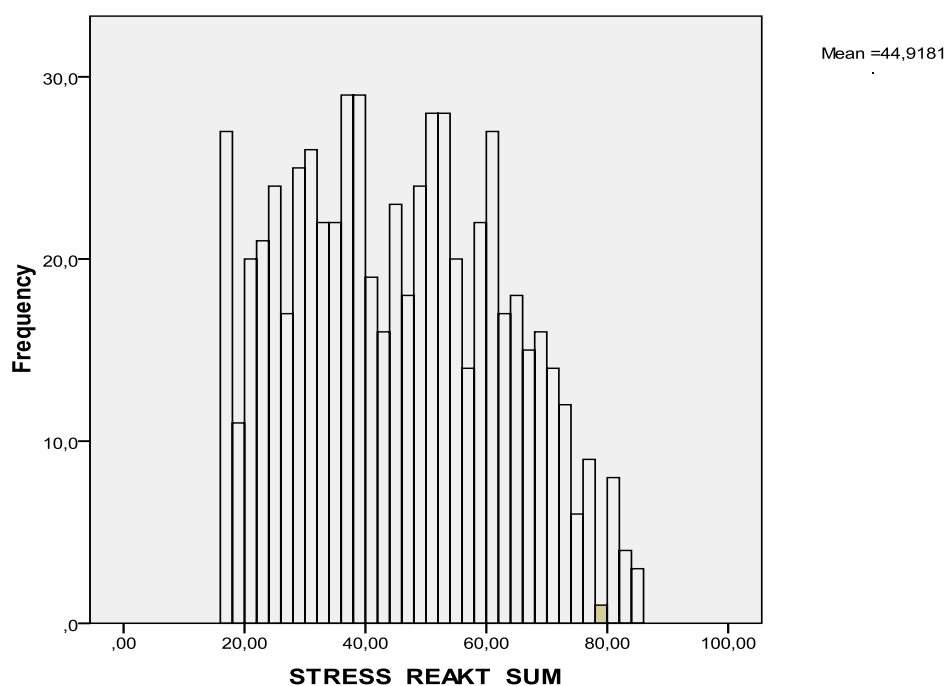
Ser vi till andelen respondenter som uppfyller kriteriet för PTSD så framgår det av Tabell 24 att nästan hälften (47,9 procent) gör detta. Vi finner också att en betydande del av respondenterna har mycket höga värden i intervallet 44 – 85 poäng. Se Figur 8.

Resultatet måste dock tolkas med försiktighet eftersom en PTSD utredning alltid behövs kompletteras med minst *en* klinisk intervju (Blanchard et al, 1996).

Tabell 24. Andelen respondenter som uppfyller posttraumatiskt stressyndrom (PCL-17).

Kategori	procent
Har PTSD (>44)	47,9
Har inte PTSD	52,1

Figur 8. Erhållna värden på PCL-17 (Post traumatiskt stressyndrom) hos överskuldssatta.



De aritmetiska medelvärdena och standardavvikelserna på PCL-17 för män respektive kvinnor var  $M = 42,8$  ( $SD = 17,3$ ) och  $M = 46,5$  ( $SD = 17,1$ ); Ett t-test visar på att kvinnor har signifikant högre medelvärde än män;  $t(630) = 2,734$ ,  $p = .006$ .

### Upplevd hopplöshet

Förekomst (frekvens) av hopplöshet enligt HS-hopplöshetsskalan, var högre i den överskuldssatta gruppen jämfört med normalbefolkningen; både vad gäller *måttliga* fall av hopplöshet (HS poäng  $\geq 9$ ) respektive fall av *stark* hopplöshet (HS poäng  $\geq 15$ ); se tabell 25. Av tabell 25 framgår att förekomsten av måttlig respektive stark hopplöshet i gruppen överskuld-satta var drygt två gånger respektive nästan sju gånger högre än i normal-befolkningen. Referensgruppen var tagen ur den finska normalbefolkningen (Kuopio) och bestod av 1722 personer; 57 procent kvinnor och 43 procent män i åldrarna 25-64 år som fick besvara HS-hopplöshetsskalan<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Haatainen, Tanskanen, Kylmä, Honkalampi, et al., 2004

Grad av hopplöshet	Överskulsatta %	Populationen %
Måttlig hopplöshet ( $\geq 9$ )	21,5	8,7
Stark hopplöshet ( $\geq 15$ )	17,9	2,6

När det gäller den genomsnittliga hopplöshetsstyrkan (HS poäng) var det aritmetiska medelvärdet i den överskulsatta gruppen något mer än dubbelt så högt än i normalpopulationen. Denna skillnad är signifikant,  $t(168) = 9,565$ ,  $p = .000$ . I tabell 26 återges detta resultat även med avseende på män och kvinnor. Det finns dock ingen signifikant skillnad mellan mäns ( $M = 8,76$ ,  $SD = 6,4$ ) och kvinnors ( $M = 8,59$ ,  $SD = 6,1$ ) grad av hopplöshet;  $t(576) = -.313$ ,  $p = .754$ .

Tabell 26. Medelvärden på Hopplöshetsskalan

Kön	Överskulsatta	SD	Populationen	SD
Totalt	8,62	6,3	3,9	3,6
Man	8,76	6,4		
Kvinna	8,59	6,1		

Anmärkning: SD = standardavvikelse.

### Självordstankar och självmordsförsök

I den överskulsatta gruppen förekom det en större relativ frekvens av individer som har haft självordstankar jämfört med normalpopulationen. Det förekom även en större relativ frekvens av självmordsförsök bland de överskulsatta jämfört med normalbefolkningen, vilket framgår av tabell 27. Den referensgrupp som användes i föreliggande studie, var ett sampel ur normalbefolkningen på 8171 individer (Stockholms kommun) i åldrarna 20-64 år med en könsfördelning på 48,7 procent män och 51,3 procent kvinnor, som besvarade Paykels suicidinstrument (Ramberg & Wasserman, 2000)<sup>26</sup>. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor i den överskulsatta gruppen vad gäller förekomst av självordstankar,  $\chi^2(2) = 0,48$ ,  $p = .976$ . Inte heller för självmordsförsök fanns det någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor i den överskulsatta gruppen,  $\chi^2(2) = 0,706$ ,  $p = .703$ .

Tabell 27. Förekomst av självordstankar och självmordsförsök

Självordstendens	Överskulsatta %	Normalbefolkningen %
Självordstankar		
Totalt	38,5	20,3
Kvinnor	39,4	22,7
Män	37,8	17,9

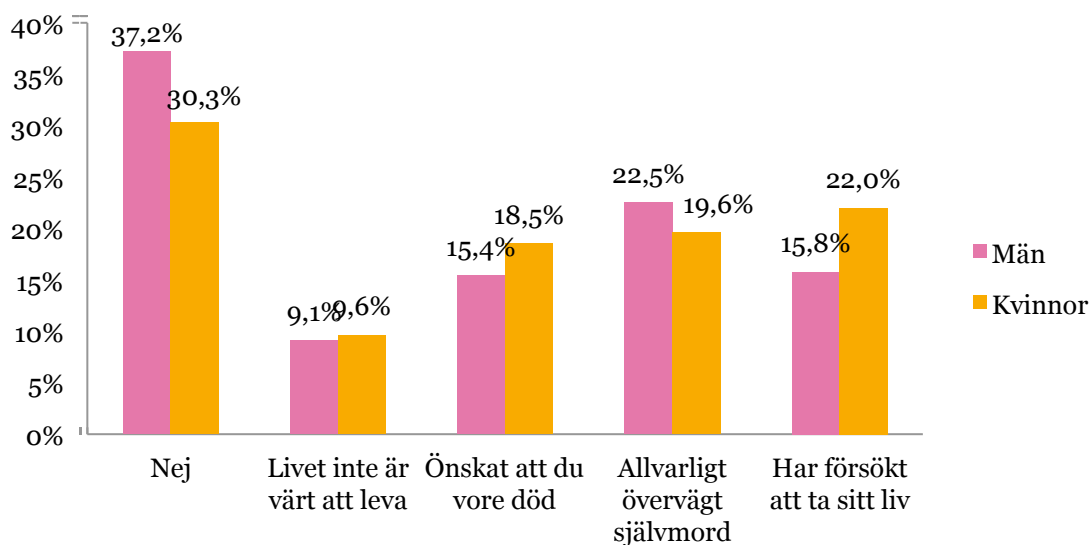
<sup>26</sup> Observera, att då Rambergs och Wassermans studie (2000), som är baserad på Odds ratios (logistisk regression) inte ger information om referensvärden i normalbefolkningen, kan man i föreliggande studie endast jämföra de relativa skillnaderna i relativ frekvens (procent) mellan överskulsatta och normalpopulationen.

## Självordsförsök

Totalt	17,3	3,6
Kvinnor	19,4	4,6
Män	14,9	2,5

Paykels fyra frågor om självmordbenägenhet delades in i kategorier enligt en fallande ordning utifrån den mest intensiva fråga som en individ hade högst jakande svar på. Det finns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor vad gäller grad av självmordsbenägenhet;

$\chi^2(4) = 6,565, p = 161$ . Se figur 9.



Figur 9. Den procentuella fördelningen över fem kategorier av självmordsbenägenhet för män och kvinnor (Paykel et al., 1974).

### Livsstil

Det samlade resultatet från denna enkät, som återges i Tabell 28 i bilaga 7, visar inga egentliga avvikelser från normalbefolkningens levnadsvanor i en indirekt jämförelse med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten 2010 (<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>). Snarast finns det en tendens bland överskuldssatta att vara mer måttliga än normalbefolkningen när det gäller till exempel alkoholbruk.

### 2.3 Samband mellan överskuldssättning och ohälsa

I tabellerna 29-32 i bilaga 6 visas erhållna samband (korrelationer) mellan bakgrundsvariabler, skuldsituation, hälsa, livsstil, skuldsättningens emotioner, boendetrivsel och hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen. Sambanden baseras på summavariablerna för respektive variabler och har utförts med Pearsons produktmoment-korrelations- koefficient.

Sambandsanalyserna visar att skuldsituationen, som här mätts med de sex variablerna inkasso, införsel, utmätning, skuldtid (d v s under hur lång tid man har haft skulder), skuldantal, och skuldstorlek påverkar hälsan i flera olika avseenden för både kvinnor och män.

- Inkasso (d v s att respondenten varit utsatt för inkassoåtgärder av inkassobyrå) uppvisar ett samband med självmordsbeteende för kvinnor, samt med värdena för posttraumatisk stress (PCL-17) hos både kvinnor och män, medan kvinnor i tillägg även rapporterar en förhöjning av värdena för utmattning (VE), och för män tillkommer en försämring av psykisk hälsa mätt med MCS.
- Införsel (d v s att respondenten är föremål för löneinförsel av Kronofogden) har inga effekter på någon av hälsovariablerna.
- Utmätning (d v s att respondenten har utmätts i hemmet på ägodelar av Kronofogden) ger upphov till högre värden på posttraumatisk stress (PCL-17), Ångest (HADA) och psykisk hälsa (MCS) för kvinnor. För män finns inga effekter på någon av hälsovariablerna.
- Skuldtiden, (d v s under hur lång tid man haft skulder) har ingen påverkan på hälsan.
- Skuldantalet, (d v s hur många skulder respondenten har) medför högre ångestvärden (HADA) hos kvinnor, medan män rapporterar en förhöjning av värdena för självmordsrelaterat beteende (Paykel).
- Skuldstorleken (d v s skuldernas sammanlagda, nominella värde) resulterar i förhöjda värden för samtliga hälsovariabler utom posttraumatisk stress (PCL-17) och självmordsrelaterat beteende (Paykel) för kvinnor. För män är värdena för psykisk hälsa (MCS), fysisk hälsa (PCS) och utmattning (VE) förhöjda, d v s innebärande en försämrad hälsa i dessa avseenden.

### **Sammanfattning av sambandsanalyserna**

Det finns ett tydligt samband mellan *skuldsituationen och respondenternas hälsa*, och då speciellt vad gäller den psykiska hälsan (se tabellerna 29 och 30 i bilaga 6). När det gäller skuldsättningens emotioner (SE) inverkan på hälsoutfallet, har denna variabel ett negativt samband med samtliga hälsovariabler med undantag av fysisk hälsa (PCS) för kvinnor och fysisk hälsa (PCS) och psykisk hälsa (MCS) för män. Detta indikerar att negativ affektivitet i samband med skuldsättningen, som upplevelse av hot, rädsla, maktlöshet, förödmjukelse, skam etc., bidrar till den försämrade hälsan hos undersökningsgruppen.

Trivsel och tillfredställelsen med den egna bostaden, rapporteras ofta som en basal komponent för en god hälsa och livskvalitet i många levnadsnivåundersökningar. Så är också fallet i föreliggande studie. Både för kvinnor är en hög boendetrivsel förknippad med *lägre ohälsovärden* för samtliga hälsovariabler förutom fysisk hälsa (PCS) för kvinnor, och fysisk hälsa (PCS) och psykisk hälsa (MCS) för män, och kan därför bidra till en lindring av ohälsoreaktioner.

Drygt sjuttio procent (72,9procent) av respondenterna har varit i kontakt med den kommunala budget-och skuldrådgivningen (BUS) för att få hjälp med sina skuldproblem. Eftersom BUS är en av de få institutioner dit skuldsatta kan vända sig för

att få hjälp, fyller BUS en utomordentligt viktig roll, speciellt då det gäller assistans för ansökan om skuldsanering. Resultaten i föreliggande studie visar att kontakten med BUS också medför en positiv inverkan på hälsan. För kvinnor är kontakten med BUS gynnsam vad gäller alla hälsovariabler, förutom psykisk hälsa (MCS) där ingen influens föreligger, medan det för män är så, att kontakten med BUS inte påverkar värdena för fysisk hälsa (PCS) och självmordsbeteende (Paykel). Dock, finns för männen ett svagt negativt samband mellan psykisk hälsa (MCS) och kontakten med BUS.

*Bakgrundsvariablerna* ålder, utbildning, sysselsättning, civilstånd och deras samband med *hälsoutfallsvariablerna* PCL-17 (PTSD), HADD (depression), HADA (ångest), MCS (mental komponent – SF 36), PCS (fysisk komponent – SF-36), VE (utmattning), HS (hopplöshet), självmordsbeteende (Paykel), samt livsstil återfinns i tabellerna 31 och 32 nedan.

- Ålder (d v s respondentens levnadsålder). När det gäller kvinnor har ålder ett samband med PCL, HADA, PCS, och Paykel såtillvida att ökad ålder innebär högre hälsopoäng, d v s en mildring av ohälsa, men för MCS råder det motsatta förhållandet, och för HS (hopplöshet) finns ingen påverkan. För män råder i princip samma förhållande men att HADD och VE i tillägg inte heller uppvisar något samband med ålder.
- Utbildning har ingen påverkan på någon av hälsovariablerna. Detta gäller för både kvinnor och män och måste betraktas som oväntat, eftersom utbildningsgrad nästan alltid korrelerar med hälsa.
- Sysselsättning (d v s sysselsättningsgraden) påverkar kvinnors hälsa i positiv riktning vad gäller HADD, VE och HS, men negativt för PCS, och inte alls vad gäller PCL, HADA, MCS och Paykel. För män påverkar sysselsättningen hälsan positivt vad gäller PCL, HADD, HADA, VE, HS, men negativt för MCS och MCS och ingen påverkan på Paykel.
- Civilstånd uppvisar för kvinnor positiva samband med PCL och Paykel, men negativa för MCS, och inga samband med HADD, HADA, PCS, VE och HS. För män finns inga samband mellan sysselsättning och hälsovariabler utom för Paykel där sambandet är positivt.
- Livsstil har både för kvinnor och män positiva samband med samtliga hälsovariabler förutom PCS där inget samband föreligger.

För samtliga signifikanta samband i tabellerna 29-32 (se nedan), är signifikansnivån på fem procent eller högre ( $p < 0.05$ ). Interkorrelationerna mellan de variabler som mäter psykisk ohälsa (HADA, HADD, VE, HS, MCS, och PCL) var samtliga höggradigt signifikanta  $p < 0.000$ .

Det finns även många andra viktiga samband värda att analysera. Ett observandum i denna studie är t ex, att drygt 60 procent av de tillfrågade i viss, eller stor utsträckning, eller helt och hållet, tvingats p.g.a. en försämrad ekonomi att avstå från att upprätthålla kontakten med sina släktingar och vänner, och nästan 30 procent vad gäller de egna barnen (se tabell 5).

Individer som har tvingats att avstå från kontakt med släkt/vänner har signifikant sämre psykisk hälsa -MCS (M = 29,8, SD = 14,3), jämfört med individer som inte tvingats avstå (M = 42,8, SD = 13,7);  $t(618) = -10,363$ ,  $p = .000$ . Samma förhållande råder för fysisk hälsa - PCS (M = 40,9, SD = 12,8), jämfört med individer som inte tvingats avstå (M = 45,4, SD = 12,5);  $t(618) = -3,997$ ,  $p = .000$ . Individer som har tvingats att avstå från kontakt med de egna barnen har signifikant sämre mental hälsa (M = 29,3, SD = 14,5), jämfört med individer som inte tvingats avstå (M = 41, SD = 14,9);  $t(348) = -7,427$   $p = .000$ . Individer som har tvingats att avstå från kontakten med barnen har även signifikant sämre fysisk hälsa - PCS (M = 41,4, SD = 12,8), jämfört med individer som inte tvingats avstå (M = 46, SD = 12,8);  $t(348) = -3,431$ ,  $p = .001$ .

Spelberoende uppvisade ett fåtal samband med olika variabler i föreliggande studie.

Dessa var:

”Du är hungrig och har inte råd att köpa mat”. 160\* (punktbiserial korr) 27

”Har svårt att betala vattenräkning”. 128\* (punktbiserial korr)

”Har svårt att betala telefonräkningen”. 118\* (punktbiserial korr)

”Har ej råd med dietmat”. 140\*\* (punktbiserial korr)

”Någon i familjen har inte råd med läkarvård”. 131\* (punktbiserial korr)

”Var i arbete innan skuldproblemen”. 147\* (punktbiserial korr)

”Har du någonsin kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv” (Paykel 3). 120\* (punktbiserial korr).

---

<sup>27</sup> \* anger signifikant resultat  $p < 0.05$ ; \*\* anger signifikant resultat  $p < 0.01$ .

### 3 Slutsatser

Sammantaget visar studiens resultat att det föreligger en markant översjuklighet hos överskuldssatta i jämförelse med normalbefolkningen. De erhållna värdena på samtliga hälsomätninginstrument<sup>28</sup> som användes i studien pekar entydigt i en och samma riktning; - överskuldssatta uppvisar en signifikant sämre, och i många fall dramatiskt sämre psykisk och fysisk hälsa än vad fallet är hos normalbefolkningen.

#### 3.1 Mental hälsa

När det gäller *mental hälsa*<sup>29</sup> rapporterade överskuldssatta kvinnor och män 41 procent respektive 36 procent lägre värden än motsvarande värden i referensgruppen. En femtedel av respondenterna uppger att de har psykisk sjukdom. Motsvarande siffra i normalbefolkningen med kontroll för ålder, är mindre än en hundradel<sup>30</sup>.

De erhållna värdena för ångest och depression<sup>31</sup> var signifikant högre än motsvarande värden i normalbefolkningen och speciellt då det är frågan om *allvarlig* ångest och klinisk depression. För att exemplifiera är det 6 procent i befolkningen som upplever sannolika fall av allvarlig klinisk depression<sup>32</sup>, medan det i den överskuldssatta gruppen erhöles ett värde på 28,7 procent, vilket innebär att det förelåg en nästan fem gånger så hög förekomst av denna form av psykisk ohälsa bland överskuldssatta. Liknande gäller även för förekomst av ångest. Detta är samstämmigt med tidigare forskning som upprepade gånger har kopplat samman ekonomisk påfrestning respektive stressfulla livshändelser (något som kännetecknar den överskuldssatta situationen) med mentala problem som ångest och depression<sup>33</sup>.

De erhållna värdena för posttraumatiskt stressyndrom, PTSD enligt PCL-17, är alarmerande. Nästan hälften (47,9 procent) av uppfyller kriteriet för PTSD. En betydande del av respondenterna har mycket höga värden i intervallet 44 – 85 poäng, vilket indikerar en mycket allvarlig och djupgående påverkan vad gäller posttraumatiskt stressyndrom. Som tidigare nämnts är det dock av betydelse vid självrapporterad PTSD enligt PCL-17, att resultaten följs upp med en eller flera kliniska intervjuer. Frågeutformningen i formuläret inte utesluter inte heller att PTSD kan ha uppstått av andra händelser och sakförhållanden än skuldproblem.

#### 3.2 Fysisk hälsa

När det gäller *fysisk hälsa* visar samtliga analyser (se tabellerna 12,13-16 samt figurerna 4-6), att också den fysiska hälsan hos respondenterna är starkt påverkad i negativ

<sup>28</sup>Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar, Hälsans åtta dimensioner/SF-36, Ångest och depression/HAD-skalan, Utmattning/VE, PTSD/PCL17, Hopplöshetsskalan/HS, Paykels suicidinstrument

<sup>29</sup> Specifikt vad gäller de erhållna värdena på MCS – komponenten i SF 36 innehållande dimensionerna vitalitet/VT, social funktion/SF, rollfunktion – emotionella orsaker/RE, psykiskt välbefinnande/MH

<sup>30</sup>Socialstyrelsen 2010

<sup>31</sup> Enligt mätinstrumenten HADA respektive HADA

<sup>32</sup>Lisspers et al., 1997

<sup>33</sup>(Butterworth et al., 2002; Drentea, 2000; Grossi & Unge, 1999; Price et al., 2002; Starrin et al., 1995; Zimmerman & Katon, 2005



riktning jämfört med normalbefolkningen. Detta förhållande är inte rapporterat i tidigare forskning med undantag av Ahlström (1998). Som tidigare nämnts, råder det dock fortsatt vissa tveksamheter vad gäller kausalitetsriktningen skulder/ohälsa.

### 3.3 Skuldproblem, hälsoproblem och livssituation

Ett syfte med föreliggande studie var att undersöka om det fanns samband mellan hälsoproblem, skuldproblem och andra omständigheter i de överskuldssattas livssituation (exempelvis kön, ålder, civilstånd, utbildning, livsstil, emotioner, boendetrivsel och betydelsen av hjälpen från den kommunala budget- och skuldrådgivningen). Beroende på vilka hälsomätningssinstrument som använts blir resultaten av sambands-analyserna med bakgrundsvariablerna komplexa. Dock förefaller utbildningsgraden inte ha någon betydelse för hälsa överhuvudtaget, medan en god livsstil, boendetrivsel samt hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen har en positiv betydelse för hälsan. Negativa emotioner innefattande känslor av maktlöshet, rädsla, hot, skam, äckel, skuld, förödmjukelse och rättslöshet medför påtagliga samband med ohälsa.

Det är noterbart att depression inte var förknippat med situationen som ensamstående (ogifta, skilda eller änke/änka). Att leva som ensamstående brukar ju ofta ses som en riskfaktor för både mentala problem, samt även öka risken för överskuldssättning<sup>34</sup>, men vi ser alltså inte den effekten i föreliggande studie. Det fanns heller ingen relation mellan ångest och/eller depression, eller någon av övriga hälsomätningssvariabler, och under hur lång tid individen har haft skulder. Detta kan indikera att efter en tid med skuldproblem reagerar inte människor lika intensivt på sin situation och stressaktiveringen inte blir lika stor/omfattande. Möjligen kan individen oavsett hur stora skulderna är, acceptera sin situation och efter en tid lära sig i viss mån hantera skuldproblemet. Antalet skulder ger inte upphov till en påverkan på hälsan<sup>35</sup>. Däremot är skuldernas storlek av stor betydelse för sambandet med ohälsa, speciellt vad gäller kvinnor.

Rättsbaserade straffsanktioner, som utmätning och inkasso, förefaller inte korrelera med ångest, depression, eller någon av övriga hälsovariabler, dock korrelerar inkasso med posttraumatisk stress och utmattnings.

Bland individer i den överskuldssatta gruppen var förekomsten av stark grad av hopplöshet nästan sju gånger så stor jämfört med normalbefolkningen, och det kan innebära att människor med skulder i stor utsträckning har en negativ syn på sin framtid och ser att den nuvarande situationen inte kan/kommer att förändras, likväl som det är ett tecken på depression. Orsaken till detta kan förklaras med att individen kan uppleva en hjälplöshet och maktlöshet. Detta kan kanske även upplevas som ett tecken på att deras situation har försämrats och blivit ohanterbar, vilket i sin tur inverkar på upplevelse av att den personliga kontrollen har minskat/

<sup>34</sup> Emery & Oltmanns, 2000; Fitch, 2007; Starrin et al., 1995

<sup>35</sup> Med undantag för ångest (HADA) hos kvinnor.

begränsats. Forskning har visat betydelsen av personlig kontroll för stressens påverkan både, direkt och indirekt, för senare utveckling av mentala problem<sup>36</sup>. En förklaring till detta kan återkopplas till det ovanstående resonemanget om bland annat hjälplöshet och brist på personlig kontroll, som i kombination med svåra sociala och ekonomiska konsekvenser, kan göra att människor tappar hoppet, speciellt om individerna upplever att deras kraftansträngningar i form av arbete och övertidsarbete inte bidrar till en förbättring av situationen<sup>37</sup>.

Förekomst av hopplöshet bland normalbefolkningen kan ha ett starkt samband med en försämrad finansiell situation, följt av negativa livshändelser (som överskuldssättning kan vara)<sup>38</sup>.

Hopplöshet har även ett uttalat samband med självmordsbenägenhet, vilket också framgår i denna studie. I gruppen överskuldssatta uppvisades en signifikant högre förekomst av både självmordstankar och självmordsförsök jämfört med normalbefolkningen (exempelvis har 17,6 procent försökt att ta sitt liv jämfört med 3,6 procent, vilket innebär en nästan fem gånger så stor förekomst). Samband mellan finansiella problem/överskuldssättning och självmordsbenägenhet har tidigare observerats<sup>39</sup> och att förekomsten av självmord berodde på den finansiella påfrestningen och på psykisk sjukdom. Förutom civilstånd (ensamstående) fanns det i föreliggande studie bara ett signifikant samband mellan bakgrundsvariabler (skuldernas antal för män) och självmordsbenägenhet. Att ensamstående har en korrelation med självmord kan liksom förut vara kopplat till bland annat bristande socialt stöd i den närmaste miljön. Socialt stöd innebär ett flertal aspekter, och kan exempelvis vara hjälp/stöd både på materiellt och psykologiskt plan<sup>40</sup>. Samtidigt kanske det kan vara en faktor som hindrar människor att begå självdestruktiva handlingar, det vill säga att de avstår av omtanke till sina närmaste.

Sammantaget verkar övriga bakgrundsvariabler inte ha någon betydelse vad gäller förekomst av självmordsbenägenhet bland överskuldssatta; individer är lika utsatta oavsett exempelvis kön, ålder, utbildning och sysselsättnings-grad. Dock har bakgrundsvariabler med positiv laddning som en god livsstil, boendetrivsel en positiv inverkan på självmordsbenägenhet. Följderna av överskuldssättning däremot, som inkassering av inkassobyrå, hade ett signifikant samband med självmordsbenägenhet för kvinnor. Kvinnor som hade haft inkassering av inkassobyrå hade signifikant större förekomst av tankar på självmord respektive försökt ta sitt liv. Detta kan spegla det tidigare resonemanget om att individer, som utsätts för straffsanktioner kan både känna hot och stress. Om de samtidigt inte ser någon väg ut ur situationen (ingen personlig kontroll och hjälplöshet) kan det leda till hopplöshetskänslor, vilket i kombination med exempelvis påfrestande levnadsförhållanden kan resultera i självmordsbenägenhet. Detta samband kan även spegla kopplingen till hopplöshet/depression då båda aspekterna har samband med självmord.

---

<sup>36</sup>Cassidy, 2008; Price et al., 2002

<sup>37</sup>Poppe, 2007

<sup>38</sup> Haatainen, Tanskanen, Kylmä, Honkalampi, et al. 2004 och Haatainen, Tanskanen, Kylmä, Antikainen, et al. 2003

<sup>39</sup>Chan et al. 2005, Hintikka et al.1998

<sup>40</sup>Emery & Oltmanns, 2000

### 3.4 Begränsningar i slutsatserna och framtida forskning

Även om sambandsanalyserna i föreliggande studie kan ge många intressanta insikter i överskuldsattas livssituation, är det lika fullt så att många andra faktorer och sakförhållanden kan spela in. Det kan både vara faktorer hos individen exempelvis personlighet, självförtroende, copingförmåga, personlig kontroll och aspekter i dennes omgivning som exempelvis socialt stöd, boendemiljö e. t. c.<sup>41</sup>. Om psykiska problem utvecklas och vilka problem dessa medför för den drabbade, beror förutom egenskaper hos individen (hur predisponerad denne är) även på hur dennes situation ser ut vad gäller skulder, hur dessa uppstod och vilka erfarenheter det har fört med sig<sup>42</sup>.

Ohälsoutveckling innebär i regel ett förlopp utsträckt i tid. Om individer ganska nyligen fått skulder, går det till en början inte att se samband mellan exempelvis hur länge man haft skuld och mentala och fysiska ohälsoproblem. Detta visar att överskuldsättning är ett komplext fenomen som inte kan förklaras utifrån ett fåtal variabler, samt behöver studeras över tid för att man ska kunna belysa överskuldsättningens inverkan, samt bakomliggande mekanismer.

Det fanns också ett uttalat samband mellan de hälsomätningens instrument som användes för att utvärdera framför allt de mentala problemen hos de överskuldsatta i denna studie (depression, ångest, hopplöshet, självmordsbeteende, utmattning och post-traumatisk stress, och psykisk hälsa), vilket kan vara tecken på en samsjuklighet, det vill säga att de individer som har det ena problemet även i viss mån lider av de andra problemen. Det kan även vara ett tecken på att det som har undersökts var en generell form av psykisk påfrestning som uppstår i de överskuldsattas liv. Att använda flera skalor som mäter ett likartat fenomen kan då ses som ökad tillförlitlighet och en form av triangulering, vilket kan ge styrka åt upptäckterna.

#### Tolkning av undersökningens resultat

Resultat av denna studie bör tolkas med en viss försiktighet och bör främst ses som en första kartläggning på hur överskuldsatta människors psykiska och fysiska hälsa kan se ut, samt möjliga orsaker härför. En av anledningarna är att deltagarurvalet inte var baserat på ett sannolikhetsurval och alltså inte helt representativt för den totala populationen (av överskuldsatta människor). Detta innebär att man inte utan vidare kan dra generella slutsatser om hur det ser ut för människor som är överskuldsatta, då det exempelvis kan finnas risk för att den undersökta gruppen i föreliggande studie har en överrepresentation av vissa grupper, och det förekommer relativt många interna bortfall på vissa av frågorna<sup>43</sup>. Dock, är deltagarantalet relativt stort (n = 693).

Det går därför inte heller att utforska om överskuldsättning orsakar psykisk och fysisk sjukdom, utan man kan bara konstatera att människor med skulder tycks ha hälsoproblem i större utsträckning än normalbefolkningen. Förekomst av psykisk sjukdom kan således vara både en anledning till att man blir överskuldsatt och att man upplever depression/ångest, såväl som att överskuldsättning kan orsaka dessa problem.

<sup>41</sup>Butterworth et al., 2002; Krause, 1987; Krause et al., 1991; Price et al., 2002; Starrin et al, 1995; Zimmerman & Katon, 2005

<sup>42</sup> Poppe, 2008

<sup>43</sup> McQueen & Knussen, 2006

I nuläget går det inte att uttala sig om ifall överskultsättning orsakar psykisk sjukdom eller om det är människor med mentala problem som i större utsträckning får skulder<sup>44</sup>. Det är dock viktigt att poängtera att de som redan har psykisk sjukdom och får skulder kan bli negativt påverkade och riskera försämring respektive försvåring av återhämtning<sup>45</sup>.

Studien ifråga, utgår endast från den subjektiva bedömningen av hälsa genom självskattnings-formulär, vilket kan innebära en viss risk för felkällor. Möjligtvis skulle tillförlitlighet öka med även en objektiv hälsobedömning. Även om skalornas reliabilitet och validitet har testats och generellt visar på god tillförlitlighet, finns det argument för att vissa fel ändå kan uppstå. Exempelvis kan människor feltolka och tyda frågorna alltför ordagrant, eller utgå från hur de mår i den stund de besvarar frågorna, vilket gör att deras rapporterade problem/ symptomnivåer blir missvisande<sup>46</sup>. Vidare när man mäter självmordsbenägenhet kan det vara svårt att veta hur deltagarna tolkar frågorna, eller vad de menar med exempelvis självmordsförsök. Därför bör frågor om försök till självmord tolkas med en viss försiktighet, då det kan variera i omfattning beroende på hur deltagarna tolkar frågorna<sup>47</sup>. En annan faktor som kan bidra med en viss brist i reliabilitet är att det kan vara svårt att exempelvis komma ihåg självmordstankar som har förekommit under livstid. Studiens validitet förstärks dock något genom att i undersökningen beaktas exempelvis ålder och kön, vilket är kända faktorer som kan korrelera med självmord (och andra mentala problem). Med dessa under kontroll kan man tydligare se om det förekommer samband mellan överskultsättning och mentala problem.

Det råder också något blandade meningar om var gränsvärdena för de olika skalorna ska dras. Det finns t ex argument för att gränsvärdet för poäng på HAD (undergrupperna depression/ångest) bör dras vid 10-11 och att det då ger ett säkert (sannolikt) resultat på närvaro av klinisk ångest/depression<sup>48</sup>. Andra<sup>49</sup> presenterar gränsvärdet 8 som indikation på möjliga fall av allvarlig ångest/depression medan ett gränsvärde på 11 poäng som sannolika fall av allvarlig ångest/depression. Genom att redovisa båda gränsvärdena belyses både riskgrupper/möjliga fall och mer sannolik förekomst av ångest/depression, vilket även gjordes i den aktuella studien. Liknande diskussion förekommer beträffande Hopplöshetsskalan (HS) och PCL-17 skalan. När det gäller HS argumenterar vissa för att en gräns vid redan  $\geq 9$  ger tillförlitlig prediktion av risk för självmord/depression medan andra anser att en gräns vid  $\geq 13$  är den bästa balansen mellan att fånga in individer som verkligen är i riskgrupp jämfört med de som inte är det<sup>50</sup>.

Mot bakgrund av denna diskussion uppstår funderingar om en annorlunda hantering av variabler - exempelvis om indelning av deltagarna i två kategorier; de med förekomst av exempelvis hopplöshet och de utan - hade möjliggjort andra statistiska analysmetoder,

---

<sup>44</sup> Jenkins et al., 2008 och Fitch, 2007

<sup>45</sup> Falconnier & Elkin, 2008

<sup>46</sup> Zigmond & Snaith, 1974

<sup>47</sup> Meehan et al., 1998

<sup>48</sup> Bodlund, 2001

<sup>49</sup> Zigmond & Snaith, 1983, Lisspers et al., 1997

<sup>50</sup> Niméus, Träskman-Bendz, & Alsén, 1996

till exempel logistisk regression, som kanske hade gett ett mer djupgående resultat än det som framkom i denna studie. Dessutom gjordes det i studien jämförelser med populationer som kommer från olika urval, vilket kan ha gjort jämförelsen något missvisande och det hade varit bättre med ett kontrollsampel från en likartad population i flera avseenden (t ex samma land, region, år etc)<sup>51</sup>. Vid jämförelse mellan överskulsatta och samplet från normalpopulationen för självmordstendenser<sup>52</sup>, var det inte möjligt att göra en signifikantestning, vilket även det är en brist.

### **Framtida forskning**

Avslutningsvis, inför framtida forskning, är det av betydelse att undersöka de effekter överskulsättning har och kartlägga vilka olika faktorer i den överskulsattes tillvaro som kan leda till psykiska och fysiska problem på ett mer detaljerat, djupgående och mångfacetterat sätt. Som nämnts ovan, behövs det en longitudinell design eller en studie av tidsserier för att kunna fånga upp flera förklarande faktorer samt se förändring över tid, vilket inte har varit möjligt i den aktuella studien som är av tvärsnittskaraktär.

---

<sup>51</sup> Svartdal, 2001

<sup>52</sup> Ramberg & Wasserman, 2000

# Bilaga 1. Demografisk bakgrund

Tabell 1. Bakgrund och levnadsförhållanden

Variabel	Kategori	Medelvärde (SD)	Överskuldssatta %
		Kvinnor: M = 50,9 (11,8), 21-79, Range: 58 Män: M = 55,1 (10,3), 29-82, Range: 53	
Ålder	16-29		2,2
	30-44		20,9
	45-64		60,9
	65-85		16,0
Kön	Män		40,0
	Kvinnor		54,5
Utbildning	Folk-, grund-, real- eller folkhögskola		34,9
	Fackskola, yrkesskola eller 2-årigt gymnasium		28,0
	3- eller 4-årigt gymnasium		16,2
	Högskola- eller universitet		14,8
Civilstånd	Gifts/sambo/särbo		38,6
	Ogift/ensamstående		27,7
	Frånskild		23,1
	Änka/änkling		4,5
Egna barn under 18 år bor hos dig	Inga barn		4,0
	1 barn		66,2
	2 barn		12,2
	3 barn		7,8
	4 barn		2,3
	5 barn		0,4
Antal personer i hushållet?	1 pers		43,5
	2 pers		27,1
	3 pers		12,8
	4 pers		5,6
	5 pers		2,7
	6 pers		1,2
Har du efter separation/skilsmässa gemensam vårdnad?	Ja		28,4
	Nej		51,9
Om ja, hur många barn?	1 barn		10,7
	2 barn		11,7
	3 barn		4,1
	4 barn		2,3
	5 barn		0,8

Bor du på samma ort som barnen?	Ja		21,2
	Nej		12,2
Hur långt ifrån bor ni?	Barn 1	0-600 mil	x = 44,4 (SD = 97,5)
	Barn 2	0-600 mil	x = 39 (SD = 86)
	Barn 3	0-65 mil	x = 16,6 (SD = 3,8)
	Barn 4	1-200 mil	x = 35 (SD = 60,5)
	Barn 5	2-13 mil	x = 7,5 (SD = 7,78)
Nationalitet	Svensk medborgare		91,5
	Annat nordiskt land		2,2
	Av annan nationalitet		0,7
Bostad	Hyreslägenhet		70,5
	Inneboende		3,9
	Egen villa		9
	Annat boende		7,7
	Bostadsrätt		7,4
	Saknar boende		1,5
Bostadsort	Storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö/Lund, Uppsala, Västerås)		23,2
	Mellanstor stad (över 50 000)		18,3
	Mindre stad (under 50 000)		22,0
	Mindre ort/landsbygd		29,0
Huvudsaklig sysselsättning?	Avlönat arbete		33,7
	Eget företag/delägt		1,4
	Tillfällig anställning, vikariat		3,8
	Är utan arbete		11,5
	Studerar/utbildar sig		1,6
	Långtidssjukskriven		8,0
	Förtidspensionerad		24,7
	Föräldraledig		0,4
	Annan sysselsättning		4,7
Hushållets inkomster före skatt under 2008?	0-145 000		27,5
	145 001-235 000		30,1
	235 001-375 000		18,3
	Mer än 375 000		8,2
	Vet ej		8,7
Omfattning av sjukersättning:	Ingen		46,4
	25procent		2,9
	50procent		5,9
	75procent		3,0
	100procent		29,0

## Bilaga 2. Hushållens skuldsituation

Tabell 2. Skuldsituationen för de i studien ingående respondenterna/hushållen

Kategori		%
Har du fortfarande skulder:	Ja	89,3
	Nej	5,2
Hur stora skulder har du:	mindre än 50 tusen	6,2
	50-100 tusen	8,4
	100-200 tusen	14,9
	över 200 tusen	45,5
	över 1 miljon	14,3
Hur många skulder har du:	1-4	21,5
	5-9	21,8
	10-14	15,7
	över 15	9,1
	över 20	18,9
Hur lång tid har du haft skulder:	0-5 år	43,1
	5,1-10 år	11,6
	10,1-15 år	16,8
	15,1-20 år	19,3
	20,1-25 år	3,6
	25,1-30 år	2,5
	30,1-35 år	0,4
	35,1-40 år	0,5
Utsatt för några av följande indrivningsåtgärder:	Inkassering av inkasso	57,3
	Införsel av kronofogden	70,8
	Utmätning av kronofogden	30,4
Har du sökt skuldsanering:	Ja	61
	Nej	32,5
Om ja, vilket eller vilka svarsalternativ passar bäst in på dig:	ja, jag har sökt skuldsanering, men ej fått besked	18
	ja, jag har sökt och beviljats skuldsanering via kronofogden	29,6
	ja, jag har sökt och beviljats skuldsanering av domstol	4,3
	nej, har avvisats/avskrivits av kronofogden	2,3
	nej, har avslagits av kronofogden	8,3
	nej, kronofogdens förslag accepterades ej, ärende till domstol	0,8
	nej, har avslagits enligt tingsrätt/högre instans	2,3
	Om du har beviljats skuldsanering, hur lång tid sammanlagt i månader räknat har skuldsaneringsprocessen tagit för dig, från det att du lämnade in ansökan till beslutet att din ansökan beviljats och att en återbetalningsplan fastställts för dig:	antal månader



Under hur lång tid kommer återbetalningsplanen att löpa, dvs under hur lång tid i år behöver du betala av på dina skulder innan du blir skuldfri:	antal år	5,4 (SD = 3,3)
Om du inte har beviljats skuldsanering, hur lång tid sammanlagt i månader räknat, har skuldsaneringsansökningsförfarandet ändå tagit för dig, <i>från</i> det att du lämnade in ansökan <i>till</i> beslutet att din ansökan inte beviljades:	antal månader	11,8 (SD = 16,4)
Kommer du att söka skuldsanering?	Ja	21,1
	Nej	14,5
Har du tvingats att sälja din ägda bostad?	Ja, och fick inte restskuld till banken el dyl:	2,1
	Ja, och fick en restskuld:	10,2
	Bostaden såldes på exekutiv auktion och en restskuld uppstod:	8,1
Hur stor blev restskulden vid försäljningstillfället/exekutiva auktionen?	Mindre än 50 tusen	1,1
	50-100 tusen	2,3
	100-200 tusen	4,7
	Över 200 tusen	9,5
	Över 1 miljon	3
Hur mycket förvärvsarbetade du totalt sett, antingen som anställd eller egen företagare, <i>innan</i> du fick problem med dina skulder?	Heltid	54
	Trekvartstid	6,9
	Halvtid	3,4
	Kvartstid	0,3
	Någon eller några enstaka timmar i veckan	1,1
	Inte alls	12,7
Hur mycket förvärvsarbetar du nu totalt sett, antingen som anställd eller egen företagare, <i>efter</i> det att du fick problem med dina skulder?	Heltid	29,3
	Trekvartstid	6,1
	Halvtid	5,2
	Kvartstid	1
	Någon eller några enstaka timmar i veckan	3,6
	Inte alls	33,5
Vilken var din <u>huvudsakliga</u> inkomst <i>innan</i> du fick problem med dina skulder?	Lön	66,7
	Pension	5,9
	Sjukpension	9
	Försörjningsstöd	4
	Arbetslöshetsersättning	3,4
	Annat	5,4

Vilken har varit din huvudsakliga inkomst *efter* det att du fick problem med dina skulder?

Lön	43,3
Pension	10,2
Sjukpension	20
Försörjningsstöd	5,1
Arbetslöshetsersättning	8
Annat	8

## Bilaga 3. Hjälp från budget- och skuldrådgivare

Tabell 3. Upplevelse av den hjälp man erhållit från den kommunala budget- och skuldrådgivningen.

Har du varit i kontakt med budget- och skuldrådgivaren i din hemkommun för att få hjälp med att lösa dina skuldproblem?	Ja	72,7
	Nej	19
Om du svarat ja, hur mycket instämmer du i följande påståenden: Hjälpen från budget- och skuldrådgivningen har...		
1..... gjort att jag har fått en lösning på mina problem	Stämmer precis	30,4
	Stämmer ganska bra	10,6
	Osäker	11,6
	Stämmer inte särskilt bra	5,1
	Stämmer inte alls	14,9
2... gjort att jag fått ordning på min ekonomi	Stämmer precis	21,8
	Stämmer ganska bra	14,5
	Osäker	12,9
	Stämmer inte särskilt bra	6,5
	Stämmer inte alls	15,8
3... gjort att jag känner att jag orkar vidare	Stämmer precis	25,8
	Stämmer ganska bra	20,2
	Osäker	10,7
	Stämmer inte särskilt bra	4,5
	Stämmer inte alls	10,7
4... gjort att jag känner mig bättre till mods	Stämmer precis	26,4
	Stämmer ganska bra	18,6
	Osäker	10,9
	Stämmer inte särskilt bra	5,5
	Stämmer inte alls	11
5... gjort att jag fått tillbaka hoppet om en framtid	Stämmer precis	26
	Stämmer ganska bra	16,7
	Osäker	12,4
	Stämmer inte särskilt bra	5,6
	Stämmer inte alls	11,4
6... att jag orkar mer än jag gjorde innan jag fick hjälp	Stämmer precis	20,1
	Stämmer ganska bra	16,7
	Osäker	14,9
	Stämmer inte särskilt bra	6,3
	Stämmer inte alls	13,6

7... gjort att jag har börjat förvärvsarbeta igen	Stämmer precis	7,2
	Stämmer ganska bra	4
	Osäker	5
	Stämmer inte särskilt bra	4,5
	Stämmer inte alls	47,8
8... gjort att jag har blivit friskare än jag var innan jag fick hjälp	Stämmer precis	7,4
	Stämmer ganska bra	7,4
	Osäker	13,6
	Stämmer inte särskilt bra	8,8
	Stämmer inte alls	33,5
9... betytt mycket för mitt självförtroende	Stämmer precis	16,7
	Stämmer ganska bra	18,5
	Osäker	14,9
	Stämmer inte särskilt bra	6,3
	Stämmer inte alls	15,7
10... gjort att jag känner mig tryggare än jag gjorde innan jag fick hjälp	Stämmer precis	20,7
	Stämmer ganska bra	19,3
	Osäker	11,7
	Stämmer inte särskilt bra	5
	Stämmer inte alls	15,3
11... gjort att min familj mår bättre	Stämmer precis	15,2
	Stämmer ganska bra	14,2
	Osäker	16,1
	Stämmer inte särskilt bra	4,4
	Stämmer inte alls	19,8

---

## Bilaga 4. Bestridande av nödvändiga utgifter

Tabell 5. Nödvändiga medel för hushållets basala behov

		procent
I behov av men har ej råd med.	Läkarvård	15,4
	Tandvård	68,0
	Psykoterapi	13,1
	Sjukgymnastik	16,0
	Fotvård	20,5
	Receptbelagda mediciner	25,5
	Receptfria mediciner, tillskott, vitaminer	23,6
	Dietmat	9,0
	Glasögon	49,0
	Annat	8,0
Är någon i familjen i stort behov av men har ej råd med.	Läkarvård	5,1
	Tandvård	24,2
	Psykoterapi	2,6
	Sjukgymnastik	4,1
	Fotvård	5,6
	Receptbelagda mediciner	12,0
	Receptfria mediciner, tillskott, vitaminer	8,1
	Dietmat	4,4
	Glasögon	16,9
	Annat	3,3
Vem/vilka i familjen rör det sig om?	Make/maka/sambo	24,1
	Barn	14,6
	Annan	4,8
Har du förändrat dina matköp och matvanor för att spara pengar?	Ja	78,2
	Nej	11,6
Händer det att du är hungrig och inte har råd att köpa mat?	Ja	33,3
	Nej	57,3
Om ja, hur ofta?	1 gång/månad	11,4
	1 gång/vecka	10,2
	Flera gånger/vecka	12,3
	Varje dag	1,2
Händer det att någon/några i familjen klagat över hunger och att ni inte har råd att köpa mat?	Ja	12,0
	Nej	61,4
Om ja, hur ofta?	1 gång/månad	4,1
	1 gång/vecka	3,7
	Flera gånger/vecka	5,5
	Varje dag	0,3
Har du pga din ekonomiska situation inte råd att köpa kläder/skor för vardagsbruk?	Ja	70,0
	Nej	20,7

Har du som en följd av din ekonomiska situation blivit av med telefon/mobilabonnemang?	Ja	35,4
	Nej	55,8
Har du som en följd av din ekonomiska situation blivit nekad att öppna telefon/mobilabonnemang?	Ja	61,6
	Nej	30,2
Har du svårigheter att betala följande räkningar:	Boende	17,8
	El	24,5
	Värme	5,0
	Vatten	3,0
	Telefon/mobil	28,5
Har du pga din ekonomiska situation ständiga svårigheter att betala följande räkningar:	Hemförsäkring	18,2
	Olycksfallsförsäkring för dig själv	40,4
	Olycksfallsförsäkring för dina barn	16,3
	Livförsäkring	44,4
Har du svårigheter att bekosta dina resor till och från arbetet?	Ja	15,8
	Nej	30,0
I vilken utsträckning har du varit tvungen att avstå från att upprätthålla kontakten med släktingar/vänner?	Tvingats avstå helt och hållet	7,2
	Tvingats avstå i stor utsträckning	27,8
	Tvingats avstå i viss utsträckning	28,5
	Inte alls tvingats avstå	25,5
I vilken utsträckning har du varit tvungen att avstå från att upprätthålla kontakten med dina barn?	Tvingats avstå helt och hållet	5,1
	Tvingats avstå i stor utsträckning	11,3
	Tvingats avstå i viss utsträckning	12,5
	Inte alls tvingats avstå	21,5
Har du möjlighet att vid behov låna pengar av släkt/vänner?	Ja	46,6
	Nej	44,5

---

## Bilaga 5. Spelberoende – tabellerna 7 till 11

Tabell 7. Spelberoende uppdelat i risk och ålderskategorier (4 åldersgrupper)

		Ålderskategorier %, (n)			
		20-35	36-51	52-67	68-83
Inga spelproblem	(0 poäng)	86 (43)	86 (210)	86 (255)	79 (44)
Viss risk	(1-2 poäng)	6 (3)	7 (18)	8 (25)	14 (8)
Moderat risk	(3-7 poäng)	8 (4)	4 (10)	3 (10)	5 (3)
Spelberoende	(8-27 poäng)	0 (0)	3 (7)	2 (6)	2 (1)

Tabell 8. Spelberoende uppdelat i risk och ålderskategorier (5 åldersgrupper)

		Ålderskategorier %, (n)				
		20-32	33-45	46-58	59-71	72-84
Inga spelproblem	(0 poäng)	94 (30)	85 (117)	85 (226)	86 (160)	76 (19)
Viss risk	(1-2 poäng)	3 (1)	7 (10)	9 (23)	8 (15)	20 (5)
Moderat risk	(3-7 poäng)	3 (1)	5 (7)	5 (12)	3 (6)	4 (1)
Spelberoende	(8-27 poäng)	0 (0)	2 (3)	2 (5)	3 (6)	0 (0)

Tabell 9. Spelberoende fördelat på kön (totala gruppen)

		Man % (n)	Kvinna % (n)
Inga spelproblem	(0 poäng)	77 (208)	91 (346)
Viss risk	(1-2 poäng)	12 (33)	6 (21)
Moderat risk	(3-7 poäng)	8 (20)	2 (7)
Spelberoende	(8-27 poäng)	4 (9)	1 (5)

Överskuldssatta män tenderar att ha något högre förekomst av risk,  $\chi^2(3) = 23,182$ ,  $p = .00$  (tabell 9).

I jämförelse med normalbefolkningen har överskuldssatta kvinnor något högre risk för spelberoende men även här bör resultatet tolkas mycket försiktigt, se tabell 10 och 11.

Tabell 10. Spelberoende fördelat efter kön, risk och ålderskategori (män)

		Överskuldssatta %, (n)				Normalbefolkningen %, (n) <sup>1</sup>			
		18-24	25-44	45-64	65-84	18-24	25-44	45-64	65-84
Viss risk	(1-2 poäng)	-	10 (4)	11 (18)	14 (6)	16	9	3	3
Moderat risk	(3-7 poäng)	-	13 (5)	7 (11)	10 (4)	7	4	2	1
Spelberoende	(8-27 poäng)	-	5 (2)	2 (4)	7 (3)	3	-	1	-

Tabell 11. Spelberoende fördelat efter kön, risk och ålderskategori (kvinnor)

		Överskuldssatta procent, (n)				Normalbefolkningenprocent, (n) <sup>1</sup>			
		18-24	25-44	45-64	65-84	18-24	25-44	45-64	65-84
Viss risk	(1-2 poäng)	-	5 (5)	7 (14)	4 (2)	6	3	2	4
Moderat risk	(3-7 poäng)	-	1 (1)	3 (6)	-	2	1	1	1
Spelberoende	(8-27 poäng)	-	1 (1)	2 (4)	-	-	-	-	-

<sup>1</sup>Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009 Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2010.

## Bilaga 6. Sambandsanalys – tabellerna 29 till 32

I tabellerna 29 och 30 har vi för kvinnor och män grupperat *hälsoutfallsvariablerna* PCL-17 (PTSD), HADD (depression), HADA (ångest), Psykisk hälsa (MCS mental komponent – SF 36), PCS (fysisk hälsa – SF-36), VE (utmattning), HS (hopplöshet), självmordsbeteende (Paykel), *skuldsituationen* – sex variabler (inkasso, införsel, utmätning, skuldtid, skuldantal, skuldstorlek), samt SE (skuldsättningens emotioner) BO (boendetrivsel), och BUS (hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen).

I tabellerna 31 och 32 har vi på motsvarande sätt för kvinnor och män grupperat *bakgrundsvariablerna* (ålder, utbildning, sysselsättning, civilstånd – Se tabell 1 i bilaga 1 för en närmare beskrivning av dessa variabler), *hälsoutfallsvariablerna* PCL-17 (PTSD), HADD (depression), HADA (ångest), MCS (mental komponent – SF 36), PCS (fysisk komponent – SF-36), VE (utmattning), HS (hopplöshet), självmordsbeteende (Paykel), samt SE (skuldsättningens emotioner) och BO (boendetrivsel).

Tabell 29. Korrelationer mellan hälsoutfallsvariabler, skuldsättningens emotioner, boendetrivsel, skuldsituation och hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen, *kvinnor*.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1.PCL	R																
	Sig.																
2.HADD	R	,708															
	Sig.	,000															
3.HADA	R	,754	,744														
	Sig.	,000	,000														
4.MCS	R	-,735	-,759	-,729													
	Sig.	,000	,000	,000													
5.PCS	R	-,257	-,277	-,251	,127												
	Sig.	,000	,000	,000	,041												
6.VE	R	,748	,809	,768	-,812	-,372											
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000											
7.HS	R	,640	,742	,613	-,656	-,307	,729										
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
8.Paykel	R	,456	,462	,453	-,452	-,036	,516	,379									
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,576	,000	,000									
9.SE	R	-,639	-,521	-,530	,479	,223	-,608	-,531	-,344								
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
10.BO	R	-,425	-,443	-,365	,480	,161	-,463	-,481	-,314	,243							
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,011	,000	,000	,000	,000							
11.BUS	R	,220	,302	,148	-,275	-,083	,323	,384	,105	-,252	-,420						
	Sig.	,005	,000	,050	,000	,285	,000	,000	,181	,001	,000						
12.Inkasso	R	,138	,056	,066	-,131	,039	,079	-,018	,090	-,054	-,013	,074					
	Sig.	,031	,360	,280	,035	,533	,207	,783	,154	,391	,838	,333					
13.Införsel	R	,005	-,004	,043	-,006	-,004	,006	,026	-,012	-,026	-,012	,008	-,025				
	Sig.	,935	,942	,488	,921	,943	,925	,681	,849	,684	,849	,916	,681				
14.Utmätning	R	,047	,001	-,065	-,019	,075	-,030	,062	-,022	-,081	-,074	,055	,200	,142			
	Sig.	,461	,992	,286	,765	,231	,629	,328	,722	,196	,233	,471	,001	,020			
15.Skuldtid	R	,091	,107	,084	-,065	-,081	,017	,111	,045	,015	-,106	-,042	,156	,136	,183		
	Sig.	,168	,096	,190	,322	,214	,802	,096	,493	,815	,103	,595	,014	,033	,004		
16.Skuldantal	R	,080	,049	,104	-,053	,045	,036	-,032	,178	-,118	,007	-,183	,106	,137	,125	,232	
	Sig.	,217	,434	,094	,403	,479	,572	,621	,005	,065	,916	,018	,087	,028	,044	,000	
17.Skuldstorlek	R	-,071	-,064	-,114	,180	,171	-,141	-,116	-,051	-,023	,189	-,094	,012	,090	,241	,088	,201
	Sig.	,267	,302	,064	,004	,006	,026	,070	,420	,717	,002	,218	,842	,142	,000	,171	,001



*Anmärkning:* PCL = Posttraumatiskt stressyndrom; HADD = depression; HADA = ångest; MCS = mental hälsa; PCS = fysisk hälsa; VE = vital utmattning; HS = hopplöshet; Paykel = 0 = nej, inga självmordstendenser, 1 = har känt att livet inte är värt att leva, 2 = önskat att du vore död, 3 = allvarligt övervägt självmord, 4 = har försökt ta sitt liv; SE = grad av negativa känslor i samband med skulder (låga värden indikerar högre grad av negativa känslor); Boende = grad av tillfredsställelse med sitt boende/omgivning; BUS = grad av hjälp från budget och skuldrådgivning (låga värden indikera mer hjälp); Inkassering: 0 = nej, 1 = ja; Införsel i lön: 0 = nej, 1 = ja; Utmätning: 0 = nej; skuldtid: antal månader; skuldantal: 1 = 1-4, 2 = 5-9, 3 = 10-14, 4 = över 15, 5 = över 20; skuldstorlek: 1 = mindre än 50 tusen, 2 = 50-100 tusen, 3 = 100-200 tusen

Tabell 30. Korrelationer mellan hälsoutfallsvariabler, skuldsättningens emotioner, boendetrivsel, skuldsituation och hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen, *män*.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13	14.	15.	16.
. PCL	R																
	Sig.																
. HADD	R	,653															
	Sig.	,000															
. HADA	R	,718	,706														
	Sig.	,000	,000														
. MCS	R	-,669	-,733	-,730													
	Sig.	,000	,000	,000													
. PCS	R	-,134	-,238	-,077	-,004												
	Sig.	,014	,000	,147	,939												
. VE	R	,680	,804	,734	-,781	-,306											
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000											
. HS	R	,503	,678	,538	-,555	-,164	,679										
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,004	,000										
. Paykel	R	,451	,370	,395	-,393	-,037	,436	,339									
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,497	,000	,000									
. SE	R	-,642	-,528	-,562	,519	,117	-,563	-,469	-,361								
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,032	,000	,000	,000								
0. Boende	R	-,392	-,491	-,419	,431	,069	-,443	-,452	-,272	,316							
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,193	,000	,000	,000	,000							
1. BUS	R	,256	,342	,291	-,311	-,018	,339	,413	,137	-,310	-,206						
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,772	,000	,000	,025	,000	,001						
2. Inkasso	R	,145	,059	,068	-,078	,015	,052	,081	,168	-,040	-,070	,127					
	Sig.	,006	,254	,186	,142	,783	,329	,140	,001	,456	,179	,035					
3. Införsel	R	-,022	,015	,003	,033	-,026	,035	,100	,038	-,101	,104	,041	,073				
	Sig.	,684	,765	,952	,538	,629	,506	,069	,473	,058	,045	,496	,156				
4. Utmätning	R	,114	,075	,116	-,121	,041	,084	,093	,039	-,089	,045	,093	,241	,086			
	Sig.	,032	,143	,024	,021	,434	,111	,092	,457	,095	,390	,123	,000	,093			
5. Skuldtid	R	,028	-,031	,032	-,046	,007	,020	-,046	,027	-,035	,035	,037	,173	,153	,182		
	Sig.	,621	,569	,565	,411	,903	,720	,432	,626	,534	,531	,569	,001	,005	,001		
6. Skuldantal	R	,081	,083	,137	-,103	,055	,091	,032	,101	-,174	-,029	-,034	,147	,196	,062	,185	
	Sig.	,137	,111	,009	,055	,304	,092	,568	,060	,001	,582	,586	,005	,000	,234	,001	
7. Skuldstrl	R	,080	,124	,125	-,119	,003	,113	,126	-,063	-,175	,022	,013	,106	,148	,158	,179	,308
	Sig.	,132	,016	,015	,025	,962	,033	,023	,233	,001	,674	,825	,040	,004	,002	,001	,000

*Anmärkning:* PCL = Posttraumatiskt stressyndrom; HADD = depression; HADA = ångest; MCS = mental hälsa; PCS = fysisk hälsa; VE = vital utmattning; HS = hopplöshet; Paykel = 0 = nej, inga självmordstendenser, 1 = har känt att livet inte är värt att leva, 2 = önskat att du vore död, 3 = allvarligt övervägt självmord, 4 = har försökt ta sitt liv; SE = grad av negativa känslor i samband med skulder (låga värden indikerar högre grad av negativa känslor); Boende = grad av tillfredsställelse med sitt boende/omgivning; BUS = grad av hjälp från budget och skuldrådgivning (låga värden indikera mer hjälp); Inkassering: 0 = nej, 1 = ja; Införsel i lön: 0 = nej, 1 = ja; Utmätning: 0 = nej; skuldtid: antal månader; skuldantal: 1 = 1-4, 2 = 5-9, 3 = 10-14, 4 = över 15, 5 = över 20; skuldstorlek: 1 = mindre än 50 tusen, 2 = 50-100 tusen, 3 = 100-200 tusen

Tabell 31. Korrelationer mellan bakgrundsvariabler, livsstil, hälsoutfallsvariabler, skuldsättningens emotioner, samt boendetrivsel, *kvinnor*.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1.Ålder	R														
	Sig.														
2.Utbildning	R	,065													
	Sig.	,208													
3.Sysselsättning	R	,312	,014												
	Sig.	,000	,796												
4.Civilstånd	R	,054	-,035	,011											
	Sig.	,292	,494	,838											
5.Livsstil	R	-,015	,025	,029	,060										
	Sig.	,779	,644	,594	,263										
6.PCL	R	-,169	-,063	,066	,123	,165									
	Sig.	,001	,237	,228	,020	,003									
7.HADD	R	-,064	-,003	,200	,046	,247	,653								
	Sig.	,213	,951	,000	,370	,000	,000								
8.HADA	R	-,147	-,001	,103	,025	,211	,718	,706							
	Sig.	,004	,978	,051	,630	,000	,000	,000							
9.MCS	R	,107	,046	-,105	-,126	-,259	-,669	-,733	-,730						
	Sig.	,045	,384	,054	,017	,000	,000	,000	,000						
10.PCS	R	-,236	-,089	-,415	-,011	-,006	-,134	-,238	-,077	-,004					
	Sig.	,000	,092	,000	,831	,917	,014	,000	,147	,939					
11.VE	R	-,072	-,055	,156	,072	,262	,680	,804	,734	-,781	-,306				
	Sig.	,177	,298	,004	,176	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
12.HS	R	,063	,033	,135	,044	,271	,503	,678	,538	-,555	-,164	,679			
	Sig.	,257	,555	,017	,422	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,000			
13.Paykel	R	-,250	,022	,025	,136	,116	,451	,370	,395	-,393	-,037	,436	,339		
	Sig.	,000	,672	,643	,010	,034	,000	,000	,000	,000	,497	,000	,000		
14.SE	R	,087	,016	-,042	-,050	-,154	-,642	-,528	-,562	,519	,117	-,563	-,469	-,361	
	Sig.	,104	,763	,445	,345	,005	,000	,000	,000	,000	,032	,000	,000	,000	
15.Boende	R	,146	,016	-,049	-,020	-,050	-,392	-,491	-,419	,431	,069	-,443	-,452	-,272	,316
	Sig.	,005	,752	,357	,700	,355	,000	,000	,000	,000	,193	,000	,000	,000	,000

Anmärkning: ålder = antal år, utbildning = 1 = Folk-, grund-, real-, eller folkhögskola, 2 = fackskola, yrkesskola eller 2-årigt gymnasium, 3 = 3- eller 4-årigt gymnasium, 4 = högskole- eller universitetsutbildning; sysselsättning: 1 = sysselsättning, 2 = ingen sysselsättning; civilstånd: 1 = gift, 2 = ensamstående; Livsstil: grad av hälsosam livsstil (högre värde indikerar hälsa); PCL = Posttraumatiskt stressyndrom; HADD = depression; HADA = ångest; MCS = mental hälsa; PCS = fysisk hälsa; VE = vital utmattning; HS = hopplöshet; Paykel = o = nej, inga självmordstendenser, 1 = har känt att livet inte är värt att leva, 2 = önskat att du vore död, 3 = allvarligt övervägt självmord, 4 = har försökt ta sitt liv; SE = grad av negativa känslor i samband med skulder (låga värden indikerar högre grad av negativa känslor); Boende = grad av tillfredsställelse med sitt boende/omgivning

Tabell 32. Korrelationer mellan bakgrundsvariabler, livsstil, hälsoutfallsvariabler, skuldsättningens emotioner, samt boendetrivsel, män.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1.Ålder	R														
	Sig.														
2. Utbildning	R	,090													
	Sig.	,142													
3. Sysselsättning	R	,241	,075												
	Sig.	,000	,226												
4. Civilstånd	R	,036	,084	,103											
	Sig.	,559	,168	,097											
5. Livstil	R	-,208	,000	-,056	,023										
	Sig.	,001	,998	,377	,711										
6. PCL	R	-,159	-,082	,234	,027	,163									
	Sig.	,012	,200	,000	,676	,012									
7. HADD	R	-,123	-,039	,186	,042	,289	,708								
	Sig.	,044	,529	,003	,498	,000	,000								
8. HADA	R	-,193	-,024	,146	-,007	,208	,754	,744							
	Sig.	,001	,695	,019	,913	,001	,000	,000							
9. MCS	R	,157	,039	-,201	-,039	-,126	-,735	-,759	-,729						
	Sig.	,012	,532	,001	,534	,046	,000	,000	,000						
10. PCS	R	-,255	-,117	-,436	-,031	-,092	-,257	-,277	-,251	,127					
	Sig.	,000	,060	,000	,624	,146	,000	,000	,000	,041					
11. VE	R	-,134	-,041	,243	,091	,162	,748	,809	,768	-,812	-,372				
	Sig.	,034	,514	,000	,149	,011	,000	,000	,000	,000	,000				
12. HS	R	,004	-,026	,221	,032	,175	,640	,742	,613	-,656	-,307	,729			
	Sig.	,945	,687	,001	,618	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
13. Paykel	R	-,154	-,039	,114	,134	,161	,456	,462	,453	-,452	-,036	,516	,379		
	Sig.	,014	,532	,074	,033	,012	,000	,000	,000	,000	,576	,000	,000		
14. SE	R	,060	,069	-,150	,036	-,132	-,639	-,521	-,530	,479	,223	-,608	-,531	-,344	
	Sig.	,338	,272	,018	,572	,040	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
15. Boende	R	,146	-,030	-,136	-,134	-,147	-,425	-,443	-,365	,480	,161	-,463	-,481	-,314	,243
	Sig.	,019	,636	,032	,032	,020	,000	,000	,000	,000	,011	,000	,000	,000	,000

Anmärkning: ålder = antal år, utbildning = 1 = Folk-, grund-, real-, eller folkhögskola, 2 = fackskola, yrkesskola eller 2-årigt gymnasium, 3 = 3- eller 4-årigt gymnasium, 4 = högskole- eller universitetsutbildning; sysselsättning: 1 = sysselsättning, 2 = ingen sysselsättning; civilstånd: 1 = gift, 2 = ensamstående; Livsstil: grad av hälsosam livsstil (högre värde indikerar hälsa); PCL = Posttraumatiskt stressyndrom; HADD = depression; HADA = ångest; MCS = mental hälsa; PCS = fysisk hälsa; VE = vital utmattning; HS = hopplöshet; Paykel = 0 = nej, inga självmordstendenser, 1 = har känt att livet inte är värt att leva, 2 = önskat att du vore död, 3 = allvarligt övervägt självmord, 4 = har försökt ta sitt liv; SE = grad av negativa känslor i samband med skulder (låga värden indikerar högre grad av negativa känslor); Boende = grad av tillfredsställelse med sitt boende/omgivning

## Bilaga 7. Tabell 28. Livsstil bland överskuldssatta

Variabel	Kategori	%
Näringsriktig kost	5-7 dagar/vecka	29,3
	3-4 dagar/vecka	26,0
	1-2 dagar/vecka	18,3
	Några gånger/månader	14,0
	Nästan aldrig	6,5
Motion	5-7 dagar/vecka	17,9
	3-4 dagar/vecka	16,9
	1-2 dagar/vecka	15,9
	Några gånger/månader	15,8
	Nästan aldrig	27,5
Alkohol (2-3 glas vin eller 2 starköl)	Någon gång/år	20,3
	Någon gång/månad	24,2
	Någon gång/vecka	17,3
	Flera gånger/vecka	8,2
	Varje dag	1,1
	Dricker ej alkohol	23,2
Antal cigaretter per dag	1-2	1,9
	3-6	4,1
	7-14	13,0
	15-20	15,8
	21 eller fler	4,4
	Röker ej	54,8
Snusar antal dosor per vecka:	1	2,6
	2	3,3
	3-4	4,1
	5-6	1,5
	8 eller fler	0,4
	Snusar ej	79,5
Goda matvanor:	5-7 dagar/vecka	43,4
	3-4 dagar/vecka	18,0
	1-2 dagar/vecka	8,4
	Några gånger/månader	9,5
	Nästan aldrig	15,0
Aktiv i vardagen:	5-7 dagar/vecka	25,5
	3-4 dagar/vecka	17,2
	1-2 dagar/vecka	15,4
	Några gånger/månader	15,2
	Nästan aldrig	20,3
Har svårt att få tillräckligt med sömn:	5-7 dagar/vecka	23,5
	3-4 dagar/vecka	16,9
	1-2 dagar/vecka	14,3
	Några gånger/månader	18,0
	Nästan aldrig	21,2

## Bilaga 8. Frågeområden och mätinstrument

**Cronbachs alfakoefficient** är ett mått på hur väl de enskilda uppgifterna i ett test eller frågeformulär mäter samma sak, oavsett vilken. Cronbachs alfakoefficient erhålls genom att provresultaten på varje uppgift i provet korreleras med varandra och är på det sättet ett mått på så kallad inre konsistens hos ett mätinstrument (Natur & Kulturs psykologilexikon).

### Utvärdering av boendetrivsel

Studien innehöll fem frågor t ex ”Mitt hem känns tryggt”, ”Jag är i stort sett nöjd med mitt boende”. Till varje fråga var kopplat en skala med fem svars-kategorier som gick från ”Instämmer inte alls” till ”Instämmer helt och hållet”. Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfakoefficient var i studien 0.83.

### Skuldsituation, arbete och inkomster

Överskuldsättning innebär oftast en mycket problematisk livssituation. För att fånga denna problematik använde vi oss av ett eget instrument som innehåller nio huvudfrågor. Vissa av dessa huvudfrågor rymmer även flera följdfrågor. Totalt innehåller denna del i enkäten 31 frågor som berör den sammanlagda skulden, antal skulder, under hur lång tid skuldproblemen varit för handen, om hushållet varit utsatt för inkasso, utmätning i lön och/eller ägodelar, hushållets situation, eventuellt skuldsaneringsförfarande och hjälp från den kommunala budget- och skuldrådgivningen (tabell 2 och 3 i bilaga 3)

### Upplevelsen av att vara skuldsatt

För att försöka fånga *upplevelsen* av att vara skuldsatt med avseende på typiska tankar, föreställningar och känslor som den överskuldsatte kan tänkas bära på, utarbetades ett formulär på basis av två tidigare studier av författaren<sup>53</sup>. Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.86.

### Nödvändiga medel för hushållets basala behov

I anslutning till föregående enkät-del skapades även en frågedel som behandlade medel för hushållets basala behov som boende, mat- och klädinköp, värme, el, vatten, försäkringar, tele- och internetabonnemang, sjuk- och hälsovård, resor till och från arbetet och i vilken utsträckning som hushållets medel även möjliggjorde ett upprätthållande av kontakten med släkt och vänner.

### Spelberoende

Problem Gambling Severity Index (PGSI); är utvecklad i Kanada (Ferris & Wynne, 2001) och består av 9 frågor och är numera ett av de mest använda mätinstrumenten för spelproblem. Instrumentet kategoriserar spelare i risksegmenten: problemspelare, måttlig riskspelare, lågriskspelare och icke-problemspelare. Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.94.

---

<sup>53</sup>Ahlström, 1998; Ahlström, 2007

### **Screening av förekomsten av vanliga folksjukdomar**

Inför denna studie togs ett formulär fram som mätte förekomsten av vanliga folksjukdomar i målgruppen. Formuläret som var baserat på självrapportering innehöll 30 st. sjukdomar/ besvär och respondentens uppgift var att med hjälp av kryssmarkeringar ange huruvida han/ hon hade eller har haft någon eller flera av dessa sjukdomar. Formuläret bygger på ett självscreeningsinstrument som utvecklats inom primärvården och tandvården i Finland. Beteckningarna för dessa sjukdomar är språkligt sett allmänt hållna och speglar det språkbruk som människor i allmänhet brukar beteckna dessa sjukdomar med. Några exempel på sjukdomar enligt detta formulär är t ex "allergi", "hjärtinfarkt", "högt blodtryck", "diabetes", "reumatisk sjukdom", "cancer", och "psykisk sjukdom". Vid förekomst av sjukdom instruerades respondenterna att så noggrant som möjligt att även ange under hur lång tid de haft sjukdomen. I anslutning till detta formulär ombads respondenterna att uppges kroppslängd och kroppsvikt för beräkning av BMI- värde. Respondenterna lämnade också uppgift om de står under läkarvård/kontroll eller icke. De lämnade uppgifterna har inte kunnat kontrolleras genom läkarkontroller eller patientjournaler.

### **Hälsans åtta dimensioner (SF-36)**

Short-Form 36 är avsett att mäta hälsorelaterad livskvalitet, och ursprungligen utvecklat av ett amerikanskt forskningsteam lett av John Ware Jr (1993). Mätinstrumentet har sedan dess kortats ner och även anpassats till svenska förhållanden vad gäller formuleringen av frågor. Hälsoenkäten belyser bland annat möjliga negativa konsekvenser av sjukdom/handikapp, fysisk kapacitet, allmän hälsa, vitalitet och psykiskt välbefinnande. Det består av åtta skalor som sammanfattar svarsmonstret i 35 frågor samt ytterligare en fråga som rör förändring av hälsa över tid. Dels finns det funktionsskalor, exempelvis emotionell rollfunktion, som mäter grad av dysfunktion, dels välbefinnandeskalor som omfattar både negativa och positiva hälsotillstånd. Låga värden på de olika skalorna har negativ innebörd och innebär exempelvis hög förekomst av smärta, trötthet eller begränsad fysisk kapacitet. Sammanställningen av skalorna resulterar i en poängintervall från 0-100 poäng, där högre poäng således speglar bättre hälsa och frånvaro av dysfunktioner. Enkäten har visat på mycket god reliabilitet och validitet i kliniska och icke-kliniska samspel (Sullivan et al, 2002). I många hälsostudier används de två sammanfattande hälsokomponenterna MCS (mental composite score) och PCS (Physical composite score) Dessa har utvecklats ur SF-36:s ursprungliga åtta hälsodimensioner, på så vis att MCS som av författarna benämns psykisk hälsa, innehåller dimensionerna vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella orsaker (RE), psykiskt välbefinnande (MH), och PCS fysisk funktion (PF) som av författarna benämns fysisk hälsa, rollfunktion – fysiska orsaker (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH). Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.96.

### **Ångest och depression HAD - skalan**

Ångest och depression HAD - skalan mäter en persons på depression eller generellt ångesttillstånd, samt i vilken utsträckning personen lider av problemet (var en person befinner sig i sjukdomsförloppet). Skalan utvecklades av Zigmond och Snaith (1983) och består av 14 frågor med sju frågor om depression (HADD) och sju frågor om ångest

(HADA), ur ett kognitivt och känslomässigt perspektiv. Varje fråga har ett svarsalternativ som är graderat i fyra steg från exempelvis "För det mesta" till "Inte alls" (värderat från 0-3). Frågor för depression kan exempelvis vara "Jag uppskattar samma saker som förut" och ångest "Jag känner mig spänd och uppskruvad". Det går att studera faktorerna samtidigt, men man ser även de separata värdena för ångest respektive depression. De värden man kan få är mellan 0-21, och normvärden brukar delas in i följande: 0-7 = individen har inte ångest/depression, 8-10 = gränfall som indikerar på ångest/depression, 11-14 = ångest/depression av klinisk betydelse och 15-21 = svår ångest/depression. Skalan har visat god reliabilitet och validitet i både kliniska och icke-kliniska stickprov (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Bodlund, Andersson, & Mallon, 1998; Herrmann, 1997; Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997; Zigmond & Snaith, 1983). Den interna konsistensen för den summerade ångestkomponenten (HADA), och den summerade depressionskomponenten (HADD) ingående i HAD-skalan mätt sinnesstämning för att upptäcka tecken med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.90 respektive 0.88.

### **Utmattning -Vital Exhaustion**

Utmattning -Vital Exhaustion (VE) - har tre utmärkande egenskaper: (1) känslor av överdriven trötthet och brist på energi, (2) ökad irritation och (3) känslor av demoralisering (Appels, 1990; Appels & Mulder, 1988a). Vanligtvis hänförs dessa känslor till överansträngning eller problem på arbetsplatsen eller i andra viktiga livsområden som personen inte har kunnat lösa, eller till en verklig eller symbolisk förlust (Appels & Mulder, 1988a; Appels, Falger & Schouten, 1993). Därför har det föreslagits att VE är ett mentalt tillstånd som inträder när människors resurser för att klara av och bearbeta stress bryts ner.

Begreppet VE växte fram ur ett intresse för att förstå det mentala tillstånd av "onormal trötthet" och "brist på energi," en situation som, enligt den kardiologiska litteraturen föregår hjärtinfarkt (MI) och plötslig hjärtdöd (för en översikt, se Appels, 1990). Förekomsten av trötthet och anergi innan dessa händelser varierar från studie till studie, men sträcker sig från 30 till 60 procent (för en översikt se Appels & Mulder, 1988a, Appels, 1990). Den exakta karaktären av dessa känslor hade dock inte studerats i detalj innan forskningen som ledde fram till VE-begreppet och framtagningen av ett frågeformulär (Maastricht Questionnaire – form B, Appels & Mulder, 1988a) avsett att mäta detta tillstånd. VE och depression verkar överlappa både konceptuellt och empiriskt. En korrelationskoefficient så hög som 0,73 har rapporterats mellan VE och depression (Räikkonen, Lassila, Keltikangas-Järvinen & Hautanen, 1996). Även om nästan alla deprimerade patienter har förhöjda utmattningspoäng kommer endast hälften av undersökta patienter symptom som tyder på depression eller antydning till dysfori (Van Diest & Appels, 1991). Dessutom är de viktigaste egenskaperna hos depression, d.v.s. nedstämdhet, självkänsla och känslor av skuld inte närvarande i VE (Van Diest & Appels, 1991). Utmattning kännetecknas snarare av minskad kraft och ökad trötthet.

De senaste femton årens forskning har visat att VE är associerad med allvarlig kranskärls-sjukdom bland kvinnor och män, som avser prekutan transluminal koronar angioplastik (Kop et al, 1993; Kop, 1997), och att VE förutsäger nya hjärthändelser också

efter framgångsrik koronarangioplastik (Kop et al, 1994;. Kop, 1997; Mendes de Leon et al, 1996.). Ytterligare analyser med koronar angioplastik har visat att trötthet som underkomponent till VE är den främsta prediktorn för återkommande koronara händelser (Kop, 1995). Demoralisering är marginellt relaterat till nya händelser, medan komponenten som består av sömnlöshet och irritabilitet inte är prediktiva för nya hjärthändelser. Formuläret innehåller 21 påståenden som kan besvaras antingen med ja- eller nej svar, eller ”?” (”vet inte”; ”känner mig osäker”). Varje ja-svar ger 2 poäng, respektive 0 poäng för varje nej-svar och? svar ger 1 poäng. Typiska frågor i formuläret är: ”Känns det ibland som om din kropp är som ett batteri som håller på att ta slut?” ”Känns det ibland som om du inte längre har de krafter som behövs för att orka gå vidare?”. Maxvärdet är 44 poäng och minvärdet 0 poäng. Värdet 14 poäng (eller mer) utgör ”cut-off”, och anger att respondenten uppfyller kriteriet för VE (utmattning). Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.94.

### **PTSD checklist (PCL-17)**

PTSD checklist (PCL-17) är ett självskattningsinstrument omfattande 17 frågor, som uppvisar en hög överensstämmelse med kliniska intervjuer vad gäller diagnosen av posttraumatiskt stressyndrom (Wilson & Keane, 2004). De flesta människor (cirka 80procent), har upplevt en traumatisk händelse under sitt liv. Av dem utvecklar ungefär nio procent posttraumatiskt stressyndrom (Gray et al., 2004). En svensk studie visar att 5,6 procent av befolkningen utvecklar PTSD (Rimmö et al., 2005). Risken för att utveckla detta tillstånd är fördubblad hos kvinnor jämfört med män (kvinnor 7,4procent; män 3,6procent), trots att män rapporterar större exponering för trauma (Brattberg, 2005). Varken ålder eller utbildning har visat sig ha betydelse för utvecklandet av PTSD. Symtomen inkluderar återupplevande av traumat, emotionell förflamning, undvikandebeteende och ökad stresskänslighet. Förekomst av PTSD i den amerikanska befolkningen har rapporterats vara något högre, 7,8 procent (kvinnor 10,4procent; män 5,0 procent) (Kessler et al., 1995). Trauman som lett till PTSD var hos männen i USA huvudsakligen stridserfarenheter och bevittnande av trauma, medan det hos kvinnorna var våldtäkt och sexuellt ofredande. Analysen visade vidare att mer än en tredjedel inte tillfrisknade från PTSD (Brattberg, 2005). I en studie bland tonåringar och unga vuxna med PTSD blev symtomen bestående hos 48 procent (Perkonigg et al., 2005). PTSD kan således vara ett bestående kroniskt tillstånd som kan förvärras vid ytterligare trauman under livet. I en holländsk studie har man visat att det är högre risk för PTSD efter påfrestande livshändelser, så som t.ex. kroniska sjukdomar, relationsproblem och arbetslöshet, i jämförelse med svåra trauman (olyckor, rån, fysiska/sexuella övergrepp, krig m.m.). Det gällde åtminstone för episoder 30 år tillbaka i livet (Mol et al., 2005). Det finns även samband mellan förekomst av PTSD och ökad sjuklighet samt sjukvårdskonsumtion (Deykin et al., 2001; Kimberling & Calhoun, 1994; Koss et al. 1991).



Sensitiviteten hos mätinstrumentet PCL-17, dvs. sannolikheten att en "sjuk" individ blir klassificerad som sjuk, är 94,4 procent och specificiteten, dvs. sannolikheten att en "frisk" individ blir klassificerad som frisk, är 86,4 procent (Blanchard et al., 1996). Vid "cutoff score" 44 har PCL visat bästa diagnostiska effektivitet (Blanchard et al., 1996; Ruggiero et al., 2003). Flera studier har rapporterat samband mellan frekvensen av påfrestande livshändelser och svårighetsgrad av PTSD. Man har också visat att exponering för trauma under en livstid i hög grad är korrelerad till olika typer av psykopatologi. Därför förekommer PTSD ofta tillsammans med annan sjuklighet (Gray et al., 2004). Det finns studier som visar att oavsett traumarelaterad psykopatologi så är exponering för trauma förenat med ökad vårdkonsumtion och ökade kostnader. De som utvecklar PTSD tenderar att överkonsumera sjukvård (Gray et al., 2004). Två typiska frågor i PCL-17 är "Har du: upprepade störande minnen, tankar eller bilder av en tidigare stressande upplevelse?"; Fysiska reaktioner (t ex hjärtklappning, andningssvårigheter, svettningar) när något påminner dig om stressande upplevelse från det förflutna?" Skalans min och maxvärde är 17 respektive 85 poäng, och instämmandegraden i skalans påståenden refererar till upplevda besvär under den sista månaden. Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i denna studie 0.94.

### **Hopplöshetsskalan (HS)**

Hopplöshetsskalan (HS) utvecklades av Kovacs, Beck och Weisman. Den avser att mäta graden av upplevd hopplöshet och pessimism över framtida förväntningar, samt indirekt benägenhet för självmord; hopplöshet är även ett av de vanligaste kännetecknen för depression (Beck, Weissman, Lester, & Trexter, 1974; Jansson, 1986). Skalan består av 20 påståenden som får bedömas som sanna eller falska (exempelvis "Min framtid ser mörk ut"). Det finns nio sanna påståenden och elva omvända, som kan värderas som 0 eller 1. Det värde man kan få är mellan 0-20, där ju högre värde desto mer indikation på att en person upplever hopplöshet och att det finns risk för självmord. Normvärden brukar indelas följande: 0-3 = ingen/minimal hopplöshet, 4-8 = lätt hopplöshet, 9-14 = måttlig hopplöshet och 15-20 = stark hopplöshet med definitiv självmordsrisk (Jansson, 1986). Skalan har vidare visat på god reliabilitet och validitet i kliniska och icke-kliniska sampel, speciellt vad gäller samband mellan hopplöshet och självmord/självmordsavsikt (Beck et al., 1974; Cashin, Potter, & Butler, 2008). Exempelvis har det i en studie som hade pågått mellan 5 till 10 år, rapporterats att vid gränsvärde på  $\geq 9$  poäng predicerats 90,9 procent av eventuella självmord i 165 självmordsbenägna deltagare (Beck, Brown, & Steer, 1989). Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var i föreliggande studie 0.93.

### **Paykels suicidinstrument**

Paykels suicidinstrument (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974) mäter förekomst av tankar på självmord, i vilken utsträckning en individ har självmordsavsikt (suicidal ideation), och om det förekommit självmordsförsök (suicide attempts) under individens livstid. Frågorna kunde besvaras från 0-2 ("Nej" till "Ja, flera gånger"). Genom att varje fråga är formulerad utförligt och detaljerat, uppnås en mer tillförlitlig information om människors självmordsbenägenhet (Meehan, Lamb, Saltzman, & O'Carroll, 1992). De fyra frågor som användes i föreliggande studie var följande:

1. Har du någonsin känt att livet inte varit värt att leva?
2. Har du någonsin önskat att du vore död, t ex att du skulle somna och aldrig vakna mer?
3. Har du någonsin kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ditt liv?
4. Har du någonsin försökt ta ditt liv?

Den interna konsistensen för den summerade skalan mätt med Cronbachs alfa koefficient var var i föreliggande studie 0.83. Studien är genomförd enligt Vetenskapsrådets riktlinjer och godkändes av EPN - Den regionala Etiska prövningsnämnden i Umeå i augusti 2009 (tillstånd: dnr 09-069 Ö).

### **Livsstil**

I anslutning till övriga hälsofrågor ombads respondenterna även att redovisa livsstilsrelaterade beteenden som matvanor, motion, alkohol, rökning/snusning och sömn. Denna del av enkäten innehöll åtta frågor till vilka frekvensrelaterade skalor var knutna.

## Referenser

- Ahlström, R. (1998). Overindebtedness affects health -what are the costs to society? *Money Matters, The Consumer Debt Net Newsletter*, 3,18-22.
- Ahlström, R. (2007). The emotional impact of severe debts on the individual. *Proceedings of the Nordic Policy Research Conference. Nordic council of Ministers, Helsinki.*
- Ahlström, R.(2008). Overindebtedness in Sweden. In (eds) Davydoff, D, Dessart, E, Nacke Jentzsch, N, Figueira, F, Rothemund, M, Mueller, W, Kempson, HE, Atkinson, A, Finney, AD & Anderloni. *Towards a common operational European definition of over- . indebtedness, European Commission*
- Ahlström, R. (2011). Debt. In Dale Southerton (ed). *Encyclopedia of Consumer Science, New York, Sage.*
- Appels, A. (1990). Mental precursors of myocardial infarction. *Br J Psychiatry*, 156, 465-471.
- Appels, A., Falger, P.R.J., & Schouten, W.G.W. (1993). Vital exhaustion as a risk indicator for myocardial infarction in women. *J Psychosom Res*, 37, 881-890.
- Appels, A., Höppener, P., & Mulder, P. (1987). A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 17, 15-24
- Appels, A., & Mulder, P. (1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 9, 758-764.
- Appels, A., Baer, F., Lasker, J., Flamm, U., & Kop, W. (1997). The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: A feasibility study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 209-217.
- Arehart-Treichel, J. (2005). Suicide risk may increase when debts pile up. *Psychiatric News*, 40(5), 28.
- Balmer, N., Pleasence, P., Buck, A. & Walker, H.C. (2006). Worried sick: The experience of debt problems and their relationships with health, illness and disability. *Social Policy and Society*, 5, 39-51.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Betti, G., Dourmashkin, N., Rossi, M.C., Verma, V. & Yin, Y. (2007) Consumer over-indebtedness in the EU : measurment and characeristics. *Journal of Economic Studies*, 34(2), 136-156.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behav. Res. Ther.*, 34, 669-673.
- Bodlund, O., Andersson, S-O., & Mallon, L. (1998). Effects of consulting psychiatrist in primary care: 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety and depression. *Scand J Prim Health Care*, 17, 153-157.

- Bolton, E. E., Gray, M. J., & Litz, B. T. (2006). A cross-lagged analysis of the relationship between symptoms of PTSD and retrospective reports of exposure. *Anxiety Disorders*, 20, 877-895.
- Brattberg, G. (2005) PTSD och ADHD bakom många fall av utmattningssyndrom. Stockholm: Certec och Värkstaden health services. *Psychosom Med.*, 63(5), 835-41.
- Brennan, C., & Gallagher, K. (2007). Consumer overindebtedness: a review of the quality of money advice services in Scotland. *International Journal of Consumer Studies*, 31, 623-629.
- Bridges, S. & Disney, R. (2010) Debt and depression. *Journal of Health Economics*, 29, 388-403.
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cashin, A., Potter, E., & Butler, T. (2008). The relationship between exercise and hopelessness in prison. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 15, 66-71.
- Cassidy, T. (2003). Stress, kognition och hälsa. Lund: Studentlitteratur.
- Chan, K. P. M., Yip, P. S. F., Au, J., & Lee, D. T. S. (2005). Charcoal-burning suicide in post-transition Hong-Kong. *British Journal of Psychiatry*, 186, 67-73.
- Cheung, N., Rogers, S., Mosley, T. H., Klein, R., Couper, D., & Wong, T. Y. (2009). Vital Exhaustion and Retinal Microvascular Changes in Cardiovascular Disease: Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 308-312.
- Cooper, C., Bebbington, P. E., Meltzer, H., Bhugra, D., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., & King, M. (2008). Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 38, 335-342.
- Dew, J. (2008) Debt change and marital satisfaction change in recently married couples, *Family Relations*, 57, 60-71.
- Drentea, P. (2000). Age, Debt and Anxiety. *Journal of Health and Social Behavior*. 41, 437-450.
- Drentea, P., & Lavrakas, P. J. (2000). Over the limit: the association among health, race and debt. *Social Science & Medicine*, 50, 517-529.
- Duncan, G., & Brooks-Gunn, J. (1997). *Consequences of Growing Up Poor*. New York: Russell Sage.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Emami, S. (2010) Consumer over-indebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective. *World Health Report (2010) Background paper*, 3 World Health Organization.
- Emery, R. E., & Oltmanns, T. F. (2000). *Essentials of Abnormal Psychology*. New Jersey, USA: Prentice-Hall, Inc.
- Engström, J., Josefsson, M., & Ahlström, R. (2004). Krisbetingade känsloreaktioner hos överskuldssatta, från Hushållens överskuldssättning i Norden: Rapport från ett samnordiskt forskningsseminarium om orsakerna till och konsekvenserna av nordiska konsumenters överskuldssättning, *TemaNord*, 513 (sid. 142-164).

- Ennis, N. E., Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E.E., (2000). Money doesn't talk, it swears: how economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *American Journal of Community Psychology*, 28, 149-173.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59, 460-466.
- Erlandsson, S., & Persson, M. (2006). A longitudinal study investigating the contribution of mental illness in chronic tinnitus patients. *Audiological Medicine*, 4, 124-133.
- Espvall, M. (2008). From obligations to negotiations: reciprocity and reflexivity in informal financial support. *European Journal of Social Work*, 11, 355-367.
- Espvall, M., & Dellgran, P. (2010). Can we count on each other? Reciprocity and conflicts in financial support in Sweden. *Int., J., Soc., Welfare*, 19, 84-94.
- Evans, G. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59, 77-92.
- Falconnier, L., & Elkin, I. (2008). Addressing Economic Stress in the Treatment of Depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 37-46.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C., & Collard, S. (2007). Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Advances in Brooklyn, New York: Mellville House Psychiatric Treatment*, 13, 194-202.
- Ford, J. (1998). *The Indebted Society: Credit and Default in the 1980s*. New York, USA: Routledge, Chapman and Hall, Inc.
- Friedman, B., Conwell, Y., Delavan, R. R., Wamsley, B. R., & Eggert, G. M. (2004). Depression and Suicidal Behaviors in Medicare Primary Care Patients Under Age 65. *J., Gen., Intern., Med.*, 20, 397-403.
- Gathergood, J. (2011). Debt and depression: Evidence on causal link and social stigma effects. Working paper 11/10 CFCM, Centre for finance and credit markets. Nottingham.
- Graeber, D. (2011). Debt: The first 5,000 years. The anarchist library, hämtad den 27 maj 2010 från, [http://files.uniteddiversity.com/More\\_Books\\_and\\_Reports/The\\_Anarchist\\_Library/David\\_Graeber\\_\\_Debt\\_\\_The\\_First\\_Five\\_Thousand\\_Years\\_a4.pdf](http://files.uniteddiversity.com/More_Books_and_Reports/The_Anarchist_Library/David_Graeber__Debt__The_First_Five_Thousand_Years_a4.pdf)
- Grafova, I.B. (2007) Your money or your life: Managing health, managing money. *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 285-303.
- Gray, M. J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Psychometric properties of the Life Events Checklist. Assessment* 2004;11(4), 330-41.
- Greenhouse, W. J., Meyer, B., & Johnson, S. L. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, 237-241.
- Grossi, G., & Unge, C. (1999). Financial Strain, Work Involvement and Psychological and Psychosomatic Symptoms amongst a Group of Unemployed Swedish Men and Women. Reports from the Department of Psychology, the University of Stockholm, Sweden.
- Gutman, L. M., & Eccles, J. S. (2002). The academic achievement of African- American students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 30, 367-468.
- Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2004). Factors associated with hopelessness: a population study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 142-152.

- Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Antikainen, R., Hintikka, J., Honkalampi, E., Koivumaa-Honkanen, H., & Viinamäki, H. (2003). Life events are important in the course of hopelessness – a 2-year follow-up study in a general population. *Soc., Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 436-441.
- Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hapke, U., & John, U. (2003). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and Presentation of a Psychiatric Diagnosis Complements to German Norms from a Representative Population Survey. *Psychother Psych Med*, 54, 179-186.
- Hatcher, S. (1994). Debt and Deliberate Self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 164, 111-114.
- Hellners, T. & Mellqvist, M. (2007) Skuldsaneringslagen – En kommentar till 2006 års lag. Stockholm: Nordsteds juridiska.
- Hem, E., Grønvold, N. T., Aasland, O. G., & Ekeberg, Öo. (2000). The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry*, 15, 183-189
- Heponiemi, T., Keltikangas-Järvinen, L., Puttonen, S., & Ravaja, N. (2005). Vital exhaustion, temperament, and the circumplex model of affect during laboratory-induced stress. *Cognition and Emotion*, 19, 879-897.
- Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Hintikka, J., Kontula, O., Saarinen, P., Tanskanen, A., Koskela, & Viinamäki, H. (1998). Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 493-496.
- HRQL Gruppen. (2000). Hämtad från <http://www.hrql.se/content/publikationslista/Igna>, C. V., Julkunen, J., & Ahlström, R. (2008). Sense of Coherence Relates with Smoking. *Journal of Health Psychology*, 13, 996-1001.
- Jansson, L. (1986). Handbok i kognitiv terapi vid depression. Lund: Natur och kultur.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J. Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38, 1485-1493.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of Coping: An Empirical Contribution to the Construct Validation of the Brief-COPE with a Greek-speaking Sample. *Journal of Health Psychology*, 15, 215-229.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *ArchGenPsychiatry*, 12, 1048-60.
- Kimberling, R., & Calhoun, K.S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 62, 333-40.
- Konsumentverket. (2003). Överskuld sättning – omfattning, orsaker och förslag till åtgärder. PM 2003:4. Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.konsumentverket.se/Global/Konsumentverket.se/Best%20a4lla%20och%20ladda%20oner/rapporter/2003/PM\\_2003\\_04\\_overskuldsettning.pdf](http://www.konsumentverket.se/Global/Konsumentverket.se/Best%20a4lla%20och%20ladda%20oner/rapporter/2003/PM_2003_04_overskuldsettning.pdf)
- Konsumentverket (2010), Ahlström, R. & Savemark, M. (2010) Dödsfall under och efter skuldsanering. Rapport 2010:18, Karlstad: Konsumentverket.
- Konttinen, H., Haukkkala, A., & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 66, 2401-2412.

- Kop, W.J. (1995). Vital exhaustion, cardiac events, and the relationship to depression. *Eur Psychopharm*, 5, 220-221.
- Kop, W.J. (1997). Acute and chronic psychological risk factors for coronary syndromes: Moderating effects of coronary artery disease severity. *J Psychosom Res*, 43, 167- 181.
- Kop, W.J., Appels, A.P.W.M., Mendes, de Leon C.F., De Swart, H.B., & Bar, F.W. (1994). Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosom Med*, 56, 281-287.
- Kop, W.J., Hamulyak., & Appels, A. (1993). The relationship between vital exhaustion and blood clotting factors (Abstract). *Psychosom Med*, 55, 100-132.
- Korczak, D. (2004). The Money and Budgeting Service Ireland. A service to help people with financial problems and to tackle Over-indebtedness. Synthesis report. Peer Review and Assessment in Social inclusion Program. Hämtad 20 december 2010 från [http:// www.peer-review-socialinclusion.net](http://www.peer-review-socialinclusion.net)
- Koss, M.P., Koss, P.G., & Woodruff, W.J. (1991). The deleterious effects of criminal victimization on women´s health care and medical utilization. *Arch Intern Med*, 151, 342-347.
- Krause, N. (1987). Chronic Financial Strain, Social Support, and Depressive Symptoms Among Older Adults. *Psychology and Aging*, 2, 185-192.
- Krause, N., Jay, G., & Liang, J. (1991). Financial Strain and Psychological Well-Being Among the American and Japanese Elderly. *Psychology and Aging*, 66, 170-181.
- Kronofogden. (2008). Alla vill göra rätt för sig – överskuld sättningens orsaker och konsekvenser. KFM Rapport 2008:1 Stockholm: Kronofogden.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999). Dimensional Analysis of Sense of Coherence Using Structural Equation Modelling. *European Journal of Personality*, 13, 51-61.
- Lehtinen, A.R. (2007). Choice, freedom and responsibility: young consumers in credit markets. Proceedings of the Nordic Consumer policy Research Conference. Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5359/proceedings\\_consumer2007.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5359/proceedings_consumer2007.pdf)
- Lindmark, U., Stenström, U., Wärnberg Gerdin, E., & Hugoson, A. (2010). The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 1-8.
- Lisspers, J., Nygren, A., Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr. Scand*, 96, 281-286.
- Lyons, A.C., & Yilmazer, T. (2005). Health and financial strain: Evidence from the survey of consumer finances. *Southern Economic Journal*, 71(4), 873-890.
- Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 458-464.
- McQueen, R. A., & Knussen, C. (2006). *Introduction to Research Methods and Statistics in Psychology*. Edinburgh, England: Pearson Education Limited.
- Medoff, J., & Harless, A. (1996). *The Indebted Society – Anatomy of an Ongoing Disaster*. New York, USA: Little, Brown & Company.
- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., & O´Carroll, P. W. (1992). Attempted Suicide Among Young Adults: Progress Toward a Meaningful Estimate of Prevalence. *Am J Psychiatry*, 149. 41-44.
- Mendes de Leon, C.F., Kop, W.J., De Swart, H.B., Bar, F.W., & Appels, A.P.W.M. (1996). Psychosocial characteristics and recurrent events after precutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol*, 77, 252-255.

- Merlis, M., Gould, D., & Mahato, B. (2006). Rising out-of-pocket spending for medical care: A growing strain on family budgets. The Commonwealth Fund pub. No 887, New York. The Commonwealth Fund.
- Mo, P. K. H., & Coulson, N. S. (2010). Empowering processes in online support groups among people living with HIV/AIDS: A comparative analysis of 'lurkers' and 'posters'. *Computers in Human Behavior*, 26, 1183-1193.
- Mol, S.S.L., Arntz, A., Metsemakers, J.F.M., Dinant, G.J., Vilters-Van Montfort, P.A.P., & Knottnerus, J.A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- Murali, V., & Oyeboode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216-224.
- Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Letzel, S. & Toschke, A.M. (2009) Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 286.
- National Center for PTSD. (2010). Using the PTSD Checklist (PCL). Retrieved March 19, 2011, from <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf>
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. *Scand J Prim Health Care*, 18, 14-20.
- Niméus, A., Träskman-Bendz, L., & Alsén, M. (1997). Hoplessness and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 42, 137-144.
- Ochsmann, E.B., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H. & Muenster, E. (2009). Over-indebtedness and its association with prevalence of back pain. *BMC Public Health*, 9, 451.
- Olsson, M., Gassne, J., & Hansson, K. (2008). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *J Epidemiol Community Health*, 63, 166-167.
- Orth-Gomér, K., & Undén, A. (1987). The measurement of social support in population surveys. *Soc. Sci. Med.*, 24, 83-94.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study. *Brit. J. Psychiat.*, 124, 460-469.
- Pedersen, S. S., Daemen, J., van de Sande, M., Sonnenschein, K., Serruys, P. W., Erdman, R. A. M., & van Domburg, R. T. (2006). Type-D personality exerts a stable, adverse effect on vital exhaustion in PCI patients treated with paclitaxel-eluting stents. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 447-453.
- Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M.B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry*, 162, 1320-1327.
- Perski, A., & Grossi, G. (2004). Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser: Resultat från en interventionsstudie. *Läkartidningen*, 14, 1295-1298.
- Poggi, A. (2003). Measuring social exclusion using the capability approach. Unpublished manuscript, Dep. Of Applied Economics, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain.



- Poppe, C. (2008). Into the Debt Quagmire – How Defaulters cope with Severe Debt Problems (Doctoral dissertation, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Norway). Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.duo.uio.no/publ/iss/2008/81171/124\\_Poppe\\_trykkefil.pdf](http://www.duo.uio.no/publ/iss/2008/81171/124_Poppe_trykkefil.pdf)
- Price, R. H., Choi, J. N., & Vinokur, A. D. (2002). Links in the Chain of Adversity Following Job Loss: How Financial Strain and Loss of Personal Control Lead to Depression, Impaired Functioning, and Poor Health. *Journal of Occupational Health Psychology, 7*, 302-312.
- Pruksashatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003). Sense of Coherence in a Thai Sample. *Transcultural Psychiatry, 40*, 585-600.
- Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2000). Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychological Medicine, 30*, 1189-1196.
- Ray, C., Suominen, S., & Roos, E. (2009). The role of parents' sense of coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10-11 in Finland. *J Epidemiol Community Health, 63*, 1005-1009.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine, 53*, 441-453.
- Rimmö, F.Ö., Åberg, P.A.L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand, 111*, 291-99.
- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J.A., Nikolakaros, G., & Helenius, H. (2008). Life events, self-reported psychopathology and sense of coherence among young men – A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*, 464-471
- Rock, P. (1973) Making people pay. London: Routledge and Kegan Paul.
- Ruggiero, K.J., Del Ben, K., Scotti, J.R., & Rabalais, A.E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist – Civilian Version. *Journal of Trauma & Stress, 16*(5), 495-502.
- Rueger, H., Schneider, N., Zier, U., Letzel, S. & Muenster, E. (2011) Health risks of separated or divorced over-indebted fathers: Separation from children and financial distress. *Social Work in Health Care, 50*(3), 242-256.
- Räikkönen, K., Lassila, R., Keltikangas-Järvinen, L., & Hautanen, A. (1996). Association of chronic stress with plasminogen activator inhibitor-1 in healthy middle-aged men. *Arterioscler Thromb Vase Biol, 16*, 363-367.
- Sandvall, L. (2011). Överskuld sättningens ansikten – En studie av vägar in och ut ur ekonomiska svårigheter. Linnaeus University Dissertations. Växjö: Linnaeus University Press.
- Schieman, S., & Young, M. (2011). Economic hardship and family-to-work conflict. The importance of gender and work conditions. *Journal of Family and Economic Issues, 32*.
- Schwartz-Stav, O., Apter, A., & Zalsman, G. (2006). Depression, suicidal behavior and insight in a adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 15*, 352-359.
- Siebols, J. (1998). The debt situation in the Netherlands. *Money Matters, 3*, 5-6. Retrieved from [http://www.mabs.ie/publications/MoneyMatters\\_Mag/MM98\\_03.pdf](http://www.mabs.ie/publications/MoneyMatters_Mag/MM98_03.pdf) Skuldsaneringslag. (SFS 2006:548). Stockholm. Regeringskansliets rättsdatabaser. Hämtad 27maj 2010, från [http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst\\_lst&%24%7BHTML%7D=sfst\\_dok&%24%7BSHTML%7D=sfst\\_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=formatt%3DTHW&BET=2006%3A548%24](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst_lst&%24%7BHTML%7D=sfst_dok&%24%7BSHTML%7D=sfst_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=formatt%3DTHW&BET=2006%3A548%24)

- Socialstyrelsen. (2010). Psykisk sjukdom. Hämtad 17 maj 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/psykisksjukdom>
- Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Rapport: 2010, 46-61. Statens Folkhälsoinstitut: Östersund.
- Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Starrin, B., Beckman, A., Hagquist, C., & Rantakeisu, U. (1995). Tyngda av skulder – Om att leva under ekonomisk stress. Karlstad, Sverige: Centrum för folkhälsoforskning.
- Starrin, B., Jönsson, L. R., & Rantakeisu, U. (2001). Sense of coherence during unemployment. *Int J Soc Welfare*, 10, 107-116.
- Statistiska centralbyrån. (2008). Tabell: Skattat antal personer 20–84 år efter åldersklass, samlevnadsform, familjetyp och kön. Befolkningstal i ett genomsnitt för 2000 och 2001 och antal intervjuer 2000–2001. Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_\\_47900.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____47900.aspx)
- Statistiska centralbyrån. (2009). Studiedeltagande för befolkningen 16–64 år höstterminen 2008. Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.scb.se/Pages/ProductTables\\_\\_\\_\\_9611.aspx](http://www.scb.se/Pages/ProductTables____9611.aspx)
- Statistiska centralbyrån. (2010). Antal anställda (KS) efter region och sektor. Kvartal 2004K1-2009K4 – Riket, samtliga sektorer, 2008K4. Hämtad 27 maj 2010, från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Produkt.asp?produktid=AM0201&lang=1>
- Statistiska centralbyrån. (2010). Utbildningsnivå för befolkningen efter inrikes/utrikes född, kön och åldersgrupp 2009. Hämtad 27 maj 2010, från [http://www.scb.se/Pages/ProductTables\\_\\_\\_\\_9575.aspx](http://www.scb.se/Pages/ProductTables____9575.aspx)
- Sullivan, M., Karlsson, J., Taft, C., & Ware, J. E., (2002). SF-36 Hälsoenkät: Svensk Manual och Tolkningsguide, 2:a upplagan. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Svardal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder*. Stockholm: Liber AB.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Jonsson, H., Schulman, S., Berntorp, E., & Stigendal, L. (1995). Social Support and the Development of Immune Function in Human Immunodeficiency Virus Infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32-36.
- Tufte, P. A. (2004). Managing straitened circumstances, från Hushållens överskuldssättning i Norden: Rapport från ett samnordiskt forskningsseminarium om orsakerna till och konsekvenserna av nordiska konsumenters överskuldssättning. *TemaNord*, 513 (sid. 52-77).
- Undén, A., & Orth-Gomér, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Soc. Sci. Med.*, 29, 1387-1392.
- Van Diest, R., & Appels, A. (1991). Vital exhaustion and depression: A conceptual study. *J Psychosom Res*, 35, 535-544.
- Wadsworth, M.E., & Achenbach, T.M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1146-1153.
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Reinhard, C., Wolff, B., De Carlo-Santiago, C., & Einhorn, L. (2008). An indirect effects model of the association between poverty and child functioning: the role of Children's poverty-related stress. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 156-185.

- Waern, M., Spak, F., & Sundh, V. (2002). Suicidal ideation in a female population sample: Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252, 81-85.
- Wang, J., & Xiao, J. J. (2009). Buying behavior, social support and credit card indebtedness of college students. *International Journal of Consumer Studies*, 33, 2-10.
- Wilson, J.P., & Keane, T.M. (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford Press, 79-80.
- Wolff, A., C., & Ratner, P. A. (1999). Stress, Social Support, and Sense of Coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 182-197
- Wrosch, C., Heckhausen, J., & Lachman, M. E. (2000). Primary and Secondary Control Strategies for Managing Health and Financial Stress Across Adulthood. *Psychology and Aging* 2000, 15, 387-399.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.*, 67, 361-370.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Econ.*, 14, 1197-1215.

