



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för
Folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

Självrapporterad hälsa hos romer som deltar i ett arbetsmarknadsprojekt

Författare:

Eva Carin Brander Gustafsson
Vårdvetenskap D
Uppsats, 15 hp
VT 2012

Handledare:

Clara Aarts

Examinator:

Helena Lindstedt

SAMMANFATTNING

Studien var en jämförande longitudinell studie där **syftet** var att undersöka om den självskattade hälsan förbättrades för personer (n=14) som deltagit i hälsokurs inom arbetsmarknadsprojektet Romano Zor. **Frågeställningen** var: förändras självskattad hälsa över tid för deltagare i ett arbetsmarknadsprojekt? Datainsamlingsmetod var Hälsoenkät SF-36 som mäter självrapporterad fysisk och psykisk hälsa, med åtta delskalor. **Resultatet** visar att romerna, i basmätningen (n=28), skattade sin hälsa sämre än personerna i normdata grupperna, i samtliga skalor. I fem delskalor skattar deltagarna (n=14), som svarade på enkäten även vid andra mätningen, sin hälsa sämre efter att de genomgått projektet (mätning över tid). Kvinnorna skattar generellt sin hälsa sämre än männen. Undantaget en fråga som rör förändring av hälsan över tid, där kvinnorna skattar bättre hälsa än männen. I denna fråga skattar majoriteten av deltagarna en bättre eller likvärdig hälsa i andra mätningen, jämfört med bas mätningen. **Slutsats:** personer med romskt ursprung som deltar i en hälsokurs i ett arbetsmarknadsprojekt, skattar en förbättrad hälsa över tid i några hälsofaktorer, mätt med hälsoenkät SF 36.

Nyckelord: romer, minoritetsgrupper, hälsa, marginalisering

ABSTRACT

The study was a comparative longitudinal study where the **aim** was to investigate whether self-rated health improved for persons (n=14) who participated in the health course in a labor project Romano Zor. **The issue** was: changed self-rated health over time for participants in a social project? Data collection method was a health survey SF-36, which measures self-rated physical and mental health, with eight sub-scales. **The results** show that the Roma, in the base measurement (n = 28), rated their health worse than their counterparts in standard data groups, in all scales. In five sub-scales underestimate the participants (n = 14), respondents were also at the second measurement, their health worse after they completed the project (measurement over time). The women generally underestimate their health worse than men. The exception a matter related to changes in health over time, with women underestimating better health than men. In this case overestimate the majority of the participants a better or equivalent health in the second measurement, compared to base measurement. **Conclusion:** The people of Roma origin who participate in a health course in a labor market project, estimate health improvement over time in any health factors, as measured by the health questionnaire SF- 36.

Keyword: Roma, minority groups, health, marginalization

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund	5
1.1 Minoritetspolitik	6
1.3 Marginalisering	6
1.4 Hälsorelaterad livskvalitet	8
1.5 Hälsa - och ohälsa bland romer	8
<i>1.5.1 Hälsa - och ohälsa bland romer; internationell forskning</i>	9
<i>1.5.2 Barnens och kvinnornas hälsa - och ohälsa</i>	10
1.6. Arbetslöshet och ohälsa	11
1.7 Att mäta hälsa	11
1.8 Romano Zor	12
1.9 Problemformulering	12
1.10 Syfte	13
1.11 Frågeställning	13
2. Metod	13
2.1 Design	13
2.2 Urval	13
2.3 Datainsamlingsmetod	13
2.4 Tillvägagångssätt	14
2.5 Dataanalys	14
2.6 Etiska överväganden	15
3. Resultat	15
4. Diskussion	20
4.1 Resultatsammanfattning	20
4.2 Resultatdiskussion	20
4.3 Metoddiskussion	22
4.4 Slutsats	23
4.5 Förslag till vidare studier	24
5. Referenslista	25
6. Bilagor	30

DEFINITIONER

Romer, roma (av rom, vilket betyder "människa" på romani). Romerna är en av fem nationella minoriteter i Sverige och romani chib är ett av de nationella minoritetsspråken. Romerna delas in i fem grupper i Sverige.

svenska romer som började invandra till Sverige vid slutet av 1800-talet

finska romer som anlände till Sverige redan på 1500-talet och som senare förpassades till dåvarande östra delarna av det svenska riket som i dag är Finland

utomnordiska romer som kom till Sverige från bl.a. Polen och andra länder i östra Europa först på 1960-talet och i början av 1970-talet

de nyligen anlända romerna från f.d. Jugoslavien

de resande som noterades i Stockholms stads tänkebok redan år 1512. (Stockholm Stad, 2011).

1. BAKGRUND

Delegationen (för romska frågor) konstaterar : "att det råder en extrem och oförsvarbar exkludering av romer från alla delar av samhället. Arbetslösheten bland romer beräknas till cirka 80 procent, en majoritet av alla romer uppskattas sakna komplett grundskoleutbildning, medellivslängden uppskattas vara avsevärt kortare och romer är i princip helt frånvarande från det politiska livet. Romer utgör den mest diskriminerade och missaktade av alla grupper i Europa och Sverige och förföljelse och marginalisering av romer är ett historiskt obrutet mönster från slaveriet i Rumänien på 1800-talet till dagens uppmärksammade massutvisningar i Västeuropa" (Sveriges Riksdag, 2010).

I dag finns det ca 50.000 romer bosatta i Sverige (Delegationen för romska frågor). Forskare är eniga om att romerna har sitt ursprung från Indien. Utvandringen från Indien skedde omkring år 1000 och var troligtvis en följd av att Sind och Punjab och Pakistan invaderades av ghaznaviderna, ett muslimskt folk med rötterna i Turkiet (Dimetri, Dimetri-Friberg, 2004).

År 1322 noteras romers närvaro på Kreta (Delegationen för Romska frågor). Den första noteringen om romer i Sverige är från 1512 (Nationalencyklopedin, 2011). Sedan 1500-talet finns också gruppen ”resande” i Sverige. Många av dessa identifierar sig med den romska gruppen (Delegationen för Romska frågor). De finska romerna är i huvudsak ättlingar till de romer som under medeltiden kom till Sverige, medan de som i dag kallas svenska romer till största delen är invandrade vid sekelskiftet, 1800-1900-talet (Nordström, 2007).

En rad påbud på 1500- och 1600-talet syftade till att utvisa och utrota romerna. Den svenske ärkebiskopen deltog i förföljelsen genom att förbjuda prästerna att ha samröre med romerna och att döpa deras barn (Skolverket, 2007). År 1637 utfärdades den första allmänna zigenarförordningen som bl.a. innebar utvisning av kvinnor och barn och dödsstraff för romska män (Nationalencyklopedin, 2011).

Under andra världskriget drabbades romerna hårt av Förintelsen. Mellan 500.000 och 1,5 miljoner romer dog (Cederberg, 2010). Att Sverige skulle ge romerna en fristad under kriget var uteslutet (SOU, 2010:55). Även om situationen idag varierar från land till land finns det inget land, förutom Portugal, där romer undgått diskriminering (Johansen, 1997).

1.1 Minoritetspolitik

På 1940-talet bildades en stiftelse som kallades "Zigenarmissionen". Det var ett verkställande organ och en förmedlande länk mellan staten och romer. Stiftelsen skulle arbeta för att integrera romerna i det svenska samhället. Romerna skulle få ordentliga bostäder och bli mer inriktade på lönearbete än tidigare. Skolundervisningen för barnen bedrevs sommartid under några veckor och skedde på ideell basis. Ända in på 1960-talet var det fortfarande ingen självklarhet att romer hade tillgång till skolutbildning (Montesino, 2002).

I Lag (SFS, 2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk stadgas att romer/romani är erkända som en av fem nationella minoriteter/- minoritetsspråk i Sverige. Lagen ger skydd åt nationella minoriteters fortlevnad. Det innebär bland annat att all diskriminering av en nationell minoritet är förbjuden och staten måste vidta åtgärder för att uppnå jämlikhet mellan majoritetsbefolkningen och minoriteterna. Nationell minoritet kallas de etniska minoriteter som har en långvarig språk- och kulturgemenskap innanför den nationella gemenskapen (SFS, 2009:724). År 2002 inrättades Rådet för romska frågor, som ett rådgivande organ till regeringen. Dess uppgift var att vara nationellt pådrivande i att främja romernas situation i samhället. Rådet ersattes 2007 av Delegationen för romska frågor (Cederberg, 2010).

1.3 Marginalisering

Grundlagen fastslår i Regeringsformen (1 kap. 2 §) att; "Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till hälsa, arbete, bostad och utbildning samt att verka för social omsorg och trygghet". Romer lever under sämre förhållanden än majoritetsbefolkningen – därför att de är romer. Rösträtt i politiska val i Sverige, har de haft endast sedan någon generation tillbaka. Lika länge som de har, via egna organisationer, erbjudits dialog med statsmakten (Sveriges Riksdag).

Marginalisering är en process där individer i ett maktunderläge förskjuts av andra individer, kollektiv eller grupper, i ett relativt maktöverläge, så att de förras ställning försvagas ytterligare under processens gång. Sociala marginaliseringsprocesser kan leda till fattigdom och armod, avsaknad av ekonomiskt och politiskt kapital (SOU, 2010:55).

Fattigdom och begränsade ekonomiska resurser innebär många gånger ett förstärkt utanförskap (Skolverket, 2007). Bristen på delaktighet och inflytande gäller alla romska grupper oavsett om de levt här i många generationer tillbaka, eller om de är nyanlända till Sverige. Till följd av de förföljelser och den diskriminering som den romska gruppen varit utsatt för under hundratals år, har de byggt upp effektiva gränsbevarande mekanismer. Detta har bidragit till att hålla dem utanför de samhällen som de har levt i. Den höga arbetslösheten bland romer är en av de allvarligaste faktorer som bidrar till gruppens sociala isolering (SOU, 2010:55).

Fram till mitten av 1960-talet försörjde sig romer i huvudsak genom häst- och annan handel, tivoliverksamhet, förtening och kopparslagning. Kvinnorna var ofta verksamma som spådamer. I och med att romer erbjöds fasta bostäder och att det samtidigt skedde andra strukturella förändringar i samhället, försvann möjligheten till att fortsätta med dessa sysselsättningar. Romerna var dåligt rustade att möta det industriella Sverige, många var analfabeter. Från att ha varit självförsörjande, under usla bostadsförhållanden, blev de nu insläppta i folkhemmet, men förvisade till arbetslöshet. Statsmakterna skapade ett bidragsberoende (SOU 2010:55).

Romerna saknar den utbildning som idag krävs för att få ett arbete. Det är relativt ovanligt med en fullständig skolgång, framförallt hos flickorna, och få av ungdomarna går vidare till gymnasiet (Lundh, 2005). Den viktigaste hörnstenen, när det gäller att eliminera utanförskap och att främja demokratiskt deltagande på alla nivåer i samhället, är utbildning (Nagy, 2007). Kopplingen mellan en bra utbildning och ekonomisk framgång har inte varit en självklarhet bland romer. Romer får oftast anställning med hjälp av lönebidrag eller deltar i andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder (SOU, 2010:55).

I Sverige finns inga offentliga uppgifter om etniskt relaterad arbetslöshet eller siffror på hur många romer som är inskrivna på arbetsförmedlingen. Enligt Malmö-rapporten så har 10 % av romerna i Malmö som är i arbetsför ålder, ett arbete (Malmö Stad, 2008).

I en rapport från Ungdomsstyrelsen (2009) framkommer det att romska ungdomar befinner sig mitt emellan föräldrarnas och storsamhällets förväntningar. Ungdomarna har ambitioner att utveckla identiteter som ger utrymme för både bevarandet av den romska kulturen och

delaktighet i samhället på likvärdiga villkor. De har insikt i behovet av utbildning för att senare kunna få ett arbete (Ungdomsstyrelsen, 2009).

1.4 Hälsorelaterad livskvalitet

Enligt WHO kan begreppet livskvalitet beskrivas som ”individens uppfattning om sin plats i tillvaron i det kulturella - och värdesammanhang som han/hon lever i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp, som påverkas av individens fysiska hälsa, psykologiska tillstånd, nivå av oberoende, sociala förhållanden och relationer till påtaliga händelser i levnadsmiljö” (World Health Organization, 1993).

Livskvalitet kan delas in i fyra områden. Dessa områden gäller dels att människan ska ha en god relation till sina medmänniskor, en god självkänsla och självrespekt samt att kunna känna en grundstämning av glädje, trygghet och harmoni. Dessa faktorer ska vara uppfyllda för att en person ska anses ha en god livskvalitet. Människan ska vara aktiv, ha livslust och engagera sig i något utanför sig själv och att det ska kännas meningsfullt (Naess, 1979).

Hälsa kan handla om en persons välbefinnande och hur man själv upplever hur man mår. Att uppleva att man mår bra innebär ett behagligt psykiskt tillstånd med känslor som att känna sig stark, utvilad, pigg, motiverad och vaken. Välbefinnandet har även en fysisk dimension där nedsättningar kan påverka hur man upplever att man mår (Brülde & Tengland, 2003).

1.5 Hälsa - och ohälsa bland romer

Romerna uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framförallt män och ungdomar. Spelberoende, tablett- och drogmisbruk är ett ökande problem. (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Många av de romer som bott länge i Sverige är förtidspensionärer på grund av sjukdom. De upplever ofta att de inte får tillräckligt med tid eller hjälp inom sjukvården. Ibland får de ingen tolk och de är rädda för att bli diskriminerade. Detta leder ofta till att romer söker vård för sent. Trots det ställer de ändå förhoppning till en snabb och effektiv behandling. Sjukdomstillstånd hos den romska befolkningen kan sättas i samband med deras utsatta situation i samhällets utkant, understimulering, dåliga kost- och motionsvanor och dåligt vaccinationsskydd. Kunskapen om den egna kroppen och hur den fungerar är ofta mycket

dålig, både hos unga och gamla romer. Det finns, bland romer ett allmänt, omfattande bruk av mediciner (Regeringskansliet, 1997).

1.5.1 Hälsa - och ohälsa bland romer; internationell forskning

I en litteraturgenomgång (Zeman, Depkin, & Senchina, 2003) konstateras att övervakningen av romers hälsostatus är knapp och bristande.

I studier där man studerat hälsofrågor hos romer, förblir det oftast oklart i vilken utsträckning romers dåliga hälsa påverkas av deras låga socioekonomiska status. När man jämför romer med majoritetsbefolkningen i olika studier, har det visat sig att romer oftast inte uppfattar orsakssambandet mellan livsstil och hälsa som särskilt starkt. De ser mer att hälsa och sjukdom är ödesbestämt (Skodova et al., 2010).

Man har i studier kunnat påvisa skillnader i hälsa mellan romer och icke-romer i flera olika länder. I en studie av (Dorkova, Sopkova & Tkacova, 2010) i England rapporterade romer och resandefolk sämre hälsostatus med högre sannolikhet att ha en långvarig sjukdom, hälsoproblem eller funktionshinder som begränsar daglig verksamhet eller arbete. Romerna hade mer problem med rörlighet, smärta, ångest eller depression och en högre genomsnittlig prevalens av rapporterade bröstsmärtor, andningsproblem, artrit och missfall. När man i studier jämfört medellivslängden för befolkningen i Centraleuropa, har det visat sig att den är kortare för romer jämfört med majoritetsbefolkningen (Dorkova et al., 2010).

I en studie från England skattade romerna en sämre hälsa, de rökte mer och hade en lägre utbildningsnivå än de två andra minoritetsgrupperna i studien (Peters, et al., 2009).

Enligt Simko och Ginters (2010) är romers allmänna hälsa betydligt sämre än majoritetsbefolkningens i Slovakien. De har hög förekomst av smittsamma sjukdomar på grund av dåliga sanitära levnadsvillkor. Romerna i studien har hög förekomst av fetma och därmed förhöjd risk för kardiovaskulära sjukdomar (Simko, & Ginters, 2010).

I en studie i Ungern (Molnár, Ádány, Ádám, Gulls, & Kosa, 2009) där man bl.a. jämfört romer över 44 år med en grupp i de lägre inkomstskikten ur majoritetsbefolkningen, rapporterade 10 % fler romer, än den jämförande gruppen, sin hälsa som dålig eller mycket

dålig. Av de som använde någon typ av sjukvård rapporterade romer åtta gånger så många fall av diskriminering än befolkningen i allmänhet (Molnár et al., 2009).

En studie av Parry et al (2006) visar sämre hälsa hos romer och att de är mer drabbade av långvarig sjukdom, hälsoproblem eller funktionshinder som begränsar allmän daglig aktivitet och arbete. De är oftare drabbade av smärta, ångest och depression. De har högre total prevalens av rapporterade missfall och fler fall av tidig spädbarnsdödlighet, än majoritetsbefolkningen (Parry, et al., 2006) . Även i Sverige beräknas medellivslängden för romer vara avsevärt kortare än för övrig befolkning (SOU 2010:55).

1.5.2 Barnens och kvinnornas hälsa - och ohälsa

I den romska hierarkin är kvinnor och barn lågt rankade (Lehti & Mattsson, 2001). Det finns starka krafter inom det romska samhället som vill kontrollera romska kvinnors delaktighet i majoritetssamhället. De har svårt att arbeta inom yrken som inte självklart är förenliga med traditionella idéer om den romska kvinnans identitet. Kvinnorna blir därmed ekonomiskt beroende av sina män. Det förekommer att kvinnorna ibland arbetar inom hemtjänsten, anställda för att vårda en äldre släkting (SOU, 2010:55). Våldsutsatta romska kvinnor får inte den hjälp de behöver då det saknas personal som talar romani. Romska kvinnor upplever mycket stress, som förknippas med en hög arbetsbelastning i hemmet (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Kvinnorna lider ofta av huvudvärk, värk i nacke och axlar. De söker oftast sjukvård i sällskap av en annan kvinna med samma symtom. Den kollektiva kontrollen inkluderar det mesta för romska kvinnor, utom den egna kroppen. Kroppen från midja och neråt anses oren - "marime". Det är osedligt att visa sin kropp eller tala om sjukdom inför män eller äldre kvinnor. Efter en förlossning anses kvinnan oren upp till 6 veckor (Lehti & Mattsson, 2001).

Enligt en studie i Slovakien, Kvetoslava (2010), rökte romska gravida kvinnor mer och det förekom fler tonårsgraviditeter bland romer än bland majoritetsbefolkningen. Man kunde också se fler spontana aborter hos de gravida romska kvinnorna (Kvetoslava, 2010).

Sädbarnsdödlighet är högre bland människor med låg social och ekonomisk standard (Marmot & Wilkinson, 1999, Marmot, 2006) .

På grund av föräldrarnas okunnighet, händer det att romska barn inte alltid får den hälso- och sjukvård som de behöver. Barnen saknar ibland fullständigt vaccineringskydd och de är överrepresenterade i olycksfallsstatistiken (Regeringskansliet, 1997). Hälsorelaterade problem har betydelse för barn och ungdomars uppväxtvillkor. Det finns anledning att uppmärksamma på vilket sätt unga romers ofärd under uppväxten påverkar framtida möjligheter till välfärd och självförsörjning (Skolverket, 2007).

1.6. Arbetslöshet och ohälsa

I en studie (Starrin, Forsberg, & Rantakeisu, 1999) visas att känslor av skam är vanligt förekommande bland vuxna arbetslösa män. Det finns mycket som tyder på att ohälsa och sociala problem har att göra med ekonomiska påfrestningar som arbetslöshet medför. Arbetslöshet kan innebära en prestigeförlust. Det innebär då lägre status och utgör ett hot mot självrespekten och den egna identiteten. Forskning har visat, att ju svårare den ekonomiska situationen är under arbetslöshet, desto större är risken att individen drabbas av ohälsa i någon form. Svårigheterna är inte begränsade till enbart den arbetslösa utan sprider sig till andra familjemedlemmar som make, maka och barn (Starrin et al., 1999).

Det finns ett starkt samband mellan en kombination av hög grad av ekonomisk påfrestning och skamgörande erfarenheter och att drabbas av allvarlig (självs kattad) ohälsa under arbetslöshet (Jönsson, 2003). Ohälsa och sjukfrånvaro påverkar ungdomars etablering på arbetsmarknaden (Skolverket, 2007).

Ingen enskild faktor, som gäller arbetssituationen, är ur folkhälsosynpunkt till sina konsekvenser jämförbar, vare sig man ser till positiva effekter på välbefinnandet eller till negativa, som sjukdom och död, med arbetslösheten. Arbete är en ytterst viktig faktor för folkhälsan. Eftersom samhället är så centralt uppknutet kring arbete, både vad gäller fysisk som social överlevnad, måste det vara en central uppgift för ett samhälle, som vill erbjuda sina medborgare ett gott liv, att öka delaktigheten i arbetslivet (Konarski, 1992).

1.7 Att mäta hälsa

Hur hälsa kan mätas beror på hur man definierar begreppet hälsa. Utifrån en biomedicinsk inriktning, där hälsa ses som en motsats till sjukdom, är hälsa lättare att mäta på individnivå och förhållandevis lätt på befolkningsnivå. Med en humanistisk inriktning handlar det mer om

att mäta individens funktionsförmåga; handlingsförmåga. Att mäta i vilken utsträckning individen kan handla så att hon kan uppfylla sina vitala mål (Medin & Alexandersson, 2000).

En viktig indikator på människors hälsa är den självskattade hälsan. Den självskattade hälsan omfattar inte bara frånvaro av sjukdom utan ger en mer holistisk bild, det vill säga den omfattar även psykiska och sociala aspekter av hälsan. I undersökningar bland vuxna har självskattad hälsa visat sig vara en viktig prediktor för såväl framtida sjukdomar som dödlighet (Medin & Alexandersson, 2000). Högt värderad tillit har visat sig vara associerat med bättre självskattad hälsa (Nummela, Sulander, Rahkonen, Karisto & Uetala, 2007).

1.8 Romano Zor

Romano Zor (Romsk Kraft), är ett drygt 2-årigt EU-finansierat arbetsmarknadsprojekt med Uppsala kommun som huvudman. Syftet med projektet har varit att aktivera alla parter - romer och tjänstemän - för ömsesidig förändring till sysselsättning - arbete, praktik, vidareutbildningar och/eller andra studier samt att förbättra det fysiska och psykiska tillståndet i den romska gruppen. Projektet vänder sig till personer med romskt ursprung som under en längre tid stått utanför arbetsmarknaden och varit föremål för åtgärder från socialtjänsten, arbetsförmedlingen och/eller försäkringskassan. Projektet har genomförts i samarbete mellan enheter inom kommunen, lokala romska föreningar, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och Landstinget i Uppsala län samt Pingstförsamlingen i Uppsala. Deltagarna i projektet är i åldrarna mellan 18-50 år och från olika romska grupper (svenska, finska, polska, romer från forna Jugoslavien samt resande). Socialtjänsten har under åren haft kontinuerliga kontakter med Arbetsförmedlingen, olika vårdinstanser inom Landstinget i Uppsala län samt Försäkringskassan, för att samarbeta kring behovet av stöd och hjälp till romska familjer (Svenska ESF-rådet, 2010). I projektet har deltagarna fått genomgå ett utbildningsprogram som har innefattat jobbsökning, kulturarbete, individanpassad fysisk träning som att prova på olika fysiska aktiviteter samt nutidsorientering. Det har förts enskilda samtal och deltagarna har fått delta i sykurs, fordonskurs, livskurs, hälsokurs samt kurser i matematik, teknik, data, svenska och engelska. Hälsokursen innebar att man började med att samtala i grupp och enskilt för att stärka självkänslan. Det ordnades temaveckor om hälsa, kostråd och rökning för att visa sambanden mellan levnadsvanor och hälsa. Gruppen tränade stavgång, styrketräning och hade utflykter med olika teman. Deltagarna fick prova på nya saker för att väcka nyfikenheten för nya träningsformer till exempel golf, bowling och

kanotpaddling. Programmets fysiska aktiviteter anpassades individuellt beroende på de olika individernas fysiska förmåga (Länstyrelsen i Stockholms län, 2011).

1.9 Problemformulering

Det finns en stor förtroendeklyfta mellan romer och det svenska majoritetssamhället. (Delegationen för romska frågor, 2011). Romernas livssituation kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Romerna själva uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framförallt män och ungdomar. Romska kvinnor upplever mycket stress till följd av hög arbetsbelastning i hemmet. Hjärt-kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet är vanligare bland romer än i befolkningen i stort (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Arbetslösheten bland romer i Sverige är mellan 70 – 90 % (SOU, 2010:55). Det är angeläget att se om romers deltagande i hälsokurs inom ett arbetsmarknadsprojekt kan göra så att gruppen skattar sin hälsa högre över tid.

1.10 Syfte

Denna studie syftar till att undersöka om den självskattade hälsan förbättras för personer som deltagit i en hälsokurs inom arbetsmarknadsprojektet Romano Zor.

1.11 Frågeställning

Förändras självskattad hälsa (mätt med SF-36) över tid för deltagare i ett arbetsmarknadsprojekt?

2. METOD

2.1 Design

En jämförande longitudinell studie (Polit & Hungler, 1995).

2.2 Urval

Urvalet av deltagarna i arbetsmarknadsprojektet Romano Zor gjordes av Socialförvaltningen som erbjöd alla romska bidragstagare mellan 18 och 50 år att delta i projektet Romano Zor. Inom arbetsmarknadsprojektet fanns en hälsokurs i vilken samtliga deltagare, sammanlagt 28 personer deltog under olika tidsperioder. De flesta deltagare är föräldrar med barn både i för- och grundskolan. Familjerna är beroende av ekonomiskt bistånd, många av dem sedan generationer tillbaka. Endast 14 personer fullföljde projektet och deltog i båda mätningarna

med hälsoformuläret SF-36. Bortfallet berodde på att personer flyttade eller reste bort under längre perioder.

2.3 Datainsamlingsmetod

SF-36 Hälsoenkät är ett välkänt instrument för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa. Hälsoenkäten kan användas generellt och har stor internationell spridning. SF-36 omfattar såväl funktion som välbefinnande, ofta sammanfattat i begreppet hälsorelaterad livskvalitet (HRQL). Hälsoenkäten är uppdelad i två domäner, fysisk hälsa och psykiskt välbefinnande och innefattar åtta delskalor som sammanfattar svarsmönstret från 35 delfrågor. De åtta skalorna mäter PF - Fysisk funktion, RP- Rollfunktion - Fysisk, BP - Smärta, GH - Allmän hälsa, VT - Vitalitet, SF - Social funktion, FE - Rollfunktion - Emotionell och MH - Psykiskt välbefinnande, se bilaga 1 och 2. För varje fråga finns två till sex svarsalternativ. Exempel på svarsalternativ kan vara; inte alls, lite, måttligt, mycket väldigt mycket. Ett annat exempel är; ja, mycket begränsad, ja, lite begränsad, nej, inte alls begränsad. Någon fråga är numrerad från 1-5, se bilaga 3. Informanten markerar med ett kryss i det svar som han/hon anser stämma överens med den egna uppfattningen. En fråga rör förändring av hälsan och står utanför skalkonstruktionen. Två basala hälsodimensioner, fysisk och psykisk hälsa, beräknas efter viktning av de åtta delskalornas olika tyngd i dimensionerna. Formuläret tar 5 - 10 minuter att fylla i och är adekvat från tonåren och uppåt. Normering av SF-36 i den svenska populationen genomfördes under 1991-92 via hälsoenkäter i sju regioner (Sullivan, Karlsson, & Taft, 2000).

2.4 Tillvägagångssätt

Deltagarna (n=28) i hälsokursen fick svara på frågorna från hälsoenkäten SF 36 första gången i början av projektet, basmätningen. De deltagare som fullföljde projektet (n=14) fick svara ytterligare en gång, efter 3-6 månader. Avgörande för hur långt det är mellan första och andra mätningen beror på hur länge deltagarna var med i projektet. Det i sin tur skiljer beroende på hur många insatser som var och en behövde. En sjuksköterska som var knuten till projektet distribuerade enkäterna till var och en av deltagarna. Enkäten fylldes i enskilt, i avskilt rum. Med några deltagare satt cirkelledare för hälsokursen i samma rum för att kunna förklara vissa frågor, eftersom inte alla romer läser och förstår det svenska språket.

2.5 Dataanalys

Data från enkäterna analyserades med hjälp av statistik programmet SPSS, version 20. Åtta hälsodimensioner analyserades med hjälp av en syntax utvecklad för SF-36 analysen.

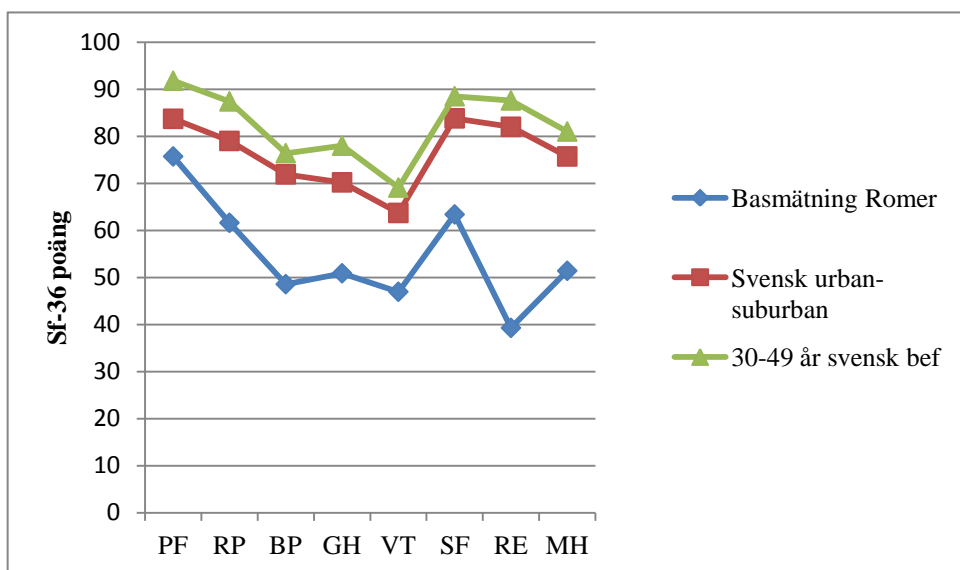
Poängskalan är 0-100 där ett högre värde indikerar bättre hälsa. Svaren från det första mättillfället jämfördes med normdata från en jämförelsegrupp ur svensk population från en medelstor stad samt en grupp ur svensk population i åldersfördelningen 30-49 år. Svaren från den andra mätningen jämfördes med den första mätningen av personer som deltar i båda mätningarna. De normdata som presenteras i den svenska manualen för SF-36 kan användas för att avgöra hur medelvärdet för andra undersökningsgrupper, eller värdet för en individ, ligger i förhållande till normgruppen ur den svenska populationen. Lägre värde jämfört med normgruppen indikerar sämre välbefinnande eller funktionsnivå och ett högre värde anger bättre hälsostatus (Sullivan, Karlsson & Taft, 2000).

2.6 Etiska överväganden

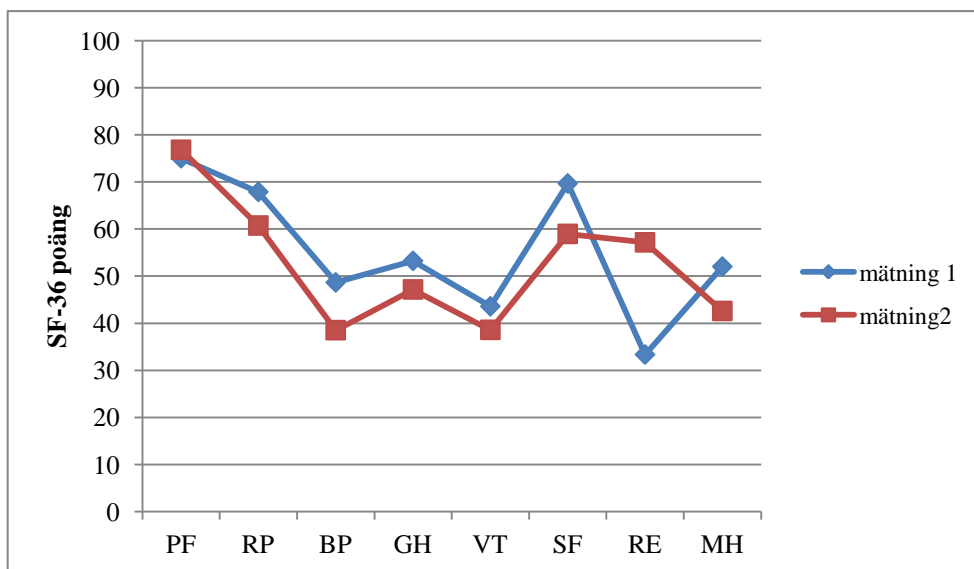
Projektgruppen fick, av Uppsala Universitet, olika förslag på formulär för att mäta hälsa. Samtliga formulär granskades av projektgruppen och man ansåg att SF-36 var det formulär där det var mest allmänt ställda frågor och inget skulle verka stötande för den romska gruppen. Formuläret testades sedan av de romska deltagarna som godkände formuläret som passande för den romska kulturen. Muntligt informerat samtycke inhämtades. Deltagarna upplystes om att deltagandet var frivilligt och att man hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Det har skett på deltagarnas villkor och med hälsorelaterade frågor i fokus. Svaren avidentifierades i redovisningen.

3. RESULTAT

Figur 1 visar basmätningen Romer. Där ingår alla personer som ingick i projektet Romano Zor och som svarade på enkäten minst en gång, (n=28). Fråga nr 2 visas i figur 5, 6 och 7. Hälsomåtten PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE och MH redovisas i bilaga 1. Den romska gruppen skattar sin hälsa lägre i samtliga hälsofaktorer jämfört med jämförelsegrupperna i majoritetsbefolkningen från en medelstor stad, samt en svensk medelbefolkningsgrupp i samma ålderskategori som den romska gruppen. Störst skillnad finns i skalan vid hälsofaktorn RE - Rollfunktion - Emotionell. Se bilaga 1.

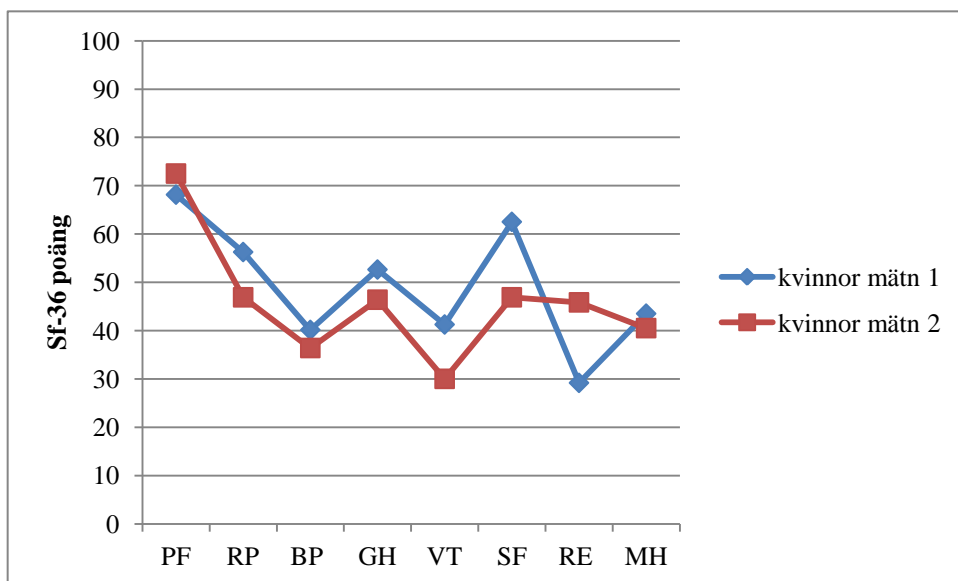


Figur 1. Basmätning romer och en jämförelsegrupp i majoritetsbefolkningen från en medelstor stad samt en svensk medelbefolkningsgrupp i samma ålderskategori som den romska gruppen
 I mätning 1 och 2 ingår endast de romer som var med i hela projektet och svarade på enkäten vid två tillfällen, (n=14). Alla hälsfaktorer skattades lägre, förutom hälsfaktorn PF- Fysisk funktion och hälsfaktorn RE - Rollfunktion - Emotionell, som skattades högre vid andra mätningen. Se figur 2.



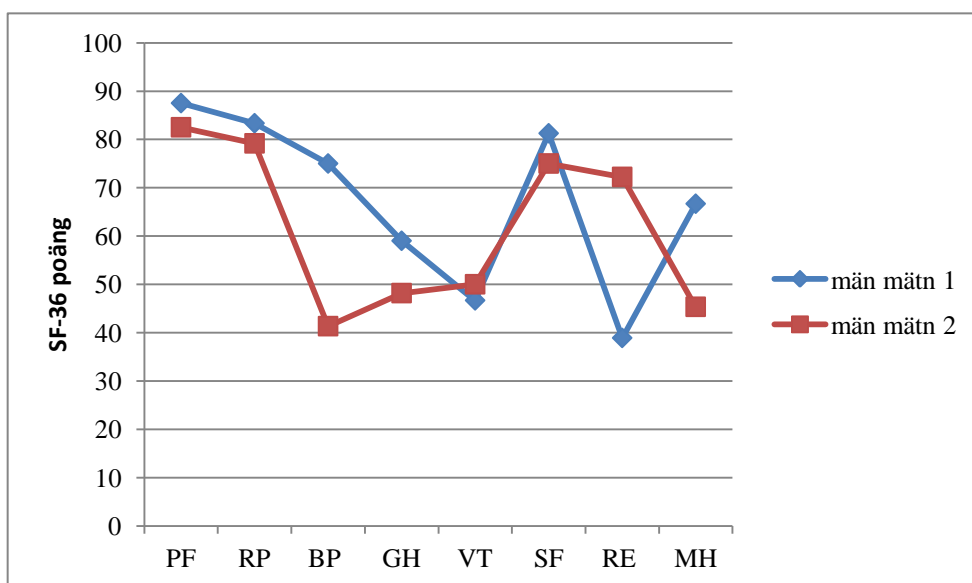
Figur 2. Samtliga (n=14) deltagare som gjorde båda mätningarna, före och efter deltagandet i i projektet Romano Zor.

Kvinnorna(n=8) som deltog i två mätningar skattade sin hälsa högre i två domäner; PF - Fysisk funktion och RE - Rollfunktion - Emotionell. Se figur 3.



Figur. 3 Kvinnor (n=8), mätning före och efter deltagandet i projektet

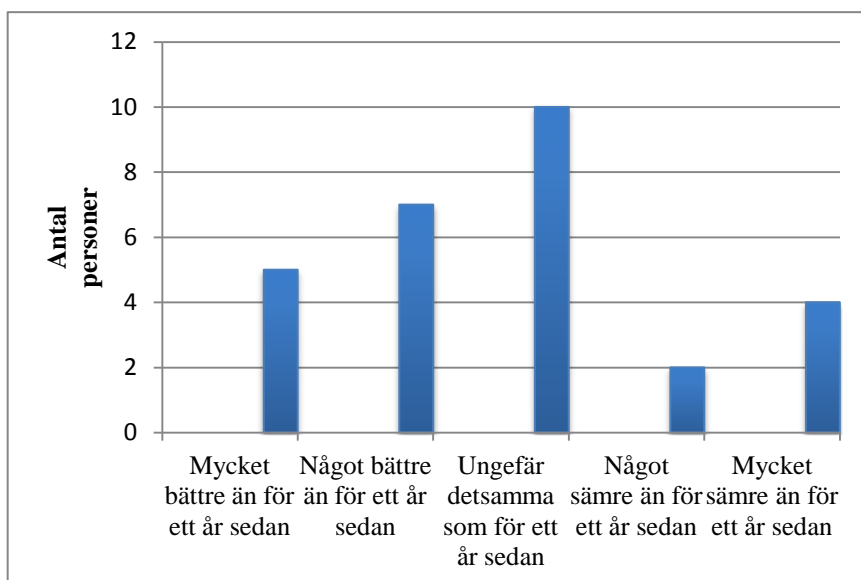
Sex män deltog i två mätningar i projektet. Männens skattar tydligt lägre hälsfaktor i BP- Smärta i andra mätningen, jämfört med första mätningen. Hälsfaktorn VT - Vitalitet skattar männen något bättre i andra mätningen. RE - Rollfunktion - Emotionell är den enda hälsfaktor som skattas tydligt högre i andra mätningen. Se figur 4.



Figur.4 Män (n=6), mätning före och efter deltagandet i projektet.

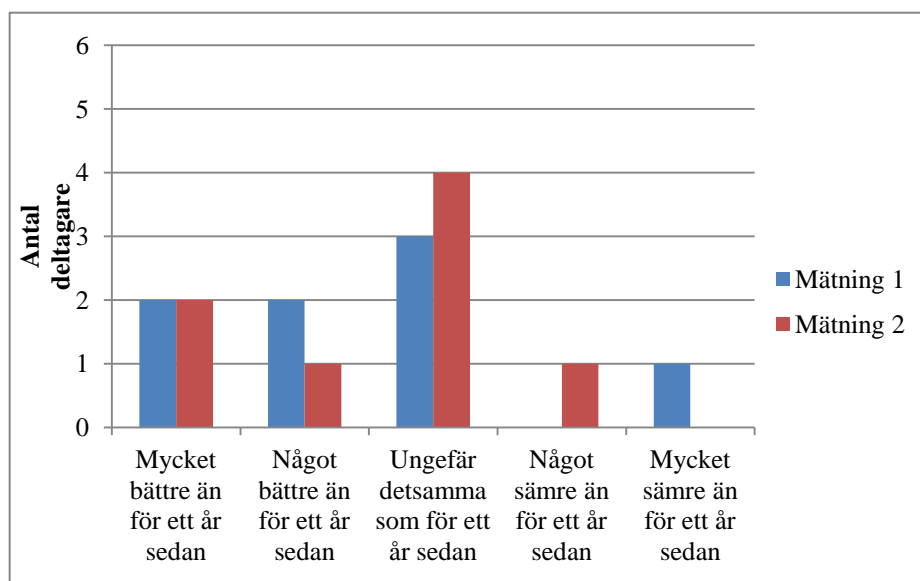
Fråga 2 i SF36 är den fråga som står utanför skalkonstruktionen och redovisas separat. Frågan är ställd enligt följande: "Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu? Svares alternativ: **1.**"*Mycket bättre nu än för ett år sedan*", **2.**"*Något bättre nu än för ett år sedan*", **3.**"*Ungefär detsamma som för ett år sedan*", **4.**"*Något sämre nu än för ett år sedan*", **5.**"*Mycket sämre nu än för ett år sedan*".

I basmätningen från alla respondenter (n=28) svarar fem personer att de bedömer sitt allmänna hälsotillstånd "mycket bättre nu än för ett år sedan", tio personer svarar att de bedömer hälsotillståndet "ungefär detsamma" nu som för ett år sedan och två personer svarar att de bedömer hälsotillståndet "något sämre än nu än för ett år sedan". Se figur 5.



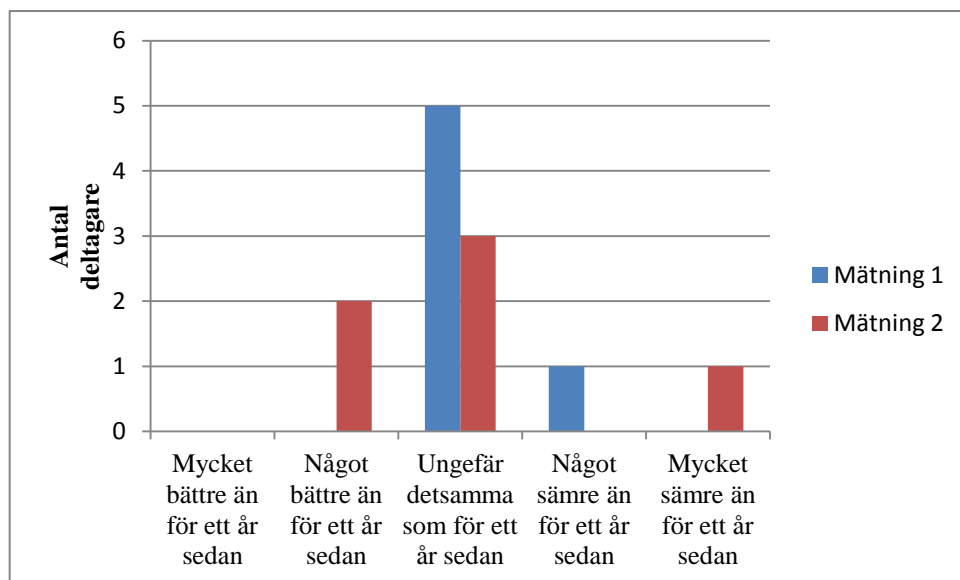
Figur.5 Fråga 2. Deltagare (n=28) i Romano Zor.

I fråga 2 skattade två kvinnor sin hälsa ”Mycket bättre nu än för ett år sedan”, vid båda mättillfällena. Tre kvinnor skattade sin hälsa ”Ungefär detsamma som för ett år sedan”, vid första mättillfället och fyra kvinnor i andra mättillfället. I skalan ”Något sämre nu än för ett år sedan”, skattar en kvinna vid andra mättillfället. Sju kvinnor skattade ungefär detsamma eller bättre hälsa vid andra mättillfället. Se figur 6.



Figur 6. Fråga 2. Kvinnor (n=8) före och efter deltagandet i projektet.

Ingen av männen skattade sig sin hälsa ”Mycket bättre än för ett år sedan”. Två män skattar sin hälsa ”Något bättre än för ett år sedan” vid andra mätningen. I andra mätningen skattar sig två män ”Mycket sämre än för ett år sedan”. Fem män skattade ungefär detsamma eller bättre hälsa i andra mätningen. Se figur 7.



Figur. 7 Fråga 2. Män (n=6) före och efter deltagandet i projektet.

4. DISKUSSION

4.1 Resultatsammanfattning

Syftet med studien var att undersöka om den självskattade hälsan förbättrades för personer som deltagit i hälsokurs inom arbetsmarknadsprojektet Romano Zor. Deltagarna lärde sig om hälsa, ha individanpassad träning och prova på olika fysiska aktiviteter. De svarade på hälsoenkäten SF-36 i vid början och slutet av deltagandet i projektet. Resultatet visar att flertalet romer inte skattade sin hälsa högre i alla de åtta hälsodimensionerna i formuläret SF-36 efter att ha deltagit i hälsokursen. Undantaget är en fråga som mäter över tid och står utanför skalkonstruktionen, där skattar fem män och sju kvinnor lika eller en förbättrad hälsa i andra mätningen.

I basmätningen skattar den romska gruppen lägre, i alla hälsotillstånd, än de båda normgrupperna. Normgruppen som i basmätningen är benämnd "urban-suburban" är från Göteborg och anses i SF-36 manual skatta sin hälsa något sämre än andra jämförbara grupper i Sverige. Endast hälsotillstånd RE - Rollfunktion - Emotionell och PF - Fysisk funktion skattas högre av kvinnorna i andra mätningen. Männen skattade endast hälsotillstånd VT - Vitalitet och RE - Rollfunktion - Emotionell högre i andra mätningen. Männen skattade i

hälsotillståndet RE - Rollfunktion - Emotionell i andra mätningen i närheten av normgruppen, i basmätningen. Den hälsotillstånd där det var minst skillnad mellan den romska gruppen och normgrupperna var PF - Fysisk funktion. På skalan BP - Smärta, skattade sig männen lägre vid andra mätningen på denna skala. Kvinnorna skattade sig ganska oförändrat vid andra mätningen på denna skala. På skalan MH - Psykiskt välbefinnande, skattade sig kvinnorna marginellt lägre vid andra mätningen. Männen skattade sig betydligt lägre vid andra mätningen på denna skala.

4.2 Resultatdiskussion

Det saknas studier på romers hälsa i Sverige (Björngren, 2010). Det är en brist på tillförlitlig evidens över hälsotillståndet för vuxna romer (Parry et al., 2006). Det material som finns är i huvudsak rapporter i form av utvärderingar av olika projekt och statliga utredningar. Rapporterna bygger sällan på fältstudier. Hälsosituationen för romer har endast visats i ett fåtal rapporter från 1960-talet och framåt.

Det framkommer i studien från företrädare för romska kvinnoorganisationer, att den kollektiva kontrollen över kvinnorna är stor bland romer. Kvinnorna skattade sin hälsa generellt lägre än männen i studien. Detta överensstämmer med den undersökning som gjordes av Folkhälsoinstitutet (2009) som visar att kvinnor skattade sin hälsa generellt något lägre än män (Socialstyrelsen, 2009). Den fråga som står utanför skalkonstruktionen, fråga nr 2, som mäter förändring av hälsa, skattade kvinnorna däremot något högre hälsa än männen. Ingen av de manliga respondenterna som deltog i båda mätningarna, skattade sin hälsa "Mycket bättre nu än för ett år sedan" vid något av mättillfällena. I den kvinnliga gruppen bedömde två av respondenterna sig "Mycket bättre nu än för ett år sedan" vid båda mättillfällena. Ingen av männen som i första mättillfället skattade "Något sämre än för ett år sedan" skattade samma vid andra mättillfället. Däremot skattade två av männen sig "Mycket sämre än för ett år sedan" vid andra mätningen.

Hälsoupplevelsen påverkar i förlängningen livskvaliteten. Hälsan är beroende av en mängd faktorer och avgörs av individens upplevelse (Nordenfeldt, 1991). Individer och grupper måste känna att de kan påverka sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället, annars uppstår utanförskap och känslor av maktlöshet. Brist på makt och möjligheter att påverka har ett starkt samband med ohälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Dåliga sociala och ekonomiska förhållandet påverkar hälsan under hela livet. Både materiella och psykosociala orsaker kan ses i lägre medellivslängd och högre förekomst av allvarlig sjukdom. Människor långt ner på den sociala stegen löper större risk att drabbas av för tidig död (Marmot & Wilkinson, 1999, Marmot, 2006).

Forskning som har belyst sambandet mellan ekonomiska förhållanden å ena sidan och ohälsa och sociala problem å andra sidan har funnit att, framförallt låg ekonomisk status, ekonomisk stress och fattigdom är kopplat till ökad risk för hälsomässiga och sociala problem.

(Starrin, Forsberg & Rantakeisu, 1999). I en studie från Ungern av (Vokò et al., 2009) hade romerna en sämre självrapporterade hälsa än jämförelsegruppen, en normalbefolkning i Ungern. Sämre socioekonomisk situation; arbetslöshet, låg utbildningsnivå och dåliga bostadsförhållanden är troliga orsaker till ohälsan hos romer (Vokò et al., 2009).

I en studie (Van Cleemput, Parry, Thomas, Peters & Cooper, 2007) framkommer att romer inte ser ett samband mellan livsstil och hälsa. De anser att det är ödet som avgör om en människa drabbas av ohälsa och sjukdom (Van Cleemput, et al., 2007). Romer ser inte på hälsa på individnivå, istället har begreppet en bredare social betydelse (Sutherland, 1992).

Det är svårt att säkerställa om svaren som romerna angivit i föreliggande studie faktiskt är ett mått på den personliga hälsan. Om deltagarna uppfattade att inte alla i den romska gruppen mådde bra under den tid projektet pågick, kan det ha inneburit, att gruppen skattade en sämre hälsa, då hälsa och sjukdom ses i ett socialt perspektiv. Delaktigheten i Romano Zor kan ha påverkat deltagarna både positivt och negativt. Under tiden projektet pågick fick romerna stor uppmärksamhet i media. Gruppens sämre levnadsförhållanden belystes. Detta kan ha påverkat romernas uppfattning om sin hälsa.

Det är känt att romer känner misstänksamhet mot majoritetssamhället. Under pågående projekt lärde deltagarna och ledarna för projektet att känna varandra bättre. En aspekt utifrån detta kan vara att deltagarna fick ett större förtroende för ledarna under tiden de deltog i projektet och då svarade ärligare på frågorna i enkäten vid andra mättillfället. De kanske inte vågade eller ville avslöja att de mådde dåligt vid första mättillfället. Om de mådde sämre än de uppgav vid första mätningen skulle det vara möjligt att gruppen mådde bättre vid andra intervjun än vid första.

Fördomar mot romer lever vidare genom generationerna. Det är viktigt att vi förstår hur det historiska arvets betydelse påverkar romers situation idag (SOU 2010:55). Psykisk ohälsa och värk är de vanligaste orsakerna till nedsatt arbetsförmåga hos en befolkning (Socialstyrelsen, 2009). Det framkommer i denna studie att detta ändå inte är hela förklaringen till att romer oftast är arbetslösa. Eftersom liknande förhållanden gäller både i Sverige och också f.d. öststater, innebär det att samhället borde snabbt tillhandahålla utbildning och sysselsättningsprogram som uppfyller behoven på arbetsmarknaden, för att romerna ska kunna ha en rimlig möjlighet att komma in på arbetsmarknaden. I studien framkommer att ungdomarna har insikt i behovet av utbildning för att senare kunna få ett arbete.

4.3 Metoddiskussion

En fördel med enkätundersökning med fasta svarsalternativ var att de kan ställas på nytt vid en senare tidpunkt (Ekholm & Fransson, 2006). Syftet med studien var att mäta självskattad hälsa vid två tillfällen därför valdes enkätstudie. Inom den romska gruppen är det, av kulturella skäl, svårt att svara på vissa frågor som kan uppfattas för privata, av det skälet fick gruppen godkänna SF-36. Det är ett validerat och reliabilitetstestat instrument. Instrumentet är väl använt internationellt både inom forskning och klinisk verksamhet (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995).

En enkätundersökning förutsätter att den tillfrågade förstår vad som står i frågeformuläret för att risken för missförstånd ska minskas (Eliasson, 2010). Några personer i föreliggande studie behövde få frågorna förklarade av cirkelledare i hälsokursen, på grund av svårigheter att läsa och förstå det svenska språket. Det kan finnas en risk att som intervjuare uppträda på ett sätt som kan påverka informanten att svara på ett sådant sätt som förväntas av dem (Patel & Davidsson, 2003). Detta kan påverka hur frågorna uppfattas av respondenten (Polit & Hungler, 1995). I manualen för SF-36 anges att frågan kan läsa upp för deltagaren men att intervjuaren inte ska tolka eller förklara en fråga (Sullivan, Karlsson & Taft, 2002). En fråga, nr 11, i SF-36 i hälsofaktorn GH - Allmän hälsa, kan missförstås om respondenten inte har fullgoda språkkunskaper. En av delfrågorna lyder "*jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner*". Svarsalternativen gick från "*stämmer precis*" till "*stämmer inte alls*". Om personen känner sig friskare kan svarsalternativet "*stämmer inte alls*" feltolkas. Resultatet för en studie kan påverkas av om deltagarna känner sig trygga eller inte i den miljön de fyller i enkäten (Trost, 2005). Situationen vid första mätningen var en ny upplevelse

för samtliga deltagare. Deltagarna kan ha blivit påverkade av miljön vid mätningarna då de alltid skedde i samma lokaler som projektet hölls och i närvaro av projektledarna.

Deltagarna i en studie måste vara representativ för populationen för att det ska vara möjligt att den ska avbilda populationen i miniatyr (Ejlertsson, 2005). Generaliserbarheten i föreliggande studie går inte att säkerställ eftersom urvalet var litet och bortfallet på hälften av deltagarna säkerligen kan ha påverkat resultatet.

4.4 Slutsats

Trots studiens metodologiska brister kan beskrivas att personer med romskt ursprung som deltar i en hälsokurs i ett arbetsmarknadsprojekt, skattar förbättrad hälsa över tid, i några hälsotillståndsfaktorer. I basmätningen från alla respondenter (n=28) svarar fem personer att de bedömer sitt allmänna hälsotillstånd "mycket bättre nu än för ett år sedan", tio personer svarar att de bedömer hälsotillståndet "ungefär detsamma" nu som för ett år sedan och två personer svarar att de bedömer hälsotillståndet "något sämre" än för ett år sedan. Resultatet i studien indikerar att kvinnorna skattar sin hälsa sämre än männen.

4.5 Förslag till vidare studier

Intresse har väckts för att göra en tredje mätning av hälsa hos den studerade gruppen romer. Att studera romska ungdomar skulle vara intressant. Det saknas en samlad bild över hur utbildningsnivå, arbetsmarknad och hälsa ser ut för romska ungdomar i jämförelse med andra ungdomsgrupper. Det vore också intressant att jämföra unga romer, som är nyanlända till Sverige, med unga romer från familjer som levt här i flera generationer.

REFERENSER

- Björngren, C.C. (2010). Omvårdnad i mångkulturella rum – frågor om kultur, etik och reflektion. A. Schwartz, (Red.). *Mellan förhoppning och misstro* (s. 213-230). Lund: Studentlitteratur.
- Brülde, B., Tengland, P-A (2003). *Hälsa och sjukdom - en begreppslog utredning*, Lund: Studentlitteratur.
- Cederberg, I. (2010). *Född fördömd: romerna - ett europeiskt dilemma*. Leopard. Stockholm.
- Delegationen för romska frågor, *Dir 2006:101*. Stockholm.
- Dimetri, S., & Dimetri-Friberg, G. (2004). *Svenska Romer/Zigenare*. Zigeniska kulturhistoriska föreningen. Författares Bokmaskin, Stockholm.
- Diskrimineringsombudsmannen, *Artikelnummer GLA 1*, 2010. Stockholm.
- Dorkova, Z., Sopkova, Z., & Tkacova, R. (2010). "CEM" risk factors and severity of obstructive sleep apnoea in central European Roma and non-Roma patients referred for a diagnostic polysomnography. *International Journal of Public Health* (2010) 55:429-434.
- Ds 1997:49. *Romer i Sverige - tillsammans i förändring*. Stockholm, Regeringens offsetcentral.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ekholm, M., & Fransson, A. (2006). *Praktisk intervju teknik*. Norstedts Akademiska förlag. Mölnlycke.
- Folkhälsoinstitutet. (2010). *Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder*. Rapport. Östersund: Statens folkhälsoinstitut..
- Johansen, JO. (1997). *Folket som ingen vill ha. Zigenarna i Östeuropa*. Brutus Östlings Bokförlag Symposium Stockholm/Stehag.
- Jönsson, Leif Roland. (2003). *Arbetslöshet ekonomi och skam - om att vara arbetslös i dagens Sverige*. Lunds Universitet Samhällsvetenskap, Socialhögskolan Lund.

- Konarski, K. (1992). *Jordmån för ett gott liv*. Kommunens Förlag, Bratts Trycker AB Jönköping.
- Kvetoslava, R. (2010). *The Health of the Roma people in Central and Eastern Europe*, 77-83. Pavol Jozef Safarik University Slovakia. Equilibria, s.r.o., Kôšice, Slovakia 2010.
- Lehti, A., & Mattsson, B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy woman - a general practice perspective. *Oxford Journals Vol.18 (4)*, 445-448.
- Lundh, C. (2005). *Invandringen till Sverige*. Stockholm: SNS Förlag.
- Länsstyrelsen i Stockholms län (2011). *Romano Zor! – Romsk kraft!* En inspirationsbok om vägar till utbildning och arbete.
- Marmot, M. (2006). Health in unequal world. *The Lancet*, 368 (9552), 2081-2094.
- Marmot, M., Wilkinson, R.G. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, 1999. New York..
- Malmö Stad (2008). *Romers situation i Malmö*. En rapport om Malmös minoritetspolitik utifrån romers perspektiv.
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund. Studentlitteratur.
- Montesino, N. (2002). *Zigenarfrågan intervention och romantik*. Kfs AB Lund
- Molnár, Á., Ádány, R., Ádám, B., Gulls, G., & Kosa., K. (2009). Health impact assessment and evaluation of a Roma housing project in Hungary. *Health & Place*, (2010) 16, 1240-1247
- Naess, Siri. (1979). *Livskvalitet. Om å ha det godt i byen og på landet*. Institutet for anvendt sosialvitenskapelig forskning, Oslo. INAS-rapport nr 2/1979.
- Nagy, Geza. (2007). "*Romer i Sverige - från syd till nord*", Romernas integration på den svenska arbetsmarknaden -hinder och förutsättningar, Rapport från en Temakonferens om mångfald och delaktighet.
- Nationalencyklopedin: www.ne.se/romer (Hämtad i januari 2012).
- Nordenfeldt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa; teori och kritik*. Stockholm: Liber AB.

- Nordström, K. (2006). *Rasism och främlingsfientlighet. i Sverige. Rapporter och delstudier om antisemitism, antiziganism och islamofobi* Integrationsverkets rapportserie 2007:03 © Integrationsverket 2007, artikelförfattarna var för sig.
- Nummela, OP., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., & Uetala, A.(2007). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place* (2008), *14*, 243-253.
- Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K. & Cooper, C.(2006). Health status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiology & Health* (2007) *61*, 198-204.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning.* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Peters, J., Parry, GD., Van Cleemput, P., Moore, J., Cooper, CL & Walters, SJ. (2009). Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups. *Ethnicity & Health*, *14*(4), 359-377.
- Polit, D.F & Hungler, B.P.(1995). *Nursing research Principles and Methods.* Philadelphia. J.B. Lippincott company.
- Regeringskansliet, Pressmeddelande 30 juli 2010 Integrations- och jämställdhetsdepartementet Delegationen för romska frågor.
- SOU 2010:55, *Romers rätt - en strategi för romer i Sverige.* Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Delegationen för romska frågor. Regeringskansliet Stockholm. Elanders Sverige AB, Stockholm 2010.
- SFS 2009:724. *Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk.* Sveriges Riksdag <http://www.riksdagen.se>. Hämtad januari 2012.
- SÖ 2000:2. Ramkonvention om skydd för nationella minoriteter. Regeringskansliet. <http://www.regeringen.se/sb/d/481/a/12830>. Hämtad i januari 2011.
- Simko, V., Ginters, E. (2010). Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (gypsies) in Slovakia. *Central European Journal of Public Health*, 2010. *18* (1), 16-8.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009.* Stockholm: Socialdepartementet.

- Skodova, Z., van Dijk, FP., Nagyova, I., Rosenbergen, J., Ondusa, D., Studencan, M., & Reijneveld, SA. (2010). Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *International Journal of Public Health* (2010) 55, 373-380.
- Skolverket (2007). Romer i skolan – en fördjupad studie Skolverket, Rapport 292, Stockholm.
- Starrin, B., Forsberg, E., & Rantakeisu, U., I arbetslöshetens spår - ekonomisk stress, skam och hälsa (1999). Härenstam, A., Lundberg, U, Lindbladh, E, Starrin, B (red) I vanmaktens spår - om sociala villkor, utsatthet och ohälsa. Boréa Bokförlag. Fälth & Hässler, Smedjebacken , 1999.
- Statens Folkhälsoinstitut (2010). *Hur mår Sveriges Nationella Minoriteter*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut
- Svenska ESF-rådet, Europeiska socialfonden. Hämtad i januari 2012, från <http://www.esf.se/sv/Projektbank/Behallare-for-projekt/Ostra-Mellansverige/Romano-Zor---Romsk-kraft/>
- Sullivan, M. Karlsson, J., & Taft, C., Ware, JR JE. SF 36 Hälsoenkät: Svensk Manual och tolkningsguide. 2:a upplagan (Swedish Manual an Interpretation Guide, 2nd Edition). Gothenburg: Sahlgrenska University Hospital, 2002.
- Sullivan, M. Karlsson, J., & Taft, C., Ware, JR JE. The Swedish SF-36 health survey. Evaluation data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general population in Sweden. *Social Science Medicine*. 1995; 41(10): 1349-1358.
- Sutherland, A. (1992). Gypsies and Health Care. *The Western Journal of Medicine*, 157, 276-280.
- SFS 2009:724. Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Stockholm: Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Sveriges Riksdag.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur; Lund
- Ungdomsstyrelsen (2009) Rapport till Delegationen för romska frågor. Stockholm
- Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J. & Cooper, C. (2007). Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study, *Journal of Epidemiology Community Health*, 61 (3), 205-210

WHO Quality Of Life Group. Study protocol for the World health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) *Quality Life Research* 1993, 2, 153-9.

Vokò, A., Csèpe, P., Nèmeth, R., Kòsa, Z., Szèles, G. & Àdány, R. (2009). Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *Journal of Epidemiology Community Health*, 63(6), 455-460.

Zeman, CL., Depken, DE., & Sencina, DS. (2003). Roma Health Issues: A Review of the Literature and Discussion. *Ethnicity&Health*, 2003; 8(3): 223-249.

Bilaga 1.

Hälsomått	Lägsta möjliga värde.	Högsta möjliga värde.
Fysisk funktion (PF)	Mycket begränsad fysisk aktivitetsnivå, inklusive ADL, som att tvätta och klä sig.	Kan utföra alla former av fysisk aktivitet, inklusive de mest ansträngande.
Rollfunktion - Fysisk (RP)	Problem med att utföra arbete eller regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.	Inga problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.
Smärta (BP)	Mycket svår och i mycket hög grad handikappande värk/smärta.	Ingen värk/smärta och inga funktionsinskränkningar på grund av värk/smärta.
Allmän hälsa (GH)	Värderar sitt hälsotillstånd som dåligt och tror att hälsa kommer att bli sämre.	Värderar hälsan som utmärkt.
Vitalitet (VT)	Känner sig trött och utsliten hela tiden.	Känner sig riktigt pigg och energisk hela tiden.
Social funktion (SF)	Omfattande och ofta förekommande störningar av det normala umgänget i och utanför hemmet på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.	Upprätthåller det normala sociala umgänget i och utanför hemmet utan störningar på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.
Rollfunktion - Emotionell (RE)	Svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.	Inga svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.
Psykiskt välbefinnande (MH)	Känner sig nervös och nedstämd hela tiden	Känner sig harmonisk, lugn och glad hela tiden

Bilaga 2

Hälsfaktorer	Fråga
Fysisk funktion (PF)	3a-3j
Rollfunktion-	
Fysiska orsaker (RP)	4a-4d
Smärta (BP)	7, 8
Allmän hälsa (GH)	1, 11a-d
Vitalitet (VT)	9a, 9e, 9g, 9i
Social funktion (SF)	6, 10
Rollfunktion-	
Emotionella orsaker (RE)	5a-c
Psykiskt välbefinnande	
(MH)	9b, 9c, 9d, 9f, 9h
Förändring av hälsan	2

HÄLSOENKÄT

INSTRUKTION: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv.

Besvara frågorna genom att sätta en ring runt den siffra Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, ringa ändå in den siffra som känns riktigast.

1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:

(Sätt en ring runt en siffra)

- Utmärkt.....1
Mycket god.....2
God.....3
Någorlunda.....4
Dålig.....5

2. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

(Sätt en ring runt en siffra)

- Mycket bättre nu än för ett år sedan.....1
Något bättre nu än för ett år sedan.....2
Ungefär detsamma.....3
Något sämre nu än för ett år sedan.....4
Mycket sämre nu än för ett år sedan.....5

3. De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?

(Sätt en ring runt en siffra på varje rad)

	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inté alls begränsad
a. Ansträngande aktiviteter, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter	1	2	3
b. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete	1	2	3
c. Lyfta eller bära matkassar	1	2	3
d. Gå upp för flera trappor	1	2	3
e. Gå upp för en trappa	1	2	3
f. Böja Dig eller gå ner på knä	1	2	3
g. Gå mer än två kilometer	1	2	3
h. Gå några hundra meter	1	2	3
i. Gå hundra meter	1	2	3
j. Bada eller klä på Dig	1	2	3

4. Under de senaste fyra veckorna har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?

(Sätta en ring runt en siffra på varje rad)

	JA	NEJ
a. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	1	2
b. Uträttat mindre än du skulle önskat	1	2
c. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	1	2
d. Haft svårigheter att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t.ex. genom att det krävde extra ansträngning)	1	2

5. Under de senaste fyra veckorna, har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

(Sätta en ring runt en siffra på varje rad)

	JA	NEJ
a. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	1	2
b. Uträttat mindre än Du skulle önskat	1	2
c. Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt	1	2

6. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

(Sätt en ring runt en siffra)

- Inte alls 1
 Lite 2
 Måttligt 3
 Mycket 4
 Våldigt mycket 5

7. Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

(Sätt en ring runt en siffra)

- Ingen 1
 Mycket lätt 2
 Lätt 3
 Måttlig 4
 Svår 5
 Mycket svår 6

8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

(Sätt en ring runt en siffra)

- Inte alls 1
 Lite 2
 Måttligt 3
 Mycket 4
 Våldigt mycket 5

9. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna ...

(Sätt en ring runt en siffra på varje rad)

	Hela Tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
a. Har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	1	2	3	4	5	6
b. Har Du känt Dig mycket nervös?	1	2	3	4	5	6
c. Har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp Dig?	1	2	3	4	5	6
d. Har Du känt Dig lugn och harmonisk?	1	2	3	4	5	6
e. Har Du varit full av energi?	1	2	3	4	5	6
f. Har Du känt Dig dyster och ledsen?	1	2	3	4	5	6
g. Har Du känt Dig utsliten?	1	2	3	4	5	6
h. Har Du känt Dig glad och lycklig?	1	2	3	4	5	6
i. Har Du känt Dig trött?	1	2	3	4	5	6

10. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt, vänner, etc.)?

(Sätt en ring runt en siffra)

- Hela tiden 1
 Största delen av tiden 2
 En del av tiden 3
 Lite av tiden 4
 Inget av tiden 5

11. Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket vard och ett av följande påståenden STÄMMER eller INTE STÄMMER in på Dig.

(Sätt en ring runt en siffra på varje rad)

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Osäker	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
a. Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor	1	2	3	4	5
b. Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	1	2	3	4	5
c. Jag tror min hälsa kommer att bli sämre	1	2	3	4	5
d. Min hälsa är utmärkt	1	2	3	4	5