

Ekonomisk knapphet, skuldsättning och hälsa

Margareta Dackehag, Lina Maria Ellegård,
Ulf Gerdtham och Therese Nilsson

Ekonomisk knapphet, skuldsättning och hälsa har skrivits av Margareta Dackehag, Lina Maria Ellegård, Ulf Gerdtham och Therese Nilsson, verksamma vid Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet. Ulf Gerdtham är även verksam vid institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, och Therese Nilsson är även verksam vid Institutet för Näringslivsforskning (IFN). Artikeln har skrivits inom ramen för forskningsprojektet *Ekonomisk knapphet, skuldsättning och hälsa* (projektledare Therese Nilsson) vilket finansierats av Kronofogdemyndigheten under 2015, men författarna själva är ansvariga för artiklens innehåll. Författarna är mycket tacksamma för det finansiella stöd som möjliggjort denna forskning. Denna artikel har publicerats internt vid Kronofogdemyndigheten.

Sammanfattning

Tillgången på kredit kan öka människors hälsa och välfärd, men mot bakgrund av att skulder så småningom måste betalas tillbaka är det samtidigt tänkbart att överskuldssättning kan ge upphov till försämrad hälsa. I denna rapport använder vi svenska enkät- och registerdata på individnivå för att närmare studera denna fråga. Särskilt undersöker vi sambandet mellan betalningssvårigheter och olika subjektiva och objektiva hälsomått. Vår empiriska analys ger att det inte verkar finnas särskilt starka samband mellan ekonomisk knapphet och hälsa när man tar hänsyn till initial hälsostatus och knapphet. Vi finner visserligen genomgående signifikanta samband mellan betalningssvårigheter och självrapporterad ohälsa, men när vi istället studerar objektiva hälsomått, i form av data från Läkemedelsregistret, noterar vi ingen överrisk för konsumtion av antidepressiva läkemedel, lugnande medel, hjärtmedicin eller blodtrycksmedicin. Däremot har individer med betalningssvårigheter en viss överrisk för användande av sömnmedel och magsårsmedel. I en fördjupande analys finner vi att sambandet mellan betalningssvårigheter och senare hälsoproblem till stor del förklaras av inneboende egenskaper, så som exempelvis stresstålighet.

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	4
2. KONCEPTUELLT RAMVERK	8
2.1 RAMVERKET	8
2.2 LÄRDOMAR AV RAMVERKET	11
3. LITTERATURÖVERSIKT	14
3.1 FAKTORER SOM RELATERAR TILL BÅDE EKONOMISK KNAPPHEIT OCH OHÄLSA	14
3.2 SAMBAND MELLAN EKONOMISK KNAPPHEIT OCH HÄLSA	16
3.3 SKILLNADER MELLAN SUBJEKTIVT UPPLEVD OCH OBJEKTIV KNAPPHEIT	18
3.4 EKONOMISK KNAPPHEIT OCH FYSISK HÄLSA	19
3.5 SAMMANFATTNING	20
4. DATA	23
4.1 DATAKÄLLOR	23
4.2 DATAS KRONOLOGISKA ORDNING	24
4.3 VARIABLER	24
4.4 BESKRIVANDE STATISTIK	27
5. EMPIRISK ANALYS	30
5.1 FÖREGÅR KNAPPHEIT OHÄLSA?	31
5.2 FÖREGÅR OHÄLSA KNAPPHEIT?	40
5.3 PANELANALYS AV SAMBANDET MELLAN TIDIGARE BETALNINGSSVÅRIGHETER OCH OHÄLSA	45
6. AVSLUTANDE KOMMENTAR	52
REFERENSER	56
APPENDIX A	61

1. Introduktion

Svenska hushåll är högt skuldsatta, både i ett historiskt perspektiv och jämfört med andra länder (SOU 2013:78), och ny statistik visar att hushållens skulder fortsätter att öka.¹ Orsakerna till detta är flera och relaterar till såväl utbud som efterfrågan. I ett samhälle med en avreglerad finansmarknad är krediter och skulder en central del av människors ekonomiska villkor och Sverige har sedan 1980-talet kraftigt liberaliserat den finansiella marknaden. Samtidigt är kostnaden för lån idag historiskt låg. Digitalisering och ny teknik har gjort det enklare att uppta lån, och låga räntor innebär låga kostnader för att hålla lån. Banksystemet har också kunnat tillhandahålla stora mängder lån. Institutionella faktorer – så som bostadsmarknadens karaktär – har också betydelse, i sig själv och i interaktion med de ovan nämnda faktorerna.² En stor del av den höga skuldsättningsgraden kan relateras till bostadslån (Finansinspektionen, 2015). Mer än 90 procent av hushållens samlade lån är just lån till bostäder (Winstrand och Ölcer, 2014). Samtidigt har även lån till konsumtion ökat, och under de senaste åren har det vid upprepade tillfällen rapporterats om att allt fler individer upptar snabb lån.

Människors ekonomiska villkor är viktiga för välmåendet, och det är välkänt att människor med högre socioekonomisk status tenderar att ha bättre hälsa. Empirisk evidens för detta samband finns för flera olika dimensioner av hälsa, exempelvis självrapporterat hälsotillstånd, livslängd, rökning och övervikt (Kjellsson och Gerdtham 2014, Ljungvall 2012, Marmot 2010, Kunst m fl 2004). Tillgången på kredit kan, liksom ekonomiska medel generellt, öka människors välfärd och hälsa, dels genom att ge hushåll med otillräckliga besparingar möjlighet att konsumera dyra varor (t.ex. bil och hem) i direkt samband med att behov uppstår, dels genom att möjliggöra investeringar i humankapital, som ökar hushållets och individens framtida konsumtionsmöjligheter.

Mot bakgrund av att skulder så småningom måste betalas tillbaka är det samtidigt även tänkbart att människors skuldbörda kan ge upphov till sämre hälsa och välmående, inte minst på längre sikt. En direkt mekanism i sammanhanget relaterar till att resurser, som skulle kunna ha använts till hälsofrämjande åtgärder, istället måste användas till att betala av skulder. Om en signifikant andel av inkomsten varje månad går till att betala räntor och amorteringar är det vidare tänkbart att skuldsättningen indirekt ger upphov till stress, vilket in sin tur inverkar negativt på hälsan. Sannolikt kan denna hälsoförsämrande effekt bli särskilt påtaglig i en situation när en individ eller ett hushåll har tagit på sig mer skulder än man har råd med.³

¹ Hushållens skulder ökade under perioden oktober 2014 - oktober 2015 med sju procent (Finansinspektionen, 2015).

² Exempel på andra legala och institutionella landspecifika faktorer som kan tänkas spela roll för belåningsgraden är graden av tillit och säkra äganderätter.

³ Ny statistik visar att allt fler söker skuldsanering och en kraftig ökning av antalet obetalda snabb lån (Kronofogden 2015)

Trots detta finns relativt lite kunskap om välfärdskonsekvenser relaterade till skuldsättning och överskuldsättning, inte minst vad gäller hälsoutfall. En forskningslitteratur undersöker sambandet mellan storleken på hushålls skulder å ena sidan, och fysisk och mental hälsa å andra sidan (Bridges and Disney 2010, Norvilitis och MacLean 2010, Worthington 2006, Brown et al 2005). Resultaten från denna forskning, som i huvudsak kommer från en amerikansk kontext, tyder på att hög skuld samvarierar med mer stress och sämre hälsa, men resultaten är inte entydiga. Från tidigare svensk forskning vet vi även att överskuldsatta i många avseenden mår sämre än befolkningen i allmänhet (Ahlström 1998, Ahlström och Savemark 2010, Ahlström och Edström 2014). Det finns även indikationer på att överskuldsättning kan vara en mekanism i sambandet mellan inkomst och hälsa. Exempelvis finner Zimmerman och Katon (2005) att sambandet mellan inkomst och mental hälsa försvagas då man beaktar hushållens erfarenhet av ekonomisk stress.

Ett problem i den befintliga litteraturen kring skuldsättning och hälsa är att det är svårt att utesluta att andra, för forskare inte observerbara, faktorer påverkar både individers hälsa och risken att de hamnar i överskuldsättning. Det är svårt att avgöra om skuldsättning i sig orsakar hälsoproblem, eller om människor med vissa egenskaper – så som en risktagande eller stresskänslig personlighet – tenderar att samtidigt vara mer skuldsatta och ha sämre hälsa. Likaså är det få existerande studier som tar hänsyn till problemet med omvänd kausalitet, dvs att ohälsa lika gärna kan vara en orsak till betydande skuldsättning och betalningssvårigheter som tvärtom (se t ex diskussion i Gathergood 2012a). Generellt kan även noteras (se t ex SOU 2013:79, s 62) att flertalet studier kring skuldsättningens hälsoeffekter baseras på intervjuer gjorda med överskuldsatta individer. Det är svårt att dra säkra slutsatser från studier med så små och selektiva urval.

En annan omständighet, som utgör ett veritabelt hinder för kvantitativa analyser av överskuldsättningens orsaker och konsekvenser, är att det råder brist på statistik över förekomsten av överskuldsättning. Kvantitativt inriktade forskare är hänvisade till att studera proxyvariabler, såsom hushållets skuldnivå eller självrapporterade problem med att betala räkningar. Dessa mått fångar in en större population än de överskuldsatta: en hög skuldnivå är inte liktydigt med en ohållbar skuldnivå, och betalningsproblem kan vara tillfälliga.

I föreliggande rapport redovisar vi omfattande kvantitativa analyser av sambanden mellan ekonomisk knapphet och hälsa för individer som lever i Sverige. I likhet med tidigare studier kan vi inte direkt identifiera överskuldsatta, utan måste använda proxyvariabler. Vi använder oss huvudsakligen av förekomst av betalningssvårigheter som proxy för överskuldsättning. Som vi diskuterar närmare i kapitel 4 har denna indikator såväl styrkor som svagheter. En särskild styrka är att indikatorn i mångt och mycket återspeglar den definition av överskuldsättning som Kronofogdemyndigheten har använt i tidigare arbeten: *Överskuldsatt är den som själv upplever sig ha ständigt återkommande problem med att inte kunna betala alla sina räkningar* (Kronofogden 2008). Vårt mått fångar in den grupp individer som skulle svara jakande på denna fråga. Men därutöver fångar måttet även in personer med tillfälliga

betalningssvårigheter, som inte skulle klassas som överskuldsatta. Det är därför rimligare att säga att vi analyserar sambanden mellan ekonomisk knapphet och hälsa.

En viktig skillnad gentemot tidigare studier är att vi har tillgång till stora datamängder, vilket gör att vi kan undvika att dra slutsatser på basis av små urval. Vidare följs varje individ över tid i materialet, vilket är fördelaktigt eftersom vi därmed – till skillnad från många tidigare studier – kan ta hänsyn till individernas hälsostatus före de ekonomiska svårigheterna uppstod (och vice versa). De specifika frågeställningarna av intresse är om *ekonomisk knapphet leder till sämre hälsa*, och om *dålig hälsa leder till ekonomisk knapphet*.

En ytterligare fördel jämfört med tidigare nationella och internationella studier är att vårt datamaterial innehåller registerdata över läkemedelsanvändning, som vi använder som indikator på hälsoproblem. Den tidigare litteraturen har främst studerat självrapporterad information om hälsa. I jämförelse med självrapporterad data har registerdata tydliga fördelar. Exempelvis är det inte osannolikt att olika människor har väldigt olika syn på vad god hälsa är vilket påverkar vad de uppger i undersökningar, men också att människor anpassar sina föreställningar om vad ett gott hälsotillstånd är och på så sätt ständigt höjer ribban för vad det är att må bra (Bago D’Uva m.fl. 2008, 2011). Med registerdata undviker vi även risken med mätfel till följd av att individer rapporterar hälsoproblem som de inte har, eller tvärtom väljer att inte rapportera vissa hälsoproblem.

Vår empiriska analys ger att det inte finns särskilt starka samband mellan ekonomisk knapphet och hälsa när man tar hänsyn till initial hälsostatus och knapphet. Vi finner visserligen genomgående signifikanta samband mellan betalningssvårigheter och självrapporterad ohälsa, men när vi istället studerar objektiva hälsomått i form av data från Läkemedelsregistret noterar vi ingen överraskning för konsumtion av antidepressiva läkemedel, lugnande medel, hjärtmedicin eller blodtrycksmedicin. Däremot finns en överraskning för användande av sömnmedel och magsårsmedel. En invändning mot att mäta människors hälsa utifrån deras läkemedelskonsumtion är att vi kan missa lättare hälsoproblem och andra typer av behandlingar än läkemedelsbehandling, såsom samtalsterapi. Likväl kan vi konstatera att tolkningen av resultaten för de självrapporterade hälsomåtten kompliceras av att de objektiva hälsomåtten ger en mindre negativ bild. Därtill finner vi i en fördjupad analys att sambandet mellan betalningssvårigheter och senare hälsoproblem – självrapporterade såväl som objektiva – till stor del förklaras av inneboende egenskaper, så som ex. individers stresstålighet.

För att möjliggöra framtida studier av sambanden mellan just *överskuldsättning* och hälsa vill vi understryka betydelsen av att statistiken om individers och hushålls skulder och tillgångar utvecklas ytterligare. Detta gäller inte minst data från Kronofogdemyndigheten. Vi vill särskilt understryka att det ur forskningssynpunkt är viktigt att kunna följa hur individer rör

sig in och ut ur överskuldsättning. Ett sätt att generera denna information vore att årligen skapa en spegel av fogdens register över skuldsatta och skulder.⁴

I de nästkommande kapitlen presenterar vi ett konceptuellt ramverk samt återger det aktuella forskningsläget kring sambanden mellan ekonomisk knapphet och hälsa. Särskilt viktigt är att ge insikt om hur svårt det är att verkligen fastställa vilka effekter som existerar och hur stora dessa är i förhållande till andra hälsopåverkande faktorer. Rapporten ger inga slutgiltiga svar på frågor kring dessa samband, men en god inblick kring mönster i forskningen och den empiriska appliceringen i kapitel 5 ger förhoppningsvis en bra bild kring hur sambanden ser ut i Sverige idag.

⁴ Idag kan datauttag göras från Kronofogdemyndigheten som i sin tur kan matchas med register, men dessa data har stora selektionsproblem då individer som betalat av sina skulder raderas ur systemet efter en viss tidsperiod.

2. Konceptuellt ramverk

För att samla tankarna inför litteraturgenomgången och redovisningen av vår egen undersökning innehåller detta avsnitt ett konceptuellt ramverk. Syftet är dels att förtydliga vad vi avser med ekonomisk knapphet, dels att diskutera vilka olika mekanismer som skulle kunna förklara sambanden mellan knapphet och ohälsa. Ramverket tydliggör också att de samband som identifierats i den befintliga litteraturen kring ekonomisk knapphet och hälsa kan tolkas på flera sätt.

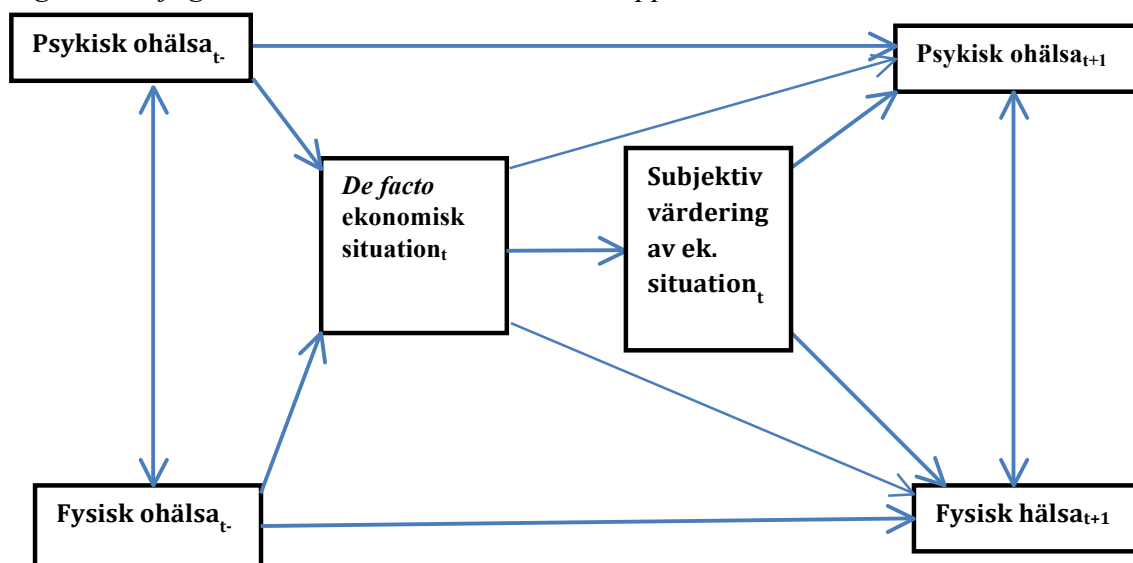
Innan vi presenterar ramverket vill vi poängtera skillnaden mellan att ha låg inkomst och att ha knappa marginaler. Med knappa marginaler avses svårigheter att täcka sina utgifter (för konsumtion såväl som för avbetalningar på skulder). Förvisso är personer som har en låg inkomst i högre utsträckning utsatt för risken att ha knappa marginaler – det finns en gräns för hur långt man kan pressa ned sina utgifter, och ju lägre inkomst man har, desto närmare måste man befinna sig denna gräns. Men på kort till medellång sikt kan även personer med högre inkomster hamna i en situation med knappa marginaler. Låt oss exempelvis föreställa oss att räntekostnaderna för boende skulle öka och leda till knappa marginaler för ett hushåll bosatt i en villaförort utanför någon av storstäderna. På sikt kan hushållet anpassa sig genom att flytta till ett billigare boende, men på kort sikt kan de inte ändra sin bostadssituation. De är därmed fast i en situation med knappa marginaler till följd av höga boende- och pendlingskostnader. Om fastighetspriserna samtidigt faller kan det till och med vara omöjligt för hushållet att minska sina utgifter genom att flytta, eftersom de fortfarande är återbetalningsskyldiga mot sin bank för den del av huslånet som inte täcks vid försäljningen.

Vi vill också poängtera att vi inte uteslutande diskuterar så kallat överskuldsatta personer, som enligt Kronofogden (2008) ”upplever sig ha ständigt återkommande problem med att inte kunna betala alla sina räkningar”. Överskuldsatta enligt denna definition faller definitivt inom ramen för rapporten, men det gör även personer med mindre långvariga betalningsproblem, samt personer som är högt skuldsatta men som ännu lyckats betala enligt plan.

2.1 Ramverket

Figur 1 illustrerar de möjliga sambanden mellan ekonomisk knapphet och ohälsa, uppdelad på fysisk och psykisk ohälsa. Med *fysisk ohälsa* avses hälsoproblem som värk och somatiska sjukdomar. Med *psykisk hälsa* avses såväl fastställda psykiska diagnoser som individens självupplevda erfarenhet av depression, ångest etc. Med *de facto ekonomisk situation* avses individens förmåga att klara av att täcka sina utgifter; denna förmåga kan vara mer eller mindre god. Med *subjektiv värdering av ekonomisk situation* avses individens uppfattning om sin ekonomiska situation, närmare bestämt hur orolig individen känner sig för sin ekonomi vid en given *de facto* ekonomisk situation. Aktuell tidpunkt noteras för respektive variabel, där t-1 motsvarar situationen i en föregående tidsperiod och t+1 situationen i en senare tidsperiod.

Figur 1. Möjliga samband mellan ekonomisk knapphet och ohälsa



Från boxarna *fysisk/psykisk ohälsa* i tidpunkten $t-1$ går pilar till boxen *de facto ekonomisk situation* vid tidpunkt t . Dessa pilar representerar att ohälsa kan vara en direkt orsak till ekonomisk knapphet, det vill säga att ohälsa kan orsaka en försämring av individens *de facto* ekonomiska situation. En generell mekanism är att ohälsa, antingen fysisk eller psykisk, försämrar individens försörjningsmöjligheter genom att förhindra individen att behålla, eller få, inkomst från anställning; individen blir då hänvisad till lägre inkomster från socialförsäkringssystemen, vilket ökar risken för knapphet om utgiftsnivån är svår att påverka. Här belyser vårt ramverk att institutionella skillnader mellan länder kan påverka hur sambanden mellan ekonomisk knapphet och ohälsa ser ut. I ett land med generösa socialförsäkringar är det mindre sannolikt att personer vid dålig hälsa hamnar i en situation med knappa marginaler, än i ett land där socialförsäkringarna är snåla eller obefintliga. Sambandet är alltså svagare i det första fallet. För personer med psykiska diagnoser kan man vidare föreställa sig andra tänkbara förklaringar bakom pilen från psykisk ohälsa till ekonomisk situation. Exempelvis kan det ingå i sjukdomsbilden att ha svårt att hantera den egna ekonomin, rädsla för kontakter med myndigheter som Kronofogdemyndigheten etc.

Vänder vi på orsakssambandet ser vi från boxen *de facto ekonomisk situation* en första pil direkt till *psykisk ohälsa* i tidpunkten $t+1$. Denna pil fångar upp den direkta effekten som ekonomisk knapphet har på psykisk ohälsa, utan hänsyn till hur individen uppfattar sin ekonomiska situation. Även om det är lätt att föreställa att knappa marginaler kan leda till psykisk ohälsa, är det faktiskt inte så enkelt att fundera ut hur detta skulle gå till om man inte först tar vägen via individens värdering av sin ekonomiska situation. Ett undantag skulle vara om knappheten innebär att individen inte har råd att tacka nej till ett arbete som är psykiskt påfrestande, och i förlängningen leder till psykisk ohälsa. För att ta ett konkret exempel

föreställer vi oss en kvinna som till följd av en skilsmässa möter knappare marginaler än tidigare. Kvinnan jobbar inom hemtjänsten och arbetsmiljön är mycket stressig. Hennes försämrade *de facto* ekonomiska situation kan då i längden orsaka försämrad psykisk hälsa, genom att kvinnan – enbart till följd av den ökande knappheten – blir tvungen att fortsätta, och kanske till och med måste gå upp i arbetstid, i sitt psykiskt krävande arbete. Notera att kvinnan inte behöver känna sig stressad över knappheten i sig; det enda som krävs är att hon är medveten om att hon har knappare marginaler än tidigare och att detta ”låser” henne vid arbetsplatsen. Det är stressen på jobbet som utlöser den psykiska ohälsan.

På samma sätt finns en pil från *de facto ekonomisk situation* direkt till *fysisk ohälsa* i tidpunkt $t+1$. Denna pil kan motiveras med ett liknande exempel; vi kan t ex föreställa oss hur den fysiska hälsan hos den frånskilda kvinnans före detta man påverkas negativt av att han måste arbeta mer, eller längre, än vad han hade behövt om de förblivit samboende med de ekonomiska fördelar som detta innebär.⁵ Med knappa marginaler finns det kanske inte heller utrymme, ekonomiskt eller tidsmässigt, att investera i sin hälsa på samma sätt som tidigare. Individens kan tvingas avstå från nytt träningskort eller andra fritidsaktiviteter som bidrar till psykiskt eller fysiskt välmående.

Man hittar fler exempel på hur en *de facto* ekonomisk situation skulle kunna påverka hälsan, om man först låter pilen passera boxen *subjektiv värdering av ekonomisk situation*. Denna box är inlagd för att betona att olika individer tolkar en given *de facto* situation på olika sätt. En given knapphetsnivå kan göra somliga mycket stressade, medan andra har en mer avslappnad inställning (Bridges & Disney, 2010). Med andra ord, den *de facto* ekonomiska situationen påverkar *den subjektiva värderingen* av samma situation *via* individens stressbenägenhet. Från boxen *subjektiv värdering* går sedan en pil till psykisk ohälsa. Här samlas alla förklaringar som relaterar till hur den utlösta stressen i längden påverkar den psykiska hälsan negativt. Eftersom stress även påverkar fysiska faktorer som exempelvis blodtryck finns även en pil från *subjektiv värdering* till *fysisk hälsa*.

Det finns också pilar mellan de olika ohälsoboxarna. Den dubbelriktade pilen mellan fysisk och psykisk ohälsa representerar de följder psykisk ohälsa, via stress och hälsovådligt beteende, kan få för den fysiska hälsan, men också den psykiska press som kan resultera från fysiska hälsoproblem. För att figuren ska vara läsbar skall bortser vi i figuren från pilarna mellan t.ex. psykisk ohälsa vid t och fysisk ohälsa vid $t+1$, även om sådana långtidssamband kanske egentligen är mer realistiska än de samtidiga samband som visas i den dubbelriktade pilen. Vidare uppvisar den individuella ohälsan en hög grad av persistens – både ohälsa och hälsa tenderar att hålla i sig över tid. Detta representeras av pilarna mellan hälsostatusen vid tidpunkten $t-1$ och hälsostatusen vid tidpunkt $t+1$.

⁵ Det finns skalekonomiska fördelar med att leva tillsammans snarare än som singel, exempelvis i form av lägre boende- och andra levnadsomkostnader.

2.2 Lärdomar av ramverket

Det viktigaste budskapet att ta med sig från ramverket är att ett tvärsnittssamband mellan hälsa och ekonomisk knapphet kan spegla orsakssamband i bägge riktningar. Om en person vid samma tillfälle uppger att hen både lider av hälsoproblem och är drabbad av betalningssvårigheter är det omöjligt att avgöra vad som är hönan och vad som är ägget. Det är även tänkbart att det finns orsakssamband i bägge riktningar.

För att avgöra om ekonomisk knapphet orsakar ohälsa krävs alltså data där den ekonomiska knappheten föregår ohälsan. Det krävs också data över hur individernas hälsostatus såg ut vid det tillfälle då knappheten uppmäts. Om man inte kontrollerar för tidigare hälsostatus är det möjligt att en korrelation mellan tidigare knapphet och senare ohälsa bara speglar att ohälsan är långvarig och att gruppen med knappa marginaler hade sämre hälsa från början.

På samma sätt, om man vill undersöka orsakssambandet i andra riktningen, från ohälsa till senare knapphet, krävs dels att man har data där ohälsan föregår knappheten, dels att man kan kontrollera för initial knapphet, eftersom knappheten kan vara långvarig och gruppen med sämre hälsa också hade knappare marginaler från början.

Vi tar hänsyn till detta i vår empiriska undersökning genom att kontrollera för tidigare hälsotillstånd/ekonomisk situation. Därutöver tittar vi på vissa undergrupper av individer för att undersöka hur knapphet (ohälsa) påverkar risken att för första gången drabbas av ohälsa (knapphet). Det vill säga, vi undersöker följande frågor:

1. Om vi bara undersöker undergruppen av individer som *inte* tidigare lidit av hälsoproblem, finner vi då att individer som befunnit sig i en ekonomiskt knapp situation har en överrisk att senare drabbas av hälsoproblem?
2. Om vi bara undersöker undergruppen av individer som *inte* tidigare befunnit sig i en ekonomiskt knapp situation, finner vi då att individer som led av hälsoproblem före intervjuåret har en överrisk att hamna i en ekonomiskt knapp situation?

Avgränsningen av stickprovet och kronologin hos variablerna avgör om det är fråga 1 eller 2 som besvaras. Tabell 2.1 nedan illustrerar distinktionen mellan de båda frågorna. Av den vänstra kolumnen framgår att befolkningen kan delas in i fyra ömsesidigt uteslutande grupper: A. Personer som tidigare ("Igår") varken haft betalningssvårigheter eller hälsoproblem; B. Personer som tidigare har haft betalningssvårigheter, men inga hälsoproblem; C. Personer som inte tidigare haft betalningssvårigheter, men däremot hälsoproblem; och D. Personer som tidigare haft både betalningssvårigheter och hälsoproblem. När vi undersöker fråga 1. ovan vill vi jämföra förekomsten av betalningssvårigheter *idag* i grupp A och B. När vi undersöker fråga 2. ovan vill vi jämföra förekomsten av hälsoproblem *idag* i grupp A och C. Notera att Grupp D inte är intressant i undergruppsanalysen: eftersom de redan i utgångsläget har både betalningssvårigheter och ohälsa är det omöjligt att avgöra om eventuella framtida betalningssvårigheter och ohälsa hänger ihop med det ena eller det andra.

Tabell 2.1 Datas kronologiska ordning

IGÅR			IDAG
Grupp:	Betalningssvårigheter?	Hälsoproblem?	Empirisk fråga:
A	Nej	Nej	Orsakar betalningssvårigheter igår dålig hälsa idag (fråga 1)? - <i>Jmf hälsolivån idag i grupp A och B</i>
B	Ja	Nej	
C	Nej	Ja	Orsakar dålig hälsa igår betalningssvårigheter idag (fråga 2)? <i>Jmf förekomsten av betalningssvårigheter idag i grupp A och B.</i>
D	Ja	Ja	

En andra viktig lärdom från ramverket är att merparten av det eventuella orsakssambandet från ekonomisk knapphet till ohälsa går via förhöjd stress till oro för den ekonomiska situationen – det vill säga, via effekten på individens subjektiva värdering av sin ekonomiska situation. En konsekvens av detta är att det är orealistiskt att förvänta sig att en viss objektiv knapphetsnivå har samma hälsoeffekt på alla, eftersom det finns en individuell variation i hur man reagerar på knapphet. Vissa blir mycket stressade av att vara tre dagar försenade med hyran, andra bryr sig inte alls. Med andra ord, ekonomisk knapphet kan betraktas som en av många stressorer som påverkar människor i olika hög grad. Lika gärna som att betrakta knappheten i sig som problematisk för hälsan, kan man alltså betrakta individens oförmåga att förhålla sig ostressad som respons på knappheten som problematisk för hälsan.

Detta innebär i sin tur att sambandet mellan hälsa och *objektiva* mått på knapphet (exempelvis oförmåga att betala räkningar den senaste tiden, eller ränteutgifter i förhållande till inkomst) torde försvagas om man kontrollerar för individens *subjektiva värdering* (exempelvis hur orolig individen är för sin ekonomi).

I relation till detta är det viktigt att notera skillnaderna mellan i) mått på faktisk knapphet som härrör från andra källor än individen själv, ii) mått som baseras på självrapporterade uppgifter om faktisk knapphet, och iii) mått som baseras på individers subjektiva uppfattning om knapphet. Exempel på uppgifter om faktisk knapphet från andra källor än individen själv är när registerdata från exempelvis socialstyrelsen, eller data från kreditinstitut eller inkassobolag, används för att beräkna individens ekonomiska knapphet eller utsatthet. Sådana mått ger inte en snedvriden bild av den faktiska ekonomiska situationen, men torde å andra sidan vara relativt svagare korrelerade med hälsa, då inte alla individer stressas av en given faktisk knapphetsnivå.

Självrapporterade uppgifter om faktisk knapphet kan mätas med enkätfrågor av typer ”*Har du haft svårigheter att betala räkningarna under det senaste året?*” eller ”*Hur stora är dina räntebetalningar i förhållande till din inkomst?*”. Subjektiv uppfattning om knapphet kan mätas med enkätfrågor av typen ”*Oroar du dig över din ekonomiska situation?*”. Notera att den sista av dessa tre frågor syftar på individens upplevelse av situationen, som med nödvändighet är subjektiv, medan de två förstnämnda syftar på att beskriva den faktiska ekonomiska situationen, och därför inte erbjuder några tolkningsmöjligheter. Därmed inte sagt att det inte finns felkällor till dessa självrapporterade mått på faktisk knapphet. Man kan

exempelvis tänka sig att personer som blir väldigt stressade av att missa betalningar är bättre på att komma ihåg de missade betalningarna, och därför har en systematiskt högre grad av självrapporterade betalningssvårigheter, än personer som inte stressas nämnvärt av att ligga efter med räkningar.

Precis som individer kan göra olika bedömningar av en viss ekonomisk situation, kan de också ha andra inneboende egenskaper som påverkar hälsan men även risken för överskuldssättning och ekonomisk knapphet i olika grad. Exempelvis kan det förväntas att personer som är villiga att ta risker, och personer som tenderar fatta beslut ur ett kortsiktigt perspektiv, har en högre risk för överskuldssättning än personer med andra risk- och tidspreferenser. Det är möjligt att dessa individer också investerar mindre i sin hälsa än individer med en mer långsiktig eller riskskygg personlighet. Det finns sällan direkta mått på sådana egenskaper i varken enkät- eller registerdata, och de representeras inte heller i Figur 1. Vi har begränsade möjligheter att studera hur sådana individspecifika faktorer påverkar sambandet mellan ekonomisk knapphet och hälsa, men vi gör en ansats att ta hänsyn till problematiken i avsnitt 5.3.

3. Litteraturöversikt

I detta avsnitt beskriver vi den internationella forskningslitteraturen om sambanden mellan ekonomisk knapphet och hälsa. Översikten inleds med en beskrivning av studier som undersökt knapphetens bestämningsfaktorer. Därefter beskriver vi studier som har sitt huvudsakliga fokus på frågan hur ekonomisk knapphet relaterar till hälsa, samt hur sambanden påverkas av skillnader mellan subjektivt upplevd och objektiv ekonomisk knapphet. Vi avslutar kapitlet med att sammanfatta och problematisera lärdomarna från tidigare studier.

Litteraturen har operationaliserat ekonomisk knapphet på många olika sätt. Knapphet har exempelvis mätts som mer eller mindre återkommande betalningssvårigheter, kreditkortsskulder, höga ränteutgifter för konsumtionslån i förhållande till inkomst, hög skuld, eller upplevd finansiell stress. Likväl finns en tendens i litteraturen att begreppet *skuld* ("debt") används för att referera till alla dessa aspekter av ekonomisk knapphet. Det är delvis missvisande, eftersom hushåll kan vara högt skuldsatta utan att befinna sig i en ekonomiskt ansträngd situation. Vi använder termen ekonomisk knapphet som ett paraplybegrepp, eftersom det är knapphet, snarare än skuldnivå, som är den gemensamma nämnaren för de refererade studierna. Då studierna diskuterar något specifikt mått, t ex skuldnivå eller betalningssvårigheter, använder vi detta begrepp.

3.1 Faktorer som relaterar till både ekonomisk knapphet och ohälsa

Det är viktigt att fastställa vilka faktorer som påverkar risken att hamna i en situation med knappa marginaler; dels för att kunna förutsäga vilka grupper som är i riskzonen för ekonomisk knapphet, dels för att kunna tolka sambanden mellan knapphet och hälsa, som i själva verket kan vara uttryck för dessa bakomliggande faktorer.

Socioekonomiska faktorer

Samband mellan socioekonomiska och demografiska faktorer och ekonomisk knapphet återfinns i flera OECD-länder. T.ex. finner en australiensisk studie (Worthington 2006) att stress över skulder är vanligare i barnrika hushåll och bland etniska minoriteter, och ovanligare i hushåll med högre inkomster och bostadsvärde. En amerikansk studie finner att kvinnor och icke-vita är överrepresenterade i gruppen med betalningssvårigheter för huslån, samt att unga och låginkomsttagare är överrepresenterade i gruppen vars betalningssvårigheter hotar att leda till vräkning (McLaughlin m fl. 2012). Från Finland rapporterar Hintikka m fl. (1998) att individer som har svårigheter med att betala av huslån i större utsträckning är yngre, nyligen separerade, eller arbetslösa.

Arbetslöshet är relaterat till både hälsa och ekonomisk situation (Keese och Schmitz 2014). Drentea och Lavrakas (2000) beskriver den s.k. "drifhypotesen", att dålig hälsa kan leda till

sämre möjligheter till arbete eller större risk att bli arbetslös, vilket har stor en negativ effekt på hushålls ekonomiska situation. Denna hypotes motsvarar pilen från hälsa till ekonomisk knapphet i vårt konceptuella ramverk. Samtidigt kan arbetslöshet också ligga bakom pilen från ekonomisk knapphet till psykisk hälsa. Selenko och Batinic (2011) argumenterar för att innehavandet av en anställning i sig bidrar till att bibehålla psykiskt välmående. Keese (2012) finner att arbetslöshet är kopplat till en större upplevd skuldbörda.

Individspecifika faktorer

Flera studier på att det finns individspecifika faktorer som gör att vissa individer är mer benägna att hamna i ekonomiskt knappa situationer (Webley och Nyhus 2001; Keese 2012). Ett exempel är *bristande ekonomiska kunskaper* och färdigheter för att hantera privatekonomin. Både Norvilitis m fl. (2006) och Gathergood (2012b) finner ett samband mellan låg finansiell kunskap och hög skuldsättning.

Keese (2012) noterar att individens *förväntningar på sin framtida ekonomiska situation* är avgörande för dess uppfattning om sin ekonomiska situation och beslut om (ytterligare) skuldsättning. Optimism kan leda till för hög skuldsättning (Keese och Schmitz 2014)

Även *självkontroll och självförtroende* kan utgöra bestämningsfaktorer till ekonomisk knapphet. I sin studie av brittiska hushåll noterar Gathergood (2012b) att individer med låg självkontroll i högre utsträckning är överskuldsatta, samt att de tenderar att i högre utsträckning än andra använda högkostnads krediter.

Som noteras av Norvilitis m fl (2003; 2006) kan *attityder till skuld* vara en viktig bestämningsfaktor för beslutet att sätta sig i skuld. Samma författare har senare visat att individers attityder till skuld förändrades i samband med en lagändring om kreditgivning. Individer blev mer negativt inställda till skuldsättning och hade färre kreditkort efter lagändringen (Norvilitis m fl. 2014).

Sociala nätverk och normer kan också påverka individens syn på och beslut om skuldsättning, t ex visar Norvilitis m fl (2010) på influenser av föräldrar och vänner (*peers*). Gathergood (2012b) menar att individens subjektiva reaktion på skuld påverkas av den förekomsten av skuldsättning i referensgruppen, vilket tyder på att det finns effekter av sociala jämförelser och normer kring skuldsättning.

Hur skiljer sig gruppen med kroniska betalningssvårigheter från dem med tillfälliga problem?

Vägen från tillfälliga betalningsproblem till en kronisk skuldfälla kan beskrivas som en nedåtgående spiral, som inleds med tillfälliga betalningssvårigheter och successivt leder till en skuldfälla där varje steg ökar den ekonomiska pressen på individen, som blir sårbar för stress och psykiska problem (Fitch m fl, 2007).

Webley och Nyhus (2001) undersöker skillnader mellan personer med tillfälliga och kroniska betalningsproblem i ett paneldatamaterial. Individerna med kroniska betalningsproblem visar sig ha relativt begränsade ekonomiska resurser och oftare vara ensamstående. Dessutom har individerna i denna grupp relativt låg självkontroll: de föredrar att spendera resurser omedelbart och har svårt att kontrollera sina utgifter. Detta stödjer en dispositionell förklaring, det vill säga att individspecifika egenskaper såsom attityder och preferenser gör vissa individer mer benägna att hamna i en situation med kroniska betalningssvårigheter.

3.2 Samband mellan ekonomisk knapphet och hälsa

Ekonomisk knapphet och psykisk hälsa

Studier från flera länder pekar på ett samband mellan skuld och ökad risk för mental ohälsa.⁶ Det är fortfarande oklart om knapphet leder till psykiska besvär eller om psykisk ohälsa leder till knapphet, vidare kan graden av stress över den ekonomiska situationen påverka sambanden (Dretea och Reynolds 2012; Reading och Reynolds 2001; Worthington 2006).

Ahnquist m fl. (2007) använder ULF-undersökningen för att undersöka sambanden mellan tidigare betalningssvårigheter och senare hälsoutfall. Personer som haft svårt att klara sina löpande utgifter eller som har små marginaler för oförutsedda utgifter klassas som att de har betalningssvårigheter. Forskarna finner att kvinnor som haft återkommande problem med betalningssvårigheter, dvs. de som rapporterade problem både för åtta och sexton år sedan, har betydligt sämre nutida självskattad hälsa och större risk för oro, ångslan och ångest än personer som inte haft betalningsproblem vid något av intervjutillfällena. För män är skillnaderna inte signifikanta, även om tendensen är densamma. Tillfälliga betalningssvårigheter är också korrelerat med sämre självskattad och psykisk hälsa, men dock är signifikansen lägre. En styrka med Ahnquist m fl. (2007) är att de utnyttjar den longitudinella dimensionen i ULF. En svaghet är dock att de inte kontrollerar för personernas hälsostatus vid tidigare intervjuomgångar. Eftersom det finns skäl att anta att gruppen med betalningssvårigheter hade sämre hälsa redan vid tidigare intervjuomgångar, är det inte säkert att sambandet mellan tidigare betalningssvårigheter och senare ohälsa är kausalt.

Lallukka m fl. (2013) gör en jämförande studie av finska och brittiska tjänstemän. Studien är longitudinell och forskarna kontrollerar för hälsostatus vid den inledande intervjun. Forskarna finner att personer som drabbats av ökade betalningssvårigheter mellan de två intervjutillfällena, liksom personer som vid båda intervjuerna rapporterar att de ofta har betalningssvårigheter, rapporterar sämre psykisk hälsa vid uppföljningsintervjun än personer

⁶ Exempel på psykisk ohälsa som studerats är ångest (Dretea 2000; Dretea och Lavrakas 2000; Dretea och Reynolds 2012; Gathergood 2012a), hopplöshet (Meltzer m fl. 2011), självmordsbenägenhet (Meltzer m fl. 2011, 2012; Hatcher 1994; Hintikka m fl. 1998) och psykos (Jenkins m fl. 2008). Generell psykisk hälsa mäts i flera studier med General Health Questionnaire Scores (GHQ12), som anses vara ett relativt standardiserat mått för psykisk hälsa (Brown m fl. 2005; Gathergood 2012a; Roberts m fl. 2000; Nettleton och Burrows 1998M; Selenko och Batinic 2011).

som inte haft betalningssvårigheter vid något tillfälle. Personer med tillfälliga betalningssvårigheter rapporterar sämre, om än inte statistiskt signifikant, psykisk hälsa.

Lange och Byrd (1998) noterar att studenter som upplever knapphet rapporterar lägre självförtroende. Studien tyder också på att individens självkontroll och känsla av mening med livet påverkar effekterna av stress, och således sambandet mellan skuld och ohälsa. I en studie av skuldrådgivningsklienter finner Selenko och Batinic (2011) att endast individer med låg subjektiv självkontroll upplevde sämre hälsa. Detta tyder på att självkontroll lindrar stress som kan uppstå av ekonomisk knapphet. Även Zurlo m fl (2009) finner att upplevd kontroll över den egna ekonomiska situationen mildrar sambandet mellan skuld och psykisk ohälsa

Drentea och Reynolds (2012) noterar ett signifikant samband mellan skuld och depressiva symptom, och Reading och Reynolds (2001) drar slutsatsen att stress över den egna finansiella situationen förvärrar sambandet mellan skuld och depression. Både Cannuscio m fl (2012) och McLaughlin m fl (2012) finner att individer som har betalningssvårigheter relaterade till huslån löper relativt stor risk att drabbas av svår depression och ångest.

Bridges och Disney (2010) använder ett stort urval av brittiska hushåll för att utforska sambandet mellan skuldsättning och psykisk hälsa och finner en association mellan depressiva symptom å ena sidan, och självrapporterade problem att betala tillbaka lån och finansiell stress å andra sidan. Sambanden mellan depression och skuldens storlek respektive storleken på inställda betalningar är betydligt svagare. Denna studie tyder alltså på att subjektiva reaktioner på finansiella svårigheter är den viktigaste förklaringen till länken från faktiska ekonomisk knapphet till psykisk ohälsa.

Ekonomisk knapphet och dödlighet

Ett fåtal studier undersöker huruvida skuld kan påverka individers självmordsbenägenhet. Hatcher m fl (1994) studerar förekomsten av skuld och mental ohälsa i ett urval av patienter som blivit intagna på psykiatrisk klinik efter att medvetet försökt förgifta sig själva. 37 procent av patienterna var skuldsatta, och dessa var mer självmordsbenägna och hade fler symptom på psykisk ohälsa än icke-skuldsatta patienter.

Meltzer m fl (2011) finner att individer som rapporterat problem att betala sina räkningar löper dubbelt så stor risk för självmordstankar som individer utan betalningsproblem. Hintikka m fl (1998) finner också att betalningssvårigheter har en direkt koppling till självmordsbenägenhet.

I en studie från Hong Kong undersöker Yip m fl. (2007) ett självmordsregister och finner att många av självmorden kan kopplas till skuldsättning. Jämfört med icke-skuldsatta individer som begick självmord hade de skuldsatta färre psykiska problem, vilket pekar på att skuld kan ha en direkt påverkan på självmordsbeteendet hos i övrigt psykiskt välmående individer. Dessutom var spel den största källan till skuldackumulering, vilket antyder att det kan vara

betydande att ta hänsyn till både typer av skulder samt attityder och riskbeteende för att förstå sambanden.

Ahlström och Savemark (2010) finner att dödligheten hos individer som beviljats skuldsanering hos Kronofogden är 30 gånger högre än hos normalbefolkningen, men orsaker till dödsfallen framgår inte av de data som använts och det går inte att dra några slutsatser kring vad den höga dödligheten beror på.

En nypublicerad amerikansk studie jämför personer som beviljats personlig konkurs med personer var ansökan om personlig konkurs avslagits (Dobbie och Song, 2015). Studien utnyttjar slumpmässig variation avseende vilken domare som fattar beslut för att kunna dra kausala slutsatser. Studien visar att femårsdödligheten är betydligt högre för dem som fått avslag på sin ansökan än för dem som beviljats personlig konkurs. Denna studie ger starkt stöd för hypotesen att en ekonomiskt mycket knapp situation i sig kan leda till sämre hälsa.

3.3 Skillnader mellan subjektivt upplevd och objektiv knapphet

I vårt konceptuella ramverk belyste vi skillnaden mellan objektiva ekonomiska situationen och individens upplevelse av denna. Flera studier tyder på att det inte är knappheten i sig som skapar psykisk ohälsa, utan att det snarare är stressen och oron över den ekonomiska situationen som leder till vidare negativa effekter på den psykiska hälsan (Drentea och Reynolds 2012; Reading och Reynolds 2001; Worthington 2006; O'Neill m fl. 2006).

Keese (2012) jämför objektiva mått på ekonomisk knapphet (lånekostnader i relation till inkomst, marginal till existensminimum) med subjektiva uppfattningar om knapphet (upplevd skuldbörda). Studien visar att subjektiva skuldmått i stor utsträckning påverkas av icke-ekonomiska faktorer såsom förväntningar och självkontroll. Vid en given objektiv nivå av knapphet tenderar också kvinnor att uppleva en större skuldbörda än män. Det finns alltså skillnader mellan objektiva och subjektiva mått på skuldsättning, och i Keese's studie visade det sig även att en ökning i objektiv skuld hos en redan skuldsatt person endast påverkade subjektiv skuldbörda marginellt. Andra studier tyder dock på att individer som redan lever i svår ekonomisk knapphet upplever större stress av skuld (Gong 2014, Worthington 2006).

Stress över att vara skuldsatt visade sig förklara effekterna av skuld på psykisk hälsa i en studie av Drentea och Reynolds (2012). I en panelstudie av brittiska hushåll fann Gathergood (2012a) att sämre psykologisk hälsa var kopplat till att uppleva en tung subjektiv skuldbörda. Betydelsen av subjektiva mått stöds också av Reading och Reynolds (2001) som finner att oro över skuldsituation kan leda till större risk för depression. Författarna tror att det kan finnas en cirkulär mekanism som gör att oro över skuld förvärrar depression samtidigt som depression påverkar graden av oro över skuld.

Bridges och Disney (2010) undersöker sambandet mellan depression och både subjektiva och objektiva mått på finansiellt välmående. Medan självupplevda finansiella problem och egenrapporterade betalningssvårigheter uppvisar ett samband med depression, visar sig den

objektiva ekonomiska situationen (skuldens storlek) ha en mycket svag koppling till samma hälsomått. Även Lange och Byrd (1998), Roberts m fl. (2000) och Selenko och Batinic (2011) finner ett samband mellan subjektiv upplevelse av ekonomisk knapphet och mental ohälsa. I den senare studien visar sig också, precis som i Bridges och Disney (2010), att den faktiska skuldsituationen har mindre betydelse. Subjektivt upplevd skuldbörda visar sig även relatera till fysiska symptom som högt blodtryck i en studie av unga vuxna (Sweet m fl. 2013).

3.4 Ekonomisk knapphet och fysisk hälsa

Medan flera studier finner samband mellan skuld och psykisk hälsa är effekterna av skuld på fysisk hälsa relativt utforskat.

Ochsmann m fl (2009) studerar förekomsten av ryggsmärtor hos överskuldsatta individer och kontrollerar för ålder, vikt, hälsobeteenden så som fysisk aktivitet och rökning. Förekomsten av ryggsmärtor är högre bland överskuldsatta jämfört med den generella befolkningen. Ahnquist m fl (2007) finner också samband mellan värk och betalningssvårigheter i sin studie av ULF-materialet. Lallukka m fl (2013) finner att personer med bestående eller ökande betalningssvårigheter rapporterar sämre fysisk funktionsförmåga än personer utan betalningsproblem.

Roberts m fl (2000) finner att både psykisk och fysisk funktionsförmåga är associerat med studenters subjektiva upplevelser av sin ekonomiska situation. Sweet m fl (2013) finner att högre skuldkvot samvarierar med depression, sämre självskattad hälsa, högre självupplevd stress samt högre blodtryck i ett urval av unga vuxna. Även dessa resultat tyder på att sambandet mellan skuld och hälsa går via stress, som påverkar den psykiska hälsan och på sikt kan leda till sämre fysisk hälsa såsom högt blodtryck.

Münster m fl (2009) föreslår att förändrade konsumtionsvanor till sämre dieter till följd av skuldproblematik och ekonomisk knapphet skulle kunna leda till övervikt. Den som riskerar att öka sina skulder genom dålig självkontroll eller lägre riskaversion har sannolikt också sämre självkontroll när det gäller mat och alkoholkonsumtion. Grafova (2007) finner att fetma är en riskfaktor som ökar sannolikheten för att ha konsumtionsskulder. Likaså noterar Conklin m fl (2013) att fetma är kopplat till betalningssvårigheter i ett tvärsnittsmaterial, och i en longitudinell studie belägger Conklin m fl (2014) att långvariga betalningssvårigheter samvarierar med en påföljande förhöjd risk för viktuppgång för kvinnor. Averett och Smith (2014) gör också ett försök att utforska länken mellan övervikt och knapphet genom att använda longitudinell data över amerikanska skolungdomar. Resultaten varierar beroende på vilken ekonometrisk modell som används, och de finner inte något bevis för ett samband mellan övervikt och betalningssvårigheter. Inte heller Keese och Schmitz (2014) finner att överskuldsättning (beräknat som att ha en nettoinkomst under socialbidragsnivån när avbetalningar på lån räknats av) leder till större sannolikhet för fetma.

Hälsobeteenden och ekonomisk knapphet

Flera studier tyder på att ohälsosamma beteenden som missbruk av alkohol och droger har kopplingar till skuldproblematik och korrelerar med ohälsa (Hintikka m fl. 1998; Jenkins m fl. 2008; Meltzer m fl. 2013; Webley och Nyhus 2001). I en metaanalys av flera studier som undersöker sambandet mellan lån utan säkerhet och olika hälsoutfall finner Richardson m fl. (2013) att rökning är det enda ohälsosamma beteendet som inte har ett signifikant samband med förekomsten av lån utan säkerhet.

Grafova (2007) finner att individer med ohälsosamma livsstilar hade större sannolikhet för att vara skuldsatta, men korrelationen kan bero på icke-observerade faktorer som påverkar sannolikheten för både skuldsättning och ohälsosamma beteenden, exempelvis självkontroll, tidspreferenser och riskaversion. I linje med detta finner Webley och Nyhus (2001) en korrelation mellan skuld och fetma samt större risk för rökning och alkoholkonsumtion.

Münster m fl (2009) samt Ochmann m fl (2009) studerar sambandet mellan överskuldsatthet och BMI respektive ryggsmärtor hos ett nationellt urval av överskuldsatta individer. Resultaten stödjer ett samband mellan överskuldsättning och både övervikt och ryggsmärtor då förekomsten av denna typ av ohälsa i genomsnitt var högre än hos befolkningen i allmänhet. Andra riskfaktorer för ryggsmärtor och fetma i detta urval av överskuldsatta individer var fysisk inaktivitet och depression. Vidare konstaterades att överskuldsatthet i större utsträckning fanns hos individer som var yngre, lågutbildade, låginkomsttagare, rökare och deprimerade.

3.5 Sammanfattning

Den existerande litteraturen kring ekonomisk knapphet, skuldsättning och hälsa består av bidrag från flera vetenskapliga discipliner. Sammantaget kan konstateras att de flesta publicerade studier finner ett samband mellan ekonomisk knapphet och ohälsa. Detta samband återfinns när olika skuldmått och olika hälsoutfall undersöks, men varierar i styrka.

En slutsats från den samlade litteraturen är att få studier hittills undersökt långvariga effekter på hälsa. En annan slutsats är att det stora flertalet studier av den befintliga forskningen är tvärsnittsstudier och därför inte kan sägas påvisa några eventuella kausala samband. Möjligheten att fastställa slutsatser om orsakssamband relaterar inte bara till datatillgänglighet, utan även valet av metod (se ex. Fitch m fl 2011).

Det finns ett begränsat antal studier med longitudinell ansats, men även dessa har svårt att dra slutsatser kring sambandets riktning då det verkar finnas en stor risk för att icke-observerade variabler orsakar både knapphet och ohälsa (Gathergood 2012a, Keese och Schmitz 2014). Det är även värt att notera att vissa studier använder longitudinella data, men väljer att inte ta hänsyn till tidigare hälsa. Två studier som har använt paneldata och tillämpat mer sofistikerade ekonometriska metoder för att undersöka kausala samband finner endast delvis stöd för samband mellan knapphet och ohälsa (Averett och Smith, 2014; Bridges och Disney

2010). Dock bör noteras att Averett och Smith (2014) använder data över unga individer, för vilka effekterna kan vara annorlunda än för äldre åldersgrupper.

En insikt från litteraturen är att en majoritet av studier undersöker sambandet mellan ekonomisk knapphet och självrapporterad subjektivt upplevd hälsa. Information om självrapporterad hälsa får man vanligen från undersökningar där respondenter får svara på frågan om sin hälsa på en skala från 1 (väldigt dålig hälsa) till 5 (utmärkt hälsa). En fördel med detta mått är just att det fångar hur individen anser sig må oavsett vad objektiva mått säger, och subjektiva mått på hälsa har visat sig stämma väl överens med objektiva hälsomått. Nackdelen med självskattade mått på hälsa är dock att det är svårt att jämföra olika individers hälsostatus. Som visas av Bago D'uva m fl (2011) skiljer sig ofta uppfattningen kring vad som utgör utmärkt hälsa ofta stort mellan människor i olika åldrar, samhällsklasser etc. Få studier som undersöker sambandet till ekonomisk knapphet använder någon form av objektiva hälsomått.

Sambandet mellan knapphet och ohälsa varierar beroende på vilka mått som används. Den stora variationen mellan studier i valet av variabler pekar på svårigheterna med att operationalisera knapphet och ohälsa. Vissa typer av mått kan också ge olika resultat beroende på vilken grupp av individer som undersöks, exempelvis kan kvoten mellan skuld och inkomst skilja sig kraftigt åt mellan yngre och äldre individer (Sweet m fl. 2013). I den nuvarande forskningen på skuldsättningens effekter på hälsa råder det brist på standardiserade mått, vilket gör det svårt att jämföra resultat från olika studier (Richardson m fl. 2013).

En annan insikt från den samlade litteraturen är att man i stor utsträckning använder självrapporterade mått på skuld vilket kan ge upphov till skevheter i resultaten (ex Fitch m fl 2007; Drenea och Reynolds 2012; Walsemann 2015). Exempelvis kan det föreligga diskrepans mellan subjektiva och objektiva skuldmått, då den subjektiva upplevelsen av samma ekonomiska situation kan skilja sig mellan olika individer (Keese, 2012). I samma anda kan det tänkas att personer med benägenhet för psykisk ohälsa anser det mer allvarligt att missa en betalning, och att denna grupp därför är bättre på att minnas, och därmed rapportera, förekomst av betalningssvårigheter. Det är därför viktigt att använda både subjektiva och objektiva mått, för att bättre förstå vilka mekanismer som gör att knapphet leder till ohälsa.

En övervägande majoritet av de studier som undersöker sambandet mellan knapphet och hälsa använder data från USA eller Storbritannien. Huruvida dessa resultat går att generalisera till andra länder och kontexter är oklart då det finns internationella skillnader i strukturella eller kulturella faktorer som påverkar resultaten och det råder brist på studier med internationellt fokus. Duygan och Grant (2009) som använder data från European Household Survey och undersöker sambandet mellan ohälsa och skuldnivå samt betalningssvårigheter hos hushåll i 14 europeiska länder är ett undantag. De finner att betalningssvårigheter korrelerar med dålig hälsa men också att det finns vissa skillnader i resultat mellan länder, vilket delvis kan förklaras just med institutionella faktorer.

Ytterligare en aspekt som bör beaktas är att data i många utav de existerande studierna är insamlade genom intervjuer, direkt eller via telefon, och det kan därför inte uteslutas att svaren skiljer sig något från verkligheten då känsliga ämnen som skuldsättning och hälsa undersöks. För att minska risken för den här typen av svarsbias använder sig bland annat Cannuscio m fl. (2012) av datoriserade metoder för självintervjuer. Låga svarsfrekvenser är ett annat problem i många utav undersökningarna och många studier använder relativt små stickprov vilket också påverkar risken för urvalsfel (Webley och Nyhus, 2001).

Slutligen kan konstateras att det i den samlade litteraturen finns lite kunskap kring genom vilka mekanismer det noterade sambandet mellan skuld och ohälsa går. Flera studier visar att det är viktigt att ta hänsyn till ekonomisk knapphet i kombination med traditionella socioekonomiska variabler för att bättre sambanden mellan individens ekonomi och hälsa (ex Bridges och Disney 2010; Drentea och Lavrakas 2000; Drentea och Reynolds, 2012; Nettleton och Burrows 1998).

4. Data

Vi inleder detta avsnitt med att beskriva den databas vi använder i vår empiriska undersökning. Därefter belyser vi betydelsen av att vara uppmärksam på den kronologiska ordning i vilken data om ekonomisk knapphet och ohälsa uppmäts. Vi introducerar också några begrepp som kan hjälpa läsaren att hålla ordning på vad som studeras. Slutligen presenteras de variabler som ingår i den empiriska analysen tillsammans med beskrivande statistik för materialet.

4.1 Datakällor

I vår huvudsakliga empiriska undersökning kombinerar vi material från 2006-2007 års omgångar av SCB:s intervjuundersökning ULF (Undersökningarna av Levnadsförhållanden) med registerdata över individerna som intervjuats i ULF.⁷

ULF-undersökningen innehåller frågor om individens erfarenhet av ekonomisk knapphet under det senaste året (det vill säga, inom ett år före intervjun). För att få en mer utförlig bild av intervjupersonernas ekonomiska situation kompletterar vi med registerdata över inkomstnivå och inkomstkällor från SCB:s register LISA (Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier). Vår databas innehåller information från LISA för alla ULF-individer för vart och ett av de senaste 10 åren före intervjun, samt för intervjuåret och året efter intervjun.

ULF-undersökningen omfattar flera mått på individens hälsa vid tidpunkten för intervjun. Vi kompletterar dessa självrapporterade mått genom att koppla på data från Socialstyrelsens Läkemedelsregister, som innehåller information om expedieringar av receptbelagda läkemedel, och Patientregistret, som innehåller information om vårdtillfällen på sjukhus. Vi följer ULF-individernas läkemedelsanvändning från och med året före intervjun, till och med året efter intervjun. Eftersom Läkemedelsregistret upprättades i juli 2005 och vi vill kunna kontrollera för individernas tidigare läkemedelsanvändning är vi begränsade till att bara studera ULF-undersökningarna från och med år 2006. Patientregistret sträcker sig betydligt längre tillbaka i tiden, vilket låter oss följa individernas sjukhusinläggningshistorik längre bak. Vi har valt att följa sjukushistoriken från och med nio år innan intervjun, till och med ett år efter intervjun.⁸

På grund av en EU-harmonisering av ULF-undersökningen har vissa intervjufrågor i ULF tagits bort efter 2007 års undersökning och intervjumetoden har förändrats. I kombination

⁷ Databasen vi använt har skapats inom ramen för forskningsprogrammet Det hälsoekonomiska programmet programmet om hälsa, hälso- och sjukvård och policy. Etikprövningsansökan Dnr. 2013/447.

⁸ Sjukvården ändrade diagnosklassificeringssystem från ICD9 till ICD10 år 1997; därför har vi valt att följa slutenvårdsanvändningen fr.o.m. år 1997, dvs nio år före 2006 års ULF-undersökning.

med att vi önskar att undersöka läkemedelskonsumtion leder detta till att vi bara kan analysera data om betalningssvårigheter för de som deltog i 2006-2007 års ULF-undersökning.

4.2 Datas kronologiska ordning

Det är viktigt att hålla reda på vid vilken tidpunkt de olika utfalls- och undersökningsvariablerna uppmätts. Frågorna i ULF-undersökningen avser individens situation under intervjuåret. Eftersom registerinformationen innefattar flera år är det möjligt för oss att använda registervariablerna på tre sätt, motsvarande tre olika tidpunkter: året/åren *före* ULF-intervjun, *samtidigt* som intervjun, respektive året *efter* intervjun.

- Variabler som mätts upp *före* intervjun kallas *laggade* variabler. De laggade variablerna använder vi bara som kontrollvariabler, inte som utfallsvariabler.
- Variabler som mätts upp *efter* intervjun kallas *lead*-variabler. Leadvariablerna används bara som utfallsvariabler, aldrig som kontrollvariabler.
- Variabler som mätts upp under samma år som intervjuåret används som utfallsvariabler i vissa modeller och som kontrollvariabler i andra modeller.

För att hålla reda på kronologin indexerar vi variablerna i våra resultattabeller. Laggade variabler indexeras med $t-1$, samtida variabler med t och leadvariabler med $t+1$.

4.3 Variabler

Mått på ekonomisk knapphet

Vårt mått på ekonomisk knapphet är en binär variabel som anger om individen haft svårigheter att betala sina löpande räkningar under det gångna året (1=ja, 0=nej). I det följande benämner vi denna variabel *betalningssvårigheter*.

I förhållande till fenomenet överskuldssättning har vårt mått två nackdelar. För det första fångar måttet upp inte bara personer med långvariga ekonomiska problem, utan även personer med övergående betalningssvårigheter som förmodligen inte inverkar på hälsan. Om det finns ett samband mellan långvariga betalningssvårigheter och hälsoproblem kommer vårt mått därför underskatta detta samband. För det andra är måttet självrapporterat, vilket har vissa nackdelar som diskuterades i stycket om vårt konceptuella ramverk.

I en kompletterande analys har vi använt ett icke självrapporterat mått på knapphet, nämligen om individen redovisat ett *kapitalunderskott* (negativa kapitalinkomster) enligt taxeringsregistret. Detta är emellertid inte heller ett tillfredsställande sätt att fånga in personer som har långvariga betalningssvårigheter. Medan vi förvisso kan vara säkra på att personerna med långvariga skuldproblem befinner sig i gruppen som redovisar kapitalunderskott, innehåller denna grupp dessutom en stor mängd hushåll med tillräckliga arbetsinkomster för att kunna hantera sin skuldbörda utan svårigheter. Vår bedömning är att den självrapporterade variabeln *betalningssvårigheter* kommer närmare att fånga in rätt grupp människor än vad variabeln *kapitalunderskott* gör. Skattningarna för den senare variabeln redovisas därför i en bilaga, se Appendix A.

Mått på ohälsa

Det finns många aspekter av ohälsa och vi måste begränsa oss till att studera ett fåtal. I en tvärsnittstudie från 1990-talet av Ahlström (1998) framkom att överskudsatta individer i betydligt högre utsträckning än befolkningen som helhet led av bland annat värk, psykisk ohälsa, magsår, samt kranskärslsjukdomar och högt blodtryck. Med denna uppräkningslista som utgångspunkt har vi undersökt fyra kategorier av hälsoproblem: 1. Allmänt hälsotillstånd; 2. Psykisk ohälsa; 3. Magsår; 4. Cirkulationsorganens sjukdomar.

Allmänt hälsotillstånd

Vi undersöker tre utfallsmått på individens allmänna hälsotillstånd; samtliga kommer från ULF-undersökningen. Det första måttet är ett tregradigt mått på självskattad hälsa (*self-assessed health*, *SAH*, 1=sämst hälsa, 3=bäst hälsa), det andra är en binär variabel som anger självrapporterade svåra besvär med rygg, axel- eller skulderparti (*ryggax_svåra*, 1=har svåra besvär, 0 = har inga eller lätt besvär). Det tredje måttet är Body Mass Index (*bmi*), som bygger på självrapporterad vikt och längd.⁹

De tre utfallsmåtten mäter individens hälsostatus vid intervjutillfället. Eftersom vi vill kunna kontrollera för tidigare hälsoproblem (för att jämföra grupp A med grupp B, i termer av Tabell 4.1 ovan) behöver vi komplettera med laggade¹⁰ mått på allmänhälsa. I detta syfte utnyttjar vi data från LISA över förekomst av *sjukpenning* under något av de 5 åren före intervjun, eller *förtidspension* året före intervjun.¹¹ Vi antar alltså att individer som lider av betydande hälsobesvär också dyker upp i socialförsäkringsystemet.¹²

Psykisk ohälsa

För att mäta psykisk ohälsa använder vi en självrapporterad variabel från ULF-undersökningen, ett par variabler från Läkemedelsregistret, samt en variabel från Patientregistret.

Det självrapporterade måttet är en binär variabel, *angst*, som anger om intervjupersonen lider av *oro*, *ängslan* eller *ångest* (1=ja, 0=nej). Från Läkemedelsregistret har vi information om intervjupersonernas konsumtion av *antidepressiva medel* (ATC-grupp N06A), *lugnande medel* (ATC N06B) och *sömnmedel* (ATC N06C). Alla tre registervariabler är binära och antar värdet 1 för individer som använt läkemedlet ifråga, 0 för övriga. Vi studerar dessutom en aggregerad variabel som indikerar att individen använt minst en av läkemedelstyperna (*lugnsömndepp*).

⁹ BMI beräknas som vikt i kg/(längd i cm x längd i cm).

¹⁰ Se avsnittet *Datas kronologiska ordning* för en förklaring av begreppet.

¹¹ Med förtidspension avser vi det som från och med 2003 benämns som sjuk- och aktivitetsersättning.

¹² Detta är uppenbart inte fallet för ålderspensionärer, men vi kontrollerar även för förekomst av ålderspension (se nedan).

Den självrapporterade variabeln *angst* avser situationen vid intervjutillfället och används både som utfalls- och kontrollvariabel. När variablerna från Läkemedelsregistret används som utfallsvariabler undersöker vi data för läkemedelskonsumtion under året efter intervjun ($t+1$). För att kontrollera för redan befintliga problem med psykisk ohälsa kontrollerar vi för tidigare läkemedelskonsumtion, dels i form av laggade variabler avseende situationen året före intervjun ($t-1$) dels i form av samtida variabler avseende situationen under intervjuåret (t). För att ytterligare kontrollera för individernas historik av psykisk ohälsa använder vi dessutom en binär variabel som anger om individen lagts in på sjukhus med huvuddiagnos inom *depression eller ångest* (diagnoskoder ICD F32-F33, F41, F43) under något av de 9 åren föregående intervjun, samt en binär variabel som anger om individen lagts in på sjukhus med dessa diagnoser under intervjuåret.

Magsår

Stress ansågs tidigare vara den dominerande orsaken till magsår. Numera anses dock att de flesta magsår orsakas av en bakterie. Magsår kan dock även orsakas av vissa läkemedel, bland annat antidepressiva och vissa smärtstillande medel (SBU, 2011). Även om den överrisk för magsår som Ahlström fann bland överskuldsatta år 1998 inte direkt kan ses som en följd av ekonomiskt betingad stress, skulle alltså överrisken kunna förklaras med att överskuldsatta har sämre psykisk hälsa och mer besvär med värk. Vi finner det därför motiverat att undersöka om sambandet håller i en longitudinell analys.

Som utfallsvariabel använder vi en binär variabel som anger om individen konsumerat *läkemedel mot magsår* (ATC-grupp A02B; 1=ja, 0=nej) under året efter intervjuåret ($t+1$). För att kontrollera för redan befintliga magsårsbesvär kontrollerar vi för förekomsten av konsumtion av denna typ av läkemedel under intervjuåret (t), samt under året före intervjun ($t-1$).

Cirkulationsorganens sjukdomar

För att undersöka sambandet mellan ekonomisk knapphet och cirkulationsorganens sjukdomar använder vi oss av data från Läkemedelsregistret. Vi studerar *hjärtmedicin* (ATC-grupp C01) och *blodtrycksmedicin* (ATC C02, C03, C07-C09); dels separat, dels som en binär variabel – *cirkulationsmedicin* – som antar värdet 1 för individer som använt hjärtmedicin och/eller blodtrycksmedicin och 0 för övriga.

När vi betraktar dessa läkemedel som utfallsvariabler använder vi data för året efter intervjuåret ($t+1$).

För att kontrollera för redan befintliga problem med cirkulationsorganens sjukdomar använder vi både laggade ($t-1$) och samtida (t) motsvarigheter till dessa läkemedelsvariabler. Vi kontrollerar också för om individen blivit inlagd på sjukhus med huvuddiagnos inom någon av diagnoskategorierna *kroniska reumatiska hjärtsjukdomar* (ICD I05-I09), *hypertoni* (ICD I10-I15), *ischemiska hjärtsjukdomar* (I120-I25) och *andra former av hjärtsjukdom* (ICD I30-I52); dels som laggad variabel (=minst ett sådant slutenvårdstillfälle under de 9 åren före

intervjun), dels som samtida variabel (=minst ett sådant slutenvårdstillfälle under intervjuåret).

Bakgrundsvariabler

För att kunna utesluta att eventuella samband mellan ekonomisk knapphet och ohälsa speglar andra systematiska skillnader mellan grupperna av individer *med* respektive *utan* betalningssvårigheter kontrollerar vi för ett antal bakgrundsvariabler i regressionerna.

Vissa av dessa bakgrundsvariabler mäts *före* intervjuåret. Till denna grupp bakgrundsvariabler hör två binära variabler som indikerar om individen varit *arbetslös* (uppburit arbetslöshetsersättning) eller fått *ekonomiskt bistånd* (socialbidrag) under något av de senaste fem åren före intervjuåret; två binära variabler som indikerar om individen var *ålderspensionär* eller *föräldraledig* under året före intervjuåret; två binära variabler som anger om individen var *ensamstående* eller hade *barn under 18 år* i hushållet under året före intervjuåret; samt hushållets *disponibla inkomst* (logaritmerad) under året före intervjuåret. Anledningen till att vi väljer laggade varianter av dessa variabler är att de kan vara korrelerade med de betalningssvårigheter som individen uppger i intervjun.

Resterande bakgrundsvariabler avser situationen under samma år som intervjun ägde rum; hit hör individens *ålder* (kategorivariabler för varje ålder i år) respektive *kön* (kvinna=1), *bostadsform* (äganderätt, bostadsrätt, hyresrätt (referenskategori)), boende i *storstad* (Stockholm/Göteborg/Malmö), *utbildningsnivå* (eftergymnasial, gymnasial, förgymnasial (referenskategori), *födelseland* (1=utanför Sverige), *föräldrars medborgarskap* (1=föräldrar inte svenska medborgare). Skattningen inkluderar också en binär variabel som anger om intervjun ägde rum under 2007 (2006 är referenskategori).

4.4 Beskrivande statistik

Av de 10 988 personer som ingår i vårt datamaterial (2006-2007 års ULF-omgångar) uppgav omkring 12 procent (1 299 personer) att de haft betalningssvårigheter under det senaste året. Tabell 4.1 visar beskrivande statistik för våra hälsovariabler uppdelade på gruppen som haft respektive inte haft betalningssvårigheter. Grupperna skiljer sig inte nämnvärt åt vad gäller självskattad hälsa (SAH) eller BMI. Däremot har gruppen med betalningssvårigheter i högre utsträckning värk i rygg och/eller axlar. De har också i nästan dubbelt så hög utsträckning fått sjukpenning eller är förtidspensionerade.

Tabell 4.1 Beskrivande statistik, hälsa

<i>Variabel</i>	betalningssvårigheter = 0					betalningssvårigheter = 1				
	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>SAH(t)</i>	9682	2,72	0,55	1	3	1297	2,51	0,68	1	3
<i>ryggax_svåra(t)</i>	9654	0,16	0,37	0	1	1296	0,26	0,44	0	1
<i>bmi(t)</i>	9689	24,55	5,29	0	69,20	1299	24,64	5,91	0	49,10
<i>sjukpenning(t)</i>	9647	0,08	0,28	0	1	1295	0,15	0,36	0	1
<i>sjukpenning(t-5)</i>	9689	0,26	0,44	0	1	1299	0,37	0,48	0	1
<i>förtidspension(t)</i>	9647	0,06	0,23	0	1	1295	0,13	0,33	0	1
<i>förtidspension(t-1)</i>	9643	0,06	0,24	0	1	1295	0,12	0,32	0	1
<i>angst(t)</i>	9661	0,18	0,38	0	1	1289	0,43	0,50	0	1
<i>lugnsömndepp(t+1)</i>	9689	0,17	0,38	0	1	1299	0,22	0,42	0	1
<i>antidepressiva(t+1)</i>	9689	0,09	0,28	0	1	1299	0,16	0,36	0	1
<i>lugnande(t+1)</i>	9689	0,05	0,23	0	1	1299	0,08	0,27	0	1
<i>sömnmedel(t+1)</i>	9689	0,10	0,30	0	1	1299	0,11	0,31	0	1
<i>sjukhus depression(t-9)</i>	9689	0,01	0,08	0	1	1299	0,03	0,16	0	1
<i>sjukhus depression(t)</i>	9689	0,001	0,038	0	1	1299	0,004	0,0619	0	1
<i>magsårsmedicin(t+1)</i>	9689	0,10	0,30	0	1	1299	0,10	0,30	0	1
<i>cirkulationsmedicin(t+1)</i>	9689	0,27	0,44	0	1	1299	0,13	0,33	0	1
<i>blodtrycksmedicin(t+1)</i>	9689	0,26	0,44	0	1	1299	0,12	0,32	0	1
<i>hjärtmedicin(t+1)</i>	9689	0,05	0,22	0	1	1299	0,02	0,15	0	1
<i>sjukhus cirk.org (t-9)</i>	9689	0,06	0,24	0	1	1299	0,03	0,16	0	1
<i>sjukhus cirk.org (t)</i>	9689	0,013	0,113	0	1	1299	0,0069	0,083	0	1

Mer än fyra av tio personer med betalningssvårigheter uppger att de besväras av ångestproblem, mer än dubbelt så vanligt som bland personerna utan betalningssvårigheter. Spår av denna skillnad finns också i användningen av antidepressiva, lugnande och sömnmedel, men skillnaden är markant mindre: 22 procent av personerna med betalningssvårigheter använde något av dessa tre läkemedel under året efter intervjun, att jämföra med 17 procent av personerna utan betalningssvårigheter. För de specifika preparaten ser vi att konsumtionen av antidepressiva och lugnande medel är avsevärt högre för gruppen med betalningssvårigheter, medan det inte finns någon nämnvärd skillnad vad gäller sömnmedel. Sannolikheten att ha varit inlagd på sjukhus diagnosticerad med ångest eller depression är mycket låg i båda grupperna, dock är den 3-4 gånger högre för gruppen med betalningssvårigheter.

De två grupperna skiljer sig inte åt i konsumtionen av magsårsmedicin. Däremot är det är betydligt vanligare att personerna utan betalningssvårigheter använder läkemedel mot cirkulationsorganens sjukdomar eller har blivit inlagd på sjukhus med sådan diagnos de senaste åren. Eftersom sådana sjukdomar blir vanligare med stigande ålder misstänker vi att de två gruppernas demografiska profil skiljer sig åt.

Denna misstanke bekräftas av Tabell 4.2 nedan, som visar beskrivande statistik för de övriga kontrollvariablerna. Andelen ålderspensionärer är mycket högre i gruppen utan betalningssvårigheter (31 procent mot 9 procent), och deras medelålder är ca 10 år högre. Fullkomligt logiskt har således en högre andel i gruppen med betalningssvårigheter nyligen varit föräldralediga och/eller har barn i hushållet. 30 procent av personerna med betalningssvårigheter har varit arbetslösa (fått arbetslöshetsersättning) något av de fem åren före intervjun, att jämföra med 15 procent i gruppen utan betalningssvårigheter. 26 procent av dem med betalningssvårigheter har fått ekonomiskt bistånd något av de senaste fem åren, risken är alltså ungefär fem gånger så hög som risken för personer utan betalningssvårigheter. Vidare är de disponibla inkomsterna är något lägre för personer med betalningssvårigheter, medan det inte är några större skillnader i maximal utbildningsnivå eller andelen som bor i något av de tre storstadsområdena. Slutligen kan vi konstatera att kvinnor, ensamstående och personer med utländsk bakgrund är överrepresenterade i gruppen med betalningssvårigheter.

Tabell 4.2 Beskrivande statistik, övriga variabler

<i>Variabel</i>	betalningssvårigheter = 0					betalningssvårigheter = 1				
	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>arbetslös_(t-5)</i>	9689	0,15	0,36	0	1	1299	0,30	0,46	0	1
<i>ekonomiskt bistånd_(t-5)</i>	9647	0,05	0,21	0	1	1295	0,26	0,44	0	1
<i>ålderspensionär_(t-1)</i>	9643	0,31	0,46	0	1	1295	0,09	0,29	0	1
<i>föräldraledig_(t-1)</i>	9643	0,14	0,35	0	1	1295	0,21	0,40	0	1
<i>disponibel inkomst_(t-1), log</i>	9625	8,02	0,72	0	11,66	1290	7,66	0,78	0	10,45
<i>ensamstående_(t-1)</i>	9643	0,52	0,50	0	1	1295	0,73	0,45	0	1
<i>barn 0-17_(t-1)</i>	9643	0,53	0,92	0	9	1295	0,82	1,12	0	7
<i>ålder_(t)</i>	9689	51,46	18,82	16	97	1299	39,98	14,87	17	92
<i>kvinn_(t)</i>	9689	0,51	0,50	0	1	1299	0,58	0,49	0	1
<i>äganderätt_(t)</i>	9663	0,55	0,50	0	1	1296	0,28	0,45	0	1
<i>bostadsrätt_(t)</i>	9663	0,17	0,37	0	1	1296	0,14	0,35	0	1
<i>storstad_(t)</i>	9689	0,34	0,47	0	1	1299	0,38	0,49	0	1
<i>max gymnasial_(t)</i>	9634	0,45	0,50	0	1	1297	0,51	0,50	0	1
<i>max eftergymnasial_(t)</i>	9634	0,32	0,47	0	1	1297	0,31	0,46	0	1
<i>född utomlands_(t)</i>	9647	0,13	0,33	0	1	1295	0,24	0,42	0	1
<i>föräldrar utl. medb._(t)</i>	9662	0,11	0,31	0	1	1293	0,22	0,41	0	1

5. Empirisk analys

Diskussionen kring vårt konceptuella ramverk (se kapitel 2) illustrerar att det bakom en samvariation mellan ohälsa och ekonomisk knapphet kan ligga flera möjliga orsakssamband. Ekonomiska problem kan påverka hur individen mår både psykiskt och fysiskt, men det kan också vara så att ohälsa försvårar för individen att skaffa sig tillräcklig inkomst för att klara sina utgifter. Det är alltså tänkbart att orsakssambanden går i båda riktningarna. Det datamaterial vi förfogar över gör det möjligt att studera relationen mellan hälsa och ekonomisk knapphet från båda perspektiven: dels hur ”(tidigare) ekonomisk knapphet påverkar hälsa”, dels hur ”(tidigare) hälsa påverkar ekonomisk knapphet”.

Vid första anblick kan det tyckas som att vi upprepar samma analys två gånger, men så är inte fallet. I själva verket studerar vi hur två helt olika populationer förhåller sig till en och samma kontrollgrupp, bestående av de individer som varken haft hälsoproblem eller lidit av ekonomisk knapphet tidigare. I stycke 5.1 jämför vi hälsoutfallen för de individer som tidigare befunnit sig i ekonomisk knapphet med hälsoutfallen för kontrollgruppen. I stycke 5.2 jämför vi risken för att hamna i en situation med ekonomisk knapphet för individer som tidigare haft hälsoproblem med knapphetsrisken för kontrollgruppen.

Den empiriska analysen av sambandet mellan tidigare ekonomisk knapphet och senare hälsa tar hänsyn till en mängd olika faktorer som kan påverka en individs hälsa, men beaktar däremot inte sådana individuella egenskaper som är konstanta över tid och som är svåra eller omöjliga att mäta på ett uttömmande sätt. Exempelvis är det svårt att mäta individens inneboende stresstålighet, som kan påverka dess subjektiva bedömning av sin ekonomiska situation (se kapitel 2). I den empiriska analysens tredje del (avsnitt 5.3) använder vi därför ett mindre dataurval, som bara omfattar de individer som medverkade i ULF-undersökningen både 2004 och 2012. Fördelen med denna ansats är att vi har upprepade observationer av alla variabler för varje individ, och därför kan undersöka om tidsperioder då *en viss individ* drabbas av ovanligt hög ekonomisk knapphet föregår tidsperioder med ovanligt dålig hälsa för samma individ. Nackdelarna är att skattningarna blir mindre precisa, d v s att det är svårare att påvisa statistiskt signifikanta samband, och att urvalets representativitet inte är lika god.

Framställningen i detta kapitel innehåller primärt en analys av vårt subjektiva mått av ekonomisk knapphet, dvs. intervjupersonernas självrapporterade svar på frågan om de upplevt problem med att betala räkningarna någon gång under det senaste året. I avsnitt 5.1 relaterar vi dessa analysresultat till den kompletterande analys där vi använder vårt objektiva mått av ekonomisk knapphet, dvs. intervjupersonernas registrerade kapitalunderskott. Dessa skattningar återfinns i Appendix A.

5.1 Föregår knapphet ohälsa?

I detta avsnitt undersöker vi om individer som nyligen har haft betalningssvårigheter senare drabbas av ohälsa i större utsträckning än individer utan betalningssvårigheter. I ett första steg undersöker vi om andelen med hälsoproblem är högre i grupperna som befinner sig i en ekonomiskt knapp situation; vi undersöker alltså om skillnaderna i Tabell 41 (Deskriptiv statistik hälsa) är statistiskt signifikanta. Eftersom vi i kapitel 4 sett att grupperna skiljer sig åt i vissa avseenden – t ex är det vanligare att individer med betalningssvårigheter är relativt unga, ensamstående, har omyndiga barn i hushållet, eller har utländsk bakgrund – ser justerar vi i analysens andra steg för sådana bakgrundsfaktorer. Vi kontrollerar då också för om individen varit arbetslös, eller om hushållet fått ekonomiskt bistånd (socialbidrag) under de fem åren före intervjun.¹³

Eftersom syftet är att undersöka om ohälsa kan uppstå till följd av ekonomiska svårigheter, vill vi utesluta att hälsoproblemen redan existerade när de ekonomiska svårigheterna inträffar. I analysens tredje steg justerar vi därför även för om individen fått sjukpenning under något av de senaste fem åren före intervjun, respektive om individen var förtidspensionär året före intervjun. Om en individ har fått ersättning från någon av dessa källor redan innan ULF-intervjun gjordes, är det ju möjligt att de ekonomiska svårigheterna uppstått på grund av att de redan tidigare förekommande hälsoproblemen försämrat individens utkomstmöjligheter. För att ytterligare kontrollera för tidigare hälsoproblem inkluderar vi i vissa skattningar dessutom indikatorer för förekomst av läkemedelsanvändning och slutenvård under året/åren före intervjun.

Genom att kontrollera för hälsostatus under åren *före* intervjun kan vi emellertid inte utesluta att hälsoproblemen startade under samma år som, men före, intervjun, och därefter utlöste ekonomiska svårigheter. Exempelvis kommer vi inte fånga upp de fall där en tidigare kärnfrisk person råkar ut för en hälsochock under intervjuåret och till följd av denna chock omedelbart hamnar i en ekonomiskt knapp situation. För att komma tillrätta med detta lägger vi i analysens fjärde steg in kontrollvariabler som fångar upp hälsoproblem under intervjuåret: samtida förekomst av sjukpenning eller förtidspension, respektive, (i förekommande fall) samtida läkemedels- och slutenvårdsanvändning.

I analysens femte och sista steg tar vi höjd för att ekonomisk knapphet kan ha olika konsekvenser för personer med olika ohälsohistorik. Fram till detta steg vilar vår analys på antagandet att sambandet mellan ekonomiska svårigheter och senare ohälsa ser likadant ut för personer med respektive utan tidigare hälsoproblem. Men det är tänkbart att de hälsomässiga

¹³ Hela listan av bakgrundsfaktorer som används som kontrollvariabler utgörs av: förekomst av arbetslöshetsersättning respektive försörjningsstöd vid minst ett av de fem åren före intervjun; ålderspensionerad, ensamstående, barn <18 år i hushållet, föräldrapenning, disponibel inkomst (logaritmerad) året före intervjun; dummyvariabel för varje ålder, kön, boendeform (villa respektive bostadsrätt vs övriga), utbildningsnivå (maximalt gymnasial respektive högskoleutbildning vs lägre utbildning), invandrat, båda föräldrarna utländska medborgare, boende i Stockholm, Göteborg eller Malmö, samt en dummyvariabel för varje år. Se kapitel 4.

konsekvenserna av knapphet är annorlunda för personer med tidigare hälsoproblem än för personer som tidigare varit friska. Exempelvis kanske betalningssvårigheter lägger ytterligare sten på börda för personer med tidigare psykisk ohälsa, medan personer som tidigare saknat hälsoproblem inte påverkas hälsomässigt.

Nästa avsnitt redogör för hur vårt knapphetsmått – förekomst av betalningssvårigheter – samvarierar med ett antal allmänna hälsomått som är självrapporterade i ULF-undersökningen. Därefter går vi igenom sambanden mellan knapphetsmålet och ett antal hälsomått som baseras på information i läkemedelsregistret: förekomst av läkemedelsanvändning för, i tur och ordning, psykisk ohälsa, magsår och hjärt- och kärlsjukdomar.

Allmänna hälsoproblem

Vårt första allmänna hälsomått från ULF-undersökningen är *självskattad hälsa* på en skala från 1 (dålig) till 3 (god). I 2006-2012 års omgångar av ULF är det genomsnittliga värdet 2,7, med en standardavvikelse på 0,6. Personerna som rapporterat att de haft problem att betala sina räkningar någon gång under året före ULF-intervjun upplever att de är vid sämre hälsa än personer utan betalningssvårigheter – de rapporterar i genomsnitt 0,2 enheter lägre hälsa, även då vi justerar för bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön och utbildningsnivå (Tabell 5.1, kolumn 1-2). Skattningen i kolumn 3 är något mindre, vilket visar att denna skillnad till viss del kan förklaras med att gruppen med betalningssvårigheter redan tidigare var vid sämre hälsa (här definierat som att ha varit sjukskriven de senaste 5 åren, eller vara förtidspensionerad sedan minst ett år tillbaka). Men fortfarande i kolumn 4, där vi skattar sambandet mellan betalningssvårigheter och självskattad hälsa enbart för gruppen som tidigare varit frisk (inte varit sjukskriven eller förtidspensionerad), finner vi att det allmänna hälsotillståndet är 0,16 enheter lägre för gruppen som nyligen haft betalningssvårigheter.

På nästa rad i Tabell 5.1 finner vi att personerna med betalningssvårigheter i högre utsträckning rapporterar att de besväras av *värk* i axlar, skuldror och eller rygg. Andelen är 17 procent i befolkningen som helhet, men 10 procentenheter högre bland personer med betalningssvårigheter (kolumn 1). Skillnaden minskar något då vi tar hänsyn till redan befintliga skillnader i hälsa mellan grupperna; överrisken hos personer med betalningssvårigheter minskar från 10 procentenheter i kolumn 1-2 till omkring 8 procentenheter när vi kontrollerar för förekomst av sjukskrivning och förtidspension de föregående åren (kolumn 3-4). Huvuddelen av sambandet kvarstår dock.

TABELL 5.1: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)					
Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	Obs. med/utan kontrollvariabler
Självskattad hälsa (SAH)	-0,202*** (0,0198)	-0,215*** (0,0197)	-0,162*** (0,0184)	-0,158*** (0,0195)	10979/10792
Värk	0,0997*** (0,0128)	0,105*** (0,0132)	0,0784*** (0,0127)	0,0797*** (0,0135)	10950/10765
BMI	0,0948 (0,173)	0,519*** (0,178)	0,496*** (0,179)	0,634*** (0,185)	10988/10801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning (*ekonomisk kris*) och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa* = förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus (interaktionseffekt); skattningen i (4) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Mot bakgrund av såväl den internationella litteraturen som tvärsnittsanalysen i Ahlström (1998) är det motiverat att också undersöka sambandet mellan betalningssvårigheter och *övervikt*. BMI ligger i genomsnitt på 23,5 för ULF-personerna i 2006-2007 års undersökning, med en standardavvikelse på 7. Det finns ingen skillnad mellan grupperna med respektive utan betalningssvårigheter, om man inte tar hänsyn till skillnaderna i gruppernas demografiska sammansättning – med hänsyn tagen till bakgrundsfaktorer såsom ålder framträder en skillnad om 0,5 enheters högre BMI för personer som erfarit betalningssvårigheter. Skillnaden mellan gruppen med respektive utan betalningssvårigheter kvarstår även när vi justerar för sämre hälsa i form av tidigare sjukskrivningar och förtidspension (kolumn 3), och är rentav något större i gruppen utan tidigare sjukdomshistorik, det vill säga bland dem som varken varit sjukskrivna eller förtidspensionerade under de senaste åren (kolumn 4).

Det är viktigt att notera att variablerna som mäter allmänhälsa uppmäts samtidigt som förekomsten av betalningssvårigheter kartläggs. Intervjufrågan om betalningssvårigheter syftar tillbaks på hela året före intervjun, medan hälsofrågorna inte avser någon speciell tidsperiod utan får antas syfta på hälsostatus vid intervjutillfället. Men vi forskare kan inte

veta vilken tidsperiod intervjupersonerna hade i tanken när de utvärderade sin hälsa. Även om vi kontrollerar för tidigare sjukdomsperioder kan vi alltså inte helt utesluta att respondenterna drabbades av sina rapporterade hälsoproblem innan betalningssvårigheterna uppstod.

Psykisk ohälsa

Nästan var femte person i ULF-undersökningarna (18 procent) rapporterar besvär med oro, ångslan och ångest. Kolumn 1 på första raden i Tabell 5.2 visar att andelen är 25 procentenheter högre för gruppen som haft svårigheter med att betala sina räkningar under året före intervjun; ångestbesvär är alltså mer än dubbelt så vanliga i denna grupp än bland befolkningen som helhet. Som framgår av kolumnerna 2-5 försvagas sambandet när vi tar hänsyn till systematiska skillnader mellan de båda grupperna. Skillnaden mellan grupperna minskar till drygt 19 procentenheter när vi kontrollerar för bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder, inkomst, förekomst av försörjningsstöd etc. Förekomst av försörjningsstöd eller arbetslöshetsersättning är positivt korrelerat med utfallsvariabeln, vilket tyder på att allmänt knappa marginaler är stressande i sig, även om de inte resulterat de facto betalningssvårigheter.

Effekten av faktiska betalningssvårigheter är fortfarande betydande i den skattning som redovisas i kolumn 5, där vi enbart tittar på gruppen av individer som inte haft något observerbart hälsoproblem under de föregående åren. Annorlunda uttryckt: när vi begränsar oss till att studera individer som tidigare varit friska – i bemärkelsen att de varken är förtidspensionerade eller sjukskrivna eller har varit det de föregående fem åren, och varken använt antidepressiva läkemedel, lugnande medel eller sömnmedel eller varit inskrivna på sjukhus för depression eller ångest de senaste två åren – finner vi att sannolikheten att rapportera ångestbesvär är nästan dubbelt så hög för personer som har haft problem att betala sina räkningar under det senaste året, jämfört med personer som inte haft betalningssvårigheter.

Skattningarna för självrapporterade problem med oro, ångslan och ångest talar för att betalningssvårigheter kan ha en direkt påverkan på den psykiska hälsan. Men det är oklart vad som innefattas i intervjupersonernas bild av oro, ångslan, ångest. Som nämndes i slutet av avsnittet om allmänhälsa kan vi, på grund av intervjufrågornas formulering, heller inte vara helt säkra på att de ekonomiska problemen faktiskt uppträtt *före* de psykiska. I nästa steg undersöker vi effekterna på användning av antidepressiva läkemedel, lugnande medel och sömnmedel under *året efter* intervjun. Eftersom läkemedelsanvändningen sker året efter intervjun kan vi, genom att kontrollera för tidigare läkemedelsanvändning, vara mer säkra på att hälsoproblemen inte uppträtt före betalningssvårigheterna. En ytterligare fördel är att med denna typ av läkemedelsdata är att vi undviker mätfel till följd av att individer rapporterar hälsoproblem som de inte har, eller tvärtom väljer att inte rapportera vissa hälsoproblem eller inte svarar sanningsenligt.¹⁴ För att få tillgång till något av dessa receptbelagda läkemedel

¹⁴ För en utförlig diskussion kring och tester av den här typen av mätfel i självrapporterade hälsoundersökningar, se ex Butler et al 1987 och Ljungvall et al 2015).

krävs kontakt med läkare, vilket troligtvis innebär att personer som använt dessa typer av läkemedel i hög grad besväras av psykisk ohälsa.

TABELL 5.2: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)						
Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	Obs. med/utan kontrollvariabler
Oro, ångslan, ångest (angst)	0,252*** (0,0143)	0,196*** (0,0152)	0,165*** (0,0148)	0,159*** (0,0146)	0,146*** (0,0185)	10950/10765
Psykofarmaka (lugnsömnmedel)	0,0490*** (0,0122)	0,0649*** (0,0125)	-0,000878 (0,00992)	-0,0126 (0,00894)	0,0146 (0,00991)	10988/10801
– Antidepressiva (N06A)	0,0721*** (0,0105)	0,0605*** (0,0109)	0,0182** (0,00917)	0,0113 (0,00868)	0,00381 (0,00833)	10988/10801
– Lugnande (N05B)	0,0248*** (0,00784)	0,0309*** (0,00829)	0,00946 (0,00770)	0,00670 (0,00750)	0,00326 (0,00719)	10988/10801
– Sömnmedel (N05C)	0,00700 (0,00910)	0,0322*** (0,00938)	-0,00446 (0,00880)	-0,0102 (0,00871)	0,0194** (0,00874)	10988/10801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning (ekonomisk kris) och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa* = använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tilläts bero på tidigare hälsostatus (interaktionseffekt); skattningen i kolumn 5 avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

18 procent av ULF-personerna använde psykofarmaka – definierat som minst en av dessa tre läkemedelstyper – under året efter ULF-intervjun. Utan att justera för några bakgrundsfaktorer ser vi att personer med tidigare betalningssvårigheter har 5 procentenheter högre risk än personer utan betalningssvårigheter (kolumn 1, rad Psykofarmaka). Överrisken blir till och med högre då vi kontrollerar för bakgrundsfaktorer såsom ålder, inkomst och kön i kolumn 2. Men när vi i kolumn 3 kontrollerar för tidigare hälsostatus – mätt dels med tidigare sjukfrånvaro, dels med tidigare års konsumtion av dylika läkemedel – försvinner sambandet helt och förlorar sin statistiska signifikans. Inte heller i specifikation 4 eller 5 framträder ett samband. Enligt detta utfallsmått tycks det alltså *inte* som om personer med

tidigare betalningssvårigheter är drabbade av (betydande) psykisk ohälsa i högre utsträckning än andra personer.

En mer komplex bild framträder dock när vi tittar på de tre läkemedelsgrupperna för sig (se rad 3-5 i tabellen). Vi finner då positiva samband mellan förekomst av betalningssvårigheter och sannolikheten att senare använda antidepressiva läkemedel respektive lugnande medel; samband som dock försvinner när vi kontrollerar för läkemedelskonsumtion och alltså förklaras av att personerna med betalningssvårigheter redan tidigare hade hälsoproblem. Dessa samband kan alltså inte sägas bero på de ekonomiska svårigheterna. Det förhåller sig annorlunda beträffande sömnmedel, som används av var tionde respondent. Personer som inte tidigare använt sömnmedel löper omkring 20 procents större risk att börja använda sömnmedel året efter intervjun om de haft betalningssvårigheter än om de inte haft problem med räkningarna. Personer som tidigare använt sömnmedel löper däremot lägre risk att fortsätta använda sömnmedel om de hade betalningssvårigheter året dessförinnan.¹⁵

Magsår

I de nästkommande avsnitten fortsätter vi vår analys där vi använder information om läkemedelsanvändning snarare än självrapporterad hälsa. Nästan var tionde person använder läkemedel mot magsår under året efter ULF-intervjun. Ny medicinsk forskning visar att magsår inte direkt orsakas av stress (vilket tidigare rön gjorde gällande), men att magsår däremot kan vara en bieffekt av vissa typer av medicinering för depression eller värk (se avsnitt *Data*). Analysen av sambandet mellan betalningssvårigheter och magsår relaterar därmed till såväl psykisk som fysisk ohälsa.

Tabell 5.3 visar att magsårsläkemedelsanvändning är vanligare bland personer som nyligen haft betalningssvårigheter med hänsyn tagen till bakgrundsfaktorer såsom inkomst och ålder (kolumn 2). Sambandet försvinner då vi justerar för tidigare användning av magsårsmiddel (kolumn 3-4), vilket visar sig bero på att sambandet med betalningssvårigheter går åt olika håll för personer som har, respektive inte har, använt sådana läkemedel tidigare: för den förra gruppen är betalningssvårigheter associerade med en ökad sannolikhet att använda magsårsläkemedel, medan det omvända gäller för personer som redan tidigare använt magsårsläkemedel (kolumn 5). Samma mönster som vi såg för sömnmedelsanvändning, alltså.

Givet att stress inte längre anses vara en direkt orsak till magsår krävs en annan förklaring till kopplingen mellan betalningssvårigheter och magsår. Eftersom vi tidigare kunnat konstatera att det inte finns någon direkt koppling mellan betalningssvårigheter och användning av antidepressiva medel (se Tabell 5.2, kolumn 4) kan kopplingen inte förklarats av att personerna med betalningssvårigheter äter sådan medicin, som i sig kan orsaka magsår. En annan förklaring skulle kunna vara att personer med betalningssvårigheter i relativt hög grad

¹⁵ Tabellen redovisar inte skattningen för personer som tidigare använt sömnmedel. Däremot kan läsaren inse att skattningen är negativ för dessa personer, eftersom parameterskattningen i (4) är negativ.

använder smärtstillande s.k. NSAID-läkemedel, ett annat läkemedel som orsakar magsår (SBU 2011). Vi har inte gjort någon direkt undersökning av denna hypotes. Däremot har vi ju funnit indirekt stöd för hypotesen, eftersom (den självrapporterade risken för) svår värk – som kan tänkas leda till ökad konsumtion av smärtstillande – var högre för personer med betalningssvårigheter men utan tidigare hälsoproblem.

TABELL 5.3: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)						
Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	Obs med/utan kontrollvariabler
Magsårsmedicin (A02B)	0,00521 (0,00896)	0,0301*** (0,00934)	0,0116 (0,00820)	0,0115 (0,00764)	0,0164** (0,00825)	10988/10801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning (ekonomisk kris) och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt magsårsmedicin året före intervjun o/e använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= använt magsårsmedicin o/e använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus (interaktionseffekt); skattningen i kolumn 5 avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Hjärt- och kärlsjukdom

Var fjärde intervjuperson har använt läkemedel mot högt blodtryck (hypertoni) eller hjärtsjukdom under året efter ULF-intervjun. I kolumn 1 av Tabell 5.4 ser vi att andelen är väsentligt lägre (14 procentenheter) för personer som rapporterat betalningssvårigheter vid ULF-undersökningen. Men detta ska knappast tolkas som att betalningssvårigheter leder till mindre problem med hjärt- och kärlsjukdom. Anledningen till den lägre konsumtionen bland personerna med betalningssvårigheter torde istället hänga ihop med att gruppen innehåller en större andel yngre personer, som ännu inte nått åldrar där hjärt-och kärlsjukdom är vanliga.

Mycket riktigt försvinner skillnaden mellan gruppen med respektive utan betalningssvårigheter när vi kontrollerar för bakgrundsfaktorer, däribland ålder (kolumn 2). Skattningarna påverkas inte så mycket när vi därutöver kontrollerar för tidigare användning av hjärt-/kärlmedicin, slutenvårdstillfällen för hjärt- och kärlsjukdom, eller förekomst av sjukskrivningar/förtidspension (kolumn 3-5). Bilden är likartad när vi skattar separata modeller för blodtrycksmedicin och hjärtmedicin, se de påföljande raderna i Tabell 5.4.

Sammanfattningsvis finner vi alltså inga övertygande indikationer på ett samband mellan hjärt- och kärlsjukdom och förekomst av betalningssvårigheter.

TABELL 5.4: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)						
Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	Obs. med/utan kontrollvariabler
Cirkulationsmedicin	-0,145*** (0,0102)	0,00302 (0,00961)	-0,0108 (0,00684)	-0,00660 (0,00571)	0,00652 (0,00705)	10988/10801
– Blodtrycksmedicin (C02-03, C07-09)	-0,145*** (0,0101)	-0,000122 (0,00948)	-0,0137** (0,00665)	-0,00955* (0,00576)	0,00253 (0,00693)	10988/10801
– Hjärtmedicin (C01)	-0,0277*** (0,00466)	0,00323 (0,00492)	0,000578 (0,00480)	0,000823 (0,00471)	0,00618 (0,00430)	10988/10801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning (ekonomisk kris) och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt cirkulationsmedicin året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos I05-I15/I20-I25/I30-I52 under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= använt cirkulationsmedicin o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos I05-I15/I20-I25/I30-I52 o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus (interaktionseffekt); skattningen i kolumn 5 avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sammanfattning

Vår analys ger en något splittrad bild. Vi finner genomgående starka samband mellan betalningssvårigheter och självrapporterade mått på ohälsa. Dessa samband består även när vi bara undersöker personer som tidigare varit friska, i bemärkelsen att de inte varit varken sjukskrivna eller förtidspensionerade (två mått på ohälsa) under intervjuåret eller fem år dessförinnan. Resultaten ger stöd för att betalningssvårigheter kan föregå ohälsa, och kanske därmed vara en direkt orsak till ohälsa. Samtidigt finns en fundamental osäkerhet kring de självrapporterade hälsomåtten. Delvis rör osäkerheten vilken tidsperiod respondenterna egentligen utvärderat sin hälsa över – på grund av intervjufrågornas formulering kan vi inte utesluta att de hälsoproblem som rapporterats faktiskt uppstått *före* de rapporterade betalningssvårigheterna. Delvis rör osäkerheten att olika individer kan lägga olika saker i sin bedömning av sitt välmående, och att olika individer kan bedöma samma situation på olika sätt.

Det är därför en fördel att vi, med hjälp av registerdata, även kunnat studera objektiva hälsomått som med säkerhet avser tiden efter intervjun, närmare bestämt året efter. Här drar vi slutsatsen att betalningssvårigheter föregår vissa läkemedelsbehandlingar, men inte andra. I våra mest ambitiösa specifikationer, där vi kontrollerar för tidigare läkemedelsanvändning och slutenvårdstillfällen, finner vi att personer som tidigare tycks ha varit friska löper högre risk att framgent använda sömnmedel och magsårsmedel om de tidigare haft betalningssvårigheter än om de inte tidigare haft betalningssvårigheter. Däremot finns det inga skillnader när det kommer till antidepressiva läkemedel, lugnande medel, hjärtmedicin eller blodtrycksmedicin.

En annan osäkerhet med framförallt de självrapporterade måtten är att olika individer kan lägga olika saker i sin bedömning av sitt välmående, och att olika individer kan bedöma samma situation på olika sätt. I den mån skattningarna drivs av individuella faktorer – t ex stressbenägenhet – som är relativt oföränderliga över tid men inte observerbara, kan analysen i avsnitt 5.3 råda viss bot på problemet. Vi skapar där en panel med individer som medverkat i ULF-undersökningen både 2004 och 2012, för att kunna undersöka om det finns samband mellan tidigare betalningssvårigheter och senare hälsa betingat på sådana individspecifika faktorer.

Betydelsen av hur vi mäter knapphet

Vi har också gjort en analys där vi använt vårt andra mått på ekonomisk knapphet, nämligen att ha redovisat kapitalunderskott. På grund av att tolkningen av detta mått är mer tvetydig (se kapitel 4) redovisar vi dessa skattningar i Appendix A. Den största fördelen med detta knapphetsmått, som beräknas med hjälp av registerdata utifrån de genomsnittliga kapitalinkomsterna under de två åren föregående intervjun, är att vi kan vara säkra på att denna knapphet föregår den ohälsa som rapporteras i ULF-enkäten.

I regel finner vi liknande, men svagare, resultat när vi använder kapitalunderskott som knapphetsmått. Ett undantag är BMI, där effekten av kapitalunderskott är lika stark som effekten av betalningssvårigheter. Ett annat undantag är användning av läkemedel mot hjärtsjukdomar, där personer med kapitalunderskott som inte tidigare använt sådana läkemedel löper förhöjd risk att börja använda sådana läkemedel.

Den mest anmärkningsvärda skillnaden mellan de båda måtten på knapphet rör psykisk ohälsa. För båda knapphetsmåtten ser vi förvisso en förhöjd sömnmedelskonsumtionsrisk för personer som befinner sig i ekonomisk knapphet. Men medan betalningssvårigheter och ångestproblem går hand i hand, är sannolikheten att rapportera ångestbesvär *lägre* för personer med kapitalunderskott än för personer med inga eller positiva kapitalinkomster. Sambandet mellan betalningssvårigheter och ångest speglas inte i en förhöjd konsumtion av antidepressiva eller lugnande medel, medan vi däremot ser att den lägre ångestfrekvensen för personer med kapitalunderskott ackompanjeras av en lägre konsumtion av antidepressiva medel.

Detta tyder på att de båda måtten fångar upp olika grader av sårbarhet. Rimligtvis ingår överskuldsatta individer i gruppen utan kapitalunderskott. Samtidigt innehåller gruppen med kapitalunderskott många individer som inte besväras av sin skuld. Man skulle därför kunna argumentera för att förekomsten av betalningssvårigheter fångar upp personer med en högre grad av sårbarhet än måttet på kapitalunderskott. Detta skulle i sin tur kunna förklara den sämre egenrapporterade psykiska hälsan i gruppen med betalningssvårigheter. Som tidigare nämnts är en annan möjlighet att individer med en orolig personlighet kanske är mindre benägna att ta på sig skulder från första början, samtidigt som deras oroliga personlighet är förknippad med förhöjd risk att rapportera ångest, ångslan och oro.

5.2 Föregår ohälsa knapphet?

Avsnitt 5.1 tyder på att det föreligger samband mellan ekonomisk knapphet och vissa hälsoutfall även för individer som tidigare varit friska. I detta avsnitt av rapporten tar vi ett omvänt perspektiv och undersöker sambandet mellan tidigare hälsoproblem och att senare drabbas av betalningssvårigheter. Vi såg redan i föregående avsnitt att personer med ohälsa i högre grad *har* betalningssvårigheter, eftersom skattningarna i regel påverkades av att vi lade till tidigare hälsa som kontrollvariabel. I detta avsnitt kan vi lära oss mer om vilka specifika ohälsoproblem som leder till ekonomiska problem.

När vi talar om hälsomått i detta avsnitt syftar vi bara användningen av läkemedel enligt Läkemedelsregistret. Vi använder sålunda enbart objektiva hälsomått för den här empiriska analysen. Uppgifterna om individernas betalningssvårigheter härrör från ULF-intervjuer under 2007; eftersom Läkemedelsregistret är så pass nytt kan vi bara mäta ”tidigare ohälsa” under år 2006, vilket utesluter att studera samband mellan tidigare ohälsa och betalningssvårigheter för individerna i ULF-omgång 2006.

Vi utför analysen i två steg. I första steget undersöker vi om andelen individer med betalningssvårigheter är större i gruppen som tidigare upplevt sämre hälsa. Vi justerar samtidigt för de socioekonomiska bakgrundsfaktorer som tidigare beskrivits. Vi kontrollerar därutöver för tidigare ohälsa (*Laggad hälsa*) genom att kontrollera för förekomst av sjukpenning eller förtidspension under de senaste fem åren; därutöver gör vi i vissa skattningar ytterligare ohälsojusteringar med hjälp av indikatorer för förekomst av tidigare läkemedelsanvändning respektive slutenvård.

Som vi noterat i kapitel 2 är det vid en analys av hälsans påverkan på uppkomsten av ekonomisk knapphet viktigt att beakta att knapphet kan vara ett långvarigt fenomen. Gruppen med sämre hälsa kan ha brottats med knappa marginaler sedan länge.¹⁶ Bland

¹⁶ Vi har även provat att använda förekomsten av arbetslöshet under fem år före enkätintervjun som mått på tidigare ekonomisk knapphet. Resultaten blir likvärdiga. Förekomsten av tidigare betalningssvårigheter (betalningssvårigheter åtta år före intervjun) genererar däremot inga signifikanta resultat. Anledningen till

bakgrundsfaktorerna inkluderar vi därför också en indikator på tidigare ekonomisk knapphet. Variabeln beskriver huruvida individen fått ekonomiskt bistånd (socialbidrag) från kommunen någon gång under de senaste fem åren.

Det första steget i analysen utgår från antagandet att sambandet mellan tidigare hälsa och betalningssvårigheter är detsamma för alla individer oavsett deras tidigare erfarenhet av ekonomisk knapphet. I det andra steget öppnar vi upp för möjligheten att sjukdom och ohälsa har andra (ekonomiska) konsekvenser för en individ som redan tidigare har en ekonomiskt knapp situation. Att drabbas av en depression eller svår värk kan göra en redan ansträngd ekonomisk situation svår att hantera och därmed öka risken för senare betalningssvårigheter. Vi låter hälsovariablerna interagera med indikatorn för tidigare ekonomisk knapphet, och kan därmed separera effekten på knapphetsrisken för gruppen med sämre hälsa och tidigare knapphet från effekten på knapphetsrisken för gruppen med sämre hälsa men utan tidigare knapphetsproblem. Det är den senare, ”rena”, hälsoeffekten vi presenterar i kolumn 2 i tabellerna nedan.

Psykisk ohälsa och betalningssvårigheter

Bland individerna i ULF-undersökningen som uppger sig ha betalningssvårigheter (12 procent) finner vi i genomsnitt en större användning av psykofarmaka än i gruppen utan betalningssvårigheter. Detta mönster återser vi i regressionsanalysen även när vi justerar för bakgrundsfaktorer och tidigare hälsa. Tabell 5.5 visar resultaten från skattningar av sambandet mellan tidigare psykisk ohälsa och senare betalningssvårigheter. Tabellens första rad anger skattningen för *Psykofarmaka*, vår indikator för att konsumerat antidepressiva medel, lugnande medel och/eller sömnmedel. Individer som använt sådana läkemedel har en förhöjd risk på 5 procentenheter att hamna i betalningssvårigheter (kolumn 1). Detta motsvarar en riskökning på dryga 42 procent för denna grupp i förhållande till andelen med betalningssvårigheter i befolkningen. När vi också beaktar betydelsen av att tidigare upplevt betalningssvårigheter (kolumn 2) minskar överrisken en smula ned till knappt 4,5 procentenheter.

Vilken typ av psykiska besvär är det då som driver resultatet? Mönstret vi sett för allmän användning av psykofarmaka återkommer för varje preparatgrupp men sambandets styrka skiljer sig åt. På andra raden i Tabell 5.5 redovisas skattningen för tidigare användning av antidepressiva medel (*Antidepressiva*), som är associerad med nästan 8 procentenheter högre risk för betalningssvårigheter. Risken är en procentenhet mindre för gruppen som inte upplevt tidigare knapphet (kolumn 2). På tabellens tredje rad observerar vi i kolumn 1 att tidigare användning av lugnande medel (*Lugnande*) är associerad med en förhöjd risk för betalningssvårigheter på nästan 6 procentenheter. Inte heller här tycks sambandet drivas av tidigare knapphet.

sistnämnda utfallet är troligen att användningen av denna indikator reducerar antalet observationer med 75 procent, vilket kraftigt reducerar variationen.

TABELL 5.5. SAMBAND BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)

Oberoende variabel (t-1)	1	2	N med/utan kontrollvar.
Psykofarmaka (lugnsömndepp)	0,0508*** (0,00912)	0,0517*** (0,00910)	10 801
Antidepressiva (N06A)	0,0772*** (0,0131)	0,0723*** (0,0132)	10 801
Lugnande (N05B)	0,0579*** (0,0167)	0,0562*** (0,0167)	10 801
Sömnmedel (N05C)	0,0260** (0,0107)	0,0213** (0,0103)	10 801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Laggad hälsa</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Effekt för tidigare knapphet</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning och de oberoende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående bakgrundsfaktorer finns i kapitel 4. Laggad hälsa = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun samt förekomst av inskrivning på sjukhus på grund av psykisk ohälsa de 10 åren före intervjun. Effekt för tidigare knapphet = skattning där effekten av tidigare ohälsa tillåts bero på tidigare knapphet, mätt som förekomst av ekonomiskt bistånd 5 år före intervjun; skattningen i (2) avser effekten av tidigare ohälsa för personer utan tidigare erfarenhet av ekonomisk knapphet. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Även individer med tidigare användning av sömnmedel löper högre risk för betalningssvårigheter men överrisken är inte lika stor som för de båda andra preparatgrupper, ca 3 procentenheter (se sista raden i Tabell 5.5). För gruppen som tidigare använt sömnmedel men inte upplevt tidigare ekonomisk knapphet de senaste fem åren är risken något lägre, 2 procentenheter. Men sammantaget tycks det inte som att sambanden mellan tidigare ohälsa och senare ekonomisk knapphet drivs av redan förekommande ekonomisk knapphet i någon betydande utsträckning.

Magsår och förekomsten av betalningssvårigheter

Härnäst undersöks sambandet mellan magsår och senare betalningssvårigheter. Som nämnts tidigare kan samband mellan magsår och betalningssvårigheter orsakas av läkemedelskonsumtion relaterad till såväl psykisk (depression) som fysisk (värk) ohälsa. Resultatet i tabell 5.6 indikerar en överrisk på nästan 1 procentenhet, men sambandet mellan magsårsproblem och senare betalningssvårigheter är inte statistiskt signifikant. Skattningen i kolumn (2) visar dessutom att tidigare erfarenhet av knapphet inte påverkar sambandet. Individer utan tidigare ekonomiskt bistånd löper något större risk för betalningssvårigheter, men skattningen är fortfarande statistiskt insignifikant. Möjligen indikerar bristen på samband att magsår är just en indikator på annan ohälsa, som är mer relaterad till betalningssvårigheter; vi kontrollerar ju för användning av psykofarmaka i skattningarna.

TABELL 5.6. SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)

Oberoende variabel (t-1)	1	2	Observationer
Magsårsmedicin (A02B)	0,00778 (0,0106)	0,0118 (0,0102)	10 801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Laggad hälsa</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Effekt för tidigare knapphet</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning och de oberoende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående bakgrundsfaktorer finns i kapitel 4. Laggad hälsa = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun, förekomst av inskrivning på sjukhus på grund av psykisk ohälsa de 10 åren före intervjun samt förekomst av psykofarmaka året före intervjun. Effekt för tidigare knapphet = skattning där effekten av tidigare ohälsa tillåts bero på tidigare knapphet, mätt som förekomst av ekonomiskt bistånd 5 år före intervjun; skattningen i (2) avser effekten av tidigare ohälsa för personer utan tidigare erfarenhet av ekonomisk knapphet. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Hjärt- och kärlsjukdom och betalningssvårigheter

Kapitel 4 visar att ohälsa i form av problem med hjärta och kärl förekommer mer sällan bland individer med betalningssvårigheter än bland individer utan betalningssvårigheter. Det ska dock inte tolkas som att hjärt- och kärlsjukdomar är en skyddsfaktor mot betalningssvårigheter, utan förklaras av andra systematiska skillnader mellan grupperna. Detta kan inses genom att studera kolumn 1 i Tabell 5.7 nedan. I denna regressionsanalys, som kontrollerar för en mängd bakgrundsfaktorer, finner vi nämligen inte någon förhöjd risk för betalningssvårigheter för gruppen med hjärt- och kärlsjukdomar. Effekterna är små och går inte att statistiskt skilja från en nolleffekt, se kolumn 1. Slutsatsen gäller såväl för användning

av cirkulationsmedicin generellt som när preparatgrupperna blodtrycksmedicin och hjärtmedicin studeras separat. Vidare tycks sambandet minska ytterligare i storlek då vi begränsar analysen till gruppen utan tidigare ekonomisk knapphet (2).

TABELL 5.7. SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t)

Oberoende variabel (t-1)	1	2	Observationer
Cirkulationsmedicin	0,00568 (0,00710)	0,00441 (0,00676)	10 801
– Blodtrycksmedicin (C02-03, C07-09)	0,00219 (0,00702)	0,00151 (0,00669)	10 801
– Hjärtmedicin (C01)	0,00782 (0,0127)	0,00393 (0,0121)	10 801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Laggad hälsa</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	
<i>Effekt för tidigare knapphet</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt 2006/2007 års ULF-undersökning (ekonomisk kris) och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående bakgrundsfaktorer finns i kapitel 4. Laggad hälsa = förekomst av sjukpenning de 5 före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun, samt förekomst av inskrivning på sjukhus på grund hjärt- och kärlsjukdomar de 10 åren före intervjun. Effekt för tidigare knapphet = skattning där effekten av tidigare ohälsa tillåts bero på tidigare knapphet, mätt som förekomst av ekonomiskt bistånd 5 år före intervju; skattningen i (2) avser effekten av tidigare ohälsa för personer utan tidigare erfarenhet av ekonomisk knapphet. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sammanfattning

Analysen av sambandet mellan tidigare hälsa och senare betalningssvårigheter visar att hälsoproblem föregår ekonomisk knapphet, men sambandet tycks gälla bara för en viss typ av ohälsa, mer bestämt den psykiska. Vi observerar en ganska kraftig överrisk för betalningssvårigheter av att använda psykofarmaka, drygt 40 procent i förhållande till genomsnittet bland befolkningen i vårt urval. Vid närmare analys av separata preparatgrupper tycks användningen av antidepressiva medel ha starkast samband med betalningssvårigheter. Vidare ser vi att överrisken för gruppen av individer som drabbats av psykisk ohälsa nyligen men inte tidigare haft ekonomiska problem är nästan lika stor. En persistent knapphet tycks därmed inte ligga bakom sambandet mellan sämre psykisk hälsa och senare betalningssvårigheter.

Indikationen om att ohälsa driver betalningssvårigheter innebär således att bilden från kapitel 5.1 kompliceras ytterligare. En tolkning av resultaten lyder att vi funnit tecken på orsakssamband i båda riktningar: (vissa typer av) tidigare ohälsa föregår ekonomisk knapphet, men tidigare ekonomisk knapphet föregår också (andra typer av) ohälsa. Vi kan inte heller utesluta möjligheten att analysen reflekterar förhållanden som gäller individer med vissa egenskaper, individer som tenderar att ha både sämre hälsa och knappa ekonomiska marginaler.

5.3 Panelanalys av sambandet mellan tidigare betalningssvårigheter och ohälsa

I detta avsnitt analyserar vi sambandet mellan tidigare betalningssvårigheter och ohälsa med hjälp av en panel bestående av individer som intervjuats i ULF-undersökningen både 2004 och 2012. Tack vare panelstrukturen kan vi ta hänsyn till påverkan från egenskaper hos individen som inte förändras över tid och som dessutom är svåra att observera och därmed mäta. Till nackdelarna med denna ansats hör att urvalet är relativt litet, vilket begränsar möjligheterna för variation. Dessutom har knapphetsmättet brister. Detta på grund av förändrad undersökningsmetodik i ULF sedan 2008, då den svenska ULF-undersökningen anpassades till övriga EU-länders undersökningar av levnadsförhållanden (SILC). Efter 2008 bygger informationen på telefonintervjuer istället personliga intervjuer, och frågeformuläret är delvis annorlunda. En direkt konsekvens för vårt vidkommande är att ULF-variabeln Betalningssvårigheter (Ekonomisk kris), som vi använder som mått på ekonomisk knapphet i huvudanalysen, inte sträcker sig längre än 2007. Frågan har ersatts av tre relaterade frågor som täcker betalningssvårigheter kopplade till boende, lån (bostadslån exkluderade) respektive övriga räkningar. Vi har skapat ett binärt mått på betalningssvårigheter som anger huruvida ULF-individen uppger sig ha betalningssvårigheter (ekonomisk kris) 2004 eller betalningssvårigheter med avseende på åtminstone en utgiftsdimension (boende, lån eller räkningar) 2012. Andelen med betalningssvårigheter 2012 är mindre än 2004 (ca 5 procent år 2012, att jämföra med 12 procent år 2004)¹⁷, ett förhållande som kan bero på en allmän trend i samhället men också på att frågorna inte riktigt mäter samma sak. Genom att studera samma individer vid båda tillfällena kan vi däremot utesluta att variationen beror på att vi i urvalet fångat upp olika typer av individer. Sammantaget fordrar omständigheterna att vi tolkar resultaten med försiktighet. De paralleller vi drar mellan denna analys på longitudinell data och huvudanalysen på tvärsnittsdata grundar sig därför främst på skattningarnas mönster och mindre på skattningarnas storlek.

På grund av att läkemedelsinformation först finns från och med 2005 kan vi inte utföra en analys av sambandet mellan tidigare hälsa och betalningssvårigheter. Istället fokuserar vi oss

¹⁷ Det finns rörelse över tid både in i och ut ur en situation med ekonomiska problem. För individer utan betalningssvårigheter 2004 är sannolikheten för att ha betalningssvårigheter 2012 ca 3 procent. För individer med betalningssvårigheter 2004 är sannolikheten för att vara utan betalningssvårigheter 8 år senare 85 procent.

på hur tidigare betalningssvårigheter påverkar risken för senare ohälsa (motsvarande avsnitt 5.1). Vi presenterar först skattningarna då vi gör en tvärsnittsanalys. Därefter visar vi skattningarna från panelanalysen när vi justerar för tidskonstanta (och icke-observerbara) egenskaper hos individen. Analysen begränsas till de hälsoområden för vilka vi i avsnitt 5.1 funnit ett signifikant samband med betalningssvårigheter, nämligen allmän och psykisk hälsa.¹⁸

Allmän hälsa

ULF-individerna i panelen 04/12 har i genomsnitt en självskattad hälsa på 2,7 (självskattad hälsa mäts på en tregradig skala där 1=sämst hälsa och 3=bäst hälsa). Regressionsanalysen (första raden i Tabell 5.8) visar att individer med tidigare betalningssvårigheter lider av 0,12 enheter sämre hälsa än övriga, en effekt som är robust för justeringar i form av ex. inkomst och antal omyndiga barn i hushållet, men också ohälsohistorik och samtida hälsa (kolumn 2-3). För individer som inte tidigare varit sjuka (mottagit sjukpenning eller förtidspension) men som har upplevt betalningssvårigheter under det gångna året ser vi en mindre genomsnittlig effekt på drygt 0,8 enheter (kolumn 4).

Ca 15 procent av panelen har problem med svår värk i rygg och axlar. Att ha haft problem med att betala sina räkningar ökar risken för värk med ungefär 2 procentenheter (kolumn 1). Även detta samband visar sig vara stabilt för ytterligare kontrollvariabler (kolumn 2-3) men når aldrig statistisk signifikans. Vi noterar att sambandet är något större för individer utan ohälsohistorik och indikerar en överrisk på 2 procentenheter men parameterskattningen är fortsatt insignifikant (kolumn 4). Tredje raden i Tabell 5.8 visar att betalningssvårigheter inte heller tycks ha ett signifikant samband med BMI.

När vi studerar enbart faktorer som varierar över tid och därmed kontrollerar för individspecifika konstanta egenskaper (anges i Tabell 5.9 med *fixed effects*, *FE*) hittar vi genomgående relativt små och statistiskt insignifikanta resultat. Bara baslinjeskattningen för sambandet mellan tidigare betalningssvårigheter och BMI är signifikant men indikerar ett negativt samband (kolumn 1).

¹⁸ I denna analys justerar vi för ålder med hjälp av måtten ålder, ålder² och ålder³.

TABELL 5.8: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER. OLS.

Beroende variabel	1	2	3	4	N med/utan kontrollvar.
Allmänhälsa (SAH),	-0,122*** (0,0368)	-0,122*** (0,0367)	-0,110*** (0,0347)	-0,0815** (0,0350)	3793/3775
Värk (ryggax_svara)	0,0205 (0,0232)	0,0162 (0,0237)	0,0107 (0,0230)	0,0200 (0,0236)	3786/3768
BMI	-0,222 (0,451)	0,293 (0,477)	0,271 (0,479)	0,102 (0,539)	3798/3780
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt ULF 2004 och 2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av ekonomiskt bistånd tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (4) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

TABELL 5.9: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER. FE.

Beroende variabel	1	2	3	4	N med/utan kontrollvar.
Allmänhälsa (SAH)	-,00617 (0,0424)	-0,0275 (0,0433)	-0,0137 (0,0430)	-0,00596 (0,0453)	3793/3775
Värk (ryggax_svara)	-0,00830 (0,0275)	-0,0255 (0,0282)	-0,0277 (0,0280)	-0,0182 (0,0297)	3786/3768
BMI	-2,238*** (0,666)	-0,542 (0,570)	-0,540 (0,562)	-0,527 (0,579)	3798/3780
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt ULF 2004 och 2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av ekonomiskt bistånd tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (4) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Psykisk ohälsa

I genomsnitt 17 procent av ULF-individerna i panelen anser sig ha problem med oro, ångslan eller ångest. Första raden i Tabell 5.10 visar att betalningssvårigheter under året som gått ökar risken för självrapporterade ångestbesvär med ca 16 procentenheter, en nästan dubbelt så stor risk jämfört med genomsnittet (kolumn 1). Efter justering för bakgrundsfaktorer som inkomst och tidigare arbetslöshet minskar överrisken för ångestbesvär till 11 procentenheter (kolumn 2). Skattningen påverkas mycket litet av justeringar för skillnader i ohälsohistorik (kolumn 3) eller samtida hälsa (kolumn 4). Även då vi endast studerar sambandet för individer utan tidigare ohälsoproblem (kolumn 5) kvarstår en effekt på 9 procentenheter.

Att nyligen haft problem med att klara de löpande utgifterna har däremot ingen statistiskt signifikant effekt på det objektiva hälsomåttet vi redovisar. På tabellens andra rad finner vi skattningarna för *Psykofarmaka*. Efter justeringar för bakgrunds- och hälsfaktorer (kolumn 4) är sambandet mellan betalningssvårigheter och psykofarmakamedicinering positivt men försvinnande litet. Bland individer utan tidigare hälsoproblem (se kolumn 5) observerar vi inte heller någon förhöjd risk för användning av antidepressiva, lugnande eller sömnmedel på grund av betalningssvårigheter.

TABELL 5.10: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER. OLS.

Beroende variabel	1	2	3	4	5	N med/utan kontrollvar.
Oro, ångslan, ångest (ångst)	0,159*** (0,0273)	0,109*** (0,0279)	0,101*** (0,0278)	0,101*** (0,0278)	0,0924*** (0,0314)	3798/3772
Psykofarmaka (lugnsömnmedep)	-0,0138 (0,0210)	0,00999 (0,0213)	0,000838 (0,0177)	0,000275 (0,0174)	-0,0113 (0,0189)	3820/3801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt ULF 2004 och 2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa* = använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (5) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Skattningarna baserade på tidsvarierande faktorer redovisas i Tabell 5.11. Resultaten tyder på en viss överrisk för psykisk ohälsa associerad med betalningssvårigheter men sambanden når praktiskt taget aldrig statistisk signifikans. Vi kan alltså inte sluta oss till att de förändringar i ekonomisk knapphet som individerna upplevt mellan 2004 och 2012 påverkar den mentala hälsan. Tabellens första rad visar att tidigare betalningssvårigheter ökar risken för självrapporterade ångestbesvär med ca 2 procentenheter (se kolumn 4). Individer utan tidigare hälsoproblem men med tidigare betalningssvårigheter löper en förhöjd men något mindre risk för ångestbesvär på ca 1 procentenhet. Skattningarna på tabellens andra rad visar att gruppen med ekonomisk knapphet löper en nästan lika stor risk för psykofarmakamedicinering (kolumn 4), vilket innebär att skattningarnas storlek är större än i tvärsnittsanalysen (se Tabell 5.10). Däremot ser vi ingen indikation på att gruppen som varken varit sjukskriven eller är förtidspensionär löper högre risk för psykisk ohälsa enligt vårt objektiva mått än gruppen med sådan ohälsohistorik på grund av betalningssvårigheter, se (5).

TABELL 5.11: SAMBAND MED BETALNINGSSVÅRIGHETER (t). FE.

Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	Obs. med/utan kontrollvariabler
Oro, ångest (angst)	0,0500* (0,0293)	0,0279 (0,0304)	0,0247 (0,0307)	0,0223 (0,0306)	0,0106 (0,0336)	3798/3772
Psykofarmaka (lugnsömn-depp)	-0,0246 (0,0278)	0,0143 (0,0275)	0,0169 (0,0259)	0,0211 (0,0253)	- (0,000818)	3820/3801
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av betalningssvårigheter enligt ULF 2004 och 2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tilläts bero på tidigare hälsostatus (interaktionseffekt); skattningen i kolumn 5 avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sammanfattning

Tvärnittsanalysen av ULF-individerna i panelen 04/12 (redovisade i Tabell 5.8 och Tabell 5.10) visar att erfarenheter av betalningssvårigheter är associerade med en signifikant sämre allmänhälsa och psykisk ohälsa i termer av självrapporterade mått. I jämförelse med motsvarande analys i avsnitt 5.1 (se Tabell 5.1 och Tabell 5.2) är skattningarna storleksmässigt mindre och når statistisk signifikans i lägre utsträckning. Den förlorade precisionen kan bero på att urvalet är mindre, men förändringen i skattningarna tyder på att urvalet också är lite annorlunda. Detta kan bero på systematiskt bortfall mellan panelintervjuerna. Icke desto mindre observerar vi samma mönster i skattningarna för båda urvalen.

När vi analyserar panelen longitudinellt finner vi att sambanden mellan betalningssvårigheter och senare hälsa förklaras av icke-observerbara individuella egenskaper som inte varierar över tid (se longitudinell analys i Tabell 5.9 och 5.11). Resultaten indikerar att de samband vi ser i

avsnitt 5.1 skulle kunna drivas av individspecifika egenskaper som inte nödvändigtvis har med individens ekonomiska situation att göra. Denna tolkning stöds av observationerna från en ytterligare analys vi gjort av sambandet mellan betalningssvårigheter och självrapporterade hälsomått, baserad enkom på ULF-data från alla undersökningar från 1980 till 2007.¹⁹ Vi har utfört såväl en tvärsnittsanalys som en longitudinell analys av detta stora material, och finner samma mönster som i analysen på den kortare panelen: i förhållande till gruppen utan betalningsproblem tycks individer med betalningssvårigheter löpa en signifikant högre ohälsorisk, vilken dock till stor del förklaras av icke-observerbara men konstanta skillnader mellan grupperna.

¹⁹ Analysen baseras enbart på uppgifter från ULF och justerar därmed inte i samma utsträckning och på samma sätt för bakgrundsfaktorer som huvudanalysen (inga data från LISA). Resultaten är inte redovisade i rapporten men finns tillgängliga på begäran.

6. Avslutande kommentar

Vi inledde rapporten med att konstatera att svenska hushåll idag är historiskt högt skuldsatta. Även om den största andelen kan relateras till köp av bostäder verkar även rena konsumtionslån öka, och Kronofogdemyndigheten rapporterade så sent som 2015 om att många så kallade snabb lån aldrig betalas tillbaka. Samtidigt är kunskaperna kring välfärdskonsekvenser av skuldsättning och betalningssvårigheter begränsade, inte minst hur individers hälsa påverkas och hur ohälsa i sin tur påverkar risken för betalningssvårigheter. Genom denna rapport har vi bidragit till att öka kunskapen om dessa samband.

Tanken att överskuldsättning kan ha negativ inverkan på hälsa och välmående är både suggestiv och i viss mån teoretiskt förankrad, och det är knappast förvånande att det finns en föreställning om att ett sådant orsakssamband existerar. Som rapporten visar är det enkelt att presentera data på ett sätt som bekräftar föreställningen, och det finns flera studier som också finner ett samband. Metodologiska brister förhindrar dock de flesta studier att avgöra om hälsoproblemen uppstår *på grund av att* man är överskuldsatt och ha svårt att betala sina räkningar i tid. För att en studie ska kunna visa att hälsoproblem orsakas av betalningssvårigheter måste den på något sätt hantera att de individer som har betalningssvårigheter kan ha lidit av hälsoproblem redan innan betalningssvårigheterna uppstod. Dessa hälsoproblem skulle i sin tur kunna vara en förklaring till att personen från början ådrog sig skulder eller fick problem med att betala sina räkningar.

I förhållande till denna problematik har den data vi analyserat en stor fördel, eftersom individer följs över tid i materialet. En annan fördel gentemot många tidigare studier att datamaterialet – som består av SCBs intervjuundersökning ULF sammankopplat med registerdata från SCB och Socialstyrelsen – är stort och representativt för befolkningen som helhet. Dessutom försöker vi undgå problem relaterade till självrapportering av den egna hälsan genom att komplettera med objektiva hälsomått från Läkemedelsregistret. Många studier kring överskuldsättning och hälsa analyserar enbart självrapporterad hälsoinformation.

Vår empiriska analys ger en något splittrad bild. Vi finner genomgående starka samband mellan betalningssvårigheter och självrapporterad ohälsa. Dessa samband består även när vi bara undersöker personer som tycks ha varit friska åren innan de blev intervjuade. Resultaten ger stöd för att betalningssvårigheter kan föregå ohälsa, och kanske därmed vara en direkt orsak till ohälsa. Samtidigt finns en fundamental osäkerhet kring de självrapporterade hälsomåtten. Olika individer kan lägga olika saker i sin bedömning av sitt välmående, eller bedöma samma situation på olika sätt. Det är inte heller säkerställt att de självrapporterade betalningsproblemen uppstått före de självrapporterade hälsoproblemen.

När vi istället undersöker objektiva hälsomått från Läkemedelsregistret kan vi dra slutsatsen att betalningssvårigheter föregår vissa läkemedelsbehandlingar, men inte andra. Personer som

tidigare tycks ha varit friska löper förhöjd risk att framgent använda sömnmedel och magsårsmedel om de tidigare haft betalningssvårigheter än om de inte tidigare haft betalningssvårigheter. Däremot finns det ingen sådan överrisk för antidepressiva läkemedel, lugnande medel, hjärtmedicin eller blodtrycksmedicin. En invändning mot att mäta människors hälsa utifrån deras läkemedelskonsumtion är att vi kan missa lättare hälsoproblem och andra typer av behandlingar än läkemedelsbehandling.²⁰ Likväl kan vi konstatera att tolkningen av resultaten för de självrapporterade hälsomåtten kompliceras av att analysen av objektiva hälsomått ger en mindre negativ bild.

Vi gör dessutom en ”omvänd analys”, det vill säga att vi undersöker sambandet mellan tidigare hälsa och senare betalningssvårigheter. Vi finner en ganska kraftig överrisk för senare betalningssvårigheter bland personer som tidigare använt psykofarmaka, i synnerhet antidepressiva medel. Överrisken är ungefär lika stor i undergruppen som inte tidigare haft ekonomiska problem. Sambandet mellan psykisk ohälsa och påföljande betalningssvårigheter kan alltså inte förklaras med att personerna med psykisk ohälsa redan befann sig i en knapp situation. Att psykisk ohälsa ökar risken för senare betalningssvårigheter innebär ytterligare komplikationer för tolkningen av sambanden mellan betalningssvårigheter och senare ohälsa. Skattningarna ger oss skäl att tro att orsakssambanden går i båda riktningarna.

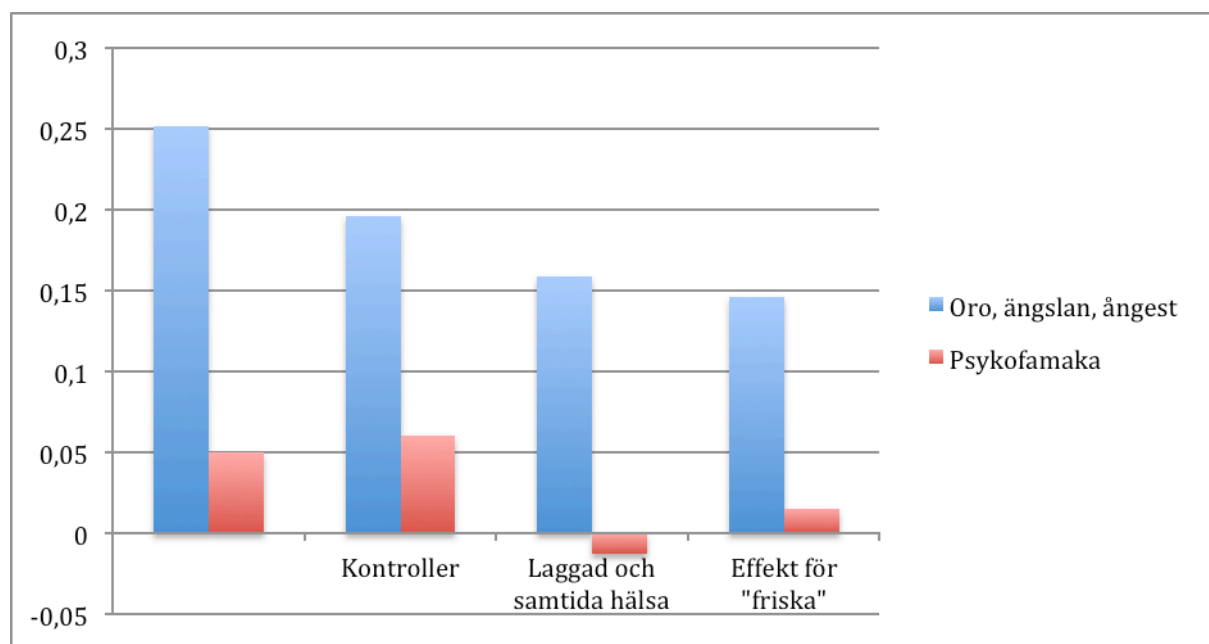
Trots vår longitudinella ansats kan analysen lida av selektionsproblem, det vill säga att sambanden skulle se annorlunda ut om förekomsten av betalningssvårigheter hade varit helt slumpmässigt fördelad över befolkningen. Det är tänkbart att individer som är relativt stresskänsliga blir mer oroade av en viss ekonomisk situation, samtidigt som de också är mer benägna att ha psykiska besvär. I en kompletterande analys har vi undersökt om förändringar i en given individs erfarenhet av betalningssvårigheter medför förändringar i samma individs hälsa. Resultaten tyder på att sambandet mellan betalningssvårigheter och senare hälsoproblem i stor utsträckning förklaras av individspecifika faktorer såsom stresstålighet. Det går således inte att utesluta att sambanden vi noterat mellan ekonomisk knapphet och hälsa varken orsakas av hälsa eller knapphet, utan av inneboende egenskaper såsom stresstålighet.

I relation till tidigare studier på svensk data kan vi bekräfta en del fynd, men inte andra. Precis som Ahnquist m.fl. (2007), som också utnyttjar ULF-undersökningens paneldimension men inte kontrollerar för initial hälsostatus, finner vi ett samband mellan betalningssvårigheter och ångestproblem. Vad gäller de hälsoproblem som konstateras för överskuldssatta individer i tvärsnittsstudier av Ahlström (1998) och Ahlström och Edström (2015) kan vi bekräfta att det finns ett longitudinellt samband mellan tidigare betalningsproblem och senare användning av magsårsmedicin samt självrapporterad värk. Däremot verkar överrisken för hjärt- och kärlproblem i Ahlströms studie bero på något annat än betalningssvårigheter.

²⁰ T.ex. fångar data från Läkemedelsverket inte upp förekomsten av samtalsterapi mot psykisk ohälsa. Personer som enbart behandlas med sådana terapier mot psykisk ohälsa identifieras inte som psykiskt icke välmående i vårt datamaterial (såvida de inte blivit inlagda på sjukhus för psykiska diagnoser, vilket är väldigt ovanligt).

Sammantaget ger vår analys att det inte finns särskilt starka samband mellan ekonomisk knapphet och hälsa när man tar hänsyn till initial hälsostatus och/eller knapphet. Som en illustration visar Figur 6.1 storleken på sambandet mellan betalningssvårigheter och två hälsomått – dels det självrapporterade måttet av förekomst av oro, ångslan, ångest, dels förekomst av psykofarmaka enligt Läkemedelsregistret. För båda dessa hälsomått gäller att knappt en femtedel av individerna som *inte* har betalningssvårigheter omfattas av hälsoproblemet. Figuren visar hur överrisken för gruppen som *har* betalningssvårigheter minskar i takt med att vi tar hänsyn till systematiska skillnader i bakgrundsegenskaper och ohälsohistorik. I den sista stapeln redovisas effekten av betalningssvårigheter sett till enbart de personer som tidigare varit friska. För det självrapporterade måttet finns fortfarande en överrisk, om än betydligt lägre än i den ojusterade specifikationen. Men överrisken för läkemedelskonsumtion är helt negligerbar.

Figur 6.1. *Sambandet mellan knapphet och ohälsa minskar då man tar hänsyn till bakgrundsfaktorer och ohälsohistorik.*



Ett möjligt problem är att vårt mått på ekonomisk knapphet inte uteslutande fångar in individer som är riktigt illa ute från ett knapphets- och skuldperspektiv. Alla som uppger att de har haft problem med att betala räkningar någon gång under det senaste året omfattas av vår definition på knapphet. Således innefattas visserligen de individer som har haft påtagliga och långvariga problem, men även dem som bara haft tillfälliga svårigheter.

Utöver betalningssvårigheter har vi undersökt ett ytterligare knapphetsmått – kapitalunderskott – i en kompletterande analys. Trots att måtten fångar in olika grupper får vi i regel resultat som överensstämmer med det huvudsakliga knapphetsmålet. Det finns dock även skillnader, vilket tyder på att det kan vara viktigt att separera effekten av att vara

skuldsatt från effekten av att ha svårt att klara löpande utgifter. Även det alternativa måttet fångar dessutom i hög grad upp individer som är långt ifrån överskuldsatta.

Mot bakgrund av detta vore det önskvärt om framtida forskning kring ekonomisk knapphet, skuldsättning och hälsa kunde använda data som rättvisande avspeglar populationen i Kronofogdemyndighetens register. Även om det går att göra uttag från registret redan idag så är ett problem att individer som betalar av sin skuld stryks ur registret. Detta ger selektionsproblem som är svåra att hantera när man vill undersöka materialet med hjälp av kvantitativa metoder. Ett annat sätt att fånga upp individer med långvarigt knappa marginaler är att studera gruppen som erhållit försörjningsstöd. Möjligen skulle en sådan analys komma till andra slutsatser än dem vi nått i den här rapporten.

Referenser

Ahnquist J, Fredlund P, Wamala SP. (2007) "Is cumulative exposure to economic hardships more hazardous to women's health than men's? A 16-year follow-up study of the Swedish Survey of Living Conditions." *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, nr. 4, s. 331-336.

Ahlström, R. (1998). "Overindebtedness affects health – what are the costs to society?" *Money Matters* vol. 3, s. 18-22.

Ahlström, R., Savemark, M., (2010) "Dödsfall under och efter skuldsanering". Rapport/Konsumentverket: 2010:18. Karlstad:Konsumentverket.

Ahlström, R., Edström, S., (2014) "Överskuldsättning och ohälsa", Konsumentverket rapport 2014:16

Averett, S.L., Smith, J.K. (2014) "Financial Hardship and obesity" *Economics & Human Biology*, vol. 15, s. 201-212

Bago d'Uva, T., Van Doorslaer, E., Lindeboom, M., O'Donnell, O. (2008). Does reporting heterogeneity bias the measurement of health disparities?. *Health economics*, vol 17(3), 351-375.

Bago d'Uva, T. B., Lindeboom, M., O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. (2011). Slipping anchor? Testing the vignettes approach to identification and correction of reporting heterogeneity. *Journal of Human Resources*, vol 46(4), 875-906.

Bridges, S., Disney, R. (2010), "Debt and depression", *Journal of Health Economics*, vol. 29, nr. 3, s. 388-403

Brown, S., Taylor, K., Wheatley Price, S. (2005) "Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit", *Journal of Economic Psychology*, vol. 26, nr. 5, s. 642-663

Butler, J. S., Burkhauser, R. V., Mitchell, J. M., & Pincus, T. P. (1987). Measurement error in self-reported health variables. *The Review of Economics and Statistics*, 644-650.

Cannuscio, C.C., Shardell, M., Alley, D.E., Pagán, J.A., Soldo, B., Krasny, S., Asch, D.A., Lipman, T.H., (2012) "Housing strain, mortgage foreclosure and health" *Nursing Outlook*, vol. 60, nr. 3, s. 134-142

Conklin, A.I., Forouhi, N.G., Suhrcke, M., Surtees, P., Wareham, N.J., Monsivais, P. (2013) "Socioeconomic status, financial hardship and measured obesity in older adults: a cross-sectional study of the EPIC-Norfolk cohort", *BMC Public Health*, 13:1039

Conklin, A. I., Forouhi, N. G., Brunner, E. J. och Monsivais, P. (2014), Persistent financial hardship, 11-year weight gain, and health behaviors in the Whitehall II study. *Obesity*, vol. 22, s. 2606–2612.

Dobbie, W., Song J. (2015) “Debt Relief and Debtor Outcomes: Measuring the Effects of Consumer Bankruptcy Protection”, *American Economic Review*, vol. 105, nr. 3, s. 1272-1311

Drentea, P. (2000) “Age, Debt and Anxiety”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, nr. 4, s. 437-450

Drentea, P., Lavrakas, P.J. (2000) “Over the limit: the association among health, race and debt”, *Social Science and Medicine*, vol. 50, nr. 4, s. 517-529

Drentea, P., Reynolds, J.R. (2012) “Neither a borrower nor a lender be: The relative importance of debt and SES for mental health among older adults”, *Journal of Aging and Health*, vol. 24, nr. 4, s. 673-695

Duygan, B., Grant, C. (2009). ‘Household debt repayment behaviour: what role do institutions play?’, *Economic Policy*, vol. 24, nr. 57, s. 107-140.

Finansinspektionen (2015) Den svenska bolånemarknaden 2015, http://www.fi.se/upload/43_Utredningar/20_Rapporter/2015/bolan15ny2t.pdf

Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C. Collard, S. (2007) “Debt and mental health: the role of psychiatrists” *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, nr. 3, s. 194-202

Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., Davey, R. (2011) The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, vol. 16, nr. 4, 153-166

Gathergood, J. (2012a) “Debt and Depression: Causal Links and Social Norm Effects”, *Economic Journal*, vol. 122, nr. 663, s. 1094-1114

Gathergood, J. (2012b) “Self-control, financial literacy and consumer over-indebtedness” *Journal of Economic Psychology*, vol. 33, nr. 3, s. 590-602

Gong, Y., Zhang, X., Zou, H., Tian, D., Qu, Z., Zhang, W., Chu, Y. (2014) “Debt and depression among the Dibao population in northwestern China”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, nr. 7, s. 637-645

Grafova, I.B. (2007) “Your money or your life: Managing health, managing money”, *Journal of Family and Economic Issues*, vol. 28, nr. 2, s. 285-303

Hatcher, S. (1994). Debt and deliberate self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 164, s. 111-114

Hintikka, J., Saarinen, P., Tanskanen, A., Viinamäki, H., Kontula, O., Koskela, K. (1998) “Debt and suicidal behavior in the Finnish general population”, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, vol. 98, nr.6, s. 493-496

Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrel, M., Coid, J., Fryers, R., Weich, S., Singleton, N., Meltzer, H. (2008) "Debt, income and mental disorder in the general population", *Psychological Medicine*, vol. 38, nr. 10, s. 1485-1493

Keese, M. (2012). Who feels constrained by high debt burdens? Subjective vs. objective measures of household debt. *Journal of Economic Psychology*, vol. 33, nr. 1, s. 125-141

Keese, M., Schmitz, H. (2014) "Broke, Ill and Obese: Is There an Effect of Household Debt on Health?", *Review of Income and Wealth*, vol. 60, nr. 3, s. 525-541

Kjellsson, G. och Gerdtham, U. (2014) "Measuring health inequalities using the concentration index approach". I Culyer, T. (red) *The Elsevier On-line Encyclopedia of Health Economics*, Elsevier

Kronofogden (2008). Alla vill göra rätt för sig. Överskuldssättningens orsaker och konsekvenser. Stockholm.

Kunst, A.E., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Hemström, Ö., Layte, R., Regidor, E., Reid, A., Santana, P., Valkonen, T., Mackenbach, J.P. (2004) "Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project". *Demographic Research Special 2*, s. 229–254.

Lallukka T, Ferrie JE, Rahkonen O, Shipley MJ, Pietiläinen O, Kivimäki M, Marmot MG, Lahelma E. (2013) "Change in economic difficulties and physical and mental functioning: Evidence from British and Finnish employee cohorts." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 39, nr. 5, s. 521-30

Lange, C., Byrd, M. (1998) "The Relationship Between Perceptions of Financial Distress and Feelings of Psychological Well-being in New Zealand University Students", *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 7, nr. 3, s. 193-209

Ljungvall, Å. (2012) *Economic perspectives on the obesity epidemic*. Lund economic studies nr. 169

Ljungvall, Å., Gerdtham, U. G., & Lindblad, U. (2015). Misreporting and misclassification: implications for socioeconomic disparities in body-mass index and obesity. *The European Journal of Health Economics*, vol. 16(1), 5-20.

Marmot, M. (2010). "Fair society, healthy lives: The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010."

McLaughlin, K.A., Nandi, A., Keyes, K.M., Galea, S., Koenen, K.C., Uddin, M., Aiello, A.E. (2012) "Home Foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis", *Psychological Medicine*, vol. 42, nr. 7, s.1441-1448

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R. (2013) The Relationship between personal debt and specific common mental disorders. *European Journal of Public Health*, vol. 23, s. 108-113.

- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., Dennis, M.S., (2011) "Personal debt and suicidal ideation", *Psychological Medicine*, vol. 41, nr. 4, s. 771-778
- Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Letzel, S., Toschke, A.M. (2009) "Over-indebtedness as a marker of socio-economic status and its association with obesity: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, vol. 9, s. 286-291
- Nettleton, S., Burrows, R. (1998) "Mortgage debt, insecure home ownership and health: and exploratory analysis" *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, nr. 4, s. 731-753
- Norvilitis, J. M. (2014). Changes over Time in College Student Credit Card Attitudes and Debt: Evidence from one campus. *The Journal of Consumer Affairs* 634-647
- Norvilitis, J.M., MacLean, M.G. (2010) "The role of parents in college students' financial behaviors and attitudes" *Journal of Economic Psychology*, vol. 21, nr.1, s. 55-63
- Norvilitis, J.M., Merwin, M.M., Osberg, T.M., Roehling, P.V., Young, P., Kamas, M.M. (2006) "Personality Factors, Money Attitudes, Financial Knowledge, and Credit-Card Debt in College Students", *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 36, nr. 6, s. 1395-1413
- Norvilitis, J.M., Szablicki, P.B., Wilson, S. D. (2003). Factors influencing levels of credit-card debt in college students. *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 33, s. 935-947.
- Ochsmann, E.B., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H., Muenster, E. (2009) "Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain", *BMC Public Health*, vol. 9, s. 451-458
- O'Neill, B., Prawitz, A.D., Sorhaindo, B., Jinhee, K., Garman, E.T. (2006) "Changes in Health, Negative Financial Events and Financial Distress/Financial Well-Being for Debt Management Program Clients, vol. 17, nr. 2, s. 46-63
- Reading, R., Reynolds, S. (2001) "Debt, social disadvantage and maternal depression", *Social Science and Medicine*, vol. 53, nr. 4, s. 441-453
- Richardson, T., Elliott, P., Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, vol. 33, nr. 8, s. 1148-1162
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., Reid, S., Woodford, S. (2000) "Mental and physical health in students: The role of economic circumstances", *British Journal of Health Psychology*, vol. 5, nr. 3, s. 289-297
- Selenko E., Batinik, B. (2011) "Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health", *Social Science and Medicine*, vol. 73, nr. 12, s. 1725-1732
- SBU (2011) Blödande magsår. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2011:206

SOU (2013) Överskuldssättning i kreditsamhället? Betänkande av Utredningen om överskuldssättning. Statens offentliga utredningar 2013:78

Sweet, E., Nandi, A., Adam, E.K., McDade, T.W. (2013) "The high price of debt: Household financial debt and its impact on mental and physical health", *Social Science and Medicine*, vol. 91, nr. 9, s. 94-100

Walsemann, K.M., Gee, G.C., Gentile, D. (2015) "Sick of our loans: Student borrowing and the mental health of young adults in the United States" *Social Science and Medicine*, vol. 124, nr. 1, s. 85-93

Webley, P., & Nyhus, E. K. (2001). Life-cycle and dispositional routes into problem debt. *British Journal of Psychology*, vol. 92, s. 423-446

Winstrand, J. och Ölcer, D. (2014) Hur skuldsatta är de svenska hushållen? Sveriges Riksbank, Ekonomiska kommentarer 2014:1

Worthington, A.C., (2006) "Debt as a source of financial stress in Australian households" *International Journal of Consumer Studies*, vol. 30, nr. 1, s. 2-15

Yip, P. S., Yang, K. C., Ip, B. Y., Law, Y. W., & Watson, R. (2007). Financial debt and suicide in Hong Kong SAR1. *Journal of Applied Social Psychology*, vol 37(12), 2788-2799.

Zimmerman, F.J., Katon, W. (2005) "Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: What lies behind the income-depression relationship?" *Health Economics*, vol. 14, nr. 12, s. 1196-1215

Zurlo, K.A., Yoon, W.A., Kim, H. (2014) "Unsecured Consumer Debt and Mental Health Outcomes in Middle-Aged and Older Americans", *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, vol. 69, nr. 3, s. 461-469

Appendix A

Kapitalunderskott som mått på ekonomisk knapphet

Inledning

Vi kontrasterar analysen av betalningssvårigheter med en analys av registrerat kapitalunderskott. De två måtten på ekonomisk knapphet vi studerar har olika karaktär. Medan svårigheter att klara av löpande utgifter i första hand associeras med relativt låg inkomst, förknippas kapitalunderskott med hög belåning, för exempelvis bostad, och relativt hög inkomst. Det ena utesluter emellertid inte det andra; omständigheter kan leda till att hushåll med hög belåning får svårt att klara månadsutgifterna (se diskussionen i kapitel 2). Vidare är det förra måttet baserat på individens subjektiva bedömning av sin ekonomiska situation medan det andra måttet bygger på objektiv information från registerdatabaser. Med jämförelsen vill vi belysa att ekonomisk knapphet kan ta olika skepnader och relationen till hälsan kan därmed också se olika ut.

Vi analyserar sambandet mellan kapitalunderskott och hälsa på samma sätt som det andra knapphetsmättet. Efter att i nästkommande avsnitt ha beskrivit data, diskuterar vi kortfattat analysen av hur tidigare ohälsa påverkar risken för kapitalunderskott. Slutligen följer analysen av det omvända orsakssambandet.

Beskrivning av data

Som nämndes i avsnitt 4 har vi också gjort en parallell analys där vi ersatt den självrapporterade måttet på betalningssvårigheter med en registerbaserad binär variabel som anger om individen redovisat ett *kapitalunderskott*, det vill säga negativa kapitalinkomster, i genomsnitt över två år. I skattningarna där *kapitalunderskott* används som mått på ekonomisk knapphet kan vi utnyttja data från alla ULF-undersökningar 2006-2012 (EU-harmoniseringen av ULF påverkar inte taxeringsregistret). Därför har vi betydligt fler observationer i dessa skattningar än i de skattningar som redovisas i huvudtexten av rapporten.

Sammantaget har ungefär varannan person i materialet ett kapitalunderskott enligt vårt mått (medel=0,50). Korrelationen mellan våra båda mått på knapphet är förvisso statistiskt signifikant men ganska svag ($\rho=0,1$, $p=0,000$). Vi anar att båda måtten fångar in den kategori av individer som vi är intresserade av – personer med långvariga betalningssvårigheter – men att de grupper som inkluderas därutöver skiljer sig åt mellan de båda måtten. Följande tabeller visar likheter och skillnader mellan grupperna som inte har, respektive har, redovisat ett kapitalunderskott i genomsnitt över intervjuåret och året därefter.

Tabell A1 Beskrivande statistik, hälsa

Beskrivande statistik, hälsa	kapitalunderskott = 0					kapitalunderskott=1				
	<i>Variabel</i>	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>
<i>SAH_(t)</i>	19 959	2,68	0,58	1	3	20 260	2,76	0,52	1	3
<i>ryggax_svåra_(t)</i>	19 089	0,16	0,37	0	1	19 863	0,17	0,38	0	1
<i>bmi_(t)</i>	19 447	25,60	12,01	0	99,9	20 055	26,21	9,29	0	99,9
<i>sjukpenning_(t)</i>	19 992	0,04	0,20	0	1	20 272	0,09	0,29	0	1
<i>sjukpenning_(t-5)</i>	19 992	0,14	0,35	0	1	20 272	0,31	0,46	0	1
<i>förtidspension_(t)</i>	19 992	0,05	0,22	0	1	20 272	0,07	0,25	0	1
<i>förtidspension_(t-1)</i>	19 401	0,05	0,23	0	1	20 258	0,07	0,25	0	1
<i>angst_(t)</i>	19 113	0,20	0,40	0	1	19 883	0,19	0,39	0	1
<i>lugnsömndep_(t+1)</i>	19 992	0,21	0,41	0	1	20 272	0,16	0,37	0	1
<i>antidepressiva_(t+1)</i>	19 992	0,10	0,30	0	1	20 272	0,09	0,29	0	1
<i>lugnande_(t+1)</i>	19 992	0,07	0,26	0	1	20 272	0,06	0,23	0	1
<i>sömnmedel_(t+1)</i>	19 992	0,12	0,33	0	1	20 272	0,08	0,28	0	1
<i>sjukhus depression_(t-9)</i>	19 992	0,01	0,09	0	1	20 272	0,01	0,10	0	1
<i>sjukhus depression_(t)</i>	19 992	0,00	0,04	0	1	20 272	0,00	0,04	0	1
<i>magsårsmedicin_(t+1)</i>	19 992	0,12	0,33	0	1	20 272	0,10	0,30	0	1
<i>cirkulationsmedicin_(t+1)</i>	19 992	0,33	0,47	0	1	20 272	0,22	0,41	0	1
<i>blodtrycksmedicin_(t+1)</i>	19 992	0,33	0,47	0	1	20 272	0,21	0,41	0	1
<i>hjärtmedicin_(t+1)</i>	19 992	0,06	0,24	0	1	20 272	0,03	0,18	0	1
<i>sjukhus cirk.org_(t-9)</i>	19 992	0,07	0,26	0	1	20 272	0,04	0,21	0	1
<i>sjukhus cirk.org_(t)</i>	19 992	0,02	0,13	0	1	20 272	0,01	0,10	0	1

Vad gäller hälsa visar Tabell A1 inte på anmärkningsvärda skillnader mellan grupperna. Det som sticker ut är att gruppen med kapitalunderskott i betydligt högre utsträckning fått sjukpenning under antingen intervjuåret eller åren dessförinnan, med gruppen utan kapitalunderskott å sin sida tycks mer drabbade av cirkulationsorganens sjukdomar. Detta tyder på att många äldre personer som gått i pension och betalat av på tidigare huslån återfinns i gruppen utan kapitalunderskott.

I Tabell A2 ser vi först och främst att det finns hög persistens i förekomsten av kapitalunderskott: av dem som redovisar ett kapitalunderskott under åren i samband med intervjun har 92 procent även kapitalunderskott sett till den närmast föregående femårsperioden. Samtidigt kan vi se att ca en tredjedel av dem som inte redovisat ett kapitalunderskott under åren efter intervjun gjorde det under den föregående femårsperioden. Arbetslöshet är betydligt vanligare i gruppen med kapitalunderskott, 18 procent har varit arbetslösa under något av de 5 föregående åren att jämföra med 9 procent i gruppen utan kapitalunderskott. Det finns också en något förhöjd andel med ekonomiskt bistånd (socialbidrag) och betydligt fler med föräldrapenning eller hemmavarande barn i gruppen med

kapitalunderskott. Dessa fakta speglar förmodligen främst att äldre personer som betalat av eventuella lån till stor del befinner sig i gruppen utan kapitalunderskott – notera att andelen ålderspensionärer i denna grupp uppgår till 45 procent! I övrigt tycks gruppen med kapitalunderskott, precis som vi anade i avsnitt 4, vara tämligen välmående: de har något högre disponibla inkomster och högre utbildning. Något högre andel ensamstående och kvinnor i gruppen utan kapitalunderskott, och inga anmärkningsvärda i skillnader i termer av utländsk bakgrund eller storstadsboende.

Tabell A2 Beskrivande statistik, övriga variabler

Beskrivande statistik, övrigt <i>Variabel</i>	kapitalunderskott = 0					kapitalunderskott=1				
	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Obs.</i>	<i>Medelv.</i>	<i>St.avv.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>kapitalunderskott_(t-5)</i>	19 992	0,34	0,47	0	1	20 272	0,92	0,27	0	1
<i>arbetslös_(t-5)</i>	19 992	0,09	0,28	0	1	20 272	0,18	0,38	0	1
<i>ekonomiskt bistånd_(t-5)</i>	19 992	0,05	0,22	0	1	20 272	0,08	0,27	0	1
<i>ålderspensionär_(t-1)</i>	19 401	0,45	0,50	0	1	20 258	0,21	0,40	0	1
<i>föräldraledig_(t-1)</i>	19 401	0,05	0,22	0	1	20 258	0,21	0,41	0	1
<i>disponibel inkomst_(t-1), log</i>	19 363	7,95	0,87	0	14,54	20 206	8,11	0,70	0	11,11
<i>ensamstående_(t-1)</i>	19 401	0,59	0,49	0	1	20 258	0,51	0,50	0	1
<i>barn 0-17_(t-1)</i>	19 401	0,37	0,81	0	9	20 258	0,70	1,01	0	8
<i>ålder_(t)</i>	19 992	53,33	23,57	16	99	20 272	47,82	15,63	16	95
<i>kvinna_(t)</i>	19 992	0,54	0,50	0	1	20 272	0,50	0,50	0	1
<i>äganderätt_(t)</i>	19 758	0,46	0,50	0	1	20 250	0,58	0,49	0	1
<i>bostadsrätt_(t)</i>	19 758	0,18	0,39	0	1	20 250	0,16	0,37	0	1
<i>orstad_(t)</i>	19 992	0,34	0,47	0	1	20 272	0,34	0,47	0	1
<i>max gymnasial_(t)</i>	19 863	0,37	0,48	0	1	20 229	0,49	0,50	0	1
<i>max eftergymnasial_(t)</i>	19 863	0,27	0,44	0	1	20 229	0,36	0,48	0	1
<i>född utomlands_(t)</i>	19 992	0,13	0,34	0	1	20 272	0,16	0,37	0	1
<i>föräldrar utl., medb._(t)</i>	19 936	0,05	0,22	0	1	20 233	0,06	0,24	0	1

Sammantaget framträder en bild av en tämligen heterogen grupp, vilket stämmer överens med vår misstanke om att måttet kapitalunderskott fångar in långt fler typer av grupper än dem vi främst är intresserade att studera.

Föregår ohälsa kapitalunderskott?

Då vi studerar sambandet mellan tidigare ohälsa och kapitalunderskott använder vi objektiva hälsomått baserade på registrerade läkemedelsuttag, precis som i motsvarande analys för betalningssvårigheter (avsnitt 5.2). Utfallsvariabeln mäter förekomst av kapitalunderskott, baserat på den genomsnittliga kapitalinkomsten under intervjuåret (t) och nästkommande år (t+1). Analysen är fortsatt uppbyggd i två steg. I det första steget undersöker vi sambandet mellan tidigare ohälsa och att senare redovisa ett kapitalunderskott. Vi gör justeringar för olika bakgrundsfaktorer. då vi vet att personer med kapitalunderskott uppstår oftare ersättning

från socialförsäkring eller a-kassa, är högre utbildade, och bosatta i äganderätt jämfört med befolkningen som helhet.²¹ I samma steg justerar vi fortsatt för ohälsohistorik (förekomst av sjukpenning, sjukersättning eller slutenvård på grund av psykisk ohälsa respektive cirkulationssjukdomar, beroende på vilken typ av ohälsa vi studerar, före intervjun). I analysens andra steg studerar vi närmare betydelsen av persistens; löper individer med tidigare erfarenhet av knapphet större risk för att registrera kapitalunderskott då de drabbas av ohälsa än individer utan sådan erfarenhet?²²

Bland ULF-individerna 2006-2012 redovisar i genomsnitt 50 procent ett kapitalunderskott. Psykisk ohälsa innebär en förhöjd men storleksmässigt relativt liten risk, 2-4 procent i förhållande till genomsnittet. Sambandet verkar drivas av tidigare användning av lugnande medel. Vidare ser vi inga indikationer på att det är persistens i knappheten som driver resultaten snarare än ohälsa; individer utan erfarenhet av tidigare knapphet löper en minst lika stor risk för att redovisa ett kapitalunderskott som gruppen med psykisk ohälsa i allmänhet.

Gruppen med magsårsproblem löper också en signifikant överrisk för kapitalunderskott, motsvarande 6 procent i förhållande till genomsnittet. Inte heller här ser vi tecken på att tidigare knapphet påverkar sambandet mellan ohälsa igår och kapitalunderskott idag.

Det finns ett positivt samband mellan hjärt- och kärlsjukdom och kapitalunderskott. Individer som tidigare använt cirkulationsmedicin löper drygt 2 procentenheter högre risk för att uppleva kapitalunderskott. I förhållande till andelen med kapitalunderskott i befolkningen, innebär tidigare medicinering för hjärt- och kärlsjukdomar en riskökning med nästan 5 procent. Precis som för övriga hälsobesvär vi studerat är effekten lika stor även för individer som inte har tidigare erfarenhet av ekonomisk knapphet. Det tycks vara blodtrycksmedicinering som driver resultatet, både den ”allmänna” effekten av tidigare användning och hälsoeffekten, rensad från tidigare ekonomisk knapphet.

I jämförelse med analysen för betalningssvårigheter i avsnitt 5.2 är effekten av psykisk ohälsa på risken för ekonomisk knapphet i termer av kapitalunderskott avsevärt mindre. Vi observerar dock det motsatta mönstret för både magsårsbesvär och hjärt- och kärlsjukdomar. Tidigare ohälsa av sådan art innebär en ökad risk för knapphet i termer av kapitalunderskott men däremot inte för betalningssvårigheter. Skillnaderna kvarstår trots att vi justerar för en mängd faktorer som kan tänkas förklara variationen; ålder, inkomst, boendeform etc.

I nästa avsnitt går vi vidare med analysen av det omvända sambandet.

²¹ Vi fortsätter justera för ålder och år med hjälp av dummyvariabler.

²² Vi använder fortsatt förekomst av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) under de senaste 5 åren som mått på tidigare ekonomisk knapphet. Vi har också provat ett alternativt mått, förekomst av kapitalunderskott under de senaste fem åren, vilket inte ger några avgörande skillnader i skattningarna.

Föregår kapitalunderskott ohälsa?

Analysen av sambandet mellan tidigare kapitalunderskott och senare ohälsa, har samma struktur som i huvudanalysen. Tidigare kapitalunderskott mäter förekomst av genomsnittligt kapitalunderskott under två år före intervjuåret (t-1 och t-2) medan hälsomått, av både subjektiv/självrapporterad och objektiv/registerbaserad art, bygger på information i nuvarande (t) och nästkommande år (t+1). En styrka med detta knapphetsmått är att det med större säkerhet mäter hur den ekonomiska situationen såg ut före eventuella hälsochocker som kan ha påverkat individernas intervjusvar.

I ett första steg undersöker vi om andelen med hälsoproblem är högre i grupperna som befinner sig i en ekonomiskt knapp situation enligt måttet kapitalunderskott. Eftersom vi tidigare sett att gruppen skiljer sig från befolkningen som helhet i vissa avseenden ser vi i nästa steg av analysen till att justera för sådana bakgrundsfaktorer. Vi kontrollerar då också för om individen varit arbetslös, eller om hushållet fått kommunalt ekonomiskt bistånd (socialbidrag) under de fem åren före intervjun.

I analysens tredje steg justerar vi även för förekomst av sjukpenning under något av de senaste fem åren före intervjun, respektive förekomst av förtidspension året före intervjun. Om en individ har uppburit någon av dessa ohälsorelaterade ersättningar redan före ULF-intervjun, är det ju möjligt att de ekonomiska svårigheterna uppstått till följd av att de redan tidigare förekommande hälsoproblemen försämrat individens utkomstmöjligheter. I vissa skattningar inkluderar vi dessutom indikatorer för förekomst av läkemedelsanvändning och slutenvård före intervjun.

I nästa steg lägger vi in kontrollvariabler som fångar upp hälsoproblem under intervjuåret: samtida förekomst av sjukpenning eller förtidspension, respektive, (i förekommande fall) samtida läkemedels- och slutenvårdsanvändning. På så vis kan vi fånga upp de fall där en tidigare kärnfrisk person råkar ut för en hälsochock under intervjuåret och till följd av denna nya situation hamnar i en ekonomiskt knapp situation.

I ett femte sista steg tar vi hänsyn till att ekonomisk knapphet kan ha olika konsekvenser för personer med olika ohälsohistorik. Fram till detta steg vilar vår analys på antagandet att sambandet mellan ekonomiska svårigheter och senare ohälsa ser likadant ut för personer med respektive utan tidigare hälsoproblem. Men det är tänkbart att de hälsomässiga konsekvenserna av knapphet är annorlunda för personer med tidigare hälsoproblem än för personer som tidigare varit friska.

Nästa avsnitt redogör vi för hur ekonomisk knapphet i termer av förekomst av kapitalunderskott, samvarierar med ett antal allmänna hälsomått från ULF-undersökningen. Därefter går vi i tur och ordning igenom sambanden mellan kapitalunderskott och psykisk ohälsa, magsår och hjärt- och kärlsjukdom.

Allmänhälsa²³

Tabell A3 redovisar skattningarna av sambandet mellan allmänna, självrapporterade, hälsomått och förekomst av kapitalunderskott. Tabellens första rad visar att gruppen med redovisat kapitalunderskott inte har lägre självskattad hälsa än gruppen utan kapitalunderskott. Sambandet är initialt positivt och statistiskt signifikant (kolumn 1) och indikerar en bättre allmän hälsa för individer med erfarenhet av denna typ av ekonomisk knapphet. Då vi justerar för bakgrundsfaktorer såsom ålder och kön samt hälsa reduceras effekten kraftigt (kolumn 2-3). Våra två mått på ekonomisk knapphet ger alltså olika svar på frågan om det finns samband mellan tidigare knapphet och senare självskattad hälsa.

TABELL A3: SAMBAND MED KAPITALUNDERSKOTT (t-1)

Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	N med/utan kontrollvar.
Självskattad hälsa (SAH)	0,0715*** (0,00512)	-0,00194 (0,00567)	0,00649 (0,00536)	0,00958* (0,00534)	47739/46138
Värk (ryggax_svara)	0,0167*** (0,00421)	0,0159*** (0,00370)	0,0119*** (0,00360)	0,00606* (0,00363)	46206/44964
BMI	0,657*** (0,102)	0,698*** (0,110)	0,685*** (0,110)	0,725*** (0,115)	46892/45499
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av kapitalunderskott de senaste två åren 2006-2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa* = förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tilläts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (4) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Däremot visar båda knapphetsmått på samband med värkproblem. Förekomst av kapitalunderskott är förenat med en 2 procentenheters (eller 12 procent) ökning av sannolikheten att rapportera värk givet bakgrundsfaktorer och tidigare hälsostatus (kolumn 2-3). Det är en stor riskökning, men betydligt mindre än den riskökning som vi tidigare visade

²³ Som nämnts ovan finns data över kapitalinkomster tillgängligt för alla ULF-omgångar 2006-2012, varför stickprovet blir betydligt större i dessa skattningar än i skattningarna av betalningssvårigheter. Förutom att det genomsnittliga BMI är något högre i senare ULF-omgångar (27 istället för 23,5; standardavvikelsen är dubbelt så hög som tidigare) är hälsostatusen likartad för populationerna som intervjuats de olika åren.

för variabeln som mäter betalningssvårigheter. Riskökningen är dessutom bara hälften så stor för den delmängd av gruppen med kapitalunderskott som inte varit sjukskriven eller förtidspensionerad (kolumn 4).

Vi ser också att personer med kapitalunderskott har signifikant högre BMI, omkring 0,7 enheter högre med hänsyn tagen till bakgrundsfaktorer och tidigare hälsostatus. Ökningen motsvarar 2,5 procent, och är alltså lika stor i relativa termer som BMI-ökningen som tidigare kopplats till vårt andra knapphetsmått (betalningssvårigheter/ekonomisk kris).

Sammanfattningsvis kan sägas att sambanden mellan kapitalunderskott och allmänhälsa är svagare än sambandet mellan betalningssvårigheter och allmänhälsa. BMI utgör ett undantag där sambanden faktiskt är lika starka.

Psykisk ohälsa

I nästa steg undersöker vi sambanden mellan förekomsten av kapitalunderskott och psykisk ohälsa. Resultaten av dessa skattningar, som redovisas i Tabell A4 är något svårtolkade. I strid mot våra förväntningar, och tvärtemot vad som gällde för måttet på betalningssvårigheter, finner vi att det finns ett negativt samband mellan förekomst av kapitalunderskott åren före intervjun och självrapporterade besvär med oro, ångslan och ångest under året för intervjun (kolumn 1). Sambandet försvinner förvisso då vi kontrollerar för bakgrundsfaktorer, vilket tyder på att skattningen i kolumn 1 fångar upp att personerna med kapitalunderskott är mer välutbildade, en vanlig friskfaktor. Men då vi kontrollerar för tidigare hälsostatus framträder återigen ett negativt samband mellan förekomst av kapitalunderskott och sannolikheten att rapportera ångestbesvär (kolumn 3-4). Sambandet är till och med starkare i gruppen som inte uppvisar några tecken på tidigare ohälsa (kolumn 5) – dessa har cirka 10 procent lägre risk för ångestbesvär. En möjlig tolkning av detta oväntade samband skulle kunna vara att personer som har en negativ inställning till att skuldsätta sig kanske också har en mer orolig personlighet (se ex. Brown, Garino och Taylor, 2013 och Liao och Liu, 2012 för nyare empiriska studier kring sambandet mellan riskaversion och skuldsättning).

Resultaten för ångestvariabeln skulle kunna förklara varför vi inte hittar något samband mellan självskattad hälsa och kapitalunderskott, medan vi finner samband mellan kapitalunderskott och de andra, mer fysiskt betonade, hälsobesvärerna i föregående stycke. Om personer som är villiga att skuldsätta sig har en mer optimistisk personlighet skulle deras självskattning av hälsan, som torde utgöra en sammanfattande bedömning av deras psykiska och fysiska hälsa, kunna vara lika hög som för icke-skuldsatta personer trots att deras fysiska hälsa är sämre. Men detta är bara spekulationer.

TABELL A4: SAMBAND MED KAPITALUNDERSKOTT (t-1)

Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	N med/utan kontrollvar.
Oro, ängslan, ångest (angst)	-0,0123*** (0,00364)	-0,00581 (0,00411)	-0,0118*** (0,00399)	-0,0127*** (0,00395)	-0,0179*** (0,00438)	46256/45016
Psykofarmaka (lugnsömnmedep)	-0,0344*** (0,00357)	0,0110*** (0,00405)	0,000862 (0,00306)	-0,000544 (0,00267)	-0,000377 (0,00282)	47962/46316
-- Antidepressiva (N06A)	-0,00578** (0,00274)	0,00419 (0,00317)	-0,00263 (0,00274)	-0,00381 (0,00258)	-0,0108*** (0,00224)	47962/46316
-- Lugnande (N05B)	-0,0120*** (0,00226)	0,0109*** (0,00263)	0,00792*** (0,00248)	0,00729*** (0,00243)	0,00523** (0,00221)	47962/46316
-- Sömnmedel (N05C)	-0,0319*** (0,00281)	0,0101*** (0,00320)	0,00495* (0,00280)	0,00429 (0,00268)	0,0137*** (0,00245)	47962/46316
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av kapitalunderskott de senaste två åren 2006-2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa*= använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (5) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

I linje med att personerna med kapitalunderskott i lägre utsträckning besväras av ångest finner vi att de är mindre benägna att använda psykofarmaka, oavsett om vi tittar på dessa läkemedel som ett aggregerat eller bryter ned dem i kategorierna antidepressiva, lugnande medel och sömnmedel (kolumn 1). På aggregerad nivå (lugnsömnmedep) ser det ut som att sambandet helt förklaras av bakgrundsfaktorer och initiala skillnader i hälsa (kolumn 2-5). Detta visar sig dock att aggregatet suddar ut befintliga skillnader, i likhet med vad vi såg för det förra måttet på ekonomisk knapphet. Särskilt kan vi notera att förekomsten av antidepressiva läkemedel är omkring 10 procent *lägre* för gruppen som redovisat kapitalunderskott, medan förekomsten av sömnmedel är omkring 10 procent *högre*, dock endast för den delmängd av gruppen med kapitalunderskott som inte tidigare haft hälsoproblem.

Den lägre användningen av antidepressiva läkemedel i gruppen med kapitalunderskott är konsistent med att de i lägre utsträckning rapporterar ångestbesvär. I båda fallen är det dock svårt att förklara varför, givet att vi kontrollerar för många faktorer som skulle kunna förklara sambanden, t ex ålder, kön, boendeform, utbildning och inkomstnivå.

Att personerna utan tidigare (observerade) besvär med psykisk ohälsa i högre utsträckning börjar använda sömnmedel om de redovisat kapitalunderskott är mer intuitivt. Det kan också påpekas att skattningen med det förra måttet på ekonomisk knapphet, förekomst av betalningssvårigheter, ger exakt samma bild. Personerna som redan tidigare använde sömnmedel har dock lägre risk att fortsätta sömnmedelsbehandlingen om de redovisat kapitalunderskott.

Sammantaget är det dock svårt att ge en samlad bild av mekanismerna mellan ekonomisk knapphet och psykisk ohälsa, inte minst eftersom resultaten pekar åt olika håll för våra två olika knapphetsmått. Gruppen med betalningssvårigheter uppger sig i högre utsträckning vara drabbad av ångest än gruppen utan betalningssvårigheter. Detta ger dock inga avtryck i högre konsumtion av antidepressiva eller lugnande läkemedel, utan enbart i en högre risk för att debutera som sömnmedelsanvändare. Gruppen med kapitalunderskott konsumerar mindre antidepressiva medel och är mindre ångestdrabbade än gruppen som redovisar inga eller positiva kapitalinkomster; likväl har personerna med kapitalunderskott större problem med sömnsvårigheter. Givet de stora olikheterna i övrigt är det intressant att notera att båda måtten på ekonomisk knapphet uppvisar positiva samband med sömnmedelskonsumtion. I övrigt tycks dock personerna med kapitalunderskott må något bättre än personerna med betalningssvårigheter.

Magsår

Tabell A5 visar på att det finns ett visst samband mellan kapitalunderskott och senare konsumtion av magsårsmedicin, åtminstone i gruppen som inte tidigare tagit sådan medicin (kolumn 5). Sambandet är dock betydligt svagare än vad vi fann med vårt tidigare knapphetsmått.

I relation till vår hypotes att magsårsmedicinering kan förklaras av värkproblem (via smärtstillande medicin), är det värt att påminna om att sambandet mellan värkproblem och förekomst av kapitalunderskott också är betydligt svagare än sambandet mellan värkproblem och förekomst av betalningssvårigheter (jmf Tabell A3 samt Tabell A.1 i huvudtexten). Sammantaget talar detta för att tolkningen om värkproblem och smärtstillande medicin som drivande mekanism inte är helt orimlig.

TABELL A5: SAMBAND MED KAPITALUNDERSKOTT (t-1)

Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	N med/utan kontrollvar.
Magsårsmedicin (A02B)	-0,0116*** (0,00372)	0,0136*** (0,00430)	0,00676* (0,00361)	0,00372 (0,00326)	0,00636* (0,00352)	47962/46316
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av kapitalunderskott de senaste två åren 2006-2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. Laggad hälsa = använt magsårsmedicin året före intervjun o/e använt psykofarmaka året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. Samtida hälsa = använt magsårsmedicin o/e använt psykofarmaka o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos depression/ångest o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. Effekt för friska = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (5) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Hjärt- och kärlsjukdomar

I likhet med fallet för gruppen med betalningssvårigheter, finner vi att användningen av läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdom är lägre i gruppen som redovisat kapitalunderskott (Tabell A6, kolumn 1). Då medelåldern är ungefär densamma i gruppen med respektive utan kapitalunderskott torde förklaringen till skillnaden stå att finna i andra faktorer, t ex att personerna med kapitalunderskott har högre utbildningsnivå. Detta är i linje med att användningen av hjärt-/kärl-läkemedel istället är *högre* i gruppen med kapitalunderskott i de skattningar som redovisas kolumn 2, där vi kontrollerar för bl a utbildningsnivå. Sambandet försvagas betydligt då vi kontrollerar för tidigare användning av dylika läkemedel. Endast för läkemedel mot hjärtsjukdomar (ATC-grupp C01) kvarstår ett positivt samband då vi kontrollerar för tidigare konsumtion av läkemedel mot hjärt-/kärlsjukdomar. Omkring 5 procent av populationen använder sådana läkemedel, vilket innebär att risken är omkring 14 procent högre för gruppen med kapitalunderskott.

TABELL A6: SAMBAND MED KAPITALUNDERSKOTT (t-1)

Beroende variabel (t+1)	1	2	3	4	5	N med/utan kontrollvar.
Cirkulationsmedicin	-0,0776*** (0,00529)	0,0240*** (0,00534)	0,00624* (0,00346)	0,00357 (0,00287)	0,00111 (0,00367)	47962/46316
-- Blodtrycksmedicin (C02-03, C07-09)	-0,0760*** (0,00526)	0,0232*** (0,00531)	0,00567* (0,00344)	0,00303 (0,00284)	0,000467 (0,00358)	47962/46316
-- Hjärtmedicin (C01)	-0,0224*** (0,00255)	0,0130*** (0,00289)	0,00707*** (0,00269)	0,00630** (0,00266)	0,00760*** (0,00214)	47962/46316
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Laggad hälsa</i>	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	
<i>Samtida hälsa</i>	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
<i>Effekt för "friska"</i>	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	

Tabellen visar de skattade sambanden mellan förekomst av kapitalunderskott de senaste två åren 2006-2012 och de beroende variabler som anges i vänsterkolumnen. Robusta standardfel inom parentes. En förteckning av ingående *bakgrundsfaktorer* finns i kapitel 4. *Laggad hälsa* = använt cirkulationsmedicin året före intervjun o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos I05-I15/I20-I25/I30-I52 under de 9 åren före intervjun o/e förekomst av sjukpenning de 5 åren före intervjun o/e förekomst av förtidspension året före intervjun. *Samtida hälsa* = använt cirkulationsmedicin o/e minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos I05-I15/I20-I25/I30-I52 o/e förekomst av sjukpenning o/e förekomst av förtidspension under intervjuåret. *Effekt för friska* = skattning där effekten av betalningssvårigheter tillåts bero på tidigare hälsostatus; skattningen i (5) avser effekten för personer utan något hälsoproblem enligt befintliga hälsomått. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sammanfattning

Genom att använda kapitalunderskott som alternativt knapphetsmått, kan analysen av sambandet mellan tidigare knapphet och ohälsa bättre övertyga att knappheten föregår ohälsan i ULF-enkäten. I regel finner vi liknande resultat för de båda måtten på knapphet när vi undersöker hur knapphet påverkar hälsan. Dock är sambanden med de olika hälsomåtten typiskt svagare för kapitalunderskott som knapphetsmått. Ett undantag är BMI, där effekten av kapitalunderskott är lika stark som effekten av betalningssvårigheter. Ett annat undantag är användning av läkemedel mot hjärtsjukdomar, där personer med kapitalunderskott som inte tidigare använt sådana läkemedel löper förhöjd risk att börja använda sådana läkemedel.

Stannar vi i istället upp i analysen av sambandet mellan tidigare ohälsa och senare knapphet, ser bilden delvis annorlunda ut. Beträffande psykisk ohälsa observerar vi samma mönster men svagare samband med knapphetsmått kapitalunderskott jämfört med knapphetsmått betalningssvårigheter. För magsår och cirkulationsproblem är situationen den omvända. Individer som har haft problem med magsår eller hjärt-och kärlsjukdomar, särskilt med blodtrycket, löper högre risk för att redovisa kapitalunderskott men inte för att hamna i betalningssvårigheter.

Det är inte alla gånger helt tydligt vad resultaten vi finner för sambandet mellan tidigare ohälsa och kapitalunderskott har för konsekvenser för tolkningen av sambandet mellan tidigare kapitalunderskott och senare hälsoproblem. Skattningarna indikerar att det för psykisk ohälsa och knapphet finns orsakssamband som går i båda riktningar (vilket även var fallet för knapphet i form av betalningssvårigheter). För magsår tycks analyserna däremot ge mer tyngd åt hypotesen att hälsan påverkar risken för ekonomisk knapphet i termer av just kapitalunderskott . Beträffande cirkulationsbesvär är bilden splittrad. Individer som använt blodtrycksmedicin löper större risken för kapitalunderskott. Att redovisa kapitalunderskott verkar däremot öka risken för användning av hjärtmedicin.