

Där nöden är störst

Sammanställning över behov för diakonala insatser i Petrus församling

Ella-Mari Esselström

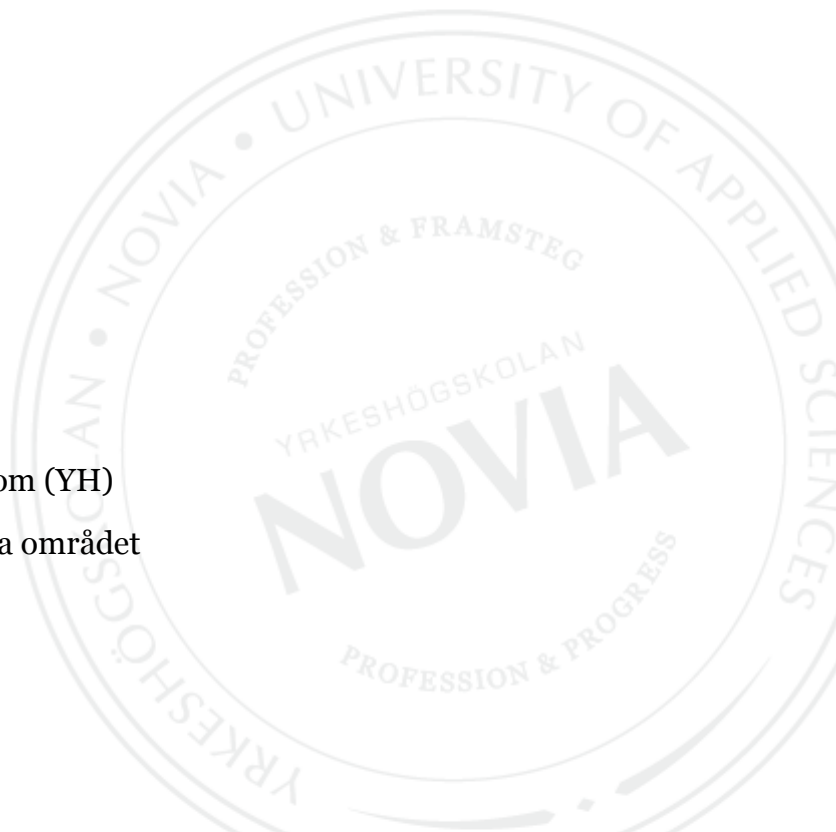
Mari Johnson

Alexandra Sjöström

Examensarbete för Socionom (YH)

Utbildningen för det sociala området

Åbo 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Ella-Mari Esselström, Mari Johnson, Alexandra Sjöström

Utbildningsprogram och ort: Utbildnings programmet för Socionom (YH)

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Kyrkans profilering/ Diakoni och Kyrkans

Ungdomsarbetsledare

Handledare: Henrica Lindholm och Tua Weckström-Lundell

Titel: Där nöden är störst – Sammanställning över behov för diakonala insatser i Petrus församling

Datum 05.05.2016

Sidantal 51

Bilagor 14

Abstrakt

Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Helsingfors svenska församlingar inom projektet "Där nöden är störst – Diakoni på svenska".

Arbetet är en sammanställning över behov av diakonala insatser. Syftet med arbetet är att utreda var nöden är störst bland svenskspråkiga inom Helsingfors och Petrus församlings verksamhetsområde. Metoden som används i arbetet är kvantitativ och kvalitativ datainsamling, för att få en så heltäckande bild av situationen som möjligt. Materialet består av statistik, litteratur samt intervjuer med yrkeskunniga inom social- och hälsovårdsområdet.

I Helsingfors konsumeras det årligen mera alkohol än på andra platser i Finland men den upplevda hälsan är bättre. Ensamhet är ett växande problem bland unga och äldre speciellt då det är kopplat till psykisk ohälsa. Detta kan även påverkas av arbetslöshet, boendesituationen och ekonomin. Resultatet visar att den nöd i Helsingfors som är störst är ensamhet och missbruk, speciellt alkoholism. Inom Petrus verksamhetsområde visade det sig att arbetslöshet är den största nöden.

Språk: Svenska
Helsingfors

Nyckelord: Nöd, Petrus församling, svenskspråkighet,

BACHELOR'S THESIS

Author: Ella-Mari Esselström, Mari Johnson, Alexandra Sjöström

Degree Programme: Degree Programme in Social services, Turku

Specialization: Kyrkans Profilerings/Diakoni and Kyrkans Ungdomsarbetsledare

Supervisors: Henrica Lindholm and Tua Weckström-Lundell

Title: Where need is greatest

Date 05.05.2016
14

Number of Pages 51

Appendices

Summary

This bachelor's thesis project was commissioned by the Swedish congregations in Helsinki within the project "Där nöden är störst - Diakoni på svenska". The thesis is a summary of the need for diaconal actions. The purpose of this thesis was to investigate what kind of suffering is the greatest amongst the Swedish speaking population in Helsinki and in Petrus' congregational area. The method used is quantitative and qualitative data collection. This method was used to achieve as comprehensive a picture as possible. The material consisted of statistics, literature as well as interviews with professionals within the field of health and social services.

The annual alcohol consumption in Helsinki is higher than in other places in Finland even though the perception of health is perceived better. Loneliness is a growing issue amongst youths and elderly people, especially when related to mental illnesses. This can also be affected by unemployment, living situation and personal economy. The results show that the distress that was the greatest in Helsinki was loneliness and substance abuse, especially alcohol. However, within Petrus' congregational area the greatest distress was unemployment.

Language: Swedish
Finns, Helsinki

Key words: distress, Petrus congregation, Swedish speaking

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Syfte och frågeställningar	1
1.2	Avgränsningar.....	1
2	Definitioner.....	2
2.1	Diakoni.....	2
2.2	Social utsatthet.....	2
2.3	Hälsa och ohälsa	3
2.4	Den tredje sektorn.....	4
3	Metod.....	4
4	Petrus församling i Helsingfors	6
4.1	Verksamhet och verksamhetsområde	7
4.2	Svenskspråkighet och åldersstruktur	11
5	Social utsatthet.....	13
5.1	Ensamhet.....	13
5.2	Arbetslöshet och sysselsättning	16
5.3	Våld – en social risk.....	18
5.4	Barnskydd	20
5.5	Ekonomisk utsatthet.....	22
5.6	Boendesituation	23
6	Hälsa och ohälsa	29
6.1	Upplevd hälsa i Helsingfors.....	29
6.2	Missbruk, beroende och alkohol.....	34
6.3	Psyisk hälsa.....	36
6.4	Funktionsnedsättningar	41
7	Sammanfattande diskussion	43
8	Kritisk granskning	48
9	Avslutning	50
	Källförteckning.....	52

Bilageförteckning

Bilaga 1	Projektplan
Bilaga 2	Artikelsökningstabell
Bilaga 3	Figurer över arbetslöshet och sysselsättning
Bilaga 4	Översikt över olika former av våld
Bilaga 5	Ämnen som diskuterats under diakonisamtalen 2014-2015
Bilaga 6	Ålderstrukturer i Finland
Bilaga 7	Barnskyddsstatistik
Bilaga 8	Upplevd hälsa
Bilaga 9	Intervjufrågor till Krisjouren för unga
Bilaga 10	Petrus församlings intervjufrågor
Bilaga 11	Helsingfors Missions intervjufrågor
Bilaga 12	Intervjufrågor till handikapps- och mentalhälsovårdsarbetare
Bilaga 13	Intervjufrågor till förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden
Bilaga 14	Intervjufrågor till anställd för FinFami

1 Inledning

Detta examensarbete är en del av projektet Där nöden är störst – diakoni på svenska. Projektet pågår 1.1.2016–31.12.2018 och är ett samarbete mellan Helsingfors svenska församlingar (Matteus, Petrus och Johannes) och Yrkeshögskolan Novia. Examensarbetet ingår i den första delen av projektet. Examensarbetsgruppen har fått i uppgift att sammanställa befintligt material om nöd i Helsingfors till Petrus församling, samt ta reda på var nöden är störst bland svenskspråkiga inom Petrus församlings verksamhetsområde. Enligt Kyrkoordningen (Kap 4 § 3) har församlingen och dess medlemmar ett ansvar att ge hjälp till dem som inte annars får hjälp samt var nöden är störst, i form av diakonal verksamhet. Detta skall göras i andan av kristlig kärlek till sin nästa.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att utreda var nöden är störst bland svenskspråkiga i Helsingfors och Petrus församlingsområde, samt att utreda vilka tjänster som finns tillgängliga för Helsingfors svenskspråkiga befolkning. I syftet ingår även att göra en sammanfattning av behovet för diakonala insatser inom Petrus församlingsområde utgående från befintlig statistik, rapporter och övrigt material.

Frågeställningar inom detta examensarbete är:

1. Hur ser nöden ut bland svenskspråkiga i Helsingfors?
2. Vilka social- och hälsovårdstjänster erbjuds för svenskspråkiga inom Petrus församlings verksamhetsområde och Helsingfors?
3. Vilken nöd är störst inom Petrus församlings verksamhetsområde?

1.2 Avgränsningar

Projektplanen är avgränsad till Helsingfors svenska församlingar och deras verksamhetsområden samt svenskspråkiga Helsingforsbor i nöd. Detta examensarbete har fokus på de svensktalande i nöd inom Petrus församlingsverksamhetsområde och Helsingfors.

Projektgruppen har valt att avgränsa sig till följande teman: hälsa och ohälsa samt social utsatthet. Dessa teman beslöt projektgruppen i början av processen att använda sig av eftersom dessa ämnen kom fram i alla grupperns arbeten och de kan kopplas till både det sociala- och hälsovårdsområdet. Teman som valts definieras i kapitel två.

2 Definitioner

Det här kapitlet kommer att definiera centrala begrepp samt teman som finns med i examensarbetet för att tydliggöra de olika begreppen och deras betydelse inom ramen för projektet "Där nöden är störst". I 2.1–2.3 kommer följande begrepp att definieras: diakoni, nöd, social utsatthet och hälsa och ohälsa.

2.1 Diakoni

Diakonibegreppet kommer från det grekiska ordet diakonia vilket betyder tjänst. Den svenska kyrkan definierar diakoni som en medmänsklig omsorg grundad i Kristi kärlek i möten med andra människor och deras utsatthet, med hjälp av respekt och barmhärtighet (Linde, 1999, s. 18-19). Martola (2009, s.103) definierar diakoni som livshjälp där livet är hotat, samt att diakoni handlar om att gå ut och hjälpa där nöden är störst. Nuförtiden ses kyrkans diakoniarbete som en central del av en församlings verksamhet.

2.2 Social utsatthet

Todaro (2000, s. 16) menar att ett liv utan nöd är indelat i tre viktiga delar: försörjning (sustenance), självkänsla (self-esteem) och frihet till valmöjligheter (freedom from servitude). Med försörjning avses möjligheten att möta en människas grundbehov så som mat, tak över huvudet, hälsa och skydd. Den andra viktiga komponenten av ett bra liv är att ha självkänsla. Med detta avses en känsla av värde, självrespekt och att man inte blir utnyttjad av andra. Den tredje komponenten som Todaro nämner (2000, s. 17) är frihet till valmöjligheter. Med detta avses förmågan till självbestämmanderätt, det vill säga att kunna välja bort skadliga livsvillkor, socialt förtryck, okunnighet, andra människor, nöd, institutioner och dogmatiska föreställningar. Brist på en eller flera av dessa komponenter tyder på att man befinner sig i någon sorts nöd vilket kan leda till social utsatthet.

Med social risk menas en situation var en individs självständiga försörjningsmöjligheter försvinner totalt eller försvåras, vilket leder till att hen får ett behov av stöd från samhället.

En social risk skiljer sig från andra risker i samhället då den inverkar direkt på en individs förmåga att arbeta och försörja sig själv. Man kan skilja på sociala risker i tre grupper var man kan vara beroende av hjälp från samhället och andra människor. Dessa är naturliga beroendesituationer så som ålder, fysisk och psykisk ohälsa och sociokulturella/ekonomiskt betingade situationer. Till den sista gruppen av situationer hör till exempel arbetslöshet och familjestruktur, som inverkar på en individs inkomstmöjligheter. Då någon av dessa behov saknas eller det inte finns tillräckligt av dem så kan det uppstå en social risk vilket ökar risken för social utsatthet (Nygård, 2013, s. 65-66).

2.3 Hälsa och ohälsa

Hälsa är väsentligt för en människas livskvalitet, dock är det svårt att definiera vad hälsa är. Beroende på i vilken fas av livet man är har hälsa olika betydelse, för barn kan att ha hälsa betyda att man har det bra medan vuxna har en bredare syn på vad hälsa är som innefattar sociala, fysiska och psykiska delar. Oftast uppfattar man hälsa som att man antingen har eller saknar hälsa. (Jahre Kristoffersen, 2002, s. 22).

World Health Organization (WHO, 2014) definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast som frånvaro av sjukdom och handikapp, den här definitionen av hälsa omfattar inte bara den fysiska hälsan utan även den psykiska hälsan.

Psykiskt välmående kan definieras enligt WHO som ett tillstånd av välmående där varje individ ser sitt egenvärde, kan handskas med vanliga stressmoment i sitt liv, kan arbeta på ett produktivt och givande sätt och kan bidra till hens eget samhälle. (WHO, 2014). Den här definitionen tar även upp den subjektiva dimensionen av hälsa, alla har en egen uppfattning om sitt egna hälsotillstånd vilket är avgörande för personen i frågas egna upplevelser och handlingar (Jahre Kristoffersen, 2002, s. 60).

Begreppet hälsa är nära kopplat till andra begrepp som frisk, sjuk och sjukdom då man oftast uppskattar sin hälsa och sitt hälsotillstånd utgående från om kroppen visar symptom på olika sjukdomar eller inte. En sjukdom kännetecknas av specifika symptom som fastställs i en diagnos av en läkare. Det finns tre olika kategorier av sjukdomar: fysiska sjukdomar, psykiska sjukdomar och psykosomatiska sjukdomar. (Jahre Kristoffersen, 2002, s. 30).

2.4 Den tredje sektorn

Den tredje sektorn är ett begrepp som beskriver organisationer och tjänster som upprätthålls av medborgare i samhället och som stöder den offentliga sektorn. Dessa organisationer skapas oftast då det finns en brist på tjänster inom den kommunala sociala sektorn och deras verksamhet har oftast ett etiskt eller samhälleligt mål. Till den tredje sektorn hör organisationer som kyrkan och frivilligt arbete. Det finns flera organisationer inom den tredje sektorn i Finland så som Folkhälsan, Helsingfors Mission, Rädda Barnen, A-kliniksstiftelsen, Ehyt, Mannerheims barnskyddsförbund (MLL) och många fler. (Forss & Vatula-Pimiä, 2014, s. 15; 50-51).

3 Metod

Arbetet utgår från frågeställningarna som nämnts i kapitel 1.1. I arbetet använder gruppen sig av kvantitativa och kvalitativa metoder. Skillnaden mellan kvantitativa och kvalitativa metoder är att det man undersöker med kvantitativa metoder kan beskrivas med siffror medan det man undersöker med kvalitativa metoder går att beskriva med ord. Då man gör en kvalitativ undersökning vill man komma fram till en så heltäckande bild av situationen som möjligt, vanligtvis använder man sig av färre deltagare än vid en kvantitativ undersökning. (Eliasson, 2013, s. 21; 27-28). Genom att samla in statistik från Helsingfors och Petrus församlingsverksamhetsområde får gruppen en grundläggande bild över vad nöd är bland svenskspråkiga i Helsingfors. Efter detta går arbetet över till en kvalitativ metod bestående av intervjuer. Detta görs för att få en bättre inblick i situationen. (Bryman, 1997, s. 77). Gruppen använder sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder för att kunna jämföra det statistiska fakta som samlats in med vad människor upplever subjektivt för att få svar på frågeställningarna. (Eliasson, 2013, s. 30-31). Salonen (2014, s. 25) poängterar att för att förstå ekonomisk och social utsatthet måste de utsattas villkor och situation alltid relateras till hur det ser ut för befolkningen i stort.

Inom projektet där nöden är störst, gör gruppen en sammanställning för behovet av diakonala insatser för de svensktalande i Helsingfors och Petrus församlingsområde. Då arbetet nämner projektgruppen så avses alla tre grupper av studerande vid Novia som är involverade i detta projekt medan examensarbetsgruppen samt gruppen avser skribenterna för detta arbete. Projektgruppen beslöt sig för att alla examensarbetsgrupper skulle inkludera hälsa och ohälsa samt social utsatthet. Alla arbeten skulle använda sig av kategorisering enligt åldersstruktur, stordistrikt och i vilken samhällssektor (kommunal eller tredje sektorn) som erbjuder tjänsterna. Projektgruppen beslöt även att ha temat kriminalvård med i arbetet. Dock har skribenterna valt att inte ta med tematiken kriminalvård på grund av att detta ämne inte är relevant för arbetet, eftersom Petrus församlings diakoni inte har några kriminalvårdstjänster och för att det inte finns några tjänster för kriminalvård inom området. (Brottsförklaringsmyndigheten, 2016; Paavo, 2016). Gruppen har ytligt behandlat ämnet våld, eftersom det endast finns begränsad information om ämnet, speciellt svenskspråkig. Arbetet utgår från dessa huvudsakliga källor: Helsinki by district 2014, Statistikcentralen Paavo, Det tvåspråkiga Helsingfors och Sacrista. De teman som behandlats är områden där behovet av diakonala insatser finns och som har kommit fram genom den kvantitativa datainsamlingen.

I början av sökprocessen valde gruppen att söka statistik om befolkningsgrupper med olika sorters nöd som diakonin kan ha att göra med via välfärdskompassen, Sacrista, Petrus församlings hemsida och Tietokanta. Dessa källor användes för att få fram grundinformation om den sociala sektorn och kyrkan. Gruppen använde sig av sökord som: Helsingfors, svenskspråkiga, kyrkan, Petrus församling och social- och hälsovård. Gruppen har hittat definitioner på diakoni, nöd/social utsatthet och hälsa via litteraturkällor genom manuella sökningar. Google har använts som sökmotor för att finna vetenskapliga källor på internet. Andra databaser som använts för att söka vetenskapliga källor hittas i bilaga två.

Därefter utredde gruppen exakt vilka områden Petrus församling har ansvar för genom att använda sig av Helsinki by District 2014-rapporten samt databasen Paavo. Detta ledde till att gruppen fick information om de olika distrikten och vilka utmaningar dessa kan tänkas ha. I samband med dessa dokument och statistik från Petrus församling samt kyrkans diakonistatistik kom gruppen fram till vilka utmaningar som kan finnas i Petrus församlingsverksamhetsområde och Helsingfors. Därefter fördjupade sig gruppen i ämnen genom litteratur samt intervjuer med professionella inom området.

Förutom intervjuerna med församlingarnas egna diakoniarbetare, beslöt projektgruppen att intervjua sakkunniga vid Helsingfors Mission, Krisjouren för unga, FinFami och en

förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden. En digital intervju gjordes även med en sakkunnig inom kyrkans handikapp- och mentalhälsoarbete.

I vissa tabeller valde gruppen att behålla de procentuella antalen för hela landet och Nyland för att kunna jämföra Helsingfors situation i relation till de övriga två. Dock har gruppen endast räknat ut den svenskspråkiga andelen av befolkningen i Helsingfors med tanke på arbetets syfte och frågeställningar. Då det gäller siffror för hela Helsingfors har gruppen använt sig av siffror från ”Det tvåspråkiga Helsingfors”. I uträkningar som berör distrikten inom Petrus församlingsverksamhetsområde har gruppen huvudsakligen använt sig av siffror från ”Helsinki by district 2014”. I uträkningar av antalet svenskspråkiga i Helsingfors har gruppen utgått från att invånarantalet totalt var 612 664 varav 5,9 %, alltså 35 844 var svenskspråkiga. (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 6). I tabell 8 (kapitel 5.2) är andelen svenskspråkiga arbetslösa och sysselsatta uträknade utgående från ”Helsinki by district 2014” grundsiffror. Medan de övriga antalen i tabellen är från Paavo 2016.

Till exempel för att få reda på hur många procent som känner sig ensamma i Helsingfors (10,7 %), så räknar man först ut summan av hela Helsingfors befolkningsantal ($612\,664 \times 0,107$), svaret är 65 555,048. Sedan avrundar man antalet till 65 555. Då har vi fått fram hur många människor som känner sig ensamma. För att nu få fram antalet svenskspråkiga av denna summa, tar man antalet människor som känner sig ensamma och procenten svenskspråkiga i Helsingfors ($65\,555 \times 0,059$) svaret blir 3867,745 och detta avrundas till 3868. Med detta har gruppen fått reda på ett möjligt antal över andelen svenskspråkiga i Helsingfors som känner sig ensamma. (THL, 2016).

4 Petrus församling i Helsingfors

I det här kapitlet presenteras statistik över både kyrkan och Petrus församlingen. Kapitlet innehåller information om vilka områden samt hur många invånare som bor inom Petrus församlings verksamhetsområde och hur många av dessa är svenskspråkiga. Kapitlet tar även upp svenskspråkighetens situation i Helsingfors samt dess ålderstruktur. Detta gör gruppen för att tydliggöra situationen inom Petrus församlings verksamhetsområde i relation till hela kyrkan och för att ge en så heltäckande bild som möjligt.

4.1 Verksamhet och verksamhetsområde

Den Evangelisk Lutherska kyrkan i Finland har ungefär 3 999 800 medlemmar, det här är ungefär 71,8 % av hela landets befolkning (Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland, 2016). Året 2014 hörde 4 034 235 människor till kyrkan varav 247 046 av dem hörde till Borgå stift. (Vuositilasto, 2015, s. 18).

År 2009 grundades Petrus församling när Markus och Lukas församlingar slogs samman. Kyrkor som tillhör Petrus församling inkluderar Åggelby gamla kyrka, Malms kyrka, Kårböle kyrka och Munkhöjdens kyrka. (Petrus församling, 2016; Helsingfors församlingar, 2016). Inom Petrus församlings verksamhetsområde bor det 10 211 svenskspråkiga personer varav 6 834 är medlemmar i Petrus församling, det är 66,4 % av invånarna (Vuositilasto, 2015, s. 5). Petrus församling (2016) har verksamhet såsom dagscafé, litteraturkrets, Bibelträffar, Bibelstudium, hemgrupper samt kvinnobrunchar.

Tabell 1 visar antalet män och kvinnor som varit i kontakt med diakonin, inte bara i Petrus församling utan även i Borgå stift och hela kyrkan. Antalet kontakter visar att det finns ett behov av diakonala tjänster. Statistiken visar att Petrus församlings klientantal, både bland män och kvinnor, har ökat året 2014-2015, dock har det inte skett en procentuell ökning. (Kyrkans diakonistatistik, 2015; Petrus församling, 2015). Flera kvinnor söker sig till de diakonala tjänsterna än män. Petrus församlings diakoniarbetare (2016) menar att kvinnor lättare söker hjälp då omsorgen av familj och barn ligger på dem, medan män oftast söker hjälp för egen del.

Tabell 1 Klientkontakter enligt kön

	Män (%)	Kvinnor (%)	Totala antalet
Petrus församling 2014	118 (27%)	326 (73%)	444
Petrus församling 2015	153 (27%)	412 (73%)	565
Borgå stift 2014	8 991 (33%)	18 293 (67%)	27 284
Hela kyrkan 2015	129 381 (37%)	223 397 (63%)	352 778

Majoriteten av de klienter som söker hjälp hos diakonin är pensionerade eller utanför arbetslivet (Kyrkans diakonistatistik, 2016; Petrus församling, 2016). Båda dessa är livsskeden då det kan ske en minskning i en individs inkomst. Det är även ett skede då ensamhet kan uppstå (se kap 5.1.).

Tabell 2 Klientkontakter enligt klientens situation

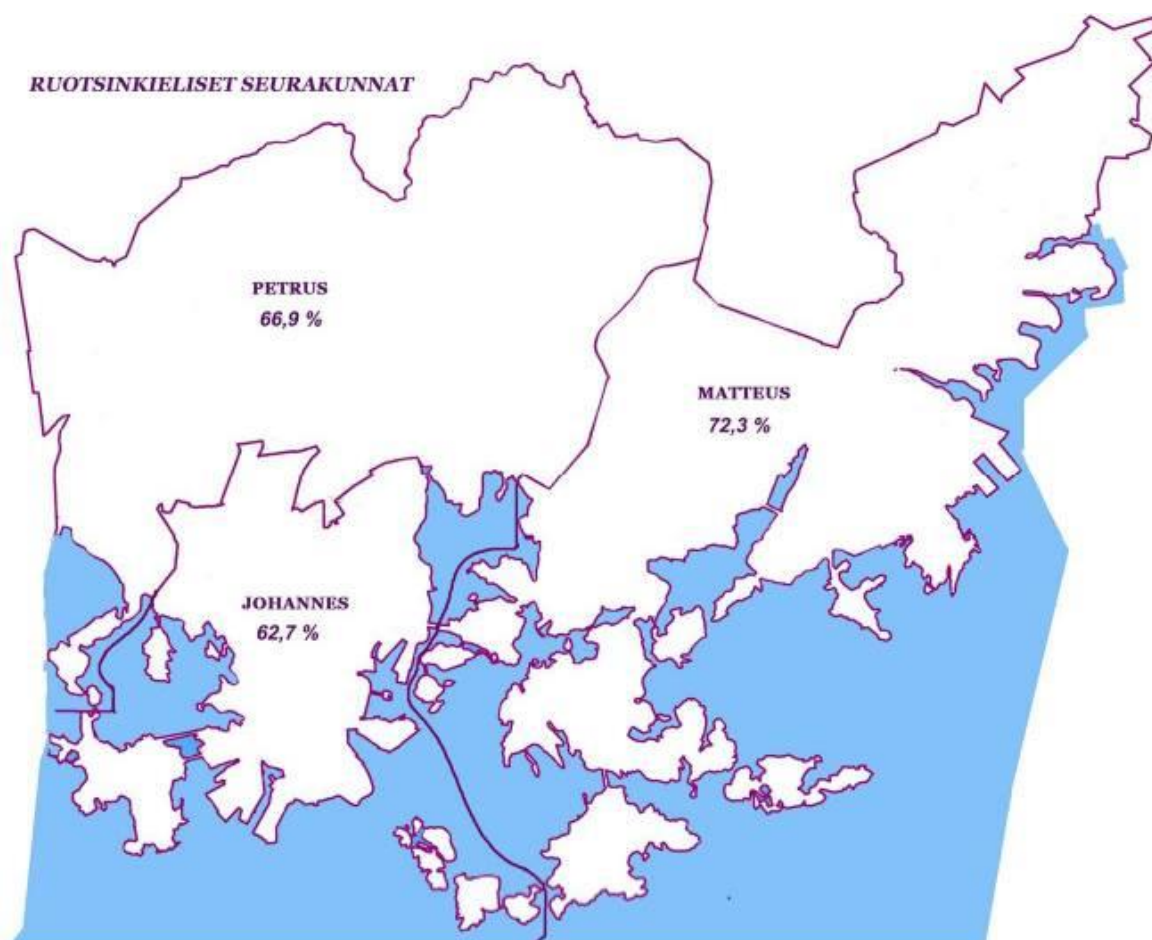
	Studera (%)	Arbeta (%)	Utanför arbetslivet (%)	Pensionerade (%)	Totala antalet klienter
Petrus församling	58 (10,3 %)	130 (23 %)	151 (26,7 %)	226 (40 %)	565
Borgå stift	952 (3,7 %)	3 272 (12,6%)	7 283 (28,1%)	14 443 (55,7%)	25 950
Hela kyrkan	15 219 (4,3%)	37 872 (10,7%)	130 588 (37,0%)	169 169 (47,9%)	352 848

I tabell 3 synliggörs hur många gånger de olika ämnena tagits upp. Det ämne som tagits upp mest är arbetsliv och detta överensstämmer med tabell 2 som visar att arbetslösa var den största gruppen av diakonins klienter. Alkohol, droger och andra beroenden var också ämnen som framkom oftare. (Kyrkans diakonistatistik, 2016; Petrus församling, 2016). Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2014) är alkohol den mest använda drogen i Finland.

Tabell 3 Klientkontakter enligt ämne

	Arbetsliv	Alkohol, droger och andra beroenden	Våld eller brott	Andra kriser	Andra ämnes- områden	Totala antalet
Petrus församling	136 (51,5%)	20 (7,6%)	16 (6,1%)	61 (23,1%)	31 (11,7%)	264
Borgå Stift	2 477 (5,7%)	1 035 (2,4%)	294 (0,7%)	1 518 (3,5%)	3 307 (7,6%)	43 722
Hela kyrkan	38 730 (5,7%)	25 736 (3,8%)	6 832 (1,0%)	21 191 (3,1%)	42 518 (6,2%)	681 501

Petrus församlings verksamhetsområde sträcker sig till flera stordistrikt. Dessa är Västra stordistriktet, Mellersta stordistriktet (endast Gammelstadens distrikt), Norra stordistriktet och Nordöstra stordistriktet. Inom stordistriktet finns det mindre distrikt samt stadsdelar. Alla mindre distrikt inom stordistriktet hör inte till Petrus församlingsverksamhetsområde. (Helsinki by District 2014, 2015). Figur 1 visar indelningen av Helsingfors svenska församlings verksamhetsområden samt hur stor andel som hör till församlingarna. (Vuositilasto, 2015, s. 4).



Figur 1 Karta över Helsingfors svenskspråkiga församlingsverksamhetsområden

Tabell 4 visar befolkningsantalet och andelen svenskspråkiga i distrikten. Av alla distrikten har Västra stordistriktet flest svenskspråkiga invånare med 6,2 % medan Nordöstra stordistriktet endast har 2,4 % svensktalande. Inom det Mellersta stordistriktet hör endast Gammelstadens distrikt till Petrus församlings område medan resten hör till Johannes församlings område, likaså hör Grejus distrikt, inom Västra stordistriktet till Johannes verksamhetsområde och är inte medräknat i kommande tabeller. Andelen svenskspråkiga i Gammelstaden är 5,3 % medan inom det Nordöstra stordistriktet är andelen 2,4 %. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 58-70; 96; 104-120; 128-148).

Tabell 4 Befolkningsmängd och andelen svenskspråkiga

	Befolkning	Andelen Svenskspråkiga
Västra stordistriktet	87 973	5 447 (6.2%)
Gammelstadens distrikt	23 715	1 248 (5.3%)
Nordöstra stordistriktet	96 857	2 337 (2.4%)
Norra stordistriktet	41 797	1 560 (3,7%)
Totala andelen	250 342	10 592 (4,2%)

Helsingfors stad erbjuder olika tjänster inom ramen för social- och hälsovård på båda inhemska språken, finska och svenska. De erbjuder tjänster inom mental- och missbrukarvården, tjänster för barnfamiljer, äldre och funktionsnedsatta. Det finns även möjlighet till ekonomiskt stöd så som utkomststöd. Som svenskspråkig i Helsingfors får man service på sitt egna modersmål då det kommer till tjänster inom psykiatrisk vård, barnskyddet, barnfamiljstjänster, tjänster för äldre, funktionsnedsatta och personer med utvecklingsstörning. (Helsingfors stad, 2016). Enligt den finska grundlagen (30.12.2014/1301) har varje finländare rätten att få sådan hjälp från staten att hen kan leva ett människovärdigt liv (§19), det är grunden för varje människas rätt i Finland att få ta del av hälsovårdens tjänster som erbjuds. Grundlagen i Finland (11.6.1999/731) fastställer i kapitel 2 (§17) rätten till att få service på svenska på likvärdiga grunder i relation till den finska servicen.

Inom Petrus församlings verksamhetsområde finns det fyra hälsostationer, de ligger i Haga, Jakobacka, Malm och Sockenbacka. Medan tandklinikerna hittas i Bocksbacka, Malm, Haga och Jakobacka. Det finns även två av stadssjukhus, Malms sjukhus och Storkärrens sjukhus, var man har möjlighet till fysioterapieservice. Ergoterapins serviceområden är indelade enligt område var man bor, den västra och den mellersta sektorn ligger inom Petrus församlings område. Bor man inom området och hälsostationen är stängd, är det Haartmanska sjukhuset man skall vända sig till. (Helsingfors stad, 2016).

Missbrukarvårdens Norra missbrukarpoliklinik ligger inom Petrus verksamhetsområde. Hemvårdsområden som hör hit är den Nordöstra enheten, Norra enheten och den Sydvästra enheten. Likasom två servicecentraler för äldre: Gustavsgård servicecentral och Höstvägens servicecentral. (Helsingfors stad, 2016). Anställd vid FinFami (2016) anser att det borde satsas mera på öppenvården.

Det finns endast en enda avdelning på sjukhusvården med svenskspråkig personal, men vid den öppna sidan kan det bli problematiskt att få svenskspråkig personal. Alla polikliniker skall ha en svenskspråkig person, vilket inte alltid finns. När det gäller psykisk ohälsa, psykoser, missbruk och så vidare, är alla på "samma ställe" på den svenskspråkiga sidan, medan på den finska så är de uppdelade efter den ohälsa de har. Om det fanns en öppen enhet så skulle de kunna få mera stöd då det gäller vissa diagnoser, samt om det inte finns svenskspråkiga grupper, hamnar man in på den finska sidan.

Mödrarådgivningar finns i Sockenbacka, Haga, Malmgård, Skomakarböle, Jakobacka, Malm och Månsas. Medan familjerådgivningarna delas upp i olika arbetsgrupper, inom Petrus verksamhetsområde är det den Norra arbetsgruppen, Nordöstra arbetsgruppen och den Västra arbetsgruppen. Som svenskspråkig finns det endast en enhet som ansvarar för all svenskspråkig service i Helsingfors. Boenderådgivning kan man få vid enheterna i Månsas, Malm och Haga. (Helsingfors stad, 2016).

4.2 Svenskspråkighet och åldersstruktur

Helsingfors svenskspråkiga befolkning har från år 2008 börjat växa igen i antal och har ökat med 1 339 personer fram till 2014. Befolkningen beräknas öka med 7 000 personer fram till året 2040. År 2014 fanns det 612 664 invånare i Helsingfors, av dessa var 498 351 (81,3 %) finskspråkiga och 35 844 (5,9 %) svenskspråkiga. De övriga 78 469 (12,8 %) hade ett annat modersmål. Den svenskspråkiga befolkningens andel av helsingforsborna har däremot fortsatt att minska, särskilt på grund av att antalet invandrare snabbt ökar. Under de senaste åren har också den finskspråkiga befolkningen ökat till följd av att utflyttningen till grannkommunerna har minskat. (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 2; 6).

Den största åldersgruppen i Helsingfors är 23-33 åringar medan i hela landet är 56-66 åringar den största åldersgruppen, andelen åldringar är något mindre i Helsingfors än i resten av landet. Det området som har den största andelen familjer är Östersundom och småhusområdena i norra och nordöstra Helsingfors. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 16). Den svenskspråkiga befolkningens åldersstruktur uttrycker vissa specifika egenskaper som skiljer sig från den finskspråkiga åldersstrukturen. Det finns proportionellt sett flera barn och pensionärer bland den svenskspråkiga befolkningen än bland den finskspråkiga.

Det bör nämnas att invånare med invandrabakgrund som huvudsakligen har flyttat till Finland först från 1990-talet har en betydligt yngre åldersstruktur än urinvånarna. (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 36). Tabell 5 visar åldersstrukturen för de områden som hör till Petrus församlings verksamhetsområde (Paavo, 2016). Bilaga 6 uppvisar åldersstrukturen bland hela den finländska befolkningen och de svenskspråkiga i Finland. (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 36).

Tabell 5 Åldersstruktur inom Petrus församlings verksamhetsområde

Ålder	Västra stordistriktet	Gammelstadens distrikt	Norra stordistriktet	Nordöstra stordistriktet
0-17	14 387	4394	8623	19 704
18-29	24 134	2 993	5714	16 535
30-64	41 373	6 016	20 041	45 793
65- 74	8624	901	4574	8969
74 +	7121	405	3598	5697
Antal	88 954	14 709	42 550	96 698

Då det kommer till svensk service i Helsingfors anser Petrus diakoniarbetare (2016) att det är viktigt att behålla den svenska servicen speciellt inom akutvården och äldreomsorgen, då många äldre inte kan eller glömt det finska språket. De yngre generationerna är inte lika beroende av sitt modersmål som de äldre, eftersom många svensktalande ungdomar nuförtiden är endera tvåspråkiga eller helt finsktalande. Koordinatör vid Helsingfors Mission (2016) anser att nöden är störst bland de äldre som har fått minnesproblem och de som annars är i sämre fysisk och psykisk kondition. I intervjun kom det även fram att om en svenskspråkig senior hamnar på sjukhus, så skulle hen behöva få uppmärksamhet till exempel någon som läser böcker eller bara talar med dem, för där kan de bli ensamma eftersom personalen ofta inte kan så mycket svenska. Anställd vid FinFami (2016) menar att behovet av hjälp bland de svenskspråkiga kan vara större än hos de finskspråkiga men det framkommer inte på grund av att de svenskspråkiga ofta deltar i de finska grupperna. Detta leder även till att då det finns behov av svenskspråkiga grupper måste man färdas längre för att ta sig till dem.

Ovanstående resonemang förstärks av en förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden (2016) som också påpekar att den mest utsatta gruppen är äldre. Speciellt äldre med minnessjukdomar samt äldre inom institutions- och hemvården.

Det allmänna problemet är inte själva vården utan att få svenskspråkig service. Då det är svårt att hitta svensktalande personal, uppstår det problem inom äldreomsorgen fast det finns en vilja hos staden att ge servicen på svenska. Detta kan bero på att svenska socialtjänsten delades och blev utspridd över Helsingfors, vilket kan försämra tillgängligheten då klienterna måste börja ta sig längre sträckor för att ta sig till tjänsterna då många av de svenskspråkiga klienterna bor i västra och södra distrikten. (Förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden, 2016).

5 Social utsatthet

I detta kapitel kommer den tematik som har framkommit genom datainsamlingen specifikt för Helsingfors stad att definieras. Kapitlet tar upp olika faktorer som bidrar till social utsatthet i det finska samhället så som ensamhet, arbetslöshet, våld, ekonomi och boende. Utöver detta tar kapitlet även upp olika tjänster som finns att fås inom Helsingfors och Petrus församlingsverksamhetsområde.

5.1 Ensamhet

Ensamhet är en universal mänsklig upplevelse som funnits sedan tidernas början, dock är den unik för varje individ (Bekhet, Zauznievski & Nakhla, 2008, s. 207). Den kan tolkas som en negativ, pinsam omständighet men även smärtsam och förskräcklig. Ensamhet definieras som ett emotionellt tillstånd där individen är medveten om en känsla av att vara skild från andra men har en känsla av behov för andra individer. Ensamhet är den otrevliga upplevelsen som sker då ens persons nätverk av sociala relationer är bristfälliga. Bekhet et.al menar att ensamhet är ett koncept som är svårt att definiera, därför finns det ännu ingen enig definition av ensamhet. Olika undersökningar har framlagt olika definitioner av ensamhet, alla definitioner som har kommit fram har tre antaganden gemensamt. Den första är att ensamhet är ett resultat från upplevda brister i ens sociala värld, den andra är att ensamhet är ett subjektivt tillstånd till skillnad från det objektiva tillståndet av social isolering. Det tredje antagandet är att ensamhet är obehaglig och oroväckande. Enligt Bekhet et.al. finns det tre typer av ensamhet som blivit identifierade, de är: existentiell ensamhet, patologisk ensamhet, och psykosocial ensamhet. Existentiell ensamhet är ett universellt mänskligt drag som är medfött i alla personer och är inte relaterat till materialistisk förlust eller brist på intima relationer. Patologisk ensamhet tros vara relaterad till dysfunktionella tankar och känslomässiga tillstånd vanligtvis upplevda av kraftigt störda och psykotiska personer främst

patienter med schizofreni. Psykosocial eller ”vanlig” ensamhet är ofta en konsekvens av en situations ändring eller tillfällig separation, den är global, generell och obekvä. (Bekhet et.atl., 2008, s. 208-209).

Ensamhet kan även kopplas till social isolering, dock kan man inte använda orden som synonymer. Social isolering till skillnad från ensamhet, kan definieras som ett tillstånd var en individ saknar känslan av social tillhörighet, minimal social kontakt som inte uppfyller behovet som finns och få kvalitérelationer. Social isolering kan även definieras som avsaknad relation till familj och vänner på individ nivå. (Grif Alspach, 2013, s. 8-9).

Bekhet et.al (2008, s. 208) poängterar att äldre och ungdomar är särskilt benägna för ensamhet. Tabell 6 visar också detta eftersom siffrorna för ensamhet är liknande för unga och äldre, siffrorna beskriver individer som känner en mer permanent känsla av ensamhet (THL, 2016). Av hela Helsingfors befolkning känner sig ungefär 65 555 ensamma varav ungefär 3868 av dessa är svenskspråkiga (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 6). THL (2016) poängterar att ensamheten påverkas av många yttre faktorer, till exempel brister i de sociala relationerna samt den egna funktionsförmågan. På motsvarande sätt kan ensamhet leda till ett sämre hälsotillstånd och vara en riskfaktor då det gäller utslagning. Enligt arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors (2015, s. 43-44) så är det vanligare att kvinnor är ensamboende än män, speciellt äldre kvinnor. Ensamhet hos äldre är mer relaterat till förlust än isolering, ålderdom kännetecknas av flera förluster som uppstår på samma gång eller i snabb följd. Brist på en make, nära vänner, brist på tillhörighet och sysselsättning samt minskning i intäkter och fysisk funktion. Dessa alla bidrar till ensamhet hos äldre. I kontrast kan ensamhet i ungdomen vara resultat av brist på vänskap, acceptans, intimitet med en vän eller kärleksfull person. (Bekhet et. al., 2008, s. 208).

Tabell 6 Andelen personer som känner sig ensamma

	20-64 åringar	65 år och äldre
Helsingfors	10,7 %	10,7 %
Nyland	9,4 %	9,5 %
Hela landet	9,2 %	9,2 %

Vad Bekhet et.al. (2008, s. 208) nämner om ensamhet i ungdomen, förstärks av Diakoniarbetaren (2016) vid Petrus församling som menar att ungdomar i Helsingfors är mera isolerade från varandra speciellt i yngre åldrar då hemmen ligger långt från skolorna

och resorna blir långa. Hen anser även att mobbning attribueras till isoleringen av ungdomar. Både koordinatören för seniorarbetet och teamledaren för krisjouren för unga tar upp ensamhet som ett stort problem bland den finländska befolkningen (2016). Dock påpekar diakoniarbetaren (2016) att ensamhet kan finnas var som helst och inte bara till exempel bland äldre och ungdomar.

Gällande svenskspråkiga ungdomar i Helsingfors, börjar de bo självständigt tidigare än finskspråkiga ungdomar. Andelen svenskspråkiga 21-22 åringar som bor ensamma är 36 % jämfört med 26 % av de finskspråkiga. Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors (2015, s. 43-44) förklarar detta med att de som flyttar till Helsingfors för studier är huvudsakligen finskspråkiga, vanligtvis bor dessa finskspråkiga studeranden i kollektivbostäder.

Forskning visar att ensamhet kan leda till olika fysiska, psykiska och psykosociala problem. Hit hör symptom så som depression, minskad fysisk aktivitet, problem med dygnsrytm och sömn och höjt blodtryck. Det har även visat sig att långtidsupplevd ensamhet kan leda till en tidigare död, då risken är större att individen uppvisar ett självdestruktivt beteende i form av överkonsumtion av alkohol eller mat. Det är mera sannolikt att en person som upplever sig vara ensam bidrar till den egna sociala isoleringen genom att dra sig undan familj och vänner. Social isolering liksom ensamhet tär på hälsan. Social isolering höjer även på risken för till exempel hjärtproblem, försämring av kognitiva förmågor, infektioner och stress, samt risken för dödlighet är större bland personer som upplever social isolering än bland personer som har ett fungerande socialt nätverk. (Grif Alspach, 2013, s. 9-11).

Koordinatören för frivilligverksamheten (2016) vid Helsingfors Missions seniorarbete poängterar att verksamheten är riktad till äldre, varav mer än 50 % är över 80 år gamla, återstående är mellan 63-79 år gamla. Verksamheten är till för att förebygga ensamhet bland äldre, genom verksamhet som gruppaktiviteter, promenader och socialt umgänge. Kontakten till de äldre fås genom att seniorerna, hemvården eller anhöriga som tar kontakt med verksamheten.

Helsingfors Mission (2016) har genom samarbete gjort en större styrgrupp samt små arbetsgrupper med bland annat Senior Syd/Väst/Öst/Nord, Folkhälsan, pensionärsförbundet, servicecentralen, Arbis, Luckan, Helsingfors kulturcentral, social-och hälsovårdsverket, små pensionärsföreningar, Matteus församling och Petrus församling.

5.2 Arbetslöshet och sysselsättning

Arbetslöshet betyder för många osäkerhet i det dagliga livet då man inte kan planera långsiktigt på samma sätt som om man har ett jobb med stadig inkomst. Att vara arbetslös höjer risken att en individ marginaliseras, börjar missbruka rusmedel eller droger och är mera benägen att utsättas för psykiska påfrestningar så som depression. I Finland anses en person i åldern 15-64 år vara arbetslös som inte har en arbetsplats, men som kan arbeta och söker jobb. Långtidsarbetslöshet betyder att man varit minst ett år arbetslös i sträck utan anställning någonstans. (Forss & Vatula-Pimiä, 2014, s. 135).

Petrus församlings diakoniarbetare (2016) ser arbetslöshet som ett stort problem då det berör en individ på flera olika plan, såsom ekonomiskt, socialt och hälsomässigt. Arbetslösheten finns eventuellt i mindre utsträckning bland de svensktalande på grund av den Finlandssvenska ”ankdammen”. Ankdammen kan beskrivas som ett socialt nätverk som sträcker sig över hela Finland, vilket gör att finlandssvenskar kan ha bättre sociala kontakter som kan hjälpa personen att hitta sysselsättning. (Förtroendevald, 2016). Arbetslöshet är speciellt ett problem för dem som är i arbetsför ålder och är nära relaterat till psykisk ohälsa så som depression och låg självkänsla (Extremera & Rey, 2014, s. 2). Det har även bevisats att det finns ett samband mellan långtidsarbetslöshet och en tidigare död (McLeod, Lavis, MacNab & Hertzman, 2012, s. 1542). Risken för att ta självmord ökar då en person är långtidsarbetslös om denne har tidigare haft en sämre psykisk hälsa eller har en historia av att ha varit intagen på sjukhus på grund av psykisk ohälsa. (Garcy & Vågerö 2013, s. 1-2). Extremera och Rey (2014, s. 2) menar att detta är på grund av förändring i social status, tidstrukturen, identitetsförändring, förminskning i sociala kontakter och rubbningar i inkomsterna. Individer handskas på olika sätt med insikten om att de blivit arbetslösa beroende på hurdana tankar och känslor de har om arbetslöshet. För dem som associerar arbetslöshet med negativa tankar har oftast sämre psykisk hälsa än de som har en mera positiv syn på arbetslöshet. Det finns tydliga skillnader mellan könen hur de handskas med arbetslöshet. Forskning visar att män är mera benägna att handskas med arbetslöshet genom negativa coping-strategier så som att skylla på sig själv eller andra. (Extremera & Rey, 2014, s. 6-7).

Att förlora sitt jobb har i relation till psykisk ohälsa mindre effekt på kvinnor än män. Orsaken till det här kan vara att män kopplar starkare ihop sysselsättning med den egna självkänslan än vad kvinnor gör. Detta visar att sysselsättning är viktigare för männens hälsa

än vad den är för kvinnor. (Eriksson, Agerbo, Mortensen & Westergaard-Nielsen, 2010, s. 66).

I tabell 7 räknas svårssysselsatta personer som långtidsarbetslösa, periodiskt arbetslösa, personer som blivit arbetslösa efter att ha omfattats av en åtgärd (till exempel FPA-stöd) och arbetslösa som upprepade gånger placerats i en åtgärd. Statistiken i tabellen nedanför är över 15-64 åringar och statistiken har ställts i relation till befolkningen i samma ålder under åren 2010-2014. (THL, 2016). Enligt gruppens uträkningar är totalt 27 570 personer svårssysselsatta i Helsingfors och av dessa är 1627 svenskspråkiga.

Tabell 7 Svårssysselsatta 15-64 åringar

Helsingfors	4,5 %
Nyland	4,2 %
Hela landet	5,3 %

Enligt THL:s graf (se bilaga 3) har siffrorna sen 2010 tills 2014 stigit i Helsingfors, Nyland och hela landet, mer i Helsingfors än resten av Nyland. Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2016) så är svårssysselsatta personer, personer i arbetsför ålder som rör sig mellan arbetslöshet, arbetskraftspolitiska åtgärder och korta anställningsförhållanden och som har svårigheter att få arbete på den öppna arbetsmarknaden. (THL, 2016).

Enligt Helsingfors faktacentral (2014, s. 18) är sysselsättningsgraden låg (62 %) i Jakobacka som hör till det Nordöstra stordistriktet. I de östra områdena i Helsingfors finns den högsta arbetslösheten och där är även andelen långtidsarbetslösa bland de arbetslösa stor. I Ladugården och Malm som hör till det Nordöstra stordistriktet är arbetslösheten högre än medeltalet men långtidsarbetslösheten lägre. Detta beror i hög grad på befolkningens ungdomliga åldersstruktur. Som tabell 8 visar har Nordöstra stordistriktet både den största andelen arbetslösa och sysselsatta (Paavo, 2016). I alla stordistrikt är antalet sysselsatta högre än antalet arbetslösa, den totala andelen arbetslösa inom Petrus verksamhetsområde är ungefär 5 % medan den totala andelen sysselsatta är ungefär 46,6 % (Helsinki by district 2014, 2015).

Tabell 8 Arbetslöshet och sysselsatta

	Arbetslösa	Sysselsatta	Andelen svenskspråkiga arbetslösa	Andelen svenskspråkiga sysselsatta
Västra	4242	43 693	236	2708
Gammelstaden	1090	11 966	58	634
Nordöstra	5379	44 771	129	1074
Norra	1708	16 318	63	604
Totala andelen	12 419	116 748	486	5020

Helsingfors stad erbjuder sysselsättning för arbetslösa i Helsingfors utgående från lönesubvention. Sysselsättningen ger möjlighet till ett avbrott i arbetslöshetsperioden samt förbättring av individens arbetskompetenser. Detta görs för att höja individens chans att hitta ett nytt jobb på arbetsmarknaden. Helsingfors stad ordnar även oavlönad arbetsplatsprövning. (Arbetsplatser och arbetsprövningsplatser, 2015). Centralförbundet för mental hälsa (2016) erbjuder arbetsträning i rehabiliterande syfte vilket understöds av Folkpensionsanstalten (FPA) samt penningsautomatföreningen (RAY).

5.3 Våld – en social risk

Våld är en social risk som fortsätter att öka, desto fler använder sig eller blir utsatta för våld i det finska samhället. Våld kan indelas i två huvudgrupper, aktiv och passiv. Bilaga 4 beskriver de olika formerna av våld och vad som räknas till de olika kategorierna. (Forss & Vatula-Pimiä, 2014, s. 146).

Familjevåld kan vara svårt att upptäcka eftersom det ofta pågår i tysthet och inte syns utåt. Våld i familjen kan ha många olika orsaker och former: fysiskt våld är när man skadar någon annans fysiska integritet, med till exempel slag eller knipningar medan psykiskt våld är då någon upprätthåller en otäck och hotfull stämning i hemmet genom till exempel hot. Sexuellt våld innebär att man tvingas till sexuellt umgänge. Ofta så kombineras de olika formerna av våld. (Kyrkornas världsrad, 2010, s. 7).

Då ett barn blir utsatt för våld i hemmet ökar det risken för psykisk ohälsa i barn-och. Flickor är procentuellt i större risk att bli utsatta för våld än pojkar, speciellt då det handlar om verbalt, mild och även grovt våld. Dock är risken lite större för pojkar att bli utsatta för grovt våld än flickor, medan flickor är mer benägna att internalisera symptom på psykisk ohälsa

än pojkar då de blivit utsatta för våld inom hemmet. Det har även visats att graden av våld ett barn blivit utsatt för korrelerar med graden av symptom på psykisk ohälsa barnet uppvisar. Ungdomsåren. (Peltonen, Ellonen, Larsen & Helweg-Larsen, 2010, s. 813-818). Det har påvisats genom olika studier att psykisk sämre hälsa, specifikt depression, kan kopplas till ungdomsbrottslighet. Det är vanligare att ungdomar som har depression, upprepade gånger bryter mot lagen än ungdomar som inte är deprimerade. Detta kan bero på att känslor av ilska och irritation förekommer vanligtvis hos ungdomar som är deprimerade. (Ritakallio, Kaltiala-Heino, Kivivuori, Luukkala & Rimpelä, 2006, s. 105-107).

Tabell 9 visar utvalda brott från hela Helsingfors år 2015 som är kopplade till våld. Som det syns är lindrig misshandel vanligare än grovmisshandel. I tabell 9 kan man se hur många sexualbrott det skett och en stor del 34,5 % av dem var sexuellt utnyttjande av barn, där inget av brotten hade blivit bötfällda enligt denna källa. (Paavo, 2016). Enligt den finska strafflagen kapitel 21 (19.12.1889/39) innefattar grovmisshandel (§6) och misshandel (§5) fysiska och psykiska skador som kan ha en långvarigare effekt på hälsan medan lindrig misshandel (§9) innefattar kränkning av en individs integritet.

Tabell 9 Brott i Helsingfors 2015

	Alla	Polisanmälda	Bötfällda
Misshandelsbrott	6008	5882	126
Grov misshandel	142	142	0
Lindrig misshandel	1421	1295	126
Sexualbrott	429	426	3
Sexuellt utnyttjande av barn	148	148	0
Våldtäkter	179	179	0
Övriga sexualbrott	102	99	3

Det är väsentligt att om en arbetare inom social-och hälsovården kommer i kontakt med en klient som upplever våld, vågar fråga om det. I dagens Finland så är ungefär var femte kvinna i ett förhållande där det kan förekomma våld. Det har tagits fram att varje år så dödas ungefär fem män och 20 kvinnor av sina ex-partners eller dåvarande partners.

Våld i nära relationer kan uppstå oberoende av kön och ålder. En del av offren tar kontakt på grund av något annat än våldet, man har till exempel fått en fysik skada eller depression, därför är det viktigt att det tas upp och frågas om. (THL, 2014).

Vid fall där det inte är möjligt att återvända hem på grund av risk för våld, finns det skyddshem man kan vända sig till. Alternativt är det också möjligt att höra av sig till skyddshemmet om man oroar sig för att våld skall uppstå. Den utsatta kan även söka hjälp och stöd från hälsovårdscentralen, socialbyrån, familjerådgivningen samt kyrkans familjerådgivningscentral. Man kan även ta kontakt via telefon och ringa till Kvinnolinjen, som också har betjäning på svenska. Anhöriga till utsatta kan vid behov kontakta brottsofferjouren. Tukinainen är en våldtäktscentral för personer som utsatts för sexuellt våld. Centralen har en gratis krisjour var det är möjligt att få svensk service. De tidigare nämnda instanserna kan även kontaktas om man blivit utsatt för sexuellt våld. Juristjouren finns till för rådgivning och information samt vid behov kan instansen ordna besöksförbud. (Infopankki, 2015).

5.4 Barnskydd

Barnskyddet i Finland jobbar utifrån några gemensamma nämnare vilka är: förebyggandet av barn och familjeproblem samt att så tidigt som möjligt ta itu med problem som identifierats. Man utgår alltid från att föräldrarna eller barnets förmyndare skall ta hand om barnets utveckling och välbefinnande, de skall även ges ändamålsenligt stöd i form av olika tjänster så långt som möjligt för att föräldrarna i fråga skall kunna stöda sitt barns utveckling. (Forss & Vatula-Pimiä, 2014, s. 216-218).

År 2014 var totalt 17 958 barn och unga placerade utanför hemmet. Antalet har minskat med en knapp procent från år 2013. Av alla barn och unga som var placerade utanför hemmet (17 958) så var 10 675 barn omhändertagna år 2014. Antalet minskade med 1,4 % jämfört med året innan. Totalt 3 773 barn var placerade i brådskande ordning, vilket är en minskning med 10 % från 2013. Sammanlagt 90 269 barn och unga var klienter hos barnskyddets öppenvård. Antalet ökade med en procent jämfört med året innan. I bilaga 7 finns barnskydds statistik gällande Helsingfors jämfört med resten av landet. Denna statistik gäller inte enbart svenskspråkiga barn utan alla barn inom barnskyddet. (Barnskydd 2014, s. 1).

Antalet svenskspråkiga barn har ökat märkvärt sedan 2007, detta på grund av att färre familjer flyttar från Helsingfors till grannkommunerna. Enligt Arbetsgruppen för ett

tvåspråkigt Helsingfors (2015, s. 38-39) föds det fler svenskspråkiga barn nuförtiden än vad det gjorts tidigare. De svenskspråkiga barnfamiljerna skiljer sig märkbart från de finskspråkiga vad gäller språkstrukturen, detta syns i tabell 10 i och med av alla familjer där det talas svenska utgör de tvåspråkiga familjerna ungefär två tredjedelar, det vill säga 63 %. I tabell 10 betyder barnfamilj att det bor minst ett barn som är under 18 år. Andelen finska ensamförsörjande familjer ligger på 26 % medan andelen svensktalande ensamförsörjande är betydligt mindre med 15 %. (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015, s. 45-46).

Tabell 10 Svenskspråkiga familjer

Svenskspråkiga familjer		
Föräldrarnas språk	Familjer, antal	%
Familjer sammanlagt	4 110	100
Båda svenskspråkiga	905	22,0
Fadern svenska, modern finska	1 333	32,4
Fadern svenska, modern främmande språk	135	3,3
Fadern svenska, ensamförsörjare	76	1,8
Modern svenska, fadern finska	982	23,9
Modern svenska, fadern främmande språk	154	3,7
Modern svenska, ensamförsörjare	525	12,8
Tvåspråkiga familjer sammanlagt	2 604	63,4

Inom kategorin för barnfamiljstjänster ingår mödrarådgivning, det finns 24 stationer som är indelade i fyra distrikt: Södra, Östra, Norra och Västra. Hemservicen och familjearbetet i Helsingfors har egen svensk service och det finns även familjearbetstjänster för romer. Familjerådgivningen i Helsingfors är indelad i fem sektorer som går enligt postnummer. Det finns även en svensk familjerådgivnings byrå som ger service åt svensktalande familjer. Barnskyddstjänsten har ingen sektor indelning eller dylikt den är menad för alla som bor i Helsingfors oberoende område. Bedömnings och terapitjänster finns också för barn inom Helsingfors stad. (Helsingfors stad, 2016).

Enligt förtroendevald (2016) inom social- och hälsovårdsnämnden i Helsingfors fungerar barnskyddet bra, dock ligger problemet i att hitta en svensktalande fosterfamilj när det kommer till omhändertagandet och placering utanför hemmet av barnet. Helsingfors stad har inte ett eget barnhem för svensktalande utan köper tjänster av andra instanser om det finns behov. Förtroendevalda (2016) påpekar att det saknas bra samarbete mellan skolor, daghem, de sociala myndigheterna och barnskyddet.

5.5 Ekonomisk utsatthet

I dagens läge är inte ekonomisk utsatthet exempelvis svält eller eländiga sanitära förhållanden, utan det handlar om att föräldrarna har nått och jämt råd att försörja sina barn. Även om det inte syns på utsidan att familjen lever i dessa förhållanden, istället finns känslan att man inte har tillräckligt med pengar för att ge sitt barn det ”normala” samt det nödvändiga man skulle vilja kunna ge. Ekonomisk utsatthet kan orsakas av olika anledningar exempelvis arbetslöshet, ekonomiska klyftor, stress och klass åtskillnader. (Salonen, 2014, s. 25-27).

I Finland är klasskillnaderna mindre märkbara då alla medborgares rätt till socialt skydd (§19) är fastställt i den finska grundlagen. Det finska social skyddet är uppdelat i två större instanser: kommunen och FPA/försäkringsbolag som skall trygga medborgarnas möjlighet till självförsörjande. Kommunen har det huvudsakliga ansvaret för utkomststödet medan FPAs förmåner stöder också individens helhetsutkomst. (Forss & Vatula-Pimiä, 2014, s. 14-15). Som privatperson är det möjligt att ansöka om ekonomiskt stöd från FPA då utgifterna är större än inkomsterna. Det finns olika understöd beroende på om man studerar, är arbetslös, har barn, behöver läkemedelsunderstöd, stöd för funktionshindrade, pensionär med mera. Dessa stöd är till för att försäkra en individs levnadsstandard. (FPA, 2016).

Tabell 11 (Paavo 2016) visar klasskillnaderna i Petrus församlingsverksamhetsområde. I alla distrikt är medelklassen den största inkomstklassen och skiljer sig i antal från den lägsta inkomstklassen. Social utsatthet kan upplevas i alla dessa socioekonomiska klasser, dock är det vanligare med ekonomiska problem för den lägsta och medelinkomstklassen. Detta stämmer överens med Petrus församlings (2016) diakonistatistik (se bilaga 5) där ekonomi var ett ämne som ofta togs upp vid klientkontakter. Behovet av ekonomiskt stöd är oftast orsaken till att personer tar kontakt med diakonin inom församlingarna (Diakoniarbetare, 2016).

Tabell 11 Inkomstklasser

	Högsta inkomstklassen	Medelinkomstklassen	Lägsta inkomstklassen
Västra stordistriktet	19 344	40 647	14 116
Gammelstadens distrikt	5166	10 970	3919
Nordöstra stordistriktet	17 313	45 126	14 023
Norra stordistriktet	11 396	16 864	5 335

Lions är en frivillig verksamhet som verkställs genom Lions klubbar på olika orter, i hela Finland och i resten av världen. Lions hjälper till genom att ge penningdonationer åt de som är i nöd i det egna landet. (Lionsverksamheten, 2016). Lions kampanj Röda Fjädern har funnits i flera år och samlat in pengar till olika ändamål. Åren 2016-2017 är temat ”Stöd unga till självständighet”, pengarna går till att stöda unga, eftersom det finns många arbetslösa ungdomar som är i riskzonen att bli marginaliserade. På grund av det här vill Lions hjälpa till genom praktiska åtgärder. (Röda Fjädern, 2016).

Tukikummit är en stiftelse som donerar pengar till ungdomar som är i risk att bli marginaliserade. I Finland finns det just nu 65 000 unga som är i riskzonen som ett resultat av familjens skiftande ekonomi, då kan stiftelsen till exempel hjälpa till genom att skaffa skolböcker, skolförnödenheter och kläder till dem. Tukikummit insamlade pengar går även till att erbjuda att de unga möjligheten att delta i hobbyer som de tycker om. Kyrkans diakonifond hjälper till så att alla pengarna som insamlas går till barn och unga. Religionstillhörighet har ingen betydelse när det gäller utdelningen av medel. Genom denna stiftelse så får de unga chansen till ett stort socialt nätverk samt att de kan förverkliga sina hobbyer. (Tukikummit, 2016).

5.6 Boendesituation

Drumsö, Munknäs och Haga har det största antalet svenskspråkiga, medan i Norra och Nordöstra Helsingfors är antalet svenskspråkiga lägre (Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt

Helsingfors, 2015, s. 8). De distrikt som inom Petrus församlings verksamhetsområde hade den största folkökningen var Gammelstaden, Ladugården och Sockenbacka. Den största folkminskningen skedde i Skomakarböle och Bocksbacka distrikten. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 16).

Nordenswan (2012) sammanfattar att boendesituationen i Helsingfors är ett problem då hyrorna är höga och det byggs inte tillräckligt med nya bostäder i relation till den växande befolkningen i staden. De som lider mest av situationen är studerande och låginkomsttagare. Situationen har ändrats sedan 2012, Lindblad (2016) vid svenska YLE, rapporterar om bygget av 30 500 nya bostäder under året 2015 varav 40 % finns i huvudstadsregionen.

Vid slutet av 2014 fanns det 7 107 ensamboende bostadslösa i Finland varav 2 443 var långtidsbostadslösa. Över två tredjedelar av alla bostadslösa finns i huvudstadsregionen, alltså Helsingfors, Esbo och Vanda. Av de bostadslösa är de flesta invandrare. (ARA, 2014) Medan vid slutet av 2015 var mängden bostadslösa allt som allt 7 898, mängden av ensamboende bostadslösa har minskat. (ARA, 2016). Bostadslösa skall ansöka om utkomststöd inom det verksamhetsområde där de blev bostadslösa. Om man är i behov av boenderådgivning, finns det allt som allt sex boenderådgivningar i Helsingfors men det finns även åtta stycken vid Helsingfors stads bostäder OY:s fastigheter. (Helsingfors stad, 2016).

Som tidigare nämnts i kapitel 5.1. kan boendesituationen påverka det sociala umgänget samt leda till social utsatthet, speciellt bland unga som kan ha lång väg mellan hemmet och skolan. Helsingfors faktacentrals statistik (2015, s. 52; 77; 101; 125) visar att det inte finns några svenskspråkiga högstudier i det Nordöstra stordistriktet och inte heller i Norra stordistriktet medan det endast finns få högstudier i det Västra och Gammelstadens distrikt. Diakoniarbetaren (2016) påpekar dock att det är positivt att ungdomarna får möjligheten att träffa nya vänner genom att söka sig till skolor utanför sitt boendeområde.

Tabell 12 Boende situationen i västra stordistriktet

VÄSTRA STORDISTRIKTET	Antalet (2014)
Unga ensamstående	7064
Barnlösa unga par	3151
Barnhushåll	8633
Småbarnshushåll	2623
Hushåll med barn under skolåldern	4633
Hushåll med barn i skolåldern	3295
Hushåll med barn i tonåren	2832
Vuxenhushåll	27 934
Pensionärshushåll	12 072
Hushåll totalt	72 237

Tabell 12 beskriver boendesituationen i Västra stordistriktet (Paavo, 2016). Tabellen visar att det finns mest pensionärshushåll och unga ensamstående i alla stordistrikt, detta beror delvis på att västra stordistriktet har mest befolkning men det kan också bero på att Västra stordistriktet präglas av höghus där de flesta lägenheterna är tvårummare medan Kårböle är området med mest trerummare. Alltså kan man anta att ensamstående ungdomar och pensionärer har bättre möjligheter att ha råd med att bo där. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 60; 64; 68; 72). Då det är bevisat att det kostar mera att bo ensam än att bo ihop med andra. En ensamboende kan bli tvungen att betala upp till 3 200 euro mera i månaden. Detta borde tas i beaktande då singelhushåll är en växande boendeform i landet. (Minkkinen, 2016).

Tabell 13 Boende situationen i Gammelstadens distrikt

Gammelstadens distrikt	Antalet (2014)
Unga ensamstående	1668
Barnlösa unga par	1005
Barnhushåll	2690
Småbarnshushåll	970
Hushåll med barn under skolåldern	1643
Hushåll med barn i skolåldern	954
Hushåll med barn i tonåren	669
Vuxenhushåll	7278
Pensionärshushåll	2755
Hushåll totalt	19 632

Tabell 13 (Paavo, 2016) beskriver boendesituationen i Gammelstaden som hör till Mellersta stordistriktet. Den största åldersgruppen i området är 25-64 åringar, vilka är i arbetsförålder detta syns även i tabell 11 (kapitel 5.5.) var det syns att den största inkomstklassen är medelinkomsttagare. Området har även unga ensamstående, detta kan bero på att det finns flera läroanstalter så som universitet och yrkeshögskolor inom området. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 96).

Tabell 14 Boende situationen i Norra stordistriktet

NORRA STORDISTRIFTET	Antal (2014)
Unga ensamstående	1450
Barnlösa unga par	780
Barnhushåll	4985
Småbarnshushåll	1235
Hushåll med barn under skolåldern	2387
Hushåll med barn i skolåldern	2155
Hushåll med barn i tonåren	1819
Vuxenhushåll	8928
Pensionärshushåll	5721
Hushåll totalt	29 460

Enligt Helsinki by district 2014 (2015, s. 102;106) består Norra stordistriktet till mesta dels av egnahemshus och villor till exempel Månsas och Västra Baggböle vilket kan kopplas till det högre antalet vuxen- och pensionärshushåll. Vilket förtydligas i tabell 14 (Paavo, 2016), på grund av detta går det att anta att det krävs en bättre ekonomisk situation för att ha råd att underhålla privategendom i området. Detta understöds i kapitel 5.5 (tabell 11), där det kommer fram att medel- och höginkomstklasserna är störst i området och antalet låginkomsttagare är liten. Nordöstra stordistriktet har flest vuxenhushåll som syns i tabell 15. Detta kan bero på att majoriteten av invånarna är i åldern 25-64 och är ännu i arbetsförålder. (Helsinki by district 2014, 2015, s. 124).

Tabell 15 Boende situationen i Nordöstra stordistriktet

NORDÖSTRA STORDISTRIKTET	Antal (2014)
Unga ensamstående	4224
Barnlösa unga par	3112
Barnhushåll	11 375
Småbarnshushåll	3188
Hushåll med barn under skolåldern	5945
Hushåll med barn i skolåldern	4658
Hushåll med barn i tonåren	3946
Vuxenhushåll	23 758
Pensionärshushåll	11 145
Hushåll totalt	71 351

Helsingfors stad (2016) stöder äldre att bo längre hemma genom att ge service i hemmen i form av hemvård. Enligt förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden (2016) är bristen av svensk hemvård ett problem. Detta på grund av att det endast finns en svenskspråkig hemvårdsenhet i Helsingfors, som ligger inom det Södra distriktet. Förtroendevald (2016) menar att det kan vara svårt eller omöjligt att få svenskspråkig service i de övriga distrikten. Staden anställer olika företag som enligt avtal skall ge svensk service, det är dock svårt att upprätthålla den svenska servicen på grund av svårigheter med rekryteringen av svenskspråkig personal.

Bertahemmet (2016) är ett privat pensionärshem stationerat i Haga och upprätthålls av Finlands svenska söndagsskolförbund r.f. Hemmet är svenskspråkigt och det finns två avdelningar, en omvårdnadsdelning, där det finns personal dygnet runt och ett servicehus för hyresgäster. Där har hyresgästerna möjlighet till bastu, internetrum, altan, trädgård, sällskapsrum och tvättstuga. Tillsammans med en hemvårdare bestämmer hyresgästen själv, vad och hur mycket hen vill ha hjälp med, till exempel städhjälp eller frisörhjälp. De finns även olika program till exempel musik, café, utflykter och sittgymnastik. Petrus församling som är stationerad nära hemmet, kommer regelbundet och håller andakt och annat program. (Seniorhus, 2016).

Vid intervjun berättade diakoniarbetaren (2016) vid Petrus församling att de även besöker Kristinagården och Hagaro som en del av sin verksamhet. Kristinagården är ett

svenskspråkigt åldringshem som sköts av Folkhälsan Valfärds Ab och fastighetens ägare är Stiftelsen Trygga åldringsbostäder r.f. Där finns det bland annat möjlighet till läkarbesök, frisörstjänster, fysioterapi och olika aktiviteter. Det finns personal dygnet runt samt trygghetsalarm. Aktiviteter som erbjuds är musikstunder, stolgymnastik, bingo, handarbete och diskussionsgrupper. Det hålls andaktsstunder en gång i månaden och diakonissan från Petrus församling besöker med jämna mellanrum. Kristinagården har som mål att ge chansen till en meningsfull vardag och strävar efter kvalitet, flexibilitet, respekt, pålitlighet och humor. (Folkhälsan, 2016). I Norra Haga det finns pensionärshemmet Hagaro, som upprätthålls av Fruntimmersföreningen i Helsingfors r.f. och är ett privat serviceboende. Hemmet är designat så att de äldre kan röra sig fritt även om de använder rollator eller rullstol, och ligger placerat så att brukarna har tillgång till parker och promenadvägar. (Hagaro, 2016).

6 Hälsa och ohälsa

I det här kapitlet tas hälsa upp i relation till hur hela Helsingfors befolkning upplever sin egen hälsa. Inom ramen för ohälsa väljer gruppen att ta upp om psykisk ohälsa och missbruk, på grund av att dessa teman kommit fram i den kvantitativa datainsamlingen.

6.1 Upplevd hälsa i Helsingfors

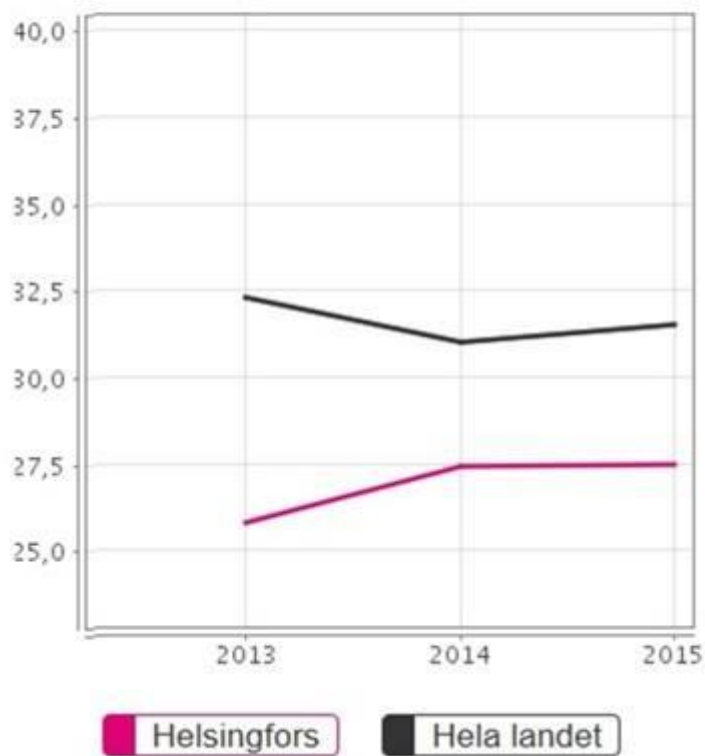
Socialt kapital på individ nivå är sedd som en individs personliga resurser som uppstår ur sociala sammanhang. En studie har gjorts om sambandet mellan socialt kapital, hälsa och hälsosamma levnadsvanor. Resultatet visar att det finns ett samband mellan dessa tre faktorer, dock finns det ett starkare band mellan socialt kapital och upplevd hälsa än mellan socialt kapital och hälsosamma liv vanor. Både socialt kapital och hälsosamma levnadsvanor associeras starkt med god upplevd hälsa. (Nieminen, Prättälä, Martelin, Härkänen, Hyypä, Alanen & Koskinen, 2013, s.1; 5; 9). Diakoniarbetaren (2016) vid Petrus församling menar att det är vanligast att ämnet hälsa kommer upp i samband med att klienter talar om sin ekonomiska situation då klienter inte har råd med att köpa mediciner eller att gå till läkaren. Klienter talar mest om hälsa då de tar kontakt via förbönstelefonjouren.

Folkhälsan erbjuder aktiviteter så som motion för att främja hälsan. När man motionerar förbygger man sjukdomar, minskar på stressen, ökad funktionsförmåga och ger en uthållighet. (Folkhälsan: Motion & rörelse, 2016). Motion har påvisade resultat av att ha en positiv inverkan på en individs hälsa, genom att motionera regelbundet förebyggs olika

sjukdomar, både fysiska och psykiska (Floegel, Giacobbi, Dzierzewski, Aiken-Morgan, Roberts, McCrae, Marsiske & Buman, 2015, s. 487; Piercy, Dorn, Fulton, Janz, Lee, McKinnon, Pate, Pfeiffer, Rohm Young, Troiano & Lavizzo-Mourey, 2015, s. 421). För vuxna i åldern 50 och uppåt som motionerar regelbundet har det visat sig att de lider mindre av övervikt, depression, diabetes med mera, än de i samma ålder som inte motionerar regelbundet. Dessa vuxna upplever även en höjd livskvalité. (Floegel et.al., 2015, s. 487, 498). Ungdomar rekommenderas motionera eller röra på sig 60 minuter till dagen för att upprätthålla en bättre hälsa. Detta inte bara i relation till att hålla en hälsosam vikt utan även till andra faktorer så som benbyggnaden, muskelstrukturen och det psykiska välmående. Fysisk aktivitet har även påvisad inverkan på de akademiska prestationerna. (Piercy et.al., 2015, s. 421).

Helsingforsbor upplever sin egen hälsa är bättre än vad finländare på andra håll i landet gör, 32 % vilket är att ungefär var tredje person som fyllt 20 år upplever sin hälsa som medel bra eller sämre. Medan i hela landet var procenten 38 % för dem som kände att de hade medel bra eller sämre hälsa. Bilaga 8 ger en mera heltäckande bild av hur olika åldersgrupper i Helsingfors upplever sin hälsa. Utbildningsnivån är nära kopplat till hur positivt eller negativt en person upplever sin hälsa, de med en lägre utbildningsnivå upplevde oftare att de hade en sämre hälsa än de personerna med en högre utbildningsnivå. Boendesituationen är även något som inverkar på en individs upplevda hälsa. Av alla ensamboende vuxna upplevde 40 % sin hälsa som högst medelbra eller sämre. (Haapamäki & Alshail, 2016, s. 6-7). Detta korrelerar med en undersökning gjord av Välfärdskompassen (2016) där det undersöktes hur människor i åldern 20 till 64 upplever sin hälsa. En tredje del av Finlands befolkning upplever invånarnas hälsa som medelmåttig eller sämre, bland annat hos de äldre. Under de senaste tiotals åren har det ändå blivit så att de äldre och de i medelåldern tycker att de har bättre hälsa än förut. Det framkommer att de som får lite lön, är arbetslösa eller har låg utbildning mår som sämst. Figur 2 visar även att även då hela landet anser att de högst har en medelmåttig hälsa vilket har sjunkit sedan 2013 så har Helsingforsborna upplevt att deras hälsa blivit bättre mellan åren 2013 och 2015.

Andelen personer som upplever att den egna hälsan är högst medelmåttig (%), 20-64-åringar



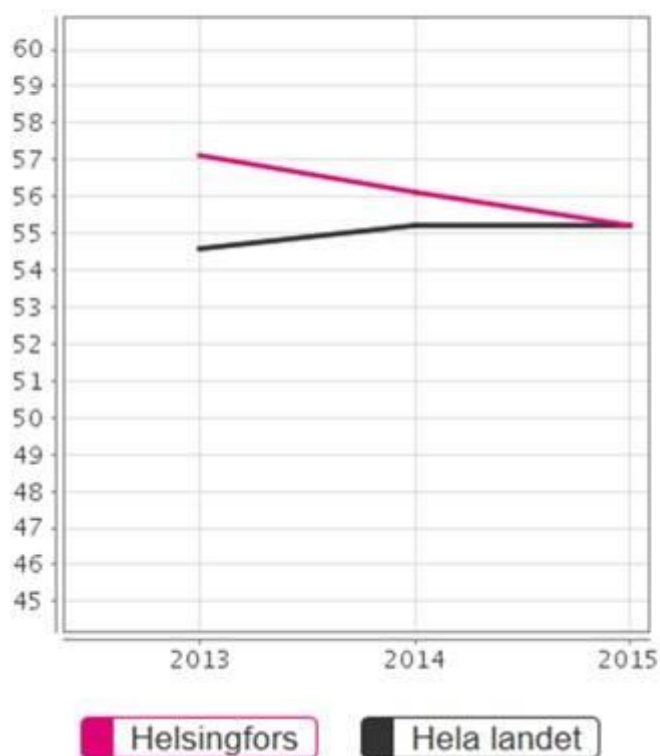
Figur 2 Upplevd hälsa 20-64 åringar

Enligt Haapamäki och Alshail (2016, s. 10) lever Helsingforsbor ett hälsosammare liv i allmänhet i jämförelse med den genomsnittliga finländaren, dock överkonsumeras det mera alkohol i större mängder i Helsingfors än vad det görs i resten av landet. Inom åldersgruppen 20-54 år överkonsumerar 41 % alkohol, av 55-74 åringar överkonsumerar 29 % alkohol medan endast 8 % av 75 år fyllda i Helsingfors överkonsumerar alkohol. (Haapamäki & Alshail, 2016, s. 10).

Det har även undersökts om 20-64 åringar och 65-åringar och äldre upplever en genomsnittlig god livskvalitet i Helsingfors och hela landet. Detta har gjorts genom med hjälp av åtta frågor med fem svarsalternativ, samt med hjälp av underfrågor, har man fått fram vad 20 åringar och äldre anser om sin hälsa på olika nivåer. Undersökningen går igenom hur de äldre upplever sin hälsa, hur de klarar av dagliga sysslor, bostadsförhållanden och relationer. Det tas också upp om de har tillräckligt med pengar och energi för det de skulle vilja göra. Undersökningen har använt sig av WHO8-EUROHIS (frågeställningar) för att få fram hur individer upplever sin livskvalité.

Frågorna baserar sig på fyra dimensioner: en psykisk, fysisk, social och miljödimension. För att livskvaliteten skall definieras som god, måste medeltalet av de åtta frågorna vara minst fyra. Undersökningen har gjorts mellan åren 2013-2015 och i kommuner med minst 20 000 invånare, i dessa görs då ett urval på 3000 av befolkningen. Svaren på frågorna har blivit inlämnade av respondenterna själva. (Välfärdskompassen, 2016a).

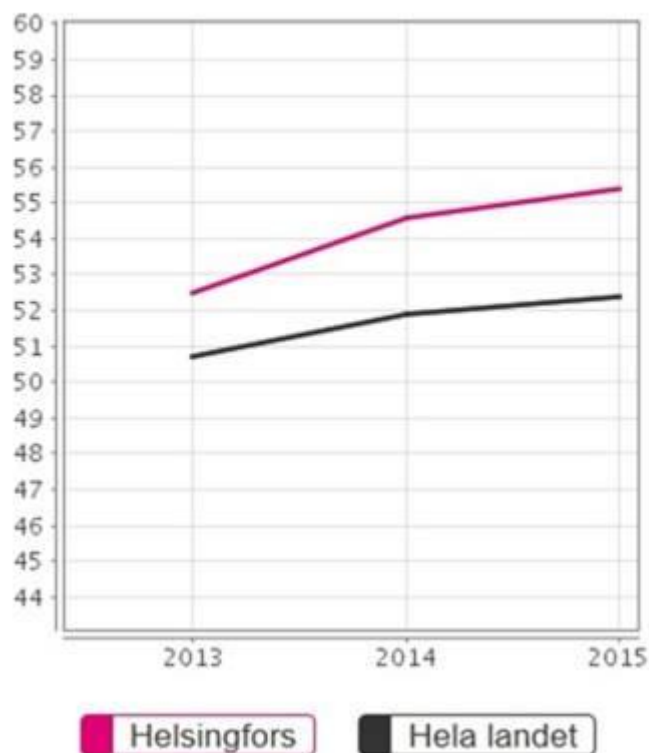
Andelen personer som upplever god livskvalitet (EuroHIS-8) (%), 20 - 64-åringar



Figur 3 Upplevd livskvalitet 20-64 åringar

Figur 3 och Figur 4 visar att den upplevda livskvaliteten hos 65 åringar och äldre blivit bättre både i hela landet och Helsingfors sedan 2013. Medan livskvaliteten enligt 20-64 åringar mellan åren 2013 och 2015 som bor i Helsingfors anser att deras livskvalitet sjunkit, det här skiljer sig från resten av landet var den ansedda livskvaliteten har höjts. (Välfärdskompassen, 2016b; välfärdskompassen, 2016c).

Andelen personer som upplever god livskvalitet (EuroHIS-8) (%), 65 år och äldre



Figur 4 Upplevd livskvalitet 65 år och äldre

Anställd vid FinFami (2016) tror att det finns mera psykisk ohälsa i Helsingfors, därför att människor dras till Helsingfors för att det är en studiestad och det finns många arbetsplatser. Man är ofta ung då man börjar må psykiskt dåligt, man kommer ofta till en okänd ort, svårt att knyta kontakter, känner sig ensam och mår generellt psykiskt sämre. Rehabiliteringen är bättre på småorter medan stigmatiseringen större, och tvärtom i Helsingfors. När man börjar må psykiskt dåligt följer oftast ett missbruk, då man medicinerar sig själv med alkohol eller droger.

I Helsingfors finns det totalt 26 stycken hälsostationer och 37 stycken tandkliniker, varav de flesta jobbar utifrån samma byggnad. Det finns allt som allt sju sjukhus och fyra stycken hemsjukhus varav tre av de sju sjukhusen är stadssjukhus. Då det kommer till annan sjukvård, så som fysioterapi finns det åtta stycken stationer var man endast kan få service på finska. Ergoterapi finns även tillgängligt och man kan få service på finska, svenska och engelska, det finns sju ställen i Helsingfors var tjänsten finns att få. För både fysioterapi och ergoterapi krävs det att man får en remiss. Remiss krävs också för att som vuxen gå i talterapi. (Helsingfors stad, 2016).

6.2 Missbruk, beroende och alkohol

Missbruk och beroende är två begrepp som generellt ses som synonymer men har olika betydelser. Missbruk definieras som ett skadligt bruk av till exempel en substans som alkohol. Ett missbruk kan vara situationsbundet, och inte ske hela tiden utan bara under en viss tid. Att missbruka en substans kan vara skadligt och om det pågår en längre tid kan det leda till ett beroende. Skillnaden mellan ett missbruk och ett beroende är att då det uppstår ett beroende hos en individ handlar det om att kroppen skapat ett behov av substansen i fråga som individen är beroende av. En annan skillnad mellan ett beroende och ett missbruk är att beroendet är permanent. (Johansson & Wirbing, 2002, s. 24-26).

Droganvändningen i Europa och Finland har ökat under de senaste åren, det är även vanligt att droganvändning är oftast kopplat till sociala- och hälsoproblem. Symptom på depression och nedstämdhet är nära associerat med droganvändning likasom bostadslöshet är en riskfaktor i detta sammanhang. Bostadslösa droganvändare löper även större risk för hälsoproblem då det är vanligt att byta sexuella tjänster för att få in pengar för att understöda den egna droganvändningen. (Onyeka, Beynon, Uosukainen, Korhonen, Ilomäki, Bell, Paasolainen, Tasa, Tiihonen & Kauhanen, 2013, s. 1; 3-7).

Alkohol är den vanligaste drogen som konsumeras i Finland och även i Sverige. Det här kommer fram i undersökningar gjorda av THL (2014) året 2008 då den enhetliga konsumtionen av 100 % alkohol i landet var 10,4 liter/invånare, vilket var tredubbelt mera än om man jämför med året 1968. Den ökade konsumtionen av alkohol i Finland kan kopplas ihop med olika faktorer i samhället så som borttagningen av Alkos monopol på att sälja cider och öl i butikerna 1994 vilket gjorde alkoholen mera tillgänglig för befolkningen samt jämställdhetslagen mellan könen som ökat på den kvinnliga konsumtionsandelen. (THL, 2014; Johansson & Wirbing, 2002, s. 31, 34).

I samband med att den kvinnliga andelen av alkoholkonsumenterna ökar, ökar även siffran av personer med alkoholproblem. Kvinnors drickande är oftast kopplade till en emotionell och relationsmässigt plan då deras drickande oftast är mindre synligt än männens medan mäns alkoholproblem oftast kopplas till slagsmål och rattfylleri. Kvinnor anses även vara känsligare för de negativa aspekterna av alkoholkonsumtion än män. (Johansson & Wirbing, 2002, s. 37-39).

Enligt Herttua, Martikainen, Vahtera och Kivimäki (2011, s. 3-5) är dödligheten större hos alkoholkonsumerande män än kvinnor i åldern 15-79 år, det har även visat sig att det finns en koppling mellan lågutbildning och alkohol relaterad dödlighet. Risken att dö en tidig död

på grund av alkohol är störst bland män som bor ensamma än för män som är gifta eller samboende med en partner.

Andra risker då det kommer till att överkonsumera alkohol över en lång period är till exempel hjärnskador, så som minnessvårigheter, då alkoholen skadar hjärnan. Leverskador och magsår är även andra vanliga symptom som kan uppstå. Hos ungdomar som börjat dricka tidigt i ungdomsåren är det större risk för pojkar att utveckla ett alkohol- eller drogberoende än flickor. Dock är procenten av ungdomar som dricker alkohol samma för flickor och pojkar. (von Knorring, 2012, s. 152-155). I Helsingfors finns ungdomsstationer för unga i åldern 13-23 med missbrukssymtom, spelberoende, drogproblem, psykiska problem eller internetberoende. De unga kan även där diskutera exempelvis skolgång och familjeförhållanden. (Helsingfors stad, 2015).

I en studie gjord i Helsingfors undersöktes relationen mellan alkoholvanor och förtidspension. Studien följde medelålders personer i 40-60 års ålder som var anställda inom Helsingfors kommun. Totalt 6 275 kommunalt anställda personer undersöktes och 78 % av dem var kvinnor. Det som mättes var mängden och förekomsten av alkoholanvändningen, kraftigt alkohol användning (överkonsumtion) och problematisk alkohol användning. Detta mättes genom ett frågeformulär. Kommunalt anställda i Finland kan få förtidspension i åldern 18-62 om man på grund av dålig hälsa inte kan fortsätta i ens nuvarande position och vars arbetsförmåga inte kan återställas genom rehabilitering. (Salonsalmi, Laaksonen, Lahelma & Rahkonen 2012, s. 2129). I Finland accepteras alkoholanvändning som en anledning för förtidspensionering när användningen är allvarlig och långvarig till sin natur och när det finns kroppsliga eller mentala komplikationer. Efter att ha tagit i beaktande kön, ålder och civil status, så kom det fram att kraftig genomsnittlig alkohol användning och frekvent alkohol användning, inte var förknippade med förtidspensionering på grund av muskel och skelett sjukdomar, men alkoholkonsumtionen ökade risken för förtidspensionering på grund av psykiska störningar. Mer än 40 % av de förtidspensionerade gick i pension på grund av muskel- och skelettsjukdom och en fjärdedel på grund av psykiska störningar. (Salonsalmi et.al 2012, s. 2131, 2134).

I tabell 16, har Audit C testet använts för att utvärdera hur många i Helsingforsregionen i relation till Nyland och hela landet konsumerar för mycket alkohol (THL, 2016). Audit C är ett screeninginstrument som använts för att diagnostisera alkohol och drogberoende genom att personen i fråga fyller i ett frågeformulär bestående av 10 frågor varav varje svar gett ett visst antal poäng. Om poängantalet går över 16 för män och 14 för kvinnor, anses personen

i fråga ha problematiska alkohol- eller drogvanor. Audit C testet har utvecklats av WHO och kan användas av olika personer med olika professionella bakgrunder med kunskap om alkohol- och drogmisbruk. (Berman, Wennberg & Källmén, 2013, s. 20-21).

Tabell 16 Andel personer i 20-64 åldern som dricker för mycket alkohol (Audit C test)

Helsingfors	40,7 %
Nyland	36,8 %
Hela landet	34,9 %

Året 2010 uppgick de alkohol relaterade kostnaderna till 1,3 miljarder euro i Finland inom den offentliga sektorn (Jääskeläinen & Österborg, 2013, s. 178-182). I Finland är det lagstadgat att missbrukar vården skall ge samma stöd och hjälp åt närstående som åt klienten det berör (Itäpuisto & Selin, 2013, s.138). Då missbruksproblem inverkar inte bara på individen, utan även på närstående runtomkring. Enligt en undersökning gjord av THL har ungefär 45 % av Helsingfors invånare oroas sig över en närståendes alkohol- eller drogproblem, de som svarade på undersökningen var 19-66 år. (Hakkarainen & Jääskeläinen, 2013, s. 100).

6.3 Psykisk hälsa

I Finland är depression en folksjukdom, inom den privata sektorn året 2003 hade 49 % av alla klienter som fick utskrivet psykiatriska läkemedel blivit diagnostiserade med depression (Myllärniemi, 2009, s. 13). Depression är en mental sjukdom som identifieras av att personen i fråga känner sig nedstämd och har svårigheter att känna glädje en längre tid så som en vecka, en månad eller till och med flera år.

En individ som lider av depression kan inte alltid identifiera symptomen för nedstämdhet utan anser själv att hen bara är konstant trött, lätt irriterad eller glädjelös. Personen i fråga känner även oftast att livet är tomt och meningslöst, saker som tidigare gjort hen glad ses numera som irritationsmoment. (Heiskanen & Huttunen, 2011, s. 8; Isometsä, 2011, s. 20; Myllärniemi, 2009, s. 61-62).

Studier har visat att det är vanligt bland unga vuxna att de visar symptom på en sämre psykisk hälsa än andra åldersgrupper (Kinnunen, Laukkanen, Kiviniemi & Kylmä, 2010, s. 115). Det är även vanligare för kvinnor att ha sämre psykisk hälsa än män, dock är skillnaderna större då det kommer till olika etniska grupper och ålder, än till exempel om man gör en studie

med individer inom samma etniska grupp. För vissa mentala problem och dess symptom har man inte hittat skillnader mellan könen. Medan i fall som depression och social fobi, har det gjorts många studier om skillnader mellan könen. Detta, eftersom det finns standardiserade test gjorda för att mäta symptomen för dessa diagnoser. Det har visat sig att kvinnor är mer benägna att möta de kliniska kriterierna för depression än män. (Shafer & Wendt, 2015, s. 106-107). Enligt diakoniarbetaren (2016) kan orsaken till psykisk ohälsa vara att det ofta är kopplad till orealistiska krav i samhället. Stress och psykisk ohälsa är vanligare bland unga och människor i medelåldern då de inte klarar av vardags livet på grund av de höga förväntningarna i dagens samhälle. Teamledaren vid krisjouren (2016) för unga, estimerar att ungefär 70-75 % av ungdomarna som söker sig till deras tjänster har en sämre psykisk hälsa. De vanligaste orsakerna varför unga tar kontakt med krisjouren är: depression, ångest, relationsproblem både inom familjen och parförhållandet, mobbning, stress och oro för framtiden. I Helsingfors finns även den kostnadsfria ungdomsverkstaden SVEPS som hjälper unga mellan 16-28 år som är utan jobb eller utbildning, dit de unga kan komma för att hitta rutiner, få självförtroende, studiemotivation och få stöd. SVEPS vill stöda den unga så att hen inte blir ensam eller utan socialt umgänge. De har olika grupper som hjälper en med socialträning, jobbcoaching och arbetsträning. Ungdomsverkstaden har kontakt med bland annat socialbyrån, vårdanstalter, skolan samt arbets- och näringsbyrån. (Folkhälsan, 2016).

Institutet för hälsa och välfärd (2015) har gjort en regional hälso- och välfärdsundersökning (ATH-undersökning) för att få fram information som kan främja hälsan och välfärden i landet. Tabell 17 ger en bild av hur människor i åldern 20-64 år upplever psykisk påfrestning i sitt vardagsliv i Helsingfors men även i jämförelse med Nyland och hela landet. 15,2 % av Helsingfors befolkning är 93 125 och av dessa är 5 494 personer svenskspråkiga, vilket betyder att 5,9 % av svenskspråkiga i Helsingfors upplever betydande psykisk påfrestning. (THL, 2014).

Tabell 17 Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning 20-64 åringar

Helsingfors	15,2 %
Nyland	14,6 %
Hela landet	13,7 %

Enligt föreningen för mental hälsa i Finland (Mieli) (2016) så sker nästan dubbelt fler självmord i Finland än i de övriga nordiska länderna. Enligt statistikcentralen (2011) är

antalet självmord i Finland lägst nu än på över 40 år. År 2010 begicks 8 procent färre självmord än året innan. Antalet självmord har inte varit lägre sedan år 1967. År 2010 begick 954 personer självmord, 718 män och 236 kvinnor. Självmord begås mest av personer i arbetsför ålder, dock har självmorden i dessa åldersgrupper minskat betydligt under de senaste åren. Självmord sker inom alla samhällsgrupper och riskerna kan öka i samband med alkoholbruk, arbetslöshet, fattigdom samt marginalisering. På årsbasis försöker ca 10 000 personer begå självmord, av vilka var tredje försöker på nytt.

Var tionde person som försöker på nytt dör i självmord. (Föreningen för mental hälsa i Finland, 2016) Självmord är betydligt vanligare bland män än kvinnor: två tredjedelar av självmorden begicks av män. Tabell 18 nedanför kommer från THLs ATH-undersökning och visar antalet som haft självmordstankar under de senaste 12 månaderna i Helsingfors och i hela landet mellan åren 2013-2015 här även syns också att män är de som har mer självmordstankar. Föreningen för mental hälsa poängterar (2016) att år 2013 begicks det 887 självmord i Finland, tre av fyra av män. Självmordsantalen var som högst år 1990.

Tabell 18 Självmord

	Totalt	Män	Kvinnor
Hela landet 2013-2015	5,4 %	5,7 %	5,1 %
Helsingfors 2013-2015	7,2 %	7,3 %	7,1 %

Att ha självmordstankar betyder inte alltid att man vill dö, utan kan betyda att man vill komma ifrån en outhärdlig smärta eller situation. Självmord är en extrem utväg på en svår livssituation. Oftast ligger det inte endast en orsak bakom självmord, utan är ofta frågan om många belastande faktorer i samspel. Psykisk ohälsa såsom depression kan vara en bidragande bakgrundsfaktor, tillika med rusmedelsproblematik, prestationskrav, ensamhet, förlust och andra svåra livssituationer. (Mieli, 2016).

Den psykosociala föreningen Sympati r.f. håller mentalhälsovårds verksamheter exempelvis diskussionsgrupper och musikgrupper. Verksamheten består mestadels av psykosocialt stöd för personer med mentala problem. De strävar efter att förbättra mentalvården i Helsingfors och har mycket samarbete med social och hälsovården, olika föreningar med flera. Deras mål är att försöka hindra stigmatisering, att det skall finnas chans till återhämtning samt

social integrering, stödja samt hjälpa dem med mentala och psykosociala problem, och förebygga problem på flera nivåer. Det är gratis att delta i verksamhetsgrupperna, det ordnas även utflykter eller föreläsningar som har en liten avgift. (Sympati, 2016).

När det kommer till mental- och missbrukarvårdens förebyggande vård kan man få service på båda inhemska språken men även ryska och somali. Psykiatriska vårdens primärhjälp fås vid den egna hälsostationen. Psykiatriska jouren är öppen 24/7 var man kan få hjälp nattetid och på veckoslut, det finns två psykjourer en vid Haartmanska sjukhuset och en vid Malms sjukhus. Det finns fyra stycken missbrukarpolikliniker och en ungdomsstation för 13-23 åringar. I Helsingfors finns det även dagsverksamhetscenter. Det finns även möjlighet till efter rehabilitering på vardagar, stället ger service för alla som bor i Helsingfors. (Helsingfors stad, 2016).

FinFami r.y., Nylands förening som är en regional förening och får understöd från RAY finns även i Helsingfors. Det är en lågtröskelförening som arbetar med att stödja klientens familj och anhöriga. Över 80 % av verksamheten används inte av föreningens medlemmar utan av andra, som ofta har hittat föreningen via nätet eller en annan informationskanal. Verksamheten är gratis, endast vid några tillfällen till exempel ett förlängt veckoslut kostar några tior, för då binder sig människorna lättare till verksamheten. Ofta får klienterna reda på verksamheten via broschyrer, professionella eller nätet. Man behöver inte vara medlem i föreningen för att delta. Det finns många olika grupper bland annat syskongrupper, make/maka grupper, de som har i barndomen haft en förälder som mått psykiskt dåligt, familjer där en av föräldrarna mår psykiskt dåligt, nyligen insjuknade grupper och så vidare. För unga som mår psykiskt sämre ordnas det konst- och dramatikgrupper. Grupperna är psyko-edukativa och går oavbrutet, ofta håller de på i ett halvår med paus under sommaren. (Anställd för FinFami, 2016).

Enligt en anställd (2016) vid FinFami finns det ett stort behov för denna verksamhet, ofta rings det från till exempel familjerådgivningen, andra institutioner eller samarbetsparter och förfrågan kommer angående utbudet av kurser för klienter, vanligtvis om kurserna ordnas är det få som dyker upp. Detta kan vara på grund av att det är svårt för dem att närvara, även dock behovet är stort. Föreningen har svenska grupper, dock anmärker intervjuade vid FinFami att det är svårt att få familjer att komma, då de är rädda att bli stigmatiserade. Detta på grund av att Svenskfinland är så litet och klienterna oroar sig över att de skall träffa någon som känner dem. Istället väljer klienterna att delta i de finska grupperna, för de förstår vad som sägs och de kan ställa sina frågor på svenska. Ofta kommer det mellan fem till åtta

personer i de svenskspråkiga grupperna. Tillsammans med sjukhuset har de också anhöriga grupper på svenska.

Oftast hittas verksamheten via nätet, men anställd (2016) har lagt märke till att om en professionell känner till och rekommenderar verksamheten, sänks tröskeln för klienterna och då hittar de snabbare till tjänsterna. Annars kan det ta mellan ett halvt år och ett år innan de söker sig till själva tjänsterna. Hens utvecklings förslag var att man borde använda sig mera av klientens sociala stödnätverk i form av familj och anhöriga, eftersom de oftast utelämnas eller glöms bort, fastän de också blir påverkade av klientens sjukdom. Det är en stressande faktor för hela familjen, då det ibland kan ta ett halvt till åtta år, förrän klienten kommer till det skede i livet då denne söker hjälp. Det är en traumatisk upplevelse för klienten och dess anhöriga.

Om man stödjer familjen i ett tidigt skede så kan man förebygga depression bland familjemedlemmar. Detta är viktigt eftersom över 70 % av de anhöriga riskerar att insjukna i depression. Av klienterna är 93 % nöjda med att man tar med familjen i arbetet, medan vissa som förnekar sin sjukdom, eventuellt inte vill det. Verksamheten inom FinFami samarbetar med bland annat folkhälsan, SVEPS, psykiatrin, barnavårdsföreningen, patientföreningen Helmi, MTK keskusliitto, Sympati, CP förbundet, diabetesförbundet, Mielenterveysseura, Arcada och andra skolor, samt andra föreningar som har med familjer och anhöriga att göra. (Verksamhetledare för FinFami, 2016).

Anställd vid FinFami (2016) menar att den vanligaste problematiken bland både de finsk- och svenskspråkiga är psykisk ohälsa och missbruk, oftast en blandning av båda två. Personlighets störningar och penningautomat spelberoende är även vanliga problem. I Helsingfors är missbruket värst då droger och alkohol är lättare att få tag på. Kvinnor tar oftare kontakt medan män har svårare att söka stöd från en professionell, då det handlar om depression. När det gäller psykoser, tror hen att både män och kvinnor söker hjälp i samma mån när det kommer till psykoser. Anställd vid FinFami anser att inom svenskspråkiga skolor tas psykisk ohälsa upp bättre eftersom skolkuratorerna blivit bättre handledda. Förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden (2016) anser att den akuta mentalvården fungerar dock uppstår det problem när det kommer till den långvariga behandlingen. Vilket kan orsaka långa väntetider för klienten då det finns få svensktalande mentalarbetare som tar emot både finsk- och svensktalande patienter.

6.4 Funktionsnedsättningar

Enligt Hallberg och Hallberg (2014, s. 11) kan begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning skiljas åt. Funktionsnedsättning betyder att man har en medfödd eller förvärvad nedsättning, antingen i fysiska, psykiska eller kognitiva funktioner. Det kan även handla om kombinationer av nedsättningar och de kan vara permanenta eller kortvariga. Begreppet funktionshinder är ett uttryck som används för att beskriva en hindrande omgivning som inte är anpassad till individens förmågor och förutsättningar.

Enligt Finlands lag om service och stöd på grund av handikapp (3§) är kommunen skyldig att ordna vissa specifika tjänster så som färdtjänst, boende med mera. I Helsingfors finns det service för funktionsnedsatta i form av en svensk enhet med social arbetare och socialhandledare.

Det finns tjänster så som institutionsvård, hälsovård och rehabilitering, socialt arbete, boendetjänster, sysselsättning och utbildning. (Helsingfors stad, 2016). Enligt handikapp- och mentalhälsoarbetaren (2016) vid centralen för församlingsarbete bland Helsingfors kyrkliga samfällighet finns det för lite stödpersoner för funktionsnedsatta personer på svenska. Närståendevårdare har svårt att få avlastning i hemmet, för att få tid för sig själva. Behovet av till exempel ledsagare för synskadade växer då de som är utbildade och jobbat länge med det, själv börjar nå en högre ålder. Handikapp- och mentalhälsoarbetaren (2016) lyfter även upp problematiken med att alla som behöver svensk service men inte får den.

Petrus församling har ingen specifik verksamhet för funktionsnedsatta, då specialdiakonin tar hand om denna del. De tar dock i beaktande de resurser som kan utnyttjas om någon med funktionsnedsättning tar del av deras verksamhet. (Petrus församlings diakoniarbetare, 2016). Centralen för församlingsarbetet i Helsingfors kyrkliga samfällighet har en handikapp- och mentalhälsoarbetare som jobbar med att koordinera och organisera samarbete mellan församlingar, föreningar, staden och övriga organisationer. Till hans arbetsuppgifter hör klientarbete, handledning, gruppverksamhet, planering av läger och utfärder, samt skriftskolor vartannat år för funktionsnedsatta i samarbete med omsorgspastorn i Borgå stift. I samarbete med de finska kollegerna inom samfälligheten jobbar de även för att öka tillgängligheten inom kyrkan till exempel genom programmet KOM. (Handikapp- och mentalhälsoarbetare, 2016). KOM är kyrkans tillgänglighetsprogram som innehåller riktlinjer som skall hjälpa församlingarna i Borgå stift att göra församlingen och verksamhet tillgänglig för alla. Programmet är till för att främja

delaktigheten, tillgängligheten och jämlikheten inom kyrkan. (Kyrkans tillgänglighetsprogram, 2012, s. 12-13).

Kårkulla samkommun är den viktigaste producenten då det kommer till tjänster för svenskspråkiga funktionsnedsatta. I Helsingfors finns flera service enheter i form av olika boenden och dagverksamhet. Majparkens serviceenhet erbjuder boende i Arabiastranden. Kårkulla (2015) beskriver boendeverksamheten som hemlik och brukarcentrerad och grundar sig på brukarens egna önskemål och brukarens behov. Självbestämmande, empati och integritet är central i deras verksamhet. Boendet jobbar för att bygga upp en trygg och stimulerande hemmiljö som utgår ifrån brukarnas deltagande i hemsysslor i mån av möjlighet. Octavens serviceenhet erbjuder dagverksamhet i form av livsorienterande verksamhet samt lägenhetsboende.

Dagverksamheten är indelad i olika grupper såsom slöjdgruppen, lugna gruppen, hantverksgruppen, upplevelsegruppen och allaktivitetsgruppen. Kårkulla (2015) strävar efter att brukarna får pröva på varierande arbetsuppgifter och erbjuds möjlighet till upplevelser av olika slag. Individuella behov och önskemål beaktas då brukarnas arbetsvecka byggs upp. Vid Ringvägarnas serviceenhet erbjuds gruppboende i Helsingfors stödboende, lägenhetsboende och gruppboende. Ringvägarnas serviceenhet består av två verksamhetsställen. Det ena finns i Baggböle i Helsingfors och det andra i Grankulla. Treklangens serviceenhet erbjuder arbets- och dagverksamhet: strukturverksamhet, arbetslivsorienterad verksamhet och arbete med stöd. Verksamheten sker i sju olika basgrupper som är underleverantörsarbete, hantverk och skapande verksamhet, shop och loppis verksamhet, lugn verksamhet, strukturverksamhet, motion och avslappning, arbete med stöd. Grupperna strävar efter att personer som deltar i verksamheten ska kunna pröva på olika sorters arbetsuppgifter och flexibelt bygga ihop ens arbetsvecka med varierande arbeten. (Kårkulla 2015).

I Helsingfors finns också Finlands Svenska Handikappförbund (FSH) som startades 1974 men då under namnet Samarbetsrådet i Svenskfinland. År 1998 kom Finlands Svenska handikappförbund och grundades av Förbundet De Utvecklingsstördas Väl (FDUV), Förbundet Finlands Svenska Hörselskadade (FFSH) och Förbundet Finlands Svenska Synskadade (FSS). FSH är en paraplyförening som samlar olika organisationer för samarbete. Syftet med organisationen är att hålla kontakt mellan sina medlemsorganisationer, mellan samarbetsrådet och andra organisationer inom handikappsektorn, samt mellan samarbetsrådet och myndigheterna. (FSH, 2016).

Förbundet De utvecklingsstördas väl (FDUV) har sitt huvudkansli i Helsingfors. FDUV är en intresseorganisation för personer med utvecklingsstörning och deras anhöriga med svenska som modersmål. Föreningen stöder även personer med inlärnings- och kommunikationssvårigheter. FDUV har verksamhet såsom handikappades intressebevakning, läger, kurser och seminarier, fritidsverksamhet och familjestöd. FDUV arbetar de för att svenskspråkiga personer med utvecklingsstörning skall få stöd på sitt eget modersmål och en jämlik ställning i samhället. (FDUV 2016).

7 Sammanfattande diskussion

I detta kapitel sammanfattar gruppen de resultat som framkommit genom den kvantitativa och kvalitativa datainsamlingen. De tematiker som tagits upp i arbetet är ämnen var gruppen anser att det finns ett behov för diakonala insatser.

Den procentuella andelen svenskspråkiga sjunker i Helsingfors, delvis på grund av att antalet invandrare ökar samt det ökade antalet tvåspråkiga familjer. Trots detta visar kapitel 5.4 att flera svenskspråkiga barn föds vilket syns i bilaga 6 som uppvisar åldersstrukturen bland svenskspråkiga i relation till hela landets åldersstruktur. Tabell 10 visar språkfördelning bland barnfamiljer i Helsingfors, som man kan se är det vanligare att fadern är svensktalande medan modern är finsk. Den näst största gruppen är familjer var modern är svenskspråkig och fadern finsk och den tredje största gruppen är familjer var båda föräldrarna är svenskspråkiga. Man kan konstatera att tvåspråkigheten bland barnfamiljer är stor.

Intervjuade vid FinFami (2016) påpekade även att då många är tvåspråkiga, väljer svenskspråkiga att använda sig av den finska servicen då utbudet är större samt risken för att bli igenkänd är mindre. Petrus församlings diakoniarbetare framhävde att allt flera svenskspråkiga ungdomar talar sämre svenska då tvåspråkigheten stiger vilket kan vara en orsak till att utbudet av svensk service minskar. Helsingfors befolkning har en ung åldersstruktur, eftersom den största åldersgruppen är 23-33 åringar (kapitel 4.2). Enligt hen kan detta bero på att Helsingfors är en stad som folk dras till på grund av studie- och arbetsmöjligheter. Tabell 5 visar åldersfördelningen inom Petrus församlings verksamhetsområde, i alla stordistrikt är 30-64 åringar den största gruppen.

Enligt THL (2016) känner sig många från 20 år och uppåt ensamma, uträkningen i kapitel 5.1 visar att ungefär 4 000 av dessa är svenskspråkiga. Ensamhet finns inte specifikt dokumenterat i kyrkans eller Petrus församlings statistik, detta beror antagligen på att

ensamhet kan kopplas till de övriga ämnena nämnda såsom relationer och boende. Ensamhet är ett problem i Helsingfors, speciellt bland ungdomar och äldre vilket syns i tabell 6. Detta förstärks även i intervjuerna som gjorts, eftersom alla yrkeskunniga nämnde i intervjuerna att någon form av ensamhet existerar. Ensamhet kan indelas in i tre olika kategorier som kommer fram i kapitel 5.1, på grund av detta kan gruppen anta att de flesta personer som berörs av arbetets teman kan uppleva en psykosocial ensamhet.

Både koordinatören vid Helsingfors Mission (2016) och förtroendevalda inom social- och hälsovårdsnämnden (2016) poängterar att ensamhet bland äldre är kopplat till institutionsvård, fysisk isolering, minnesjukdomar och på grund av förluster i nära relationer. Ungdomar kan uppleva ensamhet i brist på socialt umgänge, på grund av sin boendesituation och mobbning. Anställd vid FinFami (2016) poängterar även att om man som ung flyttar till en ny stad på grund av studier eller arbete kan ensamhet uppstå då man upplever saknad till sitt tidigare sociala nätverk. Gruppen antar att detta kan ha att göra med anonymiteten som finns i storstäder, vilket kan leda till att man lättare blir isolerade från andra.

Både statistiken från institutet för hälsa och välfärd och Petrus församlings distrikt visar att arbetslöshet är ett problem, detta syns i tabell 3 (kapitel 4.1) var arbetslivet är det ämne som tas upp mest vid klientkontakter inom diakonin både inom Petrus församlingen, hela kyrkan samt tabell 8 (kapitel 5.2) som visar andelen arbetslösa och sysselsatta inom Petrus verksamhetsområde. Arbetslösheten har ökat bland 15-64 åringar sedan 2010, andelen svenskspråkiga var 1627 av 35 844 svenskspråkiga som bor i Helsingfors. Gruppen kan anta att antalet svenskspråkiga arbetslösa är låg med tanke på att till gruppen svårsysselsatta räknas långtidsarbetslösa, periodiskt arbetslösa, personer som blivit arbetslösa efter att ha omfattats av en åtgärd och arbetslösa som upprepade gånger placerats i en åtgärd. Enligt THL (2016) kan arbetslöshet bero på förändringarna i näringsstrukturen och att arbetslivets krav kan vara orsaken till att det inte finns arbetsplatser som motsvarar den arbetslösas yrkeskompetens. Förtroendevald (2016) påpekar att som arbetslös är det viktigt att aktivt söka jobb, då ju längre man är arbetslös desto svårare är det att komma in i arbetslivet igen. Möjligheten att få arbete försvåras dessutom av ålder, nedsatt funktionsförmåga, hälsorelaterade och psykosociala problem.

Våld är inte ett lika framträdande ämne som arbetslöshet, men det förekommer. Våld i närrelationer är inte lika synligt som till exempel misshandelsbrott, kapitel 5.3 tar upp att flickor är i större risk att bli utsatta för verbalt och milt våld, medan pojkar är i större risk för att bli utsatta för grovt våld. Detta kan vara på grund av de samhällsnormer som man lär sig

i ett tidigt skede, var det är mera accepterat för pojkar att uppvisa ett aggressivt beteende än flickor. Dock kan man fråga sig om denna trend är på väg att försvinna på grund av nya pedagogiska metoder och samhällsförändringar eller är det en återvändande trend? Ett exempel på en osynlig våldsform är män som utsätts för våld i nära relationer av sin partner.

En orsak till detta kan vara samhällsnormen som säger att män inte skall uppvisa känslor och att kvinnor inte är kapabla till fysiskt våld, dock är denna våldsform för det mesta psykisk och emotionell. Gruppen kan konstatera utgående från tabell 9 att misshandel är den vanligaste våldsformen i Helsingfors, detta är även den kategori som polisanmälts mest. Dock kan man undra hur många blivit dömda till fängelse eller andra straff än böter eftersom endast 126 av 5882 blivit bötfällda.

Gruppen kan konstatera utgående från intervjun med förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden i Helsingfors (2016) att det finns ett behov av svenskspråkiga fosterfamiljer. Barn som placerats utanför hemmen samt barn som omhändertagits i brådskande ärende har minskat, gruppen kan anta att detta beror på att barnskyddets öppenvårdstjänster har ökat. Gruppen kan inte ta ställning till hur många klienter i barnskyddet är svenskspråkiga då statistiken inte visar språkskillnader.

Inom Petrus församlings diakoniarbete är ekonomi det ämne som tagits upp mest under möten med klienter. Klasskillnaderna är små i Finland för tillfället, dock kan man fråga sig om skillnaderna kommer att bli större med tanke på nedskärningar som görs och syns i kyrkans diakoniarbete, då flera klienter kommer för att be om ekonomiskt stöd. Gruppen funderar på om nedskärningar i till exempel studiestödet, kommer att leda till att studeranden och unga blir en större klientgrupp hos diakonin, eftersom de med bättre ekonomiska utsikter kommer att ha större möjligheter för att studera på universitets- eller yrkeshögskolenivå. En sämre ekonomi kan även inverka på möjligheterna att ta sig till den svenska servicens verksamhet, vilket kan leda till en förhöjd risk för social utsatthet och psykisk och fysisk ohälsa påpekar anställd för FinFami (2016). Helsingfors har dyra hyror och det är brist på boende, detta påverkar speciellt ensamboende personer, eftersom det är dyrare att bo ensam, trots detta är singelhushåll en boendeform som ökar.

Även om arbetet har upptäckt att det finns nöd i Helsingfors anmärkte gruppen att Helsingforsbor i allmänhet upplever en bättre hälsa än övriga finländare. Gruppen reflekterar över hur hälsan i resten av landet upplevs och hur många i Helsingfors uppleva en god hälsa trots den nöd som upptäckts i detta arbete. Speciellt i relation till den del av

befolkningen som lider av psykisk ohälsa och missbruk. Det går att anta att de som upplever en bättre hälsa har en högre utbildningsnivå, bättre ekonomisk situation och bättre arbetssituation, vilket kommer fram i kapitel 6.1, dock eftersom hälsa är subjektivt kan man ifrågasätta vad som räknas som bättre hälsa.

Enligt figur 3 och 4 (i kapitel 6.1) upplever 65 åringar och äldre i Helsingfors en bättre livskvalité än vad 20-64 åringar gör. Detta kan bero på att som 65 åring kan man känna sig mera fulländad inom olika delar av livet än en 25 åring, till exempel familje- och arbetslivet.

Som det nämns i kapitel 6.2. är alkoholism en finländsk folksjukdom vilket statistiken och gruppens egen uträkning styrker. Ungefär 14 600 av Helsingfors svenskspråkiga befolkning dricker för mycket alkohol, denna siffra är hög med tanke på att totala antalet svensktalande i Helsingfors är 35 844. Petrus församlings diakonistatistik visar att alkohol ett ämne som inte tas upp så ofta, enligt diakoniarbetaren (2016) vill klienter inte tala om alkoholproblem, vilket kan vara en orsak till varför problemet inte syns i statistiken. Det är vanligare att män som i en tidig ungdom börjat dricka alkohol, utvecklar ett missbruk. Samt risken är större för män än kvinnor att dö på grund av alkoholrelaterade orsaker. Kvinnors dryckesvanor är mera osynliga och begränsade till hemmet. Gruppen kan anta att mängden av alkoholkonsumtionen i landet kan bero på den kulturella inställningen till alkohol och dryckesvanor. Det går att ifrågasätta varför det är socialt accepterat att överkonsumera alkohol i sociala sammanhang men inte att vara alkoholberoende. Såsom alkoholism, är depression en folksjukdom.

Inom den sociala sektorn i Helsingfors går det att konstatera, att andelen svenskspråkiga bland 20-64 åringar som känner psykisk påfrestning är ungefär 5 494, dock kan man inte veta var i Helsingfors de bor. Som det syns i kapitel 6.3 har kvinnor sämre psykisk hälsa än män, samt är det vanligare att unga har sämre psykisk hälsa än övriga åldersgrupper. Enligt diakoniarbetaren (2016) vid Petrus församling har detta att göra med orealistiska krav som samhället har på unga. Detta syns i arbetet vid krisjouren (2016) i Helsingfors då ungefär 70-75 % av ungdomarna och de unga vuxna som söker sig till tjänsten har en sämre psykisk hälsa. Även om siffrorna för psykisk ohälsa är höga, har självmordsantalet minskat. Statistik från THL (2016) visar att självmordssiffrorna är lägre nu än de varit på 40 år, dock sker det flest självmord i Finland än i de övriga Nordiska länderna. Tabell 18 visar att män är mer benägna att ta självmord än kvinnor. Detta kan ha att göra med att kvinnor är mera villiga att söka hjälp för depression än män, påpekar FinFamis anställda (2016).

De flesta tjänster som har med ekonomi och boende att göra är olika stöd i form av bidrag som ges ut av FPA. Samt finns det som tidigare nämnts i kapitel 5.5 olika organisationer som stöder privat personer ekonomiskt, så som Tukikummit organisationen.

Gruppen kan konstatera att det finns en brist på svensk service och svenskspråkig personal inom social- och hälsovården i Helsingfors. Detta kompletteras av tredje sektorn, eftersom det finns flera instanser som har svenska tjänster. En service som finns på svenska är Kårkulla och FDUV, båda dessa organisationer är stora producenter inom Svenskfinland för funktionsnedsatta. Som tidigare nämnts i kapitel 6.4 har Kårkulla flera serviceenheter i Helsingfors som erbjuder boende, av belastningsverksamhet, dagverksamhet med mera. Medan FDUV erbjuder tjänster bland annat som sommarläger, kurser för anhöriga och assistenter.

I kapitel 4.1 tas det upp, den finländska medborgarens rätt till ett människovärdigt liv och hälsovård, gruppen reflekterar över hur bemötandet av den ensamma individen uppfylls av kommunen och instanser inom tredje sektorn. Då det kommer till tjänster för ensamma kan gruppen utgående från arbetet konstatera att det behövs mera lågröskel socialverksamhet, ett fungerande exempel på sådan verksamhet är Helsingfors Mission. Kapitel 5.2 kopplar arbetslöshet med negativa konsekvenser som i sin tur kan leda till ensamhet. Gruppen kan konstatera att det finns få tjänster för svenskspråkiga arbetslösa. Detta kan bero på det låga antalet svenskspråkiga arbetslösa i Helsingfors (se kapitel 5.2).

Svenskspråkiga tjänster för våldsoffer finns dock är dessa mestadels riktade mot kvinnor. En orsak till detta kan vara att det är även vanligare för kvinnor att bli utsatta för våld i en nära relation än män, samt ungefär 20 kvinnor i året blir dödade av sin ex-partner eller nuvarande partner medan antalet män är ungefär fem stycken i året. Gruppen har i arbetet inte upptäckt en specifik tjänst för män som blivit utsatta för våld i närrelationer. Då det kommer till minderåriga som blivit utsatta för våld är det barnskyddet som producerar de huvudsakliga tjänsterna för minderåriga.

Problem som kommit fram i arbetet angående svensk service för psykisk ohälsa, är att utbudet har minskat och alla tjänster har sammanförts under en avdelning, istället för att ha flera avdelningar utgående från diagnosen som den finska servicen. Enligt den intervjuade vid FinFami (2016) kan några av orsakerna vara: att det finns en mindre andel svenskspråkiga i Helsingfors, tvåspråkiga kan använda sig av den finska servicen, klienterna oftast har en blandning av olika diagnoser (till exempel missbruk och depression). Tjänster

vid öppenvården läggs ner allt mer vilket är ett problem samt är det svårt att få tag på svenskspråkig personal. Medan handikapp- och mentalhälsoarbetaren (2016) anser att den svenska servicen inom mentalhälsovården fungerar bättre än vad den gjort tidigare. Hen påpekar även att det kan vara brist på platser men att det alltid tycks vara det.

Genom arbetet kan gruppen konstatera att den nöd som framträder mest i Helsingfors är ensamhet och missbruk, speciellt alkoholism. Dock är det svårt att endast framhäva en nöd, eftersom många av de ämnen som tagits upp i arbetet är relaterade till varandra. Även om datainsamlingen är allmän för svenskspråkiga i Helsingfors kan man utifrån den informationen anta att den nöd som finns i övriga Helsingfors, också finns inom Petrus verksamhetsområde. Utgående från källorna Petrus församlingsstatistik och Paavo, i kapitel 4.1 kan gruppen dra slutsatsen att ekonomi i samband med arbetslöshet och arbetslivet är teman där personer inom Petrus församlingsområde upplever nöd.

8 Kritisk granskning

Syftet med arbetet var att utreda var nöden är störst bland svenskspråkiga i Helsingfors och i Petrus församlings verksamhetsområde (projektplanen bilaga 1). Gruppen anser att syftet uppnåtts men att man kunde ha fördjupat sig i ämnena mera ingående. Syftet har uppnåtts genom insamling av kvantitativ och kvalitativ data över de teman som valts, datainsamlingen ger en bild av vilken sorts nöd som finns i Helsingfors. Även om gruppen inte fått fram exakt i vilket område det finns mest nöd inom Petrus församlings verksamhetsområde, så anser gruppen att det är bra att det kommit fram vilken nöd är störst i Helsingfors bland svenskspråkiga. Utifrån arbetets svar på frågeställningarna kan slutsatser dras i fråga om nöden inom församlingsområdet. Gruppen har även uppfyllt syftet genom att ta fram vilka tjänster som finns inom social- och hälsovårdsområdet för svenskspråkiga. Dock kunde detta ha utretts mera ingående speciellt i relation till tjänsterna inom tredje sektorn, eftersom arbetet hade ett brett ämnesområde, så blev det inom tidsramen för arbetet svårt att fördjupa sig på alla ämnen. Gruppen anser att arbetet kan ses som en sammanfattning av behovet för diakonala insatser. Arbetet utgår från tre frågeställningar (se kapitel 1.1), dessa har enligt gruppen besvarats nöjaktigt på med tanke på tidsramen. Trots frågeställningarna och avgränsningarna blev forskningsområdet brett. I efterhand kan gruppen konstatera att om arbetet bara handlat om tjänster för svenskspråkiga eller bara om nöd i Helsingfors skulle arbetet kunna ha blivit mera specifikt och djupgående.

Gruppen valde källor med utgångspunkt i vad som faktiskt är relevant för arbetet, detta har bidragit till längden på arbetet. Den kvantitativa datainsamlingsmetoden fungerade för detta arbete, eftersom arbetet behövde grundinformation för att få fram relevant data och för att kunna gå över till den kvalitativa delen av metoden. Inom tidsramen för detta arbete hann projektgruppen inte få forskningslov för viss information till exempel barnskyddet och missbrukarvården, vilket gjorde att viss information inte kunde utges. Detta påverkade intervjuvalen till en viss del samt gjorde att mindre information kunde fås fram om till exempel våld och barnskyddet. Alla intervjuer var givande då de alla kunde ge information om den svenskspråkiga servicen i Helsingfors inom social- och hälsovårdsområdet, men de som var mest användbara för detta arbete var intervjun med Petrus församlings diakoniarbete, anställd vid FinFami samt förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden.

Ett uppreparande problem med källorna i arbetet var att det inte fanns specifik statistik gällande svenskspråkiga i Helsingfors, förutom andelen svenskspråkig befolkning. Detta gjorde att uträkningarna försvårades då viss information saknade grundtal samt olika källor visade olika grundsiffror. Beslutet angående de huvudsakliga källorna (i kapitel 3) projektgruppen gjorde, hjälpte gruppen att hitta en stor del av grundinformationen. Artiklarna som gruppen använt sig av har varit relevanta och stöder resultatet som kommit fram i den kvalitativa insamlingsmetoden, samt gruppen har utgått från att ha använt sig av så aktuella källor som möjligt i arbetet. Gruppen har reflekterat över om det finns information om problematik, specifikt för de olika distrikten i Helsingfors och är de i så fall inte tillgängligt för allmänheten?

Enligt den finska grundlagen (11.6.1999/731) har varje medborgare rätten till att få skydda sitt privatliv (10 §), på grund av detta följer gruppen forskningsetiska krav listade av Dalen (2008, s. 21): krav på samtycke, krav på att bli informerad, krav på konfidentialitet, krav på skydd för barn och hänsyn till socialt svaga grupper (Alver & Øyen, 1998, s. 107). Gruppen förverkligade dessa krav genom att inte ta med viss statistik från Petrus församling som kan leda till en individs identitet. Gruppen har även följt dessa krav i intervjuarbetet, genom att informera de som ställt upp på intervju om projektet och syftet med intervjun. Gruppen respekterade den intervjuades åsikter gällande inbandningen av intervjun, till exempel gjorde gruppen endast en muntlig intervju med diakoniarbetaren vid Petrus församlingen. Detta togs även i beaktande genom att gruppen undvek användningen av pappersversioner av dokument samt upphöll en hållbar miljövänligen attityd genom att jobba digitalt.

9 Avslutning

Detta arbete har varit en del av projektet ”Där nöden är störst”. Arbetet var en del av första fasen inom projektet och kommer avslutas våren 2016. Under arbetsprocessen har gruppen förstärkt sina kunskaper i relation till kärnkompetenserna inom Socionom (YH) examen, diakoni och ungdomsarbetsledare. Inom ramen för kompetensen om forsknings- och utvecklingsinriktning har gruppen arbetat forskande genom att samla statistik och analysera den, arbetet avses sammanfatta situationen bland svenskspråkiga i Helsingfors. Den kunskapen som också stärks är förmågan att planera, förverkliga och utvärdera. Utgående från kompetensen om det sociala områdets servicesystem har gruppen fått bättre kunskap om juridiska föreskrifter så som den finska lagen samt Helsingfors service- och informationssystem.

Gruppen har fått en ökad förståelse för det mångprofessionella arbetet som sker på fältet samt dess utmaningar. Gruppen känner sig mera kunnig i orsaker varför välfärdsservice förändringar har skett i Helsingfors. Då det kommer till kompetenserna för lärdomsprovet anser gruppen att de uppnått bättre förståelse för systematisk utveckling av sitt yrkesområde, förmåga att presentera, diskutera och granska arbetsprocessen på ett vetenskapligt sätt. I relation till projektgruppen har skribenterna tagit del av mångprofessionellt arbete samt har skribenternas resurser inom utredning, utveckling och utvärdering stärkts.

Genom arbetsprocessen har gruppen samlat kunskap om vad som orsakar ojämnlighet och utslagning i Helsingfors och resten av landet, alltså regionalt och nationellt. Detta har förstärkt den samhällsinriktade kompetensen om kritik och delaktighetsfrämjande arbete. Då det kommer till kompetenser för diakoner, så är kompetensen för diakontalt klientarbete direkt kopplat till projektets uppgift att identifiera individers och grupperns behov. Gruppen har i arbetet kartlagt behovet av diakonala insatser och på detta sätt arbetat för att främja livskvalitet för de personer som är i nöd inom Petrus församlings område. Gruppen har även fått insikter i diakonins centrala verksamhet samt den personliga och professionella tillväxten har främjats. Genom detta har kompetensen för diakonalt klientarbete stärkts. Inom ungdomsarbetsledar kompetensen har specifikt organisations- och utvecklingskompetensen stärkts detta på grund arbetets strukturering, planering och tidsanvändning.

Gruppen anser att samarbetet har fungerat väl genom arbetsprocessen, arbetsfördelningen har delats rättvist och en del av arbetet har gjorts på distans samt att texterna har bearbetats

tillsammans. Gruppen har kunnat diskutera konstruktivt och respektfullt med varandra, samt har överensstämmelserna som beslöts om i början följts. Arbetet har varit nyttigt, eftersom gruppen har lärt sig att vara källkritisk då det kommer till att hämta information, samt anser gruppen att det är nyttigt att veta om utmaningar i Helsingfors för gruppens kommande arbetsliv.

Det skulle ha varit en idé att dela upp arbetet inom projektgruppen på så sätt att en grupp undersöker vilken nöd som finns i Helsingfors och en annan söker tjänster för svenskspråkiga och den sista gruppen skulle undersöka hur situationen ser ut områdesvis i Helsingfors, detta skulle ha varit ett sätt att eventuellt fokusera arbetena. Till nästa projektfas anser gruppen att det skulle vara intressant att fördjupa sig i de teman som kommit fram. Gruppen hoppas även att arbetet kan vara användbart i framtiden.

Källförteckning

- Allmänt om lionsverksamheten* (2016). [Online]
http://www.lions.fi/verksamhet/allmant_om_lionsverksamheten/
 [Använd 17.4.2016].
- Anställd vid FinFami*, 2016. [Intervju] (18.4.2016).
- Antalet självmord lägst på över 40 år* (2011). [Online]
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_sv.html
 [Använd 14.4.2016].
- Arbetsgruppen för ett tvåspråkigt Helsingfors, 2015. *Det tvåspråkiga Helsingfors*, Helsingfors: Helsingfors stad.
- Barnskyddet* (2016). [Online]
<http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Barn--familj/Barnskydd/>
 [Använd 16.4.2016].
- Berman, A. H., Wennberg, P. & Källmén, H., 2013. *Audit & Dudit - Identifiera problem med alkohol och droger*. Stockholm: Gothia fortbildning.
- Bertahemmet* (2016). [Online]
<http://www.bertahemmet.com/>
 [Använd 19.4.2016].
- Boendet* (u.d.). [Online]
<http://www.hagaro.net/sve/boende/>
 [Använd 19.4.2016].
- Bostadslösa 2015* (2016). [Online]
[http://www.ara.fi/sv-FI/ARAdatabank/Statistiker_och_utredningar/Bostadsloshet/Bostadslosa_2015\(38728\)](http://www.ara.fi/sv-FI/ARAdatabank/Statistiker_och_utredningar/Bostadsloshet/Bostadslosa_2015(38728))
 [Använd 26.4.2016].
- Bryman, A., 1997. *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Byråer för brottspåföljder: Helsingfors* (2016). [Online]
http://www.rikosseuraamus.fi/sv/index/verksamhetsstallen_0/byroerforsamhallspafoljder/helsingforsbyroerforsamhallspafoljder.html
 [Använd 6.4.2016].
- Dalen, M., 2008. *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning AB.
- Diakoniarbetare inom Petrus församling*, 2016. [Intervju] (20.4.2016).
- Diakoniarbete* (2016). [Online]
<http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/sp?open&cid=Content1FB25F>
 [Använd 31.3.2016].
- Diakoni statistik*, 2015. Petrus Församling.
 [Använd 16.1.2016].

Djupsjöbacka, S., Hiilamo, H., Kummel-Myrskog, P., Latvus, K., Malkavaara, M., Martola, Y., Nordstokke, K. & Ryokas, E., (Kummel-Myrskog, P., Sarelin, B & Ekstrand, S. red.) 2009. *Där nöden är störst*. Helsingfors: Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland.

Eliasson, A., 2013. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, T., Agerbo, E., Mortensen, P.B. & Westergaard-Nielsen, N., 2010. *Unemployment and Mental Disorders*, 39(2), s. 56-73.

Extremera, N. & Rey, L., 2014. Health-related quality of life a cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: a cross-sectional survey. *Health of Life Outcomes*, 172(12), s. 1-9.

Finlands Svenska Handikappförbund (2016a). *Samarbete i Svenskfinland åren 1995-2013* [Online]
<http://www.handikapp.fi/start/kortomoss/>
[Använd 11.4.2016].

Finlands Svenska Handikappförbund (2016b). *Finlands Svenska Handikappförbund*. [Online]
<http://www.handikapp.fi/fsh/>
[Använd 11.4.2016].

Förbundet de utvecklingsstördas väl (2016). *Lika Möjligheter för alla*. [Online]
<http://www.fduv.fi/sv/vadvigor/>
[Använd 11.4.2016].

Floegel, T. A., Giacobbi, P.R., Dzierzewski, J.M., Aiken-Morgan, A.T., Roberts, B., McCrae, C.S., Marsiske, M. & Buman, M.P., 2015. Intervention Markers of Physical Activity Maintenance in Older Adults. *American Journal of Health Behavior*, 39(4), s. 487-499.

Forss, P. & Vatula-Pimiä, M.-L., 2014. *Sosiaalinen turva ja hyvinvointi*. Helsingfors: Edita.

Frågan om våld i nära relationer måste tas upp med alla klienter (2014). [Online]
<https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-sv/-/fragan-om-vald-i-nara-relationer-maste-tas-upp-med-alla-klienter>
[Använd 13.4.2016].

Förtroendevald inom social- och hälsovårdsnämnden, 2016. [Intervju] (13.4.2016).

Garcy A.M. & Vågerö, D., 201. Unemployment and Suicide During and After a Deep Recession: A Longitudinal Study of 3.4 Million Swedish Men and Women. *American Journal of Public Health*, s. 1-8.

Grif Alspach, J., 2013. Loneliness and Social Isolation: Risk Factors Long Overdue for Surveillance. *Critical Care Nurse*, December, 33(6), s. 8-12.

Haapamäki, E. & Alsuhail, F., 2016. *Helsinkiläisten aikuisten koettu terveysterveys ja elintavat: Alueellisen terveysterveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia Helsingissä*, Helsingfors: Tietokeskus.

Hagaro (u.d.). [Online]
<http://www.hagaro.net/sve/hagaro/>
[Använd 19.4.2016].

- Hakkarainen, P., Jääskeläinen, M., Itäpuisto, M., Selin, J. & Österberg, E., 2013. *Alkoholi- ja päihdehaitat*. Tammerfors: Juvenes Print - Suomen Ylioppilaspaino.
- Hallberg, U. & Hallberg, L. R.-M., 2014. *Barn med särskilda behov: En kunskapsöversikt om funktionsnedsättning*. Lund: Studentlitteratur.
- Handikapps- och mentalhälsovårdsarbetare vid Centralen för församlingsarbete bland Helsingfors kyrkliga samfällighet*, 2016. [Intervju] (26.4.2016).
- Heiskanen, T., Huttunen, M.O. & Tuulari, J. (red.), 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.
- Helsingfors faktacentral, 2015. *Helsinki by district 2014*, Helsingfors: u.n.
- Helsingfors stad, 2016. Arbetsplatser och arbetsprövningsplatser. [Online] <http://www.hel.fi/www/Helsinki/sv/stad-och-forvaltning/naringar/sysselsattning/arbetsprovningplatser/> [Använd 28.4.2016].
- Herttua, K., Martikainen, P., Vahtera, J. & Kivimäki, M., 2011. Living Alone and Alcohol-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study from Finland. *PLoS Medicine*, September, 8(9), s. 1-11.
- Hälsa och välfärd för kommuninvånarna (ATH)* (2014). [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-expertarbete/befolkningsundersokningar/ath-halsa-och-valfard-for-kommunivanarna> [Använd 4.4.2016].
- Institutet för hälsa och välfärd., 2016. *Befolkning*. [Online] <http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/vaesto-profiili;jsessionid=7E9949B2C64A4405911A77937A4A8E1C> [Använd 11.1.2016].
- Institutet för hälsa och välfärd, 2016c. *Välfärdskompassen*. [Online] http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/46/c/658/g/total/i/4272?_fithlhyvinvointikompassiIndicatorController_WAR_hyvinvointikompassiapp_graph=sparkline [Använd 19.4.2016].
- Jahren Kristoffersen, N., 2002. *Allmän omvårdnad I : Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm:Liber.
- Johansson, K., & Wirbing, P. (2002). *Riskbruk och missbruk - alkohol, läkemedel, narkotika*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kaikkonen, R., 2015. *Alueellisen terveysterveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015*, u.o.: Institutet för hälsa och välfärd.
- Karta över Helsingfors församlingar* (2016). [Online] <https://www.google.com/maps/d/viewer?hl=fi&authuser=0&mid=zie9-3fWTfxo.kYeHfCfDduUk> [Använd 24.3.2016].
- Kinnunen, P., Laukkanen, E., Kiviniemi, V. & Kylmä, J., 2010. Associations Between the

Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Maj, 23(2), s. 111-117.

Koordinatorn för frivilligarbetet för Helsingfors Missions seniorarbete, 2016. [Intervju] (5.4.2016).

Kristinagården (2014). [Online]

<http://kristinagarden.fi/>

[Använd 19.4.2016].

Kuoppala, T. & Säkkinen, S., 2015. *Barnskydd 2014 - Statistik rapport*, Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Kyrkan i Helsingfors, 2015. [Online]

https://www.helsinginseurakunnat.fi/material/attachments/keskusrekisteri/vuositolasto/D5xnpWHwv/Vuositolasto_2015.pdf

[Använd 11.1.2016].

Kyrkans medlemsantal sjunker långsammare - nästan 4 miljoner medlemmar (2016).

[Online]

<http://evl.fi/EVLUutiset.nsf/Documents/02A85AD01EFE0AAAC2257F4100489E67?OpenDocument&lang=SV>

[Använd 31.3.2016].

Kyrkostyrelsen, 2010. *Kärnkompetenser*. [Online]

[http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/0/68A8EAB8EC929E1AC225789D00445387/\\$FILE/K%E4rnkompetens.pdf](http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/0/68A8EAB8EC929E1AC225789D00445387/$FILE/K%E4rnkompetens.pdf)

[Använd 11.1.2016].

Kyrkostyrelsen., 2012. *KOM – Kyrkans tillgänglighets program*. [Online]

[http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/0/A03B9C0BF12FFACDC2257A8C00358EBB/\\$FILE/KOM%20p%E5%20svenska.pdf](http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/0/A03B9C0BF12FFACDC2257A8C00358EBB/$FILE/KOM%20p%E5%20svenska.pdf)

[Använd 4.5.2016].

Kyrkostyrelsen, 2016. *Diakoniarbete*. [Online]

<http://sakasti.evl.fi/sacrista.nsf/sp?open&cid=Content1FB25F>

[Använd 12.1.2011].

Kyrkornas Världsråd, 2010. *Från våld till försoning*.

Kårkulla samkommun (2015). *Mellersta Nyland Enheter*. [Online]

<http://www.karkulla.fi/enheter/mellersta-nyland/>

[Använd 11.4.2016].

Lindblad, E., 2016. Huvudstadsregionen och Östra Finland lockar byggbranschen. *Hufvudstadsbladet*, 12.4.

Linde, S., 1999. *Diakonins perspektiv*. Stockholm: Verbum.

McLeod, C.B., Lavis, J.N., MacNab, Y.C. & Hertzman, C., 2012. Unemployment and Mortality: A Comparative Study of Germany and the United States. *American Journal of Public Health*, 102(8), s. 1542-1550.

Mental health: a state of well-being (2014). [Online]

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

[Använd 19.3.2016].

Motion & rörelse (2016). [Online]

<http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Ma-bra/Motion--rorelse/>

[Använd 16.4.2016].

Minkkinen, J., 2016. 32 000 euro på tio år - så mycket dyrare är det att bo ensam i Helsingfors. *Hufvudstadsbladet*, 14.3.

Myllärniemi, J., 2009. *Masennus: psyykinen kipu*. Helsinki: Kirjapaja.

Nieminen, T., Prättälä, T., Martelin, R., Härkänen, T., Hyyppä, T., Alanen, M.T., Erkki; Koskinen, S., 2013. Social Capital, health behaviors and health: a population-based associational study. *BMC Public Health*, 13(613), s. 1-11.

Nordenswan, H., 2012. Bostäder den stora valfrågan i Helsingfors. *Hufvudstadsbladet*, 1.10.

Nygård, M., 2013. *Socialpolitik i norden - En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Om Sympati (2016). [Online] http://www.sympati.fi/om_sympati/

[Använd 17.4.2016].

Onyeka, I. N., Ifeoma N., Beynon, C. M., Uosukainen, H., Korhonen, M. J., Ilomäki, J., Bell, J. S., Paasolainen, M., Tasa, N., Tiihonen, J., Kauhanen, J., 2013. Coexisting social conditions and health problems among clients seeking treatment for illicit drug use in Finland: The HUUTI study. *BMC Public Health*, 13(380), s. 1-9.

Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H. B. & Helweg-Larsen, K., 2010. Parental violence and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, September, Volym 19, s. 813-818.

Petrus Församling, (2012). [Online]

<http://www.petrusforsamling.net/verksamhet/>

[Använd 11.1.2016].

Piercy, K. L., Dorn, J. M., Fulton, J. E., Janz, K. F., Lee, S. M., McKinnon, R. A., Pate, R. R., Pfeiffer, K. A., Rohm Young, D., Troiano, R. P, Lavizzo-Mourey, R., 2015. Opportunities for Public Health to Increase Physical Activity Among Youths. *American Journal of Public Health*, March, 105(3), s. 421-426.

Prevention för självmord (2016). [Online]

<http://www.mielenterveysseura.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/sj%C3%A4lvmord>

[Använd 14.4.2016].

Privatpersoner (2016). [Online]

<http://www.kela.fi/web/sv>

[Använd 15.4.2016].

Ritakallio, M., Kaltiala-Heino, R., Kivivuori, J., Luukkala, T., Rimpelä, M., 2006. Delinquency and the profile of offences among depressed and non-depressed adolescents. *Criminal Behavior and Mental Health*, Volym 16, s. 100-110.

Röda Fjädersn - en känd lionprodukt (2016). [Online]

http://www.lions.fi/verksamhet/roda_fjadern_en_kand_lionprodukt/

[Använd 17.4.2016].

Salonen, T., 2014. *Perspektiv på social utsatthet*. Lund: Studentlitteratur.

Salonsalmi, A., Laaksonen, M., Lahelma, E. & Rahkonen, O., 2012. Drinking habits and disability retirement. *Addiction*, Volym 107, s. 2128-2136.

Seniorhus. (2016) [Online]
<http://www.bertahemmet.com/hjaltevagens-seniorhus/>
 [Använd 19.4.2016].

Shafer, K. & Wendt, D., 2015. Men's Mental Health: A Call to Social Workers. *Social Work*, April, 60(2), s. s. 105-112.

Social- och hälsovård (2016). [Online]
<http://www.hel.fi/www/helsinki/sv/>
 [Använd 17.2.2016].

Statistikcentralen, (2016). *Statistikcentralens PX-WEB databaser*. [Online]
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/sv/StatFin/StatFin_oik_rpk/010_rpk_tau_107.px/?rxid=2d060973-5a20-4844-a23f-682286d0a095
 [Använd 22.3.2016].

Sveps hjälper unga hitta fotfästet igen (2016). [Online]
<http://www.folkhalsan.fi/sv/startsidea/Aktuellt/Tidningar/Artiklar-i-urval/Sveps-hjalper-unga-hitta-fotfastet-igen/>
 [Använd 3.5.2016].

Teamledaren vid kris jouren för unga, 2016. [Intervju] (13.4.2016).

Tilastotietoja asunnottomuudesta 2014 (2014). [Online]
http://www.asuntoensin.fi/asunto_ensin/asunnottomuus/asunnottomuustilastot
 [Använd 26.4.2016].

Tilastokeskus, (2016). [Online]
<https://www.stat.fi/tup/paavo/index.html>
 [Använd 20.2.2016].

Todaro, P. M., 2000. *Economic Development*. New York: Addison-Wesley.

Tukikummit (2016). [Online] <http://www.tukikummit.fi/pa-svenska/>
 [Använd 19.4.2016].

Työ- ja koulutusvalmennus (2016). [Online]
<http://mtkl.fi/palvelut/tyollistymispalvelut/>
 [Använd 4.5.2016].

Verksamhetsställe: Helsingfors fängelse (2015). [Online]
http://www.rikosseuraamus.fi/sv/index/verksamhetsstallen_0/fangelser0/helsingforsfangelse.html
 [Använd 6.4.2016].

von Knorring, A.-L., 2012. *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Våld (2015). [Online]
<http://www.infopankki.fi/sv/livet-i-finland/problematiska-situationer/vald>
 [Använd 28.4.2016].

Välfärdskompassen (2016a). [Online]
http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/46/c/658/g/total/i/4334?_fithlhyvinvointikompassiIndicatorController.WAR_hyvinvointikompassiapp_graph=sparkline
 [Använd 19.4.2016].

Välfärdskompassen (2016b). [Online]
http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/46/c/658/g/total/i/4271?_fithlhyvinvointikompassiIndicatorController.WAR_hyvinvointikompassiapp_graph=sparkline
 [Använd 19.4.2016].

Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A. & Nakhla, W. E., 2008. Lonliness: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 10-12, 43(4), s. 207-2013.

Øyen, Ø. & Gullveig Alver, B., 1998. *Etik och praktik i forskarens vardag*. Lund: Studentlitteratur.

Finlands författningssamling

Finlands grundlag 30.12.2014/1301 <http://www.finlex.fi> [hämtat: 24.2.2016].

Finlands grundlag 11.6.1999/731 <http://www.finlex.fi> [hämtat: 31.3.2016; 2.5.2015].

Förordning om service och stöd på grund av handikapp 18.9.1987/759 www.finlex.fi
 [hämtat: 7.4.2016]

Kyrkoordningen 8.11.1991/1055 år 1993 www.finlex.fi [hämtat: 18.4.2016]

Strafflag 19.12.1889/39 www.finlex.fi [hämtat: 3.5.2016]

Tabell förteckning

Tabell 1 Klientkontakter enligt kön.....	7
Tabell 2 Klientkontakter enligt klientens situation.....	8
Tabell 3 Klientkontakter enligt ämne	8
Tabell 4 Befolkningsmängd och andelen svenskspråkiga.....	10
Tabell 5 Åldersstruktur inom Petrus församlings verksamhetsområde.....	12
Tabell 6 Andelen personer som känner sig ensamma	14
Tabell 7 Svårssysselsatta 15-64 åringar	17
Tabell 8 Arbetslöshet och sysselsatta	18
Tabell 9 Brott i Helsingfors 2015	19
Tabell 10 Svenskspråkiga familjer	21
Tabell 11 Inkomstklasser.....	23
Tabell 12 Boende situationen i västra stordistriktet	25
Tabell 13 Boende situationen i Gammelstadens distrikt	26
Tabell 14 Boende situationen i Norra stordistriktet.....	27
Tabell 15 Boende situationen i Nordöstra stordistriktet.....	28

Tabell 16 Andel personer i 20-64 åldern som dricker för mycket alkohol (Audit C test)...	36
Tabell 17 Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning 20-64 åringar..	37
Tabell 18 Självmord	38
Tabell 19 Ämnen som diskuterats under diakonisamtalen 2014-2015.....	1

Figur förteckning

Figur 1 Karta över Helsingfors svenskspråkiga församlingsverksamhetsområden.....	9
Figur 2 Upplevd hälsa 20-64 åringar	31
Figur 3 Upplevd livskvalitet 20-64 åringar.....	32
Figur 4 Upplevd livskvalitet 65 år och äldre	33



Avdelningen för vård och det sociala området
Projektbeskrivning för examensarbeten

<p>Projektets namn: Där nöden är störst - diakoni på svenska</p>
<p>Projektansvarig lärare: Henrica Lindholm</p>
<p>Projektbeskrivning: <u>Bakgrund</u> Projektet är en del av ett FoU-projekt där ett mål är att de svenska församlingarna i Helsingfors skall få kartlagt den svenskspråkiga social- och hälsovården samt vilka behov det finns för diakonala insatser för svenskspråkiga i Helsingfors. Det andra målet är att genom CABLE-metodik utveckla församlingarna att bli mera inkluderande och öppna för utsatta människor. <u>Syfte</u> Syftet för detta projekt år 2016 är att 1) utreda utsatthet bland svenskspråkiga i Helsingfors. 2) utarbeta en modell för hur CABLE metodik kan tillämpas i församlingar. <u>Utförande</u> 1) Analys av dokument och befintligt material samt intervjuer med sakkunniga angående utsatthet bland svensktalande i Helsingfors. 2) Beskriva CABLE-metodik utifrån litteratur och intervjuer med CABLE-utbildare. <u>Förväntade resultat</u> 1) Samhällsanalyser som delges Johannes, Matteus och Petrus församlingar i Helsingfors i maj 2016. 2) Modell för hur CABLE-metodiken kan användas i församlingar.</p>
<p>Partners: De svenska församlingarna i Helsingfors</p>
<p>Projektid: 2016-2018</p>
<p>Lärdomsprovets kompetenser: I lärdomsprovet fördjupar studerande sina kunskaper och färdigheter inom ett till utbildningsprogrammet hörande centralt kompetensområde. <u>Forskning och utveckling</u> Studerande kan systematiskt utveckla sitt yrkesområde och har förmåga att på ett vetenskapligt sätt presentera, diskutera och granska utvecklingsprojekt. <u>Mångprofessionellt arbetssätt</u> Studerande kan utföra forsknings- och utvecklingsverksamhet i mångprofessionella team. <u>Resursförstärkande intervention och aktion</u> Studerande kan tillämpa ett resursförstärkande perspektiv på utredning, utveckling och utvärdering av resursförstärkande yrkespraxis inom social- och hälsovård. <u>Vårdvetenskapligt förhållningssätt</u> (för Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare) Reflektion och tillämpning av vårdvetenskapens metaparadigm enligt utbildningsprogrammets instruktioner för vårdvetenskap.</p>

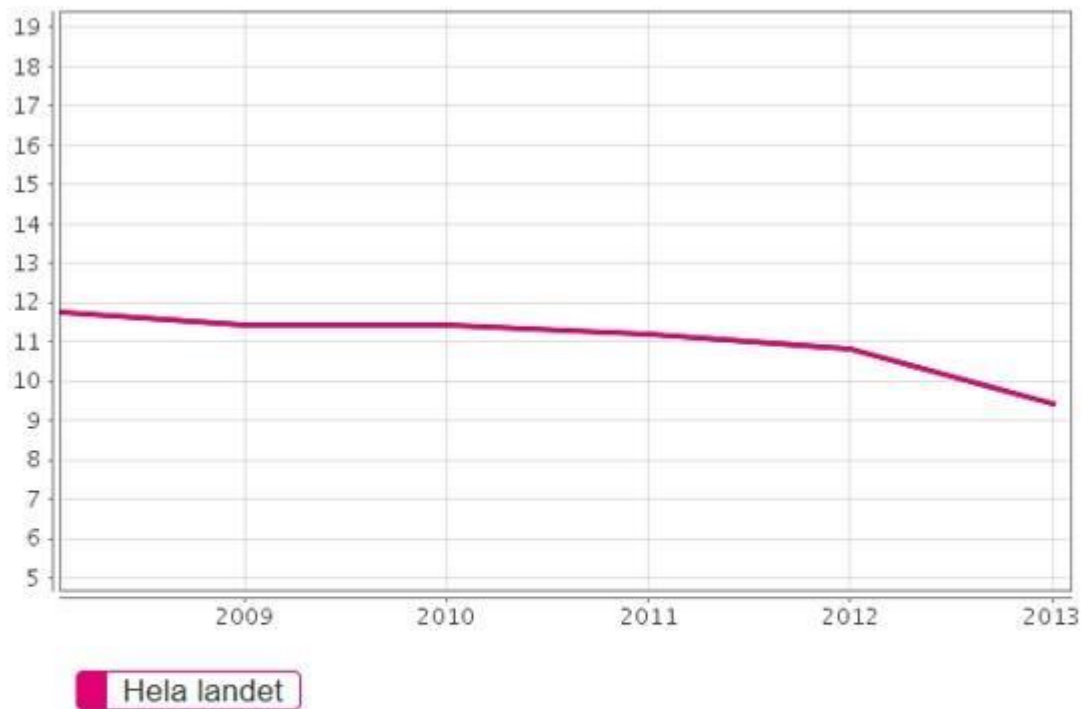
Projektplanen uppgjord

Åbo, 19.11.2015 Henrica Lindholm

Artikel tabell

Datum	Sökord	Databas	Avgränsning	Träffar/Använda
23.3.2016	Loneliness and/or definition	EBSCO CINAHL with full text	Full text	18/1
4.4.2016	Mental health and/or Finland	EBSCO CINAHL with full text	Full text	89/1
4.4.2016	Mental health	EBSCO CINAHL with full text	Fullt text, 2010-	9 193/1
13.4.2016	Unemployment and/or suicide	EBSCO Academic search elite	Full text	55/1
13.4.2016	Unemployment and/or mortality	EBSCO Academic search elite	Full text	52/1
15.4.2016	Health and/or Helsinki	EBSCO	Full text, 2005-	2 555/2
18.4.2016	Exercise and/or health	EBSCO CINAHL with full text	Full text, 2006-	3 548/0
18.4.2016	Physical activity and/or health	EBSCO CINAHL with full text	Full text, 2006-	2 977/1
18.4.2016	Physical activity and/or health and/or youth	EBSCO CINAHL with full text	Full text, 2006-	126/1
18.4.2016	Violence and/or Finland	EBSCO Academic search elite	Full text, 2006-	75/2
18.4.2016	Loneliness and/or isolation	EBSCO Academic search elite	Full text, 2006-	211/2
19.4.2016	Unemployment and/or Finland	EBSCO Academic search elite	Full text, 2006-	30/0
19.4.2016	Work and health and Finland	EBSCO Academic search elite	Full text, 2006-	543/0
19.4.2016	Unemployment and mental health	EBSCO Academic search elite	Full text, 2006-	246/2
19.4.2016	Disabilities and Finland	EBSCO Academic search elite	Full text	425/1

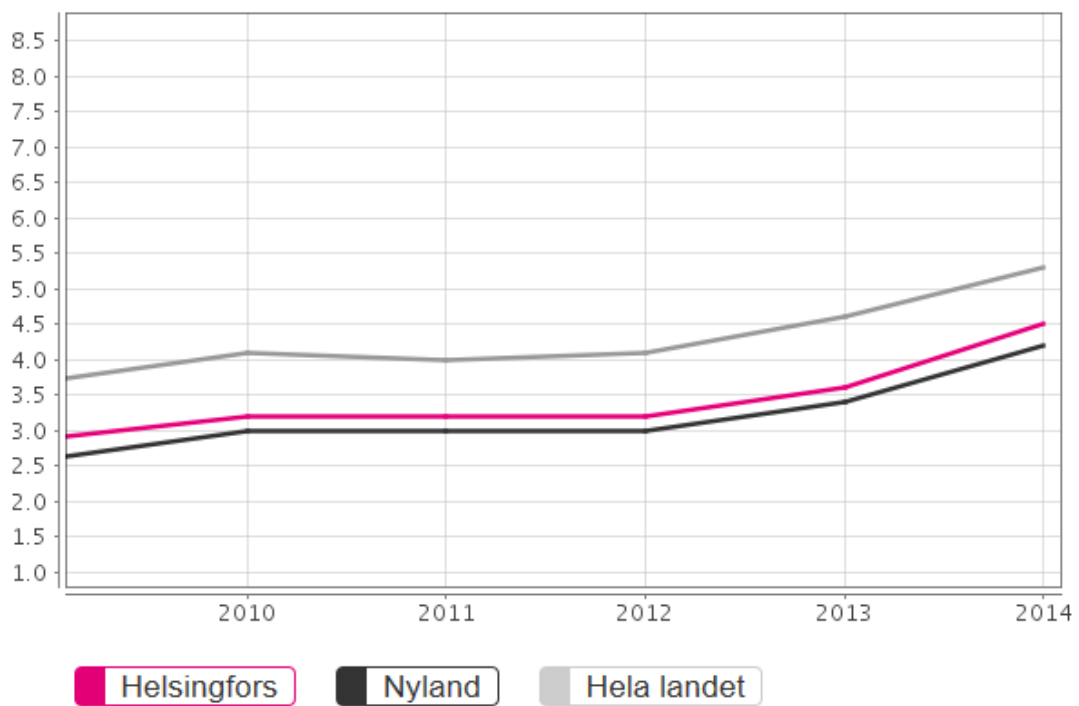
17 - 24-åriga personer utanför utbildningssystemet, % av befolkningen i samma ålder



Beskrivning

Indikatorn visar den procentuella andelen personer i åldern 17 - 24 år utanför utbildningssystemet av befolkningen i samma ålder. Med personer utanför utbildningssystemet avses personer som året i fråga inte är studerande eller som inte har någon examenskod eller utbildning efter utbildningen på grundnivån.

Svårssysselsatta (strukturell arbetslöshet), % av 15 - 64-åringarna



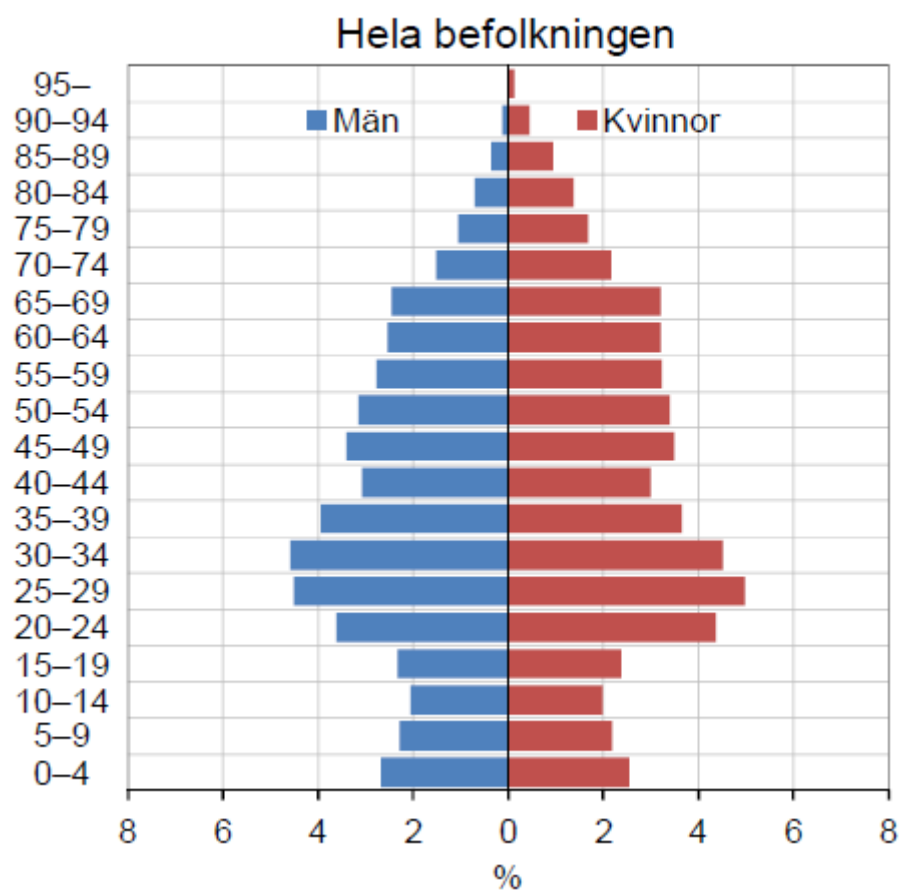
Beskrivning

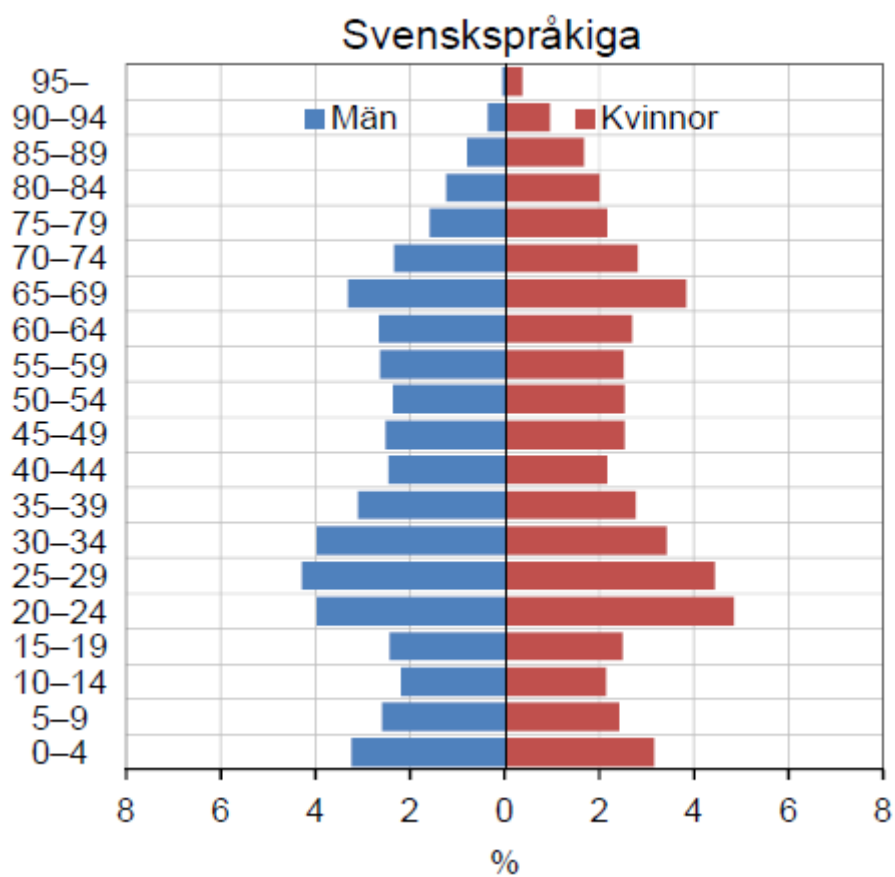
Indikatorn visar andelen (%) svårssysselsatta personer av befolkningen i åldern 15 - 64 år. De svårssysselsatta har ställts i relation till befolkningen i samma ålder, eftersom denna grupp också innehåller personer som inte hör till arbetskraften.

	Fysiskt våld	Kemikaliskt våld	Psykiskt våld	Sexuellt våld	Socioekonomiskt våld	Strukturerat våld
Aktiv	Slag, sparkar	Administrering av alkohol eller droger mot någons vilja	Miss-handel, förnedring, hotelser och att håna	Sexuell trakasserings och stympning samt våldtäkt	Utpressning av pengar, missbruk av en lägenhet	Hierarki system som förtrycker människor
Passiv	Försummandet av vård	Försummelse av dieter eller behandling av mediciner	Annullering och ignorering	Sexuell förförelse , erbjudandet av sexuell stimulans	Övergivande, försummandet av försörjning	Lagar och normer

Tabell 19 Ämnen som diskuterats under diakoniamtalen 2014-2015

Ämnen	Antal gånger diskuterade 2014	Antal gånger diskuterade 2015
Ekonomi	219	264
Relationer	208	255
Andlighet	193	229
Hälsa och sjukdom	163	226
Arbetslivet	97	136
Boende	73	73
Alkohol, droger och beroenden	27	20
Våld eller Brott	14	16
Andra kriser	61	61
Andra ämnen	37	31





	Helsingfors	Hela landet
2012 totalt	2328	17859
2013 totalt	2388	18058
2014 totalt	2302	17958
Familjevård	965	6880
Vård i professionellt familjehem	127	2 173
Institutionsvård	1054	6907
Annan vård	156	1998
0-17 åringar som placerats utom hemmet	1926	15006
0-17 åringar av motsvarande åldersgrupp i procent %	1,9	1,4

	2012	2013	2014	0-17-åringar av motsvarande åldersgrupp (%)
Helsingfors	1700	1789	1705	1,7
Hela landet	12118	12391	12197	1,1

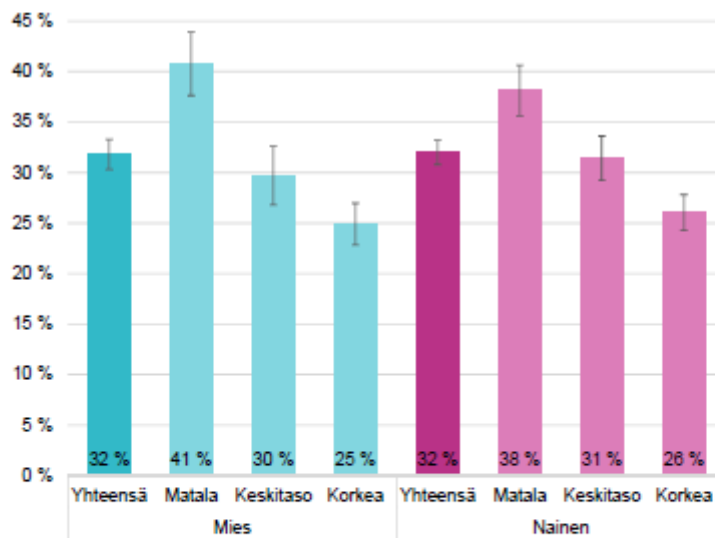
Antal barnskyddsanmälningar	2012	2013	2014
Hela landet	103 715	107 896	107 301
Helsingfors	13 263	14 194	13309

	2012	2013	2014
Hela landet	64 392	64 471	63 707
Helsingfors	7324	7699	7593

Taulukko 2. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) helsinkiläisistä

	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Yhteensä	31,9	(31-32,8)	31,8	(30,3-33,3)	32,0	(30,8-33,2)
20-29-vuotiaat	18,6	(16,5-20,6)	17,2	(13,8-20,7)	19,5	(17-22,1)
30-39-vuotiaat	21,1	(19-23,2)	22,4	(19,1-25,6)	19,8	(17,1-22,5)
40-49-vuotiaat	28,7	(26,1-31,3)	30,8	(26,8-34,8)	26,4	(22,9-29,9)
50-59-vuotiaat	37,4	(34,9-40)	40,0	(35,9-44,1)	35,4	(32,1-38,6)
60-69-vuotiaat	40,6	(38,2-42,9)	43,0	(39,2-46,7)	38,7	(35,7-41,8)
70-79-vuotiaat	53,2	(50,6-55,7)	52,4	(48,3-56,6)	53,6	(50,3-56,9)
80 vuotta täyttäneet	71,5	(68,6-74,3)	71,7	(66,8-76,6)	71,3	(67,9-74,8)

Kuva 3. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä



¹Indikaattori perustuu kysymykseen "Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:" Vastausvaihtoehtoina esitettiin: 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono ja 5) huono. Tarkastelussa on vastausvaihtoehtoihin 3) keskitasoinen, 4) melko huono ja 5) huono vastanneiden osuus.

Frågor till kris jouren

1. Hur många brukare använder krisjourens tjänster? För kris jouren statistik över antalet brukare¹?
2. I vilka åldrar är brukarna?
3. Hur är fördelningen mellan könen av brukarna?
4. Hur tar brukarna kontakt med er?
5. Kommer brukarna från något visst område i Helsingfors eller är de utspridda från hela staden?
6. Vilken är den vanligaste orsaken till kontakten? För kris jouren statistik över orsakerna/grunderna till kontakten?
7. Kan ni se en skillnad mellan problematik bland finsk-, och svenskspråkiga unga?
8. Får alla, som vänder sig till kris jouren, hjälp? Har ni någon kö till verksamheten? Måste brukarna stå i någon kö innan de får hjälp vid kris jouren?

Verksamhet

1. På vilka språk får man service?
2. Hur ser krisjourens verksamhet ut på svenska?
3. Hur stort är behovet av en kris jour på svenska? Finns det statistik över behovet?
4. Kostar servicen något för brukarna?
5. Finns det samarbete med andra organisationer och ifall det finns hur fungerar samarbetet?
6. Finns det något samarbete som kris jouren ytterligare skulle vilja ha?
7. Hur hanteras tystnadsplikten inom verksamheten i relation till föräldrar och samarbetspartner?

¹ Begreppet brukare är de ungdomar som använder sig av krisjourens tjänster

8. Hur många anställda finns på krisjouren, och vilken utbildning har de?
9. Varifrån får krisjouren sin finansiering?

Hälsa och ohälsa

1. Har ni vid krisjouren lagt märke till att det något område i Helsingfors där ungdomar skulle må sämre än ungdomar i andra delar?
2. Mental ohälsa framkommer mera i Helsingfors än Finland överlag. Hur stor andel av era brukare lider av mental ohälsa av något slag?
3. Enligt statistik (Alsuhail & Högnabba, 2015) har 849 unga i åldern 14-16 år upplevt ångest. Hur vanligt är detta bland unga som vänder sig till krisjouren? Hur stor andel av de svenskspråkiga brukarna lider av ångest eller har ångestproblematik?
4. Ångest är även vanligare bland flickor (606 st) och pojkar (243 st) enligt statistiken. Kan ni bekräfta att det är samma inom er verksamhet? Om inte, vad finns det för skillnader?
5. Depression är rätt vanligt bland unga (35,7 % i åldern 18-29), hur stor andel av era brukare lider av depression?
6. Hur tycker du att servicen på svenska räcker till då det gäller ungdomar och unga vuxna i Helsingfors? Finns det behov av mera svensk service till ungdomar, och vilken typ av service?
7. Hur vanligt är det att unga missbrukar? Vilken typ av missbruk?
8. Finns det hjälp för unga som missbrukar i Helsingfors, vad för hjälp i så fall? Hur ser situationen ut om man är svenskspråkig och ung i Helsingfors, finns det tillräckligt med service för den här problematiken?

Social utsatthet

1. Bostadslöshet bland unga i Helsingfors, är det en problematik som krisjouren ser? Hur kan krisjouren hjälpa vid bostadslöshet?
2. Arbetslöshet i relation till unga och krisjourens verksamhet, hur vanligt är det? Statistik?

3. Har ni vid kris jouren sett en ökning i antalet unga som vänder sig till er i frågor kring arbetslöshet eller studier?
4. Hur stor andel av era brukare är utanför utbildningssystemet?
5. Kan ni på basis av krisjourens verksamhet dra paralleller mellan social utsatthet och ohälsa?
6. Hur ser servicen ut för unga arbetslösa? Hur ser servicen ut till svenskspråkiga?
7. Enligt statistik är arbetslösheten bland unga hög i östra Helsingfors, vad tror du är orsaken till det?
8. 10,7 % av invånarna i Helsingfors känner sig ensamma, syns ensamheten i krisjourens verksamhet?
9. Hur kan kris jouren hjälpa vid ensamhet?
10. Har ensamheten ökat med åren?
11. Arbetar kris jouren med unga som också är i behov av tjänster inom kriminalvården? Finns det någon statistik angående detta bland finsk-, och svenskspråkiga?
12. Vilken är den vanligaste orsaken till par besöken?
13. Hur vanligt tror ni på kris jouren att våld i nära relationer är?
14. Enligt statistik ser man att våld i olika former förekommer redan i årskurs 8 och 9, samt fortsätter till gymnasiet. Har ni en uppfattning om vilken typ av våld är vanligast?
15. Eftersom ni arbetar med unga i ålder 12-29 år, hurdant samarbete har ni med barnskyddet?
16. Är servicen för barn och unga tillräcklig eller tycker ni att någon service borde utvecklas för de svensktalande barnen och unga i Helsingfors?

1. Vilken nöd är den vanligaste som du lagt märke till i ditt arbete? Enligt församlingsstatistiken är ekonomi det vanligaste ämnet som diskuteras under klientmöten att finns det något samband mellan den största nöden och ekonomi?
2. Enligt vad gruppen kommit fram till efter att ha kollat upp statistik så är arbetslöshet ett problem i Petrus församlingens verksamhetsområde, vad kan det här bero på? Är det så? Syns det i det dagliga arbetet?
3. Är ensamhet ett stort problem för era klienter? Hur förebygger ni det? Hur kunde Helsingfors stad förebygga/motarbete ensamhet?
4. Statistik visar att alkohol överkonsumeras mera i Helsingfors än på andra ställen i landet, syns det här i det dagliga arbetet? Är alkohol ett problem inom Petrus området?
5. I relation till den subjektiva hälsan, anser dina klienter att de har en bra eller dålig hälsa (både den psykiska och fysiska)? Talar klienterna om sin hälsa?
6. Enligt statistiken söker sig flera kvinnor än män till diakonin, varför? Tror du att det finns en orsak till det här?
7. Är nöden liknande i olika åldersgrupper eller skiljer den sig åt på något sätt? Skillnader mellan könen?

Verksamhet

8. I relation till funktionsnedsatta hurudan verksamhet har ni? Eller är det specialdiakonin som tar hand om det?
9. Har Petrus någon sorts verksamhet som tangerar kriminalvården?
10. Hur ser den frivilliga verksamheten ut inom Petrus församlingen?
11. Vilken/vad för sorts verksamhet skulle behövas enligt din åsikt?

Tjänster i relation till svenskspråkighet

12. Har du märkt någon specifik nöd för svenskspråkiga i Petrus område?

13. Vad borde församlingen satsa på då det kommer till de svenskspråkigas nöd?
14. Finns det tillräckligt med svenskspråkiga tjänster enligt dig som du kan hänvisa dina klienter till?
15. Vilka svenskspråkiga tjänster inom

Allmänt

1. Du är koordinator för volontärverksamheten, stödperson och gruppverksamhet, vad går ditt arbete ut på i praktiken? Är du ansvarig för volontärverksamheten?
2. Finns det andra anställda inom den svenska verksamheten?
3. Hur länge har du arbetat på Helsingfors Mission, har dina arbetsuppgifter ändrats mycket under den tid du har varit anställd?
4. Hur skiljer ni på tjänsterna på svenska och andra språk?
5. Vad kostar det att delta i er verksamhet?
6. Vilken slags verksamhet erbjuder ni?
7. Hur marknadsför ni er verksamhet?
8. Varifrån har namnet Helsingfors Mission sitt ursprung?
9. Vilken utveckling skulle du vilja se i er organisation?
10. Finns konceptet som Helsingfors Mission har i andra städer?
11. Var ser du, från ditt perspektiv, att den största nöden i Helsingfors finns?
12. Vilka andra organisationer samarbetar ni med, och hur kommer samarbetet igång?
13. På vilket sätt samarbetar ni med Helsingfors stad och Helsingfors församlingar?
14. Vilka behov för samarbete ser du, som nu inte existerar?

Volontärerna

1. Hur många volontärer har ni och vilka är de vanligaste uppgifterna för volontärerna?
2. Åker volontärerna endast till personer som bor hemma eller kan de åka till institutioner som stödperson?
3. Finns det tillräckligt många volontärer?
4. Kommer volontärerna från något visst område i Helsingfors?

5. Kan arbetslösa vara volontärer som sysselsättningsverksamhet?

Verksamhet

1. Vilka slags grupper har ni för seniorer?
2. Hur många personer deltar i era olika grupper?
3. Vilken nöd anser ni som stor bland seniorerna?
4. Hur kan Helsingfors Mission hjälpa till vid psykisk ohälsa?
5. I vilken ålder är seniorerna, som deltar i verksamheten?
6. Hur kommer ni i kontakt med seniorerna?
7. Registerar ni grunderna/orsakerna till kontakten med seniorerna? Vilka är grunderna/orsakerna? Finns det statistik på deltagare och grunderna/orsakerna till kontakten?
8. Kan stödpersonsverksamheten fungera som avlastning för en närstående vårdare?
9. Kommer de som deltar i er verksamhet från något visst område i Helsingfors eller är det jämnt fördelat från hela Helsingfors?

Övrigt:

Är det något som du vill berätta för oss, som du anser att kan vara viktig information?

1. Vad går ditt arbete ut på i praktiken?
2. Finns det flera anställda inom den svenska sektorn som arbetar med liknande uppgifter som du i Helsingfors.
3. Vad vi förstått från tidigare intervjuer, så sköter du om arbetet med personer med funktionsnedsättningar samt mentalhälsoarbetet och det hör inte till diakonissornas uppgift i församlingarna utan det sker gemensamt mellan församlingarna. Varför?
4. Samarbetar ni på centralen med andra organisationer, vilka och hur fungerar samarbetet?
5. Ytterligare samarbete?
6. Hur många deltar i verksamheten? Verksamhetsberättelse, statistik?
7. Frivilligverksamhet inom centralen? Hur många?
8. Finns det tillräckligt med stödpersoner?
9. Hur får du kontakt med klienterna o är det någon klientgrupp ni inte når?
10. Hurudanan klienter arbetar du med? Ålder, kön, livssituation?
11. Finns det tillräckligt med service för funktionshindrade personer på svenska?
12. Du ansvarar även för det gemensamma mentalhälsoarbetet i församlingarna. Vad går det ut på?
13. Brist på mentalhälsoplatser och tjänster inom mentalvården på svenska i Helsingfors?
14. Enligt den statistik vi har är ment ohälsa vanligare bland kvinnor än bland män. Syns det i ditt arbete?
15. Vilken service o vilka tjänster inom mentalvården på svenska skulle du vilja att Helsingfors stad satsade på?
16. Vilken typ av mentala svårigheter är det vanligaste du kommer du kommer i kontakt med i ditt arbete?
17. Hur anser du att den svenska social- och hälsovårdsservicen fungerar i Helsingfors som helhet.? Var anser du att det finns brister?

18. Anser du att H stad tar svenskspråkigheten tillräckligt i beaktande i planeringen av tjänster inom social- och hälsovården? Om inte, vad kunde de satsa ytterligare på?
19. Var tror du att nöden är störst bland svenskspråkiga i Helsingfors? Kan man märka ut något speciellt område el åldersgrupp el problematik?

1. Anser ni att det finns brist i Helsingfors Stads serviceutbud på svenska inom social och hälsovården, var i så fall?
2. I vilken klientgrupp bland svenskspråkiga finns den största risken att hamna i nöd?
3. Var tror ni att det finns för utsatthet hos de svensk talande?
4. Vet ni något om arbetslösheten hos de svensk talande i Helsingfors?
5. Vilken social service anser ni att Helsingfors stad sköter bra om?
6. Hur ser det ut med barnskyddet, finns det något att vad man kunde förbättra? Inom barnskyddet så vill man nu förtiden sätta ett barn i fosterfamiljer, vet ni om det finns tillräckliga med svensktalande foster familjer att tillgå? Finns det barnhem för svensktalande i Helsingfors?
7. Mentalvården på svenska har man läst att inte alltid fungerar så bra d.v.s. man får vänta länge för att få någon vård, har det skett någon förändring inom den sektorn?
8. Ensamheten bland seniorer får man läsa mycket om, hur ser ni på den situationen?
9. Man strävar att de äldre skall bo så länge som möjligt hemma i sina bostäder, fungerar den svenskspråkiga hemservicen i Helsingfors?
10. Finns det tillräckligt med vård och ålderdomshemsplatser för de svensk talande äldre generationen?
11. Enligt våra utredningar så dricker Helsingfors borna mera alkohol jämfört med hela landet, dock mår de bättre. Hur ser ni på alkohol och drogproblematiken i Helsingfors?
12. Hur ser det i allmänhet ut för det svenska språket i Helsingfors?
13. Ni är aktiv inom politiken, är det så att det har blivit allt svårare för att få igenom den svensktalandes rättigheter?
14. Inom den frivilliga verksamheten är ni också mycket aktiv. Hur är det med den tredje sektorns service på svenska? Hur viktig är den för de svensktalandes service utbud?
15. Det skall sparas inom social och hälsovården, tror ni att det kommer att på något sätt inverka på de svensk talandes service?

1. Hur länge har du arbetat för Anhörigas stöd för mentalvården centralförbundet rf?
2. Hur hittar brukarna till er verksamhet?
3. Har ni en verksamhetsberättelse eller statistik över användningen av era tjänster som vi kan få ta del av?
4. Ser du att behovet för stöd för anhöriga är stort på svenska i Helsingfors?
5. Har ni specifik information om behovet för tjänster hos Helsingfors svenska befolkning?
6. Kostar verksamheten något för brukarna?
7. Hur finansieras verksamheten?
8. Hurdan verksamhet har föreningen?
9. Hur fungerar samarbetet med andra organisationer? Vilka organisationer samarbetar föreningen med?
10. Vad anser du är det viktigaste som kunde utvecklas inom den svenskspråkiga mentalvården?
11. Är det någon problematik bland brukarna av tjänster hos er som är vanligare än andra?
12. Har du någon uppfattning om vad det beror på att det finns mer mental ohälsa i Helsingfors, jämfört med andra sjukdomar?
13. Vet du om det finns någon skillnad om man ser på mental ohälsamellan finsk- och svenskspråkiga befolkningen? Hurdana skillnader?
14. Ser du att någon specifik grupp bland svenskspråkiga, som är mer utsatta för mentala problem? Vilka? Vad beror detta på?
15. Anser du att behovet av mentalvård på svenska i Helsingfors och erbjudandet av mental vård på svenska möter varandra?
16. Hur ser du på trenden att vården blir mer och mer öppenvård?

17. Fungerar den svenskspråkiga servicen i den offentliga och tredje sektorn?