

## De hemlösa har rätt till vård och omsorg

Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar

**H**emlösheten har i Sverige alltmer kommit i fokus i samhällsdebatten. Den är till sin natur komplex, med många samverkande orsaker och konsekvenser. På grund av olika definitioner är det dock svårt att jämföra siffror på antalet hemlösa mellan olika länder och städer.

### Vad är hemlöshet?

Jag skall redogöra för hemlösheten ur ett Stockholmsperspektiv och utgår då från Stockholms stads definition på hemlösa vid kartläggningar under 1990-talet.

Definitionen lyder:

*Som hemlösa räknas personer som saknar egen eller förhyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inboendeförhållande och därför är hänvisade till tillfälliga boendeanternativ eller är uteliggare. Till hemlösa personer räknas också de som bor på institution eller härbärke och som inte har någon ordnad bostad vid utskrivning.*

### Socialmedicinska studier av hemlösheten i Stockholm.

I början av 1960-talet gjordes i Stockholm kliniska undersökningar av hemlösa av framlidne professorn i socialmedicin Gunnar Inghe [1, 2], som 1967 tillsammans med sin hustru Maj-Britt gav ut boken »Den ofärdiga välfärden» innehållande bl a reportage om de hemlösas situation [3]. Under 1970-talet framlade läkarna Borg, Åsander och Norman [4-6] var sin avhandling om hemlösa män i Stockholm.

Från 1960- och 1970-talens studier av hemlösa framkommer att alkoholmissbruket var utbrett och att olika

kroppsliga sjukdomar – bl a leversjukdom, mag-tarmsår, hjärtsjukdom, lunginflammation, tuberkulos, skallskada och frakturer – samt psykisk sjukdom som psykos förekom hos hemlösa.

Socialmedicinska fältstudier bland hemlösa i Stockholm i slutet av 1980-talet resulterade i boken »Uteliggarna i välfärdssamhället» [7]. Det befanns att den »traditionella» hemlösheten som omfattade medelålders-äldre manliga alkoholister nu började ersättas av en ny hemlöshet med fler yngre personer, fler psykiskt sjuka och fler personer med narkotika- och blandmissbruk.

För ett par år sedan besökte ånyo ett team från Socialmedicin i Stockholm härbärgen och andra ställen där de hemlösa vistas [8]. I intervjuer med härbärgespersonal framkom att man upplevde många av gästerna som svårt psykiskt sjuka. Det hände att patienter skrevs ut direkt till härbärgen från psykiatriska sjukhus. Det framkom också att den vanliga somatiska hälso- och sjukvården inte fungerade för de hemlösa.

### Kartläggningar under 1990-talet

Vid Stockholms stads kartläggningar av hemlösa 1993-1998 [9-12] har vårdgivare inom främst socialtjänst, sjukvård och frivilligorganisationer tillfrågats om sina kontakter med hemlösa. Formulär om varje hemlös har lämnats in, bl a har vårdgivarna fått besvara en uppgift om förekomst av påtaglig psykisk störning som medför behov av behandling eller omvårdnad

Det mest anmärkningsvärda fyndet i Tabell I är att andelen hemlösa med påtaglig psykisk störning har ökat från 16,6 procent 1993 till 47 procent 1998. I oktober 1998 omfattade denna grupp drygt 1 400 personer i Stockholms stad.

Hos 70-80 procent av de hemlösa 1996-1998 har missbruk förekommit. Blandmissbruket är vanligt, med alkohol som dominerande drog, men opiater och centralstimulantia används också relativt ofta.

Att hemlösa kvinnor lever utsatta

### Sammanfattat

- Hemlösa måste tas emot på sina egna villkor.
- Att leva i hemlöshet innebär att immunförsvaret sänks hos den hemlöse, med risk för olika infektionssjukdomar.
- Hemlösa måste ibland sökas upp på härbärgen eller andra platser där de vistas.
- Hemlösa bör kunna komma på ibland något udda tider och också kunna tas emot akut.
- En samlad bedömning av den hemlöses vård- och omsorgsbehov ur somatisk, psykiatrisk och social synvinkel bör göras.

framkommer i en studie av 341 kvinnor som bodde på kvinnohärbärget Hvilan i Stockholm under 1995 och 1996 [13]. Knappt tre fjärdedelar av kvinnorna hade missbruksproblem, drygt hälften hade psykiska problem, cirka en femtedel var prostituerade och knappt en tredjedel hade erfarenhet av misshandel.

### Avinstitutionaliseringen har haft negativ inverkan

Man kan fråga sig varför antalet hemlösa med psykisk störning nästan har tredubblats i Stockholms stad under en femårsperiod.

Tabell II visar att det skett en kraftig neddragning av platser inom både den allmänpsykiatriska vården och beroendevården inom Stockholms läns landsting 1991-1998, samtidigt som antalet hemlösa med påtaglig psykisk störning inom Stockholms stad har ökat kraftigt under åren 1993-1998. Under 1990-talet minskade antalet psykiatriska akutmottagningar inom Stockholms läns landsting från fem till två. Flera internationella studier har pekat på att just sjukvårdens akutmottagningar ofta frekventeras av de hemlösa [14, 15].

Förutom neddragningar inom lands-

### Författare

JAN HALLDIN

överläkare, socialmedicin, Norrbacka, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

- Hemlösa måste ofta motiveras att söka den ordinarie vårdorganisationen, och ibland ledsagas dit. Detta tar och måste få ta tid. Man bör följa upp att den hemlöse fått den vård/omsorg han remitterats till.
- Som läkare bör man samverka med både socialtjänst och frivilligorganisationer rörande de hemlösas vård- och omsorgsbehov.
- Det finns ett stort behov av en öppenvårdsmottagning speciellt för hemlösa i Stockholm.

## Det är inte värdigt

att vi i ett välfärdsland som Sverige har personer som lever i hemlöshet med allvarliga psykiatriska och kroppsliga sjukdomstillstånd och missbruk.

FOTO: VCG/IBL

tingets verksamheter under 1990-talet har man skurit ned övrig institutionell vård för missbrukare, såväl den frivilliga vården enligt Socialtjänstlagen som möjligheterna till tvångsvård enligt Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Jag är övertygad om att avinstitutionaliseringen och det sätt på vilket den har genomförts inom främst psykiatri och missbrukarvård har haft betydelse för utvecklingen av hemlösheten både i Stockholm och i övriga landet. Utifrån nuvarande kunskaper går det dock inte att fastställa betydelsen av själva avinstitutionaliseringen som enskild faktor. Det finns nämligen andra samhällsförändringar som samtidigt inträffade i Sverige under 1990-talet, exempelvis ökande arbetslöshet, förändringar i bostadspolitiken m m.

Dessutom kan det vara så, att de personer som 1998 levde i hemlöshet har levt längre i hemlöshet än de hemlösa gjorde 1993; detta vet vi inget om. Det är dock ett faktum att lång tids hemlöshet har konsekvenser i form av ökad sjuklighet. Det har visats i en nationell kartläggning av hemlösheten som Socialstyrelsen gjorde vecka 16 1999, då med något snävare kriterier i definitio-

nen av hemlöshet än vid Stockholms stads kartläggningar [16].

Figur 1 visar att andelen hemlösa med kroppsliga, psykiska och missbruksproblem som medför behov av behandling eller omvårdnad ökar ju längre

re hemlöshetsperioden varat. Kartläggningarna i Stockholm har inte kunnat fastställa enskilda psykiatriska diagnoser hos de hemlösa. Internationella studier visar att förutom alkohol- och annat drogmissbruk är schizofreni, för-

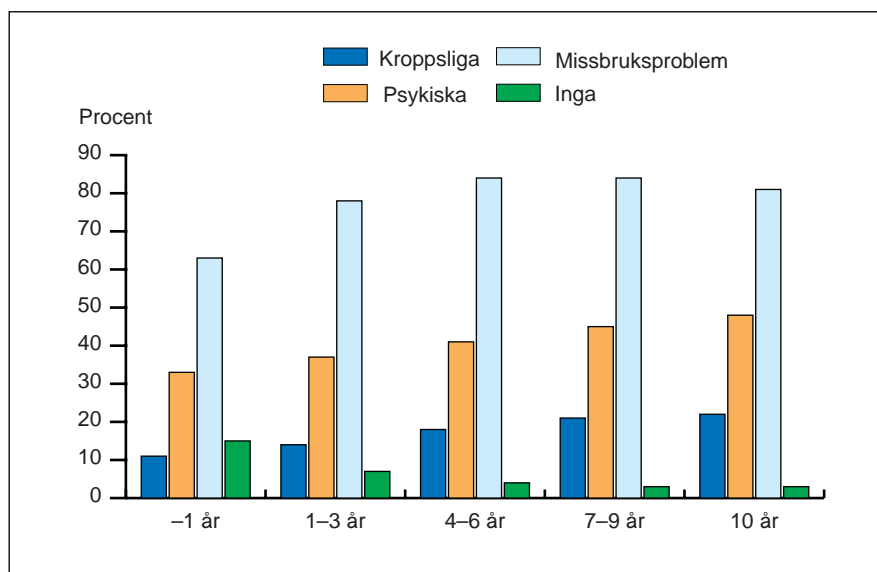
**Tabell I.** Antal hemlösa i Stockholms stad. Källa: Erik Finne, FoU-enheten Stockholms stad.

	1993	1996	1997	1998
Antal	3 159	3 015	2 876	3 072
Andel kvinnor, procent	17,3	22,5	23,3	23,1
Andel med påtaglig psykisk störning, procent	16,6	34,8	41,9	47,0

**Tabell II.** Antal hemlösa i Stockholms stad med påtaglig psykisk störning som medför behov av behandling eller omvårdnad i relation till antalet vårdplatser inom Stockholms läns landsting. Källa: HSN, Stockholms läns landsting; FoU-enheten, Stockholms stad.

	Antal hemlösa med påtaglig psykisk störning	Antal vårdplatser, allmänpsykiatrisk vård	Antal vårdplatser <sup>1</sup>	
			Alkoholvård	Narkomanvård
1991	–	3 219	222	84
1993	524	2 567	178	88
1996	1 050	1 103	138	74
1997	1 205	886	138	75
1998	1 443	829	112	52

<sup>1</sup> Maria Ungdom (16 platser) och Lömstalunds behandlingshem för psykiskt störda narkomaner (10 platser) ingår inte i siffrorna.



**Figur 1.** Procentuell fördelning av de hemlösas problem i relation till hur länge de varit hemlösa. Källa: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:1.

stämningssyndrom och personlighetsstörningar de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland hemlösa [17].

### Somatisk sjukdom vanlig

Ovan nämnda kartläggningar bygger endast på uppgifter från vårdgivarna, som ju kan ha viss uppfattning om både psykisk sjuklighet och missbruk. För att närmare få reda på den kroppsliga ohälsan måste man dock intervjua och undersöka den hemlöse.

I en amerikansk studie av närmare 1 500 psykiskt sjuka hemlösa identifierade vårdgivarna oftare klientens behov av hjälp för psykisk sjukdom och missbruk, medan de hemlösa själva oftare identifierade behov av tandvård och medicinsk service [18].

### Svårt för hemlös HIV-smittad

Att leva i hemlöshet innebär att immunförsvaret sänks hos den hemlöse, som riskerar att smittas av olika infektionssjukdomar.

Beträffande förekomst av HIV-infektion hos hemlösa framkom vid

Stockholms stads kartläggningar 1997 och 1998 att ett par procent var känt HIV-positiva. Att drygt en tredjedel var HIV-negativa var känt. Man visste också att ca 8–10 procent inte var HIV-testade, medan det hos mer än hälften av de hemlösa var okänt huruvida de var testade eller ej.

Det finns numera effektiva bromsmediciner mot HIV-infektionen, vilket har gjort att antalet rapporterade aidsfall i Stockholms län har minskat från 116 fall 1995 till 24 fall 1998 [19]. Behandlingen kräver att patienterna är följsamma till medicineringen och att läkemedlen tas efter uppgjorda riktlinjer. I annat fall uppstår lätt resistens. HIV-positiva hemlösa har på grund av sin sociala situation svårt att fullfölja en sådan läkemedelsbehandling.

### Koppling mellan HIV och tuberkulos

HIV-infektionen gör också att immunförsvaret hos den hemlöse ytterligare sänks, vilket förklarar att det finns en koppling mellan förekomst av tuber-

kulos och HIV-positivitet hos hemlösa och andra utstötta grupper. Detta kunde jag själv konstatera vid ett studiebesök i Madrid hösten 1998.

I flera av världens länder är tuberkulos ett allvarligt hälsoproblem. Enligt Daly [20] är i USA tuberkulos minst hundra gånger vanligare hos hemlösa än i den allmänna befolkningen. I Stockholms län har totalantalet rapporterade fall av tuberkulos legat relativt konstant: mellan drygt 120 till knappt 150 per år 1994–1998 [19]. Ungefär tre fjärdedelar av dem som insjuknat i tuberkulos i Stockholms län är personer födda utrikes. Under de senaste åren har endast ett par fall av tuberkulos rapporterats bland de hemlösa i Stockholm.

Trots detta bör vi i Sverige vara mycket uppmärksamma på risken för att hemlösa – speciellt om de är HIV-positiva – smittas av tuberkulos, inte minst med tanke på närheten till Baltikum och Ryssland med dessa länders allvarliga tuberkulosläge. Det finns också en risk för utveckling av resistens mot tuberkulosläkemedlen om behandlingen inte fullföljs, vilket av naturliga skäl kan bli följden hos hemlösa.

Andra infektionssjukdomar som förekommer hos hemlösa är hepatit av olika slag: A, B och C. Även difteri kan dyka upp. För några år sedan gjordes en kampanj för vaccination mot difteri i Stockholms län även riktad till hemlösa.

### Hur möta den hemlöses vårdbehov?

Hemlösa har på grund av bl a sin sociala situation svårt att anpassa sig till de reguljära vårdorganens välstrukturerade klient- och patientmottagningar. Därför krävs att man som doktor i möten med de hemlösa tar speciell hänsyn till detta.

Jag är medveten om svårigheterna för t ex husläkare att arbeta med hemlösa patienter, speciellt i den situation sjukvården befunnit sig i under många år. Därför föreslog en arbetsgrupp – be-

stående av representanter från Socialmedicin och två sjukvårdsområden inom Stockholms läns landsting, från Stockholms kommun och från Kommunförbundets länsavdelning – inrättandet av en basresurs, dvs en öppenvårdsmottagning, för hemlösa i Stockholm, anpassad till deras villkor och med personal från både sjukvården och socialtjänsten; dessutom kopplad till klinisk forskning [8].

## Förstärkning av de mobila teamen

Det politiska beslutet försommaren 1998 blev dock inte en öppenvårdsmottagning utan i stället en förstärkning av det redan 1997 inrättade uppsökande psykiatriska mobila teamet för hemlösa inom Centrala Stockholms sjukvårdsområde samt inrättandet av ännu ett uppsökande mobilt team inom Beroendecentrum Syd från och med hösten 1998.

Dessa två team innehåller läkare, sjuksköterskor och mentalskötare och fungerar bra. De är uppskattade både från Stockholms kommuns och frivilligorganisationernas sida samt inte minst av de hemlösa själva.

## Speciell mottagning behövs

Trots detta kvarstår behovet av en speciell öppenvårdsmottagning, kopplad till klinisk forskning, för de hemlösa i Stockholm, inte bara för att få mer kunskap om hemlösas sammansatta sjukdomstillstånd och vårdbehov utan också för att vi skall kunna studera den process som leder både in i och ut ur hemlöshet.

Det är inte värdigt att vi i ett välfärdsland som Sverige har personer som lever i hemlöshet med allvarliga psykiatriska och kroppsliga sjukdomstillstånd och missbruk, hemlösa som idag inte får den vård, behandling och omsorg de enligt svensk hälso- och sjukvårdssamt sociallagstiftning är berättigade till.

## Referenser

1. Inghe G. Klientelet på Hotell Spjutet. Stockholms socialförvaltning. Stencil, 1962.
2. Inghe G. Klientelet på ungarshotellen. Socialmedicinsk undersökning utförd av professor Gunnar Inghe på uppdrag av socialvårdens planeringskommitté. Stencil, 1962.
3. Inghe G, Inghe MB. Den ofärdiga välfärden. Stockholm: Tidens förlag, Folksam, 1967.
4. Borg S. Homeless men. A clinical and social study with special reference to alcohol abuse. Acta Psychiatr Scand Suppl 1978; 276 (publicerad på svenska 1974).
5. Åsander H. A field investigation of homeless men in Stockholm. A socio-psychiatric and clinical follow-up study. Acta Psychiatr Scand Suppl 1980; 281 (publicerad på svenska 1976).
6. Norman J. Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm. Socialmedicinsk Information 1979;3. Socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, 1979.
7. Stenberg L, Svanström L, Åhs S. Uteliggarna i välfärdssamhället. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam, 1989.
8. Halldin J, Stenberg L, Sundgren M, Åhs S. Socialt och socialmedicinskt klient- och patientorienterad verksamhet för utstötta grupper – främst bostadslösa. En modell för klinisk intervention och forskning. Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin, KI-rapport 1998:2.
9. Ågren G, Berglund E, Franér P. Hemlösa med psykisk störning. Undersökningar av hemlösa i Stockholm 1993 och 1994. FOU-byrån, Socialtjänsten i Stockholm. FoU-rapport 1994:18.
10. Ågren G, Berglund E, Finne E, Franér P. Hemlösa i Stockholm 1996. FoU-enheten, Resursförvaltningen, Stockholms stad. FoU-rapport 1997:9.
11. Finne E. Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm 1997. Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen. FoU-rapport 1999:12.
12. Finne E. Personligt meddelande 1999. Svenska Dagbladet 5 december 1999.
13. Beijer U. Hemlösa kvinnor i Stockholm. FoU-rapport 1998:7.
14. Padgett DK, Struening EL, Andrews H, Pittman J. Predictors of emergency room use by homeless adults in New York City: The influence of predisposing, enabling and need factors. Soc Sci Med 1995; 41 (no 4): 547-56.
15. Dhossche DM, Ghani SO. A study in recidivism in the psychiatric emergency room. Ann Clin Psychiatry 1998; 10; (no 2): 59-67.
16. Socialstyrelsen. Hemlösa i Sverige 1999. Vilka är de och vilken hjälp får de? Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:1.
17. Bhugra D, ed. Homelessness and mental health. Institute of Psychiatry, London. Cambridge University Press, 1996.
18. Rosencheck R, Lam JA. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. Psychiatr Serv 1997; 48 (no 3): 381-6.
19. Stockholms läns landsting. Smittskyddsenheten. Informationsbladet, nr 1, januari 1999.
20. Daly G. Homeless. Policies, strategies, and lives on the street. London, New York: Routledge, 1996.