

# Hur kan det framtida arbetet kring hemlösas hälsa och levnadsvillkor samordnas bättre?

## Vilka andra grupper bör fokuseras?

Vi har ställt frågor till ansvariga politiker i Stockholms kommun och Stockholms läns landsting kring detta tema – hur kan man förbättra hälsa och levnadsvillkor för hemlösa? Vilka åtgärder behövs? Vem bör ansvara? Hur kan primärkommunen och landstinget samarbeta? Vilka andra marginaliserade grupper uppfattar ni, vars situation bör belysas?

Från Stockholms kommun svarar socialborgarrådet Margareta Olofsson (v) och från Stockholms läns landsting svarar hälso- och sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Sevefjord (v).

### Stockholms kommun

När vi i Stockholm talar om hemlösa brukar vi säga att det finns runt 3 000 hemlösa i Stockholms stad. Trycket på staden är dock mycket större eftersom även hemlösa från kranskommunerna söker sig till det utbud som Stockholm har. Av dessa tusentals hemlösa är det emellertid betydligt färre som är uteliggare. Även den som bor på hotellhem, inackorderingshem, hos släkt eller vänner, osv. räknas som hemlös.

Fyra av fem hemlösa har missbruksproblem. Nästan varannan har någon psykiskt störning. Många har dubbeldiagnoser eller till och med trippeldiagnoser. Ett fåtal har hemlösheten som enda problem. För att komma till rätta med hemlösheten räcker det inte enbart att bygga fler bostäder. Det måste också till insatser för att motverka missbruksproblemen och behandla den psykiska störningen. Problemet idag är att det är svårt att behandla när man inte vet vad som är grundorsaken. En person kan bollas mel-

lan psyk- och beroendevården.

Det krävs en vårdkedja där kommun och landsting samarbetar och där hela människan blir sedd, inte bara missbrukaren eller den psykiskt sjuke. Behandling och stöd krävs för att den hemlöse skall klara av ett vanligt boende. Den stora kontroversiella frågan idag är om missbrukande uteliggare skall ha rätt till särskilda bostäder där missbruket kan fortsätta. På senare år har flera s.k. lågtröskelboenden med dygnet runt-personal byggts upp. Här finns det, till skillnad mot andra boenden för hemlösa, inte krav på drogfrihet. Dessa lågtröskelboenden är, precis som andra boenden för hemlösa, mycket dyra p.g.a. att de är personalintensiva. Jag tror att framtiden ligger i boenden som ger ett lättare boendestöd och som förbereder för ett boende i vanlig lägenhet eller som erbjuder boendestöd för dem som nästan klarar ett eget boende. Idag är det brist på dessa boenden. Satsningarna har gjorts huvud-

sakligen på lågröskelboenden, korttidshem och akutboenden för dem som behöver allra mest stöd.

För snart ett år sedan startade vi Gamlebo, ett äldreboende för hemlösa. Erfarenheten har visat att vi behöver ytterligare äldreboende för hemlösa för dem som inte behöver lika hög omvårdnad som de boende på Gamlebo.

Många hemlösa har ett dåligt hälsotillstånd, kropp och fötter tar mycket stryk av kylan och det ständiga vandrandet, rygg och axlar värker av släpande på ägodelar och tunga påhugg. Där fyller landstingets läkarmottagning för hemlösa, "Hållpunkt Maria", en viktig funktion. Inom kort räknar Stockholms stad med att kunna förstärka landstingets arbete med en kommunal insats i form av socialsekreterare. Ett närmare samarbete kommer också att ske mellan kommun och landsting för att förbättra vården för dem med multiproblematik. Idag samarbetar vi runt ett av våra boenden för hemlösa. I morgon kan det vara flera. Samarbete med personal från både beroendevård, psykiatri och socialtjänst är vad som krävs för att hemlösa med multiproblematik ska kunna få stöd.

Stockholms stad gör nu en satsning på en trappstegsmodell där hemlösa missbrukare som genomgått behandling mot missbruk får tillgång till boende och sysselsättning. Denna satsning gör vi tillsammans med organisationen Rainbow, som är en paraplyorganisation för nio olika klientorganisationer. Trappstegsmodellen är ett senare steg i vårdkedjan som börjar med behandling mot missbruket.

Klient- och frivilligorganisationerna utgör ett komplement till stadens sätt att arbeta, och genom samarbete kan slutresultatet bli mer framgångsrikt än vad staden eller frivilligorganisationen kan uppnå var för sig.

Staden/kommunen har alltid det yttersta ansvaret, det frivilliga arbetet får aldrig ersätta stadens ansvar. Under de senaste åren har frivilligorganisationernas verksamheter byggts ut. Nu har vi börjat titta mer på vad staden kan göra själv och hur vi ska kunna utveckla vår bostadsstiftelse Stiftelsen Hotellhem. När vi i Stockholms stad stöder organisationer stöder vi verksamhet som kan förstärka och komplettera den verksamhet som bedrivs i egen regi.

Särskilt utsatta bland de hemlösa är kvinnorna. Många av dem har barn som de inte längre har vården om. De hemlösa kvinnorna kan ibland bara träffa sina barn hemma hos fosterföräldrarna. Källaren, husvagnen eller härbärgat är ingen lämplig plats för barn. För att underlätta för de hemlösa föräldrarna att träffa sina barn håller vi på att ta fram en lokal med en hemlik miljö där de hemlösa ska kunna umgås med sina barn.

Ett stort bekymmer i hela hemlöshetsproblematiken är bollandet fram och tillbaka. Hemlösa faller inte bara mellan stolarna när kommun och landsting inte kan enas om vem som har ansvaret och därmed ska ta kostnaden. Hemlösa drabbas också av kommunerna inte kan enas. Eftersom Stockholms stad har satsat på dagverksamheter och härbärgen dras många hemlösa till Stockholm och deras hemkommuner vägrar att ta ansvar. Jag har tagit upp frågan i kommunernas samarbetsorganisation Kommunförbundet Stockholms län, detta måste lösas. De hemlösa är inte bara Stockholms ansvar utan alla kommuner måste ta sin del.

*Margareta Olofsson,*  
socialborgarråd  
Stockholms kommun

## Landstingets hälso- och sjukvård riktad gentemot hemlösa

I Stockholms län finns 4000 - 5000 hemlösa personer. Mellan 500 och 1000 av dem vistas på härbärgen eller är uteliggare. Huvuddelen av de hemlösa är ensamstående, nästan en fjärdedel är kvinnor. Ca 80 % av männen och mer än hälften av kvinnorna har allvarliga missbruksproblem, ofta kombinerar de flera olika missbrukspreparat. En relativt stor andel av de HIV-smittade missbrukarna finns bland de hemlösa. Många lider av kroppsliga sjukdomar som hepatit B och C, kroniska infektioner, bensår, reumatism, hjärtsvikt, högt blodtryck, matsmältningsproblem och dåliga tänder. Kvinnorna dessutom ofta av urinvägsinfektioner, menstruationsrubbingar och andra underlivsproblem ofta pga. sexuella övergrepp och prostitution. De studier som har gjorts indikerar att de hemlösa har en kraftig överdödlighet jämfört med normalbefolkningen.

Ungefär en tredjedel av de hemlösa, anses lida av allvarlig psykisk sjukdom. Schizofreni och andra psykoser är vanligt förekommande. Många av de psykiskt sjuka hemlösa har tidigare vårdats inom den psykiatriska slutenvården men efter utskrivning från sjukhus har de ofta inte klarat av ett eget boende. Det innebär att de självmedicinerar med olika droger och att deras psykiska tillstånd förvärras. Syftet med psykiatireformen kan naturligtvis inte ha varit att personer med så kraftig psykisk störning ska hänvisas till att vara uteliggare eller att vistas på härbärgen.

Många psykiskt sjuka som är hemlösa har svårt att få adekvat vård, inkluderande medicinering och har av naturliga skäl svårt både att beställa tid för besök på en mottagning och sedan passa tiden. När de uppsöker landstingets reguljära öppenvård möts de

ofta med misstro och kan också vara besvärliga att kommunicera med. De har alltså av flera skäl stora svårigheter att få del av den hälso- och sjukvård som de behöver och har rätt till.

Därför startades under slutet av 1990-talet av dåvarande Centrala Stockholms sjukvårdsstyrelse en uppsökande verksamhet, dvs. mobilt team, som riktade sin verksamhet till psykiskt sjuka hemlösa – med eller utan missbruksproblematik. I teamet arbetar specialistläkare i psykiatri, fyra sköterskor och fyra mentalskötare. Teamets arbete har kommit att företrädesvis rikta sig till kvinnor.

Men det visade sig snart behov av att bygga ut den uppsökande verksamheten för hemlösa ytterligare. Våren 1998 initierade dåvarande bitr. hälso- och sjukvårdslandstingsrådet Gunnar Ågren i dåvarande hälso- och sjukvårdsnämnden inrättandet av ytterligare särskilda sjukvårdsverksamheter för hemlösa. En sjukvård som skulle ha som utgångspunkt att man inte skulle behöva beställa tid för ett besök.

Ytterligare ett uppsökarteam inrättades, Maria mobila team, riktat till hemlösa med drogproblem, inom landstingets beroendevård (Stockholms läns landsting har missbruksvård och psykiatri organisatoriskt i två verksamheter). Uppsökarteamets arbete är att motivera, stödja, göra bedömningar och erbjuda enklare sårbehandling samt länka patienter till andra vårdgivare, myndigheter och frivilligorganisationer.

Några år senare öppnade vårdcentralen Hållpunkten (den har nyligen döpts om, hette tidigare Hållpunkt Maria), belägen på Södermalm i Stockholm, som riktar sig utslutande till hemlösa. Där arbetar distriktsläkare, en beroendepsykiater, sjuksköterskor och mentalskötare. År 2002 kompletterades verksamheten med tandvård samt fotvård.

Där finns också smittmottagning med tillgång till hudläkare och infektionssköterska. Det är framförallt män som besöker vårdcentralen. Även kvinnor besöker vårdcentralen men inte alls i lika stor utsträckning som män.

Sammantaget är ett tjugotal personer verksamma inom den hälso- och sjukvård som är speciellt riktad gentemot de hemlösa. Trots landstingets enorma ekonomiska underskott bedömdes verksamheten så väsentlig av den nytillträdde majoriteten att ett av dess första beslut om ny verksamhet var en utbyggnad av sjukvården för hemlösa, den fick ett tillskott med 5 mkr, budgeten har ökat från 14 till 19 mkr per år dvs. en ökning med mer än en tredjedel.

I Stockholms stad finns flera olika boendialternativ för hemlösa som drivs av socialtjänsten eller frivilligorganisationerna. Det byggs också upp boende för hemlösa med sammansatt problematik, ett s.k. lågtröskelboende där man inte kräver drogfrihet. Därigenom ställs nya krav på landstingets hälso- och sjukvård. Så efter diskussioner mellan landstingets sjukvård och Stockholms socialtjänst m fl beslöt landstinget i våras att av de tre enheterna det mobila psykiatriska teamet, det mobila missbruksteamet och vårdcentralen Hållpunkten tillskapa en samordnad verksamhet som skall tillgodose behovet av hälso- och sjukvård för de hemlösa. Utöver sitt mobila arbete ska den uppsökande verksamheten också utföra "hemsjukvård" dvs. kunna tillhandahålla såromläggningar och annan medicinsk/psykiatrisk behandling i boende när det medicinska behovet är sådant att den boende inte kan ta sig till vårdcentralen Hållpunkt Maria eller annan vårdenhet. Målgrupp är uteliggare och hemlösa som vistas på härbärgen, i bor i lågtröskelboende eller i korttidsboende eller deltar i dagverksamhet

för hemlösa.

En undersökning av patienter som besöker vårdcentralen Hållpunkten visar på behovet av att ytterligare förstärka husläkarverksamheten och tandläkarverksamheten. Det gäller i synnerhet för hemlösa kvinnor. Däremot tror jag att psykiatrin och den specialiserade beroendevården mera bör arbeta konsultativt och i görligaste mån länka tillbaka patienter till sina lokala mottagningar och lokala nätverk samt arbeta med utredningar, bedömningar och konsultstöd till socialtjänsten som ha ansvar för de sociala utrednings- och behandlingsarbetet.

Det är viktigt att landstingets hälso- och sjukvårdsarbete gentemot de hemlösa knyts nära den kommunala socialtjänsten och det är på gång att kommunala socialsekreterare/ uppsökare skall komplettera landstingets medicinska verksamhet. Eftersom hemlöshet i många fall kan ses som ett långt gånget stadium i en marginaliseringsprocess måste vi i första hand arbeta inom befintliga organisationer för att hindra att hemlöshet uppkommer. Och när den uppkommit försöka föra patienter tillbaka från hemlöshet in i gemenskap, både in i den informella men även in i myndighetsnätverken. Detta innebär för landstingets hemlöshetsåtgärder att de måste ske i nära samverkan med socialtjänstens uppsökande verksamhet, dess särskilda boenden eller enheter för hemlösa. För de patienter som trots detta hamnar i hemlöshet måste vi utveckla ett nära samarbete mellan den kommunala socialtjänsten och landstingets psykiatri och den specialiserade beroendevården – med avsikt att föra tillbaka patienterna in i ordinarie organisationer.

På Hållpunkten bör det också bedrivas ett systematiskt kartläggningsarbete som kan ligga till grund för ett utvecklat forskningsarbete bland hemlösa och andra utsatta och marginaliserade grupper. Därigenom får vi

också en önskvärd koppling mellan klinisk verksamhet och utvecklingsarbete. Denna verksamhet bör utvecklas i nära samarbete mellan landstinget, Stockholms stad och Karolinska Institutet. Det är viktigt att det finns ett könsperspektiv i detta arbete, ofta sätts likhetstecken mellan att vara hemlös och att vara av manligt kön. Men verkligheten är inte sådan – uppåt tjugofem procent av de hemlösa är kvinnor även om det sällan framgår av officiella siffror eller i debatten. Överhuvudtaget är alla sifferuppgifter när det gäller hemlösa pinsamt osäkra!

Och bedrivs det ett kvalificerat forskningsarbete kan erfarenheter lättare tas tillvara inom socialtjänstens och sjukvårdens ordinarie arbete. Det gäller att knyta samman utvecklings- och forskningsarbete med uppsökande klinisk verksamhet i nära samarbete med socialtjänst, psykiatri och beroendesjukvård. Det är också viktigt att ett arbete på en specialvårdmottagning som Hållpunkten måste kunna återföras till landstingets reguljära öppenvårdsarbete.

Bland kvinnor är hemlöshet kanske än mer nedbrytande än bland männen. Eftersom vårdcentralen Hållpunkten framförallt besöks av män – det förefaller som om kvinnor inte vågar besöka den eftersom männen är där - är det angeläget att det också startas en motsvarande verksamhet för kvinnor. Vi håller fn på med att utarbeta ett landstingsomfattande program för att motverka mäns våld mot kvinnor. Jag räknar med att inom detta arbete också kunna få möjlighet att starta en vårdcentral som företrädesvis riktar sig till hemlösa kvinnor.

Till sist: Självfallet är individperspektivet viktigt, den hemlöse/a skall ha tillgång till och kunna utnyttja all den sjukvård han eller hon är i behov av och har lika stor rätt till som någon annan medborgare. Men det finns också ett samhällsperspektiv. Det räcker inte

med att genomföra insatser som riktar sig till enskilda individer. Sådana åtgärder får aldrig bli ett alibi för att ersätta vårt socialpolitiska ansvar som handlar om välfärdsfrågor i stort och gäller alla människor: Tillgång till en bostad och ett arbete. Välfärdspolitiken måste ha som främsta mål att förebygga ohälsa!

*Birgitta Seveffjord*

Hälso- och sjukvårdslandstingsråd