

Hälsan bland hemlösa och andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper

Temat för detta nummer av Socialmedicinsk Tidskrift är hemlösas ohälsa. Hemlöshet i sig kan förklaras ur olika perspektiv, vilket bl a Hans Swärd belyser i sin artikel. Valet av perspektiv och förklaringsmodell präglar också orsakstänkandet och vilka åtgärder som förs fram som lösning. En förklaringsmodell betonar bostadsbrist och strukturella förhållanden; en annan betonar individuella faktorer som orsak till hemlöshet. Hemlösa personer är en i de flesta avseenden mycket marginaliserad grupp i samhället. Åtgärder för att förbättra levnadsvillkor och hälsa bland hemlösa torde därför behöva omfatta flera områden.

Många hemlösa har fallit genom de flesta maskor i det sociala skyddsnetet, vad gäller arbete och egen försörjning, familjekontakter, fast bostad och annan anknytning till det etablerade samhället. Många avstår också från att söka hjälp från både sjukvård och socialtjänst, vars möjligheter att erbjuda hjälp också är begränsade. Frivilligorganisationer är en viktig instans för hemlösa, genom härbärgen och även genom dagverksamhet. Frivilligorganisationernas roll i detta sammanhang debatteras ofta, och vissa politiska intentioner har funnits att i större utsträckning ersätta offentliga insatser med insatser från frivilligorganisationer. Frågan belyses ytterligare i vissa av bidragen i detta temanummer, bl a av Claes Heijbel från Convictus.

Kommunernas och landstingens ekonomi har under senare år blivit alltmer ansträngd och resurserna räcker ofta inte till för att möta de ökande behoven. Som framgår av flera av inläggerna i detta temanummer är en del av problemet med hemlösas ohälsa att vården hittills inte varit utformad med tanke på att möta behov hos grupper som hemlösa – som har uppenbara svårigheter att komma till mottagningar på avtalade tider, hos vilka förtroende måste byggas upp under lång tid osv. Under 1990-talet gjordes också stora nedskärningar inom hälso- och sjukvården, som resulterade i omorganisationer och minskade vårdplatser. Bl a minskade antalet vårdplatser inom psykiatrin i Stockholms läns landsting avsevärt från 1993 till 2002. Vissa av dessa vårdplatser har dock ersatts av platser på behandlingshem på andra orter i landet. Den öppenvård som skulle ersätta slutenvården har i vissa fall inte varit tillräcklig. Antalet akutmottagningar (psykiatriska såväl som somatiska) minskade samtidigt, och förväntas minska ytterligare under det närmaste året. Eftersom akutmottagningar är en instans dit hemlösa ofta söker sig kommer detta att minska deras tillgång till vård.

Satsningen på mobila team med inriktning på hemlösa, från både missbruksvården och psykiatrin, liksom tillkomsten av en vårdcentral för hemlösa (Hållpunkt Maria) i Stockholm är dock väsentliga steg i rätt riktning. Både läkare och tandläkare vid Hållpunkt Maria medverkar i detta temanummer.

De hemlösa vars hälsa och levnadsvillkor beskrivs i temanumret är en mycket marginaliserad grupp, som genomgått en i många fall långvarig process som resulterat i hemlöshet. Att belysa utvecklingen i denna grupp bör vara ett av socialmedicinens centrala arbetsfält. Det finns också skäl att vidga perspektivet till att identifiera och studera andra grupper vars hälsa och välfärd inte utvecklas positivt, och som kan riskera att i vissa avseenden marginaliseras. Vissa aspekter av problem med hemlösas levnadsvillkor och hälsa aktualiserar också frågan om selektiv eller generell välfärd, en fråga som torde beröra de flesta av oss.

Andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper

Om man utgår från att strukturella förhållanden är väsentliga för levnadsvillkor och hälsa finns således också andra grupper som bör belysas, vars situation försämrats eller i alla fall inte förbättrats under det senaste decenniet, inte minst ekonomiskt. Det svenska välfärds-samhället har utsatts för stora påfrestningar och i vissa avseenden och för vissa grupper visat påtagliga tillkortakommanden, även om grundstrukturen kvarstår intakt. Under 1990-talets början förändrades skattesystemet, konjunkturen försämrades, arbetslösheten steg till historiska nivåer och begränsningar infördes i välfärdssystemen. Även om utvecklingen under senare år varit positiv för det stora flertalet finns grupper som i sammanhanget kan betraktas som förlorare, bl a unga vuxna, ensamstående föräldrar och nyanlända invandrare. Denna utveckling har belysts i en serie rapporter i den statliga utredningen Välfärdsbokslut vars slutrapport presenterades under 2002. (1)

Forskaren Tapio Salonen talar om tre instanser som är viktiga för individens välfärd – familjen, marknaden och staten. Samhällets organisation och utformning och dess välfärds-insatser har större betydelse för grupper som av olika skäl har svårigheter att konkurrera på en hårdnande arbets- och bostadsmarknad. Dessa gruppers välfärd beror i hög grad av omfattning och utformning av samhällets stödinsatser, varför även till synes marginella försämringar av t ex bidragsnivåer kan vara det som för en individ eller en familj avgör huruvida hushållsekonomi går ihop eller ej. Salonen beskrev i sin doktorsavhandling ”Välfärdens marginaler” vissa maskor i samhällets sociala skyddsnät där individer faller genom, och vilka positioner människor temporärt eller permanent intar som mera systematiskt missgynnas av systemets utformning än andra (2).

Arbete

En viktig grundförutsättning för försörjning är att ha ett arbete. Sverige har i många år utmärkt sig mot andra länder genom att ha en mycket hög grad av sysselsättning både bland män och kvinnor. Socialförsäkringssystemets förmåner är i stor utsträckning baserade på att individen meriterat sig genom arbete och att inkomstbortfall ersätts. Om man därför haft svårigheter att komma in på arbetsmarknaden medför detta också andra negativa konsekvenser. Under 1990-talet försvann många jobb – trots återhämtningen under slutet av 1990-talet var t ex 1999 420 000 färre personer i arbete jämfört med 1990. Detta har drabbat vissa grupper mer än andra. Kvinnor i åldern 55-64 år hade den bästa utvecklingen i arbetsmarknadsavseende under 1990-talet medan kvinnor under 30 år haft den sämsta utvecklingen. Färre unga kvinnor har en fast position på arbetsmarknaden, ensamstående mödrar har större risk än andra kvinnor att ha frekventa arbetslöshetsproblem, särskilt om de aldrig varit del av ”kärn-arbetskraften”(3).

Invandrare har sämre möjligheter att komma in på arbetsmarknaden än svenskfödda. Vad gäller arbetslöshetserfarenhet finns stora skillnader mellan europeiska och utomeuropeiska invandrare – de förras erfarenheter liknar betydligt mer svenskars, medan utomeuropeiska invandrare har mer än dubbelt så många dagar med arbetslöshetsersättning som svenskfödda. Skillnaden i andelen reguljärt sysselsatta under hela året mellan svenskfödda och utomeuropeiska invandrare har ökat under 1990-talet. År 1990 var andelen bland svenskfödda närmare 80 procent jämfört med 60 procent bland utomeuropeiska invandrare. Siffrorna var 1999 drygt 60 procent respektive 34 procent. (4)

Boende

En stor post och viktig faktor i hushållsekonomin är boendekostnader. I samband med skattereformen i början av 1990-talet genomfördes också förändringar i statens bostadsstöd, med bl a minskade räntebidrag vilket medförde stora hyreshöjningar. Ansvaret för bostadsbidrag till medborgarna överfördes 1994 från kommunen till Försäkringskassan.

Konsumentprisindex för bostad, värme och hushållsel steg från 169,9 1988 till 249,9 1991, dvs med 47 procent. Motsvarande höjning för livsmedel var från 201,6 till 239,1, dvs 18,8 procent. Den genomsnittliga årshyran per kvadratmeter steg från 340 kr 1988 till 524 kr 1991, dvs med 54 procent, och steg ytterligare till 716 kr per kvadratmeter 1999 (5). Som Anders Nilsson och Janne Flyghed påpekar i sin artikel i detta nummer var avsikten att låginkomst-hushåll som drabbades av hyreshöjningar skulle kompenseras med bostadsbidrag, vilket dock inte verkar ha skett fullt ut.

Inkomstutveckling

Inkomstspridningen har ökat under 1990-talet. I den senaste sammanställningen från SCB (år 2001) var medianvärdet för den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet bland ensamstående med barn 82.000 kr/år, jämfört med 107.100 kr/år för sammanboende med barn, dvs ensamstående med barn har att klara sig på 75 procent av det belopp som sammanboende med barn har till sitt förfogande. Den högsta disponibla inkomsten per konsumtionsenhet (176.500 kr/år) fanns bland sammanboende 30-49 år utan barn. (6) Även utrikes födda, och i synnerhet personer från utomeuropeiska länder, har lägre disponibel inkomst än genomsnittet. Utrikes födda som bott i Sverige fem år eller mindre hade 1990 en medianinkomst på 84.900 kr/år, vilket sjönk under 1990-talet (till 72.800 kr under 1997) men steg till 84.200 kr 1999. (7)

Konsumtion

Konsumtionsutrymmet för grupper som i större utsträckning inte har arbete eller som har låga löner har alltså minskat under senare år. År 1988 spenderade hushållstypen ensamstående med barn 29,4 procent av sin inkomst (118.000 kr) på bostad jämfört med parhushåll med barn som spenderade 25,1 procent av sin inkomst (270.300) på bostad. År 1996 var siffrorna 37,9 procent respektive 30,3 procent. Andelen av inkomsten som gick till mat sjönk bland ensamstående med barn från 22,2 procent till 17,4 procent; bland parhushåll från 20,6 till 16,3 procent. Alla grupper fick erfara högre boendekostnader, men grupper med lägre inkomster i högre grad än grupper med högre inkomster. Under 1990-talet fick alltså de sämre ställda hushållen i större utsträckning koncentrera sina utgifter till nödvändig konsumtion. (7)

Sverige i internationell jämförelse

Sverige har under många år bedrivit en politik som syftat till ökad jämlikhet och till att förhindra utslagning av grupper från samhället. I internationell jämförelse har denna politik bedömts vara framgångsrik, och under ett antal år ansågs sociala skillnader i hälsa knappast vara för handen. De studier som gjorts har dock tydligt visat att så inte är fallet – storleken och omfattningen på sociala skillnader i hälsa är påtagliga och jämförbara med vad man ser i många andra europeiska länder. I vissa avseenden har dock den svenska modellen utmärkt sig positivt gentemot andra länder, bl a i jämförelser med Storbritannien av hälsa och levnadsvill-
Socialmedicinsk tidskrift nr 1/2004

kor bland ensamstående mödrar (8), och i jämförelse av sysselsättningsgrad och utslagning från arbetsmarknaden bland personer med långvarig sjukdom (9). Dessa jämförelser gällde tiden fram till 1995, och många förändringar har skett sedan dess.

Ensamstående mödrar

Inkomstspridningen har ökat i Sverige under 1990-talet. I den senaste sammanställningen från SCB (gällande år 2001) var medianvärdet för den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet bland ensamstående med barn 82.000 kr/år, jämfört med 107.100 kr/år för sammanboende med barn, dvs ensamstående med barn har i genomsnitt att klara sig på 75 procent av det belopp som sammanboende med barn har till sitt förfogande. (6) Senare studier har indikerat att ekonomiska problem i ökande grad över tiden förklarar skillnaden i självskattad hälsa mellan ensamstående och samboende mödrar i Sverige (10).

I den senaste Folkhälsorapporten i Stockholms län (11) framstår unga vuxna (21-30 år) och särskilt unga kvinnor som en grupp vars hälsa försämras. Detta gäller inte minst den psykiska hälsan. De ungas levnadsförhållanden har försämrats, framför allt avseende arbetsmarknaden och ekonomi. Alkoholkonsumtionen bland kvinnor i denna åldersgrupp har ökat med 50 procent sedan 1994. Personer med utländsk bakgrund rapporterar också sämre psykisk hälsa och högre förekomst av självrapporterade hälsoproblem än övriga befolkningen. Det finns således skäl att fortsatt belysa sambandet mellan levnadsförhållanden och hälsa också i dessa bredare grupper.

Kunskap om utsatta gruppers levnadsvillkor och hälsa

Kunskapen om socialt och ekonomiskt utsatta gruppers levnadsvillkor och hälsa är i många avseenden bristfällig, trots att vissa studier faktiskt görs. Socialstyrelsens Social Rapport redovisar regelbundet analyser av grupper med ansamling av problem i olika dimensioner av levnadsförhållanden men påpekar också svårigheterna med att identifiera de grupper man avser att studera och bristen på data (3). Att vara i en socialt eller ekonomiskt utsatt position har också en dynamisk aspekt – en process har föregått att man hamnat i denna position, och personer kan komma in i och gå ut ur den ekonomiskt och socialt utsatta positionen. För att följa sådana förlopp skulle andra, longitudinella typer av data behövas. Sådana undersökningar skulle också öka kunskapen om vilka faktorer som bidrar till att människor hamnar i socialt och ekonomiskt utsatta positioner samt hur länge och i vilken grad de förblir utsatta, eller kommer ur denna position. En sådan kunskap skulle också kunna vägleda åtgärder för att motverka social och ekonomisk utsatthet.

Temanumret fokuserar på hemlösa och hemlösas ohälsa, och belyser inte i samma utsträckning levnadsförhållanden och hälsa bland andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Det kan dock vara viktigt att uppmärksamma att vissa strukturella företeelser och förändringar i samhället vars konsekvenser är mycket tydliga i gruppen hemlösa också kan bidra till att marginalisera också bredare grupper.

Läsare som bor och verkar utanför Stockholmsregionen kan komma att störa sig på att temanumrets ingående artiklar i stor utsträckning behandlar vad som sker i Stockholm. Väl medvetna om att hemlöshet och ohälsa bland hemlösa ingalunda enbart är ett Stockholmsfenomen utan i stor utsträckning också finns på andra orter i landet, inte minst de övriga

storstadsregionerna Malmö och Göteborg, och att många andra organisationer arbetar med hemlösas levnadsvillkor och ohälsa på andra håll i landet, har vi valt att spegla i mer detalj hur problemet ser ut i Stockholm, vilka aktörer som är involverade och hur de olika aktörerna ser sin roll i förhållande till andra. Syftet med denna fokusering har varit att belysa hemlösas situation och hälsa i en geografisk region och tydliggöra ansvarsfördelning mellan olika instanser, problem och möjligheter i detta avseende.

De inledande artiklarna belyser orsaker till hemlöshet och hemlöshetens utveckling över tid samt ger en översikt över hittillsvarande arbete kring hemlösa. Därefter belyses hälsoläget och livssituationen bland de hemlösa samt hur socialtjänst, sjukvård och frivilligorganisationer arbetar med hemlösa personer, och hinder och möjligheter i detta arbete. Socialstyrelsen beskriver utifrån en fiktiv person de statliga insatser som kan förbättra och underlätta livssituationen för en missbrukare med psykisk sjukdom. Slutligen har vi blett de ansvariga politikerna i Stockholms kommun (socialborgarrådet Margareta Olofsson (v)) och i Stockholms läns landsting (hälso- och sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Sevefjord (v)) att kommentera hur det framtida arbetet kring hemlösa kan samordnas bättre, vilka insatser som behövs och vilka ytterligare grupper som bör fokuseras.

Vi har valt att tillägna Gunnar Inghe (se omslaget), Sveriges första professor i socialmedicin, detta temanummer, då det behandlar problemställningar som han hade som bas för sitt engagemang och sin forskning.

Bo Burström
Temaredaktör

Bo Burström är docent och universitetslektor i socialmedicin vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet och överläkare vid socialmedicinska enheten inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. bo.burstrom@phs.ki.se

Referenser

1. Palme J, Bergmark Å, Bäckman O, Estrada F, Fritzell J, Lundberg O, Sjöberg O, Sommestad L, Szebehely M. Welfare in Sweden: The balance sheet for the 1990s. Stockholm: Socialdepartementet, 2002. (Ds 2002:32)
2. Salonen T. Valfärdens marginaler. Stockholm: Fritzes, 1994.
3. Socialstyrelsen. Social rapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
4. Kommittén Valfärdsbokslut. Valfärdens förutsättningar. Stockholm: Socialdepartementet, 2000. (SOU 2000:37)
5. SCB. Statistisk årsbok, årgångarna 1992-2002. Statistiska centralbyrån.
6. SCB. Valfärdsbulletinen 2003, nr 4.
7. Kommittén Valfärdsbokslut. Valfärdens finansiering och fördelning. Stockholm: Socialdepartementet, 2001. (SOU 2001:57)
8. Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. Soc Sci Med 2000;50:255-270.
9. Burström B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with longterm illness fare on the labour markets of Britain and Sweden? Int J Health Services 2000;30:435-451.
10. Ålander S, Burström B. Economic strain and health among lone mothers in Sweden 1979-1998. Poster presentation vid European Public Health Association möte 2003, Rom.
11. Folkhälsorapport. Folkhälsan i Stockholms län 2003. Stockholm: Samhällsmedicin, 2003.