

Stockholms hemlösa kvinnors hälsa 1960-2001

Ulla Beijer

Syftet med denna artikel är att i korthet presentera svenska studier som gjorts om hemlösa kvinnor och deras hälsa under perioden 1960-2001 samt att försöka jämföra studierna och därmed utvärdera om hemlösa kvinnors hälsa under den senare perioden förbättrats eller försämrats. Gruppen hemlösa kvinnor har ändrats i sammansättning, deras sjuklighet verkar inte ha minskat utan snarare ökat.

Ulla Beijer är forskningsassistent på FoU-enheten, socialtjänstförvaltningen, Stockholm; doktorand vid avdelning för socialmedicin, institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet. Ulla Beijer, Socialtjänstförvaltningen, Swedenborgsgatan 20, 106 64 Stockholm, Ulla.beijer@sot.stockholm.se

Ett antal studier har gjorts som handlar om hemlösa kvinnors livssituation och hälsa (Inghe 1962 i Stadig 1987, Stadig 1987, Beijer 1998).

Sedan 1993 har Stockholms socialtjänstförvaltnings Forsknings- och Utredningsenhet (FoU-enhet) genomfört kartläggningar av hemlösa (t.ex. Ågren et al 1994, Finne 2003). Dessa berör också hemlösa män och kvinnors hälsa genom att de redovisar hemlösas missbruksproblem och psykiska hälsa under perioden 1993-2001.

Under 1970-talet genomfördes en del

studier av hemlösa, men som i huvudsak var riktade till hemlösa män (Borg 1974, Norman 1979, Åsander 1976). Den enda kliniska studie av hemlösas hälsa som genomförts under senare tid är en pilotstudie som berör 35 hemlösa, varav 13 var kvinnor (Halldin, Beijer et al 2001).

De studier som i denna artikel i första hand kommer att diskuteras mer ingående är de tre mest omfattande och som helt varit inriktade på att beskriva kvinnornas livssituation och deras hälsa (Inghe 1962, Stadig 1987 och Beijer 1998).

Kvinnorna på Spjutet

Den första person i Sverige som i sin forskning intresserade sig för hemlösa kvinnor var Gunnar Inghe (1962). Han genomförde 1960 en registerstudie¹ av 581 kvinnor som bodde på hotell Spjutet, vilket var en slags motsvarighet till ungarshotell för män. Hotellet Spjutet hade funnits sedan 1948 och låg i ett antal undermåliga baracker. I hans studie framkom följande:

- medelåldern för kvinnorna år 1960 var 33 år
- 58 kvinnor (10 %) var över 60 år
- 197 (34 %) var ej skrivna i Stockholm
- 491 (69 %) var ogifta
- 127 (22 %) hade ett yrke (vanligast restauranganställda och sjukvårdsbiträden)
- 181 kvinnor (31 %) hade haft socialunderstöd
- 40 (7 %) hade varit straffade
- 81 (14 %) hade varit aktuella i nykterhetsnämnden
- 87 (15 %) hade vårdats på mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik någon gång i livet
- 29 kvinnor (5 %) hade diagnosen schizofreni (medan en uppskattad schizofrenifrekvens gällande kvinnor i den vanliga befolkningen låg under denna tid på 0,9 %.)

Hälften av kvinnorna (d.v.s. 290 av dem) hade bott på Spjutet endast under undersökningens året och inte under tidigare år. Likaså hade hälften bott där högst en månad. De äldre kvinnorna hade dock i genomsnitt bott längre.

För en fjärdedel av kvinnorna inhämtades information från personalen på Spjutet vad gällde deras kroppsliga hälsa. De flesta av dessa kvinnor betraktades som varande kroppsligt friska.

En fjärdedel av de 581 kvinnorna intervju-

ades också. I dessa intervjuer framkom att påfallande många hade haft en svår barndom där hemmen präglats av fattigdom, missbruk eller sjukdom och att detta för flera kvinnor lett till att de blivit fosterhemsplacerade. De flesta av kvinnorna hade dock erfarenhet av att, åtminstone under en period, ha upplevt ett bra boende. I intervjuerna framkom också att det fanns motsättningar mellan tillfälliga gäster och de mer "bofasta". Vidare framkom att unga och gamla inte trivdes med varandra eller att de med psykiska problem inte gick ihop med de övriga. Alkohol- och narkotikamissbruket bidrog till störningar.

Undersökningen ledde fram till att Gunnar Inghe bland annat föreslog:

1. att kvinnor som på grund av skilsmässa eller inflyttning till staden behövde ett nytt, bekvämt och lämpligt genomgångsboende,
2. att man för de kvinnor som behövde ett större stöd av samhället skulle upprätta ett upptagningshem med särskilda resurser.
3. att ett vårdhem skulle inrättas för lättare psykiskt sjuka hemlösa kvinnor.

Det differentierade vård- och boendebud som Gunnar Inghe föreslog genomfördes inte, men i samband med Stockholms socialnämnds övertagande av driften av Spjutet några år senare, år 1965, genomfördes en viss upprustning. Namnet på institutionen ändrades då också till Kristinehovsgatan. Upprustningen innebar att ett större antal enbäddsrum tillkom och att platsantalet därmed minskade från 200 till 92. Under 1965-66 var man därför tvungen att avvisa ett stort antal hemlösa kvinnor på grund av platsbrist (Ängshöjden 1975).

I slutet av 1960-talet byggde Stockholms stad en ny institution för hemlösa kvinnor, en social institution som skulle tillgodose flera olika behov i ett och samma hus. Insti-

tutionen var tänkt att åstadkomma en förbättrad situation för kvinnorna. Det stora institutionsbygget gick dock inte helt i linje med Gunnar Inghes förslag; att det skulle finnas ett antal mindre institutioner anpassade efter kvinnornas olika behov. Institutionen hette Ängshöjden och bestod av 170 utrustade enkelrum, inklusive 22 rum speciellt inredda för rörelsehindrade. Ängshöjden invigdes år 1969. Spjutet/Kristinehovsgatan upphörde därmed att vara en institution för kvinnor. Fram tills det revs 1976 fungerade det som institution/ungkarlshotell för hemlösa män.

Ängshöjdens kvinnor

Ingela Stadig (1987) genomförde en uppföljning av Ängshöjdens kvinnor i mitten på 1980-talet.

Ängshöjden hade inte blivit den frizon och det stöd för de hemlösa kvinnorna som det var tänkt. Kvinnorna själva var delvis tveksamma till institutionen, vilket bidrog till att platserna inte fylldes. Redan 1971, knappt två år efter starten, flyttade därför de första männen in och Ängshöjden upphörde därmed att vara en institution för enbart kvinnor (Ängshöjden 1975). År 1979, tio år efter starten, stängdes Ängshöjden. Åren innan stängningen, 1975-1979, hade Ängshöjden drivits mer som ett härbärge (Stadig 1987).

Stadigs sexårsuppföljning utgick från år 1978 (ett år under härbärgesperioden) och sträckte sig till år 1984. Den omfattade 236 kvinnor. Av dessa kunde 229 kvinnor identifieras. Studien baserades på journal- och registerstudier². Ingela Stadigs uppföljning gav följande resultat:

- medelåldern år 1978 var 35 år
- gruppen yngre kvinnor dominerade, men 14 % (av 229) var över 60 år
- 113 hade sammanlagt 240 barn
- 214 kvinnor (93 %) hade 1978 en soci-

alvårdsakt

- 115 av dem (50 %) hade missbruksproblem, varav 72 kvinnor (31 %) missbrukade alkohol och 43 (19 %) narkotika

För 212 av kvinnorna fanns uppgifter i landstingets slutenvårddata under perioden 1978-1983:

- kvinnorna hade 6,2 vårdtillfällen per person och år (oavsett diagnos), vilket var fem gånger så många jämfört med normalbefolkningen
- angående vård dagar var medeltalet per person och år 16 dagar
- 36 (17 % av 212) hade vårdats för misshandel eller våldtäkt
- för 69 kvinnor (33 %) fanns uppgifter om suicidförsök eller misstanke om suicidförsök
- 16 (8 % av 212 eller 7 % av 236) hade vårdats för schizofreni

När det gällde mantalsskrivningsort fanns uppgifter för 199 kvinnor, varav 133 (67 % av 199) var mantalsskrivna i Stockholms stad.

Under uppföljningsperioden hade 27 kvinnor (12 %) avlidit. De hade cirka 10 gånger högre dödlighet jämfört med kvinnor i normalbefolkningen.

Drygt hälften, 125 kvinnor, var aktuella inom socialtjänsten vid uppföljningen år 1984. Av dessa fanns uppgifter i socialtjänstens akter för 101 av dem: 60 % (av 101) hade enbart missbruksproblem, 7 % enbart psykiska problem och 16 % både missbruksproblem och psykiska problem (Stadig 1987).

När Ängshöjden stängdes 1979 gjordes detta efter en rad tidningskrivningar. Den sociala institutionen hade ett dåliga rykte. Från det att Ängshöjden stängdes och fram till hösten 1983 fanns inga särskilda härbärgen eller inackorderingshem för hemlösa kvin-

nor i Stockholms kommuns regi. Kvinnorna fick först sex platser på det manliga härbärgets Skrubba. Kvinnornas sovplatser låg längst in på härbärgets och betraktades som de sämsta platserna. När Skrubba stängdes och männen flyttade över till H-huset på Skarpnäcksgården år 1980 fick kvinnorna nio ersättningsplatser på ungarshotellet Monumentet. Monumentet blev inte heller någon fristad för kvinnorna. De utsattes för påtryckningar och kränkningar från de manliga gästerna, men kvinnorna var de som i första hand, och i högre grad än männen, blev portade/utslängda från Monumentet. Tre år senare, 1983, öppnades kommunens särskilda kvinnohärbärke Hvilan (Beijer 1998).

Kvinnohärbärgets Hvilan

Den tredje studien om hemlösa kvinnors situation kartlade³ de hemlösa kvinnor som bott på Stockholms stads kvinnohärbärke Hvilan under åren 1995 och 1996 (Beijer 1998). Hvilan hade under dessa år (och fram till och med december 1997) 14 platser.

Studien omfattade 341 kvinnor och gav följande resultat:

- medelåldern år 1996 var 40 år
- åldergrupperna ”30-39 år” och ”40-49 år” dominerade, endast 7 % var över 60 år
- 284 kvinnor (83 %) var svenska medborgare
- 105 kvinnor (31 %) hade tillsammans 149 minderåriga barn
- 233 kvinnor (68 %) hade kontakt med socialsekreterare
- 72 (21 %) var prostituerade
- 253 kvinnor (74 %) var hemlösa enligt Stockholms stads FoU-enhets hemlöshetsdefinition⁴ (övriga definierades som ”tillfälligt hemlösa” då de hade sökt härbärgets för t.ex. skydd från make

eller son som misshandlat dem, psykisk sjukdom som gjorde att de ej klarade av att bo ensamma i lägenhet, eller var på kortare eller längre visit i storstaden och t.ex. blivit rånad men hade boende på annan plats i Sverige); – 52 (21%) av de hemlösa kvinnorna hade varit hemlösa 5 år eller längre

- 146 (43 %) av de 341 kvinnorna hade sammanlagt endast bott på Hvilan 1-9 dagar under den senaste femårsperioden
- 72 kvinnor (21 %) hade däremot sammanlagt bott på härbärgets mellan 50-400 dagar under den senaste femårsperioden; - den grupp som varit hemlösa 5 år eller längre hade i genomsnitt bott längst per person under de två undersökningsåren; i genomsnitt 96,5 dagar
- 243 (71 %) kvinnor hade missbruksproblem; – 120 (35 %) av dem hade enbart missbruksproblem (och inga kända psykiska problem)
- 177 (52 %) hade kända psykiska problem; – 54 (16%) hade enbart kända psykiska problem (och inga kända missbruksproblem)
- 123 (36 %) hade kända psykiska problem/sjukdomar i kombination med kända missbruksproblem; - de med psykiska problem (med eller utan missbruksproblem) hade också i genomsnitt flest vistelsedagar på härbärgets

För 271 (80%) av kvinnorna fanns uppgifter i landstingets slutenvårddata under perioden 1985-1995:

- 177 (65 % av 271; 52 % av 341) hade vårdats på sjukhus för missbruksproblem, blandmissbruket dominerade
- 133 (49 % av 271; 39% av 341) hade vårdats för psykiska problem
- 27 kvinnor (10 % av 271; 8 % av 341) hade vårdats för schizofreni

- 240 (86 % av 271; 70 % av 341) hade vårdats för kroppsliga sjukdomar och skador
- 46 (17 % av 271; 13 % av 341) hade vårdats för suicidförsök eller misstänkt suicidförsök
- 12 kvinnor (4 % av 341) var HIV-smittade
- gruppen kvinnor med missbruksproblem i kombination med psykiska problem/sjukdomar stod för den mesta vården på sjukhus: 22 dagar per person och år.

Ett av studiens syften var att söka ta reda på omfattningen av kvinnornas utsatthet i form av erfarenhet av misshandel. Utifrån slutenvårdsdata och Hvilans journaler framkom att 186 kvinnor (55 % av 341) sannolikt hade erfarenhet av allvarlig misshandel; varav 103 (37 %) hade vårdats på sjukhus för typiska misshandelsskador. Vid en granskning av härbärgets journal framkom att kvinnorna blev misshandlade i första hand av någon man de kände väl (pojkvän, make, i vissa fall son).

Studien pekar bland annat på att kvinnorna inte fått den hjälp de hade rätt till. De kvinnor som hade allvarliga psykiska problem (med eller utan missbruksproblem) kom inte vidare i boende- och vårdssystemet. De stannade under alltför långa perioder på härbärgets eftersom det fattades adekvata boendeformer för kvinnorna att flytta ut till. Samarbetet mellan hjälpsystemen, kommun och landsting, fallerade vilket bidrog till att kvinnornas hemlöshetsperiod förlängdes.

Sedan studien gjordes har mycket lite hänt vad gäller samhällets insatser för hemlösa kvinnor. Hvilan finns kvar och under de senaste åren drivs verksamheten av personalen själva, som ett så kallat intraprenad. Ett fåtal härbärgesplatser för kvinnor har tillkommit sedan 1998. Under en kort period, ett och ett

halvt år (2000-2001), hade kommunen också en särskild uppsökargrupp som var riktad till hemlösa kvinnor (Beijer 2001). En mindre social boendeinstitution för kvinnor med missbruksproblem och psykiska problem har också skapats, men utöver detta har inga särskilda insatser för hemlösa kvinnor skett. Deras situation och möjligheter till hjälp är i stort sett den samma som då. Det finns tvärtom vissa indikationer på att situationen för dem till och med kan ha förvärrats.

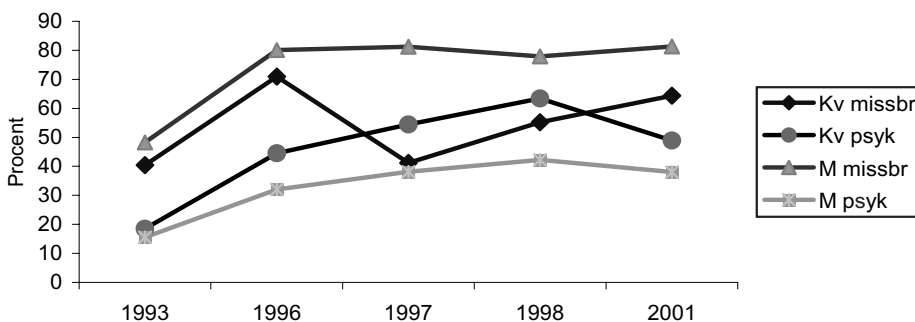
Övriga studier - kartläggningar och en klinisk pilotstudie

Kartläggningar

Under perioden 1993 – 2001 har Stockholms stads FoU-enhet gjort närmast årliga kartläggningar av hemlösa (t.ex. Ågren et al 1994, Finne 2003). Andelen kvinnor bland de hemlösa har under denna period varit mellan 17 % (1993) och 23 % (2001) (Ågren et al 1994, Finne 2003). Medelåldern hos kvinnorna har varierat något och var till exempel år 1997 47 år (männen 45,5 år) och år 2001 43 år (männen 46 år) (Finne 1999, 2003).

Kartläggningen baseras på uppgifter från frivilligorganisationer, sjukvården och socialtjänsten. De sammantagna uppgifterna om till exempel allvarlig psykisk störning är uppgiftslämnarens bedömning om personen i fråga har en ”påtaglig psykisk störning som medför behov av behandling eller omvårdnad” (a.a.). Andelen hemlösa med ”påtaglig psykisk störning” har ökat markant sedan 1993 (figur 1). Andelen hemlösa kvinnor som bedömts ha en ”påtaglig psykisk störning” har alltid varit högre än männen. Under perioden 1993-1998 hade andelen kvinnor med ”påtaglig psykisk störning” också närmast fyrdubblats (3,5 gånger högre 1998). Under samma period hade andelen hemlösa män med samma problematik när-

Andelen hemlösa kvinnor och män med missbruk och psykiska problem



Figur 1. Andelen missbruksproblem och psykiska problem hos hemlösa kvinnor och män enligt FoU-enhetens kartläggningar 1993-2001 (Ågren et al 1994, Finne 1999, 2001, 2003).

mast tredubblats (2,7 gånger högre 1998). Att fler hemlösa kvinnor än hemlösa män har psykiska problem/sjukdomar speglar också övriga samhället där kvinnor oftare än män bedöms ha psykiska problem eller sjukdomar och vårdas också mer för detta (Karlsson 1999).

Pilotstudien

Den kliniska pilotstudie som genomfördes⁵ hösten 2000 bestod av 35 hemlösa, varav 13 kvinnor (Halldin, Beijer et al 2001). Där framkom bland annat att både män och kvinnors fysiska hälsa var nedsatt och att det i båda grupperna fanns behov av medicinsk vård eller behandling av något slag. I studien användes bland annat frågeformuläret ASI där frågor om upplevd och erfaren fysisk och psykisk hälsa ingick. Bland annat fanns frågor om tänka eller genomförda suicidförsök. Av detta framkom att kvinnorna hade tillsammans högre ASI-medelvärde vad gäller fysisk och psykisk hälsa än männen (figur

2, se nästa sida). Ju högre ASI-värde desto sämre erfaren och skattad hälsa.

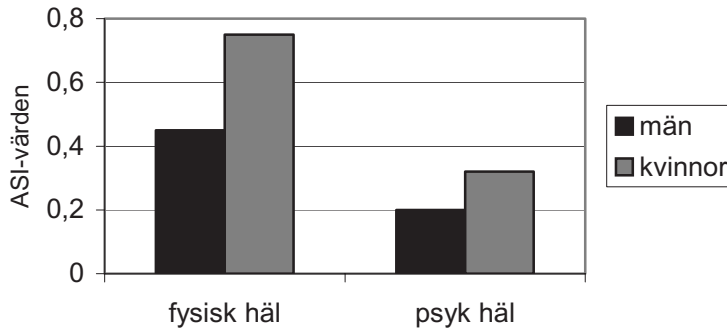
Vid en sammantagen analys av ASI- och hemlöshetsintervjuerna framkom också att cirka tre fjärdedelar av männen och kvinnorna hade erfart problem under uppväxtåren (misshandel, missbruk eller psykisk sjukdom från/hos föräldrar). Andelen kvinnor som hade erfart detta var marginellt något högre.

När det gällde debutåldern för alkohol- och droganvändning fanns också en liten skillnad mellan män och kvinnor. Andelen män som debuterat i åldern 10-14 år var högre än andelen kvinnor.

Sammanfattningsvis - Hemlösa kvinnors hälsa har försämrats

De tre studierna (Inghe 1962, Stadig 1997, Beijer 1998) om hemlösa kvinnor som här presenterats har genomförts under olika decennier och har delvis haft olika frågeställningar, approach och utförande. Trots detta

Fysisk och psykisk hälsa enl. ASI



Figur 2. ASI-medelvärde vad gäller män och kvinnors skattning av fysisk och psykisk hälsa.

kan de i viss mån jämföras med varandra då studierna sannolikt är representativa för den mest utsatta gruppen hemlösa kvinnor eftersom alla studierna utgår från kvinnor som befunnit sig på härbärgen.

Då kartläggningar av hemlösa inte genomfördes på samma sätt under 1960-talet och 1980-talet, som under perioden 1993-2001, går det inte att veta hur stor andel av de hemlösa kvinnorna i Stockholm som de båda studier om Spjutet och Ängshöjdens omfattade. Den sista studien, som gäller åren 1995-1996 (Hvilan) och som berör 341 hemlösa kvinnor, kan dock jämföras med FoU-enhetens kartläggning av hemlösa år 1996 som omfattade 677 kvinnor (Ågren et al 1997).

Vad som kan sägas om gruppen hemlösa kvinnor är att den sociala och psykiatriska problematiken har förvärrats under årens lopp. Även om studierna inte helt går att jämföra visade Gunnar Inghes studie till exempel att 15 % av kvinnorna hade vårdats på mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik. Drygt 35 år senare hade 39 % av kvinnor boende på härbärgen vårdats på sjukhus för

psykiska problem/sjukdomar (Beijer 1998). Likaså hade 5 % i Gunnar Inghes studie fått diagnosen schizofreni medan 8% bland Hvilans kvinnor hade denna diagnos. Att hälften av kvinnorna i de senaste kartläggningarna av hemlösa bedömts ha "påtaglig psykisk störning" bör också betraktas som anmärkningsvärt.

I Ingela Stadigs studie hade de hemlösa kvinnorna fem gånger så många vårdtillfällen på sjukhus som normalbefolkningen. I studien om Hvilans kvinnor hade dessa också vårdats mycket på sjukhus. Den grupp som stod för den mesta vården av Hvilans kvinnor var dem med dubbel problematik, d.v.s. missbruksproblem och psykiska problem/sjukdomar; en grupp som under åren ökat och som bedöms fara särskilt illa.

Gunnar Inge talade för ett differentierat vård- och boendebud där kvinnor kunde gå vidare och inte fastna på härbärgen. Under Ängshöjdens tid skrev dess personal om skillnaden mellan de hemlösa männen och kvinnorna som bodde på institutionen: männen hade större möjligheter, större utbud av olika boendeanternativ än vad kvinnorna

hade, därför blev kvinnorna kvar längre på härbärgat (Ängshöjden 1975). Senare i studien om Hvilans kvinnor framkom att kvinnor med psykiska problem (med eller utan missbruksproblem) var den grupp som inte kom vidare till andra adekvata boendeformer eftersom dessa saknades i hög grad.

Den kliniska studie av hemlösa som genomfördes så sent som år 2000, som består av ett mycket litet antal hemlösa och som därför inte kan sägas vara representativ för hemlöshetspopulationen, bekräftar ändå bilden av hemlösa kvinnors dåliga hälsa.

Sammanfattningsvis kan sägas att inget tyder på att hälsan bland gruppen hemlösa kvinnor i Stockholm förbättrats sedan Gunnar Inghes studie i början av 1960-talet. Samhället tar heller inte bättre hand om de hemlösa kvinnorna idag, utan snarare tenderar den sociala och psykiatriska problematiken för kvinnorna att ha förvärrats, blivit tyngre, vilket i så fall speglar hjälpsystemets svaga och ibland inkompetenta omhändertagande. De diskussioner som förekom efter Gunnar Inghes studie gav heller ingen direkt praktisk hållbar effekt. Spjutet renoverades visserligen, men till följd av att platsantalet minskade vilket bidrog till att ett stort antal hemlösa kvinnor fick avvisas. Även om Ängshöjden byggdes enkom för de hemlösa kvinnorna gick detta inte i linje med Gunnar Inghes bedömning om att kvinnorna behövde mindre och olika typer av boenden eller institutioner. Insatserna som gjordes efter studien var alltså inte fullt ut anpassade till kvinnornas situation och behov, vilket delvis bland annat bevisades av att kvinnorna själva inte uppskattade Ängshöjden.

Under de senaste åren, i samband med och efter rapporten om Hvilans kvinnor, har de hemlösa varit på de politiska partiernas agenda, men ännu har inget verkligt genomgripande hänt för dem när det gäller

att förhindra att deras hälsa försämras. Förvärrad hälsa innebär inte enbart ett personligt lidande utan också i förlängningen en ökad kostnad för samhället. Det finns ett samband mellan hemlöshet och försämrad hälsa (Beijer 2003) varför det är viktigt att bryta hemlösheten så fort som möjligt. Det krävs därför fortfarande en mer genomtänkt strategi för ansvariga inom hjälpsystemet, i första hand från kommunen men också från landstinget. En genomtänkt strategi borde utgå från den hemlöshetsforskning som finns och den som pågår. Genom forskning kan utfallen av insatserna mätas. Bra uppföljningar bör ha en nyckelroll i utformningen av en hemlöshetsstrategi. En mer samlad strategi får till följd att de hemlösa kvinnorna får bättre möjligheter till adekvat hjälp, vård och boende. I förlängningen innebär detta sannolikt att fler blir friskare och att fler förhoppningsvis får större möjligheter att bli före detta hemlösa.

Referenser

- Beijer Ulla (1998): Hemlösa kvinnor i Stockholm. FoU-rapport 1998:7, Forsknings- och utvecklingsenheten, Resursförvaltningen för skola och socialtjänst, Stockholm.
- Beijer Ulla (2001): Kvinnoprojektet – uppsökande verksamhet för hemlösa kvinnor. FoU-rapport 2001:13. Forsknings- och Utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholm.
- Beijer Ulla (2003): "Man försöker anpassa klienten till de resurser som finns" En femårig uppföljning av 82 hemlösa män i Stockholm – de flesta med psykiska funktionshinder. Under publicering (Socialstyrelsen beräknar publicera rapporten före nyår 2003. Eventuellt kommer även Socialtjänstförvaltningens FoU-enhet, Stockholm, att också publicera rapporten år 2004)
- Borg Stefan (1974): Hemlösa män – en socialpsykiatrisk och klinisk undersökning.

Akademisk avhandling KI, Stockholm

Finne Erik (1999): Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 1997. FoU-rapport 1999:12. Socialtjänstförvaltningen, Stockholm.

Finne Erik (2003): Statistik över socialtjänstens kontakter med missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 2001. FoU-rapport 2003:6, Socialtjänstförvaltningens Forsknings- och Utredningsenhet, Stockholm

Halldin Jan, Beijer Ulla et al. (2001): En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa. Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Socialmedicin, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Inghe Gunnar (1962): Klientelet på hotell Spjutet. Stencil Stockholms socialförvaltning.

Karlsson LisBodil (1999): ”Psykiatrisk diagnos: Kvinna?” artikel i Kön och makt i socialt arbete. Artikel i Kön och makt i socialt arbete. Gunnarsson Evy & Schlytter Astrid (red.). Rapport i socialt arbete; 91, Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Norman Johan (1979): Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm. Socialmedicinsk information 1979:3, Göteborg.

Stadig Ingela (1987): Vart har kvinnorna från Ängshöjden tagit vägen? FoU-rapport nr 58, 1987, Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholms socialförvaltning.

Ågren Gunnar, Berglund Edda. och Franér Paul. (1994) Hemlösa i Stockholm. FoU-rapport 1994:18, Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänsten i Stockholm.

Ågren Gunnar, Berglund Edda, Finne Erik och Franér Paul (1997) Hemlösa i Stockholm 1996. FoU-rapport 1997:9, Forsknings- och utvecklingsenheten, Resursförvaltningen för skola och socialtjänst, Stockholm

Åsander Härje (1976): En uppföljande social studie och klinisk-psykiatrisk fältundersökning av hemlösa män i Stockholm, Stockholm

Ängshöjden (1975): Stockholms socialförvaltning, Metodbyrå II. Stockholm

Noter

- 1 Studien baserades på mantalsskrivningens register, socialregistret, straffregistret, centrala fängregistret, polisens register över lösdrivare, register inom pensionsstyrelsen, kontrollstyrelsen, nykterhetsvårdsnämnden, socialstyrelsen, och vårdperioder och diagnoser från Beckomberga, Långbros, S:t Eriks sjukhus och Södersjukhuset.
- 2 Ängshöjdens egna journaler, mantalsregistret, socialvårdsakter, barnvårdsakter, nykterhetsvårdsakter, personakter, landstingets slutenvårdsregister 1969-1983, statistiska centralbyråns register över avlidna.
- 3 Studien är baserad på information från Hvilans journaler/akter, intervjuer med personal, befolkningsregistret och socialstyrelsens sjukvårdsdata 1985-1995.
- 4 ”Som hemlös räknas personer som saknar egen eller förhyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inneboendeförhållande och därför är hänvisade till tillfälliga boendealternativ eller är uteliggare. Till hemlösa personer räknas också de som bor på institution eller härbärke och som inte har någon ordnad bostad vid utskrivningen” (Finne 2003).
- 5 I forskarteamet ingick läkare, psykiatriker, socialarbetare, sjuksköterska, tandläkare, sociolog. De hemlösa blev intervjuade enligt det standardiserade frågeformuläret ASI (Addiction Severity Index). De fyllde i självskattningsformuläret SCL-90. De genomgick en läkarundersökning, röntgenundersökning, lämnade urin- och blodprov och blev intervjuade om sin hemlöshetstillvaro och kontakter med hjälpsystemet. De genomgick också en tandläkarundersökning.