

Utsatthet och hemlöshet

- att se framåt

Jan Halldin

Denna artikel diskuterar utsatthet/hemlöshet i ett framtidsperspektiv. Ämnet belyses från tre perspektiv nämligen forskning, utbildning och klinik. Åtta ansatser för forskning om utsatthet/ hemlöshet presenteras. Författaren argumenterar för mer kunskap i läkarutbildningen om hemlöshet. Slutligen argumenteras för återinrättande av socialläkarverksamhet utifrån författarens erfarenheter.

Jan Halldin, leg.läk. och medicine doktor i socialmedicin. Har tidigare arbetat inom psykiatri och beroendevård inom Stockholms läns landsting. Har också i 15 års tid tjänstgjort som socialläkare. Senaste tio åren bl.a. arbetat med forsknings- och utvecklingsfrågor rörande hemlöshet.

Kontakt: Jan Halldin, Leg.läk., med.dr., Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin, Norrbacka, SE-171 76 Stockholm, e-mail: jan.halldin@sll.se

Forskning.

Om vi ser inte endast till de hemlösa utan vidgar begreppet till *utsatta* finns återkommande undersökningar som dominerat i Sverige under de senaste decennierna nämligen befolknings- och levnadsundersökningarna ULF (Utredningen om levnadsförhållanden) och LNU (Levnadsnivåundersökningen) samt folkhälsorapporter både nationellt och i Stockholms län. Bortfallet i dessa undersökningar är numera i storleksordningen 23-38 procent. I bortfallet finnas de utsatta grupperna, bl.a. de hemlösa, som därför måste studeras med andra metoder. Därför är det så efterlängtad att *Bo Burström och medarbetare* kan presentera en speciell folkhälsorapport om utsatta grupper *Hälsa och livsvillkor bland socialt och*

ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län (1).

Vilken forskning görs och behövs göras rörande utsatta grupper/hemlösa?

1. Fortsatta kartläggningar av hemlösa både nationellt av Socialstyrelsen och i Stockholm av Stockholms stad. Då Socialstyrelsens kartläggningar också innehåller siffror från Stockholms stad finns det enligt min mening skäl att överväga om inte dessa två kartläggningsundersökningar fortsättningsvis kunde slås ihop. Därigenom skulle man förutom ökade resurser få samma kriterier på definition av hemlöshet, ha samma frågebatteri och i framtiden rikta sig till samma enheter vid kartläggningarna.

2. Fortsatta folkhälsorapporter om utsatta grupper.
3. Klinisk forskning.
4. Kvalitativa intervjuer med utsatta människor såsom hemlösa [Jfr. Andersson och Swärd 2007 (2)].
5. Longitudinella studier. Studera hur människor bl.a. går in och ut ur hemlöshet över tid.
6. Studera hur nationell och lokal politik (exempelvis bostadspolitik) med officiella beslut, måldokument och regelverk styr exempelvis hemlösheten. Ett bra exempel är *Cecilia Löfstrands* avhandling *Hemlöshetens politik. Lokal policy och praktik* (3).
7. Studera offentliga institutioners kontra frivilligorganisationers arbete för utsatta grupper som hemlösa. [Jfr Lars-Erik Olsson (4)].
8. Studera effekten av riktade insatser till hemlösa (exempelvis vid ”Hållpunkten” – de hemlösas vårdcentral på Södermalm i Stockholm).

Nätverk för forskning och utveckling.

Det behövs nätverk för forskning och utveckling. Några viktiga aktörer i Stockholmsområdet är Karolinska Institutet, Stockholms Universitet (Socialhögskolan), Stockholms läns landsting, Folkhälsoinstitutet, Ersta Sköndals högskola, Stockholms stad, Socialstyrelsen och Frivilligorganisationerna.

Utbildning.

På den socialmedicinska kursen på läkarutbildningens sista termin på Karolinska Institutet har under senare år 8-10 läkarstudenter i varje kurs gjort

ett projektarbete om hemlöshet. Detta har varit mycket uppskattat.

Det behövs idag mycket mer utbildning för läkarstudenter, inte minst praktisk, rörande de mest utsatta i vårt samhälle. Framför allt måste studenter få träffa hemlösa personer och även personal som jobbar med dem. Skall vi få läkare som i framtiden vill ägna sig åt de mest utsatta är det en nödvändighet att Karolinska Institutet i sin läkarutbildning gör en ordentlig satsning inom detta område.

Något paradoxalt kan det tyckas vara att det är och under senare år har varit mycket enklare att få positiva gensvar i utbildning om hemlöshet för blivande tandläkare än för blivande läkare. Man kan fundera över denna skillnad.

Klinik.

Jag tror av flera skäl att det är viktigt att också forskare rörande utsatta grupper/hemlösa har arbetat i den kliniska verkligheten.

Anders Annell slutade i år som den siste socialläkaren i Stockholm. Det sista socialläkarteamet i Sverige var Sundbybergs som upphörde år 2006. Kommunernas möjligheter att anställa socialläkare upphörde i och med den nya hälso- och sjukvårdslagen 1982 (5). Enligt hälso- och sjukvårdslagens 5§ skulle primärvården ta över och sköta de mest utsattas sammansatta ohälsa och vårdbehov. På grund av bristande tid och kompetens från primärvårdens sida har detta inte skett. Nu blir detta en ännu större utopi i en i allt högre grad privatiserad primärvård i Vårdval Stockholm som gäller från 2008.

Egna erfarenheter som socialläkare

Jag sökte mig i början av 1970-talet till en typ av verksamhet där jag som läkare kom i kontakt med patienternas sociala miljö och hemmiljö och kunde ställa den i relation till deras medicinska tillstånd. Jag fick som socialläkare ett helhetsperspektiv på människan, hon var inte enbart en missbrukare eller en psykisk sjuk eller en patient med dubbeldiagnos. Jag var först socialläkare i fem år i Sollentuna och sedan i tio år i Sundbyberg. Jag arbetade i team med två sjuksköterskor och en läkarsekreterare i båda kommunerna samt dessutom med några fältarbetare och en psykolog i Sollentuna respektive en kurator i Sundbyberg.

Genom att jag var socialläkare och anställd av kommunen hade jag hela tiden ett nära samarbete med socialtjänsten. Jag deltog också i sociala centralnämndens sammanträden. I övrigt samarbetade socialläkarteamet med bl.a. försäkringskassa, arbetsförmedling och frivilligorganisationer i respektive kommun. Genom att jag var läkare kunde jag remittera in patienter till sjukhus för vård om det behövdes och blev då inte ifrågasatt av sjukvården.

Teamet arbetade med alkohol- och drogmissbrukare på respektive kommuns alkoholpoliklinik på förmiddagar och två kvällar i veckan. På eftermiddagar ägnade vi oss ofta åt uppsökande arbete på fältet bl.a. till svårt psykiskt sjuka. Jag gjorde då ibland vårdintygsbedömningar - ett ofta tidskrävande arbete där ibland svåra hotfulla situationer uppstod. I dessa ärenden samarbetade vi ofta

med polisen. På den tiden fanns det i Stockholms län fem akutpsykiatriska mottagningar och vi skickade våra patienter till en sådan psykiatrisk akutmottagning eller till Ulleråkers sjukhus i Uppsala – det senare alternativet gällde vårdintygsärenden.

Numera finns det i Stockholms län en länsövergripande psykiatrisk akutmottagning vid S:t Görans sjukhus. På den tiden fanns det i Stockholms län också betydligt fler psykiatriska vårdplatser än idag. När man ser vilka få resurser psykiatrin har idag jämfört med då framför allt för de svåra psykiatriska tillstånden är det inte så svårt att förstå att det är kris i dagens svenska psykiatri. Hur har vi i Sverige kunnat tillåta att det blivit så?

Vi arbetade också förebyggande exempelvis deltog vi i Sundbyberg i framtagandet av ett alkohol- och drogpolitiskt program där jag som socialläkare fick hålla i utbildning på kvällstid för bland annat skolpersonal och frivilligorganisationer.

Som socialläkare hade jag hela tiden kännedom om vilka utsatta områden som fanns i kommunen, i vilka hus det bodde missbrukare eller psykiskt sjuka. Utifrån denna kunskap diskuterades tillsammans med socialchef och kommunpolitiker olika strategier för att komma tillrätta med problemen.

När det gäller forskning och utvärdering så gjorde vi i dessa två kommuner åtminstone tre forskningsprojekt eller utvärderingar som publicerades.

Ovan beskriven socialläkarverksamhet skiljer sig en del från hur en sådan verksamhet såg ut i Stockholms stad.

Vad bör göras

Jag tycker att det i idag finns skäl att överväga att inrätta socialläkarteam med ungefär den personalstyrka som jag beskrivit ovan från Sollentuna och Sundbybergs kommuner. Teamen skulle inrättas i stadsdelar eller förortskommuner till Stockholm där det bor många utsatta människor. En huvuduppgift för dessa team vore att bevaka de mest utsatta gruppernas situation i respektive kommun eller stadsdel. Jag är övertygad om att sådana socialläkarteam också skulle utgöra en stor hjälp vid exempelvis handläggning av akut psykiskt sjuka bl.a. i vårdintygsbedömningar. Detta har jag skriftligen framfört som remissvar på slutbetänkandet av Miltons psykiatriutredning.

Socialläkaren borde i delar av sin tjänst kopplas till en socialmedicinsk enhet för hjälp med utvärdering och forskning i sin stadsdel eller kommun.

Jag tror att även om vi inrättade socialläkarteam kan det idag vara svårt att hitta läkare som söker sådana tjänster. Därför är det nödvändigt, som jag redan poängterat, att vi i läkarutbildningen gör en ordentlig satsning på dessa frågor.

Summary in English

Disadvantage and homelessness - a look forward

This article discusses disadvantage and homelessness in a future prospect. The matter is illustrated from three perspectives: research, education and clinical treatment. Eight suggestions for research about disadvantage/homelessness are presented. The author argues in favour of increased knowledge about homelessness in the medical training. According to previous experience of the author, the re-introduction of social medical officer's teams should be considered.

Key words: disadvantage, homelessness, research, education, clinical treatment, social medical officer's teams.

Referenser

1. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Centrum för folkhälsa. Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, Stockholms läns landsting. Rapport 2007:5.
2. Gunvor Andersson & Hans Swärd. Vad kan hemlösa barn berätta om dagens hemlöshet? Socialmedicinsk tidskrift 2008;84 (1):
3. Löfstrand Cecilia. Hemlöshetens politik. Lokal policy och praktik. Malmö. Égalité. 2005
4. Lars-Erik Olsson. Civila samhället och utsatta medborgare – hemlöshet som exempel. Socialmedicinsk tidskrift 2008;84 (1):
5. Socialstyrelsen. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska kompetensen för läkare. Socialstyrelsen september 2005.