

Att utforska hälsan hos samhällets mest utstötta grupper

Jan Halldin

Svensk socialmedicin har tidigare mycket tack vare Gunnar Inghe, Sveriges förste socialläkare och förste socialmedicinske professor, ägnat sitt huvudintresse åt utsatta/utstötta grupper. Inghe bedrev kliniska studier av bl.a. hemlösa i Stockholm i början av 1960-talet. Även under 1970-talet fanns ett starkt svenskt intresse för kliniska socialmedicinska studier av hemlösa, vilket resulterade i tre medicinska doktorsavhandlingar. Under senare decennier har inga kliniska studier av hemlösa inkluderande läkarundersökningar utförts i Sverige förän en klinisk pilotstudie av 35 hemlösa gjordes i Stockholm hösten 2000.

ULF- och Levnadsnivåundersökningarna görs med regelbundna intervall i vårt land. De höga bortfallen på 20-30% och de förhållandevis små urvalen gör att utstötta /utsatta grupper inte finns representerade i dessa studier.

Utsötta/utsatta grupper har under det senaste decenniet alltmer stötts ut från hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens vård- och omsorgstjänster men även från socialmedicinsk forskning och undervisning. Därför behöver forskning och undervisning i klinisk socialmedicin åter få en mer framträdande plats i Sverige.

Jan Halldin är medicine doktor och tjänstgör som överläkare vid Socialmedicin Norrbacka i Stockholm.

Artikeln bygger på ett föredrag presenterat vid Svensk socialmedicinsk förenings höstmöte Uppsala 18-19/10 2000.

Historik

En huvuduppgift för svensk socialmedicin har varit att på olika sätt synliggöra utstötta/utsatta gruppers situation i vårt samhälle – en inriktning som jag hoppas, men inte är helt övertygad om, fortfarande gäller.

Att denna inriktning väcktes och hölls vid liv inom socialmedicinen tror jag ligger mycket i Gunnar Inghe både som person och i sina roller som socialpolitiker, samhällsdebattör, läkare och forskare. Han bedrev kliniska studier av samhällets mest utstötta/utsatta grupper, bland annat av de hemlösa i Stockholm i början på 60-talet (1,2). Inghe var både Sveriges förste socialläkare och förste socialmedicinske professor. Hans mest

spridda skrift, *Den ofärdiga välfärden* från 1967 (3), som han skrev tillsammans med sin hustru Maj-Britt, fick ett mycket starkt genomsåg i den socialpolitiska debatten.

Även in på 1970-talet fanns ett starkt intresse för kliniska socialmedicinska studier av hemlösa i Stockholm, vilket bl.a. resulterade i tre medicinska doktorsavhandlingar (4 - 6). Under 1980- och 90-talen utfördes så vitt jag vet inga kliniska studier inkluderande läkarundersökningar av hemlösa i Sverige. Den kliniska pilotstudie av hemlösa som under hösten år 2000 genomfördes i Stockholm bryter därför en 25-årig tystnad inom detta angelägna forskningsfält (7).

I slutet av 1980-talet fick den Socialmed-

icinska Institutionen vid Karolinska Institutet genom stöd från Folksams sociala råd och från dess vetenskapliga råd möjlighet att följa upp makarna Inghes studie *Den ofärdiga välfärden*. Detta arbete ledde till fyra böcker av vilken den mest spridda är *Uteliggarna i välfärdssamhället* från 1989 (8), som också blev en TV-film med samma namn. De övriga böckerna handlar om fångarna (kriminalitet, drogmissbruk och prostitution)(9), de handikappade(10) samt invandrarna i välfärdssamhället (11). Böckerna täcker väl in vilka grupper som man idag kan räkna till de mest utstötta/utsatta i vårt samhälle.

I häfte nr 5 från 1991 av *Socialmedicinsk tidskrift* med huvudtemat *Svensk hälso- och socialpolitik på 1990-talet* (12), understryker flera av författarna den ovan beskrivna traditionen för svensk socialmedicin att ägna sitt huvudintresse åt utstötta/utsatta grupper. Numret gavs ut med anledning av att den socialmedicinska institutionen på Kronan i Sundbyberg firade sitt tioårsjubileum. Professor Leif Svanström anger redan i inledningen till numret att de utsatta gruppernas situation alltid är det centrala målet för socialmedicinsk forskning, undervisning och aktion. Ilmar Reepalu, känd socialdemokrat och kommunalråd i Malmö med ansvar för sjukvården, lyfter fram vårt lands socialläkarrapporter skrivna för hundra år sedan. Dessa skildrade på ett realistiskt sätt de stinkande fuktiga källarbostäder som folk bodde i och därmed sammanhängande problem med fattigdom, undernärda barn, m.m. Rapporterna utmynnade i krav på konkreta åtgärder. Liknande rapporter skrevs i olika länder i Europa i slutet av 1800-talet. Synsättet var att välfärden i ett samhälle beskrivs utifrån de mest utsattas situation. Reepalu anger att det från 30-talet till slutet av 70-talet närmast varit ett axiom

Synsättet var att välfärden i ett samhälle beskrivs utifrån de mest utsattas situation

att välfärden ökar när de sämst ställda får det bättre. Jag instämmer till fullo i denna uppfattning och vill också hävda att detta fortfarande borde gälla.

Numera finns endast enstaka socialläkare kvar i vårt land, varför inga socialläkarrapporter längre blir skrivna, vilket är en orsak till vår ringa aktuella kunskap inom detta område.

Reepalu påpekar också 1991 att vi efter några års förebyggande arbete har kunnat registrera att välfärdsklyftorna ökar. Programmen för förebyggande arbete har lagts upp utifrån våra egna samhällsvärderingar. Vi har definierat det goda livet utifrån ett medelklassperspektiv och gått ut med program för att få människor att välja en annan livsstil och ett friskare liv. Människor som har den sämsta livskvaliteten med dålig självkänsla och självrespekt nås ej av denna hälsoinformation. Här står andra jordnära saker i förgrunden som möjligheter att få arbete, bostad, mat för dagen m.m. Även i detta är det inte svårt att hålla med Reepalu.

Stig Åhs, folkrörelseman, forskare och tidigare sjukvårdspolitiker, skriver i sitt inlägg i *Socialmedicinsk tidskrift* 1991 att han tror på välfärdssamhället och de ideal och den människosyn som ligger bakom strävan att fördjupa välfärdssamhället. Han påpekar vidare, alltså redan för tio år sedan, att det även inom arbetarrörelsen, finns få politiker som slår vakt om och argumenterar för välfärdssamhället. Denna tendens har enligt min mening blivit allt tydligare under 1990-talet.

1990-talet

Jag var chefföverläkare på en missbruksklinik i Stockholm i nio års tid fram till hösten 1996. Under denna period skedde stora omstruktureringar och neddragningar inom vården på både landstings- och kommunsidan. Det kort-siktiga ekonomiska tänkandet sattes allt mer i förgrunden medan vård- och omsorgs-perspektivet mer och mer kom i bakgrunden. Tre av fem psykiatriska akutmottagningar inom Stockholms läns landsting lades ned i mitten på 1990-talet. Speciellt minns jag spar-betinget på tre miljarder kronor åren 1996-98 inom Stockholms läns landsting. Detta drab-bade olika vårdområden, såväl somatiken som allmänpsykiatri och missbrukarvården. Även under första hälften av 1990-talet var exem-pelvis psykiskt störda missbrukare en priori-terad patientgrupp inom landstinget. Nästan över en natt kom nedskärningarna att drabba även dessa patienter, som nu inte längre prio-riterades inom vården. Exempelvis fick un-dertecknad efter att ha initierat och byggt upp en speciell vårdavdelning för psykiskt störda missbrukare i mitten av 1990-talet året därpå lägga ned avdelningen. För mig framstår detta skeende fortfarande som nästan ofattbart spe-ciellt som det skedde under en socialistisk mandatperiod inom Stockholms läns lands-ting. Dessutom gjordes mig veterligen inga uppföljningar av konsekvenserna för patien-terna av 1990-talets vårdnedläggningar.

Jag kom hösten 1996 åter till Socialmedi-cin och deltog i ett team som bl.a. företog fält-studier rörande hemlösheten i Stockholm. Dessa studier finns redovisade i KI-rappor-ten 1998:2, *Socialt och socialmedicinskt kli-ent- och patientorienterad verksamhet för ut-stötta grupper - främst bostadslösa - En mo-dell för klinisk intervention och forskning* (13).

När nu ekonomin i Sverige har vänt, tycker man att det skulle innebära att även ut-stötta/utsatta grupper fick del av detta

När nu ekonomin i Sverige har vänt, tycker man att det skulle innebära att även utstötta/ utsatta grupper fick del av detta. Jag vill då kort lämna en aktuell beskrivning från fältet i samband med genomförandet av den kliniska pilotstudien hösten år 2000. En morgon åkte jag och en sjuksköterska ut och hämtade två hemlösa på Frälsningsarméns natthärbärge för hemlösa män i Midsommarkransen. Anled-ningen var att dessa män accepterat att delta i pilotstudien. Natthärbärgets ligger i en gam-mal skola. Tre skolsalar har gjorts om till sov-salar med plats för nio män i varje. För att nå härbärgets, som ligger en trappa upp, måste man gå uppför en brant stentrappa. Någon hiss finns ej. När vi anländer strax efter klockan åtta på morgonen har flera gäster redan läm-nat härbärgets. Flera av dem som är kvar är narkotikapåverkade, jag ser minst en person som är psykotisk. Läget tycks vara värre nu än för några år sedan. Sjuktransportbilar kom-mer direkt från akutsjukhusen till härbärgets. Personerna är för dåliga för att åka taxi. Pa-tienter kan komma med rollator eller på kryckor trots att det inte finns hiss upp till härbärgets. För någon vecka sedan hade en person som legat på ett av Stockholms-sjukhusen för epileptiska anfall skrivits ut direkt till härbärgets och där samma natt fått ett nytt stort epileptiskt anfall varför perso-nen fått akut skickas till sjukhuset igen. Allt detta händer idag i Sverige. Jag skäms.

Vad vet vi idag om välfärden?

I *Social rapport 2001* från Socialstyrelsen (14) konstateras att under 1990-talet blev de

fattiga fler och fattigare i Sverige.

I februari 1999 tillkallade socialminister Lars Engqvist en kommitté av forskare under ordförandeskap av Joakim Palme med uppdrag att göra ett välfärdsboksut över 1990-talet. I januari 2000 överlämnade kommittén sitt delbetänkande *Välfärd vid vägskalet* (15). Där sägs att om man summerar utvecklingen under 1990-talet så långt fram som underlaget tillåter så har vi idag en lägre välfärd än vid decenniets inledning, även om det inte saknas exempel på motsatsen.

Ett allvarligt problem är att det i både Social Rapport och Kommittédeltbetänkandet finns kunskapsluckor rörande samhällets mest utstötta grupper exempelvis hemlösa.

Varför dessa kunskapsluckor?

Stora *befolkningsurvalsundersökningar* som ULF- och Levnadsnivåundersökningarna görs i vårt land med vissa intervall. Undersökningarna har bortfall på 20-30%.

Dessutom görs *folkhälsoenkäter* exempelvis i Stockholms län senast hösten 1998 med ett bortfall på 36% (16).

Ovanstående befolkningsurvalsstudier tillför ingen kunskap om utstötta/utsatta grupper dels p.g.a. att urvalen är förhållandevis små men framför allt beroende på de stora bortfallen i vilka utstötta/utsatta grupper hamnar.

Det görs också *undersökningar av vissa sjukdomsgrupper i befolkningen* exempelvis i den aktuella PART-studien – en studie av psykisk hälsa i Stockholms län. Även i denna typ av studier kommer oftast de mest utstötta/utsatta grupperna bort.

Det finns också data från *befintliga register*, exempelvis cancerregistret, slutenvårdsregistret mfl. Det fordras dock att en hemlös kan definieras i registret vilket är ett problem idag. Dessutom står de mest utstötta/utsatta

I både Social Rapport och Kommittédeltbetänkandet finns kunskapsluckor rörande samhällets mest utstötta grupper exempelvis hemlösa

grupperna idag alltmer utanför bl.a.sjukvården varför de av denna anledning inte finns med i dessa register.

Studier av hemlösa under 1990-talet.

1) Kartläggningar.

Hemlösheten har i Sverige undersökts av Socialstyrelsen 1993 och 1999 och Stockholms stad har genom sin FoU-enhet sedan 1993 gjort upprepade numera årliga kartläggningar av hemlösa i Stockholm (FoU rapport senaste 2000:5) (17).

Ett problem när det gäller hemlöshet är definitionen av begreppet. Olika undersökningar har använt olika definitioner. Socialstyrelsen ändrade sin definition från 1993 till 1999 vilket något påverkat deras frekvensberäkningar. Däremot har Stockholms stad vid sina kartläggningar under 1990-talet använt samma definition, vilken lyder:

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

Från 1993 till och med 1998 har enligt Stockholms stads kartläggningar antalet hemlösa legat ganska konstant omkring 3000 i huvudstaden. Det mest anmärkningsvärda fyndet är att andelen hemlösa, som har påtaglig psykisk störning, som medför behov av behandling eller omvårdnad, tredubblats från

Det mest anmärkningsvärda fyndet är att andelen hemlösa, som har påtaglig psykisk störning, som medför behov av behandling eller omvårdnad, tredubblats från 17% 1993 till 47% 1998

från 17% 1993 till 47% 1998 (44% 1999 prel).

Tack vare att samma definition och metodik används vid Stockholms stads kartläggning av hemlösa från och med 1993 och framåt erhåller vi fortlöpande viktig kunskap om hur hemlösheten över tid utvecklas i Stockholmsregionen. Kartläggningarna säger dock inget om hemlöshetens orsaker eller om processen in och ut ur hemlöshet. De bygger enbart på uppskattningar av vårdgivare, vilka kan ha en viss men begränsad uppfattning om psykisk sjuklighet och missbruk. För att få en uppfattning om hemlösas fysiska hälsa och om deras i övrigt sammansatta sjukdomstillstånd och vårdbehov måste han/hon intervjuas och läkarundersökas. I en amerikansk studie av närmare 1500 psykiskt sjuka hemlösa identifierade vårdgivarna oftare klientens behov av hjälp för psykisk sjukdom och missbruk medan de hemlösa själva oftare identifierade sig ha behov av tandvård och medicinsk service (18).

2) Intervju- och fältstudier av hemlösa

Stockholms stads FoU-enhet har gjort intervju- och fältstudier av olika kategorier hemlösa exempelvis hemlösa män och kvinnor med utomnordisk bakgrund (19), psykiskt störda hemlösa (20) samt hemlösa kvinnor (21).

Vår egen tidigare nämnda KI-rapport 1998:2 hör också hit (13).

3) Sociala författarreportage.

Maj-Gull Axelsson är en aktuell svensk skönlitterär författare som tidigare skrivit sociala

reportage bl.a om gatubarn i Latinamerika. Hon har också skrivit boken *och dom som inte har* (1996) (22), i vilken 14 personer med mycket låga inkomster i Sverige följts under åren 1992-95.

Hälsoprogram för utstötta/utsatta grupper

Socialmedicin, tidigare Kronan numera Norrbacka, beslutade för många år sedan att utveckla ett Hälsoprogram för utstötta grupper innehållande fyra olika delar

1) Patient- och klientorienterad socialmedicin, 2) Epidemiologisk bevakning, 3) Lokalt folkhälsoarbete och 4) Information och undervisning.

Undertecknad fick ansvaret för den patient- och klientorienterade verksamheten. I den tidigare nämnda KI-rapporten 1998:2 föreslog vi inrättandet av en basresurs (öppenvårdsmottagning) för hemlösa i Stockholm (13). På basresursen skulle finnas en samlad social- och sjukvårdskompetens, som också skulle bedriva uppsökande verksamhet och ha både Stockholms stad och Stockholms läns landsting som fungerande huvudmän. Till basresursen föreslogs knytandet av en särskild forskningsfunktion med följande huvudmän:

- 1) Inst. för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin KI.
- 2) Inst. för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- 3) FoU-enheten vid Stockholms stads resursförvaltning för skola och socialtjänst.

Det politiska beslutet försommaren 1998 blev inte någon basresurs utan i stället en förstärkning av det redan 1997 inrättade psykiatriskt uppsökande teamet för hemlösa utgående från Centrala Stockholms sjukvårdsområde samt inrättandet av ett nytt mobilt team för hemlösa utgående från Beroendecentrum

Syd. Vi har från Socialmedicin Norrbacka ett nära samarbete med båda teamen, som också är mycket uppskattade från kommun, landsting och frivilligorganisationer samt inte minst av de hemlösa själva.

Klinisk pilotstudie av hemlösa

Med hjälp av medel från Axel och Margaret Ax:son Johnsons stiftelse genomfördes under tre månader hösten 2000 en klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Syftet med pilotstudien var att finna optimala och lämpliga undersökningsinstrument, interventionsmetoder och genomföranderutiner för en större klinisk studie av hemlösas ohälsa i Stockholm.

I pilotstudien, som genomfördes i lokaler tillhörande mobila hemlöshetsteamet på St.Göran sjukhus, gjordes läkar- och tandläkarundersökningar, socialarbetarintervjuer angående bl.a. hemlöshetsituationen, intervjuer med strukturerade frågeformulär, sedvanliga blod-/urinprover, missbrukstester i urin, infektionstester, lungrtg.

Resultaten håller på att bearbetas. Preliminärt framkommer att missbruk och hepatiter är vanligt förekommande hos de undersökta samt att hemlösa har sammansatta och sammanvävda sjukdomstillstånd och vårdbehov av medicinsk, odontologisk, missbruks- och social natur.

Särskild öppenvårdsmottagning för hemlösa behövs

Den kliniska pilotstudien understryker kravet på att det i en storstad som Stockholm inrättas en särskild öppenvårdsmottagning för hemlösa där en allmänläkare i samverkan med bland andra olika medicinska specialister, sjuksköterskor, tandläkare och socialarbetare tjänstgör i team på de hemlösas egna villkor. Till denna

öppenvårdsmottagning för hemlösa bör knytas en fältstation för utvärdering och forskning. Till de basala forskningsuppgifterna hör följande:

- undersöka medicinsk och social ohälsa, tandstatus, alkohol- och annan drogkonsumtion samt fastställa vård- och omsorgsbehov hos hemlösa/ utstötta grupper.
- undersöka varför hemlösa/utstötta grupper "halkat" ur det reguljära vårdsystemet.
- undersöka hur hemlösa/utstötta grupper åter skall få tillgång till den reguljära vårdorganisationen och där på sina egna villkor få sina vårdbehov tillfredsställda.

Vi behöver också rörande hemlösa göra kvalitativa longitudinella studier bl.a. för att följa processen in och ut ur hemlöshet.

I boken *hemlöshet. En antologi om olika perspektiv & förklaringsmodeller* (2000) (22) har olika svenska hemlöshetsforskare skrivit var sitt kapitel. Det framkommer av antologin att hemlösheten är ett mycket komplext problem med många olika samverkande och sammanvävda orsaker och konsekvenser. För att gå vidare i hemlöshetsforskningen är det nödvändigt att både olika institutioner och enskilda forskare utifrån sina olika perspektiv och forskningskulturer samverkar. Detta i syfte att lägga upp gemensamma strategier och hypoteser för att närmare klargöra hemlöshetens olika dimensioner både ur ett övergripande samhälls- och ett mer individuellt perspektiv.

Klinisk socialmedicin och undervisning

Med klinisk socialmedicin menas en läkarinsats, som har till syfte att trots sjukdom bevara eller utveckla optimal funktion hos en individ och som utgår från en samlad biologisk, psykologisk och social analys, målsättning och handlingsplan. Definitionen härrör

För att få möjlighet att utveckla undervisning, klinik och forskning inom klinisk socialmedicin behöver vi skapa nätverk från socialmedicin till olika kliniska discipliner

från Danmarks förste professor i socialmedicin Paul Bonnevier. I undervisningen av läkarstudenter anser jag att klinisk socialmedicin bör inta en central roll. Det finns en nära koppling mellan klinisk socialmedicinsk forskning och undervisning. För att få möjlighet att utveckla undervisning, klinik och forskning inom klinisk socialmedicin behöver vi skapa nätverk från socialmedicin till olika kliniska discipliner. Dessutom behöver vi i Sverige få en lärobok i klinisk socialmedicin. För att få till stånd en sådan bok kan vi ta hjälp av den danska lärobok som redan nu finns i ämnet (23).

Sammanfattning och avslutning

Det centrala målet för socialmedicinsk forskning, undervisning och aktion är de utstötta/utsatta gruppernas situation. Det finns dock många tecken som visar att utstötta/utsatta grupper under det senaste decenniet i Sverige allt mer stötts ut från hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens vård- och omsorgstjänster men även från socialmedicinsk forskning och undervisning. Jag skulle vilja att krafttag togs för att ändra på detta förhållande bland annat genom att forskning och undervisning i klinisk socialmedicin åter fick en mer framträdande plats i Sverige. Det är anmärkningsvärt att de stora forskningsråden alltsedan Gunnar Inghes tid visat så litet intresse för forskning avseende utstötta/utsatta grupper.

Jag skulle vilja avsluta med ett citat ur Gunnar och Maj-Britt Inghes bok *Den ofärdiga välfärden* från 1967 (3).

”Denna brist på medkänsla och solidaritet i konkurrenssamhället, denna avhumanisering i trygghetens hägn förklarar åtskilligt som kan synas oförklarligt för den som står mitt uppe i arbetet bland sjuka, olyckliga och förkomna människor, och som ofta tycker sig kämpa en ojämn kamp mot likgiltighet och slentrian.”

Detta skrevs för 34 år sedan men skulle lika väl kunna vara nedtecknat idag. Just för att förstå och motverka denna avhumanisering som idag sker i vård och omsorg och gentemot utstötta/utsatta människor måste även vi som forskare och lärare i socialmedicin i dialog möta människor som hamnat i utanförskap i hemlöshet, fattigdom, sjukdom, missbruk, ensamhet eller vad det nu kan vara.

REFERENSER

3. Inge G, Inge M-B (1967): *Den ofärdiga välfärden*. Stockholm: Tidens förlag, Folksam.
7. Halldin J (2000): En klinisk pilotstudie av hemlösa i Stockholm. Föredrag vid Svenska Läkarsällskapets Riksstämma i Göteborg 29/11 – 1/12 2000.
8. Stenberg L, Svanström L, Åhs S (1989): *Uteliggarna i välfärdssamhället*. Kristianstad: Tidens förlag, Folksam.
12. *Socialmedicinsk tidskrift* (1991): Svensk hälso- och socialpolitik på 1990-talet. Häfte 5, 68:e årg., 1991.
13. Halldin J, Stenberg L, Sundgren M, Åhs S (1998): *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.
22. Runqvist W, Swärd H (red.) (2000): *hemlöshet. En antologi om olika perspektiv & förklaringsmodeller*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
23. Michelsen N, Toftgaard Jensen B, Vinther Nielsen C, Schroll M (2000): *Klinisk socialmedicin*. 2 udgave. Köpenhamn: Munksgaard.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.