

Hemlösheten i Stockholm med fler kvinnor och psykiskt sjuka - en social och socialmedicinsk utmaning.

Jan Halldin

Stig Åhs

Magnus Sundgren

Antalet hemlösa i Stockholm förefaller inte ha ökat de senaste åren. Däremot har andelen psykiskt sjuka hemlösa fördubblats och andelen hemlösa kvinnor ökar markant. Mycket tyder på att missbruket ökar bland hemlösa. De hemlösas försörjningsförhållanden försämrats. Artikeln behandlar i översiktlig form tänkbara faktorer på olika nivåer som var för sig eller i samverkan bidrar till såväl utstötning som försämring av villkoren för redan utstötta - däribland arbetsmarknaden, socialförsäkringsystemen, sjukvårdens och socialtjänstens styrinstrument och organisationsformer. I artikeln redogörs också för ett projekt som syftar till samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård för att på ett okonventionellt sätt möta de hemlösas behov av vård, behandling och omsorg. Social och socialmedicinsk klinisk forskning avses knytas till verksamheten.

Med dr Jan Halldin är överläkare vid socialmedicin Kronan och tidigare bl a verksam som chefsöverläkare vid toxikomanikliniken, Danderyds sjukhus och som socialläkare. Magnus Sundgren är socionom och tidigare verksam i Stockholms socialtjänst bl a i barnbyn Skå och som chef för den strategiska enheten för individ- och familjeomsorg. Stig Åhs, tidigare verksam i Barnbyn Skå och i Folksams sociala och vetenskapliga råd, är nu knuten till institutionen för folkhälsövetenskap vid Karolinska institutet.

Inledning

"...efter att ha uppgivit namn och födelseår, mantalsskrivningsort samt yrke och tillfrågats, om vi voro tysta och ordentliga, fingo vi för en avgift av 30 öre en sängplats. ... Vi passerade ett 30-tal rum med 180 sängplatser. Det berättas oss, att alla gäster ovillkorligen måste lämna sina platser kl. 9 f.m. oavsett vardag eller söndag, vintertid eller väderlek. Ingen får heller komma in före kl. 6 e.m. Berusade personer sades ej få tillträde. Den som smugglar

in rusdrycker riskerar att avvisas. Madrasser och filter voro ganska smutsiga. Lakan och handdukar sades bli utbytta var fjortonde dag. Tvättrummet var för litet och ganska smutsigt. Där kasta gästerna ock sitt vatten..."

Citatet ur en rapport sammanställd av 12 medborgare i Stockholm, som, i små grupper, i december 1912 besökte olika härbärgen i staden (Social Tidskrift nr 3, 1913. Se även Swärd 1995). Hemlösheten är inte ny. Inte heller uppmärksamheten.

A. Lindhagen skrev i Social Tidskrift 1901 om "*Ett besök på Stockholms asyl för husvilla*". Andrew Alfvén skrev 1913, likaledes i Social Tidskrift (nr 3) om "*Ungkarlshotell och natthärbärgen i Stockholm*". Några av huvudstadens förmästa pästärder."

I modern tid är makarna Inghes olika publikationer betydelsefulla - t ex *Fattiga i folkhemmet* från 1960, *Klientelet på ungarshotellen* från 1962 liksom *Den ofärdiga välfärden* från 1967. Till raden av viktiga studier hör också Grosins och Normans *Att leva på samhallets botten* från 1974 liksom *Överlevnadsstrategier bland hemlösa och socialt utslagna* från 1978 av Isaksson, Norman och Svedberg.

Politiskt har hemlösheten i Stockholm återkommande uppmärksamats (Se bl a Stockholms stad 1924, 1939, 1946, 1969, 1970, 1977, 1997 a).

Folksams sociala råd tog i mitten av 1980-talet initiativ till en uppföljning av makarna Inghes arbete. Detta resulterade i att Socialmedicinska institutionen Kronan i Sundbyberg 1988 bl a genomförde fältstudier av hemlösa och uteliggare främst i Stockholm - presenterade i bokform under titeln "*Uteliggarna i välfärdssamhället*" Stenberg L, Svanström L, Åhs S, 1989 a och 1989 b). Man noterade bl a att:

1. Andelen yngre bland uteliggarna hade ökat
2. Andelen kvinnor hade ökat marginellt.
3. Fler psykiskt sjuka fanns på härbärgen och bland uteliggarna.

4. Missbruksmönstret hade förändrats genom en relativ minskning av alkoholmissbruk och en ökning av narkotika- och blandmissbruk, vilket ökat kriminaliteten i dessa grupper.
5. Utslagningsprocessen som lett till hemlöshet och till att vissa blivit uteliggare hade börjat tidigt, ofta innan de blivit insläppta på den reguljära arbetsmarknaden.

Utvecklingsprojekt för riktat stöd till utstötta grupper

Socialmedicin Kronan i Sundbyberg utvecklar, på uppdrag av Stockholms läns landsting och med bidrag från Folkhälsoinstitutet, ett hälsoprogram med åtgärder mot social utstötning och insatser för olika utstötta grupper. Hälsoprogrammet innehåller fyra delar:

1. Patient- och klientorienterad socialmedicinsk och social verksamhet.
2. Epidemiologisk bevakning.
3. Lokalt folkhälsoarbete (i stadsdelar och kommuner).
4. Information och undervisning.

Uppdraget har sitt upphov bl a i de ökande skillnaderna i hälsoförhållandena mellan en majoritet av befolkningen och en ökande andel socialt utsatta människor (Stockholms läns landsting 1994). Hela projektet har fått benämningen "utstötta grupper".

Sedan senhöst 1996 har en grupp under ledning av med. dr Jan Halldin arbetat med utveckling av den patient- och klientorienterade verksamheten, som avses innehålla bl a en öppenvårdsmottagning med koppling till både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Hela projektet inom Kronan arbetar utifrån en preliminär definition av begreppet "utstötta" (se Sulusi-Sjö, Burström, Tillgren 1997):

Utsött är den som samtidigt är underkastad följande fyra villkor:

1. saknar varaktiga försörjningsmedel från de tre stora försörjningssystemen (bortsett från folkpension) - arbetsmarknad, socialförsäkringar och familj/släkt
2. saknar varaktiga sociala nätverk, bestående av människor med förankring i de tre försörjningssystemen (ej kontakter med vård-, hjälp och serviceorgan, frivilliga organisationer)
3. saknar möjligheter att upprätthålla en för sin klass "normal" konsumtionsstandard
4. återkommande eller permanent¹ är beroende av socialbidrag för sin försörjning

¹ Begreppen återkommande och permanent definierade enligt Salonen (1994).

I delprojekt 1 (se ovan) har vi t v valt att begränsa målgruppen till *hemlösa* som är lätta att avgränsa och som regel underkastade de villkor som anges i definitionen.

Som hemlösa definierar vi, i enlighet med Socialstyrelsen (1993),

"personer som saknar egen eller förhyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inneboendeförhållande samt är hänvisade till tillfälliga boendeanvändningar eller är uteliggare. Till de hemlösa räknas således personer som bor på institutioner eller härbärgen och som inte har någon bostad ordnad vid eventuell utskrivning. Till de hemlösa räknas också personer som tillfälligt bor hos kompisar eller bekanta. Däremot räknas inte personer som hyr i andra hand, eller som bor inneboende hos någon anhörig eller nära släkting."

En delrapport har lämnats med ett preliminärt förslag till en mottagning för hemlösa i samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting (Stockholms läns landsting 1997).

Arbetsgruppen har besökt härbärgen för hemlösa. Några drivs av Stockholms stad, andra drivs av olika organisationer (Frälsningsarmén och Stadsmissionen) med bidrag från staden. Vi har intervjuat personal på härbärgen och samtalat med härbärgesklienter och uteliggare.

Arbetsgruppen har besökt ett psykiatriskt sjukhus och en klinik för alkoholmissbrukare. På dessa vårdas bl a hemlösa med psykisk sjukdom eller alkoholmissbruk. Samtal har förts med företrädare från socialvårdsbyrån för bostadslösa i Stockholms stad (Resursförvaltningen) liksom med styrelsen för Intresseföreningen för schizofreni (IFS) samt företrädare för Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). Kontakter har förekommit med politiker och chefer inom socialtjänsten i Stockholm och sjukvården i landstinget.

Inventeringar av hemlösa 1993 och 1996 i Stockholm.

Det går inte att exakt ange hur många hemlösa som finns i en storstad. Socialtjänsten i Stockholm har återkommande gjort inventeringar av antalet hemlösa i Stockholm. De senaste och mest heltäckande från 1993 och 1996. Inventeringarna är realistiska nivåbestämningar.

Vid inventeringen 1993 uppgavs 3 159 vara hemlösa i Stockholm enligt den definition (se ovan) Socialstyrelsen använde i sin nationella inventering (Socialstyrelsen 1994). Uppskattningsvis cirka 400 personer definierades vara uteliggare. Inventeringen genomför-

des vid stadens socialdistrikt, missbruksinstitutioner, inackorderingshem, hotellhem, frivilliga organisationer m fl. *Inventeringen 1996* gjordes på motsvarande sätt. Då rapporterades antalet hemlösa till 3 015 (Ågren m fl 1994 respektive 1997). (Tabell 1)

Tabell 1. Hemlösa män och kvinnor 1993 och 1996 i Stockholm (totalt).

	1993		1996	
	Antal	%	Antal	%
Män	2 612	82,7	2 338	77,5
Kvinnor	547	17,3	677	22,5
Summa	3 159	100,0	3 015	100,0

1996 redovisas en ökning av andelen kvinnor. Det är osäkert om denna ökning återspeglar en faktisk ökning av den kvinnliga hemlösheten. Kvinnorna kan ha synliggjorts mer bl a genom tillkomsten av en sektion för bostadslösa kvinnor vid socialvårdsbyrån för bostadslösa. Vid 1993 års inventering hade denna verksamhet ännu inte börjat. Frågan om en feminisering av hemlösheten (och fattigdomen) är föremål för olika uppfattningar i den vetenskapliga debatten (Järvinen 1992). Men redan synliggörandet av de hemlösa kvinnorna innebär en social och socialmedicinsk utmaning efter-

som de hemlösa kvinnornas förhållanden skiljer sig från de hemlösa männens (Järvinen 1992, s 30 ff). Vård och omsorg om hemlösa kvinnor ställer andra krav på vård- och omsorgsorganen än motsvarande insatser gentemot hemlösa män.

Andelen med psykisk störning ökade från 16,6 % till 34,8 % - till 1 050 personer - mer än dubbelt så många som i inventeringen 1993. Av dessa psykiskt sjuka hemlösa uppgavs 663 också ha ett missbruk. Och 512 uppgavs vara öppet bostadslösa (tabell 2).

Andelen hemlösa i aktivt missbruk har ökat mellan de två inventeringstillfällena (tabell 3). Vid inventeringen 1993 ställdes frågan om vederbörande missbrukat senaste veckan och 1996 om missbruk förekommer eller har förekommit. Denna skillnad i frågorna förklarar en del av det större antalet missbrukare i 1996 års inventering (jfr Ågren m fl 1997 s 26).

Bilden av en försämrad situation för de hemlösa är emellertid dystrare än så. Mellan 1993 och 1996 har andelen med viss försörjning genom arbetsmarknaden minskat från 12,6 % till 4,6 %. Andelen med förtidspension ökar från 26,7 % till 32,4 %. Kopplingen till arbetsmarknaden blir allt svagare för de hemlösa. För de psykiskt störda är kopplingen ännu sämre. Endast 1,8 % får del av sin försörjning genom arbete.

1993 anmälades 143 hemlösa endast från härbärgena.

Tabell 2. Psykiskt sjuka respektive ej psykiskt sjuka hemlösa 1993 och 1996 (totalt) ².

	1993				1996			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Psykiskt sjuka	404	15,5	101	18,5	749	32,0	301	44,5
Ej psykiskt sjuka	2 131	81,6	436	79,7	1 520	65,0	367	54,2
Uppgift saknas	77	2,9	10	1,8	68	2,9	9	1,3
Summa	2 612	100,0	547	100,0	2 337	100,0	677	100,0

² I inventeringarna har frågan ställts om det föreligger sådan psykisk störning som föranleder behov av vård eller omvårdnad. För en närmare diskussion om psykisk störning bland hemlösa se Ågren m fl 1994, s23 ff.

Tabell 3. Missbrukande respektive ej missbrukande hemlösa 1993 och 1996 (totalt).

	1993				1996			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Missbruk förekommer	1 396	48,2	221	40,4	1 873	80,1	484	69,9
Missbruk förekommer ej	1 216	46,6	312	57,0	439	18,8	193	28,5
Uppgift saknas	135	5,8	14	2,6	25	1,1	4	0,6
Summa	2 612	100,0	547	100,0	2 337	100,0	677	100,0

1996 hade härbärgenas anmälningar stigit till 388. Detta kan tolkas som en försämring av de bostadslösa levnadsförhållanden.

Mer än hälften (57,8 %) hade vid inventeringstillfället 1996 endast haft sporadisk kontakt (mindre än en gång var 14 dag) med socialsekreterare under det senaste halvåret. Hälften (49,9 %) hade, senaste halvåret, någon gång vistats på behandlingshem eller annan institution.

Allvarligt psykiskt sjuka vistas på härbärgen i Stockholm idag.

Vid de besök vi gjorde på olika härbärgen i Stockholm uppgav personalen att andelen psykiskt sjuka ökat kraftigt under de senaste två åren. Detta bekräftas av inventeringen 1996. Det har hänt att patienter skrivits ut från psykiatriska sjukhus direkt till härbärgen, även direkt från psykiatrisk tvångsvård. En person anlände iklädd sjukhuskläder. Flera av de psykiskt sjuka var av och till psykotiska. Personalen ansåg sig sällan få någon hjälp från psykiatri.

Psykiatriska akutmottagningar i Stockholm har lagts ned under senare år. Allmänpsykiatri med sitt sektorsrelaterade geografiska befolkningsansvar har inte uppfattat de hemlösa som sitt ansvar. Tidigare sjukhusanknutna akutmottagningar har av flera sektorer delvis ersatts av mobila team avsedda för den egna sektorns befolkning. Sektorspsykiatriens operativa ansvar för sin befolkning förutsätter uttryckliga politiska uppdrag med åtföljande ekonomiska resurser. De hemlösa omfattas vanligen inte av sådana uppdrag. På natthärbärgena önskade man ibland akut psykiatrisk hjälp för sina gäster. Emellanåt även vårdintygsbedömningar. De mobila teamen sågs inte som en resurs då de inte nattetid är bemannade med läkare.

En del personer med allvarlig psykisk sjukdom kan idag vistas på härbärgen på nätterna och, utan behandling, sysselsättning eller bostad, dagtid vara hänvisade till gatorna i Stockholm. Eftersom härbärgena har låg bemanning, ibland endast två personer samtidigt på natten, har personalen små möjligheter att ta kontakt med patienternas läkare eller hjälpa till att etablera ny kontakt. Om en sådan kontakt ska kunna uppnås måste patienten själv vara aktiv.

Man oroar sig för att hemlösa psykiskt sjuka, som inte har missbruksproblem, genom kontakter med missbrukare på härbärgena och genom avsaknad av behandling, ska börja missbruka alkohol och andra droger som självmedicinering.

Många härbärgesklienter har olika slag av kroppsliga sjukdomar och besvär

Många härbärgesklienter har olika slag av kroppsliga sjukdomar och besvär. Bensår och infektioner är vanliga. En del har HIV/AIDS. Hepatit förekommer och man vet inte om några eventuellt har TBC. Difteri har återigen börjat uppmärksammas i Sverige. Risker att TBC och difteri skulle kunna få fäste just bland härbärgesklientelet kan inte uteslutas. Daly (1996) uppger med stöd av internationella studier att "the rate of TB among homeless persons is at least a hundred times greater than the average for the general population" (s 112). Brister i uteliggarnas och härbärgesgästernas levnadsförhållanden (kost, logi, hygien, omvårdnad m m) leder till nedsatta allmäntillstånd med risk för infektioner och andra sjukdomstillstånd.

I en rapport till Stiftelsen Hotellhems i Stockholm styrelse (Hotellhem 1997) redovisar stiftelsens förvaltning att av boende på Monumentet (ungkarlshotell för jour- och akutboende) var 55 % av de 162 gästerna (veckorna 18 och 19, 1997) psykiskt störda. 39 % definierades som lätt psykiskt störda, varav hälften i kombination med missbruk. 15 % var svårt psykiskt störda, hälften med missbruk. Av de psykiskt störda hade 60 % flyttat in 1996 och tidigt 1997.

Man skriver: "Vid påstötningar till socialtjänsten hävdar handläggarna att de inte har några andra placeringar att tillgå. Från den öppna resp slutna psykiatri hävdas ofta, att den sjuke själv måste ta kontakt för att få behandling. [...] Personalen har dessutom svårt att förmå vårdhuvudmannen (psykiatri - vår anm) att söka upp sina patienter, i synnerhet om de inte är skrivna någonstans." Många av dem är så sjuka att de inte inser att de behöver behandling.

Varför ökar andelen psykiskt sjuka bland hemlösa? Ett helhetsperspektiv!

Det är nödvändigt att betrakta förändringarna bland de hemlösa i ljuset av de allmänna förändringarna i samhällsförhållandena. Social Rapport 1997 (Socialstyrelsen 1997 a) hävdar att *antalet* fattiga inte ökat sedan 1994. Däremot har *de fattiga blivit fattigare*. "... allt fler personer har en svag ställning på arbetsmarknaden och att allt fler som en följd av detta har försörjningsproblem. Mer allvarligt är naturligtvis det faktum att problem av olika slag tenderar att ansamlas hos grup-

per av medborgare. Var tionde person i den vuxna befolkningen har tre eller fler problem i samband med arbete, ekonomi och boende." (s 221). Hemlösheten och förändringar bland de hemlösa bör hänföras till sociala processer som kan karakteriseras med begreppet *fattigdom - utstötthet* som begynnelse- och slutpunkter på en social skala. Hemlösheten och dess förändringar är återspeglings av välfärdens förändringar.

Förändrade försörjnings- och bostadsförhållanden
Den *hög och varaktiga arbetslösheten* försätter många i socialt utsatta och mentalt påfrestande, ibland övermäktiga, livsvillkor. Bakom ligger bl a en radikal omstrukturering av svensk arbetsmarknad med en kraftig minskning av antalet sysselsättningsstillfällen och starkt stegrade krav på yrkes- och kunskapsmässig rörlighet. Mellan 1990 och 1993 minskade antalet sysselsatta med över en halv miljon personer (Socialstyrelsen 1997 a). Många blir långvarigt arbetslösa eller uteslagna från arbetsmarknaden. Det upphäver möjligheterna för människor med ansamlingar av problem att med egen kraft ta sig ur sina förhållanden. Arbetslöshet förändrar självbild och identitetsuppfattning (se t ex Starrin B m fl 1995) och innebär för många också sådana kränkningar att de skapar psykiska störningar.

Socialförsäkringssystemen är konstruerade för en tidigare sysselsättningsstruktur med en ökande offentlig sektor. Med den förändrade sysselsättningsstrukturen, en minskande offentlig sektor och hög arbetslöshet har socialförsäkringssystemen utsatts för extrema påfrestningar. Dessa har mötts med nedskärningar i stället för anpassning till nya sysselsättningsförhållanden. Då delaktighet i socialförsäkringarna förutsätter kvarstående förankring på arbetsmarknaden blir allt fler ställda utanför de "generella" trygghetssystemen. Arbetslösheten minskar skattekraften och därmed inkomsterna för det allmänna. De arbetslösa kan av ekonomiska skäl heller inte möta egna materiella problem med privata försäkringslösningar (jfr Antman 1997). Bristande försörjning ökar risken för att bli av med sin bostad men förstärker också ett eventuellt psykiskt påfrestande socialt trauma. Också försörjningsförlust är för många djupgående personliga kränkningar.

Socialförsäkringssystemen är konstruerade för en tidigare sysselsättningsstruktur med en ökande offentlig sektor

Härtill ska fogas en tydlig individualism som präglar kritiken av välfärdssamhället under hela 80- och 90-talen och som kan spåras till tidigt 70-tal. En ideologisk strömning - legitimerad av en ideologiskt styrd samhällsvetenskap (främst på ekonomins områden) och buren av en bred *partipolitisk* samstämmighet från höger till vänster - med syfte att minska samhälleligt organiserad solidaritet mellan medborgare (omfattningen beror på politisk färg) och som därför drabbar de mest utsatta allra mest. Denna ideologi - eller människosyn - har, såsom norm för "hjälpare", också format de konkreta mötena mellan offentliga hjälpinstanser (försäkringskassor, sjukvård, socialtjänst med flera) och hjälp-sökande människor (för socialtjänsten se Socialstyrelsen 1996 och 1997 b).

Bostadsmarknaden ändrades efter miljonprogram-årens utbyggnad. Miljonprogramområdena kunde befolkas också av socialt svaga och utsatta människor. Då de inte fick för sin utsatthet nödvändiga omsorger och stöd kom de efterhand att tvingas lämna sina bostäder, bl a genom vräkningar (Stenberg 1990). De socialt mest utsatta, bl a psykiskt störda, stöttes ut från bostadsmarknaden. Under lågkonjunkturer från 1980-talet och framåt sjönk byggandet för att under 1990-talet nå botten. De utsattas möjligheter på bostadsmarknaden försämrades ytterligare. I ett ärende till kommunstyrelsen i Stockholm anges att bostadsbolagen för att ställa bostäder till förfogande för psykiskt sjuka och missbrukare kräver kontinuerligt och aktivt boendestöd samt uppsökande verksamhet från socialtjänstens sida (Stockholms stad 1997 b).

Förändrade vård- och omsorgsstrukturer

Hälso- och sjukvård och socialtjänst är delar av det samlade välfärdssystemet. De är därtill betydande delar av den offentliga sektor, som successivt skurits ned under det senaste decenniet. Ett centralt drag i förändringen av vårdsektorn har varit att söka ekonomiska lösningar med den privata varu- och tjänstemarknaden som förebild. Förutom neddragningar har införts marknadsliknande modeller, vilkas ekonomier styrts med prestationsrelaterade mått. Syftet med sådana lösningar har varit att öka kostnadseffektiviteten. Ett problem är att prestationsmått, främst inom hälso- och sjukvård, men även socialtjänsten, utgår från statistiskt kalkylerade genomsnittsbehov hos befolkningen. Extrema vård- och omsorgsbehov, särskilt om de kan uppfattas långvariga, rymmer inte under de marknadsliknande lösningarnas ekonomiska villkor - i synnerhet inte om

Extrema vård- och omsorgsbehov ryms inte under de marknadsliknande lösningarnas ekonomiska villkor

de extrema behoven tenderar att öka, vilket torde vara fallet under kraftigt försämrade sociala och ekonomiska villkor för marginaliserade och redan utsatta grupper av befolkningen.

Ett led i marknadsorienteringen består av en *mer industriell organisering av vården* med husläkarna som bas och specialiserad och organisatoriskt differentierad sjukhusbunden vård som överbyggnad. Denna kombineras med en striktare tillämpning av den s k *normaliseringsprincipen* och en *prismässig styrning av befolkningens vård- och omsorgsefterfrågan*. Detta och de nya, övriga ekonomiska styrmedlen medför en ständig strävan hos varje sjukvårdsanställd att undvika kostnader i den egna enheten. Resurskrävande vårdbehov kommer man därför att söka endera överföra till annan enhet eller finna legitima motiv att reducera såsom anspråk på den egna enhetens resurser. Ett tydligt exempel på detta, som därtill givits legal legitimitet, är begreppet "medicinskt färdigbehandlad" inom äldre- och psykiatri med direkta kopplingar till rent ekonomiska överväganden (kommunernas betalningsskyldighet enligt betalningsansvarslagen).

Omstruktureringen av psykiatri under 1970-talet och tidigt 80-tal innebar en svängning från en biologiskt-medicinskt dominerad mentalsjukhusvård till en psykologiskt och psykodynamiskt orienterad öppen sektorspsykiatri som stöddes av den psykofarmakologiska utvecklingen. Samtidigt påbörjades också en inre polarisering av psykiatri som vårddisciplin med en biologiskt-medicinsk psykiatri, som fick plats i den vanliga sjukhusvården (psykiatriska kliniker) och en mer psykodynamiskt orienterad med bas i den öppna psykiatri. Om den slutna vården sällan lyckades bota sina många slutenvårdade patienter tog den öppna vården främst hand om nya patientskaror med lättare psykiska besvär, som kunde behandlas med farmakologiska och psykologiska tekniker i öppen form utan att avbryta deras vardagliga liv. Den öppna psykiatriens "nya" metoder kunde däremot inte avhjälpa de psykiatriskt svåra och tunga vårdbehoven. Dessa kom därför att lämnas utan erforderlig vård och omsorg (se bl a Topor 1997, under publ.). Psykiatriens omstrukturering gavs ett betydande stöd utifrån politiska och administrativa för-

väntningar på ökad kostnadseffektivitet med hänvisning till den "nya psykiatriens" löften om en effektivare och mer human psykiatri. Mentalsjukhusens avveckling åtföljdes heller inte av planerade alternativa ersättningsresurser. *Tabell 4* belyser delar av omstruktureringen:

Tabell 4. Totalantalet inneliggande patienter samt antalet inneliggande på psykiatriska kliniker och mentalsjukhus samt antalet tvångsvårdade och procentuell andel tvångsvårdade av dem som vårdats vid psykiatriska kliniker och mentalsjukhus vid inventeringar 1979, 1985, 1991 och 1994.

År	Totalt antal	Antal på psyk.kl. o. mental-sjukhus	Antal tvångsvårdade	Andel tvångsvårdade
1979	28 289	20 224	9 632	48
1985	21 420	14 854	3 254	22
1991	14 581	8 483	2 774	33
1994	11 586	8 791	1 850	21

Källa: Socialstyrelsen, Sjukvården i Sverige 1995

Socialtjänsten, som redan genom socialtjänstlagen 1982 fick ansvar för befolkningens sociala omsorgsbehov, försörjning, bostäder och sysselsättning, förmådde inte ta hand om de tunga vård- och omsorgsbehov, som psykiatri genom sin omstrukturering lämnat därhän.

Psykiatrireformen 1994 (Psykiatriutredningen, bl a SoU 1992:73) utvecklades som ett svar på psykiatriens och socialtjänstens misslyckanden att ta hand om de tunga psykiatriska vård- och omsorgsbehoven. Lösningen söktes dels genom kompletterande lagstiftning (förtydligande av socialtjänstlagen och tillämpning av betalningsansvarslagen på psykiatriens "medicinskt färdigbehandlade") dels genom ekonomiska kalkyler, med vilka man ville göra troligt att "dynamiska effekter" skulle betala reformen. Minskade slutenvårdskostnader hos landstingen skulle betala den ökande omsorgen hos kommunerna för de svårast psykiskt störda (skatteväxling) De psykiskt störda "återförande" till arbete och sysselsättning skulle samtidigt minska samhällets kostnader för socialförsäkringar och produktionsbortfall.

De nya medel som staten främst tillförde var de stimulansbidrag om 300 miljoner kronor per år under högst tre år som kommuner och landsting gemensamt kunde söka för utvecklingsarbete. Jämfört med psykiatriutredningens egna beräkningar, är de tillförda medlen en bråkdel (8 %) av de samlade kalkylerade årliga kost-

nader psykiatriutredningen kalkylerade med (tabell 5). Reformen genomförs dessutom under en period av betydande, ytterligare neddragningar.

Enbart i Stockholms läns landsting ska psykiatrin in-

Tabell 5. Samlade kostnader för psykiskt störda per år (före reformen).

Typ av kostnad	Miljoner kronor
Sjukvårdskostnader	11 379
Produktionsbortfall (inkl kostn. för socialförs.)	19 753
Sysselsättning	2 028
Sociala åtgärder	4 332
Totalt	37 492

Källa: SoU 1992:73

klusive den specialiserade beroendevården successivt minska budgetramarna med 380 miljoner kronor perioden 1996-1998. Minskningen ska ske vid sidan av den omstrukturering som 1995 var en följd av skatteväxlingen som innebar överföring av 475 miljoner kronor till länets kommuner.

Kommunerna i Stockholms län har ambitioner att utveckla vårdformer för de psykiskt mest störda, främst de "medicinskt färdigbehandlade" för vilka kommunernas betalningsansvar inträder. De "medicinskt färdigbehandlade" utgör emellertid endast en liten del av det totala antalet psykiskt störda med funktionshinder. Många med tung psykiatrisk problematik "levde" redan före psykiatrireformen utanför psykiatrin och socialtjänstens institutioner. Deras behov av bostad, omsorg och omvårdnad har kommunerna liten beredskap att möta. Bland dessa finns en relativt stor grupp hemlösa.

Den största relativa andelen hemlösa finns i Stockholms stad (Socialstyrelsen 1994). 1993 hade Stockholm 77 % av länets bostadslösa men endast 41 % av länets befolkning (USK 1993). Staden har antagit ett program för att tillgodose bostads- och boendestödsbehoven hos de bostadslösa (Stockholms stad 1997 b). Behoven är dock så omfattande att det kommer att ta tid att genomföra. Ett genomfört program för boende och boendestöd för hemlösa skulle sannolikt mildra de psykiska störningarna hos många av dem.

Förändringarnas innebörder och konsekvenser för individer

De förändringar på makronivå, som vi här pekat på, har sammantagna sannolikt avgörande effekter på de

delar av befolkningen som redan tidigare befinner sig i social och ekonomisk utsatthet. Utstöttningsprocesserna är förmodligen starkt "verkningsfulla" med ett ökande antal psykiskt störda som också blir och riskerar förbli hemlösa. Dessa förändringar på makronivå slår igenom i olika former i vårdens möten med enskilda personer. Vården bidrar därigenom till den utstöttningsprocess som börjar i det omgivande samhället.

Vård- och omsorgsorganen har i olika former dels inriktat sig på "normalbefolkningens" möjligheter och förmågor att skaffa sig tillgång till vård och omsorg dels höjt anspråksnivån på sådana förmågor. Det kan gälla exempelvis hur mottagningar organiseras, krav på tidspassning, ekonomiska krav vid uteblivet återbud, krav på initiativ och handlingskraft, krav på att formulera sina behov och göra dem och sin rätt gällande, förmåga och rätt att anmärka på eller överklaga vårdbeslut m m (Inom socialtjänsten är den s k uppsalamodellen ett skolexempel på anpassningskrav.) Bemötandet förändras med bl a strängare krav och en mer tydligt överlägsen hållning till hjälpsökande (jfr Socialstyrelsen 1997 b). Prioriteringarna även inom socialtjänsten tenderar att förbise de mest utsatta (Bergmark 1995 och Pettersson 1997).

De hemlösa lever under sådana sociala villkor att deras handlingsförmågor snarare minskar än förblir oförändrade. Deras liv försiggår i former som jämfört med "normalbefolkningens" kan betecknas som ostrukturerade såväl rumsligt som tidsmässigt. Det formar deras sociala och mentala kapaciteter. De kan ha svårt att orientera sig i en struktur formad för "normalbefolkningen", de kan ha svårt att "passa tider", de kan ha svårt att handla och bete sig enligt "normalitetens" förväntningar etc. Deras sociala säkerhet och självförtroende minskar, kanske t o m så långt att de utvecklar ett, mot det "normala", avståndstagande försvar för sina egna "brister". De har svårt att uttrycka sina behov och göra dem och sin rätt gällande. De saknar ofta kännedom och har svårt att skaffa sig kunskap om sina legala rättigheter. På grund av sin synliga sociala misär kanske de inte ens tas emot i de reguljära mottagningsorganisationerna och risken att bli överlägset behandlade när de söker är utomordentligt stor.

De hemlösa lever under sådana villkor att deras handlingsförmågor snarare minskar än blir oförändrade

"Vård på lika villkor" kan således för de utstötta innebära krav på att uppfylla "normalbefolkningens" villkor

Psykiskt störda kan ibland, på grund temporära eller mer varaktiga förvirringstillstånd, ha svårt att uttrycka sina vårdbehov. I kombination med missbruk kan sådana svårigheter förvärras. Eftersom många tappat kontakten med anhöriga eller vänner saknar de vanligen människor i sin närhet som kan ge dem stöd och hjälp att nå fram till vård- och hjälporganen. Deras uttrycksformer måste därför mötas på annat sätt än vad som normalt gäller för hjälporganen.

Mentala problem får inte sällan den "normale" att söka dölja sin situation. Psykiska problem är ofta skuldbelastade. Den redan utstötta har än större motstånd att översvinna i sina kontakter med samhällets vård- och omsorgsinrättningar.

Om hemlöshet i sig reducerar de hemlösas handlingsförmågor ger kombinationen av hemlöshet och psykisk störning ännu sämre utgångslägen i mötena med den reguljära vården och deras normativa krav, formade utifrån andra sociala förhållanden än de hemlösa lever under.

De hemlösa och utstötta måste "särbehandlas" av sjukvård och socialtjänst

De allmänna förändringarna i vårdorganen ställer högre krav än tidigare på dem som har behov av vård. Man kan se detta som en parallell till de stegade kraven på arbetskraften - krav på större handlingskompetens och ökad rörlighet. Därmed ökar också klyftan mellan "normalbefolkningen" och de utstötta även när det gäller åtkomst och tillgång till vård, behandling och omsorger. Den sämre tillgången till vård och behandling för vissa grupper torde förstärka utstötningsprocessen, både socialt och mentalt. De hemlösa och utstötta får inte den vård de behöver på sina villkor, vilket sannolikt ofta utesluter dem från vård och omsorg över huvud taget. "Vård på lika villkor" kan således för de utstötta innebära krav på att uppfylla "normalbefolkningens" villkor. Kravet på vården bör kanske därför omformuleras till att avse "vård på patienternas och klienternas villkor". För de utstötta och hemlösa människor som idag inte får den vård och omsorg de behöver måste vårdapparaterna anpassas så att de kan möta dessa människor på deras villkor. I förhållande

till de allmänt rådande kraven kan en sådan anpassning uppfattas som en "särbehandling" av utstötta och hemlösa - trots att det i själva verket endast är en anpassning till de presumtiva patienternas och klienternas egna villkor.

En sådan "särbehandling" har varit en grundläggande förutsättning när vi utreder behovet av en patient- och klientorienterad verksamhet för utstötta grupper, till vilka bl a de hemlösa psykiskt sjuka räknas. Vårt förslag är att Stockholms läns landsting och Stockholms stad gemensamt bygger upp en *basresurs* i form av en mottagning för utstötta människor. Inledningsvis bör den rikta sig till hemlösa av alla kategorier för att sedan om möjligt utvidgas till andra utstötta. Denna basresurs ska vara organiserad och fungera annorlunda än en vanlig konventionell läkarmottagning. Vi anser att följande grundvillkor måste uppfyllas i en eventuell basresurs:

1. På basresursen ska finnas dels fast dels tillfälligt tjänstgörande personal från både sjukvård och socialtjänst. Den bör därför finansieras och drivas gemensamt av staden och landstinget.
2. Den bör organiseras som en särskild enhet inom existerande reguljära vårdorganisationer (kopplad *exempelvis* till socialvårdsbyrån för bostadslösa inom socialtjänsten och något av de två beroendecentra inom sjukvården).
3. Hemlösa mäns och kvinnors levnadsvillkor och erfarenheter skiljer sig från varandra. Därför bör basresursens verksamhet delvis organiseras med utgångspunkt i konststillhörighet.
4. På grund av de ofta sammansatta, sociala, somatiska och psykiatriska vårdbehoven hos de utstötta bör olika sociala och medicinska specialister tjänstgöra under vissa tider på basresursens mottagning.
5. Sammansättningen av personal från olika huvudmän, verksamheter och enheter ställer höga krav på samverkan och en gemensam vårdideologi och hållning till patienter/klienter.
6. Verksamheten på basresursen ska vara dels stationär dels uppsökande och mobil. Man bör därför ha tillgång till en väl utrustad minibuss. Personal på basresursen bör därtill ha ett primärt ansvar för att regelbundet besöka härbärgen och andra enheter för hemlösa i Stockholm och där tillhandahålla bl a psykiatriska konsultinsatser (t ex vårdintygsbedömningar).
7. Mottagningen bör vara öppen även kvällar samt helger.
8. Klienter ska kunna tas emot och akut undersökas och

bedömas med hänsyn till såväl sina psykiatriska och somatiska som sociala förhållanden. I undantagsfall kan det också vara nödvändigt att akut behandla en patient liksom föranstalta om omedelbar vård på annat håll (t ex omedelbart omhändertagande enligt LVM - Lag om vård av missbrukare i vissa fall).

9. Har patienten medicinska eller sociala behov som inte är akuta och som kräver mer omfattande och kvalificerad vård och behandling ska han/hon överföras till respektive ordinarie, reguljär vårdinstans.

10. Basresursen ska i varje patient/klient-ärende, som överförs till reguljär vårdinstans hos någon av huvudmännen, följa upp att patienten erhåller adekvat vård och behandling.

11. Slutligen är det viktigt att till basresursen knyta forskningsresurser från både den medicinska (socialmedicinska institutionen vid Karolinska Institutet) och sociala (institutionen för socialt arbete vid Stockholms Universitet) högskolan samt Stockholms stads FoU-enhet inom Resursförvaltningen. Det är i detta sammanhang angeläget att bland annat närmare studera processer som leder till utstötthet och då utgå från ett klientperspektiv och att göra systematiska vårduppföljningsstudier. Basresursens forskning ska knytas samman med forskning vid övriga delar inom hela projektet "utstötta grupper"

Vi anser det angeläget att få basresursen till stånd, för att hemlösa, däribland psykiskt sjuka, ska kunna få hjälp att komma åt den vård och omsorg de har rätt till. Behovet understryks av att vi nu även i Stockholm, senare än i andra europeiska storstäder, ser hemlösa och uteliggare bli vanligare inslag i gatulivet. I modern svensk välfärdsutveckling är detta en ny, skrämmande och uppfordrande erfarenhet och ett tecken på avgörande brister i trygghetssystemen.

REFERENSER

- Daly, G (1996): Homeless, London.
- Hotellhem (1997): "Rapport om psykiskt störda hyresgäster på Monumentet", Tjänsteutlåtande nr 33/1997, 1997-06-06, Stiftelsen Hotellhem i Stockholm.
- Järvinen M (1992): Hemlöshetsforskningen i Norden. I Hemlöshet i Norden, NAD publ. nr 22, (1992), Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), Helsingfors.
- Socialstyrelsen (1993), Hemlösa i Sverige, En kartläggning, Stockholm, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:13.
- Socialstyrelsen (1994), De bostadslösa situation i Sverige, Stockholm, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:15.
- Socialstyrelsen (1996), Socialtjänsten i Länsstyrelsernas årsrapporter 1995 (stencil).
- Socialstyrelsen (1997 a), *Social Rapport 1997*, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1997 b), Socialtjänsten i Länsstyrelsernas årsrapporter 1996 (stencil).
- Stenberg L, Svanström L, Åhs S (1989 a): Uteliggarna i välfärds-samhället, Kristianstad.
- Stenberg L, Svanström L, Åhs S (1989 b): Den ofärdiga välfärden - underlagsmaterial, Del 1 Hemlösa, Karolinska Institutet, vit rapport nr 230 (stencil), Stockholm.
- Stockholms läns landsting (1997), "Socialt och socialmedicinskt klient- och patientinriktad verksamhet för utstötta människor, främst hemlösa", lägesrapport 97-04-09, stencil, Socialmedicin Kronan, Stockholm.
- Sulusi-Sjö J, Burström B, Tillgren P (1997): Marginaliserad, Utstött, Utsatt eller Utslagen? Genomgång av begrepp som beskriver människors relation till trygghetssystemen, Diskussionsunderlag för projektgruppen "Utsötta grupper". Karolinska Institutet, vit rapport nr 357 (stencil).
- Ågren G m fl (1994): Hemlösa i Stockholm, Hemlösa med psykisk störning, Undersökning av hemlösa i Stockholm (stencil), FoU-rapport 1994:18, Socialtjänsten, Stockholm.
- Ågren G m fl (1997): Hemlösa i Stockholm 1996 (stencil), Rapport, FoU-enheten, Resursförvaltningen, Stockholm.

Fullständig referenslista kan rekvideras från Socialmedicin Kronan, 172 83 Sundbyberg.