

Hälsa och livsvillkor bland personer i hemlöshet i Stockholms län 2019

En enkätintervjustudie



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Warolén M, Burström B, Teni F, Kullberg S, Irestig R, Burström K, Lager A. Hälsa och livsvillkor bland personer i hemlöshet i Stockholms län 2019: En enkätintervjustudie. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; Region Stockholm; 2021. Rapport 2022:9.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se

Rapport 2022:9

ISBN 978-91-87691-94-2

Författare: Marie Warolén, Bo Burström, Fitsum Teni, Sarah Kullberg

Språkgranskning: Emma Frekke

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Mostphotos

Stockholm juni 2022

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Hemlöshet kan se ut på olika sätt. Vid akut hemlöshet kan människor tvingas sova utomhus eller i trappuppgångar. I Stockholms län finns fler än tusen personer i akut hemlöshet, utan tecken på minskningar över tid. Utöver de som är i akut hemlöshet finns också de många gånger fler som har någonstans att bo tillfälligt men som därefter saknar bostad. Hemlöshet för med sig påtagliga hälsorisker. I takt med att hälsan förbättras i den generella befolkningen ökar därför ojämlikheten och betydelsen av hemlöshet som ett folkhälsoproblem.

Utöver ekonomiska problem har hemlöshet ofta ett samband med fysiska, psykiska och/eller andra sociala problem. Insatser som syftar till att lösa bostadsfrågan behöver därför ofta kombineras med insatser för de individuella problem som den enskilde har. Målet med den här rapporten är att ge en beskrivning av vilka problem personer i hemlöshet i Stockholm har.

Utöver att en sådan beskrivning kan underlätta planering av insatser, kan den ge uppslag till fortsatta studier av varför människor hamnar i hemlöshet och hur effektiva insatser kan utformas. Arbetet med rapporten har bedrivits på enheten för hälsoläge och vårdbehov, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, med värdefulla bidrag från kollegor på Karolinska Institutet.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion	6
Metod	7
Resultat	8
Resultat från enkätintervjuer med hemlösa personer	8
Bakgrundsfaktorer och livsvillkor	8
Boendesituationen	8
Sociala faktorer, levnadsvanor, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet	9
Delaktighet i samhället, förtroende och bemötande	12
Öppna frågor	13
Verksamheternas perspektiv	14
Diskussion	15
Sämre hälsa än övriga befolkningen	15
Social utsatthet under lång tid	15
Större andel födda utanför Europa	15
Case management	16
Region Stockholm	16
Referenser	18
Bilagor	20
Bilaga 1. Intervjuer med verksamheter och personer som arbetar med personer i hemlöshet	20

Sammanfattning

Denna rapport beskriver livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland 148 personer i hemlöshet i Stockholm som intervjuades 2018/2019. Vidare intervjuades företrädare för verksamheter som arbetar med människor i hemlöshet.

En majoritet av de intervjuade hade levt i hemlöshet i tio år eller mer, och över hälften uppgav ekonomiskt bistånd som huvudsaklig försörjning även om 80 procent tidigare arbetat. Intervjupersonerna hade i stor utsträckning både sociala, psykiska och fysiska hälsoproblem. Tre fjärdedelar uppgav stort/mycket stort förtroende för sjukvården, följt i fallande ordning av frivilligorganisationer, polisen, socialtjänsten, rättsväsendet, skattemyndigheten/Kronofogden, riksdag/regering, Försäkringskassan samt slutligen Arbetsförmedlingen och lokalpolitiker där mindre än 20 procent angav stort/mycket stort förtroende.

På frågor om orsaker till hemlöshet, livssituation och hälsotillstånd och vad som skulle kunna förbättra situationen hänvisade flera till eget missbruk som orsak till hemlöshet, men också till svårigheter under uppväxten med misshandel, övergrepp, och missbrukande föräldrar. Andra orsaker som angavs var skilsmässa, ekonomiska problem, bristande stöd från myndigheter (utförsäkring), felbehandling och att ha blivit mistrodd av socialtjänsten. Många efterfrågade jobb och bostäder och att få vara en del av samhället.

Företrädare för de intervjuade verksamheterna beskrev bristande samverkan mellan olika instanser och negativ inverkan av ökad ekonomisk styrning. Samlokalisering av verksamheter upplevdes positivt. Långsiktighet och fasta kontakter med personer i hemlöshet ansågs viktigt, liksom mer forskning om hemlöshet.

Personer som befinner sig i hemlöshet har betydligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Psykosociala problem tycks vara en viktig orsak till både hemlösheten och ohälsan i sig. Fokus på individens sammansatta problem genom ”case management” har visat positiva resultat i tidigare studier.

Rapporten visar att en bättre samverkan mellan verksamheter inom Region Stockholm, kommunernas socialtjänst, statliga organisationer och bostadsbolag skulle kunna förbättra hälsan bland personer i hemlöshet och minska hemlösheten i Stockholms län.

Introduktion

Personer i hemlöshet har mycket högre dödlighet än befolkningen i stort, framför allt på grund av dödsorsaker som skador, våld och förgiftning (1). En del av den högre dödligheten förklaras av missbruk och annan psykiatrisk sjukdom. I Stockholms stads kartläggning från år 2018 levde 55 procent av personerna i hemlöshet med missbruk, medan totalt 45 procent hade andra påtagliga psykiska problem (2).

Hemlöshet innebär också en påtaglig hälsorisk i sig självt. En studie av personer i hemlöshet på härbärge i Danmark visade att dödligheten var mer än fem gånger högre bland personer i hemlöshet jämfört med befolkningen i stort. I de flesta köns- och åldersgrupper kvarstod den största delen av överdödligheten efter statistisk kontroll för såväl narkotikaberoende som annan psykiatrisk sjukdom. Själv mord var en av de dödsorsaker där personer i hemlöshet var tydligast överrepresenterade (3).

Socialstyrelsen delar upp hemlöshet i fyra olika hemlöshetsituationer (4). Situation 1 innebär Akut hemlöshet (akuta boendelösningar som härbärge, trappuppgångar eller ”uteliggande”), Situation 2 innebär Institutionsvistelse och stödboende utan eget boende inför närstående utflytt, Situation 3 innebär Långsiktiga boendelösningar (exempelvis boende ordnat genom socialtjänsten) och Situation 4 innebär Eget ordnat kortsiktigt boende. Cirka 33 400 personer i Sverige befann sig enligt Socialstyrelsens senaste kartläggning i någon av dessa former av hemlöshet år 2017, varav nästan 6 000 i akut hemlöshet. Antalet i akut hemlöshet hade då ökat mycket snabbt, från 4 500 sex år tidigare. Totalt 7 247 (22 procent) av personerna i hemlöshet fanns i Stockholms län (5).

Syftet med den här rapporten är att underlätta planeringen av insatser mot hemlösheten i Stockholms län genom att komplettera och fördjupa beskrivningen av de hälsan och livsvillkoren hos människor i hemlöshet.

Metod

Under perioden november 2018 till och med april 2019 genomfördes strukturerade intervjuer med 148 personer i huvudsakligen akut hemlöshet i Stockholms län. Intervjuerna genomfördes av medförfattaren SK som tidigare arbetat som undersköterska på Capho heldygnsvård för hemlösa (tidigare Erstabacken). Personer tillfrågades om deltagande vid Capho Vård för hemlösa (tidigare Ersta Pelarbacken) som är en vårdcentral för hemlösa, vid akutboendet/härbärgat Bostället samt vid Capho heldygnsvård för hemlösa – en avdelning för personer i hemlöshet med omfattande och komplext vårdbehov. De strukturerade intervjuerna genomfördes därefter vid respektive verksamhet.

De strukturerade intervjuerna genomfördes enligt ett intervjuformulär som huvudsakligen bestod av frågor från en tidigare folkhälsoenkät i Stockholms län som kompletterats med specifika frågor för målgruppen. Innehållet består av frågor om bakgrundsfaktorer, livsvillkor, levnadsvanor, boendesituation, sociala faktorer, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet såväl som öppna frågor om orsaker till hemlöshet, livssituationen och hälsotillståndet. I de fall det varit möjligt presenteras resultaten i jämförelse med resultaten från Region Stockholms folkhälsoenkät Hälsa Stockholm från 2018 eller 2014.

Under år 2018 intervjuades också verksamhetsföreträdare från olika verksamheter som arbetar med eller tidigare arbetat med personer i hemlöshet (se bilaga för en utförligare redovisning av intervjuerna). Verksamhetsföreträdarnas erfarenhet kom från både offentligt finansierade verksamheter, ideella organisationer samt klinisk forskning. Intervjuerna var semistrukturerade. Alla intervjuade fick frågor om hur de såg på utvecklingen av hälsan hos personer i hemlöshet, hur de såg på samverkan mellan olika verksamheter samt vad de saknade i det arbete som bedrevs. Vidare ställdes följdfrågor baserat på de områden som lyftes under intervjun och som relaterade till den specifika verksamheten. De transkriberade intervjuerna analyserades därefter tematiskt av rapportens huvudförfattare. Analysen syftade till att identifiera och lyfta fram centrala och återkommande teman från intervjuerna.

Resultat

Resultat från enkätintervjuer med hemlösa personer

Bakgrundsfaktorer och livsvillkor

Bakgrundsfaktorer och livsvillkor bland de intervjuade personerna i hemlöshet presenteras i tabell 1 tillsammans med motsvarande andelar i den generella befolkningen, från Region Stockholms folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor från 2018. En fjärdedel (24 procent) av de intervjuade var kvinnor, vars medelålder var 46 år. Medelåldern bland män i undersökningen var 51 år. Åldersspannet i hela gruppen var 18–86 år. En majoritet var födda i Sverige. Ungefär hälften (52 procent) hade enbart avslutad grundskola. En tiondel (11 procent) hade avslutad universitets- eller högskoleutbildning.

Ekonomiskt bistånd var den vanligaste huvudsakliga försörjningen (53 procent), följt av ersättning från Försäkringskassan (19 procent) och därefter arbete (15 procent). Många angav flera olika inkomstkällor. Ungefär en tredjedel (31 procent) uppgav ”Andra inkomstkällor”, inklusive att panta burkar, narkotikaförsäljning och kriminella aktiviteter. En majoritet (81 procent) av intervjupersonerna hade tidigare arbetat regelbundet, 32 procent av dessa inom den senaste femårsperioden, men vanligare var att denna erfarenhet låg mer än fem år tillbaka i tiden.

Boendesituationen

En fråga gällde vad den intervjuade ansåg som den främsta anledningen till det aktuella bostadsproblemet, där flera svar kunde anges. Det vanligaste svaret var missbruk (28 procent), följt av skilsmässa/familjeproblem (19 procent), sjukdom (10 procent), dålig ekonomi (10 procent), förlorat arbete (9 procent), samt olika problem som resulterade i bostadslöshet (exempelvis vräkning, andrahandskontrakt som upphört, ombildning av hyresrätt till bostadsrätt med mera). De flesta hade levt i hemlöshet en längre tid. Ungefär hälften (51 procent) svarade att de aldrig haft en egen bostad eller att det var mer än tio år sedan de hade en egen bostad; 30 procent hade haft en egen bostad för mellan fyra och nio år sedan. Sju procent hade hamnat i hemlöshet under det senaste året.

Under det senaste året hade de intervjuade haft flera olika boendelösningar. De vanligaste lösningarna, som omkring hälften hade erfarit det senaste året, var: a) boende på härbärge, akutboende eller lågröskelboende (51 procent); b) eget ordnat arrangemang (bil, buss, husvagn, källare, trappuppgång eller liknande) (51 procent); och c) att ha varit uteliggare eller tältat (47 procent). Under det senaste året hade 28 procent bott frivilligt på behandlingshem, stödboende eller institution. Ungefär en femtedel hade någon gång under det senaste året varit i häkte eller fängelse och sju procent hade varit under någon form av tvångsvård. En dryg tiondel hade under senaste året erfarenhet av försökslägenhet, träningslägenhet eller socialt kontrakt.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer, livsvillkor bland intervjuade hemlösa personer år 2019 jämfört med resultat från Stockholms läns folkhälsoenkät 2018.

	Andel i procent	Folkhälsoenkät i Stockholms län 2018
– 24	1	8
25–39	20	19
40–54	41	25
55–69	32	27
70+	6	
Födelseland		
Sverige	66	81
Övriga Norden	6	4
Övriga Europa	5	6
Afrika	13	1
Asien	3	2
Högsta utbildningsnivå		
Grundskola eller lägre	52	15
Tvåårigt gymnasium	22	
Tre-/fyraårigt gymnasium	16	18
Universitets-/högskoleutbildning	11	54
Huvudsaklig försörjning senaste året		
Arbete	15	
Studiemedel	1	
Arbetslöshetsersättning	4	
Ersättning från Försäkringskassa	19	
Pension	11	
Ekonomiskt bistånd	53	
Annat	31	
Tidigare haft regelbundet arbete	81	

Sociala faktorer, levnadsvanor, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 2 visar svar på frågor om sociala faktorer, levnadsvanor, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. I de fall jämförbara data finns från tidigare folkhälsoenkäter från Region Stockholm 2018 eller 2014 redovisas även dessa.

En extremt hög andel hade, i jämförelse med den generella befolkningen, utsatts för fysiskt våld under det senaste året. Vanligast var våld från en okänd gärningsman (angavs av 54 procent av de män och 35 procent av de kvinnor som utsatts för våld). Bland kvinnor följdes detta av våld från tidigare partner (24 procent) eller nuvarande partner (24 procent). Bland män följdes det av arbetskamrat/skolkamrat (35 procent) och tjänsteman (t.ex. myndighetsrepresentant, polis, vakt eller vårdgivare) med 30 procent. En annan fråga löd ”Hur säker och trygg känner du dig när du går ensam när det är mörkt?” Här fanns en tydlig könsskillnad: dubbelt så stor andel av kvinnorna (46 procent) rapporterade osäkerhet vid promenad ensam i mörker, jämfört med männen (23 procent).

Rökning och narkotikabruk var betydligt vanligare bland de intervjuade i jämförelse med den generella befolkningen. Många hade avstått olika typer av vård med anledning av dålig ekonomi. En mycket hög andel av de intervjuade rapporterade självmordstankar och självmordshandlingar.

De intervjuade männen i hemlöshet skattade sin hälsa till 53 i genomsnitt på en visuell analog skala (VAS) mellan 0 (sämsta tänkbara hälsa) och 100 (bästa tänkbara hälsa). De intervjuade kvinnorna i hemlöshet skattade sin hälsa till 56. I jämförelse rapporterade Stockholms läns befolkning i 2014 års folkhälsoenkät på samma skala ett genomsnitt på 79 för män och 77 för kvinnor.

Tabell 2. Sociala faktorer, levnadsvanor, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet bland intervjuade personer i hemlöshet 2019.

	Personer i hemlöshet		Stockholms folkhälsoenkät	
	Kvinnor n=35 %	Män n=113 %	Kvinnor %	Män %
Relationer, socialt stöd, trygghet, våld				
Har partner	22,8	25,7	63,9	70,2
Har barn	60,0	50,4	41,9	35,9
Saknar personligt stöd	42,9	52,2		
Känner sig otrygg	45,7	23,0		
Utsatt för våld senaste 12 månader	48,6	38,0	2,7	3,2
Suicidtankar/handlingar				
Önskan att inte leva längre	71,3	39,8		
Tankar på att ta livet av sig	51,4	44,2		
Planerat att begå självmord	28,6	31,0		
Gjort självmordsförsök	25,7	22,1		
Levnadsvanor				
Röker dagligen	71,4	67,3	6,6	5,9
Alkohol högkonsumtion	17,1	21,2	16,2	21,2
Använder droger	43,0	33,0	11,8	19,2
Avstått vård pga dålig ekonomi				
Avstått tandläkare	68,6	66,4	9,0	8,9
Avstått sjukvård	48,6	47,8	2,8	2,3
Avstått läkemedel	60,0	45,1	2,2	1,5
Har sämre än god självskattad hälsa	71,5	79,6		
Har en långvarig begränsande sjukdom	57,1	76,1		
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)				
Problem med rörlighet	31,4	40,7	13,7	11,4
Problem med hygien	5,7	9,7	2,9	2,5
Problem med huvudsakliga aktiviteter	45,7	37,2	11,9	8,7
Problem med smärtor/besvär	65,7	82,3	49,2	41,3
Problem med oro/nedstämdhet	80,0	79,6	38,0	27,9

En annan fråga gällde sjukdomar diagnostiserade av läkare (tabell 3). Den vanligaste huvudkategorin var sjukdom i rörelseorganen och där tillstånd till följd av skador och förslitningar var vanliga. Därefter kom kategorin psykiska sjukdomar och beteendestörningar. De vanligaste uppgivna specifika tillstånden var adhd, depression/bipolaritet, ptsd och Aspergers syndrom/autism. Sjukdomar i cirkulationsorganen var också vanligt, där hjärtbesvär, stroke och högt blodtryck var de vanligaste. Multisjuklighet var vanligt: Mer än hälften av de intervjuade uppgav att de hade två eller fler sjukdomar.

Tabell 3. Självrapporterad sjukdomsförekomst bland intervjuade hemlösa personer år 2019.

Vanligaste sjukdomskategorier	Kvinnor n=35 %	Män n=113 %
Sjukdomar i rörelseorganen och bindväven	20	42
Psykiska sjukdomar och beteendestörningar	26	20
Cirkulationsorganens sjukdomar	17	12
Infektionssjukdomar	9	12
- Hepatit C	9	8
- Hepatit B	0	2
- hiv	0	5
Andningsorganens sjukdomar	11	8
Endokrina sjukdomar	6	8
Sjukdomar i nervsystemet	11	5
Hudens och underhudens sjukdomar	3	6

Delaktighet i samhället, förtroende och bemötande

Frågor av social karaktär ställdes också. Frågor om förtroende för olika myndigheter och samhällsinstitutioner visade att tre fjärdedelar uppgav stort eller mycket stort förtroende för sjukvården, följt i fallande ordning av frivilligorganisationer, polisen, socialtjänsten, rättsväsendet, skattemyndigheten/Kronofogden, riksdag/regering, Försäkringskassan samt slutligen Arbetsförmedlingen och lokalpolitiker där mindre än en femtedel angav stort eller mycket stort förtroende. Nära hälften av de intervjuade hade gott förtroende för polisen, men en fjärdedel rapporterade att de helt saknade förtroende. Förtroendet för socialtjänsten var övervägande lågt, men fyra av tio uppgav ändå mycket eller ganska stort förtroende. Cirka en tredjedel av de intervjuade uppgav att de hade röstat vid senaste valet 2018.

En annan fråga gällde hur de upplevde sig ha blivit bemötta vid kontakt med olika verksamheter. Fyra femtedelar svarade att de fått mycket eller ganska bra bemötande från sjukvården. Cirka hälften ansåg att de fått mycket eller ganska bra bemötande från polisen, socialtjänsten och frivilligorganisationer. En något lägre andel uppgav mycket eller ganska bra bemötande från skattemyndigheten/Kronofogden och rättsväsendet. Bara omkring en fjärdedel rapporterade mycket eller ganska bra bemötande från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. För vissa verksamheter rapporterade en

hög andel (från en tredjedel till hälften) av intervjupersonerna att de blivit ganska eller mycket dåligt bemötta. Det gällde i fallande ordning socialtjänsten, polisen, rättsväsendet, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och skattemyndigheten/Kronofogden.

Öppna frågor

Öppna frågor ställdes om orsaker till hemlöshet, livssituation och hälsotillstånd, och vad som skulle kunna leda till en förbättring av situationen.

På frågan om orsaker till hemlöshet angavs flera skäl. Återkommande svar från flera intervjuade var eget missbruk; svårigheter under uppväxten med misshandel, övergrepp och missbrukande föräldrar; att ha blivit utsparkad hemifrån som barn; skilsmässa och familjeproblem samt skulder och ekonomiska svårigheter. Återkommande var även upplevelser av bristande stöd från välfärdssystemet och myndigheter, såsom att förlora rätten till ersättning, att bli felbehandlad i sjukvården eller misstrodd av socialtjänsten. Några personer hade haft egna företag som gått i konkurs. Andra hade blivit utsatta för brott med långvariga konsekvenser.

Svaren på frågan om vad som har haft betydelse för att hälsan är som den är nu varierade. En person angav: "Prägling och belastning hemifrån, tidigare våld, utmattning och allt som följt därefter". Ofta uppgavs bostadslöshet, missbruk och utsatthet för våld som förklaringar till hälsotillståndet. Vidare uppgavs ärftlighet, sjukdom, livshändelser och att inte få den vård man behöver. En person svarade att: "Kåken [fängelset], sömn och mat bidrar till bättre hälsa".

Flera av de intervjuade ansåg att de själva hade möjlighet att påverka sin livssituation och hälsa: bland annat genom att hålla sig nyktra, sluta röka, sluta missbruka, ta sina mediciner, äta bra, sova bra, träna och "vistas bland rätt folk". Andra uppgav att de saknade motivation i avsaknad av pengar och jobb.

Det var trots detta också vanligt med förhoppningar om en förbättring av hälsa och livssituation under de kommande åren. Några var mer negativa: "Det är en nedåtgående kurva". På frågan om någon förändring i sjukvården skulle kunna förbättra för den intervjuade fanns olika svar. En del av de intervjuade uppgav dåliga erfarenheter av utebliven eller felaktig behandling i sjukvården. Några ansåg att vården var överbelastad och att det var svårt att få hjälp, att det var långa köer till behandling, och önskade att vården skulle ta dem på allvar: "Döm inte ut missbrukare och prostituerade". Andra önskemål var ADHD-utredning, tandvård och nya tänder. Flera föreslog gratis tandvård och ett flertal önskade ett eget boende.

En annan fråga gällde om någon förändring i samhället i övrigt skulle kunna bidra till en bättre livssituation. Ett återkommande svar var att det behövs fler bostäder, särskilt hyresrätter. Flera kommenterade bristen på stöd: "Det bör finnas ett skyddsnet för sjuka och fattiga och att man inte blir utförsäkrad". En person önskade: "ett humanare klimat generellt sett. Större satsningar på vård och omsorg.". Vidare efterfrågades jobb och bostäder, och att få vara en del av samhället: "Arbete och bostad ska vara grundlagsskyddat". En annan person kommenterade: "Det är inte kriminellt att vara fattig och sjuk. Och välfärdssystemet var tidigare till för att ta hand om sjuka, gamla och fattiga."

Verksamheternas perspektiv

Det fanns en samsyn bland de intervjuade verksamhetsföreträdarna kring de hälsoproblem som finns bland personer som lever i hemlöshet, vilket också återspeglade resultaten från enkätintervjuerna med personer i hemlöshet. Flera av dem pekade på den komplexa situation som personer i hemlöshet ofta befinner sig i och att det därför är nödvändigt med samverkan mellan olika verksamheter. Över lag såg de många brister i samverkan mellan aktörer, men även en möjlighet till positiva effekter på livsvillkor och hälsa för personer i hemlöshet om samverkan skulle utvecklas och förbättras.

Bristande samverkan mellan psykiatri och beroendevård nämndes av flera som ett problem där det skulle gynna hälsan bland personer i hemlöshet om de kunde behandlas samtidigt för både psykiatriska besvär och missbruk. Verksamhetsföreträdarna upplevde dock att samverkan även hindras av patienterna själva då många vill separera sina kontakter. Flera uppfattade ökad ekonomisk styrning som en av anledningarna till den försämrade samverkan.

Det fanns olika förslag på hur samverkan skulle kunna förbättras. Att erbjuda flera insatser samtidigt nämndes som ett exempel, något som tycks fungera väl vid Pelarbacken där socialtjänst och öppenvårdsmottagningar för allmänmedicin, psykiatri, beroendevård, fotvård och tandvård är samlokaliserade. Ett annat förslag var att införa socialmedicinska team i utsatta områden för att förbättra samverkan och samordna olika enheter samt kontakten med patienten.

Patientgruppens förtroende för vården och socialtjänsten nämndes i flera av intervjuerna. Många som lever i hemlöshet har haft negativa erfarenheter i kontakten med vård och socialtjänst men även av andra samhällsinstanser, vilket också framkom i enkätintervjuerna. Det kan därför ta lång tid för dessa personer att bygga upp förtroendet och att söka hjälp, vilket fördröjer diagnos och kan ha negativa hälsoeffekter. Det sågs därför som viktigt att upprätthålla förtroendet och att ha stabila kontakter.

Flera nämnde att processer skulle kunna förenklas, som att införa fasta kontakter samt lägre krav på redovisning. Förändringar i den riktningen skulle göra det lättare för personer i hemlöshet att göra rätt och få rätt hjälp. Sådana förändringar kan i dagsläget utebli på grund av verksamheternas styrning och resursbegränsningar. Flera nämnde även vikten av forskning om hemlöshet.

Diskussion

Sämre hälsa än övriga befolkningen

Både den fysiska och psykiska hälsan var betydligt sämre i den intervjuade gruppen personer i hemlöshet jämfört med befolkningen i övrigt. Den psykiska ohälsan var utbredd bland intervjupersonerna. Hela 80 procent av de intervjuade uppgav att de upplevde oro och/eller nedstämdhet, 71 procent av kvinnorna och 40 procent av männen uppgav en önskan att inte längre leva och extremt höga andelar rapporterade självmordstankar (47 procent) respektive självmordsförsök (23 procent). I jämförelse rapporterade en nationell befolkningsenkät från 2018 att fyra procent av kvinnor och tre procent av män har haft självmordstankar samt fem procent av kvinnor och fyra procent av män hade genomfört självmordsförsök (6).

De nivåer av fysisk ohälsa och sjuklighet som de i hemlöshet rapporterar i den här studien är jämförbart med nivåer bland personer som är 85 år och äldre i befolkningen (7). Förekomsten av de vanliga folksjukdomarna (som hjärt-kärlsjukdom, diabetes och kol) är stor i gruppen, och har debuterat i långt tidigare ålder än vanligt (8). Även riskfaktorer som daglig rökning var mycket vanligare i den intervjuade gruppen, hela 71 procent av kvinnorna och 67 procent av männen i hemlöshet var daglig rökare, jämfört med sju procent i hela befolkningen.

Social utsatthet under lång tid

För många som lever i hemlöshet har den bakomliggande problematiken börjat i ung ålder. I de öppna frågorna har flera uppgivit utsatthet under barn- och ungdomsåren som orsaker till hemlösheten: exempelvis missbruk i familjen, misshandel, sexuella övergrepp eller fattigdom. Den akuta hemlösheten tycks oftare bero på en lång kedja omständigheter än på enstaka livskriser, även om det senare också förekommer. Även i de fall där enskilda livskriser varit en utlösande faktor verkar det dock oftast ha föregåtts av andra former av social utsatthet sedan en längre tid. De flesta intervjuade hade dessutom levt i hemlöshet en längre tid. Hälften svarade att de aldrig haft en egen bostad eller att det gått mer än tio år sedan de senast hade en egen bostad. Med tanke på att den psykosociala problematiken oftast funnits under lång tid går det att anta att det funnits flera tillfällen under dessa personers liv då hjälp från samhället varit möjlig, men där samhällets hjälp brutit.

Större andel födda utanför Europa

En tidigare intervjuundersökning bland 155 personer i hemlöshet gjordes år 2006/2007, med samma frågeformulär som använts i den här studien (9,10). Jämfört med den tidigare undersökningen är männen i denna undersökning i genomsnitt något äldre och kvinnorna något yngre. Dessutom är en större andel födda utanför Europa, vid det senare mätillfället. En liknande bild gav Socialstyrelsens kartläggning från 2017, som visade att ett ökat antal personer i hemlöshet var födda utanför Sverige (4). Fler har nu ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, medan färre har ersättning från Försäkringskassan (9,10). Hälsan är fortsatt dålig bland personer i hemlöshet. Dock uppgår en mindre andel nu än tidigare att de har diagnosticerats med hiv och hepatit C, vilket kan ha samband med sprututbytesprogrammet och aktiv behandling av hepatit C, som båda tillkommit efter 2007. En lägre andel rapporterar även narkotikaanvändning i den aktuella undersökningen än 2006/2007.

Case management

Det som har bäst vetenskapligt stöd när det gäller insatser mot hemlöshet på individnivå är intensiv samordning runt en enskild hemlös, så kallad "case management" (11,12). Ett exempel där detta arbetssätt använts är inom ramen för den nollvision som satts upp i Bergen County i New Jersey strax utanför New York (13). Bergen County är på vissa punkter jämförbart med Stockholm i termer av såväl befolkningens mängd som bruttoregionalprodukt per capita år 2019. Dock har Bergen County betydligt större inkomstojämlikhet än Sverige. Deras nollvision är definierad som att maximalt tre personer i regionen, vid varje given tidpunkt, ska vara vad de kallar kroniskt hemlösa, det vill säga ha levt i hemlöshet under ett års tid eller längre (13,14). I den gruppen skulle 93 procent av de som har intervjuats till den här rapporten hamna. Bergen County påbörjade arbetet 2015 och nådde målet för nollvisionen (maximalt tre personer kroniskt hemlösa) år 2017.

Framgången har förklarats av att alla olika verksamheter som är berörda samverkar, fall för fall, runt varje enskild person i hemlöshet. Gemensamt frågar sig de berörda verksamheterna: "Hur ser de samlade problemen ut för 'NN'?" och "Hur hjälper vi 'NN' på bästa sätt bort från hemlösheten?". Information samlas om varje enskild person i hemlöshet tills problematiken och vad som fungerar, och vad som inte fungerar, förstås i detalj. Man har även samlokalisert resurser i det man kallar för en kommandocentral, "under ett tak och med det gemensamma målet att nå nollvisionen". I genomsnitt tar det verksamheten 63 dagar att hitta en långsiktig boendelösning för en person i hemlöshet. Eftersom problematiken är sammansatt är målet att varje person i hemlöshet ska få hjälp med all problematik: såväl somatisk, psykiatrisk och social som ekonomisk och bostadsmässig (13,14).

Region Stockholm

I samverkan med Stockholms stad har Region Stockholm idag en verksamhet för hemlösa vid Pelarbacken. Verksamheten bedrivs både på plats samt med mobila team. Flera av pusselbitarna i det framgångsrika arbetet i exemplet från New Jersey har här sin motsvarighet med samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård, socialtjänst och beroendevård.

Hela 93 procent i befolkningen som helhet har haft minst en kontakt med hälso- och sjukvården under den senaste femårsperioden (15). Även om denna studie inte ställde någon fråga om kontakter med hälso- och sjukvården kan det därför ändå ses som troligt att många av personerna i hemlöshet varit i kontakt med hälso- och sjukvården med tanke på den sjukdomsburden som framkommer av undersökningen. Vi ser dessutom att det finns ett relativt stort förtroende för hälso- och sjukvården (9) bland personer som lever i hemlöshet. Det borde finnas gott om tillfällen för hälso- och sjukvården att bidra med insatser för dessa individer, men även för personer som riskerar att hamna i hemlöshet. Därför kan arbetet vara både hälsofrämjande bland personer som lever i hemlöshet och förebyggande i riskgrupper.

Att fortsatt utveckling av samverkan mellan olika verksamheter är centralt för ett framgångsrikt arbete visar både denna och tidigare studier. Men med tanke på omfattningen av hemlösheten i länet och den samlade, och varierade, problematik som hemlösa lider av skulle en utökad verksamhet kunna övervägas. Hur en utökad verksamhet och utveckling skulle kunna utformas kan kräva en mer detaljerad utredning. Verksamheter som skulle kunna tänkas ta ett än större ansvar i frågan

sträcker sig genom hela individens livsbana; BVC, ungdomsmottagningar, primärvård, psykiatri och geriatrik skulle kunna spela en viktig roll i det preventiva arbetet både för de som redan befinner sig i hemlöshet samt för riskgrupper.

I en utökad verksamhet skulle även staten kunna vara representerad (som bland annat är huvudman för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Kronofogden, rättsvårdande myndigheterna) och sist, men absolut inte minst, bostadsbolag. Att bostaden i sig har en avgörande betydelse för möjligheten att förbättra hälsan hos individen går inte att åsidosätta, men möjligheten och ansvaret att tillhandahålla bostäder ligger utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Socialstyrelsen har dock konstaterat att bristen på billiga hyresrätter, och hyresvärdars krav för att få förstahandskontrakt är två av de mest avgörande hindren för att minska hemlösheten idag (16). Att bara erbjuda bostäder är inte tillräckligt, det visar beskrivningen av de mångfacetterade problemen i den här rapporten. Men att det *också* krävs får inte glömmas bort.

Referenser

1. Aldridge RW, Story A, Hwang SH, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Katikreddi SV, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018;391:241-250.
2. Stockholms stad. Hemlösa i Stockholms stad 26 september 2018. December 2018. <https://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=1962114>
3. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011;377(9784):2205–14.
4. Socialstyrelsen. Hemlöshet 2017 – omfattning och karaktär. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20765/2017-11-15.pdf>
5. Socialstyrelsen. Antal hemlösa per kommun och län 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/missbruk-och-beroende/hemloshet/>
6. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2018. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/49e2c585bddc480798d89683650ca67d/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2018-19006.pdf>
7. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Folkhälsorapport 2015. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2015.
8. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384:1529-1540.
9. Irestig R, Burström K, Wessel M, Lynoe N. How are homeless people treated in the healthcare system and other societal institutions? Study of their experiences and trust. *Scand J Publ Health* 2010; 38: 225–231.
10. Sun S, Irestig R, Beijer U, Burström B, Burström K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scand J Publ Health* 2012;40:115-125.
11. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, Withers J, Clint S, Fitzpatrick S, Hewett N. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalized and excluded populations. *Lancet* 2018;391:266-280.
12. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384:1541-1547.
13. Bergen County. <https://www.co.bergen.nj.us/community-development/continuum-of-care>
14. Achieving the goals of ending chronic homelessness. https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/Chronic-Criteria-Benchmark-Webinar-Slides_09_06_18.pdf
15. Bartelink V, Lager A. Folkhälsorapport 2019. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm 2019.

16. Socialstyrelsen. Förebygga och motverka hemlöshet – analys och förslag för fortsatt arbete inom socialtjänsten. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-9-7582.pdf>

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuer med verksamheter och personer som arbetar med personer i hemlöshet

Vi har genomfört intervjuer med personer som inom nuvarande yrke eller anställning arbetar, eller tidigare har arbetat, med personer i hemlöshet och deras hälsa. Personal vid Stockholms stads enhet för hemlösa besvarade frågor per e-post eftersom intervju inte var möjlig.

Intervju vid Stockholms stads enhet för hemlösa

Frågorna besvarades av Jessica Hellberg. Stockholms stads enhet för hemlösa vid Pelarbacken poängterar man att gruppen som lever i hemlöshet både är heterogen och i ständig förändring. De menar att gruppen byts ut var fjärde år med undantag för omkring 20 procent som blir kvar i en mer långvarig hemlöshet. Gruppen som befinner sig i strukturell hemlöshet har blivit större genom att personer som har svag ställning på både arbets- och bostadsmarknaden fått det svårare haft svårt att skaffa eget boende. Sammansättningen av gruppen har även förändrats till att bli mer mångnationell samt att de som har missbruksproblem oftare använder tyngre droger; tidigare var alkoholmissbruk det typiska för att i dag oftare vara svårt narkotikamissbruk. Personer med svåra sociala problem kan ha svårt att behålla en bostad då de ofta blir föremål för klagomål från grannar.

Generellt är psykisk ohälsa, missbruk och samsjuklighet vanligt förekommande i hela gruppen av personer i hemlöshet. I gruppen som är placerade i organiserade boenden lever man under mer ordnade former. I den grupp som lever i akut hemlöshet är somatiska hälsoproblem vanligare, såsom problem med ben och fötter, infektioner och dålig tandhälsa. Det är även vanligt att personer i akut hemlöshet inte har kontakt med psykiatri trots psykisk sjukdom och därför inte heller medicinerar. Personalen ser dock att underhållsbehandling vid opioidberoende och sprututbytesprogrammet de senaste åren har haft en positiv påverkan på hälsan inom gruppen som lever i hemlöshet. Något de ser som ytterligare skulle kunna förbättra hälsan i gruppen är en mer tillgänglig psykiatri samt om insatser mot missbruk kunde ske samtidigt med en sådan ökad tillgänglighet.

Enheten för hemlösa arbetar på olika sätt med att lösa boende, ofta genom placering i försökslägenhet. Många utan andra uttalade stödbehov skaffar boende på egen hand genom andrahandskontrakt. En mycket liten del får bostad genom "Bostad först", vilket innebär att personer erbjuds bostad utan krav på nykterhet. Enheten arbetar även med placeringar på härbärgen under "tak över huvudet-garantin", vilket endast ska vara akut. Ändå ser man att vissa personer blir kvar en längre tid på härbärgen. I övrigt upplever personalen vid enheten att samverka med andra aktörer, som hälso- och sjukvården, fungerar hjälpligt men att Pelarbacken har en fördel tack vare samlokaliseringen.

Intervju vid Sprututbytesprogrammet

Vid ett studiebesök vid Sprututbytesprogrammet intervjuades enhetschef Fredrik Lindström och flera ur personalen svarade på frågor om verksamheten och uppfattningen om hälsan bland personer i hemlöshet. Sprututbytesprogrammets huvudsakliga uppgift är att förse personer som injicerar droger med rena kanyler, sprutor och andra verktyg, och patienterna får tillbaka lika många rena verktyg som de

lämnar in. Sprututbytesprogrammet erbjuder även vaccinationer samt viss annan sjukvård, såsom behandling av infekterade sår, behandling av hepatit C och möjlighet att hämta ut läkemedel för hiv.

Till sprututbytesprogrammet kommer människor med olika boendesituationer, en del har fast boende och "vanliga" liv med familj och jobb, men många har en osäker boendesituation. Personalen frågar patienterna om boendesituationen var tredje månad. Många uppger att de har en osäker situation även om de flesta inte är i akut hemlöshet. Personalen uppfattar det som att bostadssituationen pendlar mycket för många patienter, att de i perioder har bostad och sedan blir utan igen. Uppfattningen om vad som är en stabil bostadssituation varierar också mycket bland patienterna. Under 2015 genomfördes en preliminär utvärdering av sprututbytesprogrammet i Stockholm som baserades på resultat från 552 personer som godkänt deltagande utvärderingen i samband med inskrivning i programmet. I utvärderingen uppgav 13,8 procent att de varit bostadslösa eller bott på gatan de senaste tre månaderna. Den enskilt största gruppen var personer med eget boende (35,7 procent) men övriga rapporterade mer eller mindre instabila boendeformer (inneboende, stödboende, kriminalvården, behandlingshem, härbärge och annat).

Ofta hänvisas patienter till Pelarbackens vårdcentral och uppfattningen är att många patienter också går dit. Personalen får även hjälpa till att hänvisa till andra vårdmottagningar då patienterna ofta inte vet vart de ska vända sig med olika problem. Dock är patienterna på sprututbytet anonyma då inga journalanteckningar förs och därför finns det patienter som inte vill vända sig till andra vårdmottagningar där deras beroende skulle avslöjas. Exempelvis kan det gälla personer med "vanliga" liv som även kan vara rädda att möta någon de känner på till exempel vårdcentralen. Även personer som går på underhållsbehandling för opioidberoende via beroendevården kan komma till sprututbytet.

Personalen tror även att det finns grupper som är mindre benägna att söka sig till sprututbytesprogrammet. En sådan grupp kan vara kvinnor som har vårdnad om barn eftersom personalen i dessa fall är skyldiga att göra en orosanmälan till socialtjänsten. Det verkar även finnas personer som är paranoida eller väldigt misstänksamma och som därför söker hjälp i mindre utsträckning. Det finns ett mindre sprututbyte via Brukarföreningen och eventuellt vänder sig en del mer utsatta personer som vill vara helt anonyma dit istället. Det är även många patienter som inte vill blanda sina vårdkontakter utan vill sköta alla själva, var för sig, vilket kan försvåra samverkan med andra instanser som till exempel socialtjänsten.

Sedan januari 2018 delas Naloxon ut till patienter via sprututbytesprogrammet. Naloxon är ett läkemedel som häver överdoser av heroin och andra opioider och som därigenom kan bidra till att minska dödligheten. Utdelningen av Naloxon genomförs tillsammans med utbildning av patienterna i hjärt- och lungräddning och agerande vid överdoser, samt information om hur läkemedlet ska användas. Vid utbildningarna framkommer ofta att patienterna har traumatiska upplevelser av överdoser sedan tidigare och att de ofta har delat tankar om att drabbade vänner och anhöriga kanske hade kunnat överleva om de haft tillgång till Naloxon tidigare. Att inneha läkemedlet verkar ge en känsla av egenmakt och trygghet. Under 2018 delade sprututbytesprogrammet ut Naloxon till 515 personer som även genomgick utbildningen. Nya doser har delats ut vid 533 tillfällen. Vid utdelning av nya doser försöker personalen följa upp anledningen till nytt uttag. Naloxon har då rapporterats ha använts vid skarpa överdossituationer vid 238 tillfällen.

Intervju vid Convictus

På Convictus intervjuades verksamhetschef Maria Dahlstedt och Dino Gerdin som är föreståndare för dagverksamheten Convictus Bryggan Vantör. Convictus driver flera verksamheter som ska bidra till bättre hälsa bland personer som lever i hemlöshet. Det handlar bland annat om grundläggande behov, som viss medicinsk hjälp samt regelbundna måltider vilket är stora hälsoinsatser för dem som inte har möjlighet till det annars. På hälsocentret erbjuds andra hälsofrämjande insatser, bland annat träning, massage och fika, till personer som är på väg ut ur ett missbruk.

Maria Dahlstedts och Dino Gerdins bild är att hälsan är eftersatt bland personer i hemlöshet, och att allvarliga sjukdomar som cancer är vanligare, bland annat på grund av sen upptäckt. Deras uppfattning är också att när en person tagit sig ur ett tungt narkotika- eller alkoholmissbruk ses andra ohälsosamma vanor som tobaksbruk som mindre viktiga, vilket kan bidra till flera allvarliga sjukdomar. Personer med utländsk bakgrund drar sig också ofta för att söka vård eftersom de tror att deras hälsa är avgörande för möjligheten att få stanna i Sverige. För många uppstår även problem i kontakt med vårdgivare: det kan handla om misstro till vården på grund av tidigare negativa erfarenheter eller att personer i hemlöshet känner sig annorlunda behandlade än andra patienter. Det kan även vara mer praktiska problem, som tidigare obetalda avgifter till vårdcentralen vilket lett till att de blivit "portade" på mottagningen tills avgiften är betald.

Ett annat praktiskt problem är de senaste årens digitalisering, som många i hemlöshet har svårigheter med. Digitaliseringen har komplicerat möjligheten för personer i hemlöshet att komma i kontakt med olika enheter på ett enkelt sätt. Tidigare hittades telefonnummer i telefonkatalogen, idag ska all information och alla kontaktuppgifter sökas via internet vilket inte alltid är enkelt eller möjligt för den som saknar tillgång till egen dator och inte har telefon med internet. På Convictus försöker de erbjuda hjälp på plats, det kan handla om hjälp med att ta sig förbi en telefonkö och hamna hos rätt person. Vissa vårdgivare upplevs även svåra att nå, exempelvis inom psykiatrin. Den psykiatriska ambulansen, ett projekt med ett uttryckningsfordon som drivs av Länsakuten S:t Görans sjukhus. Vid intervjutillfället var tillgängligheten alla dagar mellan kl 15.00–01.00 (Idag är den tillgänglig alla dagar mellan 11.00–03.00), men på Convictus hade de gärna sett att den var igång dygnet runt då de upplever att behoven finns hela dygnet. Det skulle även vara värdefullt för dem som kommer till Convictus att erbjudas en "gräddfil" till vissa tjänster, exempelvis genom fasta kontaktpersoner inom vården och socialtjänsten som kan kontaktas direkt.

På Convictus ser de fördelar med att kunna erbjuda flera tjänster eller hjälpinsatser på samma plats eller i samband med något annat. Det kan vara svårt att få till en följsamhet och att få personer i hemlöshet att uppsöka flera olika instanser; därför är det bra att utnyttja tillfället att erbjuda flera saker på en gång. Det kan också vara ett sätt "hoppa på en positiv våg" som kan uppstå i samband med att hjälp mottas. Tandvård är en sådan insats som de tror skulle vara värdefull om den kunde erbjudas även i andra sammanhang då det är en stor fråga för många personer de möter.

De intervjuade uppfattar att kunskapen och bilden av utmaningarna kring hemlösa har klarnat men menar att möjligheterna till samverkan blivit svårare då det blivit lite mer av ett stuprörstänkande. Bland annat upplever de att socialtjänsten blivit mer försiktig att fatta beslut, och att tillgången till vård vid behandlingshem minskat av kostnadsskäl. Ett annat hinder för Convictus verksamhet är svårigheten att uppnå kontinuitet, till exempel är omsättningen av volontärer hög. Även andra verksamheter som Convictus

samarbetar med, och hänvisar personer i hemlöshet till, tenderar att drivas i projektform. De skulle önska mer hjälp och stöd att bedriva sin verksamhet och vill gärna bidra med sin kunskap och erfarenhet i olika frågor, gärna i tidiga skeden av beslutsprocesser, inte bara som rådgivare i slutet av utredningar. De skulle gärna se att de fick hjälp med att mäta effekterna av sin verksamhet då det inte är något de själva har resurser att genomföra.

Intervju med före detta socialläkare Jan Halldin

Jan Halldin är pensionerad läkare i socialmedicin och har länge arbetat med utsatta grupper i rollen som socialläkare, inom beroendevården samt i olika forskningsprojekt. Jan Halldins uppfattning om hälsan bland personer i hemlöshet är att de drabbas av samma sedvanliga sjukdomar som den allmänna befolkningen men att de utöver det i större utsträckning också drabbas av andra sjukdomar som hepatit och hiv samt att de ofta har stora problem med sin tandhälsa. Vidare lyfter han praktiska problem som kan göra det svårare att hjälpa hemlösa, exempelvis att de lätt tappar bort remisser och därför missar bokade tider. Jan Halldin anser att det är viktigt att fortsätta bedriva forskning kring personer i hemlöshet och deras hälsa eftersom gruppen är svår att fånga upp i andra sammanhang, exempelvis vid vanliga enkätundersökningar. Det skulle även finnas fördelar med att samordna de undersökningar som redan görs av Socialstyrelsen och Stockholms stad, så att de genomfördes på liknande sätt och använde samma definitioner.

Ett övergripande problem som togs upp var verksamheters styrning. Både ekonomiska faktorer och brister i samverkan mellan olika verksamheter försvårar arbetet. Jan Halldin menar att det ofta inte är ekonomiskt lönsamt för verksamheter att samarbeta med varandra men att bättre samverkan hade förbättrat hjälpen till många i hemlöshet. Exempelvis finns det en brist i samverkan mellan psykiatri och beroendevård där patienter inte får vård för psykiska besvär och beroende samtidigt, trots att de har samtidiga psykiatriska diagnoser och beroende. Sådan brist på samverkan kan bidra till att individer hamnar i hemlöshet vilket har lyfts och debatterats i media de senaste åren, bland annat i SVT:s program Uppdrag granskning ”Vem kan rädda Sanne?”. Ur det perspektivet och som före detta socialläkare i utsatta områden är Jan Halldins uppfattning att klinisk socialmedicin i form av socialmedicinska team i utsatta områden borde återinföras. Det finns många samhälleliga resurser i dessa områden men ofta ingen samverkan. Genom en utbyggd primärvård skulle de socialmedicinska teamen kunna hjälpa till med samordning och länka ihop verksamheter runt de personer som behöver hjälp.

Intervju med tandläkare Patricia de Palma

Patricia de Palma är tandläkare och forskare, tidigare även verksam vid Pelarbacken. Hon har arbetat med tandhälsa bland personer i hemlöshet sedan år 2000 då hon drev en klinik vid Karolinska Institutet i Huddinge som sedan flyttades till Pelarbacken där kliniken drevs måndag till fredag mellan 9–17. I samband med att Capio tog över verksamheten år 2018 fanns inte längre någon grund för fortsatt samarbete med Karolinska Institutet gällande tandvård. Även om det fortsatt finns tandvård på Pelarbacken medför bristen på samarbete med Karolinska Institutet förlorad kunskap och utveckling. Kliniken har fungerat som en utbildningsplats för kollegor, forskarstudenter och andra studenter som haft möjlighet att möta patienter med stora tandproblem vilka tenderar att inte söka sig till vanliga tandvårdsmottagningar. Genom kliniken har tidigare även viktig forskning bedrivits kring tandhälsa bland personer i hemlöshet.

Patricia De Palmas uppfattning är att hemlösas tandproblem idag är samma som tidigare men att gruppen som lever i hemlöshet har förändrats över tid; det är fler nationaliteter i dag och deras förväntningar och önskemål om tandhälsa varierar.

Många i hemlöshet har problem med muntorrhet på grund av missbruk. De flesta är även sämre på att borsta tänderna på grund av sitt missbruk eller för att de tappar tandborste och tandkräm. Muntorrhet och bristande tandborstning leder till inflammationer och infektioner i tänder och tandkött som i förlängningen leder till att många förlorar sina tänder. Patricia Da Palma berättar att studier har visat att hemlösa i genomsnitt endast har kvar 7 av 32 tänder samtidigt som rekommendationer säger att man behöver ha minst 20 tänder för god livskvalitet. Upp mot 70 procent av patienterna lider också av tandvårdsrädsla. Ofta är orsaken olika former av våld; bland män framför allt våld mot ansiktet och munnen. Kvinnor har ofta blivit utsatta för orala sexuella övergrepp vilket leder till stort obehag vid behandlingar i munnen.

Socialtjänsten betalar för viss tandvård utöver det som Försäkringskassan ersätter, men vid dyra behandlingar rekommenderar socialtjänsten ofta att tanden dras ut. De som har få tänder kvar kan få proteser men det är vanligt att dessa tappas bort, dessutom är det svårt att få ekonomisk ersättning för inplantat. Forskningsverksamheten vid Karolinska Institutet har ibland bidragit med tandläkartid och i vissa fall har tidigare Erstastiftelsens fonder kunnat betala.

ISBN 978-91-87691-94-2



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM