



Bostadslösas hälsa

Mio Lindman träffar forskaren och läkaren Agnes Stenius i caféet på THL [Institutet för hälsa och välfärd] i Helsingfors. Stenius har forskat om bostadslösas hälsa, och hon har jobbat som läkare på en hälsostation på Sanduddsgatan som vänder sig specifikt till bostadslösa. Hur ser de bostadslösas hälsa ut i jämförelse med den s.k. normalbefolkningens? Vilka är utmaningarna för social- och hälsovården när det gäller att möta de bostadslösas behov?

Intervjun börjar som ett samtal om bostadspolitiken i allmänhet. Finlands sätt att hantera bostadslöshet har ansetts vara väldigt lyckat. Traditionellt har stödboendeformerna i såväl Finland som andra länder byggts på en trappstegsmodell, där tanken är att den bostadslösa genom rehabilitering går från gatan mot mer och mer självständigt boende. Man kan också tänka på modellen som *Treatment First*, där man först skall nyktra till och lära sig klara sig själv innan man förtjänar eget boende. *Housing First* utgår däremot från tanken om att alla förtjänar ett permanent boende. Man erbjuder ett boende, och sedan erbjuder man frivilligt stöd i boendet, oavsett om man har "skött" sitt missbruk eller annan psykisk

sjukdom eller inte. Finland har varit ett av föregångsländerna i att introducera *Housing First* som lösning på långtidsbostadslöshet. Själva begreppet "*Housing First*" utvecklades i USA, men parallellt med det gjorde Finland lite samma sak. På åttiotalet blev bostadsfrågor en del av kommunens ansvarsområde och då började man utveckla boende-enheter som inte krävde nykterhet. Under de två förra regeringsperioderna, 2008–2015, har man satsat på två stora investeringsprogram, *Paavo I* och *Paavo II*, där före detta härbärgen byggts om till *Housing First*-enheter. Sammanlagt byggdes c:a 2500 lägenheter och 350 personer anställdes för att ge behövligt stöd. Som en följd av den här utvecklingen har

antalet långtidsbostadslösa minskat och antalet härbärgsplatser kunnat reduceras. På sjuttioåret fanns det kring 4000 härbärgsplatser i Helsingfors och nu finns det endast ca 200 stycken kvar.

Housing first-modellens utmaningar

Stenius berättar att det i hela världen är bara Norge och Finland som har kunnat rapportera minskade siffror gällande bostadslöshet. Däremot har man i Finland inte på ett mera systematiskt sätt utvärderat effekten av den här förändringen på en individnivå.

— Om man tänker på hur det var i de gamla härbärgena så var de ju helt förskräckliga. Men det är klart att boendeenheterna inte är helt oproblematiska heller. I den amerikanska modellen var rekommendationen *scattered housing*, att lägenheterna ska befinna sig utspridda i vanliga bostadsområden. Finland försöker också nu gå in för det.

— I reformen som gjordes 2008–2015 använde man de fastigheter som fanns, d.v.s. stora hus som tidigare varit härbärgen byggdes om till lägenheter för före detta bostadslösa. Då har du 50 till 100 människor med missbruksproblem i ett hus. Då har man bäddat för problem, det finns alltid någon som knackar på som erbjuder droger eller frågar efter pengar.

Målet är att komplettera med mindre enheter, men problemet med dem är att det för att det ska fungera måste finnas ett ganska intensivt stöd. När folk är geografiskt utspridda blir det väldigt dyrt. Det leder till att det bara är folk som är i tillräckligt bra skick som får tillgång till dem. De som har ett större stödbehov får däremot ställa sig i de allt längre köerna till de stora boendeenheterna. Eftersom det ska vara permanent boende så flyttar inte folk ut i samma takt som det finns nya som skulle behöva dem. Köerna till dessa boende-enheter för dem som behöver mera intensivt stöd är ofta i praktiken flera år långa.

Behov av stöd bland bostadslösa

Stenius berättar att målgruppen för *Housing First* i USA har varit bostadslösa med allvarliga mentala problem, d.v.s. andra än missbruksproblem. I den finska modellen har långtidsbostadslöshet varit det enda kriteriet för att få flytta till *Housing First*-enheter, och klienterna lider ofta av beroendeproblem snarare än psykisk sjukdom. Kanske som en följd av denna skillnad och p.g.a. Finlands universella hälsovård, har den finska modellen inte innehållit särskilt psykiatriskt stöd, utan man tänker sig att de bostadslösa ska vända sig till den normala hälsovården. Det intensiva stödet i boende-enheter består av övervakningspersonal, närvårdare, socionomer och oftast finns också en sjukskötare. Men psykiatrisk vård finns inte och tillgången till missbrukarvård är också de facto ganska dålig.

— Man övervakar snarare att folk betalar sina hyror och att folk inte flyger ur sitt boende. När jag har jobbat

på härbärgen ser jag människor som inte har lyckats behålla sitt boende, som har åkt ut. Jag har kanske en snedvriden bild som tänker att stödet inte är tillräckligt, fastän det är ganska mycket som kommunerna betalar för det. Det varierar så klart från enhet till enhet.

Hur kan det fungera att ha kanske

hundra människor med blandmissbruk

i ett hus? Då blir rehabiliterings-

möjligheterna väldigt små.

Det är tredje sektorn som producerar de här boendena och övervakningen av tjänsten som kommunen köper är inte så enkel, funderar Stenius och fortsätter: själva uppdraget är egentligen ganska omöjligt. Hur kan det fungera att ha kanske hundra människor med blandmissbruk i ett hus? Då blir rehabiliteringsmöjligheterna väldigt små.

Stenius lyfter fram att det parallellt med *Housing First*-modellen har skett en nedskärning av anstaltsbaserad missbrukarvården. Möjligheterna att åka på längre rehabilitering har till exempel blivit mycket sämre. Folk skickas på en kort avgiftning, och så ska de tillbaka på boendet.

— Resultatet blir sällan särskilt bra. Denna förändring hänger antagligen ihop med en medikalisering av missbrukarvården. Den sociala biten tas inte med, utan man satsar på det medicinska under själva avgiftningen och hänvisar sen till öppenvården. Men när öppenvården den här gruppen av de kanske mest utslagna, och gagnas de av vad öppenvården har att erbjuda? Är det realistiskt att rehabiliteras i en sådan social miljö som boendeenheter är?

Forskning om bostadslösas hälsa

Medicinsk forskning om de hemlösa har hittills lyst med sin frånvaro i Finland i synnerhet, men också i resten av Europa. Bostadslöshetsforskningen i Europa har överlag varit socialpolitisk, påpekar Stenius. Och det har mest varit sociologer och socialarbetare som har varit intresserade av bostadslösa. Det är beskrivande att det inte heller på Institutet för hälsa och välfärd finns en enhet som fokuserar på bostadslösa. Bostadslöshetsfrågorna ligger under miljöministeriet, som ansvarar för bostadsplanering. Merparten av den medicinska och kvantitativa forskning som gjorts om bostadslösa kommer från USA.

— Jag kom in på detta för att Socca, pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus (Huvudstadsregionens kunskapscenter på det sociala området), sökte en läkare som skulle delta i ett projekt om bostadslösas hälsa. När jag sedan bekantade mig med ämnet märkte jag snabbt

att det var intressant. De bostadslösa är en grupp som konsumerar väldigt mycket hälsovårdsservice, som är väldigt sjuk och som har hög dödlighet. Därutöver är gruppen teoretiskt sätt näbar eftersom det finns social service för dem, men resurserna är inte riktade mot dem. Jag vill fästa uppmärksamhet vid deras situation så att man kunde utveckla servicen för bostadslösa och före detta bostadslösa. Med tanke på hur mycket vård den här gruppen behöver och redan konsumerar så skulle det vara ändamålsenligt att ha mera riktad service.

— Jag har tittat på dödlighet, sjuklighet, serviceanvändning och också gjort en uppföljningsstudie om var de bor efter tio år. Materialet består av registeruppgifter på personer som övernattnat på härbärgen i Helsingfors under åren 2004, 2009 och 2010, och uppföljningen pågick till slutet av år 2014. Eftersom gruppen använder mycket service finns det mycket registermaterial och jag har blivit förvånad över hur mycket man faktiskt kan få ut av registren.

Och vad kom du fram till?

— I tioårsuppföljningen med 617 män som år 2004 var på härbärgen i Helsingfors – gamla Herttonäs härbärge – har jag tittat på var de befinner sig tio år senare. Nästan hälften dör under tio år. Det är en jättestor dödlighet. 11 procent av kontrollgruppen dör under samma tid. Jag har samlat in en ålders- och könsmatchad grupp från normalbefolkningen födda i samma kommun inom samma månad. Det är alltså över fem gånger fler som dör bland de bostadslösa, och av dem som lever bor den stora majoriteten i någon form av stödboende också efter tio år. Bara 6 % bor självständigt. Det kom också fram att 78 % av de bostadslösa hade någon psykiatrisk diagnos, oftast missbruksdiagnos.

I Stenius projekt undersöktes serviceanvändningen av specialistvård i förhållande till hur länge folk var bostadslösa. De flesta var bostadslösa en kort period. "Att vara bostadslös" definierades här som "månader då personen var åtminstone två nätter på härbärge".

Med tanke på hur mycket vård den

här gruppen behöver och redan

konsumerar så skulle det vara

ändamålsenligt att ha mera riktad

service.

— Bostadslöshet kan i och för sig definieras på flera sätt. Bostadslösa kan ju också bo på gatan eller hos kompisar. Men här har vi utgått från perioder på härbärgen, eftersom de var de uppgifter vi hade tillgång till i registren. Över hälften befann sig alltså någon annan stans än på härbärge efter en månad. Men vi såg också att det är

många som blir bostadslösa på nytt. Nästan en tredjedel hade bostadslösa perioder ännu efter två år.

Hälsovårdsanvändning bland bostadslösa

— Vi tittade också på sjukhusdygn och jourbesök och jämförde med normalbefolkningen. Antalet var mycket högt. De bostadslösa hade ungefär 43 gånger så många psykiatriska sjukhusdygn som normalbefolkningen och tio gånger så många jourbesök, och drygt sex gånger så mycket medicinska och kirurgiska vårdygn på sjukhus.

— Jag ville också titta på dem som är tillfälligt bostadslösa. Överraskande nog skilde sig deras serviceanvändning väldigt lite från resten av de bostadslösa. Om man jämför med studien där vi tittar på var folk bor och där det visade sig att väldigt få bor självständigt så väcks frågan om hälsovårdsanvändningen egentligen förändras särskilt mycket av att man får ett stödboende. I framtiden borde man undersöka vilka effekterna av stödboende är på hälsan. Ett av de centrala argumenten för *Housing First* är att sjukvårdsanvändningen minskar. Men någon täckande undersökning har ännu inte gjorts i Finland.

Att känna igen bostadslösas behov

Enligt Stenius kan man fråga sig om det ens är bra att argumentera för en *Housing First*-modell utifrån argumenter för en sjukvårdsanvändning. Man kan också argumentera för att alla ska ha rätt till boende, men utan att göra det utifrån tanken att det ska vara lönsamt för samhället att bostadslösa får boende. Samtidigt finns det, säger Stenius, bostadslösa som inte använder service trots att de har många oskötta sjukdomar. Vi ser att trots att de bostadslösa använder rätt mycket akut service förekommer det också undervård, speciellt av kroniska sjukdomar och av psykiatriska sjukdomar. Det finns många som befinner sig utanför vårdsystemet systemet trots att de använder akuta (och dyra) jourtjänster. När det gäller behandlingen av kroniska sjukdomar finns det mycket att göra.

Detta gäller också dem som bor på stödboende?

— Ja, för att de förväntas söka sig till normal hälsovårdsservice, vilket inte alltid är så lätt, särskilt om du har ett aktivt missbruksproblem och följaktligen ett kaotiskt liv. Detta är, om jag förstått saken rätt, en indirekt följd av att bostadslöshet som politiskt ärende ligger under miljöministeriet, och stödtjänsterna i kommunerna under sociala sidan. Dessa instanser har inte haft mandat att planera den hälsovårdsservice som de hemlösa skulle behöva. Ofta har enheter byggts utan diskussion med hälsovårdssektorn. Den psykiatriska polikliniken kanske inte ens har uppfattat att den har en enhet med personer i behov av psykiatriskt stöd på sitt upptagningsområde. Bostadslösa har inte känts igen som en särgrupp inom vården. Vårt vårdsystem är uppbyggt på frivillighet (och ska kanske vara uppbyggt på frivillighet). Men om du inte är sugen på att kämpa för att få vård, då kanske du inte alltid får det.

Vilket är problemet, förutom otillräcklig tillgång till vård i boende-enheterna och frivillighetstänkandet? Och hur kan man sänka trösklarna?

— Ett problem är att vården och stödtjänsterna ligger under olika sektorer som inte nödvändigtvis har möjligheter att kommunicera med varandra. Bostadslöshet anses vara ett socialt ärende och det är socialen som ska sköta det. Socialarbetarnas möjlighet att påverka t ex den psykiatriska vården är inte så stor. Den så kallade integreringen mellan social- och hälsovård är inte särskilt välfungerande.

Stenius menar att det är viktigt att känna igen bostadslösheten som riskfaktor så att vården ska kunna känna igen vad detta innebär när man planerar vårdinsatser - känna till verkligheten som de bostadslösa lever i. För en sjukhusläkare kan det vara abstrakt att förstå vad en boende-enhet är, och vilka möjligheter en bostadslös har att sköta om sig själv, t.ex. sin medicinering, sina sår och uppföljningsbesök i en sådan miljö.

Hur skulle ett bättre system se ut?

— Det finns erfarenheter från andra länder av alla möjliga sorters insatser, allt från ambulande team som går runt på enheterna eller personal på sjukhus som plockar upp bostadslösa och ser över deras helhetsbehov, och som kan kommunicera mellan sjukvårdspersonalen, sjukhusen och boendena för att organisera eftervården.

— Att bli utskriven till ett hem där du har anhöriga som hjälper dig att hämta mediciner (och du har råd att köpa mediciner), att ha ett ställe där du kan tvätta dig och byta förband är helt annorlunda än att bli utskriven till

De bostadslösa hade ungefär 43 gånger så många psykiatriska sjukhusdygn som normalbefolkningen och tio gånger så många jourbesök, och drygt sex gånger så mycket medicinska och kirurgiska vårddygn på sjukhus.

ett härbärke eller till gatan, eller t.o.m. ett stödboende. Det är inte samma sak att vara i skick för gatan som det är att komma till ett hem. Det är något jag skulle önska att läkare skulle inse.

— Man behöver inse att det ibland är värt att hålla patienten kvar på sjukhuset några dagar extra och göra färdigt de utredningar som ska göras medan patienten är där, istället för att skriva ut dem och sedan kalla in dem efter en vecka på en poliklinisk undersökning som

sällan blir av eftersom den bostadslösa vid det här laget kanske har tappat sin telefon och därmed sin bokade tid, är berusad, eller glömmer sin tid.

— Vår forskning har också visat att bostadslösas användning av sjukhuspoliklinikernas service inte är större än lokalbefolkningens, fastän den "borde" vara det, om man tänker på sjukligheten.

Stenius menar att det är viktigt att känna igen bostadslösheten som riskfaktor så att vården ska kunna känna igen vad detta innebär när man planerar vårdinsatser

Stenius förklarar detta med att besöken helt enkelt inte blir av. Och eventuellt planeras de inte ens alltid in, eftersom vården inser att besöket inte kommer att lyckas. Användningen av service på polikliniker är mycket mindre än servicen på sjukhusen och jourerna. Många bostadslösa vänder sig till sjukhus och jourer istället, eftersom man har svårt att passa tiderna eller inte vet vart man ska vända sig.

Att göra vården tillgänglig

Agnes Stenius började arbeta på Sandudds hälsostation för bostadslösa när den öppnade i juni 2009 och jobbade där till maj 2018 (med avbrott för moderskaps- och forskningsledighet).

— På läkarmottagningen för bostadslösa på Sanduddsgatan där jag har arbetat väntade vi oss innan verksamheten startade köbildning. Kön var istället utanför socialarbetarens dörr. Jag tänker att detta beskriver behovshierarkin: människor behöver i första hand pengar, boende och mat, och sen när du har de här sakerna fixade så kan du intressera dig för ditt blodtryck eller din diabetes. De bostadslösa kommer sällan i onödan till läkaren, utan först då de är verkligen sjuka. Det här var alltså en helt annan situation än på en vanlig hälsostation, där patienternas bekymmer ibland kan te sig små i läkarens ögon...

Hur kommer man då åt problemet? Är det ofrånkomligt att det är så här?

— Delvis måste man sköta boendefrågan och den sociala sidan först, förebygga att folk inte blir utstötta och att det finns tillgång till adekvata stödboenden. Men nog också sänka trösklarna till normalvården. Det här är en grupp som har mindre tålighet än andra för telefonköer eller att vänta på besök.

Hur skulle sådan lågtröskelvård se ut?

— Många större europeiska städer har egna vårdcentraler för den här gruppen. I Finland har vi nu den här ena läkarmottagningen i samband med härbärgen där jag har jobbat som fortfarande är igång. Men alla nås ju inte genom den. Det skulle också behövas ambulande verksamhetsformer för att nå alla hemlösa.

Att samordna social- och hälsovård

I debatten om sote-reformen har frågor om de bostadslösas situation lyst med sin frånvaro. I lagförändringsförslaget som nu lagts fram nämns inte de bostadslösa.

— Utifrån vad jag har förstätt av den planerade modellen blir det genom den ännu svårare att samordna vården; socialvården ska ligga under kommunerna, hälsovården ska ligga under de privata aktörerna eller på landskapsnivån. För personer med olika typer av sociala problem kommer eventuellt vården att vara på landskapsnivå, där väl boende-enheterna också ska samordnas. Var härbärgena kommer att befinna sig administrativt vet jag inte. Överlag känns det osannolikt att integreringen av servicen kommer att bli enklare med så många olika organisationsnivåer.

Bostadslösas dödlighet

Överdödligheten är speciellt hög bland yngre bostadslösa, vilket till stor del förklaras av att "vanliga unga" inte dör. De dör särskilt av s.k. *external causes*: olyckor, överdoser och förgiftning. Vi tittade också på faktorer som kan förutsäga dödlighet. Bland den vanliga befolkningen skyddar faktorer som huruvida en person är gift, har jobb och utbildning mot dödlighet. För de bostadslösa hade de här faktorerna ingen relevans alls.

— Att du är bostadslös eliminerar den här skyddande effekten. Det hjälper inte att du är doktor i någonting om du är bostadslös. Om du bor på härbärke befinner du dig i en situation där du har så allvarliga problem att de här faktorerna inte längre är relevanta. Däremot fann vi att chansen för att ha ett självständigt boende var större hos dem som var gifta och hade mer utbildning, även om dessa faktorer alltså inte hade ett samband med dödlighetsrisken. Karikerat kan man säga att en fru ökar chansen för självständigt boende om du bor på härbärke, men skyddar dig inte från en tidig död...

— Siffrorna är ju väldigt dystra, men jag vill ändå lyfta fram att det här var ett väldigt roligt jobb. Människor jag mötte på hälsomottagningen på härbärgen var vänliga, roliga och tacksamma och jag fick jobba med olika typer av hälsoproblem, allt från kroniska sjukdomar till akuta fall.



Agnes Stenius har arbetat som läkare på en hälsostation i Helsingfors som vänder sig specifikt till bostadslösa. Nu färdigställer hon en doktorsavhandling om bostadslösas hälsa.