

Bostadens betydelse för
rehabilitering av personer med
komplexa vårdbehov – framgångs-
och riskfaktorer
– RFMA konferens

Mats Blid
Lektor i socialt arbete
Mittuniversitetet
2013-04-10

Vilken målgrupp pratar vi om?

- Personer med komplexa vårdbehov!
”Multisjuka utan adress”.

Jämförelse hemlösa / normalbefolkning ang. sjukvårdskonsumtion i **Stockholm** 1985-2000 (Ulla Beijer 2007).

	Hemlösa	Normal
n=	2300	5000
Vårdade på sjukhus...		
... oavsett diagnos	81%	53 %
... för alkohol- och drogproblem	52 %	3 %
... för andra psykiska problem	24 %	4 %
... för schizofreni (därav kvinnor)	8,3 % 15,2 %	0,8 % 0,5 %)

Uppenbarligen en grupp med stora vårdbehov som förvärras i hemlösheten.

3

En jämförelse av dödsorsaker

Över en 5-årsperiod av observationer, dog 1.7% (209/12 451) av normalpopulationen och 7.2% (457/6323) av hemlöshetsgruppen (Morrison, 2009).

	Normalpopulation	Hemlöshetspopulation
Drogmissbruk	0.3 %	21.7 %
Alkoholmissbruk	1.3 %	14.4 %

Insatser

- När vi talar om insatser för att hjälpa hemlösa nämns oftast tre boendeprogram.
- Boendetrappan,
- Treatment First (vårdkedja) och
- Housing First (Bostad först).
- Utöver dessa genomförs antagligen många andra typer av insatser, som t.ex. olika typer av vräkningsförebyggande arbeten, självläkning.

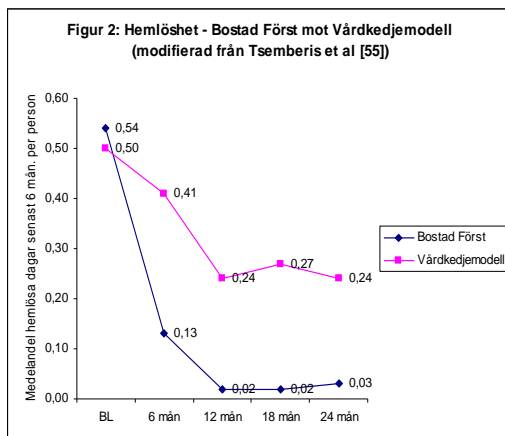
Två vägar att gå! Eller....?

- Antingen siktar vi in oss på problemet som vi tror orsakade hemlösheten, eller
- angriper vi hemlösheten för att eventuellt ta itu med bakomliggande problem senare.

Studie som ger stöd åt Bostad Först

(Tsemberis m.fl. 2004)

Antal dgr i
"bokstavlig
hemlöshet" =
uteliggare + på
härbärgen senaste
6 månaderna
(4 mätpunkter
efterbaslinjen,
dvs upp till 24
månader)

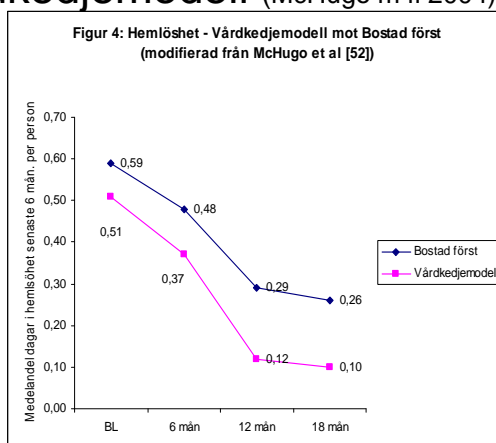


Både Vårdkedja och Bostad först ledde till minskad hemlöshet, men bostad först var mer framgångsrikt.

7

Studie som istället talar för vårdkedjemodell (McHugo m fl 2004)

Funktionell
hemlöshet räknar
också in temporära
och institutionella
lösningar (utöver
"bokstavlig"
hemlöshet)



I denna studie har de två populationerna något olika utgångsläge, med större andel uteliggare i vårdkedjemodellen vid baslinje. Skillnaden mellan modellerna i andelen som minskat uteliggande är inte påtaglig (ej signifikant).

8

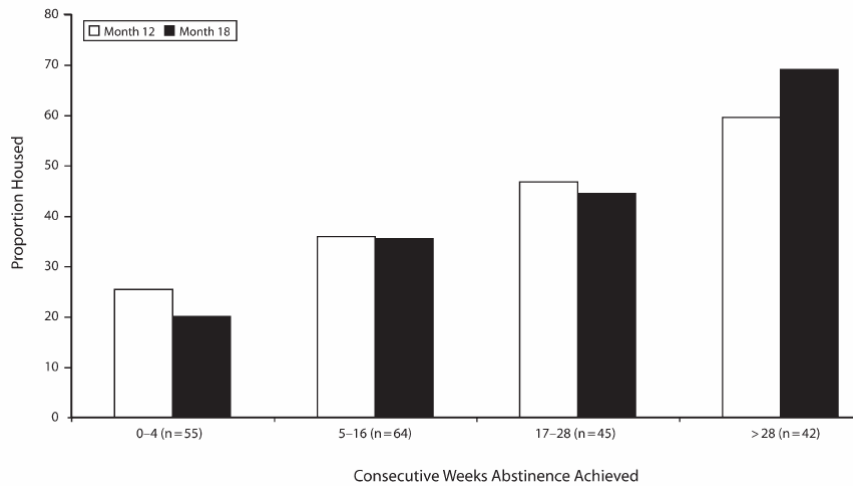
Alltså...

- För två program finns det forskningsstöd som visar att de är effektiva – TF och HF.
- Det vanligaste typen av program i Sverige saknar forskningsstöd - boendetrappan.

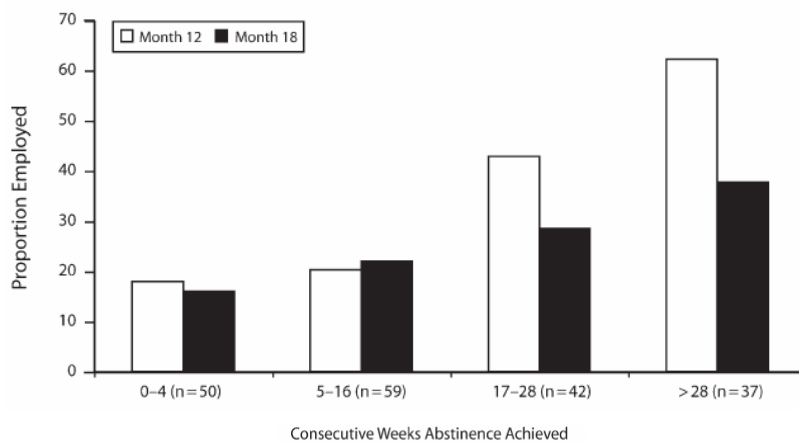
Olika målsättning

- Huvudfokus på fri från missbruk – Treatment First
- Huvudfokus på boendestabilitet – Housing First
- Oavsett – starkt samband mellan nykterhet/drogfri och stabilt boende om kopplat till behandling!

Sambandet mellan tid i stabilt boende och bibehållen drogfrihet i två olika behandlingsprogram (Milby et al., 2010)



Sambandet mellan tid i anställning och tid drogfri (Milby et al., 2010)



I slutänden spelar det antagligen inte så stor roll vilket program som används så länge det är genomtänkt omfattande systematiskt och långsiktigt. Vilket gäller både boendeprogram och personella stödprogram.

Inga kommuner måste bara erbjuda endast en typ av boendeprogram, det vore att begränsa sina möjligheter (Kertesz et al. 2009).

En grundläggande fråga

- Hur kan de olika programmen underlätta respektive försvåra att centrala problem adresseras som har med orsaker till att hemlöshet uppkommit och som förhindrar bibehållet stabilt boende?
- Alltså hur kan respektive programmen underlätta effektiv vård och stöd?

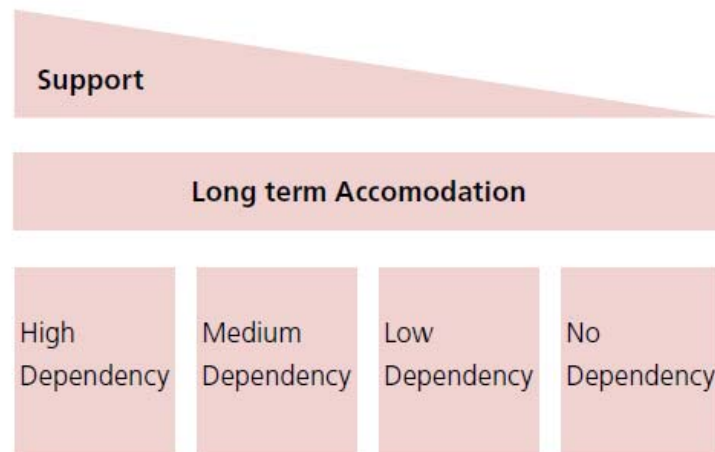
Framgångsfaktorer

- Det forskningsområde inom vilket sammanvägningar av effektstudier framstår som lovande är där boendeprogram kombineras med olika metoder för vård och stöd.
- Två systematiska översikter visar att boendeprogram som inkluderar ett permanent boende och som kombineras med Assertive Community Treatment eller Intensiv Case Management ger de största effekterna (Nelson et al., 2007; Anttila et al. Forthcoming).

Forts. framgångsfaktorer

- Stödet centralt för att lyckas (Anttila et al)
- ACT team - ett interdisciplinärt team inklusive brukarmedverkan och där varje klient har en personlig stödperson en s.k. case manager.
- Bostad först projektet!

Över tid kan utformningen beskrivas på följande sätt:



Risikfaktorer som försvårar för människor tar sig ur hemlöshet

- Brist på billiga bostäder. En helt avgörande aspekt är hur kommunerna ska få tillgång till bostäder att fördela till hemlösa personer och därigenom få ett reellt handlingsutrymme i valet av olika typer av insatser.
- Svårt att hitta arbetstillfällen/sysselsättning (att skapa en meningsfull struktur)
- Att få hyresvärdar att acceptera presumtiva hyresgäster
- Att hyresvärdar generellt föredrar sociala andrahandskontrakt (där socialtjänsten garanterar hyran) hellre än förstahandskontrakt (förhoppningsvis betalar hyresgästen hyran!)
- Komplicerat och byråkratiskt att få tillgång till samordnad vård och behandling vid behov. Generellt gäller ju tidigare desto bättre!

Forts. Riskfaktorer

- Hemlösa med multiproblematik vandrar runt mellan olika vård- och omsorgsgivare (socialtjänsten i kommuner/stadsdelar, Enheten för hemlösa, Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad, mer än hundratalet somatik-, psykiatri- och beroendeenheter, frivilligorganisationer, härbärgen och boenden). **Behovet av samordning och samverkan är stort konstaterades 2008 och samma tycks gälla idag!**

Forts. Riskfaktorer

- Avgiftningen har en central betydelse i beroendevården och kan vara inkörsporten till vidare vård och behandling.
- Beroendevårdens synsätt att avgränsa avgiftningen till att omfatta endast medicinsk avgiftning försvårar vårdprocessen i missbruksvården, enligt flera intervjupersoner.
- Kritiken gäller allmänt, men i synnerhet omständigheterna kring hemlösa.
- Förhållandena kring avgiftning tydliggör problematiken vad gäller ansvarsgränserna mellan landsting och kommun.

FORTS. SVÅRIGHETER/HINDER intervju med vägledare BF

- ” I och med att de oftast har ett sidomissbruk utöver så är de inte välkomna på de andra, alltså de får inga insatser utöver, ingen terapi, stödsamtal eller återfallsprevention eller annat som man kanske vill börja med, just för att de har ett sidomissbruk. Det blir svårt.
- ” Ja, jag har en som vill ha terapi, som vill terapibearbeta sin barndom och lite sådant och säger att det är enda sättet för honom att bli drogfri. Han får inte det för att han har ett sidomissbruk, han måste vara drogfri innan han börjar. Det är moment 22.”
- ” Jag skulle önska en bättre beroendevård eller mer flexibel beroendevård, mer öppen och en större möjlighet för psykiatrin att samarbeta med beroendevården.”

Viktigaste lärdom:

- Det finns olika insatser som fungerar. De inkluderar alltid boende + erbjudande om vård och stöd då behov finns.
- Insatserna måste ha långt perspektiv.
- Allt beror på ambitionsnivån!