

Medicinsk kompetens
på sociala boenden
i Göteborg
– behövs det?

Eva Sennemark

September 2009

© FoU i Väst/GR
Första upplagan oktober 2009
Text: Eva Sennemark
Layout: Infogruppen GR
Omslagsbild: Ola Kjelbye

FoU i Väst
Göteborgsregionens kommunalförbund
Box 5073, 402 22 Göteborg
e-post: fou@grkom.se

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
1. INLEDNING	6
1.1 Syfte och frågeställningar	6
1.2 Material och metod.....	6
Dataanalys.....	7
Urval	7
Diskussion om metod och avgränsningar.....	8
1.3 Rapportens upplägg.....	8
2. ORIENTERANDE BAKGRUND.....	9
2.1 Samsjuklighet, hemlöshet och sjukvård	9
Vård för hemlösa	9
2.2 Social resursförvaltning.....	11
Verksamhetsområde Boende	11
2.3 Kort beskrivning av berörda boenden.....	12
August Bark – stöd- och habiliteringsboende	12
Storås och Vägskalet – akut- och habiliteringsboende	12
2.4 Förstärkning med boendesjuksköterskor.....	13
3. BOENDESJUKSKÖTERSKORNAS ARBETE.....	15
3.1 Målgrupp och arbetsmetoder	15
Kontakter och samarbeten	16
3.2 Framgångsfaktorer och utmaningar	16
Utmaningar och svårigheter	17
4. ERFARENHETER FRÅN ANDRA AKTÖRER.....	18
4.1 Medicinska behov.....	18
4.2 Förväntningar inför projektstart	18
4.3 Värdet av den medicinska kompetensen	19
Fungerar som en länk till sjukvården	19
Förebygger akuta situationer.....	20
Ökad trygghet hos personalen	21
Ökad kompetens hos personalen	21
Ökar kvaliteten på arbetet.....	21
4.4 Önskemål från boendepersonalen	22

5. DE BOENDES ERFARENHETER	23
5.1 De boendes bakgrund.....	23
Hälsosituationen.....	23
5.2 Kontakten med boendesjuksköterskorna.....	24
Inledande kontakt.....	24
Erfarenheter av kontakten.....	24
Önskemål från de boendes sida	25
5.3 Påverkan på de boendes livssituation.....	25
Ökad trygghet.....	25
Möjlighet till omvårdnad	26
Ökade möjligheter till vård.....	26
6. DISKUSSION, SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	27
6.1 Rätt till lika vård	28
6.2 Samarbetet över organisationsgränserna	29
Sjuksköterskornas förutsättningar	29
Läkemedelshantering och läkarkompetens	30
Referenser	31
Bilaga 1: Temaguide fokusgrupp personal.....	32
Bilaga 2: Intervjuguide boende.....	33
Bilaga 3: Statistik arbetsuppgifter	34

Sammanfattning

Social resursförvaltning i Göteborgs Stad sökte och beviljades år 2007 medel från länsstyrelsen för ett tvåårigt projekt med psykiatrisjuksköterskor på sju av kommunens sociala boenden. Målsättningen var att ge personer med samsjuklighet en individuell kontakt med en sjuksköterska och därigenom förbättra tillgången på adekvat medicinsk vård. Sjuksköterskorna skulle arbeta uppsökande och motiverande samt fungera som en länk mellan de boende och sjukvården, främst öppenvårdspsykiatrin.

En kvalitativ utvärdering av det första projektåret har genomförts av FoU i Väst/GR under tiden februari–augusti 2009. Intervjuer genomfördes med totalt tolv boende som bodde på tre av de sociala boendena och fokusgrupper genomfördes med boendepersonalen. Intervjuer med enhetschefer och boendesjuksköterskorna samt deltagande observation av sjuksköterskornas arbete har använts som kompletterande datainsamling.

Utvärderingen visar att boende, personal och enhetschefer är positiva till och uttalar ett tydligt behov av sjuksköterskornas tjänster. Sjuksköterskorna har på kort tid etablerat kontakt med en stor del av målgruppen, gett omvårdnad, motiverat till sjukvårdande insatser och kontakter med öppenvårdspsykiatrin. Tecken finns på att de boende i ökad utsträckning fått tillgång till adekvat vård och ökade kontakter med sjukvården genom sjuksköterskornas relationsskapande och motiverande arbete. De boende betonar sjuksköterskornas

engagemang och stöd som värdefullt samt att uppsökande verksamhet är en förutsättning för att nå dem.

För boendepersonalens egen räkning visar Utvärderingen att införandet av medicinsk kompetens på boendena medfört ökad trygghet i arbetet, ökad kompetens inom personalgruppen samt en stor kvalitetsökning i arbetet med målgruppen. Detta gäller samtliga tre boenden men är extra tydligt på akutboendena.

Slutsatserna är att projektet enligt samtliga parter har varit framgångsrikt och att uppsökande verksamhet av personer med utbildning eller erfarenhet av psykiatri är ett effektivt sätt att nå personer med samsjuklighet. Även om dessa inte är formellt utestängda från sjukvården innebär deras utsatta situation att de inte klarar av de ordinarie sökvägarna. Det innebär i praktiken innebär att redan utsatta personer många gånger blir utan vård. Medicinsk kompetens på de sociala boendena får därför ses som närmast en självklarhet för att garantera att så inte blir fallet.

Utvärderingen pekar på vissa svårigheter i sjuksköterskornas förutsättningar att utföra sitt uppdrag. Dessa rör till stor del samarbetet/kommunikationen med psykiatrin och tillgång till sjukvårdens journalföringssystem. Praktiska frågor som förefaller vara angelägna att lösa i framtiden är de boendes medicinhantering och behovet av läkarkompetens vid framförallt LPT¹. ■

¹ LPT- Lagen om psykiatrisk tvångsvård

I. Inledning

År 2007 avsatte regeringen 250 miljoner kronor i form av stimulansmedel till kommunerna för att utveckla vården av personer med tung missbruksproblematik. I de nyligen fastställda nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård konstateras att hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett *gemensamt* ansvar för personer med missbruk och annan fysisk eller psykisk sjukdom, så kallad samsjuklighet (Socialstyrelsen 2007).

Social resursförvaltning i Göteborgs Stad har i Verksamheten för Boende ett hundratal lägenheter för personer med samsjuklighet. Anställd personal finns tillgänglig på boendena för att kunna ge de boende stöd och omvårdnad. Arbetet bygger på kontaktmannaskap, upprättande av individuella planer liksom ett samarbete med sjukvården. Boendeverksamheten har utvecklats mot en differentiering för att bättre kunna tillgodose de boendes olika behov.

Kommunen har hittills saknat medicinsk kompetens inom boendeverksamheten. År 2007 ansökte och beviljades Social resursförvaltning medel från länsstyrelsen för ett tvåårigt projekt med sjuksköterskor på de sociala boendena. Målsättningen är att ge personer med samsjuklighet en individuell kontakt med en sjuksköterska och därigenom förbättra tillgången på adekvat medicinsk vård. På sikt är målsättningen också att individens välbefinnande ska öka, liksom att missbruk och beho-

vet av sjukhusvård minska. En utvärdering av projektet beställdes av projektansvarig då beslut måste fattas om den fortsatta verksamheten. Uppdraget gick till FoU i Väst/GR.

I.1 Syfte och frågeställningar

Utvärderingen har genomförts av Eva Senne-mark vid FoU i Väst/GR. Utvärderingen har följt rekommendationerna från länsstyrelsen där det betonas att en utvärdering bör innehålla ett *brukarperspektiv och en analys av om personerna med samsjuklighet har fått ökad tillgång till medicinsk behandling/omvårdnad samt hur det påverkat deras liv.*

Frågeställningar för utvärderingen har varit:

- Vilken betydelse ger de boende sin kontakt med sjuksköterskorna med avseende på omvårdnad i vardagslivet, kontakt med sjukvården och medicinsk behandling?²
- Hur upplever personalen införandet av medicinsk kompetens på boendena för sin egen och för de boendes räkning?

I.2 Material och metod

Uppdragsgivaren beslutade i dialog med boendesjuksköterskorna att *tre* av de berörda sju sociala boendena skulle ingå i utvärderingen. Två boenden valdes från Akut- och rehabiliteringsboende (Storås och Vägskälet) samt ett

2. Gäller både för fysiska och psykiska besvär.

från Stöd- och habiliteringsboende (August Bark). Anledningen var främst att övriga boenden redan har ett mer etablerat samarbete med sjukvården. Det fanns därför större intresse av att studera de boenden som ännu inte kommit så långt i sitt samarbete och som också har en större omsättning av klienter.

Med utgångspunkt i frågeställningarna och länsstyrelsens rekommendationer om brukarperspektiv valdes kvalitativa metoder för studien. Med brukare avses i det här fallet de personer som bor på de tre valda sociala boendena³ samt den personal som arbetar där. Datainsamlingen har pågått från februari till och med augusti 2009 för att följa processen under en tidsperiod och för att inte alltför kort tid skulle ha förflutit sedan projektstarten i augusti 2008.

Inledningsvis genomfördes en deltagande observation av sjuksköterskornas arbete. Det innebar att utvärderaren var med sjuksköterskorna ute på boendena, deltog i deras genomgång med boendepersonalen samt om klienterna samtyckte också deltog vid sjuksköterskornas arbete med dem. Inledningsvis genomfördes också en gemensam intervju med de tre boendesjuksköterskorna för att få en fördjupad bild av deras arbete och deras egna synpunkter på detta. Sjuksköterskorna hade då arbetat ett halvår inom projektet. Intervjun följdes upp ett halvår senare, det vill säga ett år efter projektstart.

Fokusgrupper genomfördes med boendepersonalen på de berörda boendena (se bilaga 1). Enhetscheferna nåddes på olika sätt där en deltog i fokusgruppen, en intervjuades enskilt och en besvarade frågorna via e-post. Telefonintervju genomfördes med ytterligare en enhetschef då denna själv bitt om att få framföra sina synpunkter. Intervjuerna spelades in på band.

Enskilda intervjuer genomfördes med totalt tolv klienter, varav fem på Storås, fyra på August Bark och tre på Vägskälet (se bilaga 2). Intervjuerna genomfördes i den boendes egen lägenhet eller i boendets samtalsrum. Även dessa

intervjuer spelades i elva fall in på band med intervjupersonens medgivande, i ett fall togs anteckningar. Intervjuerna tog mellan 15 och 70 minuter att genomföra.

För att få kompletterande upplysningar om projektet och boendesköterskorna genomfördes en enskild intervju med enhetschefen på Vårdcentralen Hemlösa (som tillhör primärvården)⁴ samt en telefonintervju med projektansvarig tillika verksamhetschef för Verksamhetsområde Boende inom Social resursförvaltning.

Dataanalys

De inspelade intervjuerna skrevs alla ut i sammanfattad form och en tematisk analys genomfördes. Motsvarande moment genomfördes även för den intervju där anteckningar tagits. Citat plockades ut under analysen för att spegla de teman som framkommit. Mindre förändringar i språket har utförts för att underlätta läsningen av citaten, dock utan att förändra något av innebörden.

Resultatet från personal och intervjuer med klienter har jämförts med varandra för att hitta gemensamma teman eller skillnader i erfarenheter. De har även speglats och jämförts med sjuksköterskornas och projektansvarigs egna utsagor för att ge en så bred bild av projektet som möjligt.

Urval

Urvalet av personal bestod av sjutton boendepersonal inklusive arbetsledare samt fyra enhetschefer, fördelat på åtta kvinnor och tretton män. Det innebär att majoriteten av den ordinarie personalen vid de tre berörda boendena har nåtts av utvärderingen. Undantaget var ett par behandlingsassistenter som var lediga eller ute på uppdrag när fokusgrupperna genomfördes.

Vid fokusgrupperna med personalen diskuterades också urvalet av boende. Kriterier för urval var att de boende skulle ha träffat sjuk-

3. Fortsättningsvis kallas dessa för klienter eller den/de boende

4. Vårdcentral för hemlösa

sköterskan/orna minst ett par gånger, gärna ha olika typer av problematik och om möjligt en spridning på kön och ålder. Målsättningen var att intervjua fem personer per boende. Detta visade sig vara svårt då de boende ofta har ett aktivt missbruk kombinerat med psykiska problem. Dagsformen, eventuell sjukdomsproblematik samt personens allmänna tillstånd spelar stor roll för möjligheten att genomföra en intervju. Det innebär i praktiken att antalet möjliga intervjupersoner var lågt.

Utvärderaren skrev ett informationsbrev där syftet med intervjuerna förklarades. Brevet förmedlades till de boende av personalen som också tillfrågade dem om en intervju. De flesta tillfrågade svarade ja på förfrågan även om det i praktiken blev avhängigt av hur personen mådde och om han eller hon fanns på plats den aktuella dagen. Svårigheten att hitta intervjupersoner speglas i att samma person, som flyttat mellan två boenden, var på förslag på båda ställena. Totalt intervjuades fyra kvinnor och åtta män i åldrarna 30-55 år.

Diskussion om metod och avgränsningar

Urvalet av intervjupersoner kom att bli helt beroende av om dessa hade möjlighet att genomföra en intervju eller inte. På samtliga berörda boenden bedömdes majoriteten av de boende inte ha sådana möjligheter. Det innebär att urvalet inte är särskilt representativt utan snarare representerar de personer som trots missbruk och psykisk sjukdom kunde uttrycka sig verbalt.

Resultatet av intervjuerna kom att bli beroende av hur fokuserade intervjupersonerna var samt vilken möjlighet de hade att reflektera kring sin egen situation och sjuksköterskornas roll i denna. Detta varierade stort från person till person. Det intryck som de boende förmedlade av boendesjuksköterskornas arbete var dock entydigt, varför syftet med intervjuerna ändå får sägas vara uppfyllt.

Utvärderingen berör tre av de totalt sju boenden som sjuksköterskorna arbetar på och tolv av deras klienter. Det går självklart inte att

generalisera resultaten av utvärderingen till att gälla samtliga boenden eller personer som bor där. Överensstämmelsen i resultat från samtliga intervjuade parter är dock så entydig att man kan anta att det gäller även för de övriga boendena.

1.3 Rapportens upplägg

I kapitel 2 ges en orienterande bakgrund till projektet tillkomst, berörda boenden samt boendesjuksköterskornas egna erfarenheter. Där redovisas också hur det ser ut i andra delar av landet. I kapitel 3 redovisas boendesjuksköterskornas arbete, framgångsfaktorer och hinder som de upplevt i arbetet. Kapitel 4 innehåller boendepersonalens och andra aktörers upplevelser av projektet och kapitel 5 de boendes egna upplevelser. I kapitel 6 sammanfattas resultatet utifrån de målsättningar som finns för projektet och rekommendationer ges inför framtiden. ■

2. Orienterande bakgrund

2.1 Samsjuklighet, hemlöshet och sjukvård

Målsättningen för hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I lagen slås fast att *vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet*. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (1997:142). Samtidigt konstaterar ett statligt betänkande att många av landets ca 100000 personer med tung missbruksproblematik varken nås av eller efterfrågar hälso- och sjukvårdens insatser (SOU 2005:82). Särskilt svårt att få vård har personer med *samsjuklighet*, det vill säga både missbruk och psykisk sjukdom.

Uppföljningar av missbruksvården visar att en lyckad behandling ofta påverkas av faktorer som har påbörjats långt före själva behandlingen (Beijer 2009, Denhov 2007). Faktorer som påverkar och motiverar till behandling kan förmedlas genom kontakt med människor som personerna känner att de blir väl bemötta av, kan lita på och som kan förmedla hopp. Kim Mueser tog under en konferens om samsjuklighet i Göteborg (april 2009) upp att motivationsarbete riktat till personer med psykiatriska sjukdomar och missbruk kan beskrivas som en process. Personen blir alltmer medveten om behovet av behandling och går stegvis från att enbart betrakta sina problem till tankar om behandling, aktiv behandling och

slutligen upprätthållande av behandling.

Socialstyrelsen pekar i sina riktlinjer på att missbruks- och beroendevården berör olika huvudmän (sjukvård och socialtjänst), vilka har ett gemensamt ansvar men olika traditioner. I en statlig utredning konstateras att personal som arbetar inom missbruksvården ofta saknar en gemensam kunskap om missbruksvården som helhet. Dialogen mellan de professionella försvåras av att de har olika ideologier, terminologier och attityder till missbruk och personer med missbruksproblematik (SOU 2005:82). Samverkan och integrering över organisationsgränserna är därför en förutsättning för att kunna erbjuda adekvat hjälp och stöd till personer med samsjuklighet. Samverkansteamet Brofästet i Mölndal och Järntorgsmottagningen i Göteborg är båda exempel på öppna mottagningar för målgruppen och en samverkan mellan kommunens missbruksvård och landtingets beroendevård/psykiatri (Beijer 2009).

Vård för hemlösa

Socialstyrelsen betonar i sina nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården att det behövs en utvecklad missbrukarvård för att motverka bland annat hemlöshet. I studier av hemlösa i USA (Gustavsson 2008, Hatton 2001) konstateras att hemlösa har en sämre hälsa än normalbefolkningen men betydligt mindre tillgång till sjukvård. Geografiska avstånd, ekonomiska problem och sjukvårdspersonalens attityder framfördes som hinder av

de hemlösa själva. Samtidigt påvisar en amerikansk forskningsstudie att permanent boende och en kontinuerlig uppföljning för hemlösa ledde till en betydande minskning av akuta inläggningar på sjukhus (Uhlin 2009).

Även i Sverige har problem att nå hemlösa med den ordinarie sjukvården påvisats. Flera svenska kommuner har därför startat öppna mottagningar som riktar sig direkt till hemlösa (Socialstyrelsen 2008, 2009). Utvärderarens rundringning till landets större kommuner visar att det huvudsakligen rör sig om mottagningar dit de hemlösa själva får söka sig och att det finns få exempel på uppsökande verksamhet.

I *Göteborgs Stad* finns sedan 2005 Vårdcentralen Hemlösa som är öppen fem dagar i veckan och som ligger i samma hus som boendet Tillfallet. Vårdcentralen bemannas av två sjuksköterskor, fotterapeut, distriktsläkare tre dagar i veckan samt psykiatriker fyra timmer per vecka. Det finns också tillgång till tandläkare. Mottagningen beräknas ha ca 275 besök i månaden och fungerar som övriga vårdcentraler inom primärvården.

I *Region Skåne* finns för närvarande fyra mottagningar för hemlösa, varav tre som drivs i Stadsmissionens regi. Mottagningarna är öppna på deltid och bemannas av en sjuksköterska samt en läkare som kommer en gång i veckan. Mer uppsökande vård behövs, menade en av sjuksköterskorna, eftersom många av de hemlösa inte nås genom det nuvarande systemet. I Lund finns en sjuksköterska som går ut på lågtröskelboendena en gång i veckan men som inte bedriver någon uppsökande verksamhet.

I *Stockholm* har ett par av de mer permanenta boendena en konsultläkare knuten till sig. Läkaren gör besök en gång varannan vecka och de boende får själva skriva upp sig om de önskar kontakt. St Görans psykiatriska uppsökande team arbetar främst gentemot hemlösa på gatorna men övriga boenden kan också ringa dem vid akuta ärenden. Teamet har läkare och sjuksköterska knutna till sig och arbetar även på härbärgen för hemlösa dit en läkare (psy-

kiatriker) kommer varannan vecka. Somatiska ärenden hänvisas oftast till den öppna mottagning som finns för hemlösa, Hållpunkten, eller till annan sjukvård.

I *Västerås* finns en öppen mottagning för stadens hemlösa som är öppen på fredagförmiddagarna och dit de hemlösa själva får söka sig. Det finns även en sjuksköterska knuten till ett permanent omvårdnadsboende för personer med missbruksproblematik, dock inte till det lågtröskelboende som finns.

Linköpings kommun saknar mottagning som riktar sig direkt till hemlösa. Det finns en sjuksköterska knuten till kommunens stödboenden för personer med missbruksproblematik. Sjuksköterskan kommer en timme varannan vecka och går då med personalen igenom de behov som de boende har, huvudsakligen somatiska.

I *Uppsala* har Grottan, en vuxenmottagning för hemlösa, läkarmottagning två dagar i veckan dit de hemlösa själva får söka sig. Hemlösa som bor på lågtröskelboende har gratis läkarvård, sjuksköterskor, mediciner och tandvård.

I *Umeå* finns en sjuksköterska knuten till en öppethusverksamhet dit även hemlösa kommer. Sjuksköterskan ger enklare omvårdnadsbehandling samt hjälper till med sjukvårdskontakter.

En utvärdering av boendet Lönngården i Malmö visade att de boendes sjukvårdskontakter enligt både personal och boende initialt ökade efter flytten till boendet. Den sjukvårdsutbildade personalen kunde genom sina bedömningar motivera de boende till tidigare kontakt med sjukvården. Detta bidrog på sikt till att minska belastningen på både somatisk sjukvård och psykiatri eftersom det förebyggde akuta tillstånd (Lindgren 2008).

2.2 Social resursförvaltning

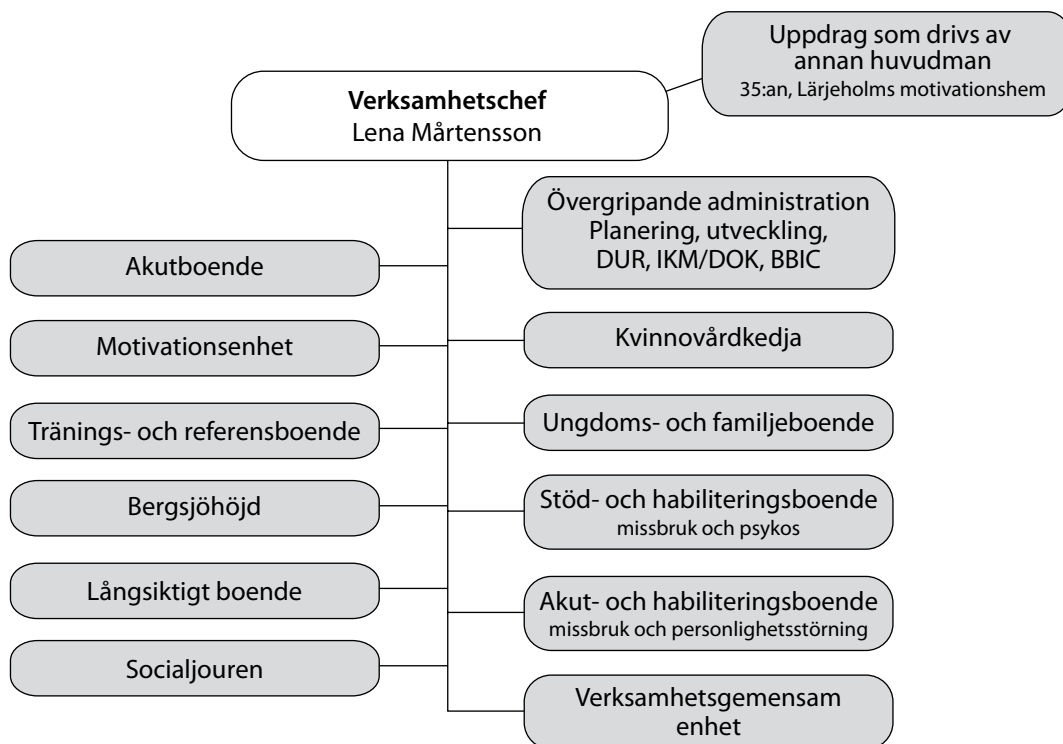
Social resursförvaltning är Göteborgs Stads yngsta förvaltning och bildades den 1 januari 2007. Syftet med den nya organisationen var främst att samordna och effektivisera stadsdelarnas arbete inom stadsdelsövergripande områden som hemlöshet, missbruk och kriminalitet. En nämnd, Sociala resursnämnden, bildades som bas för politiska beslut. Stadsdelarna har fortfarande det övergripande befolkningsansvaret med socialtjänsten som ansvarig myndighet. Biståndsbeslut krävs från socialtjänsten, som sedan kan beställa utförandet av tjänsten från Social resursförvaltning.

Social resursförvaltning ansvarar för fyra verksamhetsområden; Boende, Stöd till familjer och individer, Funktionshinder och särskilda uppdrag samt Social ekonomi. Även Tillståndsenheten och särskilda uppdrag som Hållbar utveckling ligger under förvaltningen.

Verksamhetsområde Boende

Ett av Sociala resursförvaltningens huvudområden är Verksamhetsområde Boende. Placeringskansliet samordnar sedan januari 2007 socialtjänstens behov av boendelösningar för personer som inte kan bo i ordinärt boende. Samtliga placeringar till sociala boenden som upphandlas av Göteborgs Stad går därför genom Sociala resursförvaltningens placeringskansli. Socialsekreteraren fyller i en blankett med förfrågan och beskrivning av personen på hemsidan och vidarebefordrar detta till samordnarna på placeringskansliet. För mer långsiktiga boenden ges personalen två veckor att bedöma om personen är lämplig för deras boende eller inte. Nedanstående organisationschema visar hur området Boende är uppdelat och styrs. De för utvärderingen valda boendena befinner sig inom två av boxarna i den högra spalten, nämligen Stöd- och habiliteringsboende samt Akut- och habiliteringsboende.

Organisationschema för verksamhetsområde Boende



Källa: Social resursförvaltning. Varför vi finns, vilka vi är och vad vi gör.

2.3 Kort beskrivning av berörda boenden

Nedan ges en kort beskrivning av de boenden som berörts av utvärderingen. Beskrivningarna bygger dels på intervjuer med boendepersonalen, dels på information från kommunens hemsida, (<http://www.goteborg.se/alternativboende/default.asp?UnitID=56>).

August Bark – stöd- och habiliteringsboende

August Bark är ett långtidsboende för män och kvinnor över 25 år med dubbeldiagnoser, huvudsakligen missbruksproblematik och psykos. Många av de boende har bott där sedan starten och får bo kvar tills de behöver äldreomsorg eller annat boende. Målsättningen är enligt hemsidan att vara ett långsiktigt bostadsalternativ som ger de boende trygghet och en stabil livssituation. Drog- och missbruksfrihet eftersträvas i boendet även om de flesta av de boende har ett begränsat pågående missbruk.

Boendet har 20 möblerade ettor med kök och en personalstyrka på nio behandlingsassistenter samt arbetsledare. Ansökan till August Bark sker via Social resursförvaltnings placeringskansli. Före inflyttning görs en noggrann bedömning av den sökande och han/hon får komma på studiebesök. Önskemål är att personen ska ha en psykiatrikontakt men det är inget krav enligt den intervjuade personalen.

Arbetsmetoderna beskrivs av personalen som stödjande, motiverande, icke-konfrontativa och aktiverande med tydliga regler för vad som är tillåtet. Generellt arbetar man parallellt med insatser mot missbruk och psykiatrisk ohälsa. Där ingår också att skapa professionella nätverk kring individen inför framtiden. Arbetsgången är enligt personalen följande:

- Ansökan från placeringskansliet
- Den sökande gör studiebesök på boendet

- Bedömning om personen är lämplig på boendet
- Kontaktpersoner utses, en ordinarie och en som stöd
- Inflyttning
- DOK-intervju⁵
- Genomförandeplan upprättas tillsammans med socialtjänst, psykiatri, god man, anhöriga och den boende. Planen utgår från individens aktuella situation, behov och möjligheter.
- Arbete med samtidiga insatser och nätverksbyggande i samverkan med bland annat socialtjänst och psykiatri
- Om möjligt motivera till någon form av aktivering/sysselsättning

Sysselsättningen för de boende är i dagsläget ganska begränsad enligt boendepersonalen. Många klienter behöver mycket stöd i vardagslivet och har fullt upp med de dagliga rutinerna och sina läkarbesök. Kontakt har etablerats med ett par olika aktivitetshus inom förvaltningen och det förekommer också andra aktiviteter såsom utflykter, bowling, besök hos anhöriga med mera.

Storås och Vägskälet – akut- och habiliteringsboende

Storås och Vägskälet benämns på kommunens hemsida som jourboenden/korttidsboenden för bostadslösa missbrukande män och kvinnor över 20 år. Enligt personalen har boendetiden nyligen förlängts och boendetiden kan nu vara mellan tre och sex månader även om många också bor kortare tid. Målsättningen för de båda boendena är att tillhandahålla ett akut boendebad för aktivt missbrukande vuxna män och kvinnor samt att motivera dem att söka vägar ut ur missbruks- och boendeproblem.

Storås och Vägskälet beskrivs av personalen som tämligen likvärdiga i sina arbetsmetoder

⁵ DOK – Dokumentationssystem inom missbrukarvården som mäter faktorer av relevans för missbruket och som ligger till grund för behandlingsplanering för den enskilde personen. Se vidare www.socialstyrelsen.se/amnesord/socialt_arbete/IMS/specnavigation/bedomningsmetoder/index.htm.

och målgrupper. Storås har 30 rum, varav åtta lägenheter medan Vägskälet har 24 rum. Frukost serveras dagligen till de boende. Det finns ett gemensamt kök och dagrum på båda boendena och mat får inte tillagas på rummen. Inget missbruk är tillåtet på området men de boende tillåts vara påverkade i sina rum. Bemanningen består på båda boendena av behandlingsassistenter⁶ med lång erfarenhet av missbruksproblematik. Kontinuerlig handledning ges till personalen. Ansökan sker via placeringskansliet där socialtjänsten ansöker om placering. Båda boendena arbetar med kontaktmannaskap, individuell planering och motiverande samtal.

Arbetsgången kan kort beskrivas enligt nedan:

- Förfrågan via placeringskansliet. Personalen kollar då upp personen (exempelvis tidigare hot och våld) och ger klartecken om det finns plats.
- Kontaktperson utses.
- Genomgång av regler med den nyanlände som får skriva på ett papper
- Möte med ansvarig socialsekreterare och den boende där de tillsammans gör upp en genomförandeplan.
- Arbete utifrån planen med stöd och motiverande samtal. Ett arbete med DOK-intervju har inletts på båda akutboendena sedan i våras.
- På *Storås* är avstämningarna delvis beroende på socialsekreteraren och den boende där personalen upplever att vissa socialsekreterare vill bli av med den boende och att de själva måste ligga på för att få möten till stånd.

På *Vägskälet* har personalen regelbundna möten en gång i månaden tillsammans med arbetsledare och boendesjuksköterskorna där man diskuterar öppenvårdskontakter och drar upp riktlinjer.

Personalen betonar att det är viktigt att den boende är med på genomförandeplanen för att detta ska fungera. Hur avancerad planen är varierar mycket beroende på i vilket skick den boende är.

De boende kan på båda boendena tvingas flytta ut vid hot och våld. I övrigt gäller oftast avvisning under några timmar vid brott mot reglerna för att lugna ner stämningen på boendet. Man eftersträvar att utskrivningarna så långt möjligt ska vara planerade, exempelvis att den boende flyttar till ett mer anpassat boende eller behandlingshem.

2.4 Förstärkning med boendesjuksköterskor

De sociala boendena saknar till skillnad från omvårdnadsboenden medicinskt utbildad personal och därmed också medicinskt ansvarig läkare eller MAS⁷. De personer som bor på boendena lyder under samma principer som allmänheten. Det innebär att de i första hand ska uppsöka öppenvården vid sjukdom. Vid behov av sjukvårdande insatser ges hemsjukvård i hemmet. Detta har dock visat sig vara otillräckligt för att nå den berörda målgruppen.

Social resursförvaltning beviljades i november 2007 medel för ett tvåårigt projekt med syfte att förstärka och utveckla vårdkedjan för personer med aktivt missbruk kombinerat med psykisk och/eller fysisk problematik. Avsikten var från början att anställa tre psykiatrisjuksköterskor och en projektledare. Den sistnämnde skulle ansvara för översyn av vårdkedjan för berörd målgrupp samt en utvärdering av projektet. Då endast medel för sjuksköterskornas anställning erhöles från länsstyrelsen lades ansvaret för projektet istället på enhetschefen för Tillfället⁸. Denna slutade sin anställning i början av projektet och ansvaret övergick istället till verksamhetschefen för Social resursförvaltning.

6 Varierande yrkesmässig bakgrund som socionomer, mentalskötare, sociopedagoger eller annat. Sex personal bemannar Storås jourboende och 4,5 (inkl. samordnare) finns på Vägskälet.

7 MAS - medicinskt ansvarig sjuksköterska

8 Akutboendenhet för hemlösa. I samma hus finns bland annat Tillnyktringsenheten och Vårdcentralen Hemlösa.

Under förberedelsefasen hade ett samarbete med Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset inletts på chefsnivå. Personer från tre av öppensykmottagningarna och enhetschefen på Tillfället deltog också vid anställningen av de tre boendesjuksköterskorna. Avsikten var att sjuksköterskorna skulle arbeta uppsökande, relationsskapande och motiverande på kommunens sociala boenden. De skulle vidare fungera som en länk till sjukvård och öppenvårdspsykiatri för boende som inte har etablerade kontakter. Sju av nio sociala boenden som tar emot personer med missbruk och psykisk problematik valdes ut att delta i projektet⁹. Två boenden, Kronan och Bassäng-

en, valdes bort då samarbetet med psykiatri var mer etablerat. Sjuksköterskorna anställdes från och med augusti 2008.

Projektansvarig har under året träffat sjuksköterskorna varannan vecka för uppföljning, avstämning och handledning. Sjuksköterskorna har även deltagit i ordinarie arbetsplats-träffar och andra personalmöten på Tillfället. Samverkan på chefsnivå har fortsatt under projektets gång. Representanter från kommun och sjukvård har träffats regelbundet, diskuterat boendesjuksköterskornas arbete och fungerat som ”styrgrupp” även om formell styrgrupp har saknats. ■

⁹ Berörda boenden är Alma och Skepparegången, Aröd och August Bark, Råvebo, Storås och Vägskalet.

3. Boendesjuksköterskornas arbete

Nedanstående beskrivning bygger på två intervjuer med boendesjuksköterskorna; den första ett halvår in på projekttiden, den andra ett år efter projektstart. Iakttagelser från den deltagande observationen har också lagts in i redovisningen. Under det första projektåret har sjuksköterskorna haft kontakt med och journalfört 154 personer på sju sociala boenden.¹⁰ Av dessa var 68 kvinnor och 86 män i åldern 20-72 år. Antalet boende som var aktiva för kontakt uppgick till 89 personer i början av augusti 2009.¹¹

3.1 Målgrupp och arbetsmetoder

Målgruppen beskrivs av sjuksköterskorna som komplex med psykosocial problematik, missbruk och fysisk skröplighet. Många saknar öppenvårdskontakter och adekvat medicinering för såväl fysiska som psykiska sjukdomar.

Det är många med psykosjukdomar och de skulle ju behöva ha neuroleptika. Många har det men många har det inte. Problemet är att de inte tycker att de har råd att hämta ut sina mediciner eller så vill de inte ha kontakt med läkarna eller så orkar de inte ha kontakten. Sedan är det ju så att om de inte kommer på ett visst antal besök så faller de ur rullorna.

Sjuksköterskorna har utvecklat arbetsformerna efter hand utifrån de allmänna riktlinjer som finns för uppdraget. De besöker berörda boende en till två gånger i veckan. Boendepersonalen kan också ringa för konsultation vid behov. Arbetet med att etablera och skapa kontakt med de boende tog i början lång tid men efterhand har ryktet om att sjuksköterskorna finns spritt sig mellan de boende vilket underlättat kontakten. Vid det första intervju tillfället hade sköterskorna träffat majoriteten av de boende på de tre berörda boendena.

Den uppsökande verksamheten har fortsatt under året. Sjuksköterskorna konstaterar vid den uppföljande intervjun att behovet av deras tjänster är stort. Samtidigt finns det personer som är svåra att nå då de sällan är på plats. Det finns också boende som redan har etablerade kontakter med sjukvården och därför sällan har behov av deras tjänster.

Merparten av arbetet består av samtal med de boende liksom att ta kontakt med olika instanser inom sjukvård och socialtjänst. Enkel omvårdnadsutrustning finns med vid besöken, dock inga mediciner. En stor del av arbetstiden åtgår också till att skjutsa de boende till sjukvården och se till att de stannar kvar och inte avviker. Samtliga åtgärder dokumenteras på respektive boende och i egna pappersjour-

10 Ytterligare kontakter har förekommit där sjuksköterskorna fungerat som rådgivande konsult även till andra boenden utanför projektet.

11 Antalet platser på de sju boendena är totalt 141 + fem träningslägenheter. Då omsättningen är stor på vissa av boendena är det svårt att jämföra med statistiken över antalet journalförda personer.

naler. Statistiken, se bilaga 3, visar på en rad olika arbetsuppgifter och där merparten utförs på akut- och habiliteringsboendena.

Kontakter och samarbeten

Sjuksköterskorna har efter hand utvecklat ett nära samarbete med Vårdcentralen Hemlösa där båda parter tipsar varandra om behov av besök eller uppföljning. Samarbetet sker i samråd med klienten eftersom det råder sekretess mellan de kommunalt anställda sjuksköterskorna och vårdcentralen som tillhör primärvården. Värde av detta samarbete bekräftades av vårdcentralens enhetschef som menade att samarbetet fungerar smidigt och att de tillsammans arbetar för att de boende ska få bättre tillgång till adekvat vård.

Boendesköterskorna arbetar också för att de boende ska få kontakt med öppenvård psykiatri (psykos- eller beroendekliniker). Det har inneburit samverkan med de flesta mottagningarna i Göteborgs Stad. Ett visst samarbete finns även med Beroendeklinikens akutvårdsavdelningar på SU/Östra och där har sköterskorna deltagit vid några vårdplaneringar.

Samarbetet med socialtjänsten fungerar olika på olika kontor menade sköterskorna och är delvis avhängigt ekonomin inom stadsdelen. Vanligt förekommande är att om den boende inte själv kräver något så kan de bli bortprioriterade. Socialsekreterarna brukar dock lyssna på sköterskorna och de har i flera fall lyckats bidra till att ordna annat boende vid behov.

Samarbetet med boendepersonalen fungerar generellt sett mycket bra enligt de tre boendesköterskorna. Personalen är bra att diskutera med, känner de boende väl och har socialtjänstlagens perspektiv. Sköterskorna kan bidra med medicinsk kunskap, berätta om mediciner och hjärt-lungräddning. De har även kunnat bidra med kunskap om klienter som flyttar mellan olika boenden och ge råd om vilka boenden som kan passa.

Just det här att man kan diskutera med dem för de känner ju oftast klienterna väldigt väl. Vi värderar deras kunskap och de vår. Så oftast blir det

väldigt bra. Vi känner oss trygga med dem och deras kunskande.

3.2 Framgångsfaktorer och utmaningar

Sjuksköterskorna såg en rad faktorer som påverkat deras arbete och gjort det framgångsrikt. En stor fördel har varit att sjuksköterskorna *kände varandra* väl sedan tidigare då de arbetat på samma avdelning och därför var vana att samarbeta. Utifrån interna diskussioner och allmänna riktlinjer lades en strategi upp som gick ut på *uppsökande verksamhet* bland de boende för att etablera en kontakt och sedan jobba vidare utifrån denna.

Vårt största mål är att öka välbefinnandet hos klienterna så att de får det lite bättre./../ Skulle vi bara jobba utifrån det här med öppenvård och minska missbruk så.... Det är ju ett så stort mål. Det är ju inte så att man bara knackar på en dörr och säger att jag hörde att du inte har någon öppenvårdskontakt. Nu åker vi dit. Det fungerar inte så. Nej vi har skapat vårt eget och märker att det funkar. Det är jättebra att börja med något litet sår på ett finger och så knyter man kontakt. Så kan man komma till öppenvården så småningom.

Framgångsfaktorer i arbetat har också varit att sköterskorna *kommer utifrån* och kan dra nytta av *Vårdcentralen Hemlösas goda rykte*, vilket gjort det lättare att etablera kontakt med de boende.

Vi är utanför. Vi är inte personal på boendet och vi är inte riktig sjukvårdspersonal i deras ögon utan vi är lite däremellan. Så vi har lite lättare att komma in hos dem. Och så just att vi presenterar oss att vi är ifrån Tillfället. Då sammankopplar många oss med vårdcentralen [för hemlösa] och då är det mycket gott som kommer.

En annan fördel är att sjuksköterskornas roll inte rör kontroll eller behandling av missbruket utan snarare *stöd och omvårdnad*. Det innebär i praktiken att många också vågar prata om sitt missbruk menade sköterskorna, som ofta blir tillfrågade av de boende att närvara vid lä-

karbesök eller andra möten med myndighetspersoner. Enkel omvårdande behandling som såromläggning, samtal och blodtryckskontroller har visat sig vara bra medel för att etablera kontakt med de boende och sedan försöka motivera till öppenvårdskontakter.

Sjuksköterskorna har upplevt stort stöd från arbetsledare och enhetschefer på boendena som de träffar en gång per termin och där de kan diskutera frågor och eventuella problem. De känner också stort stöd från projektansvarig och varandra men menar att en anställd projektledare lättare hade kunnat driva frågorna hårdare gentemot framförallt psykiatrin.

Utmaningar och svårigheter

Sjuksköterskorna räknade upp en rad utmaningar och svårigheter som kan delas in i följande teman:

Samarbete/kommunikation över organisationsgränserna

Samarbetet med Beroendekliniken och öppenvårdspsykiatrin har inte blivit det förväntade. Sjuksköterskorna hade hoppats på förtur genom att de själva arbetat inom psykosvården och har kunskap inom området. Så har dock inte blivit fallet, delvis på grund av det stora söktrycket men också för att kännedomen om deras arbete varierat ute på mottagningar och avdelningar. Sköterskorna var runt på mottagningar och avdelningar i början av projektet och presenterade sig. Idag fungerat samarbetet bättre med vissa kontaktpersoner bland personalen men det är fortfarande trögt.

Journalföringen är i dagsläget endast till för dem själva då de inte har tillgång till sjukvårdens system Melior och kommunen har olika journalföringssystem på olika ställen. Det kommungemensamma systemet som arbetas fram beräknas vara klart först nästa sommar. Tillgång till Melior skulle underlätta arbetet betydligt menade sjuksköterskorna som får lägga mycket tid på att försöka ta reda på om boende blivit inlagda och vart i så fall.

Brister i vårdkedjan

Klienter som varit inlagda för avgiftning och ska till drogfritt boende kommer inte direkt till boendet och återfaller då i missbruket. Ett annat problem är att personer med dubbeldiagnoser i första hand ses som personer med missbruk om de inte är drogfria och därför inte får behandling för sin psykos.

Förutsättningar för arbetet

Eftersom målgruppen bor på sociala boenden och inte på omvårdnadsboenden finns ingen ansvarig läkare och heller ingen MAS. Det är därför i första hand primärvården och i andra hand kommunens hemsjukvård som ska ansvara för *medicindelning* vid behov. Hemsjukvård har använts vid enstaka tillfällen men är problematiskt då de boende ofta inte är på plats. Ansvaret ligger nu på de boende själva, vilka inte alltid kan hantera det. Sjuksköterskorna har kunnat göra kortare insatser men ser behovet av en mer långsiktig lösning.

Sjuksköterskorna framförde också önskemål om en *läkarkontakt* som känner till målgruppen och som de kan samarbeta med kring medicinering och LPT.¹²

Ytterligare en begränsande förutsättning är *tillgången till bil*, vilket innebär att de måste samordna resorna och ibland vänta på varandra. Bilarna som tillhör Tillfallet är ofta upptagna menade sjuksköterskorna.

Ett antal klienter nås inte av den uppsökande verksamheten då de sällan eller aldrig finns på plats när sjuksköterskorna kommer. Vissa sover bara på boendena eller vill inte träffa dem. ■

4. Erfarenheter från andra aktörer

Nedanstående redovisning bygger på fokusgrupper med behandlingsassistenter, arbetsledare och enhetschefer vid berörda boenden, två enskilda intervjuer med enhetschefer (Vägskalet och Vårdcentralen Hemlösa) samt en telefonintervju med en enhetschef (Kvinnovårdskedjan). Enhetschefen på Vårdcentralen Hemlösa kan sägas ge ett sjukvårdsperspektiv i sammanhanget.

4.1 Medicinska behov

De medicinska behov som boendepersonalen beskriver hos de boende överensstämmer väl med sjuksköterskornas utsagor. Förutom missbruk i kombination med psykisk sjukdom, ångest eller depression rör det sig om en målgrupp i dålig fysisk form och ibland med kroniska sjukdomar. De boende är generellt i sämre kondition än normalbefolkningen både fysiskt och psykiskt eftersom de inte tar hand om sig, menade personalen.

Du vet en narkoman är inte rädd om sig. När de kommer och har slagit in en ruta eller nåt och har sådana här jack. De går ju aldrig till sjukvården då. Men att någon pysslar om dem och lägger om lite så att de börjar där att vara rädda om sig. Det har ett mycket djupare perspektiv det här med sjuksköterskor än bara lägga om sår. (Boendepersonal)

August Bark är ett boende för personer med dubbeldiagnoser, vilket innebär att de boende ofta har diagnostiserade psykoser och oftare medicinering än på de båda akutboendena.

Ändå saknar flera av de boende öppenvårds-kontakter, något som också är mycket vanligt på de båda akutboendena. De boende har ofta somatiska problem som skador, sårinfektioner och missbruksskador som leverproblem eller hepatit är vanliga. Men det förekommer också hjärtproblem, högt blodtryck, reumatism och diabetes. Tandproblem är vanliga. Personalen använder sig av Vårdcentralen Hemlösa men ofta hinner det bli akut innan den boende går med på att söka hjälp.

4.2 Förväntningar inför projektstart

Medicinsk kompetens har länge efterfrågats av personalen på boendena. Försök med sjuksköterskor har genomförts tidigare men inte fallit väl ut. Detta har enligt personal och enhetschefer berott på att sköterskorna suttit i ett rum och väntat på de boende istället för att bedriva uppsökande verksamhet.

Förväntningarna hos personalen varierade även om de flesta hade positiva förväntningar inför projektstarten. Några uppgav att de inte hade några förväntningar alls, men att de blivit positivt överraskade. Det fanns också personal som trodde att det skulle bli rörigt med ytterligare personer som blandade sig i de boendes liv.

Jag hade absolut inga förväntningar. Detta är inte första gången vi har haft liknande projekt där man försökt involvera sjuksköterskor i verksamheten. Och de har i regel alltid droppat. Det har blivit så att de har satt upp bestämda tider

och så har hon suttit i dagrummet och väntat. Och jag tror att anledningen till att det här har blivit sådan framgång och jag vill understryka att jag tycker att det har blivit en framgång, det är dels då att de har varit väldigt aktiva och sökt upp folk. Och det andra är att de är alla tre psykiatrisjuksköterskor så att de har erfarenheter från det här området. (Enhetschef)

Positiva förväntningar som kom upp på samtliga boenden var att få draghjälp i kontakten med sjukvården och öppenvård psykiatri samt att få hjälp med bedömningar och omvårdnad för boende som är rädda för sjukvården.

Att få hit människor som pratar det språket och som är bevandrade i allt detta som jag kan väldigt lite om. Sedan hade jag också förväntningar på, att klienter som är väldigt rädda för sjukvården skulle kunna få hjälp med lite lättare sjuksköterskeuppgifter ifall någon har väldigt svårt att ta sig till sjukhus. Om det behövs en omläggning eller så. (Boendepersonal)

Enhetschefen på Vårdcentralen Hemlösa påpekade att de inte fått någon information i förväg om boendesjuksköterskorna. När de väl fanns på plats var hennes förhoppning att medicinhandlingen på boendena nu skulle kunna lösas.

4.3 Värdet av den medicinska kompetensen

Kontakten med boendesjuksköterskorna beskrevs som mycket positiv. Detta gällde på alla nivåer och samtliga berörda boenden. Nedan beskrivs fem olika teman som de intervjuade tog upp.

Fungerar som en länk till sjukvården

Ett genomgående tema i personalens beskrivningar av sköterskornas arbete är att de på olika sätt fungerar som en länk till sjukvården. Det har inneburit att de boende i högre utsträckning än tidigare får adekvat sjukvårdsbehandling. Speciellt tydligt är detta vid somatiska problem men även vid akuta situationer på grund av psykos eller andra ångesttillstånd där sjuksköterskorna varit behjälpliga. Perso-

nalen tog upp flera orsaker till att det nu fungerar bättre än tidigare.

En underlättande faktor som togs upp på samtliga tre boenden var att *sjuksköterskornas ord väger tyngre* i kontakten med sjukvården. Personal tog upp flera exempel där sjuksköterskorna tack vare sin medicinska kompetens lyckats påskynda förloppet. Ett exempel var vid behov av akut omhändertagande (LPT) där det tidigare tagit lång tid innan bedömning av distriktsläkare kunnat ske. Även vid somatiska problem har läkarbesök och operationstider påskyndats menade boendepersonalen.

Det är stor skillnad om jag skulle ringa upp sjukvården eller prata med den ansvarige. Exempelvis så hade vi en klient som hade brutit nyckelbenet. Om jag skulle lyfta luren och prata om det här med sköterskan, hur kan jag beskriva att läget är akut? Det är stor skillnad om en sköterska på plats gör den bedömningen och säger att så här tycker jag. Det blir mycket mer kraft. (Boendepersonal)

Sjuksköterskornas kontakt med sjukvården underlättas också av att de *talat samma "språk"* menade boendepersonalen. En av behandlingsassistenterna beskrev hur hon suttit länge på en avdelning och väntat på ett *"nätverksmöte"* innan sjukvårdspersonalen förstod att hon skulle vara med på *"vårdplaneringen"*.

En av enhetscheferna betonade vikten av att kunna agera snabbt när den boende väl blivit motiverad till avgiftning, något som också bekräftas av en uppföljande brukarstudie i Göteborg (se Beijer 2009). Köer inom beroendevården har hittills försvårat arbetet eftersom den enskilde måste vänta och ofta hinner ändra sig innan de får plats. Sjuksköterskorna har kunnat påskynda förloppet så att personen snabbt fått en avgiftningsplats vilket på sikt ökar deras möjligheter till rehabilitering.

För att man överhuvudtaget ska komma någonbart med den här klientgruppen så är det viktigt att få ner missbruket. Den viktigaste biten är att man kan få in folk på avgiftning, att man kan få en vårdkontakt och där har sjuksköterskorna varit till stor hjälp. Tidigare så när de boende ville in på avgiftning så i 80 procent av fallen så kom de inte in. Det har varit kö eller liknande. En

vecka senare så är det för sent och då har klienten ändrat sig. Där har sjuksköterskorna varit hjälpliga med att prata med personalen på Östra eller Mölndals sjukhus så vi har kunnat få in personen på avgiftning. (Enhetschef)

Kontakten med öppenvårdspsykiatri är det område där sköterskorna har kunnat påverka minst och inte lyckats skapa de relationer mellan de boende och psykiatri som varit önskvärt. Personalen uttryckte besvikelse över detta men hoppades på att det nätverksbyggande arbete som sjuksköterskorna påbörjat ska ge resultat så småningom. Samtidigt påpekade personal att de boendes aktiva beroendeproblematik är en försvårande omständighet som förhindrar kontakterna med öppenvårdspsykiatri.

På ett av boendena betonade personalen att sköterskorna även hade fungerat som en påtryckare och länk till socialtjänsten, eftersom deras ord väger tyngre när det gäller en av de boendes behov av ett annat boende.

Boendepersonalen gav flera exempel på hur sjuksköterskorna gjort *medicinska bedömningar* vid akuta tillstånd och bidragit till att lugna både dem själva och de boende.

Jag sitter i en sits där jag tänker be om hjälp i morgon när det gäller en klient som är heroinist och som mår väldigt dåligt. Han själv vill inte erkänna det. Då skulle jag vilja att sjuksköterskan hjälper mig och gör en bedömning så att jag har det när jag pratar med socialsekreteraren om att få ett annat hem. Det ger en helt annan tyngd. Det är en klient som bekymrar mig nu. Jag vill inte ha ett överdosfall till. (Boendepersonal)

Sjuksköterskorna hade också vid flera tillfällen hjälpt till med enskilda boendes medicinering genom att de kunnat göra en bedömning av den enskildes tillstånd och sedan diskutera doseringen med allmän- eller specialistläkare.

En positiv aspekt som både personal och enhetschefer tog upp var den *omvårdnad* som sjuksköterskorna ger till de boende i form av enkla omläggningar, samtal och kontroller. Omvårdnaden skapar en relation och gör att den boende ofta blir mer mottaglig för motiverande samtal kring sitt missbruk. Boende som behöver sjukvård men inte vågar ta sig dit

har efter kontakten med sjuksköterskorna gått med på att söka vård eller genomföra nödvändiga operationer. På ett av boendena menade personalen att de boendes oro har minskat efter att sköterskorna kommit. Ofta kan de vänta med sina problem tills sjuksköterskan kommer eftersom de vet vilka dagar det rör sig om.

Det är en trygghet för dem att veta att de kommer i nästa vecka så nöjer de sig med det och kan landa i själva känslan att de inte måste åka med en gång. För vi kan ju också göra en bedömning om vi ser att vi måste åka akut så gör vi det. (Boendepersonal)

På de tre berörda boendena uppgav personalen att sjuksköterskorna är efterfrågade av klienterna. På samtliga tre boenden betonade personalen också att de tre sjuksköterskorna var mycket engagerade och lämpliga för uppdraget.

En nackdel som upplevts av personal från Vårdcentralen Hemlösa är att boendepersonalen tagit ett steg tillbaka och nu låter sjuksköterskorna sköta kontakten med vårdcentralen. Detta är synd då kontaktpersonerna har stor kännedom om hur den boende fungerar i vardagslivet och kan tillföra mycket vid besöken på vårdcentralen.

Förebygger akuta situationer

Sjuksköterskorna förebygger på olika sätt akuta inläggningar på sjukhus genom sitt arbete, menade boendepersonalen. Många av de sårskador som de boende ådrar sig blir infekterade, men kan nu bedömas, läggas om och behandlas av sköterskorna i tid. Diskussion med läkare kring medicinering, bedömning av tillstånd samt uppföljning av blodsocker och blodtryck innebär att de boende vid behov får en läkartid som gör att många akuta situationer förhindras. Genom att sköterskorna följer med på besöken och stannar kvar med den boende förhindras också att han eller hon avviker. Även om personalen gör detsamma i möjligaste mån har de svårt att vara borta från boendet under en längre tid.

Våra grupper är ju hemskt dåliga fysiskt och kommer inte alltid till läkare heller. Jag har ett

exempel där sjuksköterskan har lärt en av våra klienter som har diabetes hur hon ska hantera den själv. Att ge sig insulin och vad som är viktigt att tänka på. Hade inte XX gjort det så kan jag se scenariot framför mig. Hon [klienten] hade inte kommit till läkare, hade överhuvudtaget inte behandlat sin diabetes. Vi kanske hade fått åka upp med henne till akuten titt som tätt när hon var i koma. Så det är ju förebyggande också. (Enhetschef)

Sammantaget tog boendepersonalen upp en rad olika exempel på hur sjuksköterskorna bidrar till att förhindra akuta inläggningar på sjukhus och därmed, menar boendepersonalen, sparar sjukvårdens resurser.

Ökad trygghet hos personalen

Genomgående beskrev personalen en känsla av ökad trygghet genom att medicinsk kompetens tillförts boendena. Genom möjligheten till konsultation vid akuta situationer och ständig uppföljning av de boende från sjuksköterskornas sida, känner personalen att de själva i lugn och ro kan koncentrera sig på sitt eget uppdrag utan att vara oroliga för att missa någonting viktigt i den enskildes tillstånd. De kan också hänvisa oroliga boende till sjuksköterskorna. En av behandlingsassistenterna menade att hela personalgruppen börjat utvecklas på grund av detta.

De tillför ju en annan kompetens som inte vi har och som behövs här. Nu känner man ju att det finns en trygghet när det uppstår situationer. Tänk att kunna ringa och prata med någon då. De följer upp våra klienter på ett helt annat sätt som sjukvården aldrig har lyckats eller kunnat göra. Det gör väldigt mycket skillnad tycker jag. (Boendepersonal)

På ett av akutboendena tog personalen upp att andelen klienter med psykiska problem ökar på boendena och att det därför är viktigt att ha medicinsk kompetens lättillgängligt. Vetenskapen om att sjuksköterskorna lätt går att nå bidrar i sig till att hela situationen känns lugnare även om de boende kan vara stökiga. Personalen på samtliga tre boenden uppgav att de ringer till sköterskorna för att få råd angående enskilda boendes hälsa.

Ökad kompetens hos personalen

Speciellt på två av boendena betonade personalen att sköterskornas kunskap i medicinska frågor också överförs till boendepersonalen. På ett av boendena hade sköterskorna haft föreläsning om mediciner vid psykoser och även hjärtlungräddning. Eftersom personalen har möjlighet att fråga om saker som de undrar över, bidrar detta till en kontinuerlig kompetensutveckling.

Ett sätt att tillföra kunskap sker genom att sköterskorna ofta har träffat de boende på något annat boende. Detta bidrar till att personalen kan förbereda sig och får information i förväg. Genom att sjuksköterskorna känner till både boende och klienter kan de ge förslag på boenden som skulle kunna passa en speciell klient.

De har ju bra kännedom om både personal och om själva boendet i sig och just klienten. Och att kunna matcha dem emellan. Och den biten tror jag är en väldigt stor del som vi kommer att kunna så småningom märka av, att personer blir rätt placerade. Det tror jag vi kommer att ha stor nytta av, deras kunskap. (Boendepersonal)

Ökad kunskap märks alltså på flera olika områden. Även om behandlingsassistenter var glada över att inte själva behöva ta ansvar för de boendes hälsa, så uppskattade de att få mer kunskap inom området. Ett sådant exempel var också att få information om vad provsvar egentligen betydde.

Ökar kvaliteten på arbetet

Som en följd av den ökade tryggheten hos både personal och boende ökar också kvaliteten på det arbete som kan utföras på boendena, menade personal och enhetschefer. De boende bedöms utifrån ett helhetsperspektiv, vilket ökar möjligheten att motivera de boende även på missbruksområdet. På sikt gynnar det både de boende och sparar pengar åt samhället.

Det är en stor kvalitetshöjning och en mycket stor avlastning. Nu när man har haft dem så är det otänkbart nästan att inte ha dem. Kvaliteten höjs ju på arbetet i och med att man har

sköterskorna med på tåget så att det går mycket snabbare att få saker att hända och det blir rätt. (Boendepersonal)

Sjuksköterskornas omvårdnad och goda relation till de boende underlättar behandlingsassistenternas arbete och gör det lättare att få igång motivationsarbetet angående missbruket. Nedanstående exempel illustrerar hur sjuksköterskorna åstadkommit en stor förändring för en av de boende, vilket gjort att personen nu kan diskutera sitt missbruk.

Under hela sommaren låg XX som en grönsak på rummet eftersom han/hon inte tog sin medicin. Det var ett av de första målen när sköterskorna kom, att få igång medicineringen. Det har fungerat klockrent och det har gjort att vi har kunnat gå vidare. Om vi tittar på allmäntillståndet på den här personen så har det förbättrats avsevärt bara genom att han/hon tar sin medicin. Det är ett typexempel där sköterskorna fungerar som kontaktyta och får igång motivationsarbetet. Hade medicineringen inte kommit igång så hade vi fått ta in hemtjänst eller behövt plats på sjukhem. (Enhetschef)

Boendepersonal och enhetschefer var ense om att kvaliteten på det arbete som de själva kan utföra med de boende ökat genom att medicinsk kompetensen har tillförts. Generellt kan den påverkan som de beskriver kanske sammanfattas i nedanstående citat från en av behandlingsassistenterna.

Det är som före och efter hjulet. Man kan inte ta bort det! (Boendepersonal)

En fråga som de berörda parterna tog upp var problemet med medicinhanteringen på boendena och att de boende ofta har svårigheter att hantera sina mediciner själva. Personalen på August Bark handräcker viss medicin medan boende på akut- och habiliteringsboendena ansvarar helt för sin egen medicin. Sjuksköterskorna har hittills kunnat göra kortvariga insatser, exempelvis vid en antibiotikakur eller i avvaktan på apo-dos. Enhetschefen på Vårdcentralen Hemlösa betonade att läkemedelshanteringen bör skötas av sjuksköterskor för att garantera att de boende får en fullgod vård.

4.4 Önskemål från boendepersonalen

Nedan listas de önskemål som boendepersonal och enhetschefer framförde under intervjuerna.

- På två av boendena framkom önskemål om en läkare knuten till boendena och som kan vara behjälpliga vid LPT och andra akuta tillstånd och som ytterligare skulle understryka det förebyggande arbetet som sjuksköterskorna gör, exempelvis att kunna skriva ut mediciner.
- Fortsatt arbete för kontaktskapande med öppenvårdspsykiatri
- Gratis antibiotika eftersom de boende ofta inte löser ut det utan prioriterar annat även vid svåra infektioner
- Deltagande i fler vårdplaneringar och läkarbesök för att diskutera medicinering. De boende kan vara alltför tungt medicinerade och blir då trötta och svåra att aktivera.
- Tillgång till kommunens och regionens datasystem för att underlätta samarbetet och öka kontinuiteten. ■

5. De boendes erfarenheter

Nedanstående redovisning bygger på deltagande observation av sjuksköterskornas arbete samt tolv enskilda intervjuer med personer som bor på de berörda boendena. Åtta intervjuer berör personer på akut- och habiliteringsboenden (Storås, Vägskälet) och fyra personer på akut- och rehabiliteringsboende (August Bark). Intervjupersonerna benämns i redovisningen som *den/de boende*, *den/de intervjuade* eller *som den enskilde*.

5.1 De boendes bakgrund

De personer som nåddes av utvärderingen passar väl in på både personalens och boendesjuksköterskornas beskrivning av den målgrupp som bor på boendena. Flertalet hade en långvarig historik av missbruk, psykiska problem och rundgång på olika sociala boenden. Ofta berättade den intervjuade att han eller hon hade "hamnat" på boendet men nämner inte orsaken till flytten. Som längst hade en person bott på det aktuella boendet i fyra år, medan majoriteten hade bott där under ett år. Det fanns också intervju personer som bott på boendet vid flera olika tillfällen.

Hur de intervjuade trivdes på boendet varierade stort. Våld, hot och annan kriminalitet på boendena nämndes som skäl för vantrivsel såväl som störande grannar och smutsiga kök. Ett par av kvinnorna tog upp ensamhet och otrygghet som skäl att de inte trivdes. Men det fanns också några intervju personer som trivdes utmärkt och var glada att ha ett eget hem där de kunde sköta sig själva.

Så jag hamnade här och har försökt att överleva för det är ju väldigt jobbigt att vara här då. Framst för det florerar ju droger här väldigt mycket och många nyttjar droger. De busar mycket och det kommer hit folk från andra ställen. Det har varit inbrott också och de tyckte inte att det skulle anmälas. Och jag blev hotad samtidigt som jag gick in i min lägenhet. (Manlig boende)

Den deltagande observationen med besök i de boendes lägenheter/rum visade på tydliga skillnader som förmodligen speglade den enskildes trivsel och aktuella beroendesituation. Det fanns rum i fullständigt kaos eller sönderslagna möbler men också en prydlig och pyntad lägenhet.

Hälsosituationen

De hälsoproblem som de boende beskrev förefaller väl spegla sjuksköterskornas och boendepersonalens utsagor. Kronisk problematik som yrsel, högt blodtryck, leverproblem, hjärtproblem, reumatism och KOL är exempel på somatiska problem som de intervjuade tog upp. Även värk, infektioner, sårskador och andra typer av akuta tillstånd nämndes. Endast ett fåtal av de intervjuade hade läkarkontakt trots ibland svåra sjukdomar. En kvinna berättade hur alla hennes sjukvårdskontakter försvann när hon blev hemlös.

Jag hade ju kontakt med psykiatriker innan men allt försvann ju när jag blev adresslös. Mina hjärtspecialister, ortopederna, kirurgen, allt försvann ju bara. Jag skulle ju opereras, jag har en meniskskada... (Kvinnlig boende)

Majoriteten av de boende tog själva upp sitt missbruk under intervjun. Flera sa att de nu hade slutat eller minskat på sitt missbruk men det fanns också intervjupersoner som sa att de fortfarande missbrukade. Betydligt färre tog upp psykiska problem även om några personer sa att de ofta mår dåligt, känner sig isolerade eller deprimerade. På August Bark nämnde ett par intervjuade också psykiatriska diagnoser och hänvisade till dessa som skäl till sina problem.

5.2 Kontakten med boendesjuksköterskorna

Inledande kontakt

Hur de boende kom i kontakt med boendesjuksköterskorna varierade och var inte alltid helt tydligt för dem själva. Några hade befunnit sig på boendet och mött sköterskorna vid frukosten redan första dagen. Andra hade mött sjuksköterskorna via deras uppsökande verksamhet eller när något akut hade inträffat.

Sjuksköterskan frågade mig om han fick komma in för samtal och ja... Jag berättade då att jag blivit felmedicinerad för några år sedan. Jag berättade för XX och det kändes väldigt behagligt och bra. Kanonbra sjuksköterska verkligen. Jag har aldrig fått något så bra bemötande från någon sjuksköterska tror jag. (Manlig boende)

Omfattningen på kontakten med sjuksköterskorna varierade också. Flera av de intervjuade hade regelbunden kontakt för samtal eller annan uppföljning. Det fanns också intervjupersoner som träffat någon av sjuksköterskorna vid enstaka tillfällen eller intensivt under en kort period i samband med sårskada eller sjukdom.

Erfarenheter av kontakten

Generellt sett var de intervjuade positiva till att sjuksköterskor finns knutna till boendena och räknade upp en rad fördelar med detta. Positivt var att kunna få medicinsk hjälp på plats av personer som de känner och som bemöter dem respektfullt. Detta jämfördes ibland med övrig

sjukvård där attityderna ibland varit negativa och dit de boende måste ta sig och passa tiderna. Flera av de intervjuade beskrev sin rädsla för läkare eller sjukhus och menade att kontakten med sköterskorna var betydligt mer personlig. Majoriteten menade också att kunskapen om att kunna få hjälp med hälsoproblem och bli följd till olika sjukvårdsinstanser av personer som de litar på var viktigt i sammanhanget.

[Det bästa med att ha sjuksköterskan här] är att jag kan vända mig till henne när jag behöver hennes hjälp. Och att hon är rolig och livar upp stämningen. De ser saker som de som jobbar här inte ser. Om jag går ner i vikt. Personalen tänker alltid att det måste vara missbruk och tänker inte på att det kan vara lungorna då. Skillnaden är att sjuksköterskorna agerar. De agerar direkt. Jag är lite svår att ha att göra med när det gäller sjukvård och då gäller det att åka när jag känner att jag fixar det. De kollar hur folk mår. (Kvinnlig boende)

De boende hade ibland svårt att inledningsvis under intervjun beskriva vilken typ av hjälp de hade fått av sköterskorna för egen del. Det visade sig under intervjuns gång ofta att de hade fått hjälp på flera olika sätt, vilket också bekräftas av den deltagande observationen. Den hjälp som de boende själva tog upp kan delas in i fem olika typer:

- 1) **Samtal** kring fysiska skador, symptom eller diagnostiserade sjukdomar samt medicinering av dessa.
- 2) **Stödjande samtal** för att dämpa oro och ensamhet eller motivera till läkarbesök eller operation. Dessa personer hade ofta regelbunden kontakt med någon av sköterskorna.
- 3) **Bedömningar** i samband med skador, infektioner eller annan akut sjukdom
- 4) **Omvårdnad**: Omläggningar, uppföljningar av allmäntillstånd, massage med mera.
- 5) **Skjutsning/medföljning** till olika sjukvårdande instanser eller studiebesök, deltagande i läkarbesök.

Alla utom en av de intervjuade skulle kunna tänka sig att kontakta sjuksköterskorna igen

vid behov. Den person som inte kände något behov av det hade redan bra läkarkontakter som hon skulle vända sig till i första hand. En person menade också att om det gäller mediciner skulle han/hon i första hand vända sig till Vårdcentralen Hemlösa eftersom sköterskorna inte får skriva ut mediciner. En annan boende menade också att det i första hand inte var sjuksköterskor som behövdes på boendet utan mentalskötare eftersom de flesta är psykiskt sjuka. Denna person hade svår ångest och sa sig vilja ha stödsamtal men kände inte till att sköterskorna hade psykiatriutbildning.

Önskemål från de boendes sida

Generellt var de intervjuade nöjda med den hjälp de hade fått från sjuksköterskornas sida. De önskemål som uttrycktes rörde främst deras utrustning, exempelvis att de borde ha tillgång till våg och mediciner. En annan synpunkt var att de borde få mer resurser och inflytande på sjukvården. En person tyckte också att det borde finnas en sjukgymnast knuten till teamet.

5.3 Påverkan på de boendes livssituation

Den påverkan som sjuksköterskornas arbete har haft på den enskildes livssituation varierade stort beroende på hur ofta kontakterna ägt rum och vad kontakten hade gällt. Enstaka kontakter hade ofta lämnat små eller inga spår. De intervjuade hade ibland svårt att sätta ord på vilken betydelse införandet av sjuksköterskorna på boendena hade haft mer än att det var bra att de fanns. I några fall var det dock tydligt att kontakten med sköterskorna hade varit avgörande, vilket nedanstående citat tydligt visar:

Det blir ju så att man har sådana långa taggar men de vänds inåt mot mig själv och jag kan inte säga att personalen tar tag i det då. Men de taggarna som hade gått in i mig känns som att de två [sjuksköterskorna] har vänt taggarna utåt och klippt av dem. Det är något sagolikt bra. (Manlig boende)

De faktorer som de boende själva tog upp som

avgörande för deras livssituation kan sammanfattas i följande termer; Ökad trygghet, Möjlighet till omvårdnad och i viss mån även Ökade möjligheter till vård, vilket stämmer väl överens med de teman som personalen tog upp som viktiga i sjuksköterskornas arbete på boendena.

Ökad trygghet

Flera intervjupersoner tog upp den ökade trygghet som det innebär att sjuksköterskorna regelbundet kommer till boendet. Vetskapen om att det går att få hjälp eller få prata med någon som är insatt i medicinska frågor kändes enligt dessa boende lugnande, liksom vetskapen om att sjuksköterskorna kommer utifrån och har tystnadsplikt.

Det är perfekt. Det skulle de ha börjat med för länge sedan. Helt perfekt. Man pratar med någon som kan och är utomstående. Som inte lägger sig i för mycket, som gräver i ens liv. För det gör de ju inte. De lyssnar och det man vill berätta, berättar man och något annat frågar de inte och det tycker jag är perfekt. Om man känner sig nere och behöver ta sig till vårdcentralen så får man tid om en månad. Här vet man att de kommer någon gång under veckan, va. Det är tryggt. Ja, det är det. (Kvinnlig boende)

En av de boende menade att kontakten hade bidragit till en känsla av trygghet i den otrygga miljö som han upplever att boendet utgör. Denne man såg fram emot sjuksköterskans besök som en möjlighet att få prata av sig och få förståelse.

På ett sådant här ställe så tror jag att de [sjuksköterskorna] är en nödvändighet i och med att många mår så dåligt här och kanske inte bryr sig. Steget är så långt till att ta sig härifrån och till sjukhus. Det skapar också en trygghetskänsla eftersom sköterskorna har goda avsikter. Det är en trygghet, en väldigt stor trygghet och att de kan erbjuda hjälp med saker och ting och rensa ut och prata. (Manlig boende)

Tryggheten kan sammanfattas i att sjuksköterskorna finns tillgängliga ute på boendena varje vecka, att de är utomstående och att de går att lita på enligt de boende. En person framhöll

också det positiva i att sköterskorna bär sina egna kläder och inte vita rockar.

Möjlighet till omvårdnad

Sjuksköterskornas engagemang beskrevs som större än på andra sjukvårdsinstanser som de boende hade erfarenhet av, vilket bidrog till att de intervjuade litade på dem och vågade prata om sitt missbruk.

De här är ju jättebra. De bryr sig ju, de engagerar sig lite. De andra [inom vården] skiter ju fullständigt i en bostadslös missbrukare. Den kan lika gärna dö, då är de glada. Så känns det faktiskt. För en gångs skull så har jag faktiskt vågat öppna mig lite för en syster. Det tycker jag är bra. De ska helt klart vara kvar. (Manlig boende)

För min del har det ju varit den psykologiska biten. Att någon bryr sig och man känner att det är ärligt. Som inte är beroende av det här stället och som har tystnadsplikt och där jag kan prata med dem och öppna mig för dem. Att de finns. Jag känner att de finns med i mitt helvete och att jag kan gå till dem då och att de lyssnar på vad jag säger och vill hjälpa mig. (Manlig boende)

På ett av akutboendena framförde två av de intervjuade att det hade blivit mycket bättre sedan sjuksköterskorna kommit just på grund av att de nu har engagerade personer som bryr sig om dem och frågar hur de mår.

Ökade möjligheter till vård

Ett återkommande tema under intervjuerna var de boendes ovilja att ta sig till någon form av sjukvårdande instans. Rädsla för negativt bemötande, svårigheter att passa tider och känslan av att inte orka bry sig var faktorer som framfördes som skäl till detta. Ungefär hälften av de intervjuade uppgav att de hade besökt Vårdcentralen Hemlösa och var positiva till mottagningen. Boende med missbruksproblematik menade att uppsökande verksamhet är en förutsättning för att de ska orka bry sig om sin hälsa.

Ja, för det första så kan jag ju säga så här att jag går aldrig med på några grejer. Jag skulle aldrig gå till läkaren där borta på Tillfället för jag tror

inte att det finns läkare som ställer upp gratis så där. Nej, jag tycker sjuksköterskorna är bra faktiskt. Och de följer upp utan att man behöver kontakta dem. Det är superbra. Om man jobbar med missbrukare då är det viktigaste att de som jobbar, att de söker upp. För du kan aldrig förutsätta att missbrukaren gör det. Därför litar jag på dem till 100 procent. (Manlig boende)

Nedanstående exempel visar tydligt hur värdefull denna person hade upplevt kontakten med en av sköterskorna och som resulterade i en operation. Operationen var enligt den boende resultat av en längre tids samtalsstöd samt att sjuksköterskorna följde med till sjukhuset och stannade kvar tills operationen skulle äga rum.

Då vågade jag... jag vågade tack vare sjuksköterskan kan jag säga. Vågade öppna mig igen för jag var så sluten när jag kom hit. XX fick mig att våga tro, känna tillit att jag kan få hjälp och göra en operation. Jag hade ju missat innan för jag var inte benägen att komma ur sängen för jag hade sådan ångest och led. Jag blev så handlingsförlamad. Men XX har hjälp mig otroligt mycket. Det är en dröm jämfört med hur det var tidigare. XX pratade med mig hela tiden och fick bort den rädslan och ångesten. (Manlig boende)

De boende bekräftar därmed den bild som förmedlas av litteraturen såväl som sjuksköterskornas och boendepersonalens utsagor, nämligen att det är svårt att nå personer med samsjuklighet/hemlösa med fasta mottagningar, medan uppsökande verksamhet fungerar bättre eftersom den ges på plats. ■

6. Diskussion, slutsatser och rekommendationer

Resultatet av utvärderingen visar tydligt att sjuksköterskorna under det första året har lyckats nå den målgrupp som avsetts. Man har också etablerat en kontakt med en stor del av de boende på de sociala boenden som utgör fokus för projektet.

De målsättningar som finns för projektet är alla långsiktiga och svåra att bedöma efter mindre än ett år. Nätverksbyggande och relationsskapande tar tid, vilket också framkommit av utvärderingen. Samtidigt finns det tecken på att de boende i högre utsträckning har fått adekvat vård och ökade kontakter med sjukvården. Sådana tecken är enligt boendepersonalen:

- att sjuksköterskorna genom diskussioner med sjukvården har påskyndat läkartider, avgiftningsplatser, operationstider och akut omhändertagande (LPT)
- att sjuksköterskorna genom att de motiverat de boende att ta tag i sina hälsoproblem, följt med till läkarbesöken och stannat kvar på mottagningen bidragit till att de boende genomfört besöken och inte avvikit
- att sjuksköterskorna genom diskussioner med personal och socialtjänst har bidragit till att psykiskt sjuka boende fått ett mer anpassat boende
- att samarbetet med Vårdcentralen Hemlösa ger större kontinuitet eftersom vårdcentral och boendesjuksköterskor med klienternas samtycke kan följa upp de boende åt varandra

De boendes egna utsagor bekräftar personalens så tillvida att de ger exempel på hur sjuksköterskorna har hjälpt dem med hälsorelaterade problem som de annars inte skulle ha sökt hjälp för, exempelvis skador, infektioner, oro/ångest eller värk. Vidare att sköterskornas ”skjutsning” till olika sjukvårdande instanser också bidragit till att de gått med på att söka hjälp eller genomgå behandling/operation. Även om en del av de boende använder sig av Vårdcentralen Hemlösa betonar de att det är besvärligt att ta sig dit och att passa tider, vilket innebär att de inte alltid orkar ta sig dit. Uppsökande verksamhet är därför att föredra.

Målsättningarna att individens välbefinnande ska öka, liksom att missbruk och behovet av sjukhusvård ska minska är även de långsiktiga. Utvärderingen visar tecken på att utvecklingen går i positiv riktning, såsom;

- att de boende betonar sjuksköterskornas engagemang och stöd och tolkar det som att de bryr sig om dem. Kontakten beskrivs i många fall som mer personlig och överlägsen övriga sjukvårdskontakter.
- att intervjupersoner berättar att de för första gången har vågat öppna sig och berätta om sin situation och att de litar på sjuksköterskorna.

De boende beskriver med andra ord många av de faktorer som forskning och tidigare uppföljningar lyft fram som viktiga för att motivera till behandling för missbruk och/eller psykisk sjukdom. Exempel på sådana är respektfullt

bemötande, att bli sedd, att träffa människor som går att lite på och som förmedlar hopp. Den relation som sjuksköterskorna genom sitt omvårdnadsarbete bygger upp, kan alltså på sikt öka motivationen för drogfrihet.

För boendepersonalens egen räkning visar utvärderingen att införandet av medicinsk kompetens på boendena medfört ökad trygghet i arbetet, ökad kompetens inom personalgruppen samt en stor kvalitetsökning i arbetet med målgruppen. Detta gäller samtliga tre boenden¹³ men är extra tydligt på akutboendena.

6.1 Rätt till lika vård

Utvärderingens resultat stöder den forskning och annan litteratur som visar att personer med samsjuklighet ofta misslyckas med att ta hand om sig själva och söka vård för sina hälsorelaterade problem. Det innebär att de i praktiken inte får den mest grundläggande vård som de har rätt till. För att hårdra det kan de alltså inte utnyttja sina rättigheter till vård som slås fast i hälso- och sjukvårdslagen. Utvärderingen visar också att vårdbehovet hos de boende på berörda boenden är stort och att majoriteten saknar adekvata sjukvårdskontakter. Boendesjuksköterskornas arbete med att skapa förtroendefulla relationer till de boende, kan på längre sikt motivera de sistnämnda till att ta hand om sig själva.

Tidigare försök med sjuksköterskor på boendena hade enligt de intervjuade inte varit framgångsrika. Utvärderingen pekar på en rad förutsättningar eller framgångsfaktorer för att arbetet som boendesjuksköterska ska fungera:

- att det är sjuksköterskor med psykiatrisk kompetens och vana från målgrupper med psykiatrisk problematik och/eller missbruk
- att de bedriver uppsökande verksamhet bland de boende
- att arbetet kan bedrivas med regelbundenhet och under en längre tid för att kunna

etablera en förtroendefull relation till de boende

- personlig lämplighet och engagemang

Utvärderingen visar att boendesjuksköterskor enligt både personal och klienter är *ett mycket effektivt* sätt att nå en målgrupp som annars inte nås av den ordinarie sjukvården. Vidare att de bidrar till att målgruppen får en ökad tillgång till både akut vård, omvårdnad såväl som förebyggande vård. På sikt sparar detta förmodligen pengar för kommun och region då det förhindrar ett antal akuta inläggningar på sjukhus eller onödiga besök på akutmottagningen. Resultatet tyder också på att motivationen till avgiftning och behandling för missbruk och psykiatrisk problematik för vissa klienter på sikt kan öka genom det kombinerade motivationsarbetet från sköterskor och boendepersonal.

Rekommendationer

Med stöd av ovanstående vill jag ge följande rekommendationer angående boendesjuksköterskornas tjänster.

1. Fortsatt verksamhet enligt nuvarande modell och enligt de förutsättningar som slagits fast som framgångsfaktorer ovan
2. Uppföljning om ett par år för att bedöma de mer långsiktiga effekterna av arbetet
3. Boendestatistik över hur många klienter som går vidare till drogfria boenden eller annan behandling för att kunna följa utvecklingstrender och förändringar
4. Att sjuksköterskorna fortsätter föra kontinuerlig statistik över sina arbetsuppgifter för att kunna följa utvecklingen

13 Enligt den telefonintervjuade enhetschefen på Kvinnovårdkedjan finns liknande tendenser på dessa boenden.

6.2 Samarbetet över organisationsgränserna

Att kommunikation över organisationsgränser kan vara svårt har beskrivits i många dokumentation. Olika terminologier, arbetsmetoder, sekretessfrågor och olika ”organisationskulturer” blir försvårande omständigheter, något som också framkommer i denna utvärdering. Det är lätt att konstatera att nätverksbyggande tar tid, där de kommunalt anställda boendesjuksköterskorna ska samverka med personal från sjukvården. Naturliga forum för ett nära samarbetet på personalnivå saknas i dagsläget.

Sjuksköterskornas förutsättningar

De hinder som sjuksköterskornas räknade upp, rör på många sätt kommunikationen över organisationsgränserna, där de skulle behöva stöd från ledningsnivå inom framförallt sjukvården. Avsaknaden av en anställd projektledare gjorde förmodligen också att sjuksköterskorna delvis hamnade i ett vakuum i början av sin anställning. Utvärderingen tyder på att sjuksköterskornas arbete skulle ha underlättats av ett mer systematiskt förankringsarbete gentemot psykiatri för att informera om syftet med boendesjuksköterskornas arbete. Den samverkan som skett på chefsnivå har hittills inte nått ut i verksamheterna. Med detta avses inte att boende automatiskt ska få förtur inom öppenvården, snarare att dialogen underlättas så att exempelvis inte boende stryks från listorna på grund av uteblivande.

Ett systematiskt förankringsarbete på ledningsnivå gentemot berörda mottagningar skulle även nu kunna underlätta sjuksköterskornas nätverksbyggande arbete. I dagsläget finns det gemensamma forum på chefsnivå och riktlinjer för samverkan kan dras upp och spridas inom organisationerna. Att utarbeta ett enkelt informationsblad om boendesjuksköterskornas arbete som kan spridas på berörda avdelningar och mottagningar kan också vara ett komplement till muntlig information. En

andra presentationsrunda från sjuksköterskornas sida skulle också kunna underlätta samarbetet.

En annan försvårande omständighet är de olika *journalföringssystemen*. Idag dokumenterar sjuksköterskorna sitt arbete ute på boendena samt i egna pappersjournaler som ingen annan läser. Detta förefaller vara ett slöseri med tid och resurser. En orsak är att gemensamt journalföringssystem saknas inom kommunen i dagsläget. Tillgång till sjukvårdens system Melior skulle ge sjuksköterskorna kontinuerlig information om vad som händer med de boende vid kontakt med sjukvården. Berörd personal inom sjukvården skulle vid behov kunna få information om enskilda personer från boendena samt en uppfattning om vad boendesjuksköterskorna gör. Det faktum att ansvaret för målgruppen berör båda organisationerna kan motivera att sjuksköterskorna får tillgång till Melior eftersom de fungerar som en länk emellan dem.

De förslag som kommer från boendesjuksköterskorna och boendepersonalen kan med fördel användas som utgångspunkt för vidare diskussioner kring hur resurserna ska användas mer effektivt. En sådan diskussionspunkt är frågan om bil som i dagsläget upplevs som otillräcklig. Detta kan å andra sidan vägas mot frågan om det i förlängningen är det mest effektiva att använda kompetent medicinsk personal som chaufförer till olika sjukvårdsinstanter. Värdet av metoden som en del av motivationsarbetet och förhindra klienternas avvikande har beskrivits av både sjuksköterskor, boendepersonal och i viss mån även av de boende själva. Förhoppningsvis kan körningarna minska i takt med att mer långsiktiga kontakter etableras för de boende.

I sammanhanget är det intressant med kommentarerna från Vårdcentralen Hemlösa om att de boendes kontaktpersoner tagit ett steg tillbaka i kontakten med sjukvården. Det är viktigt att boendepersonalen inte undervärderar sin egen kunskap utan är medvetna om vad de faktiskt kan tillföra om hur de boende fungerar i vardagslivet.

Rekommendationer

1. Förankringsarbete på ledningsnivå gentemot psykiatrin
2. Diskutera utformning av ett enkelt informationsblad om sjuksköterskornas arbete som kan spridas på berörda avdelningar och mottagningar
3. En andra presentationsrunda på mottagningarna från sjuksköterskornas sida
4. Ge boendesjuksköterskorna tillgång till Melior för att underlätta informations-spridning och kommunikation
5. Diskutera möjligheten att skapa ett samarbetsforum med representanter för kommun och psykiatrin på personalnivå
6. Fortsatt diskussion kring användning av ekonomiska resurser i förhållande till effektivitet

Läkemedelshantering och läkarkompetens

Utvärderingen pekar på ett par viktiga frågor som ännu inte fungerar tillfredsställande. Det rör dels frågan om läkemedelshantering på de sociala boendena som i dagsläget fungerar dåligt för boende som inte själva kan hantera sina mediciner. Hemsjukvård för exempelvis medicindelning förefaller vara problematisk, då de boende ofta flyttar och många har svårt att hålla utsatta tider. Vid förlängning av anställningarna framstår läkemedelshantering som ett område som bör prioriteras i vidare diskussioner i relation till det uppdrag som boendesjuksköterskorna har.

En annan fråga är tillgången på läkarkompetens där både boendepersonal och sjuksköterskor uttrycker önskemål om en större kontinuitet vid akuta situationer. Hur detta kan lösas är förmodligen en fortlöpande diskussion mellan kommun och sjukvård som har det gemensamma ansvaret för målgruppen. Helt klart vore en insatt jourläkare ett medicinskt stöd för sjuksköterskorna såväl som för boendepersonalen.

Rekommendationer

1. Diskussion kring läkemedelshantering på de sociala boendena och hur denna kan lösas i relation till formella regler och problematiken kring frågan.
2. Diskussion med sjukvården om möjligheterna att knyta läkarkompetens till boendena

Avslutningsvis vill jag återvända till det faktum att många boende på akut- och habiliteringsboendena idag har små möjligheter att ta hand om sig själva och sina hälsorelaterade problem. Även om de inte är formellt utestängde från sjukvården så framstår sjuksköterskekompetens och uppsökande verksamhet som en självklarhet för att kunna leva upp till hälso- och sjukvårdslagens målsättning om lika rätt till vård för alla. ■

Referenser

- Ansökan om stimulansmedel för att stimulera och utveckla vården av tunga missbrukare.*
Ansökan till Länsstyrelsen 2007-05-08.
- Beijer E. (2009). *De förstår alla situationer. Erfarenheter av att utveckla integrerade former för vård vid missbruk eller beroende samt psykiska problem. Med fokus på brukares perspektiv.* Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Beslut från Länsstyrelsen angående Förstärkt vårdkedja för personer med samsjuklighet”.
2007-11-02.
- Denhov, A. (2007). *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt.* Stockholms läns sjukvårdsområde. Psykiatri Södra, FoU-enheten.
- Gustavsson, L. (2008). *Expressions of Diverse American Homeless Individuals Concerning Their Needs of Care and Health Care.* Examensarbete. Mälardalens högskola/Akademien för hälsa, vård och välfärd.
- Hatton, D. (2001). Homeless Women's Access to Health Services: A study of Social Network and Managed Care in the US. In *Women and Health*, Vol 33:3-4, pp 167-181.
- Lindgren, L. (2008). *Lägenhetsboendet Lönngården i Malmö. En utvärdering ur ett kvalitativt och samhällsekonomiskt perspektiv.* Lund: Devinor.
- Hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982:763.
- Plan för förbättrat vård- och behandlingsarbete för hemlösa personer med tungt missbruk 2006.
Stockholms Stad, socialtjänstförvaltningen, Stockholms Stad 20060614.
- Social resursförvaltning. Varför vi finns, vad vi gör och vilka vi är.* Broschyr September 2008.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruk och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*
- Socialstyrelsen (2009). *Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar.* Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens hemlöshetsprojekt 2005-2007. Lokala erfarenheter, resultat, slutsatser och bedömningar. Socialstyrelsen 2008:103:12.
- SoU 2005:82 *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling.*
Betänkande av Utredningen om vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Uhlin, Å. (2009). Hemlösa som fick boende behövde mindre sjukvård. I *Dagens Medicin*
2009-05-06.
- <http://www9.goteborg.se/alternativboende/default.asp?UnitID=56>
www.socialstyrelsen.se/amnesord/socialt_arbete/IMS/specnavigation/bedomningsmetoder/index.htm

Bilaga I

Temaguide fokusgrupp personal

1. Kan ni beskriva era klienter och vilka medicinska behov som ni kan se att de har!
– Kan ni kort berätta om hur ni arbetar med klienterna!
2. Vilka förväntningar hade ni före projektstarten? Vad hoppades ni att sjuksköterskorna skulle tillföra?
3. Vad har ni för erfarenheter av boendesjuksköterskorna nu ett år senare? (positivt, negativt, förändringar)
4. Kan ni ge något exempel på när sjuksköterskorna varit direkt behjälpliga?
– Vad kan de utifrån sin profession inte hjälpa till med som ni skulle behöva hjälp med?
5. Hur påverkar sjuksköterskorna er arbetssituation? (positivt/negativt)
6. Hur påverkar sjuksköterskornas arbete klienterna? (positivt/negativt)
7. Annat som ni vill tillägga?

Bilaga 2

Intervjuguide boende

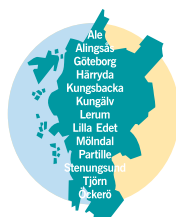
- Kan du berätta lite om dig själv och hur du kom hit till boendet?
 - Hur länge har du bott här?
 - Hur bodde du innan du kom hit?
 - Har du några sjukdomar/mediciner/behov av medicinsk vård?
 - Andra/tidigare kontakter med sjukvården?
- Hur fick du kontakt med boendesjuksköterskorna?
 - Hur länge har du haft kontakt med dem?
 - Varför tackade du ja till kontakten?
- Vilken typ av hjälp får du/har du fått av dem?
 - Har du försökt ringa/kontakta dem själv? Varför?
 - Finns det någon annan hjälp som du skulle vilja få av dem eller som du tror att de kan hjälpa till med i framtiden?
 - Skulle du kontakta dem igen?
- Finns det något som rör din hälsa och som du behöver hjälp med men som de inte kan hjälpa till med?
- Känner du andra här på boendet som får hjälp av sjuksköterskorna? Vad säger de?
- Vad betyder det för dig att ha fått kontakt med sjuksköterskorna?
 - Är det någon skillnad mot tidigare kontakter med sjukvården?
 - Vad har varit bäst med att träffa sjuksköterskorna?

Bilaga 3

Statistik arbetsuppgifter juni-augusti 2009

Boende	A B	Storås	Vägsk	AB	Storås	Vägsk	AB	Storås	Vägsk
Apotekssamordning		1	2			2			10
Bedömning	2	4	3	2	8		3	5	2
Blodtryck/puls		1	4			1		1	
Blodsockerkontroll		1	3			1			
Fotvård/nagelvård/massage	4	2		7	2	1	3		
Husmöte									
Klientundervisning		7			1	1	1	1	4
Läkemedelsfrågor		4	5		11	4		4	4
Läkemedelshantering	1	1	3		1	3		3	8
Motiverande samtal		12	13	1	18	13		11	13
Sjukvårdskontakt	2	1	3	1	12	5		6	11
Sjukvård transport	1	1			3	2		1	3
Socialtjänst kontakt		8	4		2	1	1	5	4
Sårbehandling/omläggning	4	19	2	7	8	2	5	6	2
Team/Klientgenomgång									1
VC Tillfället bokning	1	3		2	4			2	1
VC Tillfället transport till					1				
VC Tillfället kontakt med		2	1	3	8	1	1		1
Vårdintygsbedömning									1
Vårdplanering/Nätverksmöte		1							1
Öppenvård nyetablering	1								
Öppenvårdskontakt		4	1			1			3
Öppenvård transport till						1			
Övriga kontakter		1	1		2		1	1	
Totalt	16	73	45	23	81	39	15	46	69

Personal – aktiviteter juni-augusti	August Bark	Storås	Vägskälet
APT			
HLR utbildning	3		
Medicinska frågor	1	3	6
Rådgivning		4	3
Övrig utbildning			
Totalt		0	



FoU_i**väst** **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • **www**.grkom.se/fouivast