

FORSKNINGS-
AVDELNINGENS
ARBETSRAPPORTSERIE

NR 56

ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

56

RESEARCH
DEPARTMENTS
WORKING PAPERS

NO 56

ERSTA SKÖNDAL UNIVERSITY COLLEGE

Erstabacken

En studie av ett medicinskt boende för svårt sjuka hemlösa

CHARLOTTE ENGEL

ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA
2008

ARBETSRAPPORTSERIEN

När företrädare för psykiatri, socialtjänst, beroendevård och somatisk vård år 2002 fick ett politiskt sanktionerat uppdrag att utveckla samarbetsformer runt personer i avsaknad av eget boende – framför allt uteliggare och personer hänvisade till härbärgen och akutboenden – började de inventera var behovet av ett sådant samarbete var som störst. Genom inventeringen utkristalliserades en grupp av svårt sjuka personer som sällan fick vård för sina allvarliga sjukdomar och som lämnades utan möjligheter att leva sin sista tid och att dö på ett värdigt sätt. Som ett resultat av detta politiska uppdrag öppnades Erstabacken våren 2005, ett medicinskt stödboende särskilt anpassat för att ta emot svårt sjuka hemlösa. Genom en samfinansiering från Stockholms läns landsting och Stockholms stad driver Ersta diakoni detta boende som både erbjuder hemsjukvård och vård i livets slutskede till en synnerligen utsatt grupp av Stockholms invånare.

Den här rapporten presenterar en studie som granskar Erstabacken under verksamhetens tre första år. Studien belyser framför allt specifika drag i verksamheten som kombinationen av kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser samt kombinationen av kortare hemsjukvårdande insatser och vård i livets slutskede. Den belyser dessutom de svårigheter det möter att vårda svårt sjuka personer med ett pågående missbruk men även svårigheterna att fullfölja det som var det ursprungliga uppdraget – att med den hemlöses situation i fokus samordna insatserna från såväl psykiatri och socialtjänst som beroendevård och somatisk vård.

Enheten för forskning om det civila samhället publicerar forskningsresultat från olika större projekt och uppdrag. Vi har en skriftserie, en särtrycksserie och en arbetsrapportserie. Arbetsrapportserien avser främst att ge möjlighet att publicera delrapporter och delresultat från större studier, aktuella kunskapsöversikter och uppsatser. Förteckning över publikationer från Forskningsenheten finns på föregående sidor.

Ersta Sköndal högskola
Campus Ersta, Box 11189, 100 61 STOCKHOLM
Besöksadress Stigbergsgatan 30, Stockholm
Telefon 08-555 05 130, *Fax* 08-555 50 60
E-post: info@esh.se

ARBETSRAPPORTSERIE NR 56

Erstabacken

En studie av ett medicinskt boende för svårt sjuka
hemlösa

CHARLOTTE ENGEL

Stockholm, september 2008

Publicerad av Enheten för forskning om det civila samhället, Ersta Sköndal högskola
Copyright ©2008 Charlotte Engel
URN:NBN:se-2008-15
Tryck: Elanders Vällingby, Stockholm
Produktion: Lena Blomquist

FÖRORD

Våren 2005 öppnades landets första medicinska stödboende för svårt sjuka hemlösa män och kvinnor, Erstabacken. Verksamheten är samfinansierad av Stockholms läns landsting och Stockholms stad och bedrivs inom ramen för Ersta diakonis sociala verksamhet. Ersta diakoni skall som vårdgivare erbjuda ett kvalificerat medicinskt och socialt omhändertagande i form av hemsjukvård och hospicevård för personer som saknar eget boende.

Den här rapporten presenterar en studie av Erstabackens tre första verksamhetsår. Studien behandlar framför allt specifika inslag i verksamheten som kombinationen av kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser samt kombinationen av kortare hemsjukvårdsinsatser och vård i livets slutskede. Den behandlar även de särskilda svårigheter det innebär att vårda svårt sjuka hemlösa med både ett långvarigt och pågående missbruk och en psykisk ohälsa.

Studien har genomförts av teol. dr Charlotte Engel på uppdrag av Ersta diakoni.

Lars Svedberg
Professor och forskningsföreståndare

INNEHÅLL

Förord	5
Inledning	9
I. Personalen på Erstabacken 2006	15
Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser	17
Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede	22
Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk	24
Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar	28
II. Erstabacken ur några nyckelpersoners perspektiv 2006	31
Bakgrund till verksamheten vid Erstabacken	32
Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser	34
Den sociala dimensionen på Erstabacken	36
Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede	38
Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk	46
Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar	50
En verksamhet inom ramen för en frivilligorganisation	57
Några avslutande frågor och reflexioner	60
III. PERSONALEN PÅ ERSTABACKEN 2008	63
Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser	64
Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede	68
Att vårda svårt sjuka hemlösa med pågående missbruk	76
Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar	81
IV. Erstabacken ur några nyckelpersoners perspektiv 2008	87
Förändringar i insatser riktade till somatiskt sjuka hemlösa	88
Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser	92
Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk	94
Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede	97
Erstabacken i nuläget - och framtida utmaningar	99
V. AVSLUTANDE SAMMANFATTNING OCH REFLEXION	103
FÖRFATTARENS SLUTORD	117
Publikationer från Enheten för forskning om det civila samhället	123

INLEDNING

Ersta diakoni öppnade våren 2005 det första medicinska stödboendet i Sverige för svårt sjuka personer utan bostad. Socialstyrelsens nationella kartläggning av hemlösheten i Sverige (2006) lyfte fram behovet att rikta omfattande insatser från bland annat hälso- och sjukvården till de mest utsatta hemlösa, de som är hänvisade till akutboende, härbärg, jourboende eller som är uteliggare. Bland svårt sjuka hemlösa finns människor med ett flertal problem. Svåra sjukdomar kan tillsammans med psykiska besvär och missbruk göra att de inte passar in i vanliga strukturer för vård och omsorg. För att möta detta behov krävs en organisation som kan hantera både vård och omsorg. Erstabacken är en verksamhet som finansieras till lika delar av Stockholms läns landsting och Stockholms kommun. Vårdavtalet tecknar Ersta diakoni med landstinget som i sin tur har ett avtal med Stockholms kommun. Ersta diakoni skall som vårdgivare erbjuda ett kvalificerat medicinskt och socialt omhändertagande av somatiskt sjuka hemlösa män och kvinnor. Vårdtjänsterna skall omfatta vård i form av utredning, diagnostik, behandling och uppföljning, omvårdnad samt psykosociala och hälsofrämjande insatser på individnivå. Med kvalificerat socialt arbete avses omvårdnad, motivationsarbete, kost, hygien och kontakt med nätverk och anhöriga. Det sociala arbetet skall ha ett strukturerat och meningsfullt innehåll och vara anpassat till den enskilda boendes förmåga. Individuellt stöd samt gruppstöd skall tillämpas när det är möjligt. Familj- eller nätverksarbete skall aktiveras kring varje person i samarbete med redan etablerade kontakter. Verksamheten ska vara organiserad på ett sådant sätt att den bidrar till att den enskilde får leva under så trygga och individuellt anpassade former som möjligt. Avsikten är också att han eller hon får utveckla sina personliga resurser och får stöd att, utifrån egna förutsättningar, leva ett så väl fungerande liv som möjligt och på bästa sätt förberedas för utskrivning och, i vissa fall, för livets slut. Erstabacken erbjuder i dag åtta vårdplatser med två inriktningar:¹

- ”hemsjukvård” för hemlösa personer
- hospicevård för personer i livets slutskede

Personalen på Erstabacken består av totalt 13 personer samt tillkommande timvikarier: fem undersköterskor, varav två är anställda som mentalskötare, fem sjuksköterskor och två socionomer, varav en är verksamhetschef, samt en läkare, specialist i allmänmedicin. Organisatoriskt befinner sig Erstabacken inom Ersta diakonis sociala verksamhet, men verksamheten har även nära anknytning till Ersta sjukhus, där Erstabackens läkare/medicinsk ansvarig har sin tillhörighet.

Beläggning och vårdtider

Erstabacken har sedan starten 2005 fram till september 2007 haft sammantaget 41 personer med 56 placeringar på boendet. Sex personer har återkommit för flera placeringar, varav en person för fyra boendeperioder, och fem personer för vardera två. Medelåldern vid inskrivning var under perioden

¹ Önskemålet från Ersta diakoni är att antalet avtalsplatser på Erstabacken skall öka från nuvarande åtta till 10 platser fr.o.m. 2008. Vid tiden för den uppföljande studien av Erstabacken våren 2008, hade ännu inget besked lämnats om dessa två platser.

53,9.² Enligt Erstabackens verksamhetsberättelse för år 2007 uppgick antalet boende under året till 27 personer med tillsammans 29 vårdtillfällen. 23 procent av de boende var kvinnor. Medelåldern för kvinnor var 50 år och för män 58 år. Medelvårdtiden har, räknat på 29 vårdtillfällen under året, varit 145 dagar. I september 2007 fanns en stor variation på vårdtider för de åtta då aktuella boende, från 812 dagar till 7 dagar. Under 2007 avled fyra personer på Erstabacken, och två avled kort efter att de hade lämnat boendet. Beläggningen har under året varit 97 procent.³

De boendes somatiska och psykiska sjukdomar

Tabell 1 ger en enkel översikt över somatiska diagnoser för personer som placerats på Erstabacken under 2007. Det bör noteras att samma person kan ha fler än en diagnos.⁴

Tabell 1. Somatiska diagnoser 2007

Diagnos	Andel boende med denna diagnos
hepatit C	67%
sår/amputationer/frakturer	37%
hjärtåkommor	22%
hiv	15%
diabetes	15%
cancersjukdomar	15%
leversjukdomar	11%
hjärinfarkt/stroke	11%
lungsjukdomar	7%
aids	4%
annat	33%

Sammantaget har Erstabackens 27 boende tillsammans uppskattningsvis 64 medicinska diagnoser, varav hepatit C, sår amputationer och frakturer är de vanligaste. Tabell 2 ger en översikt över de boendes psykiatriska diagnoser.⁵

Tabell 2. Psykiatriska diagnoser 2007

Diagnos	Andel boende med denna diagnos
psykiska störningar	41%
schizofreni	7%
psykiska störningar + schizofreni	15%
psykiska störningar + tvångssyndrom	4%
psykiska störningar + depression	4%
psykiska störningar + psykossjukdom	4%
grava psykiska störningar/paranoid	4%
ADHD	7%

² Uppgifter 050404–070930 är sammanställda av Erstabackens socionom. Separata uppgifter om verksamhetsåret 2007 är hämtade från Erstabackens verksamhetsberättelse.

³ Uppgifter hämtat från verksamhetsberättelse år 2007.

⁴ Sammanställning av presentation av inläggande patienters diagnoser i verksamhetsberättelsen för år 2007, se den kompletta framställningen i Bilaga 1.

⁵ Sammanställning av presentation av inläggande patienters diagnoser i verksamhetsberättelsen för år 2007, se den kompletta framställningen i Bilaga 1..

Av 27 boende uppgavs 24 av dem, 89 procent ha psykiska störningar eller psykiska störningar i kombination med annan psykiatrisk diagnos. Värt att notera är att tre boende inte hade någon dokumenterad psykisk ohälsa.

Boendesituationen innan och efter placering vid Erstabacken

Det finns en uttalad ambition bland Erstabackens personal, att de personer som varit inskrivna på boendet skall få en förbättrad boendesituation vid utskrivningen från Erstabacken än de hade då de skrevs in. Tabell 3 visar hur boendesituationen har varit för samtliga som skrivits in vid Erstabacken sedan verksamheten startade 2005.⁶

Tabell 3. Boendesituation vid inskrivningen till Erstabacken

Boendeform	Antal personer
sjukhus mm ⁷	34
härberge/akutboende ⁸	14
gatan/uteliggare	11
behandlingshem	10
stödboende/lågtröskelboende	8
lägenhet	3
helinackordering för hemlösa	2
familjehem	2
hotellhem	1
omvårdnadsboende	1
sekretess	1
<hr/>	<hr/>
	Summa total 87

Den ovanstående tabellen visar att den största andelen av boende, 34 personer, har kommit till Erstabacken direkt från sjukhus. Hur deras boendesituation såg ut innan sjukhusvistelsen framkommer däremot inte. Den näst största andelen av de personer som skrivits in på Erstabacken, 25 personer, uppges däremot ha saknat eget boende och antingen varit uteliggare eller hänvisade till härbergen och akutboenden. Tabell 4 visar situationen för de personer som skrivits ut från Erstabacken sedan starten 2005.

⁶ Uppgifter från Ingrid Lund, socionom, Erstabacken 20080805.

⁷ Inkl. två personer från Maria beroendecentrum och Hållpunkt (obs att det stora flertalet har eller haft kontakter med samt remitteras via vårdsamordningsgruppen på Hållpunkt).

⁸ Inkl. Carisma, Hammarbybacken och Skarpnäcksgården (härberge för korttidsboende)

Tabell 4. Boendesituation vid utskrivning från Erstabacken

Boendeform	Antal personer
avliden	15
återvänt till tidigare boende	11
härbärke/akutboende ⁹	11
Erstabacken ¹⁰	10
avvikit/avhysts	10
äldreboende/omvårdnads/gruppboende ¹¹	6
lägenhet/försökslägenhet ¹²	4
LPT, fängelse, rättspsyk.	4
hotellhem	3
behandlingshem	3
helinackordering för hemlösa	2
sjukhus/hospice	2
stödboende/lågtröskelboende	2
omvårdnadsboende	1
familjehem	1
sambo	1
sekretess	1
Summa total	87

Erstabacken är ett medicinsk boende för bland andra svårt sjuka och döende personer i avsaknad av eget boende. Som tabellen visar, har 15 av de personer som skrivits in vid boendet avlidit. Elva personer har återvänt till det boende de hade innan de skrevs in på Erstabacken och tio har avvikit eller blivit avhysta från boendet. En ny boendesituation har tillkommit då sex personer har fått ett ordnat grupp- eller äldreboende. Det finns inte utrymme att här göra någon djupgående analys av den eventuella förändring som skett för den enskilda personen som skrivits in på Erstabacken, och det är inte möjligt att veta hur situationen ser ut för dem som blivit avhysta. Det vi kan konstatera är att av de elva personer som var uteliggare när de kom till Erstabacken har två avlidit, tre blivit avhysta och tre flyttade från Erstabacken till härbärke för korttidsboende. Ytterligare en person omhändertogs enligt lagen om psykiatriskt tvångsvård och två är fortfarande placerade på Erstabacken (se bilaga 2).

⁹ Inkl. Hammarbybacken, Skarpnäcksgården Grimman och Vilan

¹⁰ Inskrivna vid Erstabacken vid den aktuella tidpunkten

¹¹ Inkl. Gamlebo, servicehus och gruppboende

¹² Inkl. två personer i Erstabackens lägenhetsboende

Den föreliggande studien av Erstabacken

Enheten för forskning om det civila samhället vid Ersta Sköndal högskola i Stockholm, fick i uppdrag av Ersta diakoni att utvärdera den nystartade verksamheten Erstabacken. Det övergripande syftet med uppdraget har varit att undersöka och granska hur en aktör utanför det offentliga välfärdssystemet arbetar med att tillgodose behovet av kvalificerad medicinsk vård och av kvalificerat socialt arbete för människor med mångskiftande utsatthet i form av missbruk, psykiska funktionshinder, fysisk sjukdom samt avsaknad av stabilt boende, arbete och fungerande socialt nätverk.¹³

Den föreliggande studien

Studien av Erstabacken har ett organisationsinriktat perspektiv och beskriver den verksamhet som Erstabacken bedriver och hur den har utvecklats från våren 2006, cirka ett år efter att verksamheten startat, till våren 2008, då verksamheten hade varit i gång ytterligare två år. Studien utgår från fyra grundläggande frågeställningar. Tre av dessa berör projektspecifika inslag i konstruktionen av Erstabacken.

- Erstabacken är ett boende som skall erbjuda både kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. Hur detta erbjudande tagit form i det praktiska arbetet inom boendet, är den första fråga som studien avser att besvara.
- Erstabacken är ett boende som dessutom skall erbjuda både medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede. Hur denna kombination av insatser har fungerat inom ramen för ett och samma boende, är den andra frågan som studien avser att besvara.
- Erstabackens uppdrag är att vårda svårt sjuka personer som saknar eget boende och som därutöver har ett pågående missbruk och oftast lider av psykisk ohälsa. Vilka uppfattningar som finns om detta uppdrag och om hur det utförs är den tredje fråga som studien avser att besvara.
- Den fjärde fråga som studien avser att besvara är vilka utmaningar och utvecklingsbehov verksamheten uppfattats ha stått inför, men också i vilken mån dessa behov har tillgodosetts, eller kanske förändrats, under den tid studien pågått.

Genom att studien genomförs vid två tillfällen är det möjligt att spegla dels de komplikationer och svårigheter som konstruktionen av Erstabacken har inneburit, dels hur sättet att betrakta, hantera och/eller lösa dessa komplikationer har förändrats under de två år som gått mellan undersökningstillfällena. Eftersom studien även fokuserar det aktuella nuläget, kan den dessutom ge underlag för fortsatt utvecklingsarbete på Erstabacken.

¹³ Enheten för forskning om det civila samhället genomförde även, på uppdrag av Socialstyrelsen, en brukarstudie på Erstabacken under åren 2007-2008.

Metod och material

Studien utgår från en kvalitativ metod där intervjuer utgör det huvudsakliga materialet. På Erstabacken genomfördes under våren 2006 intervjuer med sammanlagt 12 personer: verksamhetschef, sjuksköterska, sjuksköterskor, varav två män och tre kvinnor, samt fem undersköterskor (två dessutom mentalskötare), varav två män och tre kvinnor. Intervjuer saknas med Erstabackens allmänläkare samt med en nattsköterska. Under våren 2008 genomfördes intervjuer med sammanlagt 11 personer: fem undersköterskor, varav en var ny sedan det tidigare tillfället, tre sjuksköterskor, varav en också var ny, verksamhetschef, sjuksköterska samt allmänläkare. Intervjuer saknas med de båda nattsköterskorna.

Under våren 2006 genomfördes även intervjuer med nio nyckelpersoner. Urvalet styrdes till viss del av ett intresse för hur initiativet till Erstabacken hade kommit till, och de diskussioner som då fördes men också hur de som var engagerade i detta skede såg på verksamheten ett år efter det att Erstabacken öppnats. Samtliga personer som intervjuades hade varit eller var fortfarande engagerade i Erstabackens utveckling som företrädare för kommun eller landsting eller som företrädare för Ersta diakoni/Ersta sjukhus. Under våren 2008 genomfördes intervjuer med tre av dessa nyckelpersoner som har en fortgående insyn i och samarbete med verksamheten på Erstabacken. Dessutom intervjuades två nyckelpersoner som inte deltog i den tidigare studien men som framstod som relevanta att inkludera i den andra studien.¹⁴

Det sammanlagda antalet intervjuer i den föreliggande studien är 37. Samtliga intervjuer har vid båda intervjutillfällena huvudsakligen utgått från de fyra frågeställningar som presenterades ovan. Därutöver har intervjuerna berört både mer övergripande frågor (som betydelsen av att Erstabacken är en verksamhet som drivs inom ramen för en frivilligorganisation) och mer praktiska frågor (exempelvis om specifika svårigheter i personalens arbete eller hur personalen lyckas upprätthålla en sund inställning till en ofta svår målgrupp).

Disposition

Den föreliggande rapporten består av fem delar. Den första ger en sammanfattande presentation av intervjuerna med personalen våren 2006. Presentationen sker i fyra kapitel som motsvarar de fyra frågeställningar, eller teman, som presenterades ovan. Den andra delen består av en motsvarande presentation av intervjuer med ett antal nyckelpersoner våren 2006. Den tredje och den fjärde delen presenterar de intervjuer som genomfördes med personal respektive nyckelpersoner våren 2008. Rapportens sista del ger en sammanfattning och reflexion runt verksamheten på Erstabacken mot bakgrund av studiens frågeställningar.

¹⁴ Dessa personer var dels diakonen på Ersta sjukhus, som ännu inte hade inlett något samarbete med Erstabacken vid tiden för den inledande studien, dels enhetschefen för St Görans uppsökarteam för hemlösa. Ett viktigt skäl till att inkludera den senare var att tillgången till – eller avsaknaden av – psykiatrisk kompetens och kompetens i beroendeproblematik – visade sig vara en återkommande fråga i den tidigare studien. Eftersom enhetschefen både hade funnits med i vårdplaneringsgruppen sedan Erstabacken startade och var chef för den enhet varifrån en psykiatriker numera utförde vissa konsultuppdrag på Erstabacken, kunde hon tillföra ett viktigt perspektiv på denna fråga. Intressant nog har tre av de personer, som intervjuades våren 2006 och som på olika sätt var engagerade i verksamheten på Erstabacken, lämnat sina tjänster under 2007: sjukhusdirektör, chefsöverläkare samt verksamhetschef på Ersta hospice.

I. PERSONALEN PÅ ERSTABACKEN 2006

I denna första del av rapporten om Erstabacken sammanfattas de erfarenheter av och synpunkter på Erstabackens verksamhet som framkom i intervjuer med i stort sett all personal på boendet våren 2006. Intervjuer har genomförts med verksamhetschef, socionom, fem sjuksköterskor, varav två män¹⁵ och tre kvinnor, samt fem undersköterskor (tre dessutom mentalskötare), varav två män och tre kvinnor, sammantaget 12 personer.¹⁶ Denna del består av fyra kapitel. De tre första presenterar tre återkommande teman som anknyter till Erstabackens konstruktion; för det första kombinationen av kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser, för det andra kombinationen av medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede och för det tredje det faktum att Erstabacken har till uppdrag att vårda svårt sjuka hemlösa med pågående missbruk. Ett fjärde och avslutande kapitel presenterar hur personalen beskriver nuläget – inklusive svårigheter och utmaningar – på våren 2006, ett år efter det att verksamheten startade. Men först sammanfattas hur personalen uppfattar betydelsen av att arbeta i en verksamhet som drivs av den ideella organisationen Ersta diakoni.

Att arbeta inom Ersta diakoni

Erstabacken var vid tiden för den inledande studien fortfarande relativt nystartad, och all personal hade rekryterats under det år som verksamheten pågick. Det var alltså intressant att fråga personalen varför de valt att söka tjänst på Erstabacken och vilken betydelse de tillmätte det faktum att verksamheten drevs inom en frivilligorganisation (om än på uppdrag av kommun och landsting).

Skäl till att söka tjänst på Erstabacken

Det var framför allt tre faktorer som hade betydelse när personalen sökte sig till Erstabacken. Som den viktigaste angavs den *målgrupp* verksamheten riktade sig till. Att arbeta med hemlösa sades svara mot en personlig läggning. ”Det är min grej” som en person uttryckte det. ”Annonsen var riktad till mig” sade en annan. De fick möjlighet att bistå och solidarisera sig med hemlösa. ”Det är oacceptabelt att folk ligger på gatan, med tiggeriet” sade en person. ”Varför kan man inte ta hand om dem? Här kan man göra något åt det.”

För dem, som hade rent arbetsrelaterade skäl att söka sig till Erstabacken (omplacering, önskan att jobba heltid dagtid), uppfattades arbetets inriktning på den aktuella gruppen som positivt. ”Är det nån som behöver mig så är det dom” sade en sjuksköterska. I verksamhetens inledningsskede uppges emellertid omsättningen på personal ha varit ganska stor. Enligt en uppfattning berodde detta på att en del av den personal, som rekryterades då, förväntade sig ett mer utvecklande arbete än det kanske visade sig vara. En person i personalstyrkan menar att man som sjuksköterska inte lärde sig så mycket nytt på Erstabacken och att risken var att man tvärt om stannade upp lite i den yrkesmässiga utvecklingen, när arbetsuppgifterna främst var att dela ut tabletter och lägga om sår och när ”patienterna” ofta var långliggare som dessutom inte var motiverade att ta emot vård.

¹⁵ En av de manliga sjuksköterskorna arbetade som vikarie sedan verksamheten startade.

¹⁶ Intervjuer saknas med en nattsjuksköterska samt med allmänläkare

En andra faktor som lockade personalen till Erstabacken var att det skulle byggas upp en *ny typ av boende* som varken är gruppboende eller sjukhus. En tredje faktor var den grundläggande *ideologi* som Ersta diakoni i stort och/eller verksamheten i sig bygger på. Vi ska stanna lite inför det senare.

Med en frivilligorganisation som huvudman

Inom personalen fanns uppfattningen att det var betydelsefullt att Ersta diakoni drivs av en frivillig, icke-vinstdrivande, organisation. Ersta diakoni har en tradition att arbeta med människor i utsatta livssituationer. Själva definitionen som en kristen, humanistisk, ideell organisation ger trovärdighet – men den uppfattas även påverka människosynen inom verksamheten. En personal jämför med den kultur som råder inom exempelvis psykiatri där respekten för människor inte uppfattas finnas på samma sätt. Där sägs den rådande kulturen i stället präglas av att personalen ska vara tuff, vakta på och uppfostra patienterna. Inom den frivilliga organisationen finns en anda som påverkar, som ger ett bra bemötande, ett trevligt och vänligt sätt. På grund av en uttalat kristen grundidé, som betonar kropp, själ och ande, händer det något med dem som arbetar inom Ersta diakoni. ”Om man inte delar idén så slutar man eller så börjar man leva upp till den” som en person uttrycker det. Personalen arbetar inte enbart för sin lön utan vill dessutom vara med och förverkliga en vision. Flera personer betonade emellertid att Ersta diakoni inte har monopol på medmänsklighet utan att detta, som man i dag säger sig finna av på Ersta, skulle man även kunna finna inom kommun och landsting. Men möjligheten att ”göra affär på de boende” är mindre inom en frivilligorganisation. En frivilligorganisation ansågs dessutom ha större möjligheter att skaffa resurser och inte ha så snäva ramar som exempelvis en kommun.

En tanke som förs fram är att det ideella engagemanget kan bidra till att inte enbart budget utan även värderingar avgör om en verksamhet får fortsätta eller inte. ”Här har man råd att leva efter sina värderingar” som en person uttrycker det. Att Ersta diakoni inte har ett vinstdrivande syfte uppfattas direkt påverka bemanningen på Erstabacken. En åsikt är att ett vinstdrivande företag aldrig skulle ha avsatt medel för en personalgrupp med permanent tillgång till sjuksköterskor och läkare för den målgrupp som är Erstabackens. Det fanns dessutom en geografisk närhet som påverkade verksamheten positivt och gör det ”lättjobbat” – en närhet till kyrkan, museet, lunchmusik och sjukhuset.

Men även den åsikten framfördes att det inte är någon skillnad mellan den frivilliga organisationen och kommun/landsting. Här finns samma resurser, samma erbjudanden som vid Ersta diakoni – och samma svårigheter att få den aktuella målgruppen att (kunna) ta emot den hjälp som bjuds.

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser

Erstabacken ska erbjuda sina boende såväl kvalificerade medicinska som sociala insatser. Den första intervjuomgången (våren 2006) visade på oklarheter och skilda uppfattningar om hur de medicinska respektive de sociala insatserna fördelades på de olika yrkeskategorier som finns företrädda på Erstabacken (undersköterskor och mentalskötare, sjuksköterskor, socionomer samt allmänläkare).

Undersköterskor och mentalskötare

Intervjuer med undersköterskor och mentalskötare visade att deras arbetsuppgifter kunde inordnas i tre dimensioner – en medicinsk, en socialt omvårdande och en existentiell.

I den *socialt omvårdande dimensionen* ingick praktiska uppgifter som att ansvara för och vara de boende till hjälp med dagliga rutiner som personlig hygien, kläder och städning av rummen men också att ansvara för beställning av livsmedel och för måltider. Därtill ingick uppgifter som uppfattades bidra till att förhöja de boendes livskvalitet, framför allt genom aktiviteter som utflykter och att gå och dricka kaffe men även kontakter med anhöriga samt pedagogiska, gemensamma, måltider med de boende. Hit kunde även räknas uppgiften att fungera som kontaktperson, även om det vid tiden för studien ännu var oklart vad som skulle ingå i denna funktion. Dessa uppgifter ålåg samtliga.

I den *medicinska dimensionen* ingick sårvård, provtagning och vissa injektioner. Detta var uppgifter som undersköterskor kunde välja respektive välja bort.

I den *existentiella dimensionen* ingick uppgifter som att tala med och lyssna på de boende, att föra en djupare dialog med dem, en uppgift som framför allt mentalskötare uppfattade fick stå tillbaka till förmån för de praktiska arbetsuppgifterna.

Kommentarer till fördelningen av arbetsuppgifter var att det fanns vissa oklarheter mellan undersköterskor och mentalskötare, eftersom de förra uppfattades vara mer somatiskt inriktade och de senare mer utbildade för att möta sociala existentiella behov. Vissa oklarheter fanns även i relationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Sjuksköterskorna på Erstabacken uppfattades utföra mycket av det arbete som traditionellt sades tillfalla undersköterskor – det som räknades till den medicinska dimensionen ovan. En reflexion över detta var att kravet på undersköterskekompetens kunde uppfattas som obefogat, om deras huvudsakliga uppgift skulle vara att utföra praktiska arbetsuppgifter.

Svårigheter

En av de svårigheter, som undersköterskor/mentalskötare sade sig möta i arbetet, rörde främst den sociala omvårdnaden. Det var svårt, menade flera, att kunna ge de boende den vård och omsorg de behövde – att motivera dem till att tvätta sig, att byta kläder och så vidare. ”Piskan på ryggen för att få dom att duscha ... du får glass om du duschar” som en person i personalgruppen uttrycker det. Det kunde vara svårt att som personal inte ta över utan att i stället hjälpa och motivera de boende att sköta sig själva så mycket som möjligt.

Rökning uppfattades som ett stort problem. Även om rökning på rummen var förbjuden och de boende skrivit på och godkänt de regler som gällde för boendet, förekom detta ofta. Precis som med

den personliga hygienen uppfattade personalen detta som en källa till frustration – att tjata på och prata med vuxna som med barn. ”Man blir lite less” som en undersköterska uttryckte det.

Personal lyfte även fram ett par praktiska svårigheter. Dels var tillgången till datorer och arbetsbord begränsad: Dels uppfattades vissa arbetspass från fredag till måndag som mycket intensiva. I övrigt ansågs arbetstempot växla mellan lugnt (vissa dagar och framför allt kvällar och helger väl lugnt) och mer stressiga akuta situationer. Ledningen uppfattades som bra, även om det var först vid tiden för studien som flera menade att Erstabacken började ta form såsom en ”riktig verksamhet” som personalen kunde säga var bra och som andra utifrån började visa ett intresse för.

Behov av utveckling

Vilka behov att utveckla verksamheten såg undersköterskor och mentalskötare vid tiden för utvärderingen?

Det fanns för det första behov av att utveckla kommunikationen och dialogen mellan undersköterskor och sjuksköterskor. En synpunkt var att avsaknaden av rutiner för avrapportering uteslöt undersköterskorna, att sköterskorna pratar mycket medicin en annan.

För det andra fanns en önskan om mer av dialog med de boende och mer av aktiviteter som att måla, promenera, fika och så vidare, men också av aktiviteter anpassade till de boendes specifika problematik som hemlösa. De boende skulle enligt en person i personalgruppen behöva hjälp att bryta sin isolering, träning i att exempelvis sitta och äta tillsammans med andra, för att vistelsen på Erstabacken på sikt skulle hjälpa dem att komma in i samhället.

En viktig förutsättning för att få en utveckling till stånd var att alla inom personalgruppen hade samma tankar om just utveckling. Att personalen hade olika erfarenheter och kom från områden med olika betoning på somatiska eller sociala behov skulle annars kunna utgöra ett hinder, menade en i personalen.

Kombinationen av kvalificerad medicinsk och social omvårdnad

Vissa undersköterskor menade att kombinationen av kvalificerad medicinsk och social omvårdnad var unik för Erstabacken, medan andra ansåg eller hade erfarenhet av att ”man får ihop båda dessa bitar” även på andra boenden. Även om (den dominerande) uppfattningen inom personalgruppen var att den medicinska och sociala omvårdnaden på Erstabacken gick ”hand i hand” förekom även uppfattningen att tyngdpunkten låg på den medicinska omvårdnaden av de boende liksom att tyngdpunkten var mer social än medicinsk.

På frågan om vem som utförde den medicinska omvårdnaden, blev svaret dels att denna endast utfördes av allmänläkaren eller av allmänläkare och sjuksköterskor, dels att den utfördes av alla utom de två socionomerna. På frågan om vem som utförde den sociala omvårdnaden varierade uppfattningarna mellan att den utfördes av undersköterskorna, att den även utfördes av läkare och sjuksköterskor, att den utfördes av ”alla” och att den endast utfördes av de två socionomerna. Vid tiden för utvärderingen fanns emellertid en osäkerhet runt socionomens roll i arbetslaget, även om den övriga personalen antog att hon skötte kontakter med socialtjänst och andra myndigheter. En person betonade att socionomens kontakter med de boende var annorlunda till följd av att hon hade en särskilt social kompetens i bemötandet.

Det framkom tankar om att den sociala verksamheten skulle kunna utvecklas dels inom den socialt omvårdande dimensionen, där fler gemensamma aktiviteter med de boende efterfrågades som utflykter och hemlagade middagar, dels inom den existentiella dimensionen där en tydligare inriktning på dialog med de boende sågs som önskvärd, kanske en ”mer själslig stund” ett par timmar per dag eller en kontakt med diakon för den som vill ”tala om Gud”. En person förhöll sig skeptisk till Erstaback-

ens ambition att knyta volontärer till verksamheten för att göra saker som personalen både kan och har tid att göra själva.

Fanns det några tankar om hur kombinationen av kvalificerad medicinsk och social omvårdnad borde eller skulle komma att utvecklas över tid? En person önskade att det medicinska och det sociala skulle utgöra en tydligare helhet. Detta skulle kunna uppnås om personalen hade en gemensam genomgång inför arbetsdagen och en bättre struktur på rapporterna. Ytterligare ett par personer menade att Erstabacken tycktes få ta emot allt sjukare boende, vilket skulle kunna medföra att tyngdpunkten allt tydligare försköts mot den medicinska omvårdnaden.

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna beskrev sina arbetsuppgifter som traditionella sköterskesysslor. Dessa omfattade dels en medicinsk dimension där det ingick att dela ut medicin, lägga om sår och ta prover, dels en administrativ dimension. Till den senare kan räknas arbetsledaransvar för undersköterskor/mentalskötare (framför allt helger och kvällar) samt externa kontakter och samarbete med myndigheter, andra medicinska/vårdande enheter och att ordna transporter. Arbetsuppgifterna omfattade dessutom en socialt omvårdande dimension, inom vilken ingick samtal med boende, deltagande i det sociala umgänget med de boende samt kontaktmannaskap.

Svårigheter

Erstabackens målgrupp ställde emellertid sjuksköterskorna inför speciella svårigheter. De boende uppfattades till stor del sakna sjukdomsinsikt, vilket i sin tur sades leda till att de inte passade tider och att det var svårt att få dem att ta sin medicin men även att dosering av medicin kunde vara svårare när patienten ”sysslat med droger hela sitt liv”.

Två omständigheter uppfattades skapa frustration i arbetet. Den ena var att ständigt behöva ”tjata” på de boende. Den andra omständigheten var att de boendes bristande förmåga att själv ta ansvar för sin vård innebar att vården inte blev fullgod (detta tas upp även i ett senare avsnitt) och att effekterna av den medicinska rehabiliteringen, exempelvis inställning av insulin, omintetgjordes när den boende skrevs ut och återgick till sitt (mer) aktiva missbruk. De boende uppfattades dessutom som dåligt socialt tränade, taffliga och i avsaknad av ett socialt språk. Detta uppfattades i sin tur ställa särskilda krav på personalen att få samspelet att fungera mellan de boende. Särskilt arbetsamt kunde det bli om flera av de boende kom hem på natten, påverkade. Men det fanns även sköterskor som inte såg några särskilda svårigheter med arbetet på Erstabacken, annat än sådant som kunde förklaras av att verksamheten vid tiden för studien var förhållandevis ny. Det ansågs finnas en god beredskap hos personalen att bemöta och hantera boende, även om de var påverkade och aggressiva.

Behov av att utveckla verksamheten

Vid tiden för utvärderingen befann sig verksamheten fortfarande i ett initialt skede, och olika behov att utveckla Erstabacken kom efterhand att framstå allt klarare. För det första fanns en uttalad önskan att utöka lokalerna och av att anpassa dem till den (vårdande) verksamhet. Behovet av ett eget medicinrum påtalades (vid tiden för studien fanns tre olika medicinförråd) liksom av en sköterskeexpedition och ett behandlingsrum.

För det andra fanns behov av utvecklade rutiner, bland annat för hur de boendes hygien skulle skötas. En person i personalgruppen menade att det fanns olika sätt att se på detta – antingen att det var personalens ansvar att med milt tvång ”jaga dem till duschen” eller att det viktigaste var att respektera och skydda de boendes integritet och val att sköta – eller missköta – sin hygien.

För det tredje fanns en önskan att inventera behovet av utrustning. Det framfördes dessutom att relationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor och deras respektive ansvarsområden inte var

till fulla klargjord. Det råde vidare oklarheter runt delegering till undersköterskor av exempelvis provtagning och sårvård. Undersköterskorna ville olika, som en sjuksköterska uttryckte det, och en del av dem föredrog att endast ”ha den sociala biten”. I övrigt var det helt klart att den medicinska omvårdnaden sköttes av sjuksköterskor och av läkare. Men en synpunkt var att det var en liten arbetsgrupp som många deltog i – vilket kunde leda till att exempelvis sjuksköterskor fick direktiv om uppgifter som de vanligtvis sköter helt självständigt.

Det fanns ett visst missnöje med att Erstabackens allmänläkare inledningsvis tillbringade för lite tid i verksamheten. När förväntningarna på att läkaren skulle finnas till hand i den nystartade verksamheten inte infriades, sades detta leda till många små problem. Det framkom dessutom synpunkter på att den specifika kompetens, som Erstabackens målgrupp fodrade, inte kunde tillgodoses i tillräckligt hög grad. Detta avsåg läkarkompetens i missbruksproblematik och psykiatri, men även i smärtlindring. ”Deras missbruk och det psykiatriska är 90 procent” som en sjuksköterska uttryckte det. ”10 procent kan man göra med västerhanden, plåstra om sår ... Ungefär så uppfattar vi allihopa ... Såren och det där lilla somatiska ...” Den medicinska vården uppfattades som bra men med vissa begränsningar. En sådan begränsning sades vara att de boende inte kan erbjudas dropp, exempelvis antibiotika intravenöst.

Det sociala arbetet på Erstabacken

Det sociala inslaget i verksamheten sades främst vara att få de boende att trivas, bland annat genom att erbjuda aktiviteter som utflykter och fisketurer och att skapa hemkänsla genom bullbak eller matlagning. Viktigt var även att erbjuda socialt stöd i form av samtal, vilket de boende uppfattades få rikligt av. ”Samtal pågår hela dagarna” sa en person, och en annan menade att med så få boende och så mycket personal fanns det möjligheter att lyssna på och bekräfta samtliga boende. Det uppfattades som unikt att ha tid till detta, även om ”vissa vikarier tycker att inget görs här ... att man bara sitter”.

Den sociala delen av arbetet på Erstabacken uppfattades av vissa utföras av hela personalgruppen, av andra framför allt av socionomerna men även av undersköterskorna som uppfattades ha ”en fot i varje – lika mycket i medicinsk som social omvårdnad”. Det framkom även en önskan att som sjuksköterska vara mer involverad i den sociala omsorgen, att få utnyttja mer av sin sociala kapacitet och göra mer än ”att dela tabletter”. Det var intressant att notera att uppfattningarna hos såväl undersköterskor som sjuksköterskor gick isär avseende vilken chef som passade verksamheten bäst (oavsett att man generellt var positivt inställd till den befintliga chefen). En del såg det som en fördel för verksamheten att chefen var en socionom, medan andra menade att en chef med medicinsk bakgrund hade varit ett bättre val.

För sjuksköterskorna framstod det som ganska klart vad de själva och vad undersköterskor hade för uppgifter men oklart för flera vad socionomens kvalificerade sociala uppgift var. En sjuksköterska menade att det skulle vara svårt att se någon skillnad om socionomen inte fanns. En annan var emellertid klar över att socionomen skötte kontakten med kommunala boenden, socialsekreterare och mobila teamet samt ordnade färdtjänst och skötte dokumentation. Det framstod dessutom som oklart vad det kvalificerade sociala arbetet skulle bestå av. Om det är ”att sitta och prata, så finns det” menade en person i gruppen.

Det fanns olika tankar om hur det sociala arbetet skulle kunna utvecklas. En svårighet sades emellertid vara att få de boende att ta del av aktiviteter, att bli mer delaktiga och att göra något annat tillsammans än att dela sitt gemensamma intresse ”av droger och alkohol”. Ett önskemål var att Erstabacken skulle ha tillgång till träningslägenheter dit boende kunde flytta efter tiden på Erstabacken och där den boende inledningsvis kunde få stöd och hjälp av personalen.

Socionomen

Eftersom Erstabacken är ett HVB-hem som lyder under Socialtjänstlagen var den sociala dimensionen i verksamheten en självklarhet. Detta innebar bland annat att det skulle finnas en utredning (som beaktar exempelvis kost, ekonomi och boendes och handläggares önskemål inför placeringen) som låg till grund för det uppdrag Erstabacken fick och den plan som skulle utarbetas för varje boende. När verksamheten startade, var den emellertid en ramkonstruktion utan egentligt innehåll och utan att någonting sagts om vad den sociala uppgiften inom boendet skulle innebära. Vid tiden för studien fanns inga tydliga särskiljande uppgifter för socionomen utöver hennes kontakter med socialtjänsten och att biträda föreståndaren, utan hennes arbete bestod till stor del av den praktiska uppbyggnaden av det kvalificerade sociala arbetet och av att skapa ett system för dokumentation.

Att beskriva det sociala arbetet som att de boende skulle erbjudas ett *kvalificerat* socialt arbete menade hon kunde signalera ett åtgärdsinriktat arbete som egentligen inte motsvarade det som var möjligt att genomföra. Alla i personalgruppen uppfattas utföra socialt arbete, men en utmaning var att hitta en gemensam förståelse för vad den sociala dimensionen i verksamheten skulle vara – att det var något utöver att anordna utflykter och regelbundna samtal och kanske mer att hitta platser för förtroendefulla och ärliga möten, på de boendes villkor. Det kunde emellertid vara svårt att förklara hur ett samtal som socionomen mot bakgrund av sin kompetens och erfarenhet förde kunde särskiljas från de samtal exempelvis undersköterskor hade med de boende.

En tanke som fanns vid tiden för studien, var att man kunde få en bättre helhet, där både den medicinska och den sociala dimensionen bereddes plats, genom att utveckla team runt enskilda boende. Inom teamen skulle både ronder och planering beaktas utifrån båda dimensionerna. Social planering skulle exempelvis kunna omfatta socialt motivationsarbete runt hygien eller önskvärda kontakter med anhöriga. En särskild svårighet med det sociala uppdraget var att utforma detta med hänsyn till hur länge en person skulle vara placerad på Erstabacken. För vissa långtidsboende kunde det dessutom vara oklart om boendet var att betrakta som temporärt eller som en hospiceplacering.

Verksamhetens tyngdpunkt uppfattades ligga på den medicinska dimensionen. Balansen mellan det medicinska och det sociala arbetet skulle kunna förbättras, om det fanns jämförbara strukturer men även parallella och likvärdiga ronder inom båda områdena. Vid tiden för studien hade diskussionen om personalkategoriernas olika roller och arbetet med att skapa regler och strukturer precis inletts. I detta pågående arbete ingick även att utforma dokumentation av och målskrivningar för verksamheten.

Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede

På Erstabacken tar man emot boende vars behov av medicinska insatser varierar från kortare eller längre medicinsk rehabilitering till vård i livets slutskede. Hur gick personalens tankar våren 2006 om dessa båda kategorier av boende och om att kombinera platser av detta slag?

Kombinationen korttidsrehabilitering och hospicevård

Erstabacken är ett boende för både förhållandevis friska personer, som ges medicinsk rehabilitering, och allvarligt sjuka och även döende personer som får vård i livets slut. En svårighet med att kombinera olika grupper av boende sades vara att de friskare kunde fungera som ”kurirer” för andra boende och köpa och smuggla in såväl sprit som narkotika (detta behandlas i ett senare avsnitt). En annan svårighet sades vara att det kunde generera ångest hos långvarigt sjuka att möta personer som gått längre i sin sjukdom och var döende. En person i personalgruppen sade att även om det vore önskvärt att hospicerummen låg mer avskilt så var detta – mötet med döden – ändå verkligheten. En annan person uttryckte samma sak så här;

Livets realitet ... men kanske inte så lyckat för dem som inte gått så långt i sin sjukdom att se andra brytas ner, gå bort. De har varit med om mycket sånt i sina tidigare liv, i träsket ...

En annan aspekt på kombinationen korttidsrehabilitering och hospicevård var att en blandning var bättre både för de boende och för personalen. En uppfattning var att fler av de boende än man hade tänkt, hade varit svårt och långvarigt sjuka. I en sådan arbetssituation kunde det vara positivt att vissa boende kom för en liten justering – att personalen kunde göra en viss förbättring i livssituationen för någon som sedan kunde skrivas ut. Även om det kunde finnas svårigheter att blanda olika kategorier av boende, uppfattades det vara Erstabackens speciella uppdrag att klara av detta. De boende var hemlösa utan andra möjligheter att få den vård de behövde. En person sade att det ännu saknades mycket för att klara uppgiften på ett fullgott sätt men att verksamheten hela tiden utvecklades i takt med att personalen utökade sitt kunnande och ”lärde nytt”. Någon framförde tanken att en eventuellt utökad verksamhet skulle kunna hantera dessa svårigheter på ett annat sätt.

Medicinsk korttidsrehabilitering

En del av de boende kom till Erstabacken under en kortare tid för en medicinsk rehabilitering. Sådan rehabilitering kunde avse förhållandevis lätta insatser som att ställa in insulin och bromsmediciner, att få en skada omskött eller att få postoperativ vård. Även om flera som var föremål för sådana insatser hade annat boende, sades det saknas kompetens eller tillräckligt med läkartid på dessa boenden för att ge dessa insatser. Några av de boende hade dessutom varit uteliggare och kunde på så vis inte nås av några som helst insatser.

En sjuksköterska menade att ett boende på Erstabacken snarast var att förstå som en medicinsk rehabilitering än en insats för att hjälpa enskilda till ett minskat missbruk och ett mer välordnat socialt liv. Det ansågs att få boende skulle vara möjliga att rehabilitera i en social mening, även om vissa minskat

eller slutat med sitt missbruk då de bott på Erstabacken. Även effekterna av den medicinska rehabiliteringen sades variera. Även om de erforderliga resurserna fanns på Erstabacken, var svårigheten att få de boende att följa personalens riktlinjer. En del boende fortsatte att sköta sin medicinering efter utskrivning, medan andra saknade sjukdomsinsikt och tappade rutinerna.

Hos flera i personalgruppen fanns en ganska mörk syn på den rehabilitering som vissa korttidsboende erbjöds. Den enda möjliga rehabiliteringen ansågs av någon vara den medicinska. Det var inget realistiskt mål att få dem att sluta missbruka, och Erstabacken erbjöd inte heller någon sådan behandling eller terapi. Men även om den medicinska rehabiliteringen bidrog till att vissa boende blev bättre genom att de fick äta upp sig och fick rätt medicin, så menade någon annan att deras väg trots allt bar nedåt, att deras grundsjukdom fortfarande fanns kvar och förvärrades. En fråga kvarstod om vissa boende: Vart tog de vägen när de skrevs ut från Erstabacken, efter att de ätit upp sig och fått rätt medicin?

Hospicevården

Enligt avtal ska Erstabacken ha två hospiceplatser till förfogande. Vid tiden för studien var erfarenheterna av att ha vårdat boende till livets slut begränsade till en boende, men två boende skulle komma i behov av palliativ vård. Detta skulle kräva mer arbetsinsatser av personalen i form av provtagning och helskötning (som kan inkludera matning, tvättning och munvård). En viss osäkerhet kom till uttryck inför hur vana undersköterskorna på Erstabacken var att klara av denna omvårdnad av döende och hur olika medicinska rutiner som att mäta urin skulle komma att fungera. En undersköterska menade att även om personalen hade kunskaper om hur man bemöter döende personer, fanns det behov att få bättre beredskap och bli mer rutinerade för att bland annat kunna hantera den sorg och den ångest som vård i livets slutskede kunde väcka hos personalen själv.

Det fanns en farhåga att verksamheten skulle utvecklas till en slutstation, eftersom de flesta boende egentligen befann sig på, som någon uttryckte det, ”sluttampen”. En sådan utveckling uppfattades som olycklig, eftersom den medicinska vården skulle ta över på bekostnad av den ”sociala, själsliga”. En sådan förändring skulle dessutom kräva förändringar i personalgruppen – och fler i arbetsstyrkan, inte minst för att även kunna ta hand om (eventuella) anhöriga. Den medicinska kompetensen att lindra smärta och ångest skulle behöva utvecklas, och dessutom skulle det kanske behövas större rum med plats för lift. Men så länge Erstabacken tog emot för rehabilitering skulle även det sociala inslaget i verksamheten finnas kvar, menade en person.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk

Erstabacken är ett boende för svårt sjuka personer i avsaknad av eget boende, men vid sidan av sin somatiska sjukdom har de dessutom en missbruksproblematik och lider inte sällan av psykisk sjukdom eller ohälsa.

Målgruppen

En intressant fråga att ställa till personalen, när verksamheten vid Erstabacken befann sig i ett initialt skede, var hur den målgrupp uppfattades som hade varit aktuell för boendet sedan starten. Det framkommer tydligt att de boende som personalen hade erfarenheter av kunde föras till två kategorier – yngre, mindre sjuka korttidsboende, ofta med ett mer aktivt missbruk, samt svårare sjuka i långtidsvård/hospicevård vars missbruk till följd av sjukdomen kunde vara i avtagande. Detta svarar väl mot syftet med verksamheten – att erbjuda dels hemsjukvård, dels vård i livets slutskede till personer som saknade eget boende.

Blandningen av dessa båda kategorier inom ramen för ett boende sades kunna utgöra en svårighet men ansågs ändå vara önskvärd – dels (som tidigare framkommit) för att det gjorde personalens arbetssituation mindre tung eller kanske mer varierad, dels för att alla som beviljades placering på Erstabacken uppfattades ha ett behov av detta.

En utveckling mot allt fler svårt sjuka?

Flera i personalgruppen hade emellertid uppfattningen att det efterhand hade kommit allt fler av de svårt sjuka till Erstabacken. Någon hade uppfattat detta som den huvudsakliga målgruppen, men andra menade att en sådan utveckling på sikt skulle vara negativ för verksamheten. Med åtta svårt sjuka långtidsboende skulle verksamheten stanna upp och allt färre beredas tillträde till Erstabacken.

En person i personalgruppen frågade sig vilka målen för verksamheten skulle vara – att boende blir kliniskt färdiga, flyttar vidare och lämnar plats för andra eller om de skulle komma till Ersta för att stanna. En sådan utveckling skulle dessutom kunna medföra att de mindre sjuka i behov av vissa undersökningar och ett bra boende inte bara skulle nekas detta inom den offentliga vården utan dessutom inom Ersta diakoni. Men även om personalen menade att alla som kommer till Erstabacken egentligen var ”rätt” personer – personer som inte på annat sätt får tillgång till den vård de behöver - fanns frågor runt vissa av de korttidsboende. Var personer ”som inte var så jättedåliga” utan som snarare hade kommit för mindre justeringar ”rätt” målgrupp för Erstabacken?

Ett dilemma med de korttidsboende påtalades. Flera av dem hade kommit till Erstabacken för att ställa in exempelvis insulin eller bromsmedicin. Men eftersom det ibland hade varit svårt att motivera de boende att ta medicin, kunde den förväntade förbättringen utebli. Å ena sidan blev de således inte bättre. Å andra sidan, skulle man skriva ut dem utan att någon förbättring skett – och till vad?

Naturligtvis var det svårt för personalen att uttrycka åsikter om att vissa personer, som Vårdplaneringsgruppen bedömde var i behov av boende på Erstabacken, inte skulle passa in i verksamheten. Allmänläkaren på Hållpunkt Maria hade dessutom beskrivit dem som var aktuella för placering på Erstabacken som ”Stockholms värsta, svåraste uteliggare”. En annan åsikt var att frågan inte gällde *vilka*

av de boende som kunde bedömas som rätt eller fel för verksamheten utan snarare att Erstabacken vid tiden för utvärderingen ännu saknade rutiner och roller för att ta emot sina boende.

En tanke om utvecklingen av verksamheten var att Erstabacken skulle kunna komma att bli allt mer av en bedömningsarena. Alla som placerades där skulle göra det av någon speciell anledning, men Erstabacken skulle genom ett utvecklat nätverk med andra enheter och myndigheter kunna hitta det mest lämpade alternativet för att lösa den enskilda personens situation.

Hemlösa?

På frågan hur personalen såg på de boende de dittills hade erfarenhet av som *hemlösa*, menade flertalet att de boende var ”hemlösa”. Även om de vanligtvis inte kom direkt från gatan utan hade permanenta boenden på någon annan institution, saknade de eget kontrakt. De kunde dessutom ha varit inhysta i tillfälliga boenden eller andra inrättningar som sjukhus.

En person i personalgruppen menade emellertid att ”riktiga hemlösa” var de som var uteliggare eller hänvisade till härbärgen och att de som placerats på Erstabacken sällan tillhörde den kategorin. (En av dem som placerats på Erstabacken hade vid tiden för utvärderingen varit uteliggare.)

Enligt Socialstyrelsens nationella inventering av de hemlösas situation i Sverige (2005) kunde deras situation delas in i fyra olika kategorier. I den svåraste och mest akuta situationen (situation 1) befann sig personer som var hänvisade till härbärgen och akutboenden eller som var uteliggare. Personer som skrivits ut från någon form av institution eller stödboende men saknade eget boende befann sig i situation 2, och personer som ofrivilligt varit hänvisade till boende hos släkt, vänner eller före detta partners befann sig i situation 3. Mot bakgrund av personalens uppfattningar, skulle således de personer som placerats på Erstabacken inte befinna sig i den mest akuta situationen vid tiden för inskrivning.

Att hantera de boendes missbruk

De personer som placerades på Erstabacken var inte bara hemlösa i någon mening och inte bara somatiskt sjuka utan flertalet hade dessutom ett pågående missbruk. Enligt Erstabackens regler var det förbjudet att röka och att införa eller använda droger och alkohol i boendet. Vid tiden för utvärderingen uppfattade personalgruppen att det ännu inte hade etablerats gemensamma rutiner för hur dessa regler skulle efterlevas eller för hur de boendes missbruk skulle bemötas. Någon menade att den grundläggande svårigheten var att få regler att över huvud taget fungera för gränslösa människor. Även om det fanns vissa instruktioner, efterföljdes de inte eller så uppfattades de på olika sätt av olika personer i personalen. Någon beskrev hanteringen som ”ganska slapp” och menade att det riskerade att bli värre och värre.

För att förhindra att de boende tog in sprit eller droger på boendet skulle samtliga boende visiteras varje gång de kom ”hem”. Vissa personer i personalgruppen sade sig inte bry sig om detta, eftersom visitation och eventuellt beslagtagande av exempelvis sprit kunde leda till bråk och konflikt vilket man som personal ville undvika att utsätta sig för.

Rökningen utgjorde ett problem – enligt viss personal det största problemet. Samtliga boende upp-gavs vid tiden för utvärderingen vara rökare, och trots förbud var rökning på rummet vanligt. Det fanns inget rökrum utan den enda tillåtna platsen för rökning var en liten balkong utanför köket. Om de boende rökte på rummet, beslagtogs personalen deras cigaretter, men det lättaste hade varit, menade personalen, om det hade funnits ett rökrum. ”Så de boende fortsätter röka och dricka”, berättade en person, vilket skapade en viss turbulens och en brandrisk.¹⁷

¹⁷ På Bergsjöhöjden, ett kommunalt boende för äldre hemlösa i Göteborg, är rökning på rummen tillåten. Det finns brandvarnare i samtliga rum – och även om larmet går ibland till följd av för mycket rökning, har man valt detta framför förbud eller andra lösningar.

En miljö fri från missbruk – eller ej?

Personalgruppen uppfattades stå i en valsituation: Antingen fick man bestämma sig för att ha en missbruksfri miljö, vilket skulle kräva strikta regler och att dessa regler efterlevdes, eller att skapa en värdig miljö för människor i ett fortgående missbruk.

Ett argument *för* en missbruksfri miljö var att missbruket fick negativa effekter för den medicinska behandlingen. En återkommande åsikt var att det vore önskvärt med mer insatser riktade mot missbruket, men att uppdraget på Erstabacken var medicinsk rehabilitering och behandling – inte missbruksvård. Men om personalen kunde medverka till att de boende minskade sitt missbruk, skulle den medicinska vården kunna förbättras. En (något ironisk) synpunkt var att Erstabacken var unikt i det att verksamheten i stort var så *lojal* med de boendes missbruk. Det var förbjudet att missbruka inne i boendet – men möjligt att stanna utanför dörren och exempelvis konsumera sin sprit innan man släpptes in. Samtidigt som missbruket förekom och påverkade allt som gjordes i verksamheten, uppfattades inte detta som något personalgruppen skulle arbeta med – eller mot. Vilket blev målet för verksamheten på lång sikt, om missbruket utgjorde ett hinder för att de boende skulle få den vård de kom till Erstabacken för att få?

Ett argument *mot* en missbruksfri miljö var att det fanns risk att de som mådde allra sämst i så fall skulle straffa ut sig från Erstabacken. De boende på Erstabacken uppfattades som den mest svårskötta patientkategorin. De var svårt sjuka, hade ”bränt allt” och ambitionen kunde inte vara att få dem drogfria. ”De boende kommer aldrig att ändra sig. Vi kommer aldrig att ändra deras beteende. De är drabbade av samhället, drabbade av sjukdomen.” Så sa en person i personalgruppen. En annan person uppfattade dessutom att boendet fungerade otroligt bra trots det fortgående missbruket och att exempelvis våld mellan boende förekom sällan. Ett sätt att lösa problemet, menade ytterligare en person, vore att tillåta vissa boende att dricka på ett kontrollerat sätt, att ha en förskrivning på alkohol så att vissa fick en ”dos” – men inte en liter ... Dessutom, menade samma person, skulle en bättre och adekvat förskrivning av ”psykmedicin” minska vissa boendes självmedicinering med alkohol. En annan svårighet var naturligtvis andra droger än alkohol som inte gav så uppenbara och synliga effekter, och därför berördes detta missbruk i lägre grad av personalen.

En farhåga som framfördes var att Erstabacken skulle fungera som ett idealt boende för vissa korttidsboende som utan krav på att sluta missbruka skulle kunna äta och sova gott, ta emot viss behandling och återhämta sig något för att sedan skrivas ut, missköta sig igen och så småningom bli aktuell för en ny placering/rehabilitering på Erstabacken. En intressant empirisk fråga är om det efterhand har visat sig att vissa personer har haft återkommande placeringar på Erstabacken.

I anslutning till det tidigare avsnittet om förhållandet mellan det kvalificerade medicinska och det sociala arbetet kan det vara intressant att notera den framförda uppfattningen att de olika sätten att hantera de boendes missbruk kunde vara ett uttryck för ett mer ”medicinskt” respektive ett mer ”socialt” sätt att se på boendesituationen. Enligt det första synsättet skulle Erstabacken betraktas som de boendes hem där de hade rätt till sin integritet, vilket innebar att man inte kunde ha några synpunkter på deras drogmissbruk. Företrädare för en sådan hållning sades inte inkludera missbruket i sina samtal med de boende, eftersom detta dessutom uppfattades som ”fåfängt att jobba med”. Enligt det senare, sociala synsättet, var Erstabacken inte bara ett eget boende utan dessutom ett tillfälligt kollektiv och en arbetsplats. Varje drogfri period var att betrakta som en vinst, men de boende var i behov av personalens stöd i detta. En rimlig ingång skulle dessutom vara att personer passerade en avgiftning innan de flyttade in på Erstabacken. På så vis skulle de kunna uttrycka vilka egna förväntningar på drogfrihet de hade inför placeringen. Betydelsen betonades av att föra allvarliga samtal med de boende och att tydligt tala om vilka effekter missbruket kunde få på deras sjukdom, samtal som

utan att moralisera gav de boende ett tydligt val men också ett erbjudande om stöd om valet blev minskat bruk eller drogfrihet. (Vid tiden för utvärderingen uppfattade en person i personalgruppen att ottydligheten om relationen mellan sjukdom och droger var påfallande.)

De boende och deras uppfattningar

En annan intressant fråga var vilka uppfattningar personalgruppen trodde att de boende hade om Erstabacken och om sin situation där. En gemensam uppfattning bland personalen var att de boende trivdes på Erstabacken och att de hade velat komma dit, även om de inte hade haft så stor vetskap om vad detta boende innebar. Personalstyrkan uppfattade att Erstabacken passade bra för målgruppen och att de boende var nöjda med placeringen. De hade fått den typ av hem de behövde med alla behov tillgodosedda, från medicin till att ha folk omkring sig att prata med. Någon menade att Erstabacken var som "Hilton Hotell" för vissa – att de blev bortskämda, fick allt de pekade på, och att de till följd av infektioner fick hjälp med saker de inte själva kunde sköta. "På ett annat ställe hade de fått sköta allt själva" som en person uttryckte det.

En person i personalgruppen uppgav att de boende sällan talade om framtiden, medan ett par andra menade att de boende ofta uttryckte missnöje med sina liv. Nu hade de tvingats stanna up, och till följd av sin sjukdom ställts inför ett faktum. "Varför hamnade jag här? Vad har jag gjort med mitt liv?" Missnöjet tolkades som ett uttryck för att många av dem aldrig tidigare stannat upp och att vissa hade svårt att komma till ro – de ville komma vidare, men utan att egentligen veta vart.

Uppfattade personalgruppen att tiden på Erstabacken innebar några särskilda svårigheter för de boende? Oklarhet om syftet med boendet sades utgöra en svårighet, dock inte med de korttidsboende, vilka uppfattades som "klarare i huvudet" och mer medvetna om varför och hur länge de skulle vara på Erstabacken. Men när det gällde personer, som kommit till Erstabacken för att (så småningom) vårdas i livets slutskede, betraktade en person sig själv och den övriga personalen som en "del i ett spel" – att man som personal inte skulle tala öppet om att fyra av de boende skulle dö på Erstabacken. Om en boende kommer till ett hospice, är detta uttalat, medan det är dolt på Erstabacken. Personalen sades till viss del sakna beredskap att hantera döende och ångest inför döden och skulle behöva hämta hjälp och kunskaper från Ersta hospice.

Enligt en person i personalgruppen saknades det tillräckligt med dialog med dessa boende. Det framstod som oklart för personalen hur de boende tänkte och förstod sin placering på Erstabacken – om orsakerna till denna och om syftet men också om hur länge de skulle bo kvar. Det rådde viss oklarhet om dem som var placerade på Erstabacken för att sluta sina dagar där. Detta var emellertid inte alltid uttalat utan det "märktes" framför allt på att ingen vidare planering gjordes för dessa boende. En annan boende, som sades vara angelägen om att få stanna kvar, skulle flytta ut tre veckor senare, vilket skapade oro.

Därutöver sades lokalerna utgöra en begränsning. Det fanns behov av mer utrymme att umgås i, för olika aktiviteter, kanske en matsal. En annan svårighet som påtalades var läget. Erstabacken ligger centralt, "spriterna finns för nära", vilket kunde försvåra för den boende som ville vara drogfri.

Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar

Vid tiden för den inledande studien hade verksamheten vid Erstabacken varit igång cirka ett år. Hur beskrev personalen det läge som verksamheten då befann sig i? Vilka var de stora svårigheterna att ta uti med, och vilka stora utmaningar stod verksamheten inför? Detta är temat för följande avsnitt.

Nuläget

Personalen var samstämmig i att det hade skett en positiv utveckling under verksamhetens första år och beskrev läget som att ”nu har vi landat, nu kan vi börja”, att vi ”har hittat båten men behöver ett större segel, har kommit på fötter” eller att en första etapp i verksamheten hade avslutats och att en andra just hade inletts. Erstabackens socionom beskrev att golvet och väggarna fanns – men att personalen vid tiden för studien var i färd med att fylla rummen med möbler, pröva var de passade och vad som behövde kompletteras.

Att skapa ett boende är alltid en levande process, och i verksamheten behövde man pröva sig fram och ompröva tydlighet, regler och struktur. Från en verksamhet som inledningsvis uppfattades som ”flummig” och något ”improviserad” med endast en boende, ”framför allt [för att] fylla upp plats”, hade följande förändringar skett under året:

- Beställningar av mat och medicin har blivit mer strukturerad.
- Vettiga regler och rutiner har införts i stället för den tidigare ”improvisationen”.
- Beläggningen har blivit större, liksom även omsättningen på boende.
- Personalstyrkan har blivit stabilare (efter den inledande omsättningen av personal), vilket ger bättre förutsättningar att diskutera och utveckla verksamheten, att få struktur, att planera, att arbeta med styrkort och målarbete men även att ”visionera” inför framtiden.

En person i personalgruppen påpekar att även om grunden vid tiden för studien hade satt sig, måste man arbeta för att vara en verksamhet i fortsatt förändring. Verksamheten får inte bygga för mycket på rutin utan olika inslag i verksamheten måste kunna prövas, omprövas och förändras, om de inte faller väl ut. ”Projektet Erstabacken är inte stort” sa en annan person, men det känns som ett sett i politiskt perspektiv omfattande projekt.

Utmaningar

Vilka utmaningar står verksamheten inför ett år efter start? Som svar på frågan betonade personalen vikten av att

- få Erstabacken att fungera på ett bra sätt för de boende
- öka de boendes sjukdomsinsikt och motivera dem till ökat ansvar exempelvis för medicinering, liksom till att hålla sina tider och att ta sina mediciner
- följa upp de boende efter att de skrivs ut
- slussa dem vidare till lämpligast tänkbara boende

- upprätthålla personalens motivation, fördjupa samarbetet inom personalgruppen. Att arbeta med Erstabackens målgrupp uppfattas kräva extra motivation av personalen
- få en fungerande dokumentation
- lösa frågan om medicinrummet/de tre medicinförråden
- utvecklas i takt med att verksamheten växer och kunskapen om de boende och deras behov ökar inom exempelvis omvårdnad, rutiner, mediciner
- tillgodose behovet av kompetens inom psykiatri och beroendevård
- hantera utmaningar i det praktiska vardagsarbetet, till exempel om man skulle få in fyra, fem gravt alkoholiserade boende. Även om personalen vet hur den medicinska behandlingen ska fungera, kan detta skapa en rad andra svårigheter
- efterleva gällande regler. Det finns regler om rökning, droger, sprit, våld och hot om våld – men det är oklart hur reglerna ska tillämpas visavi de boende. Av reglerna framgår klart att personer som bryter mot vissa förbud kan stängas ute från verksamheten temporärt eller permanent – men kan personer verkligen straffa ut sig? Kan svårt sjuka personer i behov av den medicinska vård Erstabacken erbjuder skrivas ut? I praktiken bryter boende mot olika förbud utan att det ”händer någonting”.
- fatta entydiga beslut om exempelvis rökning, rapportering, inköp och utflykter och att lika tydligt delegera av vissa uppgifter
- eventuellt utveckla två olika inriktningar i verksamheten: å ena sidan ett boende för lite äldre, som har svårt att komma tillbaka till en ”vettig” social situation, och å andra sidan ett boende för lite yngre personer som ännu inte är så sjuka för att återföra dem till ett normalt liv
- verksamheten görs tydlig med klara visioner och mål, med definitioner som alla är trygga i, och att utifrån en sådan tydlighet bedriva utåtriktad information om verksamheten
- få fortsätta och bedriva en verksamhet med den inriktning som Erstabacken har.

Största svårigheten

Vi har sett hur personalen vid tiden för studien beskrev nuläget, men också kommande utmaningar. Vilka var då de särskilda svårigheterna?

Svårigheter inom verksamheten

Först lyftes några svårigheter inom verksamheten fram. En konkret svårighet uppfattades Erstabackens lokaler utgöra – både som de fungerade vid tiden för studien men även vid ökad efterfrågan på platser och vid ökad verksamhet – en önskan från personalens sida om en (något) ökad verksamhet. Även om det skett en påtaglig och uppfattat positiv utveckling av verksamheten, sades en svårighet vara att det tar tid att bygga upp bästa tänkbara vård för de boende – utifrån deras förutsättningar.

En annan svårighet var enligt en person i personalgruppen att verksamheten inte kunde tillgodose de boendes rätt ”till en så human vård som möjligt under sina sista dagar”, detta i avsaknad av en beroendeläkare och dennes speciella kompetens inom inte minst smärtlindring för boende med en missbruksproblematik.

Ytterligare en svårighet sades vara att ingen kunde besvara frågan om var gränsen för de boendes integritet skulle gå. Vi har tidigare sett att detta skapade en otydlighet i synen på, men även i hanteringen av, de boendes pågående missbruk. En annan aspekt på detta, som en person tog upp, var hur personalen skulle se på en boendes rätt att bli lämnad ifred om han eller hon ”ville ligga och dö här”. Var Erstabacken ett eget boende i så måtto att en boende kunde fatta sådana beslut? En annan svårighet uppfattades dels gruppen av boende kunna utgöra – med ett missbruk och med långa erfa-

renheter av olika myndigheter, dels personalens olika erfarenheter av och värderingar visavi en sådan målgrupp. En särskilt utmaning uppfattades vara att förstå olika processer i de boende och att möta dem med ärlighet, respekt och klarhet – bortom det ”trixande” och de överlevnadsstrategier personer med beroende utvecklat. Att hålla sig själv sund i mötet med de boende skulle, som någon sa, kunna uppfattas som ”ett jobb i sig.”

Osäkerhet inför verksamhetens framtid

Utöver de svårigheter som påtalades inom verksamheten, rådde viss osäkerhet om Erstabackens framtid. När Erstabacken startade, var det osäkert om verksamheten skulle få fortgå eller inte. En person i personalgruppen uppfattade att detta inte så mycket berodde på hur verksamheten kunde motiveras utan snarare på ”tillfälligheternas spel”, eftersom politik och ekonomi uppfattades ha den avgörande betydelsen. En annan person uttryckte farhågan att politiker skulle kunna betrakta Erstabacken som ”lyxvård” som ansågs kosta för mycket. En annan svårighet, som verksamheten sades stå inför, var för små ekonomiska resurser. De medel som var avsatta för verksamheten våren 2007 uppfattades inte ha ”räckt till” och en farhåga var att de skulle räcka än mindre, om verksamheten utökades med ytterligare två platser.

II. ERSTABACKEN UR NÅGRA NYCKELPERSONERS PERSPEKTIV 2006

Det följande delen är en presentation av synpunkter ett urval av nyckelpersoner hade på Erstabacken vid tiden för utvärderingen. Intervjuer har för det första genomförts med personer som var drivande inom Höenggruppen som arbetade fram modellen för Erstabacken; Marie-Louise Fagerström, med ansvar för landstingets alla läns-gemensamma avtal för beroendevård och Kerstin Paul, överläkare i psykiatri, Behandlingsenheten Ytterö, Psykiatri Södra, som dessutom ingick i vårdplaneringsgruppen. I denna grupp som aktualiserade och diskuterade enskilda personer inför en eventuell placering på Erstabacken, intervjuades även Rolf Byström, allmänläkare på Hållpunkt Maria, primärvårdsmottagning för hemlösa och Annika Engström, sektionschef på Enheten för hemlösa. Dessutom intervjuades Erika Spångberg, infektionssköterska och samordnare för hiv-positiva hemlösa på infektionsmottagningen vid Huddinge sjukhus. Flertalet personer som placerats eller varit påtänkta för en placering på Erstabacken hade aktualiserats från Enheten för hemlösa och Hållpunkt Maria men i något fall även från infektionsmottagningen. Därutöver genomfördes intervjuer med företrädare för Ersta diakoni, Lisbet Nord, sjukhusdirektör, Henry Nyhlin, chefsöverläkare, Kajsa Idestrom, verksamhetschef på Ersta Hospice och medicinsk chef för allmänläkaren på Erstabacken samt Torbjörn Larsson, direktör. Det sammantagna antalet intervjuer var nio.

Denna andra del av rapporten om Erstabacken, består av sex kapitel. Det första kapitlet beskriver tankarna och diskussionerna bakom Erstabackens tillkomst, och de fyra följande tar upp samma teman som presenterades i rapportens första del; att vara ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser, att kombinera medicinsk korttidsrehabilitering med vård i livets slutskede, att vårda svårt sjuka med ett pågående missbruk samt Erstabackens i nuläget och verksamhetens framtida utmaningar. I det sjätte och avslutande kapitlet presenteras några uppfattningar om betydelsen av att verksamheten drivs av en frivilligorganisation, Ersta diakoni.

Bakgrund till verksamheten vid Erstabacken

I det följande ges en kort bakgrund till initiativet till och framväxten av Erstabacken.

Högengruppen

När Erstabacken invigdes, var detta ett resultat av ett förberedelsearbete där diskussioner runt ett planerat samarbetsprojekt mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting pågått under flera år. En grupp av företrädare för socialtjänsten/Enheten för hemlösa och för psykiatri med tidigare erfarenheter av att samarbeta med varandra, träffades för att diskutera och för att utverka ett politiskt sanktionerat uppdrag att utveckla och intensifiera samarbete mellan kommun och landsting. Det politiskt sanktionerade uppdraget att hitta en samverkan kom redan år 2002. Företrädarna fick då i uppdrag att hitta former för samverkan runt hemlösa i behov av ett bättre omhändertagande. Företrädarna bildade en grupp, i vilken de inkluderade företrädare för olika enheter och organisationer som arbetade praktiskt med hemlösa, Hållpunkt Maria, Frälsningsarmén, Enheten för hemlösa, Stockholms stadsmission med flera. Tanken var att var och en som deltog i gruppen, skulle – eller kunde – ta med komplicerade och svåra ”ärenden” till gruppen. Dessa ärenden lades i en hög, därav namnet Högengruppen, och så försökte man hitta gemensamma beröringspunkter och konkreta former för samverkan mellan psykiatri, beroendevård, somatisk vård samt socialtjänst runt dessa ärenden. Ur denna hög av ärenden utkristalliserades en grupp av hemlösa som ingen uppfattades ta ansvar för. Kerstin Paul, överläkare i psykiatri, som var en av dem som utverkat uppdraget, menar att det var ”dom hemlösa personer med komplex problematik, som var liksom allt för komplex för att man på nåt sätt skulle kunna lösa det”. Rolf Byström från Hållpunkt Maria såg en patientgrupp som helt hängde i luften – såväl mellan olika sjukvårdsdelar som mellan olika socialtjänstdistrikt. ”Det var dom som låg på den där metall eller betongplattan framför härbärgen härintill, eller som låg på p-platsen” säger Byström. ”Det var väldigt plågsamt att se dom där... för alla ville inte ha med dom att göra.”

En ny, men smalare, modell för samverkan

De övergripande diskussionerna ledde fram till att en modell konstruerades, där kommun och landsting dels skulle ha företrädare i en gemensam vårdplaneringsgrupp, dels skulle samfinansiera ett boende. Där skulle den komplexa grupp av hemlösa som hade synliggjorts genom Högengruppens arbete, både erbjudas hemsjukvård och vård i livets slutskede, men också få tillgång till kvalificerade sociala insatser. Frågan om Ersta diakoni hade möjlighet att bli vårdgivare för ett sådant boende, riktades inledningsvis till Lisbeth Nord, sjukhusdirektör. Ersta diakoni hade, enligt Nord, unika förutsättningar att lösa de problem som kommun och landsting inte tidigare lyckats lösa. Ersta diakoni hade sjukvårdsresurser, en vilja att åta sig en verksamhet riktad mot utsatta hemlösa (det uppstod ett engagemang runt detta förslag från såväl den medicinska som den sociala delen inom Ersta diakoni), och dessutom skulle eventuella samarbetsproblem mellan sjukvård och social verksamhet kunna lösas internt, i den gemensamma verksamhet som skapades.

När Högen-gruppen fick uppdraget att utforma en modell för samverkan, omfattade uppdraget samverkan mellan såväl socialtjänst och somatik som psykiatri och beroendevård. När modellen för

Erstabacken och för vårdplaneringsgruppens fortsatta funktion i relation till denna verksamhet utformades, menar Kerstin Paul att uppdraget smalnade av. Paul beskriver hur uppdraget i slutändan kom att handla enbart om somatik, lite på bekostnad av den psykiatriska aspekten och beroendeproblematiken. Det finns en generell tendens, menade Paul, att insatser kommer till stånd först när hemlösa personer, som både har grava missbruksproblem och psykisk sjukdom, drabbas av någon somatisk åkomma – som då hamnar i fokus. Kanske för att det är lättare att ta tag i, säger hon, ”än när det är för mycket psykiatri?” En annan tanke med vårdplaneringsgruppen, som Paul menar inte har fullföljts, var att de komplexa ärenden som diskuterades skulle ge ett brett underlag som även kunde visa på strukturella eller andra brister i omsorgen om denna grupp, och som kunde återföras till den politiska nivån.

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser

I ett tidigare kapitel kunde vi se att personalen på Erstabacken hade vissa svårigheter att uppfatta vad de sociala insatserna skulle bestå av i den dagliga verksamheten. I detta kapitel skall vi se hur ett urval av nyckelpersoner ser på relationen mellan de kvalificerade medicinska – och kvalificerade sociala insatser som Erstabacken skulle erbjuda sina boende.

Ett samarbetsprojekt mellan landsting och kommun

För det första utgör Erstabacken ett samarbetsprojekt mellan landsting och kommun vilket ger vissa organisatoriska förutsättningar, dels utifrån krav från landstinget, dels utifrån kommunens krav på att Erstabacken skulle drivas som ett Hem för vård och boende (HVB-hem) under Socialtjänstlagen. Erstabackens omfattning under den första avtalsperioden byggde på en skattning som gjordes inom Höenggruppen. Från landstinget och från stadens sida anvisades en summa pengar och direktiv om antalet platser och vilka personalkategorier som skulle finnas representerade i Erstabackens personalgrupp. Det var dessutom inom Höenggruppen man tog beslutet att verksamheten skulle ledas av en chef med socionomexamen för att balansera upp det sociala mot det medicinska. Antalet personer i personalgruppen överlät uppdragsgivarna till vårdgivaren, Ersta diakoni, att besluta om. Eftersom Erstabacken skulle ta emot en ”jobbig” grupp tog Ersta diakoni, enligt Fagerström, till lite extra personal. Att samarbete etableras mellan kommun och landsting uppfattades inte som något ovanligt, utan det unika med Erstabacken var att samarbetet implementerades i en dygnet runt-verksamhet.

Kulturmöte som utmanar

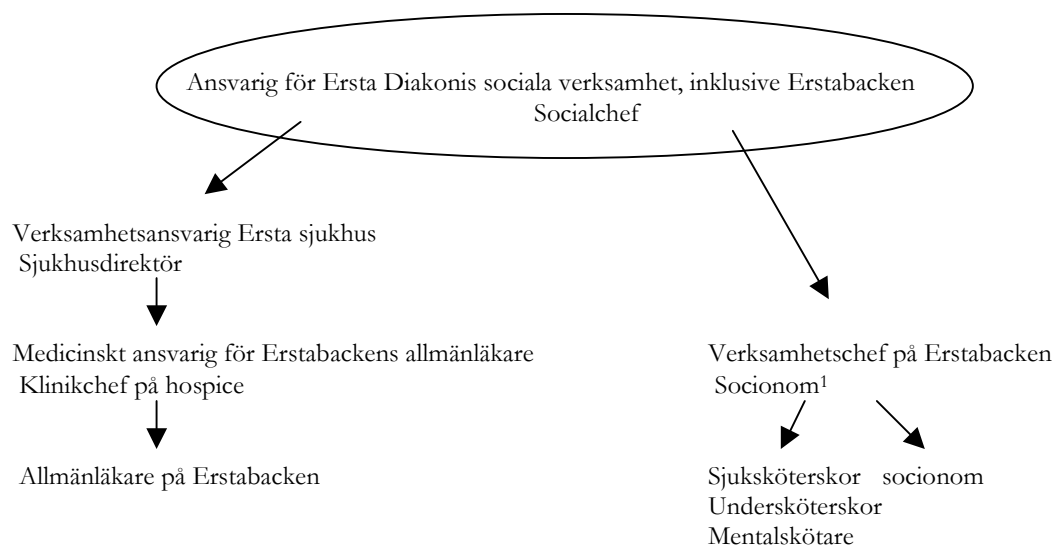
Även om exempelvis olika lagstiftningar skulle kunna skapa konflikter i ett samarbetsprojekt som Erstabacken, så menade sjukhuschefen Nord, att verksamheten erbjöd unika möjligheter att brottas med och överbrygga sådana svårigheter. Genom att olika parter inom ramen för en enhet, en verksamhet, tvingas diskutera och lösa olika frågor runt de boende, eller formulera sina frågor och hänvisa dem vidare uppåt, kan man få ett fungerande samarbete. Ett exempel på en situation där olika lagar skulle kunna komma att ställas mot varandra på Erstabacken, var om en boende var särskilt besvärlig att hantera. På ett sjukhus måste man alltid utgå från sjukvårdslagen och från patienten, och inte utgå från personalen som arbetsmiljölagstiftningen gör. Ett samarbetsprojekt mellan kommun och landsting uppfattades även ställa särskilda krav på den personal som skulle arbeta där. Enligt Ersta diakonis direktor gäller det de generella krav som ett arbete med en så svår målgrupp ställer: ”Det här är säkert kanske den absolut svåraste verksamheten vi har när det gäller... min egen person som medarbetare” som han uttrycker det. Men det gäller också att hantera de kulturella olikheterna mellan den sociala och den medicinska sfären, att hantera eventuella yrkeskonflikter och skråkonflikter som kunde uppstå.

Samarbete som komplicerat ledningsfunktionerna

Antal personer i personalgruppen och fördelning på olika tjänster vid Erstabacken bestämdes från Ersta diakonis sociala verksamhet som också rekryterade personalen. I intervjuerna framkom en del synpunkter på de ledande funktionerna för Erstabacken, bland annat att en socionom var chef

för sjuksköterskor och undersköterskor, medan klinikchefen på hospice var medicinsk chef på Erstabacken, men bara för den där tjänstgörande allmänläkaren, inte för övrig vårdpersonal. Våren 2006 var det fortfarande oklart vad detta chefskap skulle innebära och hur det medicinska ansvaret skulle fördelas mellan den medicinska chefen och allmänläkaren. Ledarskapet framstod överlag som otydligt, framför allt med avseende på kopplingen mellan det sociala och det medicinska. Det övergripande ansvaret låg hos Ersta diakonis socialchef, verksamhetschefen var socionom, klinikchefen på hospice medicinsk verksamhetschef samtidigt som allmänläkaren på Erstabacken var överläkare och hade ett eget medicinskt ansvar. Dessutom fanns uppfattningen att det saknades en bra ledning för sjuksköterskegruppen eftersom varken den medicinska chefen eller allmänläkaren var deras chef utan enhetschefen, socionomen, vilket sades ge effekter bland annat för rutinerna för den medicinska vården. Sjukhuschefen menade emellertid att organiseringen av Erstabacken kunde liknas vid ett äldreboende, där chefen inte behöver vara sjuksköterska – även om den ansvariga chefen måste se till att den medicinska nivån på boendet upprätthålls. Om det uppstår medicinska frågor måste dessa hänvisas uppåt till den medicinska verksamhetschefen på hospice, och om det gäller HVB-relaterade frågor till Ersta diakonis socialchef.

Figur 1. Skiss över Erstabackens ledningsfunktioner 2006



¹ Ledningsfunktionerna inom verksamheten på Erstabacken kom senare att förändras genom att en sjuksköterska fick funktionen av biträdande föreståndare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Den sociala dimensionen på Erstabacken

När Högengruppen arbetade fram en modell för att tillgodose behovet av hemsjukvård till hemlösa personer, ålåg det socialtjänsten att stå för boendet och för former under vilka hemsjukvården kunde bedrivas. Vad däremot ett kvalificerat socialt arbete skulle kunna bestå av inom ett sådant boende var inget som Paul minns att man diskuterade. Allmänläkaren på Hållpunkt Maria, Byström, menade att trycket på sociala insatser framför allt kom från Erstas sociala verksamhet.

Jag vet inte direkt... Det var en diskussion om hur mycket socialt och hur sjukvårdsmässigt det skulle vara, och vi som kom från sjukvården ville att det skulle vara mycket sjukvård för vi visste att det kommer att vara framför allt sjuka personer. Men jag vet att från Erstas sociala avdelning ganska mycket tryck på att det skulle vara mycket socialt... Jag vet inte riktigt om den där mixen blev bra, men det kanske man får justera efter hand. (Intervju Byström 060316)

Cheföverläkaren på Ersta sjukhus, Nyhlin, menade att de förhoppningar som fanns inledningsvis, om att det skulle kunna utföra vissa sociala insatser för de boende på Erstabacken, har klingat av efterhand, eftersom den medicinska problematiken de som kom till boendet hade var större än vad man hade trott. Men även om Erstabacken, som han hade önskat, hade legat under den medicinska verksamheten inom Ersta diakoni, skulle den sociala dimensionen ha beaktats.

Men vad fanns det våren 2006 för tankar om att vad det kvalificerade sociala arbetet på Erstabacken skulle bestå av i praktiken?

- Att leva ett värdigt liv. En åsikt var att det skulle innebära att personer fick hjälp att leva ett värdigt liv på Erstabacken, vilket kunde innebära att de inte längre utsätts för den förödmande behandling de kan få inom den traditionella sjukvården.
- Att skapa ett helhetsgrepp. En annan åsikt var att meningen med Erstabacken var att det medicinska och det sociala inte skulle kunna skiljas ut, eftersom strävan var att göra något nytt för denna grupp genom att ta ett helhetsgrepp. En varning utfärdades för en ambition att socialisera de hemlösa som kom till Erstabacken till ett ”liv som liknar ditt eller mitt” – ambitionen skall istället vara att skapa en trygg miljö där...

där hela människorna på något sätt tas om hand och där man tar små steg.. mot att kanske träffa sina anhöriga, kanske träffa nåt barn.. kanske kunna gå ut och dricka kaffe ... stegen är små.. (Intervju Larsson 060331)

- Att arbeta aktivt med livet efter Erstabacken. En annan åsikt är den motsatta, att ett socialt arbete inte kan vara att ”man åker och hälsar på gamla barndomskamrater som man har grävt upp”, utan att det kanske bör handla om vad som skall ske med en person efter att han eller hon skrivs ut från Erstabacken.
- Att upprätthålla de kontakter som behövdes med sjukvården. Att se till att boende var fastande, kom på de tider de skulle för prover eller undersökning – även om de var ”jättesnurriga” eller inte kan ligga still. Ett sådant socialt arbete kunde inte beskrivas som kvalificerat

i ordets vanliga bemärkelse även om det enligt Engström, från Enheten för hemlösa, ”är en oerhört kvalificerat insats om man har så mycket personal att man kan följa med en person så att den klarar av att genomföra en räkka olika undersökningar, så att man får ett bra underlag att ändra medicinering eller behandling.” Det bedömdes för övrigt vara en bedrift att personalen på Erstabacken fick de boende att stanna kvar, att de möjliggör att personer kan genomföra och även slutföra sina medicinska behandlingar.

- Att ge bra underlag. Genom att kunna sitta ner i lugn och ro och få en helhetssyn på de boende, skulle Erstabacken kunna ge ett bra underlag som kan ligga till grund för socialsekreterarna planering inför utskrivning.
- Att bedriva motivationsarbete. När Erstabacken har tillgång till dessa personer, var ett önskemål att man dels arbetade med att motivera dem till att minska sitt missbruk, dels att man hjälpte dem att hitta ett bättre boende, ”lite bättre livsstil, ta kontakt med sina barn i den mån man har några... sociala .. sitt sociala nätverk...”

Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede

Höengruppen skapade en modell med ett boende som erbjöd hemsjukvård. Tanken var att boendet skulle ta emot dem som inte hade någonstans att bo men även den svåra gruppen som straffade ut sig eller gick från akutsjukhusen och inte riktigt kunde inordna sig i rutinerna på en vanlig sjukhusavdelning. Modellen på Erstabacken utgick från att boendet tog emot två kategorier inom dessa grupper, dels hemlösa i behov av hemsjukvård, dels hemlösa för vård i livets slutskede. En intressant fråga är varför svårt somatiskt sjuka hemlösa inte kunde beredas plats inom den traditionella sjukvården. Varför kan man inte tillfredsställa det här vårdbehovet i vanlig ordning?

Behovet av hemsjukvård för personer som saknade bostad

Enligt Höengruppen skulle hemsjukvården erbjudas personer som tillhörde situation 1-gruppen (enligt Socialstyrelsens definition 2005) som var uteliggare eller hänvisade till härbärgen och akutboenden. Syftet med en kortade placering på Erstabacken var att personen skulle få tillgång till den medicinska vården – för att sedan skrivas ut. Om det under tiden som personen fick en sådan medicinsk rehabilitering även gick att lösa den framtida boendesituationen var det önskvärt men inget huvudsyfte med placeringen. Personer som hade ett boende, exempelvis på inackorderingshem eller liknande, ingick inte i Höengruppens diskussioner. Där utgick företrädarna ifrån att hemsjukvården borde fungera på samma villkor som för andra – genom att distriktssköterskan gjorde hembesök och så vidare. Det som framkom i intervjuerna var att det fanns svårigheter dels med att tillgodose behovet av *planerad vård* för den aktuella målgruppen, dels med att tillgodose behovet av hemsjukvård *även* för dem som hade boende på ett planerings- eller inackorderingshem.

Svårigheten är att erbjuda planerad vård – inte akut eller primärvård

Enligt Nyhlin var svårigheterna framför allt att tillgodose behovet av planerad vård. Hållpunkt erbjöd redan en ganska väl utbyggd primärvård, och akutsjukvård fanns alltid att tillgå. Men svårigheterna uppstår när personer med inte bara kroppsliga sjukdomar utan även psykiatrisk och missbruksproblematik skall erbjudas och fullfölja planerad vård. ”Allting blir bara stopp, kaos, man har inte rutiner egentligen för hur man ska göra” säger han. ”Alltså det här sammansatta problemet är det ju ingen som riktigt kan tackla.” Byström intygar att de personer som placerades på Erstabacken inte återfinns på vanliga sjukhus. Även om de skulle söka akut, och läggas in för observation och ordineras penicillin så skulle de skrivas ut – till Stadsmissionen, till något planeringshem. ”Så det är en grupp som är för stökiga att ha på vanliga inrättningar” eller som skrivs ut från sjukhemmet – oavsett hur sjuk personen i fråga är – om man missbrukar exempelvis amfetamin.

Drogen drar, drogen gör att man inte har bra insikt. Det är en förklaring, och så tycker jag man kan se en grupp där det är så... där patienten har ett sånt behov av samlad sjukvård... att en missbrukare med psykisk sjukdom där kroppen inte orkar - hålla i allt detta... Låt säga man skall gå till en hudkonsult, hjärtmottagning... Det går inte att sköta detta i hemlöshet och i och med att man inte kan ligga på ett vanligt sjukhem så... (Intervju Byström 060316)

Fagerström instämde i att det som diskvalificerat den aktuella gruppen från traditionell sjukvård, är att det är en ”stökig grupp”. För hemlösa som bara behövde boende och lite sjukvård fanns olika boenden att tillgå, men...

... dom som hade en svårare somatisk bild, och som var stökiga. Vi har ju våra sjukhus inom landstinget, men dom var så pass stökiga så att ... dom ja, det gick inte att ha dom där och dom ville inte vara kvar, utan dom gick iväg med sina sjukdomar. (...) Vissa av dem klarar dom inte av så att säga, i den vanliga sjukvården... och som har svårt att inordna sig i rutiner och tider... och sådär... så här [på Erstabacken] är man lite mer flexibel i vården. (Intervju Fagerström 060421)

Avsaknad av ett boende med kompetens att möta målgruppens komplexa problematik

Spångberg är vårdsamordnare för hiv-patienter på infektionsmottagningen vid Huddinge sjukhus. Vid sidan av Hållpunkt Maria och Enheten för hemlösa är det härifrån presumtiva boende aktualiserats i vårdplaneringsgruppen. Ofta har samma personer blivit aktuella både på Hållpunkt och på infektionsmottagningen, eller på vårdavdelningen för missbrukare med en akut infektion. På infektionsmottagningen hade man våren 2006 kontakt med mellan 50 och 100 aktiva, och hiv-positiva, missbrukare. En väsentlig uppgift för Spångberg var att samordna de insatser som ofta redan finns runt hiv-positiva missbrukare och utarbeta en gemensam plan med alla involverade parter (socialtjänst, aktörer från frivilligorganisationer, uppsökarteam med flera). Inom hiv-vården fanns fortfarande, som hon sa, tidsmässigt utrymme att göra sådana insatser runt dessa patienter. Även om det finns bromsmediciner att tillgå, är aids fortfarande en dödlig sjukdom om man inte tar dessa mediciner. Inte sällan är det dock så att missbruk, psykisk sjukdom och/eller hemlöshet står i vägen för mediciner. En svårighet har varit att samordna alla aktörer runt en person. En annan att det har varit svårt att hitta ett boende som varit anpassat till personer som både har ett missbruk och ett behov av somatisk vård, där båda kompetenserna funnits att tillgå. Antingen har det funnits ett somatiskt boende eller ett rent behandlingshem, sade Spångberg, och i sämsta fall inackorderingshem eller ett härbärge. Erstabacken hade enligt Spångberg hittat en nisch,

... där kan dom ändå få vara ganska så sjuka utan att det har varit för svårt att få in dom. Och det är ingen nackdel att dom fortfarande är... Att dom inte är avgiftade när dom kommer, utan att det fortfarande finns ett missbruk som är gravt och svårt.

Även om Erstabacken kan erbjuda platser till svårt somatiskt sjuka, kvarstår behovet av ett motsvarande boende för dem som är psykiskt sjuka, anser även Spångberg.

Svårigheten att få stödinsatser att fungera över tid

Engström menar att många hemlösa personer, ”utifrån en kvalificerad gissning”, har personlighetsstörningar som gör dem till knepiga personer som inte gör som alla andra, men när de blir allvarligt sjuka kan många av dem trots allt passa in inom någon vårdform. Men därutöver fanns en grupp som är ”udda udda udda” och som inte fungerade någonstans, och det var med tanke på dessa personer som ett särskilt boende behövde skapas. Det har emellertid inte varit så att dessa personer varit utan tidigare insatser, utan Enheten för hemlösa har försökt med familjevård, HVB-hem med olika inriktning och LVM-vård men även med sjukhemsboenden som inte fungerat. Den samlade erfarenheten ger för handen att det varit svårt att få stöd- och hjälpinsatser att fungera över tid. En del av de personer som aktualiserades för placering på Erstabacken hade man pratat om ”under ofantligt många år” på Enheten för hemlösa.

Gränsytan

En intressant fråga, menade Paul, var hur gränsytan mellan att hamna på Erstabacken och att hamna inom vanlig sjukvård ser ut. Om en hemlös person får en misstänkt blodpropp i benet – då måste han eller hon åka till sjukhuset, men om personen i fråga behöver ställa in blodförtunnande medel under några dagar, hamnar han eller hon då på Erstabacken, eller har denna person rätt att få vara i den vanliga sjukvården ett par dagar? En anledning till att en person blir nekad en plats inom sjukvården kan just vara att läkaren ställer in Varan på dagen, och så dricker patienten på kvällen – ”så får man ju inte göra på vanligt sjukhus..”

Behovet av hospiceplatser för personer som saknade bostad

I Högenruppens förslag var hospiceplatser en självklarhet. Det fanns en gemensam erfarenhet av att det hade varit svårt att få fatt i sådana platser, och att det inte kändes värdigt att behöva jaga platser till så svårt sjuka människor. Att bygga in hospiceplatser i ett framtida boende framstod därför som oproblematiskt.

Rätten att dö som man har levt

Nyhlin ansåg att det var svårt att tillgodose behovet av hospicevård för den aktuella målgruppen som hade speciella behov, bland annat av att kunna leva sina sista dagar som många av dem hade levt sitt liv, vilket inkluderade ett fortsatt missbruk. Men Nyhlin menade också att de boende som placeras på Erstabacken för vård i livets slutskede skulle ha rätt till samma vård som på hospice. ”Varför skulle dom ha någon annan – när det gäller smärtlindring, när det gäller ångestdämpande, när det gäller den typen av medicinska åtgärder? Jag har väldigt svårt att förstå varför dom skulle ha något annat” menar han. På frågan om det vore önskvärt att hemlösa personer i livets slutskede vårdades inom den traditionella hospicevården istället för på särskilt skapade enheter vid sidan om, svarar Nyhlin, att hemlösa och deras problematik är en specialitet i sig. Problematiken omfattar bland annat kombinationen av missbruk, somatik, psykiatri, det nästintill livslånga utanförskapet med sina specifika regler och lagar, och en reunion-problematik – att kunna återknyta relationer till anhöriga, eventuella barn. Att exempelvis ställa in insulin ”är ganska banalt ur medicinsk synpunkt”, men ”det blir ju ett jätteproblem med det liv dom lever, förstås” menade Nyhlin.

Rörliga och röriga - svårplacerade, orörliga - lättplacerade...

Ersta hospice består av en vårdavdelning med 17 till 18 vårdplatser och ett hemsjukvårdsteam som vårdar cirka 35 patienter. Personalen består av runt 50 personer. På Ersta hospice har det varit sällsynt med patienter som tillhör Erstabackens målgrupp. Varför erbjuds inte hemlösa i livets slutskede vård på traditionella hospiceavdelningar? Idestrom, som var klinikchef på Ersta hospice våren 2006, menade att hospicevården i vissa avseenden kan beskrivas som exklusiv. Det kan bland annat bero på att kunskapen om den typen av vård ibland är begränsad och att inte alla patientgrupper känner till, och efterfrågar sådan vård. Idestrom menade att Erstabacken hade goda förutsättningar att vårda boende i livets slutskede, och att det fanns kompetens, exempelvis om symtomlindring, att tillgå ”inom huset” (Ersta sjukhus) vid behov. Hospiceavdelningen hade dessutom ett uppbyggt kontaktnät med bland andra smärtspecialister och farmakologer som Erstabacken kunde konsultera. En särskild svårighet med den målgrupp som Erstabacken har, var enligt Idestrom, att identifiera var patienterna är i sin sjukdomsutveckling, och när de befinner sig i livets slutskede. När läkarna väl konstaterat att de är i ett slutstadium, är det inte svårt att tillgodose behovet av vård. Hospiceavdelningen tar framför allt emot cancerpatienter där det är tydligt när de är i ett slutskede. De personer som kommer till Erstabacken är ofta multisjuka,

... och dom är ju så sjuka så ingen människa kan ju liksom tro att dom överhuvud taget kan komma ut på gatan... men det gör dom ju. Dom har ju påverkan på hjärtan, njurar, lever och... blödningsbenägenhet och amputerade, och sår och... när all den här organsvikten övergår till liksom att vara i ett slutskede, det är inte lika tydligt som med en tumörsjukdom. (...) Det svåra är ju liksom när man på en sån här multisjuk patient skall försöka att upprätthålla organfunktionen för ett hyfsat liv. Det är medicinskt mycket svårare. (Intervju Idestrom 060330)

Idestrom menar att när personer inom den aktuella målgruppen har kommit till ett sådant stadium i sin sjukdom att de är klara hospicepatienter, är de förhållandevis lättvårdade och skulle kunna vårdas som vilken döende patient som helst, även på en traditionell hospiceavdelning som Ersta hospice. En sådan tanke kom även till uttryck på en personaldag med samlig personal på Erstabacken¹⁸. Om verksamheten vid något tillfälle skulle komma att få för många boende som skulle vårdas i livets slutskede, skulle någon eventuellt kunna föras över till Ersta hospice. Klinikchefen menade att detta även kunde ske om en boende/patient var i behov av mer tekniskt avancerad medicinsk utrustning eller om det fanns anhöriga som ville bo över hos den döende patienten. Det är innan läkarna riktigt kan klargöra hur sjuk personen i fråga är – och medan personen är rörlig och rörig – som den traditionella vården har svårt att ta emot dem. Det speciella behov som i dag inte riktigt kan tillgodoses, menade Idestrom, och där Erstabacken kunde utgöra ett komplement, är ett boende eller en vårdform som kunde ta emot och ha en specifik kompetens att vårda multisjuka personer med ett pågående missbruk men som *inte* är döende. För vård i livets slutskede kunde man nog hitta andra alternativ, menade hon.

Möjligt – men ändå svårt

Även om de svårt sjuka hemlösa skulle kunna "fasas in" i den traditionella sjukvården i takt med att deras ork avtar, tror Byström att personalen där ändå skulle uppfatta dem som aparta och betrakta dem med skepsis. På så vis tillför Erstabacken något unikt i och med att personalen sägs ta de boende för dem de är. Det uppfattas således inte bara vara målgruppen i sig som är förklaringen till att erbjudandet om vård har uteblivit. En annan förklaring till att en del personer med annat boende, tvärt emot Högengrupps tankar, placerats på Erstabacken sägs ha varit att distriktssköterskor varit ovilliga att göra hembesök, exempelvis för att ställa in insulin, i dessa miljöer. Dessutom finns det, enligt Byström, en kultur inom svensk sjukvård där läkare och sjuksköterskor är ovana vid men även rädda för att bli manipulerade av missbrukare. Detta gör "att man är överförsiktig och möter de här patienterna med kalla handen så de får sämre vård i den vanliga vården, än vad andra patienter får" säger han.

Kombinationen korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede

I modellen för Erstabacken ingick att boendet skulle ta emot boende såväl för medicinsk rehabilitering som vård i livets slutskede. Såg nyckelpersonerna någon svårighet med att ta emot och kombinera dessa olika kategorier i ett boende?

Svårt men önskvärt

Idestrom såg inga större svårigheter med att Erstabacken tar emot boende både för kortare insatser och för vård i livets slutskede – så fungerar det även på hospice, menade hon. Men det kanske kräver att personalen hjälper övriga boende att bearbeta sina känslor i samband med att någon av dem dör. Även om det kunde vara en svår uppgift för personalen att ta emot båda dessa grupper, menade Fa-gerström, att det ändå var önskvärt.

¹⁸ Personaldag 20060329

Ja, visst det är väl alltid svårt, men samtidigt finns det en kompetens hos personalen som man kan ta till vara för båda dom här grupperna istället för att ... dom ska vara på annat håll. (Intervju Fagerström 060421)

En icke-önskvärd kombination

Även den motsatta åsikten fanns, och Spångberg var helt emot ett boende som tog emot såväl döende personer som relativt pigga boende i ett aktivt missbruk.

Dom skall inte blandas. Dom skall inte snacka... hålla på och beblanda sig tycket jag. Ärligt talat. Dom som sitter där i rullstolen dom skall få lite värdig... lite lugn och ro utan att ha det där dealet och whealet omkring sig... Det är därför dom är där. Det skulle jag som socialsekreterare vilja veta om jag betalar för en så dyr vårdplats, att faktiskt ... Det tycker jag skulle vara ganska självklart... Det är väl självklart att en person som sitter, och inte kan röra sig till slut ber om det, om dom ser att det är på gång... så har man den ruljansen... (Intervju Spångberg 060322)

Positivt ur personalsynpunkt

En synpunkt som framkom i personalgruppen var att blandningen av lite lättare och lite tyngre boende kunde vara positiv ur personalsynpunkt. Även om Byström ville att Erstabacken skulle beläggas av ganska svårt sjuka personer, ansåg han att det kunde bli svårt personalmässigt, att det kunde vara viktigt att växla lite grann med lite lättare boende. Byström såg således fördelar med att Erstabacken erbjöd lite olika typer av platser. Dels lite snabba vårdplatser, exempelvis för inställning av insulin, och sen kanske några mellanplatser för mellanlånga vårdtider. Miljön på Erstabacken uppfattar Byström som mer nära än på härbärgen eller på behandlingshem. ”Det blir en intimitet som de här patienterna hela tiden har strävat efter att inte ha” sade han, och menade att detta dels kunde sätta igång processer i de boende, dels var en anledning till att inte bara placera ”jättetunga, jättekomplicerade fall” på Erstabacken hela tiden. Enligt Nyhlin utgjorde dessutom de boende på Erstabacken, i vissa avseenden, en utvald grupp:

Och man tar alltså hänsyn naturligtvis när man väljer ut människor dit. Man tar hänsyn till deras förmåga att finnas inom fyra väggar överhuvudtaget, man tar hänsyn till deras våldsamt, så Byström [på Hållpunkt Maria] skulle aldrig föreslå en patient där han vet att våldsamhetsinslaget är allt för stort, och så va... (Intervju Nyhlin 060502)

Har Erstabackens målgrupp varit den "rätta"?

En intressant fråga vid tiden för den första studien, är naturligtvis om de tillfrågade nyckelpersonerna uppfattade att de personer som placerats på Erstabacken motsvarat den tänkta målgruppen.

Målgruppens omfattning

Flertalet boende som aktualiserats för placering på Erstabacken, har varit kända på Hållpunkt Maria. På Hållpunkt Maria är genomströmningen av patienter stor, men den grupp av personer som var eller som skulle kunna bli aktuella för Erstabacken uppskattade Byström till cirka 100 personer. Gruppen var begränsad, men de som räknades in i den var mycket sjuka personer. De flesta personer som skrivits in på Erstabacken har aktualiserats inom Vårdplaneringsgruppen från Hållpunkt Maria och från Enheten för hemlösa. Förutom denna ”interna” aktualisering från Byström och Engström, finns ett inflöde från infektionsmottagningen på Huddinge sjukhus, och någon enstaka har dessutom kommit från andra håll, exempelvis från onkologavdelningen på Karolinska sjukhuset. Byström menade att det kan finnas fler kanaler, och att Erstabacken skulle kunna ha en bredare kontaktyta än vad som var

fallet vid tiden för den första delstudien, en kontaktyta mot socialtjänsten men även mot närakuter och kirurgakuter på de stora sjukhusen. Samtidigt menade Byström att, oavsett var de aktuella personerna uppmärksammades, hade Hållpunkt kännedom om de flesta. ”Jag har svårt att tro att det finns några jättesjuka hemlösa som vi inte har nån aning om... Det kan vara några, men det är få” sade han. Vid tiden för studien hade mellan 50 och 60 personer diskuterats för en eventuell inskrivning på Erstabacken. Från att verksamheten startade i mars 2005, fram till slutet på året hade 36 personer diskuterats i vårdplaneringsgruppen. Av dessa hade;

- 16 personer vårdats på Erstabacken från några dagar till lång behandlingstid
- 10 personer fått en annan lösning än Erstabacken
- 4 personer fått ”nej” från socialtjänsten som inte tyckte Erstabacken var en bra lösning
- 2 personer tackat nej till Erstabacken
- 5 personer fått nej från vårdplaneringsgruppen

Bedömde övriga nyckelpersoner att Erstabacken vid tiden för utvärderingen nådde den rätta målgruppen? På frågan om sjukhuschefen uppfattade att de personer som placerades på Erstabacken hörde till den tänkta målgruppen, hänvisade hon till Byström, som hon menade kunde bedöma vilka som behövde vården på Erstabacken bäst. ”Dom skall vara svårast sjuka plus behov av boende” sade hon, ”så jag tror nog att vi får den patientgupp vi har tänkt oss.” Det måste vara behovet som avgjorde vem som placerades på Erstabacken, menade Nord. Det fanns emellertid en grupp av hemlösa personer som enligt Byström kunde vara allvarligt somatiskt sjuka, men som varken Hållpunkt eller Erstabacken når. Det är de svårt psykiskt sjuka hemlösa, ofta äldre personer som lider av exempelvis kroniska schizofrenier eller paranoidea psykosor, och som helt saknar sjukdomsinsikt.

En tydligare målgrupp över tid

Byström poängterade att Erstabacken vid tiden för den första studien var en ny verksamhet, och att vårdplaneringsgruppen och personalen just måste pröva sig fram för att hitta den patient som boendet är bäst lämpat att ta emot. Ett exempel på placeringar, som hade visat sig fungera mindre bra, var boende som kom till Erstabacken för insulininställningar. Dels har en del av dem återgått till sitt missbruk efter att inställningen har gjorts, dels har de varit ”pigga” i förhållande till övriga boende, och har haft en tendens att ”smuggla in grejer” på avdelningen. Liksom Byström ansåg Idestrom att det skulle ta lång tid att hitta de rätta personerna för Erstabacken. Det viktiga i den här besvärliga situationen är att hålla dialogen levande, menade hon, och att vara medvetna om att det tar tid innan man kan bli på det klara över vilka boende som kan ha nytta av den vård som erbjuds, och i vilka skeden av deras sjukdomshistoria man verkligen kan bidra med något. Men dessutom, säger hon, sker det ...

...ju en förändring av samhället under resan. Om man säger att det tar tid, så får man se tio år framåt så kommer ju samhället att utvecklas under den tiden och kommer det att bli fler utslagna hemlösa eller kommer det att bli färre? Jag tycker det är svårt att sja om. (Intervju Idestrom 060330)

Ersta diakonis direktor var också av åsikten att behovet och de rätta prioriteringarna av boende skulle komma att bli allt tydligare över tid.

Är det ett undertryck då sköter det sig själv i regel, men när det finns för många då måste man ju fråga och det är ju också frågan om utvidgning av platser för MRSA patienter som vi i dag inte får ta, men borde kunna ta. Vi vet att dom finns där och skulle behöva det här... Så på ett sätt så följer det här bara en normal projektutveckling för ny verksamhet. Man ser mens man håller på... (Intervju Larsson 060331)

I ett tidigare kapitel kunde vi se att personalen gav uttryck för en (upplevd) ökad vårdtyngd på de boende. Byström såg en kombination av förklaringar till detta – dels att vårdplaneringsgruppen efter en osäkerhet och en svårighet inledningsvis har fått fatt i de ”rätta” patienterna, dels att sjukdomar progredierat hos boende som tidigare inte var så sjuka. På Hållpunkt Maria finns en överblick över personer som var – eller skulle komma att bli – aktuella för Erstabacken. ”Man far lite som en helikopter över fälten och då ser man...” som Byström sade. På Hållpunkt kan det finnas ett antal personer som personalen där har i åtanke, och när deras tillstånd börjar bli sådant att inskrivning är på tal, aktualiseras de i vårdplaneringsgruppen och kontakter med det aktuella socialdistriktet tas. Hållpunkt lyfter fram det medicinska behovet – sedan ”gäller det att få soc att nappa...” När de svårt sjuka hemlösa behov av sjukvård inte kan tillgodoses inom den traditionella vården, utgör Erstabacken en lösning, även om detta kan uppfattas som en kostsam lösning. Så här såg Byström på denna fråga:

Men visst är det lyx. Det är ju så dyrt, så dyrt att det inte är klokt! Man kan föra in den här kritiken också - varför ska dom här patienterna, som inte har gjort mycket nytta få kosta samhället enorma pengar? Varför skall dom få ett sånt suveränt medicinskt boende när dom blir sjuka? Det är ett boende som min mamma eller pappa inte skulle få. (...) Och då hävdar jag, för jag möter ju ofta den kritiken, att det här är väldigt sjuka patienter som faktiskt har behov av ökad sjukvård. Och jag tycker att Erstabacken kan motiveras så också att ... dom har hand om en väldigt speciell och härjad patientgrupp som har behov av det här. Om vi bemödar oss om att alla skall ha... ska vara jämlik, men i vissa avseenden är Erstabacken ju bättre... (Intervju Byström 060316)

Erstabacken – ett hinder för att integrera den aktuella målgruppen inom den traditionella vården?

Som vi har sett uppfattas inte den traditionella vården eller befintliga boendeformer kunna härbärgera den aktuella gruppen (eventuellt med undantag av vård i livets slutskede), och en fråga som detta väcker är om nya insatser, som Hållpunkt eller Erstabacken, skapade vid sidan av det traditionella och befintliga utbudet, blir en ”ursäkt” för att svårt sjuka hemlösa inte heller framledes, på lika villkor, bereds de platser de har rätt till?

När Höenggruppen började söka efter en lämplig boendeform för den aktuella gruppen, inventerade företrädarna befintliga boenden och undersökte om dessa var intresserade av och eventuellt skulle kunna anpassa delar av sin verksamhet till de särskilda behov som fanns hos gruppen svårt sjuka hemlösa. Engström menar att de ställen som visade ett visst intresse för en sådan verksamhet, var inriktade på väldigt sjuka personer och hade sjukhemskaraktär. Men när det kom på tal att en del inom den aktuella målgruppen kunde komma att vara smittade av MRSA, avtog intresset.

”Kom inte dragande med MRSA till sjukvårdsliknande...” Är det nåt man är rädd för är att få in MRSA där folk är sjuka och skröpliga.. (Intervju Engström 060403)

Personer med MRSA var, enligt Byström, en grupp som riskerade att bli sämre behandlade än andra somatiskt sjuka hemlösa eftersom de får ”lite pestflagga på sig”. Men att åtta platser på Erstabacken skulle utgöra ett hinder för att utveckla nya boenden, trodde inte Engström på. Paul menade att det finns en dubbelhet i att å ena sidan skapa insatser som bara är för hemlösa och å den andra att verka för att de skall få rätt till den vård vi alla har rätt till, att de hemlösa skall ”tillhöra det som alla andra tillhör”. Även om Hållpunkt är en nödvändig insats, är frågan hur man skall komma vidare för att få dessa insatser från den vanliga hälso- och sjukvården?

Några personer tror jag aldrig kommer vidare. Dom kommer att fortsätta att vara

strulpellar, och några kommer vidare. (Intervju Paul 060322)

Byström sade sig vara emot en utveckling där det blir för mycket sjukvård för särskilda grupper. Även om det i dagsläget är nödvändigt att exempelvis Hållpunkt Maria och Erstabacken finns, så måste ändå målet vara att patienterna på Hållpunkt skall ut till vårdcentralerna. I ett sådant perspektiv är det inte önskvärt att Erstabacken växer för mycket eller för fort. Om jag tolkade Nyhlin rätt, var han emellertid av den motsatta åsikten, att hemlösa personer har en så speciell och komplex problematik att det behövs en specifik kompetens för att hantera detta, en kompetens som i dag inte finns att tillgå inom den traditionella vården. Att erbjuda sjukvård – eller att göra sjukvården tillgänglig – för svårt sjuka hemlösa personer med ett pågående missbruk ställer Erstabacken inför något som antingen kan uppfattas som ett dilemma, eller som en realitet att anpassa sig till och acceptera: svårigheten att erbjuda de boende en 100 procent vård. Detta är temat för följande kapitel.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk

Som vi såg i ett tidigare kapitel fanns det motstridiga åsikter inom personalgruppen om huruvida Erstabacken skulle vara en missbruksfri miljö eller inte. Ett argument *för* en missbruksfri miljö var att missbruket fick negativa effekter för den medicinska behandlingen. Ett argument *mot* en missbruksfri miljö var att det fanns en risk att de som mådde allra sämst i så fall var de som skulle straffa ut sig från Erstabacken. Hur resonerade ett urval av nyckelpersoner runt svårigheten att erbjuda de boende en 100-procentig vård?

Inget dilemma – utan ett annat seende

Byström på Hållpunkt Maria menade att man får se på resultatet med andra ögon när man riktar sig till den aktuella målgruppen. De optimala villkor vårdpersonalen kan få till stånd inom den ordinarie sjukvården är inte rimliga att förvänta sig utan verkligheten på Hållpunkt men även på Erstabacken är ”väldigt annorlunda”. Man tvingas acceptera ett slags relativitet, där 25-procentig vårdkvalitet anses vara ett gott uppnått mål: om en person tog två tabletter av tre kunde även det vara bättre än att han inte fick någon. Samma åsikt uttryckte Kerstin Paul.

Därför att om vi har pågående fortsatt missbruk så kanske vi inte kommer så långt som vi skulle göra som om det inte var missbruk. (...) Och samma sak blir det väl för den somatiska delen, att har man ett fortsatt pågående alkoholmissbruk så kanske vi aldrig kommer att kunna ställa in insulinet så där himla bra... utan det får bli... man får något slags låg tröskel good enough – nivå även på sjukvården. Och det är bara att konstatera att så är det. Men det är bättre än att vara på gatan. (Intervju Paul 060322)

Så länge beroendevården är så restriktiv som den är i dag, när den aktuella målgruppen inte kan ligga på vanliga vårdavdelningar eller sjukhem, finns behovet av alternativ som Erstabacken.

Jag tycker det är medicinskt oetiskt att låta någon dö i en kroppslig sjukdom, bara för att missbruket gör att han inte orkar leva. Det är inte värdigt ett kvalificerat välfärdsamhälle. Det är min åsikt, men många tycker så här att ”nu får du vara så vänlig och sluta knarka om du skall ha hjälp”. Det är lätt att säga det till en heroinist... (Intervju Byström 060316)

Är man heroinist och kommer till ett sjukhus i dag är alternativen två, enligt Byström – antingen att där finns en beroendekonsult som sätter patienten på Subutex under vårdtiden eller att patienten lämnar avdelningen efter ett par timmar eller sticker redan från akuten. På Erstabacken accepteras de boendes missbruk – så de stannar kvar för behandling där, alternativt att de kan gå på metadonprogram. Erstabackens idé var att finnas till för de allra mest sjuka, de allra mest missbrukande, de mest psykiskt sjuka. Deras missbruk får aldrig spela in i bedömningen om de skall tas emot eller ej. Det skulle kunna vara tvärtom – att en person med ett så omfattande missbruk att han inte kan tas emot på ett vanligt sjukhus av det skälet blir aktuell på Erstabacken. Ett exempel kan vara en person med avancerad hiv-infektion som är i behov av att ställa in bromsmedicin, men där detta omöjliggjorts till

följd av såväl hemlösheten som det avancerade missbruket. Detta skulle kunna vara ett fall att pröva att ta emot på Erstabacken, menade Byström.

Drogförbud skulle minska sannolikheten att målgruppen skulle stanna på Erstabacken

Sjukhuschefen på Ersta sjukhus hade haft farhågan att inga boende skulle vilja komma till Erstabacken, en farhåga som inte besannades. På min fråga vilken betydelse den tillåtande inställningen till ett fortgående missbruk hade haft i detta avseende, menade hon att hon kanske hade underskattat den effekten. Om drogförbud skulle råda, vore det sannolika att inte heller Erstabacken kunde behålla sina boende. Fagerström ger uttryck för samma uppfattning.

Jo, vi har ju pratat om att vi kan inte säga att dom inte får droga därinne, för då förlorar vi dom ut alltså, utan vi får då... Det måste finnas... Sen hindrar det ju inte personalen, omsorgspersonalen, stadens personal att ändå försöka prata med dom och... det måste dom ju göra i alla fall... (...) För det handlar dels om att... att liksom bota kortsiktigt och förlänga deras... välmående eller hur jag skall uttrycka saken... Men kanske inte bota för all framtid, och sen att låta dem få ett värdigt slut under... få en ren säng och bli lite omhändertagna om dom är så svårt sjuka. Och att det... jag menar, det här är ju inga A-barn som ... Det är ju hypotetiskt att tro att vi ska kunna nå ända fram som med vanliga icke-hemlösa missbrukare om man säger så... (Intervju Fagerström 060421)

Vid tiden för den inledande studien hade 17 personer som aktualiserats från Enheten för hemlösa placerats på Erstabacken. Engströms uppfattning var att de boende trivts bra på Erstabacken, och att detta kunde förklaras av bemötandet, av litenheten och av att det var ombonat – men också, ”inte att förringa”, att det inte fanns något krav på drogfrihet. Engström menade att det fanns väl utbyggda boenden inom Stockholms stad med olika grader av stöd, exempelvis HVB-hem där drogfrihet var ett bärande krav, och där de boende kunde få medicinsk vård genom konsultläkare och genom vårdcentralen som remitterar till SÖS för exempelvis insulin. Med det var ju de, som inte klarade av sådana boendeformer, som skulle komma till Erstabacken. Det finns många allvarligt psykiskt sjuka hemlösa som dessutom har en fysisk sjukdom. Men det finns vissa gränser som kan vara svåra att dra, menar Engström. En del av Enhetens hemlösa klienter kan ha en uttalad psykisk ohälsa och ett missbruk, vilket skapar en hel del svårigheter man skulle vilja komma till rätta med. Även om de dessutom är fysiskt skröpliga, så kanske de inte är skröpliga nog för att skrivas in på Erstabacken. Vid något tillfälle har en kroppsskada motiverat en placering på Erstabacken, ”och ingen var gladare än jag” säger Engström.

Jättebra att han finns där för den fysiska kroppsdel, men ändå bättre om han kan vara där och man hittar några ingångar på den psykiska delen! (Intervju Engström 060403)

Engström var i likhet med Paul positiv till att kommun och landsting har närmat sig varandra, och hittat former för samarbete runt hemlösa med en betoning på den somatiska sidan, men hon menar att Pauls tankar runt vårdplaneringsgruppens funktion hade varit bra att omsätta i praktiken. Genom att lyfta fram svåra ärenden hade det blivit tydligare vilka olika sorters behov man ser inom såväl landsting som kommun, och kanske den grupp som i dag inte blir aktuell för Erstabacken skulle synliggöras tydligare. Det förefaller tänkbart att en sådan grupp är de hemlösa som lider både av allvarlig psykisk- och somatisk sjukdom.

Inget dilemma – det är hemsjukvård som bedrivs

Inte heller Nord såg det som ett dilemma att den tillåtande inställningen till missbruk gör att de boende stannar kvar och blir tillgängliga för den vård de behöver, samtidigt som missbruket påverkar vården negativt. Nord menade att den vård som Erstabacken erbjöd var att likställa med hemsjukvård. Inom hemsjukvården kan vårdgivaren aldrig kontrollera vårdtagarnas hem eller deras eventuella beroende.

I hemsjukvården kan man få såna här diskussioner ... som ibland att man kan få svåra hygieniska förhållanden på grund av att man inte har samma hygienkrav som vi har och så vidare, men där får vi finna oss i att vi är gäster hos patienterna - och jag jämför detta [Erstabacken] med det. (Intervju Nord 060405)

Detta är, menade hon, lätt att ta ställning till om man ser på de boende i ett somatiskt sjukdomsperspektiv. Hur man tänkte ut det sociala perspektivet ansåg hon sig sakna kompetens att uttala sig om. Nord menade ändå att personalen inte kunde gå längre i detta arbete än de boende själva gick med på, även om det vore ”önskvärt om dom kunde arbete så mycket som möjligt med den sociala delen, och det kanske inte är så enkelt om man bara missbrukar”. Inte heller Nyhlin ser att man genom verksamheten på Erstabacken skulle kunna medverka till att de boende i någon radikal bemärkelse ändrade sin livsföring

Alltså jag har ju väldigt lite tilltro till att man skulle kunna göra nån slags missions verksamhet, eller en omvändelseverksamhet av dom här. (Intervju Nyhlin 060502)

Även Ersta diakonis direktor manade till...

... en väldigt väldigt ödmjuk inställning till dom som är där. Det är oerhört lätt att försöka skapa en slags... tillvaro på våra villkor... Det är ständigt så, alltså hur vill jag att min värld skall vara – och den skall vara som jag själv är... och jag tror man måste verkligen se till vem har jag framför mig? Så har jag varit hemlös i 40 år... varit drogmissbrukare i 39 av dem – vem är jag att komma i det här ögonblicket och säga – att hörrudu, skall vi ta och hjälpa dig så måste du prestera drogfrihet eller nykterhet... (Intervju Larsson 060331)

Ett drogfritt boende förutsättning för adekvat vård

Med ett undantag var den gemensamma uppfattningen vid tiden för studien att Erstabacken primärt skulle tillgodose de boendes behov av somatisk vård och att deras missbruk aldrig fick utgöra ett hinder för att de skulle få tillgång till denna vård, oavsett om den blev ”fullgod” eller ej. Spångberg såg det emellertid som önskvärt att Erstabacken var ett drogfritt boende. Om det var drogfritt skulle personalen kunna göra utredningar och skilja ut psykisk sjukdom från missbruket. På så vis skulle den boende kunna få en korrekt medicinering för sin psykiska åkomma – och till följd av detta, även bli tillgänglig för adekvat medicinering för sina somatiska sjukdomar och exempelvis få bromsmedicin för sin hiv-infektion. ”Vanliga utredningar då runt psykiatrin, och inte bara det medicinska ... det kommer att stupa på drogfriheten.” Men ”jag vet inte om det är möjligt” sade Spångberg,

... mitt i stan, på ett sånt ställe när folk kan gå in och ut... Det är det som är svårt att veta. Det är jätte jättesvårt, men det skulle vara ett önskemål för att... Där kan jag se att dom patienter som är psykiatriskt sjuka, har dom misslyckats med på ett annat sätt än dom som är somatiskt sjuka, och det är det ju alla som gör, det är ju hela vården... (Intervju Spångberg 060322)

På frågan om det vore rimligt att tänka sig att missbrukare med en hiv-diagnos skulle acceptera ett drogfritt boende, svarade Spångberg att många som placerats på Erstabacken har varit så pass sjuka att de inte har orkat gå därifrån, och att det har gått bra för dessa. Hon menar att det borde finnas en potential för drogfrihet på Erstabacken, inte minst eftersom hon uppfattar att personalen är bra på att bemöta sina boende. Men även Spångberg menade att man måste anpassa sina förväntningar till den aktuella patientgruppen. ”Vi är ju jättegla om några kommer hit då och då bara. Absolut” sade hon. ”Om dom kollar sina värden vartannat år så är vi ju glada för det”.

Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar

Hur ville ett urval av nyckelpersoner beskriva det läge Erstabacken befann sig i ganska precis ett år efter att verksamheten startat? Hur beskrev de verksamheten då och vilka behov av utveckling såg de framöver?

En konsolideringsfas

Det framstod tydligt att nyckelpersonerna uppfattade att Erstabacken efter det första året befann sig i en övergång från en initierande uppbyggnadsfas till en mer stabiliserande konsolideringsfas. I denna fas behövde man, enligt cheföverläkaren på Ersta sjukhus, ”kanske gå in och börja diskutera innehåll, vårdinnehåll och vad vi har för behov som så att säga skall tillfredsställas.” Inför verksamhetens konsolidering krävdes en viss översyn inte bara över behoven utan också över eventuella korrigeringar för att ge verksamheten lämplig form – för den tilltänkta och mest lämpade målgruppen. Ersta diakonis direktor varnade emellertid för att verksamheten allt för snabbt skulle stabiliseras i en bestämd form.

Jag skulle nog säga att man är i begynnelsestadiet och att man måste vara ödmjuk inför... Alltså risken är ju, kan man möjligen fundera över, det är att man för snabbt konsoliderar, och säger detta är det hela. Och inte orkar ta in mer av vad en omvärld kan tycka... eller vad verkligheten faktiskt påkallar... Och det är väl kanske en utmaning att kanske fortfarande vara i... i uppbyggnadsstadium på det sättet att man har öron... och inte riktigt är nöjd med (...) att inte vara klar ett bra tag till... (Intervju Larsson 060331)

Enligt Nord fanns behov av att se över verksamhetens första år, vad som brustit och vad som eventuellt behövde vidareutvecklas. Det största bekymret sedan verksamheten startats var enligt henne biståndsbesluten, om en person mot bakgrund av en medicinsk bedömning var i behov av att placeras på Erstabacken men att bistånd trots detta inte beviljades. Engström menade att verksamheten vid tiden för den inledande studien var igång och att den ”väl tagit nån sorts form” och att det fanns tankar om att utvidga lokalerna, bland annat för att kunna ta emot boende med MRSA. Engström menar att det var en misräkning att Erstabacken inte hade kunde ta emot sådana boende, men samtidigt var inte behovet så stort som man inledningsvis hade trott. Efter ett mindre antal fall år 2003 hade Hållpunkt, enligt Byström, sett få patienter med MRSA, och inom den grupp på cirka 100 personer, som kan komma att vara i behov av vård på Erstabacken, kunde det finnas någon.¹⁹

Tankar om utveckling

När nyckelpersonerna lyfter fram sina tankar om vilka behov av utveckling de såg i verksamheten, framstår det emellertid som om det är en bra bit kvar på vägen till en tydligt definierad verksamhet. En rad områden där de såg en önskvärd eller möjlig utveckling lyftes fram.

¹⁹ Vid tiden för den andra studien våren 2008 var två av rummen på Erstabacken specialanpassade till att ta emot personer med MRSA. Enligt förteckningen över förekommande diagnoser hos de boende under 2007 hade emellertid ingen av de boende MRSA.

- Förbättrade utredningar. Ett sätt att utveckla insatserna för de boende under tiden de var placerade på Erstabacken, vore enligt Spångberg, att utreda och kartlägga de boende ur alla aspekter – såväl medicinska som psykiatriska. På så vis kunde man se vilka olika hinder, som finns för att en boende exempelvis skall klara sin medicinering, och vilka insatser och kompetenser som behövs för att överkomma dessa hinder. Ibland skulle det kanske vara befogat att länka någon vidare till psykiatrin. Genom utredningar av detta slag, skulle det vara lättare att bedöma vad som är missbruksrelaterad – och vad som är psykiatrisk problematik.

... det är ju väldigt svårt att veta, för väldigt många av våra patienter är... eller många... dom patienter som kommer hit, många är fortfarande aktiva missbrukare... tar ju olika droger också och då är det ju svårt att veta om det bara är drogerna eller om det kommer att klinga av om ett tag. Vi ser ju definitivt folk som, eller patienter som har dubbeldiagnoser, absolut, det gör vi. Man kan säga att det är dom som det är allra svårast att behandla... (Intervju Spångberg 060322)

Spångberg menade att det behövdes mer fantasi och flexibilitet runt boende med psykiatriska diagnoser, mer av en helhetsbild vilket Erstabacken (där det såväl fanns somatisk personal som socionomer) kunde bidra med.

- Arbeta med de boendes reunion-problematik. Ett annat förslag på en konkret insats vore, enligt Nyhlin, att fortsätta diskussionen om de hemlösas ”reunion-problematik”. Många av dem har förlorat kontakten framför allt med sina barn, och personalen på Erstabacken skulle kunna arbeta för att hjälpa dem att återknyta sådana till synes förlorade kontakter.
- Utveckla utslussningsboende. Det fanns dessutom anledning att fundera över var de boende skulle ta vägen efter Erstabacken, menade Larsson. Fanns det andra boenden eller var där en risk för inlåsnings effekter på Erstabacken? När verksamheten startade, fanns en ambition att komplettera Erstabacken med någon mellanvårdsform, ett boende med ett socialt stöd. Vid tiden för studien menade Nord att Ersta diakoni framöver kanske kunde planera någon typ av utslussningsboende. Nord såg det också som en möjlighet att utveckla samarbetet med psykiatrin för att stödja de boende att klara sitt vardagsliv efter utskrivning. Hon menade att Ersta diakoni skulle ha goda chanser att kunna erbjuda ett sådant stöd, bland annat för att det inom Ersta finns tillgång till psykiatrikompetens.
- Stöd och behov av stöd från Ersta sjukhus. Det fanns även ett behov av att se över vilket stöd Erstabacken under året som gått hade haft från det övriga sjukhuset, menade Nord, och att mot bakgrund av erfarenheterna av de boende Erstabacken hade haft fundera över vilken typ av stöd som var önskvärt att utveckla framledes, att

... diskutera med dom som är berörda: hur ser patienterna ut? Vad hade man kanske kunnat göra bättre? Gärna under ledning av chefsläkaren då, som är medicinskt kompetent. (Intervju Nord 060405)

- Bevara öppenheten. Inför framtiden var det viktigt, menade Larsson, att bevara öppenheten inte minst med avseende på målgruppen: var det rätt personer som kom till Erstabacken? Vid sidan om en fortsatt öppenhet runt Erstabackens målgrupp påtalades behovet att fortsätta att diskutera de insatser som riktades till de boende såväl under tiden de var placerade på Erstabacken som efter avslutad placering.

Utveckla lokalerna

Vid tiden för den inledande studien uppfattades lokalerna utgöra en särskild svårighet. Flera intervju-personer påtalade att lokalerna var för små och i vissa avseenden till och med olämpliga. Det fanns behov av större lokaler för expedition, av ett utrymme där personalen kunde samlas men även av ett litet lokalt medicinförråd. Ideström gissade att avsaknaden av medicinförråd var en svårighet som följt på att det saknats en medicinskt kunnig person i planeringen av boendet. En annan svårighet, som följde på att det saknades en sjuksköterska med ledningsansvar, var att ingen kunde fatta beslut om delegation av vissa arbetsuppgifter till undersköterskorna. (På hospice fanns delegation på exempelvis sondmatning, provtagning och att sätta katetrar.) Det enda beslut, som hade tagits och som man var överens om vid tiden för studien, var att inga undersköterskor skulle ha medicinhantering, eftersom det alltid fanns sjuksköterskor i tjänst. Enligt Nord blev detta ett tydligt uttryck för krocken mellan de olika lagstiftningarna. Erstabacken var ett *HVB-hem* och inte en *medicinsk verksamhet* och följde således reglerna för ett HVB-hem, och samma krav som fanns i slutenvården kunde därför inte följas. Även här menade Nord att hon jämförde med hemsjukvården och de förhållanden som den fungerade under. Erstas direktor tolkade svårigheterna med medicinförråd och lokaliteter snarare som ett uttryck för den nya konstruktion som Erstabacken utgjorde.

... tror mer det handlar om att det är ovanligt att arbeta på det här sättet, och då backar man gärna tillbaka till någon sorts trygghetshörn, till det man känner till. Sen tror jag ingen förstod hur det skulle vara i verkligheten ... (Intervju Larsson 060331)

Värt att notera är att Erstabackens verksamhetschef tillsammans med allmänläkaren inkommit med en skrivelse till sjukhuschef och direktor där de pekar på olika faktorer i lokalerna som de menade utgjorde en säkerhetsrisk och ett hinder för att erbjuda de boende fullgod vård. Enligt Nord stod valet inledningsvis mellan att ha något större lokaler och mindre personal – och tvärtom.

Och det är klart att man strävar ju efter så mycket personal som möjligt. Samtidigt är det så att jag tycker att man inte får ha det för trångt med psykospatienter... vilket innebär att jag tror vi måste öka ytan över tid. Men då måste man ju komma med ett förslag som finansierar det. Vi har fått bra betalt för verksamheten, så är det. Däremot skulle verksamheten må bra av att ha ett par boende till, tror jag. Då skulle man lösa alla problem, men vi har inte den beställningen. (Intervju Nord 060405)

Larsson menade att det behövdes större lokaler för den verksamhet som redan bedrevs men även större utrymme för att kunna ta emot MRSA-patienter och för att kunna separera kvinnliga från manliga boende.

Diskutera balansen mellan kommun och landsting

Det fanns ett generellt behov av att diskutera och utveckla balansen mellan kommun och landsting. Vid tiden för studien befanns sig verksamheten i en första avtalsperiod, och inför den kommande avtalsperioden fanns behov att se över verksamheten och bedöma om det behövdes några justeringar exempelvis i bemanning, val av målgrupp och relationen mellan sjukvård och social omvårdnad. Nord menade att samarbetet mellan den medicinska och den sociala aspekten kunde komma att utvecklas eller diskuteras framöver.

Ibland tycker jag man har lagt socialtjänstpersoner på dagtid; Why? Ibland känner jag att diskussionen ... När jag började på Maria ungdom på 90-talet, alltså är man bara socialtjänst på dagtid? Varför? Aktiviteterna skall göras på dagarna säger man då samtidigt har vi regler på kvällarna. Är det då så bra att man inte är

där? Det kan man ju grubbla på, tycker jag. Jag tycker också att man kan grubbla på om ledningen viktigaste uppgift är dagtid? Alltså – när har vi bekymmer? När inträffar det saker? Men jag har inte sett det så mycket som min sak att driva frågorna initialt, men jag tycker att man över tid måste tänka efter så vi i högre grad förenar det sociala perspektivet och sjukvårdsperspektivet. (Intervju Nord 060405)

Det fanns dessutom ett behov av att se över finansieringen. I det första avtalet var finansieringen lika från landsting och stad,

... men har det kantrat åt mer sjukvård, så kanske det är landstinget som skall stå för en större del av kakan och mer personal.. alltså att man anpassar efter det, eller tvärtom. (Intervju Fagerström 060421)

Farhågor och svårigheter

Vid tiden för utvärderingen hade verksamheten vid Erstabacken pågått i cirka ett år. Vilka var de farhågor och svårigheter som ett urval av nyckelpersoner mot bakgrund av detta första år uppfattade att Erstabacken stod inför?

Personalen på Erstabacken

Ett par farhågor kopplade till personalen lyftes fram. Dessa visar på en ganska intressant och motstridig bild av personalen på Erstabacken. Å ena sidan lyfte kommunens företrädare, Engström, fram sin farhåga att personalen på Erstabacken kan ha för höga sociala ambitioner i sitt arbete. I arbetet med personer ”som är så ordentligt marginaliserade, som har varit med så himla länge” finns en risk att personalens ambitioner att bidra till positiva förändringar hos de boende leder till att de sliter ut sig, om de försöker ...

... behandla bort nånting som är väldigt svårt. Och ska man behandla så skall man väl ändå arbeta med en sån målgrupp där det finns chans att behandlingen biter. (Intervju Engström 060403)

Å andra sidan uttryckte Erstas direktor en farhåga att det tvärtom kunde vara svårt att få medicinskt utbildad personal att fungera på ett tillräckligt socialt sätt i verksamheten.

Vi försöker ju driva nån linje att vår verksamhet skall ha en väldigt social inriktning. Och att man skall vara inte uppgifts- utan relationsorienterad i sitt sätt att jobba. När man är på Erstabacken inser man ju själv bara man kommer dit att det är trångt. De kan ju inte ha en personal som dom går in och gör saker och sen går ut och sätter sig nån annanstans, i fikarummet eller så. De måste vara där med sin närvaro, och det kanske är lättare för den yrkeskategori som kommer från social verksamhet än den som kommer från sjukvårdsverksamhet som har lättare att gå in på rummet och göra en insats och sen gå därifrån. Det tror jag är en sån där, men det kanske är en fördom från min sida, men jag tror det är en utmaning, för jag hör när dom diskuterar rekryteringen ... (Intervju Larsson 060331)

Det fanns dessutom vissa tankar runt Erstabackens personalgrupp som inte framstod som helt stabil utan ”det fattas väl lite där fortfarande – att hitta de rätta personerna på de rätta posterna”, menade Idestrom.

Otillräcklig tillgång till psykiatrisk kompetens

Enligt avtal skall Ersta diakoni tillgodose de boendes behov av vård, och teckna de avtal som behövs utöver de kompetenser som finns att tillgå på det egna sjukhuset. Trots detta är ett tydligt och återkommande tema i intervjuerna med såväl personalen som nyckelpersonerna frågan om tillgången till psykiatrisk – framför allt beroendepsykiatrisk – kompetens på Erstabacken. Det är dessutom ett tema som tonat fram redan tidigare i detta kapitel. En åsikt var att Erstabackens läkare saknade tillräcklig uppbackning från psykiatrin (inte minst från den psykiatriska kliniken inom det egna sjukhuset). En liknande erfarenhet menade Ideström även fanns hos övriga läkare som hade jour på Erstabacken. För läkarna på Ersta sjukhus var detta, enligt Ideström, en verksamhet och en patientkategori som ingen av dem var vana att ta hand om. Kombinationen av somatisk sjukdom, missbruk och psykiatri försvårade medicineringen, men kombinationen innebar dessutom att läkarna ställdes inför ett anorlunda bemötande från patienternas/de boendes sida:

Dom manipulerar på ett annat sätt. Och just det här att dom är manipulativa, är ingenting som vi är vana vi på det sättet... I viss utsträckning har vi ju det också, det finns överallt men ... och sen jag menar, dom har ju en psykiatrisk sjukdom också... Dom blir ju aggressiva och dom blir psykotiska... och det här – den psykiatriska delen och vårdintyg... polishandsräkning och... Det är ingenting man kan eller vet någonting om... (...) Men kombinationen psyk, somatik, missbruk... det är nog så svårt det kan bli. Det kan man nog säga. Det är det verkliga. Och när det gäller psyk överhuvudtaget, och det är likadant när det gäller våra patienter som kan bli psykotiska och så... så är det jättesvårt att få hjälp av psykiatrin. (Intervju Ideström 060330)

Nord menade att detta var en klassisk konflikt mellan ”vem som handräcker och vem som skriver vårdintyg.” Enligt hennes bestämda mening skulle vårdintyg skrivas av den läkare som hade ansvaret för patienterna, på Erstabacken således av den egna allmänläkaren. Det fanns synpunkter på att detta kunde äventyra de boendes förtroende till den ”egna” allmänläkaren om hon skrev ut vårdintyg. Nord var av en annan åsikt.

Jag tycker inte så. För då tycker jag att man måste lära sig att hantera den typen av situationer. Och detta gäller även jourerna, och där finns det olika skolor, men det är ju ofta så i relationerna, att man måste ju ta de svåra situationerna också för att få tillbaka förtroendet med, och detta gör man bra nu på de flesta ställen... (Intervju Nord 060405)

Nord var av den åsikten att det fanns psykiatrisk kompetens att tillgå vid den egna psykiatriska kliniken, men att diskussionen om vårdintyg och handräkning kan ha stått i förgrunden för diskussionen. På Hällpunkt fanns dessutom en beroendeläkare och en psykiatriker att vända sig till, även om Erstabacken fortfarande saknade tillgång till en beroendepsykiatriker. Nyhlin pekade på behovet att komma till klarhet om hur behovet av beroendepsykiatrisk kompetens skulle tillgodoses på Erstabacken. Det fanns ett behov av en sådan expertkunskap, menade han, för att kunna komma fram till ett lämpligt sätt att lösa de problem som hela tiden återkom inom boendet. Till skillnad från sjukhuschefen poängterade han att den psykiatriska verksamheten som bedrevs på Ersta sjukhus är väldigt specialiserad och att det inte var relevant att förvänta sig att den egna kliniken skulle kunna tillgodose de specifika behov som fanns inom Erstabacken. Eftersom Ersta diakoni är en privat vårdgivare, kan den psykiatriska kliniken inte heller skriva vårdintyg, något som ibland efterfrågades från Erstabacken.

Eftersom så många av de boende på Erstabacken led av psykisk ohälsa eller hade psykiatriska diagnoser, sades det finnas behov av en beroendepsykiatriker som inte bara kom för akuta insatser utan som

fanns tillhand i verksamheten på mer regelbunden basis. Spångberg var undrande inför tillgången till psykiatrisk kompetens på Erstabacken, där hon ”såg en liten lucka ibland”.

... alltså jag undrar om dom inte skulle ha nån psykiatriker mer kopplad till sig eller nån som kom, ja, och bedömde dom här patienterna, som lärde känna dom lite mer... För det är ju skillnad på beroendedoktor som är beroendedoktor på medicinsk grund eller beroendedoktor med psykiatri. (Intervju Spångberg 060322)

Spångberg var dessutom frågande inför vilken psykiatrikompetens men också beroendekompetens sjuksköterskorna hade. Den kompetensen borde, menade hon, vara lika stor som den somatiska. Om en person läggs in på Erstabacken för vård i livets slutskede utgör det ingen brist men för personer, som skall vårdas där för att sedan skrivas ut, ”då måste man ju kunna det här, på ett annat aktivt sätt” sade Spångberg.

Det är viktigt med personal med dubbelkompetens... har även mobila teamen sagt... att dom ibland har känt att personalen på Erstabacken har saknat den här dubbelkompetensen... Sen ifrån oss här på infektion är vi jätteglada att det finns nån som säger att ”vi tar patienten” när det är så otroligt många som säger att nej, det går nog inte, han är för sjuk, eller för psykiatriskt dålig – att det då finns några som säger att de tar emot, att visst, vi kollar läget.. fantastiskt bra. (Intervju Spångberg 060322)

Det psykiatriska tillståndet är svårt att bedöma. Och där såg Spångberg en brist hos personalen.

Dom säger ju att det är en klurig patient, men mer... det ser jag också, att dom har vanföreställningar, ja, men mer?! (Intervju Spångberg 060322)

Det har tidigare framkommit att Paul uppfattade att vårdplaneringsgruppen och verksamheten vid Erstabacken konstruerades utifrån ett smalare perspektiv än vad som var den ursprungliga tanken inom Höengruppen. Gruppens ambition var att hemlösa personer med en komplex problematik, som berörde somatik och socialtjänst, beroende och psykiatri, skulle tas upp till diskussion i vårdplaneringsgruppen och att Erstabacken skulle utgöra en möjlig lösning bland andra. Istället kom fokus att riktas mot den somatiska delen och vårdplaneringsgruppens funktion begränsades till att relatera enbart till Erstabacken. Oavsett hur bra verksamhet Erstabacken bedrev, var detta enligt Paul en utveckling som inte bidrog till att lösa eller tillgodose de psykiskt sjuka hemlösas behov av särskilda insatser. Diskussionen kvarstod, menade hon.

Hur skall man tillskapa något som är anpassat till de somatiskt och psykiskt sjuka hemlösa? Behövs ett psykiatriskt Erstabacken – eller räcker det med de psykiatriska klinikerna? (Intervju Paul 060322)

Erstabackens fortlevnad

I ett tidigare kapitel framkom att det fanns en oro hos viss personal om Erstabacken över huvud taget skulle få finnas kvar. Denna oro delades inte av Ersta diakonis direktor. Att Erstabacken så att säga utgjorde en ideologiskt tung verksamhet fungerade som ett skydd inför kommande avtal.

Och hur lång tid får det gå, när man tar sig fram, särskilt när det gäller ny verksamhet? Jag tycker ... Jag skulle vara beredd att föra ett oerhört politiskt oväsen om någon försökte tafsa på det här, med tanke på vad vi faktiskt åstadkommer i dag... och jag tror det skulle vara väldigt få politiker som skulle vara beredda att offra sig för att framstå som nedläggare av den här verksamheten. Men visst är det ett dilemma... det kunde ju vara en ideologiskt mindre tung verksamhet... då

skulle det kunna vara knepigt... Jag är inte så rädd för det här. (Intervju Larsson 060331)

Men såväl Idestrom som Nyhlin betonade emellertid att en i längden hållbar verksamhet skulle behöva vara större än vad Erstabacken var våren 2006.

Jag tror inte man kan ha en sån här verksamhet med åtta platser och tro att man ska kunna utveckla den, att man ska kunna förbättra och så vidare, hitta nya sätt att jobba, att man ska kunna ha ett bättre samarbete med omvärlden, att man ska kunna... Jag tror det behövs en betydligt större verksamhet. Jag skulle kunna tänka mig 15, kanske 20... då skulle man kunna ha den som en del, en vettig del i samarbetet med primärvården för de hemlösa. Men som det nu är, det blir för kostsamt helt enkelt. Det kostar för mycket pengar. (Intervju Nyhlin 060502)

En utökad verksamhet skulle å ena sidan kräva en helt annan organisation, eftersom ett arbete med ett utökat antal boende skulle vara svårare att utföra, men det skulle å andra sidan ge större tyngd åt samarbetet med Stockholms läns landsting och Stockholms stad. En svårighet, som var nära förbunden med Erstabackens framtid, var om stadsdelarna inte var så benägna att bevilja bistånd till placering på boendet.

... jag tror det är lite svårigheter med staden och det här med stadsdelar som inte riktigt vill släppa till patienter, att vi inte riktigt kan rå över det... Om vi tycker att de behöver hjälp med sin svåra sjukdom så kan dom ändå inte få tillgång till det här.. det tycker jag känns tråkigt, och .. det beror ju på vi är olika huvudmän och har olika ansvar i det här. Jaa... alltså, det måste lösas känns det som och därför ska vi ju se hur stort är det problemet? Är det bara nån enstaka så kanske man inte behöver haka upp sig så mycket på det va... men om det visar sig att det är ett mönster i det så måste vi hitta nån annan modell tror jag. (Intervju Fagerström 060421)

En farhåga, som Idestrom uttryckte, var att kommunen inte skulle bevilja placeringar på Erstabacken på grund av den höga kostnaden. Personalen påpekade att det i ibland rådde viss osäkerhet hos de boende om hur länge de skulle få stanna kvar på Erstabacken. Engström menar att man från enhetens sida har ett tidsbegränsat beslut, och att de boende visste om detta. Men det kan även vara så att Enheten omprövar ett beslut om ett annat boende blir aktuellt, inte minst med tanke på att Erstabacken just var ett så dyrt ställe. Hur besluten hanteras kan variera beroende på om de tas inom enheten eller i en stadsdel, om de tas av enskild handläggare, av sektionschef eller om de tas i stadsdelsnämnden.

En verksamhet inom ramen för en frivilligorganisation

I ett tidigare kapitel kunde vi se att Ersta diakonis ideologiska grundsyn och uppfattade historiska erfarenhet av att arbeta med utsatta grupper hade spelat roll för personal när de sökt sig till Erstabacken. Det fanns även åsikter om att denna ideologi påverkade personalens bemötande av de boende på ett positivt sätt men också att det fanns andra fördelar med att bedriva social verksamhet inom en icke vinstdrivande organisation. Hur resonerar ett urval av nyckelpersoner runt den eventuella roll det kan spela för verksamheten att den bedrivs av Ersta diakoni?

En annorlunda filosofi som genomsyrar verksamheten och ger kvalitet

Anledningen till att intresset riktades mot Ersta diakoni som vårdgivare var enligt Fagerström dels det centrala läget, vilket tänktes kunna bidra till att de boende stannade kvar, dels att Ersta hade lokalytor och dessutom, naturligtvis, tillgång till det egna sjukhuset med alla resurser som finns där. Men det fanns ytterligare en anledning:

Och sen har dom ju ett förflutet med hemlösa... nån dagvård dom hade för hemlösa... så dom liksom känner igen gruppen, även om de blev lite bestörta när de väl kom... för dom var lite svårare, ”värre” inom citationstecken... (Intervju Fagerström 060421)

Dessutom ansågs Ersta diakoni ha en filosofi som ”var lite annorlunda än vilket sjukhus som helst.” Fagerström trodde att det kunde vara lättare att få till stånd en verksamhet av Erstabackens karaktär till följd av detta, och att Ersta dessutom håller en god kvalitet i sina verksamheter.

Dom har en jättefin kvalitet... Dom har skrivit ner precis sin vårdfilosofi och sin policy i olika delar... alltså det genomsyrar deras verksamhet, tycker jag. Sen behöver det säkert inte utesluta att nån annan skulle kunna göra jobbet lika bra... men dom har också hela tiden... Det är inte så lätt att få någon vilja ta hand om den här typen av patientgrupp, men dom sa ju det hela tiden... ”Javisst, det kan vi säkert ordna bara vi får veta lite vad det handlar om”. (Intervju Fagerström 060421)

Enligt Idestrom var Ersta diakoni en möjliggörare för en verksamhet som Erstabacken genom samarbetet mellan den sociala verksamheten och sjukhuset. Samarbetsklimatet på det ”lilla” sjukhuset var gott, och samarbete mellan enheterna ger professionell stimulans och möjlighet att hålla sin mer à jour med andra specialiteter än den egna. Nyhlin menar att det var ganska enkelt att från Ersta diakonis sida få igång verksamheten: ”traditionellt har det ju funnits kontakt med hemlösa från Erstas sida, så jag tyckte det var ganska givet att man kunde koppla på det då” sade han. Erstabacken skulle väl passa in på Ersta diakoni:

... redan från början har man väl sagt om Ersta, att dom ska syssla med sånt som ingen annan vill göra.. Där samhället inte räcker till, och det här var ett typexempel på att det fanns inte överhuvudtaget. Det fanns ingen som ville... ville hålla

på med den här typen av problematik tydligen. (Intervju Nyhlin 060502)
Avsaknaden av vinstintresse kan ha en positiv effekt på en verksamhets varaktighet. Det kan vara en fördel, menade Nord,

... att bedriva sjukvård och även socialt arbete inom en organisation vars syfte bara är att göra gott, brukar jag säga, även om det är något förenklat. Men vi har ju inga sidointressen egentligen, kan vi inte göra något tillräckligt bra skall vi inte göra det. (...) När det drivs av vinstintresse kan du avveckla saker av skäl att det inte ger tillräckligt marginal. (Intervju Nord 060405)

En fördel för Ersta diakoni...

Direktorns syn på Erstabackens betydelse för den egna organisationen kontrasterar på ett spännande sätt mot de uppfattningar som präglat flera av intervjupersonerna. Ersta diakoni hade enligt Larsson inte den erfarenhet av att arbeta med hemlösa som flera påtalade. Organisationen hade...

... egentligen inte har tittat mot hemlöseproblematiken utan stillsamt sett att ja, det där tar väl Stockholms stadsmission hand om. Så för oss är det en ny sak, och jag tror den är oerhört... Den är ju en markör för oss. En ideologisk markör. (...) Det sociala välfärdssystemet klarade av dig och mig, men klarade inte av de mest marginaliserade. Så det ger en slags känsla för var vi skall vara nånstans. (Intervju Larsson 060331)

Behovet av en sådan ideologisk markör var, enligt Larsson, stort inom Ersta diakoni.

Min uppfattning är, att när jag kom hit, och det där kan ju låta lätt pretentiöst, men jag var förvånad över hur lite, jag vill inte säga diakoni för det är ett knepigt ord, utan jag säger nog hellre ideologi, som fanns i organisationen. Det är mycket sagt, men jag skulle kanske säga det att man var nära ideologisk konkurs... (Intervju Larsson 060331)

Erstabacken blev en av de viktiga ideologiska markörer som Ersta diakoni så väl sades behöva.

En fördel för de hemlösa..

Spångberg ser en generell fördel med frivilligorganisationer i arbetet med den hemlösa som har en komplex problematik. Det är ofta organisationer som Convictus²⁰ eller Stockholms stadsmission som känner den aktuella patientgruppen.

Det är dit vi kan ringa och snacka... påminn att han skall komma. Ett alldeles utmärkt sätt att få tag i dem... istället för att som förr... skicka nån påminnelse till nån adress som dom inte ens har längre... Det blir bara dumt. (...) Och många av dom personerna, är dom som larmar när det börjat bli riktigt riktigt illa... då är det dom som ringer helt förtvivlade... för då ser dom nån person som verkligen går ner sig... Är det då personer som dessutom har ett dåligt immunförsvar, då har ju vi ett ansvar i det. Annars så tycker jag att vi har ett ansvar att också länka vidare till övriga instanser. (Intervju Spångberg 060322)

Även om en verksamhet som den på Erstabacken skulle ha kunnat fungera lika väl i landstingets eller kommunens regi, menade Engström att den *air* som finns runt Ersta, den positiva klang Ersta har vad gäller bland annat omvårdnad, kan ge lite "guldstatuskant" på ett boende för en så knepig speciellt tung grupp. Det skulle kunna minska eventuellt motstånd och ge en förväntan på något bra hos klienterna.

²⁰ En ideell, politiskt och religiöst obunden förening som ger stöd till hiv-positiva med missbruksbakgrund och till hemlösa. (Se www.convictus.org).

Några avslutande frågor och reflexioner

Några frågor och reflexioner får avsluta presentationen av den studie som genomfördes ett år efter att verksamheten vid Erstabacken startade.

Hemsjukvård som garant för de boendes integritet

Det tycktes finnas en ganska god överensstämmelse hos de tillfrågade nyckelpersonerna om att Erstabacken bedriver hemsjukvård och att de inte uppfattade att där förelåg något dilemma vad avsåg de boendes pågående missbruk. Erstabacken erbjöd hemsjukvård, och till följd av detta kunde drogfrihet varken vara ett krav för inskrivning eller ett mål med vistelsen på boendet. De hemlösa kommer dit för att få tillgång till medicinsk vård. En intressant fråga för den kommande studien är om personalgruppens uppfattningar då i högre grad överensstämmer med grundtanken bakom boendet och om och i sådana fall hur personalens sätt att efterleva Erstabackens regler för exempelvis införsel av alkohol och droger har förändrats under de år som gått.

Ledningsfunktionernas organisering

Det fanns olika uppfattningar bland såväl personal som nyckelpersoner om organiseringen av ledningsfunktioner för verksamheten på Erstabacken. Uppfattningarna gällde bland annat fördelar respektive nackdelar med en enhetschef som var socionom. En återkommande synpunkt var emellertid att det innebar en viss begränsning med en chef som inte var medicinskt kunnig i ett medicinskt boende. Även om detta från sjukhusledningen sades vara en vanlig konstruktion inom exempelvis äldrevården, väcker det frågor om det snarare har varit balansen i samarbetet mellan landsting och stad som varit styrande än det behov av en medicinskt kunnig enhetschef som viss personal lyfte fram. Andra frågetecken som fanns vid tiden för utvärderingen var vad det medicinska ansvaret för Erstabackens allmänläkare skulle innebära i praktiken och hur avsaknaden av sjuksköterska i arbetsledande ställning skulle kompenseras. Hur kommer man att se på ledningsfunktionernas organisering två år senare? Har någon förändring skett, och i sådana fall vilken – ökad acceptans av den konstruktion som är eller ökat behov av att göra korrigeringar?

Lokalernas utformning

Det fanns tydliga önskemål från bland annat personalen att Erstabackens lokaler skulle förändras för att bättre passa den medicinskt vårdande verksamhet som bedrevs. Ett tydligt önskemål gällde medicinförråden. Även om detta uppfattades som ett dilemma för personalen skulle det – mot bakgrund av Erstabackens karaktär som HVB-hem – inte utgöra en svårighet som föranledde några förändringar. Erstabacken var ett boende – ingen sluten vårdavdelning, vilket även påverkade rutiner för medicinförvaring. Intressant är hur man under åren har löst denna återkommande fråga.

Målgruppen

En återkommande synpunkt från såväl personal som nyckelpersoner var att Erstabackens målgrupp blivit allt tydligare under det år som gått sedan verksamheten startade. Samtidigt sades det vara en lång process att komma till klarhet om vilka personer (och i vilken fas av sjukdomsutvecklingen)

som på bästa sätt kunde tillgodogöra sig Erstabackens vård och omsorg. Det fanns önskemål om att i någon mån utvärdera om de personer som placerats på boendet varit de ”rätta”. Var de ”lättare” korttidsrehabiliteringarna alltid önskvärda, dels med tanke på eventuellt begränsad effektivitet för behandlingen efter utskrivning, dels med tanke på att de kunde skapa oro för långtidssjuka och döende boende? Var det önskvärt att fasa in svårt sjuka döende i den traditionella hospicevården på Ersta hospice? Eller kan en fortsatt inskrivning på Erstabacken motiveras av att en (eventuellt möjlig) placering på ett traditionellt hospice skulle kunna innebära ett sämre bemötande av den hemlöse såsom varande apart och udda? I Höengruppen var tanken att de, som skulle få tillgång till hemsjukvård på Erstabacken, var personer som var uteliggare eller som var hänvisade till härbärgen eller akutboenden. Kan man säga att Erstabacken, genom att ta emot personer från andra boendeformer, på så vis avlastat distriktssjuksköterskor som inte vill ge hemsjukvård på inackorderings- och planeringshem? Har detta varit föremål för vidare diskussion? Kan ett rimligt argument för att även fortsättningsvis ta emot personer för lättare korttidsrehabiliteringar vara att det ger bättre arbetsmiljö för personalen?

Behovet av beroendepsykiatrisk kompetens

Höengruppens uppdrag var att utveckla former för samverkan mellan somatik, psykiatri, beroendevård och socialtjänst för hemlösa med komplex problematik. Detta var en grupp som alla parter ständigt talade om men där man hade svårt att hitta former för att samordna sina insatser. Det kan tyckas vara så att det önskvärda samarbetet inte heller har kommit till stånd i den modell som implementerades i Erstabacken, eftersom två av dessa fyra viktiga aspekter inte har beaktats i denna konstruktion. Resultaten från den inledande studien våren 2006 visar att samtalet fortsätter om hur denna grupp skall få sina behov av beroendepsykiatri tillgodosedda. En intressant fråga är om de somatiskt svårt sjuka, som placeras på Erstabacken, inte får tillgång till adekvat beroendepsykiatrisk vård men också om det finns svårt somatiskt sjuka som till följd av sin psykiatriska sjukdom inte blir aktuella för en placering.

En uppfattning var att allmänläkaren på Erstabacken saknat uppbackning från den psykiatriska kliniken på Ersta sjukhus. Detta sades kunna förklaras av att den psykiatriska kliniken var så specialiserad på ett annat område än den problematik Erstabacken mötte. Detta stämde inte enligt en annan förklaring utan det var istället den pågående diskussionen om vårdintyg och handräckning som utgjorde det egentliga hindret. Frågan om hur den beroendepsykiatriska kompetens skulle kunna tillgodoses kvarstod emellertid att lösa, och denna fråga gällde såväl tillgången till beroendepsykiatriker som sådan kompetens hos Erstabackens sjuksköterskor. Detta blir således en viktig fråga att följa upp i den kommande studien. Hur har behovet kunnat tillgodoses – genom den ”egna” psykiatriska kliniken på Ersta sjukhus, via Hållpunkt eller via andra konsultläkare?

Gränslandet mellan den medicinska och den sociala dimensionen

Vid tiden för den inledande studien fanns olika uppfattningar om var tyngdpunkten mellan den medicinska och den sociala dimensionen på Erstabacken fanns – och hur den borde fördelas mellan dessa dimensioner. Detta var av intresse inte minst med tanke på verksamhetens finansierare. Hur förhåller sig dessa dimensioner till varandra i den uppföljande studien? Är det möjligt att klargöra detta – eller är det, som Larsson betonade, egentligen en icke-fråga, eftersom man på Erstabacken vill skapa en helhetssyn som överskrider sådana gränser? Men vad innebär detta i det dagliga arbetet, och för personalens förståelse för de uppgifter de utför och vill utveckla?

Slutord

Vid tiden för den inledande studien fanns, som vi har sett, en hel del oklarheter och frågetecken runt verksamheten på Erstabacken. En alltid lika intressant fråga är emellertid hur relationen ser ut mellan olika nivåer inom organisationen – mellan det, som vi å ena sidan kan kalla beställarnivå och där såväl

företrädare för kommun och landsting men även för Ersta diakoni kan inräknas, och å andra sidan utförarnivån, personalen på Erstabacken som skall omsätta fattade beslut i det praktiska dagliga arbetet. Som vi sett ovan fanns det i vissa avseenden en diskrepans, eller ett glapp, mellan den förståelse som fanns på beställarnivån respektive utförarnivån avseende verksamheten på Erstabacken. Medan det fanns en relativ tydlighet på beställarnivå vad det skulle innebära att Erstabacken erbjöd hemsjukvård inom ramen för ett HVB-hem, fanns det oklarheter på utförarnivå som exempelvis gällde synen på drogfrihet och lokalernas (önskade) anpassning till en medicinsk verksamhet. Från en övergripande nivå sades det finnas fördelar med ett samarbete som prövas, stöts och blöts i en daglig, pågående verksamhet. Men samtidigt tycks det vara så att flera av de frågor som personalen brottats med redan har varit avklarade på en principiell nivå. En fråga som detta genererar är om och i så fall på vilket sätt informationen om de särskilda förutsättningar, under vilka Erstabacken drivs, har förts fram till personalen. En annan fråga är om personalens erfarenheter från det dagliga arbetet, och eventuella önskemål om förändringar i vissa frågor, kan tas tillvara eller om formen så att säga är given. Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns en rad intressanta och relevanta frågeställningar att följa upp och ge en fördjupad förståelse för i den kommande studien av Erstabacken, en komplicerad verksamhet för hemlösa med en komplex problematik.

III. PERSONALEN PÅ ERSTABACKEN 2008

I den följande delen av rapporten om Erstabacken sammanfattas de intervjuer som genomfördes på Erstabacken våren 2008 med undersköterskor/mentalskötare och sjuksköterskor samt med sionom, verksamhetschef och allmänläkare. Presentationen utgår från samma frågeställningar som i den första delstudien och som avser inslag i Erstabackens konstruktion som uppfattas som unika. Det första kapitlet tar upp kombinationen av kvalificerade medicinska och sociala insatser, det andra kombinationen av medicinsk korttidsvård och vård i livets slutskede och det tredje svårigheten att erbjuda somatisk vård till svårt sjuka missbrukare. Det fjärde och avslutande kapitlet redovisar personalens beskrivning av Erstabackens nuläge samt de svårigheter och utmaningar verksamheten uppfattas stå inför.

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser

Erstabacken är ett boende som erbjuder både kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. En intressant fråga är hur personalen ser på relationen mellan dessa två dimensioner inom verksamheten våren 2008, två år efter den inledande delstudien, och tre år efter det att verksamheten på Erstabacken startade. Det finns olika uppfattningar om denna relation även i dag. Om det å ena sidan finns uppfattningar om att utvecklingen har gått mot en ökad balans, så finns det å den andra sidan uppfattningar om det motsatta – om en utveckling där dessa två dimensioner, eller tendenser, har blivit allt tydligare. Detta är det huvudsakliga temat för följande avsnitt.²¹

Mot en ökad balans

En uppfattning inom personalgruppen är att det har utvecklats en balans mellan det medicinska och det sociala inslaget i verksamheten, även om det medicinska styr i och med att detta är anledningen till att de boende kommer till Erstabacken. Det medicinska kommer först och sedan kommer det, som hör till den sociala dimensionen, såsom lika viktigt. Ett uttryck för att balansen mellan det sociala och det medicinska arbetet har förbättrats sägs vara att journalföringen fungerar. Sköterskorna gör den dokumentation de enligt lag är skyldiga till i omvårdnadsjournalen, och socionomen och de boendes kontaktpersoner/undersköterskor dokumenterar i den sociala journalen. Undersköterskorna är också de som tillsammans med Erstabackens socionom arbetar med den sociala behandlingsplanen. Genom att det upprättas sociala handlingsplaner för de boende, där uppdragsgivarnas förväntningar inför placeringen klagörs, har den sociala aspekten blivit tydligare. Det finns positiva effekter av att både det medicinska och det sociala arbetet finns – båda behövs men det kan dessutom uppfattas som en fördel för sjuksköterskor som inte behöver ta samma stora del av vårdplaneringen för de boende på Erstabacken som inom den traditionella sjukvården. Sjuksköterskorna har omvårdnadsansvar för tre boende var, och även om de sitter med i vårdplaneringen runt dessa, är det Erstabackens socionom som är ansvarig för kontakten med bland annat biståndshandläggare.

En fråga, som var aktuell vid tiden för den förra studien, var ledningen på Erstabacken. Det fanns inledningsvis synpunkter bland annat på hur ”lyckat” det var med en verksamhetschef som var socionom, och således saknade den medicinska bakgrund som samtlig personal, med undantag för ytterligare en socionom, hade. Det uppfattas i dagsläget inte finnas några egentliga svårigheter förbundna med detta, även om det kan ställa krav på en god kommunikation. Ett exempel på detta kan vara att verksamhetschefen ibland kan göra andra prioriteringar än sjukvårdutbildad personal och att personalen i sådana situationer får förklara på vilka medicinska grunder en annan prioritering bör ske. Omdömena om verksamhetschefen är övervägande mycket positiva. Att det har tillkommit en biträdande verksamhetschef som är sjuksköterska, uppfattas generellt som en positiv förbättring, enligt en person den bästa som har hänt sedan Erstabacken startade. Vid tiden för den förra studien

²¹ I det följande kommer begreppet *personalen* att omfatta undersköterskor och undersköterskor/mentalskötare. När åsikter och uppfattningar presenteras, som verksamhetschef, socionom eller allmänläkare företräder, framkommer detta av texten.

saknades en sådan ledningsfunktion för sköterskorna, vilket skapade svårigheter i verksamheten. En person uttrycker en ovana vid att det finns så många chefer och det inom en så liten verksamhet finns en verksamhetschef, en biträdande chef, sjuksköterskor som är ”chefer” för undersköterskorna. Dessutom finns en läkare som skall dela ledningsansvaret med verksamhetschefen.

Två allt tydligare tendenser ...

Om en uppfattning är att det utvecklats en god balans mellan den medicinska och den sociala dimensionen inom verksamheten, finns även den motsatta uppfattningen. Enligt ett sådant sätt att se har det med tiden blivit allt tydligare att det medicinska och det sociala är olika utgångspunkter, eller till synes oförenliga tendenser. Situationen beskrivs som en ”kamp som har fastnat” och där personalen hamnar i kläm mellan två personer i ledande ställning som inte vill ge vika. Vad är det då som uppfattas skilja dessa två synsätt åt?

De två tendenserna sägs komma till tydligt uttryck när det skall fattas beslut om och när en boende skall flytta vidare från Erstabacken. Enligt det medicinska synsättet skall ingen boende flyttas från Erstabacken förrän personen i fråga är frisk eller när man vet att det finns bra boendelalternativ. Enligt det sociala synsättet är det viktigt att så snart personen är färdigbehandlad föra över ansvaret för det vidare boendet till socialtjänsten. På så vis kan platser frigöras för andra svårt sjuka hemlösa. En särskild svårighet med detta sägs vara att socialtjänsten inte alltid påbörjat arbetet med att hitta ett bra boende i tid.

Även om dessa två tendenser, enligt en person, alltid har funnits, så har de blivit tydligare men också skapat förvirring genom att Erstabackens verksamhet utökats med två lägenheter. Även om det fortfarande är medicinska skäl, som motiverar en placering i de två lägenheterna, så är det kommunen som finansierar placeringen och inte en samfinansiering som är fallet med boendet i övrigt (med undantag för en landstingsplats). Om detta förhållande sägs skapa en viss förvirring hos personalen, sägs de krav på bland annat drogfrihet, som socialtjänstens ställer, skapa förvirring hos dem som nu bor i lägenheterna. Krav på drogfrihet uppfattas som oförenliga med det lågtröskeltänkande som i övrigt finns på Erstabacken. Vi skall återkomma till detta senare.

... eller fyra olika krafter

Ett annat sätt att beskriva samma situation är att det inte finns två utan fyra krafter som påverkar beslutet om när en boende skall skrivas ut – eller inte. Hur beslutet för en enskild boende blir är, enligt detta sätt att resonera, ett resultat av förhandlingar mellan dessa fyra parter:

Erstabackens allmänläkare sägs företräda ett medicinskt synsätt, där alla skall vårdas så mycket som möjligt så länge det går. Eftersom de flesta som kommer till Erstabacken har så många både stora och små somatiska sjukdomar, finns det alltid något kvar att behandla och således alltid skäl för läkaren att behålla dem på Erstabacken.

Erstabackens verksamhetschef sägs vara mer pressad av ekonomiska ställningstaganden. Hans synsätt uppfattas vara att det är viktigt att det inte finns några tomma platser på Erstabacken. Man skall ta in nya boende så fort det går men också behålla dem så länge som möjligt.

Erstabackens uppdragsgivare sägs utgöra den tredje kraften som också har ekonomiska bevekelsegrunder men som därför vill ha så korta placeringar som möjligt.

Erstabackens övriga personal sägs vara ganska enig om hur länge olika personer bör vara placerade i boendet. Det väcks en del frågor inom personalgruppen, dels varför vissa personer skall bo kvar så länge som de gör men också varför vissa andra alls placeras på Erstabacken. Om den första frågan sägs kunna besvaras utifrån ett medicinskt synsätt, sägs den andra förklaras av verksamhetsansvariges ovilja att ha tomma platser på Erstabacken. Enligt en person finns ett stort missnöje inom personalgruppen med vissa av de placeringar som görs, dels att de kommer till Erstabacken, dels att de blir

kvar där oavsett om de stör eller förstör för andra boende genom sitt aktiva missbruk eller genom att de, vilket samtliga personal misstänker, tar in narkotika i boendet.

Ett gemensamt ledningsansvar

Erstabackens verksamhetschef säger att han och allmänläkaren har ett tydligt uppdrag att leda verksamheten tillsammans. Även om de sägs vara överens om Erstabackens konstruktion, kan det uppstå diskussioner om detaljer. De har möten varje vecka där bland annat sådana diskussioner kan föras. De olika synsätten ledde till en del konflikter i början, menar Erstabackens läkare. Själv var hon van från den medicinska praktiken att allt skall gå snabbt. Inom socialtjänsten menar hon att allt istället skall dras i långbänk... Men i dag går det bra, säger hon. Båda kompetenserna behövs, och hennes uppfattning är att man inom personalgruppen har slipats av lite mot varandra. Läkaren säger att det dessutom, i de flesta fall, fungerar väl i relation till socialtjänsten och att det gått bra många gånger efter det att boende skrivits ut från Erstabacken. De flesta har skrivits ut till en situation som, åtminstone kortsiktigt, inneburit en kvalitativ förbättring i de boendes livssituation. Det som ofta saknas på olika boenden är tillgången till sköterskor som fortsättningsvis kan hjälpa enskilda med deras medicinering. Det behövs fler boenden, menar läkaren, där det finns tillgång till sköterskor som i sin tur har tillgång till en läkare.

Ett tryggt boende ställer höga krav på samarbete

Tänker då Erstabackens socionom att detta är två tendenser som närmat sig varandra eller som, tvärtom, framstår som i någon mening mer oförenliga i dag? Enligt socionomens mening finns det å ena sidan olika delar i det sociala arbetet som personalen omfattar gemensamt medan det å den andra finns en begreppsgrund, ett synsätt som är lättare att dela med andra socionomer. Även om undersköterskor/mentalskötare är delaktiga i den sociala rapporteringen, har de med sig en annan grund från sin yrkessfär. Ett sätt att arbeta in en form av gemensam grund vore att ha en gemensam utbildning, exempelvis i beroende och medberoende. Handledningen är ytterligare ett stöd i en process att ”prata ihop oss mer”. Det kan vara så, menar socionomen, att de båda tendenserna visar sig tydligare över tid. Det beror delvis på hennes egen erfarenhet av att ha arbetat i och gentemot socialtjänsten. Detta har givit en tilltro till socialtjänstens ansvar och möjligheter men också till att de boende själva har resurser och förmåga att ta eget ansvar. Personal som inte har egna erfarenheter av socialtjänsten kan lätt ta till sig de boendes ofta negativa syn på denna, medan socionomen utgår från att handläggare har de boendes bästa för ögonen. Det uppfattas som bra att olikheter kommer fram och diskuteras för att arbetsgruppen på Erstabacken skall komma vidare. Det är positivt med den dynamik som uppstår. Personalen kommer från olika världar och har olika saker som de värnar om, och det är viktigt att hitta lösningar så att situationen för de boende kan bli den bästa tänkbara.

Erstabacken har utvecklats till ett tryggt boende, vilket är både på gott och på ont, menar socionomen. De boende vill ogärna flytta vidare, personalen vill ogärna släppa taget om dem... Kanske kan man säga att ju tryggare verksamhet, desto bättre samarbete krävs med socialtjänsten för att överbrygga skillnaden mellan detta boende och det som kommer därefter. Det är en viktig uppgift för Erstabacken att tillsammans med socialtjänsten och andra resurser arbeta för att underlätta flytten vidare. Samarbetet har blivit bättre efterhand, menar socionomen, dels för att Erstabacken är en mer känd insats, dels för att man från Erstabackens sida blivit tydligare i vad man önskar och förväntar sig av socialtjänsten.

Tankar om att utveckla det sociala arbetet

Det finns några olika tankar om hur det sociala arbetet på Erstabacken skulle kunna utvecklas.

- Bättre balanserade ronder. Varje vecka har personalen en rond där de diskuterar alla boende på Erstabacken. Även om socionomen deltar och för fram de sociala aspekterna på de boendes situation och vidare placering, är ett önskemål från henne att hon tillsammans med de boendes kontaktpersoner skulle utveckla sitt deltagande i ronderna så att det blev lite bättre balans mellan det sociala och det medicinska – som i dag tar det största utrymmet.
- Kvalificerade samtal. En av de saker Erstabackens allmänläkare efterfrågar är tillgång till en psykolog för de boende. De stödsamtal, som socionomen och de boendes kontaktpersoner för, täcker enligt hennes mening inte alltid de boendes behov. Socionomen hade tidigare ett önskemål om att föra mer regelbundna kvalificerade samtal med de boende, men ett sådant behov har inte riktigt funnits bland de boende, enligt hennes åsikt. En person som kommer till Erstabacken ställs inför så många osäkerheter, inte bara nya människor och en ny miljö, utan de är ofta oförberedda på sin fysiska status och osäkra på hur länge de skall få stanna kvar. Det har funnits någon boende som frågat efter samtal, men när detta väl har kommit till stånd så har viljan inte riktigt funnits där.
- Mer rehabiliterande insatser. Det finns synpunkter på att det sociala arbetet skulle kunna utvecklas mot mer rehabiliterande insatser. Många av de boende sägs sakna kunskaper om det dagliga livet – hur de skall sköta ett eget hem med tvätt och annat. Boende, som kommer till Erstabacken för en begränsad tid och som sedan förhoppningsvis går vidare till en bra boendeform, skulle därför vara betjänta av att lära sig vissa sådana funktioner och på så vis ta ett ökat ansvar för det egna livet. Detta är emellertid något som det sägs råda delade meningar om inom personalgruppen.

Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede

Ett annat inslag i Erstabackens verksamhet är att man tar emot både boende för korta vårdtider och svårt sjuka för långa placeringar och vård i livets slutskede. Det finns fortfarande olika åsikter om hur lämplig denna kombination av boende är, och kombination sägs ha varit föremål för mycket diskussion inom personalgruppen. Det finns uppfattningar om att denna kombination utgör en svårighet dels för personalen, dels för de boende. Men det finns även uppfattningar om att kombinationen tillför något av väsentligt värde för de boende. I det följande kapitlet presenteras dessa olika uppfattningar men också de olika tankar som finns om de olika boendeformerna och om hur de eventuellt skulle kunna utvecklas.

En kombination som skapar svårighet för personalen

En svårighet, som personalen kan ställas inför genom kombinationen av boende, sägs vara att de kan känna sig klivna i hur de fördelar sin tid och uppmärksamhet mellan olika boende. En svårighet med kombinationen uppfattas vara att de ofta stökiga korttidsboende upptar mycket av personalens tid. Detta kan innebära att de som är svårast sjuka ”får stryka på foten lite” som en personal uttrycker det, de ”som inte har ork att kämpa för uppmärksamhet”. När de korttidsboende dessutom gör att det blir stökigt i boendet, kan det vara svårt att vara mentalt närvarande och kunna känna av mer subtila signaler från de långtidsboende. Dessutom förekommer den motsatta åsikten att det framför allt är de korttidsboende som klagat över att personalen har för lite tid för dem. En person menar att så är fallet: personalen satsar den mesta tiden på dem som är svårt sjuka. Men i dag finns en spännvidd mellan de boende – ”nån som bott en natt, en annan som bott i två år...” som en person säger. Hur fördelningen av tid mellan olika kategorier av boende ser ut, sägs även variera med vilka boende som finns för tillfället.

Det tar tid att vårda boende som befinner sig i slutskedet, och det kan finnas en motsättning där, menar läkaren. Men enligt hennes mening finns det inte några egentliga svårigheter i detta som inte personalen kan tackla. En synpunkt är (förstås) att en homogen grupp av boende skulle vara enklare att hantera, om det exempelvis var så att de boende som togs in, tillhörde den sjukaste gruppen som skulle komma att bli kvar på Erstabacken. Det skulle vara lättare för personalen att ha ett tydligare förhållningssätt gentemot de boende om personalen visste att de kom till Erstabacken för att stanna. Det är ett för litet boende för att dela det i två avdelningar, anser läkaren, och dessutom skulle detta kunna göra skillnaden mellan olika boende än tydligare, om vissa fick flytta in i ”dödens väntrum” säger hon.

En svårighet för de boende

Kombinationen av friskare korttidsboende och svårt sjuka eller döende blir enligt en åsikt svårare på Erstabacken än på en vanlig vårdavdelning. På Erstabacken lever de boende närmare varandra, de ser tydliga försämringar hos andra, och vet om när någon är döende eller har dött. Närheten till döden uppfattas väcka en viss ångest hos de boende. Enligt läkaren kan det vara tufft för dem som bor en längre period på Erstabacken och som hinner vara med om flera minnesstunder. Det kan även vara så att närvaron av rörligare och rörigare korttidsboende skapar otrygghet och oro för de svårt sjuka.

En person menar att det vore skönare med skilda typer av boende med tanke på de sjukare, även om det inte låter sig göra – såväl kök som tv-rum är gemensamt, och det vore dessutom svårt att dela upp personalstyrkan på två.

En kombination som är de boende till godo

En annan uppfattning är att det kan finnas ett värde i att Erstabacken tar emot både friskare och svårt sjuka men också döende personer. Kanske är det så, menar verksamhetschefen, att det värdiga slut, som de boende har fått på Erstabacken, kan innebära en trygghet för andra. De vet att de kan få sluta sina dagar på Erstabacken, att även de kan bli föremål för de positiva hågkomster som personal och andra boende delar efter att någon har gått bort. Kanske kan det även vara så att mötet med andra boende, som är sämre än man själv, kan ”stämna till eftertanke” säger socionomen, ”och kanske kan ge en skjuts att ta hand om sig själv bättre”. Kombinationen av friskare och sjukare boende kanske även kan tillföra något viktigt till verksamheten på Erstabacken. De som är friskare kan ha önskemål om friskare saker på boendet, vilket kan vara bra för alla.

Oavsett hur personalen ser på för- och nackdelar med den konstruktion Erstabacken har, så är det ingen som ser en uppdelning av verksamheten som realistisk. Tvärtom finns en acceptans av att det är så här verksamheten ser ut och att det är en unik uppgift för personalen på Erstabacken att hantera detta klokt.

Medicinsk korttidsrehabilitering

Sedan den tidigare studien sägs arbetet med de boende som kommer till Erstabacken för medicinsk korttidsrehabilitering ha förbättrats på flera punkter. För det första finns det tydligare strukturer och förbättrade regler. Även om arbetet med att utveckla och anpassa regler efter de boende är en ständigt pågående process, finns en uppfattning om att det blivit bättre. Man nämner bland annat nya regler för när de boende skall vara inne på kvällen, efter vilken tid de inte får ta emot telefonsamtal och när deras eventuella besök skall lämna boendet. (Intressant nog är detta regler som verksamhetschefen menar tillkom med tanke på en enskild boende och att reglerna skulle tas bort igen.) En utmaning för personalen är att stå ut med den flexibilitet som krävs. Det är inte bara att bestämma hur det skall vara utan reglerna måste anpassas till de olika problem olika boenden har. För det andra har personalen utvecklat rutiner för information till de boende. Vid ankomst får en ny boende muntlig information och en pärm där all information står om nycklar, regler, kontaktperson med mera. Efter ett par dagar tar man upp detta igen med den boende som därefter skriver under och accepterar de villkor som råder. Men det finnas fortfarande svårigheter med att ta emot mindre sjuka personer med ett mer aktivt missbruk, en svårighet vissa uppfattar har försatt Erstabackens verksamhet i kris.

Korttidsboende genererar kris

En uppfattning är att svårigheterna med de korttidsboende har accentuerats under senare tid. En förklaring sägs vara att bristen på kö till Erstabacken, i kombination med verksamhetschefens ovilja att ha tomma platser, leder till att man i dag tar in boende för vilka Erstabacken egentligen inte är rätt plats. Hade det funnits fler som var aktuella för placering på Erstabacken, hade man kanske kunnat ”sälla lite mer” som en person uttrycker det. Ibland kan det vara svårt att på förhand veta om en person passar på Erstabacken eller inte. Men om personen efter ett tag visar sig störa och förstöra för andra boende, finns åsikter om att placeringen borde kunna omprövas. En person i personalgruppen uppfattar att det i dagsläget är lite som två olika avdelningar – dels de mycket sjuka som personalen kan ta hand om på ett gott sätt, dels andra som kommit in på lösa grunder och som sägs förstöra för andra boende och ge Erstabacken dåligt rykte. Detta uppfattas försätta verksamheten i en kris, och på denna sägs nödvändigheten att göra ett vägval följa: antingen väljer Erstabacken att inte ta emot denna yngre, friskare grupp med ett aktivt missbruk – vilket i sin tur kan innebära att verksamheten

ställs inför ekonomiska svårigheter – eller så får verksamheten konstrueras om för att kunna hantera denna kategori boende bättre. Men, menar en person, en verksamhet som är mer polisiär, mer utformad för att gränsa aktiva missbrukare, skulle inte vara förenlig med hospiceverksamheten för svårt sjuka och döende personer. ”Det är som att blanda dagis och tonårsklass i samma rum” säger han, och menar att det är en omöjlighet för en typ av lärare att ta hand om båda dessa ”elevgrupper”.

Yngre hiv-smittade missbrukare – fel, eller rätt boende för Erstabacken?

Det är speciellt en grupp av boende som utkristalliserat sig och som både Erstabackens läkare och flera inom personalen menar att det vore önskvärt att placera någon annanstans. Det är unga aktiva hiv-smittade missbrukare som kommer för att ställa in bromsmedicin. Eftersom de bortsett från sin infektion är friska och aktiva i sitt missbruk, skapar de problem dels genom att langa, dels genom att det blir rörigare och stökigare inne på boendet, vilket kan vara tröttande för andra, sjuka boende. Detta är en grupp som flera menar skulle placeras på en annan typ av boende, eftersom deras behov skulle kunna tillgodoses av medicinkonsult och sjuksköterska, alternativt inte skulle behöva läggas in om det fanns anpassade och tillgängliga mottagningar där de kunde få den hjälp de behöver.

Men det finns även åsikter om att även denna grupp är ”rätt” för Erstabacken så länge det inte finns några andra alternativ. Det är en grupp som behöver hjälp att ställa in bromsmedicin under kontrollerade former och som behöver hjälp att varsebli eventuella biverkningar av medicinen och vid behov få kontakt med infektionskliniken. En annan åsikt är att de svårigheter de friskare korttidsboende med ett aktivt missbruk genererar, är i något avseende temporära. Många av dem, som kommer till Erstabacken för en korttidsrehabilitering, brukar minska sitt missbruk under tiden de är där, säger en person. De skaffar sig en viss kontroll för att kunna fullfölja det de skall göra där. De som stannar kvar brukar anpassa sig, medan de som inte klarar detta lämnar boendet. På så sätt kan det vara oroligt innan en ny boende hittat formen – eller valt att lämna Erstabacken. Vi återkommer till detta i ett kommande avsnitt.

Särskilda svårigheter

Det finns några särskilda svårigheter förbundna med korttidsboendet på Erstabacken:

- Införseln av droger. Enligt flera i personalen är detta ett accelererande problem i och med att Erstabacken sägs ha blivit något av en ny marknad. Personalen säger att det exempelvis stannar bilar utanför boendet ... Denna situation ställer nya och högre krav på personalen, framför allt att reagera snabbt när de ser eller misstänker att någon boende missbrukar eller langar inne på boendet. En åsikt är att personalen hittills har varit lite för släpphänta, vilket i sin tur sägs vara en konsekvens av att det ännu inte finns någon plan eller några rutiner för hur personalen skall eller får agera i sådana situationer.
- Otillräcklig psykiatrisk kompetens. En annan svårighet, som vi återkommer till i det kommande kapitlet, är att personalen uppfattar att de inte har tillräckliga resurser för att hantera boende som psykiskt mår allt för dåligt. ”Det kan finnas en oro hos personalen” säger en person, ”inför att vissa av dem skall komma tillbaka till Erstabacken.”
- För långa placeringar. En annan svårighet som nämns, är att en del av de boende blir kvar på Erstabacken längre än vad de av medicinska skäl skulle behöva. Detta uppfattas i vissa fall bero på att deras sociala situation och boende efter utskrivning inte har löst sig. Personalgruppen menar att socialsekreterarna måste bli bättre på att redan vid inskrivningen på Erstabacken börja arbeta för en lösning efter avslutad placering.
- Ett förtäta samarbete med socialtjänsten. Ett sätt att utveckla korttidsboendet vore att förtäta kontakten med handläggarna från socialtjänsten, dels genom att de kom in tidigare i processen, dels genom tätare uppföljningar där även medicinsk personal deltar. Det kan

vara en långdragen process att få ett placeringsbeslut och att därefter få ett tydligt uppdrag. Ett annat sätt att utveckla korttidsboendet vore att även ha tätare uppföljningar mellan personalen inom Erstabacken – med socionom, kontaktpersoner och sjuksköterska.

En känsla av tröstlöshet...

En känsla av tröstlöshet sägs kunna finnas i arbetet med korttidsboende, dels när boende skrivs ut från Erstabacken till osäkerhet eller till boenden dåligt anpassade efter deras behov, dels när boende under tiden på Erstabacken har fått god balans i sin medicinering med smärtstillande och lugnande medicin, en medicinering som måste tas bort inför utskrivningen, för att därefter ställas in på nytt, någon annanstans ... Även om personalen menar att det brukar gå bra för de flesta som lämnat Erstabacken, kan det vara svårt att se dem flytta vidare. En person säger att hon gärna ”vill att alla skall vara kvar här ...”

Vård i livets slutskede

Vid tiden för den första studien hade endast en boende avlidit på Erstabacken. Hur är tankarna och erfarenheterna om den vård personalen har erbjudit de i dag åtta personer som avlidit på boendet?²² Vården av de boende i livets slutskede uppfattas fungera bra. Verksamheten sägs dessutom få en speciell funktion för personalen, eftersom hela personalgruppen kan enas i sin omsorg om svårt sjuka och döende boende. ”Det är inget tjafs” säger en personal, ”alla gör det med god vilja och hjärtat”. Det är dessutom så att många av de komplicerade frågor som dels kan splittra personalgruppen, dels kan vara svåra att hantera när det gäller de korttidsboende, saknar relevans för vården i livets slutskede. Personalen vet att de boende skall finnas kvar och att de skall dö på Erstabacken. Dessutom avtar och upphör ibland deras missbruk helt. Att vården har fungerat bra sägs även hänga samman med det faktum att det hittills bara har varit en boende i taget som befunnit sig i ett slutskede. Hade det varit två eller tre som varit i behov av samma omvårdnad, är uppfattningen att det hade varit svårt att få tiden att räcka till – inte minst med tanke på att de korttidsboende också kan vara mycket krävande.

Erstabackens särart?

En fråga, som vissa i personalgruppen ställer sig, är varför döende personer skall vårdas på Erstabacken, när de i vissa fall skulle kunna vårdas på en vanlig hospiceavdelning? Vilken blir Erstabackens särart, om man vårdar boende som inte längre skulle utgöra en ”svårighet” för den traditionella vården? Enligt Erstabackens läkare är det viktigt att ha den sjuka boendes perspektiv: alla skall ha samma möjlighet att välja mellan att vårdas hemma (för vissa Erstabacken) och på hospice – i synnerhet som en del av de boende har varit på Erstabacken under lång tid och hunnit bli trygga där. Det kan dessutom vara så att Erstabacken har en erfarenhet av personer med ett missbruk som hospice saknar. ”Våra patienter dör inte på vanligt sätt enligt döendetrappan” säger läkaren. Till skillnad från de patienter hospice har så genomgår inte personer med ett gravt missbruk samma faser eller samma process inför döden. Detta innebär för många, menar hon, att det sista stadiet kommer mycket snart in på själva dödsögonblicket. En tidigare boende på Erstabacken gick till systembolaget på förmiddagen och dog strax efter lunch.

Behov att utveckla vården i livets slutskede

Även om det finns en gemensam uppfattning om att de svårt sjuka och döende får en god omvårdnad och att de får sluta sina dagar på ett fint och tryggt sätt på Erstabacken, så finns det ändå vissa saker som lyfts fram som skulle kunna förbättras.

²² Ytterligare fyra av de boende som vårdats på Erstabacken har avlidit men inte där utan på hospice eller annat boende.

- Ingen uttalad hospiceplats. Det är aldrig uttalat att någon kommer till Erstabacken för att placeras på en hospiceplats, säger en person i personalgruppen. Ingen förutser att någon kommer till boendet för att dö utan de kommer för att få akut somatisk hjälp eller behandling. Först efter hand blir det klart om någon kommer att behöva vara kvar och vårdas i livets slutskede, och då omvandlas platsen till en hospiceplats. Detta kan försvåra personalens tydlighet gentemot den boende.
- Den fysiska omvårdnaden. En uppfattning är att kunskapen om hur man rent fysiskt vårdar en sängliggande och döende person varierar inom gruppen av undersköterskor och att det vore önskvärt att alla hade samma kunskap. I dag har de undersköterskor, som kan och som vill, delegation på att sköta provtagningar och såromläggningar. En åsikt att det vore önskvärt att alla hade sådan delegation och kunde ge samma omvårdnad till de svårt sjuka boende.
- Möjligheten att sätta in extravak hos döende. I något fall har det uppstått diskussioner bland personalen om att de inte har hunnit ta hand om en döende person som de hade önskat. Enligt verksamhetschefen är det fullt möjligt och helt fritt för ansvarig sjuksköterska att kalla in extra personal om hon eller han upplever att det finns ett behov av mer stöd. Det är dessutom så att ansvarig sjuksköterska även kan kalla in personal för att avlösa en undersköterska som har varit vaken under sin (sovande) jour för att ta hand om en döende person. En svårighet kan vara att avgöra när någon är döende och extravak behöver tillkallas. En av personalen menar att man är lite olika i sina bedömningar av detta men att den som känner sig orolig kan ringa in någon.
- Personalens existentiella beredskap. Den generella åsikten är att alla inom personalgruppen på Erstabacken är erfarna sjuk- och undersköterskor som sedan tidigare har vana att hantera döende och döda personer såväl som deras anhöriga. Om det finns behov hos personalen att ventilera egna känslor som ett dödsfall väcker, är uppfattningen att detta sker i handledningen. Men det finns även en uppfattning om att personalen saknar tillräckliga teoretiska kunskaper för att hantera den existentiella ångest som de boende kan ha genom att själva vara eller leva nära döende. Diakonen som kommer till Erstabacken skall ha den rollen, men inom personalgruppen sägs ett tabu råda. Ingen i personalen vågar riktigt sätta sig ner och ta itu med frågor av mer existentiell karaktär.
- För långsamt för de boende. En uppfattning är att det kan bli tråkigt för dem som vårdas under lång tid på Erstabacken. De är i behov av förströelser som personalen inte har tid till. Här har och kan volontärerna fylla en viktig funktion för att ”sätta guldkant på tillvaron” genom högläsning och olika sociala aktiviteter. Ett annat sätt att utveckla verksamheten vore om det var lokalmässigt möjligt att erbjuda de boende utrymme för kreativitet, musik, färger ...

Smärtlindring

När den tidigare studien genomfördes, fanns ett visst ifrågasättande av vilken kompetens Erstabackens läkare hade att smärtlindra svårt sjuka boende. Det uppfattas som en svår roll för läkaren att hitta lämpliga doseringar för svårt sjuka personer med ett narkotikaberoende. Den generella uppfattningen är att detta har förbättrats, även om det sägs kunna bli ännu bättre. Ett önskemål från en person är att gå kurs i smärtlindring för att ytterligare förbättra omvårdnaden om de svårt sjuka. Men det finns även en åsikt om att cancersjuka missbrukare tenderar att få mindre av smärtlindring än cancersjuka utan missbruk – trots att missbrukarnas tolerans skapar ett behov av mer smärtlindring. En person uppfattar att läkarens försiktighet fortfarande är allt för stor. Enligt läkaren själv var det svårt att hjälpa svårt sjuka boende med smärtlindring i början. Det fanns specialister att tillgå för smärtlindring, palliativ vård och beroendevård – men det fanns ingen som hade den samlade kompetens som

behövdes för dem som vårdades på Erstabacken i livets slut. På Erstabacken har läkaren, i samarbete med hospice, fått lära sig detta ”den” som hon säger ”hårda vägen”. En särskild svårighet för läkaren har varit att hon är ensam läkare på Erstabacken. Hon har inte haft någon kollega att bolla olika frågor med. Dessutom avgick klinikchefen på hospice, som hade funktionen av arbetsledare för läkaren på Erstabacken, och tjänsten tillsattes på nytt först åtta månader senare.

Diakonal verksamhet på Erstabacken

I det här sammanhanget kan det vara på plats att ge en kort presentation av de diakonala insatser som sjukhuskyrkan på Ersta sjukhus bedriver på Erstabacken. Sedan våren 2006 får boendet regelbundna besök varannan vecka av en diakon från sjukhuskyrkan på Ersta sjukhus. Initiativet till detta kom från Erstabacken. Diakonens insatser på Erstabacken är för det första dessa regelbundna besök då hon dricker kaffe eller äter lunch tillsammans med boende och personal. Syftet är att göra sig bekant med såväl boende som personal för att kunna fånga upp och möta såväl spontana behov av samtal som eventuella önskemål om en mer regelbunden kontakt. Det har hittills varit någon boende per termin som har önskat enskilda självvårdande samtal, framför allt svårt sjuka boende som sedan avlidit på Erstabacken. ”Ju mer man är där” säger diakonen, ”ju mer tas man i bruk”. Det innebär att hon kommer dit minst en gång i veckan för att göra något för en boende, för ett samtal runt en begravning eller för att sätta upp lappar om andakter på hospice. Det kan vara en svårighet att de boende är oberäkneliga och det kan vara svårt att bestämma och framför allt att hålla avtalade tider. Men det kan även vara så att de inte orkar träffa diakonen, eftersom de kan vara för dåliga just den dag man bestämt. Ibland kan det även vara så att det är personalens önskemål att diakonen skall prata med någon av de boende men att den boende själv kanske varken vill eller orkar ha något samtal. Diakonen uppfattar att hon många gånger ses som något annat än personalen i meningen att hon är en symbol för något annat. Detta märks på de frågor boende riktar till henne just för att hon kommer från kyrkan. ”En del har funderat på livet hela livet” säger hon, och många är belästa på bibeln och vill prata utifrån detta.

Minnesstunder för avlidna

En annan uppgift som diakonen har, är att leda minnesstunder när en boende avlidit. Efter att ha provat sig fram har hon tillsammans med personalen hittat en bra form för denna stund. Personal och boende samlas i vardagsrummet. Där finns ett inramat foto av den avlidne, tända ljus och vackra blommor. Diakonen håller en kort andakt och sedan dricker man kaffe i fina koppar och äter tårta. En del av de boende har uppfattat denna stund som arbetsam, eftersom den väcker tankar på vem som står näst i tur, kanske man själv, men det har ändå varit önskvärt med ett tillfälle att få ta farväl av en person som för många hunnit bli en vän. Diakonen menar att minnesstunden både möter de boendes och personalens behov av att få samlas och ta adjö. Personalen har uttryckt önskemål om att minnesstunden skulle utvecklas mer mot ett personligt samtal med de boende runt deras tankar om döden, ett tillfälle för dem att reflektera runt sin egen situation. Diakonen är inte säker på att minnesstunden och detta mer personliga samtal skall lyftas vid samma tillfälle. Från Erstabackens sida var önskemålet att diakonen skulle komma för de boendes skull. Hittills har diakonen inte haft några enskilda samtal med någon ur personalen, även om det blir, som hon säger, en del korridorprat. Hon har heller inte deltagit i personaldagar eller utbildningar för personalen, till skillnad från på hospice och mag- och tarmklinken. Där tas diakonen i bruk i utbildningar men även för enskilda samtal med personalen runt existentiella frågor.

Önskemål om utökad närvaro

Det finns önskemål om att diakonen men också prästen i sjukhuskyrkan skall vara mer närvarande på Erstabacken. Ibland har de gått dit tillsammans, eftersom det ökar valmöjligheten för de boende. Någon kanske hellre vill träffa en präst, då det kan ligga ett annat symbolvärde i detta än mötet med

en diakon. Många frågor berör skuld, skam, svåra familjefrågor och vad man har gjort med sitt liv, och i samtal om detta kan det vara en fördel att prästen deltar. Samtidigt skall sjukhuskyrkan räcka till för många andra avdelningar och för hemsjukvården. Diakonen själv önskar att hon hade mer tid och framför allt att man var fler i sjukhuskyrkan. Det är positivt att besöka Erstabacken enligt diakonen. ”Det finns inget annat ställe man känner sig så välkommen på som Erstabacken” säger hon. Hon känner sig även välkommen av de boende och menar att det kanske kan bero på att de känner sig trygga i boendet men kanske också på att diakonen inte är en myndighetsperson utan företrädare kyrkan. Kanske är det så att de vid olika tillfällen under livets gång har fått hjälp av kyrkan, säger hon, och därför känner förtroende.

Personalens synpunkter på diakonens bidrag till boendet

Det uppfattas som positivt att en diakon från sjukhuskyrkan på Ersta sjukhus besöker boendet. Kombinationen av boende och närheten till svårt sjuka och döende personer uppfattas väcka starkt existentiella frågeställningar hos dem som placeras på Erstabacken. Diakonen sägs kunna erbjuda mycket hjälp i detta. Det behövs tid för att möta sådana frågor hos de boende, och det kan vara svårt för övrig personal att sitta ner tillräckligt länge utan att bli avbrutna. Diakonen uppfattas ha fyllt en funktion för boende som närmat sig livets slut, som ”vill göra en sluträkning med sitt liv” som en person uttrycker det. För att sådana samtal skall komma till stånd, uppfattas det vara av vikt att det kommer en utomstående person till Erstabacken. ”När de vill prata om djupa saker vill de prata med en ängel som dimper ner, och inte har med det andra att göra” säger en person. Det är tydligt att det är de boendes frågor och existentiella funderingar som diakonen förväntas möta.

Ersta lägenhetsboende

I den tidigare studien visade det sig att det fanns vissa tankar på och önskemål om att verksamheten på Erstabacken skulle kunna utökas med ett mellanboende, en utsluss av något slag. Sedan kort tid har Erstabackens verksamhet utökats med två tvårumslägenheter i samma fastighet som det övriga boendet. Dessa boenden har emellertid väckt en hel del frågor, bland annat om vilken funktion lägenheterna skall ha, för vilka, och vems regler som skall råda.

En positiv utveckling

Det finns olika åsikter om lägenhetsboendet inom personalgruppen. Å ena sidan finns personal som ställer sig positiva till denna utveckling och som ser fram emot att arbeta vidare med och utveckla denna nya verksamhet. En tanke är att bygga in moment för rehabilitering i boendet för att öka de boendes förutsättningar att så småningom klara boende helt på egen hand. Även om det inte uppfattas ha fungerat så bra för dem som bor i lägenheterna i dag, finns tankar om att Erstabacken kan komma att ta emot yngre boende som man skulle kunna hjälpa vidare. Då finns behov av en tydligare boendekedja, där lägenheterna kunde vara bra som ett mellanboende. En annan tanke som förs fram är att Erstabacken skulle utveckla ett boende för dem som drabbats av hiv och som är i behov av ett korttidsboende för att ställa in bromsmediciner. I lägenheterna skulle Erstabacken kunna ta emot personer för sådana två tre veckors placeringar.

En tveksam utveckling

Å andra sidan finns personal som uttrycker större tveksamhet inför att vissa boende flyttar vidare till dessa lägenheter. För det första uppfattas det som en särskild svårighet att lägenheterna endast finansieras av kommunen, även om det fortfarande är medicinska skäl för fortsatt placering där. De regler som enligt socialtjänsten skall gälla för en av de boende uppfattas gå stick i stäv med reglerna på Erstabacken, eftersom reglerna omfattar krav på drogfrihet. Den boende får bland annat lämna regelbundna urinprov. Enligt Erstabackens socionom är det emellertid ganska naturligt att det är andra

regler som gäller i lägenheterna, som finansieras av kommunen, än i det gemensamma boendet. Det är dessutom så, säger hon, att kommunen även kan ställa krav på dem som bor på Erstabacken – att de exempelvis skall vara på boendet och att de skall ta del av vården där.

För det andra sägs Erstabacken i dagsläget sakna de verktyg som behövs för att de personer som flyttar in skall klara boendet på ett gott sätt. Så längre personer finns i det ordinarie boendet kan personalen utöva mjuk kontroll och staga upp deras beteende, men när de flyttar in i en egen lägenhet utan ett sådant stöd och utan ett socialt sammanhang, så går det inte bra. Detta, menar en person i personalgruppen, har visat sig med de två personer som i dag bor i lägenheterna. En annan synpunkt är att vissa av dem, som placeras på Erstabacken, när en dröm om eget boende. När de väl flyttar till en lägenhet, kan det visa sig att detta är mer av drömmar än vad enskilda personer har realistiska möjligheter att klara av. I den ensamhet, som drabbar den som flyttar till en lägenhet, kan de boende lättare falla offer för sina egna impulser till missbruk och annat. De hamnar dessutom i en situation där de kan få svårt att stå emot och säga nej till vänner som vill bo eller övernatta hos dem. Även om man måste ge alla en chans, säger en person, måste personalen vara noggranna med vilka som kan ha en realistisk chans att klara av att bo i lägenheterna.

En möjlighet att pröva två olika funktioner

Även om lägenhetsboendet kom till snabbt, fanns det vissa tankar hos verksamhetschef och hos allmänläkare om hur de skulle kunna utnyttjas och för vilken grupp av boende. Lägenheterna fungerar i dag utifrån två olika tankar om vilka funktioner de skulle kunna fylla i framtiden. Läkarens önskemål var att lägenheterna skulle fungera som ett gummisnodd- eller jobboende för cancersjuka. Tanken är att en boende som kommer till Erstabacken för att få behandling för sin cancer skall ha en "egen" lägenhet att flytta till när behandlingen är avslutad för att därefter kunna återkomma till det gemensamma boendet och dygnet runt-vården, när personen blir sjuk och så småningom döende. Verksamhetschefens önskan var att lägenheterna skulle fungera som en utsluss för dem som skulle ut i samhället igen efter placeringen på Erstabacken. I dag prövar man enligt läkaren dessa två olika funktioner, men att man gör det med boende, som tillhör olika stadsdelförvaltningar, har inneburit att kraven på de boende blir olika. Enligt läkaren är de krav på drogfrihet som ställs på den ena boende för tunga, vilket hon menar leder till att personen i fråga bryts ner och att allt det man har vunnit under tiden på Erstabacken nu omintetgörs. Socialtjänsten har, enligt hennes mening, orimliga krav på de boende och på hur snabbt de skall klara av att bli drogfria.

Den generella uppfattningen är att lägenheterna kom till snabbt men att Erstabackens personal och ledning har fått nya lärdomar som de måste ta tillvara och diskutera inför den fortsatta utvecklingen av lägenhetsboendet.

Landstingsplats

Det skall också nämnas att Erstabacken sedan tiden för den förra studien dessutom har en plats som är helt finansierad av Stockholms läns landsting. Detta innebär att Erstabacken kan ta emot en boende snabbt utan att placeringen behöver biståndsbedömas. Samarbetet med socialtjänsten är naturligtvis nödvändigt även här, eftersom personen i fråga skall vidare efter avslutad vård. Genom att Erstabacken har tillgång till denna plats är det möjligt att öka den utåtriktade informationen om verksamheten, bland annat på akutsjukhusen i Stockholm. En kommunikationsplan för innevarande år har utarbetats, och en folder har tagits fram för den informationsrunda som allmänläkare och biträdande verksamhetschef skall genomföra där.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med pågående missbruk

En annan central frågeställning i den tidigare studien, var personalens tankar och uppfattningar om de boendes missbruk. Det faktum att de flesta som placerades på Erstabacken hade ett pågående missbruk genererade både frågor om hur personalen skulle förhålla sig till missbruket för att kvaliteten på den medicinska vård man erbjöd skulle kunna bli så optimal som möjligt och frågor om det dagliga bemötandet och sättet att förhålla sig till dem som exempelvis tog in droger eller använde droger på boendet.

Mot en ökande samsyn

Den gemensamma uppfattningen hos personalen tycks i dag vara att Erstabackens lågröskelkaraktär är en nödvändighet för att den rätta målgruppen skall kunna få den medicinska vård de behöver. Om där fanns krav på drogfrihet eller om insatser mot missbruk ingick som en självklar del under boendetiden, antas personer i behov av den vård Erstabacken erbjuder välja bort den hjälpen. Det sägs finnas mer av ett gemensamt synsätt inom personalgruppen. Grundtanken är inte att personalen skall arbeta för att de boende skall bli drogfria, men däremot skall personalen uppmuntra dem till att minska sitt beroende, få fler drogfria dagar. (Det finns dessutom en legal förskrivning av metadon som sköts av exempelvis Beroendecentrum.) Ett förslag är att det riktas en öppen fråga till personer när de skrivs in på Erstabacken – om de vill att man skall jobba tillsammans med deras missbruk under boendetiden eller ej. På ett så litet och tätt boende kan det vara en särskild svårighet för dem, som försöker minska sitt missbruk, att leva så nära inpå andra mycket aktiva missbrukare. En person i personalgruppen citerar en boende som sagt ”vad konstigt, när jag kom hit tog jag ingenting, men här finns ju allting”. Många av de boende har ett långt missbruk bakom sig, många gånger har hela vuxenlivet präglats av beroendet. När det kommer in korttidsboende, anser flera att detta inte är något man kan arbeta på eller förändra under de tre, fyra veckor en person finns på Erstabacken.

Från en orimlig tanke om drogfrihet till ett rimligt bemötande

Även om det inledningsvis fanns önskemål om att Erstabacken skulle vara en drogfri miljö, säger Erstabackens socionom, är det i dag knappast någon inom personalgruppen som förväntar sig drogfrihet av de boende. En åsikt är att personalen närmat sig en rimlig hållning gentemot de boendes missbruk – vad som är möjligt och vad personalen kan arbeta med. Det har skett en viss förändring i det att man i dag är bättre på att fånga upp och prata om de boendes missbruk. I samband med att socionomen upprättar en behandlingsplan tillsammans med den boende tar hon upp frågor om beroende och erbjuder stöd till den som vill minska sitt missbruk. Det stöd som erbjuds måste utgå från den miljö den boende befinner sig i – i detta fall Erstabacken – och det faktum att det finns aktiva missbrukare i samma boende. Det har emellertid inte varit så många uttalade önskemål om ett sådant stöd från de boende. Det fanns en tanke alldeles i början att Erstabacken kanske skulle vara ett drogfritt boende, men relativt omgående, menar Erstabackens allmänläkare, stod det klart att med krav på drogfrihet skulle de personer, som var i behov av behandling på Erstabacken, inte kunna få den. Det är orimligt att inte släppa in en döende person på boendet bara därför att han har druckit eller att kasta ut en cancersjuk av samma anledning ... Det är viktigt att personalen stöttar de boende

i sina försök att dra ner på missbruket. Enligt läkaren är personalen handplockad för att de boende skall få ett gott och respektfullt bemötande, och det finns erfarenheter av att boende har minskat och till och med blivit fria från sitt missbruk under tiden på Erstabacken. När de boende får den bästa vården, tak över huvudet, mat, lugn och ro, så går missbruket ner, menar hon.

Mot allt tydligare skillnader

En åsikt inom personalgruppen är att de har blivit allt mer samstämmiga i sin syn på de boende och deras missbruk, även om olika utbildningsbakgrund kan skapa vissa olikheter i tänkandet. De flesta i personalen har arbetat tillsammans under de senaste två åren, och har blivit tryggare med varandra och starkare som personalgrupp. Eftersom personalen känner varandra väl, kan de hjälpas åt så att en person i personalgruppen, som har lite svårare att göra tydliga markeringar gentemot boende, kan backas upp av en annan person som har mindre svårt för detta. En annan åsikt är att det *inte* har utvecklats någon samsyn sedan den tidigare studien – utan tvärtom att skillnaderna i hur personalen går tillväga och hur de bemöter de boende efter hand har blivit allt tydligare. ”Vi är långt ifrån överens” säger en person. De nya lägenheterna och deras tänkta funktion sägs accentuera osäkerheter runt syftet med placeringar. Å ena sidan är Erstabacken ett lågröskelboende, å den andra ställs krav på drogfrihet i lägenheterna. Det finns även uppfattningar om att skillnaden mellan ett medicinskt och ett mer socialt sätt att se på verksamheten går igen även här. Om en åsikt är att boende som är aktiva missbrukare och som förstör för andra genom att handla med knark eller långa inne på boendet inte är lämpliga för en fortsatt placering på Erstabacken, sägs en annan vara att det är den medicinska vården som är avgörande för placeringen, inget annat. Hur personen i fråga i övrigt agerar inne på boendet, uppfattas inte spela någon roll i det medicinska perspektivet – de boende skall enligt detta vårdas till varje pris. När personal uppfattar att varken läkare (av medicinska skäl) eller verksamhetschef (av ekonomiska skäl; det är angeläget att inte ha några tomma platser) reagerar på vissa boendes otillåtna aktiviteter inne på Erstabacken, kan det skapa otrygghet hos personalen. ”Vi känner inte att vi har nån påbackning” säger en av dem. ”Vi vet inte om vi har mandat att reagera på hur de beter sig.”

Regler och flexibilitet

Vilka regler som skall gälla på Erstabacken och hur personalen skall förhålla sig till dessa är ett svårt och återkommande tema för diskussioner. En förbättring sägs ha skett sedan tiden för den förra studien med ett tydligare regelsystem inom boendet, men till följd av Erstabackens målgrupp så är dessa regler under ständigt förändring. Den gemensamma uppfattningen är att personalen å ena sidan hela tiden försöker utforma adekvata och tydliga regler, medan dessa regler å den andra sidan hela tiden omkullkastas till följd av nya komplexa situationer som uppstår runt olika boende. Regler väl anpassade till och funktionella för vissa boende fungerar inte alls för andra, vilket ställer stora krav på personalens flexibilitet. Flera i personalen anser att de har fått ett mer gemensamt synsätt runt vilka regler som gäller på Erstabacken, att de boende inte får ta droger eller handla med droger inne på Erstabacken. Även om personalen ibland anar och ibland ser att boende bryter mot dessa regler, är det svårt att veta hur de skall hantera sådana situationer på det klokaste sättet. ”Det är mer av ett gemensamt synsätt” säger en sköterska, ”men svårt att veta hur vi skall hantera det...” Det är dessutom inte alltid lätt för personalen att ha kontroll över nio personer i det gemensamma boendet och två i lägenheter, särskilt inte nattetid med en sjuksyster och en undersköterska med sovande jour. En åsikt är att de boende accepterar de regler som finns – på ett ”abstrakt sätt” enligt en person i personalgruppen. De boende är eniga med personalen i teorin, men inte i praktiken ... En annan person upplever att de boende sköter sitt missbruk snyggt när de är på Erstabacken, att de ”försöker sköta det för att det ska vara ok för oss” säger hon. Undantag är personer med för svåra psykiska störningar, då kan alla regler ”fara åt fanders”.

Eftersom personalen hela tiden arbetar för att hitta relevanta regler – men också att efter hand anpassa dessa till nya boende, så blir detta ett ständigt föremål för diskussion inom personalgruppen. Det finns lite olika åsikter om hur mycket av struktur och regler som behövs inom boendet – om det å ena sidan finns person som menar att behovet att skapa trygghet för de boende genom tydligare struktur och tydligare regler blivit mer uppenbart över tid, finns andra som menar till viss försiktighet.

Regler ja, men med tydliga konsekvenser om det bryts

Det finns för det första personal som har en positiv tilltro till regler. Enligt ett sådant synsätt får frånvaron av regler negativa effekter men också om det finns regler som kan brytas utan att det får några konsekvenser. Allt sedan Erstabacken startade har det, enligt en person, varit en sådan betoning på att det var ett eget boende så att det blev svårt att prata om missbruket, men det blev också svårt att tänka sig att eller om det även behövdes regler och rutiner. En effekt av att personalen inte vågar ställa krav, eller vet vilka krav de får ställa på de boende, är att de boende ibland bollar ”med oss personal som om vi vore betjänter” säger en person. De slipper ta ansvar eller hjälpa till med att exempelvis plocka upp saker och kläder de slänger på golven i sina rum... ”Man låter dem vara tonåringar.” En allvarigare effekt sägs vara att Erstabacken börjar få rykte om sig att vara ett ”bra” ställe att bo på för aktiva missbrukare. Det är den värsta tänkbara utvecklingen, om Erstabacken utnyttjas som ett ”pundarnas paradiset” som en annan person i personalgruppen uttrycker det.

Såväl verksamhetschefen som läkaren betonar att de regler som finns, skall finnas för att de utnyttjas. De måste hela tiden följas upp och omprövas om de inte fyller någon funktion.

Regler, ja, men de får inte äventyra förtroendet för personalen

Det finns för det andra personal som ser på regler med större försiktighet. En viktig faktor i verksamheten sägs vara att de boende känner förtroende för personalen, att de litar på personalen och vill komma till Erstabacken. Om de skulle känna samma misstroende som de uppfattas ha gentemot andra medicinska verksamheter och känna sig lika ovälkomna som exempelvis på akutmottagningar, skulle de inte alls komma till Erstabacken. Det är ett förtroende vissa inte vill äventyra genom att utöva alltför sträng kontroll. ”Jag är ingen polis, kommer aldrig att bli det” säger en person. ”Vi accepterar inte att de drogar sig här, men vi spelar inte rollen som polis som visiterar utan vi är vårdare.” Oavsett vilken inställning man som personal har till regler, är det uppenbart att alla uppfattar dagens situation som svår och att det saknas riktlinjer för hur personalen skall och får hantera boende som tar in eller köper och säljer droger på boendet. Det har konstituerats en arbetsgrupp inom personalen som har till uppgift att diskutera och försöka arbeta fram ett gemensamt synsätt på bland annat den struktur och de regler som skall gälla för de boende och deras pågående missbruk. Även om det har tillkommit en del regler sedan den tidigare studien, sägs arbetsgruppens syfte vara att så att säga finjustera dessa, att lämna förslag på hur olika saker skall hanteras i praktiken: Får eller skall personalen visitera? Skall personalen gå in om de misstänker att någon handlar med narkotika på rummet? Vilka regler skall gälla för besök? När får de boende ta emot besök? Hur länge får de stanna? Skall de få äta tillsammans med övriga? Efter att arbetsgruppen utformat ett förslag skall detta förslag diskuteras i hela arbetslaget.

Tillgången till – eller avsaknaden av psykiatrisk och beroendekompetens

En återkommande synpunkt vid tiden för den inledande studien var den bristande tillgången till beroendekompetens men även psykiatrisk kompetens. Inom personalen finns även i dag en gemensam uppfattning om att den egna kompetensen behöver höjas och att erfarenheterna från såväl psykiatri som beroendevård är ganska begränsade. Vad gäller beroendefrågor har emellertid handledningen varit till god hjälp. En uppfattning är dessutom att undersköterskorna är duktiga på detta efter att ha ”jobbat sig in i den kompetens som behövs”. En person uppfattar att betoningen av den psykiatriska

kompetensen på Erstabacken har minskat. När Ersta diakoni tidigare sökte personal till verksamheten, efterfrågades erfarenheter av såväl medicinsk och social som psykiatrisk vård. Den sistnämnda erfarenheten sägs inte längre tas upp som en efterfrågad kompetens.²³ Inom personalgruppen finns för det första ett önskemål om att utveckla den egna kompetensen att hantera framför allt den svåraste kategorin av boende med ett missbruk och psykiatrisk diagnos. Personalen lämnar olika förslag på hur personalens egen kompetens skulle kunna höjas:

- Kurser. Den generella uppfattningen är, att personalen uppmuntras till att gå olika kurser, och flera ur personalen har utnyttjat den möjligheten.
- Psykiatrisk rond eller psykiatrisk handledning för att få råd om hur de kan hantera ”alla de olika varianter på psykiskt sjukdom” som en person i personalgruppen säger att hon möter i sitt arbete.
- Ökat inflöde av extern kompetens och kunskap genom att Erstabacken exempelvis skapar kontakter med Missbrukarcentrum eller genom att gå med i Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser som behandlar frågor om alkohol- och drogmissbruk med samtidig psykisk ohälsa.

Inom personalgruppen finns för det andra ett önskemål om att öka tillgången till psykiatrikonsulten från S:t Görans uppsökarteam för hemlösa. Uppfattningen är att psykiatrikern endast kommer när allmänläkaren kallar på honom, och då gäller det en punktinsats för en enstaka person. Enligt en person i personalgruppen är det emellertid sällan som psykiatrikern kommer till Erstabacken, eftersom han menar att läkaren inte anser att det finns sådana behov. Personalen uppfattar emellertid att de flesta boende har psykisk sjukdom eller allvarliga psykiska störningar till följd av sitt missbruk, vilket anses motivera utökande insatser. Flera i personalen menar att det vore önskvärt med en psykiatriker som kanske kommer varje vecka eller som finns på Erstabacken kanske till 25–30 procent av sin tjänst, och som regelbundet går igenom och känner alla boende.

Att höja kompetensen – en pågående utvecklingsprocess

Eftersom Erstabacken är en helt ny verksamhet med få eller inga motsvarigheter, beskrivs utvecklingen som en process, där olika behov synliggörs efterhand. I den pågående processen får man fokusera på en sak i taget, säger verksamhetschefen, och i dag är det kompetenshöjningen i missbruksfrågor som är mest angelägen. Det är fler av de boende som har ett pågående missbruk än en psykiatrisk diagnos, vilket är en förklaring till den prioritering verksamhetschefen gör.

Att höja kompetensen i beroendefrågor – ett första steg

Verksamhetschefen skulle vilja se en kompetenshöjning på Erstabacken av två olika slag. Det gäller för det första en generell kompetenshöjning inom personalgruppen för att framför allt utveckla den dagliga hanteringen av de boendes missbruk och de svårigheter som detta för med sig. Det är viktigt, menar verksamhetschefen, att personalen reagerar snabbt om de uppmärksammar att någon använder eller handlar med droger på boendet. Det finns ett behov av kompetenshöjning som skulle innebära att personalen inte bara noterar om sådant förekommer utan att de även har tydliga regler och reagerar omedelbart om dessa överskrids. Ett sätt att få till stånd en sådan kompetenshöjning är att Erstabackens handledare är vald utifrån sin kunskap om och erfarenhet av beroendeproblematik. Ett annat är att all personal skall gå kurs på Ersta Vändpunkten för att få en gemensam grundsyn

²³ Värt att notera är att det på Erstabackens hemsida fortfarande står att Erstabacken har uppdraget att ”erbjuda kvalificerad somatisk, psykiatrisk och beroendevård i kombination med psykosociala insatser och boende”.

på beroende och medberoende.²⁴ Även Erstabackens socionom anser att det finns behov av att öka personalens kunskap om beroende och medberoende och att det vore bra om en utbildning kunde ge dem en gemensam grund. Hon nämner även *Motiverande intervjuer* som en möjlig utbildning.²⁵ Om personalgruppen även fick tillfälle till gemensamma träffar med den beroendeläkare som Erstabacken i dag kan konsultera, skulle även detta innebära en gemensam läroprocess för dem, menar hon. För det andra menar verksamhetschefen att det behövs en kompetenshöjning som innebär att kontaktpersonerna kan arbeta mer med behandling inom ramen för sitt uppdrag. Det kan dessutom vara så, säger han, att Erstabacken efter hand lär sig ”att vi behöver ta in andra personer” och således, som jag förstår det, ny extern kompetens.

Att höja kompetensen i psykiatri – en fråga om bemötande

Det finns som vi sett vissa önskemål från personalen att utveckla kompetensen framför allt i psykiatri. Det viktiga är enligt verksamhetschefen att personalen kan bemöta boende med psykiatriska diagnoser på ett bra sätt. Ett sätt för personalen att utveckla detta bemötande är genom att delta i kurser, något som verksamhetschefen ställer sig positiv till. Ett annat sätt att höja personalens kompetens i ett sådant bemötande skulle vara om psykiatrikonsulten genomförde psykiatriska ronder på Erstabacken och om personalen fick delta i de diskussioner som skulle föras mellan konsultläkaren och Erstabackens allmänläkare om olika aktuella boende. Det är däremot inte så, menar han, att personalen i dagsläget skall *arbeta* med personers psykiska ohälsa, och därför är det inte befogat att de genomgår längre vidareutbildningar i psykiatri. Detta är dessutom en fråga om arbetsgivaren skall bekosta vidareutbildningar som i dagsläget kanske inte är relevanta i förhållande till Erstabackens uppdrag.

Den psykiatriska kompetens som finns – är nog

Även Erstabackens allmänläkare skulle önska att det fanns större utrymme för ”kvalitetstid” med den psykiatrikonsult boendet i dag har att tillgå, att han hade mer tid att sitta ner tillsammans med personalgruppen. I övrigt tycker hon att den kompetens som finns inom personalgruppen räcker till för de boende som placeras på Erstabacken (tre mentalskötare och en sjuksköterska med tidigare erfarenheter av psykiatri). ”Det är mest sjukvård här tycker jag”, säger hon. ”De boende är hemlösa och ordentligt sjuka.”

²⁴ Ersta Vändpunkten arrangerar utbildningsmöjligheter för personer som är verksamma inom socialt arbete och vård. Vändpunktens utbildningar bygger på erfarenheter från familjeprogram enligt Minnesotamodellen och egen mångårig erfarenhet av anhörigprogram.

²⁵ Metoden MI har utvecklats inom missbrukarvården men har kommit att användas inom allt fler områden. Den syftar till att hjälpa människor att förändra beteenden såsom missbruk av alkohol eller droger men även andra livsstilsfrågor. En viktig utgångspunkt är att motivationen inte betraktas som en egenskap hos individen utan som benägenhet till förändring hos individen och därför avhängigt situation. Förändringsbenägenhet är alltså något som kan påverkas och som kan variera över tid. En annan viktig utgångspunkt är att klienten anses ha en fri vilja att välja om han/hon vill dricka alkohol och betraktas inte som hjälplös (www.stat-inst.se).

Erstabacken i nuläget – och framtida utmaningar

Vid tiden för den här studien är det precis tre år sedan Erstabacken invigdes, i mitten av mars 2005. Hur vill personal och ledning beskriva verksamhetens nuläge? Befinner sig verksamheten fortfarande i ett initialt skede? Är verksamheten stabil och konsoliderad eller hur ser man på detta?

En stabil verksamhet i behov av små korrigeringar och ständig dialog

Det finns olika sätt att beskriva nuläget. De flesta i personalgruppen menar att grunden för verksamheten nu är lagd, att de stora sakerna är på plats efter ganska kort tid och att verksamheten är på rätt väg även om personalen nu måste få ordning på småsaker, restposter – vilket i sig bedöms kräva en hel del arbete. Erstabackens socionom beskriver verksamheten i nuläget ”som ett fordon med viss utrustning, med ram och vi är på resa ... stannar lite då och då och konstituerar oss, hur vi skall förhålla oss till olika saker ...” Det finns hela tiden utvecklingsmöjligheter, det finns alltid sådant som kan förbättras – och inte minst finns det sådant som måste personanpassas efter de boende. Utvecklingen beskrivs som bra inom en verksamhet som började från noll och i dag uppfattas fungera nästan till hundra procent. Även Erstabackens verksamhetschef är av åsikten att verksamheten har tagit form, och det pågående utvecklingsarbetet handlar, enligt hans mening, framför allt om finjusteringar av rutiner och om att kvalitetssäkra olika moment i verksamheten.²⁶ Den dimension Erstabacken har i dag anser verksamhetschefen vara det rätta. Det finns inga tankar på att utöka antalet platser (utöver de önskade tio). Däremot vore det tänkbart att öka antalet lägenheter och att eventuellt ha en personalgrupp med en rehabiliterande kompetens som arbetar inriktat på dessa. En sådan personalgrupp skulle helst ambulera mellan lägenheterna och det övriga boendet för att undvika att det utvecklades två personalgrupper inom denna lilla verksamhet. Viss personal har uttryckt en oro över att det inte finns någon kö till Erstabacken i dag. Verksamhetschefen delar inte denna oro. Erstabacken har i stort sett haft fullt sedan hösten 2005. Varför inflödet varierar och vad som kan orsaka detta är en spännande fråga, menar han, men ingenting som genererar oro.

Stabilitet och kris

Ett annat sätt att se på nuläget är att Erstabacken uppfattas ha hittat sitt arbetssätt och sin form för omhändertagande av svårt sjuka, gamla trasiga människor. Verksamheten för kategorin korttidsbo-

²⁶ DIAFLEX-undersökningen som genomfördes våren 2007 sammanfattade bland annat behoven av att utveckla rutinerna för att säkra kvaliteten i arbetsprocessen på följande punkter:

¹ Utarbeta rutinlistor för hur vi behandlar sår

² Kontrollera och uppdatera PM i medicinhantering

³ Utarbeta rutinlistor för skötandet av personlig hygien bland de boende

⁴ Utarbeta rutinlistor för in- respektive utskrivningsprocessen samt kontaktmans roll i processerna

⁵ Utarbeta rutinlistor för dokumentation

⁶ Anpassa tillämpliga vårdprogram efter Erstabackens förutsättningar.

⁷ Utarbeta rutinlistor för kontaktmannaskap

⁸ Schemalägg kontaktmannaskap

⁹ Följ upp överenskommelser och behandlingsplaner

¹⁰ Dokumentera kontakten. Under året bildades en intern ”kvalitetsgrupp” på Erstabacken med uppdrag att bedriva systematiskt kvalitetsarbete.

ende uppfattas däremot befinna sig i kris. Den sidan av verksamheten befinner sig enligt en person i gungning, och Erstabacken befinner sig vid ett vägskäl. Även om detta varit ett tema för diskussion under de senaste två åren, har frågan ännu inte kommit till någon lösning, och om de diskussioner som personalen i dagsläget tänker initiera med ledningen leder till resultat, uppfattas som osäkert.

Behovet av att reflektera och ta ut en ny riktning

Ytterligare en åsikt är att verksamheten ännu befinner sig i början, eftersom personalen fortfarande röjer väg ”med en machete mitt i djungeln.” Men problemet är, enligt en person, att man fortsätter att röja ny väg utan att stanna upp, reflektera och ta alla de erfarenheter man gjort utmed vägen till vara. I dag skulle ledning och personal kunna definiera och strukturera tydligare vart verksamheten är på väg, men istället börjar det ”bli nån slags ursäkt att vi är unika ... inte har funnits så länge ... Så klart det skall vara lite rörigt ... flummigt”.

Svårigheter och krux

Hur vill då personal och ledning på Erstabacken beskriva de svårigheter som verksamheten står inför i dag och som de måste hantera? Här följer ett antal punkter som personalen lyfter fram:

- Balansgången i bemötandet. Att hela tiden hitta det rätta bemötandet, att tänka sig för innan man som personal säger något till de boende.
- Personalgruppen. I personalgruppen uppfattas det finnas lite av två läger, vilket kan orsaka en del krockar, bland annat om sättet att se på regler och struktur för de boende.
- En otydlig ledning. En ledning som inte fungerar utan som enligt en person skapar oklarheter och förvirring. Det sägs finnas en otydlighet om vilken roll verksamhetsansvarig och allmänläkare har i förhållande till varandra. En strängare ledning som förenar personalens olika sätt att se på saker och ting efterfrågas.
- Otydliga gränser. Det sägs finnas ett behov av att sätta tidigare och tydligare gränser för vissa boende i situationer som kan komma att utvecklas mot hot och våldsamheter
- Avsaknaden av kö till Erstabacken. En svårighet sägs vara att det inte verkar finnas boende nog för att fylla ut platserna på Erstabacken. Detta är något som genererar viss oro hos flera i personalgruppen, eftersom de trodde, som en person i personalgruppen säger, ”att behovet var hur stort som helst”.
- Ta in rätt boende. I ett läge, där det inte finns någon kö till Erstabacken, tas det ibland in personer som inte passar i boendet.
- Oron inför framtiden. Det korta tidsperspektivet med ettåriga avtal oroar.
- Behovet att kunna konkurrera om det startas andra, liknande verksamheter. I det perspektivet bedöms den utökade verksamheten med två lägenheter spela en viktig roll, framför allt för att kunna ”väsas verksamheten” genom att kanske kunna visa att Erstabacken även klarar av att rehabilitera personer.

Kort framförhållning och krav på anpassning

Erstabacken är i dag en verksamhet som får avtal för ett år i taget. Detta kan enligt verksamhetschefen försvåra den långsiktiga planeringen av verksamheten. Men samtidigt menar han att kortsiktigheten kan underlätta verksamhetens anpassning till aktuella behov. En möjlig förändring, som han ser, är att Erstabacken framöver kan komma att ta emot fler av den mobila, rörligare och friskare gruppen av boende. Om behoven förändras, måste även verksamheten förändras eller, som han säger, ”kanske skraddarsys” för nya grupper. En annan svårighet är att Erstabacken, genom att vara ett så pass litet boende med så få platser, blir en ekonomiskt sårbar verksamhet. Vid tiden för den här studien väntar

verksamhetschefen på besked om uppdraget till Erstabacken skall utökas med en tionde plats. Med ett positivt besked skulle den ekonomiska tryggheten öka.

Utmaningen

Hur vill då personalen formulera den eller de stora utmaningar som de uppfattar att Erstabacken står inför?

- Att personalen skall hitta en bra balans i bemötandet av de boende. Positivt med en personalgrupp som är lite äldre och som, enligt en person i personalgruppen, antas klara av balansgången bättre än vad yngre skulle ha gjort.
- Att hålla den kvalitetsnivå verksamheten har i dag, och att inte överlasta verksamheten med fler boende och fler lokaler så att dagens balans mellan kvalitet och omfattning störs.
- Att ha tydliga mål för verksamheten så att personalen kan tala klarspråk med de boende om hur deras framtid ser ut, är enligt en person i personalgruppen den största utmaningen. I dag kan inte personalen förklara för den boende hur planeringen framåt ser ut, eftersom det kommer plötsliga besked om att någon skall flytta vidare – men oklart vart – eller att någon annan skall stanna kvar för att så småningom få vård i livets slutskede. ”Som det är i dag känner jag mig som en stor svikare som står och babblar utan att säga nånting ... ”
- Att hitta balansen mellan korttidsboende och vård i livets slutskede, så att de som är svårt sjuka kan känna sig trygga och ha det lugnt och skönt på Erstabacken.
- Att ta hand om människor och försöka ge dem ett bättre liv, meningsfullt utan droger.
- Ta hand om det som är nytt, framför allt de två lägenheterna, och utveckla detta.
- Fundera över om Erstabacken har eller bör ha en roll för att initiera nya insatser för behov som uppdragas, i dagsläget för dem som kommer till Erstabacken och som inte är så somatiskt sjuka men mycket aktiva i sitt missbruk.
- Komma till större klarhet om villkoren för boendet och hitta en tydlighet runt balansen mellan att Erstabacken å ena sidan är ett eget boende och de behov av regler och krav som å den andra sidan behövs för missbrukare i ett kollektivt boende. Vilka mandat personalen har och hur den skall hantera boende som handlar med eller tar in knark till andra boende är i dag oklart.
- Fortsätta arbeta ihop personalgruppen. Kombinationen av den konstruktion som Erstabacken har och den målgrupp som kommer dit skapar en dynamik. En utmaning är att fortsätta använda denna dynamik på ett konstruktivt sätt inom personalgruppen.
- Ekonomin. Den överskuggande utmaningen är den ekonomiska. Hur skall Erstabacken fortleva om underlaget för verksamheten inte längre finns? Om man nu har hittat den rätta målgruppen – de svårt sjuka äldre hemlösa – men tillflödet inte räcker till för att motivera verksamheten, vad händer då?

Värdet av oliktankande

Erstabackens själva konstruktion utgör enligt verksamhetschefen både en utmaning och ett skydd mot att verksamheten blir en allt för sluten och intern angelägenhet. Konstruktionen och, som vi har sett, kombinationen av kvalificerade medicinska och sociala insatser och av korttidsplaceringar och hospiceplatser ger upphov till ständigt pågående diskussioner. Även om det enligt verksamhetschefen finns en gemensam grundlinje som alla skall gå efter, så uppfattar han att de olika uppfattningar som finns och de diskussioner som uppstår runt detaljer i verksamheten är positiva för verksamheten. De ständigt pågående diskussionerna, men också inflödet av personer utifrån (bland annat samarbetspartners, volontärer och diakon), bidrar till att frågan om ”varför vi är här, om vårt uppdrag” hålls aktuell. Utmaningen framöver är, enligt verksamhetschefen, att Erstabacken skall bli bättre, att

personalen skall genomgå olika utbildningar – och att Erstabacken genom att motsvara behoven fortsätter att ha ett existensberättigande. ”Jag har aldrig känt mig så stolt över vårt arbete som här” säger verksamhetschefen. Men trots detta menar han att det finns mycket som måste förbättras, att man inte är ”framme på långt när”. Det viktiga i den pågående processen är att ledning och personal inte får göra misstag som går ut över de boende.

Ett arbete att gå till med glädje

Oavsett vilken beskrivning av Erstabackens nuläge eller framtida svårigheter och utmaningar man omfattar, så uttrycker personalen unisont sin glädje över Erstabacken som arbetsplats – de går dit med glädje, de känner delaktighet i de processer som pågår och arbetsplatsen beskrivs som otroligt öppen och demokratisk. Personalen kan säga vad de tycker och tänker, och det sägs finnas mycket kreativitet, vilja och idéer hos alla som arbetar där. Personalen uttrycker i likhet med verksamhetschefen stolthet över det de åstadkommit under en så förhållandevis kort tid, över att de mognat som personalgrupp och kan göra en så bra och humanitär insats för en så utsatt grupp. Arbetet sägs präglas av fin människosyn och förståelse för den här gruppen.²⁷

Att hålla sig sund i förhållande till de boende

När den tidigare studien genomfördes, sa flera ur personalen att de sökt sig till Erstabacken just med tanke på den grupp av boende som vårdas där – att det fanns humanistiska och ideologiska drivkrafter bakom valet av arbetsplats. Mot bakgrund av att de boende i många fall beskrivs som udda personligheter med ett pågående missbruk och ofta med psykiatriska störningar eller diagnoser fanns en viss fundering om hur personalgruppen skulle hålla sig sund. Hur skulle personalen klara av att bibehålla en god människosyn och ett gott bemötande i en så ”tät” verksamhet som Erstabacken? Den gemensamma uppfattningen två år senare är att det här är något personalen har lyckats med, och de ger en rad olika förklaringar till detta.

- En mogen personalgrupp. Det kan vara en fördel att personalen på Erstabacken är lite äldre. Det krävs insikt om att den egna kompetensen finslipas på ett nytt sätt. Även om all sjukvård handlar om psykiatri i meningen att möta människor i kris, blir detta extra tydligt på Erstabacken. När många av de teknikaliteter som kan prägla annat sjukvårdsarbete lyfts bort, ”är det svåraste kvar. Du får ta till allt annat du har med dig. Det finns ingenting att gömma dig bakom” som en sköterska uttrycker det. Är man lite äldre, har man dessutom en stabilitet och en erfarenhet som skapar trygghet. Det finns få saker man aldrig har mött tidigare.
- Den täta miljön kan underlätta relationerna till de boende. Det blir mer tillåtet att visa att man som personal är ledsen, när någon har dött, eller att säga ifrån om man blir trött eller arg på någon boende, menar en person i personalgruppen. ”När man inte behöver hålla färgen så kommer man varandra närmare på något vis” säger hon.
- Ett professionellt bemötande. Vikten av att upprätthålla en bra balans i förhållande till de boende betonas i den täta miljö som Erstabacken utgör. Det har funnits personal, som inte uppfattas ha haft sunda gränser i förhållande till de boende, eller som har haft en människosyn som avvikit negativt från övrig personal, men dessa personer finns inte kvar i verksamheten.

²⁷ Under våren 2007 genomfördes en DIAFLEX-undersökning på Erstabacken, vilket innebär att man fått hjälp att analysera de samlade kulturen inom verksamheten samt rekommendationer om hur och på vilka punkter kulturen behöver utvecklas. Intressant nog är en slutsats av undersökningen att det finns ett ”slags bristande öppenhet som sannolikt inverkar negativt på verksamheten” Även om det konstateras att det inte är något fel på den trivsel och gemenskap som finns på Erstabacken, krävs att förtroendet mellan medarbetarna förbättras och att en grund för ärlighet och öppenhet mellan dem skapas.

Grundläggande inställning till de boende och deras problematik, ålder och erfarenhet är faktorer som betonas för att ett gott bemötande skall upprätthållas, men stor betydelse har även den trygghet och sammanhållning som de flesta uppfattar finns personalen emellan. Personalen pratar mycket med varandra, och de gör dessutom saker tillsammans på fritiden. ”Jag tror faktiskt vi har kunnat behålla vår medmänsklighet, även om boende kan vara väldigt störande och barnsliga” säger en av personalen. ”De kan vara väldigt irriterande, men jag tror inte vi har blivit påverkade av det.”

Handledning

Sedan den tidigare studien har personalen (med undantag från nattpersonal) handledning varannan vecka. Även detta sägs ha påverkat samarbetet och samförståndet inom personalgruppen positivt. Handledningen har bland annat varit ett tillfälle för personalen att prata ihop sig och på så vis undvika att boende – ofta med lång erfarenhet av institutioner – manipulerar eller splittrar personalgruppen. Handledningen har dessutom fungerat rådgivande och hjälpt personalen att hitta bra sätt att hantera olika, inte sällan missbruksrelaterade, beteenden hos de boende. Handledningen sägs också erbjuda möjlighet att arbeta med sig själv – med den egna rädslan, förmågan att sätta sunda gränser och att ta konflikter. Men det finns några avvikande meningar om hur handledningen fungerar. En person uppfattar det som svårt att få till stånd en diskussion som leder till något, en ideologisk principiell diskussion som, enligt hans mening, skulle behöva föras. En annan person i personalgruppen anser inte att handledningen leder till något nytt utöver de samtal personalen redan har med varandra. Den sker dessutom för ofta. Det skulle räcka med en gång i månaden, menar hon, eller kanske i samband med att något särskilt inträffat på boendet.

IV. ERSTABACKEN UR NÅGRA NYCKELPERSONERS PERSPEKTIV 2008

I den följande delen av rapporten om Erstabacken, presenteras en sammanfattning av de intervjuer som genomförts med olika personer som har och har haft en väsentlig relation till Erstabacken sedan verksamheten startade. Det är Rolf Byström, allmänläkare på Hållpunkt Maria, Annika Engström, enhetschef på Enheten för hemlösa, Erika Spångberg, infektionssjuksköterska och samordnare för hiv-positiva hemlösa på Huddinge sjukhus samt Eva-Liä Mark, enhetschef för S:t Görans uppsökar-team för hemlösa, Norra Stockholms psykiatri. Dessutom ingår diakonen vid sjukhuskyrkan på Ersta sjukhus. Presentationen utgår från samma frågeställningar som presenterats i rapporternas tidigare delar, och de motsvarar inslag i Erstabackens konstruktion som uppfattas som unika: kombinationen av kvalificerade medicinska och sociala insatser, kombinationen av medicinsk korttidsvård och vård i livets slutskede samt somatisk vård av svårt sjuka missbrukare. Presentationen omfattar även nyckelpersonernas syn på Erstabackens nuläge, de svårigheter och utmaningar verksamheten står inför. Men först följer en kort presentation av hur vissa av dessa nyckelpersoner ser på förändringar inom deras egna verksamheter, men också om och på vilket sätt pågående och kommande förändringar inom den patientgrupp man möter, kan komma att påverka verksamheten på Erstabacken.

Förändringar i insatser riktade till somatiskt sjuka hemlösa

De flesta som har placerats för vård och boende på Erstabacken, har aktualiserats genom läkarmottagningen för hemlösa, Hållpunkt Maria, Enheten för hemlösa eller hiv-mottagningen på Huddinge sjukhus. Inte sällan har personer som aktualiserats varit kända på alla tre platserna. Har det skett några förändringar inom dessa verksamheter sedan den tidigare studien genomfördes? Har det tillkommit nya insatser eller resurser, har det uppdagats nya behov - och vilken eventuell betydelse kan detta få för Erstabacken?

Hållpunkt Maria

Inom Hållpunkt Maria har det inte skett några större förändringar. Tillsammans med Convictus²⁸ har Hållpunkt börjat med generösare provtagningar av hepatit och hiv ute på fältet. Hållpunkt har dessutom tagit bort det egna mobila teamet, och gör istället punktvisa insatser på olika platser runt om i Stockholm. Hållpunkts läkare åker exempelvis ut till olika husvagnsuppställningar, för att se om där finns personer som är somatiskt sjuka, men som inte kommer till Hållpunkt och som eventuellt skulle vara aktuella för Erstabacken. En särskild svårighet är enligt Rolf Byström, allmänläkare på Hållpunkt, att många hemlösa, till följd av sitt missbruk eller sin psykiska sjukdom, inte kan bedöma sitt behov av sjukvård. Det de själva tycker är allvarligt, är ofta sådant som inte oroar sjukvården, säger han, medan sådant som de hemlösa inte oroar sig för kan vara allvarligt. ”Småhosta kan vara TBC.” Hållpunkts uppgift är att erbjuda hemsjukvård till sjuka som saknar eget hem. Ett vårdproblem är att distriktssköterskor inte är villiga att göra hembesök på olika lågtröskelboenden och inackorderingshem. En effekt av detta är, att vissa som behöver hemsjukvård men som inte tar sig till Hållpunkt, blir utan vård. Ett annat problem är dessutom att många hemlösa inte hör till någon vårdcentral, så varifrån skulle distriktssköterskorna utgå?

Erstabackens målgrupp

När Erstabacken startade, såg Byström verksamheten lite som en sjukstuga. Vid sidan av de långtidssjuka skulle det finnas en rotation av patienter som kom för att ställa in bromsmediciner, få sårvård och liknande. Men efter att verksamheten i dag har varit i gång i tre år, har det blivit tydligare vilka som passar in på Erstabacken. Det har visat sig vara svårt att ta emot boende som varit allt för friska och allt för aktiva i sitt missbruk. Därför undviker man enligt Byström, att lägga in personer för korta inställningar av insulin eller lätta inställningar av bromsmediciner för hiv-smittade. När Erstabacken tillkom, sades ett specifikt behov vara att ta emot personer med MRSA. Sedan den tidigare studien har två rum specialanpassats för sådant boende. Det har emellertid funnits få, om några, personer som aktualiserats till följd av MRSA. Ett behov som Erstabacken kommer att ställas inför framöver är istället, enligt Byström, hemlösa med geriatriska, åldersrelaterade sjukdomar. Behovet skulle emellertid i första hand behöva tillgodoseas av ett äldreboende för hemlösa missbrukare, av den typ som Bergsjöhöjd i Göteborg eller Gamlebo i Stockholm, är. Erstabacken är enligt hans mening, egentligen

²⁸ En ideell, politiskt och religiöst obunden förening som ger stöd till hiv-positiva med missbruksbakgrund och till hemlösa. (Se www.convictus.org).

en för dyr och för avancerad insats för dessa personer. Det är viktigt att det finns boenden på olika nivåer; från Basen där ambitionen är att erbjuda ett boende som alternativ till att sova ute, Skarpnäcksgården där det finns undersköterskor/mentalskötare och sjuksköterskor till Erstabacken som är det mest avancerade boendet med flera sjuksköterskor, fast läkare, nattbevakning samt närhet till sjukhus. Det är viktigt, menar Byström, att Erstabacken behåller sin spetskompetens att ta emot de ”superknepiga, jättesjuka” - och inte tappar den genom att börja ta emot de geriatriska sjuka som det saknas andra boendalternativ för i dag. Enligt Byström har Erstabacken i stort sett hittat sin roll i relation till andra boenden och insatser som erbjuds hemlösa personer. Även Eva-Liä Mark, enhetschef för S:t Görans uppsökarteam för hemlösa, säger att man inom teamet ser en oerhört stor växande grupp av amfetaminmissbrukare, födda på 40 och på 50-talet, vars biologiska ålder är på pensionärsnivå. Detta är en grupp som hon menar skulle kunna bli aktuella för Erstabacken.

Samarbetet

Samarbetet mellan Hållpunkt och Erstabacken har fungerat bra. Enligt Byström har det varit enkelt, föga byråkratiskt och på så sätt har boende kunnat erbjudas en plats i stort sett omgående. Även om det finns ett dokument som reglerar samarbetet, bygger det mycket på improvisation. En förändring som skett sedan den tidigare studien genomfördes, är att vårdplaneringsmöten inte längre sker varje vecka, utan varannan. Detta är en konsekvens av den utveckling av samarbetet som skett sedan dess. En annan positiv utveckling som skett under de senaste två åren, är att alla som kommer till Erstabacken, *inte* kommer via Hållpunkt. Detta innebär att det finns andra i behov av vård som hamnar rätt även om de inte kommer genom Hållpunkt, vilket Byström ser som glädjande.

Hiv-mottagningen på Huddinge sjukhus

Det har skett vissa förändringar vid infektionsmottagningarnas arbete med hiv-smittade patienter. Dels har hiv-mottagningarna i Solna och Huddinge flyttats samman i Huddinge, där det i dag finns tio sjuksköterskor och åtta hiv-kuratorer. Dels har det tillkommit en låtröskel-mottagning på Karolinska sjukhuset. Till verksamheten som är bemannad med sjuksköterskor, kan personer vända sig akut eller för exempelvis återbesök efter behandling på vårdavdelning. Det kan bland annat röra sig om personer som inte klarar av att passa tiderna på reguljära hiv-mottagningar. Verksamheten drivs ännu i projektform.

Ett ökat antal hiv-positiva, hemlösa missbrukare

På hiv-mottagningen på Huddinge sjukhus tog man under 2006, enligt Erica Spångberg, infektionssköterska, emot ett ökat antal missbrukare med en hiv-infektion. Till följd av detta inleddes flera projekt för att testa personer för hiv, vilket i sin tur ledde till att ännu fler upptäcktes. Under 2007 tog infektionsmottagningen emot omkring 40 missbrukare med en nydiagnostiserad infektion. Hur många av dem som var nysmittade, och hur många som var nyupptäckta till följd av ökad testning, är osäkert. Det man vet är att det i dag sprids en ny subtyp av hiv-virus som kommer från Helsingfors – parallellt med spridningen av den subtyp som sedan tidigare finns i Stockholm. Majoriteten av de nydiagnostiserade tillhör gruppen missbrukare som saknar eget boende. Med ett ökat antal hiv-smittade, blir det mindre lätt att ha kontroll och känna till vilka de är. Det finns därför ett ökat behov av olika vårdalternativ. Det behövs framför allt nära eller uppsökande verksamheter som fångar upp personer i ett tidigt skede, där man även kan nå dem för samtal om hur de sköter sina sprutor och annat. Sådana lokala mottagningar kan utgöra ett komplement till hiv-mottagningar och avdelningar som Huddinge, där man tar emot dem som är sjukast. En förändring som Spångberg, till skillnad från Byström, har sett under de senaste två åren, är att distriktssköterskor verkar något mer benägna att göra hembesök på boenden dit de tidigare inte har velat gå. ”När vi ringer i dag, vill de ofta hjälpa till” säger hon.

Erstabackens målgrupp

Erstabacken har enligt Spångberg hittat absolut rätt målgrupp för sin verksamhet. Från infektionsmottagningens sida ser man naturligtvis gruppen hiv-smittade hemlösa narkomaner som en sådan angelägen grupp. Det finns alltid hiv-smittade personer som av olika skäl vägrar att ta medicin, och där man måste ta hand om de symptom som sjukdomen då ger. Där har Erstabacken en särskilt nisch, genom att erbjuda vård till personer som inte vill eller som inte klarar av bromsmediciner. De är svårplacerade och ingen vill ta emot dem. Även om man kan hitta plats på vanliga sjukhem eller på hospice, kan det bli kaos runt dessa personer när de både har ett missbruk och är psykiskt sjuka. Det är just här som Erstabacken har blivit bra på att balansera medicinering, omvårdnad, omläggningar och bemötande av ångest med en tolerans för missbruk, menar Spångberg. Det medicinska uppfattas fungera väl, även om allmänläkaren kan behöva hjälp i vissa situationer. Hiv-infektioner är en infektionsspecialitet, och om behovet av insatser varit för avancerade för Erstabacken har de tagit kontakt, och den boende har kunnat komma till infektionsmottagningen och få den hjälp som har behövts. Det finns i övrigt ingen oro att Erstabacken inte skulle klara av de patienter som placeras där. Den kunskap Erstabacken har om den grupp som kommer dit och om hur de fungerar, gör att det är bra för dem att vara där. Även om de ibland skulle kunna beredas plats på ett sjukhem eller något äldreboende kan patienterna bli lidande om personalen, som fallet kan vara på vissa boenden, tycker det är otäckt att vårda personer med hiv. Den sammantagna bedömningen är att Erstabacken har hittat en nisch där de kan ta emot rätt målgrupp på ett bra och kompetent sätt. Det Erstabacken erbjuder finns enligt Spångberg ”verkligen inte någonstans”.

Samarbetet

Infektionsmottagningen och Erstabacken har två helt olika roller. Infektionsmottagningen erbjuder akutvård, men har också resurser för att ta hand om de allra svåraste sjukdomarna som inte hör hemma på Erstabacken. Mottagningen är inte aktiv i att remittera till Erstabacken, utan det är socialsekreterare som skickar remiss. Hittills har alla som aktualiserats via infektionsmottagningen fått placering på Erstabacken. Infektionsmottagningen har haft en kontinuerlig kontakt med Erstabacken under vårdtiden. Även om mottagningen och Erstabacken inte har haft någon gemensam planering inför en utskrivning, har man pratat mycket runt denna. Kanske vore det bra att detta samtal inte bara fördes med Erstabackens allmänläkare, anser Spångberg, utan att även socionomen inkluderades i samtalet. Samarbetet har för övrigt fungerat mycket bra.

Enheten för hemlösa

En viktig förändring på Enheten för hemlösa sedan den tidigare studien genomfördes är att det i dag finns en lokal mottagning (ännu som projekt) fyra dagar i veckan. Syftet med mottagningen är att få ett samarbete till stånd mellan socialtjänst, beroendevård och psykiatri, och till mottagningen är det knutet såväl psykiatriker som en sjuksyster på heltid. Det är en generell svårighet, menar Engström, att få ett sådant samarbete till stånd, som Enheten nu försöker lösa. Uppfattningen är att det är andra personer än de som blir aktuella för Erstabacken som man tar emot på den lokala mottagningen, eller att det kan vara samma personer men som befinner sig i olika skeden, aktuella för olika insatser. Mottagningen har inte aktualiserat några personer till vårdplaneringsgruppen.

Erstabackens målgrupp

Den grupp som Engström hade i åtanke när planerna på Erstabacken uppstod, var synnerligen knepiga personer med en allvarlig sjukdom, som det – ofta till följd av ”knepigheten”, var svårt att hitta adekvata och långsiktiga insatser för. Men när Erstabacken startade, var det andra grupper som inte var lika brinnande angelägna för Enheten, som togs upp till diskussion; personer i behov av att ställa in insulin eller av att få en somatisk utredning är två sådana exempel. Enheten har gjort sådana

placeringar ibland, men det har inte alltid fungerat så väl, vilket även allmänläkarna på Hållpunkt bekräftade ovan. Det utgör en särskild svårighet när en boende är allt för frisk och samtidigt har ett mycket aktivt pågående missbruk. Det behov som man fortfarande ser från Enhetens sida, gäller de mest ”knepig” personerna. Det mest önskvärda vore att det inte bara var kombinationen ”knepig-het” och somatik som motiverade placering på Erstabacken, utan att det även inkluderade psykiatri. I dag är inte Erstabacken konstruerat för en sådan målgrupp och har inte den kunskapsnivå som skulle fordras. Det är dessvärre fortfarande mycket svårt att hitta bra former för vård och boende för personer med en kombinationsproblematik men som inte har så uttalad somatisk problematik. ”Det är så” säger Engström, ”att vi inte nått ända fram till den målgruppen...”

Samarbetet

Tidigare hade Enhetens företrädare nästan alltid någon person att aktualisera på vårdplaneringsgruppens möten, men andelen från Enheten har minskat över tid. En del av dem som var aktuella när Erstabacken startade, har kommit till boendet. Fyra har avlidit där, en finns fortfarande kvar, och några har kommit dit en eller flera gånger för kortare inställningar eller för utredningar om deras sjukdomstillstånd. Enligt Engström skulle en förklaring till varför det vid tiden för denna studie inte finns någon kö till Erstabacken, kunna vara att behovet hos just denna grupp är tillgodosett. En annan förklaring kan enligt Engström vara, att enskilda socialsekreterare tycker det är en relativt dyr insats. Detta kan spela roll när de jämför olika scenarion, och ser hur man kan klara av att tillgodose behovet genom andra mindre kostsamma alternativ.

Sjukhuskyrkan vid Ersta sjukhus

Sedan våren 2006 besöker diakonen från sjukhuskyrkan vid Ersta sjukhus, Erstabacken regelbundet. Även om sjukhuskyrkan skall finnas regelbundet på Erstabacken, och personal och boende skall kunna kontakta diakon och präst vid behov, måste sjukhuskyrkan sätta sin tid där i förhållande till andra kliniker där det också finns ett mycket stort behov. Sjukhuskyrkans två anställda, en präst och en diakon, skall finnas till hands för kirurgavdelningen, avdelningen för mag- tarmsjukdomar, hospice och den psykiatriska kliniken och dessutom för svårt sjuka patienter som vårdas hemma, ibland i livets slutskede. Det finns en risk att det blir för stort fokus på Erstabacken, säger diakonen, eftersom det är behjärtansvärt med hemlösa, men också för att detta är i linje med kyrkans tradition. Men de boende där har det i olika avseenden välbeställt, inte minst med all personal, samtidigt som det finns andra döende patienter som ligger ensamma hemma...

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser

En av de frågeställningar som behandlats i såväl den tidigare som i den föreliggande uppföljande studien, är hur såväl personal som olika nyckelpersoner uppfattar kombinationen av kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser på Erstabacken. Nedan presenteras ett par reflexioner runt detta.

Ett erbjudande om en välbehövlig brottnig

Att få ihop samarbetet mellan kommun och landsting såsom har skett på Erstabacken, har enligt Enströms mening gått bra, även om det över tid blivit tydligare vad som fungerat mindre bra. När Erstabacken öppnade, och när det fanns tomma platser, var det lite valhänt vilka som placerades där. I dag är det kanske mer rätt personer som placeras, och det har blivit tydligare att det går riktigt bra för dem som placeras där nu. Erstabacken blir lite av en arena för en välbehövlig brottnig mellan olika samarbetspartners runt vad man behöver, och vad som fungerar, eller inte... Den tankegång som någon inom personalen på Erstabacken gav uttryck för, att det finns en medicinsk och en social tendens som visar sig i boendet, kan det enligt Engström ligga något i. Den medicinska personalen på Erstabacken upplever att de har mycket resurser som den boende behöver och kan få, och de känner en befogad oro över hur Landstinget skall leva upp till detta när den boende skrivs ut. Inom socialtjänsten har handläggare enligt Engström, alltid levt med den oron – och med vanan att aldrig ”få till det” med det medicinska, och så även nu när personer skall gå vidare från Erstabacken. Det har ibland uppstått en del konflikter runt detta, när man från Enhetens sida anser att någon kan gå vidare till ett annat boende med hjälp från vårdcentralen, medan den medicinska personalen har velat behålla personen i fråga på Erstabacken. ”Men man har faktiskt sagt att det inte är permanent” säger Engström. Erstabacken är ett temporärt medicinskt stödboende. Enligt Spångberg, kan det finnas vissa svårigheter i uppföljningen av boende efter att de skrivs ut från Erstabacken. Det kan bero på att socialtjänsten inte riktigt fullföljt en planering, eller på individen själv. Det som skulle behöva utvecklas är tillgången till alternativa boenden efter placeringen på Erstabacken. Det tar också tid att planera ett nytt boende, och det kräver att socialtjänsten börjar arbeta för detta redan från den första dagen, även om vårdtiden är en till två månader.

Att biståndsbedöma för medicinsk vård

Vid tiden för den tidigare studien var ett återkommande dilemma som diskuterades, att placeringen på Erstabacken skulle biståndsbedömas - även fast det var en medicinsk diagnos som gjorde en person aktuell för placering. Även i dag kan detta utgöra en svårighet, enligt Byström, eftersom det kan vara svårt att få socialtjänsten att betala en tung avgift för en ”typisk landstingsplats.” Därför är det bra att det i dag finns en plats på Erstabacken som landstinget står för, säger han, även om risken är att den alltid kommer att vara belagd. Enligt Engström är det i dag fler stadsdelförvaltningar som har placerat personer på Erstabacken. Detta innebär att de är mer beredda och insatta om exempelvis läkaren från Hållpunkt aktualiserar en person för en eventuell placering där. Såväl insatsen som målgruppen har blivit tydligare, vilket också gör att de diskussioner som ibland uppstod runt insatsen tidigare,

inte längre uppstår i samma omfattning. ”Man köper det här konceptet för den här gruppen” menar Engström. Socialsekreterare ute i stadsdelarna har dessutom mer direktkontakt med Erstabacken i dag, vilket också underlättar samarbetet.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk

En annan frågeställning har berört Erstabackens uppdrag att vårda svårt sjuka hemlösa varav många har ett aktivt missbruk. Detta väckte en rad olika frågor vid tiden för den första studien, dels om drogfrihet var möjligt eller önskvärt på Erstabacken, dels om den kompetens – eller avsaknad av kompetens - i beroendevård och psykiatri som fanns på Erstabacken.

Ett utökat individuellt motivationsarbete

Självklart är det en svårighet att vårda personer med ett pågående missbruk, menar Engström, men skulle Erstabacken vara drogfritt, skulle man tappa flera av de personer som man i dag har kunnat behålla och nå med insatser. Även om Engström säger sig vara osäker på hur erfaren personalen på Erstabacken är i fråga om missbruk och droger, så säger hon att de i dag bör ha lärt sig hur man skall hantera detta. Men personalen måste försöka hålla efter så att personer placerade på Erstabacken inte köper och säljer narkotika inne på boendet, de, personalen, får ”slita med det”. Engström tror att Erstabacken skulle kunna göra lite mer runt missbruket på individuell nivå. Men även om personalen arbetar för fler drogfria dagar för sina boende, så måste insatserna anpassas till varje enskild individ och inte utgöra några kollektiva regler, menar hon, för då tappar man vissa av de boende.

En svår balansgång

Att vårda svårt sjuka med ett pågående missbruk är en balansgång, menar Spångberg. Å ena sidan gäller det att vården i kombination med missbruket inte får bli farlig, å den andra att hitta gränserna för vad som är acceptabelt missbruk så att boende stannar kvar. Uppfattningen är att Erstabacken verkar ha hittat sina gränser och definierat var de går för vad som är acceptabelt. Samtidigt vet man på infektionsmottagningen att drogfrihet kan vara A och O för att en hiv- infektion och dess förlopp skall bli tydligt. Det finns dessutom erfarenheter av att personer som nästan tillhör samma kategori som de som kommer till Erstabacken, klarar drogfrihet under vårdtider på 8 till 12 veckor.

Svårigheten att tillgodose behovet av psykiatrisk kompetens

Enligt Spångberg, finns ett behov av psykiatrisk kompetens inom alla enheter och kliniker som tar emot hemlösa personer med missbruk och hiv-infektioner. Även om det finns uttalade intentioner att samverka mellan olika vårdformer – beroendevård, landstingsvård och psykiatri, skall förbättras, ”ser man inte psykiatrin så mycket ute på arenan som man skulle önska” menar hon. Från infektionsmottagningens sida har personalen inte lyckats etablera ett sådant samarbete, vilket sägs vara en miss. Det finns emellertid ett samarbete med rättspsykiatrin på Huddinge sjukhus, men där är det dömda personer som vårdas under tvång psykiatrin arbetar med. Att Erstabacken i dag har tillgång till en konsultläkare uppfattas som mycket bra, ”då har Erstabacken gjort sitt” säger Spångberg. Hennes uppfattning är att det även tycks fungera med tillgång till beroendeläkare, något som kanske skulle behövas även på infektionsmottagningen. Att bara arbeta med det somatiska blir ”väldigt enbent”. Även Byström pekar på den generella svårigheten att tillgodose behovet av psykiatrisk vård för de hemlösa. En första svårighet är att få tillgång till psykiatriker, en andra att nå dem som behöver denna vård. Psykiatriska diagnoser ofta är ”tabudiagnoser” vilket innebär att många av de hemlösa inte

vill ha någon kontakt med psykiatriker. På Hållpunkt får man ibland ”smygsköta” det psykiatriska medan patienter kommer för helt andra somatiska problem. En tredje svårighet är att många redan är ”sönderpsykiatriserade”, säger han. På Hållpunkt finns det tillgång till en beroendeläkare två dagar i veckan, men varken beroendeläkare eller psykiatriker har vid något tillfälle kunnat delta i vårdplaneringsgruppen. Behovet av psykiatriker är enligt Byström mer påtagligt på Erstabacken där man har inläggande patienter, än på Hållpunkt där man tar emot dem akut. Engström anser att behovet av beroendekompetens är tillgodosett på Erstabacken genom den deltidsläkare som finns på Hållpunkt. Även behovet av psykiatrisk kompetens är tillgodosett genom konsultläkaren från S:t Görans uppsökarteam. Sedan kan det finnas en pågående diskussion ”på golvet”, säger hon, mellan personalen om hur de skall tänka runt olika situationer som uppstår, ”hur etiskt det är för de jättesjuka om de blir påtända..”

En otillräcklig kompetens som på sikt kan bli ett dilemma

Enhetschefen för S:t Görans uppsökarteam för hemlösa, Eva-Li Mark, har funnits med i diskussionerna runt Erstabacken sedan verksamheten startade, och hon deltar i vårdplaneringsgruppens kontinuerliga möten men är för övrigt inte delaktig i den verksamhet som Erstabacken bedriver. Den enda punkt där hon säger sig vara kritisk till Erstabacken, handlar om den bristande tillgången till psykiatrisk och beroendekompetens inom verksamheten. Att ta emot personer med svåra psykiska problem eller störningar har varit svårare för Erstabackens personal att hantera än vad hon hade trott. På Erstabacken har det funnits en oförmåga och en blindhet runt de boendes beroendeproblematik, menar Mark. Om det saknas psykiatrisk och beroendekompetens inom personalgruppen, blir ofta respekten för den enskilde personen och rädslan inför att bemöta och prata om den grundläggande problematiken för stor. Hennes erfarenhet, baserat på erfarenheter runt personer som varit aktuella hos uppsökarteamet, är dessutom att personalen inte reagerat när boende sålt narkotika till övriga boende, och de har heller inte konsulterat andra för att hitta relevanta sätt att hantera ett sådant problem. Det finns en risk att Erstabacken till följd av detta ”skapar nån sorts moral och regelverk som jag tror kan bli ett dilemma på sikt” säger hon. Det finns olika regler i samhället för vad som är ok, och för vad som inte är ok. Om Erstabacken skapar en slags frizon med andra regler är det inget de boende mår bra av i längden, och på sikt kommer de dessutom att tycka att ”personalen är dum i huvudet”.

Att utöka kompetensen

Det är inte tillräckligt, menar Mark, att få utökad tid med psykiatrikonsulten eller med psykiatriska ronder. Det finns ett behov av sjuksköterskor och socionomer som har en specifik kompetens i psykiatri och beroendefrågor. Fanns det personal som behärskade kompetensområdet, skulle det även underlätta psykiatri- och beroendekonsultationer på Erstabacken. Personalen har dessutom ett behov av en grundläggande kunskap om hur man bemöter personer med grava personlighetsstörningar. Det kan finnas ett behov av handledning av någon som känner igen och kan sätta rubriker på de svårigheter personalen ställs inför med dessa boende. Om man arbetar med detta inom personalgruppen, så förfinar personalen sina instrument att hantera olika störningar. Även om personlighetsstörningar kan komma till uttryck på olika sätt, så blir personalen bättre på att handskas med dem. Man måste ständigt arbeta med personalen, få bort den överdrivna rädslan, flytta fram positionerna, men det är mycket en ledningsfråga, menar Mark, att en sådan ansats finns förankrat hos såväl verksamhetschef som läkare.

En utmaning för det professionella systemet

Dilemmat, inte bara på Erstabacken, är enligt Mark att företrädare för den somatiska vården ofta får ett tolkningsföreträde – trots att de inte ser det komplexa hos de hemlösa. Det handlar om en samhällssyn, menar hon. Å ena sidan kan man vara stolt över ett samhälle som erbjuder människor

som lever i misär, kanske till följd av ett missbruk, en bra sjukvård. Men å den andra måste man utifrån en professionell ståndpunkt utmana de här föreställningarna, och erbjuda vård och stöd även för den bakomliggande problematiken. När man skall hjälpa hemlösa med en komplex problematik, och man frågar dem själva vad det är de vill ha hjälp med, så säger de, enligt Mark, nästan alltid att de vill ha hjälp med sina somatiska problem. De säger däremot nästan aldrig att de vill ha hjälp med sina psykiska eller missbruksrelaterade problem, vilket även som vi såg ovan, var Byströms åsikt. Om den somatiska vården blir en ingång där den hemlöse får en hjälp han eller hon efterfrågar, blir det det professionella systemets utmaning att även hitta vägar till det som är en del av personens grundproblem. Att Erstabacken bedriver hemsjukvård där hemlösa personer får medicinsk omvårdnad i ett eget boende, innebär således enligt Mark *inte* att man kan undvika att bemöta dessa frågor. När den traditionella hemsjukvården vårdar svårt sjuka personer i deras egna hem, är det inte så att man bortser från olika omständigheter, exempelvis ett missbruk, som förvärrar situationen för den sjuke, menar hon.

Nästa steg för Erstabacken kan vara att ta diskussionen om hur man skall kunna hitta vägar till sina boenden med erbjudanden om vidare hjälp för deras missbruk. Så länge personalen inte har instrumenten att hjälpa dem inne på Erstabacken, får de kanske inleda ett samarbete med andra professionella aktörer utanför verksamheten. I en del av de dilemman Erstabacken har att hantera runt boende med psykisk sjukdom och/eller missbruk skulle S:t Göranssteamet kunna vara en part att vända sig till. En möjlighet som bland annat olika härbärgen har använt sig av, är att låta teamet komma och föreläsa eller hålla seminarier för personalen runt dessa frågor.

Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede

Hur ser de tillfrågade nyckelpersonerna på att Erstabacken är ett boende såväl för kortare medicinsk rehabilitering som för vård i livets slutskede?

Ett resultat av en kompromiss

Enligt Rolf Byström är kombination av korttidsvård å ena sidan och långtidsvård och vård i livets slutskede å den andra, resultat av en kompromiss mellan olika önskemål runt Erstabackens verksamhet. Medan Byström framför allt såg Erstabacken som en sjukstuga med betoning på kortare insatser, såg Enheten för hemlösa verksamheten som ett långtidsboende för kroniskt sjuka och svårplacerade personer. Det kombinerade boendet för både relativt fysiskt aktiva boende och boende med exempelvis terminal levercancer, är kanske inte så lyckad, menar Byström. Även om man kanske placerar dem i olika delar av själva boendet, så är ju idén att de som bor på Erstabacken ska träffas, att man äter tillsammans...

Erstabacken – eller Ersta hospice?

Annika Engström säger att det har förekommit en del diskussioner runt Erstabackens vård av svårt sjuka och döende. Diskussionen har handlat om var vissa av dem skall vårdas. Från socialtjänstens sida, säger hon att handläggare ibland har tyckt att en boende skulle kunna flytta till Ersta hospice. Hur personalen har sett på detta, kan styras av hur beläggningen på Erstabacken har sett ut. Har boendet full beläggning och kö, har det varit mer ok att flytta någon vidare, än om det inte har funnits någon kö, menar Engström. Då har personalen kanske mer betonat vikten av att behålla en person som de jobbat med länge och som känner personalen, kvar på Erstabacken. I sådana lägen, säger Engström, ”kan man säga till oss på soc att vi är krassa...”

Ett diakonalt perspektiv

Diakonen upplever att det ibland kan vara lite svårt med kombinationen av korttidsboende och vård i livets slut. Det finns pigga personer som är på väg att slussas ut och som pratar om detta, medan andra som sitter vid samma bord är döende. Det kan vara svårt för de mest sjuka, men det kan även vara svårt för dem som är friskare. ”Är man på bättringsvägen och vill hitta tilliten till livet, kanske det inte är så uppbyggligt att bo på en avdelning där det dör människor. Man kanske behöver få se framåt” säger hon. Men det kan också vara så, att de boende får mycket av att leva så nära och så nakna inför varandra, att ”de får mycket kärlek och öppenhet av det också...”

De boendes eller personalens behov?

En annan aspekt på närheten till svårt sjuka och döende, kan vara att det framför allt är en svårighet för personalen, inte för de boende. Det är personalen som önskar att diakonen är där mer, pratar om livsfrågor, tar upp existentiella teman. Önskemålet att minnesstunderna skall bli mer personliga, handlar kanske om att personalen har ett behov av att ventilera sina känslor och tankar. Diakonen anser att personalen oftast hanterar sin arbetssituation väldigt bra, även om det kan vara en särskild svårighet att leva så nära de boende och att personalen lätt tar mycket ansvar för de boende, eftersom

det är personer som ofta inte har några andra. På hospice har personalen kanske en större vana att arbeta med döende, och en större medvetenhet om vad de behöver som personalgrupp. Det kan finnas ett behov av att personalen på Erstabacken börjar arbeta med sig själva i olika frågor om hur de påverkas av närheten till de boende, att de dör och det kommer nya, eller att någon skrivs ut till en otrygg situation. På hospice vet personalen att alla som kommer dit skall dö, vilket i sig skapar en tillåtande hållning i samtalen. Genom att personalen på Erstabacken har både boende som skall vidare ut, och som är döende kanske man är lite mer inne i ”tänket att vi skall hjälpa och bota, att det skall bli bra, en ny chans” än vad som blir fallet på hospice. Om diakonen å ena sidan beskriver miljön och den ”familj” som Erstabacken kan bli för de boende som en trygghet, ser hon samtidigt att de boende, å den andra, lever med en stor osäkerhet. För vissa är osäkerheten om de skall få bo kvar lite till, eller flytta vidare. Den inre tryggheten på Erstabacken kan bli en stark kontrast till den osäkra situationen utanför. För andra är osäkerheten om de har kommit till Erstabacken för att dö eller inte. Kanske kan de dubbla frågor personalen jobbar med – att dels arbeta för att slussa ut någon och ordna för ett bra fortsatta boende, och dels arbeta för ett värdigt slut för andra, vara en förklaring till varför man ännu inte, som diakonen uppfattar det, ”suttit ner och pratat om detta, om vad som händer med oss som personal.”

Erstabacken i nuläget - och framtida utmaningar

Hur vill de tillfrågade nyckelpersonerna beskriva Erstabacken i nuläget? Vilka svårigheter och framtida utmaningar uppfattar de att verksamheten står inför?

Rätt dimensionering

Erstabacken har, menar Byström, rätt dimensioner i dag och bör enligt hans mening inte utökas med fler platser. Det begränsade antalet platser anses vara en fördel genom att man kan erbjuda en verksamhet med en hög ”humakvalitet”. Skulle verksamheten utökas, skulle man få sänka kraven, men också ribban för vilka boende Erstabacken tog emot. Man måste dessutom sätta in Erstabacken i ett större perspektiv, där det kan finnas behov av att utveckla verksamheter på andra områden. Erstabacken är en ”jättebra grej för hemlösa” säger Byström, och det kanske räcker med det nu och med att personalen förfinar det man har, men inte utökar. Däremot finns behov av utslussningslägenheter. Erstabacken är en akutlösning på akuta problem, men även om målet inte är att ordna upp människors liv, så spelar det naturligtvis roll var personer hamnar efter placeringen på Erstabacken.

Ingen kö

Även om det tidigare funnits personer i kö till Erstabacken, har man aldrig fått säga ”nej smärtsamt mycket” säger Byström. Vid tiden för denna studie har det tvärtom varit så att Erstabacken inte varit fullbelagt, och att det heller inte har funnits något kö. Hur kan man förstå detta? Det är en irrationell bransch, menar Byström, och detta är bara uttryck för slumpvisa förändringar, inget annat. Många av dem Byström hade i åtanke när Erstabacken startade, har kommit dit, avlidit där, flyttat vidare eller är fortfarande kvar. Vissa av dem som fanns när diskussionen om Erstabackens tillblivelse startade, har nu ”betats av”, men enligt Byström finns fortfarande ett inflöde.

En plattform för en ny öppenhet

Erstabacken befinner sig inte i nybörjarstadiet, menar Mark, eftersom verksamhetschef och allmänläkare båda sägs uttrycka att de börjar förstå varandras synsätt. Detta innebär att det finns en plattform utifrån vilken det är möjligt att titta ännu närmare på de olika professioner som möts på Erstabacken, och bli överens om de olikheter som finns. Efter de här åren borde personalgruppen på Erstabacken vara trygg nog att blotta sin okunskap. ”Det är aldrig fel att inte kunna nånting. Det som är fel, är att inte sätta ord på det så man kan göra nåt åt det” säger Mark. Men det hänger på att ledningen har och uppmuntrar en sådan öppenhet.

En situation präglad av osäkerhet

Diakonen uppfattar Erstabacken som en väl fungerande avdelning, men hon anser att Erstabacken måste få långsiktiga avtal, få lite arbetsro och lite trygghet. De år som har gått har varit en provotid, menar hon, och en osäker tid som har varit arbetsam för personalen. Hon uppfattar att det finns en rätt stark vi-känsla hos personalen, som dels kan förklaras av de många osäkerhetsfaktorer de står inför, dels av att de arbetar med en väldigt viktig målgrupp. ”Det känns skönt att få jobba med nåt som känns viktigt i livet, det känns bra att få jobba med dessa människor.”

Svårigheter och utmaningar

Vilka är då de svårigheter och utmaningar som Erstabacken uppfattas stå inför i dag?

- En hög ambition ger långa vårdtider. Det finns önskemål från Hållpunkt Maria men även från Enheten för hemlösa, att omsättningen på boende på Erstabacken skulle öka. Erstabacken håller en så hög humanitär nivå, menar Byström, och till följd av detta har de ibland varit dåliga på att skriva ut boende därifrån. Det finns exempel på boende som har varit på Erstabacken nästan sedan verksamheten startade, och det väcker frågor om en sådan boende skall vara kvar där under resten av sitt liv, eller om det är viktigt att skriva ut boende för att lämna plats till andra. Om det gäller boende som har varit länge på Erstabacken, och där den kurativa vården övergår till vård i livets slutskede, så kan det däremot kännas oetiskt att flytta den boende vidare, exempelvis till hospice. Om socialtjänsten uppfattar Erstabacken som ovillig att släppa ifrån sig boende, menar Engström, skulle det kunna påverka socialtjänstens vilja att placera personer där, negativt.
- Ett utvecklat samarbete med socialtjänsten. En annan anledning till att boendetiderna ibland uppfattas som längre än vad de medicinska skälen kan motivera, är att det sägs saknas bra boendialternativ efter placeringen på Erstabacken. Ett sätt att motverka detta skulle kunna vara att arbeta ”stenhårt socialt” för vidareflytten så fort någon kommer till Erstabacken. Dessutom skulle ledning och personal kunna fundera vidare över var det blir stopp – och varför? Erstabacken skulle även kunna arbeta tillsammans med socialtjänsten för hitta nya steg för en person efter placeringen på Erstabacken. På så vis skulle det ibland kunna bli en lite snabbare omsättning på boende – men utan att äventyra tryggheten.
- Oklarheter runt placering efter avslutad vård på Erstabacken. Erstabacken har fått vissa personer på fötter, säger Spångberg, men sedan kan det vara oklart vart de skall därefter. Det har fungerat bra för vissa, som har fått försökslägenheter och stöd av distriktsköterska. För andra har planeringen blivit mindre bra. Skillnaden mellan att flytta från Erstabacken till ett lågtröskelboende har varit för stor. Om en person fått hjälp att minska sitt missbruk på Erstabacken, så kan ett lågtröskelboende där tillgången på knark är för god, vara ett dåligt alternativ. Det är viktigt att hiv-smittade missbrukare får hjälp, för i långa loppet krävs drogfrihet om någon skall klara av sina hiv-mediciner.
- Bristen på alternativa boende. Det saknas i dag lättvårdsplatser som personer skulle kunna gå vidare till från Erstabacken. Det finns inte tillräckigt med boenden som har den kvalitet eller den personaltäthet som behövs. Det saknas dessutom boenden specifikt anpassade till personer som är både svårt psykiskt och somatiskt sjuka. Eftersom den initiala tanken att Erstabacken skulle ta emot boende inte bara mot bakgrund av deras somatiska sjukdomar utan även utifrån psykiatriska behov, kvarstår behovet av ett ”psykiatrins Erstabacken”.
- Förbättra den utåtriktade informationen. Erstabacken är fortfarande en okänd resurs på många akutmottagningar och beroendemottagningar. Det är ett kvarstående problem för Erstabacken, att de måste utöka informationen om den resurs de utgör.
- Få missbruket bland de boende på en hanterlig nivå, men också att koppla ytterligare kompetens till verksamheten, eftersom den målgrupp man arbetar mot i huvudsak har beroendeproblem.
- Turbulens inom Ersta sjukhus. En omständighet som genererar viss oro, är den turbulens som varit inom Ersta sjukhus där bland annat sjukhuschefen avskedades och fyra klinikchefer sade upp sig under 2007. Värt att nämna, är att såväl sjukhuschefen som två av de chefer som avgått, ingick i den tidigare delstudien som nyckelpersoner för verksamheten på Erstabacken. Enligt Byström, är frågan om detta på sikt kan komma att påverka stödet till

Erstbacken. Redan i dag menar han att den situation som uppstått har en negativ inverkan på Erstbackens personal.

V. AVSLUTANDE SAMMANFATTNING OCH REFLEXION

I denna sista och avslutande del av rapporten om Erstabacken, presenteras en sammanfattande jämförelse mellan hur personal och ledning på Erstabacken, men också hur ett urval av nyckelpersoner uppfattade vissa frågeställningar, svårigheter och utmaningar som verksamheten stod inför enligt den första studien 2006 och den uppföljande studien från 2008. Hur har utvecklingen sett ut? Har de eventuella dilemman och svårigheter verksamheten stod inför ett år efter att den startat, funnit en lösning två år senare? Finns där andra, nya omständigheter som blivit allt mer aktuella ju större erfarenheterna av verksamheten har blivit? Är det liknande eller snarare olika aspekter som de som arbetar på Erstabacken – och de som på ett initierat sett betraktar verksamheten utifrån, lyfter fram? Det är frågor som dessa denna del av rapporten avser att belysa.

Den inledande diskussionen om aktuella behov och Erstabackens konstruktion

I de diskussioner som ledde fram till att Erstabacken startade, var det behovet av ett boende för en grupp av hemlösa personer med en komplex problematik, ”som var liksom allt för komplex för att man på nåt sätt skulle kunna lösa det” som Kerstin Paul, psykiatriker, uttryckte det. Den inledande tanken runt det som kom att bli Erstabacken, var att ett samarbete mellan dem som arbetade praktiskt med denna grupp inom såväl psykiatri, beroendevård och somatisk vård som socialtjänst, skulle öka möjligheterna att hitta lösningar för dessa personer. I en gemensam vårdplaneringsgrupp skulle olika personer kunna tas upp till diskussion, och som en möjlig insats skulle ett boende där såväl hemsjukvård som vård i livets slutskede skulle kunna erbjudas dessa hemlösa, vars komplexa problematik omöjliggjorde tillgången till den traditionella vården. Inom vårdplaneringsgruppen var tanken inledningsvis att diskussionerna även skulle omfatta enskilda hemlösas psykiska ohälsa, och att gruppen skulle försöka hitta gemensamma lösningar även på detta. Även om vårdplaneringsgruppens tänkta uppdrag i praktiken i dag fokuserar de hemlösas somatiska ohälsa, och primärt ser Erstabacken som det möjliga alternativet för vård och boende, kvarstår det faktum att de hemlösa som blir aktuella, har en komplex problematik, att de skall erbjudas korttidsvård och vård i livets slutskede samt att (åtminstone) två av de fyra tänka ”benen”; somatik och socialtjänst, utgör den grundläggande konstruktionen för verksamheten.

När Erstabacken konstruerades, hade de olika parter som ingick i diskussionen olika tankar om vilken den mest angelägna målgruppen var – och utifrån vilken aspekt de skulle placeras på boendet. Från Hållpunk Marias sida, fanns en frustration över de somatiska sjukdomar som förblev obehandlade hos gruppen hemlösa. Från Enheten för hemlösas sida, såg man framför allt komplexiteten hos vissa hemlösa, kombinationen av somatik, psykiatri och missbruk som gjorde att inga placeringar hittills hade fungerat.

Det fanns en rad olika förklaringar till varför Erstabackens målgrupp inte kunde få den vård de behövde inom ramen för den traditionella vården. Målgruppen i sig utgjorde en förklaring; deras komplexa problematik omöjliggjorde en planerad vård, inläggning på vanliga vårdavdelningar eller drogfria boenden. Personalen inom den traditionella vården en annan; de har svårt för, är rädda eller ovilliga att bemöta denna grupp på ett gott sätt, eller nekar att besöka sjuka boende exempelvis på inackorderingshem. Dessutom, så länge den traditionella vården är restriktiv i förhållande till patienters missbruk, nekas personer med ett pågående missbruk den sjukvård de behöver för sina somatiska sjukdomar. Det fanns lite olika uppfattningar hos dem som var engagerade i Erstabackens framväxt, om det önskvärda var att de hemlösa på sikt skulle integreras i den traditionella vården, eller ej. Enligt ett sätt att se, var det inte önskvärt med olika former av sjukvård för olika grupper, utan integration var eftersträvansvärt. Enligt ett annat, att hemlöshet i sig är en så speciell problematik att specifika insatser och en specifik kompetens behöver utvecklas just för personer i en sådan livssituation. Det sades även finnas två olika sätt att se på Erstabackens funktioner. Å ena sidan ett landstingsinfluerat sätt att se på Erstabacken; att boendet skulle ta emot boende för korta placeringar där det primära syftet var att avhjälpa vissa akuta sjukdomstillstånd, men inte arbeta inriktat mot någon social rehabilitering av de boende. Ett socialt synsätt, sades å den andra, se Erstabacken som ett långtidsboende anpassat för den mest komplexa gruppen där man kunde förbättra mer än deras somatiska hälsa.

En sammanfattning av fyra centrala frågeställningar

Erstabacken som konstruktion har således, redan från att Högengruppen fick i uppdrag att utveckla en form av samarbete för svårt sjuka hemlösa med en komplex problematik, varit föremål för diskussioner. Som vi skall se i det följande, är det fortfarande vissa inslag i denna konstruktion som utgör fortgående teman för diskussion och ibland motstridiga uppfattningar.

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. Personalens perspektiv

Ett första tema som knyter an till konstruktionen av Erstabacken och som givit upphov till såväl oklarheter som lite olika uppfattningar, är kombinationen av kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. När den första studien genomfördes våren 2006, fanns en hel del oklarheter inom personalgruppen avseende bland annat rollfördelningen mellan undersköterskor/mentalskötare och sjuksköterskor. Det fanns dessutom en generell osäkerhet runt var det kvalificerade sociala arbetet skulle bestå i och vilka arbetsuppgifter som specifikt skulle skötas av Erstabackens socionom. Det framstod som önskvärt att personalgruppen skulle få en gemensam syn på den framtida utvecklingen av verksamheten, men också en gemensam förståelse för verksamhetens sociala dimension. Det fanns åsikter om att balansen mellan den medicinska och den sociala dimensionen skulle kunna utvecklas genom att man exempelvis bildade gemensamma team runt varje boende, hade gemensamma genomgångar, parallella eller likvärdiga medicinska och sociala ronder men också genom att den medicinska och den sociala dokumentationen utvecklades. En särskild svårighet för socionomen var att upprätta sociala behandlingsplaner för enskilda boende, eftersom det ofta var oklart om personen i fråga var på Erstabacken för en kortare rehabilitering, eller om det skulle utvecklas till en hospiceplats.

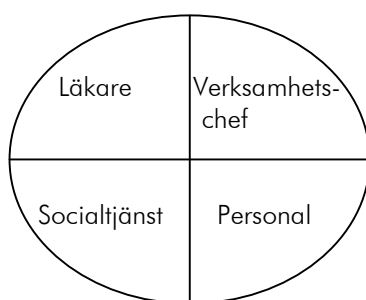
Våren 2008

Vid tiden för den andra delstudien finns två ganska tydliga sätt att se på relationen mellan den medicinska och den sociala dimensionen. För det första finns åsikten att utvecklingen har gått mot en ökad balans, vilket jag uppfattar som ett uttryck för att verksamhetens båda dimensioner blivit tydligare och att rollerna dem emellan har blivit allt klarare. För sjuksköterskornas del har bland annat tillsättandet av en medicinskt ansvarig sjuksköterska gjort en stor skillnad, och nödvändiga rutiner har kunnat

utvecklas. Naturligtvis har även den nya sköterskeexpeditionen spelat en viktig roll för arbetet. Det sociala arbetet har blivit tydligare bland annat genom att socionomens roll är klarare, men också genom att det i dag förs inte bara en medicinsk omvårdnads – utan även en social journal, som framför allt socionom och undersköterskor/mentalskötare ansvarar för.

Men om den ökande tydligheten å ena sidan kan uppfattas som ett uttryck för en bättre balans, kan den å den andra tolkas som ett uttryck för två eller fler mer eller mindre oförenliga tendenser inom Erstabacken. Dessa tendenser uppfattas komma till tydligast uttryck i synen på när och om en boende är redo att skrivas ut från Erstabacken. Om den medicinska tendensen enkelt uttryckt uppfattas innebära en lägre benägenhet att låta personer lämna Erstabacken, skulle den sociala innebära en högre benägenhet att skriva ut och överlåta ansvaret för en boende till socialtjänsten. Enligt ett annat sätt att beskriva relationen mellan de olika tendenser som påverkar synen på de boende, finns det fyra olika krafter som verkar och förhandlar om de boendes placeringar; dels den medicinska/läkaren och den ekonomiska/verksamhetsansvarig som båda sägs vilja verka för så långa placeringar som möjligt, dels uppdragsgivare/socialtjänst som i sin tur är angelägna om så korta placeringar som möjligt – och dessutom personalen.

Figur 2. Fyra krafter på Erstabacken



Om personalgruppen å ena sidan sägs vara ganska eniga i sina bedömningar, kan de å den andra vara ganska frågande både inför varför vissa personer placeras på Erstabacken, och varför vissa andra inte flyttas vidare. Kanske skulle man kunna tolka det som att det skett en parallell utveckling – där balansen mellan den medicinska och den sociala dimensionen har ökat inom gruppen av sjuksköterskor och undersköterskor över tid, *samtidigt* som ”obalansen” eller de ibland motstridiga krafterna eller uppfattningarna har blivit allt tydligare?

Ett boende med kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. Några nyckelpersoners perspektiv

På Erstabacken möts Stockholm stad och Stockholms läns landsting som uppdragsgivare, där möts olika lagstiftningar, olika yrkeskompetenser och olika synsätt i en dygnetrunt-verksamhet för svårt sjuka hemlösa. Detta uppfattas ge en unik plattform för en dialog och en brottning med de olika frågeställningar som väcks i det konkreta arbetet på Erstabacken.

Det fanns inledningsvis synpunkter på konstruktionen av Erstabacken, och bland annat att det blev ett HVB-hem istället för en vårdavdelning, men också på att ledningen av verksamheten lades på en socionom och inte en medicinskt kvalificerad person. Ett annat sätt att se på detta, var att likna Erstabacken vid ett äldreboende där det åligger verksamhetschefen att tillgodose de boendes behov av sjukvård, men inte att själv vara utförare. Det fanns även vissa generella otydligheter i hur ledarskapet runt Erstabacken var organiserat, och en del oklarheter om vad som skulle utgöra det kvalificerade sociala arbete som skulle bedrivas på boendet. Ett sätt att se på detta, var att själva möjliggörandet

för denna svåra målgrupp att genomföra en behandling utgjorde ett kvalificerat socialt arbete. Ett annat, att det kunde vara att arbeta med att motivera de boende till minskat missbruk, till att återuppta kontakter med familj och eventuella barn. Ett kvalificerat socialt arbete skulle dessutom kunna vara att arbeta aktivt med den boende inför nästa steg, inför utskrivning och ett annat boende. En åsikt var, att även om Erstabacken hade varit en medicinsk vårdavdelning, hade den sociala dimensionen beaktats.

Våren 2008

Det sägs uppstå få situationer i dag där socialtjänsten nekar att bevilja bistånd för en placering på Erstabacken. Erfarenheter av ett antal placeringar, en tydligare målgrupp och av en tätare direktkontakt mellan socialtjänstens handläggare och Erstabacken sägs ha bidragit till detta. Men om placeringen av enskilda personer går lätt, kan det finnas en viss svårighet när en person skall skrivas ut från Erstabacken. Det finns uppfattningar om att omsättningen på boende är allt för låg på Erstabacken, med påföljden att vissa vårdtider kan bli mycket långa. Den medicinska personalen på Erstabacken sägs vara angelägna om att en boende skall få tillgång till den goda medicinska omvårdnad man kan erbjuda där – och ogärna släpper personer vidare till andra boenden och stöd från primärvården. Men Erstabacken är en akut lösning på akuta problem, och inte ett permanent boende, med undantag för personer som vårdas i livets slutskede. En svårighet när boende skall skrivas ut från Erstabacken, är när socialtjänsten inte har börjat leta efter ett nytt boende i tid. Ett sätt att öka omsättningen inom verksamheten anses därför kunna vara att samarbetet mellan Erstabacken och socialtjänsten utvecklas ytterligare för att man skall hitta olika alternativ efter placeringen. En särskild svårighet sägs emellertid vara, att det dels kan saknas lämpliga alternativ i form av exempelvis lättboenden, dels att steget från den trygga och vårdtäta miljön på Erstabacken till ett lågtröskelboende kan vara väl stort.

Sammanfattning

En del av de förbättringar som efterfrågades våren 2006, har genomförts två år senare. Balansen mellan den medicinska och den sociala dimensionen i verksamheten har blivit tydligare bland annat genom den sociala dokumentationen. Verksamhetens sociala arbete har utvecklats på ett sätt som gör att en del av de önskemål som nyckelpersonerna uttryckte våren 2006, är tillgodosedda. Dels tycks den gemensamma erfarenheten vara, att Erstabacken lyckas stödja de boende så att de klarar av att genomföra sina behandlingar, dels arbetar personalen aktivt för att tillsammans med socialtjänsten hitta den bästa lösningen för boende efter utskrivning. Samtidigt finns brister såväl i socialtjänstens framförhållning som i tillgången till lämpliga vård och boendeformer. En omständighet som har blivit allt tydligare över tid, och som i dag förefaller vara proberstenen i mötet mellan ett medicinskt och ett socialt synsätt i verksamheten på Erstabacken, är när vissa av de boende uppfattas vara redo att skrivas ut. Erstabackens personal menar att de olika uppfattningarna i denna fråga hänger samman med om man företräder ett medicinskt eller ett socialt synsätt. Även de tillfrågade nyckelpersonerna menar att benägenheten att behålla boende länge och oviljan att skriva ut dem, är en effekt av den medicinskt ansvariga läkarens önskan att erbjuda de boende tillgång till den goda medicinska omvårdnad de får på Erstabacken så länge som möjligt. Även om detta uppfattas vara en behjärtansvärd inställning, är det gemensamma önskemålet från vissa inom personalen såväl som från Hållpunkt Maria och Enheten från hemlösa att omsättningen på boende ökar, så att fler får tillgång till den tänkta akuta vård som Erstabacken erbjuder.

Medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede. Personalens perspektiv

Ett andra tema hänger även det samman med konstruktionen av Erstabacken, som både hemsjukvård i form av kortare medicinska rehabiliteringar och vård i livets slutskede. Om vi återvänder till delstudien som genomfördes våren 2006, så väckte denna kombination av boende en del frågor och

funderingar. Kombinationen i sig uppfattades ha vissa inbyggda svårigheter. För det första att friskare boende ibland fungerade som kurirer som tog in alkohol och droger till boende som var för sjuka för att själva ta sig ut. För det andra, att det kunde väcka ångest hos mindre sjuka boende att leva så nära inpå personer som var döende. Frågan om man själv stod på tur att dö, kunde bli plågsamt tydlig för vissa. Men det fanns samtidigt åsikter om att det kunde vara Erstabackens speciella uppdrag – just att hantera en denna blandning av boende, men också att kombinationen i sig kunde göra arbetet lättare och roligare. Det kunde, åtminstone på kort sikt, uppfattas som hoppfullt att ha vissa boende som kom in för en kortare period, som fick äta upp sig och få sin medicin justerad och som blev bättre och kunde flytta hem eller vidare. Det fanns emellertid en osäkerhet runt vad som skulle hända med en del personer efter att de skrevs ut från Erstabacken.

Korttidsrehabilitering

När det gällde korttidsrehabiliteringen, sades det emellertid vara en svårighet dels att få de boende att följa personalens riktlinjer när de var på Erstabacken, dels antog personalen att det skulle vara ännu svårare för de boende att hålla rutiner med medicinering efter utskrivning från boendet. En fråga som detta väckte, var om det alltid var rätt boende som placerades på Erstabacken; om de som kom till boendet var svåra att motivera till att sköta sin medicinering och således inte blev bättre – hur skulle man då göra? Behålla dem – trots utebliven förbättring, eller skriva ut dem – men till vad då? En annan åsikt var att denna fråga var felställd; det var inte frågan om vilka boende som var rätt eller fel, utan om hur väl rustade Erstabackens personal var att ta emot dem som kom på ett fullgott sätt. Ett alternativ vore att Erstabacken även hade en funktion av en utredningsarena. Om verksamheten utvecklade sina nätverk till andra insatser, skulle man utöka sina möjligheter att hitta andra mer lämpliga alternativ för vissa av de boende.

Vård i livets slutskede

Vid tiden för den första studien hade en boende vårdats på Erstabacken till livets slut. Det fanns ingen större oro inför hur personalen framledes skulle klara av den praktiska omsorgen runt en svårt sjuk eller döende person, förutsatt att det inte fanns för många sådana boende vid samma tidpunkt. Det fanns snarare en osäkerhet inför hur personalen skulle klara av att hantera sin egen ångest och de existentiella frågor vården av döende kunde väcka. Ett förslag var att Erstabacken skulle ta hjälp av Ersta hospice som en förberedelse inför detta. Det fanns även åsikter om att en sådan kontakt kunde hjälpa personalen att bli tydligare och tala klartext i sina samtal med de boende. Vid tiden för studien, sades de boende ibland sväva i ovisshet om de kommit till Erstabacken för att dö, eller inte.

Det fanns en uppfattning om att utvecklingen på Erstabacken gick emot att de boende som togs emot, var allt sjukare. En sådan utveckling sågs inte som önskvärd, dels för att Erstabacken skulle kunna uppfattas som en uttalad ”slutstation” för dem som kom dit. Detta skulle dessutom ställa högre krav på personalen att ta hand om allt fler eventuella anhöriga, men det skulle också öka kraven såväl på kompetensen i smärtlindring som på teknisk utrustning, exempelvis liftar. Dels för att en sådan utveckling skulle stanna upp verksamheten. Det skulle bli långa vårdtider för få, och allt färre skulle kunna tas emot för en medicinsk korttidsrehabilitering. Detta skulle i sin tur innebära, att en grupp som inte kunde beredas plats inom den traditionella vården, då inte heller skulle tas emot på Erstabacken, som just tillskapats för dem som saknade andra alternativ.

Våren 2008

Två år senare fanns det fortfarande olika tankar kring och uppfattningar om kombinationen av boende; dels att det kan utgöra en svårighet för personalen, inte minst att balansera sin uppmärksamhet mellan ofta krävande och rörliga korttidsboende, och svårt sjuka som vårdas på Erstabacken under lång tid. Dels att det kan utgöra en svårighet för friskare boende att leva så nära andra svårt sjuka

och döende personer – men också, att just denna närhet både kan mana till större omsorg om det egna livet i dag, och ge en trygghet inför den egna bortgången på Erstabacken så småningom. Även om uppfattningen är, att det skulle vara lättare för personalen om gruppen av boende vore mer homogen, har Erstabacken tillkommit för att både erbjuda kortare hemsjukvårdsinsatser och vård i livets slutskede, och det finns en acceptans för detta hos personalen – men med en reservation. Det finns alltid en grupp av yngre, friskare aktiva missbrukare på Erstabacken vars närvaro väcker starka reaktioner hos en del i personalgruppen. De uppfattas störa och förstöra såväl för andra svårt sjuka boende som för verksamheten i sig, inte minst genom att ta in men också handla med droger. En åsikt är att Erstabacken antingen inte skall ta emot denna grupp, eller ta emot dem men skriva ut dem som bryter mot vissa regler. Ett alternativ är att verksamheten anpassas till dessa mer aktiva korttidsboende, vilket kan öka svårigheten att kombinera verksamheten med hospicevården av de svårt sjuka. Men det förs även fram åsikter om att svårigheten inte är så stor; problemet är ofta temporärt just när någon kommer till Erstabacken, innan de antingen anpassat sig eller själva valt att lämna ett boende som inte passar dem.

Om det är placeringen och hanteringen av de korttidsboende som å ena sidan är det som skapar mest diskussion och åsiktsmässiga motsättningar inom personalen, så är det å den andra vårdnaden och omsorgen om de långtidssjuka och döende som förenar dem. De svåra beslut och frågeställningar som korttidsboendet genererar, finns inte runt hospiceplatserna. Dessa boende skall (med vissa undantag) bo kvar på Erstabacken till livets slut, deras rörlighet och missbruk minskar efterhand och personalens gemensamma vilja blir att göra deras sista tid så trygg och bra som möjligt. Även om vården i livets slutskede bedöms vara god, så finns det några punkter där en utveckling sägs kunna ske; smärtlindringen sägs fungera bra i dag, men skulle kunna bli bättre, personalen skulle behöva bli tryggade i att de alltid har rätt och möjlighet att kalla in extrapersonal om det behövs i samband med att ett förestående dödsfall. Dessutom finns en viss osäkerhet om personalens behov av att bearbeta sina egna existentiella frågor tillgodoses i dag.

Kombinationen av medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede. Några nyckelpersoners perspektiv

Vid tiden för den första studien, när verksamheten vid Erstabacken varit i gång ett år, såg flera av de tillfrågade nyckelpersonerna kombinationen av medicinsk korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede som önskvärd. Men kombinationen uppfattades både som svår för personalen att hantera, och som en konstruktion som underlättade personalens arbete. Om Erstabacken bara tog emot de tyngsta, allra svårast sjuka skulle arbetet kunna bli väl tungt. Ur ett sådant perspektiv, var det de korttidsboende som i något avseende skulle ”lätta” upp arbetssituationen. Det fanns även en motsatt uppfattning om att denna kombination inte var önskvärd ur de svårast sjukas perspektiv. I livets slutskede borde de förskonas från det oroliga liv som piggare korttidsboende levde på boendet.

Våren 2008

Det finns fortfarande åsikter om att kombinationen av friskare, piggare och rörligare personer och personer som är svårt sjuka och döende inte är så lyckad, varken med avseende på de friskare eller på de sjukare boende. Det finns emellertid en acceptans för att det är så här verksamheten ser ut, och att det skulle vara svårt att ändra i de lokaler som finns och med den gemensamhetstanke som präglar boendet – att man exempelvis äter tillsammans.

Medicinsk korttidsrehabilitering

En erfarenhet är att vissa kortare placeringar av allt för friska och allt för aktiva missbrukare inte har fungerat bra, en annan att konstruktionen av Erstabacken omöjliggjorde placeringar av personer med multiproblematik där psykiatri och inte somatik var det stora problemet. Hiv-mottagningens erfaren-

het är att Erstabacken har kunnat ta emot vissa hiv-smittade hemlösa missbrukare som inte har varit möjliga eller som har varit svåra att placera någon annan stans, personer som inte vill eller som inte klarar att ta sina bromsmediciner. Läkaren på Hållpunkt Maria men även läkare och flera inom personalen på Erstabacken bedömer att allt för friska och aktiva missbrukare med hiv-infektioner passat dåligt in på Erstabacken. Om det är samma grupp som personal från hiv-mottagningens sida ser som en viktig målgrupp för Erstabacken, eller om det finns olika personer mer eller mindre lämpade inom denna grupp, torde vara en viktig fråga att utreda vidare. I dagsläget finns i alla fall en gemensam erfarenhet av att de personer man önskat en placering för på Erstabacken, har, med undantag från dem med i första hand en psykiatrisk diagnos, kunnat komma dit.

Sammanfattning

Kombinationen av korttidsrehabilitering och vård i livets slutskede väcker i stort sett samma tankar hos både personal och nyckelpersoner våren 2006 som två år efteråt; den innebär en komplikation, men det finns en acceptans att detta är något Erstabackens personal – kanske till följd av att lokalerna inte tillåter annat – har som uppdrag att hantera. Om vården av svårt sjuka och döende boende utgör en allt tydligare förenande kraft för personalen, har synpunkterna på och reaktionerna inför de korttidsboende skärpts betydligt sedan våren 2006. Även då fanns frågor om vissa av dessa var ”rätt” för Erstabacken, eller om Erstabacken hade förutsättningar att ta emot dem på bästa sätt, men både frågorna runt varför vissa av dem placeras på Erstabacken, och hur man skall hantera de negativa effekterna av sådana placeringar har accentuerats. Såväl inom personalgruppen som hos nyckelpersoner finns en tveksamhet inför de friskare aktiva missbrukare som placeras på Erstabacken. Enligt en del av personalen uppfattas de störa och förstöra för verksamheten, bland annat genom en ökad kommers med droger på boendet. Farhågan att Erstabacken skulle utvecklas mot en slutstation för svårt sjuka och döende har hos några bytts ut mot en farhåga att utvecklingen istället går mot ett ”pundarnas paradiset”.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk. Personalens perspektiv

Ett tredje tema har behandlat det faktum att de flesta hemlösa personer som vårdas på Erstabacken för sina somatiska sjukdomar, har ett pågående missbruk. Om vi återvänder till våren 2006, så var personalens uppfattning att det saknades gemensamma rutiner för hur de boendes missbruk skulle bemötas, men även för hur de olika regler som fanns skulle efterlevas. Hanteringen beskrevs som ”ganska slapp”, och någon menade att personalen på Erstabacken var mycket ”lojal” med de boendes missbruk. En personal uttryckte en farhåga om att Erstabacken skulle utvecklas till ett för vissa personer idealt boende; tak över huvudet, god mat, medicinsk och social omvårdnad – och ett fritt och fortsatt missbruk... Men det fanns olika åsikter om huruvida det önskvärda vore att eftersträva drogfrihet på Erstabacken eller ej. Ett argument för ett drogfritt boende, var att missbruket hade negativa effekter på den medicinska behandlingen, och att ett motiv till att minska de boendes missbruk, vore att detta skulle förbättra vården. Motargumentet var, att högre krav på drogfrihet skulle innebära att de som mådde allra sämst skulle straffa ut sig från Erstabacken på samma sätt som de gjort på alla andra ställen, och att de således skulle bli utan den vård de var i behov av. Detta argument förstärktes dessutom av ett antagande om att man aldrig under relativt korta vårdtider på Erstabacken, skulle kunna förändra gamla invanda missbruk.

Ett medicinskt och ett socialt synsätt

Intressant nog, fanns en uppfattning om att det fanns ett medicinskt och ett socialt sätt att se på de boendes missbruk och på hur Erstabacken skulle förhålla sig till detta. Enligt det medicinska synsättet bedrev Erstabacken hemsjukvård i de boendes egna hem. Den som således bodde på Erstabacken

hade rätt till samma integritet som om han eller hon hade varit hemma, och därmed kunde personalen inte heller ha några synpunkter på ett eventuellt missbruk. Enligt det sociala sättet att se, var inte Erstabacken bara ett eget boende, utan dessutom ett kollektiv med gemensamma utrymmen och måltider, och även en arbetsplats. Utifrån ett sådant synsätt borde Erstabacken bli bättre på att både erbjuda de boende möjligheter att uttrycka sina egna eventuella förväntningar på hjälp för sitt missbruk och motivera dem till allt fler drogfria dagar. Ett sätt att arbeta med de boendes motivation vore att bland annat tala med dem om sambandet mellan den somatiska sjukdom de skulle behandla på Erstabacken, och deras missbruk.

Våren 2008

När Erstabacken våren 2008 har ytterligare två år på nacken, sägs den gemensamma uppfattningen vara att Erstabacken ska vara ett lågtröskelboende. Ett krav på drogfrihet sägs inte vara önskvärt, eftersom de som bäst skulle behöva vård i sådana fall inte skulle bli aktuella på Erstabacken. Personalgruppen är ganska enig om att de arbetar med en grupp av boende som ofta har psykisk sjukdom eller allvarliga psykiska störningar till följd av sitt missbruk, och att personalen behöver höja sin egen kompetens i såväl psykiatri- som beroendeproblematik, men också utöka psykiatrikerns närvaro på Erstabacken. Kanske skulle man kunna sammanfatta synen på personalens uppgift visavi de boendes missbruk, som att de inte skall arbeta *med* de boendes drogproblematik, men att de skall arbeta *för* en större drogfrihet. Om arbetet *med* drogproblematiken är en fråga om behandlande insatser, är arbetet *för* drogfrihet framför allt en fråga om att bemöta och stötta enskilda boende på ett gott sätt. Detta sägs bland annat innebära att personalen skall vara – vilket de också sägs ha blivit – mer benägna att prata om och fråga de boende om deras missbruk. Om en boende har en uttrycklig vilja att få hjälp att minska sitt missbruk, kan detta skrivas in i den sociala behandlingsplan som socionom och kontaktperson upprättar tillsammans med den boende. Inom personalgruppen sägs tryggheten vara god; personalen har ett gemensamt synsätt, känner och litat på varandra och hjälps åt när olika situationer uppstår. En situation som de emellertid har svårt att hantera, är när de misstänker, eller i princip vet, att en boende tar in narkotika för att bland annat sälja till andra på Erstabacken. Från personalens håll är en åsikt att ledningen, i meningen läkare och verksamhetschef, av olika skäl inte reagerar eller agerar inför sådana händelser, och att det saknas riktlinjer för hur personalen skall och får agera. Verksamhetschefen å sin sida tycks mena att det snarare är en fråga som kan lösas genom att öka personalens kompetens. En kompetenshöjning genom utbildning i beroende- och medberoende skulle medföra att personalen inte bara noterar om sådan handel förekommer, utan att de har tydliga regler och reagerar omedelbart om dessa överskrids. Vid sidan av en sådan generell kompetenshöjning, skulle han dessutom vilja höja kompetensen hos kontaktpersonerna så att de skulle kunna arbeta mer behandlade med de boende de har särskilt ansvar för. Verksamhetschefen har samma syn på personalens uppgift visavi de boendes psykiska ohälsa som visavi deras missbruk. Personalens uppgift är inte att *arbeta* med de boendes psykiska ohälsa – utan framförallt att bemöta och hantera psykiatriska sjukdomar eller personlighetsstörningar på ett bra sätt. Även om personalens kompetenshöjning i beroendeproblematik är det mest angelägna i dagsläget, så menar han att även en kompetenshöjning i psykiatri är önskvärd - genom enstaka kurser eller kanske psykiatriska ronder.

Tre positioner

Det tycks finnas tre olika positioner som betonar behovet av en utökad kompetens i psykiatri – och beroendeproblematik på olika sätt.

Figur 3. Olika positioner i synen på behovet av psykiatrisk- och beroendekompetens



Personalen anser å ena sidan att de arbetar med en grupp av boende som ofta har psykisk sjukdom eller allvarliga psykiska störningar till följd av sitt missbruk, vilket ställer högre krav på kompetens än personalen i dag kan leva upp till. Erstabackens läkare anser å den andra att man arbetar mest med sjukvård gentemot en grupp hemlösa som är ordenligt sjuka, och att den kompetens som finns på Erstabacken i dag (tre mentalskötare och en sjuksköterska med tidigare erfarenheter av psykiatri) därför räcker till. Dessutom ser hon att de boendes missbruk tenderar att avta när de kommer till Erstabacken – dels till följd av att den boende får tak över huvudet, vård, mat, lugn och ro, dels till följd av en hos vissa progredierande, eller tilltagande utbredning av en sjukdom. Verksamhetschefen intar i sin tur en mellanställning genom att han bejakar behovet av en ökad kompetens, men menar att detta i första hand handlar om kompetens i beroendefrågor, och att behovet måste tillgodoses stegvis.

Att vårda svårt sjuka hemlösa med ett pågående missbruk. Ur några nyckelpersoners perspektiv

Ett grundantagande är att de boendes missbruk både är det som bidrar till att "kvalificera" någon för en placering på Erstabacken, och det som, tillsammans med psykiatriska diagnoser eller personlighetsstörningar, försvårar möjligheten att erbjuda den boende en fullgod vård. Detta uppfattas ur ett medicinskt perspektiv inte utgöra något dilemma – varken i sättet att se på den vård man kan erbjuda, eller hur man kan se på och hantera missbruket på Erstabacken. För det första får målen med den somatiska vården för hemlösa missbrukare bli andra än inom den traditionella vården. "Good enough" blir ett ledord. Kan Erstabacken erbjuda dem det bästa tänkbara mot bakgrund av den situation de lever i, så är det bra nog, även om man till följd av deras missbruk inte kommer så långt med vården som man annars skulle göra. För det andra underlättar ett medicinskt synsätt "hanteringen" av de boendes missbruk inne på Erstabacken. Enligt ett sådant synsätt bedriver Erstabacken hemsjukvård. Personalen går in till de boende som gäster i deras hem, och kan därför inte eftersträva kontroll över hur någon av dem lever eller över deras beroende. Ett ganska dramatiskt sätt att uttrycka detta är när det, för vissa, önskvärda sättet att som hemsjukvårdare acceptera de boendes missbruk, ställs mot en oönskad iver att omvända de boende, eller att skapa en tillvaro för dem på våra, de "vanliga" människornas villkor.

Det finns även andra sätt än detta att resonera kring de boendes missbruk. Det finns ett önskemål om att balansen skall bli bättre, att Erstabacken inte är ett drogfritt boende men att personalen ändå inte skall vara för tillåtande. Det borde dessutom finnas en viss potential hos en del boende att bli drogfria på Erstabacken, vilket vore önskvärt med tanke på deras medicinering. Drogfrihet är en förutsättning för att man skall hitta rätt medicinering för en boendes psykiatriska sjukdom eller tillstånd, och först när den boende fått rätt medicin för detta, kan man ställa in exempelvis bromsmediciner mot hiv på

ett adekvat sätt. En lucka eller ett behov av kompetens som behöver tillgodoses på Erstabacken, är psykiatrisk och/eller beroendepsykiatrisk kompetens. Dels efterfrågas mer av beroendepsykiatrisk kompetens hos Erstabackens sjuksköterskor. En åsikt är att det behövs lika mycket psykiatrikompetens som somatisk kompetens. Dels efterfrågas mer kontinuerlig närvaro av psykiatriker på Erstabacken. Det räcker inte med insatser i akuta situationer. Eftersom Erstabacken fick en så tydlig inriktning på somatik, är frågan om hur svårt psykiskt sjuka hemlösa skall få sina behov av såväl psykiatrisk som somatiskt vård tillgodosedda, fortfarande olöst.

Våren 2008

En åsikt är att kompetensen i psykiatri och beroendeproblematik är tillgodosedd på Erstabacken genom att verksamheten i dag har tillgång till en konsultläkare från S:t Görans uppsökarteam och beroendeläkare från Hållpunkt Maria och mottagningen vid Enheten för hemlösa. En annan, att det saknas en grundläggande kompetens inom personalgruppen. Det önskvärda vore att det såväl fanns psykiatriutbildade sjuksköterskor som socionomer med kompetens i beroendefrågor. Även om personer primärt placeras på Erstabacken för sina somatiska sjukdomar, är det deras missbruk och personlighetstörningar som gör att de inte kan vårdas inom den traditionella vården. Om Erstabacken saknar kompetens i psykiatri och beroendeproblematik kan verksamheten varken möta de boendes grundproblematik på ett sätt som uppfattas åligga professionella aktörer, eller hantera den dagliga situationen inne på boendet på ett önskvärdt sätt.

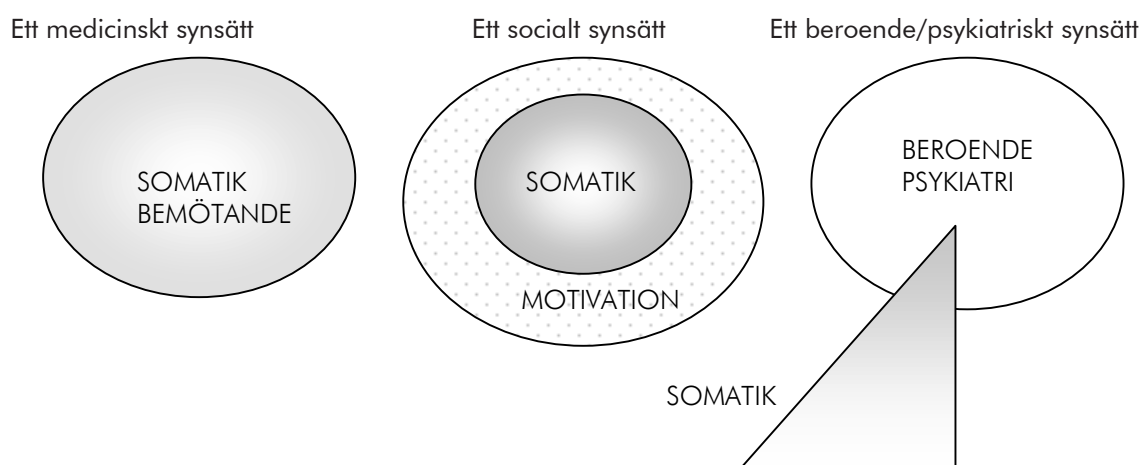
Sammanfattning

Erstabacken är ett boende som skall erbjuda svårt sjuka hemlösa med en komplex problematik somatisk vård. Det faktum att de boende vid sidan av sin somatiska sjukdom har såväl ett missbruk som (oftast) en psykiatrisk diagnos och/eller personlighetstörningar, har genererat framför allt tre frågeställningar hos såväl personal som nyckelpersoner. För det första; vilken karaktär skall boendet ha? Är det önskvärda att Erstabacken är ett drogfritt boende, eller ej? För det andra; i vilken mån skall personalen arbeta med de boendes beroendeproblematik? För det tredje, vilken intern kompetens och vilken tillgång till extern kompetens i psykiatri och beroendefrågor behövs inom verksamheten med tanke på de boendes komplexa problematik?

Efter vissa inledande diskussioner, så finns det i dag en tydlig överensstämmelse mellan personal och nyckelpersoner att Erstabacken skall ha en lågröskelkaraktär för att vården skall bli tillgänglig för dem som bäst behöver den, i meningen de oftast diskvalificeras från den traditionella vården. På frågan om personalen skall arbeta med de boendes beroendeproblematik, och i sådana fall hur, uppfattas återigen det medicinska och det sociala synsättet få genomslag. Tolkningen av det medicinska synsättet är väl i överensstämmelse med det synsätt som den tidigare chefsöverläkaren Nyhlin men även sjukhuschefen företrädde, och som beskrevs som ett "lätt sätt att se"; Erstabacken bedriver hemsjukvård, och detta innebär att personalen, som gäster i de boendes hem, inte kan eller skall ha någon kontroll över de hemförhållanden, inklusive missbruk, som råder där. Uppdraget är att tillgodose de boendes behov av somatisk vård. Det sociala synsättet betonar i sin tur ökad drogfrihet som ett sätt att förbättra effekterna av den somatiska vården. Sedan 2006 är uppfattningen att det skett en utveckling i personalens arbete med de boendes drogproblematik. Dels att personalen i större utsträckning talar med de boende om deras egna eventuella önskemål om att minska sitt drogintag, dels att personalen har utarbetat tydligare regler för vad som skall gälla inom boendet. En kvarstående, och som jag förstår ökande svårighet, är emellertid att personalen saknar tydliga direktiv för hur de skall, eller får

hantera boende när personalen misstänker att de tar in eller säljer narkotika på Erstabacken.²⁹ Även här sägs det medicinska synsättet skilja ut sig. En uppfattning är, att om det primära uppfattas vara att en boende skall få tillgång till somatisk vård, så tenderar överseendet med exempelvis droghandel öka. Om man ser på vilka olika inställningar som finns till hur Erstabacken skall hantera de boendes komplexa problematik, i vilken omfattning de skall eller inte skall arbeta mot en ökad drogfrihet och vilken kompetens som ser som önskvärd, så skulle dessa kunna säga illustrera ett medicinskt synsätt, ett socialt synsätt och ett beroendepsykiatriskt synsätt

Figur 4. Tre idealtypiska sätt att se på förhållandet mellan somatik och beroende/psykiatrisk kompetens



Ett medicinskt synsätt sätter de boendes somatiska sjukdomar i centrum. Erstabacken betraktas som sjukvård i de boendes eget hem, och inga aktiva åtgärder skall eller kan därför riktas mot ett eventuellt missbruk. Den kompetens som finns hos personalen är tillräcklig för att erbjuda den vård som personer som i första hand är svårt sjuka och hemlösa, behöver. En särskild svårighet sägs vara att om, och när det finns ett behov av psykiatrisk kompetens, kan detta behov vara svårt att tillgodose. Dels då de boende själva inte ser eller vill erkänna sin egen problematik, dels då tillgången till psykiatriker är begränsad.

Ett socialt synsätt sätter också de boendes somatiska sjukdomar i centrum, men utgår ifrån att de boendes komplexa problematik som såväl omfattar beroende som psykiatriska diagnoser eller personlighetsstörningar, kräver en större kompetens än vad som i dag finns att tillgå i personalgruppen. Behovet av kompetens att bemöta de boendes problematik men också att motivera dem till ett minskat bruk av droger, kan tillgodoses genom gemensam utbildning i beroendeproblematik och enstaka kurser i psykiatri, psykiatrisk handledning/psykiatriska ronder.

Ett beroende/psykiatriskt synsätt ser den somatiska vården som en möjlig väg för att även kunna erbjuda de boende hjälp med deras grundläggande beroende- och/eller psykiatriska problematik. Detta kräver kompetens i form av psykiatriutbildade sjuksköterskor men även socionomer med särskilt kompetens i beroendefrågor. Att beskriva vården på Erstabacken som hemsjukvård, innebär inte att personalen

²⁹ Under våren 2007 genomfördes en DIAFLEX-undersökning på Erstabacken, vilket innebär att man fått hjälp att analysera de samlade kulturen inom verksamheten, samt rekommendationer om hur och på vilka punkter kulturen behöver utvecklas. En slutsats som undersökningen drar, är det fanns brister när det gäller den etiska beredskapen och riktlinjer för hur man skall handla i etiskt känsliga situationer, och vem som har det etiska ansvaret i varje situation. Gissningsvis är frågan om hur man skall agera i en situation när man misstänker att en boende tar on och säljer droger på Erstabacken ett exempel på ett sådant etiskt dilemma.

kan undvika att även arbeta med de boendes beroende eller psykiatriska åkommor. En särskild svårighet kan vara, att det ofta är den somatiska vårdens företrädare som får tolkningsföreträde, vilket innebär att man väljer bort insatser för psykiatri- och beroendeproblematiken. Inom verksamheten på Erstabacken kan man hitta företrädare för alla tre synsätten.

Nuläget. Ur personalens perspektiv

Hur beskriver Erstabackens personal nuläget våren 2006, ganska precis ett år efter att verksamheten startat? Vilka är de svårigheter personalen uppfattar verksamheten har att hantera, och vilka utmaningar menar de att Erstabacken måste anta?

Verksamheten sades ha landat. Den första etappen var klar, den andra skulle precis inledas, eller som en personal uttryckte det; ”nu skall vi börja jobba!” Det som nu var dags att börja jobba med, var för det första att utveckla visioner och mål, men även att utveckla rutiner, regler, dokumentation och att sprida information om verksamheten. För det andra bestod arbetet av att förbättra situationen för de boende; dels att utöka kompetensen i psykiatri och beroendeproblematik, dels att bli bättre på att slussa vidare och att följa upp de boende efter att de skrivits ut från Erstabacken. En tredje uppgift skulle bli att hålla personalgruppen sund och motiverad – i ett arbete med en ofta svår och krävande grupp av boende.

Svårigheter och utmaningar

Men verksamheten vid Erstabacken uppfattades stå inför vissa svårigheter, dels vissa specifika svårigheter som undersköterskor och sjuksköterskor mötte i sina arbetsuppgifter, dels några gemensamma utmaningar. Några av de svårigheter undersköterskorna sade sig stå inför i sitt arbete var bland annat att motivera de boende att sköta sin hygien, städningen men också att få dem att inte röka inne på boendet. Våren 2006 var rökning förbjudet inne på boendet, och den enda tillgängliga platsen var en liten balkong utanför Erstabackens kök. Det fanns ett önskemål om att de boende skulle få mer av samtal med kvalitet och andlig fördjupning, men också att det behövdes mer aktiviteter, inte minst sådana som hjälpe tidigare hemlösa personer att anpassa sig till ett mer ”vanligt” liv. De långa arbetspassen med sovande jour var för flera ett oönskat inslag i arbetet. En av de svårigheter sjuksköterskorna sade sig stå inför, var att medicinera och motivera boende att följa medicinska instruktioner. Anledningen till detta sades vara att många boende saknade sjukdomsinsikt men också förmågan att ta eget ansvar för sin hälsa. Det fanns dessutom ett önskemål om att kunna erbjuda personer träningslägenheter som ett steg efter boendet på Erstabacken. De utmaningar verksamheten uppfattades stå inför, var för det första att få ändamålsenliga lokaler; för det andra att tillgodose behovet av beroendevård framför allt i kombination med smärtlindring. En tredje utmaning var att hitta gränserna för de boendes integritet och på så sätt få en rimlig balans mellan å ena sidan de boendes friheter och å den andra de krav och regler som skulle råda, men också ambitionerna att tydligare motivera de boende till ökad drogfrihet. Den allt överskuggande utmaningen uppfattades emellertid vara Erstabackens framtid. Skulle verksamheten få fortsatta anslag, eller skulle verksamheten komma att bli ett projekt med en begränsad livstid, och hur skulle personalen förhålla sig till denna osäkerhet?

Våren 2008

Två år senare finns en grundläggande bild av Erstabacken som en stabil verksamhet som tagit form, som har allt på plats men där det finns behov av smärre korrigeringar men också av en ständigt fortgående diskussion om verksamhetens syfte och utformning i relation till de behov som Erstabacken skall möta. Samtidigt finns det olika faktorer som generar en oro inför hur möjlig verksamheten är att anpassa till förändrade behov. Även om vården av svårt sjuka och döende sägs fungera väl, uppfattas verksamheten vara mindre väl anpassad till den yngre friskare och aktiva målgrupp som placerats på Erstabacken. En genuin oro kommer till uttryck inför hur verksamheten och inte minst kombinationen

nen av korttidsboende och hospicevård, skall komma att fungera om detta blir en mer permanent eller utökad målgrupp. De svårigheter som Erstabacken uppfattas stå inför hänger framför allt samman med att få in de boende som passar Erstabacken som verksamhet bäst och samtidigt kunna upprätthålla en god kvalitet och konkurrensförmåga. Att bibehålla Erstabackens kvalitet och karaktär är en utmaning inför framtiden – dels med tanke på korta avtal och en i dagsläget ännu osäker ekonomisk situation, men också med tanke på de komplikationer som själva konstruktionen uppfattas ge upphov till; att hitta balansen mellan korttidsboendet och vård i livets slutskede men också mellan betoningen av att Erstabacken är ett eget boende och rimliga krav på de boende. För att kunna hantera olika svårigheter och utmaningar som konstruktionen av verksamheten men också de krav på anpassning till rådande behov verksamheten alltid kommer att ställa personal och ledning inför, blir den övergripande utmaningen att hitta det lämpligaste sättet att även fortsättningsvis hålla den för Erstabacken så väsentliga dialogen i gång, såväl internt som med externa uppdragsgivare och extern expertis.

Nuläget. Ur några nyckelpersoners perspektiv

Det fanns ett ganska entydigt sätt att se på var Erstabacken befann sig våren 2006, ett år efter att verksamheten startat. Erstabacken befann sig i en konsolideringsfas. Detta sades innebära att det var dags för en översyn över målgruppen och deras behov i relation till vårdinnehållet, men även över vad som brustit, som behöver korrigeras eller vidareutvecklas, men också över vilken kompetens Erstabacken fått tillgång till exempelvis genom det egna sjukhuset – och vilken kompetens som var önskvärt att få tillgång till framöver. Enligt en åsikt befinner sig Erstabacken i begynnelsefasen, men detta kan snarast uppfattas som en uppmaning – eller varning – att inte fastna för fort i för bestämda former, utan den gemensamma uppfattningen är att Erstabacken bör kännetecknas av en pågående dialog om, öppenhet inför och anpassning till den målgrupp som för tillfället är mest adekvat, i betydelsen behöver Erstabackens insatser bäst. Det har funnits vissa funderingar runt personer som placerats på Erstabacken, framför allt runt vissa personer som varit för ”friska” för boendet, och ett exempel som nämns är personer som placerats där för enklare inställningar av insulin. En annan fundering var, om det fanns några inlåsnings effekter på Erstabacken som kunde göra att personer blev kvar där längre än nödvändigt eller önskvärt.

Svårigheter och utmaningar

Några av de svårigheter verksamheten sades stå inför, var för det första lokalerna som var dåligt anpassade till den verksamhet som bedrivs på Erstabacken. För det andra hade en svårighet visat sig vara att enskilda socialsekreterare som skulle bevilja bistånd för en medicinskt motiverad placering, ibland nekade en sådan ansökan. En farhåga som kom till uttryck var att personalen på Erstabacken kunde ha för höga sociala ambitioner för de personer som placerades på boendet, och att personalen till följd av detta riskerade att bränna ut sig på en oföränderlig grupp. Intressant nog kom även en motsatt farhåga till uttryck, nämligen att medicinskt utbildad personal skulle sakna den sociala ambition som erfordrades på Erstabacken. Inom personalgruppen sades en av de stora utmaningarna inför framtiden vara, om verksamheten skulle få finnas kvar eller ej. Enligt Erstabackens direktor fanns ingen anledning till oro inför framtiden. Ingen politiker skulle ta initiativ till att lägga ner en så ideologiskt tung verksamhet, menade han. En annan åsikt var emellertid att Erstabacken var en för liten och således för dyr verksamhet för att vara hållbar på sikt.

Våren 2008

Erstabacken uppfattas ha funnit sin roll och sin nisch i förhållande till andra boenden, och verksamheten sägs ha en spetskompetens i att hantera personer som både har en svår sjukdom och missbruk i kombination med personlighetsstörningar som gör dem synnerligen svåra att såväl placera som hantera inom andra boenden. Erstabacken uppfattas vara rätt dimensionerat för att kunna hålla en

hög ”humankvalitet”. En effekt av ett utökat antal platser skulle dels vara en lägre kvalitet, men också en lägre tröskel för vilka personer som skulle placeras på boendet. Det utfärdas en viss varning inför framtiden, där det kan uppstå behov av boenden för andra grupper än dem som egentligen är mest betjänta av Erstabackens specifika konstruktion och kompetens. Avsaknaden av boenden för en växande grupp av hemlösa missbrukare med åldersrelaterade sjukdomar skulle kunna sätta press på Erstabacken. Om en av de utmaningar Erstabacken uppfattas stå inför, är att öka omsättningen så att fler svårt sjuka hemlösa får tillgång till den vård och omsorg verksamheten erbjuder, är en annan att bibehålla öppenheten. Erstabacken har en unik möjlighet att föra en dialog såväl inom verksamheten mellan de olika professioner som möts där, som i relation till uppdragsgivare och extern expertis inom bland annat psykiatri och beroendevård.

Sammanfattning

Den gemensamma uppfattning är att grunden för verksamheten på Erstabacken är lagd, även om en hel del korrigeringar och utvecklingsarbete kvarstår, men också att det finns en fortgående utmaning som Erstabackens ledning och personal måste lära sig leva med och hantera. Erstabacken är en verksamhet som å ena sidan måste vara öppen för och möjlig att anpassa till nya och angelägna behov inom gruppen svårt sjuka hemlösa, samtidigt som verksamheten å den andra måste behålla och motivera sin existens med den spetskompetens som finns. Det kan bli, och är enligt vissa det redan i dag, ett dilemma om Erstabacken av ekonomiska skäl måste ta emot personer som verksamheten antingen saknar kompetens att hantera på ett fullgott sätt (exempelvis med för aktivt missbruk eller för svåra psykiatriska sjukdomar), eller personer som inte är i behov av den personaltäthet och medicinska kompetens som finns på Erstabacken (exempelvis hemlösa med geriatriska sjukdomar). Denna utmaning för i sin tur med sig ett krav på fortgående dialog – såväl internt på Erstabacken som externt, mellan Erstabacken och tillgänglig expertis.

FÖRFATTARENS SLUTORD

Högengruppens uppdrag var att utveckla former för samverkan mellan somatik, psykiatri, beroendevård och socialtjänst runt hemlösa med en komplex problematik. Detta var en grupp av hemlösa som alla parter ständigt talade om, men där företrädarna för dessa fyra ”ben” hade svårt att hitta former för att samordna sina insatser. Det önskvärda för Högengruppen var bland annat att skapa en gemensam plattform för en dialog runt denna grupp. Dialogen skulle dels mynna ut i att gruppen tillsammans hittade de bästa alternativen för vård och boende för hemlösa personer som aktualiserades, varav Erstabacken skulle utgöra ett nytt och till målgruppen väl anpassat alternativ. Dialogen skulle dessutom mynna ut i en sammanställning av de akuta behov som inte gick att tillgodose, av bland annat strukturella skäl. Denna sammanställning skulle i sin tur kontinuerligt återkopplas till politiskt ansvariga, som ett sätt att på sikt verka för en förändring och en förbättring av situationen för hemlösa personer med en mycket komplex problematik.

När Erstabacken konstruerades, var det två av de tänka fyra dimensionerna som så att säga byggdes in i boendet – kvalificerade medicinska och kvalificerade sociala insatser. Detta kom att innebära att den inledningsvis efterfrågade brottningen mellan de olika perspektiven i det praktiska arbetet inom ramen för en och samma verksamhet, framför allt har kommit att ske mellan ett medicinskt och ett socialt synsätt. Resultaten från den genomförda studien visar, att vissa olikheter mellan dessa synsätt inte har minskat, utan kanske snarare accentuerats över tid. Det gäller framförallt synen på de boendes vårdtider, acceptansen för vissa boendes agerande och behovet av kompetens för annat än somatisk omvårdnad. Om den primära dialog som sker internt på Erstabacken och i vårdplaneringsgruppen framför allt berör dessa dimensioner, så sker en, vad man skulle kunna kalla, sekundär dialog, där såväl behovet av utökad psykiatrisk och beroendekompetens, som de eventuella konsekvenserna av att dessa behov inte beaktas i tillräckligt hög grad, diskuteras.

Kanske är det så att Högengruppen, med företrädare för såväl somatik och socialtjänst som från psykiatri och beroendevård, skulle återskapas temporärt. Gruppen skulle, med den aktuella målgruppens bästa i fokus, återuppta diskussionen om hur de olika behov de svårt sjuka hemlösas komplexa problematik ger upphov till, på bästa gemensamma sätt kan tillgodoses inom ramen för den verksamhet som bedrivs på Erstabacken. Ett syfte med en sådan grupp skulle vara att utvärdera de placeringar som har gjorts på Erstabacken, och mot bakgrund av dessa analysera vilket behov av såväl extern som intern kompetens i psykiatri- och beroendeproblematik som har funnits sedan verksamheten startade, vilka eventuella effekter frånvaron av sådan kompetens eventuellt har fått för såväl enskilda boende som verksamheten i stort, men naturligtvis också att diskutera rimliga vägar att såväl identifiera som att i mesta möjliga mån tillgodose dessa behov framledes.

Erstabacken skapades för att svårt sjuka hemlösa med en komplex problematik skulle få tillgång till insatser de tidigare inte hade fått, bland annat till följd av en ovana eller ibland ovilja hos företrädare för socialtjänst, somatik, psykiatri och beroendevård att samarbeta och hitta gemensamma lösningar. Även om det i dag finns ett boende för svårt somatiskt sjuka hemlösa som generellt får mycket gott

betyg i det arbete som utförs, tycks utmaningen som låg bakom Erstabackens framväxt, fortfarande vara lika aktuell; att med den enskilde hemlöses bästa för ögonen, tillsammans arbeta för att hitta en bra balans i tillgången till såväl medicinska och sociala som psykiatriska och beroendearbetade insatser.

BILAGA 1

Patienter inne- liggande 2007	Diagnoser Över året 2007 tom 1/1 2008
1/ -57 +	Aids, Lillhjärnsinfarkt, Psykiska störningar*, Hepatit C, Extern otit, sår
2/ -50	Hjärtsvikt, Hepatit C, ADHD, Ögoninflammation x flera
3/ -60 +	Livmodercancer, Hjärtinfarkt, Schizofreni, Psykiska störningar*, Hepatit C
4/ -44	Benröta, Amputation tår, Diabetes, Tvångssyndrom(samlare)
5/ -57	Hjärtsvikt, KOL, Depression, Psykiska störningar*, Hepatit C, Fetma 150 kg
6/ -59	Diabetes, Psykossjukdom, Psykiska störningar*, Hepatit C
7/ -61	Urinvägsinfektion, Blödningstrassel, Waran?, Psyk.störningar.*, Hepatit C
8/ -33	Hjärtsvikt, Vanföreställningssyndrom, Psykiska störningar*
9/ -49 +	Metastaser av okänd primärtumör, Status post stroke, Psykiska störningar*
10/ -42	Kärlkramp, Högt blodtryck, status post stroke, Njurbäckeninfl., Psyk.störningar*
11/ -63 +	Grav Leversvikt, Hepatit C, Psykiska störningar*
12/ -58	Metastaserande (lungor och skelett) bröstcancer, Hiv, Psyk.störningar*, Hepatit C
13/ -59	HIV, Benröta, Astma, KOL, Psykiska störningar*, Hepatit C
14/ -53	Huntingtons Chorea (Danssjuka), Schizofreni, svåra Bensår
15/ -42	Samma patient som nr.10 Samma diagnoser + benbrott fot
16/ -61	Leversvikt med vätska i buken, Matstrupsinfl., Psykiska störningar.* Hepatit C
17/ -54 +	Blodcancer, Schizofreni, Diabetes, Psykiska störningar*, Hepatit C, Högt blodtryck
18/ -53	Samma patient som nr. 14. Samma diagnoser

19/ -59	HIV, Fettlever, Hudsår, Grava psykiska störningar* (paranoid), Hepatit C
20/ -59	HIV, ADHD, Psykiska störningar*, Hepatit C
21/ -47	Inläggning dagen innan mag-tarmundersökning, ej vårdad efteråt
22/ -46	Levercancer, Personlighetsstörning, Hepatit C
23/ -50	Amputation hand, sår bålen, Lungemboli, Schizofreni, Psyk.störningar*, Hepatit C
24/ -34	Levercirrhos med vätska i buken, Hepatit C
25/ -50	Nyupptäckt Diabetes, Schizofreni, Bensår, Opererad bypass lår, Hypertoni
26/ -60	Överkörd av bil med hotande compartment vä ben, psyk.störningar*, Hepatit C
27/ -50	Halskotefraktur (cykelolycka), Schizofreni, Psyk.störningar*, Hepatit C
28/ -57	Njurcancer med skelettmetastaser
29/ -59	Diabetes, Hudsår, Amputation av ben, Psyk.störn.*, vanföreställningar. Hepatit C

29 vårdtillfällen, 27 patienter, 5 kvinnor och 22 män.

Fet stil = kvinna

+ döda

*Psykiska störningar beroende av missbruk alkohol, illegala droger

De somatiska diagnoserna överväger

Ex. 19 patienter med Hepatit C

Psykiatriska diagnoser: 20 Psykiska störningar beroende av missbruk alkohol, illegala droger

6 Schizofreni¹

¹ Ur Erstabackens verksamhetsberättelse för år 2007.

BILAGA 2

Rapporten avser samtliga personer vilka varit inskrivna vid Erstabacken sedan verksamhetens början. Totalt 87 vårdtillfällen.

Kön	Inskrivna från:	Utskrivna till:
Man	Östfora via Bas	Basen boende
Man	DS	LPT
Man	Östfora	Erstabacken
Man	Gatan/hemlös	Avliden
Kvinna	Familjehem	Avliden
Man	Narvahemmet	Avliden
Man	Sekretess i journal	Anges ej
Man	Gatan/hemlös	Handräckt av polis avhyst
Man	Narvahemmet	Avliden
Man	Dalens sjuk	Gamlebo
Man	Gatan/hemlös	Hammarbybacken
Man	Härberge	Hammarbybacken
Kvinna	Västan	Västan
Man	Infektion HS	Avliden
Man	Gatan/hemlös	LPT St:Göran
Man	Värtahemmet	Edshemmet
Man	Gatan/hemlös	Avliden
Man	Narvahemmet	Avliden
Man	Skarpnäcksgården	Gamlebo
Kvinna	Triaden	Triaden
Man	Drevikshemmet	Drevikshemmet
Kvinna	Gatan/hemlös	Erstabacken
Man	Hammarbybacken	Drevikshemmet
Man	Infektion HS	Infektion HS
Man	SÖS	Lgh Skarpnäck
Kvinna	Erstagårdskliniken	Skarpnäcksgården
Man	HS	Ljungbacken
Kvinna	Västan	Västan
Man	St:Göran	Avviken skrivit ut sig själv
Man	Gatan/hemlös	Hammarbybacken
Man	Hammarbybacken	Hammarbybacken
Man	HS	Ljungbacken
Kvinna	Lövstalund	MagnusLadulåsgatan hotellhem
Man	Kurön	Ersta Hospis
Man	SÖS avd 36	Kristinagården
Kvinna	Infektion HS	Fängelse
Man	Maria bostadshotell	Maria bostadshotell
Man	Infektion Ks	Skarpnäcksgården
Man	SÖS akuten	Rättspsyk/straff
Kvinna	Skarpnäcksgården	Gamlebo
Man	Sotholmen frälsnarmen	Avliden
Man	Hammarbybacken	Hamnvikshemmet

Man	Mariakliniken	Avliden
Kvinna	Hammarbybacken	Erstabacken
Man	Skarpnäcksgården	Slingan Rågsved
Man	St:Göran	Avviken skrivit ut sig själv
Kvinna	Erstabacken	Erstabacken lgh-boende
Man	St:Göran	Tantogården/servicehus
Man	HS avd M83	Avliden
Man	KS Lungkliniken	Avliden
Kvinna	St:Göran	Avviken skrivit ut sig själv
Man	Tungelsta familjehem	Erstabacken lgh-boende
Man	Lgh Midsommarkransen	Åter bostaden
Man	Värtahemmet	Erstabacken
Man	SöS Via Råge	Lgh/grp-boende Sköndal
Man	Hällpunkten/Drevviksh	Drevikshemmet
Kvinna	SÖS	Skarpnäcksgården
Man	HS avd 54	Vilan
Man	Carisma	Avhyst(hot)
Kvinna	SÖS	Magnus ladulås hotellhem
Man	Hammarbybacken	Avliden
Man	Erstabacken lgh-boende	Monumentet
Man	Hematologen KS/Triaden	FörsöksLgh Blackeberg
Kvinna	Hällpunkten/Ks inf	Avviken skrivit ut sig själv
Man	Carisma	Avhyst (droger, hot)
Man	SÖS	Magnus ladulås hotellhem
Kvinna	Västan	Familjehem
Man	Gatan/hemlös	Avhyst(hot, droger)
Man	Gatan/hemlös	Erstabacken
Man	SÖS	Grimman
Man	Basen	Avviken skrivit ut sig själv
Man	Skarpnäcksgården/Ks	Skarpnäcksgården
Man	Gatan/hemlös	Skarpnäcksgården
Man	Basen	Avliden
Kvinna	Hammarbybacken	Avliden
Man	Pelikanen	Avliden
Man	HS via Hällpunkten	Erstabacken
Kvinna	Gatan via hällpunkten	avviken
Man	Maria beroendecentrum	Kurön
Man	Basen	Basen boende
Man	Hällpunkten	Hammarbybacken
Kvinna	HS avd 72	Erstabacken
Man	Carisma	Erstabacken
Kvinna	Hällpunkten	T samboende m pojkvän
Man	Ljungbacken	Erstabacken
Man	Röda korsets sjuk	Erstabacken

PUBLIKATIONER FRÅN ENHETEN FÖR FORSKNING OM DET CIVILA SAMHÄLLET, ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Skriftserie

26. Engel Charlotte (2006). *Svenska kyrkans sociala arbete - för vem och varför? En religionssociologisk studie av ett diakonalt dilemma.*
25. Johansson Göran (2005). *Särlaregnet tid. Fragment och bilder från Betania - pingstförsamling i och ur tiden.*
24. Karlsson Magnus, Borkman Thomasina, Munn-Giddings Carol och Smith Lesley (2005). *Self-help Organizations for Mental Health - a Cross-National Study.*
23. Blennberger Erik, Habermann Ulla och Jeppsson Grassman Eva (2004). *Genus och civilt samhälle.*
22. Lundström Tommy (2004). *Teorier om frivilligt socialt arbete. En diskussion om forskningens läge och organisationernas framtid.*
21. Johansson Göran (2003). *Att räcka varandra handen. Mångsidig, entydig, kontinuerlig - narkotikaprevention i norra Örebro län.*
20. Engel Charlotte (2002). *För en ny tid? Förskjutning eller förnyelse - en inventering av diakonins dilemma.*
19. Hansson Jan-Håkan och Wijkström Filip (2001). *Civilt samhälle, social ekonomi eller nonprofit? Fallet Basta Arbetskooperativ. Slutrapport från ett forskningsprojekt.*
18. Meeuwisse Anna (2001). *Ett högriskprojekt. Om missbrukarrehabilitering på Basta Arbetskooperativ.*
17. Jeppsson Grassman Eva (2001). *Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser.*
16. Johansson Göran (2001). *Välsignelse eller förbannelse? Om koka och kokabruk.*
15. Johansson Göran (2001). *Varför hade Moses en syster? Antropologiska aspekter på berättelser och föreskrifter ur mo-seböckerna.*
14. Karlsson Magnus (2000). *Delade erfarenheter – om självhjäpsgrupper i Sverige.*
13. Forssell Emilia (1999). *Äldres död – anhöriga och personal berättar.*
12. Johansson Göran (1998). *Saligare att ge – om givandets problem – ett missionsexempel.*
11. Johansson Göran (1998). *Det lilla extra – om frivilligcentralen i Tyresö.*
10. Lundström Tommy (1997). *Barnvårdsorganisationer vid två sekelskiften – frivilligt barnvårdsarbete förr och nu.*
9. Karlsson Magnus (1997). *Självhjäpsgrupper i Sverige – en introduktion.*
8. Jeppsson Grassman Eva (1997). *För andra och för mig – det frivilliga arbetets innebörder.*
7. Johansson Göran (1997). *För mycke jag, för lite Jesus – LP-stiftelsens vård av missbrukare sedd ur ett socialantropologiskt perspektiv.*
6. Stål Rolf (1997). *De mest utsatta – om människors kapacitet och behov av socialt stöd.*
5. Johansson Göran (1997). *Möta hin, möta sig själv – en studie av arbetet vid Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset.*
4. Lundström Tommy och Wijkström Filip (1995). *Från röst till service? – den svenska ideella sektorn i förändring.*

3. Nordfeldt Marie (1994). *Frivilliga organisationers insatser för bemlösa*.
2. Jeppsson Grassman Eva (1994). *Third Age Volunteering in Sweden*.
1. Bergmark Åke (1994). *Från bidrag till ersättning? – om kommunernas stöd till de frivilliga organisationerna inom den sociala sektorn*.

Arbetsrapportserie

55. Engel, Charlotte (2008). *Mind the Gap! En empirisk studie av Lugna gatan i Göteborg och Malmö samt United Sisters i Uppsala*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>.
54. Nordfeldt Marie (2008). *Ideell sektor och stat som partners i ungdomsarbete. Utvärdering av Equal Outstanding*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>.
53. Björktomt Siv-Britt (2007) *Ersta flickhem – Lännahemmet och Marsta gård. En studie över två hvb-hem för traumatiserade flickor*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>.
52. Olsson Lars-Erik (2007). *Ett delvis ensamt liv. En studie av människor som inte deltar i föreningslivet*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>.
51. Olsson Lars-Erik och Blomquist Lena (2007). *Värden som grund. Arbete i en ideburen vård- och omsorgsorganisation*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>.
50. Engel Charlotte (2007). *Vidgade cirklar. En kritisk granskning av arbetsmarknadsprojektet Skapa goda cirklar*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
49. Grosse Julia (2007). *Nordisk tillitsforskning. En kartläggning och värdering av det vetenskapliga läget*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
48. Björktomt Siv-Britt (2007). *Personalens möte med utsatta flickor – arbete mot bedersrelaterat våld*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
47. Grosse Julia (2007). *Rädda barnen – en organisation i förändring. En studie om barnrättsaktiviteter på det lokala planet*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
46. Habermann Ulla (2007). *Kvinnor på toppen – om kvinnor, idrott och ledarskap*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
45. Nordfeldt Marie (2007). *Hemlösa barnfamiljer i Hässelby-Vällingby - utvärdering av projektet Steget före*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
44. Börjeson Bengt och Dovbnya Svatoslav V (2007). *Barnhem 4 i Pavlovsk - ett projekt för att utveckla en alternativ barnomsorg till institutionsvården för utvecklingsstörda*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
43. Grosse Julia (2006). *Volontärprogram riktade till ungdomar. En introduktion till ett nygammalt fenomen*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
42. Kassman Anders (2006). *Inte bara uteliggare - Sökande och avslutade klienter vid Enheten för bemlösa i Stockholm*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
41. Hammare Ulf (2006). *Pappor som brukade. Om en gruppverksamhet vid Ersta Vändpunkten*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
40. Vamstad Johan (2006). *A literary overview of the Swedish civil society research*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
39. Olsson Lars-Erik, Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (under utgivning). *Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället - några grundläggande uppgifter från en ny befolkningsstudie*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
38. Grosse Julia (2005). *Nonprofitorganisationer inom vård och omsorg. En explorativ genomgång av kunskapsläget i Sverige, Kanada och Storbritannien*. Elektroniskt utgiven på vår hemsida <http://www.esh.se>
37. Björktomt Siv-Britt (2005). *Unga kvinnor, frihet och beder - om socialt arbete och bedersrelaterat våld*.

36. Jegermalm Magnus och Sundh Kenneth (2005). *Social mobilisering i frivillig regi. En studie av Svenska Röda Korsets arbete med lokala utsatthets- och kapacitetsstudier.*
35. Börjeson Martin (2005). *Med kunskap som grund? Om relationen mellan kunskap och praktik i fyra kommuners sociala arbete med bemyndighetsfrågor.* Elektroniskt utgiven på vår hemsida <http://www.esh.se>
34. Alwall Jonas (red.) (2004). *Vägar till kvalitetsutveckling inom socionomutbildningen. Rapport från ett pedagogiskt utvecklingsprojekt.*
33. Börjeson Martin (2004). "Vi vet inte vilka metoder vi ska använda" - Om relationen mellan kunskap och praktik i Stockholms kommuns sociala arbete med bemyndighetsfrågor 1965-2000.
32. Christiansson Elisabeth (2003). "Först och framför allt själen". *Diakonins tankevärld omkring år 1850.*
31. Engel Charlotte (2003). *Volontärer – för vem och för vad? Kritisk granskning av en verksamhet inom Stiftelsen Stora Sköndal.*
30. Engel Charlotte (2003). *Fri eller förankrad? En empirisk studie av volontärverksamhet och ideella insatser inom Stiftelsen Stora Sköndal.*
29. Nordqvist Ola (2004). *Ersta Vändpunktens vuxenprogram – En studie av deltagarnas värderingar och upplevelser.*
28. Forssell Emilia (2002). *Anböriga till äldre invandrare med offentlig äldreomsorg. En fallstudie.*
27. Whitaker Anna (2002). *Att dela den gamlas sista tid – En studie av anhöriga på sjukhem.*
26. Orsholm Ingrid (2002). *Mellan hem och institution – Flexibel avlösning för anhöriga till demenssjuka.*
25. Jegermalm Magnus (2002). *Anhörigstöd – en uppföljningsstudie av kommuners och frivilligorganisationers stöd till äldres anhöriga.*
24. Bodin Magnus (2002). *Församlingar ger ekonomiskt bistånd – ett uttryck för diakoni i Stockholms stad.*
23. Orsholm Ingrid (2002). *Anhörigengagemang – Två studier på Gotland.*
22. Olby Britta (2001). *Väntjänst och välfärd – ett brukarperspektiv.*
21. Bender Christine och Holmberg Carin (2001). *När alla sköter sitt... – Hur ser stöd och hjälp ut till misshandlade kvinnor i kommuner utan kvinnojour?.*
20. Jess Kari (2001). *Effektivitet, brukarmedverkan och kommunala bidrag – en utvärdering av mål, resurser, insatser och brukarkommunikation inom sociala frivilligorganisationer i Stockholm.*
19. Orsholm Ingrid (2001). *Anhörigskapets variationer – Åtta berättelser från hjälpgivare i olika miljöer.*
18. Forssell Emilia (2000). *Anhörig till äldre invandrare – en fallstudie av anhöriga till äldre utomeuropeiska invandrare utan offentlig äldreomsorg.*
17. Jegermalm Magnus och Whitaker Anna (2000). *Upptäckten av anhöriga? – kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldres anhöriga i Stockholms län.*
16. Trygged Sven (2000). *Från fristuga till friskola – ett föräldrakooperativ i förändring.*
15. Hansson Jan-Håkan, Jegermalm Magnus och Whitaker Anna (2000). *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser för äldre och anhörigstöd – en kunskapsöversikt.*
14. Holmberg Carin (2000). *Aspekter av kvinnosynen i missbruksbehandling – empiriska exempel och teoretiska funderingar.*
13. Karlsson Magnus (2000). *Bara en alkoholist kan förstå en alkoholist – deltagare i självhjälpsgrupper berättar.*
12. Olsson Lars-Erik (2000). *På olika villkor – samverkan mellan kommun och frivillig organisation.*
11. Meeuwisse Anna (1999). *Debatten om välfärdsstaten och det civila samhället.*
10. Olsson Lars-Erik (1998). *Givande och tagande – interaktion mellan frivilliga organisationer och kommuner.*
9. Amnå Erik, Lundström Tommy och Svedberg Lars (2000). *Three Essays on Volunteerism and Voluntary Organisations.*
8. Jess Kari (1998). *Kvalitet för brukare – frivilligt socialt arbete ur ett brukarperspektiv.*

7. Trygged Sven (1998). *Making Work Work*.
6. Forssell Emilia (1998). *Anhörigas organisering – en studie av två anhörigföreningar*.
5. Forssell Emilia (1998). *Vilka är förlorarna? – om utsatta grupper i välfärden på 1990-talet*.
4. Olby Britta (1997). *"Gör sjukhuskyrkan någon nytta?" – en studie av attityder till sjukhuskyrkan*.
3. Hansson Jan-Håkan och Wijkström Filip (1997). *Basta – beskrivning och analys av ett arbetskooperativ*.
2. Boklund Ann (1997). *Paraply för social frivillighet? – granskning av Forum för frivilligt socialt arbete de tre första verksamhetsåren*.
1. Granath Kristina (1997). *"Det var så mycket jag inte förstod..." – en intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar*.

Särtrycksserie

11. Svedberg Lars och Vamstad Johan (2006). *The civil society and the provision of welfare – ideological visions and social realities*. I Aila-Leena Matthies (red.) *Nordic civic society organizations and future of welfare services – A model Europe? Köpenhamn: Nordiska ministerrådet*.
10. Lundström Tommy och Svedberg Lars (2003). *The Voluntary Sector in a Social Democratic Welfare State - The Case of Sweden*. I *Journal of Social Policy*, årgång 32, nr 2.
9. Svedberg Lars (2001). *Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd?* I Marta Szebehely (red.) SOU 2001:52. *Välfärdstjänster i omvandling. Forskarantologi från Kommittén Välfärdsbokslut*.
8. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1999). *Medborgarskapets gestaltningar – insatser i och utanför föreningslivet*. I Erik Amnå (red.) SOU 1999:84. *Civilsamhället. Demokratiutredningens forskarvolym nr. 8*.
7. Lundström Tommy och Svedberg Lars (1998). *Svensk frivillighet i internationell belysning – en inledning*. I *Soci-alvetenskaplig Tidskrift*, årgång 5, nr 2-3.
6. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1996). *Voluntary Action in a Scandinavian Welfare Context: the Case of Sweden*. I *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, årgång 25, nr 4.
5. Lundström Tommy (1996). *The State and Voluntary Social Work in Sweden*. I *Voluntas*, årgång 7, nr 2.
4. Svedberg Lars (1996). *Frivillighet som ideologiskt slagträ och faktisk verksamhet*. I *Ojämlighet från vaggan till graven – på väg in i 2/3-samhället*. FKF Fakta.
3. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1995). *Frivilligt socialt arbete i Sverige – både mer och mindre*. I Erik Amnå (red.) *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet*. Örebro: Libris.
2. Lundström Tommy (1995). *Staten och det frivilliga sociala arbetet i Sverige*. I Kurt Klaudi Klausen & Per Selle (red.) *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.
1. Lundström Tommy (1995). *Frivilligt socialt arbete under omprövning*. I *Socialvetenskaplig Tidskrift*, årgång 2, nr 1.

Metodbokserie

1. Norlin Lena och Olsson Lars-Erik (2000). *Partner sökes – Samverkan mellan kommuner och frivilliga organisationer*.
2. Sjöberg Malena (red.) (2001). *Men hur mår Du själv? – Om stöd till dem som vårdar anhöriga*.
3. Engel Charlotte (2003). *Se det som är. Diakonal inventering i brytningstid*.
4. Karlsson Magnus (2007). *Vänskap och arbete? En dokumentation och utvärdering av Fountain House i Stockholm*.

Övriga publikationer i urval

Nordfeldt Marie, Knutagård Marcus och Olsson Lars-Erik (under utgivning). *Homelessness in the Swedish universalistic welfare system - the case of four municipalities*.

- Olsson, Lars-Erik, Nordfeldt, Marie, Larsson, Ola och Kendall, Jeremy (under utgivning). "Sweden: When strong third sector historical roots meet EU policy processes". I J. Kendall (red.) *Handbook of third sector policy in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Trägårdh Lars (under utgivning). Från SSUs folkrörelser till civilsamhälle: Staten och samhället i det moderna Sverige.
- Trägårdh, Lars (2009). Civilt samhälle kontra offentlig sektor. En förnyad granskning. Stockholm: SNS Förlag.
- Whitaker Anna (2009). Family Involvement in the Institutional Eldercare Context - Towards a New Understanding. *Journal of Aging Studies*, 23(3).
- Karlsson Magnus (2008). Arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Jan (2008). *Folkhemmet och det europeiska huset. Svensk välfärdsstat i omvandling*. Stockholm: Hjalmarsson & Högberg Bokförlag.
- Svedberg, Lars och Trägårdh Lars (2008). Ungdomar, civilsamhälle och välfärd. I *Fokus 07*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Pestoff, Victor (2008). A Democratic Architecture for the Welfare State. Promoting citizen participation, the third sector and co-production. London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor & Taco Brandsen (eds) (2008). *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*. London & New York: Routledge.
- Brandsen, Taco & Victor Pestoff (2008). Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services. An Introduction, Ch. 1 in *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (eds). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor (2008). Citizens and Co-production of Welfare Services: Childcare in eight European countries, Ch. 2 in *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (eds). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor, S. Osborne, & T. Brandsen (2008). Patterns of Co-production in Public Services: Some concluding thoughts, Ch. 8 in *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (eds). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor (2008). Co-production, the third sector and functional representation in Sweden, Ch. 10 in *The Third Sector in Europe. Prospects and challenges*, Osborne, S. (ed.). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor (2008). Democratic Governance: Co-Production, the Third Sector and Citizen Participation in the Provision of Social Services, *Good Governance Quarterly*.
- Pestoff, Vicor (2008). The development and future of the social economy in Sweden Ch. 3 in *The Third Sector in Europe* (2004), Evers, A. & J-L. Laville (eds); Cheltenham & Northampton: Edward Elgar Publ., (translated and printed in Polish) in *Third Sector for the advanced - A Reader*; Warsaw: Klon/Jawar Association.
- Pestoff, Victor (2008). Democratizing Medical and Health Care – the Japanese Example, solicited by the Institute of Nonprofit Health Care Cooperation, Nagano, Japan (translated for the) *INHCC Review*.
- Whitaker Anna (2008). Ett liv aldrig mer som andras - föräldraskap, funktionshinder och åldrande. I Jeppsson Grassman, E. (red.), *Att åldras med funktionsbinder*. Lund: Studentlitteratur (under tryckning).
- Börjeson Martin och von Essen Johan (2007). *Det sociala ledarskapet*. (FoU-rapport 2007:3). Riksidrottsförbundet.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (2007). Civic Participation in the Welfare State: Patterns in Contemporary Sweden. I Trägårdh Lars (red.) *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*. New York: Berghahn Books.
- Johansson Göran (2007). *Annars får man inte vara med. Missbrukarvård och kulturens täckelse – exemplet romer*. Forskningsrapport nr 1 2007. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Kassman Anders (2007). Mottagningen av sökande till Enheten för hemlösa i Stockholm. I Cecilia Löfstrand och Marie Nordfeldt (red.) *Bostadslös! Lokalpolitik och praktik*. Malmö: Gleerups förlag.

- Kassman Anders och Eva Franzén (2007). Unga vuxna utanför både skola och arbetsliv - nya etableringsmönster eller början till social utslagning? I *Agoras årsbok*.
- Kassman Anders och Eva Franzén (2007). Unga vuxna utan känd sysselsättning - Är det ett problem? I Jonas Olofsson (red.) *Utbildningsvägen - vart leder den? Om ungdomar, yrkesutbildning och försörjning*. SNS-förlag.
- Knutagård Marcus och Nordfeldt Marie (2007). Natthärbärgat som vandrande lösning. I *Sociologisk forskning* nr 4 2007.
- Löfstrand Cecilia och Nordfeldt Marie (red.) (2007). *Bostadslös! Lokalpolitik och praktik*. Malmö: Gleerups förlag.
- Olsson, Lars-Erik (2007). *Frivilligt arbete inom idrotten*. Stockholm: Riksidrottsförbundets FOU-rapport 2007:4.
- Trägårdh Lars (red.) (2007). *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*. New York: Berghahn Books.
- Trägårdh Lars (2007). 'The 'Civil Society' Debate in Sweden: The Welfare State Challenged. I Lars Trägårdh (red.), *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*, London and New York: Berghahn Books.
- Berggren Henrik och Trägårdh Lars (2006). Är svensken människa? Gemenskap och oberoende i det moderna Sverige. Stockholm: Norstedt.
- Blennerberg Erik (2006). Etik för socialt arbete. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson och Hans Swärd (red.) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Börjeson Bengt (2006). Socialarbetaren och kunskapsneurosen. I Björn Blom, Stefan Morén och Lennart Nygren (red.) *Kunskap i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Börjeson Bengt (red.) (2006). *Vägar på HaVet. Tio texter om arbete och funktionshinder*. Jönköping: ARK-tryckaren AB.
- Börjeson Bengt, Börjeson Martin och Svedberg Lars (2006). Att utveckla kunskapen i socialt arbete genom att återigen sätta praktiken i centrum. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson och Hans Swärd (red.) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Börjeson Martin och Hansson Jan-Håkan (2006). ”Om behoven av att bygga på andras kunskap.” I *Nordisk Socialt Arbeid*. Nr 2/2006, sid. 136-142.
- Christiansson Elisabeth (2006). Kyrklig och social reform. Motiveringar till diakoni 1845-1965. Stockholm: Artos & Norma.
- Habermann Ulla, Ottesen Laila, Pfister Gertrud & Skristad Berit (2006): *Det løser sig selv (?) - om idræt og kvindeligt lederskab*. Idrætshistorisk Årbog 2005. Institut for Idræt, Københavns Universitet.
- Jegermalm, Magnus (2006). Informal care in Sweden: a typology of care and caregivers. *International Journal of Social Welfare*. Volym 15, nr 4, sid. 332-343.
- Karlsson Magnus (2006). *Självhjälpsgrupper – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordfeldt Marie och Olsson Lars-Erik (2006) Trösklar och gränshinder på bostadsmarknaden. I Paulina de los Reyes (red.) *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet*, SOU 2006:37.
- Olsson Lars-Erik och Svedberg Lars (2006). Det ideella engagemanget i Sverige. I *Sambället är större än staten*. Stockholm: Forum för Frivilligt Socialt Arbete.
- Svedberg Lars (2006). Mer omfattande insatser än någonsin. I *Svensk kyrkotidning*, nr 5-6.
- Svedberg Lars och Vamstad Johan (2006). The civil society and the provision of welfare – ideological visions and social realities. I Aila-Leena Matthies (ed.) *Nordic civic society organisations and future of welfare services - A model for Europe?* Nordic Research Council. Tema Nord 2006. Köpenhamn.
- Svedberg Lars & Lars Trägårdh (red.) (2006). *Det civila sambället som forskningsfält. Nya avhandlingar i ett nytt sekel*. Riksbankens Jubileumsfond i samarbete med Gidlunds förlag.
- Svedberg Lars & Lars Trägårdh (red.) (2006). Introduktion. I *Det civila sambället som forskningsfält. Nya avhandlingar i ett nytt sekel*. Riksbankens Jubileumsfond i samarbete med Gidlunds förlag.

- Trägårdh Lars (2006). "Staten och samhället: Från SSUs folkrörelser till Timbros civilsamhälle" i Håkan A. Bengtsson (red) *I rörelse. Folkrörelse och demokratin*. Stockholm: Atlas.
- Blennberger Erik (2005). Offentlig och ideell sektor - partners för ett gott samhälle. I *Gatljus*, nr 3, sid. 8-10. *Kvartalstidskrift från Göteborgs Kyrkliga Stadsmission*.
- Blennberger Erik (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Blennberger Erik (2005). Etik för socialt arbete. I *Socionomen* 2005, nr 7, sid 7-11.
- Blennberger Erik (2005). Etik i socialt arbete – några kommentarer om läget i Sverige. I *NOPUS-nytt 2005:3. Etik och socialt arbete i Norden* (www.nopus.org).
- Blennberger Erik (2005). Världighet, frihet, rättvisa, jämlikhet, rättigheter och goda konsekvenser. Kommentarer om etiska värden och normer av relevans för Assistanskommitténs uppdrag. *Bilaga 10 i SOU 2005:100. På den assistansberättigades uppdrag. Delbetänkande av Assistanskommittén*.
- Börjeson Martin (2005). "Försök att systematiskt koppla socialtjänst, högre utbildning och forskning i Sverige" i *Empiri, evidens, Nordiska röster om kunskapsutveckling i socialt arbete*. Malmö: NOPUS.
- Franzén Eva M. och Kassman Anders (2005). Longer-term Labour-market Consequences of Economic Inactivity during Young Adulthood: A Swedish National Cohort study i *Journal of Youth Studies*. Volym 8, nr 4, sid. 403-424.
- Habermann Ulla, Ottesen Laila & Skristad Berit (2005): It will solve itself(?) - on the attitudes of Scandinavian sports managers towards equal opportunities. I Annette R. Hofmann & Else Trangbæk (ed.): *International Perspectives on Sporting Women in Past and Present*. Institut for Idræt, Köpenhamns Universitet.
- Johansson Göran (2005). Påverkan eller total förändring? Kritik av en förhållning med avstamp i ett program mot missbruk och kriminalitet. Statens institutionsstyrelsens forskningsråd.
- Johansson Göran (2005). Ett anständigt sätt. Beskrivning av verksamheten vid dubbeldiagnosteamet Pilen i Västervik. Fokus Kalmar län.
- Karlsson, M. and Borkman, T., Munn Giddings C. and Smith L. (2005). *Self-help Organizations for Mental Health – a Cross-national Study*. In Occasional Papers no 24 Ersta Sköndal University College, Research Department, Ersta Sköndal University College.
- Lundåsen Susanne (2005). *Frivilliga insatser och hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Olsson Lars-Erik, Nordfeldt Marie, Larsson Ola och Kendall Jeremy (2005). *The third sector and the policy process in Sweden: a centralised horizontal third sector community under strain*. London School of Economic and Political Sciences, TSEP working papers nr 3. Elektronisk utgivning på <http://www.lse.ac.uk/Collections/TSEP>
- Olsson Lars-Erik m fl (2005). The challenges of translation: the convention and debates on the future of Europe from the perspective of European third sectors. London School of Economic and Political Sciences, TSEP working paper nr 12. Elektronisk utgivning på <http://www.lse.ac.uk/Collections/TSEP>
- Svedberg Lars (2005). Några karaktäristika och utvecklingsdrag för frivilligt socialt arbete. I *Socialstyrelsen och den sociala ideella sektorn*. Socialstyrelsen.
- Svedberg Lars (2005). Det civila samhället och välfärden. I Erik Amnå (red.) *Civilsamhället - några forskningsfrågor*. Hedemora: Riksbankens Jubileumsfond och Gidlunds förlag.
- Whitaker Anna (2005). *Kroppen under livets sista tid – de allra äldstas (döende) kroppar*. I Eva Jeppsson Grassman och Lars-Christer Hydén (red), *Kropp, livslopp och åldrande. Några samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjeson Bengt (2004). Att skapa starka forskningsmiljöer - diskussion och förslag beträffande organisering och inriktning av forskningen vid Hum/Sam fakulteten vid Växjö universitet. Växjö: Växjö universitet.
- Börjeson Bengt (2004). Från Skås försök. En diskussion om relationen kunskap och social praktik. I: *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Socialstyrelsen.
- Börjeson Bengt (2004). A Breakthrough for a New Way of Thinking and Acting - the Development of Child Welfare and Childcare in the Republic of Belarus. I Sven Trygged (red): *Orphaned Children in Belarus*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.

- Börjeson Bengt (2004). Freud och Sartre. Steg på väg mot tystnaden. I: Staffan Selander(red): *Text och tolkning*. Göteborg: Daidalos förlag.
- Börjeson Bengt (2004). Skolan i samhället – om strukturer av social exkludering I: *För oss tillsammans - Om utbildning och utvecklingsstörning* (SOU 2004:98).
- Hammare Ulf (2004). Kompetens i de sociala professionerna - en pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Enander Viveka (2004). *Varför går hon? - Om våldsutsatta kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa Böcker.
- Jegermalm Magnus (2004). Informal care and support for carers in Sweden: patterns of service receipt among informal caregivers and care recipients. I *European Journal of Social Work*. Volym 7, nr 1, sid. 7-24.
- Karlsson Magnus (2004). Rehabiliterings- och självhjälpsinsatser för och av personer med psykisk sjukdom – En kvalitativ studie av Fountain House i Stockholm. I *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 4, sid. 370-379.
- Karlsson Magnus (2004). Klubbhus - övergångsanställning vid ett klubbhus, möjlig rehabiliterande insats för personer med psykisk sjukdom? I *Svensk rehabilitering*, nr 4, sid. 370-379.
- Blennerger Erik (2003). Etik för politik – med äldrepolitik som exempel. I *SOU 2003:91, bil A. Äldrepolitik för framtiden*.
- Cederlöf Siv-Britt (2003). *Att arbeta med patriarkala familjer*. Kommunförbundet Stockholms län.
- Hammare Ulf och Stenbacka Susan (2003). Socialt inriktade organisationer som arbetar mot missbruk - vilka är de, vad gör de och vad vet forskarna? Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Bender Christine (2003). ”Det är något speciellt i den här frågan” – Om det lokalpolitiska samtalet om mäns våld mot kvinnor. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Jeppsson Grassman Eva (red.) (2003). *Anbörigskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg Lars (2003). Att vara sårbar och få en marginell ställning. I Eva Jeppsson Grassman m fl *Att drabbas och att forma sitt liv*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (2003). Frivilligt socialt arbete i Sverige. Vad vet vi efter 10 års forskning. I *Jubileumsskrift 2003, Forum för frivilligt socialt arbete*.
- Jegermalm Magnus (2002). Direct and Indirect Support for Carers. Patterns of Support for Informal Caregivers to Elderly People in Sweden. I *Journal of Gerontological Social Work*, volym 38, nr 4, sid. 67-84.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (2002). Frivilligt socialt arbete i Sverige. Betydelsefullt men löser inte välfärdens dilemma. I *Socionomen* nr 4, sid.1-5.
- Johansson Göran (2002). Bete sig normalt – positioner, perspektiv och problem i den vuxna familjehemsvården. Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Karlsson Magnus, Jeppsson Grassman Eva och Hansson Jan-Håkan (2002). Self-help Groups in the Welfare State: Treatment Program or Voluntary Action? I *Nonprofit Management and Leadership*, volym 13, nr 2, sid. 155-167.
- Nordfeldt Marie och Söderholm Johan (2002). Frivilligorganisationer som uppdragstagare. Vad betyder det för brukarna? Socialstyrelsen.
- Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (2001). Frivilliga insatser i svensk välfärd – med utblickar mot de nordiska grannländerna. I Bjarne Ibsen och Lars Skov Henriksen (red.): *Antologi om frivilligt arbete*. Odense: Odense universitetsforlag.
- Hammare Ulf och Lundström Tommy (2001). Socialt inriktade barn- och ungdomsorganisationer. En kunskapsöversikt. Socialstyrelsen.
- Johansson Göran (2000). *Tvång och tillit. LV/M-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö*. Stockholm: Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Blennerger Erik (1999). Etiska problem i missbrukarvården. I *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR).

- Blennerger Erik, Hansson Mats J., Stål Rolf (1999). *Diakoni – teologi, ideologi, praxis*. Tro & Tanke 1999:2. Uppsala: Svenska kyrkans forskningsråd.
- Whitaker Anna (1999). *I livets slutskede: Frivilligsamverkan i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Bender Christine (1998). *Våld mot kvinnor – män i kris*. SoS-rapport 1998:6. Stockholm: Fritzes förlag.
- Johansson Göran (1998). *Måttligt eller meningsfullt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Svedberg Lars (1998). *Marginella positioner – kritisk granskning av begrepp, teori och empiri*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.
- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). *Defining the Nonprofit Sector: Sweden*. I Salomon M Lester och Anheier K Helmut (ed). *Defining the Nonprofit Sector: A Cross-national analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). *The Nonprofit Sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.
- Blennerger Erik och Svedberg Lars (1996). *Frivilligt socialt arbete i Sverige - en översikt*. I *Frivilligt välfärdsarbete och offentlig ansvar*. Göteborg: NOPUS.
- Gunnarsson Evy (1996). *Forum 50+ - en organisation i tiden*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svedberg Lars (1996). *Introduktion till svensk frivillighet - ideologi och verksamhet*. I *Tro och tanke*. Svenska Kyrkans forskningsråd 1996:7.
- Svedberg Lars (1995). *Marginalitet. Ett socialt dilemma*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete i Sverige. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Svedberg Lars, Blennerger Erik, Isaksson Kerstin, Jeppsson Grassman Eva, Qvarsell Roger.