

## Vården och de mest utsatta II:

# Vad har gjorts och vad bör göras?

Stockholms läns landsting har med början 1997 skapat vårdresurser för hemlösa med mobila team och en särskild vårdcentral. Ett medicinskt stödboende har nyligen öppnats. Antalet psykiatriska akutmottagningar och vårdplatser för psykiatri och beroendevård har reducerats inom Stockholms län, vilket ökat risken för hemlöshet. Därför föreslås att två–tre psykiatriska akutmottagningar med akutvårdsplatser åter öppnas i Stockholms län. 35 beroendeteam har byggts upp i Stockholmsområdet. Teamen är viktiga men behöver kompletteras med resurser för psykosvård och socialpsykiatri.



**JAN HALLDIN**  
leg läkare, med dr, Stockholm  
[jan.halldin@sll.se](mailto:jan.halldin@sll.se)

I den första artikeln om vården och de mest utsatta [1] konstaterades att det idag inom Stockholms län bland samhällets mest utsatta finns personer med allvarlig ohälsa som står utanför vård och omsorg, vilket strider mot Hälso- och sjukvårdslagen.

### Långsiktig samverkan måste styra

Sjukvårdens vårdproducenter måste samverka nära och långsiktigt med varandra (exempelvis psykiatri och beroendevård) och med socialtjänst.

Att som nu låta en kortsiktig budget få styra sjukvården försvårar samverkan och gör att patienter med komplexa vårdbehov (exempelvis missbrukare, hemlösa m fl) alltför lätt definieras som någon annans problem och därför »skyfflas« runt i vårdapparaten för att efter en tid kanske hamna helt utanför.

### Vårdresurser för hemlösa

Stockholms läns landsting (SLL) har med början år 1997 skapat vårdresurser för de hemlösa. 1997–1998 inrättades två uppsökande mobila team för hemlösa, ett utgående från psykiatrin och ett från beroendevården. Hösten 2001 inrigades en speciell vårdcentral, »Hållpunkten«, för hemlösa på Söder i Stockholm – till vilken de mobila teamen för hemlösa är kopplade.

På »Hållpunkten« arbetar numera olika yrkeskategorier: distriktsläkare, beroendepsykiater, sjuksköterska, mentalskötare, tandläkare, tandsköterska och fotvårdare. Det är en fördel att samla olika vårdresurser för denna patientgrupp på en och samma plats då de hem-

lösa ofta »försvinner« vid remitteringar till andra vårdinstanser.

På gemensamt initiativ från SLL och Stockholms stad startades i mars 2005 på Ersta diakonistillskapp det första medicinska stödboendet i Sverige med åtta platser för svårt sjuka hemlösa personer.

Alla de ovan beskrivna vårdresurserna fyller en väsentlig funktion för de hemlösa.

Samtidigt är det ett misslyckande att ingen lösning rörande bostadssituationen för de hemlösa i Stockholm kommit till stånd trots att en statlig hemlöshetskommitté arbetade med frågan i tre år och lade fram sitt slutbetänkande i december 2001 [2, 3].

Antalet psykiatriska akutmottagningar och slutenvårdsplatser för missbrukare och psykiskt sjuka inom SLL har reducerats [1], vilket ytterligare ökar risken för hemlöshet hos dessa grupper.

### Socialläkare i två förortskommuner

Under 1970- och 1980-talen tjänstgjorde jag som socialläkare fyra år i Sollentuna och tio år i Sundbyberg, med respektive kommun som huvudman. Till sammans med socialsekreterare gjorde jag hembesök till patienter med missbruks- och/eller psykiatriska problem.

I patientärenden arbetade jag ibland i samverkan med landstingets psykiatriska verksamhet. Jag anlätades ofta vid akuta vårdintygsbedömningar. I en del av dessa ärenden fick jag hjälp av den lokala polismyndigheten [4].

En del patienter med främst paranoida symtom vill inte besöka en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, vilket kan ses som en del i sjukdomsbilden. Några av dem har, för att få ekonomiskt bistånd, kontakt med socialsekreterare. Jag kunde då som socialläkare via socialsekreteraren närma mig en paranoid, kanske psykotisk, patient och göra en bedömning och föreslå behandling. Denna patienttyp tror jag idag inte har kontakt med psykiatrin förrän i ett sent stadium, då ibland något allvarligt redan har inträffat.

Som socialläkare hade jag ansvaret för respektive kommuns alkoholpoliklinik. Socialläkarteamens organisation och arbete i kommuner av Sollentunas och Sundbybergs struktur och storlek är en bra utgångspunkt för studier av hur samverkan i praktiken tidigare skett rörande utsatta grupper. I Stockholms stad var socialläkeriet organiserat på ett annat sätt. Numera är tyvärr socialläkarna med något enstaka undantag avskaffade i vårt land.

### Fler psykiatriska akutmottagningar

Det finns idag inom Stockholms län kvar en fungerande psykiatrisk akutmottagning [1]. Det finns anledning att överväga om inte ytterligare två–tre psykiatriska akutmottagningar (också öppna för patienter med missbruksproblem) åter skulle öppnas inom Stockholms läns landsting. Ett antal akutvårdsplatser bör knytas till dessa mottagningar.

Missbrukare, akut psykiskt sjuka och hemlösa skulle därmed ånyo kunna få

*Det finns idag inom Stockholms län kvar en fungerande psykiatrisk akutmottagning. Det finns anledning att överväga om inte ytterligare två–tre psykiatriska akutmottagningar (också öppna för patienter med missbruksproblem) åter skulle öppnas inom Stockholms läns landsting.*

den akutvård som de enligt lag är berättigade till. Dessutom skulle hårbärgespersonal, våktare och polis kunna vända sig till mottagningarna för hjälp med bedömning och vård/behandling av förvirrade personer, som de kommer i kontakt med.

## Beroendeteam

I förortskommuner till och stadsdelar i Stockholm har Beroendecentrum Stockholm byggt upp 35 beroendeteam bestående av läkare med specialistkompetens i psykiatri och erfarenhet av beroendesjukdomar, sjuksköterska, psykolog samt socialsekreterare (i sin uppbyggnad liknar dessa team de socialläkarter som jag tidigare arbetade i – se ovan).

Teamen har som bas en beroendemottagning i respektive kommun/stadsdel och bedriver också uppsökande verksamhet. Med ett par undantag är teamen samlokaliserade med socialtjänsten, som Beroendecentrum också har samverkansavtal med [S Borg, pers medd, mars 2005].

Det är angeläget att, på samma sätt som socialtjänsten, få de delar av psykiatri som rör psykosvård och socialpsykiatri anslutna till beroendeteamen. På så sätt kan en hel del samverkansproblem i det dagliga patientarbetet lösas på ett naturligt sätt.

Slutligen måste all vårdpersonal – både läkare och andra – som kommer i kontakt med utsatta patienter, ha tid och möjlighet att bemöta dessa patienter på deras egna villkor. Annars är det risk att patienterna »stöts« ut ur vårdapparaten – speciellt i en tid då kortsiktig ekonomistyrning tillåts styra i så hög grad [5].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Halldin J. Vården och de mest utsatta I: Lagstridigt att inte ge utsatta vård. *Läkartidningen* 2005;102:1181.
2. Att motverka hemlöshet. En sammanhållen strategi för samhället. Slutbetänkande av Kommittén för hemlösa. SOU 2001:95.
3. Att motverka hemlöshet. En sammanhållen strategi för samhället. Expert- och forskningsrapporter. Bilagedel. Slutbetänkande av Kommittén för hemlösa. SOU 2001:95.
4. Halldin J. Psykiatriska jourteam för hembesök. *Läkartidningen* 1978;75:2280-1.
5. Halldin J. Vårdrelationen riskerar deformeras om ekonomistyrning tar överhanden. *Läkartidningen* 2002;99:2184-5.



## LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

## LT Korrespondens

Skriv kort så kan vi publicera ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Korrespondens bör inte vara längre än 400 ord (ca 2 700 tecken).