



FoU rapport

# City projektet - Umeå

Utvärdering av en uppsökande verksamhet

# Förord

När FoU Socialtjänst fick förfrågan om att genomföra en utvärdering av primärvårdens uppsökande verksamhet för personer med samsjuklighet i Umeå city, var det i ett läge då denna bedrevs trots att ganska omfattande förändringar av de organisatoriska förutsättningarna hade skett. Goda intentioner, engagerade människor, ett uttalat behov hos de berörda och positiv samverkan med andra aktörer hade medfört att arbetet ändå hade fortsatt över tid.

I hela landet pågår för närvarande en utveckling och omställning kopplad till överenskommelsen om God och nära vård. Den nära vården ska sträva mot att vara likvärdig, effektiv, förebyggande, jämlik, jämställd och tillgänglig. Samverkan mellan olika delar inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer betonas särskilt för personer med samsjuklighet samt att de som söker vård med psykisk ohälsa ska mötas med trygghet, förståelse och kompetens.

De intentioner som återfinns inom God och nära vård sammanfaller i flera av sina delar med det uppsökande arbete som bedrivs inom Umeå city. Det var därför också naturligt att initiativet till att utvärdera och se över förutsättningarna för verksamheten togs av Umeås områdeschef inom närsjukvården i samråd med individ- och familjeomsorgens chef i Umeå kommun.

Vid FoU Socialtjänst har forskningsledare Disa Edvall Malm haft huvudansvar för genomförandet av utvärderingen. Utvecklingsledare Daniel Örnberg har intervjuat brukare och sammanställt statistik, en referensgrupp har fortlöpande kommit med input och bidragit med sina kunskaper, samt att undertecknad har medverkat i upplägg, analys och sammanställning.

Utvärderingsuppdraget hade som syfte att skapa ett underlag för ett långsiktigt beslut om verksamhetens framtida utformning, organisation och inriktning, med den sårbara målgruppens behov i fokus. Vi ville också ta vara på den kunskap som uppdraget genererade och ge möjlighet för fler att ta del av den i formen av en FoU-rapport.

Juni 2021

**Annika Nordström**

Enhetschef/Forskningsledare PhD

FoU Socialtjänst

Region Västerbotten

[www.fousocialtjanst.se](http://www.fousocialtjanst.se)

FoU rapport: City projektet - Umeå  
Utvärdering av en uppsökande verksamhet

Upplägg, analys, sammanställning och omslagsfoto: **Annika Nordström**, Enhetschef/Forskningsledare PhD,  
FoU Socialtjänst, Region Västerbotten

Huvudansvar genomförande: **Disa Edvall Malm**, Forskningsledare, FoU Socialtjänst, Region Västerbotten

Intervjuer och statistik: **Daniel Örnberg**, Utvecklingsledare, FoU Socialtjänst, Region Västerbotten

Grafisk form och foto: **Helen Bäckman**, Region Västerbotten



Foto: Helen Bäckman

# Innehåll

Sammanfattning	7
Inledning	8
Utvärderingen – metodik och genomförande	8
Utvecklingen åren 2004 - 2015	10
Aktuell situation år 2016 – 2021	13
Förutsättningar i det praktiska arbetet	13
Samarbetspartners syn på den uppsökande verksamheten	13
Vilka nås av den uppsökande verksamheten och hur ser insatserna ut?	15
Vad anser de personer som ingår i målgruppen?	17
Utvärderingens utgångspunkter i teori, direktiv och offentliga utredningar.	21
Uppsökande arbete	21
Jämlik hälsa, vård och omsorg	22
Hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar	23
Sammanfattande analys av den uppsökande verksamhetens förutsättningar	25
Organisation och arbetsmiljö	25
Samarbete	26
Målgruppen	26
Pågående samsjuklighetsutredning	27
Utvecklingsmöjligheter	29
Behov av verksamheten	29
Kommunens ansvar och möjligheter	29
Verksamhetens organisering, finansiering, ledning och styrning	30

## Sammanfattning

Den uppsökande hälso- och sjukvård som bedrivs i Umeå city av Region Västerbotten har utvärderats i syfte att kartlägga, analysera och ge underlag till hållbara lösningar för att öka tillgängligheten av hälso- och sjukvård för vuxna personer med samsjuklighet i form av beroende och psykisk ohälsa. Verksamheten har under ett antal år baserats på en distriktskötersketjänst (40 %) med uppdrag att erbjuda hälso- och sjukvård för målgruppen. Utvärderingens datainsamling har skett genom intervjuer, beslutsdokumentgenomgång och en mindre kvantitativ datainsamling. De förslag som har lagts i utvärderingen bygger bland annat på direktiv och offentliga utredningar om personcentrerad vård, en god och nära vård samt en hållbar socialtjänst.

De personer som verksamheten når är män, de flesta mellan 50 och 70 år, och kvinnor oftast mellan 50 och 60 år. Den största delen av gruppen lever med ett beroende- och en psykisk sjukdom, och livssituationen karaktäriseras av svaga nätverk och utanförskap. Den egna hälsan prioriteras sällan, och det kan exempelvis vara på grund av krångligt remissförfarandet, avsaknad av tekniska hjälpmedel och dåliga erfarenheter av tidigare vårdbesök. Kontakterna med målgruppen knyter distriktsköterskan vid parker och torg i centrala Umeå samt vid idéburna organisationers öppna verksamheter. Utvärderingen visar enbart positiva omdömen av verksamheten både från de personer som får ta del av sköterskans insatser och från chefer samt olika samverkanspartners.

Personer som fått ta del av verksamheten uppskattar närheten och tillgängligheten till vården och tryggheten att det finns en sjukvårdskunnig person som har direkt tillgång till regionens sjukvårdssystem och som kan ge stöd till vidare vård samt föra ens talan när det gäller den egna hälsan. För samarbetspartners inom kommunens verksamheter handlar samarbetet om en möjlighet att höja kvalitén på behandlingar och bedömningar när det gäller hälso- och sjukvård för klienterna.

Samtidigt visar resultaten av utvärderingen på behov av tydligare struktur för verksamheten både vad det gäller ledning, styrning och samverkan med andra samhällsaktörer den pekar också på olika utvecklingsmöjligheter för verksamheten. Genom utökat samarbete mellan regionen, kommunen och idéburna organisationer skulle personer med samsjuklighet i form av beroende- och psykisk sjukdom kunna få möjlighet till stärkt hälsa och ökad livskvalité. Det skulle också kunna handla om rehabiliterande och förebyggande åtgärder så att fler personer inte hamnar i marginalisering och utanförskap i Umeå.



# Inledning

I Umeås citykärna uppehåller sig en del personer som befinner sig i utsatthet, marginalisering och utanförskap, många av dem vistas vid busstorget Vasaplan, i köpcentret Utopia och under sommaren i parkerna. För att kunna erbjuda hälso- och sjukvård och relaterat stöd för dessa personer, många med beroendediagnoser och samsjuklighet, finns sedan år 2006 en distriktskötersketjänst avsatt på deltid för uppsökande arbete. Verksamheten finansieras av Region Västerbotten men saknar en del verksamhetsramar och för att få en tydligare struktur bedömdes verksamheten vara i behov av en utvärdering riktad till beslutsfattare på olika nivåer. Denna FoU rapport är en omarbetad version som mer riktar sig till en bred allmänhet som kan vara intresserad av distriktsköterskans praktiska arbete och den betydelse de kan ha för de personer hon möter i vardagen. Dessutom utgör rapporten ett exempel på en utvärdering av ett uppsökande arbete inom området hälso- och sjukvård.

Syftet med utvärderingen har således varit att kartlägga, analysera och ge underlag till hållbara lösningar för den uppsökande verksamhet som bedrivs i Umeå city med uppgift att öka tillgängligheten av hälso- och sjukvård för vuxna personer som befinner sig i centrala Umeå med samsjuklighet i form av missbruk och beroende samt annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

Konkreta frågeställningar för utvärderingen har varit: När började denna verksamhet? Vad var då syftet/målet? Hur ser det ut idag? Vad har hänt på vägen? Vilka frågor/utmaningar har man stött på under resans gång? Vilka behov finns i dagsläget? Hur ser kommunens respektive primärvårdens roll ut? Angående målgruppen för verksamheten – hur ser den ut och vad anser de? Utvärderingen initierades av områdeschef för närsjukvården i Umeåområdet och finansierades av statliga medel inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa. FoU Socialtjänst, Region Västerbotten, fick uppdraget och har som stöd i arbetet haft en referensgrupp bestående av representanter från primärvården Region Västerbotten samt representant från individ och familjeomsorgen, Umeå kommun.

Utvärderingen har genomförts från september 2020 till april 2021, mitt under en pågående pandemi, vilket naturligtvis satt sin prägel på det material som samlats in.

## Utvärderingen – metodik och genomförande

Upplägget av arbetet utgörs av en struktur- och processinriktad utvärdering som följer verksamhetens förändring över tid. "Dåtid-nutid-framtid" utgör den röda tråden både vad det gäller delar av materialinsamling och utformandet av rapporten. I en processbaserad utvärdering kan långsiktiga utvecklingstrender, kortare skeenden, hastiga och ibland dramatiska brytpunkter i ett förlopp över tid bilda mönster av aspekter som är viktiga att fånga.<sup>1</sup> Graden av brukarmedverkan i utvärderingen kan beskrivas som brukarorienterad där patienternas/personernas behov och uppfattning av den uppsökande hälso- och sjukvården har fångats genom intervjuer men också genom en kartläggning av distriktsköterskans direkta patientinsatser under en specifik period.

Ett stort antal intervjuer har genomförts inom ramen för utvärderingen. För att få kunskap om de förhållanden som eventuellt hindrar målgruppen att söka vård på traditionellt sätt, genomfördes semistrukturerade intervjuer med tidigare patienter. Deltagarna hade tillfrågats om att delta av distriktsköterskan som efter godkännande lämnade kontaktuppgifter till utvärderarna för vidare kontakt. Genom så kallad snöbollsmetod<sup>2</sup> har ytterligare kontaktförslag till andra intresserade personer som ville ställa upp på intervju getts av de intervjuade. Det kan vara svårt att kontrollera urvalet av intervjuade personer med detta tillvägagångssätt,<sup>3</sup> men med stöd av den kvantitativa beskrivningen av målgruppen kan vi ändå säga något om representativiteten utifrån egenskaper som kön, ålder och eventuellt missbruk. Tillvägagångssättet för utvärderingen har följt forskningsetiska principer även om denna utvärdering inte faller under lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.<sup>4</sup> Intervjuerna med personer har föregåtts av informerat skriftligt samtycke, muntlig och skriftlig information om utvärderingen samt tydlig information om att de när som helst kan avsluta sitt deltagande.

För att få en så täckande bild som möjligt av verksamheten och dess förutsättningar framåt, har semistrukturerade intervjuer även genomförts med representanter från Umeå kommuns vuxenheten vid individ- och familjeomsorgen (IFO) samt Beroende-resursteamet och Dubbeldiagnosteamet inom funktionshinderomsorgen. Vidare har representanter från Umeå Stadsmissions öppnhusverksamhet, IOGT/NTO:s öppna verksamhet Bakficken samt nuvarande och tidigare chefer inom regionen intervjuats. Dessutom har den nuvarande och den tidigare anställda distriktsköterskan intervjuats.

Urvalet av intervjupersoner har gjorts av referensgruppen, distriktsköterskan, samt att de som intervjuats gett ytterligare förslag på personer som kan ha värdefull information. På grund av pandemiföreskrifterna genomfördes de flesta av intervjuerna per telefon eller via Teams. Samtliga personer som tillfrågats utifrån sin nuvarande eller tidigare tjänsteroll har informerats och gett sitt samtycke om deltagande i utvärderingen. De semistrukturerade intervjuerna följer några få förutbestämda ämnen men under själva intervjun gavs stort utrymme till intervjupersonen att utveckla sina tankar och erfarenheter. För att identifiera intressanta teman genomfördes både löpande och sammantaget tematiska analyser av intervjuerna.

För en kvantitativ beskrivning av målgruppen för verksamheten har distriktsköterskan under två månader (13 arbetsdagar) fört en enkel statistik över sina arbetsinsatser. För varje kontakt hon under dagen haft, har hon i en pappersmall antecknat kön, ålder, kontaktväg, problem/behov, missbruk, insats, plats och samverkan med andra aktörer. Därtill har hon markerat om personen hon möter är en återkommande eller ny kontakt och om mötet är en uppföljning av tidigare kontakt för ett särskilt problem eller behov. Den kvantitativa analysen ger en tydligare bild av målgruppen och de problem/behov som hanteras, men också en bild av kontaktvägar och samverkan med andra aktörer.

Perioden (december–januari) som datainsamlingen genomförts är normalt en period där människor rör sig mindre ute och distriktsköterskan har lite färre personkontakter. Detta är något som har märkts ännu mera under rådande pandemi. De båda öppna verksamheterna har haft starkt begränsat antal besökare och Umeå stadsmission har periodvis hållit helt stängt. Dock uppskattar sköterskan att telefonkontakter både från patienter och samverkanspartners varit något fler än under andra år. För att följa hur regionens beslut om verksamheten har sett ut under åren har vi hört med tidigare chefer inom regionen ifall de besitter dokument eller minnen om formella beslut kring verksamheten. Därefter har eftersökningar i diarier och arkivet genomförts.

Den ursprungliga utvärderingsplanen innehöll deltagande observationer där utvärderaren under några dagar skulle följa med distriktsköterskans uppsökande arbetet. Men på grund av rådande pandemi blev den delen av utvärderingen inställd. Denna rapport börjar med en historisk tillbakablick av verksamhetens utveckling för att sedan övergå till att beskriva dagens förutsättningar både vad det gäller det praktiska arbetet och samarbetspartners erfarenheter och behov av verksamheten. Därefter presenteras exempel på de insatser som ges och vilka som får del av insatserna utifrån ålder och kön samt några personers erfarenheter av den uppsökande hälso- och sjukvården. För att sätta arbetet som sker i Umeå city i ett större sammanhang följer en kort översikt av för området viktiga direktiv och offentliga utredningar samt en teoretisk beskrivning av uppsökande arbete i offentliga miljöer. Rapporten avslutas med en sammanfattande analys av förutsättningar som under utvärderingen framkommit och en del förslag på utvecklingsmöjligheter framåt.

Distriktsköterska är en specialistkompetens som sjuksköterskan på tjänsten har men för enkelhetens skull kommer titeln distriktsköterska fortsättningsvis i texten att ersättas med enbart sköterska.

1. Eriksson, B. & Karlsson, P.-Å. (2012) Att utvärdera välfärdsarbete

2. Nilsson, B., & Lundgren, A. S. (red) (2012) Mitt i metoden - Kulturvetenskapliga reflektioner

3. Dahmström, K. (2011) Från datainsamling till rapport - att göra en statistisk undersökning

4. Vetenskapsrådet. (2018). God forskningssed

## Utvecklingen åren 2004 – 2015

I början av 2000-talet uppmärksammades alltmer skillnaderna i människors möjlighet att få del av de förebyggande hälsoinsatser som leder till en friskare befolkning.<sup>5</sup> Nationellt omtalades de hemlösa med missbruksproblematik och psykisk ohälsa som gruppen med minst tillgång till förebyggande hälso- och sjukvård. Intressant var att det fanns skillnader i uppfattningen av behoven. Flera internationella studier visade att hemlösa och på annat sätt socialt utsatta människor själva identifierade behovet av tandvård och medicinsk service som störst medan hälso- och sjukvården och andra vårdgivare prioriterade patienternas behov av hjälp för psykisk sjukdom och missbruk.<sup>6</sup> Båda områdena är dock värda att uppmärksammas.

Inspirerade av ett tandvårdsprojekt i Huddinge, och med kunskap både från internationella och svenska undersökningar att hemlösa har extremt dålig tandhälsa och att hjälp med tandhälsan ofta ligger först på deras prioriteringslista,<sup>7</sup> startades under våren 2004 projektet "Hemlösas tandhälsa i Umeå". Det var ett samarbetsprojekt drivet av engagerade medarbetare inom landstingets psykiatri, kommunens socialtjänst, Öppen gemenskap,<sup>8</sup> folktandvården och tandläkarhögskolan. I samband med det projektet berättade tolv gäster vid Öppen gemenskap om sina erfarenheter av dålig tandhälsa. De talade om mat som otuggad blir svår att svälja, anställningar som inte blir av, hur de skäms inför sina barn och att inte våga skratta med barnbarnen i rädsla för att visa sin tandlöshet.<sup>9</sup> Tandvårdsprojektet byggde på att tandläkarhögskolan hade öppen mottagning vissa lördagar och att personal från Öppen gemenskap, beroendepsykiatri eller socialtjänsten såg till att patienterna kom till mottagningen.

*"I trappen till tandläkarhögskolan har jag stått med de stöddigaste männen från Vasaplan och övertalat dem att fortsätta upp, när det blivit rädda och inte vågat gå sista trappstegen till tandläkaren."*

**Föreståndaren ÖG**

I Umeå var inte hemlöshet det enda kriteriet för att få sina tänder kostnadsfritt lagade, utan målgruppen vidgades till andra som inte heller kunde tillvarata sina rättigheter vad det gäller tandvård.

Ur tandvårdsprojektet, och med fortsatt inspiration från Stockholm, växte idén om en distriktssköterskemottagning för målgruppen i Umeå. I ett gårdshus på Öppen gemenskaps bakgård öppnade under hösten 2006 en distriktssköterskemottagning bemannad på tio procent i veckan. Umeå hade då just passerat 100 000 strecket och bestod av 109 279 invånare. Mottagningen var kopplad till centralt belägen vårdcentral vilket hade att göra med en engagerad chef samt närheten till kommunens egna beroendeverksamheter. Det fanns också en intresserad läkare på vårdcentralen som kunde bistå sköterskan med medicinsk rådgivning för de patienter som inte hade någon naturlig vårdcentral att vända sig till.

Mottagningens öppna tider var tisdagar och torsdagar från klockan 08.30 till klockan 10.00. Det fanns en tanke med att ha mottagning innan Systembolagets öppnade klockan 10.00. I mottagningen fanns omläggingsmaterial, blodtrycksmätare och provtagningsutrustning men några mediciner fanns inte att tillgå i lokalen. Information om mottagningen lämnades till de ideellt drivna verksamheter som riktade sig till målgruppen personer med missbruksproblematik och/eller psykisk sjukdom vid Kärnhuset (personalkooperativ), Bakfickan IOGT/NTO och Öppen gemenskap.

Till mottagningen i gårdshuset kom ca två till tre personer per dag de flesta män 40 år och äldre och några få var kvinnor. Tungt beroende och samsjuklighet blev en antagen definition på patientgruppen. De fick hjälp med blodprover, såromläggning, stygnborttagning och svar på frågor om oro kring sin egen och andras hälsa. Kontakter och vidare information till läkare och hälsocentraler var en stor del av arbetet. De som en gång vågat sig till mottagningen återkom ofta men någon köbildning var det väl aldrig, säger den tidigare distriktssköterskan.

Hösten 2008 övertog den nuvarande sköterskan uppdraget. Hon arbetade mer uppsökande, till att börja med i Öppen gemenskaps öppenhusverksamhet dit besökarna kom för att umgås och få billig lagad lunch och fika. Sköterskan fick möjlighet att arbeta med nätverk och relationer vilket öppnade upp för att fler besökare vågade fråga och prata om sin hälsa. Det ökade behovet av sköterskans tjänster ledde till att en ökning av tjänsten år 2010 från 10 till 40 procent vilket är den omfattning som gällt sedan dess.

Den utökade tiden använde sköterskan till att två dagar i veckan alternera mellan att besöka Bakfickan IOGT/NTO och Öppen gemenskap och att dessutom följa samarbetspartners på hembesök. Målgruppen för arbetet blev tydligt inriktad på personer med tungt missbruk i kombination med psykisk ohälsa. Den utökade tiden gav också möjlighet till uppsökande verksamhet i centrum och i parkerna samt att följa med personer på vårdbesök. Kärnhusets besökare som till största delen enbart har en psykisk sjukdom prioriterades bort dels genom att de har mycket kontakt med psykiatri och därmed också den hälso- och sjukvård som erbjuds där, dels att behovet av hälso- och sjukvård för den målgruppen bedömdes som större än vad den utökade tiden kunde räcka till.<sup>10</sup>

I samband med den utökade tiden 2010 avsågs att en uppföljning av verksamheten skulle genomföras vilket skedde genom ett studentarbete vid specialist/distriktssköterskeutbildningen 2011.<sup>11</sup> Studentarbetet visade på behovet av en stärkt vårdkedja med större tillgänglighet för gruppen med missbruk och "multipelproblematik". Genom intervjuer med patienter och samarbetspartners beskrevs att det i patientgruppen fanns ett stort misstroende gentemot den traditionella hälso- och sjukvården vilket krävde att samarbetspartners fick lägga mycket tid på motivationsarbete och fick på så sätt göra medicinska bedömningar de inte hade kompetens för. Dessutom beskrevs att vägen in till hälso- och sjukvården var kantad av många hinder för målgruppen, både att boka och komma i tid kan vara besvärligt.

*"...sitta och ringa på telefontider som inte är så enkelt om man har ett missbruk eller psykisk ohälsa eller inte ens har en telefon..."*

**Ur studentarbetet 2011**

5. Stenberg, L (2004). Seminarium om hemlösas tandhälsa vid tandläkarhögskolan i Umeå 16 mars 2004

6. Halldén, J. Stenberg, L. Ström, L & Åhs, S. (2003) Hemlösas ohälsa ur ett socialmedicinskt perspektiv. Socialmedicin 2003:2 Stockholm

7. a.a.

8. Öppen Gemenskap är en del av svenska kyrkan och frikyrkosamfunden som bedriver social verksamhet för utsatta människor, fr.o.m. år 2019 Umeå Stadsmission

9. Stenberg, L (2004). Seminarium om hemlösas tandhälsa vid tandläkarhögskolan i Umeå 16 mars 2004

10. Fernerud, i. & Flodström, C. (2011). Att underlätta för socialt utsatta att komma i kontakt med vården -utvärdering Specialistutbildning, Omvårdnad, Umeå Universitet

11. a.a.

## Aktuell situation år 2016 – 2021

### Förutsättningar i det praktiska arbetet

Det uppsökande arbetet för målgruppen i Umeå är i princip organiserad på samma sätt år 2021 som år 2010. Sköterskan har sina fasta arbetsdagar tisdagar och torsdagar som alterneras mellan Umeå stadsmission (tidigare Öppen Gemenskap) och Bakfickan, uppsökande arbete vid Vasaplan, i Utopia och i parkerna samt hembesök och möjlighet till telefonkontakt. Läkaren som tidigare fanns knuten till verksamheten två timmar i veckan för konsultation eller patientbesök har dock slutat utan att ersättas. Sköterskan har en mobiltelefon och en bärbar dator i sin ryggsäck där allt sjukvårdsmaterial också ryms. Organisatoriskt tillhör verksamheten samma hälsocentral som tidigare. Personer som inte tillhör någon hälsocentral men som får insats via sköterskan registreras i hälsocentralens journalsystem. För de personer som inte vill lämna ut namn eller personnummer förs anteckningar anonymt i en speciell pärm. Personer som väljer att vara anonyma är ett problem för både patientsäkerhet, dokumentation och uppföljning.

Sköterskan deltar på verksamhetsmöten vid hälsocentralen som en del av övriga personalen, samtidigt pekar hennes närmaste chef (avdelningschef vid hälsocentralen) att hon är ensam i sin profession. Ensamjobb kan leda till svårigheter i själva vårdsituationen med patienterna. Frågor som uppstår och inte hinns med under de två dagar i veckan sköterskan jobbar kan inte självklart följas upp av någon annan. Exempelvis att kontakta hälsocentralen, att kolla av hur personen mår och kunna göra ytterligare medicinska bedömningar går inte att lämna vidare till någon.

Genom ensamjobbet uppstår också brister i arbetsmiljön. Det kan vara krävande och utsatt att ensam arbeta uppsökande i synnerhet på öppna platser som i centrum och i parkerna. Plötsligt kan det uppstå möten som kan leda till hot och våld mellan personer i målgruppen. Det har även uppstått situationer där sköterskans bedömning har ifrågasatts, men någon allvarlig hot- eller våldssituation upplever hon hittills inte har uppstått. Hon betonar att det är viktigt att lägga tid på samtal för att bibehålla tilliten som hon menar inte är lätt att få men däremot lätt att förlora.

I arbete med personer som har ett beroende och/eller psykisk sjukdom är det viktigt med kollegialt stöd och handledning. Exempelvis kan medberoende och manipulation göra en kram till lika stor fara för ett professionellt arbete som ett hot eller en våldssituation kan göra. Vikten av att ha en kollega fångas av en anställd från boenderesursteamet i nedanstående citat.

*"Vi använder mycket av oss själva där ute, vi har mycket stöd av varandra i arbetsgruppen speciellt viktigt när det händer otäcka saker."*

**Personal beroenderesursteamet**

### Samarbetspartners syn på den uppsökande verksamheten

De centrala samverkanspartners som sköterskan har med kommunens verksamheter utgörs av Beroenderesursteamet, Dubbel-diagnosteamet och socialsekreterare vid IFO:s vuxenheten. Det finns i dagsläget ingen formell samverkan genom avtal eller andra överenskommelser och samarbetet löses från fråga till fråga. De samarbetspartners som intervjuats ger en bild av att sköterskan är lätt att få tag på, att hon alltid kopplar tillbaka och hjälper till med hälso- och sjukvårdsfrågor som uppstår både praktiskt genom provtagningar och medicinska bedömningar samt att hon hjälper till att komma i kontakt med annan hälso- och sjukvård. Däremot beskriver samarbetspartners att det finns begränsningar när verksamheten enbart har öppet två dagar i veckan. Även de som har helg- och kvällstjänstgöring saknar någon att konsultera medicinska frågor med. För en del samarbetspartners har bedömningsbilen som är knuten till ambulansverksamheten kommit att bli ett komplement när det gäller bedömning av klienters hälsostatus. Med bedömningsbilen saknas personkännedom om klienten vilket kan försvåra både hälsobedömningen och klientens förtroende för vården.

*"Jag har bra erfarenhet av sköterskan att kunna göra en bedömning och fånga upp och förhandla med klienterna att söka frivillig vård. Vilket spar lidande för personen och pengar för skattebetalare och samhället i det långa loppet."*

**Personal beroenderesursteamet**

Beroenderesursteamet tillhör kommunens funktionshinderomsorg och har från starten på 90-talet ökat i antal medarbetare från två till 16 anställda. Klientgruppen består av personer med missbruk och psykisk ohälsa från 18 år till 80 år och har hela tiden varit densamma, möjligtvis har droganvändningen ökat. Klientuppdragen kommer från IFO:s vuxenhet och alla klienter har en genomförandeplan som man följer och kontakten avslutas när målen för självständighet är uppnådda. Samarbetet med sköterskan är oftast kring den äldre klientgruppen eftersom de har stora behov av hälso- och sjukvård och här återfinns personer som varken kan eller vill ta sig till primärvården.

*"Har till exempel en äldre man som bara vägrar att åka till doktorn och de gånger man fått dit honom har han bara rest sig upp och gått ut från besöket och inte velat vara med längre."*

**Personal beroenderesursteamet**

Socialekreterarna på IFO:s vuxenhet kan se behov av ett tätare samarbete. Många av klienterna har hälsorelaterade frågor som tar mycket tid dels till motivationsarbete till sjukvård med klienten, dels till att hitta rätt vårdkontakt inom regionens organisation. Båda delarna ligger inom sköterskas kompetensområde.

*"Ett exempel på en klient som var gulare än gulast på sin dåliga lever men han vägrade vård, då har hon med sitt bemötande och medicinska kunskaper kunnat övertyga klienten som bara vägrade vård. För den klienten var det livsavgörande att han fick vård."*

**Socialekreterare IFO**

Dubbeldiagnosteamet som också tillhör funktionshinderomsorgen genomgår en del organisatoriska förändringar men ser även de ett behov av att stärka upp det tidigare samarbetet med den uppsökande verksamheten inom hälso- och sjukvården.

För Umeå stadsmission och Bakfickan handlar samarbetet mest om att det bedrivs uppsökande hälso- och sjukvård i deras öppna verksamheter. De vet att distriktsköterskan kommer på tisdag respektive torsdag varje vecka och både besökare och personal kan tryggt vänta med sina medicinska frågor till dess. Många av besökarna har för personalen beskrivit hur de fått hjälp att komma till vården smidigt när sköterskan också representerar regionens hälso- och sjukvård.

*"Det har inte förtroende för den vanliga vården. De flesta har ett missbruk och när de söker vård får de svaret att det har med livsföringen att göra oavsett om de har nageltrång eller något annat. Det är in't lönt, tycker de"*

**Personal på Bakfickan**

Misströksamheten från de personer/klienter/brukare/gäster har gentemot den ordinarie hälso- och sjukvården gör att samarbetspartnerna får lägga mycket tid på att motivera till vård för sjukvårdskrävande personer. Det pågående missbruket och den livssituation man befinner sig i leder för de flesta till att man undviker vårdkontakter. När de väl kommer till en läkare eller sjuksköterska är det viktigt att de blir tagna på allvar och får berätta om sina besvär. Här betonar många samarbetspartners vikten av att distriktsköterskan inger hopp och förtroende för personen. Hon har kunskap som gör att hennes bemötande känns genuint och hon kan hjälpa klienten vidare till personal inom sjukvården som hon vet har ett gott bemötande gentemot gruppen.

*"Man vet att han har svagt hjärta, högt blodtryck och dålig lever. Då har sköterskan varit till stor hjälp, vi ringer henne och frågar ifall hon kan komma med hem till Kalle och kolla hans blodtryck och prata med honom. Kanske vara en brygga in till en hälsocentral där han kan få en undersökning. Hon kan ju också ta prover."*

**Personal Beroenderesursteamet**

Intervjuade samarbetspartners beskriver också erfarenheter av att det kan vara svårt för klienterna att få kontakt med hälsocentralen, som man i bästa fall är listad på. Att först ringa sedan bli uppringd, få en tid som man ska komma ihåg och sedan fysiskt ta sig till hälsocentralen kan vara helt omöjligt för många av klienterna. Att förnya ett recept eller sitta i ett väntrum kan också upplevas som oövervinnerligt för personer med beroende och samsjuklighet.

*"Många av våra klienter har social fobi och vill inte sitta med andra eller att man inte är nykter. Det kanske inte ens är lämpligt att sitta i ett väntrum för man börjar dra i gång alla andra som sitter där. Det handlar om att inte utsätta alla andra patienter som sitter där. Det kan vara mycket oro, stress och ångest att komma in i ett väntrum för våra klienter."*

**Personal Beroenderesursteamet**

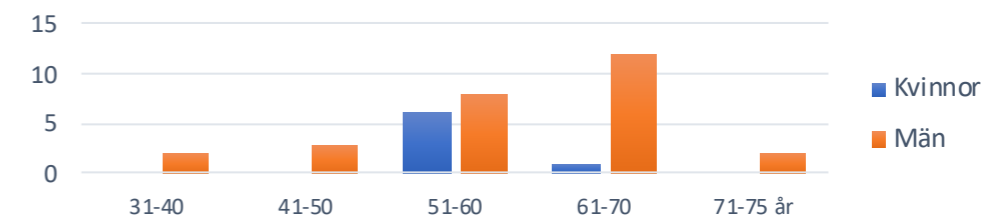
Det uppskattas av samarbetspartners att distriktsköterskan kan hjälpa till med att boka tid hos vårdpersonal som kan se människorna bakom den psykiska ohälsan och beroendesjukdomen. Hon kan också ta prover i förväg och hjälpa till med att hitta smidiga lösningar för att minska den faktiska tiden på hälsocentralen.

## Vilka nås av den uppsökande verksamheten och hur ser insatserna ut?

För att få en uppfattning av vilka personer som sköterskan möter, hur och var möten sker och vilka faktiska insatser som ges, genomfördes en enkel kartläggning under en kort period på 13 arbetsdagar från och med december 2020 till och med januari 2021. Det bör understrykas att materialet är litet och mätningen skedde under sämsta tänkbara tid, både mitt i vintern, inkluderade julledigheten samt under pågående pandemi. De resultat som presenteras nedan får därför betraktas som en ögonblicksbild av verksamheten.

### Ålder och kön

Under perioden registrerades 50 kontakter med totalt 27 unika personer, 6 kvinnor och 21 män, de flesta i åldersgruppen 51–70 år figur 1.



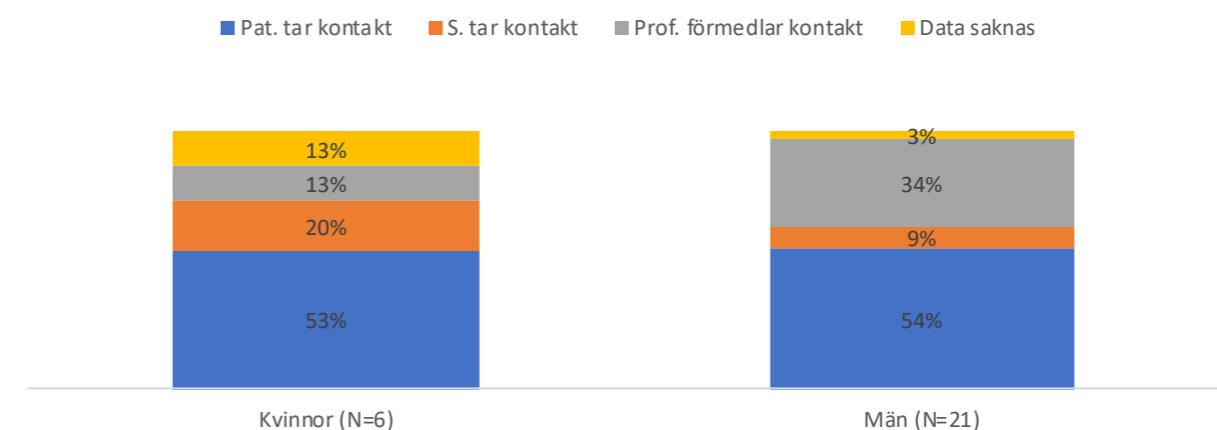
**Figur 1: Fördelning av kvinnor och män per åldersgrupp**

Enbart två av de personer som sköterskan träffade var helt nya för henne, vilket ska vara typiskt för vinterhalvåret. Under vår, sommar och höst är det vanligare med nytt folk i stan och därigenom fler nya kontakter. Ca 70 procent av de personer som registrerades hade ett aktivt missbruk och den andelen är lika oberoende kön.

### Kontaktvägar och antal träffar

I genomsnitt träffade sköterskan varje person 2 gånger, men många träffade hon bara en gång och några få hade hon kontakt med upp till 5 gånger under perioden. I det relativt lilla materialet ser det inte ut som att kön eller missbruk har betydelse för antalet träffar utan det är behovet som styr.

I lite drygt hälften av träffarna hade personerna själva sökt upp sköterskan, medan hon hade sökt upp personer vid 12 procent av träffarna och då nästan alltid för någon typ av uppföljning av tidigare träff se figur 2. Vidare är det för män näst vanligast att någon annan professionell förmedlat kontakten, vilket i princip alltid är socialtjänstens utförare. Kvinnorna tog själva kontakterna lite oftare än männen.



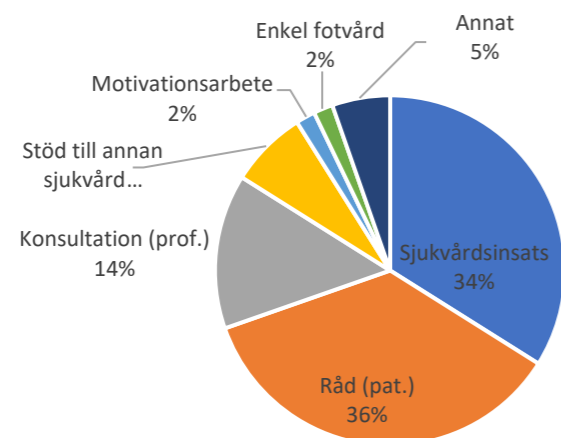
**Figur 2: Hur kontakten mellan personen och sköterskan togs uppdelat på kön**



### Typ av insatser

Under perioden bad vi sköterskan kategorisera sina möten med personerna. Ingen tydlig definition gjordes för de olika insatserna, utan i stället gjordes en notering om träffens innehåll parallellt med kategoriseringen. I efterhand har vi kunnat definiera upp de olika kategorierna utifrån noteringarna. Materialet kan därför tjäna som exempel på insatserna.

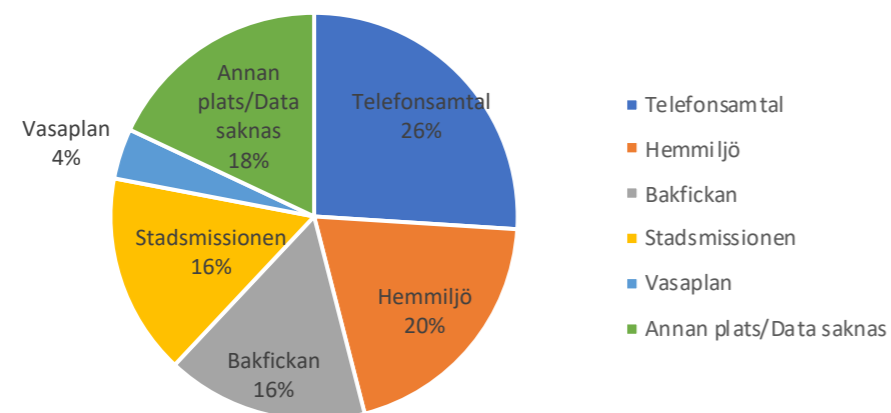
Det vi kan se i figur 3, är att sjukvårdsinsatser och råd till personen är de vanligaste kategoriseringarna, därefter kommer konsultation till andra professionella. Sjukvårdsinsatser handlar oftast om blodtryckskontroll eller såromläggningar. Någon gång har provtagning skett tillsammans med läkare. Det blir tydligt att samtalet och bemötandet är en viktig komponent i nästan varje möte, även om motivationsarbete som kategori inte är framträdande. Rådgivningen kan handla om allt från vaxproppar och smärta till frågor om behandling för hepatit.



Figur 3: Kategorier av insatser procentuellt fördelade

### Plats för insatser

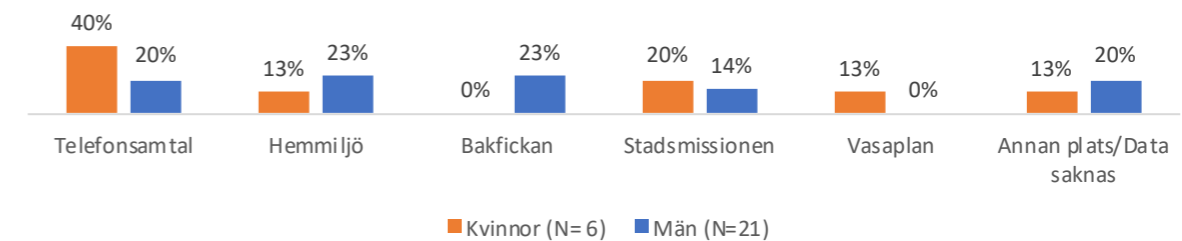
I 17 av de 50 kontakterna skedde insatsen per telefon<sup>12</sup> och har kategoriserats som råd till patienten, konsultation till annan professionell, stöd till receptförnyelse eller annan sjukvård. I några fall är kontakten registrerad som telefonsamtal även om en plats för kontakten finns angiven se figur 4.



Figur 4: Angiven plats för kontakterna

12. Distriktsköterskan uppskattar ett ökat antal personkontakter per telefon beroende på pandemin. Det begränsade antalet besökare på Stadsmissionen och Bakfickan har också påverkat antalet insatser

Som tidigare beskrivits se figur 2 så har i mer än hälften av mötena har personen själv kontaktat sköterskan, lika andel för både män och kvinnor. Hur och var kontakterna skedde varierar däremot mellan könen; för kvinnorna har kontakterna till största delen skett på Vasaplan, Stadsmissionen och via telefon, för männen är det Bakfickan och hemmiljön som sticker ut, se figur 5.



Figur 5: Plats för kontakt utifrån kön

### Samverkan mellan distriktsköterskan och andra aktörer

I 16 av de 50 kontakterna har samverkan med andra aktörer registrerats. Samverkan innebär i de allra flesta fall, kontakt med socialtjänstens utförare (13 av 16 tillfällen). Samverkan har också registrerats med socialtjänstens myndighetsutövning, polisen, ambulans och annan.

### Vad anser de personer som ingår i målgruppen?

Intervjuerna med de berörda personerna ger en beskrivning av vilka behov den uppsökande verksamheten fyller för dem, hur de ser på sina förutsättningar att komma i kontakt med sjukvården på traditionellt sätt, samt hur de ser på verksamheten i ett framtidsperspektiv.

Utifrån beroendesjukdom är målgruppen som sköterskan träffar homogen då 70 procent av personerna har en beroendesjukdom och ytterligare några har levt ett liv med missbruk men tillfrisknat.

### Hinder för att söka hälso- och sjukvård

I intervjuerna framkommer att det finns ett lågt förtroende för den traditionella sjukvården, ofta på grund av tidigare erfarenheter av fel diagnos eller behandling. Ofta beskrivs även känslan av att bli dömd på förhand på grund av utseende, klädsel eller beteende och upplevelser beskrivs av att inte bli lyssnad eller trodd på.

*"Jag har blivit illa behandlad trots att jag lämnat mitt gamla liv. Hemskickad med lunginflammation. De har inte lyssnat på mig. De har kommit tillbaka de gamla känslorna att man är dålig, man blir inte trodd."*

Jenny 56 år

Ibland kan det naturligtvis handla om direkta konsekvenser av ett missbruk som att man blivit avvisad eller nekad sjukvård på grund av exempelvis berusning. Flera av intervjupersonerna beskriver också en rastlöshet som följer med missbruket, man orkar helt enkelt inte vänta. Man prioriterar inte hälsan och anser sig inte ha tid. Därtill beskrivs ibland en okunskap om sitt eget vårdbehov.

*"Jo, men det går snabbare och normalt sett... om jag är frisk... Jag är inte frisk nu. Det är inte normalt nu. Om jag är frisk då kan jag ju ta mig fram själv, men jag har ingen kraft, ingen ork. [---] Jag har vänt mig till henne och hennes medicinska råd hjälper! Jag litar på hennes kunskap och hennes... allt!"*

Jenny 56 år

*"Jag vet två gånger som rör mig själv. Det var när jag skulle på 50-årskontroll och 60-årskontroll. Då var jag ju dålig där på morgonen. Till slut... jag orkade inte vänta längre än 20 minuter sedan gick jag därifrån. Men det var ju inte för att jag inte hade förtroende för dem, utan det var ju för att jag var dålig. Det kändes inte så viktigt."*

Janne 62 år

*"Som missbrukare så ska det ju NU hända! Men henne får man ju träffa NU. Det är för jobbigt att sitta och vänta där på vårdcentralen, eller ringa och beställa tid. Jag vet ju folk som försökt ringa och beställa tid, nej de ger upp!"*

**Janne 62 år**

Målgruppen omfattar människor med olika typer av psykisk ohälsa och samsjuklighet. Hinder för att söka sjukvård på vanlig väg kan också bero på neuropsykiatriska sjukdomar eller utmattning. En intervjuperson beskriver också en ensamhet i mötet med vården, att inte ha någon som är med och talar för sig.

*"Jag sa till sköterskan; "Kan han göra ett sånt ingrepp? Det är ju just under revbenen..." "Ja men", det sa hon, "det kan han." Hon ordnade. Jag berättade mina farhågor. Jag kände mig orolig. [---] Hur skulle jag ta kontakt med honom?"*

*Då tog hon kontakt med honom!"*

**Jenny 56 år**

Förutom allt ovanstående så beskriver även intervjupersonerna tillfällena då ekonomin satt upp hinder för att söka sjukvård på vanlig väg. Det kan handla om att inte ha pengar att hämta ut medicin eller att inte ha pengar på mobilen för att kunna kontakta hälsocentralen.

#### Vad uppfattas som sjukvårdens hinder

I intervjuerna finns olika tankar om sjukvården och någon uttrycker stort förtroende för sjukvården när det väl gäller, men flera av intervjupersonerna beskriver också att vårdsystemet sätter upp hinder. Det kan handla om de digitala systemen eller administration som gör det svårt, eller byråkratiska hinder i form av krav på remiss för olika typer av vårdkontakter. Men även sjukvårdens fokus på missbruket beskrivs av några som ett hinder som inte bara leder till att vården dömer på förhand och ställer fel diagnoser utan också får målgruppen att känna sig illa behandlad.

*"De kanske inte ens tar emot dig om du kommer onykter på en vårdcentral, va? Men med henne... hon pratar ju med folk även om de är onyktra! Ja... Eller så törs inte folk gå till en vårdcentral för att de är på fyllan. Kanske."*

**Janne 62 år**

#### Vilken funktion fyller verksamheten enligt målgruppen

Så vad är det som gör att sköterskans roll fungerar? I intervjuerna tydliggörs tre delar.

Den första handlar om närhet och tillgänglighet. Hon finns på målgruppens spelplan. De möter henne i vardagen och det är därför enkelt att ta kontakt. Tröskeln är låg.

*"Det var hon som kom fram till mig i parken. De hade märkt det på ÖG och ringde ambulansen där. Hon hade nog hört om att jag var dålig på omvägar. Andra personer hade berättat för henne att jag var dålig."*

*Hon kom fram till mig direkt när jag kom dit."*

**Johnny 73 år**

*"Men där finns sköterskan. De vet att på torsdagar är hon på Stadsmissionen och tisdagar på Bakfickan, och hon svarar nästan alltid. Och då gör hon vad hon kan!"*

**Jenny 56 år**

*"Nej, småpratade bara och drack kaffe. Annars då brukar hon ta mitt blodtryck. När jag är fundersam själv. Det var hon som... inte tvingade, men fick in mig på att börja äta blodtrycksmedicin. Jag har ett något förhöjt blodtryck."*

**Janne 62 år**

*"Men det är väl det att vi har pratat så mycket redan från början. Och så hade jag en kompis som kände henne tidigare..."*

*Men sen var det ju det, du vet, man sitter i sommaren i parkerna och dricker öl, då söker hon upp oss."*

*Bara gick förbi och hörde hur det var med oss och så där..."*

**Janne 62 år**

Den andra delen handlar om kompetens, att distriktsköterskan kan ge användbara råd och är väl förtrogen med målgruppen. Mycket av hennes arbete kan beskrivas som långsiktigt förtroende- och motivationsarbete.

*"Hon sa att det fanns ett samband mellan hjärtrusningarna och stroke. Jag har inte tagit medicinen för hjärtrusningarna på många år. Men nu är jag motiverad."*

**Johnny 73 år**

Den tredje och sista delen handlar om funktionens tillgång till sjukvårdssystemet (som journaler och kontakter) och möjlighet att lotsa vidare till annan, rätt vård.

*"Jag hade brutit tre ben i handen, den var som en fotboll! [---] Jag fick skjuts av boendestöd till akuten, men de tog inte emot mig. Jag var tvungen att ha remiss från VC! Men vi ringde sköterskan och när vi kom dit fick jag gå som en VIP-kund förbi alla och träffa en läkare som gav mig en remiss."*

**Janne 62 år**

#### Distriktsköterskans personliga egenskaper

Intervjupersonerna har alla mycket goda erfarenheter av sköterskan och har alla svårt att tänka sig någon annan på tjänsten. De beskriver ett stort förtroende för henne som grundas i hennes varma och medmänskliga sätt. Hon lyssnar och tar sig tid och har tålmod utöver det målgruppen är van att möta. På det sättet kan hon hjälpa en grupp som annars själv upplever sig sakna både tillit och tillgång till vården.

*"Man blir trodd. Hon lyssnar på en. Hon har inte den här rynkan mellan ögonbrynen."*

*"Är det här sant? Kan det vara så?"*

**Jenny 56 år**

#### Målgruppens tankar om verksamhetens framtid

I intervjuerna framkommer ett önskemål om att funktionen ska finnas kvar. Det är bra att sköterskan arbetar och finns tillgänglig centralt i Umeå eftersom det är "dit alla tar sig". Ingen av intervjupersonerna ser något behov av att utöka upptagningsområdet till andra delar än just centrum med Stadsmissionen, Bakfickan, Vasaplan och parkerna. Däremot är det några som önskar ytterligare resurser i form av någon ytterligare anställd och en egen lokal för verksamheten. Kan tillgång till provtagning och lab vara en möjlighet?

*"Ja, men alltså många av missbrukarna tar sig ju hit. De går ju hit till Öppen Gemenskap och går till Bakfickan, det ligget ju väldigt centralt båda grejerna."*

**Johnny 73 år**

*"Men att ha en lokal dit folk kunde komma och där det fanns en som hjälpte till. Tog blodtryck och kolla temp. Kanske inte går att skicka vidare till labb, men hon borde få ha något eget. Men hjälp så de kunde nå ut till bredare."*

*Behoven minskar inte, snarare ökar."*

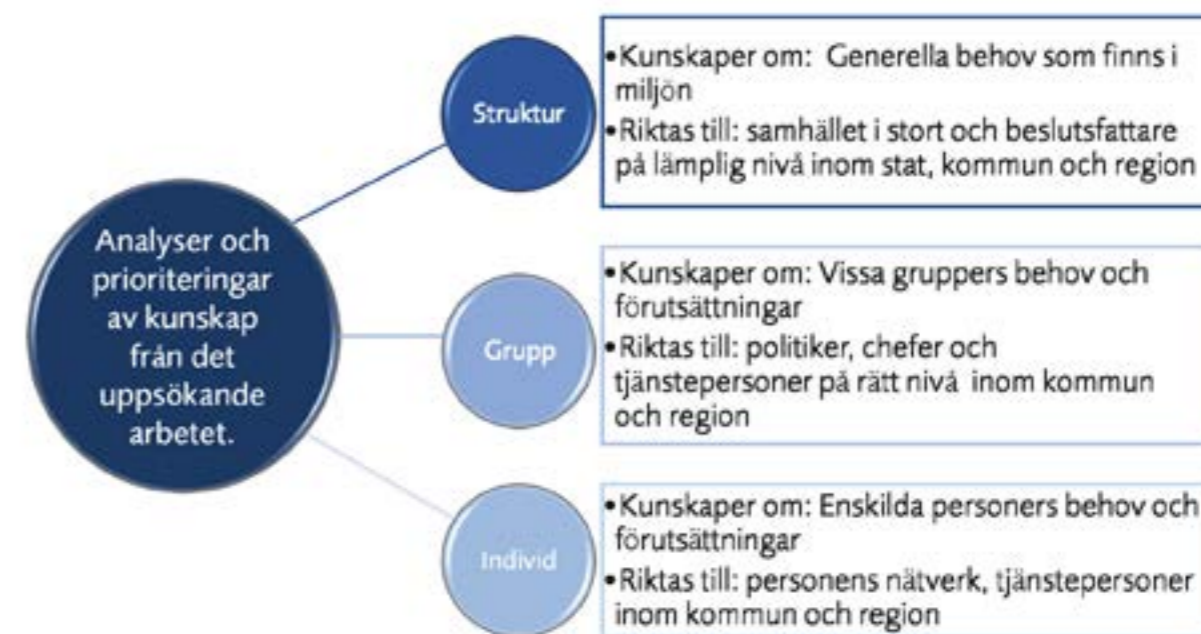
**Jenny 56 år**

## Utvärderingens utgångspunkter i teori, direktiva och offentliga utredningar

### Uppsökande arbete

Forskning om uppsökande arbete är begränsad, troligtvis för att det utgör en relativt liten del av samhällets samlade välfärdsinsatser. Uppsökande arbete i ungdomsmiljöer är det vanligaste förekommande men det bedrivs också i relation till många andra grupper som personer med hemlöshet, missbruk, psykisk ohälsa, prostitution samt äldre i behov av stöd.<sup>13</sup> Uppsökande arbete med en specifik målgrupp kan definieras som "aktiviteter för att skapa relationer med individer eller grupper av personer, som inte effektivt kan kontaktas eller nås via existerande verksamheter eller genom traditionella hälsofrämjande kanaler."<sup>14</sup> Grundförutsättningen för uppsökande arbete är ett etiskt grundat förhållningssätt med stor respekt till de människor uppsökaren möter och att det måste bygga på ett personligt och professionellt engagemang.<sup>15</sup>

Det uppsökande arbete sker i offentliga miljöer eller i personens närmiljö och ibland även dennes hem. Oavsett var det uppsökande arbetet sker, handlar det om att skapa frivilliga och förtroendefulla relationer med individer och grupper i den förutbestämda målgruppen. Det relationskapande arbetet ger unik kunskap om behoven och förutsättningarna för enskilda personer, grupper eller övergripande för samhället. Utifrån kunskapen analyseras och prioriteras behoven och förutsättningarna till de olika nivåerna där kunskapen sprids till ansvariga tjänstepersoner, beslutsfattare till exempel inom kommunen och regionen.<sup>16</sup>



Figur 6: Uppsökande arbete i offentliga miljöer

13. Andersson, B. (2010). Uppsökande arbete med vuxna och unga vuxna. Rapport från en forskningscirkel vid FoU i Väst/GR 2008 - 2009

14. EMCDDA (1999): Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, Lissabon: Insights, issue: 2

15. Erickson, S. & Pages, J. To Dance with Grace: Outreach & Engagement to Persons On the Street. The 1998 National Symposium on Homelessness Research, USA

16. Socialt fältarbete – en definition Riksförbundet för Fältarbete. <https://www.faltarbete.se/wp-content/uploads/2016/02/F%c3%a4ltarbete-en-definition-RiF.pdf>

De etiska frågorna är viktiga och mångfacetterade då uppsökaren ställs inför situationer och uppgifter som kräver finkänslighet samt en förmåga att hantera svåra frågor och motsättningar. Även om uppsökande arbete ofta bedrivs i offentliga miljöer, representerar dessa miljöer ofta privata sammanhang för de människor som vistas där.<sup>17</sup> Uppsökaren måste komma ihåg att dennes närvaro inte bara innebär en möjlighet till stöd, utan också social kontroll.<sup>18</sup> Dessutom återkommer ofta frågan om att de offentliga miljöerna där uppsökande arbete bedrivs också kan vara en oskyddad arbetsmiljö, en fråga som ansvariga chefer behöver hantera. Personer som uppehåller sig in dessa miljöer och som man arbetar med, är ofta påverkade av alkohol och droger och befinner sig i psykiskt utsatta och instabila lägen.<sup>19</sup> Ett vanligt råd till uppsökande verksamheter är att ensamarbete inte är förenligt med säker arbetsmiljö och därför bör arbetet ske parvis.<sup>20</sup>

## Jämlik hälsa, vård och omsorg

För att möta framtidens hälsoutmaningar och öka förtroendet för hälso- och sjukvården behöver vården organiseras utifrån befolkningens och patienternas behov. Den offentliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, är ett regeringsuppdrag från 2017 med en 10-årig färdplan för en samordnad omställning till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.<sup>21</sup> Den statliga utredningen innehåller fem delbetänkanden som bland annat tar upp förslag på en ny primärvårdsreform, om vård i samverkan och rätt stöd till psykisk hälsa. Ambitionen är att omfördela sjukvårdsresurser till primärvården som både har närhet till patienterna och erfarenhet av att hantera komplexa sjukdomstillstånd. I en fungerande vårdkedja innebär det att patienten får god vård på rätt nivå och att kommunikationen och samarbetet mellan vårdgivarna utvecklas. Socialstyrelsens har ett uppdrag att stödja vårdgivare att erbjuda jämlik vård utifrån patientens behov, förutsättningar och preferenser men hur insatserna organiseras och erbjuds kan variera menar utredarna. Exempelvis skiljer sig förutsättningarna åt mellan glesbygd och storstäder och mellan områden med befolkningar med olika socioekonomisk ställning. Socialstyrelsens stöd till omställningen varierar således mellan och inom kommuner och regioner.<sup>22</sup>

Forskning och statliga utredningar ger många exempel på att personer med skadligt bruk och beroende i kombination med psykisk sjukdom inte har samma tillgång till sjukvårds- och hälsofrämjande insatser som den övriga befolkningen. Detta förklaras av faktorer kopplade till attityder, makt och stigma<sup>23</sup> hos vårdgivaren och praktiska hinder för personen. Socialstyrelsen beskriver i Ojämna villkor för hälsa- och vård,<sup>24</sup> att personer med missbruks- eller beroendeproblem upplever att de får ett sämre bemötande i hälso- och sjukvården och socialtjänsten jämfört med andra. Personer beskriver för utredarna om vårdgivare som har moraliserat och skuldbelagt dem, och många upplever att integriteten inte respekteras eller att de har känt sig kränkta. År 2011 konstaterade Socialstyrelsen att de stora sociala skillnaderna i hälsa och vård måste tas på största allvar och förändringar krävdes på olika nivåer, nya arbetsformer efterlystes för att bättre kunna erbjuda patienter med stora behov, en jämlik vård.<sup>25</sup>

Enligt Socialstyrelsen ska en god vård och omsorg kännetecknas av att den är personcentrerad,<sup>26</sup> jämlik och säker.<sup>27</sup> Det handlar om att se varje människa som en hel person med unika egenskaper, förmågor, känslor och behov. För att höja kvalitén på vården är det avgörande att den planeras tillsammans med patienten med ett förhållningsätt där varje människa möts med värdighet, medkänsla och respekt.

Sammantaget för den pågående omställningen<sup>28</sup> inom hälso- och sjukvården handlar det om att se patienter som medskapare av sin egen hälsa, vilket också innebär ett större ansvar för sin egen vård för de som vill och kan. Habiliterande och rehabiliterande åtgärders betydelse för att utveckla bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde vill utredarna specifikt betona. När en större del av vården utförs inom primärvården, nära patienten och inte sällan i hemmet föreslår utredarna en utveckling av mobila vårdlösningar. De ser också att hälso- och sjukvården behöver fungerande samverkan och samordning med andra samhällsaktörer, frivilliga organisationer och det civila samhället.<sup>29</sup>

17. Andersson, B. (2010). Uppsökande arbete med vuxna och unga vuxna. Rapport från en forskningscirkel vid FoU i Väst/GR 2008 - 2009

18. a.a.

19. a.a.

20. Mikkonen, M. Kauppinen, J. Houvinen, M. & Aalto, E. (red) (2007). Outreach work among marginalize populations in Europe. Amsterdam: Correlation Network

21. (S 2017:01). Samordnad utveckling för god och nära vård

22. Socialstyrelsen (2019). Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf>

23. Samsjuklighets utredningen (S 2020:08) Kommittéberättelse, Status: pågående Redovisas 30 november 2021

24. Socialstyrelsen. (2015). Ojämna villkor för hälsa och vård Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården

25. a.a.

26. <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-och-omsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-vard/>

27. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/>

28. SOU 2020:19. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

29. SOU 2021:6 God och nära vård - psykisk hälsa

## Hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar

Mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården vilar ett gemensamt ansvar för vård och behandling till personer med missbruk/beroende sjukdom och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.<sup>30</sup>

Detta innebär att socialnämnden enligt 5 kap. 9 § SoL aktivt ska sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Socialnämnden ansvarar också för sociala stödinsatser i form av exempelvis boende, sysselsättning, försörjning. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har i sin tur en skyldighet enligt 8 kap. 1 § HSL att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Här ingår bland annat abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser.

Inom respektive lagstiftning<sup>31</sup> ska hälso- och sjukvården respektive socialnämnden ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer med missbruksproblematik. I en uppföljning år 2020 gjorde SKR<sup>32</sup> en analys av överenskommelserna kring personer med missbruk och beroende. Trots att hälften av överenskommelserna hade tydliga uppföljningsbara mål menar företrädare för kommunerna och regionerna att de överenskommelser som finns i allt för liten grad löser problem som uppstår i samverkan kring enskilda individer och att bestämmelser om överenskommelser inte heller löser problem som det delade ansvaret innebär. Missbruksutredningen påpekade också att det finns brister i ansvarsfördelningen mellan regionerna och kommunerna som särskilt drabbar personer med en samtidig somatisk-, beroende- eller psykisk sjukdom. Som exempel nämns oenigheten som kan uppstå om huruvida den beroende- eller den psykiska sjukdomen ska behandlas först.<sup>33</sup> Till hjälp att strukturera den enskildes behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan kommunen och regionen tillsammans upprätta en samordnad individuell plan, SIP.<sup>34</sup> Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses. För att skapa en sammanhängande hälso- och sjukvård utifrån varje patients behov, förutsättningar och preferenser krävs att samtliga aktörer som är inblandade i insatserna, inklusive patienten själv, har samsyn om hur patientens vårdprocess ska se ut.

Sveriges kommuner och regioner, SKR jobbar med att vidga begreppet nära vård, som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där utgångspunkten bör vara individens behov och upplevelse av närhet.<sup>35</sup> Den närmsta vården beskrivs vara den som patienten/brukaren kan ge sig själv, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.<sup>36</sup> Närhet beskrivs av SKR i flera olika dimensioner och kan handla om geografisk närhet, närhet i relationen mellan patient och professioner, närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning samt olika aspekter av tillgänglighet. Som exempel på arbetssätt med nära vård anger SKR nya former av samverkan mellan professioner och arbetsgrupper, omsorgsverksamhet och sjukvårdsinsatser som fungerande flöden, erbjudande om nya former för vård i hemmet eller tillvaratagande de av möjligheter tekniken erbjuder för att utveckla patientens roll i sin egen vård.<sup>37</sup> SKR efterlyser vidare nya förändrade modeller och metoder som kan identifiera patientgrupper med stora behov, förebyggande insatser för att minska vårdkonsumtion, nya samarbetsformer mellan olika aktörer där patienten har en central roll eller att arbeta med omsorg tillsammans med vård. Exempelvis rekommenderar de nationella riktlinjerna för vård stöd vid missbruk och beroende<sup>38</sup> att hälso- och sjukvården och socialtjänsten framgångsrikt erbjudit individuell case manager i form av "The strengths model" till personer med missbruk och beroende med behov av samordning, en modell som fokuserar på individens förmågor och där casemanagern arbetar uppsökande. Habiliterande och rehabiliterande åtgärders betydelse för att utveckla bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde är också viktiga framgångsfaktorer. Utifrån utvecklingen att alltmer vård utförs inom primärvården, nära patienten och inte sällan i hemmet föreslår utredarna en utveckling av mobila vårdlösningar. En hindrande faktor enligt Samsjuklighetsutredningen är att personer med samsjuklighet uppger att de berörda saknar kunskap om sina rättigheter och att det är svårt att vara delaktiga i beslut som om de egna vård- och stödinsatserna. För att den enskilde ska kunna tillvarata sina rättigheter behöver det också finnas adekvat information och rådgivning tillgänglig.

30. Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks och beroendevården

31. Kravet om överenskommelsen regleras i 16 kap 3 § (1982:763) hälso- och sjukvårdslagen HSL och i 5 kap 9a § (2001:453) socialtjänstlagen, SOL

32. Socialstyrelsen. (2020). Nära vård - Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter

33. SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende - individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkandet av missbruksutredningen

34. 2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 §HSL

35. <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnarvard.6250.html>

36. a.a.

37. Socialstyrelsen. (2020). Nära vård - Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter

38. Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning

## Sammanfattande analys av den uppsökande verksamhetens förutsättningar

I de intervjuer och kontakter som har tagits under utvärderingen framkommer en bild av en verksamhet som till stor del vilar på en distriktssköterskas personliga och professionella engagemang för de socialt utsatta människor hon möter i sitt arbete. Även de kontakter och samarbeten som finns med andra samhällsaktörer och samarbetspartners bygger på tillitsfulla relationer och respekt för varandras professioner och verksamheter.

### Organisation och arbetsmiljö

Verksamheten som sådan är sårbar när det gäller den organisatoriska tillhörigheten, verksamhetens struktur, innehåll och samarbetet med samarbetspartners.

Orsaken till att sköterskan tillhör den centrala hälsocentralen har mest kopplingar till den historiska kontexten och bygger på enskilda chefers engagemang och att många av målgruppen tidigare tillhörde den hälsocentralen. Beslut om finansiering fattades när hälsocentralerna hade egna budgetar och kunde flytta pengar mellan varandra. Dagens system med vårdval innebär att den uppsökande verksamheten blir en extra kostnad för hälsocentralen och det är i detta fall budgetansvarig chef som löst finansieringsfrågan år från år. Några övergripande verksamhets- eller politiska beslut om finansiering av verksamheten finns inte. Däremot finns det ett starkt känslomässigt engagemang för sköterskans arbete med målgruppen så de chefer och politiker som är och varit insatta ger verksamheten fullt stöd, men några formella beslut har inte fattats. Det har heller inte gått att hitta några dokumenterade beslut om målsättning, uppföljning eller krav på redovisning eller återrapportering av verksamheten till beslutande chefer. En översyn av verksamhetens organisering, finansiering, ledning och styrning bedöms därför som ytterst nödvändig och skulle även ligga i linje med Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.<sup>39</sup>

Det stabila i nuvarande struktur av verksamheten är sköterskans arbetstid och tillgänglighet, att hon på tisdag och torsdag förmiddag finns på de öppna verksamheterna vid Umeå Stadsmission respektive IOGT/NTO:s Bakfickan, samt att hon finns tillgänglig på telefon och alltid återkopplar när patienter och samarbetspartners söker henne. Anställningen och kopplingen till Region Västerbotten ger information, kunskap och ingångar till regionens övriga hälso- och sjukvård vilket skapar professionalitet, yrkestillhörighet och ökar kvalitén i bedömningar och den hälsovård som utövas. I det praktiska arbetet handlar det dock om ensamjobb. Det framgår i utvärderingen att det i dagsläget saknas en struktur och tydlig koppling mellan distriktssköterskan och hälsocentralen för att konsultera medarbetare och/eller läkare och det finns inte heller möjlighet att lämna över ärenden till annan medarbetare vid dagens slut. Om detta skulle finnas skulle det tillsammans höja kvalitén på arbetet.

Även arbetsmiljön i ensamarbetet behöver ses över. Utan medarbetare som är förtrogna med arbetet byggs det in en sårbarhet, inte bara utifrån risken att det skapas en verksamhet baserat på en ensam persons uppfattning om hur arbetet ska bedrivas, utan också att det i samband med ledigheter och frånvaro inte finns någon naturlig ersättare. Utsattheten i relation till målgruppens mångfacetterade problematik är ett annat område. Att det hittills fungerat utan tillbud bygger till stor del på distriktssköterskans professionella engagemang. Det krävs vissa färdigheter av den myndighetsperson som ensam vistas på offentliga platser där hot och våld alltför ofta förekommer. Avsaknad av en fast arbetsplats med adekvat utrustning är också en arbetsmiljöfråga.

39. Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning

## Samarbete

I relation till de samarbetspartners som distriktsköterskan/verksamheten har, saknas också en struktur för samarbetet. Även det bygger på goda relationer och ett gemensamt engagemang för målgruppen. Umeå kommuns beroenderesursteam, som över tid har bytt organisationstillhörighet och ökat personaltätheten, uppger att deras klientarbete underlättas mycket när sköterskan kan vara med då hälso- och sjukvårdsfrågor är aktuella. Det kan handla om att motivera klienter till hälso- och sjukvård eller att göra hälsobedömningar både akut och tidigt i en eventuell sjukdomsprocess. Eftersom det saknas en struktur för samarbetet ligger ansvaret för samverkan på de tjänstepersoner som har en relation och kunskap om sköterskans arbete. Liknande bild ger socialsekreterarna på vuxenheten vid Individ- och familjeomsorgen, dvs att samarbetet är mycket gott och att deras arbete med hälso- och sjukvårdsfrågor underlättas i samarbete med sköterskan. Personalomsättningen är dock hög inom IFO och det är alltför få som känner till verksamheten och hur det kan bidra till att höja kvalitén på behandlingar och bedömningar när det gäller hälso- och sjukvård för klienterna. Samverkanspartners från kommunen efterfrågar ett mer strukturerat samarbete med information och kontinuerliga träffar. Varken för Beroenderesurs-, DD- teamet eller socialsekreterarna tillvaratas sköterskans kompetens för att uppmärksamma klienternas hälsostatus vid vårdplaneringar, exempelvis har hon inte medverkat vid något SIP möte.

Samarbetet med de ideella organisationerna IOGT/NTO och Umeå Stadsmission är som tidigare nämnts strukturerad i tid. Det finns ett gemensamt engagemang för målgruppen och förtroendefulla relationer. Sköterskans kompetens tillvaratas dels genom att personalen kan hänvisa besökare med hälso- och sjukvårdsfrågor till de dagar hon är på plats dels att de kan få information och kunskap om vanligt förekommande hälsoproblem för besöksgruppen. Det som saknas, uppger verksamhetsansvariga på båda ställena, är en fysisk plats där sköterskan kan dra sig undan med besökaren för provtagningar och samtal.

## Målgruppen

De personer som distriktsköterskan söker upp eller som själva tar kontakt med henne befinner sig i utsatthet, marginalisering och utanförskap på många olika sätt. Förutom missbruk och psykisk ohälsa kan de sakna pengar och ett fungerande skydds nät av familj eller stabila vänner. De flesta lever i ensamhet och även om hemlöshet inte är så vanligt i Umeå så kan deras boendesituation vara instabil och många gånger torftig. Många lever dessutom i skuld och skam för den livssituation de befinner sig i. Den bild av den uppsökande verksamheten som ges av intervjuade inom målgruppen är klart positiv.

Utifrån intervjuerna med tidigare och nuvarande sköterska och samarbetspartners framträder en tydlig bild där behovet av hälso- och sjukvård för de personer som sköterskan kommer i kontakt med kan vara av olika karaktär. Det kan beröra allt ifrån oro om sin egen och andras hälsa till bedömningar rörande allvarliga infektioner och sjukdomar till behov av tvångsvård. Självinsikten om hälsoproblemen saknas ofta och hindren för att själva beställa tid och ta sig till hälsocentralen för bedömning och kanske vidare vård kan vara stora. Att vidare ta hand om sig och sköta medicinering och såromläggningar fungerar för det mesta dåligt. I intervjuerna med personerna framkommer exempel på att bemötandet från övrig vårdpersonal ibland kan upplevas både kränkande och ha inslag av stigmatisering. Att fokuset på missbruket beskrivs som ett hinder som inte bara leder till att vården dömer på förhand och ställer fel diagnoser utan också får målgruppen att känna sig illa behandlad.

Med den uppsökande hälso- och sjukvården uppskattar personerna närheten och tillgängligheten till vården och tryggheten att det finns en sjukvårdskunnig person som har direkt tillgång till regionens sjukvårdssystem och som kan hjälpa att föra ens talan. Personerna beskriver vidare ett stort förtroende för sköterskans professionella engagemang.

## Pågående samsjuklighetsutredning

I juni 2020 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppdrag att utreda förutsättningarna för att personer med samsjuklighet ska erbjudas en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg samt att de ska få tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.<sup>40</sup> Utredningen ska lämna sitt betänkande den 30 november 2021.

I Samsjuklighetsutredningens<sup>41</sup> direktiv (Dir. 2020:68) "Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd"<sup>42</sup> definieras samsjuklighet enligt följande:

*"Ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika eller andra substanser avses inom sjukvården med olika termer och definitioner huvudsakligen kopplade till de diagnosystem<sup>43</sup> som används. Inom socialtjänsten görs inga diagnostiska överväganden. I socialtjänstlagen används benämningarna missbruk och missbrukare men en definition av dessa saknas. Med psykiatrisk diagnos<sup>44</sup> avses exempelvis psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, förstämningssyndrom, personlighetsstörningar och personlighetssyndrom samt psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, exempelvis alkohol, opioder och cannabis. Med närliggande tillstånd avses sådana tillstånd som innebär allvarlig psykisk ohälsa men som inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med de internationella sjukdomsklassifikationssystemen."*

Begreppet samsjuklighet i utredningen inkluderar således inte samsjuklighet med somatiska sjukdomstillstånd, vilket annars kan förekomma.

I Samsjuklighetsutredningen beskrivs personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd som en särskilt utsatt grupp. De visar på tydliga samband mellan svårare missbruk och psykisk sjukdom i kombination med social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning. Samsjukligheten, främst missbruket, har även samhälleliga konsekvenser i form av bland annat våld, brottslighet och sjukskrivningar. Kvinnor och äldre personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa är i en särskilt utsatt position bland annat när det gäller våld och andra övergrepp.<sup>45</sup> Behovet av förebyggande insatser är därför stort.

Med ovanstående definition uppfyller näst intill samtliga som berörs av den uppsökande verksamheten i Umeå kriteriet på samsjuklighet, förutom den grupp pensionärer som lever i ekonomisk utsatthet och är besökare vid Umeå Stadsmission och Bakfickan och som också vid behov har kontakt med sköterskan. Många i målgruppen har dessutom varit föremål för vård enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och i direktiven för utredningen pekar man på att 5 av 10 inom LVM vården även har allvarliga problem med sin fysiska hälsa.

40. Dir. 2020:68 Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

41. Samsjuklighets utredningen (S 2020:08) Kommittéberättelse, Status: pågående Redovisas 30 november 2021

42. Dir. 2020:68 Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

43. I Sverige används ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) inom hälso- och sjukvården och DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) inom forskning och psykiatri

44. Psykiatrisk diagnos avses de diagnoser som i ICD-10 och DSM-5 klassificeras som psykiatriska diagnoser

45. Dir. 2020:68 Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

## Utvecklingsmöjligheter

Under utvärderingens gång har enbart positiva omdömen getts av det uppsökande arbete som bedrivs i Umeå city. Detta både från de personer som får ta del av sköterskans insatser och från olika samverkanspartners. Målgruppen utgörs som tidigare nämnts främst av äldre män med beroende och psykiatrisk ohälsa. I miljön finns också ett antal kvinnor som i ännu högre utsträckning befinner sig i utsatthet, marginalisering och utanförskap. Sköterskans uppsökande hälso- och sjukvård vid Umeå stadsmissions öppett hus verksamhet och IOGT/NTO:s caféverksamhet Bakfickan har vidgat målgruppen bland annat till de som tidigare haft en beroendesjukdom men tillfrisknat samt en ekonomiskt utsatt grupp av pensionärer som också söker vård hos sköterskan.

### Behov av verksamheten

Alla tillfrågade anser att det finns ett klart behov av verksamheten. Det är en marginaliserad grupp som lever i ett utanförskap som utgör målgrupp och många av dem har stora behov av hälso- och sjukvård men det finns flera hinder för att de själva ska söka vård. Det handlar till exempel om nedprioritering av egna hälsan, svårigheter att förstå remissförfarande och tekniska hjälpmedel, ekonomiska problem, orkeslöshet, skamkänslor och rädsla att bli missförstådda. I intervjuerna med personerna framkommer exempel på att bemötandet från vårdpersonal ibland kan vara både kränkande och ha inslag av stigmatisering. Vårdpersonalens fokus på missbruket beskrivs som ett hinder som inte bara leder till att personerna blir på förhand dömda och får fel diagnoser utan också får dem att känna sig illa behandlade.

Med den uppsökande verksamheten i Umeå city uppskattar personerna i målgruppen närheten och tillgängligheten till vården. Det är en trygghet att det finns en sjukvårdskompetent person att tillgå, som har tillgång till regionens sjukvårdssystem och som kan hjälpa att föra ens talan när det gäller den egna hälsan. Personerna beskriver vidare ett stort förtroende för sköterskans personliga och professionella engagemang.

Den statliga Samsjuklighetsutredningen understryker att den absolut viktigaste stödjande faktorn för personer med samsjuklighet är medarbetare inom vården med starkt engagemang och uppriktig vilja att möta personerna på ett sätt som tar hänsyn till deras person, behov och resurser. Många har berättat för de statliga utredarna om erfarenheter av hur personal i vård och omsorg gått utanför sitt uppdrag för att kunna hjälpa den enskilde och hur detta fått betydelse under lång tid och ibland till och med varit livräddande för dem. Som avgörande faktor för enskilda att få råd och stöd i kontakten med myndigheter beskrivs också de idéburna organisationerna och civilsamhället i den statliga utredningen.

Omfattningen av tid, bemanning och uppdragets utformning styr också målgrupp, behov och insatser. Skulle den uppsökande verksamheten utvecklas i någon av dessa delar skulle det kunna ha stor betydelse både för målgrupp och typ av insatser. Redan idag efterfrågar både Umeå stadsmission och socialsekreterare vid IFO:s vuxenhet, lättillgänglig hälso- och sjukvård för våldsutsatta kvinnor och isolerade personer med samsjuklighet. I Umeå finns också hos andra idéburna organisationer även EU-migranter<sup>46</sup> som kan ha behov av hälso- och sjukvård. En mer aktiv involvering och koppling till kommunens stödfunktioner skulle här kunna utgöra en möjlighet.

### Kommunens ansvar och möjligheter

Utredningen En hållbar socialtjänst, som ligger till grund för en ny socialtjänstlag,<sup>47</sup> betonar att socialtjänsten ska vara jämlik och främja ett långsiktigt strukturellt förebyggande arbete för att minska behovet av individuella insatser. Det förebyggande perspektivet ska genomsyra hela socialtjänstens verksamhet som också föreslås bli mera lättillgänglig för medborgarna. Exempelvis föreslår utredarna att socialtjänsten i större utsträckning ska arbeta uppsökande och även kunna hjälpa människor utan föregående behovsprövning i syfte att skapa förutsättningar för ett långsiktigt förebyggande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå.

46. Alla personer som vistas inom ett landsting ska erbjudas omedelbar vård av berört landsting om personen behöver det. Personer som är försäkrade enligt reglerna i förordningen (EG-förordning 883/2004) ska kunna intyga sin rätt till vård i Sverige genom att visa upp europeiska sjukförsäkringskortet, eller ett provisoriskt intyg om att man innehar kortet eller annat intyg som styrker rätten till vård i Sverige

47. SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag

Sett både till personcentrerad- och jämlik vård samt SKR:s vidgade begrepp på närhet inom vården uppfyller den uppsökande verksamheten i Umeå kriterierna både på bemötande, närhet och samordning för att förebyggande och rehabiliterande insatser för personer med tungt missbruk och samsjuklighet. Intervjuer med samarbetspartners ger också en bild av många utvecklingsmöjligheter genom samordning och samverkan. För att mera fokusera på klienternas hälsofrågor efterfrågar Beroenderesursteamet, Dubbelldiagnosteamet och socialsekreterarna inom vuxenheten en mera strukturerad samverkan med den uppsökande verksamheten. Först handlar det om regelbundna informationsträffar i syfte att medvetengöra medarbetare om vikten av att generellt lyfta in frågor om klienternas hälsa i det dagliga arbetet. I andra hand praktiskt samarbete med enskilda individers hälso-frågor exempelvis att distriktsköterskan kan finnas med som resurs i individuella planer eller när SIP används.

Även om samordnad individuell plan (SIP) är tänkt att fungera som ett stöd för personer med samsjuklighet som har behov av stöd från flera aktörer, så visar utredningen God och nära vård<sup>48</sup> att den enskildes ställning i arbetet med individuella planer behöver stärkas. Personer beskriver att de känner sig ensamma som patient i mötet med ett stort antal myndighetsföreträdare och att möjligheten att sätta upp egna mål är begränsade. Enligt Patientlagen<sup>49</sup> ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Utredningen God och nära vård konstaterar att få patienter har fått en sådan kontakt och därför ska möjligheten i primärvården förtydligas och den fasta vårdkontakten stärkas och ansvara för den individuella planen SIP.<sup>50</sup>

Kommunerna är viktiga aktörer i utvecklingen av god och nära vård. Inom ramen för sitt arbete med god och nära vård använder SKR begreppet samskapande för att beskriva en utveckling där medborgare, professionella och andra intressenter tillsammans söker lösningar på utmaningar i verksamheten. Styrning med hjälp av samskapande behöver prövas mera inom området beroende och psykisk ohälsa menar utredarna.<sup>51</sup> Traditionellt har regionernas styrning av hälso- och sjukvården har i alltför hög grad präglats byråkratisk top-down perspektiv och som alternativ till det lyfter Samsjuklighetsutredningen fram styrformer som innehåller mer av lärande och innovation, och där professionellas och patienters drivkrafter ges större utrymme.<sup>52</sup>

För att skapa god kvalitet i den vård och omsorg som ges behövs arbetet kontinuerligt följas upp. Både utredningarna om God och nära vård och Framtidens socialtjänst efterlyser förbättrade möjligheter för uppföljning av verksamheter. Även Samsjuklighetsutredningen har fått uppdraget att utreda vidare hur uppföljningen inom området för personer med tungt beroende och samsjuklighet kan förbättras och utvecklas.<sup>53</sup>

## Verksamhetens organisering, finansiering, ledning och styrning

För att säkerställa kvalitén på den hälso- och sjukvård som ges av sköterskan kan det finnas anledning att tjänsten behålls kopplad till primärvården med tillgång till journalsystem, uppdaterade medicinska kunskaper och enklare kontaktvägar till såväl primär-, specialistsjukvården och folktandvården.

Organisatorisk tillhörighet, långsiktig finansiering, ledning och styrning är alla viktiga områden som bör ses över i samarbete med berörda aktörer, samt att utarbeta ett tydligt syfte för verksamheten tillsammans med uppföljningsbara mål. Den samverkan och samarbete som finns i dagsläget med kommunens beroenderesursteam, dubbelldiagnosteam och socialsekreterare inom IFO ses som positiv och det finns stora möjligheter att utveckla och strukturera detta ytterligare. För både kort- och långsiktigt uppmärksamma folkhälsan, arbeta förebyggande och få mera rehabiliterande arbete för människor i Umeå som lever i utsatthet, marginalisering och utanförskap skulle också kommunen överväga att arbeta socialt uppsökande med målgruppen.<sup>54</sup> Det skulle förutom att stärka det arbete som redan görs på individnivå också kunna ge kunskap om olika gruppers behov och kunskaper som skulle kunna ligga till grund för beslut på en samhällsövergripande nivå för målgruppen.

Genom att knyta samman olika verksamheter på ett strukturerat sätt, och utöka det uppsökande arbetet, skulle också den sårbara arbetsmiljön för sköterskan i form av ensamarbete kunna åtgärdas.

48. S 2017:01 Samordnad utveckling för god och nära vård

49. 6 kap 2 § Patientlagen

50. S2017:08 Styrning för en mer jämlik vård. Kommittéberättelse

51. Direktiv 2020:68 Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

52. Arnell, A. (2020) Vården är värd en bättre styrning

53. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016). Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2

54. SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag

De idéburna verksamheterna har också ett stort engagemang och även här finns möjligheter strukturera samverkan ytterligare. Ett förslag för att skapa förutsättningar för verksamheten att ge god och nära vård för målgruppen är att öppna en centralt belägen patientmottagning. Där skulle sköterskan kunna ta emot patienter för provtagningar, behandlingar, samtal och dokumentation. Umeå stadsmission som idéburen organisation är intresserade av att vidga samarbetet för att få till en sådan mottagning i deras lokaler igen, dessutom är de öppna för dialog om ytterligare samarbeten.<sup>55</sup>

Sammanfattningsvis har Umeå kommun, och säkert många andra kommuner med likartade utmaningar, många möjligheter att skapa strukturer för att uppmärksamma och tillgodose alla människors rätt till jämlik vård, hälsa och omsorg.

55. Exempelvis genom Idéburet offentligt partnerskap (IOP)

<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/statsstod/riktade-vagledning/hur-kan-kommuner-finansiera-eller-anskaffa-skyddat-boende/ideburet-offentligt-partnerskap-iop/>



