

Åtgärds paket mot hemlöshet

Hemlöshetspolitiken har huvudsakligen satsat på åtgärder för att underlätta för personer som lever i hemlöshet. För att människor inte ska hamna i hemlöshet och för att redan hemlösa ska komma ur situationen krävs mer övergripande åtgärder inom främst bostads-, socialtjänst- och sjukvårdspolitikens områden.

I början av år 2000 skrev jag i Läkartidningen en artikel om hemlösheten ur ett Stockholmsperspektiv [1]. Jag pekade bland annat på behovet av en speciell öppenvårdsmottagning eller vårdcentral för hemlösa. En sådan öppnades på Söder i Stockholm år 2001 och fick namnet Hållpunkt.

År 2005 startade Erstabacken – ett medicinskt stöd-boende för hemlösa med i dag nio vårdplatser. Dessa två sjukvårdsresurser har tillkommit för att öka hemlösas möjligheter till vård och behandling – resurser som de hemlösa själva är positiva till.

Numera finns också Pelarbacken – ett projekt som enheten för hemlösa inom socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad driver. Projektet syftar till en samlokaliserad och integrerad vård tillsammans med enheten för hemlösa. Två läkare med dubbla kompetenser (psykiatri och beroendevård) och en sjuksköterska ingår i projektet, och man arbetar med utredning och behandling [2].

Det finns planer på att till hösten 2010 samordna alla öppenvårdsinsatser för hemlösa inklusive sjukvårdsinsatserna vid Hållpunkt och Pe-

larbacken till ett speciellt hemlöshetscentrum på enheten för hemlösa.

Dessa insatser är viktiga för personer som redan har hamnat i hemlöshet. För att komma tillrätta med hemlösheten ur ett större samhällsperspektiv, det vill säga förhindra att fler personer blir hemlösa och se till att dagens hemlösa kommer ut ur sin situation, krävs helt andra, mer övergripande åtgärder.

Jag har i en artikel i Läkartidningen 10/2009 (sidorna 657-8) pekat på dagens otillräckliga slutenvårdsresurser inom allmänpsykiatri och beroendevård inom Stockholms läns landsting.

Jag anser att man i Stockholms län till att börja med bör inrätta ett par dygnnetrunt-öppna psykiatriska akutmottagningar som bör vara gemensamma för psykiskt sjuka och missbrukare. Till varje sådan akutmottagning bör kopplas en akutavdelning med platser för akut psykiskt sjuka och för missbrukare i behov av inläggande avgiftning.

Efter avgiftning behöver den hemlöse missbrukaren ofta komma till ett behandlingshem eller boende där han/hon kan få rehabilitering och stöd/omvårdnad för att därefter få möjlighet att komma till en tränings- eller försökslägenhet. Hemlösa missbrukare som inte accepterar drogfria alternativ bör erbu-



Foto: Göran Olofsson/Göteborgs universitet

»Om Sverige ska kunna kallas ett välfärdsland måste alla medborgare ha tillgång till en bostad. Därför är det nödvändigt att det finns tillräckligt med hyreslägenheter.«

das lågtröskelboenden utan krav på absolut drogfrihet.

Om vi fortfarande ska kunna kalla Sverige för ett välfärdsland är det nödvändigt att alla medborgare får tillgång till en bostad. Därför måste det finnas tillräckligt med hyreslägenheter så att bland annat hemlösa som inte har allvarliga missbruks- och/eller psykiska problem, som kräver speciella insatser enligt ovan, har en möjlighet att komma in på bostadsmarknaden och få tillgång till en egen lägenhet.

Samverkan måste också ske i praktiken mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer, men också mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, bostadsförmedling samt frivilligorganisationer.

Vården måste styras så att kortsiktiga ekonomiska vinstintressen inte hela tiden tillåts leda till att konkurrens- och revirtänkande får dominera. Hur detta i praktiken ska gå till i dagens politiska styrning har jag svårt att svara på.

En grundförutsättning är sannolikt att breda överenskom-

melser görs mellan samtliga politiska partier och mellan kommuner och landsting. Detta för att vi ska kunna uppfylla hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor för hela befolkningen och att de med störst vårdbehov ska ha företräde.

Dessutom måste vi få tillbaka en helhetssyn på hemlösa, missbrukare och andra utsatta grupper så att människovärdet i vården bevaras.

Det finns skäl att i dag, i vissa utsatta områden, exempelvis i vissa stadsdelar och förortskommuner till Stockholm, inrätta speciella socialläkarter team för att bevaka de mest utsatta gruppernas situation – vilket jag föreslagit i en artikel i Läkartidningen [3].

Sammanfattningsvis: Att vi hittills i vårt land inte förmått komma tillrätta med hemlöshetsproblematiken beror på att vi huvudsakligen koncentrerat oss på, i och för sig nödvändiga, insatser för att förbättra situationen för de som redan lever i hemlöshet.

För att minska och på sikt se till att inga av våra medmänniskor hamnar i och tvingas leva i hemlöshet, och för att dem som nu lever i hemlöshet ska komma ur sin situation, krävs dock andra mer övergripande åtgärder inom främst bostads-, socialtjänst- och sjukvårdspolitikens områden. Dessutom bör vi föra en politik som gör att samverkan och inte konkurrens främjas bland hemlöshetsområdets olika aktörer inom landsting, kommuner och frivilligorganisationer.

Jag vill avsluta med en dikt av poeten och uteliggaren Tobias Lindkvist, som avled år 2006. Dikten heter »Besök på Maria«, är skriven 2002 och ingår i diktsamlingen »Tankar och betraktelser från gatan« [4]. Dikten illustrerar på ett finstämt och precis



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr,
Danderyd
jan.halldin
@gmail.com

sätt hur mötet mellan vården och den hemlöse missbrukaren kan se ut i dag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Besök på Maria

Av Tobias Lindkvist

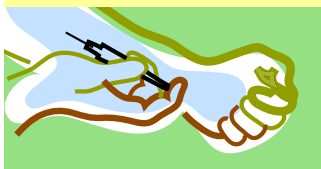


Illustration: Airi Illiste

Jag är i sådant skick att jag är en fara för mig själv. Sitter apatisk i ett rum tre herrar doktorer, ganska nya går sin rond.

– Vad heter du då?
– Tobias Lindkvist.
– Jag heter Dr Blomqvist, säger den första. Hur mår du? fortsätter han.

– Dåligt, svarar jag.
– Varför då då?
– Tabletter, droger, sprit och så metadon i sju månader som nu tagits ifrån mig.

De tittar uppifrån och ner på mig och den ena säger – Min bedömning är att du inte lider av abstinens.

Jag får gå min väg, lånar några kronor av ett par lodisar i väntrummet.

Vandrar ut, utan bostad, utan telekort, utan T-banekort, hungrig och trött.

Kommer ingen vart, vankräkten och rådslan kryper fram.

REFERENSER

1. Halldin J. De hemlösa har rätt till vård och omsorg. Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar. Läkartidningen. 2000;97:932-5.
2. Vården för hemlösa – multisyjuka utan adress. Rapport 10/2 2008. Stockholm: Landstingsrevisorerna; 2008. <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=47139>
3. Halldin J. Inrätta socialläkareteam i utsatta områden. Läkartidningen. 2008;105:2032-3.
4. Lindkvist T. Tankar och betraktelser från gatan. Stockholm: Debuntantförlaget; 2002.

LÄKARUTBILDNINGEN:

Förståelse byggs från grunden

■ Efter läkarutbildningen väntar allmäntjänstgöring eller underläkarvikariat. Så länge det svenska systemet inte radikalt förändras bör inriktningen därmed vara att förbereda studenterna väl inför de uppgifter som väntar närmast. Detta innebär rimligtvis en bred bas med fokus på status och anamnestagande för diagnostik och handläggning av vanliga samt farliga men ovanliga tillstånd inom åtskilliga specialiteter.

»Curriculum overload« på grund av ökad kunskapsmassa är en farhåga som MSFs ordförande Yosef Tyson och och Gunnar Nilsson, programdirektor vid Karolinska institutet, delar (LT 8/2009, sidan 526, respektive 4/2009, sidan 225), och, underligt nog, önskar bemöta genom att ersätta grundkursen med specialistutbildning redan på läkarlinjen. Men just eftersom kunskapsmassan ständigt växer ökar behovet av att prioritera och välja bort. Då ställs baskunskaper mot specialistkunskaper, och det torde vara uppenbart vilket av alternativen som passar det svenska systemet bäst.

Tyson hävdar vidare att ledarskapsutbildning förekommer under termin nio som ett eftersträvsbart moment. Välriktad ledarskapsutbildning skulle förvisso kunna vara värdefull, men förekommer inte i någon form under termin 9. Undervisningen inom professionell utveckling handlar inte om ämnen som organisationsteori, grupp psykologi och ledarskap utan om patient-läkarsamtalet, etiska dilemman inom vården och sociala aspekter av sjukdom. Denna bedrivs dock ofta i föreläsningsform och utan tydlig klinisk koppling.

Slutligen: att ställa detaljläring mot övergripande förståelse är en falsk dikotomi. Det är just genom så kallade

detalj-kunskaper som läkarstudenter utvecklar en fördjupad förståelse av olika sjukdomstillstånd.

Frånvaron av noggranna grundkunskaper ger således inte bättre förståelse, varken i dag eller på sikt. Förutvarande termin 9 med baskurser om totalt 14 dagar neurologi, 8 dagar ÖNH och 7 dagar oftalmologi är rimligen inte ett sätt att »fokusera på förståelse och på att studenterna

ska få verktygen för att tillförsäkra sig kunskap«. Det är snarare ett sätt att frånta studenterna möjligheten till djuplodande kunskaper och övergripande förståelse.

Mia Johansson
Elin Nissilä Källström

Martin Rutegård

martin.rutegard.860@student.ki.se

@student.ki.se

samtliga är läkarstudenter, termin 10, KI, Stockholm

REPLIK:

Morgondagens sjukvård ställer andra krav på läkaren än dagens

■ Sveriges läkarutbildning med tidig klinisk kontakt är unik och något vi bör värna om. Dock finns rum för förbättring. Morgondagens läkare kommer att stå under andra krav än dagens, och utbildningen måste rimligen leva upp till detta. De förändringar som görs måste utvärderas så att man kan rätta till där de inte har fungerat.

Steget efter utbildningen är AT, vilket grundutbildningen ska förbereda studenterna för. I dag finns ingen gemensam målbeskrivning för vad detta innebär. Därför arbetar MSF tillsammans med Läkarförbundet för ett framtagande av ett nationellt »core curriculum«, en nationell kunskapsbas för läkarutbildningarna i Sverige. Självklart med morgondagens läkare som utgångspunkt.

Rutegård m fl hävdar att MSF förespråkar mer specialistkunskap på bekostnad av baskunskap. De har då missförstått vad jag skrev. Vid »curriculum overload« måste man sälla vad som är baskunskap; det finns inte möjlighet att rymma in allt som fanns tidigare, det är det som är själva poängen med revideringen. Då det i dag inte finns möjlighet

att fördjupa sig inom alla områden lämnar man till studenterna att själva välja vilka områden som de vill fördjupa sig i.

Ett reviderat curriculum och minskad tid för baskurserna gör att detaljläring varken är möjligt eller eftersträvsvärt. Lyckas inte studenterna att med moderna pedagogiska metoder tillförsäkra sig den baskunskap och förståelse som krävs ser vi det som ett misslyckande från kursledningen. Den bör då se över sättet som kunskapen förmedlas på.

Ledarskap innebär många aspekter, även patient-läkarrelationen. Som läkare är det ditt ansvar att leda patienten igenom allt vad sjukdom, etik etc innebär. Har man inte fått en klinisk koppling bör utbildningsmomentet ses över.

MSF står fast vid att det inte alltid är utformningen av utbildningen som blir fel utan ibland utförandet och kursledningarnas ovilja till förnyelse. MSF står för en dynamisk utbildning, under ständigt utveckling till det bättre.

Yosef Tyson

ordförande,

Medicine studerandes förbund
yosef.tyson.339@student.ki.se