

Utveckling av Centrum för hemlösa

Slutrapport augusti 2009

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Uppdrag och genomförande	4
2.1	Bakgrund och uppdrag	4
2.2	Arbetsätt och metod	4
3	Vård och stöd till hemlösa - nuläget	5
3.1	Omfattning av målgruppen	5
3.2	Aktörer – socialtjänsten	5
3.3	Aktörer – hälso- och sjukvården	6
3.4	Frivilliga organisationer	6
3.5	Styrande dokument	7
3.6	Landstingsrevisionens granskning av verksamheten	7
4	Problem och utvecklingsbehov	8
4.1	Oklar ansvarsfördelning	8
4.2	En målgrupp med komplexa behov	8
4.3	Bristande samordning – socialtjänsten	9
4.4	Bristande samordning – hälso- och sjukvården	9
4.5	Bristande ledning och styrning	10
4.6	Insatser som efterlyses	10
4.7	Metoder	10
5	Rekommendationer	12
5.1	Avgränsning av målgruppen	12
5.2	Gemensamt mål och uppdrag	13
5.3	Verksamhet och kompetenser – hälso- och sjukvård	14
5.4	Verksamhet och kompetenser – socialtjänsten	14
5.5	Vårdkedjor – processer - samverkan	14
5.6	Utvecklingsfrågor	15
5.7	Ledning, styrning och organisation	16
6	Genomförande	17

Bilaga: Sammanfattning av intervjuer

1 Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att analysera *dagens situation* när det gäller verksamheten för hemlösa i Stockholms län, och att komma med *förslag* till hur ett samordnat centrum för hemlösa kan byggas upp. Förslagen omfattar målgrupp för verksamheten, mål och uppdrag, vårdkedjor-processer, verksamhetsinnehåll, kompetenser, utvecklingsfrågor samt ledning, styrning och organisation.

Nuläge

Vid Stockholms stads senaste inventering 2008 var antalet hemlösa ca 3000. Av dessa tillhörde 400-500 den mest utsatta gruppen.

Socialtjänstens insatser för hemlösa i Stockholms stad bedrivs både vid stadsdelsförvaltningarna och på Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltningen, företrädesvis vid Enheten för hemlösa. På *Hållpunkt* bedrivs vård för hemlösa i Stockholms län enligt ett vårdavtal med *Beroendecentrum Stockholm* och ett vårdavtal med *Norra Stockholms Psykiatri*. Avtal finns Ersta om nio vård- och boendeplatser för hemlösa, *Erstabacken*. *Pelarbacken* är ett projekt som Enheten för hemlösa i Stockholms stad bedriver och som syftar till en samlokaliserad och integrerad utredning, vård och behandling.

I utredningsarbetet har ett antal problem och utvecklingsbehov identifierats som i hög grad rör samordning mellan berörda aktörer men också ledning och styrning av befintlig verksamhet.

Förslag

Utredningen föreslår att:

- Målgruppen för Centrum för hemlösa ska vara akut hemlösa 20 år och äldre.
- Centrum för hemlösa får ett förstahandsansvar för den mest utsatta gruppen, innefattande uppsökande och mobil verksamhet, mottagning, utredning och bedömning, boende, sociala insatser och försörjningsstöd samt akut och planerad hälso- och sjukvård.
- Ett strategiskt mål är att antalet hemlösa i den mest utsatta gruppen ska minska med 50 % senast 2015.
- Centrum för hemlösa ska bli det ledande kunskapsnavet i Sverige för arbetet med hemlösa. Ett antal strategiska utvecklingsfrågor föreslås i rapporten.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds vid Centrum ska vara somatisk vård, psykiatri, beroendevård och tandvård.
- Kommunala verksamheter som i första hand omfattas ska vara Enheten för hemlösa samt Uppsökarenheten.
- Systematisk samverkan ska bedrivas i ett nätverk med andra aktörer inom hälso- och sjukvården, kommunal verksamhet samt frivillig- och brukarorganisationer.
- Centrum bygger på en sammanhållen verksamhet för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. I en gemensam styrgrupp finns stadens och landstingets uppdrags/-beställarfunktioner samt verksamhetschefer för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- Alternativa driftformer kan eventuellt vara aktuella för hälso- och sjukvårdsdelen av verksamheten.

2 Uppdrag och genomförande

2.1 Bakgrund och uppdrag

Stockholms stad har tagit initiativ till att *samordna resurserna för hemlösa* vid ett Centrum för Hemlösa i kvarteret Pelarbacken där idag Stockholms stads *enhet för hemlösa* finns. Syftet med att samlokalisera resurser är att förbättra vård och stöd genom bättre samarbete och samordning.

Det finns idag en särskild vårdstruktur för hemlösa vid *mottagningen Hållpunkt*. Hållpunkt består av ett psykiatriskt team (St Göranssteamet), en beroendemottagning och en vårdcentral där det förutom allmänläkare och distriktssköterska även finns fotsjukvård och tandvård. Det finns dessutom en kvinnomottagning som omstruktureras. Verksamheten vid Hållpunkt är idag samlokaliserad med Stockholms stads uppsökarteam och St Göranssteamet arbetar i nära samverkan med dem. Det finns dessutom en läkarmottagning vid Enheten för Hemlösa – *Pelarbackens läkarmottagning*.

Uppdraget är att ta fram en rapport som dels beskriver och analyserar *dagens situation* och problematik, dels innehåller *förslag* till hur ett samordnat centrum för hemlösa kan byggas upp. Förslagen ska omfatta målgrupp för verksamheten, mål och uppdrag, vårdkedjor-processer, verksamhetsinnehåll, kompetenser, utvecklingsfrågor samt ledning, styrning och organisation.

2.2 Arbetssätt och metod

I arbetet med uppdraget har fakta och underlag insamlats genom analys av relevant *dokumentation*, dels med *djupintervjuer* med ca 30 sakkunniga personer som representerar berörda verksamheter inom Stockholms stad och landstinget samt frivilligorganisationer. I bilaga 1 redovisas en sammanfattning av intervjuresultaten.

Två *seminarier* har genomförts för att kvalificera innehållet i rapporten, den 11 augusti med kommun- och landstingsrepresentanter och den 13 augusti med frivillig- och brukarorganisationer.

Arbetet med utredningen har letts och samordnats av en *styrgrupp* bestående av Conny Gabrielsson, SLL och Rita Kahn, Stockholms stad. Maria Andersson, SLL och Claudette Skilving, Stockholms stad har varit adjungerade till styrgruppen. *Utredningsgruppen* har bestått av Stefan Rudholm från Procyon samt Michael Arthursson och Carin Magnusson från Capire.

Det är utredarna som ansvarar för de förslag och värderingar som görs i rapporten. Arbetet har pågått från april till augusti 2009.

3 Vård och stöd till hemlösa - nuläget

3.1 Omfattning av målgruppen

Socialstyrelsen definierar personer som är att betrakta som hemlösa i fyra olika situationer:

- **Situation 1** är den mest akuta situationen – personer som är uteliggare eller hänvisade till akutboende och härbärge
- **Situation 2** beskriver personer som saknar bostad och som inom kort (tre månader) kommer att skrivas ut från någon form av institution eller stödboende.
- **Situation 3** omfattar motsvarande grupp men utan någon planerad utskrivning
- **Situation 4** beskriver personer som ofrivilligt bor hos familj eller vänner

Socialstyrelsens kartläggning redovisade 2005 totalt ca 5 500 hemlösa i Stockholms län, varav ca 70 % i Stockholms stad. Av dem tillhörde ca 1 100 de mest utsatta, varav ca 70 % i Stockholms stad, d.v.s. **situation 1** enligt Socialstyrelsens definition.

Stockholms stad genomför vartannat år en kartläggning av antalet hemlösa i staden. Det bör noteras att stadens definition av hemlöshet avviker något från Socialstyrelsens. Socialstyrelsens kartläggning omfattar även barn och ungdomar, hemlösa från andra kommuner samt personer som bor i försökslägenhet. I Stockholms stads definition räknas man som hemlös från 20 år om man saknar egen eller förhyrd bostad, inte har ett stadigvarande inneboendeförhållande samt är hänvisade till tillfälliga boendevalternativ eller är uteliggare.

Vid Stockholms stads senaste inventering den 15 april 2008 var antalet hemlösa **3 081**, vilket motsvarade en minskning med 150 personer jämfört med 2006. Antalet unga vuxna hemlösa (20-25 år) hade däremot ökat. Av de drygt 3 000 hemlösa tillhörde **400-500 den mest utsatta gruppen**. Detta är den grupp som utredningen föreslår ska vara målgruppen för Centrum för hemlösa.

3.2 Aktörer – socialtjänsten

Socialtjänstens insatser för hemlösa i Stockholms stad bedrivs både vid stadsdelsförvaltningarna och Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltningen, företrädesvis vid Enheten för hemlösa.

Tak-över-huvudet-garantin som infördes 1999 innebär att hemlösa som inte själva ordnat nattlogi och som kontaktar socialtjänsten före kl 24.00 ska kunna erhålla nattlogi. Beslut om nattlogi fattas sedan november 2008 på Hemlöshetsjouren och i vissa fall även på Socialjouren.

Om man de senaste två åren varit aktuell vid en stadsdelsförvaltning ska kontakten fortsätta där. Övriga hänvisas till Enheten för hemlösa. Exempel på stödinsatser är hjälp med boende, arbete/sysselsättning/försörjning, länkning till behandling för beroende, psykiatrisk problematik och/eller somatiska sjukdomar, vård på behandlingshem, tvångsvård med stöd av LVM. **Härbärgesteamet** arbetar tillsammans med psykiatriteamet vid Hållpunkt med personer som är långliggare på härbärgen och har mycket svår problematik.

Uppsökande arbete bedrivs vid Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltningen av *Uppsökarenheten för vuxna* i nära samarbete med psykiatriteamet vid Hållpunkt. *Stadsdelsförvaltningarna* ansvarar för uppsökande arbete inom sitt stadsdelsområde.

Det fanns 2008 totalt 2200 boendeplatser av olika slag för hemlösa i Stockholm; akutboenden (härbärgen), korttidsboenden, stödboenden, omvårdnadsboenden och genomgångslägenheter. Stockholms stad var huvudman för ca 40 % av dessa boendeplatser, Stiftelsen Hotellhem för 50% och övriga aktörer för 10 %.

Av de personer som kontaktade mottagningen i Stockholms stad år 2008 gjordes en tillhörighetsutredning för drygt 1.000 personer. Av dessa personer hörde 30 % till Enheten för hemlösa i Stockholms stad. 25 % tillhörde någon av stadsdelarna i Stockholms stad, 14 % annan kommun i Stockholms län och 8 % annan kommun i övriga landet.

3.3 Aktörer – hälso- och sjukvården

Hemlösa är liksom andra personer beroende av och har rätt till det ordinarie sjukvårdssystemets insatser och resurser, t ex i form av primärvård, akutsjukvård, beroendevård och psykiatri. I detta avsnitt beskrivs den vård som är en särskild lösning för de mest utsatta hemlösa.

Vid *Hållpunkt* på Södermalm bedrivs vård för hemlösa i Stockholms län oavsett folkbokföringsort. Vårdavtal/samverkansöverenskommelser finns genom två vårdavtal med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO);

- Ett avtal med *Beroendecentrum Stockholm* avseende specialiserad beroendevård i öppenvård, mobilt team, somatisk mottagning, tandvård, fotvård samt gynekologisk vård.
- Ett vårdavtal med *Norra Stockholms Psykiatri* avseende specialiserad psykiatri i öppenvård i form av en psykiatrisk mottagning samt ett mobilt team.

De *lokala integrerade mottagningarna* inom hälso- och sjukvården har ansvar för insatser för hemlösa som tillhör deras geografiska område.

SLL har ett vårdavtal med Ersta Diakonisällskap om tillgång till nio vård- och boendeplatser för hemlösa, *Erstabacken*. Erstabacken är ett lågtröskelboende, vilket innebär att man kan få komma in även om man är drogpåverkad. Finansieringen är delad mellan Stockholms läns landsting (SLL) och Stockholms stad.

Pelarbacken är ett projekt som Enheten för hemlösa i Stockholms stad bedriver och som syftar till en samlokaliserad och integrerad vård. Två läkare med dubbla kompetenser i psykiatri och beroendevård ingår i projektet

3.4 Frivilliga organisationer

Det finns flera frivilliga organisationer, såsom Stadsmissionen, Convictus, Frälsningsarmen och Ny Gemenskap, som bedriver ett omfattande arbete med målgruppen. De erbjuder företrädesvis boende i form av härbärgen och dagliga verksamheter, men har även andra insatser, såsom länkning, att visa på behoven och att påbörja motivationsarbete. På Stadsmissionen pågår även utveckling av verksamhet med personliga vägledare.

3.5 Styrande dokument

Det finns ett antal beslut och dokument på nationell, regional och kommunal nivå för vård och stöd till hemlösa.

Regeringen har fattat beslut om en *nationell strategi* mot hemlöshet 2007-2009. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att i samråd med andra myndigheter leda och samordna ett fortsatt arbete mot hemlöshet.

Inom ramen för regeringens hemlöshetsstrategi har Socialstyrelsen tagit fram en *kunskapsöversikt* om olika boendelösningar för att lösa hemlöshet. Två huvudtyper av boendeprogram har kunnat urskiljas "Bostad först" (parallellt boende) och vårdkedjemodellen (integrerat boende). En slutsats från kunskapsöversikten är att "Bostad först" är en lovande strategi.

Kommunförbundet i Stockholms län (KSL) och SLL har 2008 utarbetat en *gemensam policy* för att förebygga och behandla *missbruk och beroende*. Policyn innehåller riktlinjer för personer som har komplexa vårdbehov p g a missbruk och psykisk störning. Insatser för dessa personer ska organiseras utifrån en integrerad modell, baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde, där insatserna är samordnade och ges samtidigt.

Inom det medicinska programarbetet i Stockholms län togs en *fokusrapport* fram år 2004 för behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk. Enligt rapporten är *lokala samverkans*team på kommun/stadsdelsnivå med case manager funktioner av typen personligt stöd och samordnare mest adekvat för de flesta patienter. För bl a gruppen hemlösa rekommenderas kompetenssamling i form av *specialiserade team* till vilka även andra myndigheter och organisationer förutom lokal socialtjänst är knutna, t ex frivården och rättspsykiatrisk öppenvård

3.6 Landstingsrevisionens granskning av verksamheten

Revisorerna i Stockholms landsting har under år 2008 genomfört en granskning av hur Stockholms läns landsting uppfyller sitt ansvar för vården för de mest utsatta hemlösa¹. Granskningsrapporten riktar skarp kritik mot hur vården är utformad idag och pekar också på en rad förbättringsområden:

- Det ordinarie *sjukvårdssystemet* är inte anpassat för de hemlösa i länet. Tillgängligheten i sjukvården uppfattas inte vara utformad i enlighet med de hemlösas villkor. Brister finns när det gäller bemötande och samverkan mellan vårdgivare.
- De olika verksamheterna vid *Hållpunkt* tycks var för sig till stora delar fungera väl. Däremot har inte en sammanhållen och integrerad vård erbjudits i enlighet med uppdraget. En samlad ledning/styrning saknas och uppföljningen behöver utvecklas. Länkning ut från Hållpunkt till ordinarie sjukvårdssystem brister och behöver utvecklas.
- *Beroendevårdens* synsätt är att avgränsa avgiftningen till endast medicinsk avgiftning. Andra vårdaktörer menar att det försvåra missbruksvården framförallt för hemlösa. Ansvarsgränser och samverkan mellan landsting och kommuner behöver förtydligas och utvecklas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har yttrat sig över rapporten² och delar till stor del revisorernas kritik.

¹ Rapport 10/2008 Vården för hemlösa – multisjuka utan adress

² HSN 0811-1376

4 Problem och utvecklingsbehov

Detta avsnitt innehåller en sammanfattning av de problem och utvecklingsbehov som framkommit i utredningsarbetet. Det rör dels själva målgruppen och dels befintlig verksamhet.

4.1 Oklar ansvarsfördelning

Det finns regelverk som styr vem som ska ha ansvar för stöd åt målgruppen. I Stockholms stad anger *tvåårsregeln* att hemlösa personer som de senaste två åren *inte* haft kontakt med någon stadsdelsförvaltning blir aktuella på Enheten för hemlösa. KSL har tagit fram riktlinjer för tolkning av *vistelsebegreppet*, vilket har tydliggjort ansvarsfördelningen för insatser för hemlösa mellan länets kommuner. Gränsdragningsproblem finns dock, inte minst för olika delar av målgruppen. När det gäller ansvar för *äldre och funktionshindrade* finns gränsdragningsproblem mellan Enheten för hemlösa och stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad.

Hälso- och sjukvårdens svårighet att avgränsa och definiera målgruppen har tagits upp vid ett antal intervjuer. Å ena sidan finns personer som saknar eget boende men som formellt är skrivna hos en anhörig. Å andra sidan finns personer som i praktiken bor hos en anhörig, men uppger sig vara hemlösa. Det uppges vara svårt att avvisa personer som söker sig till exempelvis Hållpunkt för att få vård, för att personerna inte uppfyller rätt kriterier.

4.2 En målgrupp med komplexa behov

Den mest utsatta gruppen bland de hemlösa kännetecknas av samsjuklighet, med psykisk och/eller beroendeproblematik i kombination med somatisk översjuklighet. Komplex samsjuklighet medför generellt de längsta behandlingstiderna. Det är en skör grupp, som bland annat har svårt att klara av en mängd professionella kontakter och de krav som ställs i vården med tidspassning, väntetider, remitteringar etc. Många har, men många saknar mobiltelefoner och kan därför inte påminnas om besökstid. Bostadslösheten är i sig ett hinder för att nå de hemlösa, vilket talar för betydelsen av mobila resurser.

En undersökning³ genomfördes 2008 på Enheten för hemlösa med 784 klienter, varav 126 var kvinnor, 140 hade utomnordiskt medborgarskap och 115 nordiskt medborgarskap (mest finska medborgare). Den ger följande bild:

- Antalet personer som bor i *tränings- och försökslägenheter* har ökat de senaste åren och de som övernattar på *härbärgen* har minskat
- Det fanns 185 personer med en känd *psykiatrisk diagnos* och 176 som skulle behöva utredas på grund av sin psykiska ohälsa
- 623 personer har haft *missbruksproblem*. Bland dem hade var femte varit drogfri den senaste 12-månadersperioden och 115 hade vårdats på grund av LVM

³ Resultatbaserad styrning. En undersökning av aktuella klienter 2008-09-10 på Enheten för hemlösa. Stockholms stad

- I gruppen fanns 430 personer med långvariga *kroppsliga* skador eller sjukdomar, varav 41 var HIV-smittade och minst 211 hade hepatit C
- 156 hade någon form av påföljd av *Kriminalvården* och 247 hade tidigare avtjänat straff
- Antalet *praktikarbetsplatser och arbetsträning* hade ökat, men endast 13 personer var selsatta på den reguljära arbetsmarknaden
- Nästan hälften, 354 klienter är *föräldrar*, varav 160 till minderåriga barn och 248 till vuxna och i vissa fall även minderåriga barn. De har inte den praktiska vården om barnen

En grupp som ökar är *unga vuxna*, vars hemlöshetsproblematik skiljer sig från den gängse, genom att den främst kännetecknas av utanförskap och avsaknad av nätverk.

4.3 Bristande samordning – socialtjänsten

Samarbetet inom Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltningen med Uppsökarenheten för vuxna, Enheten för hemlösa, Hemlöshetsjouren, Socialjouren, Medborgarkontoret, Härbärgesteamet beskrivs i intervjuerna som huvudsakligen välfungerande.

En utbredd uppfattning är att det är svårt att få kontakt med socialtjänsten på stadsdelsförvaltningarna, vilket sägs bero på att trycket är mycket stort på socialtjänsten och att hemlösa kan vara aktuella på flera enheter, vilket försvårar länknings. Konflikter uppstår av och till inom socialtjänsten kring hemlösa pensionärer och personer med funktionshinder. Kunskapen om hemlöshetsproblematiken sägs vara begränsad i vissa stadsdelar.

Länkning till stadsdelsförvaltningarna ska enligt regelverket inte ske förrän den hemlöse har ett bostadskontrakt. Detta innebär att hemlösa i mer långvariga boenden - exempelvis stödboenden - som vill ha kontakt med sitt närområdes socialtjänst, inte får det. För personer i ytterstadsdelarna sägs det vara ett stort steg och en kostnad för biljetter att ta sig till Pelarbacken.

4.4 Bristande samordning – hälso- och sjukvården

Det finns samordningsproblem mellan olika delar av hälso- och sjukvården gällande insatser för hemlösa. Inte minst gäller detta ständiga diskussioner och samarbetssvårigheter mellan *beroendevården och psykiatrin* om huvudansvaret för vård och behandling för hemlösa personer. De hemlösa har ofta har såväl missbruksproblem som psykiska problem.

Beroendeenheten vid Hållpunkt har länge haft bemanningsproblem. Läkartjänsten var under lång tid obemannad eller bemannad med olika vikarier. Beroendevården och psykiatrin arbetar på olika sätt, där psykiatrin har mobil och uppsökande verksamhet medan beroendevården arbetar med i huvudsak stationär avgiftningsverksamhet. Vårdkedjorna mellan Hållpunkt, psykiatrisk slutenvård och beroendevård för abstinensbehandling fungerar dåligt.

Företrädare för *primärvården* känner sig inte hemma inom beroendevårdens struktur. Samtidigt fanns i revisionsrapporten kritik mot primärvården, för att man inte samarbetar och motiverar patienterna till kontakt med övriga delar inom Hållpunkt, när så behövs.

4.5 Bristande ledning och styrning

De samordningsproblem som i föregående avsnitt beskrivs mellan beroendevård och psykiatri är inte isolerade till Hållpunkt, utan har uppmärksammats på flera håll i länet. Samtidigt har ledningen och styrningen av verksamheten vid Hållpunkt varit svag och riskerat att förvärra problemen.

Det har inte funnits en samlad ledning för den hälso- och sjukvård som bedrivs vid Hållpunkt. Det uppsplittrade ledarskapet har inte befrämjat samverkan, utan skapat risker för revirbevakning. Det saknas ett ömsesidigt förtroende mellan företrädare för de olika vårdgrenar som finns vid Hållpunkt, dels mellan företrädare för vården vid Hållpunkt och dels med ledningen för vårdgrenar inom SLSO.

Uppdragsbeskrivningarna i vårdöverenskommelserna för Hållpunkts olika verksamheter bedöms dessutom vara otydliga.

4.6 Insatser som efterlyses

I de intervjuer som genomförts efterlyses ytterligare insatser på ett antal områden för hemlösa med komplex problematik. Exempel på detta är:

- Arbetsträning för personer med dubbeldiagnos
- Utveckling av arbetet med ADHD-gruppen
- Samordning av LVM- och LPT-insatser
- Dagverksamheter med breddat och varierat innehåll
- Resurs för skuldrådgivning inför planering av eget boende
- Arbetsterapeutresurs inför eget boende
- Psykologresurs för neuropsykiatriska utredningar
- Avgiftsfri tandvård
- Bostäder

Det bör påpekas att ett arbete pågår med att utveckla insatserna inom vissa av de ovan angivna områdena, t ex finns en psykolog anställd vid Pelarbacken för neuropsykiatriska utredningar. Det är angeläget att man i det fortsatta arbetet med att etablera ett Centrum för hemlösa analyserar och prioriterar olika önskemål om utökade insatser inom bl.a. de nämnda områdena.

4.7 Metoder

Det finns metoder som är användbara (se några exempel nedan) för att arbeta med hemlöshet, men i praktiken är det ett stort utvecklingsområde. För närvarande ägnas alltför mycket tid av alltför många personer att försöka länka till andra instanser. Det som framförallt ska *undvikas* för den hemlöse är ständigt nya personkontakter och länkning till andra instanser. I stället ska det så långt som möjligt vara *en väg in, integrerade metoder med ett anpassat case manager tänkande* för att bygga upp förtroendefull och långvarig kontakt. Klient- och patientarbetet bör vara välstrukturerat och starta med utredning, fortsätta med insatser, vård och behandling, ha regelbundna uppföljningstillfällen och tydliga avslut. Det sistnämnda har påpekats av ett antal intervjupersoner – målet är att hemlösheten ska ha ett slut.

Metoder som lyfts fram i Stockholm stads hemlöshetsarbete⁴ är:

- *ASI* (Addiction Severity Index) som är en strukturerad intervju med frågor som är relevanta för klienter med missbruksproblem. Frågorna täcker sju livsområden. ASI har stor internationell spridning, är vetenskapligt prövat och kan användas för utvärdering och jämförelse mellan olika verksamheter.
- *DUR* (Dokumentation, Utvärdering och Resultat) för att utreda och systematiskt dokumentera psykiskt funktionshindrades situation. Här går man igenom tio livsområden. Personens egna önskemål framgår tydligt.
- *MI* (Motiverande intervju) är en evidensbaserad intervju som ursprungligen utvecklades inom beroendevården i USA och England. Det bygger på individens fria vilja och att få fram motivationen.
- *CM* (Case managers) innebär samtidiga insatser för personer med samsjuklighet. En case manager har i uppgift att ta ett samlat ansvar för ett begränsat antal personer med komplex problematik genom att samordna tillgängliga resurser till en fungerande helhet.

⁴ Hemlöshetsarbetet i Stockholms stad, en nulägesbeskrivning 2008-09-10

5 Rekommendationer

Detta avsnitt innehåller utredarnas rekommendationer vid uppbyggnad av ett samordnat centrum för hemlösa.

5.1 Avgränsning av målgruppen

Utredningen föreslår att målgruppen för Centrum för hemlösa ska vara **akut hemlösa 20 år och äldre**,

dvs personer som är som är uteliggare eller hänvisade till akut boende och härbärge (*situation 1* enligt socialstyrelsens definition). Ytterst få har arbete och löneinkomst. De flesta har också en sammansatt problematik med missbruk, psykisk ohälsa och somatiska sjukdomar som hiv/aids, hepatit, hjärt- och kärlsjukdomar samt svåra infektioner och problem med mun och tänder. Sammanfattningsvis kan konstateras att både män och kvinnor som är hemlösa har en mycket dålig hälsa.

Centrum för hemlösa föreslås få ett förstahandsansvar för den mest utsatta gruppen hemlösa och erbjuda verksamhet inom följande områden:

- Uppsökande och mobila insatser
- Mottagning, utredning och bedömning
- Boende, sociala insatser och försörjningsstöd
- Akut och planerad hälso- och sjukvård

När den hemlöse har fått någon form av mer varaktigt boende övergår ansvaret för fortsatta insatser till berörda stadsdelsförvaltningar, vårdcentraler, lokala psykiatriska mottagningar och lokala beroendemottagningar. Utredningens förslag till avgränsning av målgruppen för Centrum för hemlösa medför behov av ändring av ansvarsfördelningen. Vissa personer som idag tillhör Enheten för hemlösa bör successivt slussas över till stadsdelsförvaltningarna och tvärtom. Det är inte meningen att Centrum för hemlösa ska ta över ansvaret ifall den hemlöse redan har en anknytning till en stadsdel/kommun.

Fördelen med att avgränsa målgruppen för Centrum för hemlösa till de mest utsatta, som kan bedömas vara 400-500 personer är att Centrum får det fulla ansvaret för insatser fram till dess att ett mer varaktigt boende har ordnats. Det innebär att onödigt och tidskrävande arbete med länkning kan minimeras. Länkningen sker när den hemlöse har ett mer varaktigt boende, vilket skapar bättre förutsättningar för de lokala aktörerna att knyta an till den hemlöse och utforma lokala samordnade insatser som är individuellt anpassade och beaktar behovet av kontinuitet. Då det finns ett kontinuerligt nytillskott av personer som behöver stöd av Centrum för hemlösa är avslut med en väl fungerande länkning av stor betydelse.

Hälso- och sjukvården vid Centrum för hemlösa kommer även att ha ansvar för hemlösa med behov av hälso- och sjukvård från kranskommunerna i länet samt personer från 18 års ålder i Stockholms stad. Det gäller i första hand medicinsk bedömning och akuta insatser. Det betyder att det krävs ett aktivt arbete med länkning av dessa personer till socialtjänsten och den lokala hälso- och sjukvården i berörda kommuner.

Hemlöshet är både ett individuellt socialt problem och ett strukturellt problem. Bristen på bostäder och dålig förankring på arbetsmarknaden är viktiga faktorer men även missbruksproblem och/eller psykiatrisk problematik. Missbruksproblemen är också ofta nära förknippade med kriminalitet. På grund av den omfattande problembilden är det vanligt att hemlösa personer har många olika vård- och myndighetskontakter såväl inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården, kriminalvården m.fl. Att knyta och vidmakthålla alla kontakter med vård- och behandlingsinstanser är ofta komplicerat och svårt för personer som inte lever under ordnade förhållanden. Det kan näst intill vara omöjligt att hålla reda på tider för möten, vem som är ansvarig för vilken insats osv. Det krävs därför att Centrum för hemlösa erbjuder en lättillgänglig verksamhet utan väntetider med samordnade insatser utifrån individuella hjälp- och vårdbehov.

Socialtjänsten och andra aktörer som kommer i kontakt med hemlösa kan se en ökning av kvinnor - som idag är underrepresenterade på Enheten för hemlösa, unga vuxna, utländska besökare med oklar legal status (s.k. papperslösa) samt personer med stora vårdbehov.

5.2 Gemensamt mål och uppdrag

De olika verksamheterna inom Centrum för hemlösa behöver ha *egna mål och uppdrag som är tydliga och möjliga att följa upp*. Det finns dock starka skäl att Centrum som helhet har *gemensamma mål och uppdrag* som är strategiska och som svetsar samman de olika verksamheterna. För den hemlöse betyder det att man bl a kan förvänta sig gemensam bedömning av hjälp- och vårdbehov samt snabba och samordnade insatser för sammansatta behov. Utredningen föreslår därför följande gemensamma mål och uppdrag:

Strategiskt mål:

- Antalet hemlösa i den mest utsatta gruppen ska halveras, d v s minska med 50 % senast 2015.

Socialtjänsten har enligt Socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att tillgodose personers grundläggande behov som boende och sysselsättning. Insatser ska alltid syfta till att ingen ska behöva vara hemlös. Det kan dock vara ändamålsenligt att ha ett strategiskt mål på några års sikt som är realistiskt att uppnå och som kan vara utgångspunkt för ytterligare insatser.

En viktig strategisk uppgift för Centrum för hemlösa är att sprida kunskaper om metoder och arbets sätt till stadsdelsförvaltning och andra aktörer för att höja kunskapsnivån.

Uppdrag:

1. Uppsökande verksamhet med stöd av mobila insatser från hälso- och sjukvården
2. Lätt tillgänglig mottagningsverksamhet och gemensam bedömning utan väntetider
3. Samordnade insatser för sammansatta hjälp- och vårdbehov
4. Stödinsatser för att möjliggöra ett varaktigt boende.
5. Snabba och välfungerande vårdkedjor/-processer vid behov av sluten psykiatrisk vård, avgiftning och somatisk sjukhusvård

6. Tidigt insatt social träning och tillämpning av en kunskapsbaserad social-psykiatrisk verksamhet
7. Forskning och metodutveckling
8. Utvärdering och uppföljning av resultat, effekter, klient-/patientnytta och kostnadseffektivitet

Den gemensamma mottagningsfunktionen, som utgörs såväl av hälso- och sjukvård som socialtjänst, får även i uppdrag att utreda, bedöma och länka personer till andra instanser än Centrum för hemlösa. Hälso- och sjukvårdsdelen bör få ett tydligare ansvar för utredning, bedömning och länkning. Det är viktigt att utveckla väl fungerande *gemensamma* rutiner vid mottagningsfunktionen.

Det gemensamma uppdraget för Centrum för hemlösa handlar till stor del om ett gemensamt behandlings-, kunskaps- och utvecklingsuppdrag. Centrum för hemlösa ska bli det ledande kunskapsnätet och den ledande utvecklingsmotorn i Sverige när det gäller arbetet med hemlösa. Att sprida kunskap till andra aktörer kan också bidra till att minska nytillskottet av hemlösa personer.

5.3 Verksamhet och kompetenser – hälso- och sjukvård

Utredningen har kommit fram till att den vårdkompetens som idag finns vid Hållpunkt och Pelarbacken bör vara en bas för hälso- och sjukvården i ett samordnat centrum för hemlösa.

- Somatisk vård, inklusive primärvård, kvinnosjukvård, fotsjukvård och infektionssjukvård samt kompletterande specialistkompetens avseende exempelvis gynekologi och infektionssjukvård
- Psykiatri inklusive beteendevetenskaplig kompetens och psykolog för neuropsykiatriska utredningar
- Beroendevård
- Tandvård

5.4 Verksamhet och kompetenser – socialtjänsten

Den kommunala verksamhet och de kompetenser som bör finnas är:

- Enheten för hemlösa i sin helhet
- Uppsökarenheten

5.5 Vårdkedjor – processer - samverkan

För att Centrum för hemlösa ska kunna fullgöra sitt uppdrag krävs en omfattande och systematisk samverkan med andra aktörer som t ex:

- ✓ Hemlöshetsjouren
- ✓ Socialjouren
- ✓ Medborgarkontoret för hemlösa
- ✓ Stadsdelsförvaltningarna
- ✓ Socialtjänsten i andra kommuner
- ✓ Lokala integrerade mottagningar
- ✓ Mottagningar för psykiatri och beroendevård samt vårdcentraler
- ✓ Kliniker för sluten psykiatrisk vård, abstinensbehandling i öppen och sluten vård, somatisk akutvård, infektionssjukvård, gynekologisk vård och tandvård
- ✓ Erstabacken

- ✓ Försäkringskassan
- ✓ Kriminalvården
- ✓ Privata vårdgivare
- ✓ Stiftelsen Hotellhem
- ✓ Stadsmissionen
- ✓ Frälsningsarmén
- ✓ Convictus
- ✓ Ny Gemenskap

Det blir en viktig uppgift för Centrum för hemlösa att initiera, underhålla och utveckla kontakter och samarbete med dessa aktörer i nätverket för att få till stånd fungerande vårdkedjor/-processer. Stadsdelar och lokala verksamheter ska vid behov medverka i gemensamma bedömningar och i vårdplanering.

Det är av största vikt att Centrum för hemlösa får möjligheter att sluta avtal om vårdplatser för psykiatrisk slutenvård, abstinensbehandling i slutenvård och med *en* tandvårdsklinik.

Som beskrivits i avsnitt 5.1 är ett aktivt arbete med länkning till lokal socialtjänst och hälso- och sjukvård central. I bilaga 1 finns en del konkreta exempel på detta.

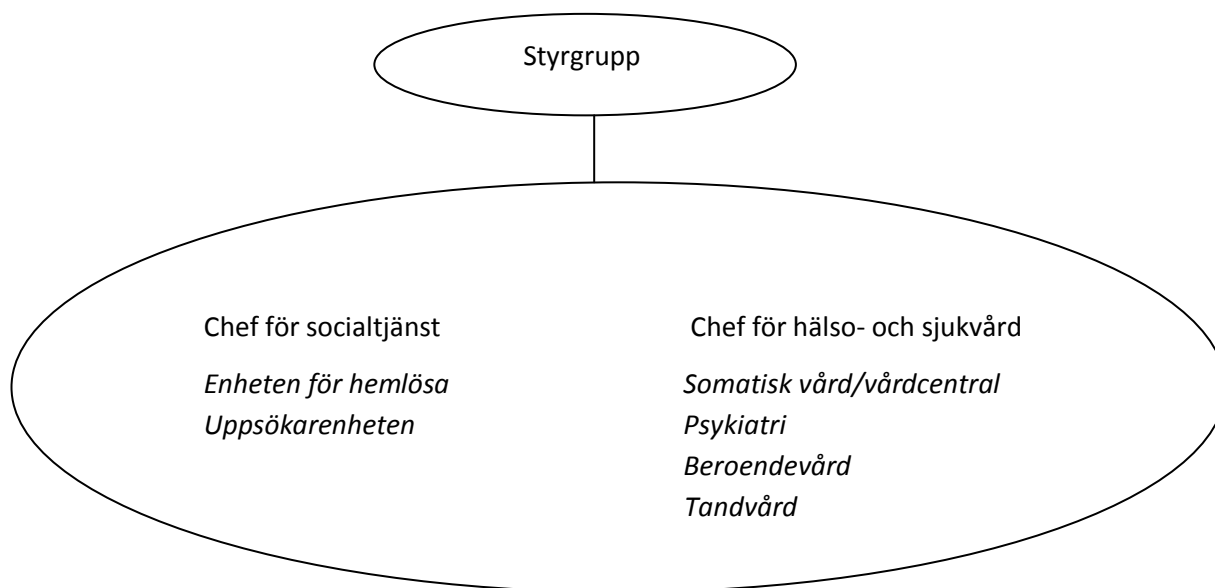
5.6 Utvecklingsfrågor

Under utredningsarbetet har ett antal personer betonat kunskaps- och utvecklingsfrågorna som vitala för ett samordnat Centrum för hemlösa. Ett antal frågor som kan stå på utvecklingsagendan för ett centrum är:

- Utveckla *metoder/manualer för gemensam bedömning* av hjälp- och vårdinsatser samt samordnade individuella vårdplaner för samordnade insatser. Detta för att underlätta vård och behandling för de hemlösa, öka samsynen mellan berörda aktörer, utveckla gemensamma arbetssätt och därmed öka kvaliteten på insatserna.
- *Samordna dokumentationen* bättre mellan olika aktörer. Det behövs inte minst för att rätt medicinska insatser ska kunna sättas in, för att undvika dubbelarbete som är omständligt och tidskrävande för de hemlösa och dessutom kostnadsdrivande. Här måste sekretesslagstiftningen beaktas.
- Genomföra *systematiska brukarundersökningar* bland de hemlösa som får del av centrums insatser. Det ger en grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete, sätter fokus på resultaten och gör verksamheten mer transparent.
- Utveckla samarbetet med *frivillig- och brukarorganisationerna* som ofta har goda initiala kontakter med de hemlösa och verksamheter som kompletterar det som centrum, socialtjänst och hälso- och sjukvården står för. Centrum för hemlösa bör utveckla ändamålsenliga former för *dialog och samverkan med brukare*.
- Utveckla metoder för att nå hemlösa med en annan problembild än den gängse, t ex *unga hemlösa* och hemlösa med *utländsk bakgrund*.
- Arbeta med utvecklad *Hepatit C-behandling* för hemlösa, då Hepatit C är ett utbrett problem i denna grupp. Samarbetet kan utvecklas med infektionssjukvården.
- *FoU-insatser* för att ytterligare utveckla stöd, vård och behandling för hemlösa.

5.7 Ledning, styrning och organisation

Utredningen har övervägt olika alternativa förslag till organisationsstruktur för Centrum för hemlösa och funnit att starka skäl talar för att Centrum bygger på en sammanhållen verksamhet för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Det betyder att socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården leds av var sin verksamhetschef. En styrgrupp med tjänstemän etableras med representation från stadens och landstingets uppdrags/-beställarfunktioner samt de båda verksamhetscheferna. Styrgruppen ska fokusera på styrning, samordning och uppföljning av det gemensamma strategiska målet och det gemensamma uppdraget. Under etableringsfasen kommer styrgruppens arbete att även att ha konkreta och operativa inslag för att på sikt ägna sig åt övergripande frågor.



Det är viktigt att organisationen präglas av transparens, en kritiskt granskande och ifrågasättande attityd som baseras på förtroende och på respekt för varandras kunskapsområden. Ledning och organisation måste skapa ett bra klimat för dynamik, flexibilitet och utveckling av nya metoder och arbetssätt.

Utredningen har också funderat på den organisatoriska knytningen av läkarna och funnit att det bör vara möjligt för läkarna att upprätthålla en koppling till sina respektive specialiteter och moderkliniker. Annars finns risk för att Centrum kan få rekryteringssvårigheter med åtföljande vakansproblem.

Utredningen har också diskuterat möjligheten till alternativa driftformer och kommit fram till att det eventuellt kan vara lämpligt för främst hälso- och sjukvården. Motiv för att överväga alternativ drift för hälso- och sjukvårdsdelen är bl. a att öka tydligheten i uppdraget, förbättra samordningen mellan olika vårdgrenar och att ta tillvara erfarenheter och kompetenser från andra vårdgivare. Det är svårare med privat drift av socialtjänsten p g a omfattande och ständigt förekommande myndighetsbeslut. Hälso- och sjukvårdens myndighetsbeslut handlar främst om tvångsvård som kan ordnas genom samarbete med kliniker som bedriver sluten vård. Det kan också finnas vissa svårigheter att utforma avtal som är lämpliga för en utvecklingsverksamhet som ska förändras över tiden och som svårtligen kan definieras i tydliga och produkter som är möjliga att prissätta.

6 Genomförande

Det finns ett antal brister som föranlett denna utredning. Bristerna hänger dels samman med sak- och verksamhetsmässiga förhållanden och dels med relationella och verksamhetskulturella förhållanden. En mängd erfarenheter av sammanslagning mellan verksamheter pekar på att integrering kräver ett mycket aktivt, medvetet och långsiktigt arbete för att lyckas. Det kan ta flera år innan olika verksamheter funnit en gemensam, bättre anpassad form.

Genomförandet kan komma att ske i olika takt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten, bland annat beroende på en pågående utredning om hemlösheten i Stockholms stad. Det är dock inget hinder för att skyndsamt påbörja utvecklingsarbetet med det som blir gemensamt för aktörerna.

Nya lokaler ställs till förfogande från september 2010, då verksamheterna fysiskt flyttar samman.

Några exempel på behov av särskilda insatser under genomförandefasen är:

- ✓ Beroende på beslut om eventuella *alternativa driftformer* för delar av verksamheten kan ytterligare förberedelse behöva göras under hösten 2009.
- ✓ Genomförandearbetet startar så snart erforderliga beslut är fattade, senast vid ingången av 2010. *Ett tydligt och väl avgränsat uppdrag* underlättar genomförandet.
- ✓ Ett antal *sakfrågor/genomförandefrågor* kommer att behöva konkretiseras; t ex avgränsning av målgruppen, uppdraget, mål för vårdprocesser/-kedjor, ansvarsfördelning, arbetsformer, verksamhetsinnehåll, uppsökande arbete, mottagningsfunktionen, intern samverkan, samverkan med frivilligorganisationer och gemensam kompetensutveckling.
- ✓ *Genomförandefasen* pågår under ett år.
- ✓ *Styrgruppen* tillsätts så snart som möjligt efter erforderliga beslut.
- ✓ Styrgruppen arbetar under *våren 2010* med styrgruppens former och arbetssätt, sina roller visavi varandra och personalen.
- ✓ Styrgruppen fastslår en *arbetsplan för genomförandefasen* och en plan för extern och intern *kommunikation*.
- ✓ Styrgruppen gör ett inriktningsdokument som rör önskvärt *arbetssätt och samarbete* på Centrum för hemlösa.
- ✓ De som ska arbeta på Centrum för hemlösa ombeds att *ta ställning till inriktningsdokumentet* för att påskynda arbetet med att bygga en ny verksamhet som inte ska belastas av de gamla motsättningarna.
- ✓ *All personal* som ska arbeta tillsammans samlas flera gånger under våren och hösten. Arbetet inleds med två sammanhängande dagar i internatform som följs upp med 1-2 dagar. Där presenteras de givna förutsättningarna (som *inte* blir föremål för dialog) och där bjuds personalen in att bidra med underlag och förslag till *det som är påverkbart*. Det kan handla om underlag för visionen, målen, strategin, metoderna, arbetssätten, prioriteringarna, utvecklingsområdena och samarbetet. Styrgruppen fattar sedan beslut med utgångspunkt från underlagen. I denna fas bör även tid anslås till att bättre lära känna varandras synsätt och arbetssätt för att underlätta samarbete och integration.
- ✓ Efter ett år görs en grundligare *utvärdering*.

Utredningen bedömer att det finns skäl för huvudmännen att erbjuda Centrum för hemlösa externt stöd under etableringsfasen.