

OSLOMET

Et hospital for hele mennesket

En utredning om Gatehospitalet i Oslo
etter 20 års virke

Nora Gotaas, Evelyn Dyb, Nils Arne Lindaas

STORBYUNIVERSITETET
BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

NIBR RAPPORT 2024:5



Nora Gotaas
Evelyn Dyb
Nils Arne Lindaas

Et hospital for hele mennesket

En utredning om Gatehospitalet i Oslo etter 20 års virke

NIBR-rapport 2024:5

Tittel:	Et hospital for hele mennesket. En utredning om Gatehospitalet i Oslo etter 20 års virke
Forfatter:	Nora Gotaas, Evelyn Dyb og Nils Arne Lindaas
NIBR-rapport	2024:5
ISSN:	1502-9794
ISBN:	978-82-8309-425-1 (Trykket) 978-82-8309-423-7 (PDF)
Prosjektnummer:	203476
Prosjektnavn:	Gatehospitalet 20 år – en utredning
Oppdragsgiver:	Gatehospitalet Oslo. Frelsesarmeen Norge, Island og Færøyene
Prosjektleder:	Nora Gotaas
Referat:	Rapporten gir en kort oversikt over Gatehospitalets tilbud og utvikling av virksomheten gjennom 20 år. Hovedvekten legges på hvordan virksomheten i dag løser oppdraget som er gitt av Helsedirektoratet. Rapporten beskriver typiske pasienthistorier og behandlingsforløp ved Gatehospitalet og gir et overblikk over noen sentrale faglige og politiske utviklingstrekk i rusfeltet og i populasjonen pasientene rekrutteres fra. Deretter presenteres tall fra Gatehospitalet som gir et bilde av pasientpopulasjonen og sentrale faktorer i virksomhetens praksis og pasientenes behandlingsforløp. Basert på intervju med samarbeidspartnere, ansatte, ledere og pasienter vises videre hovedtrekk i Gatehospitalets tilnærming til behandlingsforløp og faktorer som bidrar til at de har en viktig rolle i somatisk behandling av mennesker med alvorlig ruslidelse. Til sist oppsummeres funnene og det skisseres hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppas behov i tiden framover.
Sammendrag:	Norsk og engelsk
Dato:	September 2024
Antall sider:	116
Utgiver:	By- og regionforskningsinstituttet NIBR OsloMet – storbyuniversitetet Postboks 4 St. Olavs plass 0130 OSLO Telefon: (+47) 67 23 50 00 E-post: post-nibr@oslomet.no
Vår hjemmeside:	http://www.oslomet.no/nibr

© NIBR 2024

Forord

Denne utredningen er gjennomført på oppdrag av Gatehospitalet i Oslo, som er en del av Frelsesarmeens rusomsorg. Da NIBR fikk forespørsel om å skrive en rapport i anledning Gatehospitalets 20-årsjubileum, gjorde vi det klart at om man ønsket et festskrift, måtte man henvende seg til en annen instans. Frelsesarmeens rusomsorg var imidlertid interessert i å få en forskningsrapport som kunne gi et bredest mulig kunnskapsgrunnlag for den videre utviklingen av Gatehospitalet, inkludert identifikasjon av spenninger og dilemma i virksomheten. Denne rapporten gir et overblikk over Gatehospitalets utvikling, men hovedvekten er lagt i beskrivelse og analyse av hovedtrekk ved virksomheten i dag og hvordan Gatehospitalet løser oppdraget fra Helsedirektoratet. Rapporten avrundes med en kort drøfting av hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppas behov i fremtiden.

Nora Gotaas har vært prosjektleder og skrevet hoveddelen av rapporten. Evelyn Dyb, som relativt fersk NIBR-pensjonist, sa seg villig til både å utarbeide pasienthistorier og tegne et bilde av rusfeltet og livs- og bo-situasjon for pasientpopulasjonen som Gatehospitalet retter seg mot. Hun har mangeårig erfaring fra forskning omkring bostedsløshet og kjenner Gatehospitalet og feltet godt etter å ha utarbeidet to tidligere rapporter om Gatehospitalet. Nils Arne Lindaas har bearbeidet tallmaterialet til figurer og tabeller og bidratt med kompetanse fra et pågående ph.d-prosjekt om organisering og styring av norsk sykehussektor.

Vi vil rette en stor takk til ledelsen ved Gatehospitalet for god dialog underveis, og ikke minst for jobben med raskt å fremskaffe tallmateriale og bakgrunnsinformasjon når vi har spurt om det. Takk til pasienter, ansatte og ledere og Gatehospitalets samarbeidspartnere som villig har stilt til intervju og delt sine erfaringer med oss.

Berit Marie Nygård, FoU IT ved OsloMet, har bistått med tilgang til lagring av materiale i TSD. I arbeidet med den visuelle ferdigstillingen av rapporten har vi fått god hjelp av Frida Tømmerdal ved NIBR, OsloMet og Marianne Klæboe Pedersen i Frelsesarmeens kommunikasjonsavdeling. En særlig takk til Kjersti Margrethe Gullberg ved kommunikasjonsavdelingen, OsloMet som har stått for design og layout.

Oslo, september 2024
Erik Henningsen, Forskningssjef

Innholdsliste

Sammendrag	1
Summary	2
1 Innledning	4
1.1 Presentasjon av Gatehospitalet	5
1.2 Organisering og finansiering	7
1.3 Forskningsdesign - tema og perspektiv	8
1.4 Metode og datainnsamling	11
2 Et overblikk - hva har skjedd på 20 år?	16
3 Behandlingsforløp - typiske pasienthistorier	22
3.1 Pasienthistorier - oversikt	23
3.2 Fem pasienter	26
3.3 Oppsummering	31
4 Hva forteller tallene?	34
4.1 Aldring blant pasientene og endringer i rusfeltet	35
4.2 Pasientpopulasjonen	40
4.3 Henvisninger	43
4.4 Oppmøte og innleggelse	45
4.5 Pasientbelegg og liggedøgn	46
4.6 Palliasjon	49
4.7 Oppfølgings- og koordineringsoppgaver, medisinsk og sosialt	50
5 Samarbeidspartnere - erfaringer og vurderinger	54
5.1 Henvisninger og inntak	55
5.2 Å trygge - og bygge relasjoner til pasientene	58

5.3 Kompetanse og kunnskapsutvikling	61
5.4 Krevende pasienter og krevende arbeid	63
5.5 Palliativt tilbud	63
5.6 Gatehospitalets rolle, samfunnsnytte og veien videre	65
5.7 Oppsummering	67
6 Ansatte og ledere – erfaringer og synspunkt	70
6.1 Endringer – i pasientgruppa og i behandlingslandskapet	71
6.2 Faglighet og arbeidsmiljø – betingelser for «omsorg for hele mennesket»	71
6.3 Spenningsforhold og dilemma	74
6.4 Gatehospitalets rolle og veien videre	77
6.5 Oppsummering	78
7 Pasienter – erfaringer og synspunkt	82
7.1 Brukerundersøkelser	83
7.2 Mer om utvalg av intervjupersoner	83
7.3 «De redda livet mitt»	84
7.4 Om rusmiljøet og kjennskap til Gatehospitalet	85
7.5 Krav om rusfritt miljø – praktisering av husregler	86
7.6 Om pasientmiljø og avdelinger	87
7.7 Ansatte – omsorg og fellesskap	88
7.8 Å benytte ulike tilbud på huset – og utenfor	91
7.9 Gatehospitalets rolle og veien videre	92
7.10 Oppsummering	93
8. Sammenfatning og veien videre	96
Videre fremover	98

Tabelliste

Tabell 1:	Utvalg informanter	12
Tabell 2:	Oversikt case	24
Tabell 3:	Hovedkategorier av instanser som henviser til Gatehospitalet. Antall instanser i hver kategori f.o.m desember 2023 t.o.m. mars 2024	43
Tabell 4:	Antall pasienter med palliativt fokus	49
Tabell 5:	Følge pasient til avtaler – 2023	50
Tabell 6:	Alle henvisende instanser. Des 2023 – mars 2024	106

Figurliste

Figur 1:	Antall pasienter og kjønnsfordeling 2019–2023	41
Figur 2:	Kjønnsfordeling 2019–2023. Andel målt i prosent	41
Figur 3:	Aldersgrupper. Andel pasienter i hver aldersgruppe	42
Figur 4:	Antall henvisninger fra hovedkategorier av instanser. Inneliggende pasienter. f.o.m desember 2023 t.o.m. mars 2024	44
Figur 5:	Antall individuelle pasienter planlagt for innleggelse – og møtt opp til behandling. Fra 31. oktober 2023 (uke 44) til 5. mai 2024 (uke 18)	45
Figur 6:	Belegg – gjennomsnittlig belegg på sengeplassene hvert år 2019–2023, målt i prosent	46
Figur 7:	Liggedøgn per pasient. Gjennomsnittlig liggedøgn per pasient hvert år 2019– 2023	47
Figur 8:	Liggedøgn og belegg 2023 (i både antall og prosent)	48

Sammendrag

Gatehospitalet i Oslo ble opprettet i 2004 som et somatisk, heldøgns omsorgstilbud som gir tilrettelagt sykehusbehandling for mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet. Tilbudet er en del av Frelsesarmeens rusomsorg og drives på oppdrag av Helsedirektoratet. I 2020 ble det etablert et tilsvarende tilbud i Bergen. Undersøkelsen har fremskaffet et variert datamateriale som viser hvordan Gatehospitalet i Oslo møter pasientgruppas behov og løser oppdraget fra Helsedirektoratet. Gatehospitalet har utviklet en unik posisjon og en svært verdifull rolle i behandlingsapparatet. De evner å gi tilpasset, somatisk behandling til en særlig utsatt gruppe og avlastet spesialisthelsetjenesten og kommune. Samarbeidspartnere, pasienter og personalet erfarer at Gatehospitalet, gjennom behandling av sammensatte sykdomsbilder, bidrar til stabilisering og/eller bedring av alvorlige helsetilstander og økt livslengde. Ved siden av somatisk behandling, får pasientene hvile og oppfølging gjennom praktisk tilrettelegging og koordinering overfor andre deler av helse- og tjenesteapparatet. Det palliative tilbudet verdsettes høyt av alle parter.

Gatehospitalet er en ideell virksomhet, basert på et diakonalt verdigrunnlag. Som halvannenlinjetjeneste plasserer tilbudet seg mellom velferdsstatens første- og andre linje, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette gir rom for å kombinere solid faglig kompetanse med ubyråkratisk fleksibilitet og tilpasning til pasientenes individuelle behov. Det legges stor vekt på relasjonelt arbeid for å bygge tillit, trygghet og verdighet som fremmer mulighetene for god somatisk behandling. Sentralt er tid, relativt høy bemanning og godt arbeidsmiljø. Gatehospitalets søker å motvirke en oppstykket behandlingstilnærming som preger store deler av helsetjenestene og som vanskeliggjør behandling av pasientgruppa. Gatehospitalet har spesialisert seg på å gi sammensatt helsebehandling til denne gruppa.

Samarbeidspartnere, pasienter og personalet har et sterkt ønske om at Gatehospitalets posisjon sikres. Gatehospitalet har opparbeidet solid kompetanse for å møte pasientgruppas behov og håndtere spenningsforhold i behandling av denne gruppa. Utfordringer fremover knytter seg til endringer i populasjonen pasientene rekrutteres fra, konkurranse om arbeidskraft og et lønnsnivå som ligger lavere enn sammenliknbare stillinger i helseforetak og Oslo kommune, samt behovet for vedvarende innsats for å sikre Gatehospitalets videre drift.

Summary

The Street Hospital in Oslo – Gatehospitalet – was established in 2004 as a somatic, round-the-clock care service hospital, providing adapted treatment for people with severe drug addiction. The hospital is part of the Salvation Army's substance abuse care and is run on assignment from the Norwegian Directorate of Health. This report shows how the hospital meets the needs of the patient group and solves its assignment from the Government. The hospital has a unique and highly appreciated role of providing somatic treatment to a particularly vulnerable group and is thereby an important supplement to the specialist health service and the municipal health care sector. Through the treatment of complex clinical cases, Gatehospitalet contributes to stabilization and/or improvement of serious health conditions and increased life expectancy among people with severe drug addiction. Apart from somatic treatment, the hospital is a place where patients can rest and recreate, and the staff assist patients in accessing other parts of the health and service system. The palliative care provided by the hospital is highly valued by all parties.

The street hospital is a non-profit organization, based on a diaconal mission. It is a service that is positioned between the welfare state's first and second line, between the specialist health service and municipal services. This enables a combination of solid professional expertise and unbureaucratic flexibility and adaptation to patients' individual needs. Great emphasis is placed on relational work of building trust and dignity among patients, as this can facilitate well-working somatic treatment. Key factors are time for patients, a relatively high level of staffing and a good working environment. Gatehospitalet seeks to counteract a fragmented treatment approach and specializes in providing complex health treatment to a stigmatized group.

There is a strong wish among the staff, patients and other stakeholders that Gatehospitalets position should be secured. The institution has established solid expertise to meet the needs of severe drug addicts as a patient group and to handle challenges associated with this. Challenges Gatehospitalet must deal with in the years to come include changes in the population from which patients are recruited, competition for qualified labor from other parts of the public health care system, and the need for sustained efforts to ensure the continued operation of the hospital.

Innledning



Foto:
Mette Randem/
Frelsesarmeen

1 Innledning

Gatehospitalet, som er en del av Frelsesarmeen rusomsorg, fyller 20 år i 2024. I den anledning ønsker ledelsen ved hospitalet en forskningsrapport om virksomheten. Ved siden av en kort historisk oversikt, vil rapporten fremskaffe kunnskap fra ulike kilder om Gatehospitalets rolle og praksis og slik gi et kunnskapsgrunnlag for virksomhetens videre utvikling.

I det følgende vil vi først gi en introduksjon til Gatehospitalets virksomhet. Deretter følger redegjørelse for forskningsprosjektets innretning med hensyn på tema, perspektiv og metode. I kapittel 2 gir vi et kort, historisk overblikk. Kapittel 3 presenterer case som viser typiske pasienthistorier og behandlingsforløp ved Gatehospitalet. I kapittel 4 gis et overblikk over noen sentrale faglige og politiske utviklingstrekk i rusfeltet og i populasjonen pasientene rekrutteres fra. I andre del av dette kapitlet henter vi ut tall

fra Gatehospitalet for å gi et bilde av pasientpopulasjonen og sentrale faktorer i Gatehospitalets aktiviteter og pasientenes behandlingsforløp. Kapittel 5, 6 og 7 presenterer erfaringer og synspunkt fra henholdsvis samarbeidspartnere, ansatte og ledere, og pasienter. I siste kapittel oppsummerer vi funnene og drøfter på denne bakgrunn kort hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppas behov i tiden framover.

1.1 Presentasjon av Gatehospitalet

Frelsesarmeen driver et utstrakt sosialt arbeid og har til sammen 300 enheter rundt i Norge, organisert i såkalt 11 overordnede formålsaktiviteter.¹ Rusomsorg er ett av disse, med et omfattende tilbud som inkluderer drift av varmestuer/væresteder, rusbehandling, arbeidstrening, ettervern, helsetilbud og bo- og omsorgstilbud. Et sentralt tilbud er Gatehospitalet i Oslo, og fra 2020 også i Bergen, som begge drives på oppdrag av Helse- direktoratet. Gatehospitalet er et heldøgns omsorgstilbud som gir tilrettelagt sykehusbehandling for mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet.

Pasientene er rusmiddelavhengige, som mottar medisinsk behandling for somatisk sykdom. Gatehospitalets oppdrag er å gi:

- Medisinsk døgngleie ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse
- Medisinsk døgngleie ved underernæring, fysisk utmattelse og en helsemessig kollaps
- Medisinsk døgngleie før innleggelse på sykehus, tannbehandling og lignende
- Medisinsk døgngleie i livets siste fase (bare ved avdelingen i Oslo)

Gatehospitalet i Oslo er lokalisert sentralt i byen, på Grønland, og består av tre avdelinger med totalt 22 sengeplasser: En for menn (8 sengeplasser), en for kvinner (7) og en blandet avdeling (7), der tre plasser er øremerket palliativ behandling. Hospitalet har 63 ansatte fordelt på 38 årsverk. Staben har en tverrfaglig profil med sykepleiere, vernepleiere, leger, fysioterapeut, psykolog, taktiterapeut, miljøterapeut og drifts- og administrasjonspersonale. Institusjonen er ledet av sykepleiere; både

¹ Norge utgjør, sammen med Island og Færøyene, ett av de såkalt 60 internasjonale territoriene.

øverste leder og de tre avdelingslederne har denne fagbakgrunnen. Alle ansatte i pasientrettet arbeid er utdannet helsepersonell eller er i et helsefaglig utdanningsløp. I tillegg ytes en viss andel innsats av frivillige (190 timer i 2023).



Foto: Hanne Rebecca Nilsen/Frelsesarmeen

Pasientene henvises/søkes inn fra ulike instanser, for eksempel sykehus, fastlege, feltpleiestasjoner eller andre rustiltak, og henvisningene vurderes fortløpende av et eget inntaksteam. Vanlig liggetid er 2-3 uker, men dette vurderes individuelt. I 2023 hadde hospitalet 5855 liggedøgn. Dette er litt lavere enn foregående år, grunnet oppussing og midlertidig stengning av en avdeling. Antallet i 2022 var 6222 (Frelsesarmeen 2022).²

I tråd med Frelsesarmeens øvrige virksomhet, hviler Gatehospitalets praksis på et kristent verdisyn med vekt på «omsorg for hele mennesket» der man søker å dekke fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Det innebærer at man i pasientbehandlingen legger vekt på relasjonelt arbeid og å bygge tillit mellom ansatte og pasienter.

Gatehospitalet har et utstrakt samarbeid med en rekke instanser: Oslo kommune, sykehusene i Oslo, feltpleiestasjonene, spesialiserte ruspoli-

² <https://frelsesarmeen-web.s3.eu-north-1.amazonaws.com/frelsesarmeen/A%CC%8Arsmelding-SpørsFrelsesarmeen2022-lowres-oppslag.pdf> (lesedato 15.05.2024)

klinikker, andre ideelle aktører og fastlegene. Virksomheten samarbeider også med forskningsmiljø og med utdanningsinstitusjoner.

Gatehospitalet representerer et unikt tilbud ved å tilby et somatisk døgnpleietilbud til personer med alvorlig ruslidelse; en tilrettelagt sykehusbehandling. Så langt vi har informasjon, kjenner man ikke til tilsvarende type virksomhet i andre land. I Berlin er det utviklet et palliativt tilbud til hjemløse i form av et hospice, i Stockholm et liknende tilbud. I København er Landsforeningen Arbejde Adler i ferd med å bygge opp et palliativt tilbud (i kombinasjon med en allerede etablert avlastningsenhet) for «sosialt utsatte» etter inspirasjon fra Gatehospitalet (Larsen m.fl., 2024).

1.2 Organisering og finansiering

Gatehospitalets virksomhet hviler på Frelsesarmeens diakonale verdigrunnlag. Frelsesarmeens grunnsetning, siden opprettelsen i England i 1865 og i Norge i 1888, «Suppe, såpe og frelse», viser til at mennesket både har fysiske, psykiske og sosiale og åndelige behov. I frellesarmeens Verdibok heter det at «Dette gir oss en helhetlig innfallsvinkel i møte med det enkelte mennesket». Verdigrunnlaget bygger på Bibelen og frellesarmeens oppdrag er å «forkynne Jesu Kristne evangelium og i hans navn møte menneskelige behov uten diskriminering» I bevegelsen skiller man mellom organisasjon og menighet. Ansatte i Frelsesarmeen må slutte seg til verdigrunnlaget om arbeide i samsvar med organisasjonens kristne grunnsyn, men ansatte trenger ikke være troende. I Verdigrunnlaget fremheves et positivt menneskesyn og et fokus på likeverd, hvor det er et mål: «At vi møter enkeltmennesket med en inkluderende holdning, raushet og tillit».

Gatehospitalets yter somatisk behandling ut fra det diakonale utgangspunktet som sammenfattes i mottoet: «Omsorg for hele mennesket». Institusjonen betegnes som en «halvannenlinjetjeneste» ved å plassere seg mellom velferdsstatens første- og andrelinje; mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Som vi kommer tilbake til i etterfølgende kapitler, fremhever ledere og ansatte at dette gir nødvendig fleksibilitet med mindre byråkrati og større mulighet til å agere raskt og tilpasse behandling og tilbud til en pasientgruppe med sammensatte og alvorlige lidelser og mange ulike behov. For eksempel kan man ta inn pasienter uten å bruke ressurser på «å diskutere hvilken instans som skal ta regninga før vi tar imot pasienten». En faktor er også at Gatehospitalet, som del av Frelsesarmeens rusomsorg, kan benytte øvrige deler av organisasjonen. For eksempel ved å tilby pasientene aktiviteter eller oppfølging utenfor huset, og ved faglig samarbeid med andre enheter.

Gatehospitalet var tidligere en fast post på statsbudsjettet og mottok midler direkte over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I likhet med en rekke andre frivillige og ideelle virksomheter, ble dette endret f.o.m. statsbudsjettet for 2023. Gatehospitalet mottar nå midler gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet: *Grunntilskudd til institusjonsbaserte tilbud for personer med rusmiddelproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester*. Det bevilgete beløpet for 2024 var 54 713 000 kroner, litt mindre enn Gatehospitalet søkte om.

Samtidig ga Helsedirektoratet tilsagn om at søknaden om flerårig tilskudd for 2025 og 2026 vil bli innvilget (med forbehold om bevilgning over de aktuelle statsbudsjettene), noe som innebærer en viss forutsigbarhet for virksomheten. Tildelingene blir ikke automatisk justert i forhold til lønns- og prisvekst og gjør at midlene ikke dekker de reelle utgiftene.

Gatehospitalet benytter noe egne midler (arv, gaver) til særskilte prosjekter eller innkjøp utenom daglig drift. Det dreier seg om kunnskapsutvikling i form av forsknings- og utviklingsprosjekt, og også velferdstiltak for pasienter, innkjøp av treningsapparater, oppussing av bakgård og liknende.

Gjennom hele Gatehospitalets virketid har det vært bred, politisk enighet om betydningen av institusjonen og enstemmige budsjettvedtak om tildelingene. Alle helseministrene har vært på besøk. Samtidig erfares en usikker, finansiell situasjon og behovet for å synliggjøre og begrunne Gatehospitalets eksistensberettigelse som en krevende oppgave, som tar tid og ressurser fra det pasientfokuserte arbeidet.

1.3 Forskningsdesign – tema og perspektiv

Oppdraget til forskerne er relativt åpent formulert. Ved siden av å gi et historisk overblikk, ønsket man at hovedvekten skulle legges på hvordan Frelsesarmeens rusomsorg løser oppdraget som er gitt av Helsedirektoratet og hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppens behov i fremtiden. Oppdragsgiver ønsket en forskningsrapport som kunne gi et bredt kunnskapsgrunnlag for den videre utviklingen av Gatehospitalet, inkludert identifikasjon av spenninger og dilemma i virksomheten.

På denne bakgrunn, har vi i samråd med oppdragsgiver formulert de tre hovedtemaene slik:

1. En kort historisk beskrivelse med oversikt over Gatehospitalets tilbud og utvikling av virksomheten gjennom 20 år.
2. En analyse med hovedvekt på hvordan virksomheten i dag løser oppdraget Helsedirektoratet har gitt Frelsesarmeens Rusomsorg.
3. På denne bakgrunn gis en overordnet drøfting av hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppens behov i fremtiden.

Dette er hver for seg omfattende tema hvor det ville være en stor oppgave å gå i dybden på hver av dem. For å kunne gi et overgripende bilde av Gatehospitalets virksomhet, og ut fra prosjektets ressursmessige rammer, har vi derfor valgt å konsentrere oss om hovedlinjer og gå noe i dybden på enkelte tema.

Oppdraget Gatehospitalet får fra Helsedirektoratet

Som nevnt, mottar Gatehospitalet midler gjennom Grunntilskudd til institusjonsbaserte tilbud for personer med rusmiddelproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester. Under avsnittet «formål» er målgruppen angitt, som i tittelen på tilskuddet, til å være «personer med rusmiddelproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester». Formålet med ordningen, som er å betrakte som Gatehospitalets oppdrag, er i vedtaksbrevet for 2024 formulert som at virksomheten i arbeidet med målgruppen skal (våre nummereringer):

- (1) bidra til at personer i målgruppen har tilgang til institusjonsbaserte dag- og døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten med sikte på bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse (faktiske brukereffekter).
- (2) Det er videre et selvstendig mål at systematisk bruker- og pårørendemedvirkning på systemnivå, tjenestenivå og individnivå er en integrert del av utvikling- og kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomheter som mottar tilskudd.
- (3) Ordningen er en del av samfunnets samlede innsats overfor målgruppen og skal bidra til mangfold og kvalitet i institusjonsbaserte dag- og døgntilbud i regi av frivillig og ideell sektor og skal legge til rette for sammenhengende rehabiliteringsforløp.

Rapporten vil ta for seg alle tre formål, men konsentrerer seg om det første, som er det mest komplekse og sammensatte. Analysen vil få frem hvordan dette formålet henger sammen med/innebefatter de to andre.

Forskningsspørsmål og perspektiv

- Hvordan utformer Gatehospitalet sin rolle? Hvilke hovedgrep tar de for å oppfylle formålet?
- Hvordan erfarer og vurderer samarbeidspartnere, pasienter og ansatte/ledere Gatehospitalets virksomhet?
- Hva ser de som de viktigste faktorene Gatehospitalet bør vektlegge i den videre virksomheten?
- På denne bakgrunn, hvilke faktorer og avveininger vil være viktige for hvordan Gatehospitalet kan møte pasientgruppas behov i fremtiden?

Vi vil presisere at denne rapporten ikke har form av en klassisk evaluering, men en utredning, der hensikten er å få frem sentrale trekk ved de tre hovedtemaene, og ikke vurdere spesifikk eller samlet måloppnåelse. Samtidig vil en naturlig del av en analysearbeidet være å gi vurderinger av deler av virksomheten. Rapporten er, som nevnt, heller ikke et festskrift med den hensikt å først og fremst hylle jubilanten. Sentralt i oppdraget fra Gatehospitalet er derimot å få frem, ut fra knappe ressurser, et bredest mulig kunnskapsgrunnlag som kan danne grunnlag for Gatehospitalets videre utvikling.

Prosjektet faller innunder helsetjenesteforskning. Formålet er å undersøke hovedtrekk ved hvordan systemet rundt pasientene fungerer, hvordan Gatehospitalet løser oppdraget fra Helsedirektoratet og slik belyse sider ved Gatehospitalets samfunnsmessige betydning.

For å gi et mest mulig dekkende bilde av virksomheten, har vi lagt vekt på å fremskaffe datamateriale fra en rekke ulike kilder. Blant informantgruppen har vi prioritert å fremskaffe mye informasjon fra samarbeidspartnere. Dette er en effektiv måte å belyse Gatehospitalets rolle og betydning, fra aktører som kjenner institusjonen godt og som samtidig har et utenfrablakk på virksomheten.

Tidligere evalueringer og rapporter danner et bakteppe for undersøkelsen. Det ville kreve en innsats utenfor prosjektets rammer å bruke disse i en systematisk sammenlikning med dagens virksomhet. Undersøkelsene er også såpass gamle, fra første tiår på 2000-tallet, at en sammenlikning ville medføre et sterkere historisk fokus i utredningen. Men vi trekker noen sentrale linjer til funn herfra, og har generelt hentet inspirasjon og lærdom fra disse arbeidene.

1.4 Metode og datainnsamling

Til grunn for rapporten ligger ulike typer datamateriale: Dokumenter, årsrapporter, aggregert tallmateriale som Gatehospitalet har fremskaffet på forespørsel av prosjektet, og intervjuer med ansatte, ledere og pasienter på Gatehospitalet, samt de viktigste aktørene som Gatehospitalet samarbeider med. I undersøkelsen har vi prioritert å gjennomføre intervju med relativt mange av samarbeidspartnere, sett opp mot antall pasienter og ledelsen ved Gatehospitalet. Gatehospitalet samarbeider med et bredt spekter av instanser. Samarbeidspartnere som er tett på Gatehospitalets er i posisjon til å gi erfaringer og vurderinger både ut ifra hva virksomheten betyr for pasientene, og for omgivelsene; det vil si deres egen instans og feltet de opererer i.

Dokumenter: Søknader til, og tildelingsbrev fra, Helsedirektoratet, årsrapporter, alle fra de 5 siste årene. I tillegg brosjyrer, informasjonsmateriell, nettsider m.m

Tallmateriale: På forespørsel fra prosjektet, har ledere på GH hentet ut tall fra sine rapporteringssystemer. Disse har vi omarbeidet til tabeller og figurer. Det har vært en relativt arbeidskrevende oppgave for Gatehospitalet å hente ut tallmateriale etter andre kriterier enn det deres datasystemer er innrettet etter. Vi har derfor bedt om tallmateriale for hele år der dette er relativt enkelt å hente ut, og for et tidsspenn på 4-6 måneder der det er hensiktsmessig.

Casebeskrivelser: I samråd med forskerne har ansatte gitt beskrivelser av 9 anonymiserte pasienthistorier som både gir et bilde av bredden i pasientgruppas behov og illustrerer variasjonen i typiske behandlingsforløp. I teksten presenterer vi nøkkelinformasjon fra alle de 9 casene dels i en tabell, dels i en stikkordsmessig oversikt over sentrale faktorer i pasientforløp. Casene er så omarbeidet og kombinert til fem typiske case som viser kompleksitet og forløp i pasienthistoriene.

Intervju: Totalt er 18 personer intervjuet, fordelt på disse gruppene:

Tabell 1: Utvalg informanter

Intervju med:	Antall intervjupersoner
Ledere ved Gatehospitalet	2
Ansatte ved Gatehospitalet (i fokusgruppe)	5
Pasienter (inneliggende)	3
Representanter for samarbeidspartnere	8
Totalt	18

I utgangspunktet vurderte vi å også intervju pårørende. Underveis ble det tydelig at mange av pasientene har lite eller ingen kontakt med sine nærmeste. Vi vurderte at det ville bli for tidkrevende å komme i kontakt med pårørende som har erfaringer knyttet til Gatehospitalet, det gjelder først og fremst pårørende til palliative pasienter. Vi har imidlertid tatt opp pårørendes rolle i intervjuene med de ulike informantgruppene.

I utvalget av ledere og ansatte som vi har intervjuet, har de ansatte arbeidet i fra ett til 14 år ved Gatehospitalet, og lederne i fra 11 til nær 15 år. Alle har sykepleiefaglig utdanning, flere også ulike etter- og videreutdanninger, blant annet innen psykisk helse. Flere er rekruttert inn ved at de hadde praksisplass på Gatehospitalet som sykepleiestudenter, og ønsket fast der stilling senere. Gatehospitalet har menn i ulike posisjoner (i ledelsen, blant sykepleiere og lege), men i utvalget er det bare kvinner, som også utgjør majoriteten av de ansatte. Intervjupersonene arbeider i ulike stillingsprosenter, flertallet i heltid, og de som arbeider deltid, har takket nei til full stilling. Vi gjennomførte intervju med de to lederne enkeltvis og de fem ansatte samlet i en fokusgruppe. I tillegg til intervjuer, kommer to prosjektmøter, ett med ledelsen ved GH og ett også med ledelsen for rusomsorgen i FA, hvor vi har innhentet relevant informasjon. I prosjektperioden har vi også dratt nytte av mer uformelle samtaler med ledelsen ved Gatehospitalet.

Av de 44 instansene som Gatehospitalet samarbeider med, har vi, i samråd med Gatehospitalet, valgt ut 8 for intervju. Vi har sett det som viktigst å hente informasjon fra de instansene som henviser pasienter til Gatehospitalet og som Gatehospitalet samarbeider tettest med når det gjelder pasientforløp: To feltpleie, en sykehusavdeling, en spesialisert ruspoliklinikk, Oslo kommune; ved bo-oppfølger i bydel, ruskonsulent

NAV og ambulerende team, og et døgnåpent værested med/lettere medisinsk oppfølging. Blant disse er to ideelle organisasjoner. Det betyr at vi ikke har snakket spesifikt med medisinske miljø som har felles kunnskapsutviklingsprosjekt med hospitalet. I tabell 6 (Vedlegg) finner leseren en liste over alle henvisende instanser. Blant de vi har intervjuet, er det 1 lege, 3 sykepleiere, 1 psykolog, 2 sosionomer og 1 samfunnsviter med videreutdanning innen rusbehandling (videreutdanning gjelder flere). Alle har arbeidet lenge i tjenester som samarbeider med Gatehospitalet, flertallet i 10-15 år, enkelte lenger.

Vi har til sammen intervjuet såpass mange ansatte, ledere og samarbeidspartnere at vi mener de gir et relativt dekkende bilde av disse grupperes erfaringer.

Når det gjelder *inneliggende pasienter*, har vi intervjuet relativt få; tre personer. I utvalget er kvinner og menn representert. Dette er pasienter som det har vært enkelt for de ansatte å forespørre om intervju, av flere grunner: De er i såpass god form at de har krefter til å gjennomføre en lengre samtale med en utenforstående, og de kjenner Gatehospitalet og personalet gjennom flere tidligere opphold. Til tross for et lavt antall intervju, mener vi at disse pasientenes erfaringer har stor gyldighet ved at alle har en mangeårig relasjon til Gatehospitalet og kjenner forholdene godt.

Når aktuelle samarbeidspartnere og pasienter skulle forespørres om intervju, fulgte vi en prosedyre der Gatehospitalet først henvendte seg til personene og spurte om de var villige til å bli kontaktet av forsker. Alle forespurte pasienter og samarbeidspartnere svarte umiddelbart ja. I de fleste tilfelle mottok informantene informasjonsskriv og intervjuguide i forkant av intervjuet. Flere blant samarbeidspartnerne hadde forberedt seg godt til intervjuet ved å innhente erfaringer og synspunkt fra kolleger.

For alle informantgruppene erfarte vi en svært positiv innstilling til å kunne bidra i kunnskapen om Gatehospitalets virksomhet. Vi har gjennomført individuelle intervju med gjennomsnittlig varighet på 1,5 time, de fleste på litt over en time, enkelte opp til 2- 2,5 timer, mens ansatte ble samlet i et lengre fokusgruppeintervju med to forskere. Intervjuene med ansatte, ledere og pasienter ble gjennomført i Gatehospitalets lokaler, de fleste intervjuer med samarbeidspartnere på Teams, og noen på vedkommendes arbeidsplass.

Prosjektet faller innunder helsetjenesteforskning og er meldt til Sikt. Spesielt intervjuer med pasienter stilte særlig krav til varsomhet i gjennomføring, og ekstra tydelig informasjon om vilkårene for informert samtykke. Intervjuene med pasienter er lagret i TSD, de øvrige er transkribert i Autotekst og deretter kodet.

Et overblikk



Foto:
Hanne Rebecca Nilsen/
Frelsesarmeen

2 Et overblikk – hva har skjedd på 20 år?

Gatehospitalet ble startet opp som et pilotprosjekt i oktober 2004. Bakteppet var at man så at det var store, udekkete behov for somatisk helsehjelp blant mennesker med alvorlige ruslidelser. Spesielt gjennom arbeidet ved lavterskeltilbudene Fyrlyset og Feltpleien i Urtegata i Oslo, erfarte Frelsesarmeen hvordan brukerne hadde omfattende og sammensatte somatiske lidelser, generelt dårlig almenntilstand og nedsatt immunforsvar. Livssituasjonen var preget av misbruk og injisering av stoff, undernæring – forsterket av dårlig tannhelse – dårlig hygiene og mangel på tilfredsstillende bolig. Grappa hadde et underforbruk av legetjenester

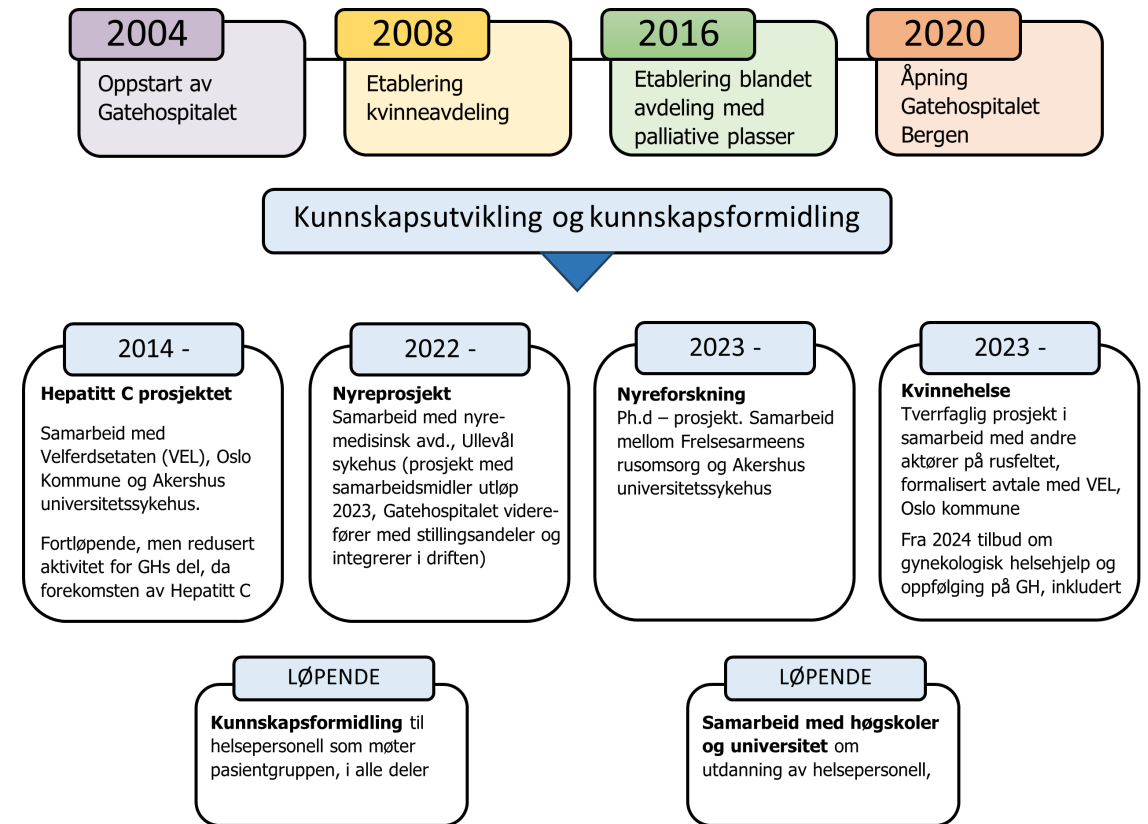
og når de fikk behandling, klarte ikke pasientene å følge den opp. Erfaringen var også at pasienter i denne kategorien ble skrevet ut fra sykehus og hospits uten tilstrekkelig oppfølging. Frelsesarmeen satte derfor i gang et prosjekt for å utrede behov og mulighet for tilrettelagt tilbud for målgruppa.³ Forskningsavdelingen ved Diakonhjemmet høgskole fikk oppdraget, og i den omfattende rapporten «Det verste er å skrive dem ut – til gata» (Døhlie og Kristoffersen, 2002) konkluderte de med å anbefale opprettelsen av et medisinsk tilbud for å bedre helsetilstanden til denne gruppa. Tilbudet burde både gi et forsterket tilbud for å hindre sykehusinnleggelse, og gi oppfølging eller ettervern etter sykehusbehandling. Man anbefalte at tilbudet baserte seg på den grunnleggende idéen fra hospicebevegelsen om profesjonell, individualisert omsorg og prinsippene om personlig kall (dedikasjon, ikke nødvendigvis i form av tro), profesjonalitet og faglighet, og utvikling /bruk av nettverk og støtte i forhold til andre faginstanser og myndigheter. Dette ble også pekt på som samsvarene med Frelsesarmeens verdigrunnlag.

Frelsesarméen fikk deretter i oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet å medvirke til planlegging og drift av «en lavterskel helse- og omsorgsklinikk for rusmisbrukere i Oslo» og tilsagn om tilskudd til oppstart. Et krav var at virksomheten skulle evalueres eksternt. En underveisevaluering og en sluttrapport (etter tre års drift) viste at Gatehospitalet oppfylte målsettingene og ga også et bredt kunnskapsgrunnlag og mange innspill til den videre driften (Briseid og Angell, 2006, 2007). Etter dette gikk Gatehospitalet over til å være en fast post på statsbudsjettet, frem til tilskuddsordningene for frivillige og ideelle organisasjoner ble endret med statsbudsjettet for 2023 (jf 1.2).

I de 20 årene som har gått, gir føringene fra oppstartsfasen fremdeles en god beskrivelse av kjernen i Gatehospitalets virksomhet. Samtidig har institusjonen søkt å utvikle tilbudet i takt med ny kunnskap og endringer i pasientenes og tjenestenes behov. Nedenfor gir en oversikt over de viktigste av disse endringene:

³ Som del av et større prosjekt «Kraft».

Figur 2: Gatehospitalets utvikling



Det er grunn til å fremheve at både opprettelsen av Gatehospitalet og utvidelse og tilpassing av tilbudet (kvinneavdeling, palliativt tilbud) er begrunnet, ved siden av Gatehospitalets egne erfaringer, i anbefalinger fra eksterne, faglige utredninger. Bakgrunn for opprettelsen av en egen kvinneavdeling var at flere kvinner enn menn skrev seg ut før de var ferdigbehandlet. I sin rapport viste Dyb (2006) at kvinnelige pasienter i større grad enn menn følte at de befant seg i en svært sårbar situasjon, både innenfor og utenfor Gatehospitalet. Det gjaldt blant annet erfaringer knyttet til misbruk og overgrep, og i rusmiljø og blant pasientene var høyere antall menn enn kvinner med på å gi en viss mannsdominans.

Etablering av en egen avdeling for kvinner, men der man også opprettholdt felles arenaer for kvinner og menn, ble vurdert å kunne gi kvinnene en følelse av økt trygghet og mer tilpasset behandling, med større sjanse for fullført opphold. Da man opprettet blandet avdeling med palli-

ative plasser, var det på bakgrunn av en utredning (Dyb og Johannessen, 2009) som ga en klar anbefaling om å etablere et eget palliativt tilbud ved Gatehospitalet. Mennesker med alvorlig ruslidelse falt ofte mellom to stoler, også når de var døende; mellom rus og psykiatri, og de etablerte hospicene tok bare unntaksvis mennesker med alvorlig ruslidelse som pasienter. En betydelig andel var hjemløse. Et gjennomgående ønske var å kunne få muligheten for en verdig død og bli tatt vare på, både medisinsk og menneskelig, i livets siste fase.

Da Gatehospitalet i Bergen ble åpnet i 2020, etter stortingsvedtak (Innst. 11 S (2015–2016)), var det etter modell av Gatehospitalet i Oslo og de gode erfaringene man hadde høstet der.

En viktig del av Gatehospitalets utviklingshistorie er rollen de har tatt som kunnskapsutvikler og kunnskapsformidler. Gatehospitalet har utformet en slik aktiv rolle overfor mange ulike deler av helsetjenestene og tjenesteapparatet, samt utdanningsinstitusjonene. Det gjelder i form av samarbeid med universitet og høyskoler, både ved forelesninger og ved å ta imot studenter i praksisplasser (sykepleie, fysioterapi, de siste årene paramedic-studiet og legestudiet). Ikke minst har Gatehospitalet tatt del i, og også selv tatt initiativ til, ulike samarbeidsprosjekter for helsefaglig kunnskapsutvikling (hepatitt C., et nyreprosjekt og et eget doktorgrads-prosjekt om nyretematikk, og kvinnehelse). I tillegg kommer arrangementer av egne fagdager på Gatehospitalet (hvor eksterne enkelte ganger inviteres inn) og kunnskapsoverføring gjennom foredrag og presentasjoner hos ulike instanser.

Gjennom tilpassing og utvikling av tilbudet, har Gatehospitalet opparbeidet seg særskilt kompetanse på behandling av pasienter med kombinasjon av ruslidelse, psykiske lidelser og ulike somatiske tilstander. Som det vil fremgå av de neste kapitlene, inkluderer dette blant annet sårbehandling, hepatitt C, smertelindring i kombinasjon med substitusjonsbehandling, palliativ behandling av disse pasientene og nyresvikt. Gjennom årene har man ved Gatehospitalet gjort flere typer undersøkelser tilgjengelig ved institusjonen, for eksempel ved å skaffe apparat for ultralyd og EKG. I 2024 startet Gatehospitalet med intravenøs antibiotikabehandling til pasienter som kommer direkte fra sykehus og som har fått lagt inn venekatter. Dette er tenkt som avlastning for sykehusene og et bedre alternativ for pasienten enn å bli liggende på en travel sykehusavdeling.

Samlet sett kan man si at Gatehospitalet har utviklet en særegen posisjon hvor de er spesialisert på å motvirke en oppstykkende behandlingstilnærming som i stor grad preger andre deler av helsevesenet og som byr

på særlig problemer i møtet med mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet.



Frelsesarmeen har gjennom sitt mangeårige engasjement innen rusomsorgen hatt kontakt med en gruppe tunge rusmisbrukere som sliter med omfattende somatiske plager og har en generelt dårlig allmentilstand med nedsatt immunforsvar.

Med godkjenning og finansiering fra Sosial- og helsedirektoratet skal det i regi av Frelsesarmeen etableres et lavterskel helse- og omsorgstilbud for rusmisbrukere i Oslo. Målgruppen for tiltaket er tunge rusmisbrukere med store og sammensatte helseproblemer.

Gatehospitalet er planlagt å være et tilbud hvor rusmisbrukere kan få omsorg og medisinsk døgntilrettelegging etter utskrivning fra sykehus, ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse, ved underernæring, fysisk utmattelse og helsemessig kollaps. Tilbudet vil i hovedsak være av somatisk karakter. Gatehospitalet skal ha fokus på individuell tilpassing til brukernes behov for behandling. Gatehospitalet er definert som et 3-årig prosjekt.

Til Gatehospitalet som er et nytt og spennende pionerprosjekt innen rusomsorgen i Norge, søker vi medarbeidere med relevant faglig kompetanse og et oppriktig engasjement

GATEHOSPITALET

FAGLIG OG PERSONLIG UTVIKLING I MØTE MED MEDMENNESKER

Det planlegges en bemanning på 15-20 medarbeidere fordelt på 12 stillingshjemler. Personalgruppen skal inneha bred kompetanse. Gatehospitalet vil ha samarbeid med andre fagmiljøer innen psykiatri, sosialfag, tannhelsetjeneste, fysioterapi, infeksjon - og sårbehandling og lignende.

MEDISINSK ANSVARLIG LEGE - 100% stilling Vi søker lege, gjerne med tilleggsutdanning og/eller erfaring innen allmenmedisin, indremedisin eller annen relevant kompetanse

Vedkommende får det overordnede medisinskfaglige ansvaret for tilbudet. Legen skal sørge for at samarbeidet med Oslo kommune, feltpleiestasjonene, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere blir etablert og fungerer godt i det daglige. Vi søker en person som kan ta et selvstendig ansvar for endelig utforming av stillingen.

AVDELINGSSYKEPLEIER/ SYKEPLEIERE

Avdelingsykepleier vil ha sykepleiefaglig og administrativt hovedansvar for Gatehospitalet. Tilleggskompetanse innenfor ledelse vil være ønskelig.

Vi søker sykepleiere, gjerne med erfaring og tilleggsutdanning. Det skal settes sammen et helt nytt team, slik at ulike kompetanser gjerne kan utfylle hverandre.

Nyutdannede sykepleiere er også velkomne til å søke.

Det kan være aktuelt å ansette sykepleiestudenter til helgevakter.

Det åpnes også for at **HJELPEPLEIERE** kan søke nattevaktstillinger.

Vennligst angi ønsket stillingsstørrelse i din søknad (1/2, 3/4, 1/1).

Vi ønsker deg som er uredde, har ekte engasjement, varme og raushet. Det er viktig at du i ditt arbeid ved Gatehospitalet står for et positivt menneskesyn og er lojal overfor Frelsesarmeens verdigrunnlag. Du er initiativrik, fleksibel og har gode samarbeidsevner.

Menn oppfordres spesielt til å søke.

Lønn etter avtale. Medlemskap i KLP. Frelsesarmeen er medlem av HSH.

For nærmere opplysninger om Gatehospitalet og de ulike stillingene, vennligst kontakt:

Evy Kittelsen 48122563 (fra 13.april), Vibeke Dahl 95158237, Marit Myklebust 91597363 eller Thomas Rygh 934445755

Søknad med CV merket Gatehospitalet sendes til Frelsesarmeens Sosialtjeneste, PB 6866, St.Olavs plass, 0130 Oslo. Benytt gjerne e-post til sosialen@frelsesarmeen.no. **Søknadsfrist 26. april.**



Foto:
Hanne Rebecca Nilsen/
Frelsesarmeen

3 Behandlingsforløp - typiske pasienthistorier

Dette kapitlet er basert på pasienthistorier fra Gatehospitalet. Av til sammen ni anonymiserte pasienthistorier har vi først trukket ut noen elementer som illustrer kjennetegn ved pasientgruppen, hvorfor de innlegges på Gatehospitalet og hva slags behandling, hjelp og oppfølging Gatehospitalet gir. Dette presenteres i stikkord i en tabell. Deretter beskrives fem pasienthistorier som enkeltcase. Grunnlagsmaterialet og hvordan vi i samarbeid med ansatte ved Gatehospitalet har fått fram disse historiene er redegjort for i rapportens metodekapittel. Vi skal kort repetere noen elementer her, som er viktige forutsetninger for både vår presentasjon og lesning av tabellen og casene.

Informasjonen i tabellen og hvert av de fem case tar utgangspunkt i en anonymisert historie til personer som har vært pasienter ved Gatehospitalet. Vi har selvsagt ikke tilgang til personidentifiserende opplysninger, og enkelte spesifikke personlige kjennetegn er også utelatt, før vi har fått tilgang til disse historiene. I casebeskrivelsene har vi jobbet videre med å sikre pasientenes anonymitet. Et enkelt grep, som er gjort i noen tilfeller, er å «skifte kjønn» på personene. Navnene er selvsagt fiktive, og dersom noen av navnene skulle sammenfalle med tidligere eller nåværende pasienter ved Gatehospitalet, er det tilfeldigheter. Det som er helt sikkert, er at personen som er utgangspunkt for casebeskrivelsen, har et annet navn enn det vi bruker her.

En annen vesentlig form for ivaretagelse av pasientens anonymitet er å utelate spesifikke og mulig identifiserende kjennetegn eller hendelser. Det kan også innebære å utelate svært dramatiske hendelser eller svært alvorlige helsetilstander. Casene, og informasjon i tabellen, vitner likevel om vanskelige liv og alvorlige og, for mange, livstruende helsetilstander. Tabellen og de fem casene viser noe av bredden i problemstillinger knyttet til pasientgruppen. Hver historie er unik, men flere av historiene har også noen fellestrekk, ut over det som er kriteriene for å bli innlagt ved Gatehospitalet.

3.1 Pasienthistorier – oversikt

Tabellen oppsummerer ni pasienthistorier etter kriteriene alder ved første gangs innleggelse (10-årig alderskategori), antall innleggelser totalt, årsak til første gangs innleggelse og om pasienten er død. Videre oppgis sykdommer og/eller helsetilstander som avdekkes etter innleggelsen eller som pasienten utvikler etter hvert. Videre oppgis oppfølging og hjelp fra Gatehospitalet ut over pleie og medisinsk hjelp, pasientens kontakt med pårørende og bosituasjon.

Tabell 2: Oversikt case

Alder ved 1. gangs innleggelse	Antall innleggelser/ opphold totalt	Pasienter som er døde:
20-årene	1 opphold	
20-årene	15 opphold	Døde på Gatehospitalet
30-årene	18 opphold	Død
30-årene	Ca. 30 opphold	
40-årene	6 opphold	Døde på Gatehospitalet
40-årene	7 opphold	Død
40-årene	2 opphold	
40-årene	Over 30 opphold	
50-årene	Over 40 opphold	Døde på sykehus

Årsak til 1. gangs innleggelse:

Behov for sårstell – abscesser, skader, operasjonssår – (andre) infeksjoner eventuelt antibiotikakur, dårlig allmenstilstand, utmattelse, underernæring, oppfølging/ behandling av kronisk lidelse, avklaring for/inntak til LAR. Disse helseproblemene/ sykdomstilstandene følger de fleste pasientene videre under oppholdene.

Andre helseproblemer/sykdommer, kroniske eller som oppdages og/ eller oppstår senere:

Kols, astma, lungebetennelse, lav oksygenmetning, anemi, blodpropp, nyresykdom/-svikt, leversykdom/-svikt, hjertesvikt, hepatitt C, hiv/aids, blodforgiftning, skader etter vold og ulykker, dårlig tannhelse, smerter, angst, depresjon, søvnproblemer, traumer/PTSD, vrangforestillinger. Utagerende adferd mot medpasienter og/eller ansatte, blant annet som følge av sykdom inkludert ruslidelse.

Oppfølging fra Gatehospitalet ut over medisinsk:

Innleggelse, avtale og/eller følge til undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten eller annen helsetjeneste, briller og fysiske hjelpemidler for skader/funksjonsnedsettelse, tannbehandling, deltakelse i ansvarsgrupper, avtale/delta på møter med NAV og andre tjenester.

Bolig/bosituasjonen:

Kommunal bolig uten eller med oppfølging fra hjemmesykepleie eller andre tjenester, tilpasset, bemannet bolig, tilpasset bolig med noe oppfølging/tjenester, kommunal institusjon, annen institusjon (behandling for avhengighet bla.), midlertidig botilbud inkl. lavterskeltilbud, ingen tilbud/bor på gata. Varierer mellom pasientene og for den enkelte pasient i løpet av innleggelsene.

Pårørende:

Én pasient har familie som støtter og er til stede, én pasient har ingen nær familie (er døde). To av pasientene har noe kontakt med slektninger, en gjenoppretter kontakt mot livets slutt med hjelp fra Gatehospitalet. De andre har liten eller ingen kontakt med familie – en av pasientene regner ansatte på Gatehospitalet som nærmeste pårørende.

Omfanget av sykdommene og helsetilstandene, som er listet opp i tabellen, varierer hos pasientene. Men som casene vil vise, er det opphopning av sykdommer hos den enkelte pasient. Vi har ikke tatt med ruslidelse og bruk av ulike rusmidler i tabellen. Målgruppen for Gatehospitalet er personer med ruslidelse og behov for pleie og medisinsk oppfølging av sykdommer og helseproblemer. Alle personene i disse pasienthistoriene bruker og/eller har brukt tunge illegale rusmidler, de er, har vært eller søker seg inn i LAR, noen etter å ha falt ut av LAR. Fem av de ni pasientene er døde. Alder ved dødsfall gjengis i casene og illustrerer at risikoen for en tidlig død er svært høy for personer med ruslidelse.

3.2 Fem pasienter

BJØRNAR kommer til Gatehospitalet første gang når han er i begynnelsen av 40-årene. Han har en lang historie med bruk av ulike rusmidler. De siste 20 årene har han primært brukt heroin. Han blir henvist fra spesialisthelsetjenesten til Gatehospitalet for å fullføre antibiotikakur og få stell av sår. Bjørnar har hepatitt C og er plaget med astma. Han blir på Gatehospitalet en måneds tid, men drar uten å melde fra til personalet. Dette er første av flere opphold ved Gatehospitalet for Bjørnar i løpet av en tiårsperiode.

Tre år etter første opphold blir Bjørnar henvist til Gatehospitalet fra et lavterskeltilbud for mennesker med alvorlig ruslidelse. Han har utviklet kols og har generelt dårlig helse. Denne gangen blir han til han er klar til utskrivning, men er tilbake etter noen måneder og blir der bare noen få døgn. En måned senere henvises Bjørnar igjen til Gatehospitalet fra lavterskeltilbudet. Han har fått bistand til å skaffe seg en kommunal bolig og blir på Gatehospitalet til han kan flytte inn. Han har begynt i legemiddelassistert behandling (LAR), og får hjelp av hjemmesykepleien til å håndtere metadon og andre medisiner.

Det går nesten to år før Bjørnar på nytt henvises til Gatehospitalet. Han har falt ut av LAR, og planen er at han skal trappe opp på metadon under oppholdet. Han drar imidlertid etter et par dager. Bjørnar har til nå hatt fem opphold ved Gatehospitalet, og for hvert opphold er helse-tilstanden forverret. Da han igjen kommer til Gatehospitalet etter seks måneder, blir han sendt til sykehus med ambulanse, der det konstateres hjerte- og lungesvikt. Han er nå svært syk og gis ingen forhåpninger om bedring.

Bjørnar sendes nå til Gatehospitalet for palliativ pleie. Dette blir hans sjettede og siste opphold. Han har noen korte permisjoner, men er i hovedsak på Gatehospitalet og får smertelindrende medisiner og pleie. Han har etter hvert tatt opp kontakt med slektninger, som besøker ham i denne siste perioden og er der når Bjørnar dør på Gatehospitalet, i en alder av et par og femti år.

TONJE er i begynnelsen av 30-årene ved første innleggelse i Gatehospitalet. Hun blir henvist fra et lavterskeltilbud for mennesker med alvorlig ruslidelse på grunn av utmattelse og generelt svekket helsetilstand. Hun velger imidlertid å dra fra Gatehospitalet etter noe få dager. I løpet av et knapt tiår har Tonje over 30 opphold ved Gatehospitalet. Ofte har hun valgt å skrive seg ut selv, før den planlagte behandlingen og oppfølgingen er fullført.

Tonje begynte med rusmidler før hun kom i tenårene og har injisert heroin fra 18-årsalderen. Til tross for mange innleggelser, tar det fem år fra første til andre opphold. I denne perioden har Tonje vært henvist flere ganger, men hun har ikke møtt opp. Hun har nå behov for sårstell, har en funksjonsnedsettelse på grunn av skade og er avmagret. Også denne gangen, og neste gang som er tredje opphold, drar hun før avtalt tid.

Ved fjerde opphold, som er seks år etter det første, henvises Tonje til Gatehospitalet for opptrening etter en bruddskade. Helsetilstanden er forverret, hun har infeksjoner og er fysisk svak. Også denne gangen drar hun før planlagt, men kommer tilbake og gjennomfører opptrening med fysioterapi etter bruddskaden. Oppholdene ved Gatehospitalet blir nå hyppigere. Helsetilstanden forverres, og Tonje trenger hjelp til alle praktiske gjøremål. I hele perioden er hun i LAR, men har mye inntak av rusmidler ved siden av.

De første årene bor Tonje i midlertidig botilbud for bostedsløse med alvorlig ruslidelse. Hun får etter hvert kommunal leilighet. Under de mange oppholdene ved Gatehospitalet får hun blant annet praktisk hjelp knyttet til leiligheten, omsorg, hvile, medisiner, opptrening og sårstell. Hun følges til avtaler og møter utenfor Gatehospitalet, og får støtte til å holde kontakt med familie. Gatehospitalet sørger for at det gjennomføres ansvarsgruppemøter. Tonje er mye misfornøyd, hun kommer lett i konflikter med andre pasienter og kan være fysisk og verbalt utagerende. Hun blir flere ganger skrevet ut av Gatehospitalet på grunn av rusmiddelbruk, og fortsetter å dra før planlagt. I perioder finner hun seg til rette og har gode samtaler med ansatte.

STIG er midt i 40-årene når han blir innlagt ved Gatehospitalet for sårstell og hvile. Han bodde og bor fremdeles i bemannet bolig (vår 2024). Hittil har han hatt i overkant av 30 opphold. Stig har hele tiden hatt metadon og beroligende (benzodiazepiner) på resept. Han bruker også en del hasj og amfetamin, men virket ikke ruset ved første innskriving og stort sett ikke ved senere innskriving. Stig er en urolig pasient, særlig om natten, og isolerer seg delvis på rommet. Han har telefonkontakt med kjæreste og venner utenfor Gatehospitalet, men disse samtalenene gjør ham opprørt og engstelig.

Det går fire år før neste innleggelse. Stig henvises fra feltpleien på grunnlag av behov for sårpleie og hvile, og hjelp med ernæring. Han har smerter i beinet etter å ha blitt utsatt for grov vold. Skaden blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten etter initiativ fra Gatehospitalet. Han er tilbake etter et halvår, og igjen etter et par måneder. Han gir uttrykk for at han føler seg trygg og ivaretatt ved Gatehospitalet. I løpet av de mange oppholdene blir Stig roligere. Det blir færre episoder med høylytt og agitert adferd. Rusinntaket reduserer med årene. Han plages imidlertid av paranoide tanker og forestillinger. Den fysiske helsen blir dårligere. Han utvikler kols. Under ett av oppholdene oppdager Gatehospitalet blodpropp i lungene og blodforgiftning, og sørger for akutt sykehusinnleggelse.

En vedvarende utfordring er manglende ivaretagelse av personlig hygiene og svært dårlig tannhelse. Stig får hjelp med hygiene og egenpleie under oppholdene på Gatehospitalet, men forsømmer seg selv mellom oppholdene. Det kommer fram at han har et negativt forhold til egen kropp, blant annet på grunn av at han har opplevd grov og traumatiserende vold i nære relasjoner. Stig beskrives at personalet som en av de mest sårbare pasientene, av de som jevnlig legges inn ved Gatehospitalet. I tillegg til alvorlig psykisk lidelse, har han skjør fysisk helse og har liten evne til egenomsorg. Gatehospitalet er etter hvert blitt en trygg havn. Oppholdene bremser det fysiske forfallet og bidrar til å stabilisere den fysiske og psykiske helsen.

ANNA henvises til Gatehospitalet fra et midlertidig botilbud når hun er i begynnelsen av 30-årene. Hun begynte å ruse seg tidlig i tenårene og bruker heroin, amfetamin og lovlig rusmidler (benzodiazepiner). Anna henvises til Gatehospitalet for å få hjelp og oppfølging for en kronisk og svært plagsom sykdom. På grunn av uro og utfordrende adferd, skrives hun ut etter en drøy uke.

Det går ett og et halvt år før neste innleggelse. Hun får behandling for sin kroniske lidelse fra spesialisthelsetjenesten, og kommer til Gatehospitalet for oppfølgende behandling og sårstell. Hun drar etter en drøy uke. Hun kommer tilbake til Gatehospitalet etter en måned, og blir der en uke. Seks måneder senere henvises Anna igjen til Gatehospitalet for gjennomføring av antibiotikakur og sårstell, men skrives ut etter kort tid på grunn av rus. Mange og korte opphold, med utskrivning før behandlingen er gjennomført, blir et mønster i Annas forhold til Gatehospitalet de neste årene.

To år etter første innleggelse får Anna en alvorlig skade etter ha blitt utsatt for grov vold. Hun behandles i spesialisthelsetjenesten og må gjennom større operasjoner. Hun kommer til Gatehospitalet for pleie og oppfølging, men drar etter et par dager. Etter et halvt år er Anna tilbake på Gatehospitalet. Hun er sliten, tynn og fortvilet. Gatehospitalet bistår med å få tilpasset hjelpemidler og videre behandling etter skaden, søknad om legemiddelassistert behandling (LAR) og tannbehandling. Hun er på nippet til å dra, men overtales til å bli og har sitt, til da lengste opphold, som er på seks uker. Hun har like etter dette noen kortere opphold.

To år senere henvises Anna på nytt til Gatehospitalet. Allmenntilstanden er dårlig, og hun er svært ruset. Tilværelsen har de siste årene vært preget av bostedsløshet med blant annet opphold i midlertidige botilbud. Nåværende oppholdssted er en kommunal institusjon. Hun får hjelp med å finne et bedre sted å bo og løse andre praktiske problemer. Hun blir fulgt til psykolog utenfor Gatehospitalet.

De neste årene har Anna flere opphold ved Gatehospitalet og har flere sykehusinnleggelser for behandling av sin kroniske lidelse. Under ett av oppholdene oppdages nyresvikt og hepatitt C. Hun klarer ikke å følge opp behandling for nyresvikt. Den generelle helsetilstanden blir dårligere.

Anna har gjennom hele forløpet ruset seg mye, og er tidvis blitt utskrevet fra Gatehospitalet og spesialisthelsetjenesten på grunn av rus. I løpet av de nesten ti årene hun har opphold på Gatehospitalet, er særlig den første tiden preget av utagerende adferd og uro. Det siste oppholdet varer i en måned, og hun uttrykker at hun er fornøyd. Anna dør en tid etter dette siste oppholdet.

MARCO er utenlandsk statsborger, som har bodd i Norge i mange år og har familie i landet. Han er i slutten av førtiårene når han kommer til Gatehospitalet første gang. Marco utviklet avhengighet av rusmidler forholdsvis sent i livet. På grunn av alvorlig ruslidelse har han etter hvert lite kontakt ned familien. Han er bostedsløs ved første innleggelsen i Gatehospitalet, og han har et høyt inntak av rusmidler. Marco henvises fra spesialisthelsetjenesten for stabilisering, helsesjekk og for ny oppstart av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I tillegg til generell dårlig helsetilstand har han en kronisk sykdom, som er livstruende om den ikke behandles.

Marco sliter en del med abstinenser i starten av oppholdet, men dette avtar etter hvert som han trappes opp og stabiliseres på substitusjonsmedisinering. Allmenntilstanden bedres etter hvert. Marco har tilstrekkelig norskkunnskaper til å delta i samtale med ansatte og andre pasienter i fellesskapet på Gatehospitalet, og med ansatte om daglige rutiner og gjøremål. Han trenger imidlertid tolk i viktige samtaler om medisinsk behandling og oppfølging, blant annet for å kunne delta i ansvarsgruppen. Under oppholdet jobber ansatte ved Gatehospitalet for å få til en permanent og tilfredsstillende boligløsning. Marco skrives likevel ut til et midlertidig botilbud. Han venter på vurderingssamtale for opptak i LAR.

Et halvår senere har Marco sitt andre og (foreløpig) siste opphold ved Gatehospitalet. Han bor fremdeles i midlertidig botilbud, som også henviser ham til Gatehospitalet. Han er i dårlig forfatning og svært sliten. Han har ikke møtt til avtaler for å tas opp i LAR. Han har til dels klart å følge opp medisinerer for sin underliggende kroniske sykdom. Han har flere diffuse symptomer og legges inn på sykehus for grundigere utredning. Tilstanden blir bedre etter stabilisering på substitusjonsmedisin. Gatehospitalet jobber videre overfor kommunen for å få til en boligløsning. Marco skrives ut før planlagt på grunn av rus under oppholdet. Boligsituasjonen er ikke løst ved utskrivning.

3.3 Oppsummering

Pasientene i disse fem historiene er i alderen tidlig i 30-årene til sent i 40-årene ved første gangs innleggelse ved Gatehospitalet. Som tabellen viser, har Gatehospitalet pasienter som er i 20-årene og pasienter som har passert 50 år ved første gangs innleggelse. Flertallet av pasientene, som er inkludert i casene begynte å ruse seg tidlig i livet. Alle inkludert Marco, som debuterte med rus forholdsvis sent, er allerede ved første gangs innleggelse preget av et liv med mye inntak av rusmidler, de har generell dårlig allmenntilstand og flere alvorlige sykdommer og helseplager. I noen av pasienthistoriene går det forholdsvis lang tid mellom de første innleggelsene, men så øker i frekvensen i innleggelse etter som personens helsetilstand forverres. Antall opphold ved Gatehospitalet varierer mellom ett og mer enn 40. Ofte avbrytes oppholdene før planlagt utskrivning, enten fordi pasienten velger å dra eller blir utskrevet grunnet bruk av rusmidler.

Gjennomgående blir pasientene henvist til Gatehospitalet for sårstell og for å ivareta den generelle helsetilstanden. Ved flere av innleggelsene nevnes at pasienten er avmagret og/eller har infeksjoner (i tillegg til infiserte sår). Tre av pasientene har kroniske lidelser som trenger jevn oppfølging og behandling (Bjørnar, Anna og Marco). Flere av pasientene utvikler uhelbredelige tilstander i løpet av perioden de er knyttet til Gatehospitalet, som kols og nyre-, hjerte- og/eller lungesvikt. Alle pasientene i casene har vært inne og ute av LAR, og/eller har brukt rusmidler ved siden av substituttmedisinering.

To av pasientene, Stig og Anna, har skader etter grov vold fra personer i nære relasjoner og i rusmiljøet. Anna har som følge av volden varig funksjonsnedsettelse, som trenger behandling og oppfølging. Tonje har en funksjonsnedsettelse etter en skade, som ikke er forårsaket av vold fra en annen part. Hvorvidt disse pasientene selv har utøvet alvorlig vold nevnes ikke i beskrivelsene som casene er basert på. I flere av casene framgår det imidlertid at pasienten kan være utagerende fysisk og verbalt, eller viser utfordrende adferd mot ansatte og/eller andre pasienter, under oppholdet.

Utenfor Gatehospitalet er pasientenes tilværelse preget av mangel på stabilitet. Det gjelder også pasientenes boligsituasjon. Alle fem pasientene bor store deler eller hele perioden som beskrives i casene i midlertidig botilbud, kommunal bolig eller institusjon, og de fleste er innom flere boliger og botilbud. Enkelte pasienter er, som Marco ved første gangs innleggelse, helt uten noe tilbud. Med unntak av en av de yngste pasientene

(ved første gangs innleggelse) har samtlige en broket bolighistorikk, som inkluderer perioder med bostedsløshet.

Bjørnar dør på palliativ avdeling på Gatehospitalet. Han er da tidlig i femtiårene. Anna rekker å nå midten av førtiårene før hun dør. Til tross for nedadgående helsetilstand for pasientene og, som for Bjørnar og Anna, en tidlig død, har oppholdene ved Gatehospitalet forlenget livet for mange personer med ruslidelse. Alvorlige tilstander som er beskrevet i disse casene, er avdekket ved Gatehospitalet eller som resultat av at Gatehospitalet har sørget for innleggelse og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Enkelte spesifikke, og betydningsfulle, opplevelser for noen av pasientene, som julefeiring og bursdager ved Gatehospitalet, er utelatt fra casene for å sikre anonymiteten til pasienten. Den samme begrunnelsen gjelder utelattelse av omtale av skeive pasienter. Skeive er spesielt utsatte i et hardt rusmiljø, som er preget av tradisjonelle kjønnsroller og det man kan kalle machokultur. Skeive er en minoritet også i rusmiljøet, og omtale av skeive pasienter utgjør en risiko for identifisering av enkeltpersoner. Også omtale av hivsmitte og aids er utelatt av hensyn til anonymisering, men disse tilstandene utgjør en del av bildet.

Casene illustrerer sentrale faktorer for Gatehospitalets virksomhet hva gjelder pasientpopulasjonens sykdomsbilde og livssituasjon og hvordan Gatehospitalet møter og håndterer disse faktorene gjennom behandlingsforløpene. Dette er tema vi kommer tilbake til når vi senere tar for oss erfaringer fra Gatehospitalets samarbeidspartnere (kap 5), personalet ved Gatehospitalet (kap 6) og pasientene selv (kap 7).



Foto: Kristianne Marøy/
Frelsesarmeen

4 Hva forteller tallene?

I dette kapitlet gir vi først et generelt bilde av sentrale trekk ved helse- og livssituasjonen til brukere med omfattende og langvarig rusmiddelbruk. Dette utgjør den brede målgruppa for Gatehospitalet. Vi tegner også et bilde av enkelte overordnede faglige og politiske endringer i rusfeltet. Deretter går vi nærmere inn på pasientbelegget ved Gatehospitalet og tallmateriale knyttet til henvisning, inntak, pasientpopulasjonens sammensetning og behandlingsopphold.

4.1 Aldring blant pasientene og endringer i rusfeltet

Flere studier viser at langvarig bruk av tunge rusmidler reduserer levetiden til brukeren av disse stoffene. I Norge er andelen som dør av overdoser høy i europeisk sammenheng (Helsedirektoratet, 2020). Men overdoser er bare en av årsakene til høy dødelig blant personer med ruslidelse. Som vist i foregående kapittel utvikler personer med langvarig bruk av rusmidler en rekke sykdommer, og flere av disse sykdommene kan ha fatalt utfall om de ikke behandles og følges opp tilstrekkelig. Høy dødelighet blant rusavhengige settes også i sammenheng med en generelt vanskelig livssituasjon mange er i, med blant annet bostedsløshet eller uavklart bostedsituasjon og svake bånd til familie og miljøer, som ikke domineres av rusbruk.

Det er gjennomført noen studier med store data, som sammenligner dødelighet blant bostedsløse og befolkningen ellers, som også inkluderer hvordan bruk av rusmidler og andre helseproblemer spiller inn på livssjansene til den førstnevnte gruppen. Ingen slike studier er gjennomført i Norge, men vi kan støtte oss på studier fra Danmark, et land som ligner Norge med hensyn til befolkning, sosialpolitikk og velferdsordninger generelt. En studie blant bostedsløse som bruker midlertidig botilbud (shelter users)⁴, fant at denne gruppen har rundt 20 år kortere forventet levetid enn den generelle befolkningen; 21,6 år kortere for menn og 17,4 år kortere for kvinner. Denne gruppen av bostedsløse hadde en rekke helseproblemer, som spilte inn på forkortet levetid. Bruk av rusmidler var den viktigste enkeltfaktoren som reduserte levetiden (Nielsen m.fl., 2011).

En senere dansk studie, som også anvender data fra brukere av midlertidig botilbud (shelter) og den generelle befolkning, fant at helseproblemer inkludert bruk av rusmidler utgjør den viktigste forklaringen på økt dødelighet blant brukere av midlertidig botilbud. Brukerne av midlertidig botilbud hadde en betydelig høyere forekomst av infeksjoner, lunge-, hud-, blod- og fordøyelsessykdommer, skader og forgiftning. Bostedsløshet utgjør imidlertid en tilleggsrisiko for sykdom og tidlig dør (Benjaminsen og Birkeland, 2018).

⁴ Danmark har gode registreringer av personer som benytter midlertidig botilbud (shelter), og inneholder personopplysninger som gjør at dataene kan kobles til andre databaser. I Norge er ikke dette mulig.

Forrige kapittel gir et bilde av mye sykdom og overdødelighet blant Gatehospitalets pasienter. Ansatte på Gatehospitalet, som er intervjuet i rapporten, gir samlet uttrykk for at pasientene har blitt eldre. Pasientstatistikken for Gatehospitalet, som presenteres lenger ute i kapittelet, bekrefter de ansatte inntrykk og erfaringer med hensyn til aldring blant pasientene. Vi har stilt spørsmål om aldring blant pasientene ved Gatehospitalet beror på en tilfeldighet, pasientgruppen representerer ikke nødvendigvis et tverrsnitt av populasjonen den rekrutteres fra, eller om det reflekterer en aldring i gruppen som pasientene rekrutteres fra. I tillegg til å beskrive pasientgruppen ved Gatehospitalet med statistikk, ser vi på tendenser i aldersutvikling i gruppen av personer med ruslidelse.

4.1.1 Generelt om populasjonen pasientene rekrutteres fra

Det finnes ingen statistikk som måler hvorvidt det skjer en aldring blant rusavhengige og spesifikt blant de meste utsatte i denne gruppen. Men det finnes data på deler av rusfeltet, som indikerer at det har blitt flere eldre med alvorlige ruslidelser. Når vi gjennomgår tilgjengelig tallmateriale, ser vi indikasjoner på en generell utvikling der folk med alvorlig ruslidelse i gjennomsnitt lever lenger enn før. En kilde til kunnskap om utviklingen er statistikk over pasienter i LAR (Legemiddelassistert rehabilitering). Intervjuede i rapporten knytter lengre livsløp for personer med ruslidelse blant annet til en kraftig økning av LAR-pasienter. Her presenterer vi en gjennomgang av det sist oppdaterte tallmaterialet for LAR:

En rapport fra Seraf (Nesse m.fl., 2023) viser en jevn økning i alder blant personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Fra 2011 til 2022 har gjennomsnittsalderen gått opp fra 41,7 år til 47,8 år. Gjennomsnittsalderen er høyest i det området majoriteten av pasientene ved Gatehospitalet tilhører, nemlig Innlandet (51,1 år) og Oslo (49,5 år) i 2022. Noe mer detaljert statistikk er tilgjengelig for perioden 2015 til 2022. I denne perioden utgjør andelen personer i den yngste gruppen under 26 år mellom 1 og 2 prosent. Andelen i aldersgruppen 26 og 40 år er redusert fra 35,9 til 25,1 prosent. Det er også en nedgang i andelen mellom 41 og 50 år, men denne er mindre, fra 37 prosent i 2015 til 31,6 prosent i 2022. Seraf-rapporten viser videre at andel LAR-pasienter over 50 år økte med nærmere 16 prosentpoeng, fra 25 til 42,1 prosent i perioden. Mest markant er økningen blant de aller eldste, over 60 år. De utgjorde 2,8 prosent i 2015 og 12,6 prosent i 2022. De er fremdeles en liten gruppe, men over en firedobling i perioden er verdt å merke seg (Nesse m.fl., 2023).

Seraf-rapporten beskriver en sterk økning i LAR-pasienter fra 1998 til 2012. Da flater veksten ut, men det har likevel vært en liten, men jevn økning videre. Ved utgangen av 2022 deltok 8.300 personer i LAR-programmet. To tredeler av disse sorterer under Helse Sør-Øst (Nesse m.fl., 2023). Vekst i antall LAR-pasienter innebærer blant annet at antall personer i de eldste alderskategoriene har økt mer enn den prosentvise økningen gir uttrykk for. Mer enn 1000 personer over 60 år deltok i LAR-programmet ved utgangen av 2022. Mange, men langt fra alle pasientene som kommer til Gatehospitalet er i LAR, slik at aldersutviklingen i denne gruppen må leses som en indikasjon på en generell aldring i den potensielle pasientpopulasjonen.

Et annet mål er å se på utviklingen blant grupper av bostedsløse personer. Ruslidelse er utbredt blant bostedsløse. Antall bostedsløse gikk kraftig ned fra 2012 til 2016 og videre ned fram til 2020. Denne, til nå siste innsamlingen av statistikk, fant at det var 3.300 bostedsløse i hele landet på et hvert gitt tidspunkt i 2020, mens det i 2012 var 6.200 bostedsløse personer. I samme periode er andelen unge bostedsløse redusert fra 23 prosent i 2012 til 16 prosent i 2022. Den eldste gruppen over 54 år har prosentvis økt mest, men den er liten og utgjorde 11 prosent i 2020 (6 prosent i 2012). Gruppen mellom 35 og 54 år har vokst fra 46 til 56 prosent av populasjonen i perioden. Tallet på bostedsløse går ned totalt og i alle aldersgrupper, men det er mindre nedgang blant de eldste enn i de yngre aldersgruppene (Dyb og Zeiner, 2021).

Majoriteten av pasientene ved Gatehospitalet har sammensatte og til dels alvorlige somatiske og psykiske plager. Statistikken for bostedsløshet gir mulighet for å se nærmere på ulike grupper, blant annet bostedsløse med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP. Denne gruppen har også blitt eldre i perioden fra 2016 til 2020. Andelen unge er redusert fra 23 til 12 prosent. Mellomsjiktet 25 til 34 år har ligget på en tredel, mens de eldre alderskategoriene har blitt relativt flere. Gruppen 35 til 44 år har gått fra 23 prosent i 2012 til 29 prosent i 2020, og de eldste, som er fra 45 år og eldre, har gått fra 20 til 28 prosent i perioden (Dyb og Zeiner, 2021). Verken aldersutviklingen i LAR eller blant bostedsløse er eksakte mål på aldring i populasjonen, som er potensielle pasienter ved Gatehospitalet. De er imidlertid gode indikasjoner på at det blir absolutt (LAR-statistikk) og relativt flere (bostedsløshetsstatistikk) eldre med alvorlig rusavhengighet.

4.1.2 Mulige forklaringer på aldring

Om vi legger til grunn at aldringen skyldes at personer med alvorlig ruslidelse lever lenger enn før; hvilke forklaringer kan vi peke på? En forklaring kan være endret ruspolitikk i løpet av 2000-tallet, i retning mindre vekt på straff, som har dominert siden de nye illegale stoffene kom til i Norge på 1960-tallet, og mer vekt på helsehjelp. Fra sent 1990-tallet og utover 2000-tallet endres politikken i retning aksept for tiltak som innebærer skadereduksjon (Ellefsen, 2023). Flere tiltak, som begynte som begrensede prøveprosjekter rundt 2000-tallet, og da møtt med motstand fra flere hold, inngår nå i den allmenne ruspolitikken. LAR et ett av disse tiltakene. Etablering av feltpleie, sprøyterom og utdeling av brukerstyr er andre eksempler på skadereduserende tiltak. Det siste tiltaket er HAB heroinassistert behandling, som foreløpig er prøveprosjekter i Oslo og Bergen.

Strafferegimet overfor brukere av illegale rusmidler har eksistert side om side med et sakte regimeskifte, der en helseorientert narkotikapolitikk og tiltak som innebærer skadereduksjon har vunnet terreng (Ellefsen, 2023; Skretting, 2014). Regjeringens forslag til rusreform, som ble lagt fram i 2019, ble mye debattert, og de meste kontroversielle forslagene om – en viss – legalisering av illegale rusmidler ble nedstemt i Stortinget. Det var imidlertid bred enighet om reformens hovedintensjon, som gjenspeiles i utredningens tittel “Rusreform – fra straff til hjelp” (Rusreformutvalget, 2019).

Det “nye” regimet i ruspolitikken ligger i stor grad til grunn for opptrappingsplanen for rusfeltet for perioden 2016–2020 (Prop. 15 S [2015–2016]). Planen hadde tre overordnede mål; forebygging av rusproblemer ved tidlig innsats, et bedre behandlingstilbud med økt kvalitet og kapasitet, og bedre oppfølging spisset mot bolig, arbeid og aktivitet. Som mange andre nasjonale satsinger legger opptrappingsplanen vekt på tverrsektoriell innsats og involvering fra flere politikk- og kompetanseområder både nasjonalt og lokalt. Et konkret lokalt uttrykk for dette er etablering av FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment), som er sammensatt av tverrfaglige team fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Ett av kjernepunktene i opptrappingsplanene er recovery-tanken, det vil si “tilfriskning” gjennom å mobilisere pasientens egne ressurser, og ellers legge til rette for en bedring av helse og tilværelsen ellers. Et annet vesentlig punkt er brukermedvirkning og involvering av pårørende.

Regjeringen satte av 2,4 milliarder friske kroner fordelt på de fire årene i planperioden. Mesteparten gikk til å styrke kommunenes innsats på feltet. Evaluering av planen peker på at mye er oppnådd, blant annet når det gjelder økt kompetanse blant ansatte i kommunene og etablering av FACT-team. Evalueringen finner videre at det er betydelige forskjeller i resultatoppnåelse mellom kommunene. De store kommunene har jevnt over oppnådd mer enn mindre kommuner (Hansen, Tofteng og Holst, 2021), som også betyr at tilbudet til personer med ruslidelser i Gatehospitalets omland er betydelig styrket i perioden.

Nedgangen i antall bostedsløse kan også sees i sammenheng med dreining mot økt skadereduksjon på rusfeltet. Siden 2000 har ulike regjeringer initiert og gjennomført nasjonale boligsosiale prosjekter og programmer for å redusere tallet på bostedsløse og forebygge bostedsløshet. Det samme regimeskiftet har blitt innført på dette feltet som på rusfeltet. Mye av satsingen innenfor det boligsosiale har også vært rettet mot bostedsløse personer med ruslidelse, under paraplyen aksept og skadereduksjon. Som vist i casene om pasienter ved Gatehospitalet i forrige kapittel, opplevde de fleste pasientene ustabile boligsituasjoner, forflytninger mellom midlertidige løsninger og mer varige boliger, samt perioder med bostedsløshet. Uten den politiske vendingen i retning skadereduksjon, som også ble dominerende i den boligsosiale politikken, ville mange av pasientene ikke kommet i betraktning i kommunenes boligtildeling eller fått tilbud om tilpassede boliger. Den boligsosiale vendingen har vært en viktig faktor for å redusere tallet på bostedsløse (Dyb, 2018).

Et viktig boligsosialt initiativ rettet med de meste utsatte personene, mange med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, er innføring av modellen Housing First. Housing First betyr ganske enkelt bolig først og signaliserer at den bostedsløse personen skal flytte rett i bolig uten krav om rusfrihet, deltakelse i behandlingsopplegg el.l. Housing First er imidlertid knyttet til en spesifikk modell, som først ble etablert i USA (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004), og innført i flere europeiske land og byer med mer eller mindre "trofasthet" til sitt opphav. Også her er en grunntanke recovery, stor grad av brukermedvirkning og oppfølging fra FACT- og ACT-team (Assertive Community Treatment). En undersøkelse av utbredelse av Housing First-prosjekter i Norge fra 2017 oppsummerer at 250 personer var til da bosatt i 19 ulike prosjekter (Barvik og Flåto, 2018). Ifølge evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet har modellen fått økt utbredelse i løpet av planperioden (Hansen m.fl., 2021).

Gjennomgangen av tilgjengelige statistikk underbygger at økningen i andel eldre pasienter ved Gatehospitalet, reflekteres i en generell aldring i populasjonen som utgjør pasientgrunnlaget. Til tross for redusert levealder blant personer med ruslidelse sammenlignet med befolkningen generelt, tyder tilgjengelig statistikk på at flere får et lengre livsløp, og at det blant annet kan forklares med en orientering i retning mer forebygging, flere skadereduserende tiltak og utvikling av tjenester og oppfølging til personer med ruslidelser. Gatehospitalet er i seg selv et av disse tiltakene. Som det framgår av casene i forrige kapittel og fra intervjuer med ansatte ellers i rapporten, er mange liv forlenget gjennom pleie og behandling som gis ved Gatehospitalet, og ved at alvorlige tilstander blir oppdaget slik at sykdommer og skader blir behandlet. Med aldring av populasjonen som utgjør pasientgrunnlaget, vil man kunne se en økning i komplekse, medisinske tilstander og multimorbiditet (en tilstand der en person har flere kroniske sykdommer samtidig). Dette er utviklingstrekk Gatehospitalet vil bli stilt overfor i tiden fremover.

4.2 Pasientpopulasjonen

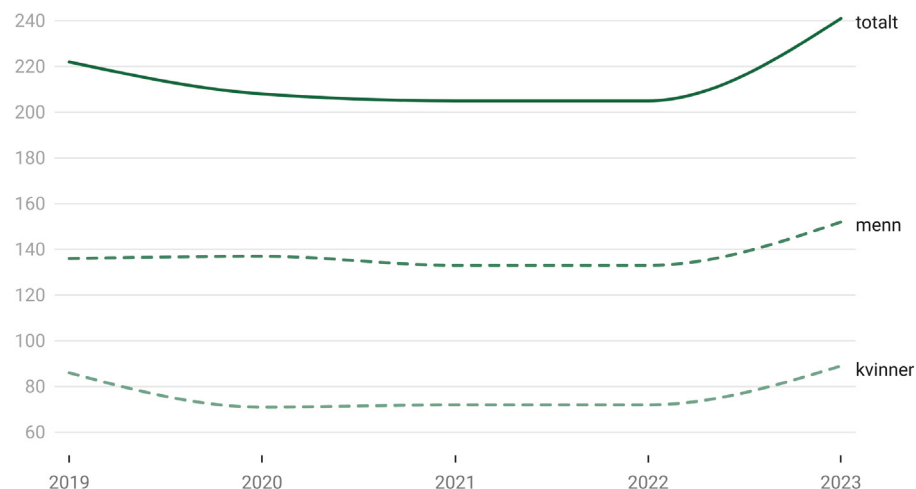
Vi har bedt Gatehospitalet fremskaffe tallmateriale på ulike områder som gjelder pasientpopulasjonen for de siste 5 årene. Vi anser dette som en lang nok tidsperiode til å få et godt inntrykk av utviklingstrekk. For enkelte tema har vi samlet inn mer detaljerte tall for en kortere tidsperiode i 2023/2024. Nedenfor presenterer vi materialet i tabeller og figurer, med korte kommentarer, hvor vi enkelte steder også fletter inn utfyllende bakgrunnsinformasjon fra intervjuene.

4.2.1 Antall og kjønn

Grafen nedenfor viser antall pasienter gjennom de 5 siste årene, totalt og fordelt på kjønn. I 2019, før pandemien, var samlet antall pasienter på Gatehospitalet på 222. Under pandemien sank antallet til 205 for både 2021 og 2022, grunnet strengt smittevern. Deretter ser vi en markant økning i antall pasienter etter pandemiårene, til 241, som er på et høyere nivå enn i 2019. Ved siden av at man gikk tilbake til normalt-tilstand for behandlingsprosedyrer, endret Gatehospitalet i en viss grad praksis når det gjaldt antall liggedøgn per pasient. Det var økt pågang av henvisninger etter pandemien, og man så at det kunne være tjenlig å redusere liggetiden noe for enkelte pasienter, for slik å kunne tilby flere pasienter plass.

Vi ser noe større nedgang i andelen kvinnelige enn mannlige pasienter under pandemiårene. Deretter er det en relativt lik økning for begge kjønn:

Figur 1: Antall pasienter og kjønnsfordeling 2019-2023



Siden oppstart har Gatehospitalet hatt en større andel menn enn kvinner i pasientgruppa. Dette reflekterer en høyere andel menn i rusmiljøet generelt, noe alle informantgruppene også vektlegger.

Når vi ser nærmere på kjønnsfordelingen de 5 siste årene, er den relativt stabil, der andelen menn varierer mellom ca. 61-65 prosent, og andelen kvinner fra litt over 34 til litt under 39 prosent:

Figur 2: Kjønnsfordeling 2019-2023. Andel målt i prosent



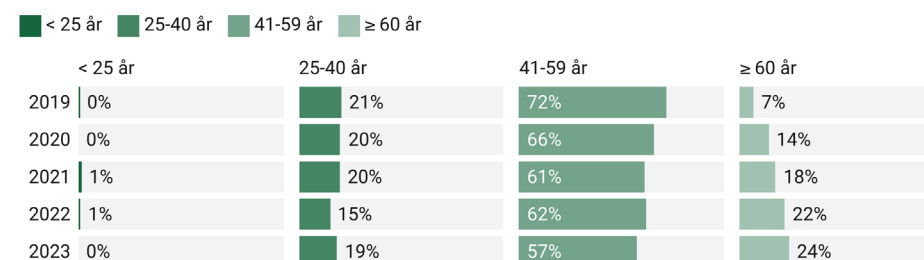
Vi kan legge til at andelen kvinner i pasientgruppa er relativt høy. I LAR utgjør kvinner om lag 30 prosent av pasientgrunnlaget (Nesse m.fl, 2023).

4.2.2 Alder

Hovedtyngden av pasientene er i aldersgruppen 41-59 år. Vi ser at det har vært en viss nedgang i denne gruppa de siste årene, til 57 prosent i 2023, mens andelen over 60 år har økt omtrent tilsvarende; til 24 prosent. Dette samsvarer, som vist over, med statistikken som viser at mennesker med alvorlig ruslidelse i gjennomsnitt lever lenger.

I aldersgruppen 25-40 ligger andelen på omkring 20 prosent, med en lavere andel i 2022, under pandemien. En mulig årsak er at man tok inn flere eldre i denne perioden, da disse var mer utsatt under pandemien. I aldersgruppen under 25 år er andelen svært lav. I intervjuene pekes det på at det tar tid å utvikle de alvorlige og ofte sammensatte lidelsene som mennesker med alvorlig ruslidelse får, og at det forklarer at man har såpass få pasienter i de yngre aldersgruppene. Antallet under 25 år dreier seg om bare 6 pasienter i løpet av femårsperioden.

Figur 3: Aldersgrupper. Andel pasienter i hver aldersgruppe



I tall dreier det seg for 2023 om 45 pasienter i aldersgruppen 25-40 år, 138 i gruppa 41-59 år og 58 pasienter over 60 år.

4.3 Henvisninger

Når en person legges inn på Gatehospitalet, kan vedkommende henvises fra både spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og ideelle virksomheter.

I tabellen nedenfor har vi samlet henvisningsinstansene i hovedkategorier og rangert dem etter hvor mange det er i hver kategori. Kategoriseringen er foretatt av Gatehospitalet. Oversikten omfatter en periode på fire måneder. Så langt vi har informasjon, er den representativ for den generelle fordelingen de siste årene.

Tabell 3: Hovedkategorier av instanser som henviser til Gatehospitalet. Antall instanser i hver kategori f.o.m desember 2023 t.o.m. mars 2024.

Rus og psykiatri i Oslo	11
Ideelle organisasjoner	7
Bosteder	5
Oslo kommune	5
Utenfor Oslo	5
Sykehus	4
Behandlingssteder	4
Lavterskeltilbud	3

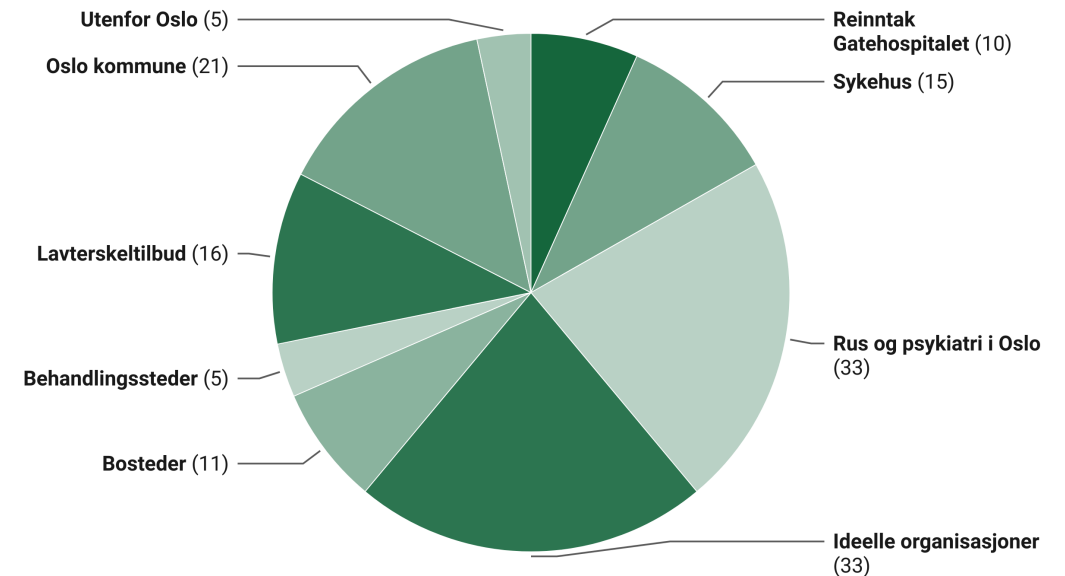
Tabellen viser at det i perioden er et høyt antall instanser som har henvist til Gatehospitalet, totalt 44, og en stor bredde i type instanser.⁵ Vi finner flest instanser i kategorien «Rus og psykiatri i Oslo», som omfatter blant annet LAR Øst, DPS og Rusfact. Deretter følger «Ideelle organisasjoner», her finner vi slike organisasjoners lavterskeltilbud, slik som Kirkens bymisjons 24Sju og Frelsesarmeens eget tilbud Feltpleien i Urtegata. «Oslo kommune» omfatter blant annet NAV, fastlege, Legevakten og bo-oppfølgingstjeneste. I kategorien «lavterskeltilbud» finner vi Oslo kommunes tilbud slik som den kommunale Feltpleien og institusjoner for akutt-, utrednings- og videreformidlingsopphold. Gatehospitalet kan også ta inn pasienter som ikke er hjemmehørende i Oslo, og vi ser her at det i perioden ble henvist fra fem instanser utenfor hovedstaden.

⁵ Vi gir utfyllende informasjon om type instanser i hver kategori bortsett fra «bosteder» og «behandlingssteder», som er mer selvforklarende.

Den interesserte leser vil finne en detaljert oversikt over alle instansene og antall henvisninger fra hver av dem, for perioden des 2023 til mars 2024, i vedlegg (tabell 6).

I figuren nedenfor ser vi nærmere på hvor mange henvisninger som kommer fra hvilke typer instanser (antall henvisninger kan være noe upresis, da enkelte pasienter kan være henvist fra mer enn én instans. Det må også tas høyde for at samme pasient kan være henvist flere ganger i løpet av perioden):

Figur 4: Antall henvisninger fra hovedkategorier av instanser. Inneliggende pasienter. f.o.m desember 2023 t.o.m. mars 2024

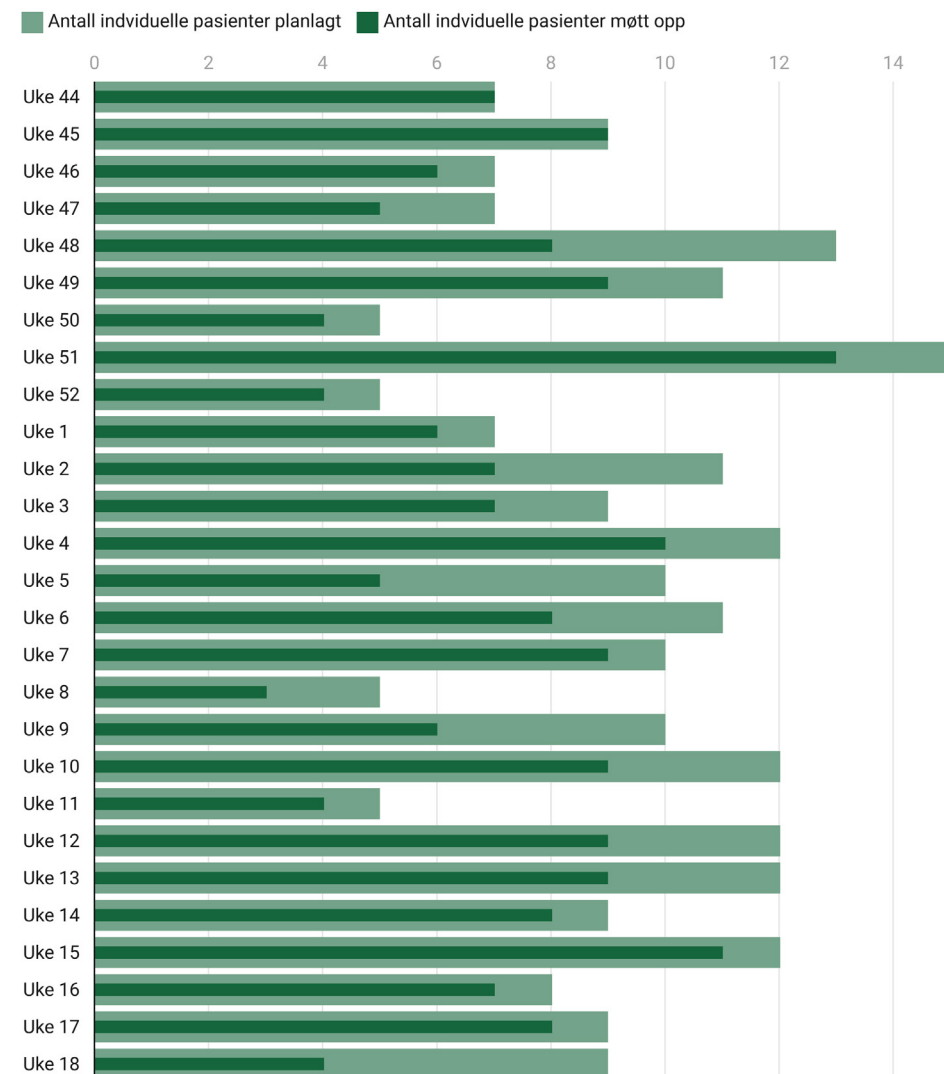


De instansene som helt klart henviser mest, er «Rus og psykiatri i Oslo» og «Ideelle organisasjoner», hver av dem med 33 henvisninger i perioden. Deretter er de et sprang ned til Oslo kommune», før Lavterskeltilbud, sykehus og bosteder. Færrest henvisninger kommer, som forventet, fra instanser utenfor Oslo. Det er verdt å merke seg at Gatehospitalet har et re-inntak av 10 pasienter i denne perioden. Det dreier seg om pasienter som nylig har vært innlagt (i løpet av siste dager/uker), men som tas inn igjen raskt fordi de har avbrutt behandling for tidlig eller at helsestilstanden har forverret seg hurtig etter utskrivelse.

4.4 Oppmøte og innleggelser

Som nevnt over, er et vedvarende og viktig tema for Gatehospitalet at man tilstreber fullt belegg, samtidig som et fremtredende trekk ved pasientgruppa er at det ofte er svært krevende for dem å klare å møte til innleggelse. Som vi vil belyse i senere kapitler, legger både Gatehospitalet og samarbeidspartnere ned en stor innsats i å hjelpe pasientene til å møte opp. I tabellen nedenfor ser vi differansen mellom antall som er planlagt for innleggelse, og hvor mange av disse som har møtt opp:

Figur 5: Antall individuelle pasienter planlagt for innleggelse – og møtt opp til behandling. Fra 31. oktober 2023 (uke 44) til 5. mai 2024 (uke 18)



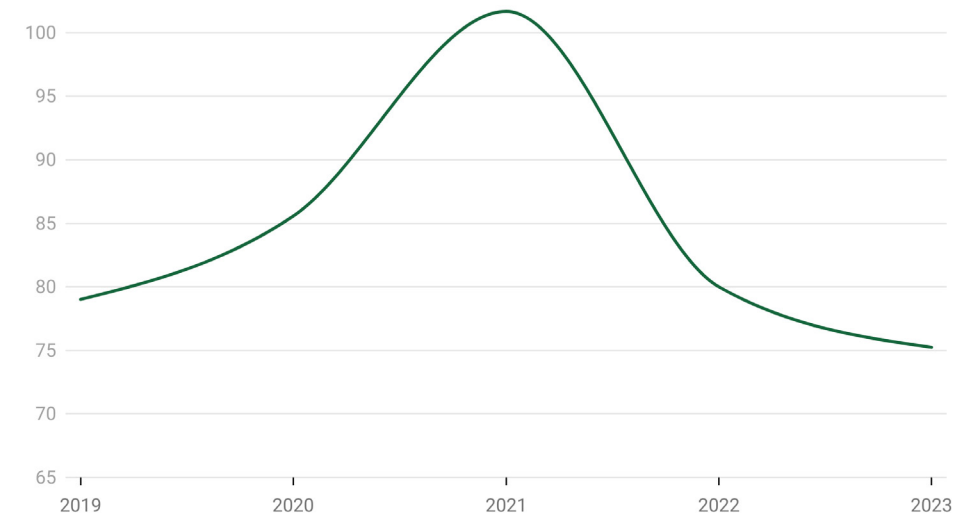
Tallene varierer, men for de fleste ukene er det et betydelig sprik mellom planlagte innleggelser og oppmøte. Unntaket er sent på høsten, når kulde og vinter nærmer seg.

Det er også en del avbrudd av opphold ved at pasienter skriver seg ut før tiden. Når behandlingen har fått virke og de har kommet til hektene, er det ikke uvanlig at folk blir rastløse og skriver seg ut. Rusmiddelbruk på huset, og også andre forhold, kan føre til utskrivelse, etter en nøye, individuell vurdering. I slike tilfeller følges en prosedyre hvor det vurderes om pasienten trenger videre oppfølging i helsevesenet. Gatehospitalet vil da få pasienten inn i annet tilbud og/eller følge hen og legge til rette for at vedkommende får den medisinske hjelpen de trenger etter utskrivelsen. Vi har ikke samlede tall for ulike typer avbrudd.

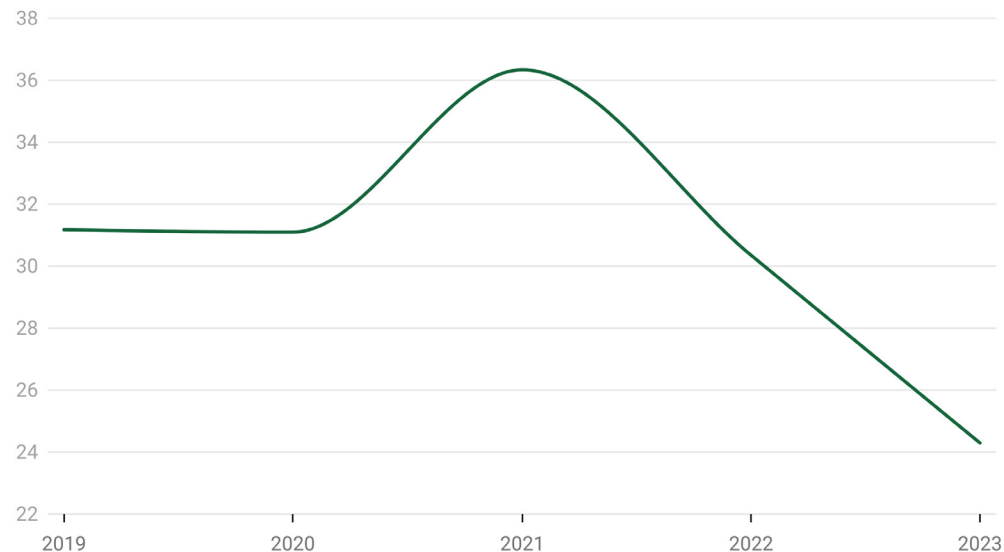
4.5 Pasientbelegg og liggedøgn

Her presenterer vi tallmateriale som gjelder pasientopphold på Gatehospitalet – i form av belegg og individuelle liggedøgn. Grafene viser en markant økning i både liggedøgn og belegg under pandemiårene, med en topp i 2021. Deretter synker kurvene.

Figur 6: Belegg – gjennomsnittlig belegg på sengeplassene hvert år 2019–2023, målt i prosent



Figur 7: Liggedøgn per pasient. Gjennomsnittlig liggedøgn per pasient hvert år 2019– 2023



Under pandemien holdt Gatehospitalet i gang driften, men for å ivareta smittevern og isolasjon senket man antall sengeplasser til 20. Vanskelige- re tilgang på stoff i rusmiljøene og nedstengning av andre tilbud kan ha bidratt til at flere møtte opp til innleggelse og ble værende lenger. Til sammen bidro disse ekstraordinære faktorene til at tallene viser fullt belegg. Etter pandemien gjenåpnet man to sengeplasser. Med åpning av samfunnet og større tilgang på stoff, ble det igjen mer krevende å få pasienter til å møte opp til fastsatt dato og antakelig lettere for pasienter å eventuelt avbryte oppholdet. Samtidig var det økt pågang til Gatehos- pitalet etter pandemien. Ved Gatehospitalet er man usikker på hvorfor, men en årsak kan være et «oppdemmet» behov som ble synlig da sam- funnet åpnet opp igjen. For å møte dette behovet, og for å oppnå høyere belegg, reduserte Gatehospitalet liggetiden for pasienter, etter individuell vurdering. Fra gjennomsnittlig tre, ned til to uker. Dette er hovedårsakene til at antall gjennomsnittlig individuelle liggedøgn synker såpass markant.

Som vi ser av tabellen under, varierer antall liggedøgn og belegg gjennom året. Dette samsvarer med hovedmønsteret når det gjelder planlagte inntak og oppmøte (se figur 6), hvor det er sesongbaserte svingninger.

Figur 8: Liggedøgn og belegg 2023 (i både antall og prosent)

Måned	Liggedøgn	Belegg
Januar	558	82%
Februar	442	72%
Mars	545	80%
April	488	74%
Mai	489	72%
Juni	401	61%
Juli*	364	84%
August	536	79%
September	491	74%
Oktober	519	76%
November	489	74%
Desember	533	78%

*I juli var antall liggedøgn lavere enn for alle andre måneder, da en avdeling holdt stengt grunnet oppussing. Belegget, målt i antall disponible sengeplasser, er derfor særlig høyt for denne måneden.

I intervjuene peker informantene på at pasientene har ekstra behov for oppfølging etter sommeren og i forbindelse med høytider, spesielt rundt jul og påske (se avsnitt 4.1). Det er verdt å merke seg at Gatehospitalet ikke har lavere belegg i høytidene enn andre måneder, noe som inne- bærer at man ikke reduserer antall ansatte på vakt. Dette skiller seg fra

praksis i mange sykehus- og behandlingssteder, hvor man søker å redusere antall pasienter og ansatte på jobb i slike perioder.

4.6 Palliasjon

Etter etablering av sengepost med tre palliative plasser i 2016, har antallet palliative pasienter steget år for år. Unntaket er pandemiåret 2021. Deretter ser vi en markant økning.

Tabell 4: Antall pasienter med palliativt fokus

År	Antall pasienter
2019	12
2020	14
2021	3
2022	16
2023	25

Flere faktorer er mulig forklaring på økningen i antall palliative pasienter: En generell økning i antall eldre, og sykere, pasienter. Samt at tilbudet siden oppstart har blitt bedre kjent både blant helsepersonell/relevante instanser og pasientene selv, og har opparbeidet seg et godt rykte, noe vi kommer tilbake til i de neste kapitlene. Man er usikker på årsakene til lave tall under pandemien. Mulige faktorer er mindre tilgang på rusmidler og derav færre helseskader og lavere dødelig, generell underdødelighet i befolkningen, og at helsetjenestene ønsket mindre flytting av pasienter.

Det er viktig å ha i mente at pasienter kan være palliative uten å ligge på palliativ sengeplass. De kan være i en tidligere fase, og/eller de har en annen oppfatning av egen helsesituasjon enn den medisinske tilstanden tilsier, og ønsker å være på en vanlig sengeplass.

4.7 Oppfølgings- og koordineringsoppgaver, medisinsk og sosialt

En svært viktig del av pasientens opphold på Gatehospitalet er at personalet sørger for oppfølging overfor spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og andre instanser hvor pasientene trenger å få ordnet praktiske ting. Det kan dreie seg om å følge pasienten ut, for eksempel til prøvetaking og undersøkelser, eller at hen får skaffet seg nødvendig legitimasjon, slik at hen kan benytte banktjenester. Det dreier seg også om å sørge for gjennomføring av ulike type møter, for eksempel ansvarsgruppemøter, på huset. Som vi kommer tilbake til i de etterfølgende kapitlene, anser både pasientene, personalet på Gatehospitalet og samarbeidspartnerne dette som svært viktig, da man får gjennomført nødvendig oppfølging som eller vanskelig lar seg gjøre i pasientenes hverdag. Ofte prøver Gatehospitalet og samarbeidspartnere å tilpasse tidspunkt for innleggelsen slik at nødvendige, medisinske undersøkelser og prøvetaking kan tas under oppholdet på Gatehospitalet.

Tabell 5: Følge pasient til avtaler - 2023

Destinasjon	Blandet avdeling	Kvinne-avdeling	Herre-avdeling	Totalt
Spesialisthelsetjenesten	85	70	77	232
Fastlege	14	18	16	48
Tannlege	4	8	16	28
Laboratorium	20	16	17	53
Bilddiagnostikk	9	8	15	32
NAV	3	4	8	15
Politiet (inkl. pass)	5	8	8	21
Handletur og bank	13	14	22	49
Gatejurist/rettsak	1	3	2	6
Til bosted	3	2	2	7
Arbeidsgruppemøte på GH	11	16	16	43
Arbeidsgruppemøte utenfor GH	7	7	7	21

Destinasjon	Blandet avdeling	Kvinne-avdeling	Herre-avdeling	Totalt
Andre møter på huset	43	53	50	146
Totalt	2018	227	256	701

I 2023 fulgte personalet pasienter til totalt 701 avtaler. Vi ser at gjennomføring av avtaler med spesialisthelsetjenesten er i klart flertall av de ulike formene for følge. Personalet fulgte pasientene til totalt 232 slike avtaler i 2023. På de neste plassene følger andre avtaler på huset, deretter prøvetaking ved laboratorium og følge til time hos fastlege. Samlet sett viser oversikten at denne typen bistand utgjør en sentral del av personalets arbeidsoppgaver for å sikre gode behandlingsforløp og bidra til bedring av pasientenes livssituasjon.

4.8 Oppsummering

Generelt har personer med ruslidelse, og spesifikt populasjonen som utgjør pasientgrunnlaget for Gatehospitalet, høyere dødelighet enn befolkningen ellers. Tilgjengelige data for undergrupper av populasjonen indikerer imidlertid at generell levetid for denne gruppa har økt noe i løpet av siste tiåret. Tallene viser at det har blitt flere eldre blant pasienter i LAR og blant bostedsløse med ruslidelse. Fra 2011 til 2022 har gjennomsnittsalderen blant personer i LAR gått fra 41,7 til 47,8 år. Det har vært vekst både i andelen og i antall personer i det eldste aldersgruppen. Fra rundt 2000 har det kommet en rekke endringer og tiltak rettet mot personer med ruslidelser og spesifikt mot de mest utsatte i gruppen.

Overordnet er tilnærmingen til ruslidelser i løpet av et par tiår endret fra i all hovedsak straff og restriktive tiltak til økt vekt på helse, sosiale tiltak og skadereduksjon. Her kan nevnes utvidelse av LAR, sprøyteutdeling og lavterskel helsetjenester som feltpleie. Videre må nevnes utvikling av botilbud med oppfølging, som også inngår i en politikk for skadereduksjon versus den tidligere "gjøre seg fortjent" til bolig gjennom rusfrihet. Det lar seg neppe gjøre å etablere en entydig sammenheng mellom den politiske dreiningen mot skadereduksjon og økte livssjanser for målgruppen for Gatehospitalet. Man må imidlertid kunne anta at et bredt spekter av innsats på flere områder har hatt betydning. Gatehospitalet er et begrenset tilbud, det finnes i dag kun i de to største byene, men det når ut til de aller mest utsatte med ruslidelse. Det er et tiltak som utvilsomt bidrar til bedring av helse- og livssituasjon for denne gruppa.

Gatehospitalet har fremskaffet aggregerte tall for pasientpopulasjonen de

siste fem år, samt tall som viser Gatehospitalets oppfølgings- og koordineringsoppgaver overfor pasienten og overfor andre instanser.

Når vi ser på antall pasienter totalt, gikk antallet noe ned i pandemiårene, med litt større nedgang i andelen kvinnelige enn mannlige pasienter. Fra 2022 ser vi en markert stigning i antall pasienter, med relativt lik økning for begge kjønn, til 241 i 2023. Siden oppstart har Gatehospitalet hatt en større andel menn enn kvinner i pasientgruppa. Dette reflekterer en høyere andel menn i rusmiljøet generelt. Andelen kvinner ved Gatehospitalet ligger imidlertid relativt høyt, fra litt over 34 til litt under 39 prosent (i LAR er andelen om lag 30 prosent). Hovedtyngden av pasientene er i aldersgruppen 41–59 år og svært få pasienter under 25 år. De siste årene har man sett en tydelig økning i andelen over 60 år. Dette samsvarer med statistikken som viser at tunge mennesker med alvorlig ruslidelse i gjennomsnitt lever lenger.

Vi ser en stor bredde i type instanser som henviser til Gatehospitalet, totalt 44 for en periode på fem måneder i 2022/2023. Flest henvisende instanser finner vi kategorien «Rus og psykiatri i Oslo», som omfatter blant annet LAR Øst, DPS og Rusfact. Deretter følger «Ideelle organisasjoner». Det er også fra disse to kategoriene at Gatehospitalet mottar flest henvisninger.

Gatehospitalet tilstreber fullt pasientbelegg, samtidig som et fremtredende trekk ved pasientgruppa er at det ofte er svært krevende for dem å klare å møte til innleggelse. Det er derfor betydelig sprik mellom planlagte innleggelser og oppmøte. Når det gjelder belegg og individuelle liggedøgn viser tallene en markant økning under pandemiårene, for deretter å synke. Gatehospitalet har i en viss praksis endret praksis når det gjelder antall liggedøgn per pasient etter pandemien, da pågangen økte. Man har også sett at det, etter individuell vurdering, kan være tjenlig å redusere liggetiden for enkelte pasienter, for slik å kunne tilby flere pasienter plass.



Foto:
Kristianne Marøy/
Frelsesarmeen

5 Samarbeidspartnere – erfaringer og vurderinger

Her spør vi: Hvordan erfarer samarbeidspartnerne samarbeidet med Gatehospitalet, hvordan vurderer de Gatehospitalets rolle og hvilken betydning institusjonen har for pasientene? Hva ser de som viktig i det videre arbeidet?

I intervjuene med Gatehospitalets samarbeidspartnere, kommer det frem en stor samstemthet når det gjelder erfaringer og vurderinger av Gatehospitalets virksomhet. Alle trekker frem hvor viktig institusjonen er for målgruppa, og dermed også for den virksomheten de selv arbeider i. Blant informantene karakteriseres tilbudet med ord som «enestående» og «unikt». «De fyller (...) en rolle som ingen andre gjør for denne

målgruppa». «For å være helt ærlig ... Jeg aner ikke hva vi skulle gjort hvis vi ikke hadde hatt Gatehospitalet. Så mange ganger som Gatehospitalet har reddet de som har hatt et så stort behov».

Når intervjupersonene blir bedt om å konkretisere samarbeidet og Gatehospitalets rolle, er det flere sentrale faktorer som går igjen. Nedenfor gjengir vi dem i «kronologisk» rekkefølge, slik at de belyser prosessen fra pasienter blir henvist til de er ferdig med oppholdet. Vi har gruppert momentene i noen overordnede kategorier. Som leseren vil se, er flere av dem overlappende, noe som illustrerer hvordan Gatehospitalets behandling av somatiske lidelser henger tett sammen med vekten som legges på helhetlig omsorg.

5.1 Henvisninger og inntak

Vi gir relativt stor plass til dette temaet. Både fordi prosessen med henvisninger er blant samarbeidspartnerens viktigste kontaktflater med Gatehospitalet, og fordi prosessene illustrerer sentrale sider ved Gatehospitalets virkemåte og målgruppa de er til for.

I store trekk er det to hovedveier inn til Gatehospitalet og tre hovedkategorier av pasienter:

1. Pasienter som henvises direkte fra sykehus og Gatehospitalet er mellomstasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester: «Når du ikke er syk nok til å være innlagt, og ikke frisk nok til å være hjemme (...)», som én uttrykte det.
2. Pasienter og brukere som henvises fra ulike andre instanser og trenger behandling med tett oppfølging for å stabilisere og/eller bedre både spesifikke lidelser og allmenntilstand: «Kanskje vi kan stabilisere litt og se om vi kan gjøre noe mer med den kroniske tilstanden?» Beboere foreslår ofte selv innleggelse: «Nå trenger jeg en pause... Nå trenger jeg en tur på Gatehospitalet. (...) jeg trenger å komme meg litt vekk og bort fra det her. Og være et sted hvor jeg føler meg trygg og ivaretatt.»
3. Pasienter som trenger palliativ behandling. Pasienter kan legges inn på palliativ avdeling ved første gangs opphold. Ofte er det en gradvis overgang til palliativ avdeling (pasienten er først på andre avdelinger, legges ved senere innleggelse inn på palliativ og/eller pasienten kan ha flere, etterfølgende opphold på palliativ avdeling).

Som regel vil henvisende instansen ta kontakt med Gatehospitalet for å høre om og når de har ledig plass, og eventuelt avklare om pasientens tilstand passer på Gatehospitalet (139 instanser, se tabell 6 i Vedlegg) .

Ofte kjenner partene hverandre godt, de samarbeidspartene vi har intervjuet henviser ofte, i snitt fra 1- 2 ganger i uka til en gang i måneden. Antall henvisninger er til dels sesongbasert: «Rundt jul er det mange som sliter (...) høsten og vinteren er tung, og etter sommeren er det veldig mange som er slitne.» Flere legger vekt på at de er nøye med å bevare troverdighet og tilliten overfor Gatehospitalet og ikke å «sminke» henvisningen, som én uttrykte det. Andre kan være usikre på de medisinske henvisningsgrunnene når de selv ikke er helsepersonell og det er umulig å få bruker til fastlege eller prøvetaking, samtidig som de ser at bruker er nedslitt og trenger et rehabiliteringsopphold. I dialog med Gatehospitalet kan grunnlaget for en henvisning avklares nærmere.

I mange tilfelle, der pasienten tidligere har vært på Gatehospitalet, er det pasienten selv som har foreslått å komme dit. Uansett skal bruker/pasient alltid forespørres om innleggelse, da oppholdet er frivillig. Som regel tar det 2-3 uker fra henvisning til inntak, i noen tilfelle lenger tid, i noen tilfeller atskillig kortere, avhengig av hvor mye innleggelsen haster og belegg på Gatehospitalet. Ofte kan belegget endre seg fort, hvis det er inneliggende pasienter som reiser før planlagt utreise.

Ingen har opplevd at de har fått direkte avslag på forespørselen. Men i enkelte tilfelle, først og fremst når det gjelder pasienter som har vært voldelige eller svært utagerende, har man i fellesskap kommet til at Gatehospitalet ikke er riktig behandlingssted. «Jeg kan aldri huske at jeg har fått et avslag som ikke har hatt en veldig god grunn». En annen fremholder at siden de selv ikke er helsepersonell, er antakelig ikke henvisningene deres spesielt gode. Men «jeg føler at de likevel tar det veldig på alvor og har skjönt når de må være raske på labben». Noen ganger «brenner det ordentlig», andre ganger er det snakk om å få til en stabilisering og eventuell bedring av kroniske tilstander. En instans, som også samarbeider tett med andre av Gatehospitalets samarbeidspartnere, sier at de av og til går via den andre instansen, fordi de har helsepersonell «som kan snakke litt samme språk».

Et par forteller at de har opplevd at andre instanser de samarbeider med, og som antakelig ikke kjenner så godt til Gatehospitalet, har henvist pasienter uten å opplyse om sentrale faktorer slik som at pasienten lett blir voldelig, eller er bærer av MRSA-bakterier. Da har informantene umiddelbart tatt kontakt, i ett tilfelle ble innleggelsen avverget, i et

annet sørget Gatehospitalet for spesiell tilrettelegging. Generelt «er det veldig få som ikke passer på Gatehospitalet».

Som vi har vært inne på (4.4), kan det ofte være svært krevende for samarbeidspartnere å få klienten til å møte opp til fastsatt tid, når pasienten ikke allerede er pasient på sykehus og man kan sørge for direkte overføring. Det dreier seg om finne vedkommende, at hen må gjøre seg klar, ofte har glemt det, eller det passer ikke akkurat nå, vedkommende forsvinner osv. Erfaringen er Gatehospitalet utviser stor fleksibilitet og kan utsette med en dag eller to. Spesielt i tilfeller med pasienter med alvorlig sykdom, og blant pasienter som har vanskeligst for å motta hjelp, gis det flere sjanser. I andre tilfeller, hvis pasienten ikke møter etter et par forsøk, går hen ut av køen og det må søkes på nytt.

5.1.1 Innkomstamtale og medisinsk undersøkelse

Samarbeidspartnere fremhever at personalet legger vekt på å få pasienten til å føle seg velkomne når de kommer til Gatehospitalet. Ved oppmøte blir pasienten møtt av personalet ved hovedinngangen, hvor det gis en varm velkomst: «Så hyggelig å se deg!».

Ved inntak gjennomføres det først en innkomstamtale med sykepleier og deretter en medisinsk undersøkelse av lege (som tar anamnese; det vil si en kartlegging av pasientens sykdomshistorie). Pasienten orienteres om husregler og skriver under på samtykke til å avlegge urinprøve for rusmiddelanalyse, dersom personalet spør om det. Det er ikke tillatt å oppbevare eller innta rusmidler. Oppholdet er frivillig. Om man vil gå ut, er det påkrevd med følge av ansatt. Dersom man forlater bygget uten avtalen, ansees innleggelsen som avsluttet. Man kan ikke motta besøk uten avtale. Personalet spør direkte om pasienten har med seg rusmidler og går gjennom klær og eiendeler sammen med pasienten.

En viktig del av inntaket er å spørre hva pasienten har behov for og ønsker seg av oppholdet. Man legger vekt på direkte dialog om tilstand og behov:

(...) En veldig fin måte at måten de starter samarbeidet med pasienten på når de kommer dit, virker så avgjørende for hvordan det blir videre. Det med at de tør å stille spørsmål som om de bruker så og så mye metadon, men hvor mye bruker de ved siden av? Sånn for å unngå at pasientene blir abstinente og [ruser seg] mens de er der. Det gjør nok også at det samarbeidet der nede er så bra.

Ved innleggelse settes det noen ganger en dato for utreise, men som oftest vurderes den enkeltes behov og liggetid underveis. Vanligste liggetid er 2-3 uker, noen ganger kan pasienten få bli lenger, dersom man underveis oppdager nye tilstander og/eller man ser at pasienten vil ha særlig nytte av en forlengelse. I noen få tilfeller har pasienten blitt i et par måneder. I andre tilfeller reiser pasienten før fastsatt dato. Dette skjer relativt ofte og kan ha ulike grunner; sug etter rus, uro når hen blir stabilisert og friskner til, det kan være sammensatte grunner som man ikke alltid kjenner til.

Pasienten får eget rom. Det er lagt opp til sosialt samvær i fellesrommene og det er ikke tillatt å besøke hverandre på rommet.

5.2 Å trygge – og bygge relasjoner til pasientene

Samarbeidspartnerne legger stor vekt på at Gatehospitalet preges av en unik atmosfære som merkes i det man skrider over dørstokken. Pasientene blir møtt med personale som tar imot med et: «Så hyggelig å se deg!».

De fysiske omgivelsene signaliserer ressurser og vilje til å skape trivsel som gir dem en annerledeshet fra andre institusjoner. Det er lagt vekt på fargebruk og på møblering: «Det er alt fra lyssetningen til interiøret». På veggene finner man mange originale kunstverk, donert av anerkjente kunstnere. I tillegg til kjøkken og stue med tv, bøker og spill, har man et eget velværerom, et spa» med boblebad, ekstra dusjefasiliteter og utstyr for frisørtime. Et treningsrom med apparater kan brukes av både pasienter og ansatte. En liten bakhage med platting og beplantning brukes til grillfest og sommerfest. Alle får eget rom, de fleste deler bad.

Samarbeidspartnerne fremhever at atmosfæren først og fremst skapes av personalet i utførelsen av arbeidet. Alle informantene har inntrykk av at arbeidsmiljøet er spesielt godt: «De har er en gjeng som trives på jobb, og som trives med det de driver med. Så det er et godt arbeidsmiljø, og det smitter.»

Det fremheves hvordan personalet møter pasientene med en innstilling som beskrives med ord som «respekt», «verdighet», «man vet man blir møtt som det mennesket man er.» Informantene peker på at selv om holdningene i sykehus og andre helsetjenester har endret seg betraktelig med tiden, er det likevel slik at gruppa erfarer stigma og fordommer i kontakt med helsetjenestene og ofte har en grunnleggende skepsis

etter mange dårlige erfaringer. Dette knyttes til manglende kompetanse om pasientgruppa, både medisinsk og relasjonelt, og at andre deler av helsevesenet har færre ressurser og ikke kan ta seg den tiden disse pasientene krever. «Det er nok en brukergruppe som veldig mange leger og sykepleiere kanskje kvier seg for å jobbe med». Det gjelder særlig hvis pasienten ligger på en avdeling med en diagnose som er mer sjelden for pasientgruppa (dvs. ikke nyre og ikke kreft) og hvor de ansatte har lite erfaring med å håndtere gruppa:

Folk blir slitne av folk som ringer i bjella hele tida og skal ha noe. Og de som har avhengighetstrøbbel og hele tiden er tørste eller kaster opp eller sultne eller ikke sultne, de vil jo representere et brudd i den hverdagslige flyten for helsepersonellet. De lager støy (...) Men på Gatehospitalet så er det nok sånn at man forventer den støyen. Og da blir det kanskje mindre av den.

På Gatehospitalet har samarbeidspartnerne inntrykk av at personalet har mer tid: «Det virker som de har god tid på Gatehospitalet ... de tar seg tid». At personalet har tid, gir større mulighet for å gi omsorg, å bygge relasjoner og nå frem med behandling. Det blir fremhevet at personalet og pasientene spiser i fellesskap (og hvor man ofte samles om aktiviteten quiz, vår anmerkning), personalet sitter sammen med pasientene i stua (ser film, blant annet), og de prøver å ta seg tid til hver enkelt, når noen har behov for det: «De prater med folk, og de har mange samtaler, og de sitter ute i miljøet der (...) folk trives og har det godt. De er trygge.» Tidsaspektet blir også trukket frem som en viktig faktor både ved sårbehandling, som det er mye av, å få pasienter til å falle til ro over tid og nyttiggjøre seg behandlingen, og når det gjelder å oppdage nye tilstander underveis: «[De sier at] vi vil gjerne ha deg her til du til såret ditt er blitt mindre, eller at det er såpass at du kan dra tilbake til institusjonen og fortsette å være der».

En tilhørende faktor er at skifte i relasjoner til tjenestene ofte preger pasientenes livsløp. Mens det denne gruppa trenger, er trygget og stabilitet. For mange er Gatehospitalet, hvor de har hatt mange opphold og kjenner personalet, «en trygg havn».

Det fortelles at mange pasienter har mange, brutte relasjoner bak seg i livet og lite eller ingen kontakt med pårørende. Flere betrakter personalet på Gatehospitalet som sine nærmeste. En samarbeidspartner som har vært i mange begravelser til sine klienter, sammen med personale fra Gatehospitalet har sett at «(...) de har på en måte vært de viktigste i livet

til noen av disse. Så det sier jo litt... Jeg tror nok det også er en forskjell fra det offentlige. At brukerne føler seg veldig ivaretatt». – Her vil vi føye til at personalet på Gatehospitalet, som jo er tetttest på pasientene under oppholdet, i intervjuene nyanserer bildet av fravær av relasjoner mellom pasienter og pårørende. Brutte relasjoner gjelder mange, men særlig i palliativ fase er det pårørende som stiller opp. Det kan også gjelde for andre pasienter. Når de er rusfrie og kontakten kan skje i trygge rammer, kan pasientene «vise sitt beste jeg», som en ansatt uttrykte det.

5.2.1 Samarbeid med pasienten

Et fremtredende trekk ved Gatehospitalets relasjonsbygging er det en samarbeidspartner kaller «et reelt samarbeid med pasientene». Det innebærer, som en sier, at «man i alle sammenhenger signaliserer respekt og vilje til å ta pasientens ønsker og erfaringer alvorlig. Dette er for mange pasienter en annen erfaring enn den de har fra [andre deler av helsetjenestene]».

Dersom pasienten har blitt skrevet ut på grunn av mer alvorlig brudd på husreglene, betyr det ikke at pasienten ikke kan få en ny sjanse senere. Flere fremhever at Gatehospitalet da kan ta en samtale med vedkommende for å «rense luften». Det innebærer at pasientens versjon blir hørt, men også at pasienten får vite hvordan situasjonen opplevdes for personalet:

Hvis det har vært en særdeles ugrei situasjon, så må de gjøre det sånn at det ikke skal ligge noe agg eller noe sånn i bakgrunnen (...) det er et sånt fint tilbud fra Gatehospitalet 'at vi vil så gjerne høre din side av saken nå som det er en stund siden den situasjonen var (...) Og at du hører hvordan vi opplevde det'

Slike oppklaringsamtaler bidrar til at pasienter ved ny innleggelse kan komme inn «med blanke ark» og føle seg trygg på at tidligere problematisk oppførsel ikke vil bli brukt mot vedkommende senere.

5.2.2 Samarbeid med andre tjenester

En samarbeidspartner fremholder at det som slo hen mest da hen ble kjent med tilbudet, var at alle parter var fornøyd med samarbeidet: «Alle ønsket det samme (...) legene på sykehuset var fornøyde, sykepleierne på sykehuset var fornøyde, og pasientene som skulle dit, var fornøyde».

Hen mener det er noe man sjeldent ser i dette feltet, særlig når det gjelder korttidsopphold.

Som vist i kapittel 4, er en viktig del av Gatehospitalets arbeid å følge pasientene i møte med andre instanser. Denne koordinatorrollen sees som helt sentral for behandlingsforløpet. Det er generelt veldig vanskelig, ofte umulig, å få pasienter til å møte til helt nødvendige avtaler og til timer for medisinsk oppfølging. Da prøver ofte henvisende instans å planlegge slik at prøvene eller utredningen kan tas når pasienten er inneliggende på Gatehospitalet. Da er man sikret at Gatehospitalet kan følge dem:

De følger dem til sykehuset og gjør alle disse tingene (...) For det er også veldig vanskelig å få til (...) Vi kan få henvisninger fra fastlege, og så får de timer til røntgen, til poliklinisk oppfølging på hjerte, på nyre, på nevrologen osv., og så møter de aldri. Så får vi de inn på Gatehospitalet, så tar Gatehospitalet og leier de inn på de forskjellige stedene.

Blant enkelte samarbeidspartnerne blir det pekt på at det er viktig at GH informerer andre instanser, når de får inn pasienter som de vet er i aktiv behandling andre steder, slik som LAR. Imidlertid er det ofte «andre rundt pasienten» som henviser til Gatehospitalet. Da hender det at overføring av denne informasjonen glipper.

Blant samarbeidspartnerne blir det fremhevet at Gatehospitalet har praksis for å ta mot krevende pasienter, så langt det lar seg gjøre. Men det blir også nevnt at en grunn til at Gatehospitalet lykkes så godt, kan være «fordi de setter en del strenge kriterier. Mens de som da faller utenfor, er jo de vi hankses med her ute. Og det er ikke like lett å lykkes på samme måte».

5.3 Kompetanse og kunnskapsutvikling

Samarbeidpartnere sier det føles veldig trygt å sende pasienter til Gatehospitalet: «De er profesjonelle». En annen: «De har holdt på lenge, så de er trygge i det de gjør». Personalet har høy kompetanse når det gjelder målgruppas sykdomsbilde og væremåte. Det blir særlig fremhevet kompetanse på sårstell, substitusjonsbehandling i kombinasjon med smertelindring, og nyresvikt. Det fremheves at kompetansen på pasientgruppa og kombinasjonen av rusmidler, substitusjonsbehandling og annen medisinerer, er en viktig faktor for at Gatehospitalet «lykkes så bra med

pasientgruppa... Og så får de jo det de ber om, for en gangs skyld. De spør om de kan få den og den behandlingen for å få smertelindring, for å få beroligende. Det får de. Det får de ikke ute». Mens en annen fremholder at det settes grenser og «de får ikke alt de vil».

I tillegg kommer vekten som legges på ernæring, mange av pasientene er underernærte. På huset får de fire næringsrike måltider om dagen og «det er kjempegodt mat der». Personalet legger vekt på at det skal være fristen- de å spise, og baker ofte, slik at godlukten sprer seg. Vi kan føye til at det, kanskje særlig innen rusomsorgen, er godt beskrevet hvordan det ligger mye behandlende omsorg gjennom felles måltider (Raamunddal, 2017).

Det blir sagt at i motsetning til sykehusene, har ikke Gatehospitalet det samme presset på å få pasientene raskt ut: «De jobber hardt for å få dem til (å være) til de på en måte er ferdigbehandlet.» og «(...) på Gatehospitalet har de mer tid... de klarer å følge opp på ordentlig, sånn at folk blir bedre, friske der.» En peker på at mens andre helsetjenester «tar seg av akkurat henvisningsgrunn eller et avgrenset problem, ser Gatehospitalet på det bredere bildet: «[De] tar jo mye tester og blodprøver og følger opp (...) Jeg tror nok Gatehospitalet er mer på vakt for andre typer ting, i tillegg til det som faktisk er bestillinga».

Flertallet av pasientene ved Gatehospitalet er i LAR- systemet, men det varierer i hvilken grad: «LAR er veldig viktig, men det er mange som ikke passer i det systemet. Det er ytterst få som ikke passer på Gatehospitalet. Fordi de klarer liksom å ivareta dem.»

Som nevnt, har vi ikke intervjuet samarbeidspartnerne i forsknings- og utviklingsprosjektene. Samarbeidspartnerne vi har snakket med, fremhever Gatehospitalets fokus på kunnskapsutvikling og kompetanseheving. Det pekes på at de evner å raskt fange opp utviklingstrekk og endrede behov i målgruppa, og så snu seg rundt for å gjøre noe med det. Flere mener det har å gjøre med stedets ubyråkratiske stil og at de har en fleksibilitet man ikke ser i offentlige tjenesteapparatet.

Sykehuspersonale peker blant annet på fordelene med at Gatehospitalet nå kan begynne med intravenøs antibiotikabehandling. Den særskilte kompetansen på nyreproblematikk blir fremhevet, og nå den nye satsingen på kvinnehelse. Informantene har ellers merket seg at «det er mye etterutdanning og videreutdanning der».

5.4 Krevende pasienter og krevende arbeid

Mange av samarbeidspartnerne, ettersom de selv kjenner pasientgruppa godt, mener at arbeidet også kan være belastende for de ansatte. Det gjelder pasientgruppa generelt, men særlig når det er utagerende pasienter:

Men det er ikke alltid like lett. Og det kan jeg godt forstå, for de blir så utagerende og så skremmende av og til i sin atferd når de blir så syke. Men det er jo det som er skjedd med disse folkene her, at de får jo ikke ... De får jo ofte ikke hjelp for de psykiske lidelsene sine heller fordi det er for mye bråk.

Å ivareta pasientenes behov er krevende: «Det er det å bli ivaretatt selv om man blir klin gæren noen ganger og bare utagerer, og ting skjer (...) Dette er jo en målgruppe som har mye traumer, og er traumatiserte på mange ulike vis». Det blir også påpekt at innsatsen som dette arbeidet krever, ikke synes så godt utad og ikke blir nok verdsatt av omgivelsene:

«De gir såpass mye hjelp, egentlig, til bydeler og helseapparater generelt. Så det kan være noe som sliter litt på de som jobber der. De får kanskje få litt lite igjen for den jobben de gjør. Det blir litt usynlig».

5.5 Palliativt tilbud

Samarbeidspartnerne erfarer Gatehospitalets tilbud om palliativ pleie som svært viktig. Det er «Et sted hvor de sykeste kan skjermes, hvor det er trygt og godt». Hvis pasientene ikke kjenner til Gatehospitalet fra før, må henvisningsinstansen kanskje «jobbe litt med (dem), for å skjønne hva dette er for noe... men når vi først får dem dit, med god hjelp fra Gatehospitalet, så vil de gjerne bli». En kaller tilbudet et «kjempetilbud», en annen «fantastisk».

Det blir nevnt at hospiceavdelinger/lindrende enhet på sykehus også er veldig bra, men for mange pasienter gjelder at på Gatehospitalet blir de ivaretatt av noen som allerede kjenner dem. Personalet har også høy kompetanse på medisinerer når det gjelder rus og smertelindring, og ikke minst nyresvikt. Sykehuspersonale fremhever at Gatehospitalets kompetanse, med blant annet fokus på nyresviktspasienter, er viktig i en terminal fase. I tilfeller der sykehuset avslutter dialysebehandlingen, er det kort forventet levetid. «Da kan sykehuset trygt sende pasienten til Gatehospitalet».

Det blir også pekt på at husordensreglene praktiseres «(...) litt løsere i forhold til ting når de ligger på palliativ. Kan ta en røyk på rommet». Det blir også lagt vekt på at tilbudet er viktig for pårørende, og at Gatehospitalet legger forholdene til rette dersom pasienten har pårørende som ønsker å følge pasienten til siste slutt (ved å tilpasse besøksregler, tilby overnatting). Generelt fremhever intervjupersonene at Gatehospitalet er veldig fleksible, og strekker seg langt: «Man prøver jo å planlegge litt [men] de er jo kjempefleksible». Hen forteller at det særlig var en situasjon der «heiv Gatehospitalet seg rundt og gjorde alt for at pasienten skulle (...) få oppfylt alle sine siste ønsker. De gikk veldig ut av sin komfortsone da, på Gatehospitalet, tror jeg».



Foto: Hanne Rebecca Nilsen/Frelsesarmeen

Samlet sett blir det lagt vekt på at tilbudet representerer trygghet og verdighet «(...) det er en veldig verdig avslutning for mange av de som... Jeg har hatt flere brukere som har sagt at de ønsker å være på Gatehospitalet når det (...) de veit de på en måte skal dø. Og det har vært veldig bra for dem». En annen sier det slik: «(...) bare det å vite at de er der, og at de kan få lov til å være der til de reiser ut av tiden (...). For meg, og ikke minst for pasientene selv, er jo det bare det største i livet, liksom. Hvis man kan kalle det det på dødsleiet».

5.6 Gatehospitalets rolle, samfunnsnytte og veien videre

Mange trekke frem hvordan mange av deres egne brukere/pasienter ikke ville vært i live uten behandlingen på Gatehospitalet. «Så jeg er helt sikker på at hadde det ikke vært for Gatehospitalet, hadde det vært veldig mange av de folka, som hadde vært døde for mange år siden. Fordi de klarer å ivareta dem».

Gatehospitalet avlaster både spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud. Flere peker på, særlig de intervjupersonene som selv jobber på sykehus, at det er et veldig press på sykehusene om å skrive ut pasienter forttest mulig. Hvis de får tid på seg til å planlegge utskrivningen og henvise til Gatehospitalet, mener de at sykehusene sparer liggedøgn. «[Det er] ikke nødvendigvis snakk om så mange døgn, men for eksempel med sårstellet, at man vet at det er helsepersonell med kompetanse på sår og på den pasienten, som tar over og følger opp». Det blir presisert at tilbudene er «kjempegode» i bydelen når det gjelder helsepleien og sykepleie på hjul ... «De gjør en veldig, veldig viktig jobb». Likevel «(...) er det nok lettere for de på Gatehospitalet å komme til hvis pasienten har gått med på et opphold der... oppfølgingen blir litt tettere».

En annen sier at når de kommer til Gatehospitalet slipper de «å løpe rundt og gjøre brekk.. og alle de tingene de gjorde tidligere, for å få til neste dose (...) så er det samfunnsøkonomisk en mye bedre (...) Det er jo en vinn-vinn-situasjon, på en måte.»

5.6.1 Manglende kjennskap til Gatehospitalet

Blant samarbeidspartene er det flere som har erfart at andre, relevante instanser ikke kjenner til Gatehospitalet. Det forklares dels med at det finnes mange ulike virksomheter på rusfeltet og at det er vanskelig å få oversikt: «Det er utrolig mye tilbud i Oslo. Sånn at man ... Veldig mye man ikke veit om før man på en måte har en sak hvor (...) noen benytter seg av det.» En annen ble overrasket da hen oppdaget at man på et av de store sykehusene ikke kjente til tilbudet: «Jeg snakka med [avdeling ved sykehus] da jeg var der en gang. De er jo ikke kjent med det, selv om de er jo sykehuset til hele kommunen i dag». En knytter manglende kjennskap til at Gatehospitalet er en del av Frelsesarmeen: «Det er mange som i utgangspunktet ikke er inne i bransjen, som ikke vet om Gatehospitalet.. [i bydelene, og på sykehus]. Ettersom det er et Frelsearmeetilbud».

Manglende kjennskap sees som svært uheldig, spesielt fordi det er mangel på tilbud når denne gruppa pasienter blir skrevet ut fra sykehus: «Jeg skulle jo kanskje ønske at flere tjenester og sykehus og fastleger og alt sånt kjenner til tilbudet».

5.6.2 Ønsker fremover og faktorer for forbedring

Når vi spør om veien videre og om samarbeidspartnerne har ønsker for bedring eller endring av tilbudet eller samarbeidet, svarer alle umiddelbart at de ønsker at Gatehospitalet skal fortsette som nå. Om det er noe de ønsker, er det utviding av denne typen tilbud: «Gjerne et Gatehospital till!».

Når de får tenkt seg om, kommer de frem med behov samarbeidspartneren har, eller ser at målgruppa har, som ikke blir dekket, eller kunne blitt dekket bedre. Dette er ikke nødvendigvis behov de mener at Gatehospitalet skal sørge for.

Blant de intervjuede som selv har helsefaglig bakgrunn innen somatikk, er det flere som ønsker at Gatehospitalet kan dekke enda flere, medisinske behov, noe de mener ville komme deres egen pasientbehandling til nytte. Det uttrykkes også et behov for ytterligere satsing på psykologtilbud for pasientene og kompetansebygging hos personalet, gitt utviklingen i populasjonen som pasientene rekrutteres fra. Det nevnes et ønske om et tilsvarende tilbud som Gatehospitalet for pasienter med alvorlig alkoholmisbruk.

Generelt etterlyses tilfredsstillende botilbud og sykehjemsplasser for pasienter med alvorlig ruslidelse: «Det er jo blitt så veldig sånn at folk skal forttest mulig ut av sykehus. Spesielt de rusavhengige, som skaper en del trøbbel på sykehusene». Og i bydelene skal man helst ikke få korttids plasser på sykehjem. Sånn at da blir folk bare skrevet hjem med hjemmetjenester som kanskje ikke fungerer». Det oppfattes som et paradoks at:

(...) man ønsker å klare å få dem til å leve litt lenger, så har man ikke bygd ut i andre enden med hvor de skal bo resten av sitt liv. For mange trenger sykehjem allerede kanskje fra de var 50 år og resten av livet. Men det fins ikke. De skal bare flytte rundt overalt i stedet for at de fikk ett fast sted å bo. Man kunne bodd (ett sted) hele livet, og så kom heller tjenestene inn dit.

Flere peker på at Gatehospitalet i noen tilfeller blir brukt til å avlaste andre tjenester der tjenestene selv burde tatt mer ansvar. Som vi har sett, legger samarbeidspartnere stor vekt på at det å få folk til undersøkelser og følge dem opp, er lettere for Gatehospitalet enn for andre instanser, men: «Det blir veldig lett å bruke dem også. Kanskje i tilfeller hvor bydelen skulle tatt

ansvaret sjøl. Når hjemmetjenestesykepleien ikke fungerer godt nok, så havner de fort på Gatehospitalet til slutt». Dette kan vi beskrive som en form for eksportering av ansvar.

Enkelte samarbeidspartnere kunne ønske at de ble mer involvert når det gjelder videre medisinering av pasienter. Det gjelder tilfeller der de før innleggelse har ansvar for foreskriving av medisiner til pasienten, og dette blir endret underveis i innleggelsen for at pasienten skal kunne fullføre oppholdet. Ved utskrivning kan det være forventning om at denne instansen skal videreføre medisineren. Da ønsker man å være med «i den prosessen».

5.7 Oppsummering

Samarbeidspartnerne vi har intervjuet, er blant de som samarbeider mest med Gatehospitalet. Alle løfter frem Gatehospitalets unike posisjon og den sentrale betydningen virksomheten har for pasientene, og dermed også for de samarbeidende instansene selv. De fremhever hvordan Gatehospitalet har forlenget, eller reddet livet til, mange av deres egne pasienter/klienter.

Gjennomgående er samarbeidspartnere svært fornøyd med samarbeidet og formidler stor tillit til Gatehospitalets behandlingstilnærming. De erfarer at personalet har høy faglig kompetanse på å møte sammensatte behov hos en særlig utsatt gruppe pasienter. Man erfarer at Gatehospitalet er aktive i kompetanse- og kunnskapsutvikling og raske til å utvikle kunnskap i takt med endringer i pasientgruppas sykdomsbilde. Ved henvisning, innleggelse og under behandlingsforløp utviser Gatehospitalet stor fleksibilitet og tilpasning til den enkeltes behov. Det palliative tilbudet erfares som svært viktig for pasientgruppa, og også for pårørende.

Samarbeidspartnerne fremhever hvordan Gatehospitalets vekt på omsorg og å bygge trygghet og verdighet hos pasientene virker til at man lettere kommer i behandlingsposisjon. Det legges til rette for å få til et «reelt samarbeid» med pasienten, som en uttrykte det. Å skape ro og trygghet gjør at man også lettere oppdager nye tilstander underveis i oppholdet. Tid er en viktig faktor; tid til felles måltider og tid til å håndtere den enkeltes sammensatte behov. Samarbeidspartnerne trekker frem Gatehospitalets gode arbeidsmiljø som en viktig faktor for å få til god pasientbehandling.

Intervjupersonene kjenner fra egen erfaring godt til utfordringene i behandling og oppfølging av pasientgruppa. Det verdsettes høyt at Gatehospitalet har en koordinerende funksjon og får i stand avtaler og undersøkelser med interne instanser og sørger for gjennomføring av disse mens pasienten ligger inne. Samarbeidspartnere ser det som en stor fordel at avtaler og undersøkelser legges til perioden da pasienten er på Gatehospitalet. Oppfølging av forhold ved bo- og livssituasjon sees også som viktig. Det blir pekt på at enkelte andre instanser kan se pasientens opphold på Gatehospitalet som en «hvilepute» for eget oppfølgingsansvar.

Samarbeidspartnerne mener tilbudet avlaster kommunen og spesialisthelsetjenesten og sparer liggedøgn på sykehusene. Enkelte erfarer at Gatehospitalets tilbud likevel er for lite kjent i deler av behandlingsapparatet, og at innsatsen de gjør i å avlaste andre tjenester, ikke verdsettes fullt ut. Intervjupersonene ser stigende behov for Gatehospitalets tilbud, gitt utviklingen i populasjonen som pasientene rekrutteres fra og mangel på sykehjems plasser og tilbud rettet mot mennesker med alvorlig ruslidelse og psykiske lidelser. Det kan gi Gatehospitalet behov for økt kompetanse på psykiske lidelser i tiden fremover.

Ansatte og ledere



Foto:
Sonja Balci/
Frelsesarmeen

6 Ansatte og ledere – erfaringer og synspunkt

Dette kapitlet presenterer tema som ansatte og ledere vektlegger i intervjuene, og som omhandler arbeidsmiljø, pasientbehandling, utfordringer og dilemma, og ikke minst motivasjonen for å arbeide med denne pasientgruppa. Vi spør hvordan ansatte og ledere erfarer betydning av Gatehospitalets rolle overfor pasientene, og også overfor samarbeidspartnere. Kapitlet gir ikke et fullstendig bilde av virksomheten «sett innenfra», men viser sentrale faktorer som preger arbeidsmiljøet og dermed også vilkårene for pasientbehandling. I fremstillingen skiller vi, når det gjelder noen tema, mellom ledere og ansatte der det er relevant, i andre behandler vi dem samlet, da det ofte dreier seg om sammenfallende erfaringer og synspunkt.

6.1 Endringer – i pasientgruppa og i behandlingslandskapet

Blant ansatte og ledere som har mange års erfaring ved Gatehospitalet, erfarer man at mange i pasientgruppa har dårligere helsetilstand ved innleggelse enn tidligere. Deres erfaringer samsvarer med empirien i kapitlene 3 og 4, hvor vi så at pasientgruppa blir eldre og at flere også utvikler nyresykdom og kompliserte sykdomsbilder. Flertallet har psykiske lidelser, ofte udiagnostiserte. De siste årene har også flere av de litt eldre «gjengangerne» blant pasientene dødd. Det betyr at man nå har flere nye pasienter hvor man trenger tid til å opparbeide gode relasjoner og bli kjent med deres behov. Dette gir et økt arbeidspress. Til det siste bidrar også at man, blant annet grunnet økt antall henvisninger, i noen tilfelle reduserer liggetiden, og det blir dermed større turnover og over tid flere pasienter å forholde seg til. En ansatt sier at: «Siden jeg begynte å jobbe her, har det skjedd noe med pasientpopulasjonen. Arbeidsbelastningen har nok økt i løpet av de årene. Det var på en måte roligere. Pasientene var ikke så syke. De var her lenger. Det var liksom litt annerledes». Ansatte peker på at samtidig med at sykdomsbildet for deres pasienter blir mer sammensatt, reduseres andre tilbud til denne gruppa. Nedbygging av institusjonsplasser i psykiatrien og manglende tilbud til pasienter med kombinasjon av rus og psykisk lidelse gir endringer i landskapet Gatehospitalet opererer i. Ansatte opplever en utvikling der pasientene er psykisk dårligere enn før.

6.2 Faglighet og arbeidsmiljø – betingelser for «omsorg for hele mennesket»

Personalet opplever å ha en svært meningsfull jobb, hvor det å kunne bedre helse- og livssituasjon for svært sårbare pasienter er sterkt motiverende: «Det er utrolig givende å arbeide med pasientgruppa og kunne være en trygghet for mange som lever så uforutsigbare liv». De fremholder at sentrale faktorer for at de får til dette, er et godt arbeidsmiljø og høy faglig standard med utviklingsmuligheter.

Alle beskriver et svært godt arbeidsmiljø:» Det et veldig godt arbeidsmiljø her. Man trives sammen med de man jobber med, man er på jobb med venner». Som viktige faktorer blir det pekt på at lederne er tett på både ansatte og pasienter og selv jobber klinisk i avdelingene, at selv om arbeidspresset er stort, har Gatehospitalet bedre bemanning enn andre,

sammenliknbare arbeidsplasser, og man har en kultur for å ta opp ting og komme med forbedringsforslag. Dette kan dels veie opp for at lønna er lavere enn for eksempel i Oslo kommune, som har lagt seg på et høyere nivå (noe vi kommer tilbake til nedenfor):

Arbeidsmiljøet er verdt veldig mye penger. At du har det bra på jobb, at det er en veldig flat struktur med ledere og sånne ting. Du blir sett av ledelsen, og de jobber selv på gulvet. De skjønner hva vi står i. Og de spekulerer liksom ikke på å ha oss underbemanna i kommunen og alle de sparegreiene som tærer veldig på de der ute. Altså det er en veldig, veldig fin arbeidsplass (...) Og så syns jeg rus og psykiatri er interessant faglig.

Flere kontrasterer miljøet for både ansatte og pasienter på Gatehospitalet, med erfaringer de selv eller bekjente har fra andre behandlings- og helseinstitusjoner, hvor arbeidspresset er mye større: «Jeg bare fant ut at det rotteracet der (...) ville jeg ikke være en del av. Så kom jeg hit, litt tilfeldig, og så følte jeg meg litt sånn hjemme.»



Foto: Hanne Rebecca Nilsen/Frelsesarmeen

Å opparbeide gode relasjoner til pasientene ved å bygge tillit og la pasientene erfare trygge omgivelser, erfares som en grunnstein i arbeidet for å få til gode behandlingsforløp. Dette er krevende overfor en gruppe hvor mange har traumer, som generelt opplever mye stigmatisering og som i stor grad også har dårlige erfaringer fra andre deler av helsevesenet: «Hvis jeg opplever at jeg kan danne en god relasjon med en pasient som kanskje ikke har opplevd å ha det med en sykepleier ... Det tenker jeg er veldig viktig og veldig meningsfullt. For det kan potensielt ha veldig positiv påvirkning på denne pasientens framtid». En annen sier: «Hvis vi får inn en helt ny pasient som har vært utenfor helsehjelp i 20 år ... Og så klarer vi å få til noe (...) Selv om det ikke alltid går bra».

Å bygge relasjoner krever tid og samvær: «Det er mange som sier at det er så godt å komme hit, for vi har tid til å snakke med dem. Vi har tid til å høre på hva de har å si». En viktig arena for å skape trygge relasjoner er måltidene, hvor pasienter og alle deler av personalet spiser sammen. «Vi er opptatt av at ved måltidene, der er vi først og fremst likeverdige mennesker som møtes og spiser sammen». Her er det daglig quiz. Aktiviteten gir mulighet for å innta ulike roller (lese, svare, bare lytte) og for at både pasienter og ansatte kan vise flere sider ved seg selv «Det er overraskende og utrolig hva de kan ha fått med seg (...) selvfølgelig, noen har ikke fått med seg så mye, men veldig mange kan de utroligste ting(...) det må jeg si at der går de mot alle fordommene». Ikke minst er tidsaspektet viktig for å skape tilliten som trengs for at pasientene skal tørre å komme med viktig helseinformasjon: «Fordi vi bruker mye tid sammen med pasientene, så oppdages jo mye egentlig underveis». Det kan være når man ser film sammen i stua, går tur til butikken eller i andre situasjoner: «Så plutselig kommer informasjonen».

Å bruke tid og utøve fleksibilitet er ikke minst viktig i behandlingen av palliative pasienter. Det gjelder også i forløpet før pasienten er i siste fase. Ofte har pasienter blitt kjent med Gatehospitalet og personalet gjennom flere, tidligere opphold: «[Da er] vi ganske mange som har bygd relasjon til den tida kommer. At vi vet at noen er syke, og kommer inn i to uker, sånn at de kan bli trygge på oss. Og når det nærmer seg slutten, kan de komme til oss og være trygge». Ofte uttrykker pasienter at de ønsker å dø på Gatehospitalet. Når det gjelder pårørende, er det mange som ikke har pårørende, eller har svært kompliserte eller brutte relasjoner. Ved innleggelse, hender det at pasienten oppgir Gatehospitalet som nærmeste pårørende. Når Gatehospitalet er i kontakt med pårørende, er det særlig omkring palliative pasienter. Man legger også til rette for at pårørende kan overnatte. Generelt strekker Gatehospitalet seg langt for å tilpasse be-

handling og omsorg for pasienter som nærmer seg slutten. I denne fasen, og etter dødsfall, kan Gatehospitalet også nyttiggjøre seg Frelsesarmeens øvrige organisatoriske ressurser. For eksempel ved å finne pårørende via Frelsesarmeens landsdekkende nettverk, tilkalle sjelesørgere/samtalepartnere, arrangere gravferd og ordne med lokale. Ikke alle pårørende, om de finnes, har ressurser til å gjennomføre en slik seremoni. Overfor palliative pasienter kan personalet også love at de alltid kommer i begravelsen; pasienter kan være redd for at ingen som kjenner dem vil møte opp.

Ansatte mener at rammene for arbeidet, med relativt høy bemanning og vekt på fleksibilitet, slik at kolleger kan avlaste hverandre når de står i spesielt krevende situasjoner, er viktig: «At man er flink til å overlape hverandre og ta over andres oppgaver, sånn at de kan frigjøres for å ha litt tid til pasientene».

Intervjupersonene fremhever betydningen av at Gatehospitalet har høy faglig kompetanse og sørger for systematisk kompetansebygging, både gjennom samarbeid med andre helsetjenester, og gjennom egne fagdager. «[Man får] mulighet til å ta mer ansvar og utvikle det faglig, da. Det synes jeg er veldig gøy med å jobbe her». Ansatte verdsetter at det er takhøyde for å ta initiativ nedenfra: «Vi er jo liksom «doers» her på Gatehospitalet, vi får gjennomført ting».

6.3 Spenningsforhold og dilemma

Somatisk behandling av mennesker med tunge ruslidelser innebærer en rekke ulike spenningsforhold og dilemma. I intervjuene peker leder og ansatte blant annet på disse områdene:

I *inntaksprosessen* erfarer man at det krever mye tid og innsats å få pasientene til å møte opp. De kan være redde, glemme tidspunktet, osv. Ofte må pasientene få flere sjanser, og ofte lykkes man etter 2-3 forsøk. Som vi var inne på i kapittel 4, krever dette fleksibilitet i administrering av tilgjengelige sengeplasser og gjør det tilnærmet umulig å til enhver tid ha fullt belegg. Det fremheves hvordan Gatehospitalets posisjon utenfor helseforetakene og praktisering av ubyråkratiske inntaksprosesser gir nødvendig fleksibilitet for å nå frem med tilpasset behandling til denne pasientgruppa.

I relasjonen til de mange *samarbeidende instanser* som henviser til Gatehospitalet, kan det variere mye hvilke forventninger de har til

oppholdet og i hvilken grad de bidrar med nødvendig kontakt etter at pasienten er innlagt hos Gatehospitalet. Med mange har man tett og godt samarbeid, mens andre instanser kan se på oppholdet på Gatehospitalet som en «hvilepute», som en ansatt uttrykte det: «Jeg tror mange tenker at nå er de på Gatehospitalet. Nå kan vi liksom senke guarden. (...) for å kanskje kjøpe seg tid». Mens Gatehospitalet er avhengig av å nå frem til saksbehandler i Nav og få kontakt med fastlegene, hvor det ofte kan ta lang tid før de når frem. Erfaringen er at det kan være stor variasjon mellom bydelene og mellom tjenestene.

Når det gjelder *lengde på oppholdet*, bestemmes dette underveis og også i samråd med pasienten. Liggetid vurderer både ut fra somatisk tilstand og psykososiale faktorer som bosituasjon, og må også vurderes opp mot hvor stor pågangen er og behov hos pasienter på venteliste. Ledere og ansatte fremhever at det, i tillegg til medisinske vurderinger, er viktig å gjøre individuelle vurderinger og også se oppholdet som del av et lengre forløp. Dette er igjen basert på at man ofte har gjort seg kjent med pasientens behov og utvikling over tid: Kanskje noen blir veldig rastløse etter kort tid, og det er bedre for dem med kortere opphold som representerer en god erfaring og bedre sjanser for at de vil være positive til innleggelse neste gang de trenger det. Dette innebærer vurdering omkring forebygging av negativ sykdomsutvikling. Hvis pasienter har utagerende atferd som uroer miljøet, kan det også være nødvendig å veie hensynet til den enkelte opp mot miljøet for andre pasienter.

Når det gjelder *belegg og antall liggedøgn*, er det et kontinuerlig spenningsforhold mellom å planlegge så godt man kan for fullt belegg, samtidig som man rekrutterer fra en pasientpopulasjon hvor det er knyttet stor usikkerhet til om, og når, pasienten klarer å møte opp. Det innebærer at rom kan stå tomme flere dager, før man etter flere forsøk klarer å få pasienten til å møte, eller etter gjentatte forsøk velger å tilby plassen til en annen. Da kan samme type prosess finne sted. Dette gjør det nær umulig å ha fullt belegg. Samtidig fremholdes det at dette er et dilemma man ikke kommer utenom når man skal fange opp pasienter som ellers faller utenfor og mellom andre helsetjenester: «De må ofte ha flere sjanser på å kunne møte opp. Vi hadde mista enda flere om man hadde vært mye strengere på det.» Inntaksprosessene krever fleksibilitet og tilpasning til den enkelte.

Praktisering av *husregler og grensesetting* kan være krevende for personalet. Det gjelder både ved oppbevaring eller inntak av rusmidler, og ved urimelige krav og eventuelt testing av grenser. Ved inntakssamtale skriver pasienten under på at de er kjent med rammene for oppholdet og forplik-

ter seg til ikke å ruse seg. Oppholdet er frivillig og pasienten kan når som helst skrive seg ut, men kan ikke gå ut på tur uten følge og man praktiserer besøkskontroll. Det er ingen automatikk i at pasienten sendes ut ved brudd på rusforbudet, men man vurderer hvert enkelt tilfelle, og i mange tilfelle gis pasienten en ny sjanse. Ved trusler og vold, som er sjeldent, veier hensynet til ansatte og andre pasienter tyngst og pasienten skrives ut. Grensesetting kan være utfordrende i det daglige. Det er stor variasjon mellom pasientene, men det blir pekt på at folk kan være klagende og manipulerende, og «street smarte» for å oppnå det de vil. En fremholder at det mest slitsomme er «at du potensielt kan bli ganske dårlig behandla av voksne mennesker når du prøver å gjøre ditt beste». En annen at å håndtere pasienter kan ha mye felles med barneoppdragelse: «Det er omsorg i rammer». En tredje: «Det tar veldig mye energi å stå og diskutere ting». Det blir fremholdt at: «Det er veldig slitsomt med grensesetting. Eller selve grensesettingen er ikke så veldig slitsom, men det er slitsomt når du må stramme inn (...) Når du har fire som sitter i sofaen og kverulerer». Pasientene er også sårbare og kan reagerer på forskjellsbehandling, selv om det kan være helt nødvendig i et behandlingsforløp: «Så kan det jo bli vanskelig når vi har noen veldig syke palliative i første etasje. Og så står vi og lager risotto til dem da. Det må jo forskjellsbehandling til».

Flere ansatte peker på at det er viktig at personalgruppa har felles praktisering av grenser overfor pasientene. Dette er det vanskeligere å få til hvis det er flere som bare jobber av og til, for eksempel på natta: «For å orke å stå i de konfliktene må du ha mye eierskap og stolthet til arbeidsplassen. Og hvis du er ny, da, og er (...) ekstravakt (...) Da er det kanskje fortere å bare la det gå litt, da». Ulik praktisering av grenser fører til at andre ansatte må ta ubehaget med å stramme inn. Man har nå satt en gruppe i gang med å skriftliggjøre og synliggjøre også «uskrevne regler».

Temaet illustrerer hvordan arbeidsmiljø og fellesskap blant de ansatte er avgjørende for å håndtere belastende situasjoner. Debrifing fremholdes som viktig: «Jeg opplever at ledelse og kollegaer verner om hverandre og snakker. Og tar godt vare på hverandre». Jevnlig veiledning av psykiater blir også fremhevet som et viktig tiltak.

Personalet opplever Frelsesarmeens *verdigrunnlag* og motto «omsorg for hele mennesket» som en plattform for Gatehospitalet og for eget arbeid. I intervju pekes det på at flertallet av ansatte ikke er personlig kristne, men at de deler Gatehospitalets verdigrunnlag og menneskesyn og opplever dette som retningsgivende for eget arbeid. Erfaringen er at Gatehospitalet og Frelsesarmeen har et godt rykte blant pasienter og samarbeidspartne-

re. Men som en leder fremholdt: «Rykter er ferskvare, vi må hele tiden jobbe for å vise at det stemmer (...) vi kan ikke lene oss tilbake».

I enkelte tilfelle har man hatt skeive pasienter som ved inntak har vært bekymret for om Gatehospitalet kan være riktig sted for dem, fordi institusjonen er en del av Frelsesarmeen. De har hørt at bevegelsen ikke er åpen for homofile på alle plan (homofile i likekjønnede ekteskap kan inneha lederverv, men ikke bli uniformert medlem (soldat) eller prest (offiser) i bevegelsen). Da har det vært nødvendig å tydeliggjøre at absolutt alle er velkomne, uavhengig av legning eller bakgrunn, og at Gatehospitalet har flere skeive i personalgruppa. I intervju fremholder ansatte skillet mellom Frelsesarmeens som organisasjon og som menighet, og at de internasjonale, sentrale retningslinjene legges «fra litt mer konservative land enn Norge». Et langt hyppigere tema er når pasienter uttrykker nedsettende holdninger når det gjelder kjønn og hudfarge. Rusmiljøet betegnes som «konservativt» på disse områdene og ved nyansettelser forberedes personalet på hvordan håndtere slike situasjoner, ikke minst når de selv kan bli utsatt for rasisme eller kjønnsnedsettende holdninger fra pasienter.

6.4 Gatehospitalets rolle og veien videre

Både ansatte og ledere mener Gatehospitalet har en unik og viktig rolle: «Vi skaper en bro mellom helsevesenet og pasientgrupper. Det er veldig mange som kun vil forholde seg til oss, og kun orker å komme hit. Og det at vi da kan gi dem god helsehjelp, eller hjelpe dem å komme seg videre til et sykehus, eller til den timen, det tenker jeg er en ganske stor og viktig oppgave».

Personalet fremhever at den avlastningen de gir sykehusene og andre instanser, innebærer store besparelser, men som det er vanskelig å tallfeste. «Samfunnsmessig, så avlaster jo vi sykehusene for masse, masse liggedøgn som er mye, mye dyrere enn det her». Det dreier seg om selve den medisinske behandlingen man får gjennomført ved Gatehospitalet fordi man har høy kompetanse på pasientgruppas sammensatte behov, og også om forebygging av reinnleggelser i spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis: «Alle de antibiotikakurene (...) Som jeg ...vet at de blir ikke fullført der ute. Fordi de pillene blir rota vekk, eller de blir ikke henta ut, eller ... Og hvis de ikke får fullført den ute, så vil de jo måtte ha ny sykehusinnleggelse, eller en ny infeksjon. Som man unngår fordi de får fullført den her». Ikke minst dreier det seg om å få gjennomført avtalte timer og undersøkelser hos fastlege, tannlege spesialisthelsetjenesten og NAV som ellers vill blitt stående ubrukt: «Det er kjempe dyrt. Så det at vi får de til den timen som er avtalt, er ganske besparende.»

Både ansatte og ledere erfarer at det er behov for at de har en kontinuerlig rolle som advokater for en pasientgruppe som står nederst på samfunnsstigen. Det gjelder overfor andre deler av helsevesenet hvor det er behov for å «fjerne litt av stigmaet». Og det gjelder arbeidet med å synliggjøre pasientgruppas behov og Gatehospitalets eksistensberettigelse overfor politikere og beslutningstakere. Den usikre finansieringen gjør at ledelsen må bruke mye krefter på synliggjøring og påvirkningsarbeid. Dette skjer i et landskap der, som en ansatt uttrykker det: «Det er stadig nedgradering av psykiatri og tilbud i helsevesenet, mens vi opplever at folk blir sykere og sykere. Og jeg synes nesten det er litt rart noen ganger at media ikke skriver mer om det (...) . Det kuttes i personale, og det kuttes i penger. Jeg synes det er veldig rart. Så lenge man bygger ned psykiatri, vil det bli flere og flere i den gruppa her».

Som vist over, verdsetter de ansatte en jobb med svært meningsfulle arbeidsoppgaver. Samtidig peker de i intervjuet på at lønna ligger lavere enn for sammenliknbare stillinger i andre deler av helsetjenestene.

Grunnlønna er på nivå med sammenliknbare stillinger i helseforetakene, men ubekvemtilleggene er lavere. Grunnlønna i Oslo kommune er høy, og differansen mellom en årlig syklepleierlønn på Gatehospitalet og en tilsvarende i Oslo kommune blir lagt merke til. Ansatte peker på at dette er særlig problematisk i Oslo, med høyt bolig- og prisnivå. Ledelsen erfarer at konkurransen om arbeidskraft og lavere lønnsnivået gjør det vanskelig å rekruttere erfarne sykepleiere. Ved nyrekruttering tilfører Gatehospitalet relativt nyutdannede en verdifull kompetanse, som senere blir svært attraktive for spesialisthelsetjenesten. Lønnsnivået fastsettes i forhandlinger med Frelsesarmeen sentralt, hvor praksis er likt nivå for samme type stilling uavhengig av geografi. Lønnsnivået er derfor et pågående tema i dialogen med det sentrale organisasjonsnivået.

6.5 Oppsummering

Ledere og ansatte ved Gatehospitalet erfarer endringer i pasientgruppa ved at mange har dårligere helsetilstand og mer komplisert sykdomsbilde ved innleggelse enn tidligere. Flere har psykiske lidelser, ofte udiagnostiserte. Manglende tilbud til gruppa og svekking av tilbud innenfor psykiatri merkes på sykdomsbildet til pasientene. Det har vært en jevn aldring i pasientpopulasjonen. Samtidig har flere av «gjengangerne» ved Gatehospitalet dødd, slik at det er flere nye pasienter hvor man trenger tid til å opparbeide gode relasjoner. Til sammen gir dette økende arbeidspress.

Intervjupersonene opplever sterk motivasjon i jobben, oppslutning om Gatehospitalets grunnverdier og et svært godt arbeidsmiljø. Blant viktige faktorer er stabil og god ledelse, hvor ledelsen selv jobber klinisk i avdelingene og er tett på både behov til både ansatte og pasienter. Gatehospitalet har relativt høy bemanning, noe som oppleves som en forutsetning for å ha tilstrekkelig tid og rom for bygge tillit og trygghet hos pasientene, individuelt og i fellesskap. Opparbeiding av gode relasjoner er krevende overfor en gruppe hvor mange har traumer, som generelt opplever mye stigmatisering og som i stor grad også har dårlige erfaringer fra andre deler av helsevesenet. Måltidene er en arena hvor det legges stor vekt på god ernæring og fellesskap mellom pasienter og alle deler av personalet. Relasjonsarbeid erfares som en grunnstein i behandlingen. Tillit er nødvendig for at pasienten skal ta imot behandling og også tørre å komme med viktig helseinformasjon.

Tid, fleksibilitet og tilpasning til den enkelte er særlig viktig i behandlingen av palliative pasienter. I mange tilfeller har personalet opparbeidet relasjoner til pasientene gjennom tidligere opphold. Ofte uttrykker pasienter

at de ønsker å dø på Gatehospitalet i trygge omgivelser, hvor de vet de blir tatt godt vare på. Mange pasienter har kompliserte eller brutte relasjoner til pårørende. Når Gatehospitalet har kontakt med pårørende, er det særlig når pasienter er i en palliativ fase. Under palliativ fase og i forbindelse med dødsfall kan Gatehospitalet nyttiggjøre seg ulike deler av Frelsesarmeens øvrige organisatoriske ressurser. Personalet møter alltid i begravelser.

Ansatte og ledere opplever Gatehospitalet som en arbeidsplass med faglig tyngde. Virksomheten legger vekt på kompetansebygging, der det er kort vei fra å se et behov for kunnskap, til å ta grep for å gjennomføre tiltak som møter behovet.

Gjennom intervjuene fremgår det hvordan somatisk behandling av mennesker med tunge ruslidelser innebærer en rekke ulike spenningsforhold og dilemma. Det gjelder inntaksprosessen, der det kreves tid og innsats å få pasienten til å møte opp. Lengde på oppholdet vurderes individuelt og i samråd med pasienten, men gjennomsnittlig liggetid må også veies opp mot pågang og behov hos andre pasienter. Nødvendighet av flere forsøk på innleggelse og forekomst av avbrutte opphold (pasienten kan skrive seg ut frivillig), krever fleksibilitet og kontinuerlig tilpasning. Overfor denne pasientgruppe er det derfor nær umulig å nå fullt belegg. Praktisering av regler og grensesetting kan være krevende overfor pasientgruppa, og den gode leder- og kollegastøtte man får ved belastende situasjoner, erfares som viktig.

Gatehospitalet opplever å ha tett og godt samarbeid med mange type tjenester og tilbud. Samtidig spørres det om andre instanser i enkelte tilfeller kan se pasientens opphold ved Gatehospitalet som litt for mye som en avlastning av eget oppfølgingsansvar.

Ansatte og ledere mener Gatehospitalet fyller en viktig rolle som en bro mellom ulike deler av helsevesenet og en pasientgruppe med alvorlig og sammensatt sykdomsbilde, som ofte faller mellom flere stoler. De erfarer at virksomheten avlaster kommune og spesialisthelsetjeneste og forebygger reinnleggelse. Fremover vil det være behov for å videreføre rollen som advokat for en svært utsatt pasientgruppe, både overfor andre deler av helsevesenet, og overfor beslutningstakere. Ikke minst vil man måtte fortsette arbeidet for å synliggjøre virksomheten og sikre finansiering. I dette bildet er lønnsnivået, som er fastsatt sentralt i Frelsesarmeen og som ligger under sammenliknbare stillinger i spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune, et tema.

Pasienter



Foto: Mette Randem/
Frelsesarmeen

7 Pasienter - erfaringer og synspunkt

I de to foregående kapitlene har vi sett hvilken betydning samarbeidspartnere og personalet ved Gatehospitalet mener institusjonen har for pasientene. I dette kapitlet spør vi: Hvilke erfaringer har pasientene, og hvilke faktorer peker de på som viktige? Hva betyr behandling og opphold for dem? Før vi presenterer funn fra intervjuene, vil vi kort gjengi hovedresultatene fra de årlige brukerundersøkelsene ved Gatehospitalet.

7.1 Brukerundersøkelser

I tilskuddsordningen som Gatehospitalet får midler fra, heter det at «(...) det er et selvstendig mål at systematisk bruker- og pårørendemedvirkning på systemnivå, tjenestenivå og individnivå er en integrert del av utvikling- og kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomheter som mottar tilskudd». Gatehospitalet gjennomfører årlige brukerundersøkelser og har jevnlig husmøter for pasientene (tjenestenivå) og legger vekt på dialog i form av én til én-samtaler, der den enkelte pasient kan fremme sin ønsker og behov (individnivå). Når det gjelder systemnivå, er Gatehospitalet representert i Frelsesarmeens sentrale styringsorganer.

Gatehospitalet gjennomfører årlige brukerundersøkelser, der pasientene jevnt over viser stor tilfredshet med tilbudet ved Gatehospitalet. I den nyeste undersøkelsen, fra 2023, gir pasientene høy score når det gjelder å føle seg trygge, velkommen, blir møtt med respekt, har opplevelse av økt livskvalitet, får god sårbehandling, og er positive til felles måltider og fasiliteter. Det fremkommer også at en stor andel (69%) bekrefter opplevelse av ensomhet og lite kontakt med pårørende. Dette understreker betydningen av de relasjonelle sidene ved omsorgsarbeidet som Gatehospitalet legger vekt på i behandlingsforløpet.

7.2 Mer om utvalg av intervjupersoner

Som nevnt, har vi av ressurs hensyn gjennomført intervju med et lite antall pasienter (3), og antakelig er disse blant de mest «vellykkede», i betydningen av at de gjennom mange opphold har fått et nært forhold til stedet og lært seg hvordan de best kan nyttiggjøre seg tilbudet. De er i relativt stabile faser av oppholdet og er ikke blant dem som preges av sterk uro, skriver seg ut før tiden eller har en atferd som kan være utfordrende for ansatte og/eller andre pasienter. Slik representerer de bare en viss andel av pasientpopulasjonen, men det er en styrke at de kjenner Gatehospitalets praksis over flere år og kan vurdere tilbudet og eventuelle endring over tid. Gyldigheten til intervjufunnene styrkes også ved at faktorene pasientene trekker frem som særlig betydningsfulle, og vurderingen de gir, er sammenfallende med mye av det som er kommet frem i intervju med pasienter i de tidligere eksterne undersøkelsene av Gatehospitalet (Briseid og Angell 2006, 2007, Dyb 2006, Dyb og Johannesen 2009). Funnene sammenfaller i stor grad også med hva som fremkommer i våre intervju med samarbeidspartnere og med personalet.

Pasientene er fra midten av 40-årene til slutten av 50-årene og har flere, til dels mange opphold ved Gatehospitalet. Begge kjønn er representert i utvalget. Vi kjenner ikke til deres sykdomshistorie, men har spurt om hvilke erfaringer de har med Gatehospitalet og hvilken betydning de mener institusjonen har, og har hatt, for deres egen livssituasjon og for målgruppa generelt.

7.3 «De redda livet mitt»

Pasientene løfter frem som sin viktigste erfaring med Gatehospitalet at tilbudet er avgjørende for at de er i live i dag. En åpner intervju samtalen med å si at «det er klart jeg vil stille opp til intervju, de redda livet mitt den gangen».

Ved innleggelse, spesielt første gang, har de vært i dårlig helsemessig forfatning og i en svært vanskelig livssituasjon. En forteller at situasjonen var «temmelig kritisk», både fysisk og psykisk. Hen veide litt over 40 kilo, stod uten bosted i iskaldt vintervær og sier lakonisk at «jeg hadde ikke så mye å gå på». En annen sier at «jeg var så nedbrutt, både i kropp og sjel, at ... jeg vet rett og slett ikke hvordan det hadde gått hvis jeg ikke hadde funnet dette stedet her (...) At kanskje ikke livet betyr noe mer, ikke sant. Og så kommer du hit, og så får du omsorg, og så forandrer livet ditt seg igjen. Livet, ikke sant. Så det har veldig mye å si».

Ingen av intervjupersonen har opplevd å få avslag på henvisning om opphold. I de fleste tilfellene har de også kommet raskt inn, når situasjonen har krevd det.

De har erfaring med ulik lengde på oppholdet, for enkelte har det hendt at det har strukket seg over et par måneder. Alle setter stor pris på at Gatehospitalet viser stor fleksibilitet når det gjelder både inntak og opphold, og gir uttrykk for at deres ønsker og behov blir tatt hensyn til, så langt det lar seg gjøre:

Det er en vurdering som vi tar sammen med legen. Når man får en dato, sånn som jeg fikk vite at jeg fikk 14 dager ... Og så kan man ta en prat med legen hvis man føler at man har behov for å være her lenger for å få ordnet opp ting. Så ... ofte så pleier det å gå greit at man, hvis man føler at man har det behovet, at man kan være her lenger. Og så kommer det litt an på situasjonen ute. Hvis det er stort behov ute og det er mange som har behov for hjelp (...) og at de trenger plassen. Det er også forståelig.

Intervjupersonene har erfaring fra opphold på sykehus og ulike rusinstitusjoner. Når de skal beskrive Gatehospitalets rolle, trekker de sammenlikninger med disse institusjonene.

En sammenlikner med erfaring fra flere opphold på somatisk sykehus: «Men der blir man jo ... holdt jeg på å si, kasta ut så fort de kan». En annen viser til at man som pasient med ruslidelse ikke får nødvendig medisiner og ikke klarer å fullføre oppholdet: «Da var jeg jo i en rusituasjon, så ... Det kunne være vanskelig å være på sykehuset uten å måtte dra derfra ... Eller være på sykehus uten å ruse seg og sånne ting. Når du var her, så fikk man medisiner, i hvert fall, i tillegg. Sånn at man klarte å være her».

Flere har dårlig erfaring med instanser for avrusingsopphold. Det oppleves som slitsom og med mye rusing i miljøet:

Og hvis du har rusa deg da, så blir du kasta ut. Og det er uansett, liksom. Eller overflytta til noe annet hvis du er syk. [Det er ikke] den omsorgen, syns jeg, som de har her. Du har ikke den der kontakten med de ansatte som du har her. Her føler du nesten at du er familie. Stadig vekk så spør de om det er noe du trenger, eller sånne ting.

Hovedskillet synes å være mangel på trygge relasjoner og arenaer for fellesskap mellom pasienter og personalet: «For det første var det ikke noe tilbud, og personalet spiste absolutt ikke sammen med oss. Og de satt liksom inni et bur, og der satt vi liksom bare sånn ... Ja, det var virkelig tragisk, altså». En pasient konkluderer med at hen, etter å ha omfattende erfaring fra ulike former for institusjoner, kan si om Gatehospitalet: «Det er det beste stedet jeg har opplevd å komme til noen gang gjennom et langt liv som rusmisbruker».

7.4 Om rusmiljøet og kjennskap til Gatehospitalet

To av pasientene forteller at de ikke kjente til Gatehospitalet før første gangs innleggelse. «Jeg hadde jo aldri hørt om Gatehospitalet før, så det var jo bare flaks, nærmest, at jeg kom hit». En sier at det er vanskelig å vite hvor godt kjent Gatehospitalet er i rusmiljøet nå, men hen tror det generelt er mer kjent enn det var da hen ble innlagt for første gang på midten av 2010-tallet: «Jeg tror det er blitt mer og mer kjent i miljøet jo lenger det har holdt på. Det er vel ganske naturlig òg». En spør seg om navnet «Gatehospitalet» kan gi feil assosiasjoner hos målgruppa: «Hvis

man nevner navnet Gatehospitalet, så høres det ut som ... Å nei, det er bare for sånne som ligger i grøfttekanten. Det er ukjent for dem, rett og slett». Intervjueren spør om hen har forslag til hva det skulle hett i stedet? «Frelsesarmeens privatsykehus? Nei, jeg vet ikke».

Pasientene beskriver et rusmiljø i byen som generelt har blitt hardere med årene. Det er mer vold og mindre samhold: «Miljøet er jo i total forandring også nede i byen... Det er veldig vanskelig for mange». Intervjupersonene mener at Gatehospitalet, i tillegg til å behandle sykdomsbildet og en time-out for å komme seg på beina, også er viktig som et skjermingssted «for å komme seg vekk fra miljøet».

7.5 Krav om rusfritt miljø – praktisering av husregler

Når det gjelder Gatehospitalets regler og rutiner og praktisering av disse, er intervjupersonene samstemte i at totalforbud mot rus er helt nødvendig: En sier at «Det hadde jo vært et sånt narkoreir(...) Det hadde jo bare blitt som et hospits, det».

Ved inntak er det fast prosedyre (som beskrevet i 5.1.1) med inntakssamtale og legeundersøkelse. Om man er rusa ved inntak, mister man ikke plassen av den grunn: «Så det er ikke noe sånn ... De kan ikke plutselig si der at ... 'Nei, du kommer ikke inn allikevel, du.' Ikke sant? Det er ikke sånn».

Det er en forutsetning at du skal være rusfri mens du er her. Du kan være rusavhengig når du kommer, men da må du holde rommet til dagen etter [å holde rommet til dagen etter betyr at pasienten blir på rommet og ikke går til fellesarealene] Jeg tror de fleste overholder det uten noen problemer. For det ... Du har jo gjerne stått på venteliste i et par-tre uker før du kommer inn her. Så det er ganske stor pågang her.

Det hender likevel at folk får tilbud om stoff under oppholdet. Det oppleves som veldig vanskelig: « (...) så har jeg fått tilbud ... Og det har ikke vært like lett, for jeg har vært her for å prøve andre medisiner enn de jeg går på. Og så har jeg vært i ganske sånn dårlig form. Og da få tilbud om ting, det er jo krevende. Å si nei til, liksom».

Intervjupersonene mener det er viktig at det kommer sanksjoner dersom regler brytes. De mener det skjer sjelden, «men jeg vet at folk har blitt kasta ut herfra på grunn av rus». Samtidig erfarer de at Gatehospitalet vurderer den enkeltes situasjon og at regelbrudd ikke automatisk

fører til varig utestengelse «Og så er det det som også er fint her, at uansett hva man har gjort, så får man jo en sjanse til. Så hvis man har blitt tatt for rusing på huset, så blir man ikke nekta for alltid, liksom».

I intervjusamtalene fremgår det at pasientene også opplever uskrevne forventninger om normalitet og hverdagslighet, som erfares som positivt: «Det er jo forventa at du ... Om ikke første dagen, så iallfall ... Deretter skal være sånn noenlunde påkledd når du kommer til frokost. Ikke gå og dasse i nattskjorte hele døgnet, liksom. Hvis det ikke er noen spesiell grunn til det, selvfølgelig».

Vi vil føye til at dette er forventninger om oppførsel og fremtoning som er egnet til å bygge opp om den enkeltes verdighet og respekt for fellesskapet.

7.6 Om pasientmiljø og avdelinger

På spørsmål om hva som er det mest krevende ved opphold på Gatehospitalet, går det fram at det er «de andre pasientene», dersom det er folk som skaper uro i miljøet:

Det er jo at det blir veldig tett ... Altså de andre pasientene er det mest krevende med å være her. Så det er jo veldig opp og ned. Hvis det er en god gruppe som er her, og nå er det jo i hvert fall det, så er det ikke noe ekstra ved det. Men det holder med bare ett menneske som tar veldig, veldig mye plass. Så blir det litt slitsomt.

Hen legger vekt på at det da er gode muligheter for å skjerme seg ved å trekke seg inn på eget rom hvor man eventuelt kan lese, og har egen tv (det er ikke lov å besøke hverandre på rommet). Det uttrykkes også en forståelse for at andre pasienter kan være krevende og at det er noe man til en viss grad må bære over med, når mange fra rusmiljøet er samlet: «Noen kan jo være vanskelig å ha med å gjøre, selv om du ikke kjenner dem. Og de kan være ganske sånn utagerende og sånn. Noen ganger er det jo slitsomt, men... så man må jo bare prøve å ... prøve å være tålmodig».

Det kan oppleves som spesielt vanskelig om det er andre pasienter man kjenner fra tidligere og man ikke har et godt forhold til: «Det kan jo hende det dukker opp noen som man føler at man ikke kan være her sammen med. Ja, på grunn av fortid og sånne ting». Fellesskap med andre pasienter er ellers noe man verdsetter: «Det beste er jo at det er noen man kommer godt overens med. Så det er jo veldig koselig. Og særlig hvis det er folk som er på ditt nivå rusmessig».

Intervjupersonene har gode erfaringer med at man har egen kvinne- og mannsavdeling, samt blandet avdeling (med palliative plasser). «Jeg syns det er veldig fint og veldig praktisk». Pasientene beskriver et særlig behov for egen avdeling for kvinner. De kan ha svært dårlige erfaringer knyttet til seksualitet og vold og behov for å bli skjermet fra menn generelt. «Jeg tror veldig mange jenter syns det er mye tryggere å være på en kvinneavdeling. Mange av jentene her har dårlig erfaring med ... voldelige menn, og ... tror ikke de ville sagt ja til en plass i den blanda avdelingen i det hele tatt». Det blir også beskrevet situasjoner hvor kvinnelige pasienter har bedt om å bli skjermet fra mannlige pasienter som de har hatt svært dårlige erfaringer med ute i rusmiljøet. Det har hatt innvirkning på organisering av hele huset: «Da stengte de jo tvert gutt- og jenteavdelinga, sånn at ingen ... De gikk ikke i butikken. Guttene fikk ikke gå i butikken samtidig som jentene, og da var det veldig flott at de stengte helt av». Erfaringen er at: «Da løser de den situasjonen. Og det er veldig sjeldent at det er sånn».

Intervjupersonene mener det er veldig bra at Gatehospitalet har et palliativt tilbud: «Det er jo flere av vennene mine som har valgt å dø her, for å si det sånn. For det er mye omsorg her, og hvis man har det vanskelig og vondt, så er det også lett å snakke med dem... sånne ting». En av intervjupersonene, som har hatt opphold på blandet avdeling, hvor de palliative plassene er, forteller at det ikke har vært palliative pasienter der under hens opphold. Det betyr ikke at det ikke samtidig har vært pasienter på huset som har vært i en avsluttende livsfase: «Men det har jo vært her oppe i (denne) etasje ... folk som var, ja, på vei til å dø, og som bare ikke ville ha noe mer hjelp enn det de kunne tilby i (denne) etasjen». Som det også fremkommer av tidligere kapitler, forsøker Gatehospitalet å lytte til pasientenes ønsker og behov og når det er mulig og ikke overstyre pasientenes definisjon av egen situasjon.

7.7 Ansatte – omsorg og fellesskap

Intervjupersonene mener personalets innstilling og dyktighet er hovedgrunnen til det gode miljøet og hvorfor de trives: «Dette stedet hadde ikke vært hva det er hvis det ikke hadde vært for de ansatte. De har absolutt alt å si. Og det er fra ... ja, fra vaskehjelpen og opp til leder». En annen sier: Det er en spesiell gjeng som jobber her. For meg føles det som det er håndplukka folk (...) For som rusmisbrukere, så møter du på mange steder gjennom livet. Og noen ganger så kan du merke at noen er der og gjør det fordi de er nysgjerrige (...) Noen jobber for at vennene

deres skal synes de er veldig flinke. Og så er det mange som gjør det med hjertet. Og her virker det som alle gjør det med hjertet». En tredje formulerer det slik:

«Man merker jo, når man har vært noen steder, at noen er på jobben, liksom bare. Mens her så får du ikke den følelsen at folk bare er på jobben og vil fort hjem». En annen sier det slik:

Det som jeg setter aller mest pris på å være her, det er faktisk personalet som er her. Og å komme hit, da får man liksom fred i sjela. Det er veldig vanskelig å beskrive det. Du får liksom ... Ute har man jo mange problemer, men når du kommer hit, får du fred i sjela. Det er deilig å komme hit og ... Og bare vite at du blir tatt vare på.

I intervjuamtalene bruker pasientene ofte ordene «omsorg» og «trygghet»: «Synes du får veldig bra oppfølging her, sånn med medisiner og alt... det du trenger av omsorg. Hvis du trenger å prate med noen». Og: «Da får man jo, som sagt, trygghet og hjelp til det man trenger trygghet og hjelp til, da. Og masse kjærlighet».

Alle trekker frem hvordan Gatehospitalet legger vekt på måltidene, og at de setter stor pris på bli servert god og næringsrik mat, og fellesskapet som skapes rundt måltidene. Som nevnt tidligere, er personer med alvorlig ruslidelse ofte sterkt underernærte:

De fleste som kommer inn her, har et akutt behov for å legge på seg og få i seg noe sunn kost. Så det er nok grunnen til at det blir lagt så mye vekt på det. Og at de baker rundstykker stort sett hver dag til lunsjen. Og bare det at den gode lukta fyller gangen, gjør at du kan få litt ekstra matlyst hvis du har problemer med... å ikke ha så mye av det.

En pasient forteller at hen gikk opp 15 kilo ved første gangs innleggelse og er fornøyd over å ha klart å holde vekten siden: «Jeg er ikke den eneste som har opplevd å gå opp liksom ti kilo per dag omtrent. Det er helt absurd, men sånn er det».

Ansatte og pasienter spiser alle dagens fire måltider sammen. Det gjelder alle ansatte; helsepersonellet, inkludert legene og rengjøringspersonalet. «Det er veldig hyggelig med måltider hvor alle er samla, det føles veldig trygt og godt på alle måter». Ved siden av god mat, trekker pasientene frem to ingredienser for fellesskapsfølelse; at måltidene er arenaer hvor ansatte og pasienter møtes mer som likeverdige personer, hvor forskjelle-

ne tones ned, og hvor de ansatte også kan inkludere pasientene i deler av sitt privatliv, slik som feiring av familiebegivenheter og liknende. «Det skaper et fellesskap også ... mellom pasienten og de ansatte, da. At ikke det blir et sånt veldig skille». En annen: «Her, vi spiser sammen, vi ... Det er ikke noe sånn 'Vi er ansatte, og dere er innsatte'. Overhodet ikke sånn i det hele tatt».



Foto: Hanne Rebecca Nilsen/Frelsesarmeen

En viktig aktivitet man samles om, er daglig quiz-konkurranser. «Det er dagens høydepunkt også, da. Quiz er viktig». Aktiviteten gir rom for ulike roller: De fleste som orker å være med, er med (...) men er det greit ... Da kan du også bare sitte der. Du trenger ikke å høre på».

Det blir lagt vekt på at de ansatte er oppmerksomme og forutseende når det gjelder hva pasientene kan trenge: «I går ble jeg spurt om hun ville komme inn ... At hun skulle titte innom og se et par ganger i løpet av natta om jeg ... Ja, om jeg hadde mareritt eller sånne ting. Om jeg ikke hadde det, om hun skulle vekke meg og sånn. Så de er veldig flinke til å spørre om sånne ting».

7.7.1 Koordinering og hjelp til avtaler

Intervjupersonene mener at hjelpen de får under innleggelsen til å gjennomføre viktige avtaler, undersøker og praktiske gjøremål, er svært

viktig. Det dreier seg både om avtaler som er gjort før innleggelse, og avtaler som Gatehospitalet tar initiativ til, eller støtter pasienten i å ordne under oppholdet: «Jeg har fått veldig mye hjelp og støtte til alt fra bolig til kontakt med leger og sykehuset (...). En annen: «De stiller opp på alt fra sånne praktiske ting som det, og til ja, mer vanskelige ting som å ta kontakt med sykehus og leger og sånne ting hvis du skulle ha problemer med det».

Pasientene fremhever at det ofte vegrer seg for å ordne avtaler eller møte opp på de de allerede har. Det er «mye lettere å ta tak i ting når man er her». Da gruer de seg mindre, og de kan be personalet om å pushe dem slik at de selv kan få i stand avtalene: «Så kan du gi dem beskjed om at nå må de mase på meg, for jeg må ringe tannlegen. Da gjør de det. Da sier de nå, 'nå må vi ringe'». De «får på plass masse». Det blir fremhevet at personalet «er med på alt som er av sånne avtaler», og at det gir en trygghet i møte med andre instanser.

7.8 Å benytte ulike tilbud på huset – og utenfor

Intervjupersonene setter pris på de ulike tilbudene på Gatehospitalet. Det gjelder fysioterapi og tilgang til psykolog, øreakupunktur, og velvære- og aktivitetstilbud som sparom, hårklipp (ved ekstern frisør), treningsrom og mulighet for bordtennis, og det å se film sammen på stua. Det varierer hva og hvor mye pasientene har benyttet seg av de ulike tilbudene.

En peker på at tilbudet stadig forbedres: «Nei, det har jo skjedd mange positive tilbud opp gjennom ... Det kommer alltid noe nytt nå». Blant kvinnelige pasienter setter man pris på det nye tilbudet om gynekologisk undersøkelse: «Det er veldig bra. For det er en ting som sikkert veldig mange (...) aldri kommer seg til å få gjort ute».

Et område hvor pasientene etterlyser bedre tilbud, er mulighet for å ta turer ut. Fordi man ikke kan gå ut uten følge, kan det være frustrerende dersom Gatehospitalet ikke har ansatte eller frivillige som kan følge på tur. «Det jeg skulle ønske, er at man kunne tatt noen turer. For de som har mulighet til det. Som føler seg virkelig nok og har lyst, for eksempel gå til Botanisk hage og sitte der og kanskje ha en piknik eller et eller annet sånt noe».

Savnet etter tur gjelder spesielt i helgene: «For da kan du bli litt sånn dum og sliten». En annen fremholder at det skal ikke så mye til: «Det er bare det å være ute og bevege seg litt. For det blir tungt å være her inne hele tiden uten å kunne gå ut. Man kan gjøre det på hverdagene hvis det

er tid». Flere mener at har skjedd en endring i turtilbudet: «Det jeg har merka meg, er at det har vært mye mindre tilbud på turer nå ut enn det var før. Så det skal jeg ønske at det blei mer av. Det er blitt travelt».

Det er tilbud om andakt på huset. Når vi spør om hvordan intervjupersonene ser på at Gatehospitalet har et kristent verdigrunnlag, fremhever de to ting: At det ikke er noe press om å bli med på andakt, «det er for de som har lyst til det», at andaktene som holdes «er veldig lite pretensiøst, for å si det sånn» og at man heller ikke ber bordbønn. Dernest at Frelsesarmeens menneskesyn preger andre tilbud de kjenner til, og som verdsettes: «Jeg synes det er bra at Frelsesarmeen har mye omsorg. Det synes jeg alltid de har hatt.» En annen formulerer det slik: «Jeg veit at jeg blir tatt imot med åpne armer (...) Og at det er folk der som bryr seg om meg».

Intervjupersonene nevner andre av Frelsesarmeens aktivitetstilbud og arrangementer som de har benyttet seg av, under eller utenom opphold på Gatehospitalet. Slik som gudstjenester, konsert, kor og «Stedet Sagene», et rusfritt aktivitets- og fritidstilbud

7.9 Gatehospitalets rolle og veien videre

Til slutt i intervjuene spør vi pasientene hva de ønsker fra Gatehospitalet, og hva de tenker om tilbudet framover: Svarene er samstemte: «Det eneste jeg bare håper på, er at Gatehospitalet får lov å eksistere mange år til, og at det sprer seg rundt omkring ... Kanskje ikke bare i Norge».

Det de burde legge vekt på, er faktisk bare å holde det sånn som det er. Det syns jeg er viktig (...) For det er så godt tilbud, og at det kanskje vokser til andre steder også (...) til andre byer og ... Jeg veit at de er litt i Bergen. For et finere sted kan man ikke få vært, altså. Og helt ærlig, hvis jeg kommer i en situasjon hvor jeg får beskjed om at du har tre uker igjen ... Så er det absolutt ... Hit jeg ville ringe og spørre om å få være de siste (...) ukene.

En annen fremholder:

Nei, hva skal jeg si ... Bare mer av det samme. Det kunne nok med fordel vært større. Hatt flere plasser. Men jeg syns måten de jobber på ... Og altså, de har så god kompetanse og så god kontakt både mot Nav og ... Og mot andre sykehus og fastleger og LAR og ... De har veldig kompetanse på alle disse områdene, så det er veldig unikt i ... Ja, det tror jeg er unikt (...) de har fått holde på så lenge at de har all den kompetansen de har.

Som forbedringspotensial peker pasientene, som vist over, på at de ønsker mulighet for flere turer ut. Dette kan også forebygge avbrutte opphold, når pasienter er rastløse og vil dra. Det nevnes også at når personalet har mye å håndtere, kan de glemme å gi beskjeder: «Men det er fordi at det er ... Ja, det er ting og tang som skjer». Begge deler dreier seg om tid og kapasitet for personalet.

7.10 Oppsummering

Et tydelig funn i intervjumaterialet er at pasientenes synspunkter på Gatehospitalets rolle og betydning i stor grad samsvarer med de vurderingene vi har sett hos samarbeidspartnerne og hos ansatte og ledere. Intervjupersonene har erfaring fra flere, til dels mange, opphold på Gatehospitalet og kjenner virksomheten godt. De mener behandlingen og oppfølgingen de har fått ved innleggelse på Gatehospitalet er avgjørende for at de lever i dag: «De redda livet mitt».

Det blir pekt på at kjennskap til Gatehospitalet i rusmiljøet var mindre tidligere, og at de selv ikke hadde hørt om Gatehospitalet ved første gangs innleggelse, men at dette antakelig har endret seg i takt med at Gatehospitalet virketid. Generelt oppleves rusmiljøet som hardere enn tidligere.

Det blir fremhevet at Gatehospitalet viser stor fleksibilitet og tilpasning til den enkeltes behov, både ved henvisning og under oppholdet. Pasientene støtter ubetinget forbud mot rus under innleggelsen. Enkelte har likevel opplevd å bli tilbudt stoff under oppholdet, noe som oppleves vanskelig og ubehagelig. Man verdsetter at Gatehospitalet alltid vurderer situasjonen og den enkeltes individuelle behov, det gjelder også ved brudd på husordensregler og eventuell rusbruk, hvor pasienter kan gis en sjanse til. Pasientene erfarer at den mest krevende faktoren for dem under innleggelse, er dersom andre pasienter tar stor plass i miljøet og viser utagerende atferd, eller de møter folk fra rusmiljøet som de har dårlige erfaringer med. Erfaringen er at personalet tar grep og finner løsninger for den enkelte og pasientgruppa som helhet.

Intervjupersonene opplever at stemningen og miljøet på Gatehospitalet skiller seg fra andre institusjoner hvor de har vært til behandling eller avrusing. De mener at personalet er den viktigste faktoren. Ved siden av god, medisinsk behandling, opplever de at ledere og ansatte har tid til dem. De viser genuint engasjement, med omsorg og interesse for den enkelte: «De gjør det med hjertet». Pasientene verdsetter felles måltider,

med næringsrik, fristende mat, der pasienter og personale samles mer på like fot og kan vise flere sider av seg selv. Intervjupersonene fremhever at koordineringsoppgavene personalet tar når det gjelder å få i stand og følge til nødvendige undersøkelser og avtaler med eksterne instanser, ofte er avgjørende for at pasientene klarer å gjennomføre avtaler. Til sammen skaper denne tilnærmingen opplevelse av trygghet, verdighet og mulighet for å falle til ro og bedre kunne nyttiggjøre seg behandlingen. – Intervjupersonene setter pris på de ulike aktivitetstilbudene inne på huset, og forteller at de også bruker andre deler av Frelsesarmeens tilbud utenfor Gatehospitalet. Av medisinske tilbud legges det merke til, og settes pris på, det nye tilbudet om gynekologisk undersøkelse.

Intervjupersonene har god erfaring med inndeling i kvinne- og mann-avdeling, og blandet avdeling (med palliative plasser). Kvinnelige pasienter kan bære på tunge erfaringer med vold og seksuelle krenkelsener og ha behov for skjerming fra menn. Intervjupersonene verdsetter høyt at Gatehospitalet har palliative sengeplasser. Det fortelles at man har venner som har valgt å dø på Gatehospitalet, og at det er noe man selv ønsker, om situasjonen tilsier det.

Pasientene uttrykker et sterkt og unisont ønske om å sikre Gatehospitalets fremtid, som et unikt og nødvendig tilbud for pasientgruppa. Form og innhold i tilbudet bør videreføres som nå. Det fremmes et ønske om forbedring knyttet til muligheten for å få turer ut, særlig i helgene. Pasientene erfarer at personalet har blitt travlere og at det ikke alltid er tilstrekkelig med tilbud fra frivillige som kan følge.



Foto: Hanne Rebecca Nilsen/
Frelsesarmeen

8 Sammenfatning og veien videre

I løpet av de siste tiårene har man i rusfeltet sett faglige og politiske endringer i form av en gradvis dreining mot mindre vekt på straff, og mer vekt på helsehjelp med tiltak mot forebygging, skadereduksjon og utvikling av tjenester og oppfølging til mennesker med alvorlig ruslidelse. Opprettelsen av Gatehospitalet i 2004 og den samlede, politiske oppslutningen om den videre driften, er uttrykk for denne dreiningen.

Denne rapporten viser hvordan Gatehospitalet møter pasientgruppas behov og hvordan de løser oppdraget de er gitt av Helsedirektoratet. Undersøkelsen har frembrakt et rikt og variert materiale. Gjennom analyse av bakgrunnsinformasjon om populasjonen Gatehospitalet retter sin behandling mot, casebeskrivelser av

pasienthistorier og tallmateriale framskaffet av Gatehospitalet, samt intervju med samarbeidspartnere, pasienter og ansatte og ledere ved Gatehospitalet, trer det fram et tydelig bilde av virksomhetens sentrale rolle og betydning for pasienter og samarbeidspartnere.

Mennesker med alvorlig ruslidelse har generelt omfattende og sammensatte somatiske lidelser, dårlig allmenntilstand og nedsatt immunforsvar. De utvikler ofte flere kroniske tilstander, strever med psykiske traumer og har ofte en svært vanskelig livs- og bosituasjon. De faller ofte mellom flere stoler i behandlings- og tjenesteapparatet og kan også oppleve stigmatisering i møte med annet helsepersonell. Mange pasienter har et sykdomsbilde og en livssituasjon hvor de i liten grad klarer å nyttiggjøre seg andre helsetilbud og hvor tjenestene ikke har nødvendig kapasitet eller kompetanse til å følge dem opp.

Undersøkelsen viser at Gatehospitalet har utviklet en unik posisjon og en svært verdifull rolle i behandlingsapparatet. De evner å nå frem, og gi flersidig og tilpasset somatisk behandling, til en særlig utsatt gruppe. Samarbeidspartnere, pasienter og personalet erfarer at Gatehospitalet, gjennom behandling av sammensatte sykdomsbilder, bidrar til stabilisering og/eller bedring av alvorlige helsetilstander, og derigjennom økt livslengde. Alle aktørgruppene fremhever at Gatehospitalet har reddet livet til pasienter som har vært kroppslig og psykisk nedkjørt. Ved siden av sammensatt somatisk behandling, får pasientene hvile og flersidig oppfølging i form av praktisk tilrettelegging og koordinering overfor andre deler av helse- og tjenesteapparatet.

Gatehospitalet er en ideell virksomhet, som del av Frelsesarmeens rusomsorg, og basert på et diakonalt verdigrunnlag. Som halvannenlinjetjeneste plasserer tilbudet seg mellom velferdsstatens første- og andre linje, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette har gitt Gatehospitalet rom for å utvikle en rolle som kombinerer solid, faglig og medisinsk kompetanse med ubyråkratisk fleksibilitet og stor grad av tilpasning til pasientens individuelle behov. I takt med endringer av sykdomsbildet i pasientpopulasjonen, har man kunnet snu seg fort rundt og deltatt i, og tatt initiativ til, ulike kompetansebyggende tiltak og samarbeidsprosjekter for kunnskapsutvikling.

Blant mange momenter, vil vi trekke fram to hovedfaktorer som preger Gatehospitalets innretting av virksomheten og som bidrar til å forklare Gatehospitalets posisjon. De to henger tett sammen:

Gatehospitalets diakonale verdigrunnlag og mottoet «omsorg for hele mennesket» danner grunnlag for at institusjonens kombinasjon av behandling og vekt på relasjonelt arbeid; der det å bygge tillit og skape trygghet hos pasientene sees som avgjørende. Et hovedfokus er å fremme pasientenes opplevelse av egenverd. Dette krever tid til samvær på felles arenaer og tid til å håndtere uro og individuelle behov hos pasientene. Gatehospitalet har relativt høy bemanning, som er en forutsetning for å kunne bruke tid på denne typen miljøarbeid. Bygging av trygghet og verdighet er viktig for å komme i behandlingsposisjon overfor denne gruppa. Det øker også muligheten for å oppdage tilstander underveis og tilpasse behandlingen individuelt.

Dernest vil vi fremheve at Gatehospitalet har utviklet en praksis hvor de søker å motvirke en oppstykket behandlingstilnærming som preger store deler av helsetjenestene. Spesialisering og diagnoseavhengig inndeling i pasientkategorier vanskeliggjør i stor grad behandling av mennesker med rusmiddelavhengighet. Gatehospitalet har derimot spesialisert seg på å gi sammensatt helsebehandling til denne gruppa. På Gatehospitalet kan man møte flere somatiske diagnoser og problemområder samtidig, blant annet diabetes, kreft, nyresvikt og palliasjon. I tillegg tar Gatehospitalet tak i deler av livssituasjonen som vil ha betydning for videre behandling og sykdomsforløp, slik som bosituasjon, sørge for kontakt med NAV, med mer.

Denne pasientgruppa kan i store deler av helsevesenet kan fremstå som «produksjonsforstyrrelser» (Sodeman, 2024), ved at de ikke passer inn i rammer og betingelser og hindrer flyt i behandlingen. Ved Gatehospitalet tar man derimot utgangspunkt i kompleksiteten i kroppslig tilstand og livssituasjon som kjennetegner mennesker med alvorlig ruslidelse.

8.1 Videre fremover

Et samstemt ønske fra samarbeidspartnere og pasienter vi har intervjuet, er at Gatehospitalet følger det hovedsporet de har lagt og i store trekk fortsetter driften som nå. Det inkluderer å bevare fleksibiliteten i behandlingstilbudet og en rolle som kunnskapsutvikler- og formidler. Mange mener det er behov for en utvidelse av tilbudet: «Gjerne et Gatehospital til», og også et tilbud i flere byer enn Oslo og Bergen.

Vi har sett at somatiske behandlingsforløp av mennesker med alvorlig ruslidelse innebærer mange spenningsforhold og avveininger, knyttet til blant annet praktisering av regler om rusfrihet, håndtering av uro og

utagering, hvordan få til høyest mulig belegg for en pasientgruppe preget av ustabil livssituasjon, med mer. Dette er vedvarende spenningsforhold som man vil møte i behandling av denne gruppa og som Gatehospitalet har opparbeidet solid kompetanse for å håndtere i den videre driften.

I tiden fremover vil endringer i pasientgrunnlaget ha betydning for Gatehospitalets behandlingstilbud. Man ser en aldring i populasjonen pasientene rekrutteres fra, ved at mennesker med alvorlig ruslidelse lever lenger enn før og andelen pasienter ved Gatehospitalet i gruppa over 60 år øker. Dette gjør også at flere pasienter har et mer sammensatt og alvorlig sykdomsbilde og flere kroniske lidelser. Tilbudet ved Gatehospitalet tilpasses disse, men det har betydning for Gatehospitalets oppgaver at det er det mangel på sykehjems- og botilbud for denne gruppa, og Gatehospitalet kan oppleve økt pågang fra samarbeidspartnere om behandling og oppfølging denne gruppa fremover.

Mange peker på at rusmiljøet generelt har blitt tøffere, at tilbudet til rusmiddelavhengige med psykiske lidelser er mangelfullt og til dels svekket. Dette virker inn på pasientpopulasjonen, hvor flere har traumer og psykiske, ofte udiagnostiserte lidelser, noe som setter større krav til de relasjonelle sidene ved pasientbehandlingen. I tiden fremover er det viktig at Gatehospitalet fortsetter kompetansebygging omkring behandlingstilnærming til pasienter med psykiske lidelser. Sannsynligvis vil andelen pasienter med innvandrerbakgrunn øke fremover. Andelen er nå liten, men det tar ofte tid før mennesker med alvorlig ruslidelse utvikler såpass alvorlige somatiske tilstander at de kommer til behandling. Gatehospitalet har bygget kompetanse på dette området, noe det også vil være behov for å styrke fremover. Generelt erfarer Gatehospitalet at koordinering av tjenester og mer sammensatte forhold rundt pasienten krever mye oppfølgingsarbeid. Det gir behov for mer sosialfaglig kapasitet.

Gatehospitalet konkurrerer om arbeidskraft i et felt hvor det er stor mangel på helsearbeidere, spesielt sykepleiere. Lønnsnivået, som er fastsatt i forhandlinger med Frelsesarmeen sentralt, ligger lavere enn sammenliknbare stillinger i helseforetakene og i Oslo kommune. Virksomheten er en attraktiv arbeidsplass i kraft av et godt arbeidsmiljø og høy kompetanse hvor de ansatte opplever å ha svært meningsfulle oppgaver. Lønnsnivået gir samtidig utfordringer i rekrutteringsprosessene, spesielt når det gjelder å hente inn erfarne sykepleiere. Det har også betydning ved at Gatehospitalet bygger kompetanse hos nyutdannede, som så blir attraktive for blant annet spesialisthelsetjenesten. Det generelt høye bolig- og prisnivået i Oslo bidrar til at lønnsnivået også vil være et tema fremover.

Gatehospitalet har i hele sin virketid drevet et omfattende arbeid for å synliggjøre sin rolle overfor beslutningstakere og sikre midler til videre drift. Usikkerhet knyttet til finansiering er en vedvarende utfordring som vanskeliggjør langsiktig planlegging av driften. Et generelt utviklingstrekk i det som har blitt kalt «redegjørelsessamfunnet» (Power, 1999), er økende krav og forventninger om dokumentasjon av egen virksomhet og målbarhet av resultater. I kjølvannet av en styringslogikk knyttet til New public management, vil denne type forventningene neppe bli mindre fremover, og kreve fortsatt innsats for å sikre Gatehospitalets virksomhet. I dette arbeidet vil et forsterket fokus på informasjonssystemer som gjør det lett å hente ut og bearbeide tallmateriale og bakgrunnsinformasjon, være en styrke. Det vil også kunne bidra til den vedvarende kunnskapsutviklingen og kompetansebyggingen som Gatehospitalet har tradisjon for.

Litteraturliste

Barvik, H., & Flåto, M. (2018). Housing First i Norge. *En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*. Husbanken.

Benjaminsen, L. & Birkelund, J. F. (2018). Explaining excess morbidity amongst homeless shelter users: A multivariate analysis for the Danish adult population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(4) <https://doi.org/10.1177/1403494818759839>.

Briseid K. og Angell O.H. (2006). Evaluering Frelsesarmeens gate-hospital. Oslo, Diakonhjemmet Høgskole. Rapport nr 7/2006

Briseid K. og Angell, O. H. (2007) *En klinikk med omsorg for hele mennesket? Evaluering av Frelsesarmeens gatehospital – Avsluttende rapport*. Oslo, Diakonhjemmet høgskole

Dyb, Evelyn (2006). *Kvinnens behov Et tilbud tilpasset kvinner ved Frelsesarmeens Gatehospital*. 46 s. Frelsesarmeen/Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://issuu.com/frelsesarmeenas/docs/kvinnensbehov>

Dyb, Evelyn ; Johannessen, Katja (2009). *Siste dager. Utredning om hospiceavdeling ved Frelsesarmeens Gatehospital*. 67 s. Frelsesarmeen/Norsk institutt for by- og regionforskning. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2020120806066?page=1.

Dyb, E. (2019). *Færre bostedsløse - hva er forklaringen?* NIBR-rapport 2019:9. By- og regionforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet.

Dyb, E. & Zeiner, H. (2021). *Bostedsløse i Norge – en kartlegging*. NIBR-rapport 2021:10. By- og regionforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet.

Døhlie E. og Kristoffersen A.S. (2002). «Det verste er å skrive dem ut – til gata». *Utredning om et utvidet helsetilbud for tunge rusmisbrukere*. Oslo, Diakonhjemmets høgskole, Rapport Diakonhjemmets høgskolesenter.

Ellefsen, R. (2023). *Narkotikapolitikk i endring: Heroinklinikkens oppkomst i Norge*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 41(3). <https://doi.org/10.1177/14550725231207251>.

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet*. Resultatrapport. Fafo-rapport 2021:17.

Helsedirektoratet (2020). *Statistikk og definisjon på overdose*. Helsedirektoratet (hentet 18.08.2024).

Jervell, Ruben and Debesay, Jonas (2023). Substance use and help-seeking barriers: a qualitative study of East African migrants' experiences of access to Norwegian healthcare services. *BMC health services research*, 2023-02, Vol.23 (1), p.107-107, Article 107 DOI: 10.1186/s12913-023-09110-6.

Larsen, T, Andersen, D.S., Kohl, B. (2024) *Værdig livsafslutning for sosialt utsatte. Den nødvendige indsats*. København, Landsforeningen Arbejde Adler.

Nesse, L., Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P. H., Clausen, T. (2023). *Første år med nye LAR-retningslinjer*. Statusrapport 2022. Seraf-rapport 1/2023. Universitetet i Oslo, Senter for rus og avhengighetsforskning.

Nielsen, S. F., Hjorthoj, Rygaard, C., Erlangsen, A., Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 377(9784). DOI 10.1016/S0140-6736(11)60747-2.

Power, Michael (1999). *The audit society - rituals of verification*. Oxford, Oxford University Press.

Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f-350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf> (hentet 19.08.2024).

Rusreformutvalget (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Norges offentlige utredninger NOU 2019:26.

Råmunddal, Linn (2017). *Måltid og fellesskap – en kvalitativ studie av betydningen fellesskapet rundt måltider har på en rusbehandlingsinstitusjon*. Masteroppgave, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Sodeman, Morten (2024): «Jeg har ikke lyst til at dø på et sprog jeg ikke forstår». Innlegg Konferencen ”Den nødvendige indsats – Værdig livsafslutning for socialt udsatte”. København, Arbejdermuseet, 18.03. 2024. [https://arbejdeadler.dk/hjem/formidling-foredrag-og-debat/ \(hentet 14.06.2024\)](https://arbejdeadler.dk/hjem/formidling-foredrag-og-debat/(hentet%2014.06.2024)).

Skretting A. (2014). Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965–2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5–6). <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0047>

Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4).

Vedlegg

Henvisende instanser	Antall henvisninger
Rus og psykiatri i Oslo	33
LAR ØST	8
Rus- og psykisk helseteam i bydel/kommunen	5
Ambulerende helseteam	2
ROP	1
DPS	1
ARA	2
Helse- og mestring bydel	1
Rusfact	2
HABIO	5
Eikaklinikken	5
FOT team	1
Ideelle organisasjoner	33
Feltpleien Urtegata	15
24SJU	4
Heimen	4
Mellom oss	1
Kirkens bymisjon aktivitetshuset	1
Den åpne dør	4
Sykepleie på hjul	4
Bosteder	11
Enga omsorgssenter	5
Flexbo	1
Rustad Bolig	2
Adamstuen	1
Schandorfs gate	2

Oslo kommune	21
Hjemmesykepleie	2
Legevakten i Oslo	2
NAV	9
Fastlege	3
Booppfølgingstjenesten i bydel Gamle Oslo	5
Utenfor Oslo	5
FABO	1
ARA	1
Rus og psykiske helseteam	1
Feltsykepleien i Asker	1
Ambulerende helseteam	1
Sykehus	15
Diakonhjemmet	6
Louisenberg	4
Ahus	3
Ullevål	2
Behandlingssteder	16
Arveseth gård	1
Karlsborg	2
Exit Mestringsenhet	1
Haugenstua ressurscenter	1
Lavterskeltilbud	16
Feltpleien Prindsen	11
Dalsbergstien	2
Marcus Thranes hus	3

