



# Optimering af behandlingen af hjemløse med tuberkulose

Bodil Stavad, sygeplejerske  
SundhedsTeam



# Optimering af behandlingen af hjemløse med tuberkulose

*En projektbeskrivelse for udvidet samarbejde mellem lungeklinikken på  
Gentofte hospital og Københavns Kommunes SundhedsTeam*

Udarbejdet af: sygeplejerske Bodil Stavad,

Mail: [LD53@sof.kk.dk](mailto:LD53@sof.kk.dk)

Sundhedsfaglig diplomuddannelse

– koordinering af patientforløb for borgere med kroniske lidelser

Modul nr. 203 868

Uddybende Portfolio

November 2010

Vejleder: Morten Knudsen

Professionshøjskolen UCC – Videnscenter for sundhed og sundhedsfremme – KLEO

Anslag: 15 674 med mellemrum

portfolioen må anvendes internt på uddannelsen

## Indholdsfortegnelse:

Læringsopgave.....	side 3
Praksisbeskrivelse.....	side 3
Kobling til teori.....	side 4
Analyse.....	side 4
Plan.....	side 4
Do .....	side 7
Study.....	side 7
Act.....	side 8
Evaluering.....	side 8
Perspektivering.....	side 8
Litteraturliste.....	side 10

Bilag: Standardforløb for patienter med nydiagnosticeret tuberkulose, Gentofte lungeklinik

## Læringsopgave

Jeg arbejder med hjemløse og står ofte med et stort problem. Tuberkulose er en sygdom som er forholdsvis udbredt blandt de hjemløse. Det store problem med tuberkulose er, at det er en smittefarlig sygdom, som skal behandles. Ikke kun på grund af den syges eget helbred, men også for at undgå yderligere smittespredning. Og det giver store problemer at behandle patienterne. Behandlingen er langvarig og kræver at patienten indtager medicinen så godt som dagligt. Glipper behandlingen for mange dage, er der stor risiko for at der udvikles resistente bakterier. Medicinen har en del bivirkning, som gør, at det kan være svært at motivere patienterne til at fortsætte behandlingen. Ofte formår patienten ikke at gennemføre behandlingen, og det ender med, at behandlingen afbrydes enten af hospitalet eller af patienten selv. Afbrydes behandlingen af hospitalet, er det på baggrund af en vurdering af, at risikoen for at udvikle resistente bakterier er større en risikoen for yderligere smittespredning. For almenbefolkningen er der en stor interesse i at få behandlet de hjemløse patienter som har tuberkulose. Det er en smitsom sygdom, som kan sprede sig udenfor hjemløsemiljøet, og hvis der bliver udviklet resistente bakterier, bliver det endnu vanskeligere at behandle sygdommen, også for alle andre end den hjemløse.

Jeg har valgt at lade mig inspirere af forløbsprogrammerne og vil undersøge muligheden for at lave et projekt i samarbejde mellem lungemedicinsk klinik på Gentofte hospital og Københavns Kommunes SundhedsTeam i forhold til behandling af hjemløse med tuberkulose. Jeg vil tage udgangspunkt i min erfaring fra gaden og Gentofte lungeklinik standardforløb. Jeg vil undersøge, om det er muligt at benytte kvalitetscirklen til at projektere ovenstående projekt.

## Praksisbeskrivelse

Jeg arbejder i Københavns kommunes SundhedsTeam som er en ”lægepraksis uden klinik”. Vores patienter er hjemløse, som vi mødes med på gaden, div. væresteder eller hvor det nu er bekvemt for patienten at mødes med os. Vi er 4 sygeplejersker og en læge med ydernummer, så vi har de samme muligheder, som man har i en almindelig lægepraksis i forhold til henvisninger, blodprøvetagning og udskrivning af medicin. Da vi er 4 sygeplejersker har vi derudover mulighed for at varetage case managerfunktion for den hjemløse, ofte i tæt samarbejde med en social gadeplansmedarbejder.

Den gennemsnitlige hjemløse patient er karakteriseret ved megen sygelighed, stort misbrug af primært alkohol og Cannabis, men også en del stoffer. Han er præget af dårlig hukommelse og er ofte ikke helt orienteret i dato og klokkeslæt. Dette betyder, at han er meget dårlig til at overholde aftaler, specielt når de er planlagt flere uger frem i tiden. Ofte har mine patienter en mobiltelefon,

hvilket gør den daglige kontakt meget nemmere, men lige så tit er telefonen blevet stjålet, væk eller uden strøm. Det betyder, at jeg er nødt til at benytte de væresteder hvor han oftest kommer, og lægge beskeder til ham der. Værestederne benytter jeg også når patienterne skal have daglig medicin. Der er ikke muligt for mig at mødes med patienten dagligt (ressourcespørgsmål), og at give patienten medicin til flere dage kan være et problem. Så laver jeg en aftale med værestedet og patienten om, at vi pakker medicinen i dosispakninger og at de opbevarer medicinen for ham.

### **Kobling til teori**

Det har været rigtig interessant at gå i dybden med forløbsprogrammerne. At få et kompliceret emne struktureret og delt op i delelementer, gør det overskueligt og gennemskueligt, og skaber en sikkerhed for patienten – og personalet – for, at der ikke er noget som bliver glemt. Derudover er det forpligtende, så man ikke pludselig oplever at en ydelse bliver skåret væk af politikere, som ikke helt har viden og overblik over konsekvenserne af deres beslutninger.

Når man arbejder med mennesker der har så lidt struktur i dagligdagen som mine patienter har, er det endnu mere vigtigt, at der er struktur og gennemskuelighed i det som jeg gør. Det er nemt at blive grebet af patienternes rastløshed og utålmodig og handle for hurtigt, i stedet for at have ”is i maven”, og lave en plan som er vel gennemtænkt og planlagt. Jeg har svært ved at forestille mig, at nogle af mine patienter kommer til at gennemføre et af de officielle forløbsprogrammer, men man kan godt overføre idéen til et mindre ambitiøst niveau, og lave en ”light-udgave” for de områder hvor det kunne være aktuelt, for eksempel Tb-behandling.

Det vil være oplagt at benytte kvalitetscirklen til at lave sådan et projekt, da der så vil være sikkerhed for, at man er kommet hele vejen rundt.

### **Analyse**

#### **Plan:**

Formålet med et projekt om Tb-behandling skal være at øge antallet af hjemløse patienter som gennemfører behandlingen og hvor der efterfølgende ikke kan findes TB-bakterier (Mycobakterier).

Hypotesen er, at et mere formaliseret samarbejde mellem lungeklinikken og SundhedsTeam ville kunne sikre, at flere patienter får medicinen regelmæssigt, får taget de blodprøver som er nødvendige for at monitorere behandlingen og kommer til de krævede røntgenkontroller. Ved at benytte Sundhedsteam-sygeplejersken (ST.-spl.) som en aktiv medspiller, vil man kunne reducere patientens besøg på lungeklinikken fra 10 til 5 besøg over en etårig periode. Mange af undersøgelserne kan med fordel flyttes ud i primær sektor for denne patientgruppe. Blodprøverne

kan SundhedsTeam-sygeplejerskerne selv tage og røntgenbillederne kan tages på en røntgenklinik ude i byen. Her vil der ofte være kortere ventetid end på røntgenafdelingen på sygehuset.

Kontrollerne på sygehuset kan blive meget kortere, hvis relevante prøvesvar ligger parat når patienten skal tale med lægen. I dag skal patienten først skal have taget blodprøver, så til røntgen og så endelig tale med lægen, når prøverne er beskrevet. På det tidspunkt vil tålmodigheden hos patienten ofte være brugt op, og han er gået.

Jeg vil i det følgende beskrive, hvilke opgaver sygeplejersken fra SundhedsTeam kunne påtage sig.

<b>Tid</b>	<b>Patient</b>	<b>Lungeklinikken</b>	<b>SundhedsTeam - sygeplejerske</b>
Start	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starte Tb-medicin</li> <li>- Have informationer</li> <li>- Oplyse om kontakter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Journalskrivning</li> <li>- Ordination og udlevering af medicin</li> <li>- Ordination af blodprøver og undersøgelser</li> <li>- Udspørge om muligt smittede kontakter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bisidder, følge op på informationer</li> <li>- Tovholder på aftaler</li> <li>- Følge til undersøgelser/aftaler på sygehuset</li> <li>- Planlægning af blodprøver og andre undersøgelser i primær sektor</li> <li>- Forslag til hvem som kan hjælpe med medicinadministration + aftaler med dem</li> <li>- Finde muligt smittede og arrangere undersøgelse</li> </ul>
1. uge	Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinisk kontrol</li> <li>- Evaluering af compliance og bivirkninger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledsage</li> <li>- Evt. ændre på aftaler</li> </ul>
1. måned	Kontrol		<ul style="list-style-type: none"> <li>- obs. Compliance, bivirkninger og vægt</li> <li>- Expektorat til SSI</li> <li>- hente medicin på</li> </ul>

			lungeklinikken - aflevere prøvesvar/ status på lungeklinikken
2. måned	Kontrol Røntgen af thorax medicinjustering	Klinisk kontrol Vurdere behandling Checke dyrkning og resistens Medicinjustering	- Sørge for at røntgen af thorax og blodprøver er taget inden hospitalskontrol - Ledsage - Obs. Kompliance, bivirkninger og vægt - Expektorat til SSI - Hente medicin på lungeklinikken
3+4+5. måned	Kontrol		- Obs. Kompliance, bivirkninger og vægt - Expektorat til SSI - Hente medicin på lungeklinikken - Aflevere prøvesvar/ status på lungeklinikken
6. måned	Kontrol Røntgen af thorax	Klinisk kontrol Foreløbig epikrise	- Sørge for at røntgen af thorax og blodprøver er taget inden hospitalskontrol - Ledsage
1 år	Kontrol Røntgen af thorax	Klinisk kontrol, vægt Epikrise	- Finde patienten - Sørge for at røntgen af thorax og blodprøver er taget inden hospitalskontrol - Ledsage

For at få samarbejdet mellem lungeklinikken og SundhedsTeam til at fungere, vil det være nødvendigt med en tæt dialog. Megen kommunikation vil kunne klares pr. telefon eller mail, men det vil alligevel være nødvendigt med fysiske møder til udlevering af medicin, prøveglas m.m. Det vil være oplagt at afholde et månedligt møde, hvor alle de patienter som er i behandling hos begge parter bliver gennemgået.

For at i værksætte dette, bliver vi nødt til at indbyde ledelsen på lungeklinikken til et møde hvor vi beskriver vores bekymring for disse patienter. Vi skal have fremskaffet tal for hvor mange som afbryder behandlingen, så vi kan dokumentere problemets størrelse. Dette er indberettet til Statens Seruminstitut. Hvis ledelsen på lungeklinikken er positiv overfor projektet, skal der laves aftaler for hvordan vi kommunikerer, herunder udveksling af prøvesvar. Der skal laves aftaler om økonomi, for eksempel hvem som betaler medicin og kørsel. De penge som regionen sparer på færre undersøgelser og på færre afbrudte og genoptagne behandlingsforløb, skal de tilføres Københavns kommune – og hvem skal regne ud hvor meget det er? Og hvis det skal være et ordentligt projekt, hvem skal så være evaluator, og hvem skal betale for det? Skal der søges fondsmidler (satspuljemidler?) for at få det gennemført? Skal der ansættes en projektsygeplejerske eller kan vi klare det inden for nuværende normering? Der er mange spørgsmål som skal afklares, inden projektet kan sættes i værk.

Da medicineringen af patienterne er afhængig af samarbejde med værestederne, skal lederne af de væresteder som har åbent dagligt, også inviteres til at deltage i projektfasen.

## **Do**

Implementeringen af projektet bliver ikke det store problem i SundhedsTeam. Vi er en lille enhed på 5 mennesker, som vil være involveret i projektet fra starten, med hvad det medfører af medansvar. Der skal dog udnævnes en kontaktperson/projektansvarlig, så alle ved, hvem som har det store overblik. Det bliver et større problem på lungeklinikken, hvor der er mange ansatte. Også hér skal der være en tovholder/kontaktperson inde på klinikken, som kan holde øje med, at projektets rammer overholdes. Det vil også være tovholderen på klinikken som er ansvarlig for at udpege de patienter som skal indgå i projektet.

I forhold til værestederne vil det være vigtigt at have en tæt dialog med lederne, så evt. problemer kan klares så hurtigt som muligt.

## **Study**

Projektet vil hurtigt kunne generere mange data, som vil kunne bruges til at blive klogere på hvad som fungerer for denne gruppe og hvad som ikke gør. Det bør laves et dataark, hvor man indsamler data om patienternes fysiske og psykiske helbred. Det ville også være interessant at se på misbrugsprofil og tidligere misbrugsbehandling og patienternes sociale historie. Man kunne lave audit på patientjournalerne, og det ville være oplagt at lave patienttilfredshedsundersøgelse i løbet af behandlingsforløbet.



## **Act**

Det vil være nødvendigt at der er en styregruppe af projektet som mødes jævnligt, og som kan se på hvad som fungerer og hvad der skal laves om. Styregruppen skal bestå af folk som har kompetence til at ændre på behandlingen af patienterne, så det er muligt at optimere arbejdsgangene. Data fra study-delen skal være tilgængelige og indgå i den løbende evaluering af projektet.

Det vil være oplagt at skrive et nyhedsbrev, for eksempel en gang i kvartalet, så alle involverede parter er opdateret med, hvordan det går, hvor mange som er i behandling, om det lykkes at gennemføre kontroller osv.

## **Evaluering**

Arbejdet med den uddybende læringsopgave har gjort mig nysgerrig på, hvordan vi kan højne det faglige niveau i det daglige arbejde. Tit bliver arbejdet gjort godt og efter bedste evne, men det er bare ikke altid godt nok. Nogen gange er det rigtigt sundt at stoppe op, og overveje sin egen praksis. Indenfor gadeplansarbejde, er der en konsensus om, at meget af det som bliver gjort udspringer af ”sund fornuft”. Jeg synes at ”sund fornuft” er en devaluering af vores faglighed. Hvis det var ”sund fornuft” som var det bærende element, ville arbejdet kunne udføres af hvem som helst, og det mener jeg ikke er rigtigt. Den måde vi arbejder på, udspringer af viden om det medicinske felt, kommunikation, sociallovgivning, relationsarbejde og meget andet. Der er et stort behov for tiltag som kan styrke og bevidstgøre os om vores faglighed og om hvor vores faglighed adskiller sig fra de andre faggrupper, som vi samarbejder med. Et projekt som ovenstående ville være med til at styrke fagligheden. Vi ville være nødt til at være knivskarpe i argumentationen for at få det igennem, og alle justeringer skulle vedtages ud fra en afvejning af faglige argumenter. Kvalitetscirklen er et redskab, som det vil være oplagt at bruge fremover, når vi går i gang med projekter i forskellige størrelsesgrader.

## Perspektivering

Gennem undervisning og litteratur på dette modul, er jeg blevet mere bevidst om, hvorfor det ofte går så galt, når de hjemløse patienter kommer i kontakt med sygehusene. De lever ikke op til de forventninger, som det moderne effektiviserede sygehusvæsen stiller til patienten om aktiv deltager i egen behandling. De foretager sig ofte nogle ting, som virker meget uhensigtsmæssige eller direkte selvdestruktive, og gør dermed, at det er svært for personalet at få forløbet til at fungere godt. Behandlingen lykkes sjældent, og som Helle Max Martin har vist, gør det, at patienten føler at det har været en dårlig indlæggelse. Den hjemløse patient er på mange måder en meget svag patient, som har behov for massiv støtte hvis behandlingen skal lykkes, men det overses ofte, da han fremtræder højtråbende og udadreagerende. Han føler sig, mere eller mindre berettiget, nedladende behandlet, og vælger ofte at forlade afdelingen i utide, hvis han ikke smides ud med politiets hjælp. Sygehusvæsenet fungerer rigtig godt for langt størsteparten af den danske befolkning, og et mål om at det skal kunne rumme alle er ikke realistisk. Derfor er man nødt til at finde ud af, hvordan restgruppen kan modtage en sufficient behandling, uden at ændre hele strukturen på sygehuset. Der er ingen tvivl om, at så meget af behandlingen som muligt skal lægges i primær sektor. Forretningsgangene er kortere, ventetiden er ofte kortere og patienten vil opleve systemet som mere overskueligt. Der skal laves udgående funktioner, som kan behandle patienten der hvor han opholder sig, og på den måde minimere patientens behov for indlæggelse. Den store udfordring bliver, hvordan man flytter den samme høje behandlingsstandard ud i byen, som patienterne får på sygehuset. Hvis man ender med et parallelsystem hvor behandlingen er af ringere standard, har man forfejlet sin opgave.

## Litteraturliste

1. Læge Henrik Thiesen, Sundhedsprojektet, Københavns kommune 2005.  
helbredsundersøgelse af 80 gadehjemløse
2. Helle Thim (red.) Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. Books on demand, København s. 1-164. 2010
3. Helle Max Martin. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk sundhedsinstitut. DSI rapport 2010
4. Janne Seemann og Rasmus Antoft. Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Ålborgs kommunes demensudredningsmodel i praksis
5. Martin Sandberg Buch. Forløbskoordinator på kronikerområdet – hvad skal der til i praksis? Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service. København 2008
6. Forløbsprogram for KOL, Sundhedskoordinationsudvalget 2009
7. Forløbsprogram for type 2 diabetes, Sundhedskoordinationsudvalget 2009
8. Den danske kvalitetsmodel: <http://.ikas.dk>
9. J. Kjærgaard, J. Mainz, T. Jørgensen, I Willaing, Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet Københavns Munksgaard 2006, kap. 1 og kap 7
10. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborgcenteret 2004 kap. 3-7
11. MN Grum Sygeplejerske-patient-samarbejde. En litteraturbaseret oversigt. Klinisk sygepleje 22 s 14-25
12. Per og Kirsti Lauvås. Tværfagligt samarbejde – perspektiv og strategi 2. udg. 1opl. Århus KLIM
13. Peter Thybo Sygdom er hvordan man har det. Sundhed er hvordan man ta´r det. Af Kognition og pædagogik nr. 49, 2003

Bilag 1 Standardforløb for patienter med nydiagnosticeret tuberkulose

Tid	Patient	Læge	Sygeplejerske
<b>Start</b>	Start TB-medicin Have information Oplyse om kontakter	Journalsskrivning (systematisk) Højde og vægt Ordinere medicin Ordinere TB-blodprøver, expectorat, ventrikelskyl, røntgen, andet Information om TB og bivirkninger Udfylde anmeldelse Kontakte embedslæge Udfylde gult skema Standardbrev til egen læge Udspørge om miljø	Udføre ordinationer Udleverer medicin Afrejne medicin hvis H:S- borger Information om medicin ifølge vanlig standard (VIPS) Registrering og indkaldelse til undersøgelse af husstand Ved smittefarlig TB: udvidet miljøundersøgelse
<b>1 uge</b>	Kontrol	Klinisk kontrol Kompliance, bivirkninger	
<b>1 måned</b>	Kontrol Have udleveret medicin		Udleverer medicin Afrejne medicin Kompliance, bivirkninger, vægt, expectorat til SSI
<b>2 måneder</b>	Kontrol Have udleveret medicin Røntgen af thorax Medicinjustering	Klinisk kontrol Vurdere behandling Røntgen Checke dyrkning og resistens Sep. Myambutol og Pyrazinamid	Udleverer medicin Afrejne medicin Kompliance, bivirkninger, vægt, expectorat til SSI
<b>3 måneder</b>	Kontrol Have udleveret medicin		Udleverer medicin Afrejne medicin Kompliance, bivirkninger, vægt, expectorat til SSI
<b>4 måneder</b>	Kontrol Have udleveret medicin		Udleverer medicin Afrejne medicin Kompliance, bivirkninger, vægt, expectorat til SSI
<b>5 måneder</b>	Kontrol Have udleveret medicin		Udleverer medicin Afrejne medicin Kompliance, bivirkninger, vægt, expectorat til SSI
<b>6 måneder</b>	Kontrol Røntgen af thorax	Klinisk kontrol Røntgen udfylde gult skema Foreløbig epikrise	
<b>1 år</b>	Kontrol Røntgen af thorax	Klinisk kontrol Røntgen Epikrise	

Offentliggjort på  
[www.hjemlosesundhed.dk](http://www.hjemlosesundhed.dk)

Februar 2011



**Københavns Kommunes**

**SundhedsTeam / Bodil Stavad**

Sundholmsvej 18

2300 København S

FAX: 33 17 67 27

[www.hjemlosesundhed.dk](http://www.hjemlosesundhed.dk)

Kontakt:

[alkodoktor@dadlnet.dk](mailto:alkodoktor@dadlnet.dk)