



SundhedsTeam

Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer
i Københavns Kommune

–
Årsrapport 2006



Forord

Med nogen forsinkelse præsenteres årsrapport for SundhedsTeam 2006. Årsagen til forsinkelsen skal primært findes i, at den daglige arbejdsrytme gør det svært at afsætte tid til større skrivearbejder. En anden medvirkende årsag til forsinkelsen er at mængden af data i det forløbne år har nået et omfang der gør at det er nødvendigt med en standardisering af dataudtræk. En hel del af rapportskrivningen har derfor bestået i at formatere disse dataudtræk, en formatering der forhåbentlig kan benyttes fremover.

Året 2006 var året hvor SundhedsTeam for alvor etablerede sig som afløser for de projekter der eksisterede i årene 2000 – 2004. Det var også året hvor effektiviteten i at danne SundhedsTeam som en lille fleksibel enhed viste sig. Flexibiliteten har især vist sig ved, at det er forholdsvis enkelt at tilrette indsatsen efter de behov der viser sig løbende, men også ved at det er enkelt at ændre strategi på baggrund af den manualisering og de, forholdsvis enkle, procesmål der er opstillet.

SundhedsTeam er et udtryk for en lavteknologisk løsning på komplekse problemer. Med lavteknologi menes ikke at ny viden ikke inddrages, men at de omkringliggende strukturer, for eksempel kliniklokaler, måleudstyr med videre, holdes på et niveau som er stærkt rettet efter behov og ikke indkøbt i forventning om et behov. Der er spurgt mange gange i årets løb hvordan vi klarer at dække hele byen, og svaret er delvis i at strukturen er "ultra-let" og at vores hovedopgave i forhold til systemerne er at sætte andre i stand til at udføre deres arbejde. Man kunne sige at teamets hovedfokus har rykket sig fra "klinisk behandling" til "struktureret behandling". Der er med SundhedsTeam ikke tænkt i "institution" men i patientbehov og arbejdsmetoder. Når man opretter en institution uden mursten, er store dele af fokus i starten på redebygning og uundgåeligt bliver det vigtigste de rammer det hele foregår i, hvor skal min computer stå, hvad skal farven på sofaen være osv. En konsekvens kan blive at målgruppen skal passe ind i det nydelige kontor, og det er også muligt for rigtig mange, men når målgruppen er dem der hele tiden rammer kontorets vægge – så må væggene fjernes.

Det er i året der gik også blevet tydeligere, at det, i hvert fald for et team der afsøger nye områder, kan være en risiko at opstille for rigide målsætninger fra start. For SundhedsTeam's vedkommende har året 2006 været året, hvor vi *begyndte* at beskrive en målgruppe, men målgruppebeskrivelsen opstår som en naturlig del af det daglige arbejde og ikke som en afgrænsning der a priori afskærer nogen fra behandling.

Det vigtige i SundhedsTeams arbejde har været, at det fælles værdigrundlag og visionen for teamets arbejde opstår af det daglige møde med patienten, med nogle basale antagelser der bygger på den viden der findes på området i forvejen. For SundhedsTeams vedkommende er det den viden der er opsamlet fra Sundhedsprojektet i årene 2000-2004 og den viden den enkelte medarbejder har fra en lang klinisk praksis, men også de erfaringer der er samlet fra klinisk forskning indenfor psykiatri, misbrugsbehandling og hjemløseforsorg.

Men praktisk arbejde på gadeniveau er mere end misbrug og psykiatri. Sundhedsfagligt er der tale om et bredt spektrum af lidelser som udgør et hele, og hvor det der skal behandles er det som den enkelte præsenterer og ikke det som fagpersonen måtte finde relevant. En lungebetændelse kan være indgangen til et langt samarbejde med patienten, som fører til det ønskede resultat over længere tid men hvor overfokusering for eksempel på misbrug ville have udløst så stor modstand, at samarbejdet ikke var lykket.

SundhedsTeam er af nogle blevet opfattet som endnu en særforanstaltning for skæve personer, mens det der i realiteten er behov for, er at sundhedsvæsenet generelt set skal lære at rumme alle.

Vi mener derimod, at SundhedsTeam derimod er udtryk for at en lige adgang til sundhedsvæsenet for alle ikke nødvendigvis skal findes i at de fysiske rammer er ens for alle, men at de resultater opnås er de samme. Lighed i sundhedsvæsenet bliver med tanken om "lige adgang" til en lighed i muligheden for at komme i nærheden af sundhedspersonale, mens "resultatlighed" bliver en måde at opnå kvalitet i den behandling der tilbydes.

Den ramme der ligger for lige adgang til sundhedsvæsenet, er for alle andre danskere, almen praksis. Almen praksis har en århundredelang tradition for den ufiltrerede kontakt med mennesker i deres dagligdag, og det er sandsynligvis her vi skal finde nøglen til de største besparelser i sundhedsudgifter i de kommende mange år. Hvor kommunikationen indtil videre har gået fra almen praksis til hospitalsvæsenet, er strømmen vendt i tiltagende grad fordi hospitalsvæsenet er blevet bedre til at stilne (men ikke endeligt kurere) en masse tilstande som tidligere førte til tidlig død. Resultatet bliver en øgning i antallet af mennesker med en eller flere kroniske tilstande som skal have en optimal behandling over lang tid.

Rammen om SundhedsTeam er almen praksis fordi praksis er nøglen til resten af sundhedsvæsenet. Dette fordi man i almen praksis kan behandle mennesker med kroniske lidelser i lang tid og fordi det fra en ikke-stationær base er muligt at overskue hvilke andre aktører i sundhedsvæsenet der involveres. Men rammen om SundhedsTeam er også almen praksis fordi det er en vedvarende indsats fra frontlinjepersoner og almindelig praksis er det der rykker den grundlæggende sundhed fremad – det er ikke nødvendigvis store specialiserede institutioner.

Men uanset de overordnede rammer og teoridannelser så har det for SundhedsTeam været det bærende i hele arbejdet, at hvis den grundlæggende kultur og vores mål for hvor vi skal hen ikke er klargjort og i orden i forhold til vores opgave, så kan vi lave nok så mange strategier uden at der sker noget som helst.

Et godt arbejde laves på en god arbejdsplads.

En tak for et spændende 2006 til alle vores samarbejdspartnere, ikke mindst Aktivitetscentret, Sundholm og forstander Bo Møller Nielsen for god sparring og utrættelig support.

Marts 2007

Henrik Thiesen
Afdelingslæge
Leder af SundhedsTeam

Lone Dam
Karin Olofsson
Bodil Stavad
Lene Tanderup
Sygeplejersker i SundhedsTeam

Indhold

Daglige arbejdsforhold og logistik	s.5
Logistik	s.6
Dagligt arbejde	s.6
Regionstilknytning	s.7
Fast ekstern mødestruktur	s.7
Intern mødestruktur	s.7
Metoder	s.7
Kontaktskabelse og præsentation overfor samarbejdspartnere	s.8
Specielle forhold for de enkelte by-områder	s.9
Tidsopgørelse for administrativt arbejde Uge 43, 47, 50	s.11
Dokumentation og kvalitetssikring	s.13
Generelle betragtninger	s.13
Mind-map	s.17
Kvalitetssikring - Hvad er kvalitet i behandling for komplekse områder?	s.24
Midler i kvalitetssikringen	
Stamjournal	s.26
Tillægsjournalark	s.27
Standard for journaludfyldelse	s.28
Faxseddel til henvisning fra hospitalsafdelingerne i hovedstadsregionen til SundhedsTeam	s.29
Datafangst	s.30
Risikostratificering	s.30
Patienter	
Indskrevne i både 2005 og 2006, fordelt på alder og køn	s.31
Etnicitet 2005+ 2006	s.31
Indskrevne 2006, fordelt på alder og køn	s.33
Etnicitetsfordeling 2006	s.33
Kontakt og behandlingsnormer	s.34
Procesmål	s.34
Bolig og overnatningsformer	s.37
Hvem henviser til SundhedsTeam	s.38
Kontakt med egen læge	s.41
Medicinudlevering fra SundhedsTeam	s.41
Helbred	s.42
Blodprøver	s.44
Smitte med hepatitis og HIV	s.44
Hepatitis C	s.44
Hepatitis B	s.45
Hepatitis A	s.45
HIV	s.45
Andre blodprøver	s.45
Alkohol- og stofmisbrug	s.45

Særlige projekter

Smitteopsporing december 2005 og 2006	s.47
Projekt I	s.48
Projekt II	s.51
CAGE og FAST	s.53
ETHOS	s.54

Faglig opdatering, supervision mm

H:S-Forum	s.59
Undervisning af sygeplejerske- og medicinstuderende	s.59
Foredrag	s.59
Supervision	s.60

Sygeplejefagligt arbejde i SundhedsTeam

Indledning	s.61
Samarbejdspartnere	s.61
Borgerne og byen	s.61
SundhedsTeam samarbejde med hospitalet og med primær sektor/psykiatri beslyst ved 2 cases	s.62
Case 1	s.62
Case 2	s.62
Sundhedsteamets netværksdannelse s.64	
Grønlandernetværk	s.64
H:S temadage	s.64
Frivillige sygeplejersker i Hjemløsehuset	s.65
Fremtidige fokusområder	s.65
Christiania	s.65
Missionen blandt Hjemløse, Kollegiet, Gl. Køge Landevej	s.65
Internationale udeliggere	s.66
Udvikle og styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger	s.66

Kommende opgaver i 2007

Nåede vi det vi skulle i 2006?	S.67
Kommende opgaver i 2007	s.68

Bilag

S.72 - 93

Daglige arbejdsforhold og logistik:

Logistik:

Teamet tilknytning er Aktivitetscentret, Sundholm, som har lang erfaring med at supervisere udgående arbejde idet ledelsen af Aktivitetscentret har været ansvarlig for blandt andet de opsøgende gadeplansprojekter fra 2000-2004, inklusive Sundhedsprojektet.

Teamets kontor er opbygget i årets løb og det har været en grundtanke at det er teamets arbejde og de behov der opstår af det som bestemmer indkøb af varer og udstyr, hvilket blandt andet har medført at der ikke blev anskaffet bil før slutningen af 2006 da transportbehovet ud over Københavns Kommune og transport til og fra aftaler med samarbejdspartnere var stigende. Hovedtransportmidlet er stadig cykel til de fleste opgaver, da det både er hurtigst og nemmest.

Teamet har fået tildelt et ydernummer som giver adgang til henvisning til speciallægeundersøgelser. Der er ikke nogen opgørelse over antallet af henvisninger til undersøgelser bortset fra henvisninger af blodprøver på Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL), men der er klart en stigning i brugen af andre specialer, ikke mindst røntgenundersøgelser.

Der er oprettet konto på Steno, apotek hvilket letter medicinindkøb og også gør det muligt at behandle patienter som ikke har penge til medicin.

Alt i alt er oprettelsen af en fungerende enhed gået utroligt glat, hvilket uden tvivl kan tilskrives sygeplejerskegruppens lange erfaring. Der har ikke været nogen alvorlige problemer i forhold til teamets funktioner, og ingen problemer i forhold til at overholde de økonomiske rammer.

Dagligt arbejde:

Det daglige arbejde har fundet nogenlunde faste rammer som er fast forankret i patienternes behandlingsbehov, og det er lykket at få en teamstruktur til at hænge sammen trods de meget forskelligartede arbejdsforhold og meget forskellige opgaver fra dag til dag. Ledelsesstrukturen i teamet er absolut flad og mere opgavebaseret end stillingsbaseret, sådan at forstå at det er den person som har påtaget sig en opgave som leder og fordeler arbejdet til de øvrige i teamet.

Forskellige teammedlemmer har på interessebasis forskellige opgaver som skal løses i det daglige, men kan inddrage andre hvis der er behov. I øvrigt har man frie hænder under ansvar for økonomi og overfor teamet som helhed.

Den interne kommunikation er i nogenlunde faste rammer, også når den enkelte er ude på forskellige opgaver. Der er fundet en god rytme med hensyn til om man kan tage til aftalte møder med patienter alene eller to. Hyppigt involveres medarbejdere på de lokale væresteder og botilbud som "person nummer 2". Det umiddelbare kommunikationsbehov dækkes pr. mobiltelefon enten ved samtale eller via sms. Sms er et glimrende middel, især når der skal kommunikeres til alle teammedlemmer på én gang og ofte hurtigere end opkald til korte beskeder.

Der er ikke afsat nogen faste tider til journalskrivning eller andet kontorarbejde, men opgaverne løses ad hoc. Der kan være dage med meget stor patientkontakt afløst af dage med meget lille kontakt, og det er op til hvert enkelt teammedlem at udfylde den tid som ikke går med patientarbejde med andre opgaver eller vidensopdatering.

Teamleder forsøger så vidt muligt at være orienteret på hjemløseområdet, og denne viden fordeles med det samme via mail til teamets medlemmer. Beslutninger af betydning for teamet som helhed bringes op i forum, også selvom den endelige beslutning er teamlederens egen.

Regionstilknytning

SundhedsTeam har gennem 2006 opretholdt sin tilknytning til gadeplansindsatsen og deltaget i regionsmøder med de sociale medarbejdere. Samarbejdet med socialmedarbejderne i de enkelte regioner har været meget præget af uro i forbindelse med strukturændringerne i Københavns Kommune, men der har været opretholdt et godt samarbejde i de centrale dele af byen, hvor belastningen også er størst.

Ekstern mødestruktur

Medlemmer af SundhedsTeam deltager i forskellige faste fora:

Regionsmøder med Gadeplansmedarbejdere x1-2 mdl.

Tværfagligt netværk Gadeplan.dk x4 årligt

Socialt Udviklingscenter SUS x4 årligt

Projekt: Grønland – Teamsupervision x1 mdl.

Københavns Venereaklinik ca x2 årligt

Intern mødestruktur

Internt har der været arbejdet en del med mødestruktur, og det er en balance at opnå den rigtige mødefrekvens. Ved årets afslutning var teamet nået til kompromis om et langt møde én gang ugentligt for hele teamet, og mulighed for korte målrettede møder ad-hoc for færre teammedlemmer. Dette ser ud til at holde.

Metoder:

I sidste årsrapport er beskrevet forskellige niveauer i behandling:

1. Langvarig behandling med supplement fra sundhedssystemet
2. Fortsat behandling på foranledning af sundhedssystemet
3. Kort behandling og videre visitering
4. Problemløsningsopgaver
5. Konsulenttjeneste i forhold til medarbejdere

Denne niveaufordeling ser ud til at holde sig stabilt og alle niveauer er repræsenteret i det daglige arbejde.

Internt i teamet er der forholdsvis hurtigt opstået en arbejdskultur som er fokuseret på at problemer skal løses, men at de ikke altid kan løses umiddelbart. Det er derfor blevet vigtigt at kunne finde og identificere delproblemer og ikke mindst finde løsninger på disse problemer. Det medfører en positiv tilgang til patienten som ikke er præget af belastende krav om resultater indenfor korte tidsrammer, men giver den enkelte sygeplejerske tid til at vurdere situationen fra flere vinkler og diskutere muligheder med kollegerne.

Ironisk nok fører et mindre krav om bestemte målopfyldelser i forbindelse med den enkelte patient til, at der er en meget større kreativitet og fokus på det løsningsorienterede med den effekt at resultater i realiteten opnås meget hurtigere end man kunne forvente. Metoderne der blandt andet er anvendt, er beskrevet længere nede i rapporten.

Kontaktskabelse og præsentation overfor samarbejdspartnere

Efter en lang indsats med identifikation og præsentation overfor samarbejdspartnere i især det offentlige system, har der i 2006 især været fokus på de mindre og private samarbejdspartnere. Hvor præsentationen i begyndelsen bestod i at hele teamet mødte frem, har indsatsen i 2006 været drevet af de teamsygeplejersker som arbejder i det område hvor det enkelte værested eller lignende er placeret. Der er opnået en god sammenhæng og fornemmelse fra teamets side overfor de enkelte tiltag. Der er i 2006 opnået (og opretholdt) en god stabil og jævnlig kontakt med:

- Hjemløsehuset (Røde kors)
- Kofoeds Kælder (Kofoeds Skole)
- Fedtekældereren (Kirkens Korshær)
- Stengade (Kirkens Korshær)
- Kollegiet Gl. Køge Landevej (Missionen blandt hjemløse, Herberg)
- Sundhedshuset (Christiania)
- Hørhuset (Frelsens Hær, Herberg)
- Gaderummet (Københavns Kommune)
- HOV (Christiania / Københavns Kommune)
- Lyrskovsgade (Københavns Kommune)
- Krypten (Blågård Kirke)
- Qiperoq (grønlandsk værested)
- Naapifik (grønlandsk værested)
- Det Grønlandske hus , Løvstræde 6
- Pavillonnen på Mozarts Plads (Det Grønlandske Hus)

Og blandt de offentlige institutioner:

- Herbergscentret Sundholm
- Aktivitetscentret
- Vestre Fængsel
- Hovedstadens hospitaler
- De fungerende dele af Gadeplansindsatsen
- Udgående Grønlandsmedarbejdere

På grund af mange opgaver med at få teamet til at fungere i bymiljøet, gik den planlagte opsøgning af distriktpsychiatri og opsøgende psykoseteams i stå midt på året. Teamet har dog haft møde med det nye opsøgende psykoseteam for dobbeltdiagnosepatienter, som har base på det gamle Øresundshospital. Der er helt klart en del interessesammenfald med dette team.

Der er også en del sammenfaldende interesser med hjemløse- og misbrugsforanstaltninger i det svenske nærområde, og teamet har haft kontakt med et lille herberg i Helsingborg, som stillede op til et heldagsmøde i slutningen af september. Et møde arrangeret mellem Københavns og Malmö kommuner i slutningen af 2006 førte til en del kontakter, som skal opdyrkes i det kommende forår.

Specielle forhold for de enkelte byområder

Der er en vis tendens til at de centrale dele af kommunen tiltrækker sig den største opmærksomhed. Den store debat i medierne om for eksempel injektionsmisbrug indskrænker sig stort set til at omhandle et område på 500 x 1000 meter. Der er da også dér den mest synlige scene for især injektionsmisbrug og tiggeri befinder sig.

Men der er et problematisk misbrug i grupper i det offentlige rum overalt i byen, ligesom der er grupper i de centrale dele af byen som er nødlidende, uden at det vækker opmærksomhed.

I SundhedsTeams arbejde, som er bredt ud over hele kommunen, har vi haft opgaver eller er stødt på problemkomplekser der i store træk har fordelt sig sådan i de forskellige bydele:

Indre by

Alkoholiske drikkegrupper
Yngre (25-30 årige) med alkohol- og periodisk kokainmisbrug
Udenlandske især europæiske uden opholdstilladelse

Opgaven er her typisk i forhold til drikkegrupper, gadehjemløse og en del ældre udlændinge, især svenske, med massivt alkohol- og blandingsmisbrug. Der er kontakt med en del yngre personer, men for det meste ikke nogen langvarige forløb, hvilket dog nok skal komme over tid.

Nord

Alkoholikere med og uden egen bolig
Marginaliserede unge (18-25 årige)
Marginaliserede stofmisbrugere både med og uden egen bolig

SundhedsTeam har spredte opgaver i området primært i forhold til alkoholmisbrugere og på det seneste også i forhold til Gaderummet som er værested for en bredt sammensat gruppe yngre mennesker, hvoraf nogle har misbrugsproblemer eller generelle helbredsproblemer.

Indre Vesterbro

Stof- og alkoholmisbrug
FOKUS for SundhedsTeam: Grønlandske borgere

Der er mange aktører på indre Vesterbro, og teamet har set det som sin opgave at gøre opmærksom på sin eksistens og i øvrigt koncentrere sig som de grønlandske væresteder, som der er opnået et godt samarbejde med

Ydre Vesterbro

Psykisk syge med og uden misbrug og uden kontakt med indre Vesterbro
Alkoholiske drikkegrupper med egen bolig

Den gruppe der frekventerer ydre Vesterbro, har ikke nogen umiddelbar sammenhæng med den gruppe, der findes på indre Vesterbro. Det er fornemmelsen at nogle af de der holder til i dette område, har en tidligere "karriere" på indre Vesterbro, men er blevet for medtaget til at klare det hurtige tempo.

Enghave/Valby

Alkoholiske drikkegrupper med egen bolig
Alkohol og psykisk sygdom
Få store aktører
Udenlandske især yngre afrikanske (25-30 år)
Skæve boliger

Opgaverne er spredte og har i løbet af året stort set samlet sig om opgaver på Kollegiet, Gammel Køge Landevej 137. Beboergruppen er mænd med meget forskellig baggrund og med meget forskellige muligheder og evner i forhold til arbejdsmarkedet. Efter at have haft kontakt med Kollegiet hen over sommer og efterår, er det blevet klart at det vil være rimeligt at have en mere fast tilknytning. Teamet indleder i 2007 en fast konsultation 2-4 gange månedligt. Kollegiet har også en temmelig stor gruppe afrikanske mænd med meget forskellig problematik. Nogle af disse har misbrugsproblemer som vil være relevante for teamet at indgå i et samarbejde om.

Amager

Grønlandske og somaliske borgere
Psykisk syge og bosteder for psykisk syge
Alkoholmisbrug
Skæve boliger

Amager kan opdeles i områder med højprofileret aktivitetsniveau, som for eksempel Christianshavn, Christiania og Sundholmsområdet, og områder med mere skjult aktivitet, som skæve boliger og bosteder for psykisk syge, hvoraf en del har misbrug. SundhedsTeam har gennem året formået at få et godt forhold til alle de meget forskellige aktører. Vi gennemførte for eksempel i samarbejde med Sundhedshuset i Christiania smitteopsporingsprojekt II som beskrevet i denne rapport. Kirkens Korshærs værested "Fedtekælderen", har formået at indarbejde SundhedsTeams arbejdsmetode og er en central i forhold at skabe kontakt med borgere i området ved Christianshavns torv. Aktivitetscentret og Herbergscentret er naturligvis uvurderlige samarbejdspartnere og ressourceinstitutioner i forhold til bolig og aktive sociale tilbud. Det er også på Sundholmsområdet at den største forekomst af borgere med somalisk baggrund befinder sig, og der er klart potentiale i et fremtidigt samarbejde med somalierklubben og den opsøgende medarbejder som har denne gruppe som mål

Sydhavnen

Grønlandere
Alkohol, psykisk syge
Skæve boliger
Små aktører

Sydhavnsområdet er præget af mere spredte drikkegrupper og skæve boliger, alle beboet af folk med massivt alkoholmisbrug. Der er ingen større institutioner men en del små aktører. SundhedsTeam gennemførte en del af smitteopsporingsprojekt I i Pavillonen på Mozarts Plads. Samarbejdet med aktørerne i området er mere sporadisk og opgavebaseret end for eksempel arbejdet på Amager og Valby, som ligger på begge sider af Sydhavnsområdet.

Der er altså tydelige problemkomplekser i alle bydele som er relevante for SundhedsTeam, og opgaven fremover ligger i at prioritere sammen med aktørerne i de enkelte områder.

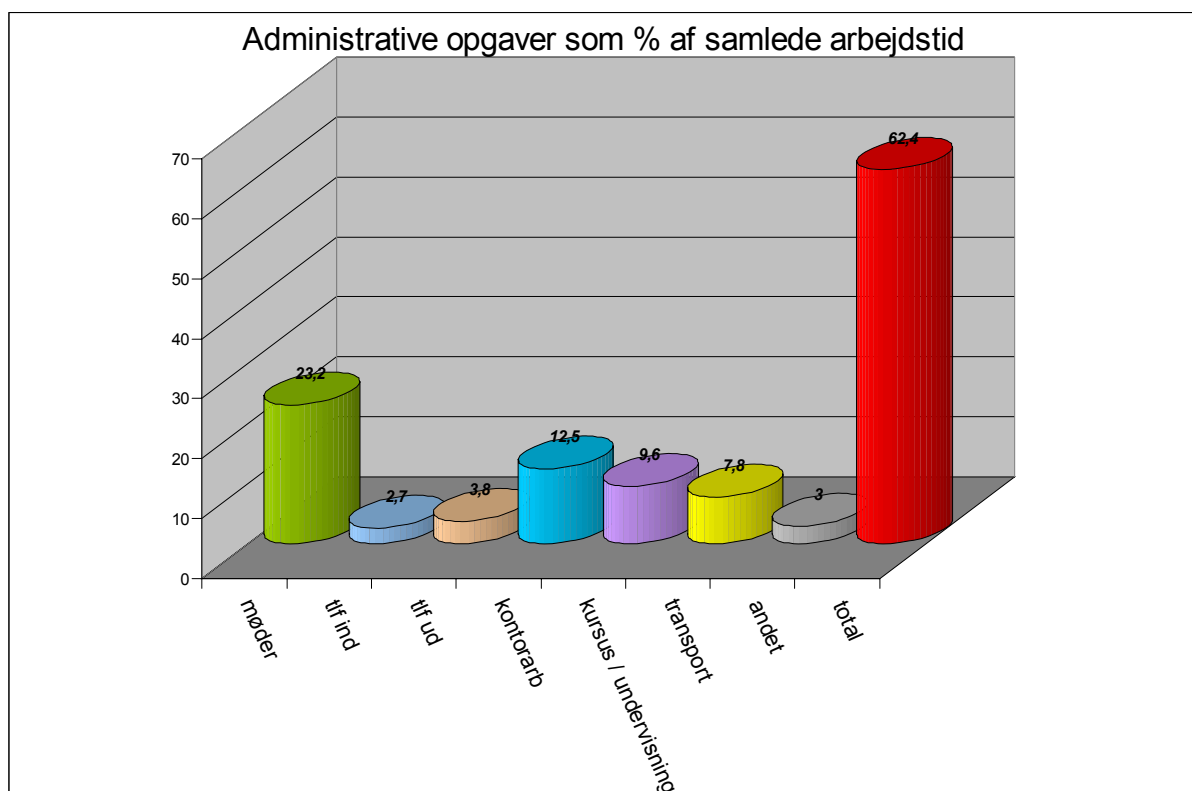
Tidsopgørelse for administrativt arbejde Uge 43, 47, 50

For at få et bedre overblik over hvor stor en del af SundhedsTeams samlede arbejdstid der går med administrative opgaver eller andre funktioner som ikke er direkte patientbehandling, valgte vi i gennem 3 uger i 3 måneder i efterår / vinter 2006 at foretage en forholdsvis detaljeret registrering.

Hovedresultaterne kan ikke bruges ude af kontekst, ligesom der ikke er nogen afgrænsning af hvilken procentdel af arbejdstiden det er rimeligt at forvente, at man bruger på administrativt arbejde. Men samtidig er det også rimeligt at få et overblik over hvilke opgaver der ligger i teamet, ud over den direkte patientkontakt.

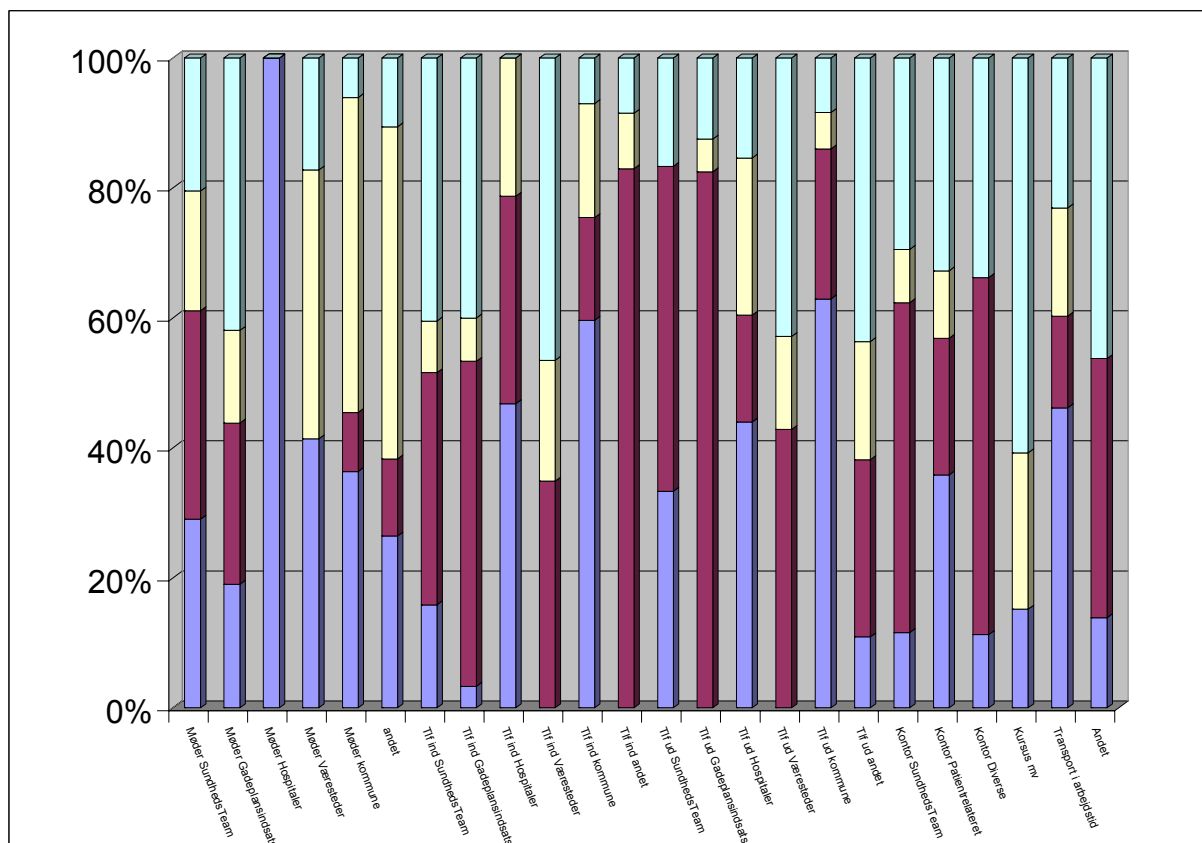
Teamets opgaver fordeler sig i denne sammenhæng på dokumentation og skriftlige kommunikation med samarbejdspartnere og direkte mødeaktivitet, internt i teamet med diskussion af patientcases og intern supervision af behandlingsforløb, samt eksternt i forhold til samarbejdspartnere, ofte med henblik på forberedelse og gennemførelse af tiltag for teamets patienter. Anden ekstern mødeaktivitet er i forhold til netværk i forskellige sammenhænge.

Teamet har besluttet at følge denne aktivitet, og vil gennemføre lignende tidsopgørelser i forskellige uger på forskellige årstider.



At de 4 sygeplejersker har forskellige interesseområder afspejles i nogle af fordelingerne af tidsforbrug indenfor forskellige opgaver. Andre forskelle i opgavefordeling skyldes tilfældigheder.

Arbejdsfunktioner		% af arbejdstid
Møder med -	SundhedsTeam	9,7
	Gadeplansindsats	5,8
	Hospitaler	0,7
	Væresteder	0,6
	Kommune	1,9
	Andet	4,4
Telefonopkald ind	SundhedsTeam	0,4
	Gadeplansindsats	0,5
	Hospitaler	0,4
	Væresteder	0,4
	Kommune	0,5
	Andet	0,3
Telefonopkald ud	SundhedsTeam	0,1
	Gadeplansindsats	0,6
	Hospitaler	0,9
	Væresteder	0,4
	Kommune	1,3
	Andet	0,5
Kontortid	SundhedsTeam	3,5
	Journalnoter mm.	7,2
	Diverse	1,8
Kursus / undervisning		9,6
Transport i arbejdstid		7,8
Andet		3,0
I alt		62,4



Fordeling af administrative opgaver blandt SundhedsTeams 4 sygeplejersker.

Dokumentation og kvalitetssikring

Generelle betragtninger

I sundhedsarbejde er der efterhånden en etableret kvalitetssikringsmetode som skal sikre at videnskab omsættes til fakta hos praktikerne, hvilket igen gerne skulle føre til en implementering af viden og ændret praksis. Det springende punkt er, at det er meget svært at omsætte den viden som praktikerne måske nok forstår og accepterer, til en ændring i dagligdagens udførelse af arbejdet.

For at kunne finde ud af om en praksis er hensigtsmæssig er det altså nødvendigt at vide hvad andre har fundet ud af, og det er nødvendigt at beskrive den gruppe man selv behandler for uden detaljeret viden om forudsætningerne kan praksis ikke gøres optimal. Har man for eksempel en forestilling om at det største problem for hjemløse er sår, kan man indrette sin praksis på at behandle sår, og kigger man kun efter sår og beskriver man ikke noget som helst andet vil man kunne beskrive sår i detaljer og blive fantastisk til at behandle dem, men vil fuldstændigt mangle et indtryk af hvilke personer der bærer rundt på sårene. Samtidig er det naturligvis nødvendigt at have et fokus for man kan ikke beskrive alting i detaljer.

Sundhedstilstanden blandt hjemløse er ikke beskrevet i dybe detaljer, og bortset fra en forholdsvis lille kernegruppe, er det da også en meget forskelligartet gruppe der ses, både over tid i en by og fra land til land. Det er i høj grad sociale rammer der er med til at skubbe mennesker ud i hjemløshed, og med skiftende lovgivning og grundvilkår rammes forskellige grupper. Men en nogenlunde brugbar detaljeringsgrad blev opnået i Sundhedsprojektet – en detaljeringsgrad der er basis i den viden om hjemløses sundhedstilstand som er fundamentet i SundhedsTeam. Men et fundament giver ikke nødvendigvis noget hus.

Det har været en grundlæggende forudsætning for SundhedsTeam løbende at forsøge at beskrive sit arbejde og målgruppen. Det er som beskrevet en forudsætning for et fornuftigt beslutningsgrundlag i det daglige arbejde, og i forhold til den overordnede strategi, at der er en viden om hjemløses sundhed og de livsforhold målgruppen fungerer i.

Man kan overordnet se dataindsamling / journalføring i vores institution som ønsker om at kunne fungere med løbende forandring ud fra følgende punkter:

1. Ingen viden om målgruppen uden data. Man kan kun have fornemmelser for hvad der er gældende.
2. Dataindsamlingen foregår løbende igennem hele behandlingsforløbet. Det vil sige at de første data som indsamles, er de data som er relevante for situationen nu og her
3. Dataindsamlingen skal kunne indpasses i dagligdagen.
4. Dataindsamlingen skal kunne analyseres løbende eller i det mindste med passende mellemrum 2-4 gange årligt. Deldata skal kunne analyseres uden problemer.
5. Dataindsamlingen skal ændres hvis data ikke har nogen udsagnskraft som er til nytte i teamets funktion.
6. Data skal kunne ændre praksis. Det vil sige at rutiner og traditioner skal være åbne for ændringer. Hvis en for stor følelsesmæssig værdi tildeles en bestemt praksis, vil det altid opfattes som et tab, hvis den skal ændres og det er derfor nødvendigt at have en løbende dialog om, hvordan arbejdet udføres, så rutiner kan opfattes som redskaber og ikke dogmer.
7. Der skal oparbejdes rutiner der ser på praksis, og hele teamet skal involveres i ændringer, for eksempel med hensyn til om de er etisk mulige og praktisk gennemførlige. Først når hele teamet har accepteret en forandring kan den i realiteten gennemføres.

Det er altså en basal forudsætning for ikke at arbejde i blinde, at der er et datagrundlag at arbejde ud fra, men det er lige så vigtigt at det er de *rigtige* data og at datamængden hele tiden gennemgås, og at det der måles på, tilpasses den virkelige verden. Man skal altså ikke måle på hvor mange der har kørekort hvis det ikke har nogen konsekvens, men til gengæld skal man være indstillet på at medtage den oplysning og undersøge den, hvis der er mistanke om at oplysningen kan have en indflydelse, på det tilbud man giver.

En dataindsamling i et sundhedstilbud er en blanding af bløde og hårde data, og skal man have nogen glæde af dataindsamling og kunne bruge data til at give det bedste tilbud og ikke bare kontrollere patienten, skal data vurderes løbende og tilpasses, og irrelevante data smides ud.

For mange data forvirrer billedet og står i vejen for det der kunne være relevant, men ikke mindst kan de forkerte data stå i vejen for at de rigtige data opsamles og bruges, og dermed understøtte en uhensigtsmæssig praksis som blot fortsættes, fordi det er nemmere end at ændre strategi.

Dataopsamling og en kritisk tilgang til hvad der opsamles bør være en grundlæggende forudsætning i enhver ny organisation, men de data der opsamles skal være en del af, og må ikke modarbejde, det daglige arbejde. Hvis dataindsamlingen er løsrevet fra dagligdagen må indsamlingen tilpasses – det er ikke i første omgang det daglige arbejde der skal tilpasses. Først når der er et relevant datagrundlag, kan det danne baggrund for en tilpasning af praksis.

Det blev mere og mere klart i Sundhedsprojektet 2000-2005, at der ikke er nogen systematisk beskrivelse af den fysiske sundhedstilstand hos hjemløse. Grunden til det er nok hovedsagelig at det er besværligt at have med at gøre, og at det hyppigt er professionelle med social- eller socialpsykiatrisk baggrund som undersøger forholdene omkring hjemløse. Data fra Sundhedsprojektet føjer sig derfor til den yderst sparsomme mængde data der findes vedrørende fysisk helbred.

SundhedsTeam har et generelt sigte som almen-medicinsk institution, det vil sige, både en fysisk og psykisk tilgang til sundheden. Det har derfor været oplagt at systematisere de data som vi indsamler, og gøre dem tilgængelige i anonymiseret form, både for at følge den almindelige sundhedstilstand for vores patientgruppe men også for at holde øje med om de data som Sundhedsprojektet viste, også holder i en ny sammenhæng og over tid. På den måde kan vi forholdsvis nemt opdage om der sker ændringer over tid, som kan være til fare for gruppen af hjemløse som for eksempel nye sygdomme, og vi kan derfor være på forkant med rådgivning.

Samtidig er det en forudsætning for at kunne ændre strategi, hvis det måtte være nødvendigt, at man er sig sine basale forudsætninger og antagelser bevidst, og forsøger at måle om forudsætningerne er reelle eller blot teoretiske. At have nogle basale forudsætninger er vigtigt for at kunne udføre et stykke arbejde næsten uanset hvor man befinder sig. I vores tilfælde kan basale forudsætninger være, at det er risikabelt at leve som hjemløs, og hvis man samtidig er misbruger stiger risikoen for sygdom og tidlig død meget voldsomt. Dette understøttes af kvantitative data. En anden forudsætning kunne være, at det er lidelsesfuldt at leve som hjemløs og det er måske rigtigt, men nok ikke for alle, på alle tidspunkter og man kan antage, at et liv som borger i egen lejlighed for nogle er en større lidelse end at leve på gaden.

Den sidste antagelse kan kun underbygges eller afkræftes ved at følge folk over tid og få et indblik i deres dagligdag, lytte til de drømme og ønsker hver enkelt måtte have og ikke mindst lytte til den meget klare analyse, som de fleste har af deres egen situation. Ved at kende den enkeltes udgangspunkt og forudsætninger, er det lettere at støtte en fremgang som den enkelte er med i og kan følge med til.

En mere teoretisk tilgang til det at arbejde med basale antagelser og sammenhængen med dataindsamling, kunne være som følger:

En af de basale antagelser, at den enkelte fungerer i det system der er til stede som alle andre borgere i samfundet, og at problemstillingerne for den hjemløse ikke er fuldstændigt unikke og løsrevne men blot meget markante udtryk for problemstillinger som kan findes overalt i samfundet hvor flere systemer eller udbydere af service skal fungere sammen. Denne antagelse stammer direkte fra data i Sundhedsprojektet, (Evalueringsrapporten for Sundhedsprojektet.. side 87) hvor det viste sig at sundhedstilstanden for gruppen af hjemløse misbrugere var sammenlignelig med den øvrige befolkning og at gruppen i sundhedsmæssig forstand kunne opfattes som hørende til den dårligste del af socialgruppe 5, som den er beskrevet i *"Sundhed og sygelighed i Danmark 2000"*, Statens Institut for Folkesundhed, 2002. Antagelsen er underbygget af forskellige undersøgelser af samspilsproblemer i sundhedsvæsenet, hvor det viser sig at når en patient udviser mere end én problemstilling, opstår der problemer med at give passende behandling i koordinerede forløb, med lidelse for den enkelte og økonomiske tab for systemet til følge.

En anden basal antagelse baseret på Sundhedsprojektets resultater og på undersøgelser af komplicerede tilstande, som for eksempel smertetilstande og psykiske lidelser, er at en god behandling for disse tilstande skal sammensættes tværfagligt og løses af de forskellige involverede parter i et fælles forløb, sammen med patienten.

For SundhedsTeam betyder dette at netværksdannelse med en bred vifte af institutioner indenfor social- og sundhedssektorerne er nødvendig for at kunne give det nødvendige tilbud.

Patienten/borgeren "glemmes" ofte når der gives tilbud, og jo mere marginaliseret og utilpasset den enkelte er, jo mere snævre er de tilbud der gives, fordi for eksempel adfærdsforstyrrelser gør at der tages flere og flere forbehold fra de bevilgende myndigheder, før der gives valgmuligheder. For svært marginaliserede hjemløse sker det ofte, at vedkommende blot præsenteres for systemernes tilbud med det resultat, at det ikke tages i betragtning at patienten skal have en vis tid til at internalisere de tilbud og forslag der er fremlagt, og gøre dem til sine egne eller omforme tilbuddene så de er meningsfulde i den enkeltes liv.

Denne internalisering og aktivering i den enkeltes psyke og selvforståelse, kan ofte være et radikalt brud med personens tidligere tankebaner, og det tager tid. Generelt kan man sige, at jo mere fysisk og psykisk skadet den enkelte er, jo længere tid vil internalisering af nye retninger i livsforholdene tage, og jo større kan den umiddelbare "modstand" fra se ud til at være. Der er ofte ikke afsat til og rum til denne refleksion, og det medfører ofte et pres for at der træffes et valg, og når der presses bliver resultatet ofte at den enkelte borger går med på projektet, men ikke har andel i det, og derfor er der meget stor risiko for at projektet mislykkes.

Tildeling af bolig til marginaliserede hjemløse er et typisk eksempel på projekter der hyppigt mislykkes. Der mangler ofte en grundlæggende indsigt i borgerens dagligdag.

Hvordan har han det egentlig på gaden, hvor er hans sociale netværk, hvilke forestillinger har han om en bolig?

Oftentimes har borgeren nogle helt enkle og stereotype forestillinger om, hvad et hjem er, men absolut ingen forestillinger om hvordan man når til den situation som han forestiller sig. Disse forestillinger kan nemt stemme overens med det tilbud om bolig som han får, og alt kan på overfladen se rimeligt ud når boligen tildeles. Blot få måneder efter kan alt være endt i fiasko. Der manglede basale forudsætninger for at få indflytningen til at fungere.

Alkoholmisbrug er meget udbredt, næsten synonymt med svær marginalisering og hjemløshed. Lige så udbredt er såkaldte afrusninger, og mere eller mindre frivillig tildeling af antabus som ikke fører til nogen som helst resultater på bare mellemlangt sigt.

Problemet er igen en manglende sammenhæng med personens ønsker og muligheder, og en manglende indsigt i hvad "behandling" er, så indtagelsen af antabus bliver et spil, hvor den enkelte misbruger, for at få den umiddelbare ro det giver at få tag over hovedet og en afrusning, indtager antabus. Men denne såkaldte behandling er dømt til at mislykkes gang på gang, fordi den basale indsigt i misbrugs- og livssituationen ikke er til stede, og fordi der ikke er noget egentligt mål med antabusindtagelsen ud over nogle enkle fysiske fordele.

Hvis man kan tale om nogen basale antagelser i denne type forløb, er det, at man antager at misbrugeren vil drikke igen indenfor ganske få dage.

Det der ofte mangler i eksempler som de nævnte er, at der er afsat tid til at tingene kan udvikle sig og lige så ofte mangler der reelle håndterlige mål.

Det er ikke noget der er helt særegent for socialsystemet, men den samme problematik ses også i sundhedsvæsenet, når man arbejder med kroniske sygdomme og forebyggelse.

For SundhedsTeam er et af de vigtigste redskaber, ud over en basal sundhedsfaglig tilgang, tålmodighed og evne til vejledning og rådgivning, at det er den enkelte patient der skal træffe valget, før en varig ændring kan ske. Antagelsen er et delvist brud med den pædagogiske tanke der har været fremherskende i visse kredse, at den hjemløse eller misbrugeren skal hjælpes til at finde en "indre voksen" eller et "bedre jeg" som på grund af omstændighederne er skjult. En del af de borgere der mødes på gaden har ikke haft mulighed for at udvikle nogen stabil "voksenperson" på grund af misbrug siden barndommen, på grund af ekstremt ustabile opvækstvilkår eller begge dele. Det må derfor forventes at internalisering af ændringer vil ske som en langsom proces som *kan* beskrives, men kun hvis informationsmængden er detaljeret nok og informationsopsamlingen foregår over tilstrækkeligt lang tid.

Da der jo er tale om antagelser, men ikke desto mindre antagelser der griber ind i det daglige arbejde og SundhedsTeams professionelle funktioner og samspil med omverdenen, er det vigtigt at informationsopsamling og – bearbejdning foregår løbende, så der hurtigt kan ændres retning hvis en antagelse viser sig forkert. Det er altså et mål at oprette et selvregulerende og selvlærende system der tilpasser sig fakta og ikke prøver at få fakta til at passe med systemet. Som det er beskrevet af Ross Ashby i "loven om afgørende forandring" (Law of Requisite Variety):

"1. mængden af passende valgmuligheder som er mulige er begrænset af mængden af tilstedeværende information

2. for at opnå en passende regulation må variationen af muligheder i det regulerende system være lig eller større end variationen i det system der reguleres."

Altså – for at kende mulighederne for forandring er man nødt til at kende de forudsætninger der er til stede, både det der er lige omkring den enkelte, men også i de omkringliggende systemer.

I realiteten betyder det at SundhedsTeam skal indsamle så mange data som muligt, både om den enkelte og målgruppen som helhed for at kunne hjælpe den enkelte og tilpasse sig reaktionerne fra den enkelte så godt og så hurtigt som muligt men også vide hvilke muligheder der findes i Københavns Kommune som helhed. Data skal opsamles løbende og kunne være til rådighed med en meget lille forsinkelse for at kunne implementeres løbende i teamets arbejde. Samtidig skal teamet fungere i et udstrakt netværk med mange kompetencer så man hurtigt kan mobilisere de specialkompetencer der er nødvendige, på det rigtige tidspunkt.

Mind-map

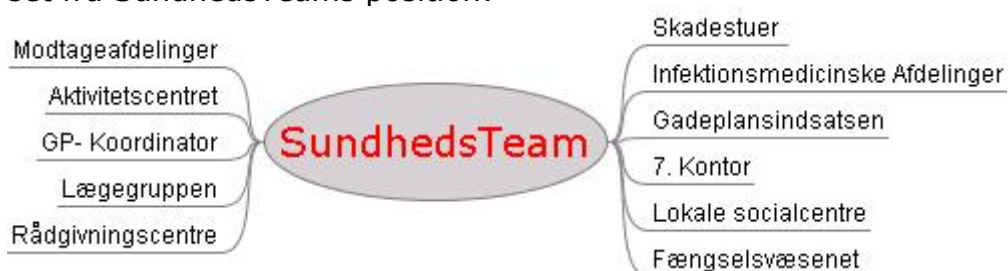
En måde at overskue de mange komplicerede processer, tidsforløb og ressourcer på, er Mind-map. Teknikken går ud på at udarbejde et mønster af notater frem for at notere lineært og er umiddelbart at sammenligne med et landkort hvor man med ét blik kan overskue notater og tanker

Mind-Map Metoden blev udviklet i starten af 70'erne af englænderen Tony Buzan.

Mind-map metoden er et forsøg på at modsvare hjernens opbygning og afspejler dens kompleksitet og netstruktur, og mind-map kan præsentere data som ellers ikke forekommer sammenhængende, og som kan være adskilte i tid på en overskuelig og effektiv måde. Mindmapping fremmer hjernens måde at tænke på, hvor én tanke giver den næste og hjælper med at sætter dem i struktur.

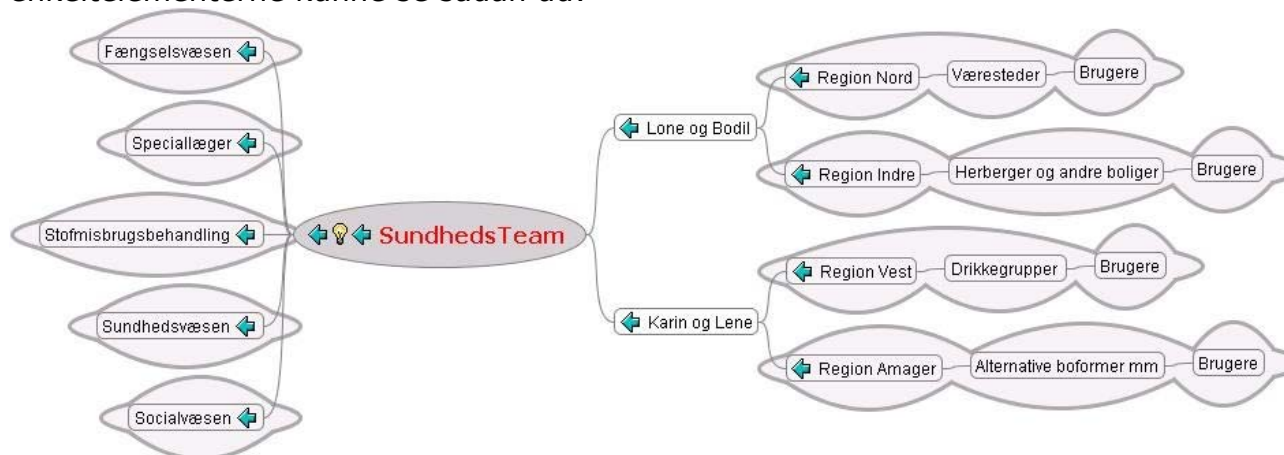
Mind-map sætter altså, hvis det fungerer, den enkelte eller gruppen i stand til at formulere tanker på mange niveauer og i mange retninger, uden at forstyrre andre niveauer eller retninger. Det letter samordning af forskellige gruppemedlemmers viden og synspunkter, og kan samtidig give en vejledning for den ansvarlige for opgaven, i hvilken rækkefølge forskellige dele af en opgave skal løses og hvilke elementer der skal tages hensyn til for at opgaven løses optimalt.

Mind.Map kan for eksempel illustrere SundhedsTeams plads i en del af det lokale netværk, set fra SundhedsTeams position:



Dette mind-map er umiddelbart et enkelt organisationsdiagram og det er umiddelbart synligt hvilke forbindelser der er til stede men samtidig er beskrivelsen fleksibel og åben og der kan arbejdes med undersystemer i de enkelte "pinde".

En anden måde at sætte SundhedsTeam ind i sammenhæng med de omgivende systemer og brugere, og samtidig vise noget af det flow, der er mellem nogle af enkeltelementerne kunne se sådan ud:

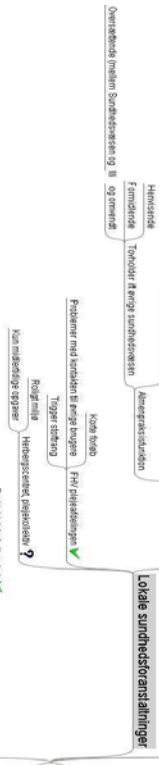


Det essentielle i metoden er at den er fleksibel og hele tiden åben for debat og forandring, så den svarer til virkeligheden.

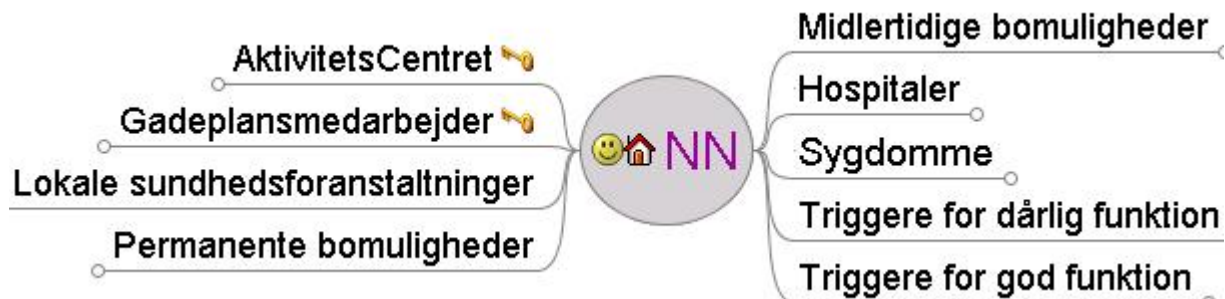
Vi er i efteråret 2006 begyndt at benytte mind-map som fælles instrument i særligt komplicerede sager, som den enkelte kan have svært ved at overskue eller synes at støde imod barrierer for at komme videre. Metoden er brugt i plenum hvor den der har ansvar for den enkelte patient står for opbygningen af Mind-Map på et whiteboard. Efterfølgende er Mind-Map ført ind i programmet "Freemind" som kan downloades gratis fra Internettet (http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main_Page). Brugen af et computerbaseret mind-map er vigtig, fordi det giver en mulighed for at ændre under forløbet og en mulighed for at tage det enkelte mind-map frem i gruppesammenhæng.

Metoden har vist sig uhyre effektiv til at styre det fælles input til behandlingsprocessen, og til at få overblik over hvilke aktører der er involveret eller burde være involveret i hvert enkelt tilfælde. Samtidig kan mindmap holde styr på handlinger i forhold til de forskellige aktører, i hvilken rækkefølge de bør komme og hvilke forudsætninger, der skal være opfyldt for at man kan gå videre til næste trin. Vi har ikke opnået større erfaring med at bruge mind-map som styrings- og vejledningsredskab, men det har vist sine fordele i forhold til komplekse problemstillinger.

I en af de cases der er inkluderet i sygeplejedelen af årsrapporten er der et eksempel på Mind-map, men en af de mere komplekse historier med mange svigt i behandling og en tiltagende marginalisering gennem de seneste 10 – 15 år kunne se således ud, uden at det skal opfattes som en endelig beskrivelse. Der er flere af elementerne, især på det sociale område, der ikke er færdigbearbejdede:

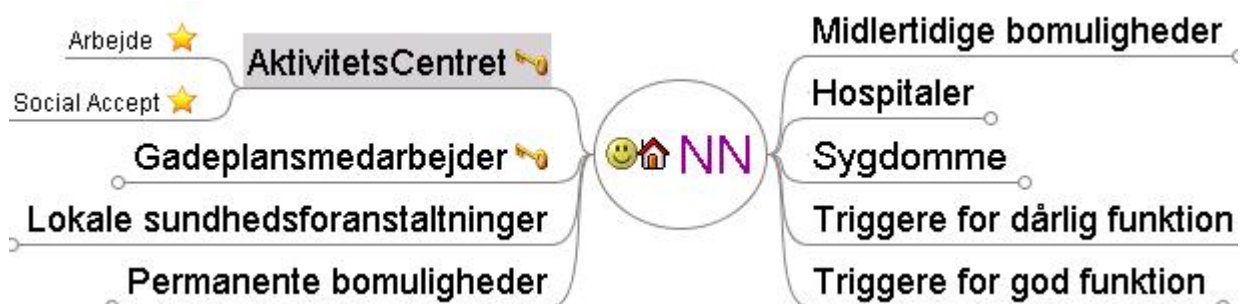


For overskuelighedens skyld kan man "sammenklappe" og nedbryde mindmappet i de enkelte elementer:



Den centrale del af mind-mappet viser at der er 6 aktører eller behandlingssystemer involveret; Aktivitetscentret, gadeplansmedarbejderen, lokale sundhedsforanstaltninger indenfor hjemløseområdet, hospitalsvæsenet samt midlertidige og permanente boformer.

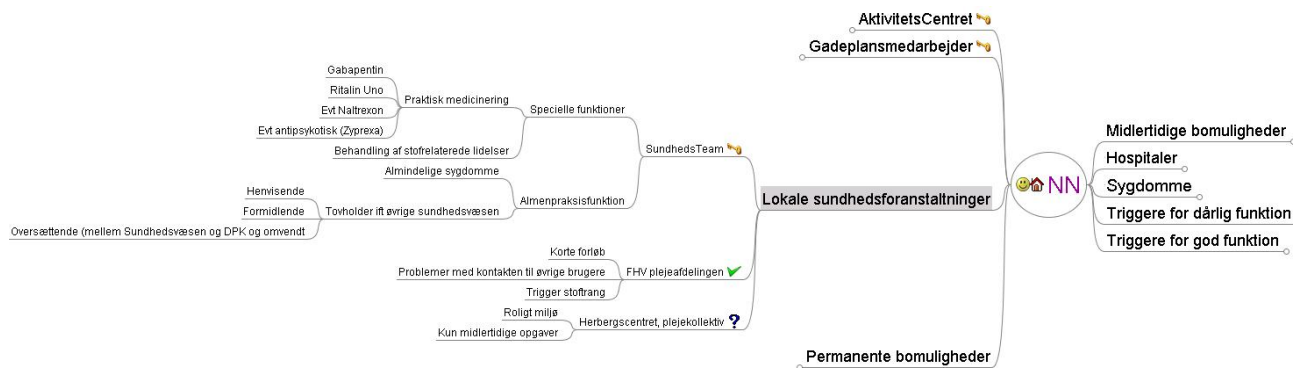
Dertil kommer 3 grupper af problemstillinger for borgeren som indeholder sundhedsmæssige forhold og problemer i interaktionen med professionelle og andre der opholder sig på gaden. Herunder foldes de enkelte elementer ud:



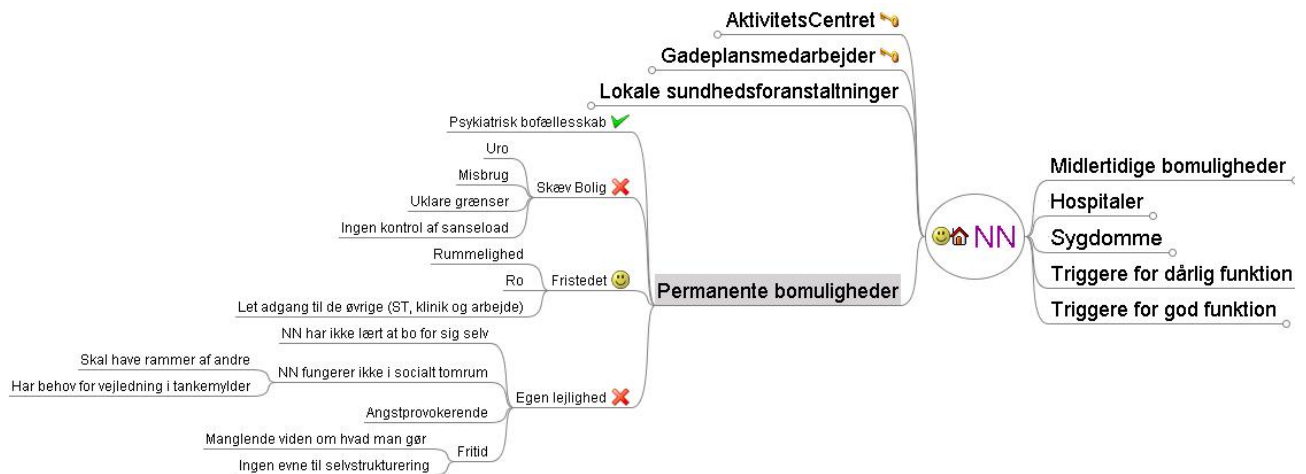
Aktivitetscentret, Sundholm, har været et fast holdepunkt for borgeren gennem mange år. På det seneste har der været så mange adfærdsproblemer og konflikter, at også dette sted er lukket som mulighed, men enkeltpersoner træder ud af sammenhængen og yder en støtte som kan samles under betegnelsen social accept. En mulighed for meningsfuldt arbejde i en fungerende social kontekst, er også en fremtidig mulighed via Aktivitetscentret.



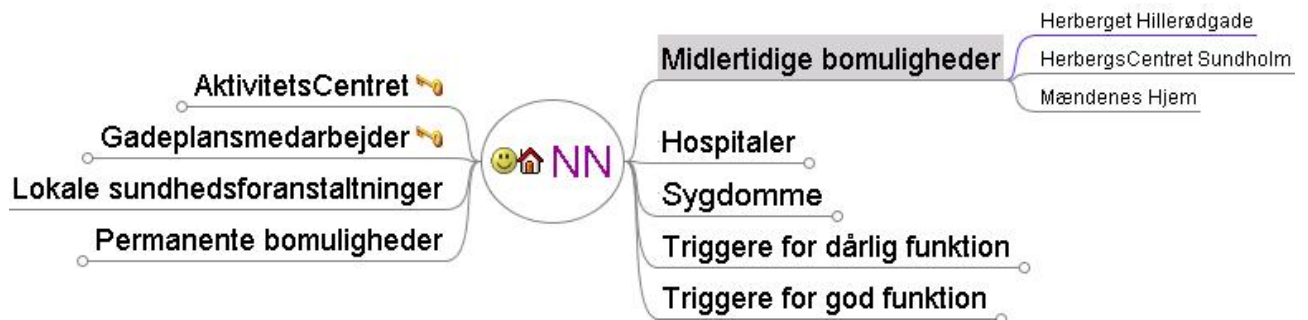
Medarbejderen i Københavns Kommunes gadeplansindsats er generelt tovholder på kommunens sociale indsats, uanset hvor borgeren befinder sig. I modsætning til de fleste andre, offentlige såvel som private, som handler når personen er til stede, følger gadeplansmedarbejderen personen ud i hele kommunen og i det optimale tilfælde også ud over kommunegrænsen, for eksempel i fængsel eller hospital. Der er en stor opgave i at lære personen at kende under de omstændigheder han nu engang lever under uden for institutionelle rammer. En pind der kunne være i dette mind-map men mangler, er "socialcenter". Det skulle indeholde pensions- og andre økonomiske forhold, men i denne persons tilfælde, er der karantæne på centeret på grund af adfærd, og al kontakt med det sociale system foregår via gadeplansmedarbejderen.



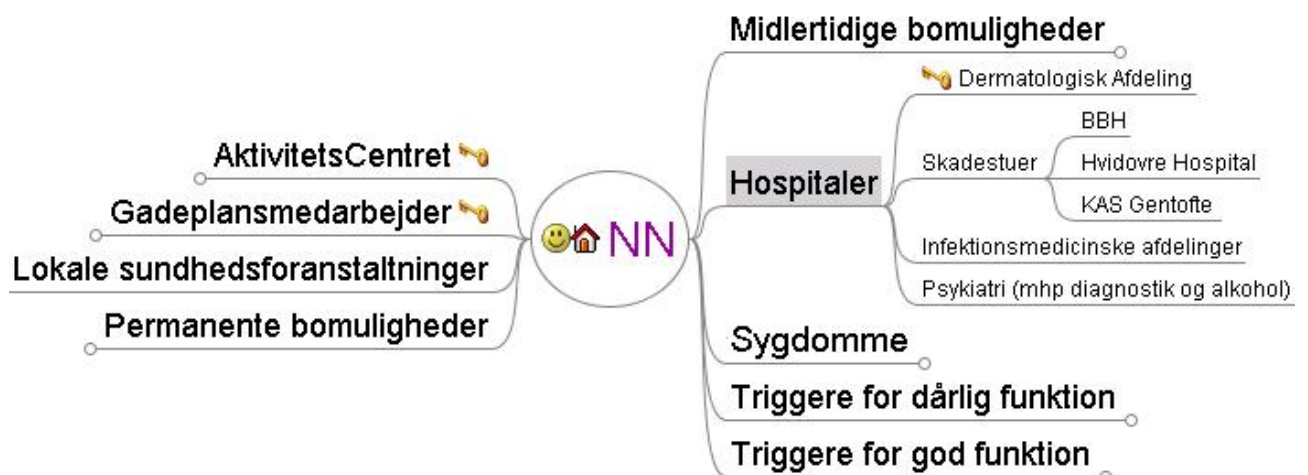
Lokale sundhedsforanstaltninger involverer en vifte af tilbud indenfor stofmisbrugs- og hjemløsesystemet. SundhedsTeam er indsat med det tilbud vi kan give, nemlig med funktionen som almen praksis og med specielle funktioner overfor misbrug og AD/HD og kontakt med sundhedsvæsenet. Andre aktører er for eksempel plejetilbud som kan komme på tale hvis borgerens tilstand forværres. Et problem er her, at der er en meget stor reservation overfor at behandle borgeren på baggrund af de tidligere problemer der har været.



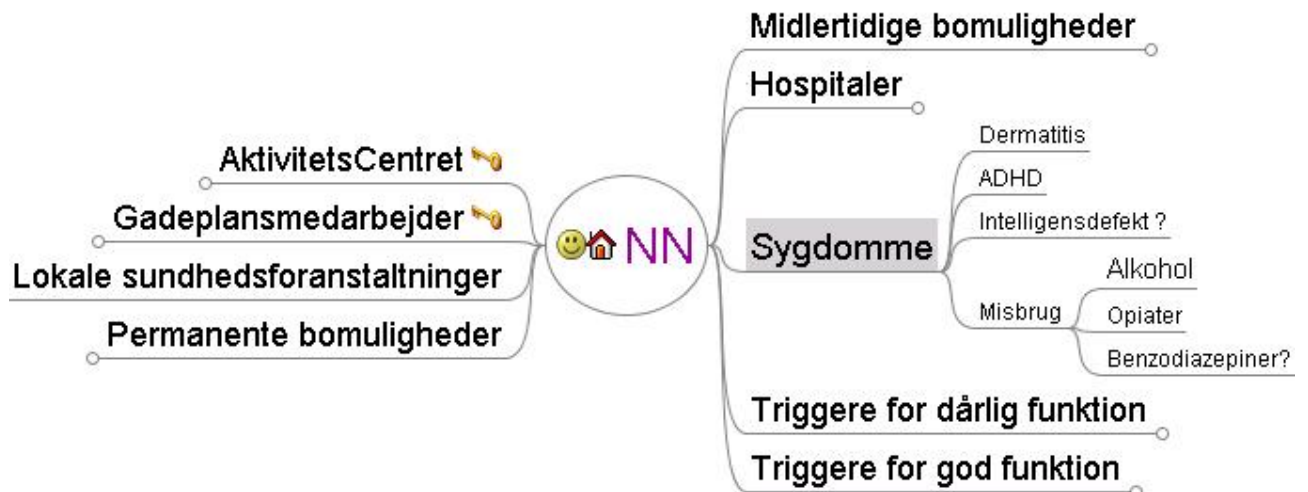
Permanente bomuligheder er et af de langsigtede mål. Pinden er opsplittet i 4 muligheder, hvor de 2 er dem der nok umiddelbart ville blive forsøgt fordi de skulle være målrettet mod en person med de problemer, vi ser hos denne borger. Men set i det samlede billede, som vil være næsten umuligt at opfatte fra et boliganvisningskontor, er netop disse muligheder dem der bør fravælges. Egen lejlighed fordi borgeren ikke formår at opbygge et hjem og ikke har nogen social struktur, og "skæv bolig" fordi et vedvarende misbrug, som i høj grad kendetegner de fleste beboere af skæv bolig, ikke er en mulighed hvis borgeren skal overleve på blot kortere sigt. Der er altså behov for en bolig som ikke ekskluderer, men handler proaktivt ved tilbagefald i misbrug, og som samtidig formår at deltage i skabelsen af et hjem og en social struktur.



Midlertidige bomuligheder, er de muligheder som der, set fra borgerens side, er for tag over hovedet på kort sigt. Problemet i forhold til disse boformer er at der er et udbredt misbrug blandt beboerne og at det ikke er muligt, hverken at opbygge et hjem eller en fast, understøttet, social struktur over lang tid. Alle de nævnte, vil sandsynligvis stresser borgeren og udløse konflikt efter kort tid, som de hidtidige erfaringer har været. Muligheden for at benytte disse bomuligheder er også, på kortere sigt, udelukket på grund af karantæne.

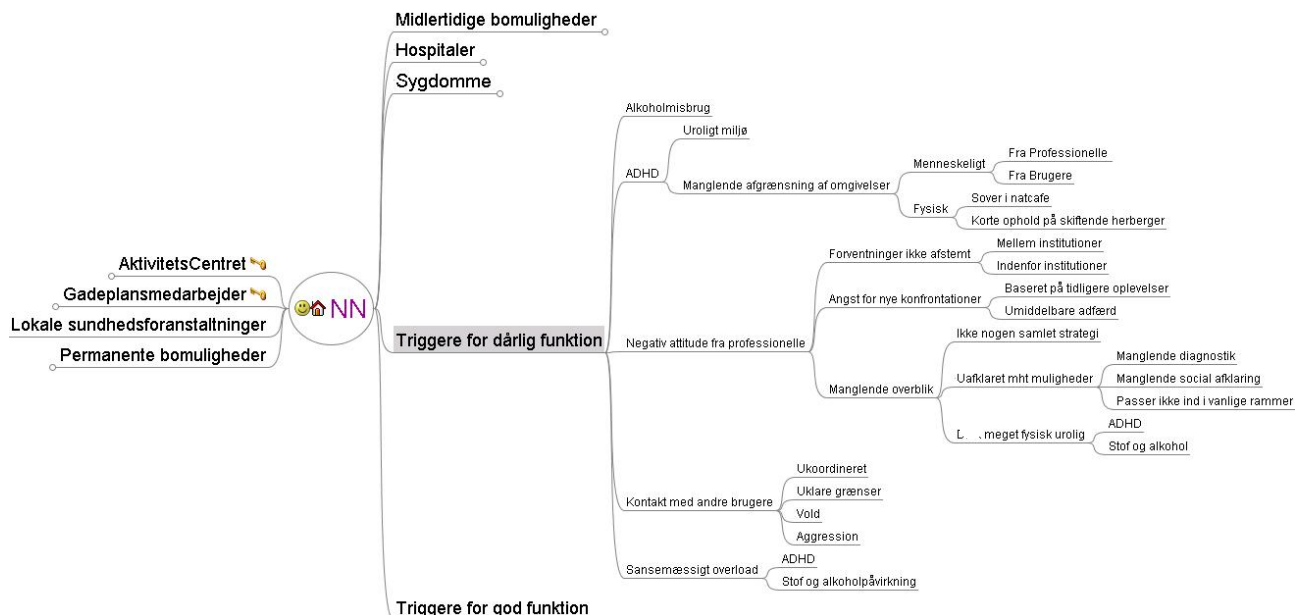


Hospitalernes involvering med borgeren indskrænker sig til talrige kontakter via skadestuerne på de centrale Københavnske hospitaler. Borgeren søger især en bestemt dermatologisk afdeling når der er udbrud i hudsygdommen, hvilket der typisk er når borgeren er meget stresset og alkoholpåvirket i svær grad. I disse situationer er der også et meget stort potentiale for konflikter på grund af borgerens AD/HD og afdelingen har da også henvendt sig til Københavns Kommune for at forsøge at finde en løsning som mindsker kontakten med afdelingen. Kontakten med andre dele af sundhedsvæsenet er mere sporadisk og præget af tilfældigheder og de akutte problemstillinger. Der har tidligere været en tættere kontakt til psykiatrien, men borgeren er vurderet til ikke at være målgruppe for psykiatrisk behandling.



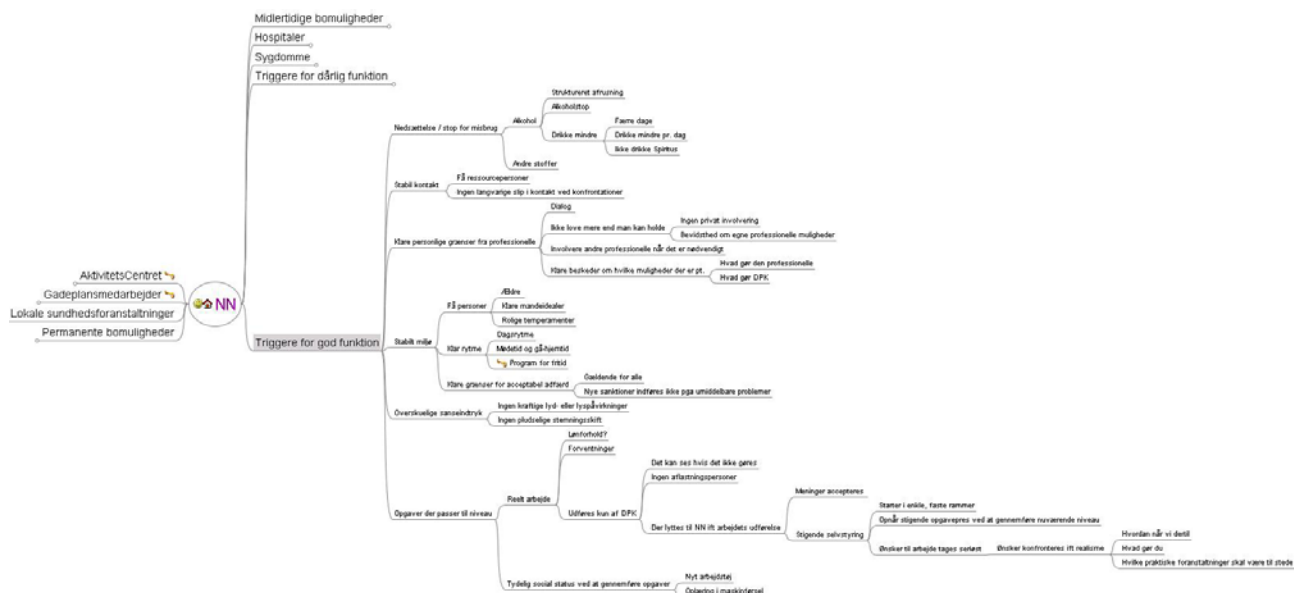
De 3 sidste pinde i dette mind-map retter sig mod forhold, som direkte har med borgerens tilstand at gøre.

Pinden sygdomme indeholder de overordnede lidelser og problemstillinger som kan identificeres. De enkelte sygdommes interaktion med hinanden kunne med fordel beskrives her, men en del af denne problemstilling er placeret i de næste pinde.



Triggere for dårlig funktion er tænkt som en opsamling af de udløser, der er for den adfærd, der hele tiden bringer borgeren i konflikt med omgivelserne. De kan deles i forhold som ligger i borgeren selv, alkoholmisbrug, AD/HD og manglende evne til at processere for mange sanseindtryk ad gangen.

Andre elementer knytter sig til kontakten med professionelle i socialvæsenet, sundhedsvæsenet politi og med andre borgere på gaden og i lavtærskeltilbud.



Triggere for god funktion er et kig på de beskyttende faktorer og muligheder der ligger hos borgeren selv, og hvilke der ligger hos de personer som har kontakt med borgeren. Her ligger også nøglen til de tilbud der skal arbejdes med på sigt for at sikre en mulighed for udvikling og stabilisering.

Dette mind-map er primært lavet for at få et overblik over problemstillinger, men kunne med fordel gøres til genstand for et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde hvor der bydes ind med forskellige fagligheder og specialer, men i en form der kan overskueliggøres for de øvrige faggrupper.

Kvalitetssikring - Hvad er kvalitet i behandling for komplekse områder?

Baggrunden for kvalitet i behandling er beskrevet tidligere, og det har i de senere år været et debattemne i den praktiske del af hjemløsearbejdet, om man overhovedet kan tillade sig at beskrive hjemløse med kvantitative data, fordi gruppen er så kompleks. Den samme argumentation kan man bruge i enhver anden sammenhæng. Den sociale medarbejder er lige så kompleks i sin kontakt til sundhedsvæsenet som den hjemløse, men det forhindrer ikke sundhedsvæsenet i at optage en meget stor mængde kvantitative data på den sociale medarbejder under indlæggelse for sukkersyge.

Det springende i kvalitetssikring er, at den skal tage højde for de forhold den fungerer under. Hvis den enkelte patient ikke bryder sig om behandlingen, så kan et nok så fint kvalitetssikringssystem ikke hjælpe nogen, specielt ikke hvis der ingen patienter er. Det der kendetegner de flestes kontakt med sundhedsvæsenet er, at man præsenterer systemet for en enkelt problemstilling som det er forholdsvis let at opstille nogle rammer for optimal behandling af. Men så snart der præsenteres mere end én problemstilling bryder systemet sammen.

Et komplekst system der behandler én tilstand får så at sige dataforstoppelse, når det præsenteres for 2 tilstande. SundhedsTeam repræsenterer et ikke-komplekst system der ganske vist ikke kan behandle på specialistniveau, men som kan håndtere flere tilstande på samme tid. SundhedsTeam er et system der tillader sig at ignorere information, for at behandle det der er allermost presserende. Hyppigt er det der er allermost presserende en forholdsvis enkel tilstand, og det frisætter så muligheden for at gå om bord i det næstmest presserende. Efterhånden som professionalismen stiger, lærer man at holde et overvågende blik på hele tilstanden, mens man behandler

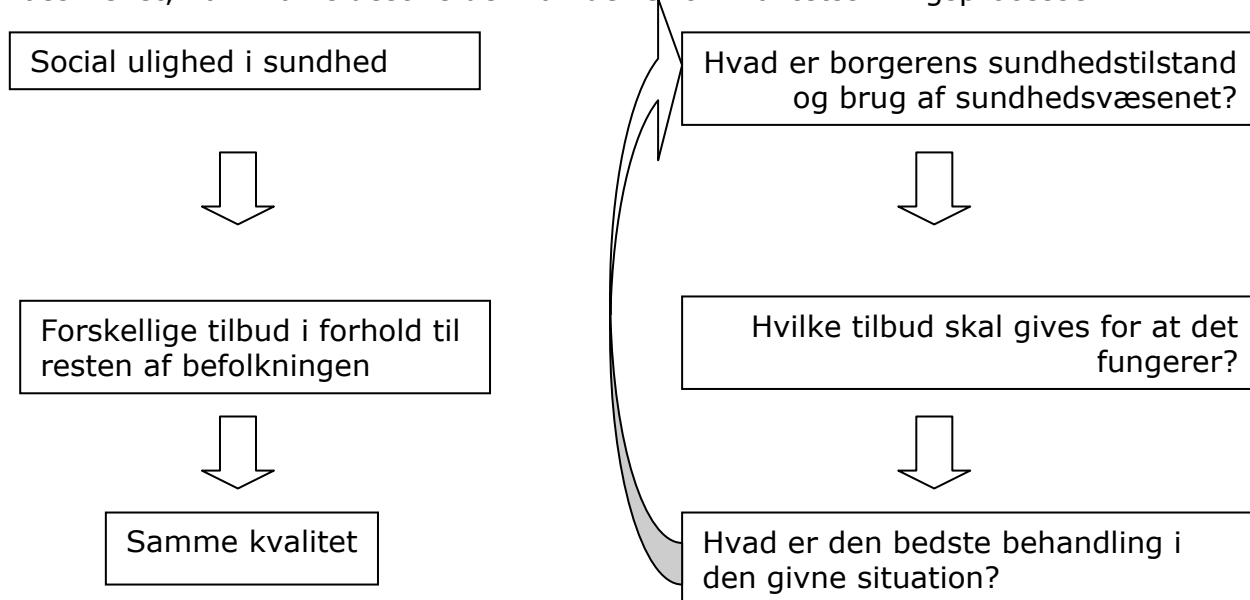
specielle forhold. Dermed kan der opstå en mere retningsbestemt behandling, som ikke er så påvirkelig, når enkelte forhold pludselig ændrer sig.

Kvalitet i behandlingen af borgeren med komplekse problemer i forhold til misbrug, psykisk- og somatisk sygdom og sociale problemer, er altså ikke nødvendigvis det som kendetegner højeste kvalitet for de enkelte elementer, men for overhovedet at kunne nå til en god praksis, er det nødvendigt at beskrive den praksis der er gældende og dermed også kunne få et blik på, hvor denne praksis ikke nødvendigvis fungerer optimalt.

Mind-map er for eksempel en måde at sikre at kvaliteten i den overordnede strategi for den enkelte borger kan gennemføres, ved at trække på hele gruppens erfaring og professionalisme, og udglatte de frustrationer den enkelte behandler oplever, fordi man som person har tendens til at se på det man lige netop nu behandler, og hvis ikke det lykkes, så overskygger det den succes, man måske har på alle andre fronter.

Der ligger i de overordnede sociale systemer et tiltagende krav om kvalitetssikring som gør, at man, helst på forhånd, vil have opstillet kvalitetsmål og indikatorer når et tiltag sættes i gang. Vi har i SundhedsTeam startet processen med at nedlægge nogle enkle krav til tidsmæssige normer for hvornår kontakt og behandling skal være gennemført, men som det er fremgået af de tidligere rapporteringer, er disse rammer opfyldt til overmål. Man kan naturligvis stramme normerne, men det er spørgsmålet om et krav om at alle skal have tilbudt behandling indenfor 6 timer i virkeligheden er udtryk for kvalitet, snarere end jagt på tal. Det er derfor tydeligere nu end for et år siden, at de enkle kvalitetsnormer vi opsatte skal suppleres med nogle nye, som bedre beskriver den kontekst SundhedsTeam fungerer i, og den gruppe vi behandler.

Hvis man opstiller den basale forudsætning for SundhedsTeam som det tidligere er beskrevet, kan man sidestille de krav der er til kvalitetssikringsprocessen.



Som det ses er det en nødvendighed at gå tilbage for at se om sundhedstilstanden generelt blev bedre. Men for at kunne det, er man nødt til at beskrive en udgangstilstand. Altså, hvordan var sundhedstilstanden da vi begyndte. Det er delvist gjort af Sundhedsprojektet, men fokus for SundhedsTeam er et lidt andet og der er allerede gået 4 år siden Sundhedsprojektets data blev indsamlet.

Midler i kvalitetssikringen: Stamjournal

Det grundlæggende formål med at manualisere en behandling er at sikre, at alle får det optimale tilbud. Brugt på den forkerte måde kan manualisering blive "vores tilbud til dig" som patienten eller borgeren skal tilpasse sig for at tilhøre målgruppen og i det hele taget få et tilbud. Brugt på den rigtige måde, er manualisering en metode til at blive bevidst om hvilke processer, der er involveret i et arbejde. Kvalitetssikring ligger i at se på om et manual og en arbejdsmetode har en funktion, og se på metoden i sammenhæng med de patientforløb, som sker i realiteten. Et manual kan altså beskrive en ideel tilstand, men manualet skal relateres til de forløb der foregår og rettes, til så forløbet bliver bedre. Hvis der ikke er nogen sammenhæng, vil det reelle forløb aldrig blive bedre end den uhensigtsmæssige behandling som kan tilbydes, en behandling som måske i andre sammenhænge, for eksempel et kort hospitalsforløb, vil være optimal.

Patientjournalen kan ses som et godt gammelt og velgennemprøvet manual. Stamjournalen indeholder en del oplysninger som er vigtige for at et behandlingsforløb ikke støder ind i utilsigtede hændelser. Mange utilsigtede hændelser kan også i hospitalsvæsenet tilskrives manglende eller forkert brug af journalen.

SundhedsTeams oprindelige fortrykte journal var udarbejdet på baggrund af lægejournalen fra Sundhedsprojektet, og den opfyldte nogle basale behov. På grund af teamets meget hurtige udvikling viste der sig et øget behov for at ændre opsætning og sammensætning af elementerne i journalen. Midtvejsdata fra 2006 viste at en del af de elementer der var tilføjet Sundhedsprojektjournalen ikke blev gennemført eller gennemført på et uacceptabelt lavt niveau. Umiddelbart efter midtvejsrapporten tog sygeplejerskegruppen affære og omformede journalen så den passede til dagligdagen.

Siden vi startede, har vi arbejdet med den journal, der var udarbejdet som en del af sundhedsprojektet. Gennem det forløbne år blev det tydeligt, at den journal vi brugte, ikke gav mening som arbejdsredskab og derfor ikke blev brugt. Samtidig blev der indført forskellige skemaer for at holde rede på de mange data, der løbende blev indsamlet. Dokumentationen blev ikke ensartet og udviklede sig forskelligt alt efter hvem der dokumenterede, og hvad der skulle dokumenteres.

Kontakten mellem sygeplejerske og patient i Sundhedsteamet opstår i mange forskellige situationer enten via væresteder, gadeplansmedarbejdere, telefonisk kontakt eller spontan gadekontakt. Samtalerne med patienten foregår under mere eller mindre ordnede forhold, dataindsamlingen foregår derfor løbende, efterhånden som patienten har tillid til at fortælle om sig selv og sit liv. Samarbejdspartnerne er ofte mange med forskellige indgangsvinkler, og en af patientgruppens overlevelsesteknikker er, at søge hjælpen mange forskellige steder. Det betyder, at der kan være flere forløb i gang på samme tid, flere forskellige steder i byen, idet patienten både søger kommunale og private organisationer for at få hjælp. Ofte er patientens situation kompleks og kræver en afdækning af både den fysiske, psykiske og sociale situation. Derfor er der mange oplysninger at holde rede på, og det øger risikoen for at dataindsamlingen forringes.

I arbejdet er det blevet tydeligt, at behovet for at lave nogle dokumentationsredskaber, der kan bruges som et reelt arbejdsredskab på gaden, er vigtigt. Dokumentationsredskaberne skal både systematisere de dataindsamlinger, der foregår løbende i kontakten med patienterne, standardisere måden data indsamles på og fungere som et arbejdsredskab for teamet på gaden.

Sidste årsrapport nævner problematikken med henblik på ønsket om anonymitet, men i praksis har vi ikke haft nogen med dette ønske. Såfremt denne situation opstår, vil det fortsat være muligt.

SundhedsTeams stamjournal

For at skabe klarhed over hvilke informationer man søger afdækket ved hospitalsindlæggelse, indhentede vi indlæggelsespapirer fra de akutte afdelinger, både medicinske, kirurgiske og psykiatriske afdelinger, i hele H:S. Det gav samtidigt inspiration til, hvordan stamjournalerne blev opbygget i hospitalsregi således, at det design der blev valgt i SundhedsTeam virker professionelt og let læseligt for samarbejdspartnerne. Ligeledes gennemså vi dokumentationsredskabet PCD klient der bruges på Sundholm for at opnå indsigt i, hvilke informationer der vægtes i forbindelse med den brugergruppe, der er kontakt med på henholdsvis herberg og sygeplejeklinikken.

Selve layoutet er inspireret af indlæggelsespapirerne fra Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital. Indholdet er lavet med baggrund i Sundhedsteams egen tidligere journal fra sundhedsprojektet samt viden indhentet fra H:S hospitalernes indlæggelsespapirer og PCD klient. Journalen er bygget op med over- og underoverskrifter for at skabe muligheden for et hurtigt og nemt overblik over de informationer, der er indsamlet. Derudover er journalen opbygget ud fra samme teori som hospitalspapirerne (VIPS-modellen), for at skabe bedre forståelse mellem den primære og sekundære sektor.

Stamjournalen består af 4 sider trykt på ét A3 ark, så der ikke er nogle løse ark, og opdelt med 2 ark stam- og medicinoplysninger. Et ark med en alkoholprofil og et ark med en misbrugerprofil. (se bilag xx). Der er lavet 4 tillægs ark, der kan bruges sideløbende, alt efter hvilken behandling patienten opstartes i. (se bilag 2-5).

Skema 1: Stamjournal side 1 (Patientoplysninger)

1. Patientoplysninger

1.1. Identifikation

1.2. Anamnese

1.3. Medicinoplysninger

1.4. Psykiatri

1.5. Alkohol

1.6. Misbrug

1.7. Socialt

1.8. Andre oplysninger

Skema 2: Stamjournal side 2 (Medicinoplysninger)

2. Medicinoplysninger

2.1. Medicin

2.2. Vaccinationer

2.3. Laboratorie

2.4. Røntgen

2.5. Andre undersøgelser

Skema 3: Stamjournal side 3 (Alkoholprofil)

3. Alkoholprofil

3.1. Forbrug af alkohol

3.2. Symptomer

3.3. Behandling

3.4. Andre oplysninger

Skema 4: Stamjournal side 4 (Misbrugerprofil)

4. Misbrugerprofil

4.1. Misbrug

4.2. Symptomer

4.3. Behandling

4.4. Andre oplysninger

Skema 1 se bilag 4

Skema 2 se bilag 4

Skema 3 se bilag 4

Skema 4 se bilag 4

Tillægsjournal ark

Til journalen er der udarbejdet tillægs journal ark, der kan bruges som dokumentation for den behandling, der opstartes i SundhedsTeams regi. Det er et medicin ark (Skema 1), et udleverings ark (Skema 2), og et vaccinations og blodprøve skema ark med vaccinationsprogrammet på bagsiden.

Medicinordinationsskema					
Navn _____ Cpr _____					
Date	Ordination	Ordinert af	Date	Hvordan udleveres medicinen	Spj. Læge

Skema 5 se bilag 5

Medicinudlevering							
* Disse rækker udfyldes kun ved de planlagte udleveringsdatoer							
Efter				Efter			
Dato	Udleveret medicin	Ikke Otvet	Signatur	Dato	Udleveret medicin	Ikke Otvet	Signatur
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
13				13			
14				14			
15				15			
16				16			
17				17			
18				18			
19				19			
20				20			
21				21			
22				22			
23				23			
24				24			
25				25			
26				26			
27				27			
28				28			
29				29			
30				30			
31				31			

Skema 6 se bilag 6

Skema 5. Medicinark fungerer som en hurtig måde at skabe et overblik over den ordinerede medicin og giver samtidig mulighed for, at ordinationen er dokumenteret og skriftligt godkendt af en læge.

Skema 6. Udleveringsark fungerer som et arbejdsredskab, der sikrer, at patienten får den rette medicin og at denne udleveres forsvarligt til rette tid.

Vaccinations- og Blodprøveark				
Navn _____ Cpr _____				
Kontaksted _____ Mobilnummer _____				
Vaccine	Vaccination planlagt dato	huttaler	Vaccination udført dato	huttaler
Dwarsax Hepatitis vaccine 1				
Dwarsax Hepatitis vaccine 2				
Dwarsax Hepatitis vaccine 3				
Tetanus				

Blodprøve	Blodprøve planlagt dato	huttaler	Blodprøve udført dato	huttaler
Kulstof				

© Vaccinations- og Blodprøveark 2021. Udarbejdet af Vaccinations- og Blodprøveark.

Skema 7 Bilag bilag 11

VACCINATIONSPROGRAM

Hvornår vaccinerer vi mod Hepatitis A+B?

Ved negativt blodprøveover på Hepatitis A og/eller Hepatitis B og minimum 6 år ude af landet.

1. Håve et sjældent rejsebesøg
2. Håve et udsættelsesrejse
3. Håve mange rejser til højrisklande
4. Lever sammen med en som er smittet med Hep. B.

Hvordan vaccinerer vi.

1. Ved journaloptagelse tages kernerblodprøve
2. Ved journaloptagelse aflæses om patienten er potentiel smittet
3. Når der foreligger blodprøveover, aflæses medlems om der skal tilbydes vaccine
4. Ved information til patient om blodprøveover, tilbydes 1. injektion af vaccine
5. Der udfyldes vaccinationskort som medgives patienten.
6. Der udfyldes vaccinations- og blodprøveskema, som opbevares i patientjournalen.
7. Der læses ny af tale med patienten 1 måned senere til 2. injektion.
8. Dato for vaccine deltages ind i group.com
9. Der aflyses dato for 2. injektion i kalender efter 1. injektion
10. Dato for vaccine deltages ind i group.com

Skema 8 Bilag 12

Skema 7. Blodprøveark skaber et hurtigt og nemt overblik over hvilke prøver, der tages og hvornår de næste skal tages. De giver samtidig et overblik over, om patienten kommer til den planlagte tid. Vaccinations ark er udarbejdet som et arbejdsredskab, der skaber overblik over, hvornår patienten er vaccineret hvilke vacciner der gives og hvornår den næste skal gives.

Skema 8. udgør bagsiden med vaccinationsprogrammet.

Standard for journaludfyldelse.

Til teamjournalen er der udarbejdet en beskrivelse, der gennemgår journalen punkt for punkt med henblik på hvilke oplysninger der skal stå hvor og hvad der menes med de forskellige oplysninger. Beskrivelsen skal ses som en standard for, hvordan teamjournalen skal udfyldes. (se bilag 6)

Teamjournalen er ført ajour med den database, der allerede er oprettet i Sundhedsteamet, og kommer på den måde både til at fungere som et arbejdsredskab, der kan bruges på gaden til at indhente de nødvendige oplysninger om patienten, og som et arbejdsredskab, der sikrer, at de nødvendige data indsamles til videre brug. Samtidig vil journalen fungerer som et kommunikationsredskab ved kontakt med det etablerede system, såfremt patienten har givet samtykke til dette.

Faxseddel til henvisning fra hospitalsafdelingerne i hovedstadsregionen til SundhedsTeam.

For at lette arbejdsgangen mellem Københavns Kommunes SundhedsTeam og hospitalerne er der udviklet en fax seddel, der skal gøre det muligt at henvise til Sundhedsteam på alle tider af døgnet. Det betyder at den sygeplejerske, der har haft kontakten under indlæggelsen, har mulighed for at videregive sin viden i samme vagt og ikke er nødsaget til lægge besked på telefonsvarer eller kontakte SundhedsTeam dagen efter. Gennem vores arbejde med H:S netværket er vi blevet opmærksomme på, at der også i aften/nat og i weekenden er brug for at videregive informationer. Specielt fordi det ofte er patienten, der vælger at gå og sygeplejerskens arbejdstid er skiftende, er det vanskeligt at sikre det videre forløb.

SUNDHEDSTEAM
 HENVISNING TIL KØBENHAVNS KOMMUNES SUNDHEDSTEAM. Fax nummer: 33 17 67 27

Henvist af: _____ Dato: _____

I. Patientoplysninger

Patient navn: _____
 Cpr. Nummer: _____
 Patientens stedske folkenøgletaladresse: _____
 Mobiltelefon nummer: _____

II. Læge

Lægen lægtes: _____
 Lægen lægtes telefonnummer: _____
 Ingen læge: _____
 Årsag: _____

III. Henvissende afdeling

Dato for henvisning: _____
 Henvist af sygeplejerske: _____
 Afdeling: _____
 Navn: _____
 Telefon nr.: _____

IV. Henvissende læge

V. Sygeplejersker

Fax tilfødsel (overført, beting, natvagt): _____
 Kontakt til overplejerske/plejerske: Navn: _____
 Arbejd: _____

af sygeplejersker

Genbrugning af fax seddel

Denne seddel er beregnet til brug som henvisningskort til SundhedsTeam. Den kan bruges på alle tider af døgnet. Den skal bruges af den sygeplejerske, der har haft kontakten under indlæggelsen. Den skal bruges af den sygeplejerske, der har haft kontakten under indlæggelsen. Den skal bruges af den sygeplejerske, der har haft kontakten under indlæggelsen.

Hvad er SundhedsTeamets opgaver?

SundhedsTeamet er et samarbejde mellem sundhedsprofessionen og patienterne. Vi hjælper patienterne med at navigere i sundhedssystemet og sikre, at de får den bedste behandling. Vi hjælper patienterne med at navigere i sundhedssystemet og sikre, at de får den bedste behandling.

Hvad er vores opgaver?

Vi hjælper patienterne med at navigere i sundhedssystemet og sikre, at de får den bedste behandling. Vi hjælper patienterne med at navigere i sundhedssystemet og sikre, at de får den bedste behandling.

Henvendelse

For yderligere oplysninger kan du kontakte SundhedsTeam på telefonnummer 33 17 67 27.

Bilag 10

På bagsiden af fax sedlen er der lavet to kolonner. Den første kolonne er en beskrivelse af, hvorledes sedlen bruges. Den anden kolonne er en beskrivelse af hvad Københavns Kommunes Sundhedsteam er og hvad vi kan bruges til. Derved kommer fax sedlen til at fungere som et arbejdsredskab og et informationsredskab i akutberedskabet i hovedstadsregionen.

Manualer og standarder for behandling:

Der har gennem hele året været et fokus på at beskrive de arbejdsgange der præger teamet og en få beskrivelserne gjort overskuelige.

Områderne der er beskrevet omfatter:

Datafangst

Den dataindsamling der er opnået i 2006 giver et billede af de indskrevne patienter, som kan nuancere det billede der i forvejen var dannet ud fra Sundhedsprojektet.

Opgaven i den kommende tid bliver at se på, hvilke data der er relevante og som kan sige noget om det generelle forløb. Er der nogle oplysninger vi indsamler som kan sige noget om at det med større sandsynlighed end ellers er ved at gå galt for eksempel med kronisk leversygdom. Der er allerede data for lige netop leversygdom (alkoholmisbrug + en – flere hepatitistyper giver større risiko for at man dør tidligt af sin leversygdom), men for andre data er billedet ikke så klart. Skal vi opfatte at en person er i højere risiko end andre er vi nødt til at holde os ajour men den nyeste viden, og implementere den i vores daglige praksis.

Det vigtige er i denne sammenhæng at sørge for at disse data fremstår tydeligt, for eksempel ved at indbygge "normalgrænser" i systemet. På denne måde kan data hurtigt medvirke til at styre patientforløb i den rigtige retning.

Risikostratificering

Efterhånden som datamængden stiger og kan sammenholdes med patientforløbene, vil det måske være muligt at graduere data i "datafangsten", således at man allerede tidligt i forløb eller når patienten indskrives, kan opfange hvilke alvorlige problemer der truer den enkelte. Dette kræver store datamængder og kan måske opnås i sammenhæng med de øvrige opsøgende "satspuljeteams", og ellers ved gennemgang af videnskabeligt materiale.

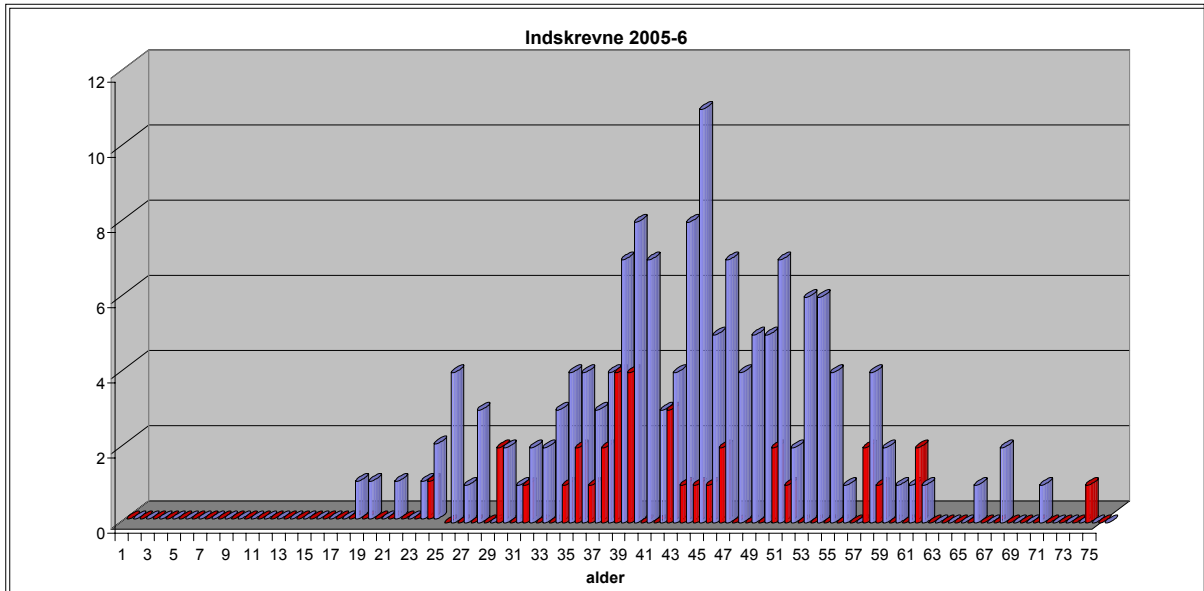
Undersøgelse der er beskrevet af CAGE og FAST er en måde at undersøge en mulig risikostratificering for gruppen af hjemløse alkoholikere.

Patienter

Indskrevne i både 2005 og 2006, fordelt på alder og køn

Fordelingen af patienter ses i nedenstående graf. Der er for mændene en begyndende tydeliggørelse af aldersfordelingen som en "normalfordeling" mens antallet af kvinder endnu er for småt til at give en vurdering. Behandlingsmæssig går en del personer, indskrevet i 2005 videre som patienter i 2006.

Antal mænd	136
Antal kvinder	35
Gennemsnitsalder alle	43,3
Gennemsnitsalder mænd	43,4
Gennemsnitsalder kvinder	43,0
Spændvidde mænd	18 - 70
Spændvidde kvinder	24 - 74



Der ses som forventet en skæv kønsfordeling med meget stor overvægt af mænd på 80 %, mens kvinder udgør 20 %. Dette ligner alle andre hjemløshedsgupper der er undersøgt verden over.

Etnicitet 2005+ 2006:

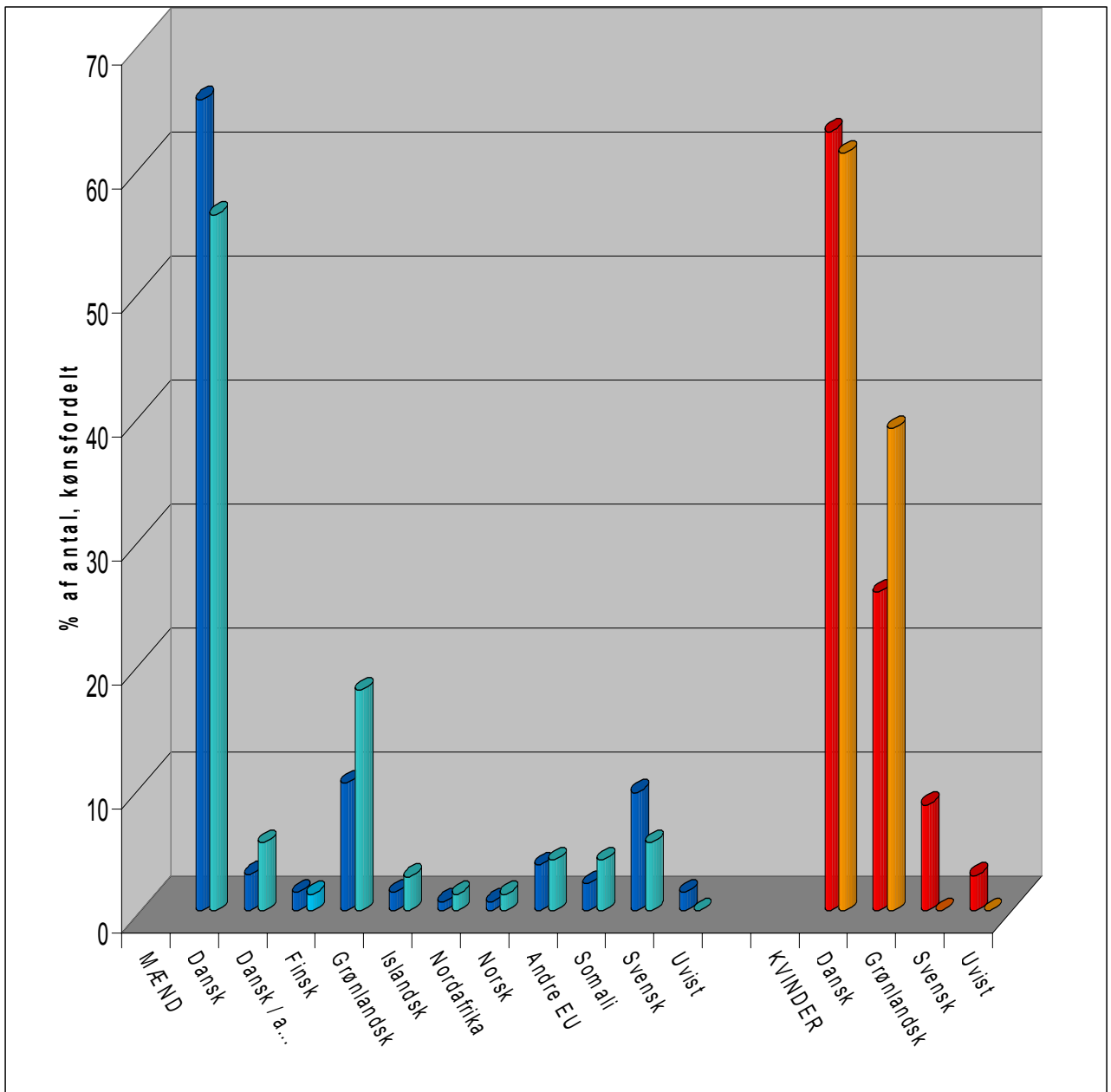
Den samlede etniske fordeling for begge årene 2005 og 2006 er repræsenteret til højre.

Mænd – etnicitet 2005 + 2006

Dansk	89
Dansk / anden	4
Finsk	2
Fransk	1
Grønlandsk	14
Islandsk	2
Marokkansk	1
Norsk	1
Polsk	2
Portugisisk	1
Somali	3
Svensk	13
Tysk	1
Uvist	2
I alt	136

Kvinder – etnicitet 2005 + 2006

Dansk	22
Grønlandsk	9
Svensk	3
Uvist	1
I alt	35



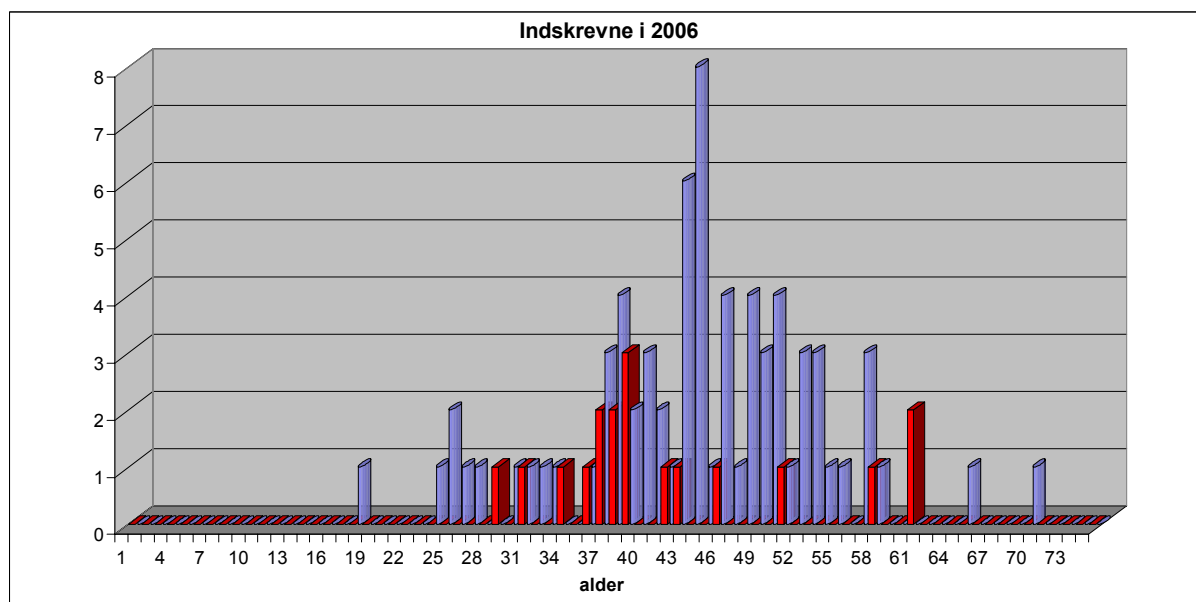
Fordeling i etniske grupper i henholdsvis 2005 og 2006

1. kolonne viser fordelingen i % af antal adskilt i køn samlet for 2005+6.
2. kolonne viser fordelingen adskilt i køn for 2006 alene.

Indskrevne 2006, fordelt på alder og køn:

Køn og aldersfordelingen er nogenlunde uændret i 2006 i forhold til 2005. Hovedgruppen er mellem 35 og 55 år, men der er repræsentation af alle aldersgrupper ned til 18 år og op til 71 år.

Antal mænd	73
Antal kvinder	18
Gennemsnitsalder alle	43,4
Gennemsnitsalder mænd	43,7
Gennemsnitsalder kvinder	42,2
Spændvidde mænd	18 - 70
Spændvidde kvinder	29 - 61



Etnicitetsfordeling 2006

Fordelingen i forhold til 2005 er stort set uændret på gennemsnitstallene, bortset fra at der har været en god stigning i antallet af grønlandske borgere, både kvinder og mænd. Kønsfordelingen mellem grønlandske mænd og kvinder er kun 2:1 mod 4:1 i gennemsnit. Dette kan måske skyldes, at tilgangen til den grønlandske gruppe især har været via et grønlandsk netværk, som har en mere bred tilgang til grønlandske borgere med bolig- og helbredsproblemer. Det er dog klart at i forhold til 2005, er gruppen steget som følge af et vedvarende netværksarbejde, hvilket også siger noget om, at man er nødt til at få berøring med disse subgruppenetværk, for overhovedet at få et vedvarende samarbejde med patienter fra disse grupper.

Mænd – etnicitet 2006

Dansk	41
Dansk / anden	4
Finsk	1
Grønlandsk	13
Islandsk	2
Nordafrika	1
Norsk	1
Andre EU	3
Somali	3
Svensk	4
Uvist	0
i alt	73

Kvinder etnicitet 2006

Dansk	11
Grønlandsk	7
Svensk	0
Uvist	0
i alt	18

Kontakt og behandlingsnormer

Der har fra starten været en meget kort responstid på kontakten med brugerne. Denne er fortsat i 2006.

Brugeren skal senest indenfor 7 dage efter henvisning til teamet, kontaktes af SundhedsTeam med henblik på relevant udredning:

Resultaterne er som følger

Antal dage fra henvisning til 1. kontakt (for 91 kontakter)

Gennemsnit	Spændvidde
1,8	0 - 25

4 af 91 kontakter overskrider 7 dage, svarende til at 96 % er kontaktet indenfor denne periode. Målet er at 80 % er kontaktet indenfor 7 dage.

Brugeren skal, hvis behandling vurderes nødvendig, tilbydes denne indenfor 7 dage fra beslutning.

Antal dage fra behandlingsbeslutning til udførelse	
Gennemsnit	Spændvidde
1,2	0 - 14

4 er der ikke besluttet behandling på
1 er der besluttet behandling på, men han er forsvundet.

Af dem der er besluttet behandling på, overskrider 6 personer behandlingsgrænsen indenfor 7 dage = 7 % af samtlige. Det vil sige at 93 % får den relevante behandling indenfor 7 dage, hvor målet også her er 80 %.

Procesmål

Procesmålenes største funktion er at belyse om teamet arbejder systematisk. Det vil sige ikke om behandlingen af den enkelte patient har været tilstrækkelig og fagligt optimal, men om hele tilgangen til målgruppen er systematisk.

Man skal nødvendigvis vurdere om procesmålene er relevante og har en udsagnskraft med hensyn til teamets arbejde, men i den efterfølgende diskussion af midtvejsdata fra 2006, blev de enkelte procesmål ikke draget i tvivl.

Et af de store problemer med hensyn til systematik er, at patientsamtaler foregår i vidt forskellige settings og om vidt forskellige emner, og anken mod at gennemføre systematiske interviews har været, at det kunne virke som "overkill" i situationen. En del af problemet bestod i en journal der ikke var optimal til forholdene, og en anden del bestod i en opfattelse af at journalen skulle på bordet ved første samtale.

Problemet med manglende stamjournal og blodprøvetagning ser ud til at være løst på den måde, at journal-interview som oftest passes ind i efterfølgende samtaler, idet man aftaler efter et af de første møder, at man afsætter tid til blodprøvetagning og journaloptagelse. Det ubevidste ubehag og fornemmelse af snagen i den enkeltes privatliv som let opstår i situationen med den enkelte patient, viser sig hyppigst at være forkert. Hvis patienten får oplyst baggrunden for journaloptagelsen, og i øvrigt oplever journaloptagelsen som en del af patientforløbet, er der ingen modstand. Tværtimod opfattes det af patienten som professionel og omsorgsfuld interesse.

Ved midtvejsoppgørelse i juli 2006 var data med hensyn til procesmål ikke generelt tilfredsstillende:

Helbredsprofil / stamjournal var optaget på 14 patienter svarende til 28 %. Der var oprettet problemorienteret journal på hver eneste kontakt hvor der var iværksat behandlingstiltag, men den generelle journal var ikke udfyldt tilfredsstillende i forhold til de givne mål.

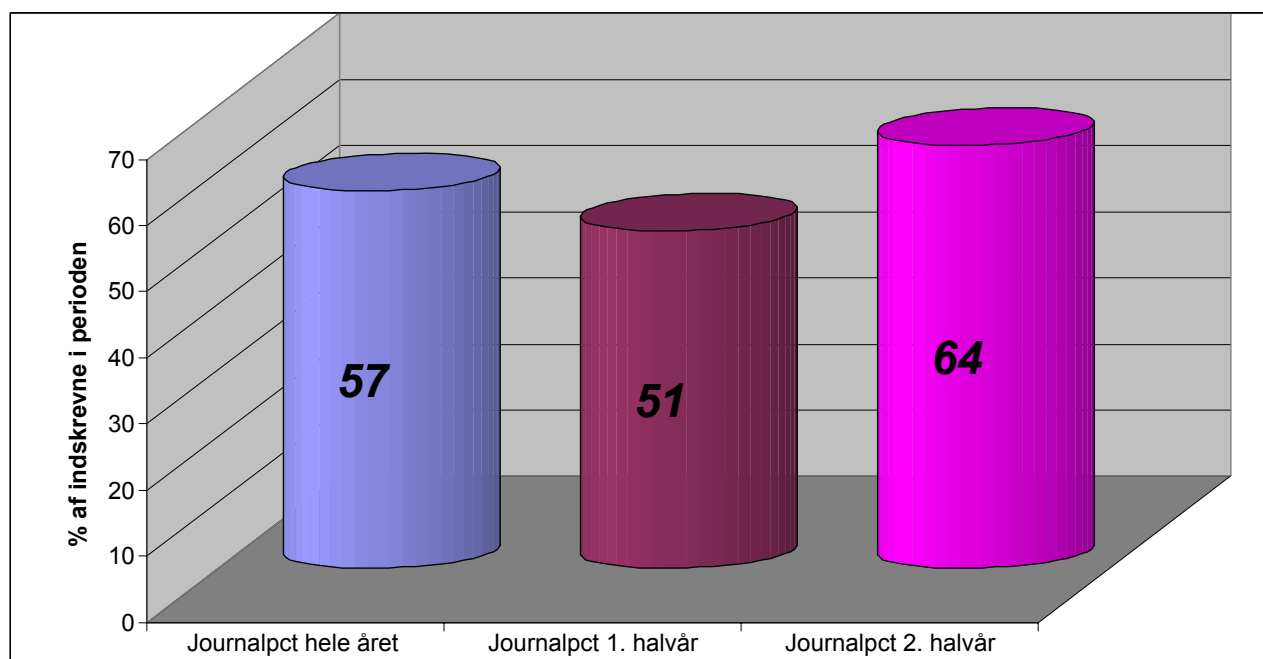
Patientens smittestatus med hensyn til hepatitis og HIV, skal ved hjælp af blodprøve undersøges hos mindst 50 % af dem, som har fået lavet helbredsprofil.

Her var antallet af foretagne blodprøver i alt 21 inkl. smittestatus. Det betød at af de 14 som havde gennemført journaloptagelse, havde 13 gennemført blodprøvetagning, og en blev indlagt subakut i forbindelse med første samtale.

Med hensyn til kvalitetsmålene havde altså 92 % af dem der gennemførte helbredsprofil også gennemført blodprøvetagning, men da kvalitetsmålene for helbredsprofil ikke var opfyldt, var tallet for smittestatus uden egentlig relevans.

Der var efterfølgende en gennemgang af journalmaterialet som beskrevet andetsteds i denne rapport, og resultatet ved årsskiftet er, at der er skrevet journaler på i alt 52 af 91 indskrevne svarende til 57 % for året som helhed.

Ved gennemgang af journaldata ved årsskiftet, fandtes oplysninger på 8 patienter som ikke var indskrevet men behandlet i kortere eller længere tid, og disse skal lægges til midtvejsdata.



Når data fra hele året samles, fremkommer der en højere journalprocent i første halvår end ved midtvejsoppgørelsen. Dette skyldes, at en hel del patienter som er indskrevet i første halvår, har fået skrevet journal i andet halvår.

Den noget højere indskrivningsprocent i andet halvår kunne altså tyde på, at den endelige indskrivningsprocent nærmer sig målet på 75 %.

Brugers smittestatus med hensyn til hepatitis og HIV, skal ved hjælp af blodprøve tages hos mindst 50 % af de brugere, som har fået lavet helbredsprofil. Her er tallene for året som helhed, at 44 har fået taget blodprøver og 5 har fået det tilbudt, men ønskede det ikke. Dette proces mål er opfyldt med 80 % (89 % hvis man medregner dem der også fik tilbud men afslog). Den begrænsende faktor i forhold til dette procesmål, ser altså ud til at ligge i det forrige mål, journaloptagelsen. Når først patienten har accepteret journaloptagelse, er blodprøvetagning en næsten naturlig fortsættelse.

Brugere skal så vidt muligt vaccineres for Hepatitis B og Hepatitis A., og SundhedsTeamet skal sikre at mindst 50 % af de, der ikke allerede findes smittede med Hepatitis B får tilbudt vaccinationsprogram, og at de indenfor 1 år fra indledning af vaccination, gennemfører dette program. Dette procesmål gælder de af SundhedsTeams patienter som er i risikogruppe.

Hvordan risikogruppen afgrænses er til løbende debat, men for nuværende er det afgrænset til personer med periodisk eller vedvarende kontakt med injektionsbrugermiljøet.

Dette procesmål er stadig noget uhåndterligt i dagligdagen. 21 personer vurderes som målgruppe for vaccinationstilbud. 25 personer kan ikke vurderes på grund af manglende blodprøver, eller manglende oplysninger om misbrug.

Heraf har 7 opstartet vaccination og 5 har foreløbig gennemført alle vaccinationer. Yderligere 2 er henvist til infektionsmedicinsk afdeling til vaccinationsprogram dér.

I alt 9 af 21 svarende til 42 % har indledt vaccinationsprogram. Vi er altså tæt på at opfylde procesmålet. Programmet skal så vidt det kan vurderes opdateres med en jævnlig gennemgang af alle patienter, så det sikres at alle får tilbudet om vaccine, indenfor det år der er afsat.

Det må være et generelt mål, at antallet af personer som ikke kan vurderes bringes ned, og dette sker ved at øge antallet af blodprøvetagninger, hvilket i sidste ende ser ud til at hænge tæt sammen med journalskrivning.

Konklusionen på dette afsnit er at procesmålene kan deles i 2.

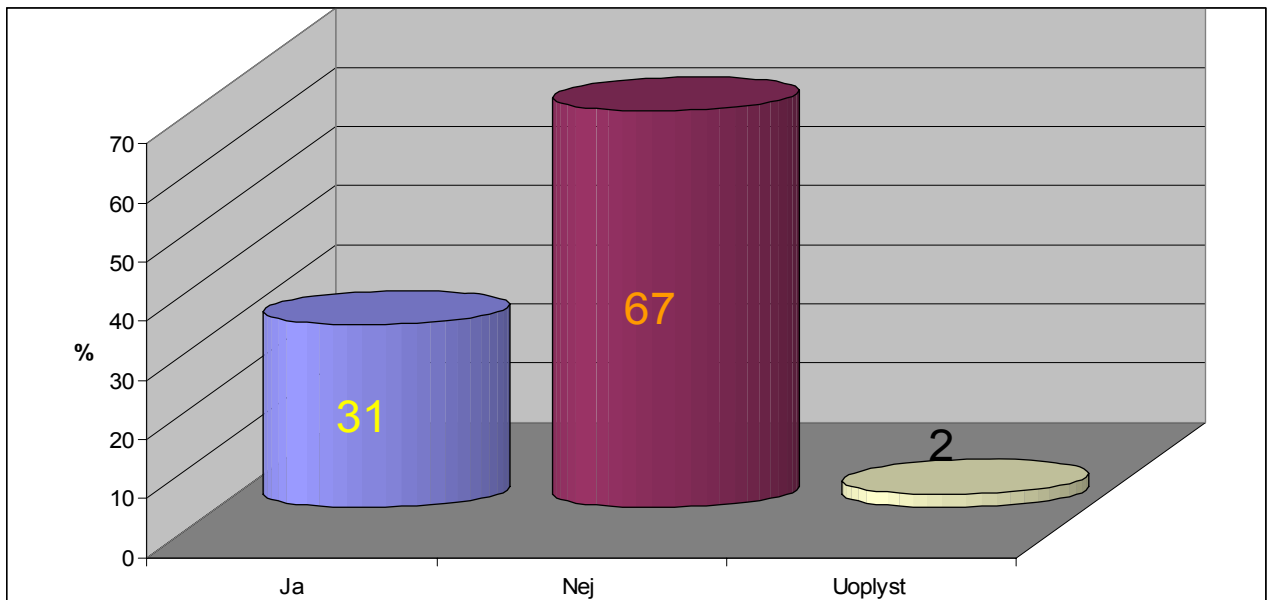
1. Kontakt. Her er målene opfyldt mere end fuldt ud. Disse mål skal enten revideres eller erstattes af andre for at kunne forbedre arbejdet i teamet. Kontaktmålene er på den anden side enkle, og kan fortsat benyttes som en passiv overvågning af responstiden, men målene har ingen udsagnskraft i forhold til niveauet af behandling i SundhedsTeam.
2. Dataopsamling. Målopfyldelsen er lige omkring eller under de fastsatte mål, og det er derfor stadig meningsfuldt at beholde disse mål som aktive overvågningsparametre. Det vil sige sammenhængende data, som har en udsagnskraft om teamets arbejde og kan bruges i en proces som sikrer en bedre kvalitet i behandlingen.

Som det fremgår, er nogle data afhængige af en længere måleperiode. Der vil derfor i denne og kommende dataopsamlinger være oversigter, der dækker hele perioden fra SundhedsTeams start. Mange data er dog indtil videre kun til stede for året 2006.

Bolig og overnatningsformer

Da SundhedsTeams målgruppe ikke er defineret af graden af integration på boligmarkedet, vil der naturlig være en variation af boligformer blandt de indskrevne.

Af totalt 91 patienter ny-indskrevet i SundhedsTeam i 2006, havde 61 ikke egen bolig. 28 havde egen bolig eller var tildelt én, men heraf var det kun 15 der benyttede denne, altså var funktionelt hjemløse. 2 personer har ikke oplyst om bolig.



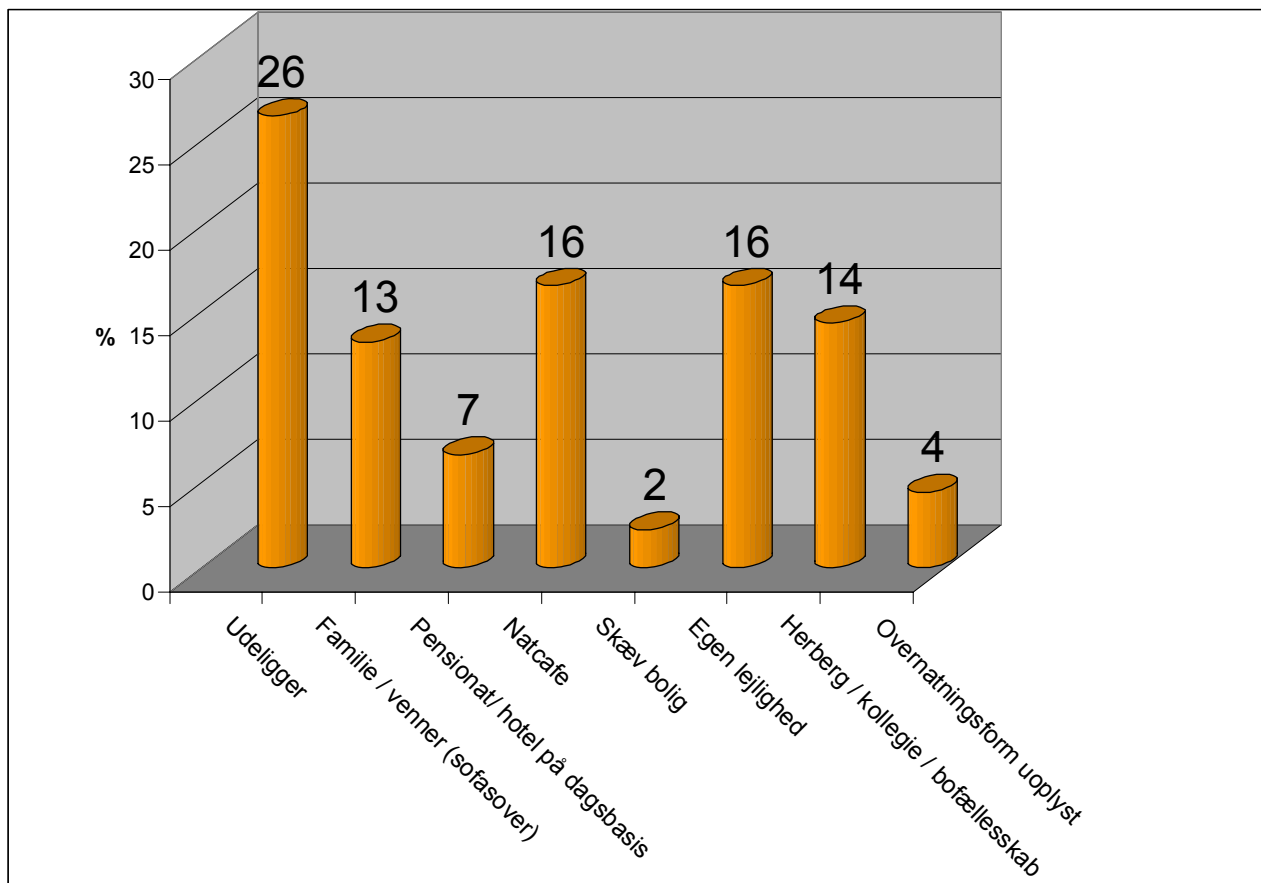
Boligløshed blandt 91 indskrevne

Boligformen er ikke nødvendigvis den samme som overnatningsformen. Vi har fra begyndelsen vist, at nogle mennesker som har fået tildelt bolig via det sociale system, ikke formår at benytte denne bolig.

Det medfører for nogle, at det sociale liv fra gaden flytter med ind i lejligheden, og indflytterfesten bliver mere eller mindre permanent. I løbet af kort tid bliver det også for broget for den der har ejerskab til lejligheden, og han flytter tilbage på gaden, mens de øvrige brugere bliver tilbage, til lejligheden spærres af. Andre finder efter kort tid ud af, at de ikke kan benytte lejligheden, og lejer den ud til anden side eller blot forlader den, mens atter andre benytter lejligheden, når det er for koldt ude. Der er nogle få, som benytter lejligheden tiltagende over flere år, vekslende med lavtærskeltilbudene, fordi personens sociale liv og kontakter befinder sig i hjemløsemiljøet.

Dette fremgår af næste graf hvor det ses, at selvom 31 % har oplyst om at have en lejlighed, er det kun 16 %, der i realiteten benytter den. Denne forskel er også et eksempel på den risiko der er, hvis man tager den gældende samfundsnorm for givet i hjemløsheds miljøet.

Som en borger beskriver det: "det er svært at komme ind i en lejlighed, så jeg flytter ind på Mændenes Hjem en gang imellem – og når det så bliver for hedt dér, flytter jeg hjem i lejligheden. Man er jo vant til at der sker en masse rundt omkring én"



Overnatningsformer for indskrevne.

Grafen viser også, at selvom målgruppen for SundhedsTeam ikke er defineret efter boligtilhørsforhold, så er der alligevel for 59 %'s vedkommende tale om, at de ikke ved, hvor de skal overnatte næste nat (medregnet dem der ikke har oplyst overnatningssted), og andre 21 % kan ikke være sikre på ikke at blive udsat af deres boligform med meget kort varsel, hvis deres adfærd støder mod reglerne. Kun de sidste 20 % er nogenlunde sikre på tag over hovedet fra måned til måned.

Set fra teamets vinkel kan fordelingen ses som udtryk for, at vi primært, ved indskrivningen, har fat i den mest belastede del af gruppen af hjemløse. Om der er større vandringer i gruppen med hensyn til boligtilhørsforhold, vil vise sig over de næste år, hvor ETHOS-data kan kombineres med de øvrige data.

Hvem henviser til SundhedsTeam

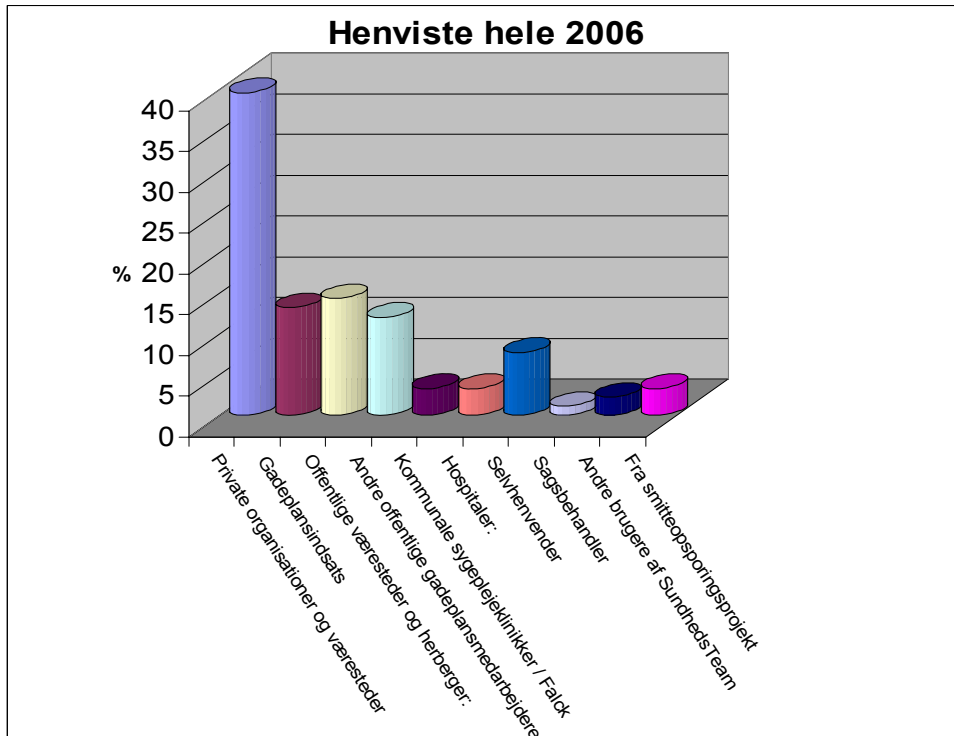
De henvisende kan stort set deles i følgende aktører. Hver enkelt aktør kan have af flere arbejdsfunktioner i kombination.

De offentlige institutioner der henviser, er især organiseret omkring Sundholm, især Aktivitetscentret.

Bedømt ud fra skemaerne er der ikke megen henvisning fra sygeplejeklinikker og Falck-ordning men der er til gengæld et løbende samarbejde omkring en del brugere.

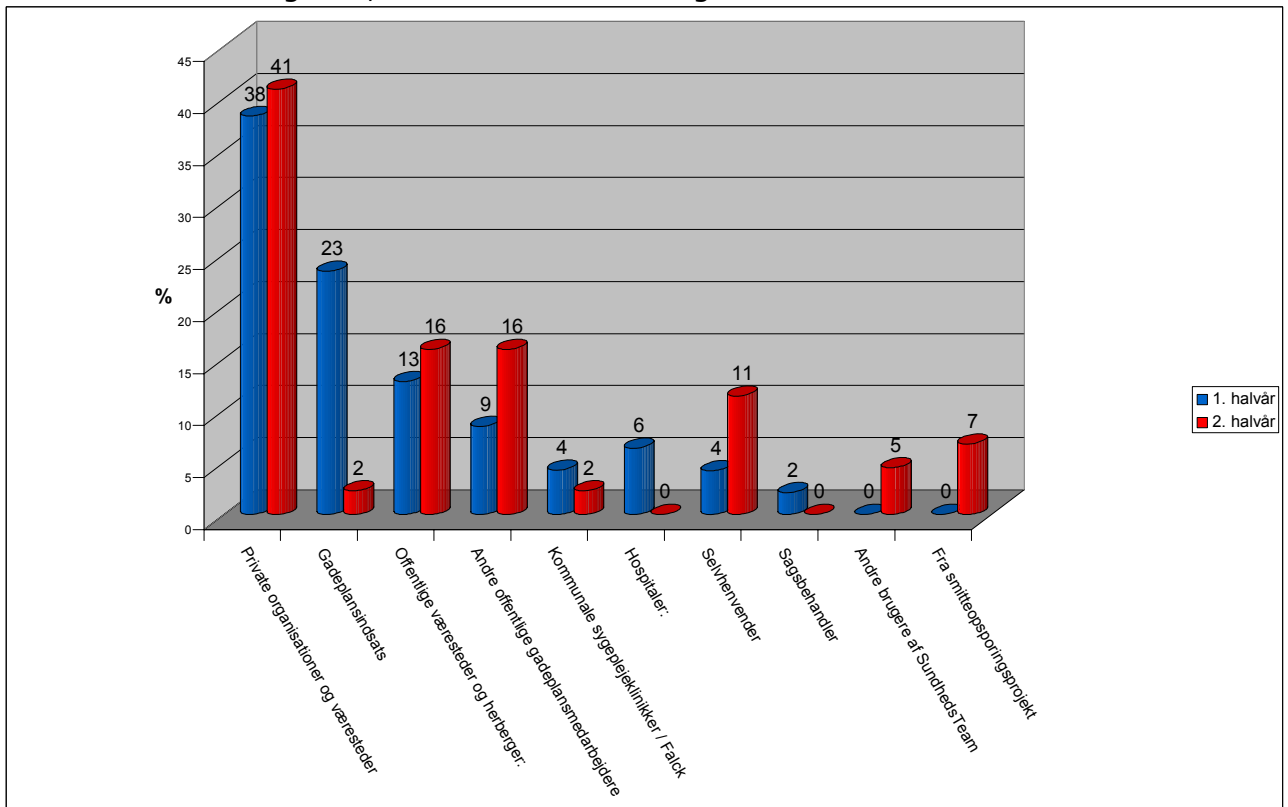
Antallet af henviste fra forskellige henvisningsgrupper	
Private organisationer og væresteder	36
Gadeplansindsats	12
Offentlige væresteder og herberger:	13
Andre offentlige gadeplansmedarbejdere	11
Kommunale sygeplejeklinikker / Falck	3
Hospitaler:	3
Selvhenviser	7
Sagsbehandler	1
Andre brugere af SundhedsTeam	2
Fra smitteopsporingsprojekt	3

Henvisningerne fra forskellige samarbejdspartnere fordeler sig hen over året, som vist i nedenstående skema:



Indskrevne i SundhedsTeam relateret til henvisende instans

Henvisningerne udviser en ikke ubetydelig varians hen over året, som nok må søges i de strukturproblemer, der udløstes ved ændringerne i social- og sundhedsforvaltningerne, blandt andet som følge af kommunalreformen.



Indskrevne i SundhedsTeam relateret til henvisende instans i 1. og 2. halvår af 2006

Al indskrivning fra gadeplansindsatsen skete stort set i første halvår, mens private organisationer og offentlige væresteder er uændrede. Der er dog nogenlunde samme aktivitet i de to halvår. Mens øgningen i indskrivninger sker der hvor aktiviteten går ned i andet halvår, direkte på gadeplan, er henvisningsmængden steget kraftigt fra andre aktører, nemlig ved at folk selv har henvendt sig til teamets sygeplejersker, ved at brugere af teamet henviser andre og ved at grønlandske gadeplansmedarbejdere øger henvisningen.

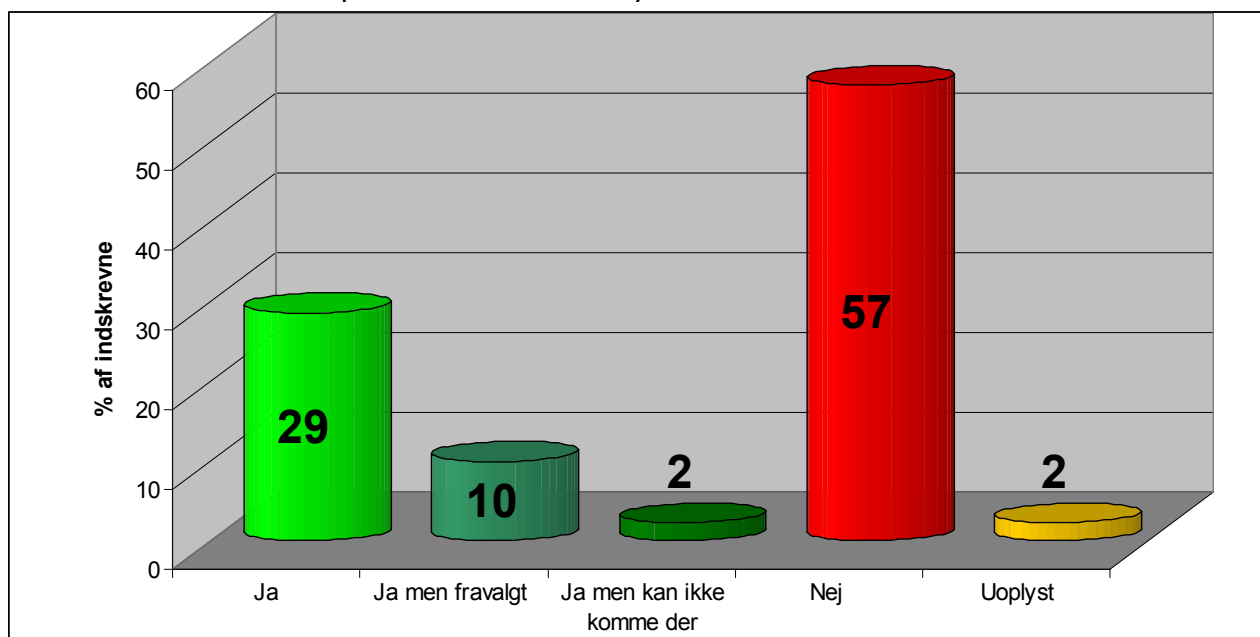
Det glædelige i denne proces er, at der ser ud til at være et behov for SundhedsTeam på gadeplan, og at brugerne selv begynder at henvende sig til teamet frem for at opsøge for eksempel skadestuer.

Der er dog også helt klart problemer i forhold til henvisninger fra det øvrige sociale system og sundhedsvæsenet generelt. Teamet indledte sin indsats med at besøge alle de lokale centre for at præsentere sig i forhold til både hjemmepleje, sagsbehandlere og lokale folk fra gadeplansindsatsen. Kort efter blev strukturen totalt omstruktureret og den enlige henvisning fra en sagsbehandler i årets første halvdel er ikke fulgt op i resten af året. Det var ret klart under præsentationsrunden, at der var uløste problemer i forhold til borgere, som havde egen bolig men ikke benyttede den eller var i fare for at miste den på grund af voldsomt misbrug og adfærdsproblemer. Dette problem kan ikke have løst sig selv, og der er en opgave med hensyn til at aktivere samarbejdet.

I forhold til hospitalsvæsenet er det ikke nok med det ½-årige undervisnings- og temadagsforløb, som er sat i gang. Vi forestillede os at de personer der deltog i forumet ville kunne være ambassadører for teamet på de akutte afdelinger, hvor de er ansat, men det har ikke vist sig muligt. Vi indleder derfor en ny strategi men korte præsentationer på de forskellige afdelingers personalemøder og medbringer der materiale i form af foldere om teamet og klare retningslinjer for hvordan man henviser til. Materialet skal være klar til brug og tilpasses afdelingernes arbejdsrytme og kultur.

Kontakt med egen læge:

En af de ting der karakteriserede patienter i Sundhedsprojektet, var mangelen på kontakt med praktiserende læge. Og da det netop er SundhedsTeams opgave at have den primære funktion i forhold til sundhedsvæsenet, er det også interessant, om der er en kontakt med det primære sundhedssystem.



Op mod 30 % oplyser, at de ikke har problemer med almen praksis, mens næsten 70 % af forskellige årsager ikke opsøger egen læge. For nogle er det oplyst, at de fravælger egen læge i forbindelse med snak om misbrug, men langt hovedparten kan eller må ikke komme i praksis, ofte på grund af adfærd.

Hvis man betragter SundhedsTeam som en funktion der erstatter en manglende kontakt med praktiserende læge, er dette altså korrekt for mere end 2/3. Man kunne mene, at det skulle være 100 % men den positive svarprocent på 29 kan dække over varierende grader af kontakt, som ikke er nøjere beskrevet.

Medicinudlevering fra SundhedsTeam

Der er budgetteret med, at det kan være nødvendigt at ordinere og betale medicin for nogle af SundhedsTeams patienter. Som udgangspunkt skal alle betale for deres medicin, og hvis dette ikke er muligt, da skal betalingen refunderes fra patientens pension eller anden indtægt snarest muligt.

Betalingsspørgsmålet må dog ikke forhindre en eventuel behandling, hvis det samtidig vurderes at patientens tilstand kan bedres, eller at behandling er nødvendig for at forhindre, at patienten fortsætter i en uhensigtsmæssig retning.

Et eksempel på det sidste kunne være en EU-borger, som gennem flere år har klaret sig i København med forskellige løse jobs. Borgeren som har fået antidepressiv medicin igennem adskillige år, men ophører med at tage medicinen uden konsultation med læge. Han oplever i de følgende måneder, at depressionen tager over igen med tab af arbejde og social sammenhængskraft til følge. Teamet kontaktes via lavtærskeltilbud og opstarter umiddelbart på det foreliggende en antidepressiv behandling og betaler medicinering i en måned, da borgeren (som nu er patient) ikke har nogen penge at betale med. Efter en måned er patienten atter i god gænge, skaffer sig et nyt job og forsvinder ud af hjemløseområdet.

Engangsinvesteringen i dette tilfælde ligger omkring 8-10 % af, hvad blot en enkelt dags indlæggelse på psykiatrisk afdeling koster.

SundhedsTeam har som opgave at få behandling til at fungere, hvor den ellers ville svigte, og teamet hjælper med at sørge for medicinering, for eksempel i forbindelse med tuberkulosebehandling som er forholdsvis langvarig, og i forbindelse med svigt i skizofrenibehandling. Antallet er ikke stort, men der er oftest tale om meget langvarige forløb. Med hensyn til medicinering af SundhedsTeam-patienter som indskrives på Herbergscentret Sundholm, er der et glimrende samarbejde med Herbergscentrets sygeplejeklinik, som beredvilligt har hjulpet med lange forløb.

Antal der har fået udleveret medicin ordineret af andre

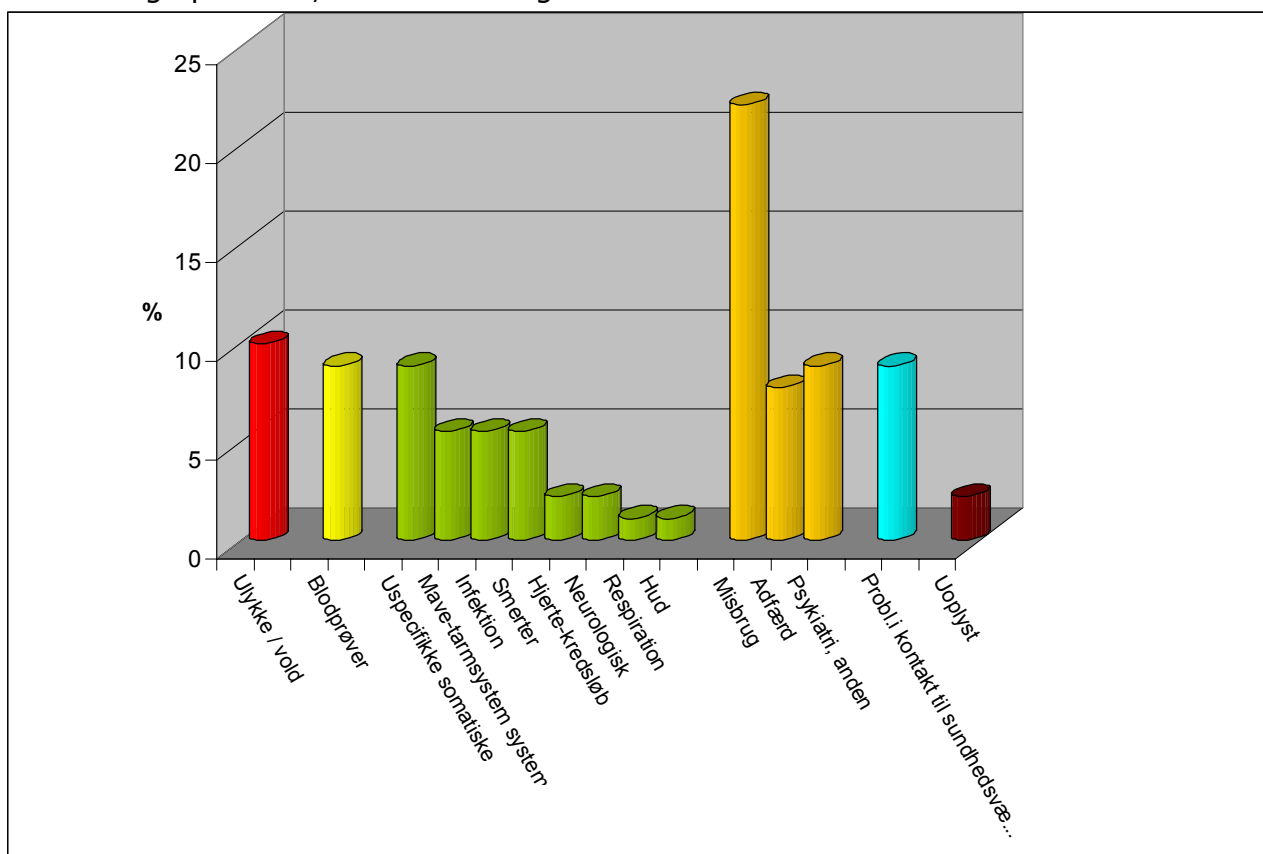
Antal der har fået udleveret medicin ordineret af SundhedsTeam

9

30

Helbred

Kontakten til teamet har vi delt i kontaktårsager og kontaktdiagnoser, fordi det der præsenteres ved henvisning for eksempel pr. telefon, ikke nødvendigvis er det der er det endelige problem, når behandling skal indledes.

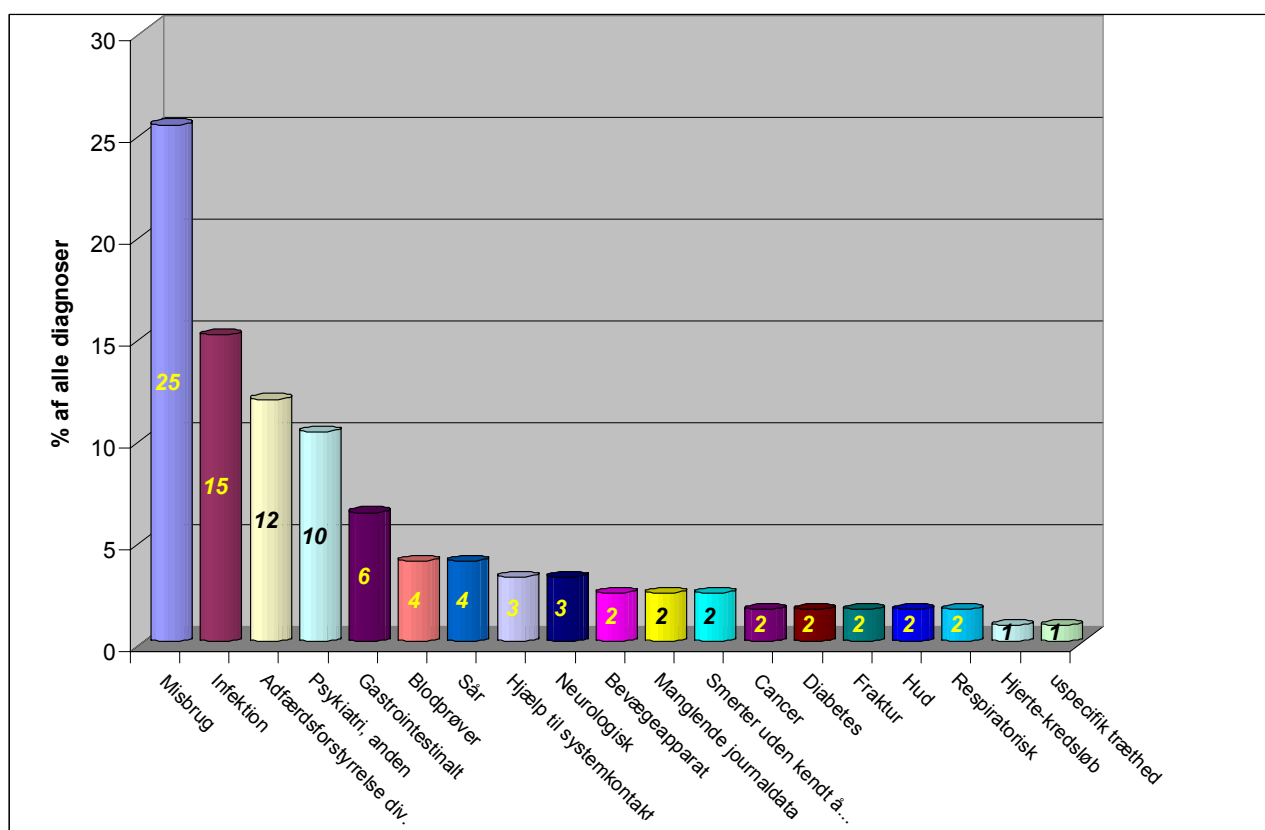


Henvisningsårsager til 1. kontakt som % af kontakter (N=91)

Årsagerne deler sig i problemer efter ulykker og vold, fysiske problemer, psykiske / adfærd og misbrugsproblemer samt ønske om blodprøvetagning med henblik på smitte, og problemer med behandling i sundhedsvæsenet der ikke er forløbet som det skulle. Der er sjældent tale om opgaver som er løst med umiddelbar rådgivning eller en enkelt kontakt

Set i sammenhæng med de diagnoser der kan sættes på umiddelbart efter første konsultation, er henvisningsårsagerne relevante. Der er flere diagnoser end henvisningsårsager (126 diagnoser mod 91 henvisningsårsager) og det skyldes at nogle personer har flere konkurrerende diagnoser, ganske som forventet

Der er en bred tendens til, at man ikke henviser brugere fra væresteder eller at borgere selv henvender sig, uden at der er et oplagt behandlingsbehov. Vi så i begyndelsen en forventning nogle steder, om at der blev ydet udrykningstjeneste så snart der kunne være behov for sundhedspersonale, men i realiteten er man ofte afventende, og ser om tingene går over. En af årsagerne til at der ikke er pres på akut behandling er nok, at der generelt er under et døgn ventetid på behandling, og at man får en tid med det samme ved henvisningen. Hyppigt er den eneste anden mulighed at opsøge skadestue, som er en mulighed, der udsættes til det er absolut nødvendigt.



Sygdoms- og behandlings- "klassifikation" ved 1. kontakt

I forhold til det fokus der ofte er på gadesygepleje, som sår- og anden infektionsbehandling, ser billedet meget mere varieret ud.

Frakturer, sår og infektioner udgør ca. 20 % af alle kontakter, mens misbrugs- og adfærdsproblemer, som hyppigt hænger sammen, udgør op mod 40 %. Typisk for de sidstnævnte er også, at de ofte medfører langvarigt samarbejde med patienten og det omgivende social- og sundhedssystem. De sidste 40 % udgøres primært af andre psykiatriske problemer som er forværret af misbrug. Det som også kaldes dobbeltdiagnoseproblemer, samt en række somatiske problemer og problemer i forhold til kontakt med behandlingssystemerne.

Blodprøver

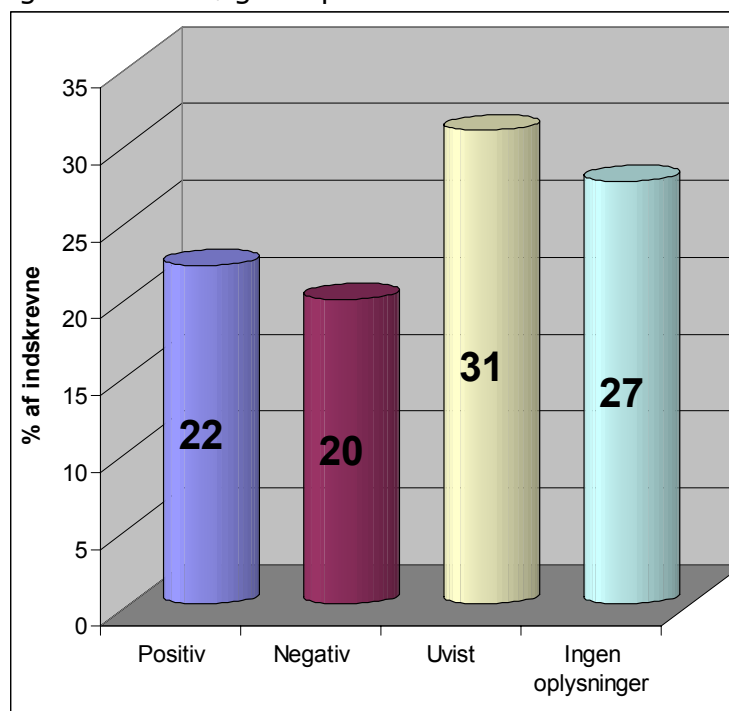
44 af 91 indskrevne har fået foretaget blodprøvetagning, svarende til 48 % af alle. Dertil kommer 5 som har fået tilbud, men ikke ønskede at få taget blodprøver.

6 personer har fået foretaget blodprøvetagning, uden at der er oprettet stamjournal (men der er oprettet en kontaktjournal). Af disse er 5 indskrevet tidligere på året inden revision af journalen, og 1 ligger tæt på årsafslutningen og kan mangle af den årsag.

For den gruppe hvor årsagen til kontakt er blodprøvetagning, vil blodprøverne blive taget som det første, og vi kan derfor forpasse chancen for at få optaget en journal. Der skal dog fremover sættes på at der som minimum optages en misbrugsanamnese *samtidig* med blodprøvetagning.

Smitte med hepatitis og HIV

Blandt alle de 91 indskrevne var 20 tidligere testet for hepatitis eller HIV. 18 var ikke undersøgt, mens 28 ikke vidste om de var undersøgt. Der er ingen oplysninger om tidligere hepatitis og HIV-undersøgelse på 25.



Tidligere undersøgelse for Hepatitis C blandt alle indskrevne (N=91)

Hepatitis C

Der foreligger Hepatitis C- svar på 37 af 44, samt manglende svar fordi prøven er mislykket. Det er ikke beskrevet hvorfor der ikke er prøvesvar på de sidste 6 personer, om dette for eksempel skyldes forglemmelse.

Af de 37 Hepatitis C - svar er
10 positive
27 negative
1 mislykket

Af de 10 positive Hepatitis C-fund er 7 nye fund. 3 var testet i forvejen og 1 var kendt, mens de to øvrige ikke var positive ved første undersøgelse.

Der foreligger positiv Hepatitis C-RNA som tegn på virusaktivitet hos 3 og en genotypning på 2 af disse (type 1 og 3A), mens en person uden oplyst positiv RNA har type 3. Med hensyn til genotypning skal tallene tages med forbehold for manglende indtastning, da data ofte kommer adskillige uger efter de øvrige blodprøver og derfor let bliver udeladt

Hepatitis B

Hepatitis B surface antigen (HBsAg) er fundet hos 1 person, som tegn på akut Hepatitis B, men alle andre leverparametre var normale

Hepatitis B surface antibody (anti-HBs) er positiv hos 7 som tegn på tidligere infektion.

Hepatitis B e-antigen (HBeAg) er positiv hos en som tegn på virusaktivitet, men alle andre leverparametre er normale

Hepatitis A

Hepatitis A-antistof total er positiv hos i alt 10, som tegn på tidligere infektion og udviklet immunitet.

HIV

Der er ikke fundet HIV-positive blandt de undersøgte.

Andre blodprøver

Der foreligger blodprøver hos alle der er testet, og undersøgelserne vil blive genstand for mere målrettede analyser i anden sammenhæng.

Alkohol- og stofmisbrug

Der foreligger data om nuværende og tidligere misbrug for 73 af de indskrevne. Brugen af stoffer og alkohol er som anført nedenfor.

	Aktuelt	Tidligere – nu ophørt
Metadon lægeordineret	15	1
Metadon illegalt	11	4
Buprenorfin lægeordineret	0	1
Buprenorfin illegalt	0	0
Andre opioider / smertestillende	1	0
Heroin	8	10
Andre opioider illegalt	2	2
Benzodiazepin lægeordineret	5	1
Benzodiazepin illegalt	7	3
Amfetamin	9	4
Kokain	12	7
Crack	3	4
Ecstasy	4	1
LSD	2	5
Svampe etc.:	4	5
Cannabis	48	4
Tobak	64	0
Alkohol	60	4
Andet	3 *	
Ingen oplysninger noteret	18	

* Khat, lightergas, bjørneklo

De henviste tilhører en meget blandet gruppe, som ikke i udtalt grad tilhører stofmisbrugsbehandlingens klientel. Der er hovedsagelig tale om en gruppe som har

alkohol som hovedmisbrugsstof og supplerer med andre illegale rusmidler, primært cannabis, i perioder.

Det ligger udenfor de tidsmæssige muligheder at gå ind i en nærmere analyse af blandingsmisbrug i denne rapport, men det må forventes ud fra tidligere data i Sundhedsprojektet, at mennesker der primært er brugere af opiater, i gennemsnit har et større blandingsmisbrug end mennesker der primært bruger alkohol. De sekundære stoffer efter opiaterne er benzodiazepiner og kokain.

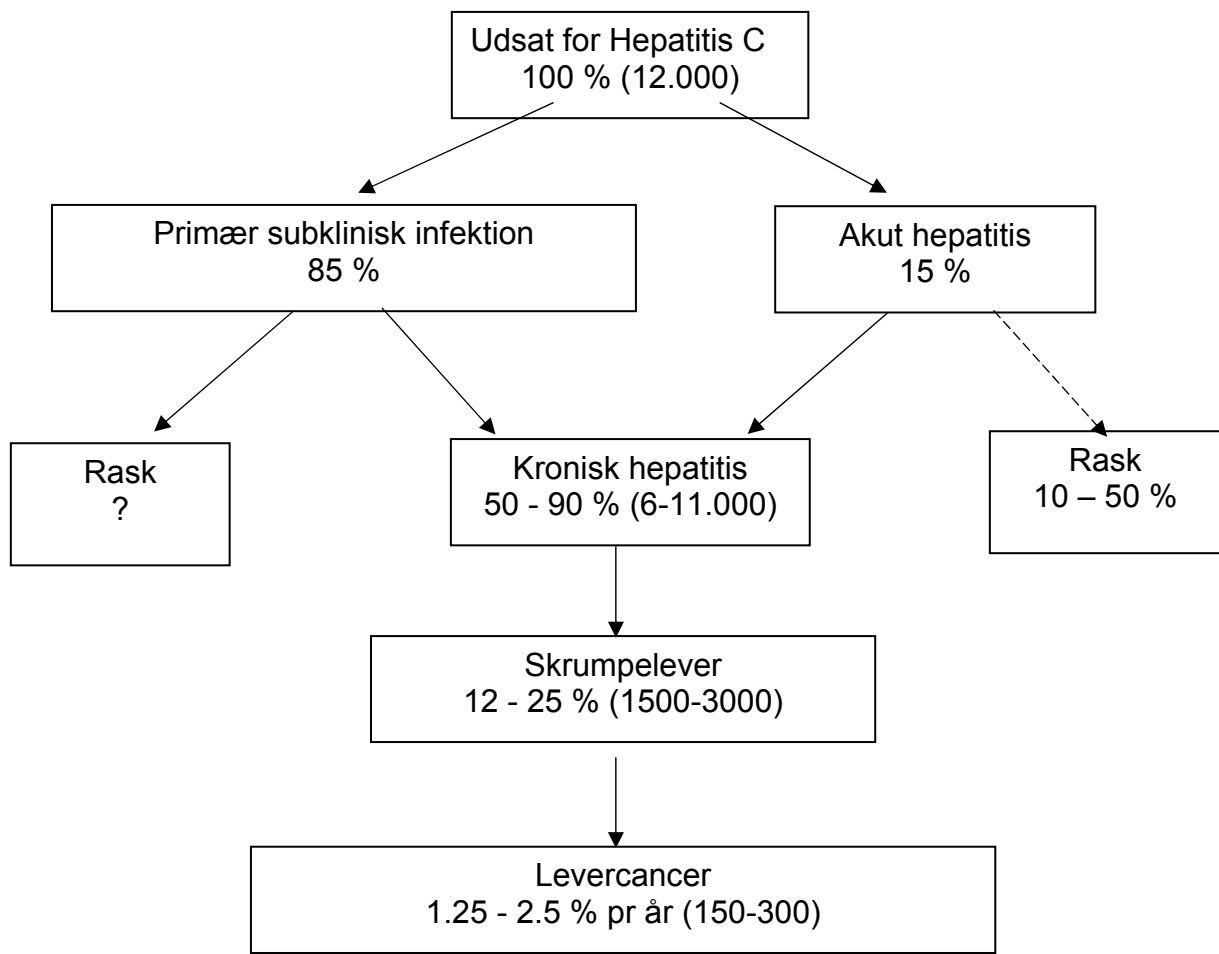
At der er et stort alkoholmisbrug er også forventeligt ud fra resultaterne i Sundhedsprojektet, idet det især er alkohol, der medfører svære organiske skader, og SundhedsTeams primære tilgang til borgerne er helbredsrelateret og ikke misbrugsrelateret.

Særlige projekter

Smitteopsporing december 2005 og 2006

Hepatitis C (leverbetændelse type C) er sandsynligvis blevet udbredt ved injektionsmisbrug siden 1960'erne. Hepatitis C er især udbredt blandt injektionsmisbrugere, idet man regner med, at der er ca. 15.000 tilfælde i Danmark, hvoraf op mod 12.000 er, eller har været, injektionsmisbrugere.

Der er en stigende fokus på at det er nødvendigt at opspore og behandle de tilfælde der findes, fordi patienterne i tiltagende grad vil få leverproblemer på grund af den kroniske infektion. Der er med andre ord en stor fremtidig belastning på sundhedsvæsenet og især på lever- og infektionsmedicinske afdelinger, hvis vi ikke handler nu:



Siden 2002 har det været anbefalet fra sundhedsministeriet at vaccinere injektionsmisbrugere mod hepatitis A+B (bilag 1), og sundhedsministeren har afsat midler til vaccination af udsatte grupper. Hvorledes smitteopsporingen bør foregå, og hvem der skal have tilbud om vaccination, er beskrevet i Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis, Sundhedsstyrelsen, juni 2002.

Det har fra starten været klart, at det er en af delopgaverne for SundhedsTeam at deltage i opsporing og forebyggelse af smitte med hepatitis og især Hepatitis C.

SundhedsTeam gennemførte som en af sine første opgaver et forsøg med smitteopsporing og generel helbredssamtale i december 2005, og forsøget er nævnt i rapporten for 2005. Det var på det tidspunkt ikke færdigbearbejdet og den endelige vurdering kunne ikke foretages. Resultater og konklusioner følger herunder.

I 2006 gennemførtes ligeledes et forsøg med opsporing, men fokus var, som følge af resultaterne i 2005, lagt på, at opsporingen skulle foregå i en enkelt institution over flere dage.

Projekt I

Projektet blev planlagt til at forløbe over de 5 hverdage i uge 49, december 2005.

Initialt udvalgte vi 5 forskellige lavtærskeltilbud, som alle havde forskellige profiler hvad angår målgruppe og med forskellige tilbud til brugerne.

Ét værested var åbent nogle timer midt på dagen, nogle dage om ugen og var placeret i et yderområde med stort lokalt alkoholmisbrug og mange drikkegrupper. 3 væresteder var åbne i dagtiden og havde bespisning, men ingen overnatning og 1 værested havde sovemuligheder fra tidlig morgen og tilbud om morgenmad men lukkede midt på dagen.

Arbejdet bestod primært i at udvælge relevante væresteder, og dernæst at opnå en fælles overenskomst om, hvordan smitteopsporingstilbuddet kunne placeres i værestedets profil, og ikke mindst accept af kommunal adgang og krav om udlevering af brugerdata. De 5 væresteder var karakteriseret ved forskellig tilknytning til frivillige organisationer og forskellige politikker i forhold til registrering.

Der blev udformet lokale aftaler for hvert enkelt værested, og disse blev overholdt fuldstændigt fra teamets side. De enkelte væresteder kunne afbryde forløbet uden diskussion, hvis dette måtte være ønskeligt. Der var dog i realiteten ikke nogen konflikter med hensyn til den praktiske udførelse, fordi de gensidige forventninger var afklaret inden forsøgets start. Der var en generelt positiv indstilling blandt socialfaglige medarbejdere til denne type sundhedsfaglig indsats, også i private væresteder, hvis der blot tages hensyn til de enkelte væresteders karakteristika inden indsatsen udføres.

Alle væresteder accepterede besøg af teamet i 3-4 timer. Besøgene var annoncerede forud, og de enkelte væresteder bestemte, hvor blodprøvetagningen skulle foregå.

Alle de deltagende væresteder fik oplysning om formålet med undersøgelsen, og at der ikke ville blive videregivet oplysninger fra undersøgelsen til andre. Det blev endvidere oplyst, at data sandsynligvis ville blive brugt i anonymiseret form til afrapportering eller videnskabelig artikel. Deltagelse var naturligvis fuldstændig frivillig for den enkelte bruger og uden sammenhæng med de tilbud der ellers ville kunne gives.

Fremmødet af brugere på de enkelte væresteder, afspejlede i høj grad den forberedelse de enkelte væresteder havde lagt i projektet, og den grundlæggende tillid og accept der i realiteten blev viderebragt til brugerne. Hvis der var en vis forbeholdenhed fra personalets side, var tilgangen af brugere også meget sparsom. Et enkelt af værestederne havde dog kun mulighed for at annoncere tilbuddet på de lokale værtshuse, og da besøgene i værestedet i forvejen var yderst svingende fra uge til uge, var det lille antal der mødte op ikke udtryk for forberedelsen. Et par steder havde man ganske enkelt glemt, at vi skulle komme på de fastsatte dage. Det

medførte at tilslutningen disse steder var forholdsvis sparsom og tilfældig. Det ene af disse steder, blev den tid der var til undersøgelse tiden skåret ned til 2 timer, på grund af anden mødeaktivitet i huset.

Projektet havde ud over den direkte smitteopsporing, også til formål at teste brugbarheden af en fortrykt journal samt logistik i forhold til blodprøvetagning og udlevering af efterfølgende svar, og endeligt om det overhovedet var muligt at gennemføre en screeningstest indeholdende spørgsmål om misbrugskarriere og et formaliseret spørgeskema om alkoholmisbrug, indenfor en acceptabel tidsramme. I forberedelsen af journalmaterialet, var der et samarbejde med psykolog Morten Hesse, Center for Rusmiddelforskning, som har lang erfaring med systematisk opsamling af kvantitative data.

Formålet med undersøgelsen var altså, ud over tilbuddet for den enkelte bruger, at undersøge om det var muligt overhovedet at gennemføre en systematisk smitteopsporing, med de forhåndenværende ressourcer. Af hensyn til det enkelte værested, er data samlet under et.

De overordnede data er som følger:

I alt 51 personer henvendte sig, 37 mænd og 14 kvinder. Gennemsnitsalderen var 43,6 år, og med en spændvidde for mænd fra 19-67 år og for kvinder fra 24-57 år

Der fandtes ingen HIV-positive. 12 havde antistoffer mod Hepatitis C, deraf var 5 kendte i forvejen. En enkelt mente at være antistofpositiv for Hepatitis C, men fandtes negativ. 10 var positive for antistoffer mod Hepatitis A. 8 var antistofpositive for Hepatitis B.

Det vurderedes, at 10 af de undersøgte burde have tilbud om vaccine for Hepatitis B + Hepatitis A (Twinrix)

Tallene for hepatitiscreeningen findes i detaljer i bilag 2.

8 personer er efterfølgende i løbet af 2006 blevet tilknyttet SundhedsTeam i en længere proces og opgjort som "patienter".

Data er umiddelbart sammenlignelige med tidligere undersøgelser i Københavnsområdet, idet det bemærkes, at de undersøgte for nogles vedkommende ikke umiddelbart tilhørte teamets målgruppe, men havde en betydeligt bedre sundhedsmæssig tilstand, end målgruppen generelt har.

Det viste sig i høj grad muligt at gennemføre en systematisk undersøgelse, hvor så godt som alle gennemførte alle punkter af undersøgelsen. Men det stod også klart, at det er nødvendigt at afsætte den nødvendige tid til den efterfølgende opfølgning og behandling.

Problemerne opstod hovedsagelig i den efterfølgende logistik, hvor det ikke er lykkedes at gennemføre vaccination eller henvise til vaccination i nævneværdig grad. Kun 2 personer ud af 10 relevante har gennemført vaccinationsprogram.

Det sidstnævnte problem var egentlig forudsigeligt, idet fokus var lagt næsten fuldstændigt på processen med at motivere værestederne til at deltage samt at gennemføre en screeningsproces, som herefter skulle være standard ved indskrivning i SundhedsTeam. Det viste sig for eksempel, at der som noget nyt som standard udførtes genotypning, men at denne undersøgelse kun blev udført hver 14. dag.

Ydermere ramte dette juleperioden, hvilket medførte, at de første resultater ramte teamets skriveborde efter 5 uger. I mellemtiden havde vi gennemført genotypning på de positive personer, vi havde kunnet opspore. Den meget lange ventetid på prøvesvar medførte voldsomme frustrationer hos enkelte borgere, og et klart tab i tillid hos de personer, der oplevede det. De sidste genotypesvar var, uvist af hvilke årsager 5 måneder undervejs.

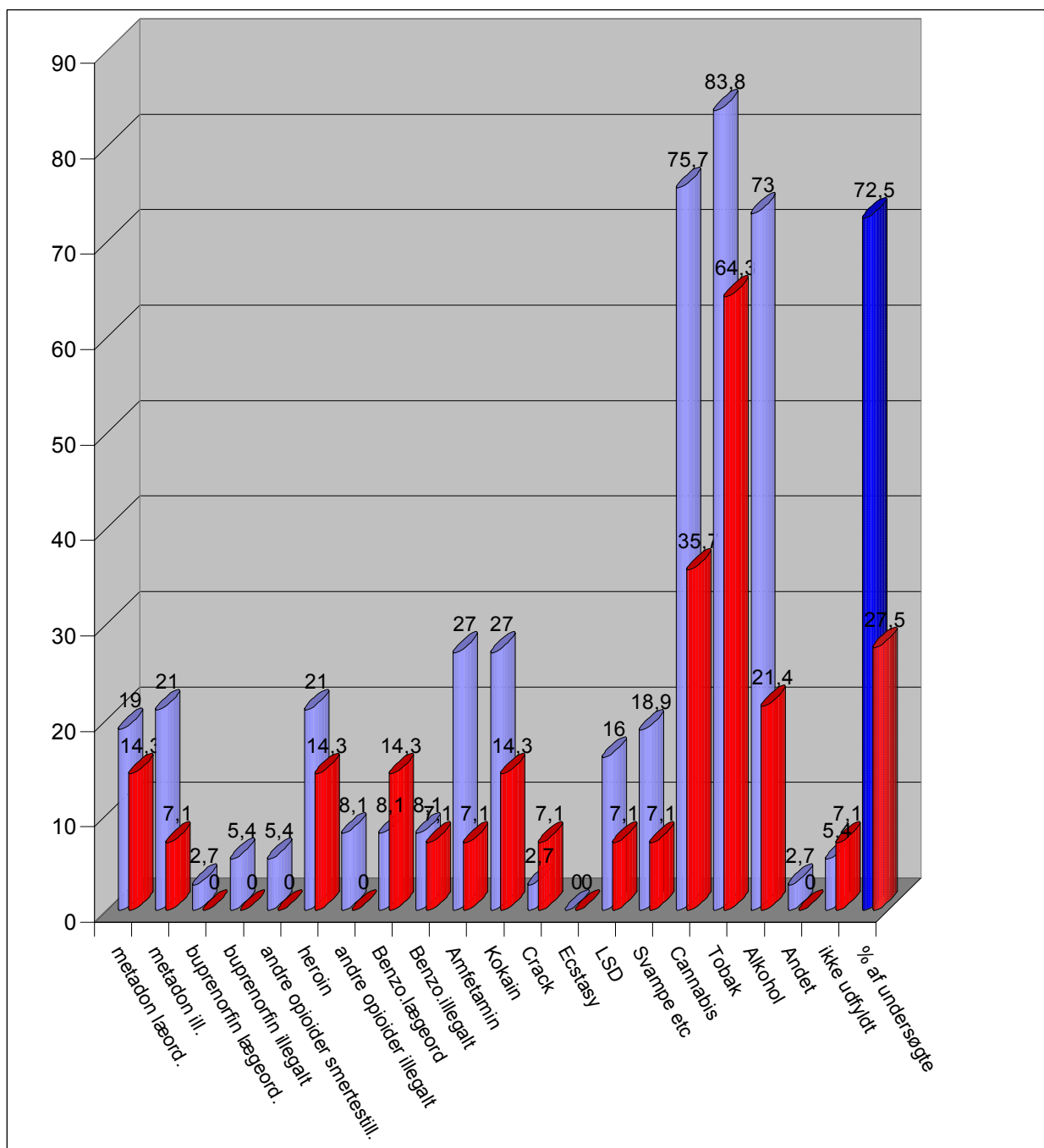
Det stod klart at screeningsindsatsen for SundhedsTeams vedkommende, ikke må strække sig over mere end en enkelt dag ad gangen.

Et indtag på 10 – 15 borgere i en undersøgelse er mere end rigeligt, fordi der efterfølgende skal afleveres svar til alle, og de der skal modtage "positive" svar skal have tilbud om opfølgning og viderehenvisning, samt eventuelt have planlagt vaccinationsprogram.

Der er følgende konklusioner og anbefalinger af projekt I

1. Det er muligt at gennemføre systematisk undersøgelse af specifikke grupper på gadeplan.
2. Indsatsen skal annonceres i god tid, og der skal følges op på, om annonceringen formidles videre til brugerne.
3. Sundhedsfaglige logistik og laboratorieprocedurer skal være afklaret inden undersøgelse i praksis indledes.
4. Screeningsundersøgelser som generelt tilbud skal gennemføres som en teamindsats.
5. Tilbud om vaccination eller anden konsekvens af screeningsundersøgelser skal være afklaret inden svar afgives. På den måde kan der for eksempel gives første dosis vaccine allerede ved 2. kontakt til borgeren, hvilket motiverer yderligere til at gennemføre.

Det anvendte journalmateriale og spørgeskemaer blev efterfølgende tilrettet således, at alle der tilbydes hjælp fra SundhedsTeam, ideelt set gennemgår det samme program, og der dermed fra januar 2006 kan udtrages ensartede data til generelle sundhedsprofiler. Journalen er yderligere tilrettet medio 2006, med henblik på sikring af at sundhedsprofilen for den enkelte gennemføres.



Stofbrug nogensinde blandt 37 undersøgte mænd og 14 kvinder. (Projekt I)

Projekt II

Smitteopsporingsprojekt II gennemførtes over 2 dage med en uges mellemrum i november 2006.

I modsætning til forsøget i 2005, var hele indsatsen koncentreret om Sundhedshuset på Christiania, som teamet havde indledt samarbejde med hen over sommeren. At indsatsen var koncentreret om ét sted, var en konsekvens af resultaterne fra året før, og den efterfølgende problematik med sufficient vaccinationsdækning.

Vi ønskede at gennemføre en overskuelig indsats rettet mod en mindre gruppe, som ville være lettere at træffe aftale med om blodprøvesvar og eventuel vaccination. Sundhedshuset var en meget positivt drivende kraft i smitteopsporingsprojektet, men det stod også klart, at den nuværende konfrontation mellem Christiania og det

officielle Danmark trækker store vekslers på tilliden til officielle foranstaltninger, især når disse også beder om CPR-nummer.

Vi valgte i denne omgang at være helt fokuserede på smittescreeningen, og der blev ikke oprettet journal på nogen af de personer, der ønskede blodprøvetagning. Projektet endte dermed med at få den mest basale form som kunne tænkes. Hovedparten af de undersøgte var ikke teamets umiddelbare målgruppe, hvilket var forventeligt under omstændighederne, men de undersøgtes positive oplevelse af SundhedsTeam vurderedes som uhyre vigtig i denne sammenhæng, for at underbygge samarbejdet med Christiania som helhed.

I alt 21 personer henvendte sig over de 2 x 4 timer forsøget varede, 12 mænd (29-58 år) og 9 kvinder (31-54 år) med en gennemsnitsalder på 46,9 år.

Der fandtes følgende:

HIV: 0

Hepatitis A antistoffer: 4

Hepatitis B antistoffer: 4 (ingen antigenpositive)

Hepatitis C antistoffer: 1, (type 1 og positiv Hepatitis C-RNA)

Sidstnævnte henvistes til videre behandling og rådgivning på Hvidovre Hospital men er ikke i SundhedsTeams kernemålgruppe.

Det har vist sig som en stor hæmsko at der ikke var basale oplysninger på de testede personer – eventuelle inkonklusive prøver ville have krævet ny gennemgang og interview af personen.

Konklusioner og anbefalinger der kan udledes af projekt II er:

1. Der skal som minimum spørges til
 - a. Tidligere og / eller nuværende injektionsmisbrug.
 - b. Om personen har haft symptomer fra lever eller andre indre organer.
 - c. Tidligere undersøgelser for hepatitis og HIV.
 - d. Alkoholforbrug
2. Formatet for undersøgelsen viste sig passende for SundhedsTeams størrelse, og underbyggede dermed konklusionen fra 2005. Også ved en mere belastet gruppe, havde det været enkelt at følge op på blodprøvesvar og eventuel behandling.
3. Samarbejdet med det værested/institution der lægger lokaler til, er essentielt, og forberedelsesfasen er absolut nødvendig for et godt resultat og et samarbejde der udvikler sig efterfølgende.

Samlet for de to projekter kan konkluderes, at det bestemt er muligt at gennemføre systematiske screeningsundersøgelser under "gade-nære" forhold og overfor udsatte grupper af borgere, men det kræver, at en grundlæggende logistik er på plads og at der er tillid til de personer, der udfører test og rådgivning i forbindelse med testen. Aftalegrundlaget for undersøgelsen skal være klart, og det er en absolut nødvendighed at inddrage lokale aktører som allerede har tillid i lokalbefolkningen. De aftaler der kan skaffes med lokale aktører, skal overholdes til punkt og prikke. Hvis dele af en aftale viser sig uhensigtsmæssige, må undersøgelsen gennemføres på det

grundlag der foreligger, og der må aftales en eventuel ny undersøgelse med den lokale partner.

Undersøgelsens format skal tilpasses de lokale forhold. Det betyder at der nogle steder kan indsamles store datamængder uden problemer, mens dette ikke er tilfældet andre steder.

Undersøgelsens gennemførelse og generelle resultater skal efterfølgende diskuteres med de lokale aktører. Hvis der er problemer i undersøgelsesformatet, må det bringes til debat og der må argumenteres for, hvorfor formatet bør ændres, men den endelige beslutning ligger hos den lokale aktør. Ofte vil et tilpasset undersøgelsesformat, der er i tråd med den lokale aktørs værdigrundlag og rammer, være at foretrække frem for en 100 % optimal løsning, som kun få vil tilslutte sig.

Endeligt er det en erfaring fra de to smitteopsporingsprojekter, at det kan danne basis for et større og bedre samarbejde mellem sociale- og sundhedsfaglige institutioner, at have denne type målrettede opgaver sammen, hvor man får tid til at føle hinanden på tænderne.

CAGE og FAST

I samarbejde med Morten Hesse, Center for Rusmiddelforskning, har SundhedsTeam siden vi opstartede brug af standardjournal i 2005, haft de 2 spørgeskemaer FAST og CAGE med i journalen (bilag 3).

Vi ved fra Sundhedsprojektet, at alkoholmisbrug er udbredt blandt hjemløse, og bidrager til den dårlige sundhedstilstand. Da det ikke generelt er muligt for alle sociale medarbejdere at foretage en undersøgelse med blodprøver, for eksempel for leverskader, vil det være hensigtsmæssigt, hvis man ved en enkel test kunne finde den gruppe, der befinder sig i risiko. Med andre ord om man ved at benytte et spørgeskema, kan screene for leverskader hos hjemløse.

Vi tager systematisk blodprøver, og har i hele 2006 ligeledes anvendt de to systematiske spørgeskemaer "CAGE" og "FAST". Begge spørgeskemaer er benyttet i international sammenhæng, og værdien og sikkerheden i skemaerne er grundigt undersøgt.

Der er foretaget systematisk CAGE- og FAST-interview af 78 patienter i 2006, samtidig med at blodprøver er taget. Blodprøverne indeholder blandt andet en række indikatorer på alkoholisk leverskade (Gamma-Glutamyltransferase, Middel Cellulær Volumen, Alanin Aminotransferase, Basisk phosphatase og Hepatitis C)

Det kan generelt siges i forbindelse med selve undersøgelsen, at der selv når målgruppen generelt er meget belastet, er en barriere for at anvende systematiske spørgeskemaer på misbrugsområdet. Problemet er kendt fra andre forsøg med systematisk screening i hospitalsregi, og skyldes nok primært, at den enkelte medarbejder ikke kan få øje på brugbarheden af spørgeskemaet og opfatter det som en hæmsko for naturlig samtale.

Der er dog i forvejen, især i sundhedsvæsenet, en meget stor systematisk udspørgen implementeret i enhver journalsamtale, og man må forvente, at hvis det lykkes at påvise en direkte sammenhæng mellem brugen af et spørgeskema og patientens helbred, vil det lette indførelsen af for eksempel CAGE i de fleste sammenhænge.

Undersøgelsen er aktuelt ved at blive bearbejdet sammen med Center for Rusmiddelforskning, og vil blive gennemgået senere.

ETHOS

Den europæiske organisation FEANTSA (FEANTSA er det Franske akronym for la Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri). eller European Federation of National Organisations working with the Homeless, blev grundlagt i 1989 som en Europæisk ikke statslig organisation. Der er ca. 100 medlemsorganisationer fra 30 europæiske lande, inklusive alle EU-lande. FEANTSA støttes af EU- kommissionen. Se i øvrigt (www.feantsa.org)

FEANTSA har udviklet et arbejdsredskab, European Typology on Homelessness and housing exclusion (ETHOS) som i første omgang har været tænkt som et arbejdsredskab i forbindelse med forskning på hjemløseområdet, ud fra den forudsætning, at hjemløshed er en proces snarere end et statisk fænomen, og at hjemløshed i større eller mindre grad kan ramme sårbare personer på forskellige tidspunkter i livsforløbet.

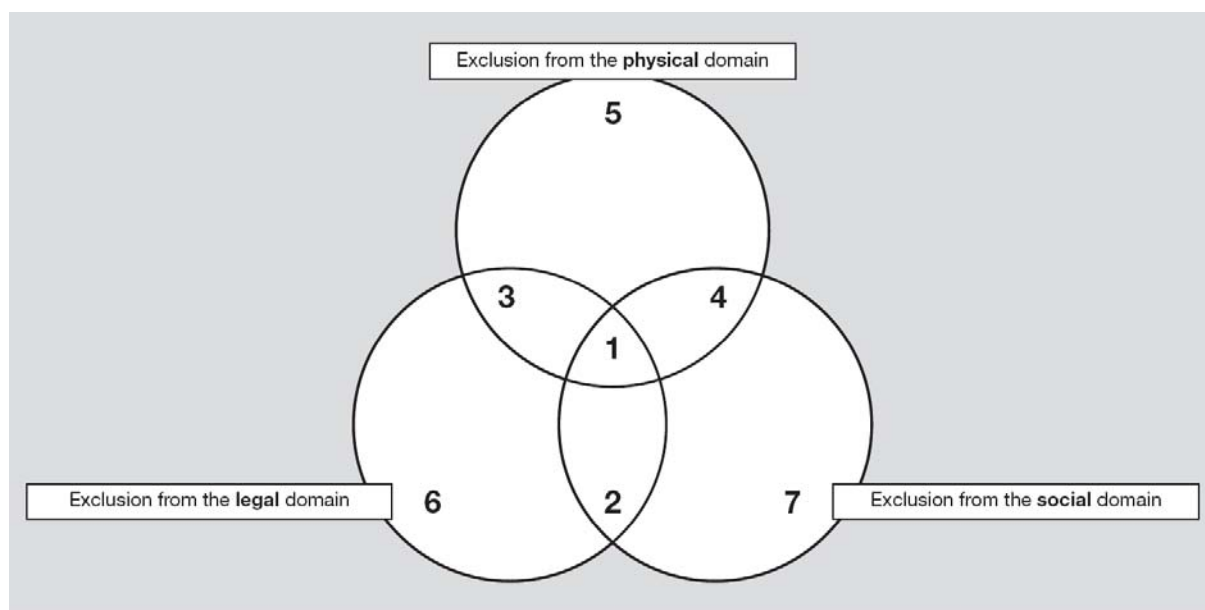
ETHOS klassificerer mennesker som er hjemløse i forhold til deres dagligliv eller det at have et hjem.

I ETHOS typologien arbejder man med den forståelse at der er 3 "domæner" som tilsammen danner et "hjem", og hvor fraværet af hvert af disse domæner, eller domænerne i kombination kan karakterisere en hjemløshedssituation.

At have et hjem kan forstås som: at have en passende bolig (eller sted) som den enkelte person og dennes familie kan udøve særlige rettigheder over (**fysisk domæne**); være i stand til at opretholde privatliv og dyrke relationer (**sociale domæne**) og hvor personen samtidig har legale rettigheder til at opholde sig (**retslige domæne**).

Dette fører til de 4 begreber, Rooflessness (uden tag), Houselessness (uden fast opholdssted), Insecure Housing (usikker bolig) og Inadequate Housing (utilstrækkelig bolig) som alle kan siges at indikere fraværet af et hjem.

De 4 begrebskategorier underinddeles igen i 13 operationelle underkategorier, som kan benyttes til forskellige formål, såsom kortlægning af hjemløshed, udvikling, monitorering og evaluering.



Fra Fourth Review of Statistics on Homelessness 2005 - B.Edgar, FEANTSA 2005

Kategorierne er opstillet sådan:

Begrebskategori		Operational kategori		Definition
UDEN TAG	1	Gadehjemløs	1.1	Sover under åben himmel (ingen adgang til 24-timers opholdssted / ingen fast bopæl
	2	Mennesker der opholder sig i nat-herberg	2.1	Nat-herberg
UDEN FAST OPHOLD	3	Mennesker i opholdssted for hjemløse	3.1 3.2	Hjemløseherberg Midlertidigt bosted
	4	Mennesker i kvindeherberg	4.1	Kvindeherberg
	5	Mennesker i opholdssted for immigranter	5.1	Midlertidigt opholdssted / modtagecenter
			5.2	Migrantarbejder-opholdssted
	6	Mennesker som (senere) skal løslades / udskrives fra institutioner	6.1	Retslige institutioner
			6.2	Medicinske institutioner
	7	Mennesker som modtager hjælp (på grund af. Hjemløshed)	7.1	Bosted for hjemløse mennesker
7.2			Understøttet opholdssted.	
7.3			Midlertidigt opholdssted med støtte	
7.4			Opholdssted med støtte	
USIKKER	Mennesker som lever i usikker bolig	8.1	Midlertidigt hos familie/venner	
		8.2	Uden legal kontrakt	
		8.3	Illegalt ophold i bygning	
		8.4	Illegalt ophold i land	
9	Mennesker som lever i risiko for udsættelse	9.1	Pga retslige forhold (leje)	
		9.2	Manglene betaling (eje)	
10	Mennesker som lever i risiko for vold	10.1	Politioplysninger om vold i husstanden	
UTILSTRÆKKELIG	Mennesker som lever i midlertidige / ikke-standard strukturer	11.1	Mobil-home / campingvogn	
		11.2	Ikke-standard bygning	
		11.3	Midlertidig struktur	
12	Mennesker der lever i uegnet bolig	12.1	Uegnet som bolig (i forhold til national lovgivning; besat)	
13	Mennesker som lever under ekstrem overbelægning	13.1	Højeste nationale norm for antal beboere pr. m ² .	

Der er ikke i ovenstående nogen helt klar skillelinje mellem det at have en bolig og hjemløshed / eksklusion fra bolig i de nævnte kategorier, og ETHOS er ikke en hierarkisk opbygget beskrivelse af levebetingelser, men der er en sammenhæng mellem de forskellige former og kategorier af hjemløshed, så det er ikke muligt ud fra ETHOS at danne et forløbsbillede for den enkelte hjemløse, hvor der ses en opstigning gennem kategorierne, som udtryk for en vej ud af hjemløshed.

I SundhedsTeam har vi søgt efter redskaber til at beskrive den effekt, det kan have på den enkelte, at have kontakt med teamet, men der er som i al anden beskrivelse af menneskers liv, et utal af faktorer som har indflydelse, og det har stået mere og mere klart, at det vi hyppigst måler, er enkeltstående parametre, som i sammenhæng kan give et billede af bevægelse.

Økonomiske parametre som for eksempel sygehusudgifter, før og efter indskrivning i SundhedsTeam, ville måske kunne give et billede af, om sundhedssituationen bliver mere eller mindre stabil. SundhedsTeam er i samarbejde med E-Huset, plejehjem for aktivt misbrugende alkoholikere, i gang med en økonomisk analyse af illustrative cases. Data foreligger først på året 2007. Men økonomiske analyser siger ikke nødvendigvis noget om den generelle sociale situation. En borger kan for eksempel have færre kontakter med sundhedsvæsenet, fordi SundhedsTeam fungerer som stabiliserende faktor, men i øvrigt ikke rykke sig fra en generelt elendig bolig-mæssig og misbrugsmæssig situation.

Vi besluttede derfor i efteråret 2006 at forsøge at indarbejde ETHOS klassificeringen i den daglige journalføring og dataopsamling, og har ved gennemgang af alle patienter som har modtaget ydelser fra SundhedsTeam i 2006, forsøgt at beskrive en ETHOS-kode for hver enkelt, ved indskrivningen, medio 2007 og ved årsskiftet 2007.

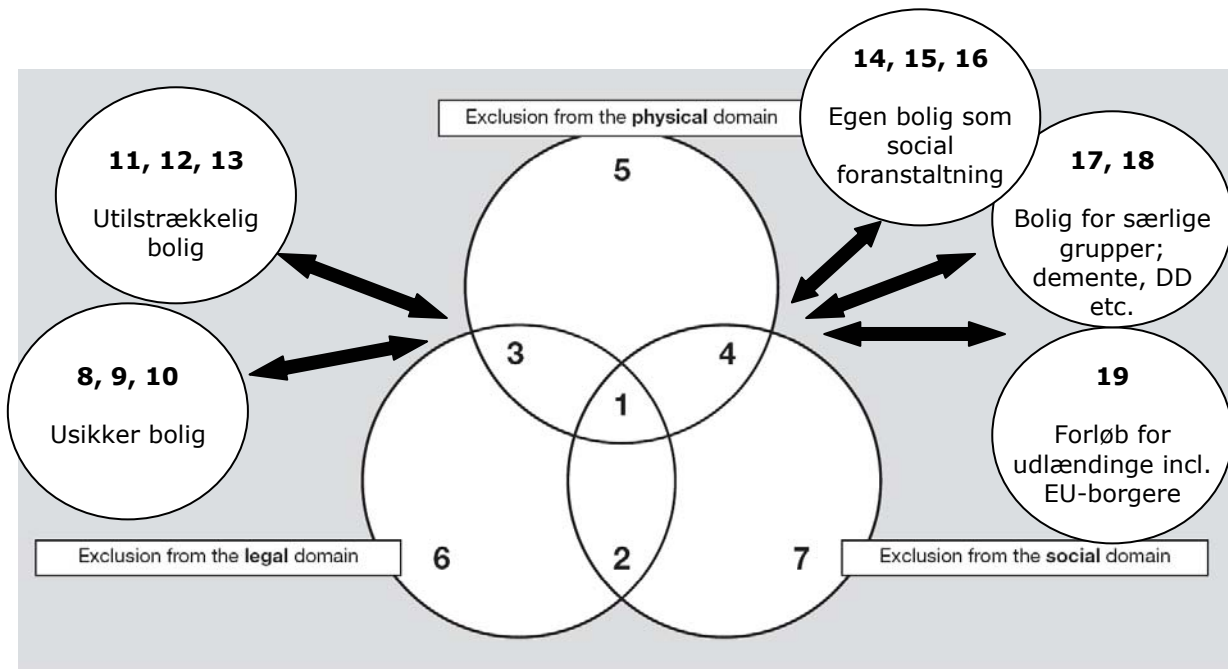
Ved den praktiske gennemgang blev det hurtigt klart, at vi havde behov for en udvidelse af klassificeringen med boliger som enten ikke er omfattet af ETHOS, eller som er specifikt danske, som for eksempel "skæve boliger". Det var også klart at der i nogle af kategorierne var behov for en funktionsklassificering, som for eksempel om personen som har fået egen lejlighed, fungerer i denne lejlighed med støtte af forskellig art eller uden, eller om vedkommende ikke fungerer i lejligheden eller måske slet ikke benytter den. I det sidste tilfælde vil personen opholde sig på gaden og i lavtærskeltilbud, men i det officielle system være opført som havende en bolig.

I BOLIG	14	I egen lejlighed tildelt af socialvæsenet	14.1 14.2 14.3 14.4 14.5	I egen lejlighed men fungerer ikke / bebor den ikke I egen lejlighed. Benytter den delvist / af og til. I egen lejlighed. Under indflytning med assistance I egen lejlighed. Fungerer med systematisk assistance. I egen lejlighed. Fungerer uden systematisk assistance
	15	Skæv bolig	15.1 15.1	Skæv bolig. Fungerer ikke Skæv bolig. Fungerer
	16	Plejhjem eller anden plejeforanstaltning	16.1 16.2 16.3	Plejhjem for somatisk syge / blandede problemer Plejhjem for demente Plejhjem for misbrugere
BOLIG FOR SPECIELLE GRUPPER	17	Permanent bolig for psykisk syge	17.1 17.2 17.3 17.4	Plejhjem for psykisk syge Bofællesskab for psykisk syge Opgangsfællesskab for psykisk syge Boligform for psykisk syge misbrugere
	18	Permanent bolig for etniske grupper	18.1 18.2	Bofællesskab for Grønlandske borgere
UDLÆNDINGE	19	Uden fast bolig	19.1 19.2	Bor på gaden Bor i telt eller campingvogn (ellers kategori 5)
	20	Forsvundet	20.1 20.2	Rejst til anden by i Danmark Rejst til hjemlandet
REGISTERINGS-PROBLEMER OG DØD	21	Registreringsproblemer	21.1 21.2 21.3	Ikke registreret Ikke indskrevet på tidspunktet Uvist / personoplysninger kan ikke skaffes
	22	Død	22.1 22.2 22.2 22.3	Død af overdosis Død ved ulykke Død af misbrugsrelateret sygdom Død af andre årsager

Da en del af målgruppen for SundhedsTeam med jævne mellemrum hen over årene erfaringsmæssigt har haft en egen bolig, men hyppigt er vendt tilbage til hjemløshed, er det essentielt at kunne udvide klassificeringen med forskellige boligformer og boligtiltag, så personen ikke "dropper ud" af systemet, så snart han får tilbudt en fast bolig. Ofte kan SundhedsTeam også have en vigtig rolle i overgangen til egen bolig, eller have en funktion ved truende eksklusion fra boligen.

De nye kategorier kan billedligt knyttes til ETHOS, som vist i næste figur. Man kan se disse grupper som grader af boligtilknytning eller social eksklusion, udenfor byens rammer, som det for eksempel er tilfældet ved en fængsling.

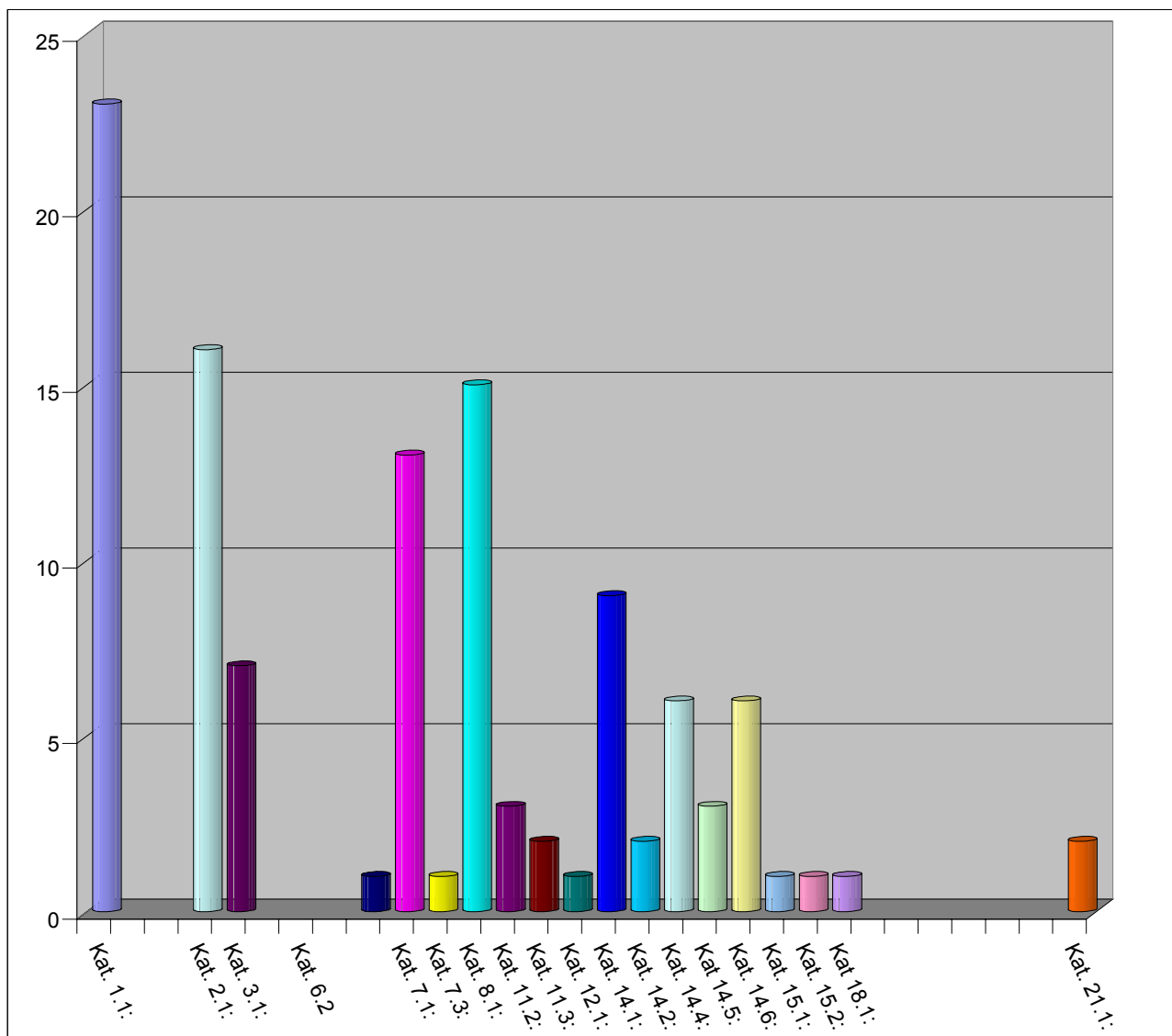
I tilfælde af fængsling, vil personen vanligvis dukke op igen i sine vante rammer så snart straffen er overstået. SundhedsTeams arbejde fortsætter som regel på den anden side af fængselsmuren, med at forberede livet efter dommen og forsøge at minimere de skader, der som regel opstår umiddelbart i forbindelse med løsladelsen og senere.



Det er ikke muligt for nuværende at beskrive de enkelte patienters vandring i ETHOS-klassificering, men det må indtil videre betragtes som test af et system, som sandsynligvis kan give et mere detaljeret billede af om der er fællestræk ved vandring mellem kategorier, og om dette har sammenhæng med sundhedsmæssige faktorer.

Det eneste der kan siges er, at hovedparten af de der indskrives, enten er gadehjemløse, sover i natherberg eller under herbergslignende forhold. En sidste gruppe er mennesker, der finder tilfældige private eller venner som stiller en sofa eller en gulvplads til rådighed.

Se nedenstående fordeling ved indskrivning:



**Fordeling af antal indskrevne fordelt på ETHOS-kategorier ved indskrivning
Se kategorier side 57, 58**

Det ser ud som om der kommer en større spredning i gruppen efterhånden som tiden går, dvs. at en del flytter sig fra de mest udsatte kategorier 1.1 og 2.1. Men vi kan ikke forvente at se nogen klar tendens på så kort tid.

Over tid vil vi forvente at nogle vil vandre "opad" i systemet, og derefter vende tilbage, mens andre vil bevæge sig ad snørklede veje ud af hjemløsheden.

Klassificering i gruppen fra nr. 14 og op er under stadig udarbejdelse, så den bedst muligt passer til virkeligheden i Danmark.

Se bilag 3 for fordelingen i ETHOS-klassificering på 3 tidspunkter i 2006.

Faglig opdatering, supervision mm

H:S-Forum

Den faglige opdatering af teamet selv og opdatering af andre sundhedsfaglige personer i forhold til viden om hjemløsheds- og misbrugsområdet er startet i 2005 og fortsatte ufortrødent.

Der var i 2006 2 temadage i det vi kaldte H:S-forum, som nu af gode grunde må have et andet navn

Temadag 1 i maj, havde emnet "Alkoholbehandling for de sværest belastede" hvor der blev set på hvilke behandlingstiltag der var fra Københavns Kommunes side, samt forskellige praktiske tilgange til svært alkoholmisbrug.

Temadag 2 i november havde emnet "Hjemløshedssystemet Hvem, hvor, hvordan?" hvor oplægsholdere fra både det private og offentlige hjemløshedssystem præsenterede deres arbejde og plads i det samlede system.

Temadagene har fået en fast plads i programmet, og der er en generel tilfredshed med emnerne. Der har været enkelte problemer med at gennemføre invitationer og især benytte elektronisk post. Trods dette har fremmødet været stabilt på ca. 20 sygeplejersker fra de akutte afdelinger, og med en meget stor andel af gengangere.

Se programmer fra temadagene i bilag 5 og 6

Undervisning af sygeplejerske- og medicinstuderende

Teamet har fast aftale med specialkurset "den store rus" på sygeplejeskolen på Hvidovre Hospital om at tage praktikstuderende, og der er med jævne mellemrum sygeplejerskestuderende i praktikker af et par dages varighed.

Under en omorganisering af praktikkerne i socialmedicin fik SundhedsTeam medicinstuderende i praktik over et par omgange i efterårssemestret. Det er planen at der skal i alt 3 hold af 2 studerende gennem praktikker i teamet pr. semester i 2007. Teamleder er i samme omgang tilknyttet medicinstudiet som ekstern lærer- og forelæser i udsatte grupper og hjemløshed.

Foredrag

Den udgående foredragsvirksomhed om SundhedsTeam har fordelt sig på både sygeplejersker og teamleder:

Undervisning om Hjemløsehelbred og sår, Københavns Amts Behandlings center.
14.03.2006

Indlæg om SundhedsTeam på konferencen "Forebyggelse og behandling af sygdomme hos stofmisbrugere" Dansk Selskab For AfhængighedsMedicin, København
31.03.2006

Oplæg og dialog ved Temamøde om hjemløse grønlænderes situation i Danmark, Københavns rådhus,
08.06.2006

Oplæg om SundhedsTeam ved møde i Center for Rusmiddelforskning, København
09.06.2006

Indlæg, 'Implementeringen af primærkoordinerende sundhedstjeneste for de mest

marginaliserede', SocialForskningsInstitutet, København

15.06.2006

Indlæg om SundhedsTeam og teamets arbejdsmetoder på "Nordisk ekspertkonferanse om Rusmiddelmisbrukere og psykiske lidelser" Lillehammer, Norge 25.-26.09.2006

Oplæg om SundhedsTeam og kvalitetssikring i socialt arbejde ved temaugge på Den sociale højskole, København. 03.10.2006

Oplæg og diskussion: "SundhedsTeam; Vidensbaseret sundhedsarbejde på gaden" ved konferencen "Mål og Dokumentation, Årskonference MR-Misbrug.

23.11.2006

Round Table

Vi anser det i teamet for vigtigt at være orienteret bredt indenfor de emner, der har betydning for den faglige udvikling af teamet som helhed, og for den enkelte medarbejder, så vi har ud over oplæg fra teamets medlemmer været deltagende i adskillige konferencer, symposier og møder med hjemløshed, misbrug og psykiatri som hovedfokus, samt deltagelse i undervisning i relevante emner, både indenfor kliniske fag, psykiatri og misbrugsbehandling.

Teamet har også deltaget i arbejdsgrupper vedrørende alkoholbehandling i Københavns Kommune samt skæve boliger for Grønlandske borgere

Supervision

SundhedsTeams sygeplejersker har fungeret i samarbejde med Hjemløsehuset som supervisorer af arbejdet blandt de frivillige sygeplejersker "Nurserne". Se i øvrigt sygeplejeafsnittet.

Den interne supervision i teamet kan deles på en faglig, som er søgt ved at deltage i faglig undervisning indenfor forskellige områder, og en faglig som drejer sig om SundhedsTeams arbejdsmetode. Der er ikke nogen oplagt faglig supervisor som kan se på den brede tilgang, men det er i stedet søgt at fastholde udviklingen blandt andet gennem brug af mind-map i forhold til best-practise på forskellige områder.

I virksomheds- og gruppesupervisionen er der fra 2007 truffet aftale med Ivan Stahl, Stahl Consulting.

Sygeplejefagligt arbejde i SundhedsTeam

Indledning

SundhedsTeam har nu fungeret i 1½ år, og vi er stadig de samme 5 mennesker ansat. Vi har udviklet et godt kollegialt sammenhold, og har fokus på, hvordan vi kan bruge vores forskellige faglige kompetencer bedst muligt. Der begynder at falde ro over arbejdet i takt med, at vi har fået udviklet arbejdsmetoder og dokumentationsredskaber. Derudover begynder vi at få erfaring med området, både inden for det medicinske og sociale felt.

Samarbejdspartnere:

Sundhedsteamet startede med at bruge meget tid på at skabe netværk. Det har vist sig at det var en god investering. Vi bliver nu kontaktet fra væresteder, herberger, hospitaler, Falck m.m. Derudover er der i den senere tid også kommet henvisninger fra tidligere patienter, som ringer om andre på gaden med behov for hjælp. Blandt vores patienter hedder det sig, at folk kun skal have været få dage på gaden i København, så ved de, at sundhedsteamet eksisterer. Hvis det er rigtigt, må det bestemt siges at være et succeskriterium, som er opfyldt.

Samarbejdet med den kommunale gadeplansindsats har været præget af de omstruktureringer som har været og som har været varslet i kommunen. En del medarbejdere har været meget frustrerede, og der er flere, som har fået andet arbejde i løbet af året. Det har betydet, at der har været områder af byen, hvor samarbejdet med den kommunale gadeplansindsats har været meget sporadisk. I andre dele af byen har vi haft tæt kontakt med gadeplansmedarbejderen, og har haft intense samarbejder omkring enkelte borgere.

Borgerne og byen

Vores arbejde har vist sig at klumpe sig sammen i bestemte bydele. Den største arbejdsmængde ligger i indre by, på Christianshavn, Christiania og til dels på brokvartererne. Derudover har der været meget arbejde på kollegiet på gl. Køge landevej (se senere). Vi har kun haft enkelte kontakter i yderområderne som Vanløse, Tingbjerg og Husum. Vi har ikke været så aktive på Vesterbro, da der i forvejen er mange aktører i det område. Det er dog et område, som vi i 2007 vil prioritere højere. Vi oplever, at der er forskel på patienterne, alt efter hvor de opholder sig i byen. Vi har en teori om, at miljøet i indre by er hårdere end længere ude på brokvartererne. Det er typisk de ressourcestærke alkohol- og hashmisbrugere, som holder til i indre by. I byens yderområder finder vi flere psykisk syge. De folk som er afhængige af hårde stoffer møder vi på Vesterbro og på indre og ydre Nørrebro. Vi diskuterer løbende om ovenstående er en realitet eller om det er vores fokus som er forskelligt, så vi hver især har mere øje for bestemte grupper, med risiko for at der er nogle potentielle patienter, som vi overser.

SundhedsTeam samarbejde med hospitalet og med primær sektor/psykiatri belyst ved 2 cases

Case 1 er et eksempel på samarbejde med kort intervention og Case 2 er eksempel på hvorledes vi kan være tovholdere i et længerevarende forløb

Case 1

SundhedsTeam (ST) kontaktes fra kirurgisk modtageafdeling vedr. en 36-årig hjemløs mand (AB).

Han har været indlagt et døgn p.g.a. mavesmerter og blodige opkastninger. Han har fået konstateret mavesår, og skal samme dag udskrives med recept på 3 forskellige slags medicin. Problemet er at han ikke har penge til medicin. Han er fra Jylland, har opholdt sig på gaden i København i et par uger.

ST mødes samme dag med AB på hospitalet i forbindelse med udskrivelsen.

Det viser sig at han er tidligere stiknarkoman, har hepatitis og HIV. Han har tidligere opholdt sig i København, men har i en længere periode boet på et opholdsted/pensionat i Jylland. Han er nervøs for at tage tilbage dertil – dels fordi han er "stukket af til København", og dels fordi han har været væk i mere end 3 dage, og derfor ikke umiddelbart kan få udleveret sin metadon som vanligt, men skal indskrives i behandling igen. Ifølge AB er det, i modsætning til København, svært at købe metadon illegalt på gaden der hvor han kommer fra i Jylland..

Han er dog fuldt bevidst om, at det ikke er godt for ham at opholde sig i København, da det trækker ham tilbage i misbrug.

AB udskrives og vi følges til apoteket hvor ST's læge i mellemtiden har indtelefoneret den ordinerede medicin på vores konto. AB får udleveret medicin til 1 uge.

Opholdstedet i Jylland kontaktes for at høre om muligheden for at AB kan komme tilbage, dette er han velkommen til. Endelig laves der en aftale med gadeplansmedarbejder om at AB og han mødes næste dag, m.h.p. at hjælpe AB tilbage til Jylland.

Gadeplansmedarbejder og AB mødes næste dag, der tages kontakt til misbrugsbehandler, og det aftales at AB kan møde der når han kommer tilbage og genoptage metadonbehandling. Senere på dagen følges AB til toget af gadeplansmedarbejderen.

Tilbage melding ugen efter er, at AB er tilbage på opholdstedet, og får metadon som vanligt.

Dette er dels et eksempel på hvordan hospitalet kan bruge ST, og dels hvordan en hurtig, kort og fælles indsats kan forhindre at AB opholder sig som hjemløs i København, med en sygdom som ikke bliver behandlet, og med stor risiko for at falde tilbage i misbrug.

Case 2:

SundhedsTeam kontaktes første gang januar 2006 af natcafeen Sundholm vedr. nedenfor beskrevne mand. De er bekymrede p.g.a. hans adfærd. Opfatter ham som psykisk syg. De observerer at han taler meget med sig selv. Vores første kontakt munder ikke ud i yderligere, da han ikke ønsker vores hjælp.

Efter en kort periode med ophold på natcafe får han værelse på et herberg.

Vi kontaktes af personalet på herberget i april 2006 pga. klager over søvnbesvær.

Det drejer sig om en:

34 – årig mand der kommer fra Fyn. Har opholdt sig en del år på Fyn. Er oprindelig fra København og søger nu tilbage hertil fordi han ikke længere føler nogen tilknytning til Fyn. Har ingen kontakt til familie og ingen andre relationer i øvrigt. Har på Fyn

været indlagt flere gange på Psykiatrisk afd. pga. paranoid adfærd, men er ikke i medicinsk behandling nu. Har et mangeårigt alkohol- og hash misbrug bag sig. Ud over søvnproblemer fortæller han, at han bliver fotograferet dag og nat. Bedyrer at det ikke er noget han forestiller sig.

Han drikker ca. 15 øl og ryger hash dagligt.

Vi foreslår lidt antipsykotisk medicin til natten, for at få en bedre nattesøvn, hvilket han accepterer. De efterfølgende uger har han dog svært ved at huske at tage medicinen. Til sidst må en kontinuerlig behandling opgives og hans misbrug accelererer.

Efter 4 måneder med ugentlige besøg og forsøg på at motivere til behandling, overtales han til kontakt til Distrikts Psykiatrien, der foreslår indstilling til Misbrugsafdelingen på Sct.Hans. På dette tidspunkt i forløbet er borgeren tydelig psykotisk, fører samtaler med imaginære personer, hører stemmer og føler sig forfulgt. På herberget er han tiltagende urolig, især om natten, hvor han råber ud af vinduerne og farer omkring på medbeboernes værelser.

Efter et dramatisk ulykkestilfælde med en brødkniv foranstalter vi en tvangsindlæggelse (august 2006), da han ikke er til at overtale frivilligt.

Efterfølgende er han indlagt på Psykiatrisk afd. 3½ måned, hvor vi aflægger besøg ugentlig, og har tæt kontakt til personalet omkring behandling og planlægning af efterforløb. Personalet er, trods pres på belægningen i afd., meget opsatte på at finde den bedste løsning for patienten.

I indlæggelses perioden bliver han stof og alkoholfri, og hans psykotiske symptomer forsvinder, samtidig med han bliver medicineret med antidepressiv depot medicin.

Han får i november 2006 værelse på et `alkoholfrit` Herberg og udskrives fra Psykiatrisk afd. På Herberget går man aktivt ind i planer for fremtidig bolig og aktiverings muligheder.

Efterfølgende bliver pt fulgt i DPC (distriktspsykiatrisk center) mhp regulering af antipsykotisk behandling.

På DPC beslutter man at droppe behandlingen med depotmedicin, idet man mener hans psykose var stofudløst. Han er ikke mere hørehallucineret.

Efter ca. en måned uden medicin, begynder han at optræde tiltagende paranoid overfor sine omgivelser. Mener der er nogle, der går ind på hans værelse om natten. Han siger endvidere, at han bliver bestjålet.

Han opholder sig mere og mere på værelset. Deltager ikke i fællesspisningen. Sover med en kniv under hovedpuden, og kommer faktisk ikke udenfor en dør. Afviser at ville modtage medicin igen, da han ikke mener, han er syg. Indvilger nødtvunget i at bibeholde kontakten til DPC, idet vi påpeger, det var en del af den oprindelige aftale ifm indflytningen på Herberget. Herbergspersonalet er meget bekymret for ham, men også yderst behjælpelige i den daglige kontakt til ham.

Ovennævnte forløb er her i februar 2007 endnu ikke afsluttet, og vi har stadig en aktiv rolle i kontakten med patienten.

Casen er et eksempel på udvikling af et godt samarbejde med hospitalspersonalet på Psykiatrisk afd., pga. den intensive kontakt vi har haft i hele forløbet.

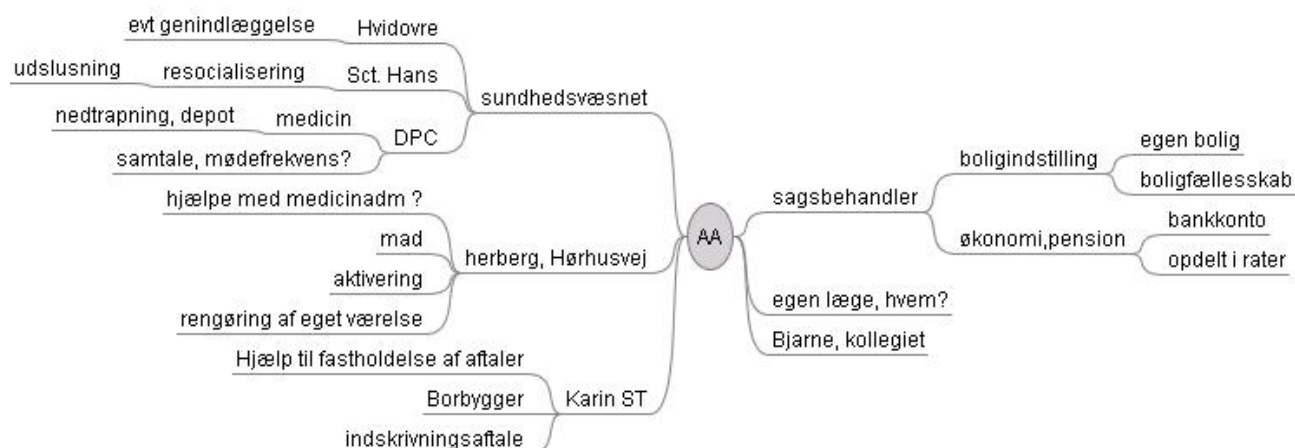
Samarbejdet giver også en bedre mulighed for opfølgning efter udskrivelsen.

Senere i forløbet får man indtryk af, hvor hurtigt det hele kan falde på gulvet, hvis der ikke er nogen, der helt konkret følger op på behandlingsforløb.

Havde han ikke haft en fast personlig kontakt, som ex ST og Herbergs personalet, ville han lynhurtigt være tilbage i sit misbrug og tabt for systemet, idet DPC ikke laver aktivt opsøgende arbejde, men kun varetager den kontakt patienten selv er i stand til at bibeholde.

Overordnet giver casen også et billede af, hvor langt et forløb med en patient kan være og hvor vigtigt det er i vores arbejde at være vedholdende i kontakten til både patient og samarbejdspartnere.

Casen er et eksempel på arbejde med mind-map:



Sundhedsteamets netværksdannelse

Grønlandernetværk

Vi har i løbet af 2006 fået kontakt til en del hjemløse grønlandere. Dette skyldes hovedsageligt at vi har deltaget i netværk omkring grønlandere. Netværket organiseres af SUS (Socialt Udviklings Center) og omhandler arbejdet med "Socialt udsatte grønlandere"

Netværket er landsdækkende og med deltagere fra forskellige faggrupper og med forskellige baggrunde. Der er deltagere fra både kommunale og private organisationer. Fælles for alle er at de arbejder med socialt udsatte grønlandere. Der er etableret 3 grupper som arbejder med henholdsvis misbrugsbehandling, hjemløshed og integration. Deltagerne i de 3 grupper mødes 4 gange årligt lokalt, og samlet mødes alle 2 gange årligt på et landsdækkende 3 dages seminar.

Formålet med netværksarbejdet er dels at erfaringsudveksle, men også at se med kritiske/konstruktive øjne på det arbejde der laves i dag. Lokalt bedrer arbejdet i netværksgrupperne en fælles indsats, også mellem private og kommunale tiltag. Læs evt mere på www.udsattegroenlaendere.dk

For ST har deltagelsen i netværket betydet en bedre kontakt til grønlandsmedarbejdere i København – specielt er der udviklet et godt samarbejde med grønlandsmedarbejder på Vesterbro, samt med de grønlandske væresteder i København. Dette bevirker at vi har/har haft både kortere og længere forløb med hjemløse grønlandere i København, grønlandere som ikke tidligere har haft kontakt til sundhedsvæsnets, men som har både fysiske og psykiske problemer – primært p.g.a. af et langvarigt alkohol og hashmisbrug.

H:S temadage

Sundhedsteamet har i 2006 arbejdet videre med at udvikle samarbejdet med akutafdelingerne på H:S sygehusene. Vi har afholdt 2 temadage i maj og november, hvor emnet i maj var alkoholafhængighed og muligheder for behandling i København, og i november en gennemgang af hvor man kan få hjælp i det sociale system, hvis man er hjemløs. Vi har haft nogle gode dage som er blevet evalueret positivt af

deltagerne. Vi har oplevet et lidt faldende deltagerantal. Til temadagen i november var der kun 15 tilmeldt, men vi fandt ud af, at en del ikke havde modtaget invitationerne. Dette betyder, at vi prøver at sende invitationerne ud tidligere og på både mail og papir til vores næste temadag i 2007.

Frivillige sygeplejersker i Hjemløsehuset.

Hjemløsehuset på Falkevej har i 2006 startet en sygeplejeklinik, som er bemannet med frivillige sygeplejersker. Klinikken er åben en formiddag og en eftermiddag om ugen. Sygeplejerskerne fra sundhedsTeam har indledt et samarbejde med de frivillige sygeplejersker. Der har været afholdt et aftenmøde, hvor sundhedsTeams sygeplejersker introducerede de frivillige sygeplejersker til de problemstillinger, man kan møde, når man arbejder med denne målgruppe. Der blev også talt om, hvordan de frivillige kunne bruge sundhedsteamet.

Derudover har sundhedsTeams sygeplejersker hjulpet personalet i hjemløsehuset med en oversigt over, hvad der skal bruges af plejeartikler i klinikken, samt hvor og hvordan det kan indkøbes.

Fremtidige fokusområder

Christiania

Kontakten til grønlænderne har også indirekte betydet en bedre kontakt til Christiania. Vi har haft en del besøg i "Stjerneskipet" på Christiania, hvor det primært er grønlændere der opholder sig. Dermed er samarbejdet med Christiania i det hele taget, og i særdeleshed deres Sundhedshus blevet udbygget.

Dette har også bevirket at vi blev brugt som "konsulenter" i forhold til Christianias Beboerrådgivnings (Herfra Og Videre) 3 ugers behandlingstur, både i forhold til abstinensbehandling, men også i forbindelse med de fysiske/psykiske problematikker der opstod for deltagerne efter afrusning og hjemkomst til Christiania.

I det kommende år ser vi "Stjerneskipet" som et af de steder vi gerne vil lave en større indsats. Grønlænderne som opholder sig der, har stort set ingen kontakt til sundhedssystemet, og er for de flestes vedkommende kronisk påvirkede af deres mangeårige misbrug, eksempelvis med skinnebessår, tandproblemer, mavesmerter/diaré. Vi mener at kunne bedre/lindre dette med en målrettet og koncentreret indsats. En decideret smittescreening i selve Stjerneskipet kunne også være en oplagt opgave for ST.

Missionen blandt Hjemløse, Kollegiet, Gl. Køge Landevej

Kollegiet er dels et bofællesskab for mænd, dels med 110 pladser for beboere som har behov for et længerevarende forløb, og dels 38 herbergspladser som er en kortvarig og midlertidig bo-løsning.

Vi har i løbet af 2006 fået et tiltagende antal henvisninger derfra. Det drejer sig primært om beboere med følgesygdomme p.g.a. langvarigt alkoholmisbrug, og om beboere som ønsker hjælp til at stoppe deres alkoholmisbrug, samt om psykisk syge beboere som ikke har/ønsker kontakt til psykiatrien, og derfor ikke får behandling for deres psykiske sygdom.

Som en konsekvens af de tiltagende antal henvendelser, og det behandlingsbehov vi mener der er, har vi besluttet at lave en koncentreret indsats på Kollegiet, og er i januar startet op med at være tilstede på Kollegiet 2 timer en gang om ugen.

Internationale udeliggere

En del af sundhedsteamets patienter er udlændinge, som opholder sig i København. De lever af tiggeri, avissalg og/eller pension fra hjemlandet, og sover på gaden eller i natcaféer. Enkelte er indskrevet på herberg. De har svære misbrugsproblemer og mange er i dårlig fysisk tilstand. En stor del har også psykiske problemer i varierende sværhedsgrad. Gruppen er svær at hjælpe, da de ikke har ret til socialhjælp og misbrugshjælp i Danmark. I forhold til hospitalsvæsenet kan gruppen kun modtage akut hjælp. Udlændingene har ingen kontakt til lægepraksis, så sundhedsteamet har i forhold til denne gruppe stået for behandling af akutte sygdomme, hjælp til afrusning på gadeplan og psykiatrisk behandling. Derudover har vi et samarbejde med kontaktstedet på Forchhammersvej, med henblik på at hjælpe folk hjem til relevant social og sundhedsfaglig behandling i deres hjemlande.

Det vides ikke hvor mange udlændinge der lever som hjemløse i København, hvor de kommer fra, hvor længe de har været her og hvorfor de bliver. Vi indledte i efteråret en arbejdsgruppe sammensat af medarbejdere fra gadeplansindsatsen, kontaktstedet på Forchhammersvej og sundhedsteamet, for at få afklaret ovenstående problematikker. På grund af omstruktureringer i kommunen og gadeplansindsatsen, er en planlagt optælling af gruppen og beskrivelse af hvilke problematikker det drejer sig om, udskudt til senere i 2007.

Udvikle og styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger

Vi oplever at der ikke er så mange henvisninger fra hospitalerne som vi havde forventet. Dette kunne skyldes at vi ikke har fået udbredt kendskabet til hvem vi er, og hvad hospitalerne kan bruge os til godt nok. Vores HS-netværk har repræsentanter fra forskellige akutafdelinger, men dækker ikke alle relevante afdelinger, og med den kendsgerning at hospitalerne er præget af travlhed og hyppige personaleskift, kan det være svært for netværkspersonerne at få implementeret os som en fast del, på lige fod med den øvrige primær sektor.

Vi vil i 2007 derfor lave en systematiseret indsats for at udbrede kendskabet til os på de relevante hospitalsafdelinger. Dette forestiller vi os at gøre dels ved at introducere os selv på afdelingernes personalemøder, og dels ved at udlevere skriftligt materiale som gør det nemmere at kontakte os – ex. faxeseddel.

Kommende opgaver i 2007.

Nåede vi det vi skulle i 2006?

Vi opsatte en række udfordringer / opgaver der skulle være fokus på i 2006, nogle af dem viste sig at være mere relevante end andre. Den samlede oversigt over fokusområder i 2006 kan ses i årsrapport for 2005.

Smitteopsporing

Vi gennemførte i slutningen af 2006 endnu et smitteopsporingsprojekt bygget på erfaringerne fra det første projekt i 2005. Erfaringerne fra disse 2 projekter er indbygget i teamets daglige indsats og der testes nu generelt for hepatitis og HIV. Vedrørende resultater fra opsporingen, se patientafsnittet i denne rapport. Der er opnået en praktisk metodik for målrettet smitteopsporingsindsats, men der skal dog arbejdes mere med forarbejde og evaluering i samarbejde med de aktører der stiller lokaler til rådighed.

Der er gennemført enkelte podninger for bakterietypen MRSA (Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus) men ikke fundet tilfælde. Der er dog generelt en stigende forekomst i befolkningen, så teamet vil have opmærksomhed på problemet løbende.

Målrettet sundhedsarbejde

Forebyggelsen af "behandlingsskader", eller uhensigtsmæssige dobbeltbehandlinger og modsat rettede behandlinger har udviklet sig, så det er en integreret del af teamets behandlingsmetodik. Det er naturligt, så snart teamet indgår i en behandlingsalliance med en patient, at alle der behandler og har kontakt med den hjemløse borger findes, og at man bliver enige om, hvad der skal behandles. Det kan betyde et stort koordinerende arbejde, som det er beskrevet i case 2 i sygeplejefsnittet, men det betyder ofte også, at der indledes en langsom stabilisering af patienten. Det største problem i denne sammenhæng har været at kommunalreformens strukturændringer har opbrudt en del tilknytningsforhold mellem behandlingenheder, og usikkerhed i forhold til ansvarsfordeling. Samtidig er der en meget fast kultur i sundhedsvæsenet, for ikke at kommunikere suffieient med primærsektor. Dette skyldes ikke uvilje hos den enkelte professionelle, men gamle strukturelle barrierer. Kun tid og samarbejde fjerner denne hindring

Sikring af kvalitet i det daglige arbejde

Her er målene, som er flydende og under konstant udvikling opfyldt som forventet. Denne årsrapport indeholder en stor del af resultaterne fra dette udviklingsaspekt.

IT-løsninger

Der har i det praktiske arbejde vis sig noget større behov for udvikling af IT-løsninger som ikke allerede var til rådighed. Teamets fælles kalender er stadig baseret i Groupcare (www.groupcare.dk), hvilket er en nødvendighed, med mindre man vælger den langt dyrere løsning med hjemmearbejdspladser. Teamets medlemmer møder som hovedregel ikke på kontoret om morgenen, men har en stor del af patientkontakten om morgenen og tidligt på dagen. Samtidig er de fleste aftaler med andre samarbejdspartnere om formiddagen. Det vurderes at den samlede pris på 500 kr. for årligt abonnement er godt givet ud. Kalenderen indeholder ikke personfølsomme data.

SundhedsTeam fører patientjournaler i forhold til den notatpligt der er i ethvert behandlingsforløb. Datasikkerhed med hensyn til de oplysninger der er opsamlet ligger i, at al journalføring som er personhenførbare, befinder sig på papirjournaler som opbevares under sikrede forhold i stålskabe på teamets kontor. Alle patienter tildeles

et fortløbende nummer som er det eneste der overføres til elektronisk form. Data i elektronisk form opsamles som et anonymiseret excel-dataark, hvorfra data let beregnes og kan danne baggrund for en reel databaseapplikation, hvis dette måtte ønskes.

Teamet har i årets løb kontaktet et nyt institut på Aalborg universitet som skal udvikle brugernær elektronik til overvågning af patienters sundhedsparametre, og vi har en stående aftale om at blive kontaktet når instituttet er i gang.

Vidensudveksling med andre interessenter

Den faglige udveksling på konferencer mv. er nævnt ovenfor. Forskningsindsatsen har vist sig i form af en artikel, der er sendt til review, samt et forskningsfokus på dataopsamling. Men forskning kan ikke ske på en ordentlig måde, før datagrundlaget er i orden.

SundhedsTeam har deltaget i fællesskab i en række møder og konferencer i 2006, men det er blevet tiltagende interessebaseret, hvilke møder den enkelte deltager i, efterhånden som et fælles grundlag er opbygget.

Den vedvarende faglige udveksling med andre aktører i sundhedsvæsenet er fastholdt og udbygget i H:S – forum som det var planlagt.

Kontakten med distriktpsychiatrien og opsøgende psykoseteams er ikke udviklet efter planen, hvilket hovedsagelig skyldes mangel på tid fra ledelsens side. En bedre arbejdsfordeling sidst på året ser ud til at bedre dette problem.

Generelt er de fleste af opgaverne løst eller under udvikling. Enkelte har taget andre retninger end forventet, men det ses ikke som et problem, snarere tværtimod.

Kommende opgaver i 2007

Nye og gamle netværk

En af teamets hovedopgaver i 2007 bliver at fortsætte og styrke netværksdannelsen i forhold til sundhedsvæsenet og det øvrige sociale system.

Sundhedsvæsenet

Somatisk og psykiatriske afdelinger:

Der er ikke en tilfredsstillende henvisningsgrad fra hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden. Vi har været opmærksomme på problemet i hele den sidste del af 2006, men valgt at udsætte arbejdet med løsninger til 2007 på grund af kommunalreformen og den usikkerhed, der har været om institutionsplacering helt frem til oktober 2006. Fra foråret 2007 indleder vi en generel informationskampagne overfor de afdelinger som kan være relevante. Kampagnen består i direkte præsentation på afdelingernes personalemøder og udlevering af skriftligt materiale om teamet i form af folder (bilag 9 og 10) og en fortrykt faxesedel som kan ligge klar til afsendelse i afdelingen. Vi er opmærksomme på at det kan være et langvarigt projekt at få fodfæste på de forskellige afdelinger, men det er nødvendigt med en accept på alle niveauer, før det lykkes, ligesom det er nødvendigt med nogle enkle procedurer og ikke mindst nogle succesfulde forløb.

Distriktspsykiatri:

Vi indledte et præsentationsforløb i forhold til distriktspsykiatrien på Amager, men gik derefter i stå på grund af ferie og manglende tid i en periode. Der skal ske en ny præsentation og ligeledes præsentation af folder og andet materiale.

Opsøgende psykoseteams:

Her er problematikken den samme som med distriktspsykiatrien, at kontakten gik i stå trods velvilje, og målgruppeoverlappet er sandsynligvis endnu større end i forhold til distriktspsykiatrien.

Psykoseteam for dobbeltdiagnosepatienter:

Dette nye team er oprettet i 2006 og vi er begge opmærksomme på hinandens eksistens. SundhedsTeam har besøgt Dobbeldiagnose-teamet i sommeren 2006.

I forhold til sundhedsvæsenet fortsættes og udbygges tilbuddet om temadage for medarbejdere fra akutte afdelinger. De 2 temadage der er planlagt i 2007 omhandler henholdsvis etniske hjemløse og stofmisbrug.

Der kan være tale om at afholde lidt større møder for flere faggrupper, idet det har vist sig, at der er en meget stor interesse. Temadagene er forbeholdt 2 nøglepersoner fra hver afdeling.

Københavns Kommunes gadeplansindsats

I forhold til socialvæsenet afventes den endelige udformning af den sociale kommunale gadeplansindsats, og når den er klar vil vi målrettet indlede samarbejde med alle relevante.

Det nye Støtte-kontakt-person projekt (SKP) for hjemløse starter 2006 med en del nye medarbejdere. SundhedsTeam håber at kunne indlede løbende samarbejde.

Stofmisbrugsområdet:

Det samarbejde der allerede er i gang skal fortsætte. Samarbejdet med sygeafdelingen på Specialambulatoriet på Forchammersvej er forbilledligt.

Lokalt i Øresundsområdet:

I løbet af første kvartal i 2007, håber vi at have besøgt institutioner som arbejder med samme målgruppe samt stofmisbrugsbehandlingen i Malmö. Vi har via netværk i Sverige fået relevante adresser. Teamet besøgte Helsingborg tidligere i 2006 som nævnt

Europæisk netværk

SundhedsTeam er via kontakt med sundhedspersonale i hjemløseteams i især de nordiske lande men også de øvrige EU-lande, involveret i opbygningen af et transnationalt europæisk netværk som holder sin første konference i Stockholm, november 2007. Dette netværk er baseret i FEANTSA, som også står for udviklingen af ETHOS værktøjet.

Correlation er også et transeuropæisk netværk med fokus på socialt udsatte (<http://www.correlation-net.org>), som arbejder i spændingsfeltet mellem policymakere, brugere og professionelle. Her har teamet deltaget i opstarten af en undersøgelse af særligt ekskluderede grupper. Undersøgelsen sker under ledelse af Correlation sammen med ambulatoriet Enghaven og Videnscenter for socialt udsatte, og med blandt andet SundhedsTeam og Brugerforeningen som ressourcepersoner. Undersøgelsen er aktuelt stadig i en forberedende fase i Videnscenter for socialt udsatte i dialog med den øvrige gruppe.

Hjemløsekonference

SundhedsTeam er som nævnt involveret i en Hjemløsekonference i Stockholm i 2007. Planen er fremover at lade konferencen rotere mellem de nordiske hovedstæder, og SundhedsTeam kunne være en oplagt arrangør af en konference i 2008 eller 2009, hvilket også ligger i tråd med vores tidligere planer.

Satspuljeteams

Teamet er involveret i opstarten og implementeringen af opsøgende teams baseret på Sundhedsprojektet i 3 provinskommuner. De opsøgende teams er finansieret via satspuljemidler fra 2005, og overvåges og evalueres af Sundhedsstyrelsen. De 3 teams starter med en Kick-off konference i Sundhedsstyrelsen den 28/3 2007. SundhedsTeam har forberedt en del materiale til hjælp for denne opstart.

Sundhedsrum

SundhedsTeam er kraftigt involveret i opstart og gennemførelse af forsøg med Sundhedsrum på Vesterbro. Teamet vil som helhed deltage i oplæring og teamdannelse af nye sygeplejersker, og SundhedsTeams daglige leder er i forsøgsperioden også faglig leder af Sundhedsrummet.

Undervisning

Studerende

Teamet er involveret og udbygger frivillig undervisnings og foredragsvirksomhed ud over almindelig arbejdstid, men teamet er i slutningen af 2006 blevet tilknyttet sygeplejerskolen i Region Hovedstaden og Institut for folkesundhed (socialmedicin) på medicinstudiet som praktikplads. Der er en løbende aktivitet hen over året med praktikanter i korte forløb i teamet.

Regionsnetværk / H:S-forum)

De tilbagevendende temadage har været en generel succes, og der er pæn søgning til møderne. Der er planlagt 2 møder i år (maj og november). Deltagelsen er gratis og SundhedsTeam sørger for let forplejning. Dette kan kun gøres fordi alle indlæg er ydet gratis af oplægsholderne. Vi håber at denne mulighed kan fortsætte, idet der ikke er mulighed for nogen økonomisk involvering af SundhedsTeam.

Bredere tværsektorielle konferencer for flere faggrupper

På grund af succesen med temamøderne har vi overvejelser om mere brede møder for en større gruppe fagfolk, men dette er endnu i støbeskeen og vil kræve, at også sundhedsvæsenets medarbejdere indgår i planlægningen.

Udveksling med fagpersonale fra andre dele af landet og evt. Norden

SundhedsTeam har i årets løb haft besøg af sygeplejersker, som arbejder med socialt udsatte, og SundhedsTeam havde i 2005 stor glæde af at besøge hjemløshedsinstitutioner i de andre nordiske lande. Vi håber at vi i 2007 kan medvirke til faglig udveksling på lignende måde, og selv få mulighed for at besøge og igennem nogle dage opleve det daglige arbejde i andre institutioner. Nordtyskland og især Hamburg samt Amsterdam kan ud over de nordiske hovedstæder være oplagte at besøge.

Website

SundhedsTeam lancerer i skrivende stund, www.hjemlosesundhed.dk. Websitet er tilgængeligt, men materiale skal endnu på plads på siden, ligesom der skal oprettes fora til download af materiale fra teamet, både fra studerende, deltagere i temamøder og andre professionelle. Der vil fra websitet udgå et nyhedsbrev 1-2 gange om

måneden, ligesom der vil være en fast nyhedssektion. Materiale om teamet vil kunne hentes på websitet i løbet af kort tid.

Faglig udvikling og beskrivelse af udgående sundhedstjeneste

Denne rapport er et forsøg på at beskrive den faglige udvikling i SundhedsTeam, men det må være målet at beskrive teamet og den specifikke indsats nøjere, også fra en mere baggrundsteoretisk vinkel. Dette er et mere langsigtet mål i de kommende år.

Arbejde med kvalitetssikring samt evt. audit i patientforløb i samarbejde med sundhedsvæsenet

Arbejdet med kvalitetssikring fortsætter. Det vil være oplagt at knytte an til undersøgelser og projekter på almen praksis-området. Hvilke muligheder der er og om det er muligt i de ressourcemæssige rammer der er til stede er endnu uafklaret.

Bilag 1

<http://www.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/B2006/0074605.htm>

BEK nr 746 af 29/06/2006 (Gældende)

[LOV Nr. 546 af 24/06/2005](#)

Bekendtgørelse om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper

I medfør af § 1 i lov nr. 634 af 17. december 1976 om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, som ændret ved lov nr. 145 af 25. marts 2002 og lov nr. 546 af 24. juni 2005, fastsættes:

§ 1. Tilbud om gratis hepatitisvaccination gives til særligt udsatte persongrupper, jf. § 2, med bopæl her i landet.

§ 2. Injektionsnarkomaner, som ikke har været smittet med hepatitis B, kan gratis blive vaccineret mod hepatitis B. Vaccination gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte med hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

Stk. 2. Personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion, samt faste seksualpartnere til en person med kronisk hepatitis B infektion kan gratis blive vaccineret mod hepatitis B. For personer under 18 år gives vaccinationen i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte med hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

Stk. 3. Personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion, kan gratis blive vaccineret mod hepatitis B. Vaccination gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte med hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

Stk. 4. Børn i daginstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med en kendt kronisk hepatitis B infektion, kan gratis blive vaccineret mod hepatitis B. Embedslægen vurderer, hvilke børn i institutionen der bør tilbydes vaccination.

Stk. 5. Børn under 15 år, som færdes i boligområder med tilfælde af kendt hepatitis B infektion, kan gratis blive vaccineret mod hepatitis B, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler, at de vaccineres. Vaccination gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte med hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

§ 3. Vaccinationerne skal foretages af en læge, som i henhold til lov om udøvelse af lægegerning har tilladelse til selvstændigt virke som læge, eller af en anden på dennes ansvar.

Stk. 2. Honorarer til læger for vaccinationer omfattet af § 2 fastsættes ved aftale med Praktiserende Lægers Organisation. Udgifterne afholdes i 2006 af amtskommunerne samt Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner. Fra den 1. januar 2007 afholdes udgifterne af regionerne.

§ 4. Udgiften til vacciner til brug ved vaccinationer omfattet af § 2 afholdes i 2006 af amtskommunerne samt Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner. Fra den 1. januar 2007 afholdes udgifterne af regionerne.

§ 5. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. august 2006.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 160 af 7. marts 2005 om gratis hepatitisvaccination til injektionsnarkomaner og deres pårørende.

Stk. 3. Bekendtgørelsen gælder ikke for Færøerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 29. juni 2006

Lars Løkke Rasmussen

/Steffen Egesborg Hansen

Bilag 2

Opsporing af ukendte tilfælde af HIV, Hepatitis A, Hepatitis B og Hepatitis C

Projekt I:

Smitteopsporing 2005

December 2005	
Gennemsnitsalder	43,6
Antal mænd (aldersvariation)	37 (19-67)
Antal kvinder (aldersvariation)	14 (24-57)

HepA IgM	HepA-ab tot.	HepBs-ag	HepBs-ab	HepBe-ag	HepBe-ab	HepC-ab	HepC-RNA x10 ³	HepC-Genotype	HIV-ab	Svar afgivet	Twinrix relevant?	Prøve mislykket
Neg: 48	Neg: 38	0: 45	Neg: 40	Ikke us: 45	Neg: 3	Neg: 37	Neg: 39	Type 1: 3 Type 3: 2 Type 3A: 2	Neg: 48	Ja: 25 Nej: 2	Ja: 10	3
Pos: 0	Pos: 11	1: 3	Pos: 9	Pos: 3	Ikke us: 41	Pos: 11	Pos: 7		Pos: 0	Ikke reg: 21	Nej: 38	

Projekt II:

Smitteopsporing 2006

November 2006	
Gennemsnitsalder	46,9
Antal mænd (aldersvariation)	12 (29-58)
Antal kvinder (aldersvariation)	9 (31-54)

HepA IgM	HepA-antabus tot.	HepBs-ag	HepBs-ab	HepBe-ag	HepBe-ab	HepC-ab	HepC-RNA x10 ³	HepC-Genotype	HIV-ab	Svar afgivet	Twinrix relevant?	Prøve mislykket
Neg: 21	Neg: 17	0: 21	Neg: 17	Ikke us	Ikke us	Neg: 20	Neg: 20	Type 1: 1	Neg: 48	Ja: 17 Nej: 4	Ja: 1	0
Pos: 0	Pos: 4	1: 0	Pos: 4	Ikke us	Ikke us	Pos: 1	Pos: 1		Pos: 0	Ikke reg: 0	Nej: 20	

Bilag 3

Fordelingen i ETHOS-klassificering:

Starttidspunktet er dagen for indskrivning, uanset om dette ligger efter de følgende dage i skemaet.

Begrebs-kategori		Operationel kategori		Definition	Start	1/7- 07	31/1 - 07
UDEN TAG	1	Gadehjemløs	1.1	Sover under åben himmel (ingen adgang til 24-timers opholdssted / ingen fast bopæl)	23	15	9
	2	Mennesker der opholder sig i natherberg	2.1	Nat-herberg	16	8	9
UDEN FAST OPHOLD	3	Mennesker i opholdssted for hjemløse	3.1	Hjemløseherberg	7	8	6
			3.2	Midlertidigt bosted		1	
	4	Mennesker i kvindeherberg	4.1	Kvindeherberg			
	5	Mennesker i opholdssted for immigranter	5.1	Midlertidigt opholdssted / modtagecenter			
			5.2	Migrantarbejder-opholdssted			
	6	Mennesker som (senere) skal løslades / udskrives fra institutioner	6.1	Retslige institutioner			3
			6.2	Medicinske institutioner	1		2
7	Mennesker som modtager hjælp (pga. Hjemløshed)	7.1	Bosted for hjemløse mennesker	13	14	8	
		7.2	Understøttet opholdssted.			4	
		7.3	Midlertidigt opholdssted med støtte	1	2	1	
		7.4	Opholdssted med støtte			1	
USIKKER	8	Mennesker som lever i usikker bolig	8.1	Midlertidigt hos familie/venner	15	9	7
			8.2	Uden legal kontrakt			
			8.3	Illegalt ophold i bygning			
8.4			Illegalt ophold i land				
9	Mennesker som lever i risiko for udsættelse	9.1	Pga retslige forhold (leje)				
		9.2	Manglene betaling (eje)				
10	Mennesker som lever i risiko for vold	10.1	Politioptegnelser om vold i husstanden				
UTIL-STRÆKKELIG	11	Mennesker som lever i midlertidige / ikke-standard strukturer	11.1	Mobil-home / campingvogn			
			11.2	Ikke-standard bygning	3	1	2
			11.3	Midlertidig struktur	2	1	
	12	Mennesker der lever i uegnet bolig	12.1	Uegnet som bolig (i forhold til national lovgivning; besat)	1		
13	Mennesker som lever under ekstrem overbelægning	13.1	Højeste nationale norm for antal beboere pr. m2.				

I BOLIG	14	I egen lejlighed tildelt af socialvæsenet	14.1	I egen lejlighed men fungerer ikke / bebor den ikke	9	7	2
			14.2	I egen lejlighed. Benytter den delvist / af og til.	3	3	2
			14.3	I egen lejlighed. Under indflytning med assistance		1	3
			14.4	I egen lejlighed. Fungerer med systematisk assistance.	6	6	7
			14.5	I egen lejlighed. Fungerer med lejlighedsvis assistance	3	3	6
			14.6	I egen lejlighed. Fungerer uden assistance	6	6	7
	15	Skæv bolig	15.1	Skæv bolig. Fungerer ikke	1	1	
			15.2	Skæv bolig. Fungerer	1	1	1
	16	Plejhjem eller anden plejeforanstaltning	16.1	Plejhjem for somatisk syge / blandede problemer			
			16.2	Plejhjem for demente			
			16.3	Plejhjem for misbrugere			1
	BOLIG FOR SPECIELLE GRUPPER	17	Permanent bolig for psykisk syge	17.1	Plejhjem for psykisk syge		
17.2				Bofællesskab for psykisk syge			1
17.3				Opgangsfællesskab for psykisk syge			
17.4				Boligform for psykisk syge misbrugere			
18	Permanent bolig for etniske grupper	18.1	Bofællesskab for Grønlandske borgere	1	1	2	
UDLÆNDINGE	19	Uden fast bolig	19.1	Bor på gaden			
			19.2	Bor i telt eller campingvogn (ellers kategori 5)			
	20	Forsvundet	20.1	Rejst til anden by i Danmark			
			20.2	Rejst til hjemlandet		1	7
			20.3	Uvist			
REGISTERING S-PROBLEMER OG DØD	21	Registrerings-problemer	21.1	Ikke registreret	2		10
			21.2	Ikke indskrevet på tidspunktet		21	
			21.3	Uvist / personoplysninger kan ikke skaffes		3	12
	22	Død	22.1	Død af overdosis			
22.2			Død ved ulykke				
22.3			Død af misbrugsrelateret sygdom		1	1	
22.4			Død af andre årsager				

Bilag 4



KØBENHAVNS KOMMUNE

Udfyldt af _____
Københavns Kommunes Sundheds Team

den. _____ Pt.nr _____

- Udfyldes den dag journalen opstartes.



Hovedoverskrifter
Underoverskrifter
Tabeloverskrifter
Allergier

1. Stamoplysninger	
Patient navn	CPR.nr.
Adresse	Telefon
Lægekontakt	
Egen læge	Ingen læge
Adresse	Telefon
Kender egen læge, men: 1. ønsker ikke, 2. kan ikke, 3. må ikke benytte denne	1 / 2 / 3
Samtykke	
Samtykke nej / Ja.	Udløber den:

Stamoplysninger udfyldes

- Adresse udfyldes kun såfremt der eksisterer en fast adresse. Eksisterer den ikke sættes der et minus for at dokumentere forespørgsel. Det samme gør sig gældende med telefonnummer.
- CPR nummer udfyldes altid.
- Lægekontakt: såfremt der er lægekontakt skrives egen læges navn og adresse. Er der ingen kontakt sættes der kryds ved "ingen læge" og intet andet udfyldes.
- Spørgsmålet "kender egen læge" besvares ved at der sættes en ring omkring tallet der beskriver kontakten.
- Samtykkeerklæring ligger som et separat stykke papir, det udfyldes og føres ind ved at der sættes en ring omkring ja eller nej. Der udfyldes samtidig hvornår denne udløber med henblik på indhentning af nyt samtykke.

2. Henvisningsårsag		
.		
.		
Misbrugsmønster:		
Henvisningsoplysninger		
Dato for henvisning:	Henvist af:	Modtaget af
Aftale:		
.		

Henvisningsårsag

- Henvisningsårsager beskriver hvorfor patienten ønsker kontakten.
- Misbrugsmønster beskriver kort patienten hovedmisbrug, uden der nødvendigvis er sammenhæng med henvisningsårsagen.
- Henvisningsoplysninger udfyldes den dag henvisningen modtages.

3. Behandlingsbeslutning

Behandlingsbeslutningsdato:	Dato for iværksættelse:
Behandlingsplan	

Behandlingsbeslutning

- Behandlingsbeslutningsdato er den dato hvor der tages stilling til hvilken behandling patienten skal tilbydes.
- Dato for iværksættelse er den dato hvor patienten opstarter behandling.
- Behandlingsplanen beskriver den planlagte behandling.

4. Kommunikation

Nationalitet:	Taler og forstår dansk: ja / nej	Andet sprog:
Læser og forstår skriftlig information: ja / nej		
Særlige forhold:		

Kommunikation

- Udfyldes ved ja /nej svar sættes der ring omkring gældende svar.
- Særlige forhold kan f.eks. være nedsat syn og hørelse samt eventuelle indlæringsvanskeligheder. Det kan også være behovet for medicin eller alkohol med henblik på funktionspromille.

5. Fysiske helbred

	I.A.
CNS	
Hjerte	
Lunger	
Mave/tarm	
Lever/ bugspytkirtel /nyre	
Urinveje	
Gynækologisk	
Bevægeapparat	

Fysisk helbred

- Udfyldes såfremt der beskrives problemer ellers sættes kryds i I.A.

6. Smittestatus

Injektionsbrug

Injiceret Nej | Ja | Hvornår sidst.

Tidligere undersøgt for	Resultat	Undersøgelses dato	Undersøgelses sted
HIV			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Hepatitis C			
Tuberkulose			

Smittestatus

- Svares der nej på spørgsmål om injektionsbrug gå direkte til skemaet om tidligere undersøgelser
- Svares der ja noteres hvornår der sidst er injiceret og derefter udfyldes skemaet om tidligere undersøgelser.

7. Psykisk helbred

Kendte psykiatriske diagnoser:

Psykisk helbred

- Notering af patientens egen oplevelse af hvordan han/hun har det, samt en professionel vurdering af hvordan patienten fremkommer i øjeblikket.
- Kendte psykiatriske diagnoser indhentes fra sundhedsvæsnet

8. Fast medicin

Præparat og dosering	Udskrevet af	Gives ifølge patienten for:

Cave:

Fast medicin

- Den medicin som patienten tager på kontakttidspunktet samt dosis
- Under "udskrevet af" noteres det sted der er ansvarlig for patientens medicin.
- Patientens egen beskrivelse af hvorfor han/hun får medicinen

9. Professionelt netværk

Navn	Stilling	Kontaktsted	Telefon

Professionelt netværk

- Patientens kontaktpersoner indenfor offentlige og private organisationer.

10. Pårørende

Navn	Kontaktsted	Telefon

Pårørende

- Patientens private netværk såsom venner og familie.

11. Socialt

Bolig historik	
Nuværende bolig	ETHOS nr.
Økonomi	
Tidligere beskæftigelse	

Socialt

- Bolighistorik: er en kort beskrivelse af de boligformer patienten tidligere har erfaring med.
- Nuværende bolig: beskriver bolig/ overnatningsform patienten benytter, samt patientens oplevelse af situationen. F. eks har bolig, men er der aldrig, sover i natcafé uden problemer etc.
- Økonomi: privat indtægtsgrundlag.
- Tidligere beskæftigelse: kan være alt fra interesser og uddannelse til lønarbejde.
- ETHOS nummer se nedenstående for klassificering med ETHOS nummer.

ETHOS

European Typology of Homelessness and housing exclusion

Begrebskategori		Operational kategori		Definition
UDEN TAG	1	Gadehjemløs	1.1	Sover under åben himmel (ingen adgang til 24-timers opholdssted / ingen fast bopæl)
	2	Mennesker der opholder sig i nat-herberg	2.1	Nat-herberg
UDEN FAST OPHOLD	3	Mennesker i opholdssted for hjemløse	3.1	Hjemløseherberg
			3.2	Midlertidigt bosted
	4	Mennesker i kvindeherberg	4.1	Kvindeherberg
	5	Mennesker i opholdssted for immigranter	5.1	Midlertidigt opholdssted / modtagecenter
			5.2	Migrantarbejder-opholdssted
	6	Mennesker som (senere) skal løslades / udskrives fra institutioner	6.1	Retslige institutioner
			6.2	Medicinske institutioner
7	Mennesker som modtager hjælp (pga. Hjemløshed)	7.1 7.2 7.3 7.4	Bosted for hjemløse mennesker Understøttet opholdssted. Midlertidigt opholdssted med støtte Opholdssted med støtte	
USIKKER	8	Mennesker som lever i usikker bolig	8.1	Midlertidigt hos familie/venner
			8.2	Uden legal kontrakt
			8.3	Illegalt ophold i bygning
			8.4	Illegalt ophold i land
9	Mennesker som lever i risiko for udsættelse	9.1	Pga retslige forhold (leje)	
		9.2	Manglene betaling (eje)	
10	Mennesker som lever i risiko for vold	10.1	Politioplysninger om vold i husstanden	
UTILSTRÆKKELIG	11	Mennesker som lever i midlertidige / ikke-standard strukturer	11.1	Mobil-home / campingvogn
			11.2	Ikke-standard bygning
			11.3	Midlertidig struktur
	12	Mennesker der lever i uegnet bolig	12.1	Uegnet som bolig (i forhold til national lovgivning; besat)
13	Mennesker som lever under ekstrem overbelægning	13.1	Højeste nationale norm for antal beboere pr. m ² .	
I BOLIG	14	I egen lejlighed tildelt af socialvæsenet	14.1	I egen lejlighed men fungerer ikke / bebor den ikke
			14.2	I egen lejlighed. Benytter den delvist / af og til.
			14.3	I egen lejlighed. Under indflytning med assistance
			14.4	I egen lejlighed. Fungerer med <u>systematisk</u> assistance.
			14.5	I egen lejlighed. Fungerer med <u>lejlighedsvis</u> assistance
			14.6	I egen lejlighed. Fungerer <u>uden</u> assistance
	15	Skæv bolig	15.1	Skæv bolig. Fungerer ikke
15.2			Skæv bolig. Fungerer	
16	Plejehjem eller anden plejeforanstaltning	16.1	Plejehjem for somatisk syge / blandede problemer	
		16.2	Plejehjem for demente	
		16.3	Plejehjem for misbrugere	
BOLIG FOR SPECIELLE GRUPPER	17	Permanent bolig for psykisk syge	17.1	Plejehjem for psykisk syge
			17.2	Bofællesskab for psykisk syge
			17.3	Opgangsfællesskab for psykisk syge
			17.4	Boligform for psykisk syge misbrugere
	18	Permanent bolig for etniske grupper	18.1	Bofællesskab for Grønlandske borgere
			18.2

UDLÆNDINGE	19	Uden fast bolig	19.1 19.2	Bor på gaden Bor i telt eller campingvogn (ellers kategori 5)
	20	Forsvundet	20.1 20.2	Rejst til anden by i Danmark Rejst til hjemlandet
REGISTERINGSPROBLEMER OG DØD	21	Registreringsproblemer	21.1 21.2 21.3	Ikke registreret Ikke indskrevet på tidspunktet Uvist / personoplysninger kan ikke skaffes
	22	Død	20.1 20.2 20.2 20.3	Død af overdosis Død ved ulykke Død af misbrugsrelateret sygdom Død af andre årsager

For more information please see FEANTSA's *2005 Review of Homeless Statistics in Europe* (Edgar et al.) at www.feantsa.org

12. Alkoholprofil

CAGE:

Har du i det sidste år tænkt på, at du burde skære ned på dit alkoholforbrug?

- Ja
- nej

Er der i det sidste år nogen, der har været efter dig omkring dit alkoholforbrug?

- Ja
- nej

Har du følt dig skyldig over at drikke?

- Ja
- nej

Har du brugt alkohol til at komme i gang om morgenen?

- Ja
- Nej

FAST:

1. Mænd: Hvor ofte drikker du otte eller flere genstande på en gang

Kvinder: Hvor ofte drikker du seks eller flere genstande på en gang

- Hver dag eller næsten (6–7 dage per uge) (4 point)
- Flere gange om ugen (3–5 dage per uge) (3 point)
- En eller to gange per uge (2 point)
- Mellem en og tre gange per måned (1point)
- Mindre end en gang om måneden(0 point)
- Aldrig (skip de resterende spørgsmål: Test er negativ)

2. Hvor ofte i det seneste år har du været ude af stand til at huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?

- Hver dag eller næsten (6–7 dage per uge) (4 point)
- Flere gange om ugen (3–5 dage per uge) (3 point)
- En eller to gange per uge (2 point)
- Mellem en og tre gange per måned (1 Point)
- Mindre end en gang om måneden (0 point)
- Aldrig

3. Hvor ofte i det seneste år har du ikke gjort, hvad der forventedes af dig, fordi du havde drukket?

- Hver dag eller næsten (6–7 dage per uge) (4 point)
- Flere gange om ugen (3–5 dage per uge) (3 point)
- En eller to gange per uge (2point)
- Mellem en og tre gange per måned (1 point)
- Mindre end en gang om måneden (0 point)
- Aldrig

4. Er der nogen, som en ven, et familiemedlem eller en læge, der i det sidste år har foreslået at du skulle skære ned, eller været bekymret?

- Nej (0 point)
- Ja, en gang (2 point)
- Ja, flere gange (4 point)

Point i alt _____

CAGE og FAST

- Udfyldes med henblik på at klarlægge patientens alkoholmønster
- Fasten udfyldes med tal og lægges sammen.

Nedenstående stofprofil

- Stofferne udfyldes med streger, strengen starter på den alder hvor stoffet tages første gang til den alder hvor forbruget ophører. Genoptages forbruget påbegyndes ny streg.

12. Stofprofil

Stoffer	Hvor meget og hvilket præparat												Antal år i alt
		10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
Metadon lægeordineret													
Metadon illegalt													
Buprenorfin lægeordineret													
Buprenorfin illegalt													
Andre opiater smertestillende.													
Andre opiater illegalt													
Heroin													
Benzodiazepiner lægeordineret													
Benzodiazepiner illegalt													
Amfetamin													
Kokain													
Crack/ FreeBase													
Ecstasy													
LSD													
Svampe, Meskalin													
Cannabis													
Tobak													
Alkohol													
Andet													
Alder		10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	

Note: Det noteres hvis stoffet kun indtages rekreativt og hvis stoffet indtages turevist (da eventuelt med intervaller) Hvis stoffet kun er prøvet få gange skrives ”prøvet” og det noteres med X hvornår det er prøvet.

Bilag 6

➡ Denne side udfyldes kun ved daglig medicin administration.

Måned			År
Dato	Udleveret medicin	Ikke Givet	Signatur
1	➡ Den specifikke udleveret medicin.	➡ Dokumentation af at medicinen har været til rådighed men at patienten ikke har modtaget den	➡ person der har udført handlingen
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9	➡ Række 10 -20 udtaget i eksemplet		
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Bemærkninger

➡ Eventuelle bemærkninger i forbindelse med udlevering

Måned			År
Dato	Udleveret medicin	Ikke Givet	Signatur
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Bemærkninger

Bilag 7

**Program for SundhedsTeam og H:S´
Temadag den 17. maj 2006, Kl 9 – 15.30**

**i
Sundheds Teams lokaler
Sundholmsvej 18, 2300 København S**

Alkoholbehandling for de sværest belastede

9.00 – 9.15

Velkomst og oversigt over dagen.

9.15 – 10.15

Alkoholbehandlingen Københavns Kommune og i stofmisbrugsbehandlingssystemet, muligheder og barrierer. Hvordan kan den fremtidige behandling tænkes sammensat?

Overlæge Peter Ege og Alberte Bryld Burgaard, Københavns Kommune. Mål og rammekontoret for Misbrug, hjemløse, bolig og byggeri.

10.15 – 10.30

Pause

10.30 – 12.00

E-Huset og behandling af demente alkoholmisbrugere

Inge Fjordside, sygeplejerske og leder af E – Huset.

12.00 – 13.00

Frokost

13.00 – 14.00

Den sygeplejerskefaglige tilgang til ambulat behandling af svært belastede alkoholmisbrugere.

Sygeplejerske Lone Dam, SundhedsTeam eventuelt sammen med patient.

14.00 – 14.15

Pause

14.15 – 15.00

Kliniske muligheder og nye veje i alkoholbehandling for de sværest marginaliserede

Henrik Thiesen, afdelingslæge, leder af SundhedsTeam.

15.00 – 15.30

Afsluttende spørgsmål og oplæg til næste møde

Svar udbedes på mail til alkodoktor@dadlnet.dk senest den 9. maj 2006.

Bilag 8

**Program for SundhedsTeam og H:S´
Temadag den 15. november 2006, Kl 9 – 15.30**

**i
lokalerne over sygeplejeklinikken
Sundholmsvej 20, 2300 København S**

Hjemløshedssystemet Hvem, hvor, hvordan?

9.00 – 9.45

**Velkomst og oversigt over dagen. Oplæg om gråzoneområder v. Henrik Thiesen,
SundhedsTeam**

Del I: det offentlige

10.00 – 10.45

Herbergscentret Sundholm og sygeplejeklinikkerne

Gertrud Sørensen & Mette Andersen

10.45 – 11.00

Pause

11.00 – 11.45

Aktivitetscentret

Medarbejder fra Aktivitetscentret

11.45 – 12.30

Frokost

Del II: det private

12.30 – 13.00

Fedtekældereren, Christianshavn / Kirkens Korshær

Sharon Parker, Leder af Fedtekældereren

13.00 – 13.30

Kofoeds Kælder / Kofoeds Skole

Ingelise Bang, medarbejder Kofoeds Kælder

13.30 – 13.45

Pause

13.45 – 15.00

Cases og debat,

Med udgangspunkt i indsendte tilfælde og tilfælde fra SundhedsTeams arbejde forelægges cases til debat – hvor kan vi handle anderledes og hvilke muligheder for gensidig opfølgning har vi i de forskellige systemer.

15.00 – 15.30

Afsluttende spørgsmål og oplæg til næste møde

Bilag 9

SundhedsTeam-folder

Kontakt

Sundhedsteamets arbejdstid er mandag til fredag i dagtimerne.

Der kan lægges besked på mobiltelefonnumre døgnet rundt.

Angående borgere med sidst kendte adresse i:
Indre by, Østerbro, Nørrebro, Nordvest, Brønshøj, Tingbjerg og Husum:

Telefon: 27 64 81 00
27 64 84 00

Angående borgere med sidst kendte adresse på:
Amager, Christianshavn, Vesterbro, Sydhavnen, Valby og Vanløse:

Telefon: 27 64 82 00
27 64 83 00

Eksisterer der ingen tidligere kendt adresse i København, kontaktes et vilkårligt nummer.

Københavns Kommunes
Sundhedsteam

Sundholmsvej 18
2300 København S
Fax.nr. 33 17 67 27

KØBENHAVNS KOMMUNE
Socialforvaltningen
oktober 2006



Københavns Kommunes
Sundhedsteam

- Et tilbud til hjemløse
med helbredsproblemer



SUNDHEDS
TEAM 

Sundhedsteamet

Københavns Kommunes Sundhedsteam består af 4 sygeplejersker og 1 læge.

Sundhedsteamet er en del af Københavns Kommunes Gadeplansindsats. Det er en social og sundhedsfaglig indsats rettet mod de borgere som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opspøge den.

Arbejdsområde

Sundhedsteamets arbejde har mange lighedspunkter med det arbejde, som bliver udført i en almindelig lægepraksis. Det betyder at sundhedsteamet har samme muligheder som en praktiserende læge i forhold til det øvrige sundhedssystem.

Sundhedsteamet fungerer som brobygger mellem den enkelte borger og sundhedssystemet.

Sundhedsteamet har ikke en klinik og i hverdagen betyder det, at vi cykler

rundt til de steder, hvor den enkelte borger opholder sig.

- Vi tager blodprøver
- Vi henviser til diverse undersøgelser
- Vi følger op på indlæggelser og hjælper med videre medicinering
- Vi behandler lidelser der ikke kræver indlæggelse.
- Vi forbereder borgeren til planlagt indlæggelse.
- Vi fungerer som bindeled mellem sundhedssystemet og borgere, som det er svært at få kontakt med.

Al kontakt, planlægning og behandling foregår i tæt samarbejde med borgeren.

Sundhedsteamet forsøger at opnå kontakt med borgeren hurtigst muligt, så det mest presserende prioriteres først. Borgeren vil altid blive tilbudt kontakt inden 7 dage efter henvisning.

Målgruppen

Hjemløse borgere med sundhedsproblemer, hvor kontakten mellem systemet og den enkelte borger ikke fungerer. Det kan være en borger som ikke har kontakt med egen læge eller en borger som har svært ved at opholde sig i de rammer og den struktur der er på et hospital.

Henvisning

De borgere som har behov for sundhedsteamets hjælp kan henvises af alle, for eksempel politi, hospital, væresteder, gadeplansmedarbejder, m.m.

Henvisning foregår ved at kontakte teamet pr. telefon.

Sundhedsteamet kan altid kontaktes med henblik på råd og vejledning.

**Bilag 10**

Henvisning til Københavns Kommunes Sundhedsteam. Faxes til nr.3317 6727

Udfyldt af _____ Dato. _____

1. Stamoplysninger	
Patient navn	CPR.nr.
Patientens sidste folkeregisteradresse	
Telefon:	
Egen læge	Ingen læge
Telefon	

2. Bekræftelse af samtykke	
Kontakt med Sundhedsteam samt kopi af journal	Dato:

3. Henvisningsoplysninger	
Dato for henvisning:	
Henvist af sygehus:	
Afdeling:	

4. Henvisningsårsag	

5. Daglige rutiner	
Fast tilholdssted (værested, herberg, natcafé)	
Kontakt til Gadeplansmedarbejder. Navn:	
Andet:	

Se vejledning på bagsiden

Gennemgang af fax seddel

Ad.1 Stamoplysninger

- Patienten navn: såfremt patienten ikke ønsker at opgive navn eller cpr. nummer. beskrives vedkommende ud fra specielle kendetegn eller andre muligheder for at genkende vedkommende
- Cpr. nummer: Det er muligt at henvise uden cpr. nummer
- Sidst kendte folkeregisteradresse er vigtig da det giver mulighed for at finde ud af hvilken kommune der kan tilbyde hjælp.
- Mobiltelefonen er udbredt og giver bedst mulighed for at skabe kontakt på gaden

Ad.2 Læge

- Egen læge: udfyldes
- Telefon: udfyldes
- Ingen læge skrives bare ja eller nej.
- Årsag kan være såsom afstand, at patienten ikke må komme der mere eller ikke ønsker at komme der mere.

Ad. 3 Henvisningsoplysninger

- Dato for henvisning: udfyldes på dagen faxen sendes
- Henvist af sygehus: udfyldes med fulde navn
- Afdeling: afdelingens navn
- Navn på den der henviser til Københavns Kommunes Sundhedsteam
- Afdelingens telefon nummer.

Ad. 4 Henvisningsårsag

- Kort beskrivelse af situation, indlæggelsesårsag og hvorfor patient/afdeling ønsker kontakten.

Ad. 5 Daglige rutiner

- Fast tilholdssted (værested, herberg, natcafé, bænke) giver større mulighed for at finde patienten i København og tage kontakt til patienten.
- Kontakt til lokalcenter/ rådgivningscenter. Hvilket: giver større mulighed for at tilbyde den rette hjælp
- Kontakt til Gadeplansmedarbejder. Navn: giver større mulighed for at tilbyde den rette hjælp

Hvad er Københavns Kommunes Sundhedsteam?

Københavns Kommunes Sundhedsteam består af 4 sygeplejersker og 1 læge og er en del af Københavns Kommunes Gadeplansindsats for hjemløse. Det er en social og sundhedsfaglig indsats rettet mod de borgere som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opsøge den.

Sundhedsteamets arbejde har mange lighedspunkter med det arbejde, som bliver udført i en almindelig lægepraksis, bortset fra at der ikke er nogen klinik. I hverdagen betyder det, at vi opsøger, den enkelte borger der hvor han/hun opholder sig. Al kontakt, planlægning og behandling foregår i tæt samarbejde med borgeren. Sundhedsteamet forsøger at opnå kontakt med borgeren hurtigst muligt, inden 7 dage efter henvisning og fungerer som brobygger mellem den enkelte borger og sundhedssystemet.

Hvad er målgruppen?

Målgruppen er hjemløse borgere med sundhedsproblemer, hvor kontakten mellem systemet og den enkelte borger ikke fungerer. Det kan være en borger som ikke har kontakt med egen læge eller en borger som har svært ved at opholde sig i de rammer og den struktur der er på et hospital.

Henvisning

Henvisning foregår helt enkelt ved at kontakte Sundhedsteam pr. telefon eller fax.

Sundhedsteamet kan altid kontaktes med henblik på råd og vejledning. Sundhedsteamets arbejdstid er mandag til fredag i dagtimerne. Der kan lægges besked på mobiltelefonnumre døgnet rundt.

Angående borgere med sidst kendte adresse i Indre by, Østerbro, Nørrebro, Nordvest, Brønshøj, Tingbjerg og Husum:

Tlf.: 2764 8100/ 2764 8400

Angående borgere med sidst kendte adresse på Amager, Christianshavn, Vesterbro, Sydhavnen, Valby og Vanløse:

Tlf.: 2764 8200/ 2764 8300

Eksisterer der ingen tidligere kendt adresse i København, kontaktes et vilkårligt nummer



Bilag 11

Vaccinations- og Blodprøveskema

Navn _____

Cpr _____

Kontaktsted _____

Mobilnummer _____

Vaccine	Vaccination planlagt dato	Initialer	Vaccination udført dato	Initialer
Twinrix Hepatitis vaccine 1				
Twinrix Hepatitis vaccine 2				
Twinrix Hepatitis vaccine 3				
Tetanus				

Blodprøver	Blodprøve planlagt dato	Initialer	Blodprøve udført dato	Initialer
Rutine				

VACCINATIONSPROGRAM

Hvornår vaccinerer vi mod Hepatitis A+B:

Ved negativt blodprøvesvar på hepatitis A og/eller hepatitis B og minimum én af nedenstående:

1. Have et injektionsmisbrug
2. Have et kokainmisbrug
3. Have mange seksuelle kontakter
4. Lever sammen med en som er smittet med Hep. B.

Hvordan vaccinerer vi:

1. Ved journaloptagelse tages rutineblodprøver
2. Ved journaloptagelse afklares om patienten er i potentiel smitterisiko
3. Når der forligger blodprøvesvar, afklares med læge om der skal tilbydes vaccine
4. Ved information til patient om blodprøvesvar, tilbydes 1. injektion af vaccinen
5. Der udfyldes vaccinationskort som medgives patienten.
6. Der udfyldes vaccinations- og blodprøveskema, som opbevares i patientjournalen.
7. Der laves ny aftale med patienten 1 måned senere til 2. injektion.
8. Dato for vaccine skrives ind i kalenderen
9. Der aftales dato for 3. injektion 6 måneder efter 1. injektion
10. Dato for vaccine skrives ind i kalenderen.