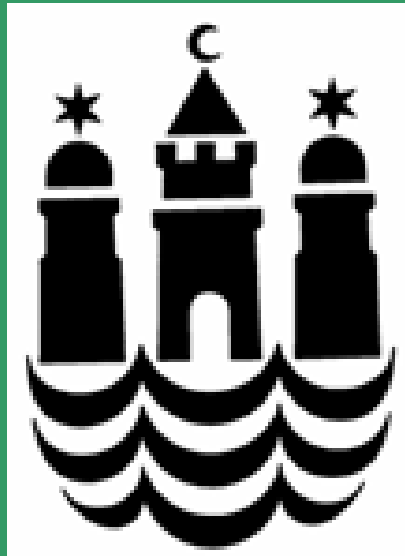




# SundhedsTeam

Indsats overfor de sværest marginaliserede med  
helbredsproblemer

i Københavns Kommune

–

Årsrapport 2007



# **Indhold**

## **Årsrapport 2007**

|                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Forord</b>                                                     | <b>s. 5</b>  |
| <b>Generel del</b>                                                |              |
| <b>Daglige arbejdsforhold og logistik</b>                         | <b>s. 6</b>  |
| Logistik                                                          | s. 6         |
| Dagligt arbejde                                                   | s. 6         |
| Regionstilknytning                                                | s. 6         |
| Fast ekstern mødestruktur                                         | s. 6         |
| Intern mødestruktur                                               | s. 7         |
| Metoder                                                           | s. 8         |
| <b>Kontaktskabelse og samarbejde</b>                              | <b>s. 11</b> |
| Specielle forhold for de enkelte byområder                        | s. 12        |
| <b>Dokumentation og kvalitetssikring</b>                          | <b>s. 15</b> |
| Generelt                                                          | s. 15        |
| Gennembrudsmodellen                                               | s. 15        |
| Udvikling i samklang med praksis                                  | s. 17        |
| "Evalueringsstop"                                                 | s. 18        |
| Uddannelsesstrategi i forhold til udvikling af teamet             | s. 18        |
| Dataopsamling og journal.                                         | s. 19        |
| <b>Patienter</b>                                                  | <b>s. 20</b> |
| Nytilkomne patienter 2007                                         | s. 20        |
| Køns - og aldersfordeling                                         | s. 20        |
| Indskrivningsfordeling i løbet af året                            | s. 22        |
| Hvor kommer patienterne fra?                                      | s. 23        |
| <b>Henvissnings – og behandlingsdata</b>                          | <b>s. 29</b> |
| Hvem har henvist patienter til SundhedsTeam                       | s. 29        |
| Responstid efter henvisning                                       | s. 31        |
| Responstid fra behandlingsbeslutning til behandlingens udførelse  | s. 32        |
| Henvissningsårsager                                               | s. 33        |
| Indskrivningsdiagnoser                                            | s. 34        |
| Kontakt med egen læge                                             | s. 35        |
| Medicin udleveret af SundhedsTeam                                 | s. 36        |
| Samtykke til kontakt med sundhedsvæsenet etc.                     | s. 38        |
| Journaludfyldelse                                                 | s. 39        |
| <b>Blodprøver</b>                                                 | <b>s. 41</b> |
| Blodprøvetagning                                                  | s. 41        |
| Generelle betragtninger vedr smitteopsporing for hepatitis og HIV | s. 42        |
| Vaccinationer                                                     | s. 42        |
| Vurdering af smittestatus                                         | s. 43        |
| <b>Smittescreening</b>                                            | <b>s. 45</b> |
| Hepatitis C                                                       | s. 45        |
| Hepatitis B                                                       | s. 46        |
| Hepatitis A                                                       | s. 46        |
| HIV                                                               | s. 46        |
| Andre blodprøver                                                  | s. 46        |
| <b>Alkohol- og stofmisbrug</b>                                    | <b>s. 47</b> |
| Opgørelse af misbrug og journaliseringsproblemer                  | s. 47        |
| Misbrug, opgjort for 73 personer                                  | s. 48        |

|                                                                                              |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Boligforhold</b>                                                                          | <b>s. 50</b> |
| ETHOS 2006-7                                                                                 | s. 52        |
| <b>Behandling "på gaden"</b>                                                                 | <b>s. 55</b> |
| Praktisk metode                                                                              | s. 55        |
| Udviklingen af kontakt                                                                       | s. 56        |
| Internat-ture                                                                                | s. 57        |
| Behandling af svært alkoholmisbrug                                                           | s. 58        |
| Baggrund                                                                                     | s. 58        |
| "Wet-houses" i København                                                                     | s. 59        |
| Skadesreduktion overfor de mest alkoholmisbrugende i København                               | s. 60        |
| Fremtiden for alkoholbehandlingen                                                            | s. 63        |
| Andre grupper                                                                                | s. 64        |
| Skizofrene og medicinering                                                                   | s. 64        |
| Anden psykose                                                                                | s. 66        |
| Compliance og kognition                                                                      | s. 67        |
| Konklusion                                                                                   | s. 70        |
| <b>Særlige projekter</b>                                                                     | <b>s. 71</b> |
| CAGE                                                                                         | s. 71        |
| CORRELATION                                                                                  | s. 71        |
| Satspuljeprojektet vedrørende sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere | s. 72        |
| Opsøgende teams for alkoholmisbrugere                                                        | s. 72        |
| E-Huset og økonomi                                                                           | s. 73        |
| Kontaktarbejde på tværs af Øresund                                                           | s. 73        |
| Sundhedsrum på Vesterbro                                                                     | s. 73        |
| <b>Faglig opdatering, undervisning, foredrag mm.</b>                                         | <b>s. 74</b> |
| H:S-Forum / R:H-Forum                                                                        | s. 74        |
| Undervisning, foredrag, indlæg på konferencer                                                | s. 75        |
| Undervisning af sygeplejerske- og medicinstuderende                                          | s. 75        |
| Andre konferencer og møder mm.                                                               | s. 76        |
| <b>Fokusområder i 2008</b>                                                                   | <b>s. 78</b> |
| Sundhedsrum                                                                                  | s. 78        |
| Missionen blandt Hjemløse, Kollegiet, Gl. Køge Landevej                                      | s. 78        |
| Internationale udeliggere                                                                    | s. 78        |
| Udvikle og styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger                                        | s. 78        |
| Økonomi                                                                                      | s. 78        |
| Fængsler og løsladelse                                                                       | s. 79        |

## Sygeplejefaglig del

|                                                                               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Uddannelses- og undervisningstiltag internt og eksternt i Sundhedsteam</b> | <b>s. 80</b> |
| Uddannelse internt i SundhedsTeam                                             | s. 80        |
| Summer Institute on Alcohol, Drugs and Addiction in Amsterdam                 | s. 80        |
| Undervisning                                                                  | s. 81        |
| Sygeplejeuddannelsen                                                          | s. 81        |
| <b>Sygeplejefagligt samarbejde</b>                                            | <b>s. 81</b> |
| Sygeplejersketemadage                                                         | s. 81        |
| Sygeplejefagligt netværk                                                      | s. 81        |
| Fagligt selskab for Addiktiv sygepleje                                        | s. 82        |
| <b>Tværfagligt samarbejde</b>                                                 | <b>s. 83</b> |
| Samarbejde med de lokale herberger og væresteder                              | s. 83        |
| Sårbehandling til stofmisbrugere                                              | s. 83        |
| Gaderummet                                                                    | s. 83        |

|                                                                  |              |
|------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Cases fra 2007</b>                                            | <b>s. 84</b> |
| Case 1. Samarbejde med det svenske hospitals- og socialvæsen     | s. 84        |
| Case 2. Når opbakningen fra det sociale system svigter           | s. 84        |
| Case 3. Samarbejde med psykiatrien                               | s. 85        |
| Case 4. Beskrivelse af et forløb op til alkoholbehandling        | s. 86        |
| Case 5. Akutforløb – ”når det sociale system ikke har kapacitet” | s. 87        |
| Case 6. Fra gaden til plejekollektiv                             | s. 89        |
| Case 7. Samarbejde med fængselsvæsenet                           | s. 90        |
| <b>Sygeplejen</b>                                                | <b>s. 91</b> |

## Afslutning

|                                                                                                        |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Nåede vi det vi skulle i 2007?</b>                                                                  | <b>S. 93</b> |
| Nye og gamle netværk                                                                                   | s. 93        |
| Sundhedsvæsenet                                                                                        | s. 93        |
| Københavns Kommunes gadeplansindsats                                                                   | s. 93        |
| Det nye Støtte-Kontakt-Person projekt (SKP)                                                            | s. 93        |
| Stofmisbrugsområdet                                                                                    | s. 93        |
| Lokalt i Øresundsområdet                                                                               | s. 93        |
| Europæisk netværk                                                                                      | s. 93        |
| Hjemløsekonference                                                                                     | s. 93        |
| Satspuljeteams                                                                                         | s. 93        |
| Sundhedsrum                                                                                            | s. 93        |
| Undervisning, Studerende, Regionsnetværk / H:S-Forum                                                   | s. 94        |
| Bredere tværsektorielle konferencer for flere faggrupper                                               | s. 94        |
| Udveksling med fagpersonale fra andre dele af landet og norden                                         | s. 94        |
| Website                                                                                                | s. 94        |
| Faglig udvikling og beskrivelse af udgående sundhedstjeneste                                           | s. 94        |
| Arbejde med kvalitetssikring samt evt. audit i patientforløb i samarbejde med sundhedsvæsenet          | s. 94        |
| <b>Kommende opgaver i 2008</b>                                                                         | <b>s. 94</b> |
| Sundhedsrum                                                                                            | s. 94        |
| Videnskabeligt arbejde                                                                                 | s. 95        |
| IT                                                                                                     | s. 95        |
| Klarere beskrivelser af metoder og best-practice i behandling af sygdomme i opsøgende sundhedstjeneste | s. 95        |
| Forberedelse af 2. nordiske hjemløshedskonference 2009                                                 | s. 95        |

## Bilag

|                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| Bilag 1. ETHOS 2006 og 2007                                              | s. 96  |
| Bilag 2. R:H-Forum                                                       | s. 98  |
| Bilag 3. Baggrundsmateriale til Case 5                                   | s. 100 |
| Bilag 4. ”Bygger bro til sundhedssystemet”. Artikel fra bladet ”Hjemløs” | s. 108 |
| Bilag 5. Indhold af præsentationsmapper til hospitalsvæsenet             | s. 110 |

# Forord til årsrapport 2007

One's action ought to come out of an achieved stillness: not to be a mere rushing on  
- D.H. Lawrence  
(Ens handlinger bør komme ud af opnået ro og ikke blot være en faren af sted)

SundhedsTeams arbejde i 2007 har været en glidende fortsættelse af arbejdet i 2006. De opgaver, der blev startet i 2006 fortsatte og nye opgaver og metoder blev udviklet i løbet af 2007. Det var også i løbet af året 2007, at der tegnede sig nogle metoder, som var gennemgående i de fleste behandlingsforløb og som er blevet beskrevet i forskellig sammenhæng.

Året 2007 har vi set nogle samarbejdspartnere glide i baggrunden og andre komme til, men det er ikke i noget tilfælde på grund af konflikter med andre organisationer eller institutioner, at samarbejdet er blevet mindre. Nogle organisationer ændrer sig og med dem ændrer fokus og målgruppe sig, mens andre ikke havde den brug for sundhedstjeneste, som de forestillede sig.

Det vigtige for teamet er, at der ikke bør være nogen steder i København som har med hjemløse mennesker at gøre, som ikke kender til teamets eksistens og kan finde ud af at ringe, hvis der skulle opstå uhåndterlige problemer. Om frekvensen af henvisninger og kontakter er flere om ugen eller en enkelt hver anden måned er i denne sammenhæng ligegyldigt. Man skal have den viden, at teamet reagerer på alle henvendelser med et positivt og brugbart respons. I 2007 har vi da også oplevet, at en hel del har henvendt sig til os i stedet for omvendt og at nye samarbejdspartnere dukker op med jævne mellemrum.

Ud over det tætte samarbejde ud over hele byen, er der kommet kontakt til hjemløshedsorganisationer og kliniske enheder i Norden og resten af verden. Slutningen af året blev ét langt møde med nye venner og kolleger Stockholm, Oslo, Pittsburgh, Houston og Amsterdam og netværker opstod på tværs i Europa med udgangspunkt i *European Federation of National Organisations working with the Homeless* (FEANTSA) hvor en ny undergruppe, *European Network of Homeless Health Workers* (ENHW) opstod. Disse netværker er alle i deres vorden, men de er alle opstået som følge af et pres i det faglige miljø, der langsomt er ved at udkrystallisere sig.

Det er ikke hyppigt, man får frie hænder til at udvikle sit fag og tilmed kolleger, der deler ønsket om at arbejde for at denne udvikling skal ske til alles bedste og uddeles til alle, der vil have den.

Som noget nyt er der i årets rapport indsat referencer og henvisninger til internettet, så man direkte fra rapporten kan klikke sig ind på de relevante websider og rapporter, der er henvist til.

SundhedsTeam skal takke alle samarbejdspartnere for et godt 2007 og vi håber at denne årsrapport kan være med til at belyse, hvad det er vi går og fordriver tiden med derude i den virkelige verden.

Marts 2008

Henrik Thiesen  
Afdelingslæge  
Leder af SundhedsTeam

## **Daglige arbejdsforhold og logistik.**

De sygeplejersker, der blev ansat i 2005, er stadig alle ansat i SundhedsTeam og der er ikke tegn på at dette solide team på nogen måde er i opbrud eller præget af krisetendenser.

### **Logistik:**

Det stabile arbejde med at etablere SundhedsTeam er ført videre i 2007. Der har gennem året været etablering af depotrum og klargøring af dette til at kunne rumme bearbejdning af laboratorieprøver mm. Blandt andet er der opsat centrifuge, hvilket gør det muligt at tage et større spektrum af blodprøver i forhold til tidligere.

SundhedsTeams ydernummer er uvurderligt i det daglige arbejde. Det er stort set muligt at henvise til behandling mm. ved at skrive almindelige breve og de formularer som er beregnet på en smidig sagsgang mellem primær- og sekundærsektor er kendt af alle og det letter naturligvis sagsgangen at benytte de kendte kommandoveje.

SundhedsTeam har anskaffet en bil, som letter de opgaver, der kræver længere transporttid og transport af patienter, men hovedparten af den daglige bevægelse fra sted til sted foregår stadig med cykel. Uanset at bilen er en behagelighed, er den nemmeste måde at bevæge sig i bytrafikken stadig på 2 hjul.

### **Dagligt arbejde:**

Den daglige arbejdsrytme, der blev grundlagt i 2006, er fortsat i 2007. Den nedbrydning af bydelsinddelingen, der begyndte i 2006, er fortsat i 2007.

### **Regionstilknytning**

De 4 SundhedsTeamsygeplejersker var ved teamstart i 2005 fordelt på 4 byområder, der fulgte inddelingen af den daværende gadeplansindsats. Men med restruktureringen af det opsøgende sociale arbejde er grundlaget for denne opdeling forsvundet. I 2007 har der derfor været et tiltagende arbejde over "bydelsgrænserne", hvor man har delt opgaverne på de lokaliteter, som havde størst belastning. Det har dog været hensigtsmæssigt, at denne opbrydning er sket glidende således, at det netværk, der eksisterede, har lært de "nye" SundhedsTeamsygeplejersker at kende som en del af arbejdsprocessen.

### **Fast ekstern mødestruktur**

Da der har været ændringer i de omkringliggende systemer, er behovet for nye mødefora opstået men gamle er stadig aktive:

Tværfagligt netværk "Gadeplan.dk" x 4 årligt

Socialt Udviklingscenter SUS "Grønlændernetværk" x 4 årligt

Københavns Venereaklinik ca. x 2 årligt

Nye mødefora er opstået i relation til det voksende sygeplejefaglige miljø på Sundholm og andre er under opbygning i samarbejde med større og mindre interessenter. Der har der ud over været tilbagevendende opgaver, som er blevet evalueret efterfølgende i ad-hoc grupper. Her kan for eksempel nævnes evaluering af "koloniture" med alkoholmisbrugere, hvor SundhedsTeam har haft en rolle i forhold til den generelle sundhedstilstand og sikring af sufficient afrusning.

## **Intern mødestruktur**

Den interne mødestruktur som var under opbygning i 2006 fik sin endelige form i 2007.

Hvor teamet i 2006 forsøgte sig med flere ugentlige møder af kortere varighed, er man nu endt på et længerevarende ugentligt møde, hvor der går i dybden med de kliniske- og øvrige faglige problemstillinger. Disse møder har en fast struktur, hvor kun længden af de enkelte dele varierer. Men den overordnede struktur er ens fra gang til gang. På den måde gennemgås alle de nyindskrevne patienter og deres behandlingsforløb evalueres med relativt korte mellemrum.

Ved offentliggørelsen af hel- og halvårsrapporter afholdes et heldagsmøde, hvor temaer fra rapporten bearbejdes med henblik på at rette de dysfunktioner, der kan være i arbejdsgange og metodik. Møderne skal ses som fokuspunkter, hvor den interne funktion af teamets metoder og dynamik bearbejdes. Frekvensen af møderne synes at være passende til at rette fejludviklinger i arbejdsmetoderne eller implementere nye metoder. Det er her vigtigt at understrege, at al dokumentationen i SundhedsTeam ikke er rettet på den enkeltes arbejdsmængde eller effektivitet, men der kigges generelt på patientdata og hvor der kan tilrettes, så der i sidste ende tilbydes den mest optimale behandling til målgruppen som helhed.

Al registrering foretages med henblik på at sikre den bedst mulige behandling og det er derfor ikke relevant med tidsstudier, patientbelastningsmålinger etc. Da patientgruppen har stor diversitet kan en sygeplejerske som har få patienter antalsmæssigt have en stor aktuel belastning, mens belastningen med de samme patienter efter kort tid kan være ganske lille.

Siden 2006 har SundhedsTeam haft faste supervisionsmøder og teamcoaching med Ivan Stahl Jacobsen / Stahl Consulting. Mødeaktiviteten i 2007 har været 7 møder i alt, hvor emnet for mødet hyppigst bringes op på selve mødedagen, men der har desuden været tematiske møder som for eksempel "Visioner og mål frem til 2010".

Det viste sig meget hensigtsmæssigt at udarbejde en teamvision frem mod januar 2008 så da vi nærmede os januar 2008 måtte en ny version bringes i spil. Visionen for 2008 var stort set bragt i mål i starten af året 2007, så en ny længerevarende målsætning var nødvendig.

Samarbejdet med Ivan Stahl har været uhyre frugtbart for teamet som helhed og bragt den interne udvikling op på et generelt højere niveau.

For en lille enhed som vores er den eksterne virksomheds-supervision af meget stor vigtighed i forhold til arbejde på flere punkter:

1. Interpersonelle relationer i teamet.
2. Interne strukturer og metoder.
3. Relationer til eksterne samarbejdspartnere.
4. Coaching i forhold til teamets udvikling som enhed og som virksomhed.
5. Sparring i forhold til overordnet faglig udvikling.

Samtidig skaber supervisor systematisk et rum for refleksion, som ikke kommer så let i dagligdagen, ved at præsentere alternative måder at anskue processer, eller ved blot at stille spørgsmål som ikke-sundhedsperson og dermed udfordre eventuel dogmatisk tænkning.

Det har for SundhedsTeam været af stor vigtighed, at teamsupervisionen ikke kun er problemorienteret og psykologisk men løsningsorienteret, hyppigt efter Appreciative Inquiry metode<sup>1</sup>. I et team som vores, der er baseret på at den indre sammenhængskraft og interpersonelle relation skal være maksimalt god, er det vigtigt at få blik på andre aspekter af den daglige drift, som også skal lykkes for, at man ikke sander til i gentagne metodiske fejl.

Ud over den eksterne supervision har teamet gennemgået Gruppe-Udviklings-Samtale med fokus på den korte udviklingshorisont for teamet og den enkeltes plads i teamet i året der kommer. GRUS-samtalen erstatter Medarbejder-Udviklings-Samtalen (MUS) med den enkelte medarbejder, som ikke var ønsket af teamet.

### **Metoder:**

Generelt er de metoder der er påbegyndt i 2006, fortsat og udviklet gennem 2007, så teamets arbejdsmetoder er ikke ændret radikalt i det forløbne år.

Det grundlæggende arbejde er stadig, i forhold til den enkelte, at relationen med patienten skal fungere.

Teamets tætte kontakt med den enkeltes dagligdag, gør at man hurtigt opdager, når behandling ikke fungerer og at man derved får mulighed for at gribe ind på et meget tidligere tidspunkt, end man ellers ville have mulighed for.

Et eksempel på behovet for en vedvarende relation kunne være den psykotiske skizofrene patient.

Patienten der sættes i antipsykotisk medicin vil ofte, når der er indtrådt stabilitet, føle sig overmedicineret fordi den medicin, der skal dæmpe de psykotiske tanker og ideer også dæmper det normale tankesæt og følelsesliv. Patienten vil derfor efter nogen tid føle sig glædesløs og afkoblet fra omverdenen og derfor få lyst til at ophøre med medicinen igen. Det ser ud til at det basale problem er at medicinen ofte startes når patienten er maksimalt dårlig og at man som behandler har tendens til ikke at få indledt det relevante samarbejde med patienten om at styre medicinen i forhold til effekt og bivirkninger.

For den uhensigtsmæssigt behandlede psykiatriske patient har forløbet ofte været præget af tvangstilbageholdelser, som ender i en kraftig medicinering, hvorefter patienten udskrives til usikre sociale forhold. Men akilleshælen i behandlingen er som regel den kraftige medicinering, der gør at patienten søger at ophøre med medicineringen eller benytter forskellige rusmidler i et forsøg på at vække følelseslivet.

Resultatet er oftest en reaktivering af den svære psykose, som ledte til det forrige tvangsforhold og dermed indledes en ny tvangstilbageholdelse. Det sociale arbejde på gaden, som skulle føre til bedre forhold, er ofte hindret af den paranoide tilstand. Og medicinering er af patienten opfattet, som noget der skal undgås, fordi det reflektorisk forbindes med tvang.

En del mennesker med skizofreni eller skizofrenilignende symptomer befinder sig i relation til hjemløsemiljøet og de har ofte et anstrengt forhold til psykiatrien, men vil i mange tilfælde gerne tale med en sygeplejerske, hvis blot ikke medicinering er på dagsordenen. Andre har ikke noget mod at modtage medicin

---

<sup>1</sup> Se fx: Om Appreciative Inquiry - succeshistorier som udviklingsressource. <http://www.lederweb.dk/wm139681>



når de har det dårligt, men opfattes af omgivelserne ofte som så syge, at de ikke kan kontaktes og at den eneste mulighed er tvangsforanstaltning – ”som man plejer”. Især den sidstnævnte gruppe er klart en opgave for SundhedsTeam, idet der her oftest er tale om en cyklisk tilknytning til psykiatrien, som svinger mellem manglende medicinering og tvang. Der har i løbet af året 2007 været flere tilfælde, hvor kontakten til SundhedsTeam oprindeligt var med henblik på tvangsindlæggelse, men hvor den skizofrene gerne tog medicin. Som vanligt i forløbene har der været svigt i medicindosering men på grund af det tætte forhold til patientens netværk er medicineringen genoptaget forholdsvis ukompliceret efter kort tid. Case nr. 5, ”Samarbejde med psykiatrien” i sygeplejerskedelen af denne årsrapport er et skoleeksempel på case-management i forhold til den skizofrene patient. For første gang lykkes behandling udenfor lukket afdeling og patienten deltager selv i udviklingsprocessen ved at ønske og medvirke til genhusning i hjemkommunen. Casen er beskrevet på side 85.

Teamet har indledt en gennemført strategi med harm-reduction metode overfor alkoholmisbrugere. Da SundhedsTeam ikke behandler mennesker, der kan profitere af det eksisterende system, er det vigtigt, at der forsøges med udvikling af strategier, som også kan rumme dem, der ofte er endt som ubehandlelige eller som aldrig har været i nærheden af et systematisk behandlingstilbud, fordi de ikke magter den basale stabilitet, der kræves af de institutionsbaserede systemer. Harm-reduction metodikken ligger her i, at der sjældent begyndes med målrettet behandling mod alkoholfrihed, men snarere mod at øge den enkeltes velbefindende, så han selv bliver i stand til at nedsætte sit alkoholmisbrug. Ved at være til stede og arbejde fremad, om patienten måtte ønske det, kan der i de gode perioder skabes en fremadskridende proces i patientens eget tempo, som ofte kan virke meget langsomt, men som er det eneste tempo, der har en reel mulighed for at blive gennemført.

Metodeudviklingen sker ved en tæt integration af case-management (strength-based case management som beskrevet af Richard Rapp <sup>2,3</sup>) og medicinsk behandling.

Case-managementdelen er hele tiden fokuseret på det, som patienten opfatter som mulige ønsker og på, hvordan man når derhen. Vi opfatter det som en grundlæggende forudsætning, når vi har med patienter at gøre, som ikke er tilgængelige for den behandling, der ellers kan tilbydes, at vi hele tiden bevæger ud fra patientens egne rammer og muligheder. Ofte har den enkelte ønsker, som ikke hænger reelt sammen med det tidligere forløb og de muligheder, som den enkelte i virkeligheden har. Vi mødes ofte med et ønske om en ”afrusning” (alkohol-abstinensbehandling ved hjælp af benzodiazepin) og patientens forventning er implicit, at vi vil forlange at han indtager antabus, som en del af dette.

Allerede ved den første kontakt ville der være en uforenelighed mellem patientens reelle muligheder, hans indre dagorden og de forventninger der blev udtalt fra behandlerens side, hvis man forlangte antabusindtagelse. I stedet prøver SundhedsTeamsygeplejersken, at identificere de mål patienten har med

---

<sup>2</sup> Strengths-Based Case Management Implementation of an Effective Intervention For Encouraging Health Care Linkage Among Newly Diagnosed HIV-Positive Persons – R.C. Rapp, National HIV Prevention Conference, 2005 Jun 12-15 (abstract no. M3-F0404)

<sup>3</sup> Strengths-Based Case Management. Individuals' Perspectives on Strengths and the Case Manager Relationship - C. Brun, R.C. Rapp, Social Work, Vol. 46, no. 3, 2001, 278-88

sit ønske om afrusning og at sætte de mål i sammenhæng med, hvad der er muligt og ønskeligt. Ofte bliver det til en gensidig overenskomst om at forsøge en "stabiliserende" behandling. En behandling der er rettet mod alkoholtrang eller begge dele. På den måde opfatter patienten, at de symptomer han gerne vil have behandlet, bliver mindre og at hans behov for at drikke svinder sammen med symptomerne.

Selvom patienten senere øger sit alkoholmisbrug til de samme store mængder vil han ofte opleve, hvis han bibeholder den stabiliserende behandling, at konsekvenserne af misbruget bliver mindre i form af færre konflikter og dermed mindre risiko for sanktioner fra omgivelserne. Når der er færre konflikter og færre sanktioner, oplever patienten også, at der kan ske en fremgang i den generelle livssituation. Længere tid under tag, færre konflikter og større tænkeevne som følge af den lavere alkohol-indtag giver mulighed for, at der over tid, opstår en ny situation, hvor patienten af egen drift søger nye muligheder. Case-managementdelen skal dér være fokuseret på at opdage når ændringerne sker, tage dem seriøst og man skal sammen med patienten udforske de muligheder, der opstår som følge af den mere stabile situation.

SundhedsTeam har i flere tilfælde i 2007 kunnet sende mennesker i døgnbehandling med henblik på alkoholfrihed og forløbene er alle gennemført med succes. Efterfølgende er det nødvendigt at følge op på den generelle livssituation og her især få det sociale system i spil, for den enkeltes liv er ikke bragt i orden med alkoholfrihed.

Ofte er der tale om et meget stort tab, når man ophører med et mangeårigt misbrug. Tabet er især af venner og drikkekammerater og det kræver et hårdt arbejde at opbygge nye relationer, som ikke har drikkeri som det primære. Hvis personen har arbejdsevne er det i disse år lettere at få et job, men det er ofte tungt at få den nødvendige hjælp i den retning, hvis man i mange år ikke har været reelt til rådighed og ofte er den arbejdsevne, der i virkeligheden er, ikke særligt omfattende. Her har forsøgsprojekter som "Dag til Dag projektet" under Aktivitetscentret, og "Gang i Gaden"<sup>4</sup> vist sig at have en uvurderlig funktion, idet der her både kan tilbydes samvær med andre og opgaver med reelle arbejdsopgaver, som den enkelte kan magte.

Netop "efterværnet" er det der svigtes generelt. Men for et menneske som lever under meget usikre forhold er dette efterværn af langt større betydning, end den forudgående målrettede behandling. Samtidig er det vigtigt, at der er accept af risikoen for tilbagefald og at der eksisterer en strategi for, hvordan man håndterer det.

---

<sup>4</sup> Se [http://www.settlementet.dk/index.php?mode=read&menu\\_id=51](http://www.settlementet.dk/index.php?mode=read&menu_id=51)

## Kontaktskabelse og samarbejde

Den direkte kontaktskabende indsats over samarbejdspartnere har ikke været meget i fokus i 2007, men til gengæld er teamet blevet tiltagende kontaktet af andre professionelle samt forskellige uddannelser, som har ønsket at have SundhedsTeam og undervisning i hjemløses sundhedsforhold som en del af deres undervisningstilbud.

SundhedsTeam fra 2007, praktiksted for sidste-dels medicinstuderende i faget socialmedicin. Dette betyder at medicinstuderende præsenteres for teamet og skriver journal til fremlæggelse på studiet. Det har indtil videre været meget populært og en positiv oplevelse for patienterne at være "journal-offer". Derudover er der en forelæsning som led i den almindelige undervisning 3 gange pr. semester.

Vi har i flere omgange haft sygeplejeelever på kortere praktikophold og SundhedsTeamsygeplejersker har undervist i flere omgange. Der er desuden et halvdags-modul på engelsk i Sygeplejerskeuddannelsens internationale valgfag på Institut for Sundhedsvidenskab i København.

Det ses klart som en opgave, at der udvikles et systematisk tilbud til de professionelle uddannelser, så der bliver mulighed for at kunne uddanne nye sundhedsfaglige medarbejdere, som har en basal viden om hjemløses sygdomme. Der ud over er det en opgave, at så mange som muligt stifter bekendtskab med SundhedsTeams målgruppe, enten via forelæsninger eller praktikker. På den måde sikres også på langt sigt, at udsatte grupper får en mere optimal behandling i sundhedsvæsenet.

I forhold til hospitalsvæsenet har vi bibeholdt den halvårige temadag (bilag 2), men det har kun i ganske få tilfælde ført til nye kontakter. Der har dog været et tiltagende, casebaseret, samarbejde med infektionsmedicinske afdelinger i Københavnsområdet. Præsentationsmateriale fra SundhedsTeam er forelagt sygeplejersker fra de infektionsmedicinske afdelinger som modtog det meget positivt. Det er derfor planen, og de første aftaler er ved at være i hus, at lave et mere målrettet netværksarbejde i 2008.

SundhedsTeam har brugt en stor del af energien på at konsolidere de kontakter, der allerede havde vist sig frugtbare og det har for nogle ført til en kraftig opgradering af samarbejdet. Kollegiet på Gammel Køge Landevej er et eksempel på en institution, hvor teamet har haft nogle få opgaver i 2006 men hvor behovet for sundhedsydelser viste sig meget stort efterhånden som medarbejderne på Kollegiet blev bevidst om, hvilken rolle SundhedsTeam kunne spille. Kollegiet er det eneste større herberg, som ikke har en sundhedsfunktion og det har vist sig, at der er problemer på mange niveauer, som ikke tidligere er blevet adresseret ud over de muligheder, der er via kontakt med egen læge eller hospitalsvæsenet.

Men en masse mindre problemer fører over tid den meget alkoholmisbrugende gruppe ud i større og større psykiske og fysiske problemer, hvilket tidligere har ført til bortvisning når problemerne blev for store. Man har også i forhold til en del yngre misbrugere haft en lidt defaitistisk holdning, der har gjort, at man er rykket mere og mere ud af fokus, hvis man ikke har været i stand til at modtage de sociale tilbud som Kollegiet kan yde.

SundhedsTeam i kombination med den sociale indsats har ført til at vi i fællesskab har kunnet være meget intensive omkring beboere med svære

problemer af misbrugs- og adfærdsmæssig art, således at det ikke er endt med bortvisning og sandsynlig forværring af tilstanden.

Der har været tale om en del langvarige forløb, som over tid har ført til en betydelig forbedring i forhold til tidligere, efterhånden som det har været muligt at arbejde seriøst med både den sociale, misbrugsmæssige situation samt det fysiske og psykiske helbred. Det er i flere tilfælde lykkedes at genoptage kontakt med patientens egen læge, således at kontakten til det etablerede system er genoptaget. Flere patienter er som følge af denne indsats endt i døgnbehandling for deres alkoholmisbrug – en situation der ikke syntes indenfor rækkevidde da kontakten blev indledt. Arbejdet med Kollegiet har været en af grundpillerne i den spæde udvikling af en systematisk tilgang til svært kronisk alkoholmisbrug blandt hjemløse.

En artikel fra Missionen Blandt Hjemløses blad "Hjemløs" kan ses som bilag 4.

Københavns Kommunes gadeplansindsats er for en stor del blevet samlet i et enkelt team som har fået plads under administration af Aktivitetscentret.

Gadeplansindsatsen har hele tiden været set som SundhedsTeams primære kontaktflade til gadehjemløse, men på grund af omstruktureringer og den deraf følgende ændring af medarbejderstaben, så vi gennem 2006 at et faldende antal patienter blev henvist via gadeplansindsatsen. Den nye gadeplansindsats har påbegyndt sit arbejde medio 2007.

Generelt er samarbejdet og kontakten med de samarbejdspartnere som SundhedsTeam har haft kontakt med gennem de seneste 3 år forholdsvis stabilt og præget af at teamet er kendt ud over byen. Nogle samarbejdspartnere er gledet i baggrunden, måske fordi målgruppen har ændret sammensætning eller der er forandringer i medarbejdersammensætningen, og andre er kommet mere i forgrunden. Det er vores opfattelse, at vi generelt opfattes positivt og at medarbejderne på de enkelte væresteder etc. henvender sig når det er relevant at teamet inddrages. En øgning i patientindskrivningen på mere end 40 % i forhold til 2006 tyder på, at det ikke kun er de nye samarbejdspartnere, der indskrives men at der hele tiden kommer patienter til fra alle samarbejdspartnere.

## **Specielle forhold for de enkelte byområder**

I årsrapporten for 2006 er forholdene i de enkelte byområder, som vi så dem, beskrevet. Da vi ikke mere er specielt bydelsopdelte, er disse forhold ikke så udtalte i det daglige arbejde for den enkelte sygeplejerske, men med et blik tilbage på 2006 er forholdene i 2007, nogenlunde som beskrevet her:

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

*Her er forholdet til de personer, man allerede kender, fortsat. Der har været tilknyttet frivilligt sundhedspersonale i blandt andet Projekt Udenfor, hvilket måske kan have givet forskydninger i kontaktmønstret. Der er ikke henvisning eller samarbejde trods opfordring, fra disse frivillige, hvilket heller ikke vil være at forvente, da man med den sporadiske kontakt som frivillige har til miljøet, kun vil kunne handle på akutte problemstillinger, mens man ikke vil have mulighed for systematisk opfølgning.*

*I forhold til udenlandske hjemløse er der ikke nogen klar situation. En hel del af de østeuropæere fra nye EU-lande der befinder sig i det Københavnske gadebillede er ikke hjemløse i ordets egentlige forstand men bevæger sig nok snarere i en uklar økonomisk struktur, hvor der skaffes til dagen og vejen ved forskellige småjobs som gademusikant, tiggeri, avisuddeling, flaskesamling etc. og en hel del af disse mennesker drager hjem til familien med indtjeningen efter en vis periode.*

*Der har været en meget stor opmærksomhed på gruppen, men det meste af det der er fremkommet i pressen er meget uspecifikt, hvilket yderligere understreges af at de fleste af de besøgende fra de nye EU-lande ikke er interesseret i nogen form for kontakt med myndighedspersoner inklusive SundhedsTeam.*

*Vi har undersøgt, om der er nogen viden i de øvrige nordiske hovedstæder om østeuropæiske hjemløse, via kilder centralt i Stockholm og Oslo dér, men der er ikke nogen af stederne opsamlet systematisk viden. I Stockholm har man fokus på en del Russiske hjemløse, som lever under elendige vilkår, men man har ikke beskrevet gruppen nærmere.*

*Erfaringen fra for eksempel Irland, hvor man har haft en meget stor tilstrømning af især polsk arbejdskraft, er at der med den almindelige arbejdskraft også kommer mennesker, som ikke er velfungerende i Polen. De håber på at kunne opnå et arbejde og et bedre liv, men oplever at gå i opløsning meget hurtigt i det nye samfund. Denne gruppe vil kunne danne en fremtidig gruppe af især helbredsmæssigt problematiske hjemløse, som typisk vil kunne være smittede med HIV, som ikke er særligt udbredt blandt danske socialt udsatte mennesker. SundhedsTeam har i 2007 fundet de første to HIV-smittede og heraf var en polsk og en fransk.*

#### Nord

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

*Konflikten mellem Gaderummet<sup>5</sup> og Københavns Kommune har ført til en uklar situation med hensyn til en del unge, som normalt har benyttet Gaderummet. SundhedsTeam har eksisteret som tilbud til stedets unge i hele 2007, men antallet af kontakter har været svingende sidst på året. Gaderummets målgruppe er klart en opgave for SundhedsTeam i forhold til forebyggelse af skader som følge af misbrug. En del af de unge forekommer uhyre ringe fungerende, mens andre er generelt er velfungerende men med dårlig kontakt og dårlige erfaringer med det omgivende samfund. I SundhedsTeam håber vi at kunne beholde og udbygge kontakten med de udsatte unge i begyndelsen af 20-erne, som har benyttet Gaderummet på trods af de beskrevne problemer.*

#### Indre Vesterbro

Stof- og alkoholmisbrug  
FOKUS for SundhedsTeam: Grønlandske borgere

*Det fokus, der er nævnt i 2006, er fastholdt og udbygget i meget udstrakt grad. Det har betydet at SundhedsTeam er i kontakt med mange niveauer og institutioner, som har med Grønlandske borgere at gøre og antallet af indskrevne*

---

<sup>5</sup> [www.gaderummet.dk](http://www.gaderummet.dk)

*i 2007 er godt og stabilt stigende. Et andet fokus har været det kommende Sundhedsrum som har krævet en hel del mødeaktivitet specielt i andet halvår.*

#### Ydre Vesterbro

Psykisk syge med og uden misbrug og uden kontakt med indre Vesterbro

Alkoholiske drikkegrupper med egen bolig

*Samarbejdet er fastholdt og udbygget, senest med værestedet Istedgade 100. Der er mange kontakter, som ikke nødvendigvis fører til langvarige forløb, men vi har tidligere set dette mønster på Christianshavn, så det er muligt, at vi her ser en gentagelse. Dette område vil også være relevant område for medarbejderne i det nye Sundhedsrum.*

#### Enghave/Valby

Alkoholiske drikkegrupper med egen bolig

Alkohol og psykisk sygdom

Få store aktører

Udenlandske især yngre afrikanske (25-30 år)

Skæve boliger

*Kollegiet Gl. Køge Landevej er her den helt store samarbejdspartner, idet der er flere kontakter ugentlig. Alle SundhedsTeamsygeplejersker har deres gang på Kollegiet. Der er ingen særlige kontakter til socialcentrene i området.*

#### Amager

Grønlandske og somaliske borgere

Psykisk syge og bosteder for psykisk syge

Alkoholmisbrug

Skæve boliger

*Kontakten med væresteder og institutioner på Amager inklusive Christianshavn og Christiania er en af de solide grundpiller i SundhedsTeams kontaktnet. Her er samarbejdet blevet udviklet på bedste vis og der er en utroligt god kemi mellem SundhedsTeam og de forskellige medarbejdere. Der er flere samarbejdsrutiner, der er udviklet og fastholdt.*

#### Sydhavnen

Grønlændere

Alkohol, psykisk syge

Skæve boliger

Små aktører

*Samarbejdet er stadig her sporadisk og uden nogen særlig kontinuitet – området har en vis tilknytning til Valby og nogle af de personer, der kontakter teamet via Kollegiet hører til i de skæve boliger.*

# Dokumentation og kvalitetssikring

## Generelt

Kvalitetssikring i SundhedsTeam og i forhold til sundhedsarbejde på gaden i almindelighed er ikke så voldsomt anderledes end i andre dele af sundhedsvæsenet. Der eksisterer ikke nogen generelle guidelines for god behandling på gaden, men ser man nærmere på det arbejde, der udføres så består det, ud over de metoder der har med patientkontakt at gøre, af ganske velkendte metoder som bør kunne udføres af enhver med den rette uddannelse. Det betyder at sundhedsarbejdets processer kan deles i funktioner som benyttes mange andre steder og hvor der er evidens for hvilken effekt, der er og hvordan funktionen udføres bedst muligt. Der hvor SundhedsTeam adskiller sig fra anden sundhedstjeneste, er det vigtige fokus på integrering af de forskellige metoder og integrering af indsats og samarbejde mellem sundheds- og socialarbejde

SundhedsTeam har stort set fastholdt den gode kvalitet i forhold til dataopsamling og der er gennemført halvårlig optælling som vanligt.

Datamængden gennemgås 2 gange årligt og med fokus på de generelle krav til passende responstid, patientsammensætning etc. men også med specielle fokus på områder, der kan være svære at få styr på. Vi har et konstant blik på de forskellige elementer, der er indsat som markører for kvalitet. Det at noget er sat som markør, gør det ikke nødvendigvis til en kvalitet i sig selv, men kan blot tages som udtryk for, at teamet har en passende årvågenhed overfor patientgruppens generelle tilstand. Hvis der derfor er dele af dataopsamlingen der glipper, kan det tyde på at årvågenheden ikke er, eller aldrig har været, optimal.

Ved at gennemarbejde data med forholdsvis korte mellemrum kan vi holde et øje med om de parametre, som vi har valgt holdes på passende niveau. Når datamængden er passende opdateret, antager vi at have et nogenlunde overblik over patientgruppens sundhedstilstand.

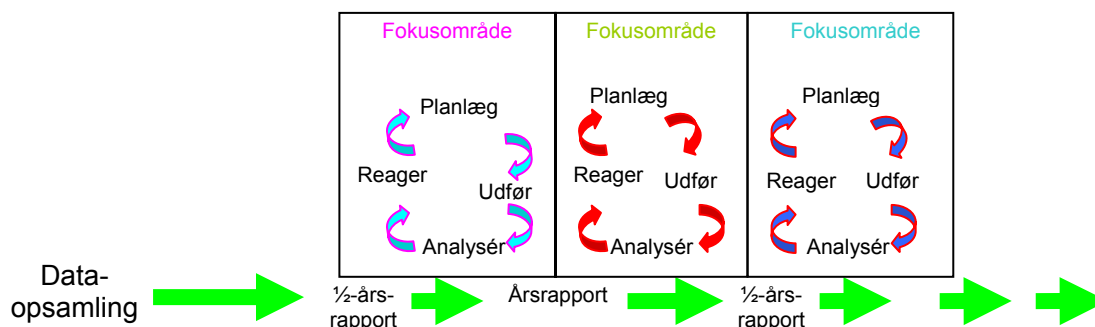
Ved at holde dataopsamlingsprocedurer som en indarbejdet del af teamets arbejdsmetode, kan man vælge at fjerne eller indsætte data som en del af proceduren og dermed vælge et fokuspunkt, som kan undersøges nærmere i en defineret periode eller gentagne gange med jævne mellemrum. Eksempler på periodiske dataopsamlinger er tidsregistreringen i 2006 og CAGE/FAST-undersøgelsen som har løbet i nu 2 år. Begge undersøgelser har et målrettet fokus med henblik på at beskrive teamets arbejde eller undersøge parameteren nærmere og kan være men er ikke nødvendigvis, udtryk for kvalitet i teamets arbejde.

Den beskrevne metode er kendt som "gennembrudsmodellen" og er en hurtig metode til at undersøge om bestemte funktioner gennemføres, har en effekt eller lignende.

## Gennembrudsmodellen

Man kan i SundhedsTeams tilfælde benytte modellen til at flere formål. Da mange af de parametre vi undersøger ikke er beskrevet tidligere for denne målgruppe, kan gennembrudsmodellen benyttes til at opsamle systematisk viden på et fokuseret område i en overskuelig periode. Man kan også benytte metoden til at se på om en ændring af en eller anden art kommer til at ændre praksis.

For eksempel opdagede vi i 2006 at et uacceptabelt lavt antal personer fik gennemført journaloptagelse. Dette førte til at journalens udformning og enkelte elementer i den blev ændret med henblik på at den skulle være brugbar i den kliniske situation. Efterfølgende er journaludfyldningsprocenten steget fra 57 til 86 for året som helhed.



### **Gennembrudsmodellen**

Brugen af CAGE<sup>6</sup> og FAST<sup>7</sup> ved journaloptagelse er ikke umiddelbart et mål for en højere kvalitet i behandling eller diagnose, men ingen af de nævnte er valideret til brug blandt hjemløse, så teamet har de sidste år valideret disse 2 skemaer i forhold til blodprøver, som viser om patienten drikker alkohol i større mængder eller ej. Dette har ført til en artikel i American Journal on Addictions og en artikel mere er i pipelinen. Begge artikler vedrører hvilket skema, der vil være det mest effektive og kunne erstatte blodprøvescreening i settings, hvor det ikke er muligt at måle leverenzymmer etc.

Fordelen ved at bruge gennembrudsmetoden i kvalitetsovervågning i en praksis som SundhedsTeam er, at der er kort vej fra dataindsamling til resultatet foreligger og kan medvirke til at ændre praksis. Samtidig kan alle medarbejdere i teamet hurtigt få respons på en ændring af praksis.

Når man altså har mistænkt, at en bestemt praktik eller mangel på samme medfører at patienten modtager en "dårligere" behandling, end det der i realiteten er muligt, kan metoder eller praksis ændres og indenfor kort tid kan effekten vurderes.

Som eksempel på modellen, gav 1/2-års dataopsamling i 2006, for lav gennemførelsesprocent på journalskrivning (som udtryk for en for dårlig screening af patientgruppens sundhedstilstand og dermed et for dårligt grundlag for en sundhedsovervågning blandt socialt udsatte mennesker i København) herefter gennemførtes en omformning af praksis og allerede ved årsrapport for 2006 sås en forbedring. Denne forbedring har været stabil siden og som anført er der nu en journalprocent på 86 gennem hele 2007. Havde resultatet været uændret eller faldende, ville resultatet allerede have kunnet rettes til i starten af 2006 og resultatet igen undersøgt i midten af 2007.

<sup>6</sup> CAGE: Have you ever felt you ought to "Cut down on your drinking?" Have people "Annoyed you by criticizing your drinking?" "Have you ever felt bad or "Guilty about your drinking?" "Have you ever had a drink first thing in the morning?" "Eye-opener?"

<sup>7</sup> The FAST Alcohol Screening Test - R. Hodgson, Alcohol and Alcoholism Vol. 37, No.1, 61-66, 2002.  
FAST: Fast Alcohol Screening Test.



Blodprøver eller dele af blodprøvetagningen er et andet eksempel på praksis, der ikke er tilfredsstillende. Her har der været arbejdet med forskellige forsøg på at få øget andelen af patienter, der får tilbud om og får taget blodprøver og endelig bliver vurderet og evt. sat i vaccinationsprogram for hepatitis. Problemet har her været at en kæde af begivenheder skal forløbe før data er indsamlet og derefter skal patienten kontaktes specifikt med henblik på vaccination og /eller henvisning til infektionsmedicinsk afdeling.

Ud over SundhedsTeams involvering i processen har der været uklarheder med hensyn til proceduren overfor infektionsmedicinsk afdeling. Dette er udredt for nuværende og der er pr. 1/1 2007 sat et kvalitetskontrol-led mere ind i behandlingskæden. På denne måde opstår en lille version af "det gode patientforløb" i SundhedsTeam, hvilket vil sige en standard for hvilke procedurer, der skal være opfyldt, for at vi med rimelig sikkerhed kan sige, at patienten har fået tilbudt de relevante undersøgelser og blodprøver for sygdomme, der er hyppige i hjemløshedsmiljøet.

Behandlingskæden er således:

1. patienten skal være kontaktet indenfor 7 dage (er opfyldt indenfor 2 døgn for over 90 %)
2. patienten skal, hvis behandling vurderes nødvendig, have tilbudt denne indenfor 7 dage (sker for over 90 % indenfor 2 døgn)
3. behandlingen og blodprøver skal revurderes indenfor 14 dage fra behandling er iværksat. Var behandlingen effektiv? Blev den gennemført helt eller delvis etc.

Denne kæde kan medvirke til at vurdere, om der er behandlingstyper som ikke gennemføres så hyppigt, som det forventes og især om der er behandlinger, der ikke er effektive i de settings, de tilbydes i.

### **Udvikling i samklang med praksis**

Den vigtigste lære af kvalitetsudviklingen i SundhedsTeam er efter vores mening at kvalitetssikringsmetoder og evaluering skal udvikles i samklang med det faglige miljø for at fungere optimalt. For at en metode skal få indpas i det daglige arbejde, er det vigtigt, at den kan evalueres med forholdsvis korte mellemrum, at den enkelte medarbejder kan se, hvilken effekt der er af at ændre metode eller adfærd og at der er mulighed for at give feedback på metode og evaluering, så metoder og datopsamling kan forfines løbende. Det kræver samtidig, at evidensen for det man mener at finde ved sin evaluering og dataopsamling hele tiden undersøges. Somme tider findes ikke evidens i forvejen, men det gør kun behovet for en endnu mere systematisk tilgang nødvendig. Det vigtige er at praksis og kvalitetsudvikling er 2 sider af samme sag – hvis man ikke hele tiden har et blik på sine metoders effekt, kan man ende med at bruge utroligt meget tid på noget, der ikke har nogen reel effekt ud over at behage medarbejderne.

Har man ikke et kritisk blik på metode og effekt, er der risiko for, at der kommer en defaitisme som leder til kynisme og udbrændthed blandt medarbejderne. Man kan ikke som professionel holde til, at man ikke er nogenlunde sikker i sin metode og har en fornemmelse for, at det man foretager sig har en mening. Hvis der opstår en meningsløshed i det daglige, er risikoen for konfrontationer med patienter og andre fagpersoner meget stor på grund af den lave frustrationstærskel, man bærer med sig i sit daglige arbejde.

Udbrændtheden kan også udløses, hvis man ikke *har* mulighed for at udøve sin faglige kunnen på grund af strukturelle forhindringer, eller hvis man overbelastes med arbejde, der ikke har mening i dagligdagen. Grundlæggende opstår frustrationerne, når der er for stor forskel på fagligheden og mulighederne for at bruge den, uanset om der er tale om manglende faglighed eller manglende mulighed for at bruge og udvikle den.

I en almen praksis som SundhedsTeam er en af opgaverne overordnet at forsøge at opnå "lavest effektive behandlingsniveau". Det vil sige, at man forsøger at få det bedste behandlingsresultat ved hjælp af de færreste midler, men man skal samtidig passe på, at man ikke bliver fokuseret for meget på ordet "lavest" og ikke udvikler sin praksis, så den er menneskelig og udfordrende på bedst mulige måde.

### **"Evalueringsstop"**

Efterhånden som teamet gennemgår en udvikling af fagligheden og evalueringsmetoder og data hober sig op, er det vigtigt at have for øje at formålet med data og evaluering er at "trimme" praksis, så den er mest effektiv. Det vil sige, at man også skal huske at trimme sin evaluering og dataopsamling. Med andre ord så skal dataindsamling og evaluering ophøre eller ændres i nye retninger, når der er vist en effekt.

Man skal derfor, når man når det niveau af dataindsamling, som giver en tilfredsstillende overblik over arbejdsområdet sørge for

- At der ikke kommer nye evalueringsmål uden at andre fjernes.
- At udviklingen og sikringen af kvalitet tager afsæt i daglige realiteter som teamet støder på igen og igen, for eksempel alkoholabstinensproblemer: hvordan håndteres en afgiftning bedst muligt i patientens eget miljø, hvilke sikkerhedsprocedurer skal iagttages m.v.
- At evalueringsmetoder og dagligdag skal være sammenhængende. En klinisk, systemisk eller interaktionel problematik skal kunne udløse en vidensopsamling, men til gengæld skal denne vidensopsamling kunne føres tilbage i den daglige praksis med forholdsvis kort responstid eller, hvis der er tale om større og mere komplekse sammenhænge skal tilbagemeldinger på forløbet af dataopsamlingen være forholdsvis jævnlig og systematisk.

I modsat fald mistes målet med evalueringen eller dataopsamlingen og det risikeres at dataopsamlingen bliver uden refleksion og i værste fald så tilfældig, at der ikke kan udledes nogen konklusioner af den.

### **Uddannelsesstrategi i forhold til udvikling af teamet.**

Vi har i SundhedsTeam valgt, at det er op til den enkelte, at lægge en uddannelsesstrategi i sammenhæng med de ønsker man måtte have og i sammenhæng med den faglighed, man udvikler i dagligdagen. I et uopdyrket område som det SundhedsTeam betræder, vil det ofte ikke være muligt at lægge en generel strategi, som kan omfatte alle. Udviklingen må derfor følges løbende og den enkeltes interesseområder understøttes med den videre - og efteruddannelse som vurderes at kunne bidrage til teamets samlede udvikling.

Et vigtigt forhold i denne sammenhæng er, at et team af denne størrelse ikke har for hurtig gennemvandring. En ansættelsesperiode på under 3-4 år for det enkelte teammedlem, udsætter teamet for, for stort videnstab i forhold til den investering der gøres. Til gengæld bør den enkelte medarbejder også kunne benytte sin plads i teamet til at udvikle sin teoretiske faglighed i dagligdagen.

## **Dataopsamling og journal.**

Dataopsamlingsredskaberne har været uændret gennem 2007 og der er efterhånden et klart billede af sundhedstilstanden for en stor del af patienterne. Der lægges op til en omformning af misbrugsdelen af journalen med mere fokus på alkohol, men indtil videre pågår der stadig dataopsamling til en kommende videnskabelig artikel, hvilket begrænser hvilke elementer, der kan glide ud til fordel for andre. Data har givet anledning til en mere systematisk kontakt med infektionsmedicinske afdelinger og dette samarbejde skal udvikles i 2008.

Generelt er kvaliteten af de indsamlede data steget jævnt opad og efterhånden som datamængden har fået en vis størrelse, er det også blevet mere synligt, hvorfor det er vigtigt at få beskrevet patientgruppen. Den smule skepsis der har været overfor journalisering, og som ofte er kommet ud af tidligere erfaring med evaluering for evalueringens skyld er borte og erstattet af en produktiv og kritisk indstilling.

Vi kæmper stadig med brugen af Mindmap men i modsætning til tidligere er alle enige om, at metoden er effektiv og frugtbar. Problemet ligger hovedsagelig i at benytte den systematisk som et arbejdsredskab på linje med andre. Mindmap er et fint redskab, når problemstillinger skal beskrives for samarbejdspartnere, men der er problemer med at bruge det effektivt til udveksling elektronisk, da det kræver installation af et pc-program<sup>8</sup> - som dog er gratis. Programmet er stadig i udvikling og kan potentielt have nogle problemer. Kommercielle mind-mapping programmer er meget dyre og ikke aktuelle i en større sammenhæng.

---

<sup>8</sup> FreeMind kan hentes på [http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main\\_Page](http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main_Page) . Programmet er freeware og findes i en betaversion der starter betydeligt hurtigere end den "sikre" version. Betaversioner kan have potentielle problemer men vi har benyttet Betaversion 0,9 uden problemer de sidste 4 måneder af 2007.

# Patienter

## Nytilkomne patienter 2007.

Antallet af indskrivninger har måned for måned været stabilt i 2005-6. Men det ser ud til, at der har været tale om en indkøringsperiode, som er gået ind i en ny fase i 2007 med et 40-50 % højere niveau end tidligere. Der er indskrevet 142 i hele 2007 mod 91 i 2006. Niveauet ser ud til at være vedvarende, idet der er indskrevet 24 i de første 2 måneder af 2008.

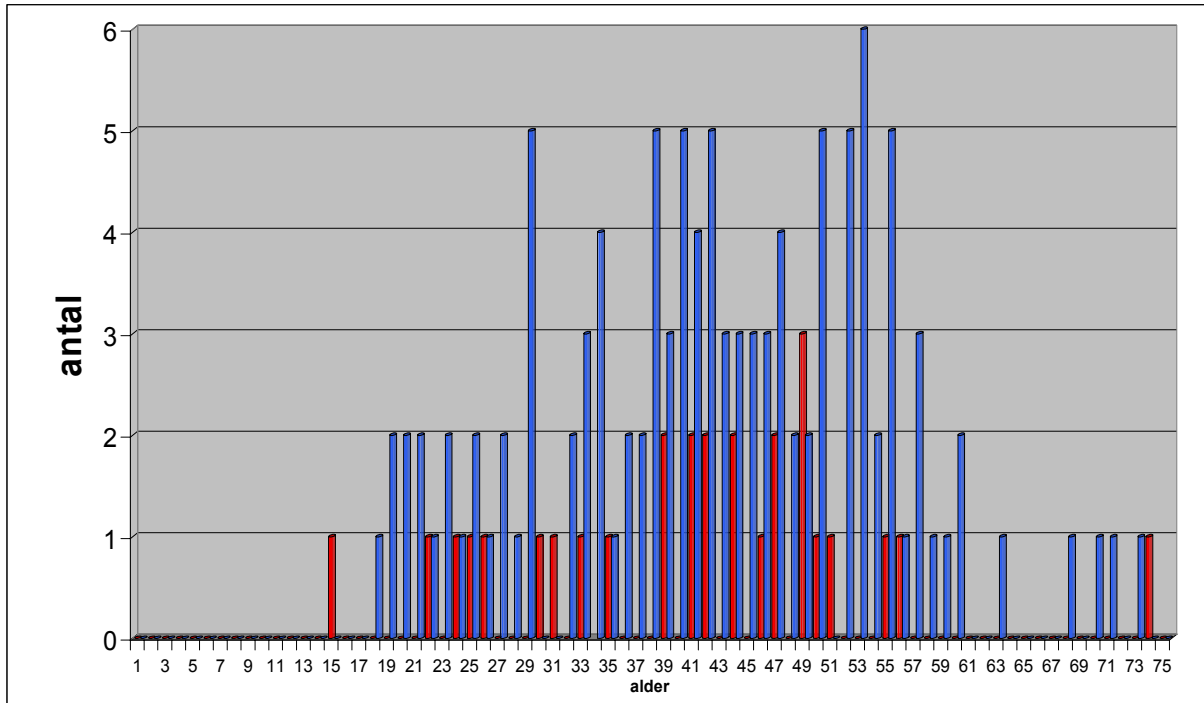
I forhold til 2005+6 er der en større aldersspredning, hvilket blandt andet kan tilskrives en mere systematisk kontakt med et enkelt værested for yngre brugere, men der er også flere ældre.

Vi har oplysning om 3 dødsfald blandt de der blev nyindskrevet 2007.

## Køns- og aldersfordeling

Kønsmæssigt er der en meget stabil fordeling af mænd og kvinder i forholdet 80:20. Vi har haft en større indskrivning af specielt grønlandske kvinder, men dette opvejes forholdsvis af en stor indskrivning af mænd fra Kollegiet.

Køns og aldersmæssigt svarer SundhedsTeam - indskrivningen til den der er fundet ved SFI's hjemløsetælling i starten af året<sup>9</sup> og den er også sammenlignelig med udenlandske undersøgelser.



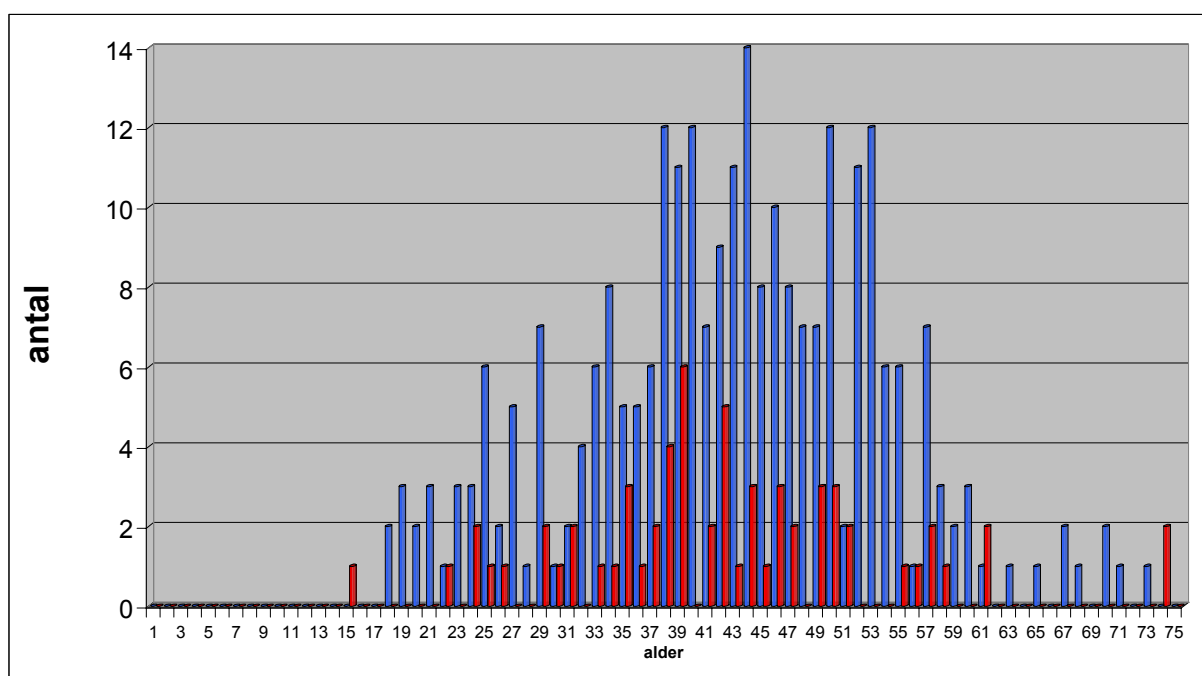
**Aldersfordeling af indskrevne 2007 Rød-kvinder, Blå-mænd**

<sup>9</sup> Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning - L.Benjaminen, Ivan Christensen, SFI, 07:22, 2007

| Køn     | Antal i alt<br>142 | Gennemsnitsalder | Spændvidde |
|---------|--------------------|------------------|------------|
| Kvinder | 28 (20 %)          | 40,9             | 15-74      |
| Mænd    | 114 (80 %)         | 42,4             | 18-73      |

#### **Alders- og kønsfordeling af indskrevne 2007**

Ser man på hele populationen samlet, ses at aldersfordelingen for 2007 ikke adskiller sig fra fordelingen i alle årene 2005-7 samlet. Der er sket en 40 procents forøgelse af patientindtaget i 2007.



#### **Aldersfordeling for hele populationen 2005-7**

| Køn     | Antal og %   | Gennemsnitsalder | Spændvidde |
|---------|--------------|------------------|------------|
| Kvinder | 63 (20,1 %)  | 41,3             | 15 – 74    |
| Mænd    | 250 (79,9 %) | 42,9             | 18 – 73    |

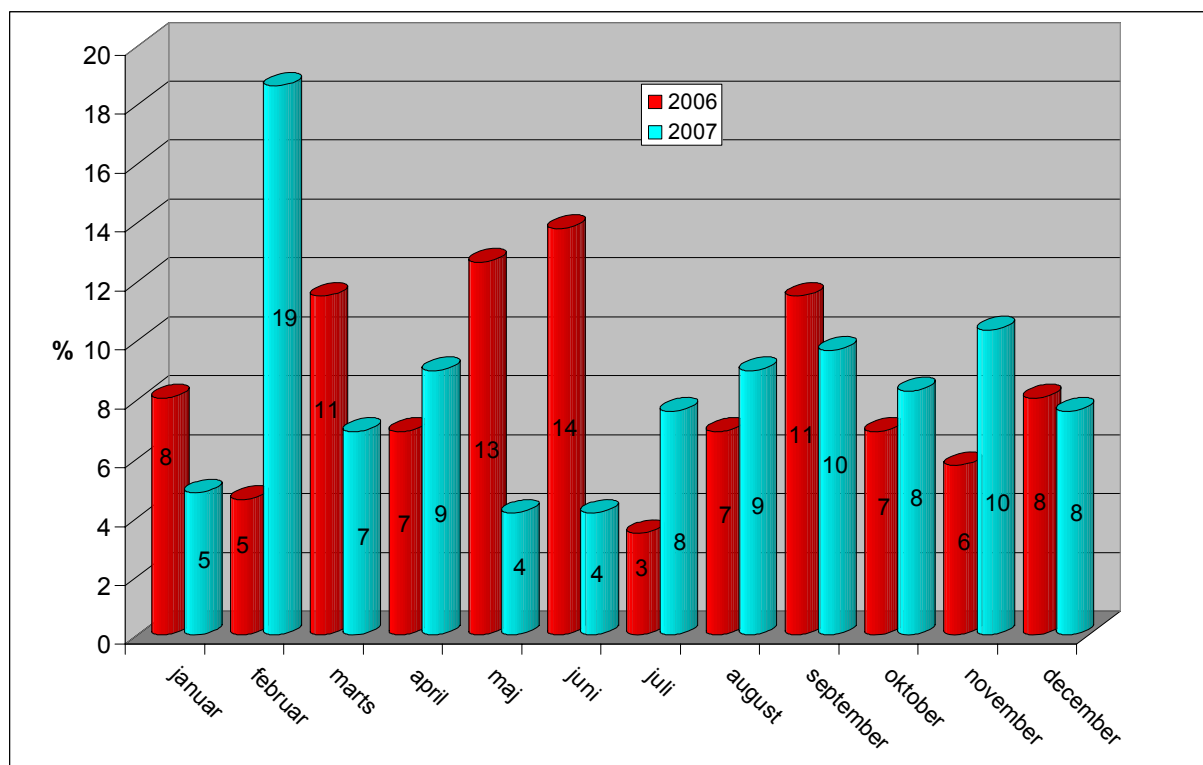
#### **Aldersfordeling for hele populationen 2005-7 (N=313)**

## Indskrivningsfordeling i løbet af året

Det skulle umiddelbart forventes, at der ville blive indskrevet flere i SundhedsTeam i vinterhalvåret, hvor folk der ellers sover ude, stuver sig sammen i natherberger og i øvrigt er mere inde og i tættere kontakt. Der er da også en vis svingning i løbet af året, men indtil videre er der dog ikke nogen sammenlignelige cykliske udsving i kurverne for indskrivning i 2006 og 2007.

Der er heller ikke nogen tegn på, at der skulle være cykliske svingninger på grund af vejrlig etc.

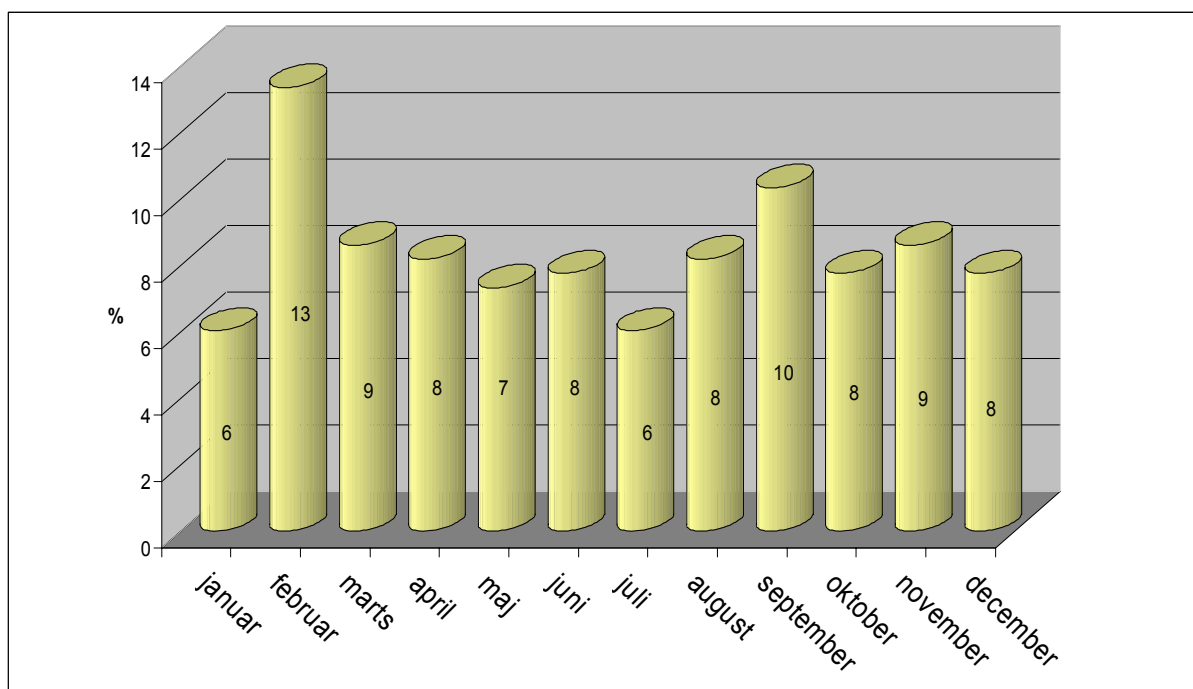
Der er meget store forskelle for de enkelte måneder når man sammenligner 2006 og 2007, men selvom der ses at være en mindre indskrivning i juli for årene som helhed, og dette burde kunne forklares med sommerferie hos os selv og mange andre samarbejdspartnere, så er denne forskel ophævet når man sammenligner årene.



**Henviste i % af årets totale indskrivninger fordelt på måned.**

Det ser altså ud til, at der er en jævn indskrivning i Sundhedsteam, uanset om der er nedsat antal af sygeplejersker, som der jo vil være i sommerferien. Det tyder på, at der er en god inddækning af arbejdsopgaverne fra sygeplejerskernes side uanset bemanning.

Det at der er en jævn patienttilgang, kan også tolkes som, at teamet har en god gennemslagskraft overfor målgruppen, således at de der har behov også finder frem til os uanset, at de skal benytte andre kanaler, som det kan være nødvendigt under sommerlukninger.



**Henviste i % af totale antal indskrivninger 2006-7, fordelt på måned.**

## Hvor kommer patienterne fra?

De indskrevnes nationalitetsforhold forskyder sig en smule fra år til år og ser for 2007 således ud:

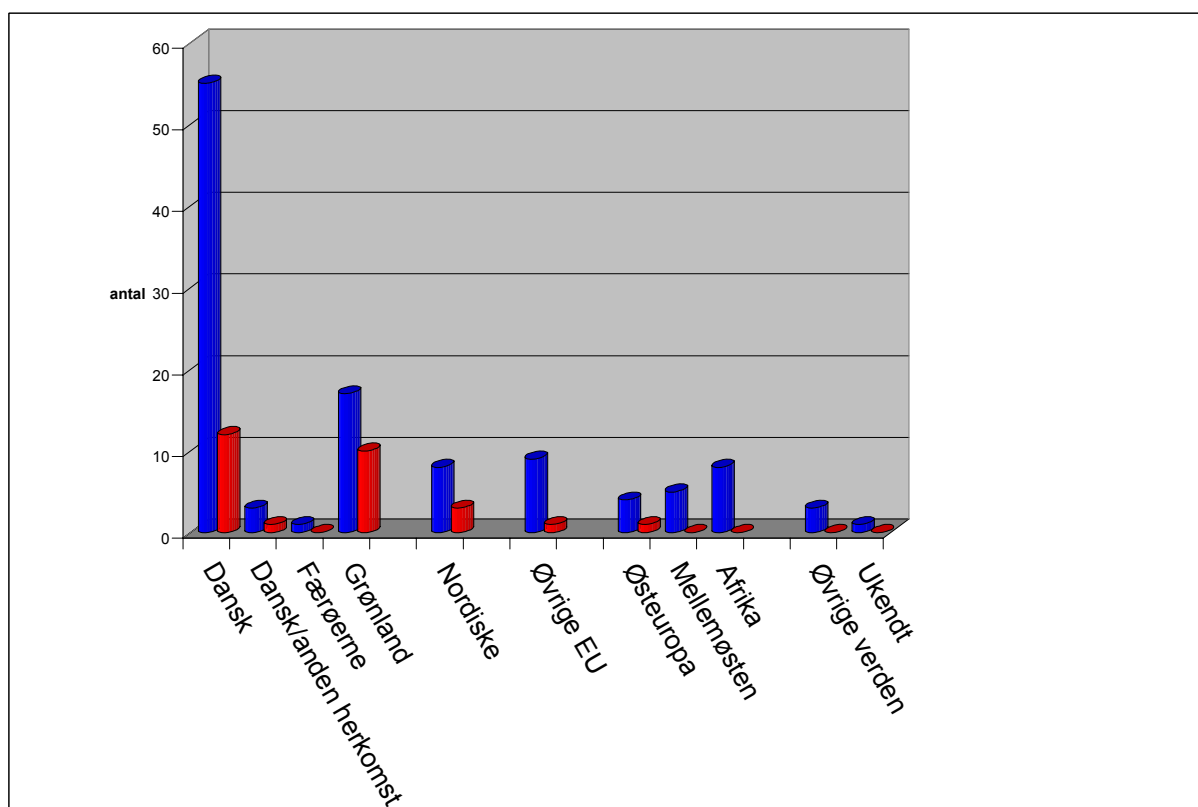
|                      | Antal mænd | Antal kvinder | Totalt antal | % af total |
|----------------------|------------|---------------|--------------|------------|
| Dansk                | 55         | 12            | 67           | 47         |
| Dansk/anden herkomst | 3          | 1             | 4            | 3          |
| Færøerne             | 1          | 0             | 1            | 1          |
| Grønland             | 17         | 10            | 27           | 19         |
| Nordiske             | 8          | 3             | 11           | 8          |
| Øvrige EU            | 9          | 1             | 10           | 7          |
| Østeuropa            | 4          | 1             | 5            | 4          |
| Mellemøsten          | 5          | 0             | 5            | 4          |
| Afrika               | 8          | 0             | 8            | 6          |
| Øvrige verden        | 3          | 0             | 3            | 2          |
| Ukendt               | 1          | 0             | 1            | 1          |
| <b>i alt</b>         | <b>114</b> | <b>28</b>     | <b>142</b>   | <b>100</b> |

**Nationalitetsforhold, kønsfordelt, 2007**

70 % af de indskrevne er danske statsborgere mens 15 % er nordiske eller EU-borgere. De sidste 15 % er fra en lang række lande men mest udtalt flygtninge fra Somalia, som der er et par grupper af på Københavnske herberger, samt personer fra mellemøsten og Østeuropa. Der har været meget fokus på Østeuropæiske "hjemløse" i København, men det umiddelbare billede er, at der er tale om en gruppe fra syd-østeuropa, med betydelige ressourcer, som søger det arbejde, de nu kan få fra dag til dag.

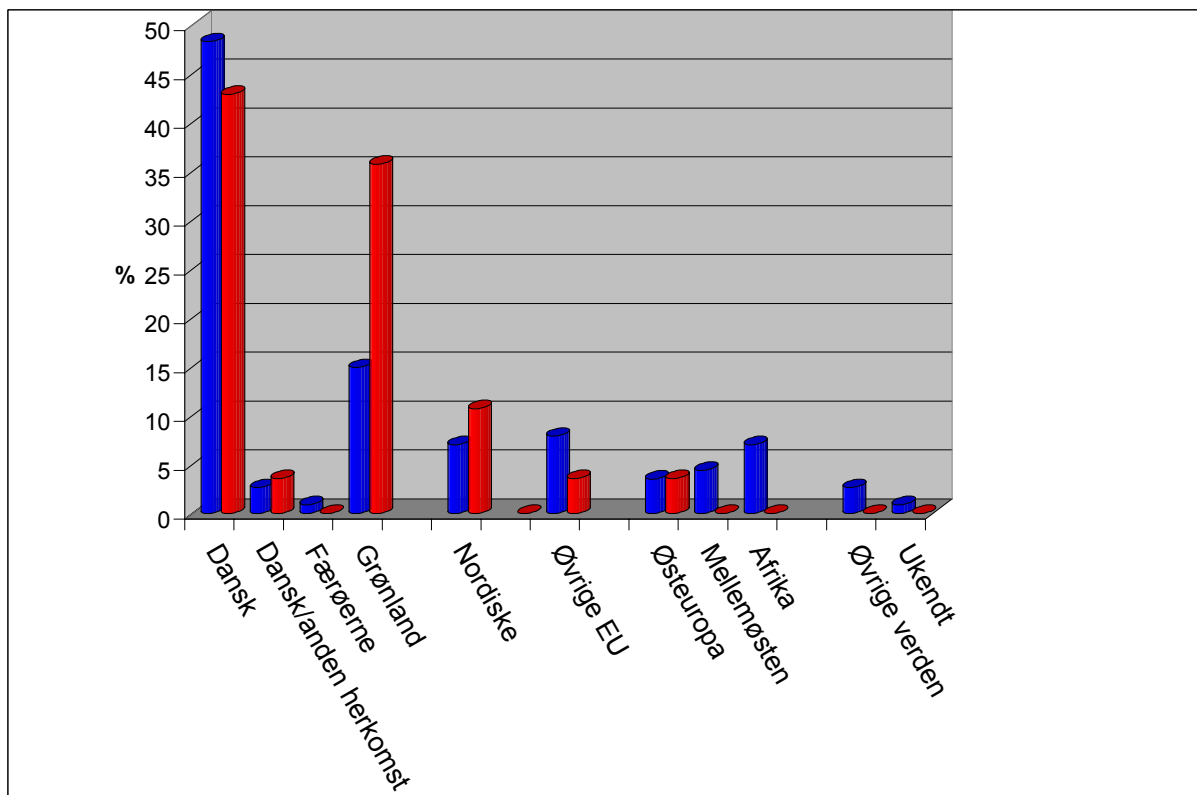
Med den øgede rejseaktivitet der har været mulighed for siden nye østeuropæiske lande kom med i EU, vil vi naturligvis se at nogle tager af sted på lykke og fromme og ender i Danmark. Efterhånden som en større gruppe kommer igennem vil man sandsynligvis se det mønster, man også har set andre steder, som for eksempel Irland, at der også kommer mennesker som ikke klarer sig særligt godt i deres hjemlande og har et håb om at klare sig bedre i Danmark. Nogle i denne gruppe vil med stor sandsynlighed løbe ind i endnu større problemer i et nyt miljø i København, da de er meget sårbare fra begyndelsen.

Risikoen er derfor at de vil "synke til bunds" i det Københavnske hjemløsemiljø og nå at få betydelige sundhedsmæssige problemer inden de får hjælp, fordi de ikke har mulighed for at benytte det danske sundhedsvæsen.



**Antalsmæssig nationalitetsfordeling, køn, 2007 (blå= mænd, rød= kvinder)**





**Procentuel Nationalitetsfordeling, køn, 2007 (blå= mænd, rød= kvinder)**

Trenden i udviklingen hen over årene 2005 – 2007 af indskrivninger i SundhedsTeam bevæger sig mod en mindre *andel* af danske statsborgere men ikke nødvendigvis et mindre antal.

Der blev i for eksempel i 2006 indskrevet 54 mænd med Dansk statsborgerskab og heraf 13 grønlandske mens tallene for 2007 var henholdsvis 72 og 17.

Generelt er der altså en større andel af ikke-danske statsborgere i behandling hos SundhedsTeam, hvilket på sigt kan have nogle økonomiske konsekvenser for teamet i form af et større forbrug på medicinbudgettet, for ikke at tale om det tidsmæssige forbrug. Samtidig er der det problem, at der ikke er noget sundhedsvæsen, som har det egentlige ansvar for disse borgere, hvorfor behandlingsforløbene vil tage betydeligt længere tid i gennemsnit.

Det er naturligvis en etisk og menneskelig forpligtelse at tage sig af mennesker, der befinder sig på dansk grund og er syge. Det er SundhedsTeams opgave at holde øje med sundhedstilstanden blandt de mest udsatte, så teamet vil uvægerligt over tid komme til at støde ind i mennesker, som af den ene eller anden grund befinder sig her. Vi vil da være dem, der skal udføre denne etiske forpligtelse – også fordi vi er bundet af sundhedsloven og lægeløftet.

Man kunne jo vælge at ignorere disse borgere, men der er så rent praktisk, nogle meget uheldige konsekvenser af det – også på langt sigt.

Hvis man har en antalsmæssigt stigende gruppe af mennesker med forskellige psykiatriske og somatiske problemer, der lever uden kontakt med det øvrige samfund, vil der uvægerligt opstå et potentielt smittereservoir for hepatitis, tuberkulose og ikke mindst HIV, som er langt mere udbredt i de tidligere østbloklande øst for Polen<sup>10</sup>. For Polens vedkommende må man overveje, om der er en underrapportering i forhold til injektionsmisbrugere, som i forvejen har meget dårlige forhold i de fleste af de tidligere østbloklande.

SundhedsTeam har ikke fundet nogen tilfælde af HIV før 2007 og begge de fundne tilfælde i 2007 er på udenlandske statsborgere.

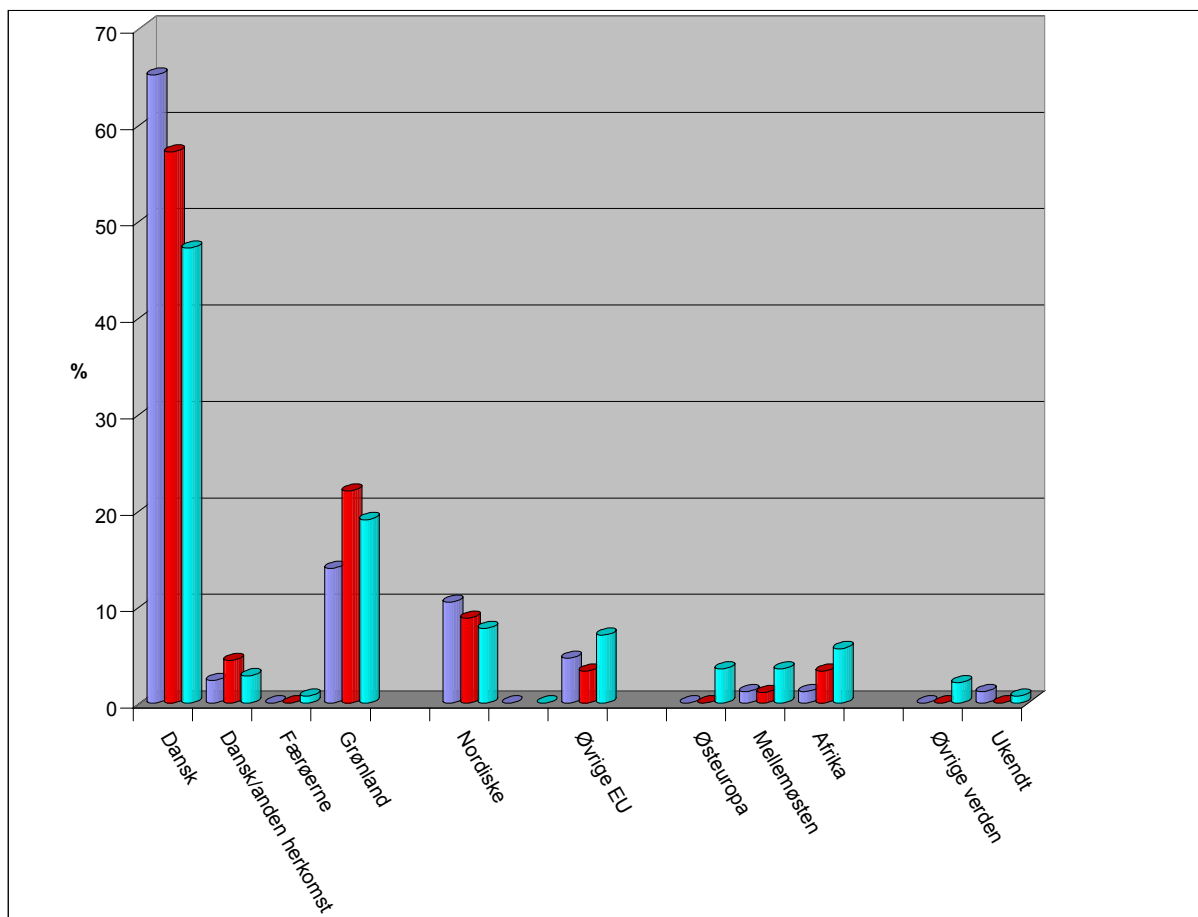
|                      | <b>Mænd</b> | <b>Kvinder</b> |  | <b>Totale<br/>antal</b> | <b>%<br/>af total</b> |
|----------------------|-------------|----------------|--|-------------------------|-----------------------|
| Dansk                | 140         | 35             |  | 175                     | 54,9                  |
| Dansk/anden herkomst | 9           | 1              |  | 10                      | 3,1                   |
| Færøerne             | 1           | 0              |  | 1                       | 0,3                   |
| Grønland             | 37          | 22             |  | 59                      | 18,5                  |
| Nordiske             | 23          | 5              |  | 28                      | 8,8                   |
| Øvrige EU            | 16          | 1              |  | 17                      | 5,3                   |
| Østeuropa            | 4           | 1              |  | 5                       | 1,6                   |
| Mellemøsten          | 7           | 0              |  | 7                       | 2,2                   |
| Afrika               | 12          | 0              |  | 12                      | 3,8                   |
| Øvrige verden        | 3           | 0              |  | 3                       | 0,9                   |
| Ukendt               | 2           | 0              |  | 2                       | 0,6                   |
| i alt                | 254         | 65             |  | 319                     | 100                   |

**Nationalitetsforhold, kønsfordelt, årene 2005-7**

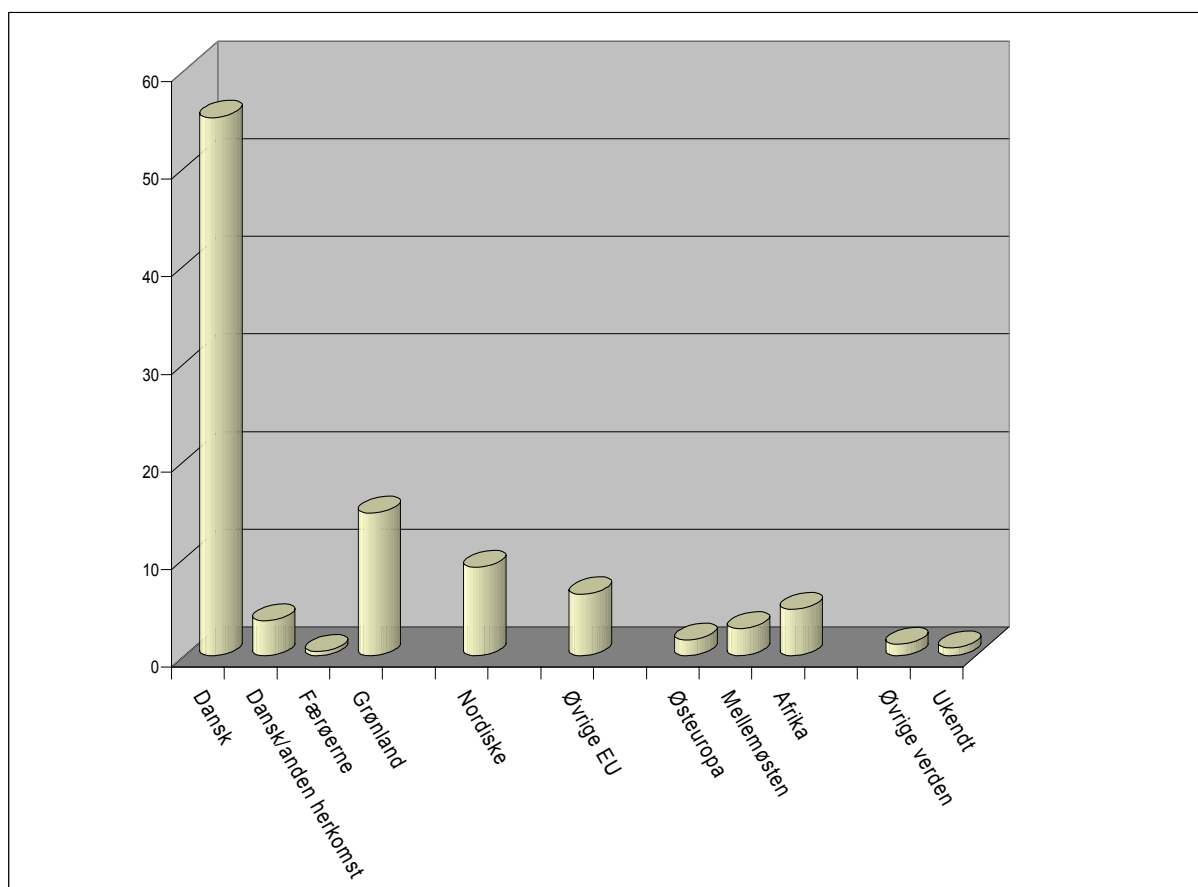
Der har været meget fokus på udenlandske "hjemløse" i 2007 og foranlediget af dette er på de følgende sider en sammenlignende datakørsel med hensyn til nationale tilhørsforhold fordelt på årene 2005 – 2007, både samlet og fordelt på køn. Der kan ikke umiddelbart uddrages nogen store konklusioner af disse tal, bortset fra at SundhedsTeam har en stigende andel af udenlandske statsborgere som patienter. Årsagerne kan være mange, for eksempel:

- Generelt stigende antal udenlandske borgere med helbredsmæssige problemer i hjemløsemiljøet.
- Bedre penetration af SundhedsTeam til alle miljøer, hvor så de udenlandske borgere, som ikke har mulighed for sundhedstilbud, vil opsøge teamet.
- Population af udenlandske borgere, som ikke er større end tidligere, som ikke tidligere har haft mulighed for sundhedstilbud og nu får det via SundhedsTeam.

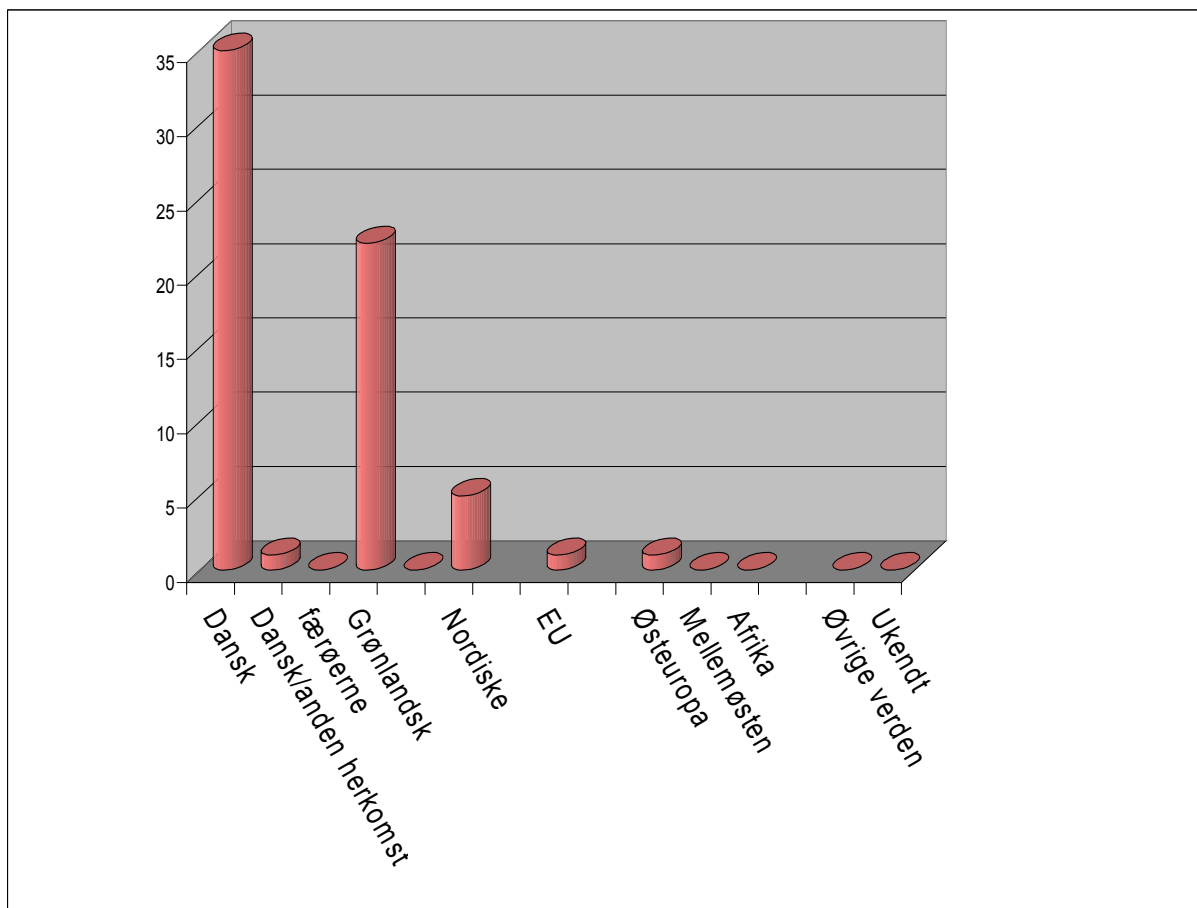
<sup>10</sup> Se website Eurosurveillance <http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/071122.asp#1>



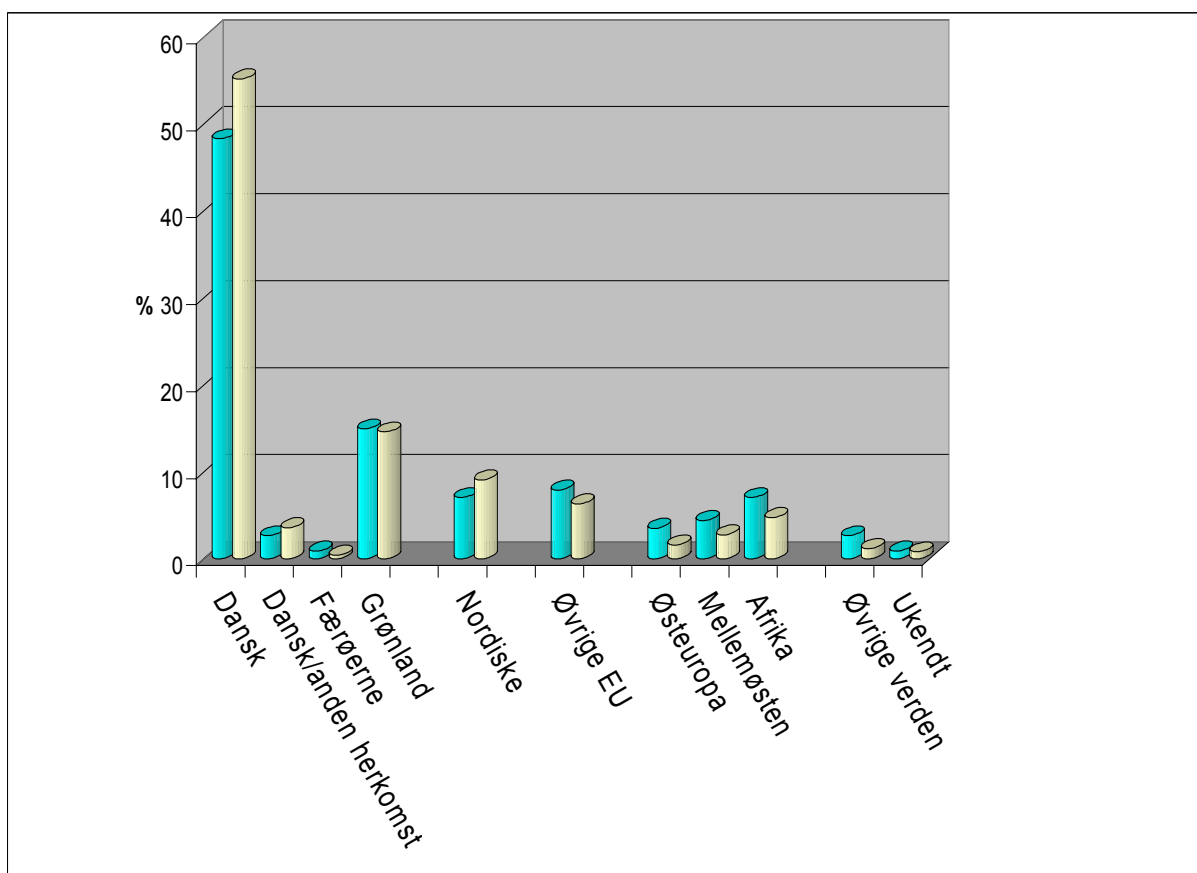
**Procentuel Nationalitetsfordeling total 2005, 2006 og 2007**



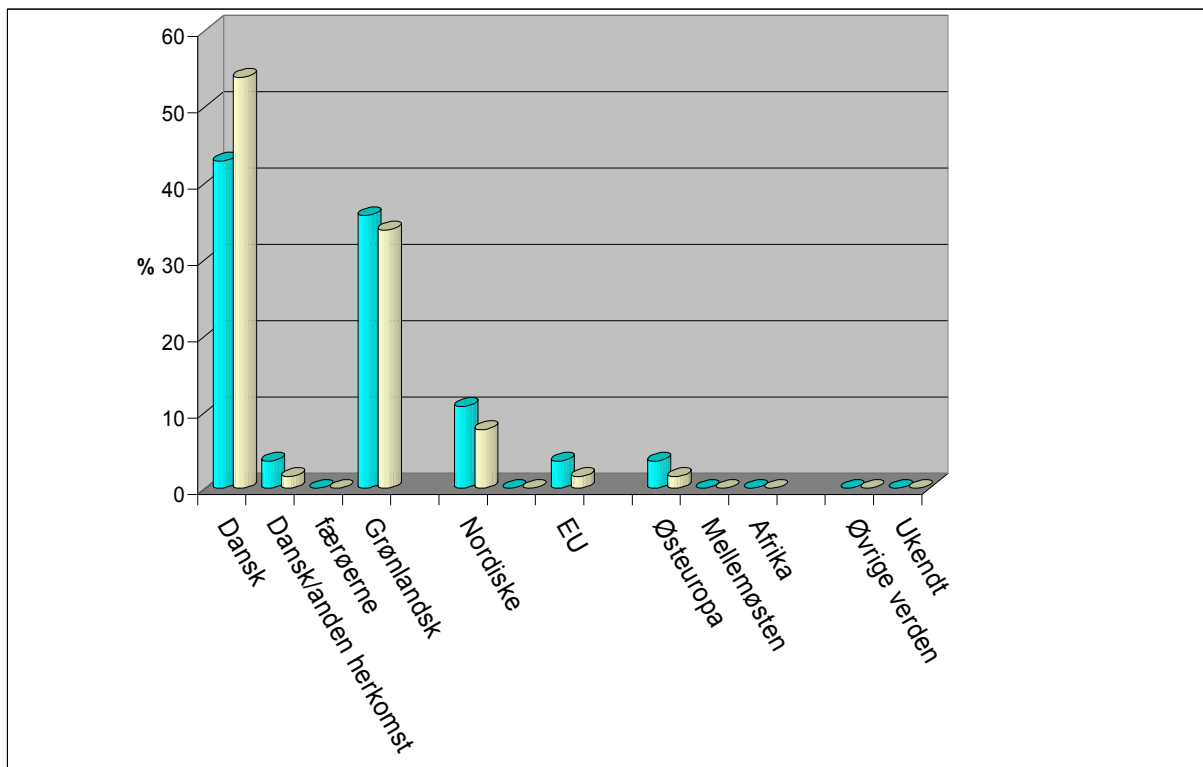
**Procentuel Nationalitetsfordeling for samlede mandepopulation, 2005-7 (N=254)**



**Procentuel nationalitetsfordeling for samlede kvindepopulation, 2005-7 (N=65)**



**Procentuel nationalitetsfordeling mænd 2007 (N=114, grøn) og samlede mandepopulation 2005-7 (N=254 lys)**



**Procentuel nationalitetsfordeling, kvinder 2007 (N=28 grøn) og samlede kvindepopulation 2005-7 (N=63 lys)**

## Henvisnings- og behandlingsdata:

### Hvem har henvist patienter til SundhedsTeam?

Antallet af henviste fra den kommunale gadeplansindsats har været uændret lav og faldende, måske som konsekvens af de omstruktureringer, der finder deres afslutning i august 2007. Den del af den kommunale gadeplansindsats, som er uberørt af omstrukturering, har uændret eller let stigende henvisningsprocent og dermed stigende *antal* henvisninger (henholdsvis 11 indskrevne i 2006 og 19 i 2007).

| Henvisere                              | 2006 (%)   | 2007 (%)   |
|----------------------------------------|------------|------------|
| Private organisationer og væresteder   | 40         | 42         |
| Gadeplansindsats                       | 13         | 4          |
| Offentlige væresteder og herberger:    | 14         | 11         |
| Andre offentlige gadeplansmedarbejdere | 12         | 13         |
| Kommunale sygeplejeklinikker / Falck   | 3          | 8          |
| Hospitaler                             | 3          | 2          |
| Selvhenvender                          | 8          | 15         |
| Sagsbehandler                          | 1          | 1          |
| Andre brugere af SundhedsTeam          | 2          | 4          |
| Fra smitteopsporingsprojekt            | 3          | 0          |
| <b>I alt %</b>                         | <b>100</b> | <b>100</b> |

Det at den offentlige kommunale henvisningsprocent er faldende, ser ikke ud til at påvirke kontaktmønstret generelt. Det at SundhedsTeam er kendt i gadebilledet har blot medført en stigning i antallet af andre henvisere og en kraftig stigning i antallet af selvhenvendere (eller henvisning fra venner / pårørende), som er steget fra 8 % i 2006 til 15 % i 2007. Samtidig er *antallet* af henviste fra offentlige hjemløshedsinstitutioner steget en smule, idet den lavere henvisningsprocent er en procentdel af et større antal.

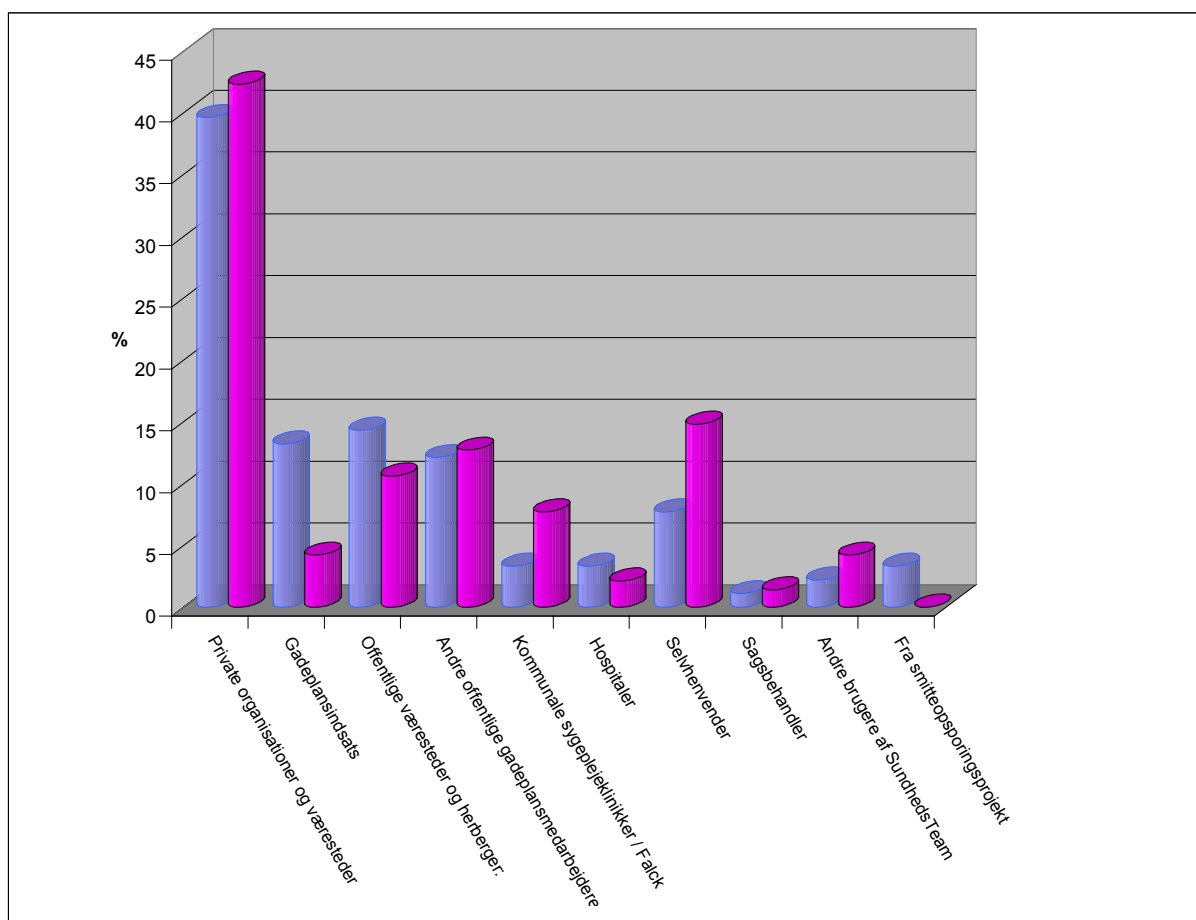
Andelen af henviste fra private herberger og væresteder er yderligere steget en smule til nu 42 %. Her har især "Kollegiet" på Gammel Køge Landevej bidraget med flere patienter.

Henvisninger fra kommunale sagsbehandlere er uændret, hvilket vil sige ikke til stede. Der er intet, der tyder på, at der foreløbig er et behov fra den kant.

Hospitalet henviser uændret med et meget lille antal, hvilket vi er klar til at gøre en indsats overfor i de kommende måneder af 2008.

Tilbagemeldingerne fra hospitalsvæsenet er, at der er et udækket behov for kontakt med hjemløshedssystemet og behov for opfølgninger af patienter, der udskrives til gaden. Behovet er der, men der mangler en vedvarende struktur, som gør at henvisninger når frem til SundhedsTeam.

Materialet til hospitalerne er klar og vil blive præsenteret på personalemøder på afdelingerne, efterhånden som der kan træffes aftaler. Materialet i præsentationsmapperne findes som bilag 5, side 110.



**Fordeling af henvisninger 2006 og 2007 fordelt på henvisende instans**

## Responstid efter henvisning

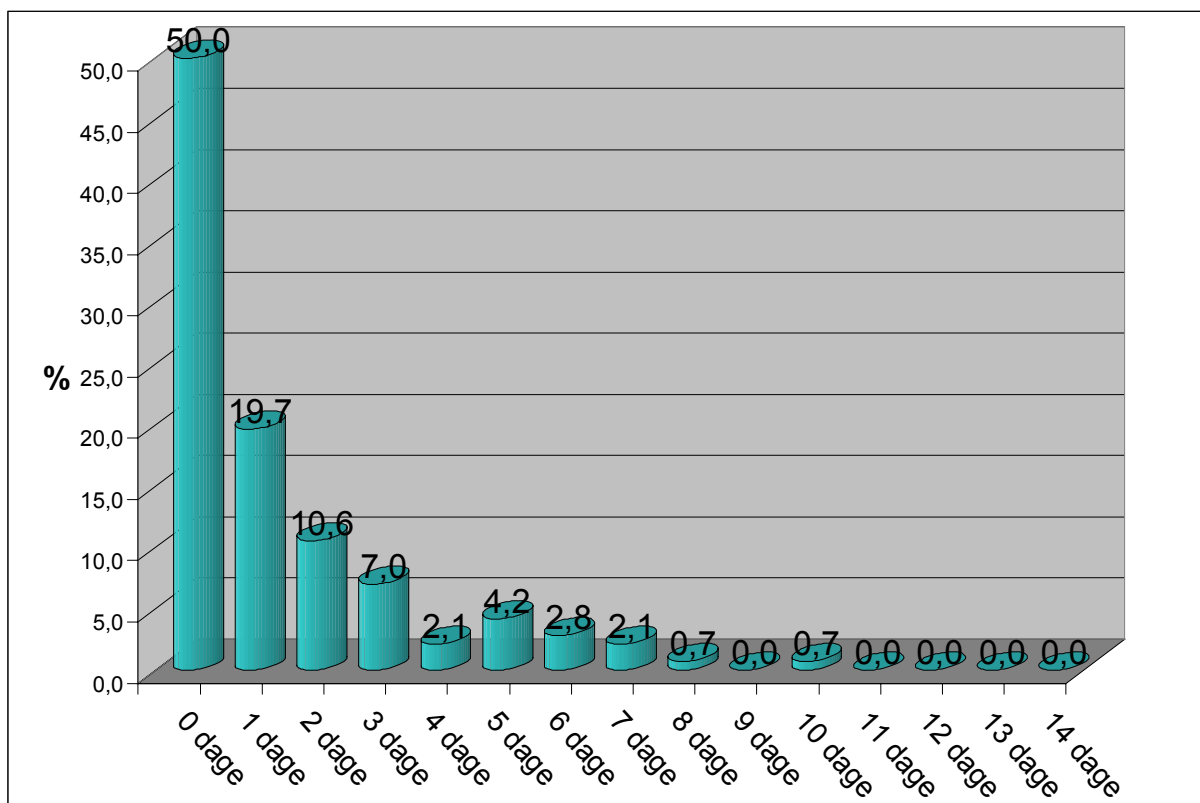
Mindst 80% af brugerne skal kontaktes indenfor 7 dage efter henvisning til teamet for at SundhedsTeam opfylder de givne kvalitetsmål.

Skematisk ser det således ud at der er en meget fin responstid på i gennemsnit 1,4 dage eller en femtedel af den maksimalt satte tid.

Kun 1,5% svarende til 3 patienter af 142 fik ikke opfyldt målet.

### Dage fra henvisning til 1. kontakt (noteret for 142 patienter)

|                                        |               |
|----------------------------------------|---------------|
| <b>Gennemsnit</b>                      | <b>1,4</b>    |
| <b>Spændvidde</b>                      | <b>0 - 10</b> |
| <b>Andel kontaktet indenfor 7 dage</b> | <b>98,5%</b>  |



#### **Kontakt i forhold til dage fra henvisning.**

Ser man på fordelingen af hvornår patienterne er kontaktet fra henvisning er modtaget, er 50 % opsøgt den samme dag og i alt 80% er opsøgt indenfor 2 dage.

Dette er en fortsættelse, med en marginal forbedring fra 96 til 98,5 %, af den gode responstid der blev opnået i 2006.

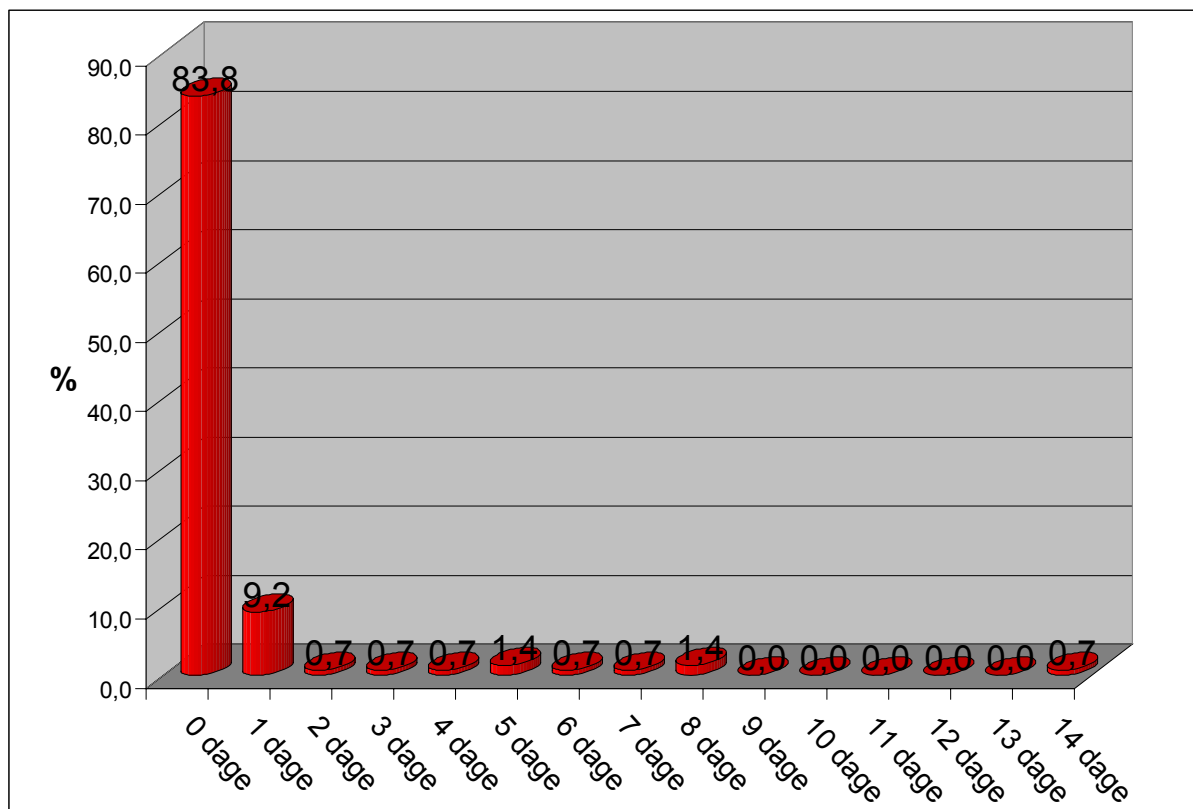
## Responstid fra behandlingsbeslutning til behandlingens udførelse.

Mindst 80 % af de kontaktede skal, hvis behandling vurderes nødvendig, tilbydes denne indenfor 7 dage fra beslutning.

Her er 3 af 64 patienter ikke sat i behandling indenfor målet. Dog er 2 af disse patienter med længst ventetid sat i behandling efter 8 dage og en enkelt efter 14 dage. Der er i behandlingsmålet ikke indsat nogen vægtning af den kliniske nødvendighed i hurtig behandling.

### Dage fra behandlingsbeslutning til udførelse (noteret for 64 patienter)

|                                        |               |
|----------------------------------------|---------------|
| <b>Gennemsnit</b>                      | <b>0,5</b>    |
| <b>Spændvidde</b>                      | <b>0 – 14</b> |
| <b>Andel kontaktet indenfor 7 dage</b> | <b>98,5%</b>  |



### Andel kontaktet i forhold til dage fra behandlingsbeslutning.

Responstiden for behandlingsudførelse er endnu kortere end responstiden for kontakt og der er en næsten 100 % opfyldelse af målet.

Mere end 80 % er sat i behandling samme dag som beslutningen er truffet og 93 % indenfor 1-2 døgn.

Målsætningen var også her opfyldt i 2006 og der er en marginal forbedring fra 93 til 98,5 %, som er opsøgt indenfor 7 dage.



Responstiderne siger ikke noget om behandlingskvalitet eller om hurtig respons for den enkelte nødvendigvis er et gode, der fører til bedre resultat end en længere responstid. Responstiden siger alene, at man som henviser og patient hos SundhedsTeam kan regne med, at der handles på både henvisningen og det behandlingsbehov, der er hos den enkelte og at det er et gennemgående træk i kontakten med alle henvisere og alle patienter.

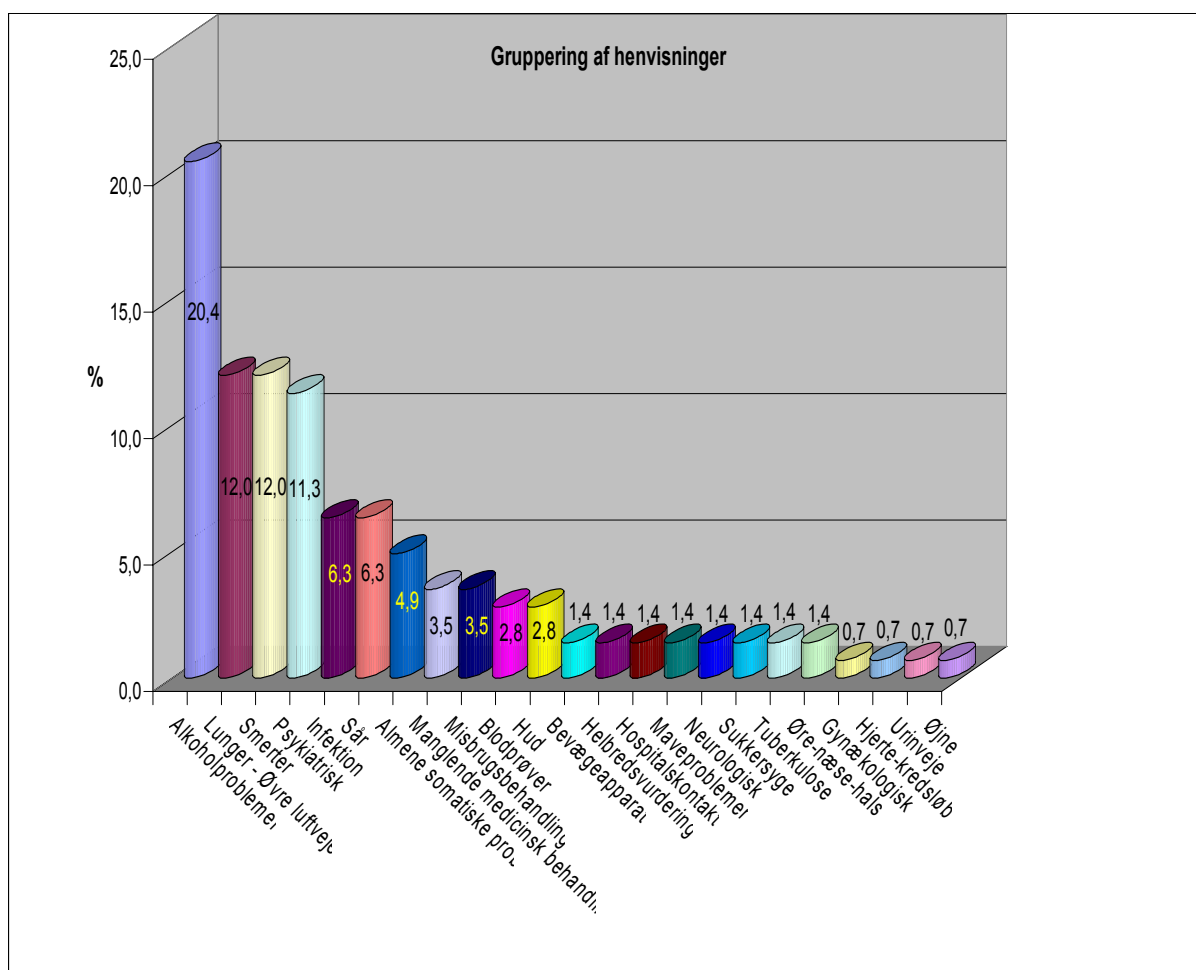
Man kan med andre ord stole på, at en henvisning til SundhedsTeam fører til, at der handles. Det er ikke sikkert, at der handles på den måde, man havde forventet, men der handles uden undtagelse på alle henvendelser.

## Henvisningsårsager

Henvisningsmønstret til SundhedsTeam er en smule ændret i forhold til 2006.

Som i 2006 er 'henvisningsårsagerne' dem der angives fra den, der opretter kontakten til SundhedsTeam når patienten henvises, mens 'indskrivningsdiagnoserne' er de diagnoser, der angives af SundhedsTeam ved indskrivning.

Henvisningsårsagerne til SundhedsTeam er de årsager, der kommer af symptomer hos den enkelte, bekymringer hos omgivelserne eller, som det oftest er, adfærdsmæssige problemer, som bringer den enkelte borger i konflikt med omgivelserne og i yderste konsekvens vil udløse en sanktion af sikkerhedsmæssige årsager (eksempelvis når en husorden brydes gentagne gange).



**Grupperede henvisningsårsager til SundhedsTeam 2007**

55 % af årsagerne til henvisning er dækket af 4 problemstillinger, alkohol-, luftvejs- og smerteproblemer samt psykiatriske problemstillinger, som ikke umiddelbart er misbrugsrelaterede.

Som tidligere er det ikke sårproblematikker, der fylder i SundhedsTeams arbejde, hvilket man ellers kan få indtryk af i mediernes omtale af sundhedstjeneste for hjemløse. Sår fylder 6 % og andre 11 % er infektioner af forskellig slags, mens 83 % af arbejdet er andre problemer.

Den store blok af lidt uspecifikke somatiske og adfærdsmæssige henvisninger er forsvundet til fordel for klarere henvisninger.

Kendetegnende for henvisningsmønstret i forhold til 2006 er, at der er en større diversitet i henvisningsårsagerne. Det kan skyldes, at de henvisende er blevet bedre til at skelne forskellige tilstande fra hinanden som følge af samarbejdet med SundhedsTeam's sygeplejersker. For eksempel er andelen af henvisninger på grund af luftvejslidelser ca. 2 % i 2006 mens de er på 12 % i 2007, ligesom smerter er på henholdsvis 4 % i 2006 og 12 % i 2007.

En anden årsag kan være, at der er sket en forrykning i fordelingen af hjemløshedsniveau i gruppen som helhed. Andelen af herbergsbeboende er procentuelt steget kraftigt på grund af det store, hidtil udækkede, behov for sundhedsydelse på Kollegiet, Gammel Køge Landevej. *Antallet* af gadehjemløse der har søgt SundhedsTeam er ikke mindre, men *vægtningen* af problemer, som hyppigt ses i den gruppe, vil naturligvis være mindre.

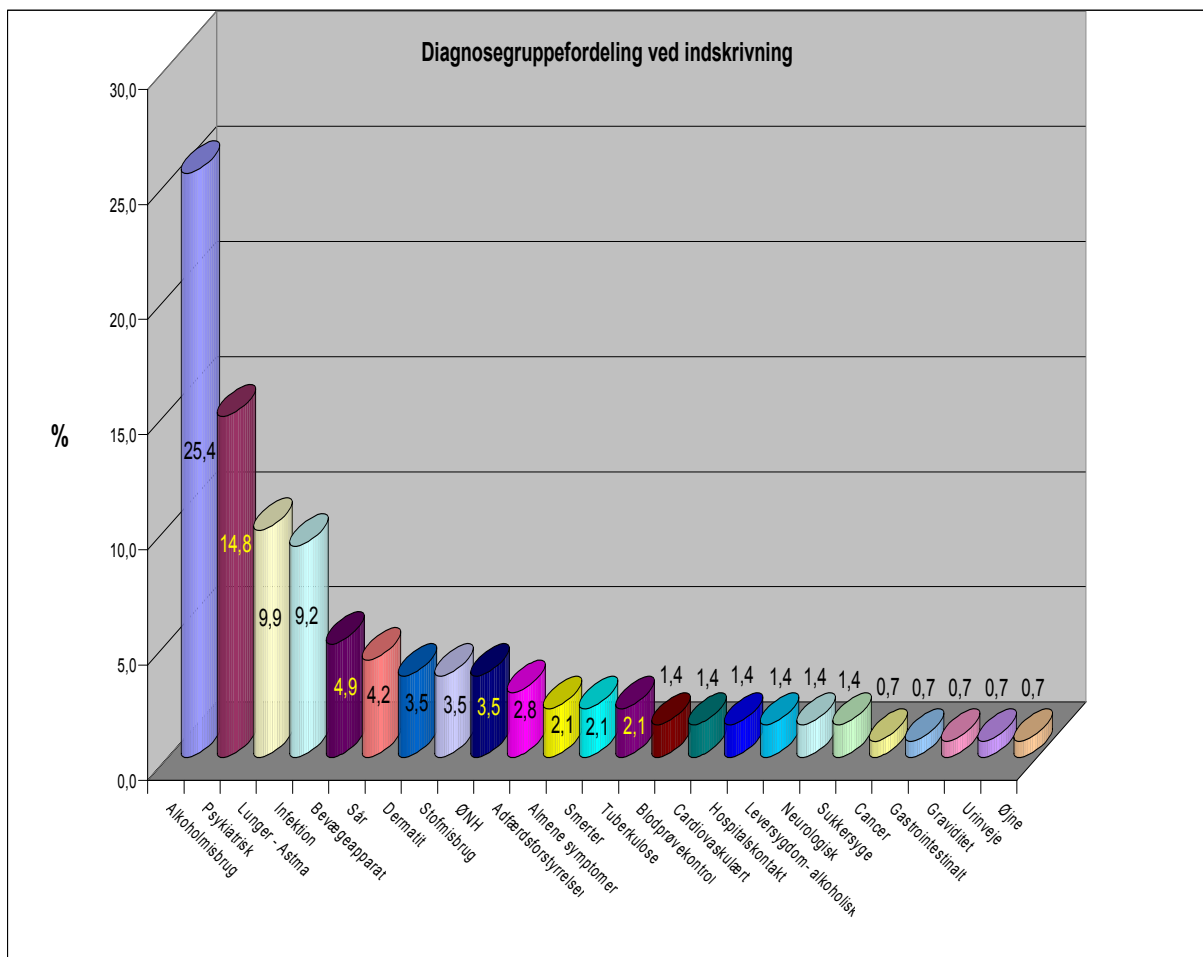
## Indskrivningsdiagnoser

40 % af alle kontakter har årsag i alkohol og forskellige psykiatriske problemstillinger mens de næste henholdsvis 9,9 og 9,2 % er luftvejsproblemer og infektioner.

Sår kommer som vægtet diagnose på en sjetteplads med 4,2 %. Stofmisbrug som kontaktdiagnose er 3,5 % hvilket er på linje med øre-næse-halssygdomme.

Smerter fylder mere end 12 % i henvisningsgrupperingen, men da smerter jo hyppigt har en årsag, udgør de ikke mere end 2,1 % af *diagnoserne*. 10 % eller 14 personer ud af 17 fik altså fundet en årsag til deres smerteproblematik, som kunne behandles. Teamet er også blevet mere specifikt i diagnosegrupperingen 'adfærdsforstyrrelser' fyldte 12 % i 2006 men kun 2,8 % i 2007

Den største indskrivningsdiagnosegruppe er stadig alkoholmisbrug. Dette er naturligt, da det fører til mange fysiske og psykiatriske problemer, som i sidste ende leder til kontakt med SundhedsTeam. Samtidig er tilbuddet til den tungeste gruppe af alkoholmisbrugere ikke særligt brugbart, idet det kræver en vis stabilitet at kunne modtage de tilbud, der er – en stabilitet som ikke er til stede.



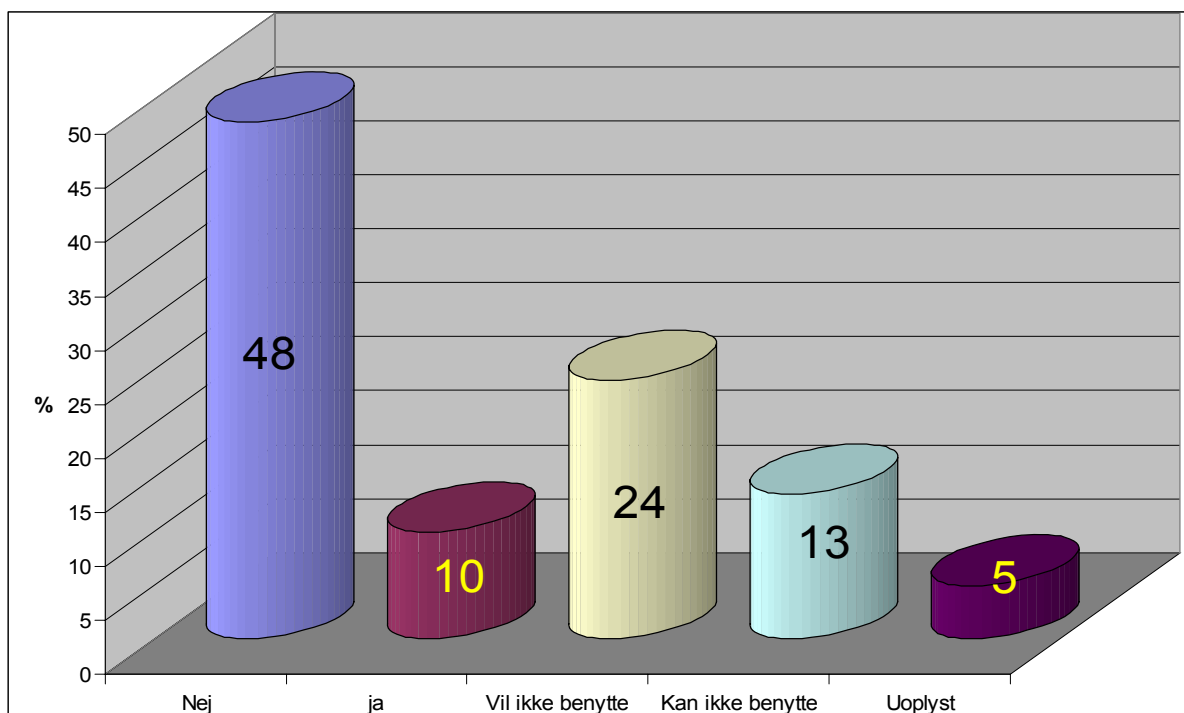
### **Grupperede indskrivningsdiagnoser 2007**

SundhedsTeam har derfor også arbejdet systematisk med at udvikle tilbud til de mest ustabile alkoholmisbrugere, ligesom der er arbejdet med metoder i forhold til compliance og psykosebehandling, som beskrevet senere i denne rapport. Alle øvrige diagnosegrupper tilstræbes at få givet den mest optimale behandling hurtigst muligt og desuden forsøge at evaluere for den enkelte, hvilke yderligere sundhedsbehov, der kan gøres noget ved.

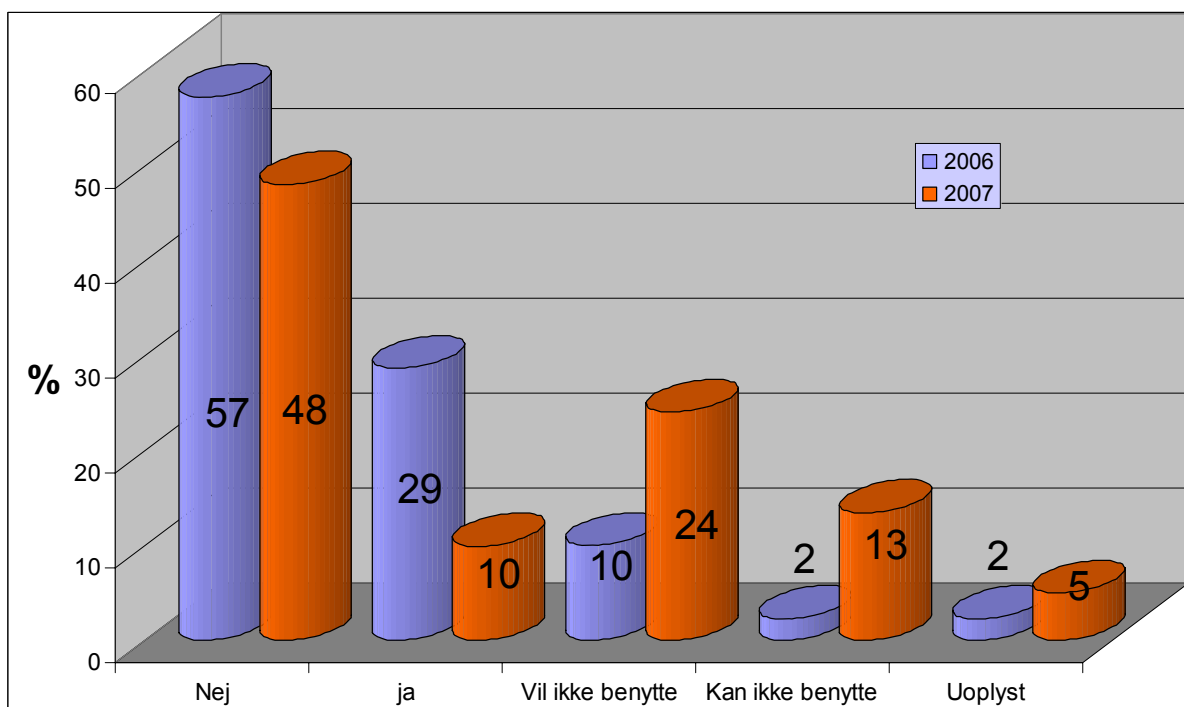
### **Kontakt med egen læge**

Den svigtende kontakt med egen læge er et særligt tydeligt karakteristika ved SundhedsTeampatienter (og en af årsagerne til tilknytning til teamet). Der er et lille fald i antallet, der ikke på nogen måde har kontakt til egen læge, mens der er sket en markant stigning af indskrevne, der ikke kan eller vil benytte egen læge som følge af konflikt med denne, eller fordi man ikke kan finde ud af at kontakte egen læge med henblik på konsultation. I alle tilfælde er der ingen systematisk behandling mulig i primærsektoren.

Om variationen fra 2006-7 har nogen signifikans er svært at vurdere, da der ikke er særlig variation i henvisningsmønstret, der skulle tale for det. At der er tale om en systemtilknytningsmæssigt mere relevant patientgruppe end i 2006, kunne faldet af dem der har kontakt med egen læge, fra 29 til 10 % tale for, men det er rent spekulativt.



**Kontaktforhold til egen læge 2007**



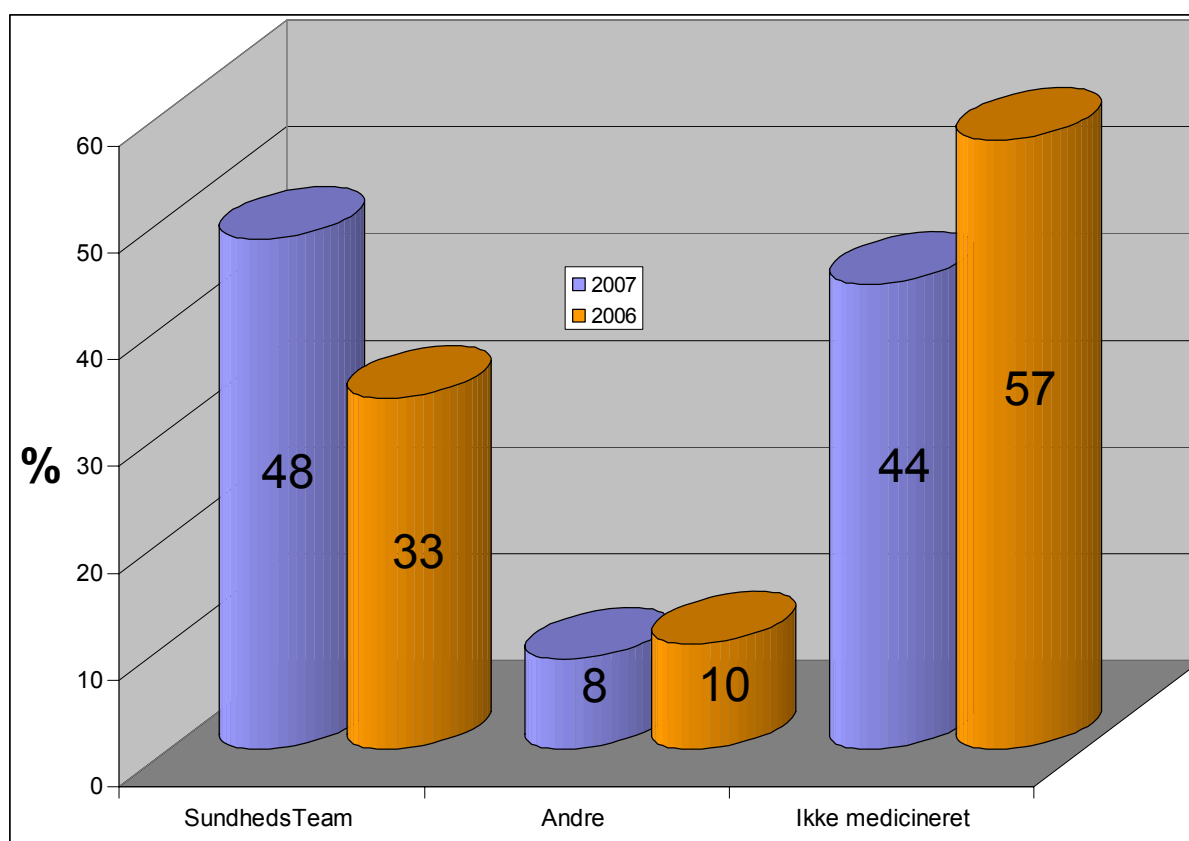
**Kontaktforhold til egen læge henholdsvis 2006 og 2007**

## Medicin udleveret af SundhedsTeam

SundhedsTeam behandler, hvor patienten er. Det vil sige, det kan være nødvendigt at ordinere medicin til patienten. Hyppigst er der tale om korterevarende medicinering såsom alkoholafrusning, antibiotikabehandling etc. En del af tilfældene kan være meget langvarige som for eksempel medicinering for skizofreni, depression og smertebehandling.

I andre tilfælde er der tale om medicinering, som er igangsat af andre. For eksempel behandling af tuberkulose. I forhold til 2006 er der sket en stigning i antallet, der har haft behov for medicin fra 43 % til 56 %. Dette afspejler også, at der er en øget andel af luftvejs og smertelidelser, som hyppigt skal medicineres.

Der har ligeledes været et stigende ønske om at få behandling for alkoholmisbrug. Hvor der hyppigst tilbydes kort kontakt og antabusuddeling via det allerede eksisterende system, forsøger SundhedsTeam at indgå i et længerevarende forløb med stabilisering, både i forhold til kontakten med teamet, en udredning af de psykiske og medicinske behov og ofte en længerevarende medicinsk stabilisering. Dette giver selvsagt et længerevarende forløb, og det viser sig også hyppigt at patienten i forløbet får et behov for medicin, der ikke var tydeligt i starten.



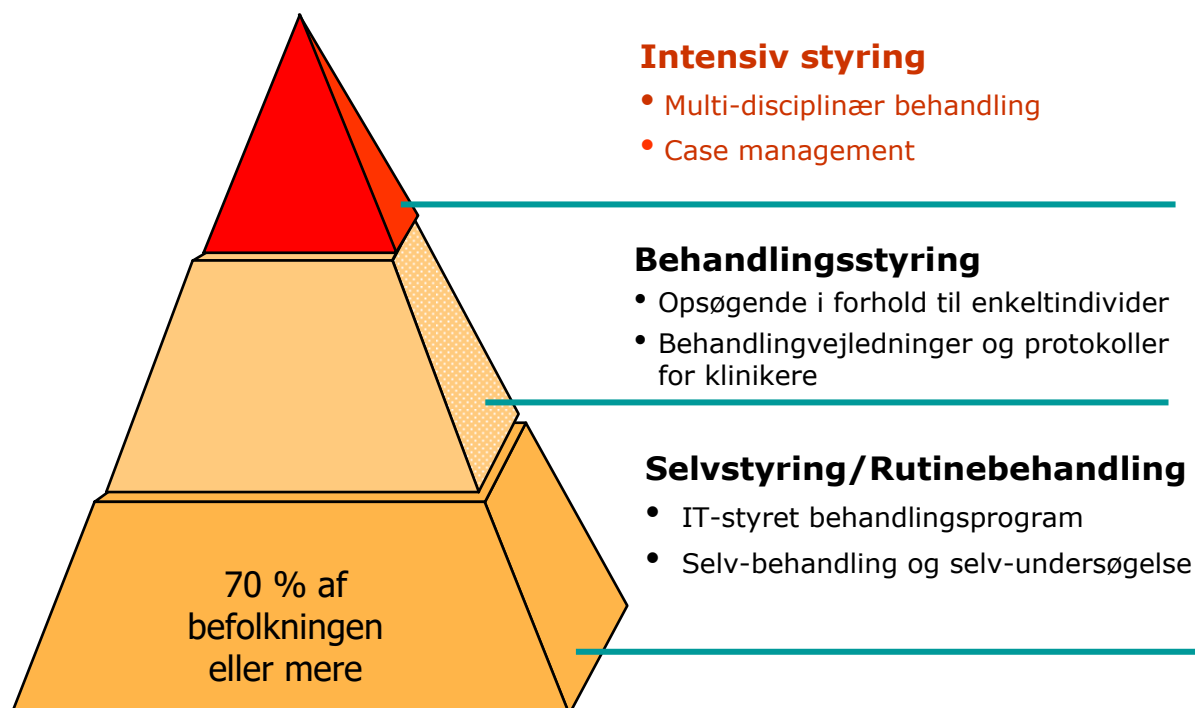
***Medicinering udført og ordineret af SundhedsTeam henholdsvis udført af SundhedsTeam men ordineret af andre i henholdsvis 2007 og 2006.***

Den længstvarende medicinering i SundhedsTeam er foregået, med afbrydelser, siden efteråret 2005. Den involverede patient er over tid blevet betydeligt mere stabil men der er stadig et behov, som ikke vil være afklaret indenfor det næste år til halvandet.

Det er typisk for SundhedsTeams målgruppe, at der ikke tidligere har været mulighed for systematisk behandling over længere tid. SundhedsTeams patienter har ofte indledt mange behandlingsforsøg i forhold til misbrug, psykisk og fysisk sygdom, men forløbene stranded oftest på, at det ikke er muligt at holde kontinuitet i behandlingen, når vedkommende ikke selv fastholder den. De fleste institutioner vil slette patienten af behandling, hvis han udebliver blot en enkelt eller nogle få gange fra aftaler. Det er ofte sådan, at der eksisterer behandlingsregimer, som ville kunne hjælpe den enkelte, men hele forløbet stranded på manglende struktur fra patientens side. For SundhedsTeam er det

vigtige, at man involverer og bygger på patientens umiddelbare netværk for at kunne gennemføre behandlingen systematisk.

Behandlingsforløbene bygger oftest på at jo mere struktureret patienten selv er jo mindre intensiv support er nødvendig, som det er vist i denne figur fra Kaiser Permanente-organisationen i USA.



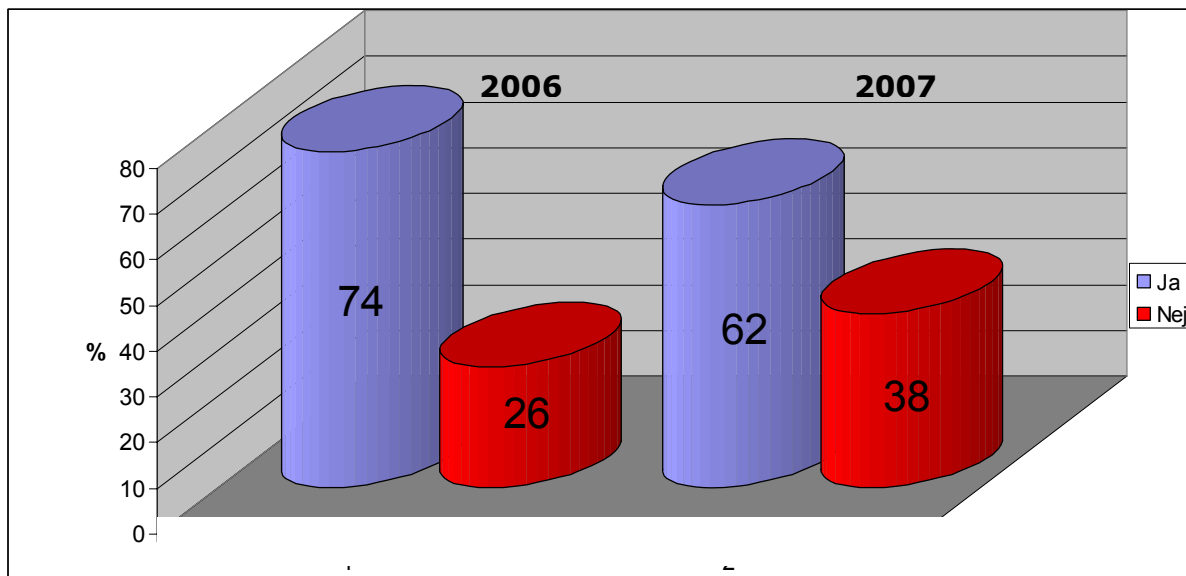
SundhedsTeams patienter befinder sig i toppen af pyramiden, som dem der ikke selv formår at styre behandling og derfor har behov for intensiv styring. Samtidig har de fleste af patienterne et behov for at undersøge, om det tilbud de modtager denne gang, adskiller sig fra de tilbud de tidligere har haft så lidt succes med.

Det er derfor meget vigtigt at al behandling forsøges gjort i samarbejde med det omgivende sundhedssystem og hvis der ikke findes nogen oplagt samarbejdspartner, da at finde én så hurtigt det er hensigtsmæssigt. De meget lange forløb med medicinering i SundhedsTeam er alle på en eller anden måde svære at overgive til sundhedsvæsenet enten på grund af patientens adfærd. Ofte er der ikke relevante samarbejdspartnere eller også er det ikke for nuværende er relevant at overføre behandling til andre, da der så vil være risiko for at patient dropper ud af kontakten igen.

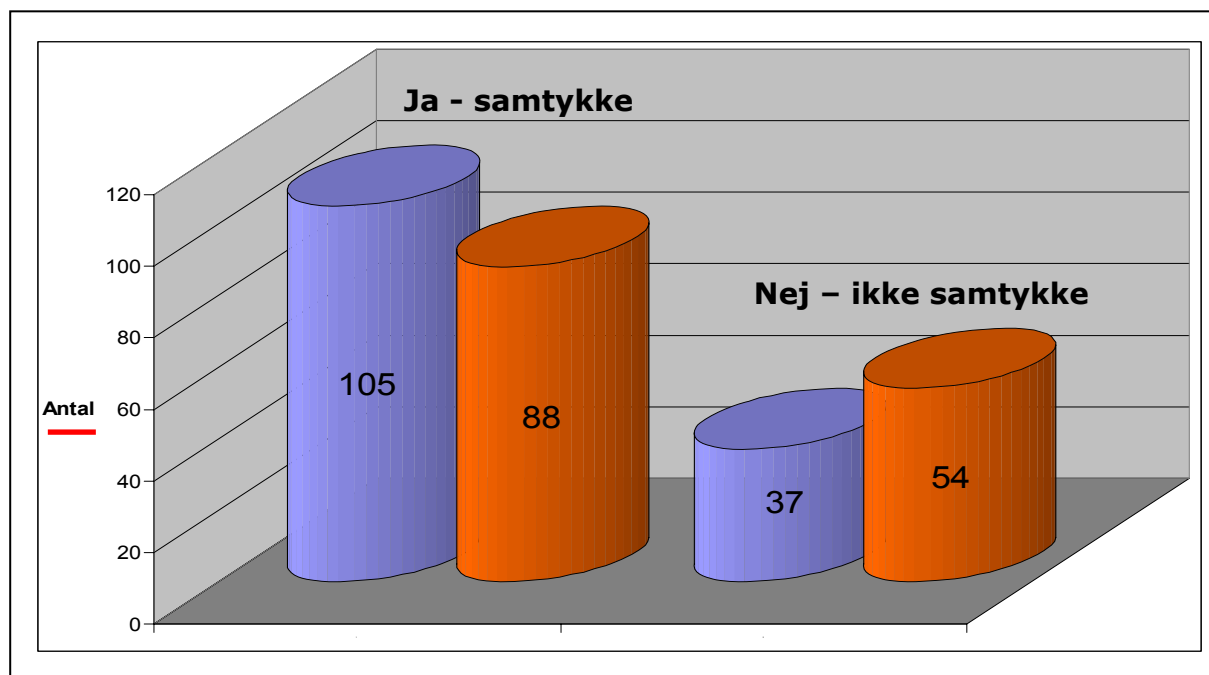
### **Samtykke til kontakt med sundhedsvæsenet etc.**

SundhedsTeam skal sikre sig samtykke fra patienter når der skal være samarbejde med andre institutioner og sundhedsvæsenet. Det ser ud som om antallet af afgivne samtykker, er faldet fra 2006 til 2007. Årsagen kan ligge i et anderledes kontaktmønster, blandt andet en øget kontakt til yngre grupper, især via værestedet Gaderummet. Her har mange af kontakterne været kortvarige og omhandlende en enkel problemstilling som øvre luftvejsinfektion etc. Samtidig har meget af kontakten været præget af konflikter mellem værestedet og myndighederne, hvorfor vi har valgt ikke at være pågående med ønsket om samtykke. Ser man på den difference, der er mellem det forholdsmæssige antal samtykker i Gaderummet og på Kollegiet, Gl. Køge Landevej og fiktivt lægger

dette antal samtykker ind i den samlede opgørelse, ses det at forskellen svarer nøje til den forskel, der er for kontakterne i Gaderummet og er derfor fuldt forklarlige.



**Tilladelse til samtykke i henholdsvis 2006 og 2007**



**Blå:** Antallet af samtykker henholdsvis manglende samtykker hvis procentdelen af udfyldte samtykker havde været som i 2006.

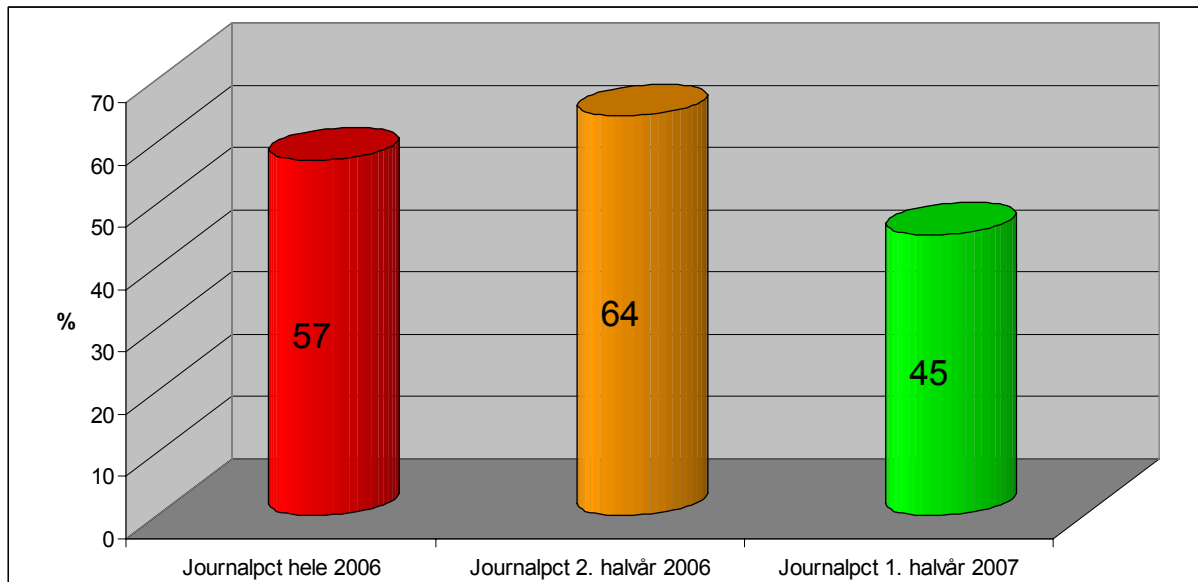
**Orange:** Reelle tal

## Journaludfyldelse

- Brugers helbredsmæssige profil skal sikres, i form af formaliseret journalføring på mindst 75 % af de brugere, der er kontaktet.

Der er sket en samlet kraftig forbedring af journaloptagelsen. Ser man på året som helhed har små 87 % af alle fået optaget journal. Det vil sige de mest basale helbredsdata er indsamlet for langt hovedparten af alle teamet har mødt og for alle der har haft en længerevarende tilknytning til SundhedsTeam.

Det er også tydeligt på de følgende grafer, at man skal afvente nogen tid med opgørelsen fordi journaloptagelsen strækker sig over nogen tid efter første kontakt. Som det ses i halvårsopgørelsen 2007, har 45 % fået udfyldt journal da opgørelsen laves ganske kort inde i 2. halvår, men ved helårsopgørelsen er der sket en fordobling. Opgørelsen over 2007 er foretaget to måneder inde i 2008 og derfor er de 88 % et mere realistisk billede af dokumentationsgraden end de 45% ved halvåret.



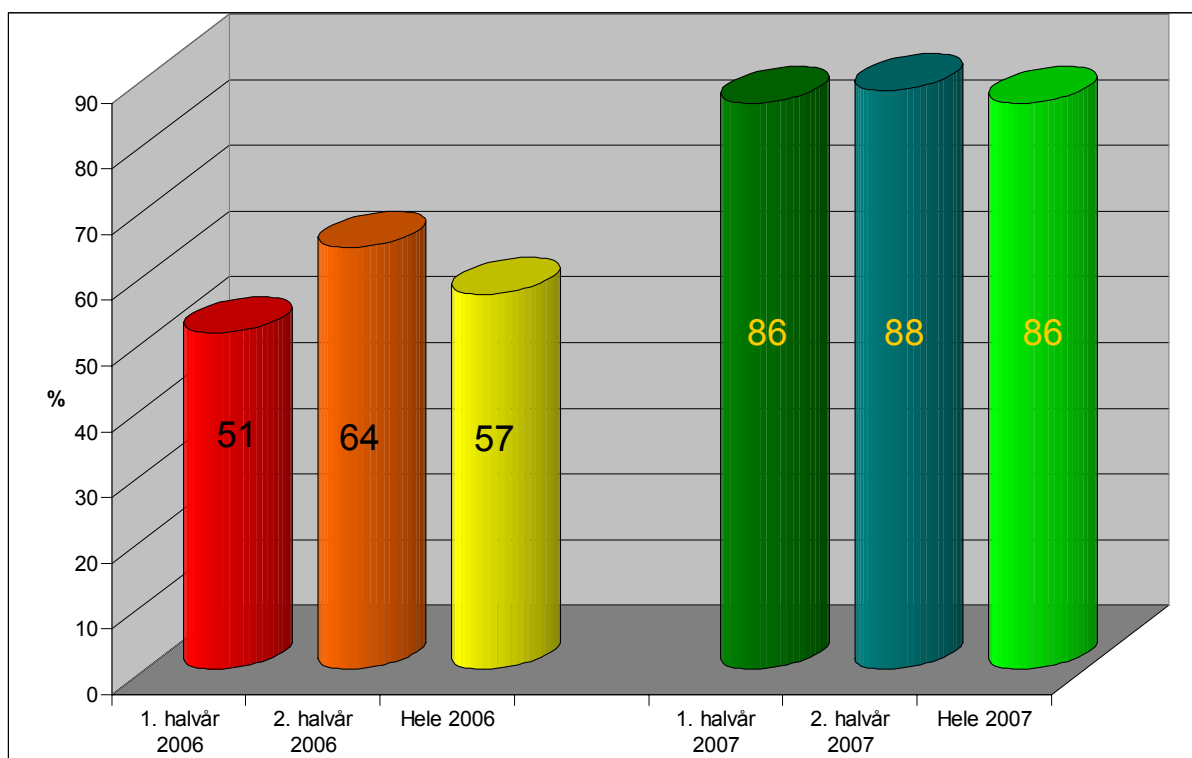
#### **Halvårsmålinger af journaludfyldelse**

Men generelt er der en fantastisk flot stigning i dokumentationsgraden fra 2006 med hele 30 % fra godt under kvalitetsnormen til langt over i 2007.

Om journalen udfyldes eller ikke, giver naturligvis ikke automatisk et billede på om behandlingskvaliteten er bedre eller dårligere men siger måske noget om, at systematikken i patientkontakten er blevet bedre, hvilket ofte giver overskud til at øge kvaliteten i behandlingen i øvrigt.

Journalen og dens data danner baggrund for at kunne følge udviklingen i hjemløses generelle tilstand over årene og SundhedsTeam systematiske indsamling af data vil kunne udgøre en unik database over udviklingen i hjemløse Københavneres sundhedstilstand. Samtidig er det vigtigt at kunne opdage, hvis der sker markante eller uventede ændringer, som det ses i den uforholdsmæssigt store andel med Hepatitis C.





**Journalprocent for henholdsvis 2006 og 2007.**

## Blodprøver

### Blodprøvetagning

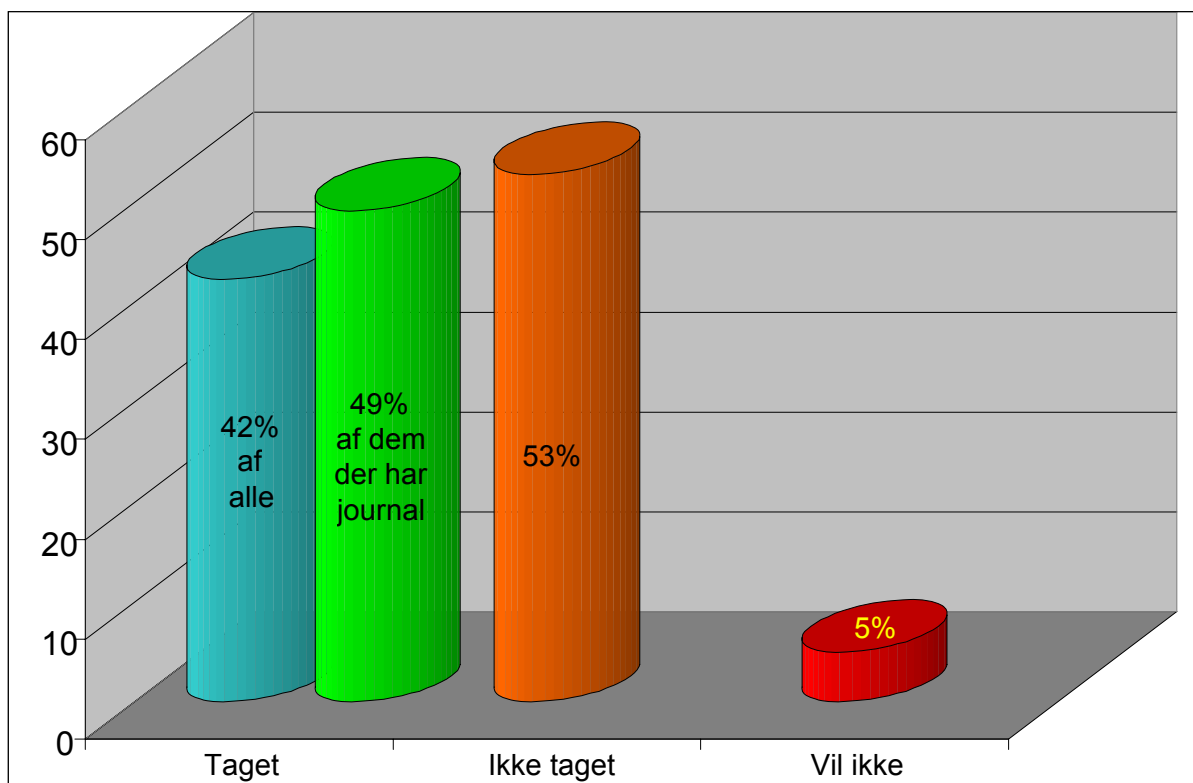
- *Brugers smittestatus med hensyn til hepatitis og HIV, skal ved hjælp af blodprøve tages hos mindst 50 % af de brugere, som har fået lavet helbredsprofil.*

I 2006 fik 85 % af dem der fik udfyldt journal taget blodprøver, men journalprocenten var kun 57 svarende til at 48 % af alle fik taget blodprøver.

I 2007 fik 49 % af dem der fik udfyldt journal også taget blodprøver. Journalprocenten var til gengæld 86 for hele året. Det svarer til at 42 % af alle fik taget blodprøver.

Der er altså et reelt fald i den totale blodprøveprocent, men den trinvis kvalitetsnorm er her meget mere relevant. Målet er fremover at øge den generelle blodprøveprocent. Derved opfyldes kvalitetsnormen, idet stort set alle bortset fra de mest kortvarige kontakter medfører, at der optages journal og det er ikke, som det var i 2006, at det at få udfyldt journal var ensbetydende med, at man også fik taget blodprøver.

Når 86 % får udfyldt journal er dette mål mere end opfyldt, men der er behov for, at vi også tænker på, at vi konstant bør være observante på smitteopsporing i vores patientgruppe, som er i højrisiko for smitte med hepatitis og TB samt HIV. Især hvis der er en større gennemvandring af østeuropæiske borgere med risikoadfærd i vente eller i gang.



**Andelen af blodprøvetagning i 2007**

## **Generelle betragtninger vedrørende smitteopsporing for hepatitis og HIV**

Det er et mål for kvaliteten i det smitte-opsporende arbejde, at så mange relevante patienter som muligt får tilbudt et vaccinationsprogram. Det springende punkt er, hvor skillelinjen er mellem de relevante og ikke-relevante, idet mange kan opfattes som værende i risikogruppe på grund af deres almindelige livsførelse. SundhedsTeam har som senere beskrevet afholdt møde med de infektionsmedicinske afdelinger og man er enes om at henvise alle nyfundne Hepatitis C tilfælde til rådgivning på afdelingerne.

### **Vaccinationer:**

Målsætningen i forhold til vaccination er at:

Alle der har fået foretaget blodprøve for HIV og hepatitis skal evalueres, og de, der er fundet relevante, skal så vidt muligt vaccineres for Hepatitis B og Hepatitis A (Twinrix),

SundhedsTeam skal sikre at mindst 50 % af de relevante, der ikke allerede findes smittede med Hepatitis B får tilbudt vaccinationsprogram og indenfor 1 år fra indledning af vaccination, gennemfører dette program.

## Vurdering af smittestatus

49 % er vurderet som ikke relevante for vaccination enten på baggrund af deres misbrugsprofil, blodprøvestatus eller begge dele.

10 % (N=14) er vurderet som relevante for vaccination med twinrix. Heraf er 2 personer enten videresendt til rådgivning på infektionsmedicinske afdelinger og 1 person har indledt vaccinationsprogram.

41 % kan ikke vurderes på grund af manglende misbrugsprofil, blodprøver eller begge dele

Dette er helt klart utilfredsstillende. Hvis fordelingen i den "uvisse" gruppe er som for de øvrige vil yderligere 11 personer være relevante for hepatitisvaccination svarende til at 21 personer eller 15 % af alle.

Anslås belastningen ud fra blodprøvetagningen vil det se således ud:

| <b>Antistof-positive</b>    | <b>Undersøgte<br/>(N=52)</b> |         | <b>Anslået<br/>smittebelastning<br/>(af N=142)</b> |         |
|-----------------------------|------------------------------|---------|----------------------------------------------------|---------|
|                             | Antal                        | Procent | Antal                                              | Procent |
| <b>Hepatitis C positive</b> | 11                           | 21      | 30                                                 | 21      |
| <b>Hepatitis B positive</b> | 10                           | 19      | 27                                                 | 19      |
| <b>Hepatitis A positive</b> | 21                           | 40      | 57                                                 | 40      |
| <b>HIV positive</b>         | 2                            | 4       | 5(?)                                               | 4       |

Samlet set kan vi altså forvente at mellem 20 og 30 af de 142 indskrevne i 2007 er hepatitis C positive.

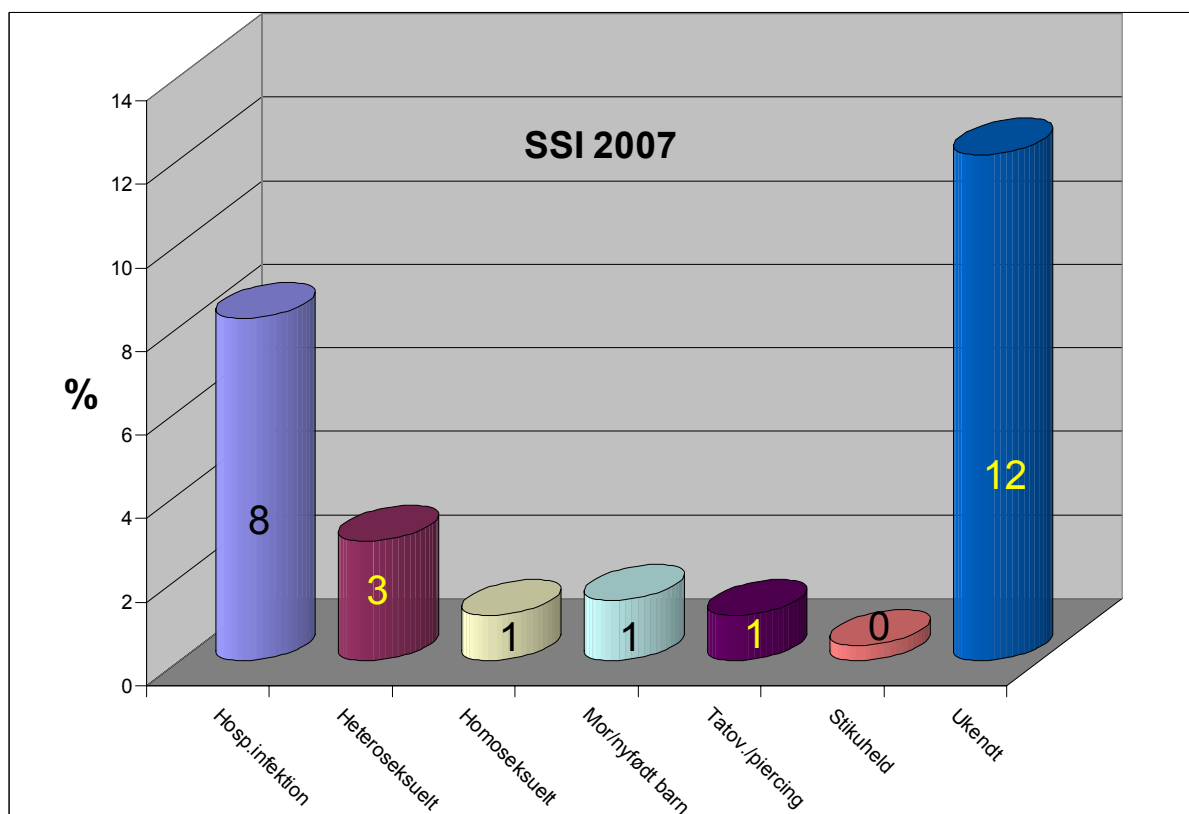
Statens Seruminstitut har opgjort anmeldte tilfælde af Hepatitis C i 2007<sup>11</sup>.

Af de anmeldte hepatitistilfælde til SSI blev syv personer anmeldt med akut hepatitis C virus (HCV)-infektion. Tre var smittet ved i.v. stofmisbrug, én ved ubeskyttet sex med prostitueret.

281 personer blev anmeldt med kronisk HCV-infektion, heraf 63 % mænd og 37% kvinder. 73 % var altså smittet via injektionsmisbrug men 23 % var smittet ad andre veje:

---

<sup>11</sup> Akut og kronisk hepatitis C 2007 - SSI, EPI-Nyt uge 8, 2008. Kan hentes her: <http://www.ssi.dk/sw55160.asp>



**Fordelingen af anmeldte ikke-injektionsmisbrugsrelaterede Hepatitis C tilfælde til Statens Serum Institut fra hele Danmark i 2007.**

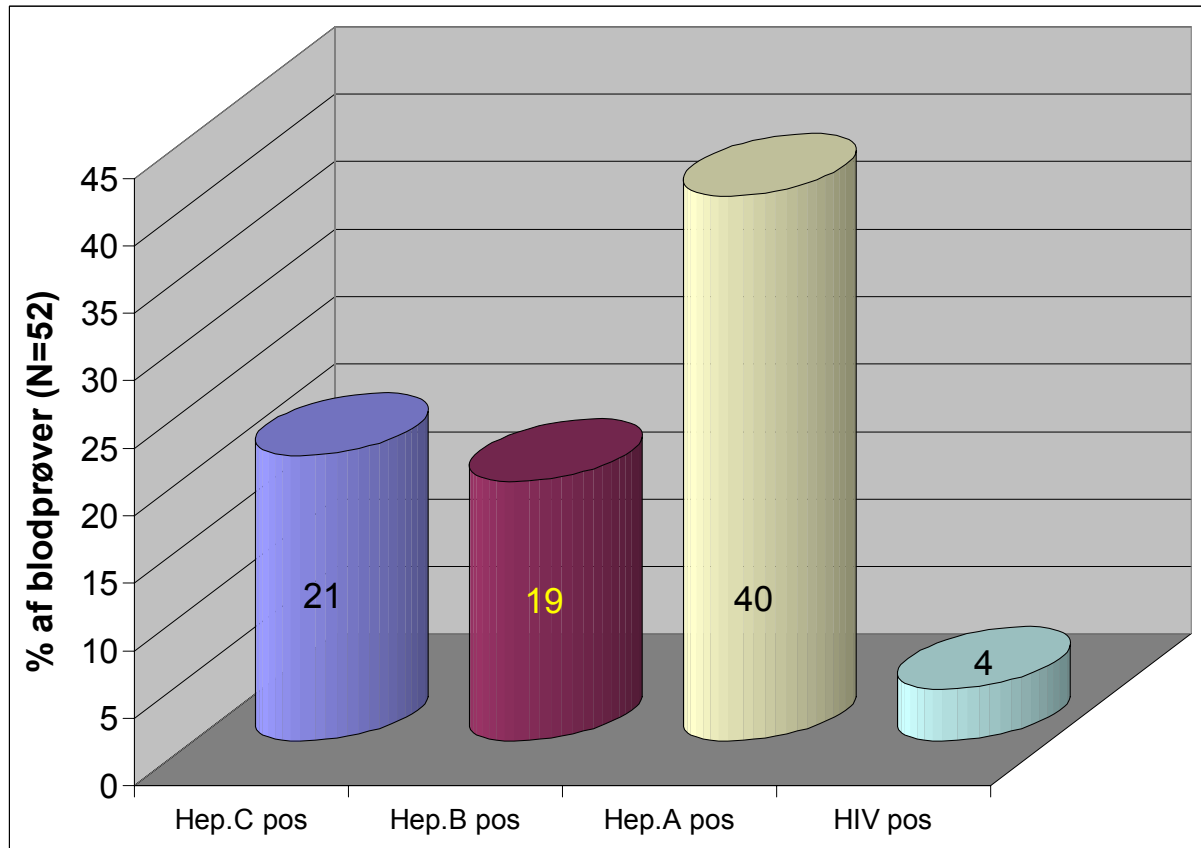
Relateres SSI's tal til andelen af Hepatitis C smittede i SundhedsTeams materiale, som stort set i 2007 ikke indeholder personer med pågående injektionsmisbrug, er der altså et estimeret antal smittede i SundhedsTeams patientgruppe, der ligger på halvdelen af alle anmeldte tilfælde i 2007.

Der er altså en opgave der skal løftes i forhold til smitteovervågning af risikogrupper, som ligger udenfor misbrugscentrenes kerneclientel.

SundhedsTeam har da også allerede reageret på disse tal. Januar 2008 har der været afholdt møde med de Københavnske infektionsmedicinske afdelinger og man er nået til en konsensus om, hvorledes man skal reagere på fund af Hepatitis C og Tuberkulose, ligesom der blev aftalt rammer for kontakt mellem afdelingerne og SundhedsTeam med hensyn til opfølgning af hjemløse i TB-behandling.

Der tilbagestår dog, at SundhedsTeam skal have taget blodprøver på en langt højere andel af de indskrevne, for at man med rimelighed kan sige, at man har overblik over situationen i målgruppen. Det nye kvalitetsløft med behandlingsgennemgang efter 14 dage vil forhåbentlig sammen med logistiske tiltag sandsynligvis kunne øge andelen.

# Smittescreening



**Fund af hepatitismitte og HIV i % af blodprøver**

## Hepatitis C

Der foreligger Hepatitis C- svar på 52 af i alt 59 blodprøvesvar. Der er ikke manglende svar fordi prøven er mislykket, men en enkelt har ikke ønsket at få taget smitteprøver, mens andre blodprøver er indhentet fordi patienten er blevet indlagt i forbindelse med kontakten og man på hospitalet ikke har taget smitteprøver.

Af de 52 Hepatitis C - svar er

- 11 positive
- 41 negative
- 0 mislykket

Af de 11 positive Hepatitis C-fund er 9 sikkert nye fund, en tidligere kendt og en enkelt er usikker, om han tidligere er undersøgt.

Der foreligger positiv Hepatitis C-RNA som tegn på virusaktivitet hos 3 og en genotypning på 3 af disse (2 styk type 1 og 1 styk 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. Desuden udføres ikke genotypning, hvis patienten tidligere har fået foretaget Hepatitis C-test. At patienten ikke kan huske at have fået foretaget Hepatitis C – test er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at han ikke *har* fået den foretaget og derfor vil der ikke fremkomme genotypning på disse personer.

Af de Hepatitis C smittede er 1 Hepatitis A positiv og 3 har positive anti-HepBs.

## Hepatitis B

*Hepatitis B surface antigen (HBsAg)* er ikke fundet.

*Hepatitis B surface antibody (anti-HBs)* er positiv hos 9 som tegn på tidligere infektion.

*Hepatitis B e-antigen (HBeAg)* er positiv hos 1 som tegn på virusaktivitet. Patienten har yderligere et alkoholmisbrug med positive leverparametre. Tallene tyder altså ikke på aktuelle epidemier af Hepatitis B.

## Hepatitis A

Hepatitis A-antistof total er positiv hos i alt 20 som tegn på tidligere infektion og nu, immunitet. Fordelingen på nationalitetsgrupper er som vist:

|            |   |
|------------|---|
| Grønlandsk | 8 |
| Somalier   | 3 |
| Marokkansk | 2 |
| Dansk      | 2 |
| Svensk     | 2 |
| Libanesisk | 1 |
| Finsk      | 1 |
| Chilensk   | 1 |

Langt hovedparten er fra Grønland som tidligere har haft en noget dårligere infrastruktur samt fra lande hvor Hepatitis A er endemisk i befolkningen. Der er således ikke noget, der tyder på at Hepatitis A spreder sig i hjemløsemiljøet i øvrigt.

## HIV

2 undersøgte er nyfundne HIV-positive.

1 kvinde af polsk og 1 mand af fransk afstamning. Begge er sendt til videre kontrol på infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.

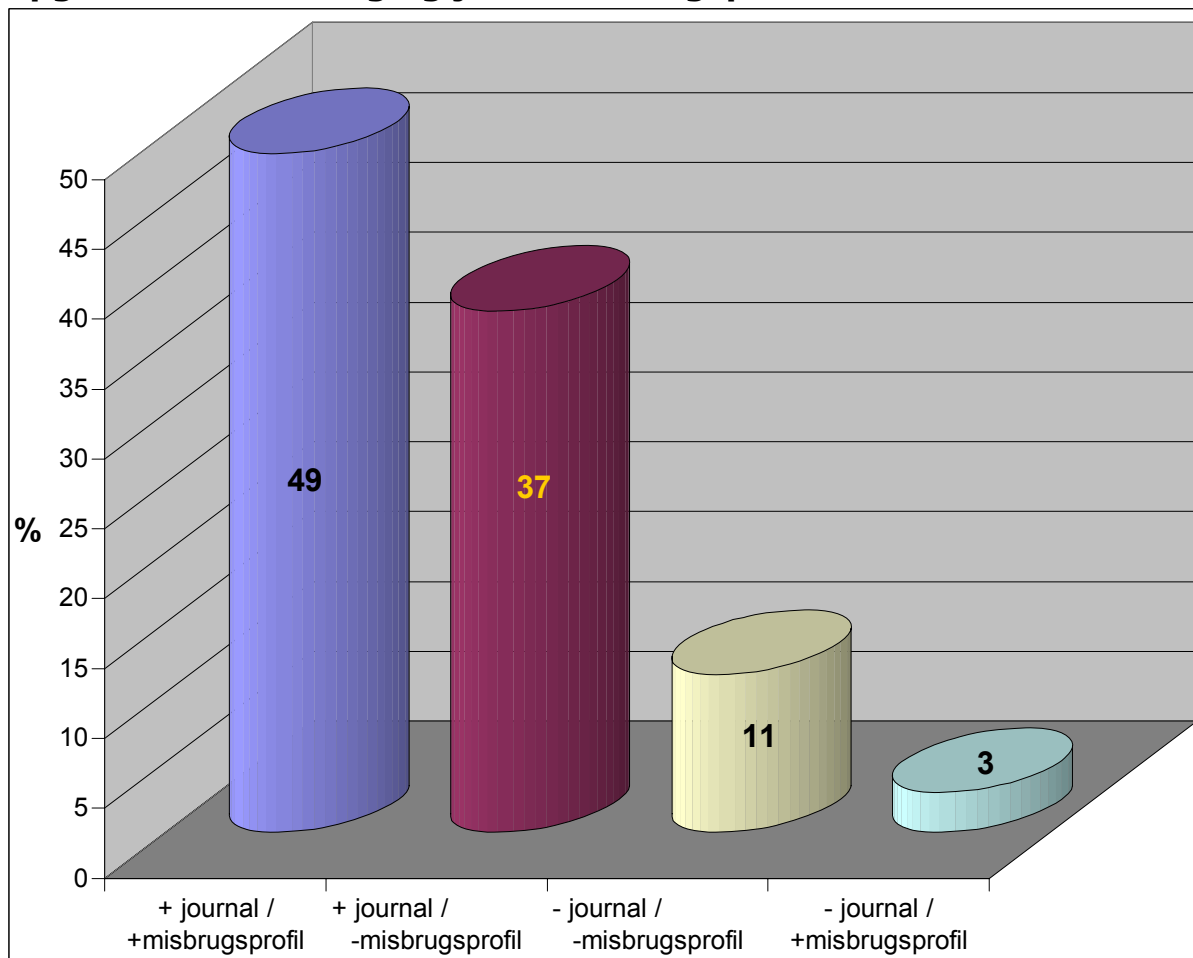
## Andre blodprøver

Det mest gennemgående er leverenzymforhøjelser som følge af alkoholmisbrug, mens andre blodprøveforandringer er mere spredte og naturligvis afspejler det forskellige sygdomsbillede.

I 2007 fik vi kasuistisk meldinger om, at klienter i stofmisbrugssystemet havde overhyppighed af lavt D-vitamin. Teamet har derfor siden efteråret stikprøvevis undersøgt for vitamin D mangel, men på grund af omlægning af prøven i Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium blev en del ikke analyseret. Efter omlægningen er det atter muligt at indsende prøver ucentrifugeret og vi har direkte alarmerende tal, som vi i foråret 2008 undersøger nærmere.

# Alkohol- og stofmisbrug

## Opgørelse af misbrug og journaliseringsproblemer.



**Fordelingen i % af personer der har henholdsvis journal og udfyldt misbrugsprofil eller mangler elementerne. (Procent af N=142)**

86 % har fået udfyldt den generelle patientjournal mens lidt over halvdelen har både misbrugsprofil og øvrige journal udfyldt.

Der er allerede på nuværende tidspunkt (2008) sket ændringer i journalen på grund af den lave frekvens af misbrugsprofiler.

Profilen var oprindeligt tænkt som en måde at få grafisk overblik over den enkeltes misbrugsforløb, men det har ikke vist sig brugbart i det daglige arbejde og metoden har været uforholdsmæssigt tidskrævende. Skemaet ændres fremover, så det kommer til at indeholde de samme data i år med misbrug af de forskellige og ikke som nu også relateret til aldersperiode.

**Misbrug, opgjort for 73 personer  
(69 personer med helbredsprofil + 4 med delvis helbredsprofil)**

|                                  | <b>Aktuelt</b> | <b>Tidligere – nu<br/>ophørt</b> |
|----------------------------------|----------------|----------------------------------|
| Metadon lægeordineret            | 1              | 3                                |
| Metadon illegalt                 | 1              | 2                                |
| Buprenorphin lægeordineret       | 1              | 1                                |
| Buprenorphin illegalt            | 1              | 0                                |
| Andre opioider / smertestillende | 1              | 0                                |
| Heroin                           | 5              | 4                                |
| Andre opioider illegalt          | 0              | 1                                |
| Benzodiazepin lægeordineret      | 3              | 4                                |
| Benzodiazepin illegalt           | 4              | 3                                |
| Amfetamin                        | 4              | 7                                |
| Kokain                           | 7              | 3                                |
| Crack                            | 0              | 3                                |
| Ecstasy                          | 2              | 4                                |
| LSD                              | 0              | 3                                |
| Svampe etc.:                     | 0              | 5                                |
| Cannabis                         | 44             | 2                                |
| Tobak                            | 69             | 1                                |
| Alkohol                          | 58             | 3                                |
| Andet                            | 2 (khat)       | 2 (khat)                         |

Misbrugsprofilen for SundhedsTeam-patienterne som helhed, er ikke ændret i forhold til tidligere. De store topscorere er stadig tobak, alkohol og cannabis i nævnte rækkefølge. Stofmisbruget er meget varieret men hos et meget lavere antal og hyppigt som et blandingsmisbrug sammen med alkohol.



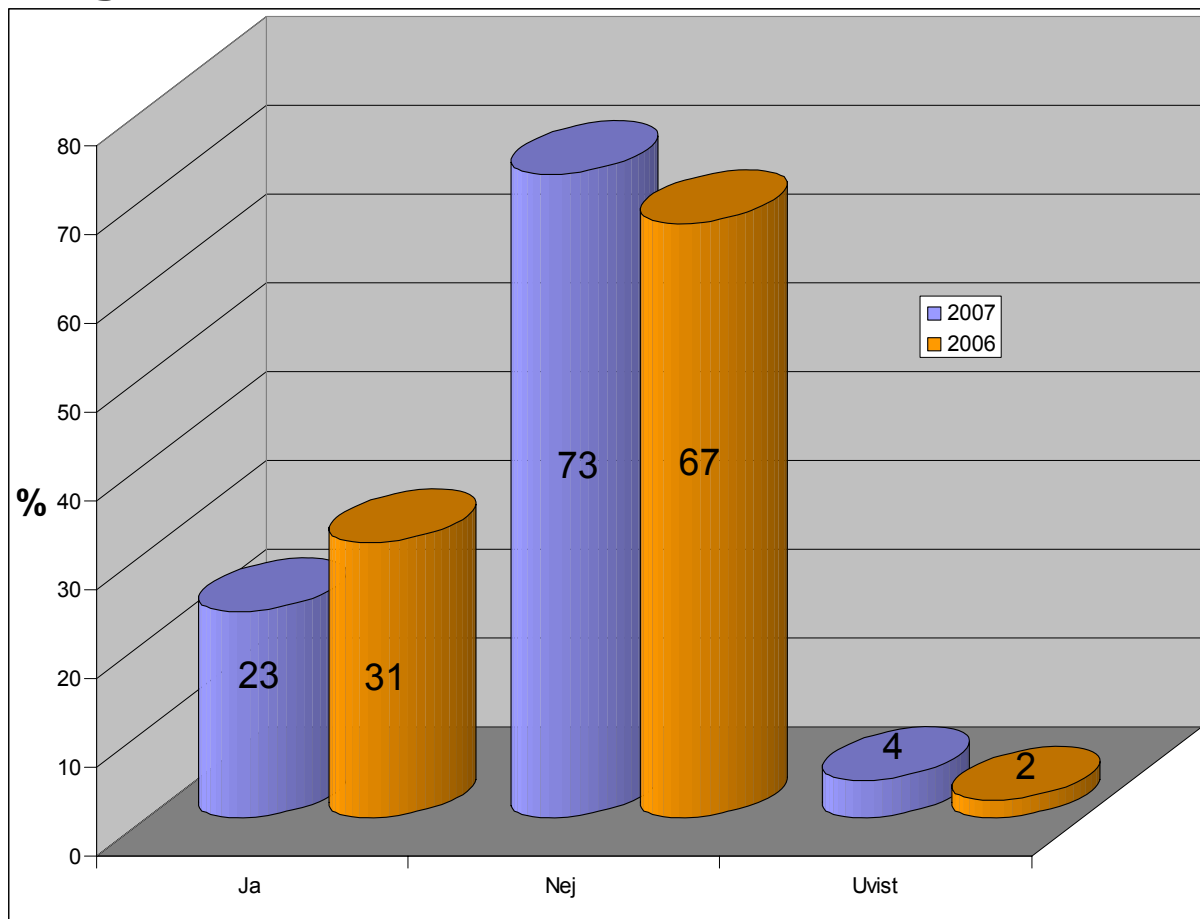
| Stoffer                     | Hvor meget og hvilket præparat | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | Ant. år i alt |
|-----------------------------|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Metadon lægeordineret       |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Metadon illegalt            |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Buprenorfin lægeordineret   |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Buprenorfin illegalt        |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Andre opiatier smertestill. |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Andre opiatier illegalt     |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Heroin                      |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Benzodiazepiner lægeord.    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| 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 |               |

Det oprindelige misbrugsregistreringsskema er vist ovenfor. Det var som skrevet tænkt som en visuel måde at få hurtigt overblik over misbrugskarrieren

På grund af størrelsen på skemaet har det været nødvendigt at placere det på bagsiden af journalen hvilket også medvirker til at det ikke bringes i spil så ofte som det burde. Det nye skema indeholder de fleste elementer bortset fra aldersrelateringen. Vi vil i 2008 gennemgå de skemaer der er udfyldt og se om der er relevante data der kan videreformidles.

| Stoffer                     | Hvor meget og hvilket præparat | Bemærkninger | Antal år i alt |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------|----------------|
| Metadon lægeordineret       |                                |              |                |
| Metadon illegalt            |                                |              |                |
| Buprenorfin lægeordineret   |                                |              |                |
| Buprenorfin illegalt        |                                |              |                |
| Andre opiatier smertestill. |                                |              |                |
| Andre opiatier illegalt     |                                |              |                |
| Heroin                      |                                |              |                |
| Benzodiazepiner lægeord.    |                                |              |                |
| Benzodiazepiner illegalt    |                                |              |                |
| Amfetamin                   |                                |              |                |
| Kokain                      |                                |              |                |
| Crack/ FreeBase             |                                |              |                |
| Ecstasy                     |                                |              |                |
| LSD                         |                                |              |                |
| Svampe, Meskalin            |                                |              |                |
| Cannabis                    |                                |              |                |
| Tobak                       |                                |              |                |
| Andet                       |                                |              |                |

## Boligforhold



### **Boligløshed blandt indskrevne i henholdsvis 2007 og 2006 (egen bolig ja nej)**

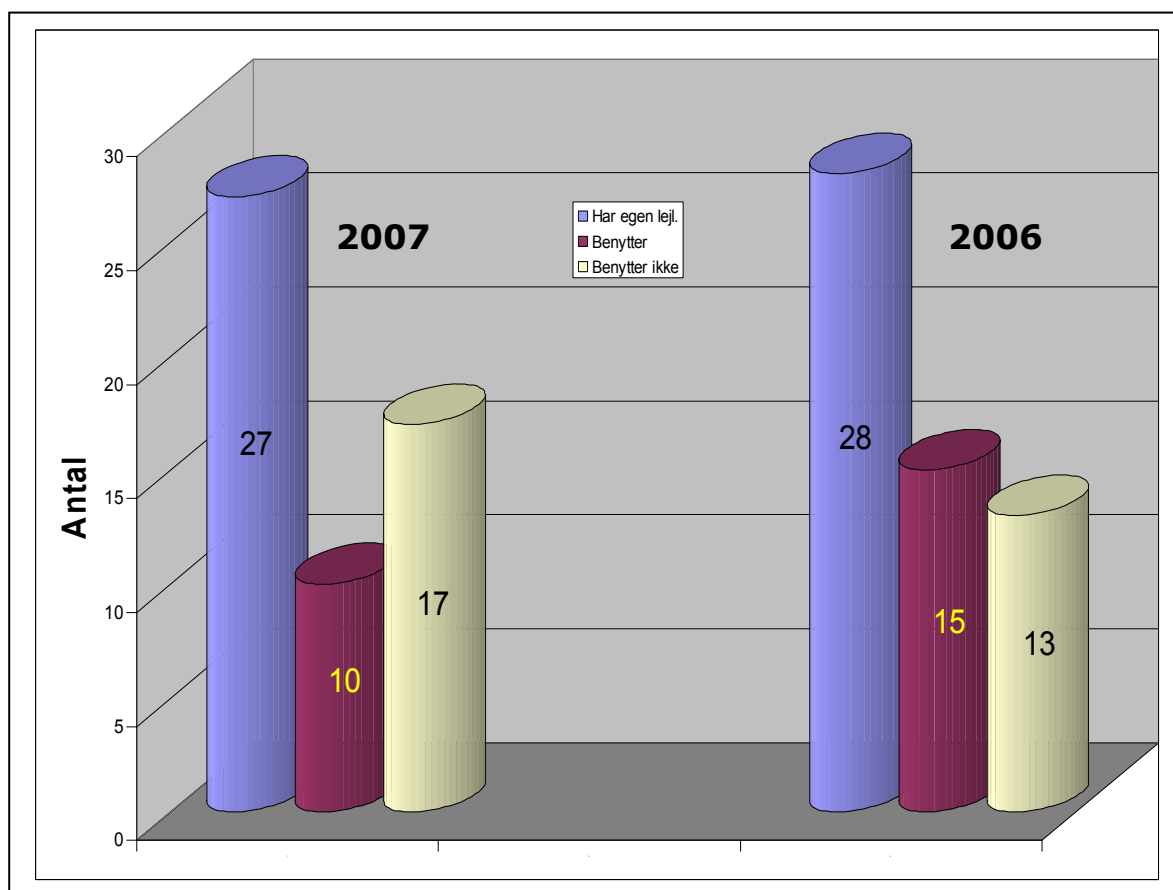
Andelen af indskrevne personer med egen lejlighed i henholdsvis 2006 og 2007 er faldet fra 31 til 23 %.

Op mod 75 % af SundhedsTeams patienter er uden egen bolig, og det ser derfor stadig ud til at vi på det felt har godt fat i målgruppen.

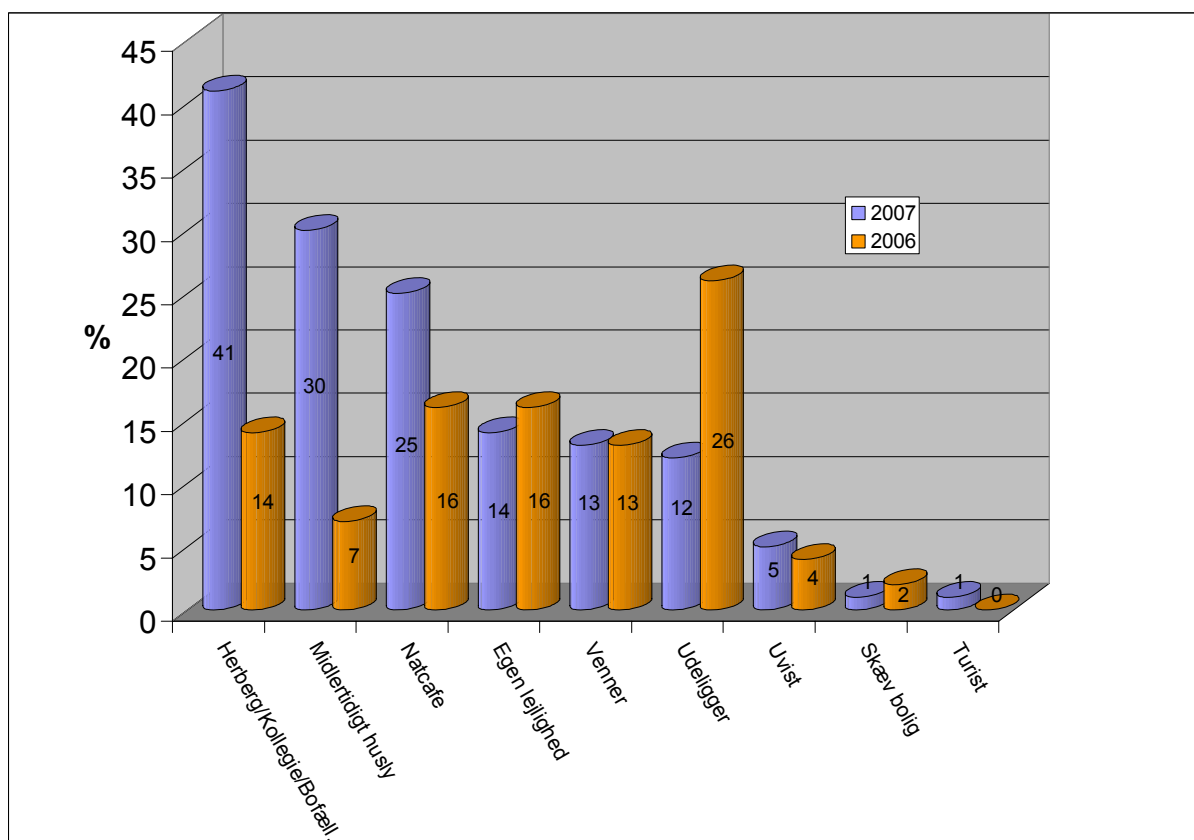
Antallet af indskrevne med egen lejlighed er stort set det samme. men der er en større andel af disse som slet ikke benytter lejligheden.

I rene tal er det 27 personer der i 2007 angiver at have egen lejlighed, men kun 10 af disse overnatter dér. Der er ikke umiddelbart nogen trend i disse tal efter kun 2 hele års observation.

Med hensyn til overnatningsformer er andelen af herbergsbeboere steget kraftigt. Her er det Kollegiet, Gl. Køge Landevej der står for den procentuelle stigning. Andelen i midlertidigt husly og de der overnatter i natcafé er steget, mens udeliggerandelen er halveret. Om der er en trend i disse tal er svært at have en mening om, da der som anført kun er 2 hele års data. Men det er interessant om vi har fat i en kernegruppe af udeliggere og derfor får færre ny-indskrevne. Antalsmæssigt er der dog kun tale om 6-7 personer mindre.



**Antallet med egen bolig og antallet af disse der benytter eller ikke benytter boligen**



**Overnatningsformer for indskrevne 2007 og 2006**

## ETHOS 2006-7

ETHOS-klassifikationen er gennemgået i detaljer i SundhedsTeam - årsrapporten 2006 side 54-59<sup>12</sup>.

ETHOS – European Typology on Homelessness and housing exclusion blev opstartet i 2005 og anvendes på forskellig måde, både national og transnationalt i EU. The European Observatory on Homelessness (EOH) undersøger målinger med ETHOS fra flere lande.

Årsagen til at vi har implementeret ETHOS-klassifikationen i SundhedsTeams dataopsamling er, at vi ville være sikre på at vi kunne overvåge hvilke grupper af hjemløse vi betjener, samt holde øje med om der sker ændringer i profilen af hjemløshed for gruppen som helhed. 2006 var første hele år med ETHOS-registrering og vi fik der registreret langt de fleste mens vi har en indskrivningsregistrering af ETHOS for alle i 2007.

Det var oprindeligt også tænkt at vi ved halvårsrapporteringen skulle gennemgå ETHOS for hver enkelt patient vi har i journalarkivet, men det har vist sig at være meget inkonsistent hvilke langtidsopfølgninger der kommer ud af dette. Formålet med denne undersøgelse var at se på om der skete en overvejende positiv udvikling i hjemløsheden efter kontakt med SundhedsTeam, eller om situationen for patientgruppen generelt var stationær.

Det har dog vist sig svært at holde styr på ETHOS-data for alle, og da denne registrering ligger for langt fra SundhedsTeams kerneydelser til at begrunde et større arbejde, vil vi sandsynligvis skære halvårsregistreringen væk med udgangen af 2007 og afslutte med en evaluering af data i årsrapporten for 2008. Skulle man foretage en gennemgribende opfølgning skulle det ske som en nedslagsundersøgelse hvor alle i journalarkivet blev gennemgået i en 3-4 ugers periode. Der er grundlag her for en større opgave for en studerende på bachelorniveau.

Indgangsregistrering af ETHOS vil det til gengæld være helt naturligt at fortsætte med. og det er da også til punktnedslag at ETHOS er udviklet.

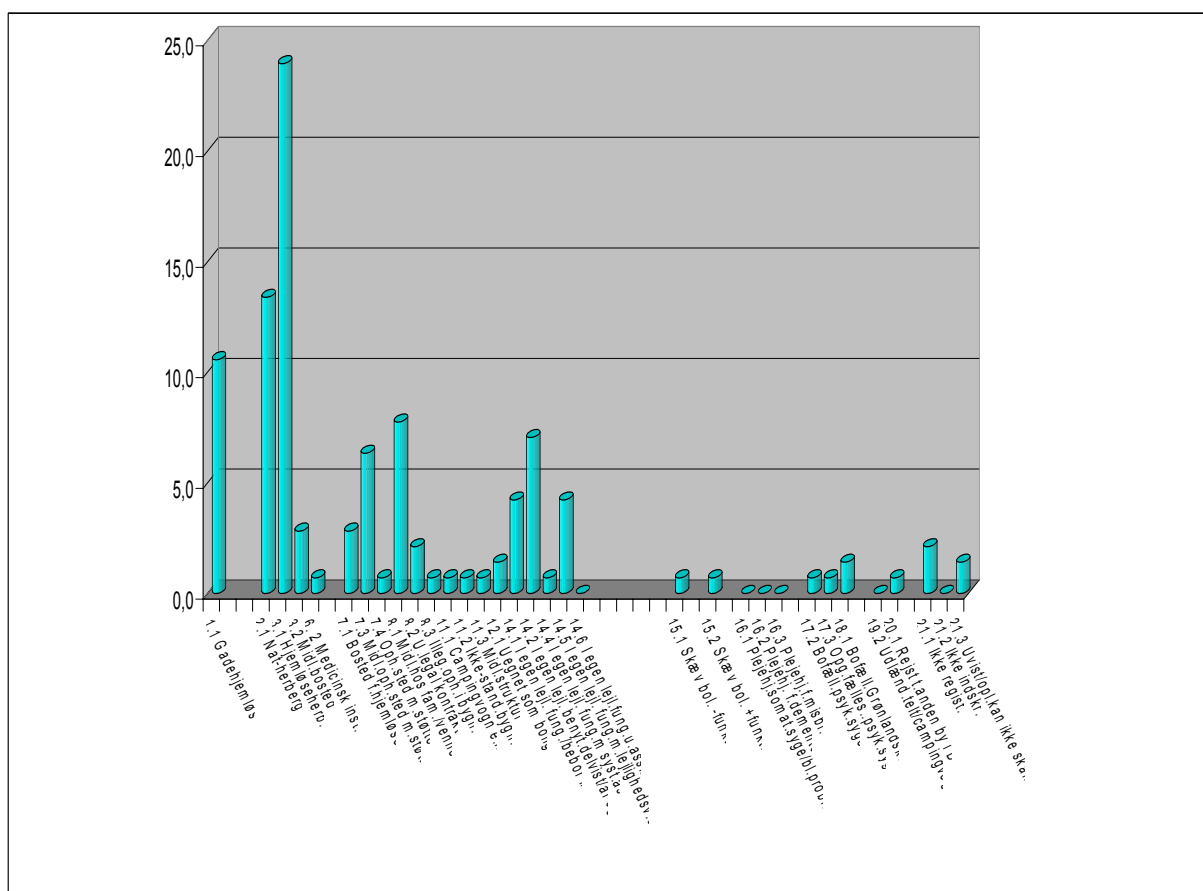
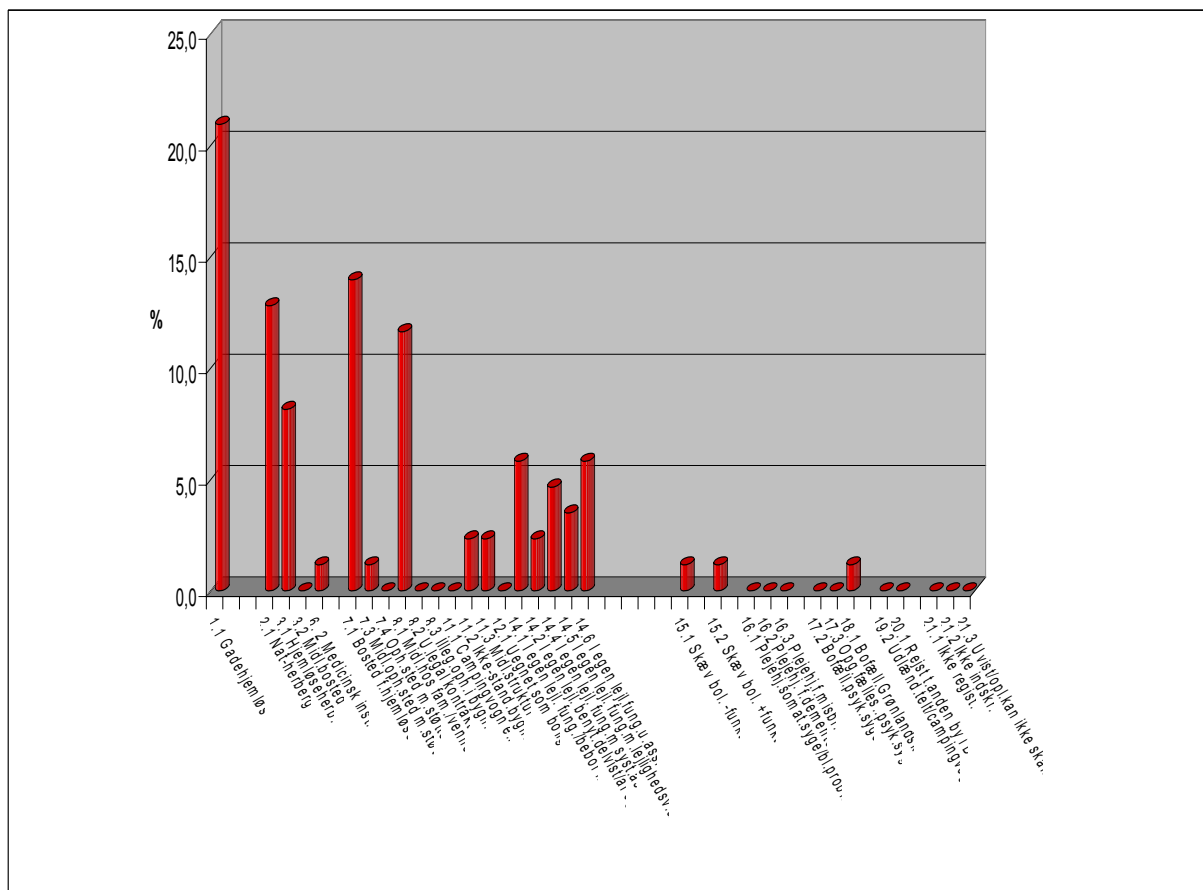
Boligforholdene er herunder opgjort ved ETHOS ved indskrivning for henholdsvis 86 personer i 2006 (5 personer ikke medtaget) og 142 personer i 2007, i alt 228 personer i 2006+7.

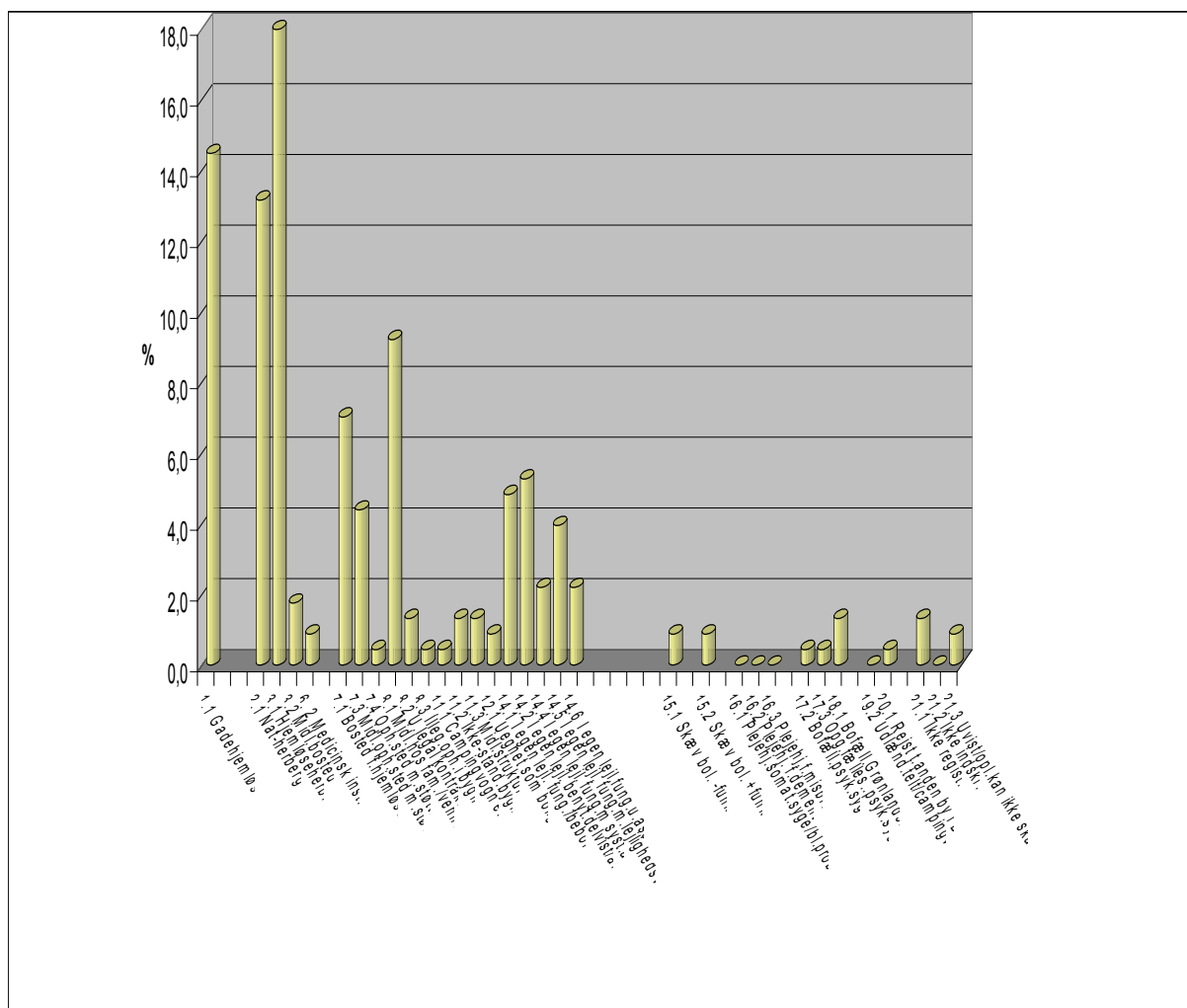
Sammenlignes de to skemaer for henholdsvis 2006 og 2007 er der umiddelbart en større spredning i boligtilknytning blandt de indskrevne i 2007 end i 2006.

Det mest iøjnefaldende er at procentdelen af gadehjemløse er faldet. Antalsmæssigt er der dog tale om nogenlunde uændret indskrivning, da andelen er taget af en større total. Til gengæld er der en markant større andel af herbergsbeboere som hovedsagelig kan tilskrives den opgraderede kontakt med Kollegiet, Gammel Køge Landevej. Andelen af indskrivninger fra natterberg er uændret mens der er en øget spredning på mange forskellige hjemløseforanstaltninger i forhold til 2006.

---

<sup>12</sup> Årsrapport 2006 kan downloades her: <http://www.hjemlosesundhed.dk/?%C5rsrapporter> eller rekvireres som elektronisk dokument ved at kontakte SundhedsTeam.





**Overnatningsformer for indskrevne. ETHOS for alle beskrevne (N=228) 2006+7**

Ses der samlet på 2006 og 2007 er der en klar vægtning af indskrivninger af patienter som er gadehjemløse, sover på herbergsværelse med kort lejeperiode eller på natterberg. Disse 3 kategorier udgør 45 % af indskrivninger. Tillægges personer som sover rundt omkring hos familie eller bekendte er der tale om op mod 55 %.

Mere end halvdelen af SundhedsTeams indskrivninger er altså folk som ikke har nogen form for bolig, som de kan regne med mere end 3 måneder frem, og langt de fleste af dem kan ikke være sikre på, hvor de skal sove i morgen nat.

Som anført i 2006 er der af praktiske grunde tilføjet nogle kategorier som dækker personer der ikke i ETHOS opfattes som hjemløse. Det drejer sig om mennesker med usikker eller nylig tilknytning til en bolig, samt mennesker med egen bolig som opholder sig i hjemløshedsmiljøet fordi det er der de har deres sociale tilknytning. Mange af disse mennesker har tidligere eller periodiske problemer med misbrug eller hjemløshed og en del problemer der kan være afledt af det liv de tidligere har haft.

Ca. 18 % af de indskrevne i SundhedsTeam tilhører denne gruppe. Det vil sige personer i lejlighed under mere eller mindre stabile forhold.

ETHOS-registreringer for 2006 + 7 kan ses i bilag 1.

# Behandling "på gaden"

## Praktisk metode

SundhedsTeams behandlingsrammer, organisatoriske set-up og målgruppebeskrivelse gør, at bestemte forhold gør sig gældende for patienten uanset hvad problematikken måtte være.

*SundhedsTeam er en almen-praksis med særlige funktioner.*

SundhedsTeam er først og fremmest en almen praksis med de metoder der er udviklet dér igennem mere end 100 år. Dette at man har "ansvaret" for en patientpopulation, og at det er medlemmerne i patientpopulation der bestemmer hvornår de vil søge læge. Dette er en meget stor forskel fra det sekundære behandlingssystem (hospitalsvæsenet og speciallæger), som tager ansvaret for en del af personens sundhed i en kort periode. Samtidig forlanger det sekundære system at den enkelte patient er tovholder på sin kontakt med systemet. Bliver han væk bortfalder systemets forpligtelse til behandling.

For den almene praksis er forpligtelsen ikke bortfaldet hvis patienten udebliver. Man er nødt til at finde løsninger på patientens problemer.

Familielægeprincippet eroderes i tiltagende grad i dag på grund af lægemangel, men er ikke desto mindre et af hovedargumenterne for systemet. At være en almenpraksis betyder også at have retten til at henvise til det bagvedliggende system, og at dette system lettes for at skulle bearbejde en masse information som er irrelevant for at kunne behandle for eksempel en hudsygdom. Det er så almenpraksis hovedopgave at sætte patientens sygdomme ind i en samlet kontekst og forsøge at give den bedste behandling på længere sigt.

For SundhedsTeam betyder tilknytningen til patienten at der ikke behøver at være et kontinuerligt forløb, men at der kan være længere eller kortere afbrydelser i kontakten. Det vigtige er, at i samme øjeblik kontakten reetableres så starter man ikke fra begyndelsen, men bygger videre på den viden og tillid man allerede har opbygget. I et langvarigt "forløb" hvor hovedproblemet er alkoholmisbrug, vil patienten få mulighed for at bryde kontakten under et tilbagefald, flytte væk for en tid eller blot ikke ønske kontakt med teamet, men i samme øjeblik kontakten genoptages, er behandlingskonteksten klar og det der har effekt kan iværksættes hurtigt, hvis patienten måtte ønske det. På den måde får patienten mulighed for at have en sideløbende selvudviklingsproces der, evt. via mange sub-optimale tiltag, kan føre ham videre mod den bedste behandling. Som effektiv behandler ser man naturligvis gerne at patienten modtager den "rigtige" behandling, men det er typisk at den gode praktiserende læge inddrager patientens liv i helbredelsen for at få den største effekt. På samme måde skal man i SundhedsTeam inddrage patientens liv og ressourcer. Blot er der ofte tale om meget anderledes ressourcer og liv end man er vant til, og hovedproblemet som udenforstående "middelklassedansker" kan være overhovedet at identificere de ressourcer der er til stede.

At have særlige funktioner adskiller egentlig heller ikke SundhedsTeam fra andre praksis. Nogle almenpraksis med mange unge børnefamilier vil have mange børneundersøgelser, gynækologiske undersøgelser, behandling af luftvejsinfektioner etc. mens praksis med mange ældre borgere vil have problemer med knoglebrud på grund af afkalkning, demens, hjerte-kredsløbssygdomme etc. SundhedsTeam har blandt specialkompetencerne, psykiske- og fysiske lidelser som følge af misbrug, men også kompetencer på sårbehandling og andre skader som hyppigt optræder blandt hjemløse.

En særlig kompetence som er opbygget gennem de seneste 3 år er evnen til at indlede og bibeholde kontakt på tværs af et behandlingsforløbs, ofte mange, op- og nedture.

Når man behandler mennesker "på gaden" er rammerne ikke ændret for patienten og der kan være mange konkurrerende ting der kræver opmærksomhed. Oftest er der dog en velvillighed overfor at prøve medicin, men hvis patienten ikke føler den gør ham godt forholdsvis hurtigt eller hvis den virker direkte uhensigtsmæssigt i forhold til det øvrige liv så vil han ophøre. Det er derfor vigtigt at det ikke er medicinen som sådan der er omdrejningspunktet i kontakten men netop selve kontakten, sådan at patienten ikke "lyver" om sin medicinindtagelse men har forståelsen af, at SundhedsTeam ikke afbryder kontakten eller indleder sanktioner i form af ikke et ville behandle, hvis ikke patienten indtager medicinen som foreskrevet.

Relationen til patienten og en medicinering der er hensigtsmæssig i dagligdagen er hjørnестene i enhver behandling, men for SundhedsTeam kan et succesfuldt behandlingsforløb falde, hvis disse punkter ikke er i orden meget hurtigt.

### **Udviklingen af kontakt**

Samarbejdet med "Kollegiet" er et fint eksempel på en gensidig udviklingsproces som stadig er i gang.

Samarbejdet kom i gang lidt ad omveje og via personlige kontakter og opstod på baggrund af et behov som ikke var helt afklaret. Det stod dog hurtigt klart efter at SundhedsTeam havde haft sin gang på stedet i nogle måneder, at der var et stort udækket sundhedsbehov, som kun ventede på at blive imødekommet. Beboerne på Kollegiet adskiller sig fra beboere på andre herberger i København ved næsten udelukkende at have et alkoholmisbrug, psykiatriske sygdomme eller en kombination.

Efter 1½ års nært samarbejde står det også klar, at der er et stort behov for udredning af beboernes forskellige problemer af fysisk, psykiatrisk og misbrugsmæssig art. De sociale problemer har man en god stabil og grundfæstet struktur omkring, men det er også klart at de sundhedsfaglige problemer i stor grad begrænser de handlemuligheder, der er i forhold til den enkelte beboer.

Forskellige strukturelle modeller er forsøgt gennem 2007. Vi forsøgte i en periode på nogle måneder med faste konsultationstider med tilstedeværelse af læge og sygeplejerske, men oplevede at der ikke var nogen søgning på de faste tider og at antallet af kontakter i den øvrige tid ikke gik ned men snarere op. Efter nogen tid gik frekvensen af faste konsultationer ned til et minimum, hvilket ikke har betydet en nedgang i antallet af kontaktønsker. De faste konsultationstider var ønsket fra Kollegiets side fordi man havde en fornemmelse af at nogle beboere ikke ville have at stedets medarbejdere kendte til deres behov for sundhedsyndelser, men det viste sig ikke at holde stik. Hvis man ser på SundhedsTeams arbejdsmetode og målgruppe, er det også klart at de færreste der opsøger teamet gør det som led i en længere planlagt "strategi", men mere gør det efter en pludselig indskydelse. Det giver derfor grundlæggende ikke mening at have faste konsultationstider.

Vi har oplevet det samme andre steder, hvor vi gennem nogen tid har haft faste aftaler. Dog kan de faste konsultationer have den praktiske betydning, at vi bliver set med jævne mellemrum og at medarbejderne begynder at indtænke os i deres handleplaner. For brugere og beboere er det synet af sygeplejerskerne der kommer med jævne mellemrum, der kan give nye kontakter i forbifarten,



men efterhånden er det vigtigheden af et godt ry der er det centrale i at få nye kontakter. Har man ikke opbygget på kreditsiden er der ingen der opsøger én. Kollegiets syn på samarbejdet med SundhedsTeam er beskrevet i bladet "Hjemløs"<sup>13</sup> men det vigtigste er i denne sammenhæng at medarbejdere og ledelse giver udtryk for at have fået et nyt blik for sundhedstilstanden blandt beboerne, efterhånden som man har fået muligheder for at handle.

At kunne handle er en meget vigtig faktor i anerkendelsen af problemer – det ser vi ikke kun blandt herbergsmedarbejdere, men i lige høj grad blandt sundhedsfaglige medarbejdere i hospitalsvæsenet. Hvis man ikke ved hvad man skal stille op med et problem, kan man handle ikke-rationelt ved blot at gøre mere af det samme som man plejer eller ved at ekskludere patienten / beboeren så han ikke føler sig hørt. Kontakten ender så hyppigt i konfrontation. Private væresteder som ikke føler sig kaldet til at *handle* overfor den enkelte kan sommetider være glimrende punkter for opbyggelsen af en struktur for sundhedsarbejdet, fordi det kan være et sted hvor der ikke er konflikt, og da SundhedsTeam også arbejder på den enkeltes præmisser, kan det ofte forliges fint med værestederne. Vi oplever samtidig også at der på værestederne kan være en praktisk ideologisk konflikt med offentlige gadeplansmedarbejdere, mens man ikke har noget forbehold overfor samarbejde med SundhedsTeam.

Et eksempel på et meget frugtbart samarbejde mellem SundhedsTeam og et værested, er Fedtekælderer på Christianshavn. Her har samarbejdet udviklet sig på baggrund af en fælles konsensus, som helt basalt betyder, at al kontakt mellem SundhedsTeam og brugere af værestedet skal holde sig indenfor de regler som generelt er for hvordan man kontakter folk på stedet. Det kræver naturligvis at værestedet vover det ene øje og tør prøve at lukke teamet ind, men det viser sig oftest, at en målrettet indsats i en kortere periode hvor man efterfølgende evaluerer, kan danne baggrund for et mere bredt samarbejde. Indledningen til et samarbejde med Fedtekælderer var et smitteopsporingsforsøg i 2005, hvor værestedet efterfølgende kunne have "trukket stikket ud" uden nogen form for konsekvenser for arbejdet i øvrigt, hvis der havde været utilfredshed med vores måde at håndtere sagerne på.

## **Internat-ture**

Flere af de private organisationer arrangerer ferieture eller lignende for deres brugere. Et af formålene med disse ture er at mennesker med stort alkoholmisbrug kan få en pause fra drikkeriet i dagligdagen, så der er oftest alkoholforbud på disse ture. SundhedsTeam har haft samarbejde omkring 2 tilbagevendende ture og der er kommet en modus for hvordan vi forbereder, så der er mindst mulig risiko for at man får mennesker med, som udvikler en kraftig abstinens under forløbet. Der er samtidig et samarbejde under selve turen, hvor de medarbejdere der er med har adgang til lægelig rådgivning og der er evt. besøg af SundhedsTeamsygeplejersker under turen. Turene er ikke behandlingsture, men da det er mennesker i en risikogruppe der er med, risikerer man også at få problemer i forløbet.

Ved de efterfølgende evalueringer af forløbene har responset været at tilknytningen af SundhedsTeam før, under og efter selve turen har givet en tryghed for alle. Der er langt færre problemer med abstinens og færre problemer med urolige og konfliktende deltagere som er ustabile på grund af forlænget abstinens eller "sen-abstinens". Tilsyn fra SundhedsTeam under selve turen kan

---

<sup>13</sup> Hjemløs nr. 2, 2007, side 10-11. Se også bilag 4 i denne rapport.

give en mulighed for behandling som gør at langt flere gennemfører og er stabile i en længere periode end tidligere.

For medarbejderne er det især muligheden for at kunne få råd og vejledning hvis noget ikke går efter forventning, der er det mest tryghedsskabende.

## **Behandling af svært alkoholmisbrug.<sup>14</sup>**

### **Baggrund:**

Harm-reduction er i Danmark stort set udelukkende set i relation til injektionsmisbrug og der ofres forholdsvis store ressourcer på let adgang til substitutionsbehandling for injektionsmisbrugere. En bredere helbreds-mæssig tilgang til harm-reduction har ladet vente på sig, selvom det har været klart for enhver, at sundhedstilstanden, især blandt de socialt marginaliserede stofbrugere, har været ekstremt elendig<sup>15 16</sup>.

Adgangen til offentligt finansierede døgnbehandlingspladser i Danmark er yderst sparsom, og i mange år har tilgangen til alkoholmisbruget blandt socialt marginaliserede været præget af en generel afmagt og mangel på behandlingstilbud. Man har oftest set på alkoholmisbruget som en uadskillelig del af det at være socialt marginaliseret.

Der eksisterer ingen samlede officielle undersøgelser over sociale og sundhedsmæssige forhold blandt danske alkoholmisbrugere, men det skønnes, at antallet af alkoholafhængige personer i Danmark udgør omkring 160.000 personer. Det nærmeste man kan komme er anslåede tal for den offentlige alkoholbehandling, hvor der i 2003 blev behandlet ca. 17.000 i ambulant behandling og ca. 700 i døgnbehandling<sup>17</sup>, svarende til henholdsvis 10,6 og 0,44 % af den samlede population. Samtidig var der en nedgang i antallet af døgnbehandlingspladser fra lidt over 200 pladser i 1989 til ca. 100 pladser i 2000, så det var blevet sværere at komme i døgnbehandling. Det vurderedes at det især var behandlingsmulighederne for de hårdest ramte alkoholmisbrugere der var blevet indskrænket.

Til sammenligning anslås i 2002 at være ca. 27.000 stofmisbrugere hvor antallet af behandlede, var 13.000 og 2700 i henholdsvis ambulant og døgnbehandling svarende til 48,1 og 10 %<sup>18</sup>.

Der er foretaget mindre undersøgelser, hvor det har været muligt at skelne deltagerne på baggrund af misbrug. I Sundhedsprojektet<sup>19</sup> viste vi at der ud over at være en generelt dårlig sundhedstilstand for alle misbrugere med relation til hjemløshedsmiljøet i København, var et meget udbredt alkoholmisbrug som også

---

<sup>14</sup> En kortere engelsk udgave af dele af denne tekst har været offentliggjort som: Harm reduction focusing on severe alcohol misuse in Copenhagen” H. Thiesen, Nordic Studies on Alcohol and Drugs, Vol. 24. 2007.

<sup>15</sup> Udbredelsen af HIV og hepatitis B og C blandt københavnske stofmisbrugere. T. Fuglsang, Ugeskrift for Læger, Vol. 162, nr. 27, 2000, 3860 - 64.

<sup>16</sup> 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. M. Nordentoft, BMJ; 327; 81, 2003.

<sup>17</sup> Pedersen, M.U. & Vind, L. & Milter, M. & Grønbæk, M. (2004): Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark - sammenlignet med Sverige. Center for Rusmiddelforskning og Center for Alkoholforskning

<sup>18</sup> Dansk Registrerings- og Informations System (2006): DanRIS 2005: STOF. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

<sup>19</sup> Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej, J. Schacke, H. Thiesen, Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, 2005. Kan hentes på

omfattede dem der traditionelt opfattes som stofmisbrugere. En af hovedkonklusionerne af undersøgelsen var, at det især var det massive alkoholmisbrug der medvirkede til den generelt dårlige sundhedstilstand, og at det var nødvendigt med en målrettet indsats for at lindre skaderne fra dette misbrug. I årsrapporten for 2006 fra SundhedsTeam, Københavns Kommune som målrettet arbejder med hjemløse med helbredsproblemer, er det vist at næsten 88 % af de registrerede har eller har haft et alkoholmisbrug<sup>20</sup>.

## **"Wet-houses" i København**

Der har over årene været en tiltagende accept af, at der drikkes alkohol i sociale institutioner. Mange steder er stof- og alkoholbrug indenfor institutionens rammer dog officielt forbudt, men man lukker oftest øjnene så længe brugen holder sig indenfor ikke nærmere definerede rammer. Dette har betydet at man ikke nødvendigvis fortaber sin ret til et værelse på et herberg ved alkoholindtagelse, men snarere at institutionen sætter ind med en gradueret række af henstillinger og forbud, efterhånden som et eventuelt misbrug har konsekvenser for beboeren og hans omgivelser. Den ultimative konsekvens kan være udsmidning fra institutionen, men direkte forud for dette vil oftest ligge et krav om superviseret indtagelse af antabus. Hyppigst vil der ikke fra institutionens side være skridt i retning af krav om decideret behandling, derimod opfatter man oftest beboeren som uheldelig og ude af stand til at ophøre. Skadesreduktionen er i dette tilfælde at beboeren får en pause med alkoholindtagelsen, så hans fysiske tilstand kan genoprettes en smule. Institutionerne er generelt set ikke i stand til at mobilisere yderligere tiltag i forbindelse med misbruget.

Som konsekvens af at nogle alkoholmisbrugere har været ude af stand til at ophøre med et alkoholmisbrug, som igen og igen har ført dem ud i konflikter med det omgivende samfund, og medvirket stærkt til den sociale og fysiske nedbrydning, har man i Københavns Kommune over en del år haft tilbud målrettet til disse mennesker. Der er især tale om plejehjem for aktive alkoholmisbrugere i sidste fase af livet, samt såkaldt "Skæve boliger"<sup>21 22</sup> hvilket ikke henviser til boligstandarden, men til at beboerne har vist sig ude af stand til at indordne sig under de rammer, der normalt findes indenfor hjemløshedssystemet – hvad man har kaldt "skæve eksistenser".

En del alkoholmisbrugere har egen bolig, men opholder sig mest i drikkegrupper i det offentlige rum omkring togstationer, i parker og på åbne pladser, ofte med en stor gennemvandring af mennesker. Der er i dag ingen understøttende tiltag overfor disse grupper, som opstår ad hoc med et vekslende antal deltagere, som så godt som muligt passer på hinanden, men også hyppigt har konflikter som eskalerer i vold på grund af det excessive alkoholmisbrug. Grupperne er meget blandede hvad angår den enkelte deltagers baggrund men de er alle præget af kraftig social deroute og massive fysiske og mentale alkoholskader.

---

<sup>20</sup> Årsrapport 2006, SundhedsTeam, Socialforvaltningen, København Kommune.  
<http://www.hjemlosesundhed.dk/?%C5rsrapporter>

<sup>21</sup> Boliger og hjem for særligt udsatte. Evalueringsrapport. Socialministeriet, 2004.  
<http://www.social.dk/netpublikationer/2004/p9boliger0410/pdf/Rapport.pdf>

<sup>22</sup> Boliger og hjem for særligt udsatte. Erfaringer med de anderledes boliger. Socialministeriet, 2006.  
<http://www.social.dk/netpublikationer/2006/p10hus1506/pdf/publikation.pdf>

Det er på denne baggrund klart at der er behov for en trinvis, målrettet indsats på flere fronter og jeg skal i det følgende forsøge at give et overblik over den aktuelle situation og hvilke muligheder der tegner sig i København.

Det er i den forbindelse vigtigt at huske, at der er flydende overgange mellem de nævnte grupper, og at behandling på ét niveau kan medføre at den enkelte bliver i stand til at modtage behandling på et højere niveau af behandlingsintensitet.

## **Skadesreduktion overfor de mest alkoholmisbrugende i København**

En del arbejde foregår som nævnt allerede i Københavns Kommune, men det opfattes af aktørerne ikke som værende indenfor konteksten "skadesreduktion", men snarere indenfor en kontekst af almindelig socialforsorg, syge- og sundhedspleje. Der er ikke tilknyttet læger fuldtids til disse systemer, og der er ikke nogen tradition for teoridannelse bag, hvilket dog ikke gør arbejdet mindre systematisk og relevant. I det følgende er det en forudsætning at alle igangværende interessenter som egen læge, hjemmepleje mm inddrages i arbejdet, så vidt det kan lade sig gøre. En del af arbejdet foregår allerede eller er under implementering.

### *1. En behandlingsindsats i forhold til tungt alkoholmisbrug blandt enlige i eget hjem, hjemløseinstitutionerne og på gaden.*

De enlige som er i egen bolig og frekventerer drikkegrupper i det offentlige rum, vil for en stor dels vedkommende være udenfor arbejdsmarkedet, og nogle vil være på pension. For den gruppe der er på pension, er tilbud om misbrugsbehandling ofte kun det som den enkelte selv kan opsøge, hvilket stort set begrænser sig til ambulant antabusbehandling. Der er til denne behandling knyttet et system af patientgrupper og terapeutiske tiltag, men de kræver alle at man møder i en eller anden form for struktur, som mennesker med meget svært alkoholmisbrug og social marginalisering oftest ikke vil kunne honorere. Overfor denne gruppe, er opsøgende indsats i drikkegruppen en betingelse for at forandring kan finde sted.

Den skadesreducerende indsats skal respektere den enkeltes egne grænser, og der vil oftest være tale om, at opsøgende sociale medarbejdere fra kommunen har en tilbagevendende kontakt med drikkegruppen som helhed. Dette giver erfaringsmæssigt en mulighed for at kunne tilbyde hjælp på et højere niveau, når dette måtte være nødvendigt. I forhold til reduktion af fysiske skader, kan opsøgende sundhedstjeneste have en rolle i samarbejde med det sociale arbejde.

Den største barriere i forhold til behandling for denne gruppe er adgang til afslutningsfaciliteter. Der er i dag kun mulighed for afslutning ambulant fra alkoholenhederne eller under indlæggelse i psykiatrisk skadestue, hvorfra man udskrives efter 24-48 timer. Dette medfører oftest umiddelbart tilbagefald. Enkelte meget medtagne hjemløse kan opnå længere (1-2 uger) behandlingsophold i specialafsnit. I sidstnævnte tilfælde er der ikke yderligere tilbud i forhold til alkoholbehandling efter plejeopholdet. Medicinsk behandling med anticravingmidler eller anden stabiliserende medicin, udføres i dag kun i forbindelse med forløb i alkoholenheden og i psykiatrisk regi, samt i få tilfælde i forbindelse med opsøgende SundhedsTeams arbejde med hjemløse. Oftest vil en

medicinering derfor ophøre, så snart den enkelte mister kontakten til behandlingsinstitutionerne.

Det vigtigste er at man indser at det motiverende arbejde i forhold til alkoholbehandling kan være en langstrakt affære, hvor det gælder om at minimere skaderne undervejs. Men ikke mindre er behovet for døgnbehandlingspladser et enormt uløst problem, som der ikke synes at være vilje eller mulighed for at løse for tiden. Hyppigt kan et succesfuldt afrusningsforløb med henvisning til alkoholbehandling føre til 6-8 måneders ventetid på relevant behandling.

*2. En skadesreducerende indsats overfor alkoholmisbrugere i eget hjem, hjemløseinstitutionerne og på gaden, som ikke aktuelt er tilgængelige for behandling.*

Også her må indsatsen koncentrerer på gadeplan. At en person ikke aktuelt er tilgængelig for behandlingsforslag, behøver ikke nødvendigvis at betyde, at han aldrig vil blive det. Der er i det sociale system et meget stort fokus på at personen skal være motiveret for behandling, men ofte kommer denne motivation ud af et øjeblikks elendighed og er derfor ikke specielt holdbar. Ofte opfattes afbrudte behandlingsaftaler dog som svigt fra den enkelte, hvilket hurtigt kan føre til stempling som ubehandlelig, og dermed kun adgang til antabusbehandling via det ambulante system. Her må fokus samles om at afbøde fysiske, psykiske og sociale skader af et igangværende misbrug, og være til stede når forværringen af misbruget klinger af.

Hyppigst vil den enkelte alkoholmisbruger have behov for perioder med mindre eller slet intet misbrug mellem kraftige ture, og det er derfor vigtigt at kunne træde til når der er behov for hjælp og måske endda åbenhed for forandring – uden at dette nødvendigvis inkluderer alkoholbehandling i første omgang. Her er erfaringen fra det Københavnske team at fokus på helbredet er en vigtig og let tilgængelig adgang til langvarig kontakt med den enkelte. Det vigtigste i forhold til denne gruppe er at nedbringe antallet af massive kroniske organskader og akut alkoholdemens.

Barrieren i forhold til gruppe 2 er som i den foregående gruppe, at der ikke er faciliteter til afrusning eller pleje mellem drikketurene. Hvis terapeutisk behandling kommer på tale er der heller ikke organiserede muligheder for at modtage den enkelte til en afrusning, som leder direkte i terapeutisk behandling. Der Københavns Kommune eksisterer der sygeplejeklinikker, som har direkte adgang fra gaden. Disse klinikker opfylder en stor funktion i forhold til de akutte problemer, samt over længere tid, hvis alkoholmisbrugeren kan bringes til at komme regelmæssigt i klinikken, men der er ingen systematisk opfølgning på tværs af institutioner eller hvis personen forsvinder ud i andre lavtærskeltilbud som ikke har sygepleje.

*3. En generel skadesreducerende indsats overfor alkoholbrugere som er ude af stand til at deltage i en egentlig behandling på grund af ustabil adfærd.*

I denne gruppe finder vi ofte dem der er tilbudt plads i skæve boliger, samt hyppigt har problemer med alkoholudløste psykoser og adfærdsforstyrrelser, eller regulær psykisk sygdom sammen med misbruget. Det er generelt at alkoholmisbruget forværrer de symptomer som den samtidige psykiatriske lidelse

har, hvilket ofte medfører en ustabil og irrationel adfærd, som ind imellem kan virke overordentligt truende på omgivelserne.

Kendetegnende for gruppen er også, at perioder med meget svingende og irrationel adfærd veksler med bedre perioder, hvor der typisk også er mindre alkoholmisbrug. Her er det opsøgende arbejde essentielt, idet det ofte er problemskabende i sig selv at forsøge at presse personen ind i institutionelle rammer. Nogle i den dårligst fungerende del, vil kunne være emner for at flytte ind i E-huset, som er plejehjem for kroniske alkoholmisbrugere med adfærdsforstyrrelser<sup>23</sup>,<sup>24</sup> mens andre håndteres bedst i det frie rum på gaden, eller på væresteder der i forvejen accepterer og har et godt forhold til personen.

E-husets strategi er, at beboeren skal have adgang til alkohol, men at man over tid gerne skal have beboeren til at drikke mere hensigtsmæssigt. Man hjælper beboeren med alkoholindkøb og hjælper beboeren, så der ikke opstår pengemangel i løbet af måneden.

Denne gruppe vil ofte have glæde af stabiliserende medicin, men især er det den vedvarende kontakt der ser ud til at have en effekt på livssituationen generelt. Kontaktens effekt ses både under passende boligformer, som E-huset og i gademiljøet som vi har kunnet vise det i SundhedsTeam. Skadesreduktionen er for denne gruppe, vedvarende at tilbyde den bedste behandling som er mulig i den kontekst og verdensopfattelse som den enkelte har, og gradvist tilbyde en bedre behandling efterhånden som tillidsforholdene opstår. To personer tilhørende denne gruppe og de komplekse forhold omkring skadesreduktion for denne person er nærmere beskrevet i SundhedsTeams årsrapport for 2006 side 18 – 24 samt side 62 – 64<sup>25</sup>.

Barrierer for behandling, er lang venteliste til E-huset samt generelle forestillinger i det sociale system om, at gruppen generelt set er udenfor behandlingsmæssig rækkevidde. Beboerne i de skæve huse følges ikke automatisk af opsøgende tjenester, men det må anses for en absolut fordel hvis de sociale medarbejdere, som er tilknyttet boligerne, havde en integreret kontakt med de opsøgende enheder. Adgang til døgnbehandling er stort set udelukket, idet beboeren ofte vil være meget konfliktende med omgivelserne i begyndelsen af behandlingen, med mindre der er tæt lægelig behandling som kan håndtere stort blandingsmisbrug og, de fleste alkoholbehandlings-institutioner vil heller ikke senere være i stand til at foretage den lange sociale reintegration, der er nødvendig i samarbejde med det omgivende socialsystem. Ofte er der også målgruppemæssige barrierer, således at man mange steder ikke vil modtage patienter med aktivt misbrug, og det kan derfor være nødvendigt at indlede en stabiliserende behandling. hvor personen nu opholder sig, inden det overhovedet kan komme på tale at søge behandling i det system, som egentlig burde tage sig af behandlingen.

Blandingsmisbrugere som også har et opioidmisbrug kan ofte henvises og behandles via det langt mere udbyggede stofmisbrugsbehandlingssystem, men to personer med stort set den samme problematik, vil få vidt forskellige tilbud afhængig af, om vedkommende har opioidmisbrug eller ej.

---

<sup>23</sup> Se Københavns Kommunes website: <http://www3.kk.dk/Service/Sociale%20tilbud/Alkoholafhængighed/E-huset.aspx>

<sup>24</sup> Tænk i færre, men bedre hænder. J. Bagh, Sygeplejersken 2005; (25): 44 - 49. kan ses her: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=13404>

<sup>25</sup> Kan downloades fra <http://www.hjemlosesundhed.dk/?%C5rsrapporter>

I Toronto, Canada har man gennem en del år forsøgt med direkte substitutionsbehandling for alkoholmisbrugere. Gruppen var selekteret for langvarigt alkoholmisbrug (35 år i gennemsnit) og skulle kunne følge programmet i minimum 5 måneder. Resultaterne derfra er lovende med et fald i månedlige skadestuebesøg fra 13.5 til 8 og fald i kontakter med politiet fra 18.1 til 8.8. Alle deltagere rapporterede om mindre alkoholindtagelse under projektet og medarbejderne rapporterede om forbedret hygiejne og samarbejde i forhold til sundhedsmedarbejderne, og en generel forbedring i deltagernes helbredstilstand<sup>26</sup>.

Præliminære data fra en case-undersøgelse foretaget af SundhedsTeam og E-Huset viser umiddelbare besparelser i sundhedsudgifter på op til 1 million kroner om året i de værste tilfælde efter indskrivning.

*4. En plejehjems- og hospice-funktion overfor alkoholbrugere i sidste fase af livet hvor psykiske og somatiske skader må vurderes at ville medføre alkoholbrugerens død indenfor en overskuelig periode.*

Denne gruppe dækker over en gruppe mennesker som er så præget af så store somatiske og cerebrale skader at de ikke kan tage vare på sig selv. De er ofte præget af akutte forværringer og et fuldstændigt kaotisk misbrug, vekslede med voldsomme abstinensperioder. Nogle har en meget mindre alkoholtolerans end tidligere og påvirkes kraftigt af langt mindre alkohol end før. En del er svært demente og ophører måske med at betale for deres bolig, hvilket kan medføre at de sættes ud af boligen, med yderligere forværring af tilstanden til følge. Der er eksempler på dødsfald under helt utilstedelige forhold igennem mange år, men et nyt syn på alkoholafhængighed breder sig i de plejehjem, der er lagt an på at hjælpe.

Ofte vil man dog se en væsentlig stabilisering af tilstanden efter indlæggelse under plejehjemslignende forhold. Det vigtigste behov set fra en skadesreducerende synsvinkel er stabilisering af bolig- og sundhedsforholdene, som det kan ske på et plejehjem. På almindelige plejehjem vil man oftest forhindre personen i at drikke, hvilket kan være en vedvarende pine og kilde til konflikt med personalet. Da ingen må låses inde på plejehjem i Danmark, vil den afhængige beboer ofte forlade stedet for at købe alkohol, men da han ikke kan tåle særligt store mængder, vil han ofte blive langt mere påvirket end tidligere. Bryggergården i Københavns Kommune er et eksempel på et plejehjem der er dedikeret til beboere med alkoholisk demens<sup>27</sup>. Her hjælper man ligeledes beboeren med alkoholindkøb, og som noget helt specielt har man indrettet et brugerstyret værtshus. Dette ligner tiltag som er set andre behandlingssteder for demente, hvor man har indrettet rum som ligner det beboeren kender fra tidligere, og som derfor giver tillid og ro. Her er det blot stamværtshuset, der danner de trygge rammer.

### **Fremtiden for alkoholbehandlingen.**

Som det fremgår, foregår der allerede en del skadesreducerende arbejde overfor alkoholmisbrug i København, men der er også en del barrierer som ligger i manglende mulighed for integreret behandling af misbrug, somatiske og psykiske

---

<sup>26</sup> Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. T. Podymow, Canadian Medical Association Journal, 2006; 174(1): 45-49.

<sup>27</sup> Se Bryggergårdens website: <http://www.bryggergaarden.dk/>.

problemer. Der er aktuelt en del fokus på den såkaldte dobbelt-diagnose problematik, som er samtidig forekomst af psykisk sygdom og misbrug, men det drejer sig i alt væsentligt om behandling af skizofrene patienter i metadonbehandling. Store dele af den psykiatri der ikke drejer sig om det skizofrene spektrum og det misbrug, der primært er alkoholmisbrug, er udeladt fra diskussionen, ligesom der ikke umiddelbart er bedre forhold i vente for opioidmisbrugere med samtidigt stort alkoholbrug.

Det direkte patientrelaterede arbejde i forhold til hjemløse alkoholmisbrugere er bemandingsmæssigt stærkt begrænset. Her er det vigtigste dog ikke en øget bemanding på gadeniveau, men et stærkt netværk af sygehusafdelinger og sociale institutioner, samt koordination af den behandling der igangsættes. I forhold til plejehjemspladser er der klart et stort behov for en plads- og bygningsmæssig opgradering af E-Huset eller lignende institutioner, idet der konstant er en venteliste på ca. 30 personer.

Det der ikke er kendt er, hvordan de enkelte deles effekt er, når de sættes sammen i en ny kontekst. Hvordan fungerer en bestemt medicinsk behandling når den kombineres med en uregelmæssig livsstil og flere andre sygdomme samtidig? Her er det nødvendigt at se på om effekten af den behandling, der er fundet evidens for i andre sammenhænge, også har den tilstræbte effekt i naturalistiske sammenhænge på gaden.

I andre tilfælde er det måske synsvinklen på processen der skal ændres. Det er for eksempel meget vigtigt at være opmærksom på, om den medicinering man giver er sløvende eller har andre uhensigtsmæssige effekter på dømmekraften. En medicinsk behandling der kan være fremragende til at neddæmpe en svært psykotisk der tvangsindlægges, kan vise sig at være ulidelig for patienten i blot få uger, efter når han er tilbage i sit miljø.

Det kan vise sig nødvendigt at ændre på de basale paradigmer, for eksempel i forhold til en antipsykotisk behandling. Her kan man, når man bevæger sig i patientens miljø se, at de grundlæggende sygdomsforhold ikke helbredes. Så i stedet for at bruge meget energi på at få patienten til at indtage medicin han ikke kan lide, må man arbejde med at få fundet præparater, der fungerer for den enkelte, i doseringer der er passende, så han kan fungere kognitivt maksimalt.

## **Andre grupper**

### **Skizofrene og medicinering**

Skizofrene patienter er tilstræbt at være i en medicinering, der er tilpasset et ønske om at befri patienten for pinefulde psykotiske tanker. Men de fleste patienter oplever ikke, at det de på noget tidspunkt er uden deres psykotiske tankesæt eller "overlødige ideer" som de også er blevet kaldt.

Den antipsykotiske medicin dæmper et overflow af dopamin i hjernen, som er med til at gøre fantasierne meget livlige, men samtidig er skizofreni også en sygdom hvor hjernens kognitive systemer har undergået en degeneration, der gør det svært at skelne virkelighed fra indre ideer.

Neddæmpningen ved hjælp af medicin, dæmper også hjernens motivations- og lystsystemer, så efter nogen tids ro for psykotiske tanker, vil livet for de fleste forekomme ubehageligt på grund af den manglende lyst og motivation, og man ophører derfor med den antipsykotiske medicinering, hvilket indleder en ny cyklus der leder tilbage mod tvangsforanstaltninger.



Dette mønster er for nogle så gennemgående at de aldrig oplever en god kontakt med det psykiatriske system, men kun en cirkulær bevægelse mellem tvang og overmedicinering, og manglende medicinering og pinefuld psykose. Ydermere er en del psykiatriske patienter også medicineret med benzodiazepiner der sløver den i forvejen læderede tænkeevne. Det gør det vanskeligere at kommunikere med patienten, samt giver en fysisk afhængighed som er svært ubehagelig og vanskelig at nedtrappe fra. Patienten vil derfor ofte have et mønster der betyder, at han ophører med den medicin der letter kontakten med virkeligheden, og bibeholder den medicin der sløver tænkning – altså en dobbelt negativ effekt.

I det daglige arbejde tæt på patientens dagligdag bliver det klart at det vigtigste for at få en behandling til at fungere er, at kognitionen bevares mest muligt. Man må altså indgå i en dialog med patienten og lytte nøje til de problemer han har med sin medicin og med at få sin dagligdag til at fungere. Derefter skal medicinen tilrettes, og ofte vil man kunne finde midler der er målrettet på patientens symptomer, men ikke går ud over kognitionen. Samtidig skal dosis kunne tilpasses den enkeltes fluktuerende dagligdag.

I andre tilfælde er medicinering ikke en umiddelbar mulighed. I forhold til disse patienter er der den mulighed at tvangsforanstaltninger kan komme på tale i sidste ende, men hyppigt er der en åbning, som kan komme med patientens tillid til SundhedsTeam. Igen er det ikke medicinen men relationen der er det vigtigste, så man får en mulighed for at undersøge nærmere, hvorfor han ikke vil indtage medicin og hvilke tanker der er bag. For en paranoid skizofren vil det ikke være produktivt at være konfronterende i kravene til at han skal tage medicin, for det vil blot yderligere forstærke den paranoide tænkning, men meget hyppigt er der faktisk en god mulighed for at kunne få indblik i patientens tankemønstre, hvis man giver sig tiden til det.

Patienten der slet ikke vil have medicin og som er truet eller i risiko for at komme til skade, skal naturligvis behandles under tvang om nødvendigt, men ofte kan den vedvarende kontakt over kort tid stabilisere situationen, så en indlæggelse kan undgås. Det er vigtigt den skizofrene får samme tilbud som alle andre, og får mulighed for den kontakt med teamet han måtte ønske.

Det er set i flere tilfælde at den ikke-konfronterende metode og den ro der skal til omkring patienten, får ham til at indgå i behandling. Ofte er det også brugen af nye medikintyper med færre bivirkninger, eller en trinvis medicinering som patienten selv styrer opdoseringen af, der gør forskellen. I et eksempel hvor en skizofren mand på et dagværested i en længere periode var blevet tiltagende psykotisk og set på med hastigt stigende bekymring af medarbejderne, havde kontakt med psykiatriske udrykningsteam ikke ført til tvangsforanstaltning, da han ikke umiddelbart var til fare for sig selv eller andre. Patienten accepterede dog efter disse måneder med tiltagende forværring var gået, at tage medicin efter én samtale med en SundhedsTeamsygeplejerske. Efter kort tid ophørte han dog igen, og det var her at den tætte kontakt med patienten gjorde, at man opdagede medicinsvigtet og kunne få en samtale med ham om, hvorfor han ikke ville have medicinen mere. Det viste sig i dette tilfælde, som så ofte før, at han følte sig sløvet og følelsesmæssigt hæmmet, efter at den umiddelbare krise var overstået. Han var dog ikke uinteressert i at forebygge at det skulle gå galt igen, så han indgik i et "forsøg" med en nyere medikintype, som ikke gav de samme hæmmende bivirkninger. Resultatet var en bedre fungerende patient som var medicineret frivilligt, ikke hæmmet og kognitivt i langt bedre tilstand en blot 3 uger før. Effekten af den kognitive forbedring var i dette tilfælde, at et

tildelt herbergsværelse ikke blev mistet igen på grund af udadreagerende adfærd og misbrug.

## **Anden psykose**

Blandt hjemløse findes en del mennesker, som er psykotiske i perioder. Oftest er der tale om psykose i forbindelse med stofindtagelse, og stofindtagelsen kan være kombineret med tidlig hjerneskade eller anden psykiatrisk lidelse som for eksempel ADHD (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder). Nogle er ekstremt aggressive eller udadreagerende fordi de er paranoide i disse perioder, men det typiske er, at der er tale om en reversibel situation som ophører, når personen ikke indtager stoffer eller har holdt sig fra det i en periode. For disse mennesker er en nedsættelse af især alkohol-, benzodiazepin- og kokainbrug det, der vil bedre situationen mest radikalt. Det der kan forhindre den psykotiske adfærd mest effektivt er især forebyggende behandling med angstdæmpende / stabiliserende medicin. Den medicinske behandling tolereres godt og har samtidig en abstinensdæmpende effekt som medvirker til at personen nedsætter sit stof og alkoholforbrug i de fleste tilfælde. Resultatet bliver hyppigt en stabilisering af den generelle livssituation, som gør det muligt at handle på den socialt- boligmæssige situation, og som gør det muligt at handle mere målrettet på andre medicinske problemer.

Et godt eksempel er en SundhedsTeam-patient som var i risiko for karantæne fra herberg på grund af meget aggressiv adfærd når han var beruset. Han var yderligere svært anspændt og let antændelig, når han ikke var særligt beruset. Ved hjælp af en stabiliserende behandling fik han nedsat sit alkoholmisbrug til et meget lavt niveau i forhold til tidligere, og samtidig kunne herberget melde om en meget ændret adfærd i forhold til personale og andre beboere. Efter nogen tid med kontinuert kontakt med sygeplejersken, kunne han fortælle om et vedvarende tankepres og angstfyldte tanker, som ikke vurderedes som psykotiske. Han fik tilbud om mindstedosis af et nyt antipsykotikum som ikke har sløvende effekt, og dette gav ham yderligere psykisk ro. Da patienten efter nogen tid igen ønskede at gå på landevejen, bad han om recept på den medicinering han nu selv havde indtaget frivilligt og uden pause igennem nogle måneder.

Personer med opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet (ADHD) reagerer i nogle tilfælde meget voldsomt på selv små mængder alkohol, hvor den hyperaktive adfærd forværres voldsomt og kan slå over i både verbal og fysisk vold. For disse mennesker kan en stabiliserende behandling være indledning til, at man kan opnå en så tilpas nedsættelse af "adfærdstempoet" og så tilpas nedsættelse af konfliktniveauet, at man kan begynde at komme nærmere en diagnose og dermed en mere vedvarende behandling. Svært hyperaktive med alkoholmisbrug er blandt de mest udstødte på grund af deres udadreagerende adfærd og de øjensynligt irrationelle svingninger i funktionsniveau, så her er den medicinske behandling en hjørnesten i at få en bedre situation generelt. De tilgrundliggende lidelser er forholdsvis enkle at behandle, men det er uhyre vigtigt at der arbejdes med hele personens liv, hvis der skal opnås varig forbedring. Hjemløse misbrugere med ADHD er et klassisk eksempel på en forebyggende indsats som ikke har været taget seriøst indtil nu. Man har opfattet ADHD som en "børnesygdom", som forsvandt når barnet voksede til. Det der dog snarere er sket er, at personen er kommet ud af børnepsykiatrisk regi og ikke har fået opfølgning på behandlingen. Vi ved i dag, at stort set alle med ADHD beholder opmærksomhedsforstyrrelsen ind i voksenlivet, men at hyperaktiviteten

bleger af hos en stor del. ADHD i barnealderen er en stor risikofaktor for senere udvikling af misbrug og afhængighed, men sørger man for en ordentlig behandling som fortsætter gennem puberteten, vil risikoen for alvorlige konsekvenser falde markant.

SundhedsTeams opgave i forbindelse med behandling af ADHD er at sørge for at diagnosen bliver stillet, og at få indledt et behandlingsforhold der kan holde. Det er her særligt vigtigt, at der er en god effekt på tænkeevnen for ellers vil patienten ikke indtage medicinen over den lange tid som er nødvendigt, set i et udviklingsperspektiv.

## **Compliance og kognition**

For de beskrevne patienter er det typiske, at den behandling de tidligere har modtaget, har været karakteriseret af at skabe ro omkring dem umiddelbart. Man har typisk benyttet benzodiazepiner, hvilket er ganske naturligt, da disse stoffer er meget hurtigtvirkende og effektive. Det man til gengæld ikke har været så opmærksom på er, at benzodiazepiner er stærkt vanedannende, hvilket er meget uheldigt hos en person, der i forvejen er afhængig af andre stoffer. Der er en direkte krydsafhængighed mellem benzodiazepin og alkohol, da begge har samme virkningsmåde, men det største problem er at alkohol og benzodiazepin også begge nedsætter tænkeevne og hukommelse i svær grad. For en person med skizofreni, hvor det neurale netværk der sørger for højere tænkning er skadet, eller for en person med ADHD hvor korttidshukommelsen og vurderingsevnen er påvirket, vil både alkohol og benzodiazepin derfor medvirke til en forværring af tilstanden, selvom der her og nu kommer ro på en opkørt situation. Ser man på livsforløbet hos svært marginaliserede ADHD/misbrugere er det da også tydeligt, at den svært dårlige situation de befinder sig i, har sit tydelige udspring i mødet mellem ADHD, alkohol og stoffer.

Der tegner sig et tydeligt behov for at revurdere nogle af de behandlingsmetoder der er aktuelt overfor misbrugende / afhængige mennesker, som har andre psykiske problemer og dermed også kognitive problemer. Hvor fokus tidligere kun har været på det klassiske symptombillede hos den skizofrene, er der sideløbende hermed også et stort behov for at se på kognitionen og *inddrage* de kognitive problemer som en aktiv parameter i behandlingen. For fuldt at kunne inddrage de kognitive problemer i sin behandling, er man efter vores opfattelse nødt til at kende til patientens dagligliv og funktionsniveau – altså en anden vinkel på psykiatri som inddrager det sociale funktionsniveau, men også bygger på den neurobiologiske viden, der skabes med voldsom fart i disse år. Der er dermed ikke tale om noget brud med mange af de behandlingsmetoder der findes, men mere et forsøg på at blande nye elementer og målrettethed i selve behandlingen, med en større accept af patientens indre kognitive funktion og hans behov for at have et følelsesliv og en kontakt der ligner andre menneskers, selvom der kan være markante forskelle.

Et af resultaterne er, at det kan være nødvendigt at se nærmere på "compliance".

Begrebet compliance dækker definitions-mæssigt over patientens evne og lyst til at følge lægens anvisninger på medicinering og behandling. Følger patienten lægens anvisninger er der tale om god compliance – gør han ikke er den dårlig. Problemet med mange behandlingsregimer er at de er udviklet på målgrupper som er afgrænset. En antipsykotisk medicin er testet på stabile skizofrene

personer, mens misbrug, fysisk sygdom og andre psykiske sygdomme fører til eksklusion fra den gruppe der forsøgsbehandles medikamentelt. I dagligdagen har dette ikke nødvendigvis betydning – som læge ekstrapolerer man ofte behandling som er udført på begrænsede grupper til behandling på ens egen patientpopulation. Problemet opstår når den behandling man giver umiddelbart har tilfredsstillende resultater, for eksempel overfor en skizofren patient som bliver rolig og umiddelbart fungerer bedre i forhold til omverdenen, men hvor patienten ved først givne lejlighed ophører med medicinen, hvilket udløser en ny periode med svære symptomer.

Her kan en model som den skitserede af Shitaj Kapur og andre<sup>28 29</sup> give en ide om hvordan medicin virker på den enkelte, og også hvorfor han relativt hurtigt ophører med medicin, trods den "gode" effekt. Men det er samtidig vigtigt at forstå, at der ikke er tale om en antipsykiatrisk model som sådan, blot andet perspektiv på en gruppe, som i dag ikke behandles sufficient<sup>30 31 32</sup>.

Der ser fra det kliniske perspektiv altså ud til at være behov for en ændring af compliance som korrekt gennemførelse af skematiske behandlingsforløb, i retning af compliance som en vellykket funktionsorienteret behandling. Det vil sige at patientens funktionsevne i dagligdagen er det der styrer behandlingsniveauet, og ikke det behandlingsniveau der er nødvendigt, når han er maksimalt kognitivt forstyrret, som under en voldsom psykotisk episode. En god compliance er her at patienten lærer at deltage i sit liv, herunder medicin, og at det sker i samarbejde med den behandlende. Der er flere modeller der beskriver hvordan man kan arbejde "recoverybaseret" både medicinsk og med en systematisk tilgang til relationsarbejdet<sup>33 34 35</sup>.

---

<sup>28</sup> From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis - S. Kapur, Schizophrenia Research, Vol.79, Iss.1, 59 - 68, 2005

<sup>29</sup> Psychosis as a State of Aberrant Salience. A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia - S. Kapur, Am J Psychiatry 2003 160.13-23

<sup>30</sup> Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses - R. Kendell, Am J Psychiatry 2003 160. 4-12

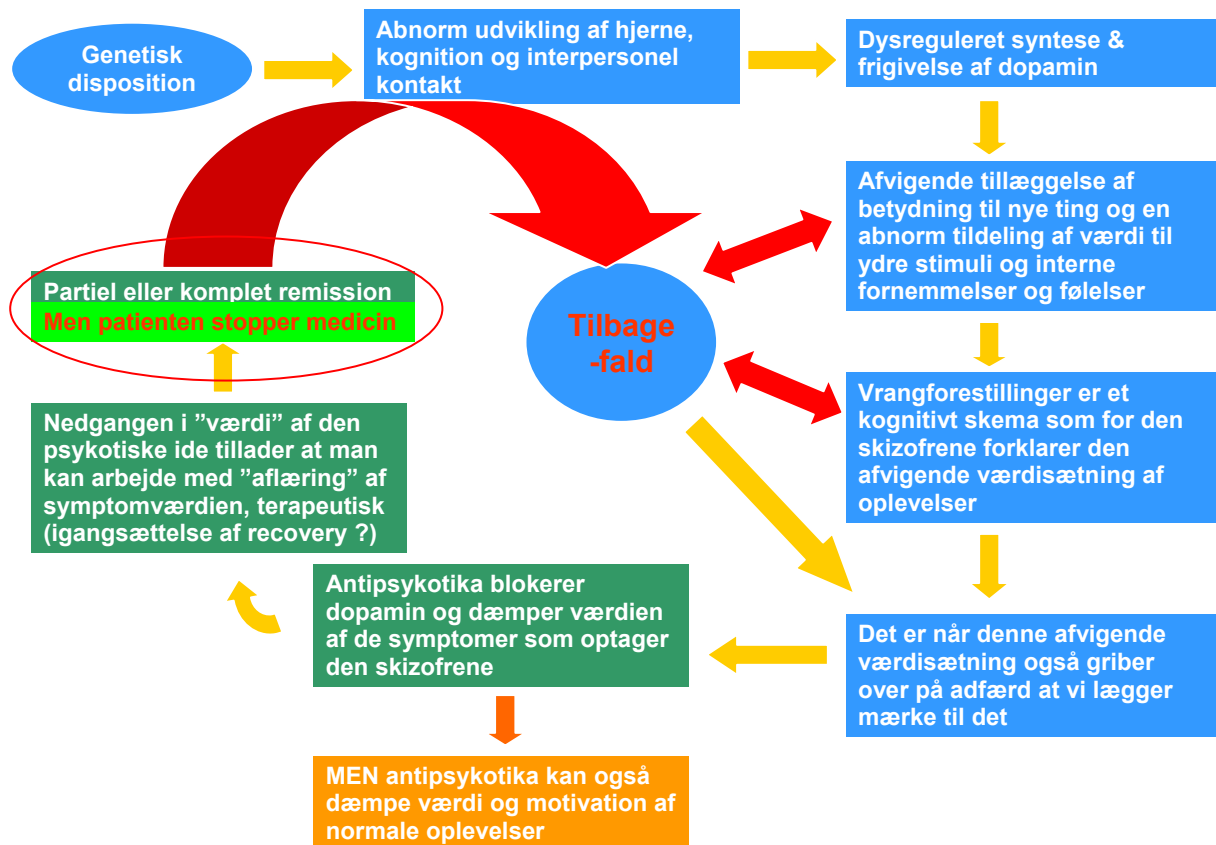
<sup>31</sup> How antipsychotics become anti-‘psychotic’ – from dopamine to salience to psychosis - S. Kapur, Trends in Pharmacological Science, Vol.25, Iss.8, Aug.2004, 402 - 6

<sup>32</sup> Dopamine D2 receptors and their role in atypical antipsychotic action. Still necessary and may even be sufficient - S. Kapur, Biological Psychiatry, Vol. 50, Iss. 11, 873 - 83, 2001

<sup>33</sup> Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process - P. E. Deegan, Psychiatric Services, Nov. 57, 11, 1636 - 1639, 2006.

<sup>34</sup> The importance of personal medicine. A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities - P. E. Deegan, Scan J Public Health Suppl., Oct, 66, 29-35, 2005

<sup>35</sup> The Tidal Model. A Recovery Based Approach to Mental Health Care – P. Barker , P. Buchanan Barker, Brunner-Routledge (2004), ISBN-10: 1583918019



**Skizofreniudvikling og behandling. Efter Kapur, ECNP, 2007**

Den beskrevne skitse til en model for behandling af psykotiske lidelser kræver på den ene side kognitionsbevarende medicin. Hele tilgangen til medicinsk behandling i SundhedsTeam er rettet mod det primære mål at hjælpe patienten af med sine ubehagelige symptomer, og samtidig arbejde målrettet med at få patienten til at arbejde med sin sygdom.

Det andet element i arbejdet er tid

- til refleksion.
- til at reorganisere (wheel of change).
- til at behandleren / fagpersonen kan blive klar på sig selv.
- til at samklangen mellem behandler og patient kan synkroniseres.

Man kan naturligvis mene, at der ikke er nok "tid" i et moderne samfund og sundhedsvæsen, men det er samtidig denne manglende tid der gør, at SundhedsTeams patientgruppe ikke har glæde af behandling fra dette sundhedsvæsen, og bruger uforholdsmæssigt lang tid på at forsøge at *opnå* behandling. SundhedsTeams lidt mere tid til patienten, frigiver tid andre steder i sundhedssystemet.

"The Tidal model of medically assisted Strengths-based Case Management" kunne man kalde modellen, som en kombination af 3 forskellige tilgange til psykiatrisk behandling. Det ligger ud over denne årsrapports rammer at komme gennemgribende ind på de involverede modeller, men interesserede kan få kopi af de beskrevne referencer ved henvendelse til SundhedsTeam.

## Konklusion

SundhedsTeams behandlingsmetoder skræver over flere teoretiske modeller og strukturelle tilgange, hvilket også må anses for nødvendigt i et team der hele tiden arbejder udenfor mainstream. Men det vigtige er, at alle disse modeller og strukturer er testet og benyttet gennem mange år, og dermed har vist deres værd.

Den grundlæggende medicinsk-naturvidenskabelige metode der anvendes i den daglige behandling i teamet, har vist sin duelighed i det systematiske sundhedsvæsen, og case-management og udviklingsmodeller har lange traditioner bagud. Mange af modellerne er kommet til kort overfor de patienter der opsøger SundhedsTeam, men for teamet vokser der nye kombinationer af muligheder frem, fordi behandling og kontakt med patienten er rykket endnu et skridt nærmere borgeren - nemlig ud af institutionens rammer og ind i patients nære sociale struktur.

Hvor almen praksis gennem snart mange år har forsøgt at afskaffe sygebesøget, har SundhedsTeam i total modsætning til dette afskaffet klinikken, og baseret al patientkontakt på sygebesøget. I virkeligheden er det en understregning af, at det kan have en medmenneskelig stor funktion for patienten og en uvurderlig værdi for lægen, at kende de levevilkår patienten har i dagligdagen. Intet kan erstatte den ubevidste viden, som den gode sundhedsperson kan opsamle ved at se patienten i hans egne rammer.

Ved at kende noget til patientens sociale rammer, kan man også lettere navigere i de muligheder som patienten egentlig har for at medvirke i de behandlingstiltag man tænker sig at skulle gennemføre, og sidst men ikke mindst kan det give en intuitiv forståelse for, hvorfor behandlingen somme tider ikke går som forventet. Ved at kende til de arbejdsmetoder og teoridannelser som SundhedsTeam står for, er det vores påstand, at det øvrige sundhedsvæsen vil få betydeligt lettere ved at håndtere de patienter, der i dag opfattes som tunge og besværlige.

## Særlige projekter

Særlige projekter har der også i 2007 været en del af.

2007 har været præget af en stor grad af konsolidering af de metoder der blev afprøvet året før, men alligevel er SundhedsTeam blevet medinddraget som aktør i en del sammenhænge. Blandt andet har den undersøgelse af CAGE og FAST spørgeskemaerne vedrørende alkoholmisbrug som tidligere er nævnt, ført til udgivelse af en artikel i American Journal on Addictions.

### CAGE

Systematiske screeninger med spørgeskemaet CAGE, er ikke tidligere lavet i en hjemløshedssetting. I løbet af 2005-6 fik SundhedsTeam sammen med PhD Morten Hesse fra Center for Rusmiddelforskning gennemført en samtidig CAGE undersøgelse og blodprøvetagning, således at man kunne sammenligne svarene på CAGE med hvor leverpåvirket hver enkelt patient var. Resultatet af undersøgelse blev offentliggjort i november 2007.

Abstractet til artiklen "The CAGE as a Measure of Hazardous Drinking in the Homeless" af Morten Hesse og Henrik Thiesen er som følger, i dansk oversættelse:

*Formålet med dette studie er at teste validiteten af CAGE-spørgsmålene som et mål for alvorlige drikkeproblemer hos personer i dagtilbud for hjemløse, ved at benytte biologiske markører på akut leverpåvirkning fra alkohol som den "gyldne standard"*

*Et antal hjemløse mænd og kvinder i København blev inviteret til at deltage i et studie af helbredsrelaterede problemer. Deltagerne blev interviewet og blodprøver blev taget og screenet for indikatorer på leverdysfunktion, (gamma-glutamyltransferase [ $\gamma$ GT], middelcellulærvolumen [MCV], alaninaminotransferase [ALAT], og basisk fosfatase [Alpase]) og hepatitis C [HCV]*

*Scoren på CAGE- spørgsmålene korrelerede kraftigt med antallet af år med svært drikkeri ( $\rho$  0.43,  $p < 0.001$ ), og mens antallet af år med drikkeri ikke korrelerede med biomarkører når der blev kontrolleret for multipel hypotese testning, så korrelerede CAGE med  $\gamma$ GT, Alpase og ALAT, men ikke med MCV. Korrelationen holdt selv blandt dem der ikke var positive for Hepatitis C men deltagere med Hepatitis C og CAGE  $> 1$  havde temmeligt ekstreme værdier for de hepatiske biomarkører.*

*Fundende antyder af CAGE er i stand til at identificere hjemløse med stort alkoholindtag hjemløse alkoholmisbrugere hvis drikkeri var signifikant associeret med øgning i biomarkører som er associeret med svært drikkeri<sup>36</sup>.*

### CORRELATION

I slutningen af 2006 deltog repræsentant fra SundhedsTeam i et møde i projektorganisationen CORRELATION<sup>37</sup>, som havde til formål at skabe dialog mellem professionelle, policymakere og socialt udsatte grupper. En af CORRELATIONS opgaver var at danne baggrund for en tværnational undersøgelse af særligt udsatte gruppers adgang til sundhed og behandling. For

---

<sup>36</sup> The CAGE as a Measure of Hazardous Drinking in the Homeless - Morten Hesse, PhD, Henrik Thiesen, MD, *Am J Addict* 2007;16:475-478

<sup>37</sup> <http://www.correlation-net.org/>

Danmarks vedkommende betød kontakten med CORRELATION-netværket at der på tværs af byen og med inddragelse af både professionelle og bruger-organisationer, skulle gennemføres en undersøgelse af en særligt udsat gruppes adgang til behandling for stof- eller alkoholmisbrug samt sundhedsproblemer. På grund af en noget diffust oplæg fra den Ungarske videnskabelige koordinators side, var et svært at få defineret en målgruppe og spørgsmål, hvilket forsinkede processen voldsomt. Servicestyrelsen satte sig velvilligt ind i projektet men på trods af dette, lykkedes det kun at gennemføre et mindre pilotstudie, som blev præsenteret på afslutningskonference i Sofia i Bulgarien, i slutningen af 2007. Rapport fra konferencen kan hentes på CORRELATION-netværkets hjemmeside<sup>38</sup>.

Trods det magre resultat har der efterfølgende været en vis vilje til at forsøge at gennemføre en mere systematisk undersøgelse, og Servicestyrelsen har opdateret spørgeskemaerne. Der er mundtlige tilsagn fra forskellige interessenter om at ville deltage, og der er derfor planlagt en ny runde, hvor man vil forsøge at gennemføre en brugerundersøgelse frem til sommer 2008. Hvis der ikke opnås tilstrækkelig opbakning til denne runde, afsluttes projektet. SundhedsTeam deltager med et antal interviews i undersøgelsen.

### **Satspuljeprojektet vedrørende sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere<sup>39</sup>**

Et satspuljeprojekt fra efteråret 2006 vedrører opsøgende arbejde med stofmisbrugere. Projektet baserer sig blandt andet på Sundhedsprojektets resultater med hensyn til hjemløse misbrugeres kontakt med sundhedsvæsenet. 5 kommuner deltager; Guldborgsund, Odense, Ny-Esbjerg, Århus og Københavns Kommuner. SundhedsTeam deltager som ressource for de øvrige teams og har plads i styregruppen.

Vi har modtaget og besøgt medarbejderne fra 2 af de etablerede teams i Århus og Esbjerg, som er opbygget efter nogenlunde samme model som SundhedsTeam, og ser frem til en faglig udvikling i netværket med de forskellige byer.

SundhedsTeam deltager efter de foreløbige planer også i dataopsamlingen som en slags referencegruppe for de øvrige da SundhedsTeams arbejde og patientgruppen er nøje beskrevet.

Den Københavnske del af satspuljeprojektet er det sundhedsfaglige opsøgende team i det kommende Sundhedsrum på Vesterbro. Teamet forventes endelig implementeret hen over sommeren 2008 og Sundhedsrum åbner efterår/vinter 2008.

### **Opsøgende teams for alkoholmisbrugere<sup>40</sup>**

SundhedsTeams leder deltager i følgegruppe for projektet, der endnu ikke har afholdt startkonference. Fredericia, Herlev, Langeland, Lolland, Odense, Randers, Silkeborg og Aalborg kommuner deltager og der er ikke lagt op til noget

---

<sup>38</sup> [http://www.correlation-net.org/sofia\\_conference/index.html](http://www.correlation-net.org/sofia_conference/index.html)

<sup>39</sup> Målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere - § 16.21.51  
[http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt\\_og\\_driftstoette/ansoegningspuljer/Projekt\\_stofmisbrug.aspx](http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt_og_driftstoette/ansoegningspuljer/Projekt_stofmisbrug.aspx)

<sup>40</sup> Sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekter omkring gruppen af de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere, samt hjemløse  
[http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt\\_og\\_driftstoette/ansoegningspuljer/Misbrug\\_hjemloese.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt_og_driftstoette/ansoegningspuljer/Misbrug_hjemloese.aspx?lang=da)



nærmere metodisk samarbejde. De opsøgende projekter for henholdsvis stof- og alkoholmisbrugere, er da også meget forskelligt udformet, selvom opgaven stort set er den samme. Man kan undre sig over at der i projekter der skal metodeudvikle på eksisterende data, udformes eksklusionskriterier på baggrund af misbrugsform, da det jo allerede er vist, at det er blandingsmisbruget der er det store problem.

### **E-Huset og økonomi**

SundhedsTeam har sammen med E-huset i De Gamles By, København, gennemført en økonomisk analyse af 3 beboeres forbrug af sundhedsydelser før og efter indflytning i E-huset. Analysen søges offentliggjort i relevant tidsskrift i foråret 2008.

### **Kontaktarbejde på tværs af Øresund**

Kontakten på tværs af Øresund er langsomt men sikkert blevet mere og mere solidt forankret.

*Mobilisering mot narkotika*<sup>41</sup> var et Svensk projekt som havde til opgave at samordne indsatser mod narkotika på nationalt niveau. Denne organisation undersøgte i 2006-7 situationen blandt svenske hjemløse stof- og alkoholmisbrugere i København. Undersøgelsen mundede ud i en rapport som kan hentes på Mobilisering mot Narkotikas hjemmeside, *Svenska hemlösa och missbrukare i Köpenhamn*<sup>42</sup>. Mobilisering mot narkotika er nu nedlagt men projektets rapporter og øvrige resultater kan hentes på hjemmesiden.

Efterfølgende har der været en del kontakt mellem Københavns Kommunes hjemløsheds - og stofmisbrugssystem, og institutioner og systemer i Skåne, på praktisk niveau. Kontakten dækker både det sydlige Skåne med Malmö og Lund og det nordlige Skåne med Helsingborg som den største aktør. SundhedsTeam har i samarbejde med misbrugsbehandlingen og de opsøgende medarbejdere overfor udenlandske borgere, besøgt misbrugsbehandlingen i Skåne og vi har besøgt enheder i både Nord- og Sydskåne indenfor hjemløshedsområdet. Disse besøg har medført, at der nu er skabt kontakter som forhåbentlig fremover kan hjælpe mennesker, der er strandet på gaden i Københavns Kommune, med at komme tilbage.

### **Sundhedsrum på Vesterbro**

Det kommende Sundhedsrum på Vesterbro kom i 2007 mere og mere på dagsordenen og en endelig vedtagelse af placering skete i slutningen af 2007.

Sundhedsrummet er en del af satspuljeprojektet vedrørende sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere, og de sundhedsfaglige medarbejdere ansættes til at forsøge at tilbyde den samme service til borgere med behov på indre Vesterbro, som SundhedsTeam i dag giver i resten af byen.

De sundhedsfaglige medarbejdere ansættes i tæt samarbejde med SundhedsTeam, som også står for den initiale oplæring. Det er planlagt at Sundhedsrummets medarbejdere organisatorisk kommer til at være placeret under Aktivitetscentret, som den øvrige opsøgende indsats i Københavns Kommune. Leder af Sundhedsrum ansættes snarest efter 1. maj, og øvrige medarbejdere over sommeren 2008. Opstarten af Sundhedsrum vil blive beskrevet i årsrapport for 2008.

---

<sup>41</sup> <http://www.mobilisera.nu/>

<sup>42</sup> <http://www.mobilisera.nu/upload/Kopenhamnsrapporten.pdf>. Rapporten kan bestilles i papirudgave på Statens folkhälsoinstitut: <http://www.fhi.se/>

# Faglig opdatering, undervisning, foredrag mm

## H:S-Forum / R:H-Forum

Forum for kontakt og vidensdeling mellem hjemløshedssystemet og sundhedsvæsenet måtte ændre navn i 2007, da Hovedstadens sygehushællelesskab blev nedlagt og placeret under region hovedstaden<sup>43</sup>. Uddannelsesforummet kunne passende kaldes R:H-Forum herefter.

Det er stadig et problem for os, i forhold til at holde kommunikationen, at der er så stor gennemvandring af medarbejdere på afdelingerne. Der er en lille kerne af personale, der deltager fra gang til gang, men fra mange afdelinger er det forskellige personer der møder op. Det forhindrer at der bliver en længerevarende opbygning af kompetencer hos nøglemedarbejdere, men til gengæld udbredes der så viden om hjemløshedsområdet på et fagligt niveau til en hel del sygeplejersker, som kan bringe denne viden med sig til andre afdelinger. Under alle omstændigheder har de umiddelbare evalueringer af møderne været positive, og vi fortsætter med den nuværende mødefrekvens, hvor der er møder medio maj og november. Møderne har været velbesøgt, men det er et større arbejde at få information gennem det ledelsesmæssige lag og ud til de interesserede medarbejdere.

Mødernes indhold og praktiske afholdelse planlægges af SundhedsTeams sygeplejersker på baggrund af ønsker fra deltagerne, og der har gennemgående i 2006 og 2007 været et højt fagligt niveau leveret af professionelle, som dagligt arbejder med målgruppen.

Temamøderne skal gerne have deltagere fra så mange afdelinger som muligt, og vi har konkluderet, at der, i hvert fald indtil videre, ikke er basis for at kræve deltagergebyr. Vi har derfor indtil videre ikke mulighed for at betale oplægsholderne, da temadagene er fuldstændigt finansierede af SundhedsTeams midler. Vi stiller os til gengæld til rådighed uden beregning for de aktører, der stiller op på vores temadage.

Der har dog været en vis interesse fra ikke-inviteret sundhedspersonale, så man kunne eventuelt overveje om et mindre deltagergebyr som kunne dække oplægsholderens udgifter i forbindelse med oplæg.

I 2007 blev der afholdt 2 møder:

Første møde var:

### ***Etniske minoriteter i hjemløsemiljøet. 9. maj 2007***

Mødets emner omfattede forskellige etniske grupperinger samt forskellige problemer i blandt hjemløse med anden etnisk baggrund end dansk, herunder misbrug og psykiatriske sygdomme:

Sygdomsforståelse. Fordomme og realiteter blandt somalierne.

Mødet med psykisk syge med anden etnisk baggrund.

Unge misbrugere med anden etnisk baggrund.

Grønlanderne på gaden

---

<sup>43</sup> <http://www.regionh.dk/>

Andet møde i efteråret var:

### ***Stofmisbrugerens på hospitalet. 21. november 2007***

Mødets fokus var stofmisbrugerens og mødet med hospitalssystemet, og der blev givet en teoretisk biologisk baggrund for hvorfor stofmisbrugere hyppigt reagerer som de gør under en indlæggelse, og derefter gennemgang af et praktisk klinisk projekt, med forbedret systematik omkring indlæggelser af stofmisbrugere. Sidstnævnte var samtidig præsentation af rapporten bag projektet<sup>44</sup>.

Mødernes detaljerede indhold og oplægsholdere kan ses i bilag 2.

## **Undervisning, foredrag, indlæg på konferencer**

### **Sygeplejerske- og medicinstuderende.**

Det har siden starten af SundhedsTeam i 2005 været et mål at være forbundet med sygeplejerske- og lægeuddannelserne i København. Denne kontakt blev dannet hurtigere end forventet, og der er da også et klart behov for praktisk klinisk "hjemløsemedicin" i de uddannelser der tilbyder socialmedicinske elementer.

I 2006 blev SundhedsTeam kontaktet af Afdeling for Social Medicin under Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns universitet. Dette munde ud i en forelæsning på kurset i socialmedicin 3 gange pr. semester, samt fra efteråret 2007 også faste klinikker for 2 studerende 3 gange pr. semester. Vi arbejder stadig på at finde den bedste form hvorunder vi kan afvikle klinikkerne, men tilbagemeldingerne har indtil videre været positive, så vi håber at SundhedsTeam kan fortsætte som fast kliniksted.

Siden efteråret 2007 har der i den internationale uddannelse "Public Health and Clinical Prevention in a European Perspective" på Sygeplejerskeuddannelsen CVU Øresund været et 3 timers kursuselement om SundhedsTeams organisation og behandlingsmetoder. Kurset afvikles hvert halve år.

Andre sygeplejeelever kontakter SundhedsTeamsygeplejerskerne med jævne mellemrum med henblik på opgaveskrivning etc. Dette er beskrevet i sygeplejedelen af denne årsrapport.

---

<sup>44</sup> Projekt Socialsygeplejerske - fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. Rapporten kan hentes her: <http://www.udenfor.dk/dk/Materiale/Files/Socialsygeplejerske/Projekt+Socialsygeplejerske.pdf>

## Andre konferencer og møder mm.

Her er kun medtaget oplæg og møder der er direkte relateret til SundhedsTeams arbejde.

**1.** SundhedsTeam blev ved starten af året udvalgt som et af 15 modelprojekter for god social praksis på websitet<sup>45</sup> er det især den organisatoriske side af SundhedsTeam der er i fokus:

***Hvordan gavner den gode praksis:***

*Der sker en løbende og systematisk udveksling af faglig viden mellem de socialfaglige og sundhedsfaglige medarbejdere, der ellers har meget lidt indblik i, hvordan hinandens hjælpesystemer fungerer.*

***Hvem kan lære af den gode praksis:***

*Forvaltninger, der ønsker at gøre en indsats for de mest udsatte borgers sundhedstilstand.*

**2.** Oplæg ved konferencen *Missbruksvård i Köpenhamn och Stockholm - ett erfarenhetsutbyte* den 23. marts 2007

**Triplediagnoseteamet - SundhedsTeam og den manglende kommunikation**

Erfaringsudvekslingen blev afholdt i Maria Beroendecentrum i Stockholm<sup>46</sup> hvor der også deltog medarbejdere og ledere fra U-Turn, Mændenes Hjem, Dannerhuset, Frederiksbergs Centret, Caroline Amalies Hus og Det Grønlandske Hus.

**3.** Oplæg ved kick-off seminar for satspuljeprojektet *vedr. sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere*, Sundhedsstyrelsen 28. marts 2007.

***Baggrunden for udgående kommunalt sundhedsarbejde i København***

Oplægget var tænkt som praktisk inspiration for de ledere der deltog i mødet.

**4.** Oplæg ved 18<sup>th</sup> *International Conference on the Reduction of Drug Related Harm (IHRA)*<sup>47</sup> i Warshawa, Polen, 13. - 17. maj 2007 i sessionen "Harm Reduction For Homeless People"

***Systematic healthcare out-reach work for rough-sleeping homeless***

Abstract:

*Very little data exists on the somatic health of homeless people. A 3 year out-reach project for homeless rough-sleepers in Copenhagen produced a detailed description of the health-status, including infection and substance use, an overview of diseases treated in the health-system and access and barriers to health- and social service.*

*Directly according to the recommendations derived from the project an extensive outreach-work including social- and health professionals was implemented in Copenhagen from 2005.*

---

<sup>45</sup> SundhedsTeam – tværsektorielt samarbejde om de svært marginaliserede,

<http://www.godsocialpraksis.dk/ShowExample.aspx?ExampleID=88>

<sup>46</sup> <http://www.mariaberoendecentrum.se/>

<sup>47</sup> <http://www.ihra.net/Barcelona/Warsaw2007>

*HealthTeam (HT) is an extensive way of getting in contact with people who do not – for various reasons – get in proper contact with the healthcare system. HT is based in the social system but works with the rights of an ordinary GP-service. This means that HT can access all parts of the hospital system and begin long-term collaboration with specialist- and rehabilitation-services, the substance treatment system as well as psychiatric in-patient and out-reach services.*

*The location inside the social system gives on the other hand a short access-way to the shelter- and social services as a whole*

*HT has beside the direct out-reach work, been assigned to do health-prevention such as detection of infectious diseases and vaccination for hepatitis, among special groups and among people living in contact with homeless substance users in general.*

*In the presentation the research background is outlined and lines are drawn to the present team-structure and theoretical foundation of the work.*

- 5.** Artikel om skadesreduktion overfor svært alkoholmisbrug i København. Artiklen er offentliggjort i *Nordisk Addiktologisk Tidsskrift* (engelske udgave Nordic Studies on Alcohol and Drugs)

***Harm reduction focusing on severe alcohol misuse in Copenhagen***

***Nordic Studies on Alcohol and Drugs Vol. 24 no. 3, 2007<sup>48</sup>***

- 6.** Oplæg på konferencen *Uppsökande arbete med narkotikamissbrukare* arrangeret af Socialtjänstförvaltningens Uppsökarenheten för vuxna, Frivilligorganisationer og mobilisering mot narkotika. 1. juni 2007.

***SundhedsTeam; läkarmottagning och uppsökarteam för hemlösa.***

- 7.** Oplæg på konference for kommunale chefer: *Social ulighed i Sundhed – den kommunale og regionale indsats* - Institut for Kompetenceudvikling, 20. august 2007.

***Organiseringen af sundhedsvæsenet – udgør det en barriere?***

- 8.** Oplæg og workshop på *Socialpolitisk Forenings sommermøde*, 28. august 2007 under overskriften "Udsatte grupper og folkesundheden"

***Hjemløse, misbrugere og folkesundheden***

- 9.** Deltagelse i *2nd Oxford Health and Homelessness Conference* 24.-25. september, Oxford, England

**Oplæg ikke muligt**

- 10.** Deltagelse i *3rd Streetmedicine, Annual Symposium*, Houston, 31. oktober – 3. november 2007

**Ingen oplæg.**

- 11.** Oplæg på *Netværksmøde på hjemløshedsområdet*, Socialforsknings-instituttet, 8. oktober, 2007.

***Stabilitet i netværk" - Status for SundhedsTeam, Københavns Kommune 2 år efter start.***

---

<sup>48</sup> Artiklen kan hentes her: [http://nat.stakes.fi/NR/rdonlyres/12144D1D-0337-425F-9ACB-87DCC0C0A8CB/0/NATnr3\\_07W.pdf](http://nat.stakes.fi/NR/rdonlyres/12144D1D-0337-425F-9ACB-87DCC0C0A8CB/0/NATnr3_07W.pdf)

**12.** Oplæg på *Fagligt selskab for Addiktiv Sygeplejes landskursus* 5. november 2007

***Koordinering af behandling og brobygning mellem sundheds- og socialsektor som redskab i mindskelse af social ulighed i sundhed.***

**13.** Oplæg på *Nordisk konferens om Hemlöshet*, Stockholm, 15-16. november 2007

***SundhedsTeam - Dataopsamling og forskning i et opsøgende gadeteam***

**14.** *Undervisning i den biologiske baggrund for irrationel og kaotisk adfærd hos psykisk syge og misbrugere.* Efteruddannelse for medarbejdere på væresteder. 13. december 2007.

## **Fokusområder i 2008**

### **Sundhedsrum**

Umiddelbart ser SundhedsTeams største opgave i 2008 ud til at blive opstart og implementering af Sundhedsrum, og det vil naturligvis trække på de fleste kræfter hen over sommeren, når dette arbejde skal udføres sammen med resten af SundhedsTeams normale arbejde i Københavns Kommune.

### **Missionen blandt Hjemløse, Kollegiet, Gl. Køge Landevej**

Kollegiets beboeres adgang til sundhedstilbud og behandling er klart i fokus i 2008. Der er en hidtil underprioriteret opgave her.

### **Internationale udeliggere**

I 2006 og 2007 har der været et tiltagende pres på Københavns Kommune vedrørende udenlandske hjemløse. Hvor alvorlig situationen er, kan man være uenig om, men det er klart, at der ved den større migration der er set i Europa i de senere år, som følge af arbejdskraftbehov og nye EU-lande, vil føre til at nogle strander i hjemløshedsmiljøet. Denne gruppes sundhedsmæssige behov og profil skal undersøges nærmere.

### **Udvikle og styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger**

Her er der som omtalt tidligere en mere målrettet aktion i gang allerede. Der vil være behov for fokus på opgaven ind imellem i det kommende år.

### **Økonomi**

Efterhånden som SundhedsTeamsygeplejerskerne får større og større rutine og erfaring, vil graden af intensitet i behandling blive større. Dette kan føre til at der i perioder er en del omkostninger for SundhedsTeam, men til gengæld kan det spare det omgivende samfund for en hel del.

Casen "*Samarbejde med psykiatrien*" side 85 er et godt eksempel på en case der har medført ret store besparelser, men kun for hjemkommune og regionen. Et hurtigt overslag på patientens omkostninger kunne se således ud '

Patienten sættes i behandling med Abilify til 76kr + Lyrica til 25kr pr dag SundhedsTeams direkte omkostning, uden at medregne løn til opsøgende sygeplejerske, i 9 måneder er 4-5000 kr (270 dage á 100 kr. / dag). Herfra skal regnes sygesikringstilskud.

Patienten har gennem de sidste 10 år tilbragt i gennemsnit 4 måneder på lukket afdeling, hvilket ikke skete i 2007.

Region Hovedstadens besparelse ved indlæggelse, der ikke skete om forventet (4 måneders indlæggelse = 120 dage a 3800 er lig 456.000,-). Dertil skal lægges medicinomkostninger på 24.000 kr. svarende til en estimeret besparelse på 480.000,- for 2007. Dertil kommer kommunens sociale og boligmæssige besparelse ved at bevæge sig meget langsomt i retning af at skaffe relevant bolig. Der er altså for samfundet generelt en besparelse på op mod 550-600.000 kr. ved SundhedsTeams behandling og opsøgende arbejde med patienten. Overgang til egen bolig er ydermere foregået fredeligt og uden de vanlige konflikter med kommunen.

Et meget kort og aktivt behandlingsforløb understreger de rent økonomiske gevinster ved behandling i nærmiljøet. Der var her tale om en patient som ikke er kendt i hjemløsemiljøet, men som fremstår psykisk meget nedtrykt og elendig. Det viser sig at han har været i behandling med antidepressiva gennem mange år, og i forbindelse med en arbejdsløshedsperiode ikke købte medicinen af økonomiske årsager. Herefter forværredes den kendte depression, og han sank dybere og dybere ned i inaktivitet og elendighed.

SundhedsTeamsygeplejersken får på kort tid udredt situationen, og teamet donerer herefter medicinen til patienten, som efter et par uger ikke mere opsøger miljøet. Ved en kontakt noget tid efter har han det betydeligt bedre, og er tilbage i sin normale sociale situation.

Omkostningerne ved denne kontakt var, ud over løn til SundhedsTeamsygeplejersken, 573 kr. Havde man ikke handlet på dette tidspunkt, ville en indlæggelse på psykiatrisk afdeling i mindst 2-3 uger med intensiv antidepressiv behandling have været endepunktet. Omkostningen ved psykiatrisk indlæggelse alene, er som anført ca. 3800 kr. pr. dag svarende til forventelige omkostninger på denne patient på minimum 80.000,-.

Disse enkle analyser kan forholdsvis let foretages for hver enkelt patient. For nogle vil der dog i en periode være øgede udgifter ved kontakt med SundhedsTeam, men disse udgifter vil med sikkerhed blive hentet ind på mellemlangt sigt.

Når SundhedsTeam derfor i 2008 beskæres med et beløb der svarer til medicinbudgettet, lægger det op til problemer med de afledte omkostninger, også på ganske kort sigt.

### **Fængsler og løsladelse**

Casen "*Samarbejde med fængselsvæsenet*" rummer stort set alle de frustrationer der kan opstå, når man forsøger at bryde cirklen af fængsling, kriminalitet og fængsling igen. Fængselsvæsenet kan have svært ved at relatere til det omgivende samfund når en indsat skal løslades, også selvom der sker et aktivt opsøgende arbejde udefra.

Den nævnte case er et af de værste eksempler på, hvordan selv små svigt i overgangen mellem fængsel og samfund kan have voldsomme og fatale konsekvenser for borgeren der har udstået sin straf, og medføre millionomkostninger for samfundet i form af øgede sundhedsudgifter. På denne måde kommer løsladelsen ikke til at virke som en udgang til samfundet, men som et ekstra benspænd, der i realiteten forlænger straffen. SundhedsTeams fokus på at få SundhedsTeampatienter sikkert tilbage i samfundet har stadig relevans.

# Sygeplejefaglig del

Af SundhedsTeamsygeplejerskerne Lene Tanderup, Bodil Stavad, Karin Olofsson og Lone Dam.

## Uddannelses- og undervisningstiltag internt og eksternt i Sundhedsteam

### Uddannelse internt i SundhedsTeam

SundhedsTeam har gennem de sidste tre år brugt meget tid på at afdække og undersøge det faglige felt via praktisk arbejde med patienterne, det etablerede system, private organisationer, supervision og systemisk dataindsamling. På den måde er der opsamlet erfaring i, hvilke forskellige aspekter der indgår i pleje af socialt marginaliserede patienter på gaden.

Gennem uddannelse og udvikling højner vi også kvaliteten i vores arbejde og lysten og viljen til fortsat fornyelse i behandlingen af disse meget ofte komplekse problemstillinger, vi er tovholdere for. Nogle af os er i slutningen af 2007 opstartet på uddannelses forløb i udviklingspsykologi samt kvalitetssikring og forventer at alle, i løbet af 2008, er godt i gang. Vi koncentrerer os fortrinsvis om de tilbud der er i kommunalt regi indenfor CVU.

Udenlandske tilbud har også været aktuelle, såsom 14 dages sommerskole i Amsterdam og Harmreduction konferencen i Polen, som har foranlediget, at der i år er indsendt et abstract med henblik på at holde vores første internationale oplæg i Barcelona 2008.

### Summer Institute on Alcohol, Drugs and Addiction i Amsterdam<sup>49</sup>

Opholdet i Amsterdam varede fjorten dage hvor man boede og opholdt sig på skolen, tæt på centrum.

Kurset var delt op i formiddagslektion og eftermiddagslektion samt studiegruppe morgen og aften.

Den første uge omhandlede den hollandske model, den hollandske stofpolitik samt den indvirkning det har på det hollandske samfund og sundhedsvæsen. Undervisere var hollandske Mirjam Schievelde og Janhuib Blans. Ugen endte med en studietur til Haag hvor vi var på besøg i en coffee shop (med mulighed for at købe hash på stedet), en smartshop der har diverse tilbehør inklusive magic mushrooms, et AA-møde og besøg i værestedet kaldet the Rainbow Foundation<sup>50</sup>

Anden uge havde tre undervisere.

Lala Straussner som underviste i alkoholmisbrug på et bredere internationalt plan med udgangs punkt i de forskellige sociale, kulturelle, økonomiske aspekter, samt den forskel der er, internationalt, i behandling og indgangsvinkel til patientgruppen. Specielt var der fokus på familier med en eller flere misbrugere, samt fokus på den kvindelige misbruger.

Dennis McCarty underviste i to emner. Det ene emne omhandlede det amerikanske alkohol- og stofbehandlingssystem og lagde op til sammenligning af dette system med deltagende landes systemer. Det andet emne var

<sup>49</sup> <http://www.ishss.uva.nl/Addiction/>

<sup>50</sup> De Regenboog, læs mere her: <http://www.deregenboog.org/index.html?lang=en>



problematikken og udfordringerne, der opstår mellem teori, forskning og praksis indenfor alkohol- og stofbehandling.

Helen Levine underviste i emnet misbrugsbehandling og dobbeltdiagnoser og forsøgte at belyse problematikken set ud fra et amerikansk synspunkt.

Udgangspunktet i undervisningen var at forsøge at belyse udfordringen ud fra både følelsesmæssige, kulturelle og logistiske barrierer der kan opstå i forløbet.

Sommerskolen som helhed var meget spændende men også en meget stor udfordring. Daglig forberedelse lå på ca. 80-100 sider engelsk faglitteratur, samt skriftlige opgaver. Dette var det første kursus, der blev holdt og der blev derfor også reguleret lidt i forventningerne til deltagerne gennem de fjorten dage, næste kursus holdes 13 – 25. juli 2008.

## **Undervisning**

SundhedsTeam prioriterer undervisning af både sygeplejersker og andre faggrupper højt. Gennem vores undervisning håber vi, at vi kan være med til at øge forståelsen for de socialt marginaliserede patienter og deres specielle problemstillinger, og dermed være med til at minimere konflikterne i kontakten mellem det etablerede sundhedssystem og den hjemløse.

## **Sygeplejeuddannelsen**

SundhedsTeam har i 2007 fået kontakt til flere uddannelsesinstitutioner, som gerne vil have undervisning i sygepleje til hjemløse. Vi har undervist 80 sygeplejestuderende på Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev, CVU Øresund, vi underviser på 5. semester i faget socialmedicin, og har nu en aftale med uddannelsesinstitutionen om, at vi bliver et fast del af faget fremover.

# **Sygeplejefagligt samarbejde**

## **Sygeplejersketemadage**

SundhedsTeam har i 2007 afholdt 2 temadage for sygeplejersker ansat på akutafdelingerne på sygehusene i København. Vi startede netværket af sygeplejersker op i 2005, og havde en forhåbning om at kunne skabe en fast kontakt bestående af to sygeplejersker fra hver afdeling inden for det akutte område. I praksis har det vist sig, at dette ikke er muligt. Personaleudskiftninger på hospitalsafdelingerne, temadagenes placering i forhold til vagtplaner i afdelingen, ferie og andre problemstillinger har gjort, at det ikke er de samme personer som kommer til temadagene. Men da det er de samme afdelinger som er repræsenteret, og da vi generelt oplever en god interesse for vores temadage, ser vi det ikke som et stort problem. Tværtimod kan der være en fordel i at få kendskabet til os udbredt til så mange som muligt på de afdelinger, som vores patienter bruger mest.

Emnerne for temadagene i 2007 har været "Etniske minoriteter i hjemløsemiljøet" og "Stofmisbrugerne på hospitalet, herunder: Hvordan virker de forskellige stoffer og sygepleje til indlagte stofmisbrugere" (se side 74 og bilag 2)

## **Sygeplejefagligt netværk**

Der er i 2007 taget initiativ til at opstarte et sygeplejefagligt netværk. Tanken bag netværket er, at opstarte en erfaringsudveksling og sætte fokus på den faglige udvikling mellem sygeplejerskerne på Sundholm. På Sundholm varetages mange aspekter indenfor plejen til socialt udsatte, lige fra den velfungerende gruppe til den palliative og terminale pleje. Ved at samles i et mindre, fagligt

netværk skabes der muligheder for at undersøge og belyse de forskellige aspekter af sygeplejerskearbejdet og derved skabe en større forståelse for hinandens arbejdssituation og for den kompleksitet dette felt indeholder. Første møde var den 28. november med 9 deltager og dette møde forløb udelukkende som brainstorm og fik som resultat en kort beskrivelse af formål med netværket:

**1. Vidensopsamling og vidensdeling internt i netværket og eksternt på Sundholm.**

Vi har valgt at dele møderne op i interne og eksterne møde. Det interne møde er selve netværket der mødes og udveksler erfaringer samt laver intern undervisning enten af medlemmerne selv eller via planlagte besøg udefra. Det eksterne, er undervisning der er aktuel for andre personalegrupper på Sundholm og derfor afholdes som et mere åbent forum.

**2. Synliggøre den sygeplejefaglige identitet indenfor fagområdet.**

At arbejde med patienter der er socialt udsatte betyder, at man har mange samarbejdspartnere. Feltet er præget af komplekse patientforløb, hvor både sociale og sundhedsfaglige problemer er viklet ind i hinanden. Det betyder, at det er utroligt vigtigt at være bevidst om egne kompetencer og faglighed. Ved at synliggøre og tydeliggøre hvilke aspekter sygeplejen til denne gruppe indeholder skabes der en større sygeplejefaglig identitet og dette kan være med til at øge muligheden for faglig udvikling indenfor feltet.

**3. At alle intern får et større kendskab til hinandens faglighed og arbejdsopgaver.**

Ved at øge kendskabet til hinandens arbejde skabes der en større forståelse for de forskellige problemstillinger, der kan opstå. Derved skabes der et bedre og mere forstående arbejdsmiljø imellem de forskellige institutioner på Sundholm.

**4. At alle daglige samarbejdspartnere opnår en større viden om sygdom og sundhed i forhold til borgerne.**

Ved at lave eksterne møder der involverer andre personalegrupper, der alle har kontakt med patientgruppen, øges viden og fagligindsigt i personalegruppen. Det kunne tænkes at lave undervisning i emner som f.eks. abstinenser, dobbeltdiagnoser, viden om stoffer og ADHD for at skabe en bredere forståelse for den angst og de konflikter, der kan opstå i samspillet mellem personale og patient.

**5. At synliggøre de sundhedsfaglige tiltag på Sundholm.**

Ved at blive mere bevidst om hvad vi gør på Sundholm, vil vi også blive bedre til at øge opmærksomheden på de forskellige tiltag Københavns kommune kan tilbyde denne gruppe af borgere.

Der er den 28. november 2007 nedsat en arbejdsgruppe der består af en sygeplejerske fra sygeplejeklinikken, en fra kollektivet 1 sal og en fra Sundhedsteam. Plejekollektivet er også tilbudt deltagelse, men har på nuværende tidspunkt ikke bemanding til det. Arbejdsgruppen har et halvt år til at skabe netværket og tages derefter op til overvejelse af netværksgruppen.

**Fagligt selskab for Addiktiv sygepleje**

På landskurset den 5-6. november stillede Lone Dam op til bestyrelsespost og blev valgt til bestyrelsen FS04 fagligt selskab for Addiktiv sygepleje.

## **Tværfagligt samarbejde**

### **Samarbejde med de lokale herberger og væresteder**

Vi har i løbet af 2007 styrket samarbejdet med de samarbejdspartnere vi havde i forvejen. Kollegiet på Gl. Køge Landevej er stadig en af vores store samarbejdspartnere, vi har og har haft en del patienter der i løbet af året. Vi har forsøgt med en fast ugentlig "konsultationstid" på 2 timer, men dels henvendte vores målgruppe sig ikke, og dels var behovet for vores tilstedeværelse større end det. Derfor har vi i stedet offentliggjort vores telefonnumre til beboerne, således at de har mulighed for at henvende sig uden personalets vidende (et ønske fra personalets side), og derudover henviser personalet til os som vanligt. Midt på året fik vi en henvendelse fra personalet på værestedet Istedgade 100. De oplevede at en del af deres brugere havde helbreds-mæssige problemer. Vi lavede derfor en aftale om, at vi i en periode vil være til stede fast en gang ugentlig. Vi er nu blevet godt kendt af brugere og personale på stedet, og har netop ændret aftalen således, at vi kommer fast hver anden uge, og ellers kontaktes efter behov.

Et eksempel på nye tiltag i forhold til vores samarbejdspartnere, er vores medinddragelse i Christianias (Herfra Og Videre) behandlingsture, og i Fedtekælderens Sommerlejr. Vi er en del af forløbet både før turene, i løbet af og efter hjemkomst. Dette beskrevet andetsteds i årsrapporten.

### **Sårbehandling til stofmisbrugere**

Bodil Stavad har undervist sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter på KABS<sup>51</sup> i sårbehandling til stofmisbrugere. Undervisning handlede både om den optimale sårbehandling til alle, og om hvordan man må tænke det muliges kunst ind i sårbehandling til patienter med en mere kaotisk og ustruktureret livsstil end gennemsnittet.

### **Gaderummet**

SundhedsTeam har haft en kontinuerlig kontakt med Gaderummet, også efter at deres driftoverenskomst med Københavns kommune ophørte. Vi har været i Gaderummet 1-2 gange om måneden og efter behov, og vi oplever, at vi har et godt og velfungerende samarbejde. Vores arbejde i Gaderummet har en anden karakter, end det arbejde vi ellers laver. Brugere har ofte rent lægelige problemstillinger såsom behov for penicillin for en halsbetændelse eller astmamedicin, mere end de har behov for de lange interventioner fra vores side. Ud over det rent behandlingsmæssige, forsøger vi tale med brugerne om forskellige sundhedsfremmende emner indenfor harmreduktion og almindelig sundhed

---

<sup>51</sup> <http://www.kabs.dk/>

## Cases fra 2007

### Case 1. Samarbejde med det svenske Hospitals-/socialvæsen

52-årig svensk mand LL som har opholdt sig i Danmark i ca. 10 år.

Har haft en lang karriere indenfor restaurationsbranchen. Bl.a. arbejdet mange år i udlandet som leder/kok af diverse restauranter.

Valgte at `flygte` til Danmark som følge af pludselig uventet konkurs i egen virksomhed i Sverige.

Har levet de første par år på gaden, men siden boet hos forskellige indenfor misbrugsmiljøet.

Har aldrig selv haft noget misbrug. Har ernæret sig ved at samle flasker.

Udviklede for ca. 5 år siden et sår over højre øre, men mente ikke det var nødvendigt at søge læge.

Da hans samboer gennem 8 år, dør i maj måned 2007, står han pludselig med udsigt til hjemløshed, og situationen bliver uoverskuelig. Han er i forvejen erklæret død i Sverige, efter 10 års forsvinden.

Juli 2007 møder Sundhedsteam ham via kontaktstedet Forchhammersvej, i første omgang for at kigge på hans sår i hovedet, der på det tidspunkt er blevet meget stort (5x5cm).

Gennem de næste 3 måneder tilser vi LL flere gange om ugen og skifter sår bl.a. efter vejledning fra Bispebjerg Hospitals Videnscenter for Sårheling. Han bor foreløbig i venindens lejlighed, indtil han 01.10 flytter til et værelse hørende til Metodist kirken.

Såret forværres dog, og da LL i mellemtiden er genopstået i Sverige, formidles kontakt til det Svenske Hospitalsvæsen, der foretager kirurgiske behandling af såret i december måned.

Vi har i forløbet op til operationen og de efterfølgende uger haft et tæt og godt samarbejde med diverse svenske læger, således at LL har kunnet modtage den mest optimale behandling.

Vi fortsætter en kort periode i efterbehandlingsforløbet med sårskift og opfølgning på diverse ambulante tiltag.

LL bor stadig i Danmark primo 2008, da han hverken ønsker eller kan vende tilbage til Sverige.

Han modtager en lille kontanthjælp fra Sverige og er tilknyttet en kirkelig organisation i Danmark, der hjælper med bolig og aktivering med henblik på, at få LL ind på det danske arbejdsmarked.

Han er nu godt på vej fra en absolut anonym tilværelse i København til at blive resocialiseret i henholdsvis det svenske og danske system.

### Case 2. Når opbakningen fra det sociale system svigter

30 årig somalisk flygtning, mand.

AA har været i Danmark i ca. 3 år. Kom fra Ålborg til København i maj 2006.

Har boet på herberg fra december 2006 til februar 2007, hvor vi møder AA.

Har stort set siden sin ankomst til Danmark haft et alkoholmisbrug.

Vil nu gerne have hjælp til at komme ud af sit misbrug, da han har fået arbejde indenfor postvæsenet og skal starte om 5 dage.

SundhedsTeam møder ham en onsdag, hvor han får udleveret Risolid til abstinensbehandling, samt diverse anden støtte medicin.

På 6 dage formår AA at trappe ud af sit alkoholforbrug og starte arbejde.

Det skal endvidere siges, at AA ikke på noget tidspunkt har været knyttet til sagsbehandler i København, men selv har ønsket at klare sig og finde arbejde.

Har haft flere jobs under sit ophold i Danmark.

I juli 2007 flytter AA til et andet herberg i København, for at komme væk fra drikkemiljøet.

Han er glad for sit arbejde og tager stadig medicin.

Planen for AA er nu at finde egen lejlighed. Men da han, i kraft af sin position som arbejdende medborger ikke har nogen sagsbehandler, er der ingen hjælp at hente i det sociale system. Han skal skrives op som alle andre. Altså bag i boligkøen.

Desuden vil AA gerne gå til dansk, for at forbedre sine kundskaber, hvilket han også selv skal opsøge og betale.

AA har på dette tidspunkt været ædru i ½ år, men er ved at miste modet. Han er glad for sit arbejde, men føler systemet spænder ben for ham, i og med han ikke er 'dårlig' nok til at blive hjulpet.

Har fået at vide han skal være hjemløs, fordrunken og 'rigtigt' hjælpeløs for at få hjælp.

AA siger at han lige så godt kan sige op og begynde at drikke igen, for så får han den hjælp, han har brug for.

December 2007 bliver han fyret fra arbejdet pga. udeblivelse/sygdom, han begynder at drikke og synker helt hen i apati.

Et helt år er nu gået. SundhedsTeam har fulgt AA løbende og støttet op om den medicinske behandling, men har ikke haft mulighed for at påvirke de sociale faktorer i forløbet.

Til trods for AA's egen vilje til at gøre noget ved sin situation, har han kun mødt modstand i det sociale system.

Det er en absurd situation, hvor en person, der trods sine voldsomme oplevelser som flygtning, har masser af initiativ og gå på mod, men bare oplever at løbe panden mod muren i systemet.

### **Case 3. Samarbejde med psykiatrien**

JA er en 32-årig kvinde. Hun har siden 1997 haft diagnosen paranoid skizofreni. SundhedsTeam fik kontakt til JA i feb. 07. Hun var på daværende tidspunkt hjemløs, og levede på gaden sammen med sin kæreste. Den primære årsag til henvendelsen var at JA havde hostet gennem længere tid, og kontakten blev skabt gennem et privat værested.

Ved første kontakt er JA svært psykotisk. Hun er paranoid og meget "på vagt", men samtidig interesseret i at modtage medicin (psykofarmaka)

Ved at involvere JA's kæreste i administration af medicin, og i kraft af et tæt samarbejde med personalet på det værested JA kommer ofte, er det i løbet af året lykkedes at stabilisere JA så godt som det er muligt under de vilkår hun lever under som gadehjemløs. Hun er 1. jan 08 flyttet i egen lejlighed sammen med sin kæreste, med tilknytning af SKP fra socialpsykiatrien. Der er fra SundhedsTeam sendt henvisning til Distriktskykiatrien, og vi fortsætter medicineringen til der er afklaring om hvem der overtager.

I perioden 1997-2007 havde JA i alt 8 indlæggelser på psykiatrisk afdeling – kortere og længere tid – i alt 33 mdr. Derudover indlagt 6 mdr. på et hospital i udlandet, hvor JA blev hentet hjem i fly til indlæggelse i Danmark.

JA har meget modstand mod psykiatrien. Hun ville efter udskrivelserne ikke have kontakt til Distriktskykiatrien, og stoppede hurtigt med at tage sin medicin, og blev efter en periode så dårlig at hun blev indlagt, enten med tvang, eller med tvangstilbageholdelse til følge. JA oplever selv, at hun under sine indlæggelser blev medicineret, så hun blev "zombieagtig" og ikke i stand til at tænke, hvilket

kan hænge sammen med, at hun nåede at blive så psykisk dårlig, og nåede at have en længere periode uden medicin, før hun blev indlagt. Siden vi fik kontakt til JA har hun haft en enkelt indlæggelse af ca. 14 dages varighed. Hun ønskede selv at blive indlagt, da hun følte, hun havde brug for ro. Vi var med ved indlæggelsen, og blev kontaktet af psykiatrisk afdeling ved udskrivelsen, således at vi kunne følge op og fortsætte medicinering på gaden.

Hovedopgaven for SundhedsTeam har, udover at sørge for at medicinen var til rådighed været, at vi tidligt i forløbet fik samlet de relevante samarbejdspartnere omkring JA. Sammen med JA og kæreste at få lavet en plan for hvad der skal arbejdes på, og sikre at alle arbejdede i samme retning, både m.h.t. bolig, medicin, psykiatri m.m. Vi har på et tidligt tidspunkt inddraget de samarbejdspartnere som skulle overtage når JA flyttede i bolig.

#### **Case 4. Beskrivelse af et forløb op til alkoholbehandling**

EA er en 35 årig mand. Han er født og opvokset i England, men har de sidste 8 år boet i Danmark. Han er uddannet mekaniker, og har arbejdet som dette både i England og i Danmark. EA har siden 15 års alderen haft et større eller mindre forbrug af alkohol, og har som ung eksperimenteret med kokain, amfetamin m.m. EA blev efter et brud med sin danske kæreste, hjemløs for ca. 3 år siden, og efter dette udviklede alkoholforbruget sig til et misbrug. Han har 2 mindreårige børn, som han selv begrænsede sin kontakt til p.g.a. sit misbrug. EA har de sidste par år haft flere kontakter til alkoholambulatoriet for at stoppe sit misbrug – men på grund af hans sociale forhold, manglende bolig m.m. er det ikke lykkedes for ham.

SundhedsTeam fik kontakt til EA i slutningen af 2006. Han boede på dette tidspunkt på et herberg, og havde et stort alkoholmisbrug. Han var meget generet af mavesmerter og havde haft et større vægttab. Vi følger EA i en periode, behandler på mavesmerter og følger til diverse undersøgelser på hospitalet med henblik på udredning af smerterne og vægttabet. EA er imidlertid ikke særlig interesseret i undersøgelser m.m., vil i princippet bare have hjælp til mavesmerterne, således at han kan fortsætte med sit alkoholmisbrug. Vi havde dermed en funktion hvor vi understøttede EA's misbrug, og vi besluttede derfor at stoppe med at give medicin til ham. Vi fortsatte dog med at have jævnlig kontakt, og talte med ham om hvilke muligheder han havde for behandling, anden bolig m.m. EA bliver i løbet af foråret så fysisk dårlig af sit misbrug, at han har svært ved at gå. Han begynder i takt med det, at tænke mere og mere i behandlingsbaner, og giver i løbet af sommeren udtryk for at han gerne vil i alkoholbehandling.

Vi indstiller EA til et afrusningsophold på Specialinstitutionen Forchammersvej, hvor han flytter ind i sept. 2007. Samtidig laver vi indstilling til døgnbehandling via alkoholenheden. EA er på Forchammersvej i 2 mdr., under opholdet dér bliver han udredt ambulant på hospitalet for forskellige fysiske symptomer, og han opstarter psykologsamtaler. Direkte fra Forchammersvej starter EA i alkoholdøgnbehandling på Blå Kors i Taastrup. Aktuelt er EA stadig i døgnbehandling. Han deltager udover i behandlingen dér, dagligt i et dansk kursus, for at bedre sit dansk, og dermed mulighederne for at få arbejde. Han har fået kontakt til begge sine børn, og besøger dem jævnligt.

Ovenstående er et eksempel på hvordan vi, ved at holde en kontinuerlig kontakt kan arbejde motiverende i en længere periode og kan handle, når beslutningen om at gå i behandling er modnet hos patienten.

### **Case 5. Akutforløb – når det sociale system ikke har kapacitet.**

Forhistorie: Kvinde afleveret af politiet i Natcaféen, Sundholm. De har fundet hende på gaden, hun har mod givet råd forladt Hvidovre Hospital og ønsker ikke at komme tilbage. Har boet på pensionat, men er smidt ud fra denne adresse og har på nuværende tidspunkt ikke andet sted at bo. SA er derudover i kontakt med hjemmeplejen, da hun grundet urininkontinens har brug for bleer. Ved kontakt til hjemmeplejen er der ingen, der kender hende og sygeplejersken der har ordnet aftalen om bleer er desværre på ferie. SA er indstillet og accepteret til E-huset. Kontakt til E-huset fortæller at SA er indstillet og accepteret, men at der er minimum et ½ års ventetid inden, der er plads. Såfremt der ikke findes en løsning skal SA tilbringe vinter halvår på gaden, hvor hun må klare sig.

Kontakten med SundhedsTeam etableres via Aktivitetscentret med henblik på opstart af evt. behandling. SA er voldsomt abstinent og der opstartes risolidbehandling. Aktivitetscentret har aftalt en enkelt overnatning i samarbejde med herberg, som en akutforanstaltning, da eneste anden mulighed var gaden. Næste dag findes SA liggende på gulvet på sit værelse og kan ikke helt gøre rede for, hvor længe hun har ligget der. Hun skal bruge to personers støtte for at komme på benene. Hun kan ikke stå på sine ben uden støtte og kan ikke komme omkring uden hjælp. Hun klager over smerter i kroppen og kan ikke løfte ve arm op over albuehøjde. Endvidere er SA tidligere opereret i højre knæ samt i fodled. SA er gennemblødt af urin. Seng og ble er våd og hun har forsøgt at fjerne bleen selv ved at rive den i stykker. Virker hukommelsessvækket, men er orienteret i tid, sted og egne data. Meget præget af et liv med hårde stoffer og alkohol. Har for 2 dage siden fået undersøgt venstre skulder på Hvidovre Hospital. Ønsker ikke genindlæggelse på Hvidovre Hospital og indlægges derfor på Amager Hospital. Der tages telefonisk kontakt med visiterende sygeplejerske i skadestuen angående SA's situation og medgives indlæggelsesbrev fra SundhedsTeam, notat fra Aktivitetscentret og samtykke til skadestuen. SA er ikke indskrevet på herberget og kan derfor ikke modtages igen på grund af sin plejkrævende tilstand. Dette er pointeret for skadestuen.

SA sendes tilbage til herberget kl. 22.00 med en liggende transport. Skadesedlen viser at der er brud på kravebenet og at SA skal have en armslynge på, indtil hun er smertefri. På trods af indlæggelsesbrev fra SundhedsTeam, notat fra aktivitetscenteret og samtykke sendes SA tilbage til Sundholm selv om hun ikke bor der.

Opkald til afdelingssygeplejersken på Amager Hospital der foreslår, at der tages kontakt læge til læge omkring situationen og med henblik på længerevarende indlæggelse. Egen læge kontaktes med henblik på hjælp til indlæggelse, på trods af at SA ikke mener hun kender egen læge, kender egen læge hende gennem mange år og vil gerne genindlægge hende på Amager Hospital

Dagen igennem har SA modtaget tilsyn ca. 1 gang i timen fra personalet i kollektivet og er gentagne gange fundet på gulvet efter at have forsøgt at rejse sig alene.

Kl. 14.30 afhentet af Falck igen, der er faxet indlæggelsesbrev fra SundhedsTeam, notat fra aktivitetscenteret og samtykke til kirurgisk visitation angående SA's situation. Der lægges en kopi af alt medsendt materiale i receptionen i Herberget såfremt man vælger at udskrive SA igen.

Sygeplejerske fra Amager Hospital fortæller telefonisk at planen er udskrivelse i dag og vil tage kontakt til Sundholm ang. et værelse. Hun informeres om, at der

ikke er noget personale, der kan varetage plejen på Sundholm og at det højst sandsynligt ikke vil være muligt. Sygeplejersken pointerer, at det ikke er muligt at beholde SA og at hun i så fald må udskrives til gaden. SA går ud på parkeringspladsen og ryger, så det vurderes af udskrivende læge, at så kan hun også klare sig på gaden. Jeg gør opmærksom på, at det er mindre end et døgn siden hun ikke kunne stå på sine ben, og at det ikke er muligt med så kort varsel at skaffe andet logi. På grund af sit alkoholmisbrug formår hun ikke at varetage egen hygiejne og er bl.a. også derfor smidt ud fra pensionatet. Hun har aldrig tidligere opholdt sig på gaden i længere tid. Det pointeres samtidig, at dette er en kvinde, der er visiteret og godkendt til E-huset, hvilket betyder, der er taget professionel stilling til, at hun ikke formår at klare sig selv men har brug for daglig assistance. Meldingen er at der er mange mennesker på gaden og det er der desværre ikke noget at gøre ved. Problematikken er social og ikke sundhedsfaglig. Det betyder at når hun er færdigbehandlet i hospitalsregi, må hun tilbage til gaden. Herefter går tingene i hurtig rækkefølge:

- Opkald til sagsbehandler: Efterfølgende tages der kontakt til sagsbehandler, der ikke mener, at der er noget sted hun kan tilbydes ophold, og det er på ingen måde muligt i dag. Sagsbehandler fortæller, at han den 14. september via telefonen er informeret om at SA er sat på gaden.
- Opkald fra Amager Hospital AMA: der informerer om at der er fortaget opkald til Forchhammersvej samt Hillerødgade ang. en plads. Forchhammersvej vil gerne have en indstilling og Hillerødgade har ingen pladser lige nu, men der bliver evt. et ledigt efter nogle dage.
- Opkald til Forchhammersvej: Med henblik på en mulig akut plads på plejeafdeling, da SA under sidste ophold på Sundholm var alt for plejekrævende.
- Opkald til KFUM kollegiet: Der er taget kontakt med KFUM kollegiet på August Gardes Vej, da profilen på intranettet beskriver en målgruppe der passer til SA. Desværre skal hun kunne klare sig selv, ikke drikke og kunne deltage i fællesrengøring for at få en plads.
- Opkaldet til Herberget Sundholm: De informeres om at Amager Hospital udskriver, men de har hverken kapacitet eller plads, da der allerede er nogen der bor på akutværelset.
- Opkald til socialrådgiver på Amager Hospital: Kontakt til en socialrådgiver på Amager Hospital, der vil forsøge at koble en kollega på.
- Opkald til Herbergs leder: Ang. evt. mulighed for en aflastningsplads på et af plejekollektiverne, desværre er der møde til 15.00
- Opkald til Amager Hospital: AMA har ringet og spurgt, om vi har kontaktet socialrådgiveren på Amager Hospital angående en løsning, da det nu er vanskeligt at få SA til at blive på afdelingen, hun ønsker at komme i banken og vil ikke være på afdelingen mere.
- Opkald: Der tages kontakt til København Kommunes Gadeplansindsats med henblik på, hvordan vi takler et videre forløb og hvad vi kan gøre for at skaffe aflastning.
- Opkald til Amager Hospital med henblik på epikrise: De fortæller at SA nu har fået penge til en taxa, og at hun er udskrevet.
- SA set på Sundholm med rollator og armslynge (som hun ikke bruger, fordi hun har brug for begge hænder til at styre rollatoren). Der er på nuværende ikke noget, vi kan gøre for SA, da der aktuelt ikke er et socialt akut tilbud, der kan varetage hendes behov. Der er mulighed for at sove i Natcaféen enten på Sundholm eller på Herberget i Hillerødgade, hvilket SA er informeret om via Amager Hospital's akutte modtageafdeling.



Gennem de næste 4 uger forsøges det at lave planer for, hvordan SA kommer indendørs og de private organisationer er meget samarbejdsvillige og gode til at hjælpe med at spænde et sikkerhedsnet ud, så vi hele tiden har mulighed for at følge SA, så godt det kan lade sig gøre. SA kontaktes kontinuerligt af enten SundhedsTeam eller gadeplansmedarbejder. Der laves aftaler med mændenes hjem ang. mad x 1 dagligt og nødherberget reserverer en seng hver aften, så hun kan sove et sted. Nødherberget gør et meget stort stykke arbejde med at hjælpe SA med personlig hygiejne og hjælp til tøjvask. Efter godt en måned på gaden indlægges SA igen grund fald og blackout på gaden samt rosen i benet. Forchammersvej er indstillet på at indskrive til 1 uges ophold med henblik på afrusning og der er fundet en midlertidig plads på plejekollektivet på Sundholm, indtil der er plads på Saxenhøj, hvor SA gerne vil ned.  
Bilag til sagen: se bilag 3.

### **Case 6. Fra gaden til plejekollektiv**

Forhistorie: Person kendt i misbrugsmiljøet gennem mange år. Tidligere meget aktiv i brugerforeningen og deltager i adskillige kommunale projekter gennem årene. Er stærkt misbrugende og boende enten på gaden, hos bekendte eller i natvarmestuer. Kontakt til Københavns Kommunes SundhedsTeam via herberg da han efterspørger kontakten på grund af anbefaling fra anden patient. Ved vores ankomst til herberget sidder patienten (PT) midt i en ressourceplan samtale med sagsbehandler men føler sig dårligt tilpas. Ved nærmere tilsyn viser det sig at han har ødemer i både hænder og fødder hans ansigt er dobbelt størrelse og han fortæller, at han er bange og utryg. Sagsbehandler vil gerne have færdiggjort ressourceplanen. Så mens den afsluttes laves der aftaler med Bispebjerg Hospital om indlæggelse. PT's største frygt er at sidde alene og vente i venteværelset og da vi desværre ikke kan være med, laves der en aftale med Bispebjerg Hospital om at PT lægges i en seng, så han kan ligge og hvile sig. Vi sætter PT af på Bispebjerg Hospital hvor alt går roligt og PT herefter er indlagt til observation for nedsat hjertefunktion gennem ca. 3 uger.

Udskrives til Herberg og får stigende problemer med personalegruppen på grund af medicinering med Innohep injektion (blodfortyndende medicin). Patientens store alkoholmisbrug betyder, at han ikke kan få blodfortyndende medicin som tabletter. Han føler sig dårligt hørt, uretfærdigt behandlet og ender med at blive fjernet af politiet grundet for store konflikter. Indskrives via SundhedsTeam på andet herberg hvor personalet indgår i samarbejde om at få PT til at fungere. Desværre er det af uvisse årsager ikke muligt at få hjemmehjælp på et herberg. Dette betyder, at der må laves helt specielle tiltage med PT. Der sørges for spisebillerter og underskrives en aftale om, at værelset rengøres x 1 dagligt.

SundhedsTeam har under forløbet opstartet PT i medicinsk behandling, der giver mulighed for lidt mere ro, samt samtaler 1-2 gange om ugen. Der gives metadon efter aftale med egen læge og det aftales med sygeplejeklinikken, at de fortager daglig Innohep injektion samt daglig dosering af al anden medicin end metadonen. Det ender med at PT selv henter sin medicin. Metadonen udleveres som regel via apotek 1 gang ugentlig men da PT er hukommelsessvækket og hjertesvækket aftaler vi, at vi kommer 2 gange om ugen og snakker lidt og udleverer metadon samtidig. SundhedsTeam varetager samtidig kontakten med kardiologisk ambulatorium med henblik på blodfortyndende behandling. Herberget er meget samarbejdsvilligt og strækker sig meget langt for at PT får oplevelsen af, at han bliver hørt og langsomt ændrer situationen sig til, at han føler sig godt behandlet. Kombinationen af at medicinen virker, en god behandling og brugen af mange ressourcer skaber en tillid, så han gerne vil blive

på herberget. Der tages initiativ til at få lavet aftryk til tænder og der søges pension via sagsbehandler på herberg. Gentagende gange tilbydes PT at overgå til et misbrugscenter, da det evt. giver adgang til flere muligheder, men han afviser dette hver gang grundet dårlige erfaringer. Helbredsmæssigt bliver PT alment dårligere. Grundet dårligt hjerte er han påvirket respiratorisk. Han kan ikke komme så meget rundt og bliver bekymret for, om han kan klare sig alene. Samtidig falder han til og får oplevelsen af faste rammer og han accepterer, at vi indstiller ham til plejekollektivet. Midt november 2007 flytter PT på plejekollektiv. Han tilses stadig sporadisk af SundhedsTeam med henblik på afslutning af tandlæge forløb etc.

### **Case 7. Samarbejde med fængselsvæsenet**

SundhedsTeam har haft kontakt med T siden vi startede. T er i starten af fyrrerne, og har levet som hjemløs mere eller mindre permanent i hele sit voksenliv. T har været på stoffer siden han var teenager, og har været i substitutionsbehandling i tæt på 20 år. Derudover havde han et alkoholmisbrug i størrelsesordenen 3-4 flasker vodka dagligt, da vi mødte ham. Vi kom i kontakt med T, da han havde behov for sårpleje og på grund af et ambulans forløb på sygehuset, som var gået helt skævt.

T havde store adfærdsproblemer, som langt hen af vejen udsprang af hans alkoholforbrug. Når T blev beruset, var han meget højtråbende og truende, og han kom hele tiden i konflikt både med folk i hjemløsemiljøet og med andre folk på gaden. T har fået flere voldsdomme og har siddet i fængsel mange gange. SundhedsTeam har haft en tæt og kontinuerlig kontakt med T. Vi har hjulpet ham med sårbehandling og med at genoplive kontakten til hospitalsvæsenet. Vi har forsøgt at adfærdskorrigere ham ved at blive og tale med ham når han var rolig, og gøre kontakterne korte eller afbryde dem helt, når han var meget fuld og højtråbende. Vi har tilbudt ham stabiliserende og smertestillende medicin, og efter 1 års tæt kontakt, meddelte han, at han ville stoppe med at drikke. T flyttede ind hos sin kæreste og har været ædru siden.

Desværre havde T en dom for et gammelt slagsmål hængende over hovedet, så efter mere end et års ædruelighed og med et ophælet sår, skulle han ind og afsone 5 måneder. Det lykkedes ikke at få dommen konverteret til en behandlingsdom. T startede sin afsoning i Horserød statsfængsel, men blev efter et par måneder overflyttet til Helsingør arrest. Her mente den tilsynsførende læge at T fik for meget medicin, og fjernede al hans smertestillende og en del af hans beroligende medicin fra den ene dag til den anden. T blev flyttet til Nyborg statsfængsel, hvor han afsluttede sin afsoning.

SundhedsTeam har besøgt T 2 gange i Nyborg, den ene gang sammen med hans sagsbehandler fra rådgivningscenteret. 2 uger før T skulle løslades meddelte hans kæreste, at han ikke kunne flytte ind hos hende igen, som han havde planlagt. T skulle løslades en fredag i november og løsladelsen var planlagt i detaljer. SundhedsTeam ville hente ham i Nyborg kl. 8. Der var arrangeret indskrivningssamtale på et herberg kl. 10 og samtale på rådgivningscenteret kl. 12.

Statsfængslet var informeret om og indforstået med ovenstående plan. Alligevel valgte de at løslade T dagen før planlagt, sidst på formiddagen, og uden at give ham medicin med til resten af dagen. T nåede ikke på rådgivningscenteret den dag og var derfor nødt til skaffe sin medicin på gaden, da han nåede til København. T var med det samme indfanget af gadens liv, hvorfor alle aftaler dagen efter glippede og herbergsværelset blev givet til en anden. I løbet af få

dage var T meget påvirket af kokain og benzodiazepiner, som han købte på gaden. Han formåede dog tilsyneladende at holde sig ædru på trods af, at han levede meget kaotisk på gaden. Forløbet kulminerede med at T efter 3 uger blev stukket ned og nu er halvsidigt lammet og i gang med et længere genoptræningsforløb.

Måske var forløbet blevet et andet, hvis fængselsvæsenet havde holdt sig til den oprindelige plan, så T ikke havde været nødt til at overnatte i en natcafé og købe medicin på gaden, men i stedet havde haft et herbergsværelse og havde været i behandling via rådgivningscenteret.

## Sygeplejen

Gennem de sidste tre år er der nogle tendenser som vi gennem vores praksis er blevet meget opmærksom på.

Sygeplejen til socialt udsatte patienter er ikke anderledes end sygeplejen til andre patienter. Patienten skal tilbydes den optimale behandling i forhold til, hvor meget han/hun kan samarbejde og magte. Det er vigtigt at behandlingen, der gives er kompetent, velfungerende og giver mening for den enkelte patient og så skal behandlingen planlægges i samarbejde med patienten. Vigtigheden i begreber som kontinuitet, ressourcer, tid og fleksibilitet bliver meget tydelige når man arbejder med socialt marginaliserede patienter, specielt fordi de rammer og regler der ellers fungerer i det etablerede system er sat ud af drift.

Noget af det der kendetegner mange patientforløb er den langvarige kontakt med en fast sygeplejerske. Muligheden for at være til stede på forskellige væresteder, torve og andre tilholdssteder i byen og muligheden for at opsøge den enkelte patient såfremt tid og aftale ikke overholdes, skaber en tillid mellem den enkelte sygeplejerske og patient. Ved at være sig bevidst om at det liv patienten lever og de levevilkår de har, skaber en anden oplevelse af tid og sted, opnår vi en forståelse for at aftalen ikke overholdes de første mange gange. Flere patient forløb opstartes på meget konkrete problematikker såsom et sår, infektioner eller ønsket om at stoppe et misbrug. Gennem samtaler og kontakt skabes der en tillid mellem sygeplejersken og patienten der giver mulighed for at planlægge et behandlingsforløb der giver mening hos den individuelle patient. Der tilbydes for eksempel blodprøver, gennemgang af alkohol- og stofmisbruget og kontrol af D-vitaminstatus. Ved at skabe en åben og saglig atmosfære får patienten mulighed for at opleve at deres sundhedsproblemer tages alvorligt og at de selv har mulighed for at påvirke, hvordan behandlingen skal foregå.

De patienter der ofte får kontakt med Københavns Kommunes Sundhedsteam er ofte patienter der enten bor på herberg eller som får kendskab til os via et værested. De har enten sporadisk kontakt eller slet ingen, til egen læge. Dem der har kontakt med egen læge giver ofte udtryk for ikke at blive taget seriøst, eller også ligger der nogle meget faste rammer for, hvordan evt. afrusning eller nedtrapning skal foregå. Som for os som sygeplejersker bruges der meget tid på at genskabe kontakten til de forskellige instanser, enten det er genoptagelse af hospitalsforløb, genskabelse af kontakt til egen læge eller distriktspsykiatri. Ved at være til stede i de forskellige kontakter skabes der oftest en anden forståelse hos de forskellige samarbejdspartnere og det øger forståelsen af, hvordan de forskellige forløb kan gennemføres. Det giver samtidig en ro og en sikkerhed hos alle involverede parter, at der er en tovholder der har overblikket.

Nogle af de udfordringer man som sygeplejerske for socialt udsatte patienter oplever, er ofte den meget dårlig kommunikation mellem de forskellige offentlige instanser. Oftest drejer det sig om de forskellige systemers regler og måder at kommunikerer med omverden på. Nogle behandlingsforløb afbrydes af fængselsforløb, hvor man ændrer behandlingen, som beskrevet i den ene case. Dette på trods af, at der laves aftaler og skabes kontakter mellem Københavns Kommunes Sundhedsteam og det enkelte fængsel. Samarbejdet med de forskellige hospitaler skaber også udfordringer, idet det er vanskeligt at få afdelingerne i tale, og få gjort dem bevidste om vores eksistens. Der forsøges, som tidligere nævnt, med et netværk omkring undervisning. Men grundet stor personaleudskiftning kræver det, at vi konstant gør reklame for os selv. Vi starter nu op med faxsedler i 2008 samt link på Region Hovedstadens hjemmeside, så vores folder kan hentes ned på den enkelte afdeling.

En anden udfordring vi oplever i sygeplejen er manglende kapacitet i det sociale system, hvor det ikke er muligt at få patienten under tag eller tilbyde den hjælp, den enkelte har behov for. Det beskrives i casen ovenover, hvor det desværre er nødvendigt at lade en alkoholiseret dement kvinde gå rundt på gaden, da der ikke er nogen hjælp at skaffe. (case 5 + bilag 3).

Udenlandske borgere er også en udfordring, idet vi kun kan tilbyde den akutte assistance. Det betyder, at vi har kendskab til mennesker, der burde komme i behandling, men som ikke har muligheden. Det kan være sygdomme som HIV eller Hepatitis C. Det skal dog pointeres at hospitalspersonalet forsøger at hjælpe, så vidt det er muligt.

En af de store udfordringer indenfor sygeplejen blandt socialt udsatte er, at der er mange patienter, der er kronisk syge og som har en meget dårlig almentilstand, men som ikke ønsker at få professionel hjælp. Det betyder, at der er mange kontakter omkring patienten, der gerne vil hjælpe og som derfor ønsker handling på trods af patientens ønske om det modsatte. Udfordringen ligger i at varetage patientens interesse, bibeholde kontakten til både kontaktpersonen og patienten uden at overskride patientens ret til selvbestemmelse og bryde tavshedspligten samt at motivere patienten til at komme i behandling.

Sygeplejen til den socialt udsatte patient er på mange måder kompleks på lige fod med sygepleje til mange andre patient grupper. Det er yderst begrænset hvor meget litteratur der er skrevet om sygepleje til denne gruppe, derfor arbejder vi med mange forskellige indgangsvinkler i vores arbejde såsom recovery, harmreduction, jeg-støttende sygepleje, udviklingspsykologi, kommunikation, naturvidenskab, case-management, Travelbee etc.

# Nåede vi det vi skulle i 2007?

## Nye og gamle netværk

Netværket er konsolideret. Enkelte samarbejdspartnere er gledet i baggrunden, men med dem hvor der er et aktivt arbejde, er dette samarbejde blevet øget og kvaliteten bedre.

## Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet kræver fortsat arbejde og vi har forhåbninger til at kontaktmappen kan give de redskaber der skal være i dagligdagen for at få en lettere udskrivning og en bedre opfølgning på behandling.

## Københavns Kommunes gadeplansindsats

Gadeplansindsatsen er flyttet ind som naboer til SundhedsTeam.

Gadeplansindsatsen er under opbygning, men der er en del daglige kontakter selvom der ikke er det store praktiske samarbejde endnu.

## Det nye Støtte-Kontakt-Person projekt (SKP)

Der har ikke været noget specielt fokus på dette samarbejde.

## Stofmisbrugsområdet

Der er et fint samarbejde uden nogen særlige barrierer.

## Lokalt i Øresundsområdet

Netværket er under opbygning som beskrevet tidligere. Der er til gengæld ikke noget systematisk samarbejde i lokalområdet på den danske side.

## Europæisk netværk

CORRELATION-netværkets undersøgelse er stadig i spil som tidligere beskrevet. Der er et tættere bånd til FEANTSA<sup>52</sup>, idet SundhedsTeam har en repræsentant i Health Working Group fra 2008.

I slutningen af året dannedes netværker i flere regioner. Et af de netværker det lykkedes at få kontakt med, var Streetmedicine<sup>53</sup> hvor der var deltagelse i 3. Streetmedicine Symposium. Næste møde er i september 2008.

## Hjemløsekonference

For det Nordiske område er der dannet en, indtil videre, uformel gruppe som forsøger at få en konference om hjemløshed som skal afvikles i et nordisk land hvert 2. år. Første konference afholdtes i Stockholm i november 2007 og SundhedsTeam har modtaget stafetten til at afholde næste konference i foråret 2009.

## Satspuljeteams

SundhedsTeam er involveret i samarbejde med enkelte af teamene men ikke alle. Der er meget forskellige forhold for de enkelte teams, hvad angår bemanning og øvrige forhold.

## Sundhedsrum

Placeringen er vedtaget, og håndværkerne skal i arbejde så hurtigt som muligt

---

<sup>52</sup> FEANTSA, the European Federation of National Organisations working with the Homeless

<http://www.feantsa.org>

<sup>53</sup> <http://www.streetmedicine.org/>

### **Bredere tværsektorielle konferencer for flere faggrupper**

På grund af mange forespørgsler fra andre end sygeplejersker, på vores R:H-forum, har vi overvejet, om der burde være et enkelt tværfagligt møde om året. Indtil videre har det almindelige arbejdspresset forhindret dette. SundhedsTeam vil dog sammen med Aktivitetscentret stå bag en konference i efteråret, som kan have et mere bredt fokus

### **Udveksling med fagpersonale fra andre dele af landet og norden**

Faglig udveksling har især været med de øvrige satspuljeteams og skånske hjemløsemedarbejdere.

### **Website**

Websitet [www.hjemlosesundhed.dk](http://www.hjemlosesundhed.dk) kom fra start i januar 2008, og er nu aktivt med faglige informationer der holdes opdateret jævnligt.

### **Faglig udvikling og beskrivelse af udgående sundhedstjeneste**

Denne årsrapport er et eksempel på dette. Der tegner sig materiale og teoretisk ballast til at lave en grundbog i opsøgende sundhedsarbejde. Der er internationalt et stort behov. Problemet er, at dem der skal skrive bogen, alle er meget aktive på mange fronter.

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

Dette har ikke været forsøgt.

## **Kommende opgaver i 2008**

SundhedsTeam formåede i 2007 at blive en fasttømret institution med alle de daglige arbejdsopgaver det medfører. 2008 bliver ikke anderledes i den sammenhæng.

### **Sundhedsrum**

Bliver den store opgave hen over sommer og efterår 2008. Processen er tidsmæssigt afklaret, og hele SundhedsTeam deltager i opgaven. Det spørgsmål der er tilbage er, om det kan lykkes at finde lige så kompetente medarbejdere til Sundhedsrummet, som det lykkedes at finde til SundhedsTeam. Kun derved kan implementeringsfasen holdes indenfor de politisk fastsatte rammer. Det er alfa og omega i den sammenhæng, at SundhedsTeam, som leverandør af viden om praksis, får plads til at agere, og ikke belastes af andre opgaver end det opsøgende arbejde i årets løb. Teamets opgave er opsøgende arbejde overfor de mest marginaliserede i hele Københavns Kommune, og trækkes der for hårdt på ressourcerne, vil resultatet kunne blive nedsat service overfor andre byområder, som har lige så stort behov for den opsøgende service, eller dårligere kvalitet i behandlingen.

## **Videnskabeligt arbejde**

På grund af reglerne om offentliggørelse i videnskabelige tidsskrifter kan der ikke gås i dybden med dette afsnit før artiklerne er offentliggjort. Der er foreløbig lagt an til videnskabelige arbejder med følgende overskrifter.

Økonomisk analyse af 3 E-husbeboere

Undersøgelse af D-vitaminstatus og effekt af behandling blandt hjemløse i Københavns Kommune.

Videre arbejde baseret på resultaterne af CAGE og FAST-screeninger for alkoholmisbrug

CORRELATION II – brugerundersøgelse baseret på CORRELATION-undersøgelsen i 2007. Undersøgelsen er drevet af Servicestyrelsen.

## **IT**

Der er behov for en bedre integration af journaliseringen. Vi skal derfor i løbet af året se på fælles server og datasikkerhed i forbindelse med dette.

## **Klarere beskrivelser af metoder og best-practise i behandling af sygdomme i opsøgende sundhedstjeneste**

Der benyttes ikke mange helt nye behandlingsmetoder i det daglige arbejde. Men det nye i SundhedsTeams arbejde er i mange tilfælde kombinationen af metoder. Vi har set både i udlandet, under helt andre sundhedssystemer og lovmæssige forhold, og i Danmark og de øvrige Nordiske lande, at der er de samme behov for metodeudvikling og de samme behov for netværk i det daglige arbejde.

Alle de opsøgende teams vi har mødt, er i implementeringsfasen i nogenlunde samme forløb hvad angår logistik og medarbejderudvikling. Der er derfor klart behov for en håndbog i opsøgende helsetjeneste, både i Danmark, Norden og det øvrige udland. Metodebeskrivelser er uundværlige elementer i en kommende håndbog.

## **Forberedelse af 2. nordiske hjemløshedskonference 2009**

Stafetten er modtaget og arbejdet indledes med ansøgning om midler til konferencens forberedende arbejde og gerne vedvarende funding, som kan sikre den fortsatte konference i turnus mellem de Nordiske hovedstæder.

Konferencen skal løbe af stabelen i løbet foråret 2009 og det logistiske arbejde skal starte i foråret 2008.

# Bilag 1.

## ETHOS 2006 og 2007

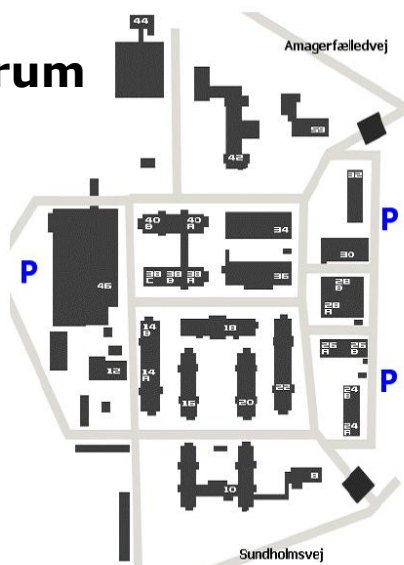
|      |                                                             | 2007      | 2006 | 2007<br>% | 2006<br>% | 06+07<br>antal | 06+07<br>procent |
|------|-------------------------------------------------------------|-----------|------|-----------|-----------|----------------|------------------|
| 1.1  | Gadehjemløs                                                 | <b>15</b> | 18   | 10,6      | 20,9      | 33             | 14,5             |
| 2.1  | Nat-herberg                                                 | <b>19</b> | 11   | 13,4      | 12,8      | 30             | 13,2             |
| 3.1  | Hjemløseherberg                                             | <b>34</b> | 7    | 23,9      | 8,1       | 41             | 18,0             |
| 3.2  | Midl.bosted                                                 | <b>4</b>  |      | 2,8       | 0,0       | 4              | 1,8              |
| 4.1  | Kvindeherberg                                               |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 5.1  | Midl.oph.sted                                               |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 5.2  | Migrantarb.-oph.sted                                        |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 6.1  | Retslige inst.                                              |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 6.2  | Med.inst.                                                   | <b>1</b>  | 1    | 0,7       | 1,2       | 2              | 0,9              |
| 7.1  | Bosted f.hjemløse                                           | <b>4</b>  | 12   | 2,8       | 14,0      | 16             | 7,0              |
| 7.2  | Underst.oph.sted.                                           |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 7.3  | Midl.oph.sted m.støtte                                      | <b>9</b>  | 1    | 6,3       | 1,2       | 10             | 4,4              |
| 7.4  | Oph.sted m.støtte                                           | <b>1</b>  |      | 0,7       | 0,0       | 1              | 0,4              |
| 8.1  | Midl.hos fam./venner                                        | <b>11</b> | 10   | 7,7       | 11,6      | 21             | 9,2              |
| 8.2  | U.legal kontrakt                                            | <b>3</b>  |      | 2,1       | 0,0       | 3              | 1,3              |
| 8.3  | Illeg.oph.i bygn.                                           | <b>1</b>  |      | 0,7       | 0,0       | 1              | 0,4              |
| 8.4  | Illeg.oph.i land                                            |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 9.1  | Pga retslige forh.(leje)                                    |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 9.2  | Mgl.betaling (eje)                                          |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 10.1 | Vold i husstand                                             |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 11.1 | Mobil-home / campingvogn                                    | <b>1</b>  |      | 0,7       | 0,0       | 1              | 0,4              |
| 11.2 | Ikke-standard bygning                                       | <b>1</b>  | 2    | 0,7       | 2,3       | 3              | 1,3              |
| 11.3 | Midlertidig struktur                                        | <b>1</b>  | 2    | 0,7       | 2,3       | 3              | 1,3              |
| 12.1 | Uegnet som bolig (i forhold til national lovgivning; besat) | <b>2</b>  |      | 1,4       | 0,0       | 2              | 0,9              |
| 13.1 | Højeste nationale norm for antal beboere pr. m2.            |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 14.1 | I egen lejlighed men fungerer ikke / bebor den ikke         | <b>6</b>  | 5    | 4,2       | 5,8       | 11             | 4,8              |
| 14.2 | I egen lejlighed. Benytter den delvist / af og til.         | <b>10</b> | 2    | 7,0       | 2,3       | 12             | 5,3              |
| 14.3 | I egen lejlighed. Under indflytning med assistance          |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 14.4 | I egen lejlighed. Fungerer med systematisk assist.          | <b>1</b>  | 4    | 0,7       | 4,7       | 5              | 2,2              |
| 14.5 | I egen lejlighed. Fungerer med lejlighedsvis assistance     | <b>6</b>  | 3    | 4,2       | 3,5       | 9              | 3,9              |
| 14.6 | I egen lejlighed. Fungerer uden assist.                     |           | 5    | 0,0       | 5,8       | 5              | 2,2              |
| 15.1 | Skæv bolig. Fungerer ikke                                   | <b>1</b>  | 1    | 0,7       | 1,2       | 2              | 0,9              |
| 15.2 | Skæv bolig. Fungerer                                        | <b>1</b>  | 1    | 0,7       | 1,2       | 2              | 0,9              |
| 16.1 | Plejhjem for somatisk syge / blandede problemer             |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 16.2 | Plejhjem for demente                                        |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |
| 16.3 | Plejhjem for misbrugere                                     |           |      | 0,0       | 0,0       | 0              | 0,0              |



|      |                                                  |          |   |     |     |   |     |
|------|--------------------------------------------------|----------|---|-----|-----|---|-----|
| 17.1 | Plejehjem for psykisk syge                       |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 17.2 | Bofællesskab for psykisk syge                    | <b>1</b> |   | 0,7 | 0,0 | 1 | 0,4 |
| 17.3 | Opgangsfællesskab for psykisk syge               | <b>1</b> |   | 0,7 | 0,0 | 1 | 0,4 |
| 17.4 | Boligform for psykisk syge misbrugere            |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18.1 | Bofællesskab for Grønlandske borgere             | <b>2</b> | 1 | 1,4 | 1,2 | 3 | 1,3 |
| 18.2 |                                                  |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18.3 |                                                  |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18.4 |                                                  |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19.1 | Bor på gaden                                     |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19.2 | Bor i telt eller campingvogn (ellers kategori 5) |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20.1 | Rejst til anden by i Danmark                     | <b>1</b> |   | 0,7 | 0,0 | 1 | 0,4 |
| 20.2 | Rejst til hjemlandet                             |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 21.1 | Ikke registreret                                 | <b>3</b> |   | 2,1 | 0,0 | 3 | 1,3 |
| 21.2 | Ikke indskrevet på tidspunktet                   |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 21.3 | Uvist / personoplysninger kan ikke skaffes       | <b>2</b> |   | 1,4 | 0,0 | 2 | 0,9 |
| 22.1 | Død af overdosis                                 |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 22.2 | Død ved ulykke                                   |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 22.3 | Død af misbrugsrelateret sygdom                  |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 22.4 | Død af andre årsager                             |          |   | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Sundholm –Temadag holdes i bygning 20, 1 sal.

## Bilag 2 R:H-Forum



Arrangeres af  
Københavns Kommunes Sundhedsteam



Arrangeres af  
Københavns Kommunes Sundhedsteam

### Etniske minoriteter i hjemløsemiljøet

Temadag for hospitalssygeplejersker i Hovedstaden der har kontakt med patienter af anden etnisk baggrund der har et misbrug, er hjemløse og/eller en psykiatrisk diagnose.

Dagen byder på en let frokost samt kaffe og the.

Dagen afholdes den 9. maj 2007.  
Fra kl. 9.00-15.00.

På Sundholmsvej 20, 1 sal,  
2300 København S.  
(Se kort på bagsiden.)

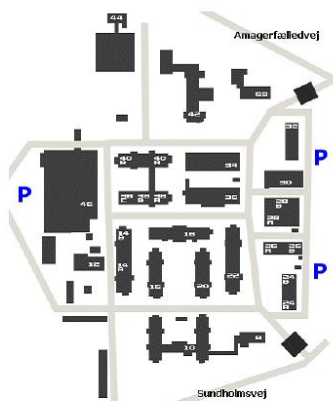
Tilmelding sker via telefon 2764 8400/  
2764 8100 eller via E-mail  
[LD53@sof.kk.dk](mailto:LD53@sof.kk.dk)

Sidste frist 27. april 2007.

Temadagen er gratis at deltage i.

### Program:

- 9.00-9.15 : **Velkommen**
- 9.15-10.00: **Sygdomsforståelse. Fordomme og realiteter blandt somaliere.**  
v/ Anders Petersen, Rage Galal og Klaus Toudahl  
Somalierprojektet, Sundholm
- 10.00-10.15: **Pause**
- 10.15-11.15: **Mødet med psykisk syge med anden etnisk baggrund.**  
v/ sygeplejerske Marianne Østerskov,  
videnscenter for transkulturel psykiatri,  
Rigshospitalet
- 11.15-11.30: **Pause**
- 11.30-12.15: **Unge misbrugere med anden etnisk baggrund.**  
v/ Ali Hajat, Interkulturel rådgivning,  
Rådgivningscenter Vest
- 12.15-13.00: **Frokost**
- 13.00-14.30: **Grønlanderne på gaden (inkl. pause)**  
v/ Johannes Jensen, Saamivik (Grønlandsk værested)
- 14.30-15.00: **Afrunding**



#### Fax tilmelding

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ afd. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



## Stofmisbrugereren på hospitalet



Arrangeres af  
Københavns Kommunes SundhedsTeam



### Stofmisbrugere på hospitalerne

**Temadag for hospitalssygeplejersker  
i Hovedstaden der har kontakt med  
patienter med stofmisbrug.**

Dagen afholdes den  
21. november 2007 kl. 9.00-15.00.  
På Sundholmsvej 20, 1 sal,  
2300 København S.  
(Se kort på bagsiden.)

Dagen byder på en let frokost samt  
kaffe og te.

På grund af begrænset plads, kan der  
kun deltage 2 sygeplejersker pr. afd.

Tilmelding sker på Fax **3317 6727** eller  
via E-mail **LD53@sof.kk.dk**

Sidste frist 1. november 2007.

Temadagen er gratis at deltage i.

### Program:

9.00-9.15 : Velkommen

9.15-11.30: **Gennemgang af de forskellige  
stoffers virkning.**  
v/ Læge Henrik Thiesen,  
Københavns Kommunes SundhedsTeam  
Pauser indlagt.

11.30-12.15: **Frokost**

12.15-14.30: **Hvordan optimerer man et  
indlæggelsesforløb for både  
stofmisbrugereren og personalet.**  
Erfaringer fra projekt socialsygeplejerske  
v/ sygeplejerske Nina Brünes,  
Projekt Udenfor  
Pauser indlagt

14.30-15.00: **Afrunding**

**Sundholm – Temadag holdes i bygning 20, 1 sal.**



## Bilag 3. baggrundsmateriale til Case 5

### Bilag - hele patientforløbs beskrivelse af SA cpr xxxx56xxx

Kontakter i Københavns Kommunes socialforvaltning:

Sagsbehandler 3317xxxx

Sygeplejerske hjemmeplejen 3317xxxx

Socialbolig rådgiver 3317xxxx

#### **Dato 16.09.07**

Forhistorie: Kvinde afleveret af politiet i natcaféen. De har fundet hende på gaden, hun har mod givet råd forladt Hvidovre Hospital og ønsker ikke at komme tilbage.

Har boet på pensionat, men er smidt ud fra denne adresse og har på nuværende tidspunkt ikke andet sted at bo.

SA er derudover i kontakt med hjemmeplejen, da hun grundet urininkontinens har brug for bleer. Ved kontakt til hjemmeplejen er der ingen der kender hende og sygeplejersken der har ordnet aftalen om bleer er desværre på ferie.

SA er indstillet og accepteret til E huset, kontakt til E huset fortæller at SA er indstillet og accepteret men at der ca. er ½ års ventetid inden der er plads. Såfremt der ikke findes en løsning skal SA tilbringe vinter halvår på gaden hvor hun må klare sig.

#### **Dato 18-09-2007**

Aktuel situation: Boet på herberget sundholm siden i går som en akutforanstaltning da eneste anden mulighed var gaden. SA findes liggende på gulvet på sit værelse kl. 12 og kan ikke helt gøre rede for hvor længe hun har ligget der og skal bruge to personers støtte for at komme på benene, kan ikke stå på sine ben uden støtte og kan ikke komme omkring uden hjælp. Kan ikke komme omkring, klager over smerter i kroppen og kan ikke løfte ve arm op over albuehøjde. Opereret i det højre knæ samt i fodled. SA er gennemblødt af urin, seng og ble er våd og hun har forsøgt at fjerne bleen selv ved at rive den i stykker. Virker hukommelsessvækket, men er orienteret i tid, sted og egne data. Meget præget af et liv med hårde stoffer og alkohol. Har for 2 dage siden fået undersøgt i venstre skulder på Hvidovre Hospital. Ønsker ikke genindlæggelse på Hvidovre Hospital og indlægges derfor på Amager Hospital. Der tages telefonisk kontakt med visiterende sygeplejerske i skadestuen ang. SSA situation og medgives indlæggelsesbrev fra SundhedsTeam (Bilag 1), notat fra aktivitetscenteret (bilag 2) og samtykke til skadestuen. SA er ikke indskrevet på herberget og kan derfor ikke modtages igen på grund af for plejkrævende tilstand, dette er pointeret for skadestuen.

#### **Dato 19-09-2007**

Opkald til herberget til morgen fortæller at SA er sendt tilbage til herberget i går aften kl. 2200 med en liggende transport. Skadesedlen viser at der er en fraktur på klaviklen distalt og at SA skal have en collar and cuff på indtil hun er smertefri. På trods af indlæggelsesbrev fra SundhedsTeam, notat fra aktivitetscenteret og samtykke sendes SA tilbage til sundholm selv om hun ikke bor der.

Opkald til Afdelingssygeplejersken på Amager Hospital der foreslår at der tages kontakt fra læge til læge omkring situationen og med henblik på længerevarende indlæggelse.

Opkald til egen læge kontaktes med henblik på hjælp til indlæggelse, på trods af at SA ikke mener hun kender egen læge, kender egen læge hende gennem mange år og vil gerne indlægge på Amager Hospital

Dagen igennem har SA modtaget tilsyn x ca. 1 i timen fra personalet i kollektivet og er gentagende gange fundet på gulvet efter at have forsøgt at rejse sig alene. Kl. 14.30 afhentet af Falck igen, der er faxet indlæggelsesbrev(Bilag 3) fra SundhedsTeam, notat fra aktivitetscenteret og samtykke til kirurgisk visitation ang. SA situation. Der lægges en kopi af alt medsendt materiale i receptionen i herberget såfremt man vælger at udskrive SA igen.

## Dato 20-09-2007

- Opkald Amager Hospital: Sygeplejerske fortæller at planen er udskrivelse i dag og vil tage kontakt til sundholm ang. et værelse. Hun informeres om at der ikke er noget personale der kan varetage plejen på sundholm og at det højst sandsynligt ikke vil være muligt. Sygeplejersken pointerer at det ikke er muligt at beholde SA og at hun i så faldet må udskrives til gaden, SA går ud på parkeringspladsen og ryger, så det vurderes af udskrivende læge at så kan hun også klarer sig på gaden. Jeg gør opmærksom på at det er mindre end et døgn siden hun ikke kan stå på sine ben og at det ikke er muligt på så kort varsel at skaffe andet logi da hun på grund af sit alkoholmisbrug og fordi hun ikke formå at varetage egen hygiejne er smidt ud fra Pensionat. Det pointeres samtidig at dette er en kvinde der er visiteret og godkendt til E-huset og at det betyder at der er taget professionel stilling til at hun ikke formå at klare sig selv og at hun har brug for daglig assistance. Meldingen er at der er mange mennesker på gaden og det er der desværre ikke noget at gøre ved. Problematikken er social og ikke sundhedsfaglig det betyder at når hun er færdigbehandlet i hospitalsregi må hun tilbage til gaden.
- Opkald til sagsbehandler: Efterfølgende tages der kontakt til sagsbehandler der ikke mener at der er noget sted hun kan tilbydes ophold, og det er på ingen måde muligt i dag. Sagsbehandler fortæller at han den 14. september via telefonen er informeret om at SA er sat på gaden.
- Opkald fra Amager Hospital AMA: der informerer om at der er fortaget opkald til Forchhammersvej samt Hillerødgade ang. en plads Forchhammersvej vil gerne have en indstilling og Hillerødgade har ingen pladser lige nu men der bliver evt. et ledigt efter nogle dage.
- Opkald til Forchhammersvej:
- Med henblik på en mulig akut plads på plejeafdeling, da SA under sidste ophold på Sundholm var alt for plejekrævende.
- Opkald til KFUM kollegiet:
- Der er taget kontakt med KFUM kollegiet på August Gardesvej, da profilen på intranettet beskriver en målgruppe der passer til SA. Desværre skal hun kunne klare sig selv, ikke drikke og kunne deltage i fællesrengøring for at få en plads.
- Opkaldet til Herberget sundholm:
- De informeres om at Amager Hospital udskriver men de har hverken kapacitet eller plads da der allerede er nogen der bor på akutværelset.
- Opkald til socialrådgiver på Amager Hospital:
- Kontakt til en socialrådgiver på Amager Hospital der vil forsøge at koble en kollega på.
- Opkald til herbergs leder:
- Ang. evt. mulighed for en aflastningsplads på et af plejekollektiverne, desværre er der møde til 15.00

Opkald Kl. 13.45 Amager Hospital AMA har ringet og spurgt om vi har kontaktet socialrådgiveren på Amager Hospital angående en løsning, da det nu er vanskeligt at få SA til at blive på afdelingen, hun ønsker at komme i banken og vil ikke være på afdelingen mere.

Opkald Der tages kontakt med København Kommunes Gadeplansindsats med henblik hvordan vi takler et videre forløb og hvad vi kan gøre for at skaffe aflastning.

Kl. 15.00 opkald til Amager Hospital med henblik på epikrise: De fortæller at SA nu har fået penge til en taxa og at hun er udskrevet.

Kl. 15.10 SA set på sundholm med rollator og collar and cuff (som hun ikke bruger fordi hun har brug for begge hænder til at styre rollatoren). Der er på nuværende ikke noget vi kan gøre for SA, da der aktuelt ikke er et socialt akut tilbud der kan varetage hendes behov. Der er mulighed for at sove i natcaféen enten på sundholm eller på Hillerødgade, hvilket SA er informeret om via Amager Hospital AMA.

## 21-09-2007

Opkald: Der er i dag taget kontakt til natcaféer samt hovedstadens hospitaler med henblik på om SA har formået at handle på den information der blev givet i går på Amager Hospital eller om hun er blevet genindlagt.

København Kommunes Gadeplansindsats vil forsøge at finde SA på Vesterbro hvor hun som regel opholder sig og tale lidt med hende om hvor hun har sovet og om hun har fået lidt mad, med henblik på at vurdere om det er muligt for hende at klare sig på gaden eller om hun skal tilbage til hospitalet.

Københavns Kommunes Sundhedsteam har d.d. været på Vesterbro for at finde SA med henblik på at vurdere om hun magter at fungere på gaden, uden at finde hende.

Opkald til afdelingssygeplejerske på Amager Hospital, for at beskrive SAs udskrivelse og det faktum at man vælger at udskrive en kvinde til gaden, med en rollator og den ene arm fikseret (der er påsat er collar and cuff, på grund af smerter). SA er sat på gaden fredag den 14. september 2007 og har ikke klaret sig godt på gaden har siden den 14 været indlagt på Hvidovre Hospital og er gået derfra efter en overnatning og bliver så fundet af politiet. Aftalen med afdelingssygeplejersken bliver at såfremt hun genindlægges på AMA vil de forsøge at holde på hende til mandag og så må vi finde ud af hvad der skal ske.

Herberget Sundholm er informeret om aftalen der er lavet med Amager Hospital.

Projekt udenfor er telefonisk informeret om at vi holder lidt øje med SA og vil såfremt de kommer i kontakt med hende i weekenden, snakke lidt med hende om hvordan det eller hjælpe hende ud på Amager Hospital såfremt det er muligt.

Samtale København Kommunes Gadeplansindsats der forsøger via interne kontakter i Københavns kommune samt SAs egen sagsbehandler at finde en overnatningsmulighed. Det viser sig at der evt. er plads på Saxenhøj og at de gerne vil modtage SA såfremt der kan gives tilladelsen af kommunen.

Der er planlagt møde med København Kommunes Gadeplansindsats mandag den 26. september med henblik på hvad og hvordan vi skal håndtere SAs situation. SA har først en plads på E huset om ca. halvt år hvilket betyder at hun i vinterhalvåret må opholde sig på gaden.

## 24-09-2007

Møde med Københavns Kommunes Gadeplansindsats med henblik på det videre forløb, der er givet tilladelse via København visitation og der afventes på nuværende tidspunkt en indstilling via socialforvaltningen. Såfremt der bliver en plads i dag vil det være muligt at udskyde arbejdsopgaver og køre SA til Saxenhøj med det samme.

Opkald fra Mændenes hjem, der fortæller at SA nu har fundet vej til dem via kvindeherberg på Valdemarsgade hvor hun har sovet. De er meget enige om at det ikke er at foretrække at SA går rundt på gaden alene, og stiller spørgsmål til hvor meget hun selv klare. Hun kommer omkring med rollator og klare sig. De vil forsøge at holde SA på mændenes hjem indtil vi kan give en melding om pladssituationen.

København Kommunes Gadeplansindsats meddeler at pladsen på Saxenhøj er desværre givet til anden side, inden svaret kommer fra socialforvaltningen.. Det betyder at vi starter forfra med henblik på aflastningsplads.

Opkald til Mændenes hjem og de fortæller at SA ikke ville blive længere og er derfor gået fra stedet.

## 25-09-2007

Har forsøgt at lokalisere SA til morgen på Vesterbro uden held.

Opkald fra mændenes hjem der fortæller at SA sidder hos dem og at hun igen i nat har sovet på Valdemarsgade. SA fortæller at hun selv plejer at hente bleer på Matthæusgade socialcenter, får udleveret ble på mændenes hjem og hente bleer senere. Vi aftaler med mændenes hjem at de får besked så snart vi høre noget og det aftales at vi kommer og taler med SA den 26.09.07 på mændenes hjem kl. 9.30 for at høre hvordan det går.

København Kommunes Gadeplansindsats kontaktes med henblik på noget nyt om plads, da der ikke er taget kontakt fra socialcenteret aftales det at gadeplansindsatsen tager kontakt.

Leder af gadeplan tager telefonisk kontakt til sagsbehandler der forsøger at finde et sted. Aftalen bliver at socialcenteret vil forsøge at finde en plads og vi afventer en melding fra Sagsbehandler om hvor der er plads.

**26-09-2007**

Kontakt til SA via mændenes hjem, aftalen var klokken 9.30 SA kommer ca. 10.15. fortæller at hun fortsat kommer i Valdemarsgade og at hun har lov til at komme der og sove hver aften. De har hjulpet hende med at få lidt tørt tøj på og en vindjakke, bleerne opbevarer SA på rollator men der er ikke brugt nogen af dem.

SA fortæller at hun bruger kontaktstedet og mændenes hjem indtil hun kan komme ind og sove havde aldrig forstillet sig at hun skulle blive hjemløs, men er ikke realistisk i hvorfor hun er blevet det og hvordan hun klarer sig. Har ikke rigtig fået noget mad og klarer sig ved at låne penge forskellige steder. Fortæller at om aftenen bliver det hurtigt koldt og hun kan godt mærke at hun går meget. Har ondt i knæ og fødder. SA spørger meget til om der er mulighed for at finde et sted hvor hun kan sove og hun syntes at Saxenhøj lyder spændende og hun har ingen problemer med at det ligger på Lolland Falster. Vi snakker lidt om hvordan det går med at huske forskellige ting og SA fortæller at hun har svært ved at huske engang imellem. Vi aftaler at SA kan komme på mændenes hjem og at de vil være lidt opmærksomme på at tilbyde noget mad og lidt kaffe. Samtidig aftaler vi at mændenes hjem bliver SAs kontaktsted og at det er der vi lægger besked til hende. SA og undertegnet mødes på Istedgade 5 minutter senere, hvor SA kommer gående med rollatoren, hun har ingen bleer med, og genkende mig ikke.

Kontakt til København Kommunes Gadeplansindsats med henblik på om vi har fået noget svar fra socialcenteret. Der lægges besked på telefonsvaren.

Der er lagt besked fra sygeplejerske og der tages kontakt uden held, må kontaktes i morgen.

**27-09-2007**

Opkald fra sagsbehandler der fortæller at det ser sort ud, der er ingen pladser nogen steder. Saxenhøj er desværre ikke aktuelt på nuværende tidspunkt, da der ikke er nogen pladser men der er ikke forespurgt om der er nogen akutplads og det aftales jeg godt må tage kontakt med henblik på at undersøge dette.

Telefonisk kontakt til Saxenhøj der fortæller at der på nuværende tidspunkt ikke er nogen pladser på det alternative plejehjem, men at de udvider deres alternative pladser den 1. april. Såfremt der kommer en plads i den nærmeste fremtid vil de kontakte os.

Telefonisk kontakt til sygeplejerske der ønsker en sygeplejevurdering af SAs tilstand med henblik på plejebehov. Hun informeres om at SA går rundt på gaden og har fundet sig nogle enkelte tilholdssteder. Hun har via Amager Hospital fået udleveret en rollator og en collar and cuff da hun har et brækket kraveben og gennem den sidste tid har gået usikkert omkring. SA formå ikke at varetage egen hygiejne, findes om aftenen gennemblødt af urin og en uåbnet pose bleer, det er uvis om hun får noget at spise og hun har ingen penge. Velvidende at SAs almen tilstand er meget svingende i forhold til hvor meget hun drikker, tydelig gøre det, at hun er sat på gaden, hvor svært det er for hende at klare sig. Det faktum at der er lavet en professionel vurdering af hendes plejebehov for 2 måneder siden hvor hun indstilles og godkendes til E-huset underbygger at SA hurtigst muligt skal væk fra gaden og under mere stabile forhold.

Hjemmesygeplejerske vil meget gerne hjælpe SA i dagtimerne med bleskifte og hygiejne, derfor aftales det at SA der er vant til at komme i socialcenteret kan tage derop såfremt hun har behov for hjælp.

Ved forespørgelse på hvad de kan gøre på socialcenteret, bliver vi enige om at visitationen er vores største problem idet det kan tage tid og der så er risiko for at pladsen igen gives til anden side. Sagsbehandler vil derfor forsøge at lave en forhåndsgodkendt visitation der kan ligge hos Kristian Fanø så det er muligt at acceptere en plads med det samme.

København Kommunes Gadeplansindsats er informeret om dette.

### 01-10-2007

SA klarer sig nødtørftigt på gaden ved hjælp af de private organisationer på Vesterbro der hjælper med overnatning, hygiejne og tøj skifte. Talte med SA i fredags der syntes det gik meget fint er fortsat opsat på at tage til Lolland Falster til Saxenhøj, SA mener ikke at hun har accepteret E- Huset og syntes det er meget dyrt at bo der.

SA informeres om at vi forsøger at finde alternative bosteder så hun kan komme inden døre, det syntes hun er godt. Refererer gentagende gange til Saxenhøj, og vil meget gerne der til.

Samtale med, leder af København Kommunes Gadeplansindsats der tager kontakt til det sociale system da der ikke umiddelbart er nogen løsning på hvor SA skal opholde sig indtil der er plads nogen steder. Der opfordres til at indstille til et længere ophold på Forchhammersvej.

### 03-10-2007'

Telefonisk kontakt til Forchhammersvej der fortæller at der er visitation den 04-10-2007 og at vi skal lave en akut indstilling. Denne sendes samme dag.

### 05-10-2007'

SA kontaktet på Tove Ditlevsens plads minus ændringer i almentilstand rimelig pæn i tøjet, fortæller at de hjælper hende på Valdemarsgade med rent tøj. Kan trods kontakt gange flere om ugen ikke genkende mig fra gang til gang og kan ikke huske de aftaler der laves. Refererer gentagende gange til Saxenhøj, og vil meget gerne der til.

### 08-10-2007

SA kontaktet på Tove Ditlevsens plads minus ændringer i almentilstand.

### 11-10-2007

Opkald ang. plads der informeres om at der er en midlertidig plads på kollektivet 1 sal på sundholm det er ikke helt sikkert hvornår pladsen er ledig men alt tyder på først i næste uge, hun informerer samtidig om at det vil være muligt at få en plads på Forchammervej indtil der er plads.

SA er indlagt på Hvidovre Hospital d.d. og der er taget kontakt til afd. 534 med henblik på at beholde SA indtil der er plads på sundholm eller på Forchammervej. Forløbsbeskrivelsen faxes til Hvidovre Hospital samt samtykke.

### 12-10-2007

Opkald til Hvidovre Hospital der informerer om at man beholder SA til der er plads på Forchhammersvej, hun flyttes op på afdeling 217 hvor hun er sat i behandling med IV antibiotika grundet rosen i benet.

Kontaktet telefonisk sagsbehandler der fortæller at der er en plads på kollektivet men at den er midlertidig og at de gerne vil have en garanti på at hun nu ikke skal blive i kollektivet fast. Jeg informerer om at der er taget kontakt med Christian Fanø og at han er indforstået med dette, jeg skal nok tage kontakt til socialrådgiveren ang. at pladsen er midlertidig samt hjemmesygeplejerske. Jeg pointerer samtidig at det er begrænset hvor meget garanti jeg kan give i det lange løb da jeg ikke kan bestemme over hvad SA beslutter sig for og hvilke meldinger der kommer oppe fra.

Besøg hos SA der på ingen måde husker hvem jeg er på trods af tæt kontakt gennem den sidste lille måned. Virker meget forvirret og dement, husker forskellige ting såsom kontaktstedet og kvindeherberget hvor hun har sovet den sidste måned, fortæller det er der hun har boet den sidste tid men har ingen oplevelse af hvor hjælp hun reelt har behov for.

SA informeres om planen Forchhammersvej, sundholm og Saxenhøj når der er plads der. Den accepterer hun, syntes det lyder som en meget god plan og skriver gerne under på indstillingen til Saxenhøj. Ønsker ikke at komme på E-huset.



## 16-10-2007

Opkald til kollektivet der informerer om at der først er fast personale fra den 24 -10-2007 aftales det at SA overflyttes fra Hvidovre Hospital til Forchhammersvej og derefter videre til kollektivet.

Opkald til Sagsbehandler der fortæller at han har været sygemeldt og at han er glad for at det nu lykkedes med at få hende inden døre. Han forsikrer at man ikke gør noget ved betalingstilsagnet og indstillingen på socialcenteret da det hele nu ligger oppe hos Mål og Rammekontoret.

Besøg hos SA der er sat i tabletbehandling penicillin men er nu under observation for en DVT og afventer bl.pr svar på en D-dimer inden udskrivelse. Har det meget bedre i dag og genkender mig ved ankomst, jeg sætter SA ind i planen om hvor hun kan opholde sig og hun syntes fortsat at det lyder som en god plan. Fastholder at hun gerne vil på Saxenhøj og afviser fuldstændig E-huset. På forespørgelse på hvorfor hun afviser E-huset fortæller hun at det er for dyrt.

Der er lavet opkald til Forchhammersvej med henblik på plan, de forsikre at de holder pladsen.

Hvidovre Hospital ringer tilbage i morgen ang. udskrivelse.

## 17-10-2007

Møde med nødherberget på Valdemarsgade, med samtykke fra SA, da det er nødherberget der gennem den sidste måned har haft SA boende og har hjulpet hende med mad, tøj og bleskift. De har gennem forløbet været i løbende kontakt med mændenes hjem ang. SA. Der medgives tøj og bleer så SA har skifte tøj med.

Opkald fra Hvidovre Hospital der fortæller at SA kan udskrives i dag, DVT er afkræftet og det aftales at de laver medicin seddel, recepter, sygeplejerapport samt dosering æske til det første døgn.

Opkald til Sygeplejerske ang. videre plan, det aftales at vi giver medgiver Sygeplejerskens telefonnummer til plejekollektivet på sundholm så de har en mulighed for at flytte blebevillingen løbende alt efter hvor SA opholder sig.

SAs rollator hentes på Valdemarsgade, SA hentes på Hvidovre Hospital og vi henter penge og cigaretter for at skabe ro ved ankomst til Forchhammersvej plejeafdeling. SA er de sidste 2 dage forberedt på at hun skal på rekreation og at hun ikke må forlade afdelingen uden følge hvilket hun ikke er helt tilfreds med.

SA er i dag flyttet ind på Forchhammersvej var meget tilfreds med sit værelse.

## 19-10 2007

Forchhammersvej har ringet ang. bleer, de har nok og vil gerne have at vi søger for at SA har bleer når hun flyttes videre.

## 24-10-2007

SA er i dag hentet på Forchhammersvej og har været meget glad for opholdet. Er i dag færdig med sin penicillin, medbringer de sidste to tbl. vebicombien til sundholm kollektiv 1 sal. Vi har hentet 2 posere bleer og en pose måtter på Matthæusgade, og aftalen er at hjemmesygeplejerske har bestilt 2 prøver på bleer som SA skal prøve og derefter må kollektivet bestille de bleer SA syntes er bedst.

Indskrivelse i kollektivet, SA modtages af sygeplejerske og informeres om stedet og regler. SA Virker meget positiv.



Brev af 18.09.07

SA cpr. xxxx56xxxx

Boet på herberget sundholm siden i går som en akutforanstaltning da eneste anden mulighed var gaden. Fundet liggende på gulvet kl. 12 og kan ikke helt gøre rede for hvor længe hun har ligget der og skal bruge to personers støtte for at komme på benene, kan ikke stå på sine ben uden støtte og kan ikke komme omkring uden hjælp. Klager over smerter i kroppen specielt i venstre skulder hvor hun for 4 dage siden blev undersøgt på Hvidovre Hospital. Kan ikke klare sig selv og virker hukommelses præget. Der er ikke ansat noget sundhedspersonale og det er derfor ikke muligt at tilbyde nogen form for hjælp på herberget. Det er ingen forplejning, da dette er op til den enkelte beboer, hvilket betyder at SA må klare sig selv. Drikker dagligt og har fået Risolid siden i går 50 mg x 5 siden i går, og vil gerne afruses. SA er boligløs, men indstillet til E – huset og har plads om ca. 6 måneder. Er smidt ud af midlertidig bolig og har siden et på gaden. Ønsker ikke genindlæggelse på Hvidovre Hospital.

Med venlig hilsen

Sygeplejerske  
Københavns Kommunes SundhedsTeam  
Telefon



Bilag 3 fra den 19.09.07

SA cpr. xxxx56xxxx

Sovet på herberget sundholm de to sidste nætter som en akutforanstaltning da eneste anden mulighed var gaden. Fundet liggende på gulvet den 18.09.07 kl. 12 og kan ikke helt gøre rede for hvor længe hun har ligget der og skal bruge to personers støtte for at komme på benene, kan ikke stå på sine ben uden støtte og kan ikke komme omkring uden hjælp. Klager over smerter i kroppen specielt i venstre skulder hvor hun for 4 dage siden blev undersøgt på Hvidovre Hospital. Kan ikke klare sig selv og virker hukommelsessvækket.

SA er boligløs, men indstillet til E – huset og har plads om ca. 6 måneder. Er smidt ud af midlertidig bolig og har siden været på gaden.

Det er ikke muligt for SA at blive på herberget for det første på grund af pladsmangel og for det andet på grund af at hun er for plejekrævende og der ikke ansat noget sundhedspersonale og det er derfor ikke muligt at tilbyde nogen form for hjælp på herberget. Derudover er der ingen forplejning, da dette er op til den enkelte beboer, hvilket betyder at SA må klare sig selv. Drikker alkohol dagligt og har derfor fået Risolid siden i går 50 mg x 5 siden den 18.09.07, og vil gerne afbruses. SA er derudover diagnosticeret med epilepsi men er ikke i behandling, tidligere kendt med kramper.

Var i går på amager skadestue der sender SA tilbage til sundholm kl.2200 på trods af manglende herbergsplads og plejemuligheder.

Til morgen fundet gange flere på gulvet og er smerteklagende, kan fortsat ikke stå på benene trods melding fra skadestuen om at hun kan. Skal have tilsyn gange flere

Egen læge kontaktes og er sat ind i situationen med henblik på indlæggelse.

Med venlig hilsen

Sygeplejerske  
Københavns Kommunes SundhedsTeam  
Telefon

### Bygger bro til sundhedssystemet

Københavns Kommunes SundhedsTeam arbejder med "dem, som ingen kan eller vil behandle". En vigtig opgave er at fungere som bindeled mellem borgeren og sundhedssystemet.

Af Karen Pedersen

"Morten" er 43 år. Han har været hjemløs i ca. 20 år og har karantæne stort set alle steder, hvor han færdes. Med jævne mellemrum ryger han i fængsel for mindre forseelser. Morten er svært marginaliseret på grund af sin adfærd. Han er afhængig af alkohol, er forsøgt diagnosticeret via psykiatrien i flere omgange, har været tvangsindlagt, men er ikke fundet psykotisk. Han har symptomer på ADHD og symptomer på personlighedsforstyrrelse, når han drikker. Og han er svært styret af sine impulser, når han er fuld.

Morten er af de borgere, som Københavns Kommunes SundhedsTeam er sat i verden for at hjælpe.

Også en af dem, der kan være svær at hjælpe, fordi hans problemer er så komplekse. Både i sig selv, og fordi mange professionelle skal arbejde sammen om dem, fortæller læge og leder af SundhedsTeamet Henrik Thiesen.

- Alene på sundhedsområdet er der syv aktører: SundhedsTeamet, plejeafdeling på et bosted, hospital, skadestue, psykiatrien... remser Henrik Thiesen op. Tilsvarende skal der sociale instanser på banen. Og det er lidt af en udfordring at koordinere.

- Der er nogle barrierer mellem social- og sundhedsvæsenet. Der mangler koordinering. Systemerne fungerer ikke altid, enheder og afdelinger spiller ikke sammen. Jeg plejer at sige, at det kræver et godt helbred at blive indlagt – det kræver i hvert fald overskud at holde øje med alt det, der sker. Og når det ene problem er løst, så opstår der typisk et andet, siger Henrik Thiesen.

#### Brobyggere

De fem medarbejdere i SundhedsTeamet arbejder med "dem, som ingen kan eller vil be-

handle", som Henrik Thiesen siger det. Det er ofte hjemløse, som ikke har kontakt med deres egen læge, eller som har det svært med rammerne og strukturen på hospitalet.

Patienterne har typisk mange kroniske somatiske sygdomme, ofte relateret til alkohol, og ofte misbrug af flere forskellige stoffer, mange lider af hepatitis, angst og depression.

- Almindeligvis er egen læge nøglen til sundhedssystemet. Men hjemløse bruger ikke lægen. Når de er syge, tager de akut på skadestuen. Det betyder, at der ofte ikke bliver fulgt op på tingene, fordi patienten hurtigt ryger ud igen – eller måske "ryger ind", i fængsel. De mest udsatte er faktisk de indsatte, siger Henrik Thiesen.

- Med SundhedsTeamet har man valgt en strukturel løsning på et strukturelt problem. Vi skal ud, hvor folk er.

I praksis betyder det, at SundhedsTeamet ikke har en klinik, men cykler rundt til de steder, hvor de mulige patienter opholder sig. Medarbejderne tager for eksempel blodprøver, henviser til diverse undersøgelser, følger op på behandling, der ikke kræver indlæggelse, eller forbereder måske borgeren til en indlæggelse. På den måde fungerer teamet som brobygger mellem den hjemløse og sundhedssystemet.

#### Fast på Kollegiet

Et af de steder, hvor teamet kommer fast, er på bostedet Kollegiet på Gl. Køge Landevej. Og her er man glade for tilbuddet.

- Det har vi profiteret af. Mange af vores beboere opsøger ikke selv sundhedssystemet, for så får de at vide, at de skal holde op med alt muligt, og det gider de ikke. Derfor er der også mange, der selvmedicinerer sig selv til det yderste, siger forstander Arne Jacobsen fra Kollegiet.

- Vi har en fast aftale med SundhedsTeamet. De kommer nogle timer en dag om måneden. Desuden har vi deres akutte nummer, hvis der opstår noget. Der er hele tiden nogle beboere, der har 'noget i gang' med dem. Lige netop i dag er der en beboer på vej til alkoholafvænning i Nordjylland, og en medarbejder fra Kollegiet og en fra SundhedsTeamet følger ham derop.



#### **SundhedsTeamet**

Københavns Kommunes SundhedsTeam består af fire sygeplejersker og en 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 opsøge dem.

Borgere, som har behov for hjælp, kan henvises af alle, for eksempel politi, hospital, væresteder og gadeplansmedarbejdere. Man kan også kontakte SundhedsTeamet for råd og vejledning.

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

#### **Hjemløse bruger det akutte sundhedssystem**

Hjemløse bruger ikke lægen, de går på hospitalet med akutte problemer. Det viser en undersøgelse som læge Henrik Thiesen har gennemført blandt 75 brugere af SundhedsTeamet (2000-2005).

Af undersøgelsen fremgik det, at:

75% af alle kontakter er akutte.

25% af kontakterne er på grund af ulykker og vold.

20% af alle kontakterne ender uden behandling.

55% af alle kontakter er til psykiatrisk afdeling relateret til alkohol.

Artiklen er indsat med tilladelse fra *Missionen blandt hjemløse*

## Bilag 5

### Indhold af præsentationsmapper til hospitalsvæsenet.

(Mappen indeholder ud over det der er indsat her, også præsentationsmateriale om SundhedsTeam)



KØBENHAVNS KOMMUNE



Henvisning til Københavns Kommunes SundhedsTeam. Faxes til 3317 6727

Udfyldt af: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| <b>1. Stamoplysninger</b>               |            |
| Patient navn                            | CPR:       |
| Patientens seneste folkeregisteradresse |            |
|                                         |            |
| Telefon:                                |            |
| Egen læge                               | Ingen læge |
| Telefon                                 |            |

|                                                    |       |
|----------------------------------------------------|-------|
| <b>2. Bekræftelse af samtykke</b>                  |       |
| Ja, SundhedsTeam må kontaktes. Incl. journal kopi: | Dato: |
| Underskrift:                                       |       |

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| <b>3. Henvisningsoplysninger</b> |                   |
| Dato for henvisning:             |                   |
| Henvist af sygehus:              |                   |
| Afdeling:                        | kontaktpersonale: |

|                            |
|----------------------------|
| <b>4. Henvisningsårsag</b> |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>5. Daglige rutiner</b>                         |
| Faste tilholdssteder (værested, herberg, natcafé) |
| Socialcenter/ rådgivningscenter:                  |
| Gadeplansmedarbejder? Navn:                       |
| Andet:                                            |
|                                                   |

Se vejledning på bagsiden

Denne faxformular kan hentes på [www.hjemlosesundhed.dk](http://www.hjemlosesundhed.dk)

## 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: hvis patienten ikke ønsker at oplyse er det muligt at henvise uden CPR.
- Sidst kendte folkeregisteradresse er vigtig da det giver mulighed for at finde ud af hvilken kommune der kan tilbyde hjælp.
- Telefon: Mobiltelefonen er udbredt blandt hjemløse og giver den bedste mulighed for at skabe kontakt på gaden.
- Egen læge: navn, adresse
- Telefon: egen læges telefonnummer
- Hvis ingen læge sættes kryds.

### Ad.2 Samtykke

- Underskrift: patientens accept af henvisning hvis journalkopi / eller epikrise må medsendes sættes kryds.

### Ad. 3 Henvisningsoplysninger

- Dato for henvisning: den dag faxen er afsendt.
- Henvist af sygehus: sygehusets navn
- Afdeling: afdelingens navn / nummer
- Kontaktpersonale: Navn på personale det kan være relevant at kontakte med henblik på yderligere oplysninger.
- Afdelingens telefonnummer / lokalnummer

### Ad. 4 Henvisningsårsag

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

### Ad. 5 Daglige rutiner

- Faste tilholdssteder (værested, herberg, natcafé, bænke) denne oplysning giver større mulighed for at finde og tage kontakt til patienten.
- Socialcenter eller rådgivnings-center giver større mulighed for at tilbyde den rette hjælp
- Gadeplansmedarbejder: giver større mulighed for at tilbyde den rette hjælp

## Hvad er Københavns Kommunes SundhedsTeam?

SundhedsTeam består af 4 sygeplejersker og 1 læge og er en del af indsatsen overfor for hjemløse. Det er en social og sundhedsfaglig indsats til de borgere som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opsøge den.

SundhedsTeam er organiseret som en almen lægepraksis med eget ydernummer, bortset fra at der ikke er nogen fast 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. SundhedsTeam forsøger at opnå kontakt med borgeren hurtigst muligt, inden 7 dage efter henvisning og fungerer som brobygger mellem den enkelte og sundhedssystemet.

## Hvad er målgruppen?

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

## Henvisning

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

SundhedsTeam kan altid kontaktes med henblik på råd og vejledning. Teamets 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, kan alle numre benyttes.



## 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  
Socialrådgiveren  
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.**