



SundhedsTeam

Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer

i Københavns Kommune

Årsrapport 2008



Indhold. Årsrapport 2008

Forord	s. 3
Daglige arbejdsforhold og logistik	s. 4
Logistik	s. 4
Dagligt arbejde	s. 4
Regionstilknytning	s. 4
Fast ekstern mødestruktur	s. 4
Intern mødestruktur	s. 4
Kontaktskabelse og samarbejde	s. 5
Specielle forhold for de enkelte byområder	s. 5
Dokumentation og kvalitetssikring	s. 8
Patienter	s. 9
Nytilkomne og gamle patienter 2008.	s. 9
Køns - og aldersfordeling	s. 9
Indskrivningsfordeling i løbet af året	s. 12
Hvor kommer patienterne fra?	s. 14
Henviseings og behandlingsdata	s. 24
Indskrivningsfordeling i løbet af året	s. 24
Hvem har henvist patienter til SundhedsTeam	s. 25
Responstid efter henvisning	s. 28
Responstid fra behandlingsbeslutning til behandlingens udførelse	s. 31
Henviseingsårsager	s. 33
Indskrivningsdiagnoser	s. 34
Kontakt med egen læge	s. 36
Medicin udleveret af SundhedsTeam	s. 38
Samtykke til kontakt med sundhedsvæsenet etc.	s. 39
Journaludfyldelse	s. 41
Blodprøver	s. 45
Blodprøvetagning	s. 45
Generelle betragtninger vedr. smitteopsporing for hepatitis og HIV	s. 48
Vaccinationer	s. 48
Vurdering af smittestatus	s. 49
Smittescreening	s. 51
Hepatitis C	s. 51
Hepatitis B	s. 52
Hepatitis A	s. 53
HIV	s. 53
Andre blodprøver	s. 53
Alkohol- og stofmisbrug	s. 54
Opgørelse af misbrug og journaliseringsproblemer	s. 54
Misbrugsprofil 2008	s. 55
Boligforhold	s. 56
Generelle forhold	s. 56
ETHOS 2006 - 2008	s. 58
Patienter indskrevet i 2005-7 og behandlet i 2008	s. 62
Samlede population 2005-7 sammenlignet med den behandlede andel	s. 62
Kønsfordeling	s. 62
Nationalitet	s. 64
Behandlingsprofil	s. 65
Afslutning	s. 67
Fokusområderne for 2008. nåede vi det vi skulle?	s. 67
Fokusområder i 2009	s. 68
Bilag	s. 69
Bilag 1. ETHOS 2006 - 2008	s. 69
Bilag 2. Hepatitis C - smittede	s. 70
Bilag 3. Hepatitis B - smittede	s. 71

Forord til årsrapport 2008

*80% of something is better than
100% of nothing
Alex Wodak, 2007*

Årsrapporten 2008 er svært forsinket på grund af SundhedsTeams involvering i Sundhedsrummet på Vesterbro og de opgaver og det tidsforbrug det har medført. Men data er samlet og beskrevet så med Wodak's ord, udsendes i år en mindre udgave mens det materiale som næsten er klar kan udsendes i næste årsrapport som alligevel er nært forestående.

SundhedsTeams årsrapporter har indtil videre indeholdt en gennemgribende bearbejdning af patientdata, en teoretisk del som omhandler behandling og administrative elementer samt forskellige projekter, fokusområder eller opgaver som SundhedsTeam har haft i årets løb. Endelig er der en sygeplejefaglig del som blandt andet omfatter detaljerede cases.

Ud over de vanlige case-beskrivelser er der gennemført interview og livshistoriefortælling med 3 tidligere SundhedsTeampatienter som har gennemført behandling for alkoholmisbrug, undersøgelse og opfølgning af sundhedstilstand for 6 Grønlandske kvinder som gennemgik alkoholbehandling i 2008, D-vitaminprojekt, afsnit om compliance ved behandling i nærmiljøet. Disse afsnit vil alle indgå i årsrapporten for 2009.

Året 2008 var meget præget af sygeplejerskekonflikten som satte arbejdet effektivt i stå i næsten 2 måneder midt på året. De patienter der var indskrevet ved konflikten start blev passet af undertegnede, men der blev i 2 måneder ikke indskrevet patienter, ligesom de efterfølgende måneder var præget af en mindre indskrivning end vanligt. Den mindre indskrivning i forhold til 2007 som er på ca. 25 patienter, kan stort set tilskrives konflikten.

SundhedsTeam har siden sin start været udgående. Den til tider lidt teoretiske skelnen mellem udgående og opsøgende arbejde er at udgående arbejde sker målrettet til enkeltborgere, og opsøgende arbejde er uspecifikt overfor grupper af borgere. Opsøgende psykoseteams er et klassisk eksempel på *udgående* arbejde. Københavns Kommunes gadeplansindsats er opsøgende, henvendt til hjemløse på gaden. SundhedsTeam var oprindeligt ment som et udgående team der fungerer på anmodning, men der er i perioder behov for den direkte og uspecifikke indsats, blandt andet overfor de drikkegrupper der befinder sig i city. Denne uspecifikke indsats medfører så siden hen en mere målrettet opsøgende indsats overfor den enkelte.

2008 var året der var præget af store interne arbejdsopgaver for SundhedsTeam, men også året hvor den sundhedsfaglige indsats fik et løft med 5 nye sygeplejersker i Sundhedsrummet på Halmtorvet. Medarbejderne i Sundhedsrum er blandt andet en del af det landsdækkende projekt "Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere", som er en opfølger til Sundhedsprojektet. SundhedsTeam og Sundhedsrummet er altså to varianter af den sundhedsfaglige indsats der er udløst af Sundhedsprojektet og derfor naturlige kolleger. Begge er da også forankret i Center for opsøgende indsats på Sundholm, og SundhedsTeam har forpligtet sig på at supporte Sundhedsrummet i den 3 årige projektperiode. Den lægelige dækning er den samme i begge teams, og der er mulighed for direkte overføring af patienter og deling af patientopgaver mellem de to teams, så behandlingen varetages mest optimalt.

Henrik Thiesen
Afdelingslæge, leder af SundhedsTeam
Sundholm den 11/8 2009

Daglige arbejdsforhold og logistik

Logistik.

De logistiske forhold er uændrede. Samarbejdet med Sundhedsrummet giver mulighed for patientsamtaler der ligesom patientundersøgelser kan foretages der. SundhedsTeams medarbejderstab er uændret og der er ikke forventning om personaleudskiftninger.

Regionstilknytning

De 4 SundhedsTeamsygeplejersker var ved teamstart i 2005 fordelt på 4 byområder, der fulgte inddelingen af den daværende gadeplansindsats. Omstruktureringen af hjemløseområdet har medført at bydelsinddelingen ikke mere er relevant. Den enkelte sygeplejerske har dog stadig et kontaktnet og individuel arbejdsform som gør at en vis del af regionsopdelingen består. Opgavefordeling er dog i højere grad end tidligere bestemt af den enkelte sygeplejerskes arbejdsmængde end tidligere.

Ekstern mødestruktur

Den faste eksterne mødestruktur er stort set uændret for 2008. Året var til gengæld præget af en hel del mødeaktivitet hen mod opstarten af Sundhedsrummet, og der blev i den anledning lagt mange læge og sygeplejersketimer i den praktiske forberedelse.

Efter ansættelsen af medarbejdere har SundhedsTeam generelt stået til rådighed med praktisk hjælp, og det har været nødvendigt at afsætte mange lægetimer til møder og almindeligt dagligt arbejde. Der var i slutningen af året forsøg med forskellige modeller og der er i starten af 2009 fundet en model hvor der er mulighed for konferering pr. telefon / sms i klinikkens åbningstid samt 2 ugentlige lægetider a 3½ time. Der er i realiteten tale om at 20 - 30 % af lægetiden går fra SundhedsTeam til Sundhedsrummet og den er i første omgang taget fra det skriftlige og administrative arbejde, hvilket i længden er uholdbart. Det har derfor også været nødvendigt nøje at trimme deltagelse i mødeaktivitet omkring Sundhedsrummet, en mødeaktivitet der i perioder har været meget stor.

Intern mødestruktur

Den interne mødestruktur er uændret med fast ugentligt personalemøde og fast ekstern supervision, hvor vi har fastholdt samarbejdet med den samme supervisor som tidligere år.

Kontaktskabelse og samarbejde

Den kontaktskabende indsats overfor sundhedsvæsenet fik et løft i slutningen af året. Informationsmateriale er samlet i en mappe som udleveres til forskellige afdelinger i forbindelse med personalemøder. Der er gennemført en række møder og udlevering af materiale, men processen blev kun lige netop påbegyndt i 2007 og kan derfor ikke evalueres for nuværende.

Der har været en stigende interesse fra de formaliserede sundhedsuddannelser og SundhedsTeams sygeplejersker har haft en del foredragsvirksomhed ligesom der har været uddannelsesforløb af kortere varighed for sygeplejestuderende.

Generelt er samarbejdet og kontakten med de samarbejdspartnere vi allerede har skabt kontakt med blevet konsolideret og udbygget, mens samarbejdet med sundhedsvæsenet er under opbygning.

Specielle forhold for de enkelte byområder

I årsrapporten for 2006 er forholdene i de enkelte byområder, som vi så dem, beskrevet. Bydelsarbejdet er brudt en del op, men der er stadig særpræg som kendetegner de enkelte bydele

Indre by

Alkoholiske drikkegrupper

Yngre (25-30 årige) med alkohol- og periodisk kokainmisbrug

Udenlandske især europæiske uden opholdstilladelse

Forholdene er stort set uændrede idet bykernen tiltrækker de samme grupper som tidligere. Der er stadig en blandet gruppe af kommunale og frivillige organisationer som opsøger hjemløse og misbrugere på gaden, men der har ikke udkrystalliseret sig noget samarbejde. SundhedsTeamsygeplejerskerne har derfor opstartet ugentligt opsøgende arbejde og kontaktskabelse med drikkegrupper på Kultorvet, Strøget og Rådhuspladsen.

I forhold til de udenlandske hjemløse er der ikke nogen afklaret situation, hvilket heller ikke ville være forventeligt. Det er ikke lykket at skabe kontakt til ret mange af de østeuropæere fra nye EU-lande der befinder sig i det Københavnske gadebillede. Deres sundhedsbehov er anderledes end for gennemsnittet af SundhedsTeams patienter, og det har da også vist sig at enkelte har fundet frem til Sundhedsrummet med mindre, akutte, problemstillinger. Der er dog ikke tale om mange personer. Skal vi videre i forhold til disse grupper, er der behov for tolkebistand og det er i fokus for os, at der ikke er alvorligt syge mennesker på gaden i København uanset nationalitet. Kontakt til hjemlandenes sundhedssektorer er en opgave der tegner sig i fremtiden, specielt med hensyn til psykisk syge som har behov for indlæggelser.

Nord

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

Konflikten mellem Gaderummet¹ og Københavns Kommune er nogenlunde afklaret efter en overgangsperiode med det såkaldte "Nødrum" som aflastede behovet fra Gaderummet. Gaderummets lokaler er genåbnet og renovering pågår. Fokus for de genåbnede lokaler er anderledes og vi ser som konsekvens af dette at nogle af de unge voksne som vi tidligere har skabt kontakt til ikke opsøger os mere. Der er derfor behov for en revurdering af vores indsats i 2009.

Det er uhyre vigtigt at vi udbygger kontakten med de udsatte unge i begyndelsen af 20-erne, for vi ser her de personer som ellers vil tilhøre kernegruppen af svært marginaliserede hjemløse om 10-15 år. På grund af de multiple og eksperimenterende misbrug i kombination med psykiske problemer der kendetegner denne gruppe, er det svært at skaffe plads i behandlingssystemet, hvilket gør at vi stort set ikke kan finde samarbejdspartnere til en udvidet, langvarig behandling.

Indre Vesterbro

Stof- og alkoholmisbrug
FOKUS: Grønlandske borgere

Det fokus på de grønlandske borgere er udbygget. Der er en integreret indsats omkring pensionatslejligheder der i udstrakt grad rummer Grønlandske borgere med alkoholmisbrug.

Samarbejdet med Sundhedsrummet er opstartet og under udbygning.

Ydre Vesterbro

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

Samarbejdet i området er fastholdt og udbygget.

Der er ikke umiddelbart nogen basis for at trække medarbejdere fra Sundhedsrummet til dette område.

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 fortsat den helt store samarbejdspartner. Alle SundhedsTeamsygeplejersker deltager i arbejdet med beboere på kollegiet og der er flere kontakter ugentlig. Alle SundhedsTeamsygeplejersker har deres næsten-daglige gang på Kollegiet. Der er ingen særlige kontakter til socialcentre i området.

¹ www.gaderummet.dk

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 fortsat en solid del af SundhedsTeams arbejde. Samarbejdet med Kirkens Korshærs Varmestue "Fedtekælderen" er en krumtap i arbejdet på Christianshavn og nærliggende områder.

Herfra- og videre (HOV) på Christiania er fra årsskiftet en del af Center for opsøgende indsats og samarbejdet med Sundhedshuset er uændret positivt. Senest er der indledt samarbejde med det kommunale projekt 'Udsatte-team, Christiania' og der er startet en mere opsøgende indsats på de ydre områder af Christiania hvor der er nogle steder er et meget stort alkoholmisbrug.

Sydhavnen

Grønlændere
Alkohol, psykisk syge
Skæve boliger
Små aktører

Samarbejdet er stadig uden nogen særlig kontinuitet. Der har været lidt flere kontakter til personer i de skæve boliger på grund af en medarbejders indsats.

Generelt er arbejdet i de forskellige bydele ikke nævneværdigt ændret bortset fra Sundhedsrummets åbning ved årets slutning og problemerne omkring Gaderummet der udløste en usikker situation for de unge der benyttede tilbuddet. Den uafklarede situation for de unge som, hvis der ikke gives nye tilbud vil danne grundstammen i de kommende årtiers gadehjemløse og herbergsbeboere, er uheldig og ulykkelig for de involverede.

Dokumentation og kvalitetssikring

Som gennemgået i årsrapport for 2007 benytter vi i stor grad "gennembrudsmodellen" til at sikre kvaliteten i arbejdet. Vi afprøver konstant nye behandlingsmetoder og vurderer deres plads i forhold til vores patientgruppe, og det er derfor vigtigt at vi med jævne mellemrum vurderer om vi gennemfører behandling på den bedste måde, og om dokumentationen kan hjælpe med til at behandlingen bliver bedre. Det vigtige er her at dokumentationen er afledt af behandlingen og ikke at behandlingen er afledt af dokumentationskrav. Det sidste medfører blot dokumentation, som ikke har indflydelse på den daglige praksis.

Behandling skal helst have en basis i evidens, men ofte er evidensen ikke til stede for vores patientgruppe, og selvom der er evidens for delelementer, er det ikke sikkert at det i sammenhængen også medfører den bedst mulige behandling. Vi skal derfor observere vores daglige praksis og holde den op mod den viden der eksisterer, men samtidig være indstillet på at skifte retning, hvis der er elementer som ikke fungerer. Hvis dokumentationskravet og -måden er fastlagt fra begyndelsen og ikke i konstant udveksling med den daglige praksis, er det svært at opdage om det man foretager sig har mening i den setting man er i.

Dokumentation som ikke er i udveksling med en daglig praksis som igen afsøger nye muligheder, er bagud-skuende og ikke i stand til at opdage fejl eller dysfunktioner i den "evidens" som foreligger. Resultatet bliver et rigidt system som er i en konstant cirkelbevægelse, hvor dokumentation skabes, fordi der er evidens for at dokumentation virker.

I disse år er der stor diskussion om berettigelsen af dokumentation og hvor meget den skal omfatte. Det er vores erfaring at selv en omfattende dokumentation kan opfattes som forholdsvis enkel, hvis den blot er i samklang med praksis og at praksis har indflydelse på dokumentationen.

Det kræver derfor et vedvarende arbejde at holde dokumentation mod praksis, og at sørge for at det materiale der bruges til dokumentation hele tiden understøtter praksis og ændres i takt med praksis

Når man arbejder med komplekse problemstillinger som er under påvirkning af mange faktorer, er det nok ikke muligt at undgå fejl, med mindre der skabes et helt digitaliseret mobilt system som konstant overvåger, hvor man er i behandlingsforløbene.

Et helt dækkende papirsystem vil kræve uforholdsmæssigt meget registrering og åbning af journaler for at fungere, men vi arbejder i 2009 frem mod et fleksibelt system der når et langt stykke af vejen mod at ville kunne opfange vedvarende fejl. Dette arbejde pågår til stadighed, og især sygeplejerske Lone Dams arbejde har ført os en hel del videre de seneste år.

En gennemgribende gennemgang af journalisering og kvalitetssikring gemmes til årsrapport for 2009.

Patienter

Nytilkomne og gamle patienter 2008.

Antallet af indskrivninger var i 2007 140 % af indskrivninger i 2006 som var vores første hele funktionsår. Indskrivningerne i 2008 er som tidligere omtalt ramt af sygeplejerskestrejken og ligger som følge deraf på 76 % af indskrivningerne i 2007, men lidt højere end i 2006.

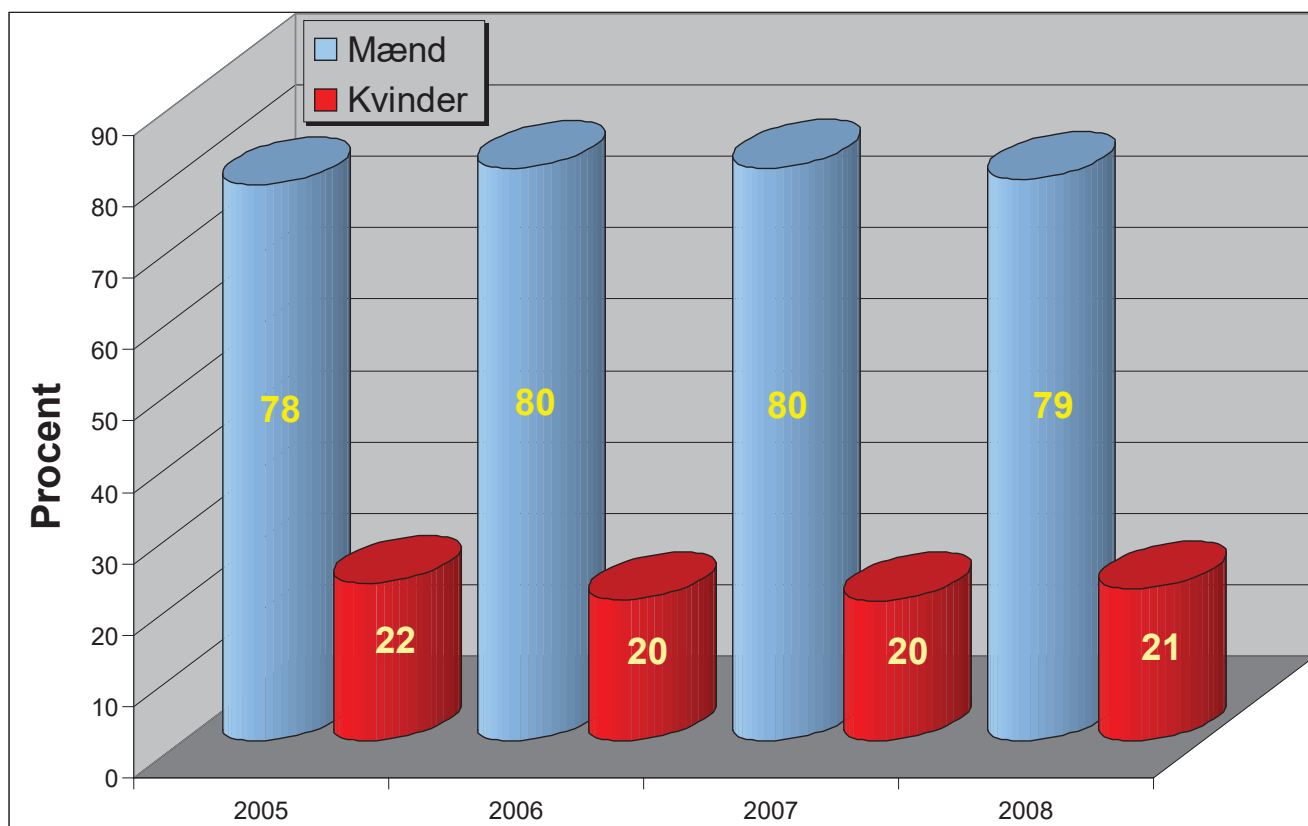
Tidligere årsrapporter har gennemgået de patienter der er indskrevet i det år som rapporten omhandler, men som noget nyt er der i år en gennemgang af de patienter der er indskrevet før 2008, men som stadig modtager behandling.

Disse patienter er som man vil se en smule ældre end gennemsnittet, og med en behandlingsprofil der er markant anderledes og som belyser en meget stor del af SundhedsTeams arbejde, nemlig det langvarige systematiske arbejde for en grundlæggende bedre helbredstilstand for vores patienter.

Køns - og aldersfordeling.

Den stabile køns - og aldersfordeling fra tidligere år gælder også 2008.

Kønsfordelingen er ca. 80 % mænd og 20 % kvinder og det er sammenligneligt med fordelingen i tilsvarende teams i udlandet.

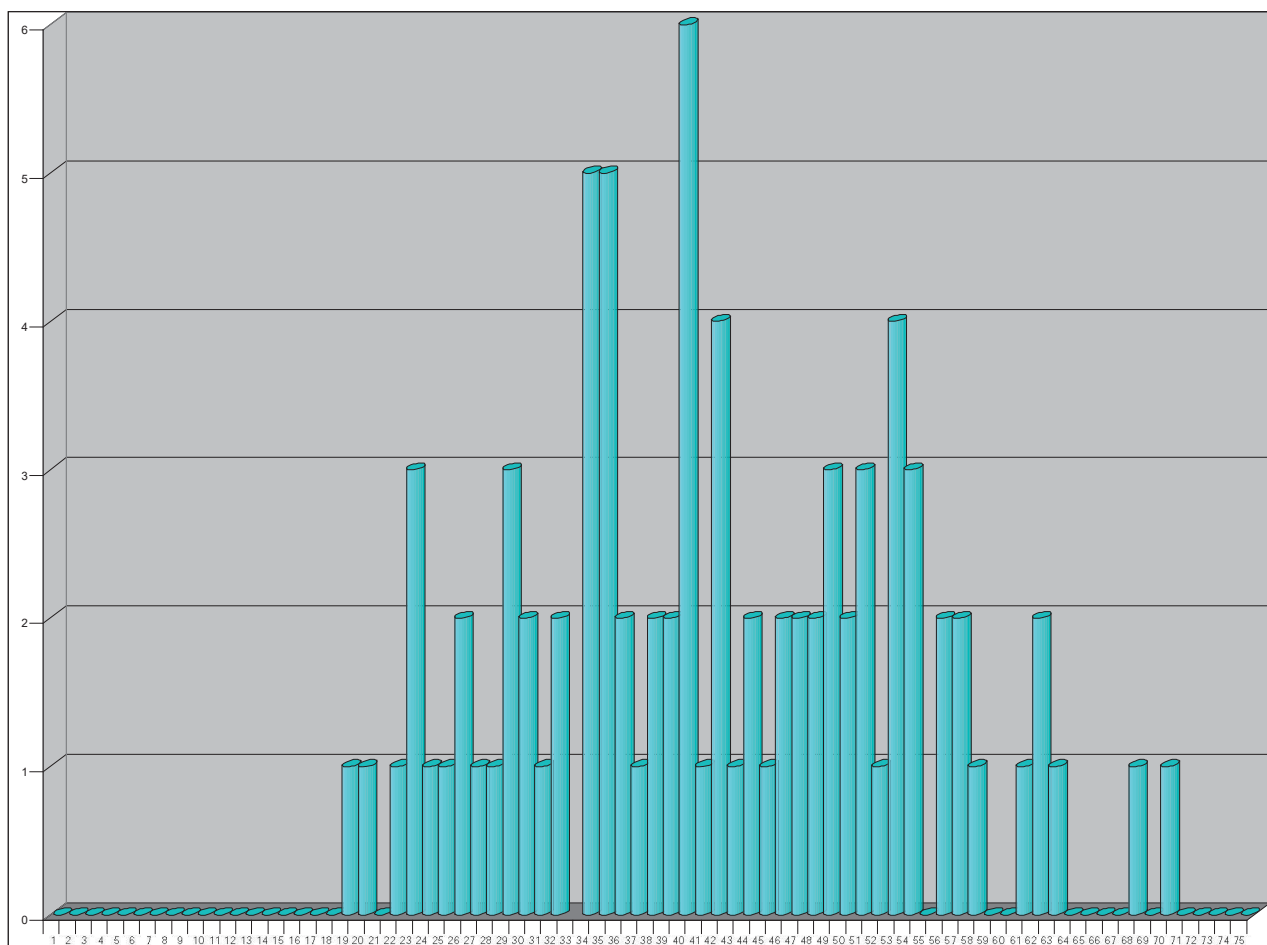


Kønsfordeling blandt indskrevne i SundhedsTeams funktionstid.

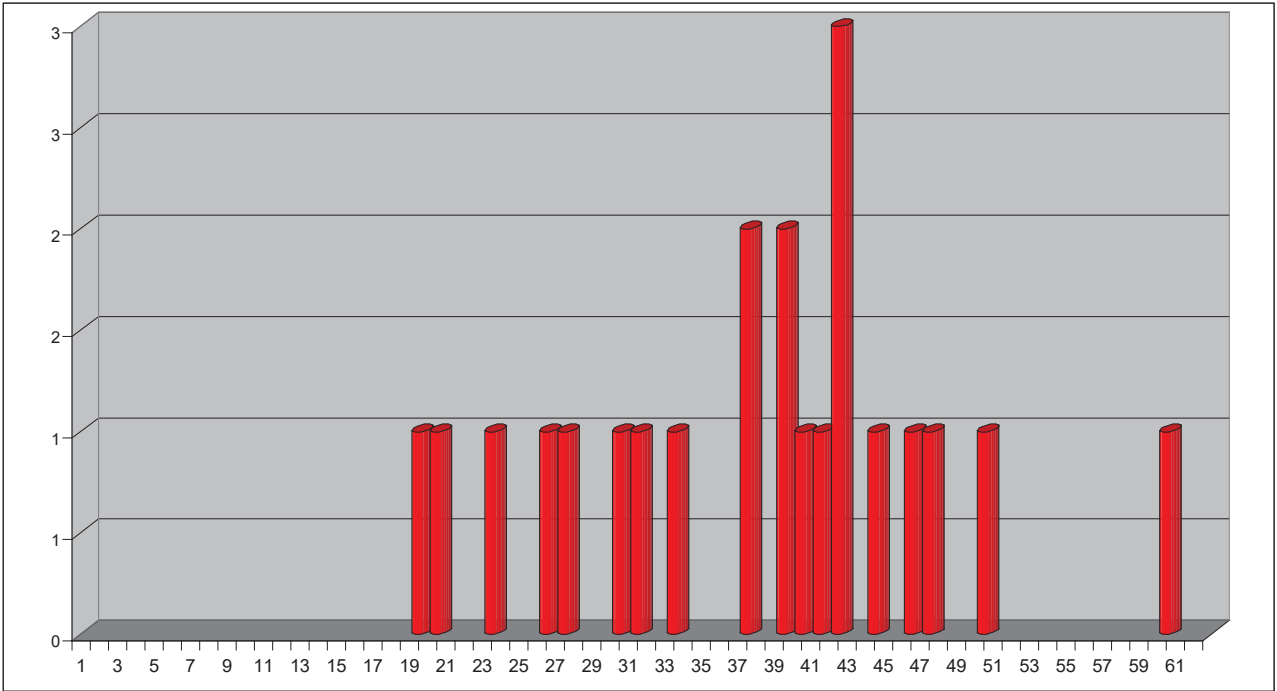
Aldersfordelingen har ligeledes holdt sig nogenlunde uændret som det fremgår af nedenstående.

Køn	Antal i alt 108	Gennemsnitsalder	Spændvidde
Kvinder	23 (21 %)	37	19 - 60
Mænd	85 (79 %)	41,6	19 - 70

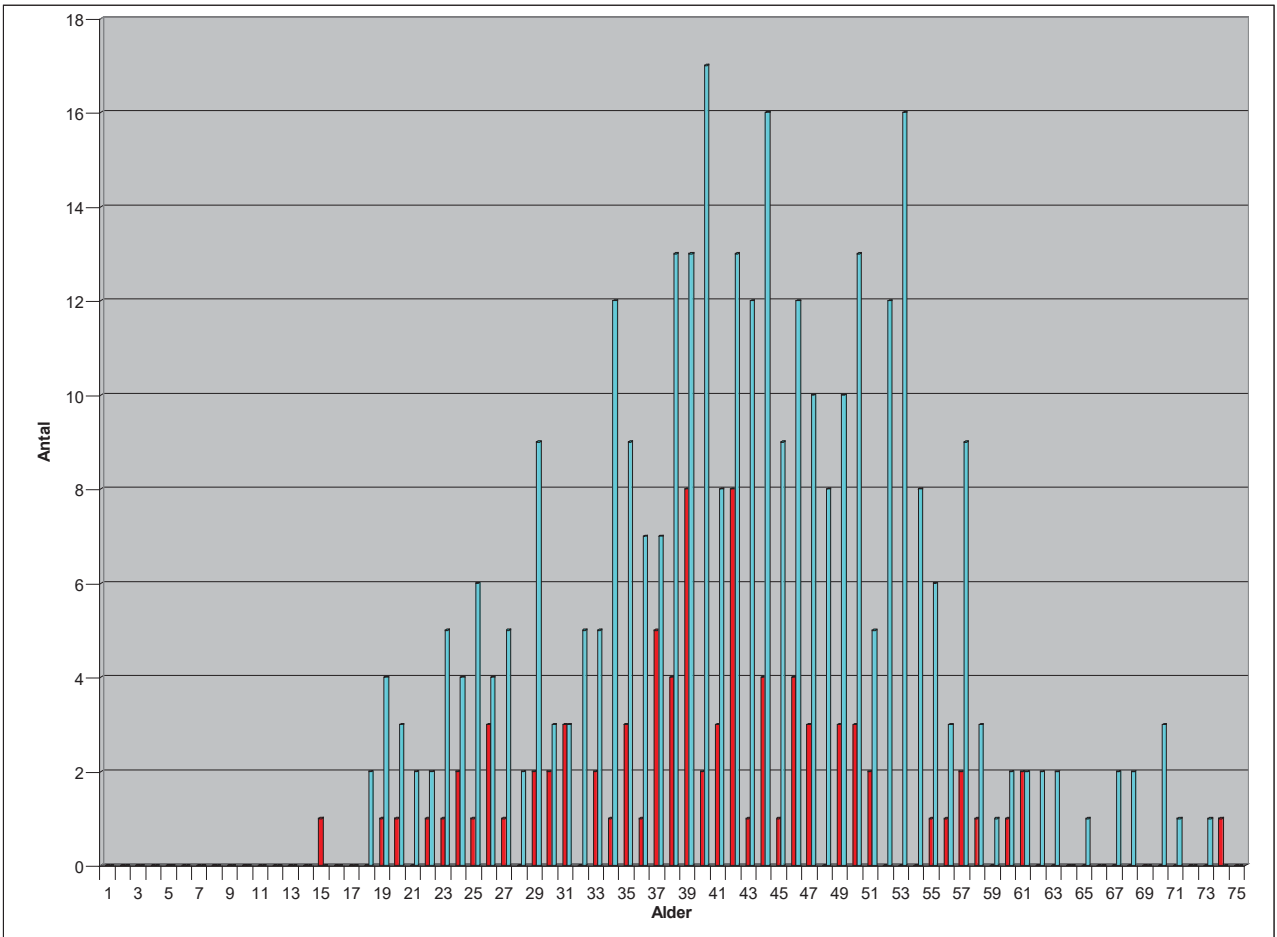
Køns- og aldersfordeling for patienter indskrevet i 2008



Aldersfordeling for mænd indskrevet i 2008



Aldersfordeling for kvinder indskrevet i 2008



Aldersfordeling for alle indskrevet i 2005 - 2008

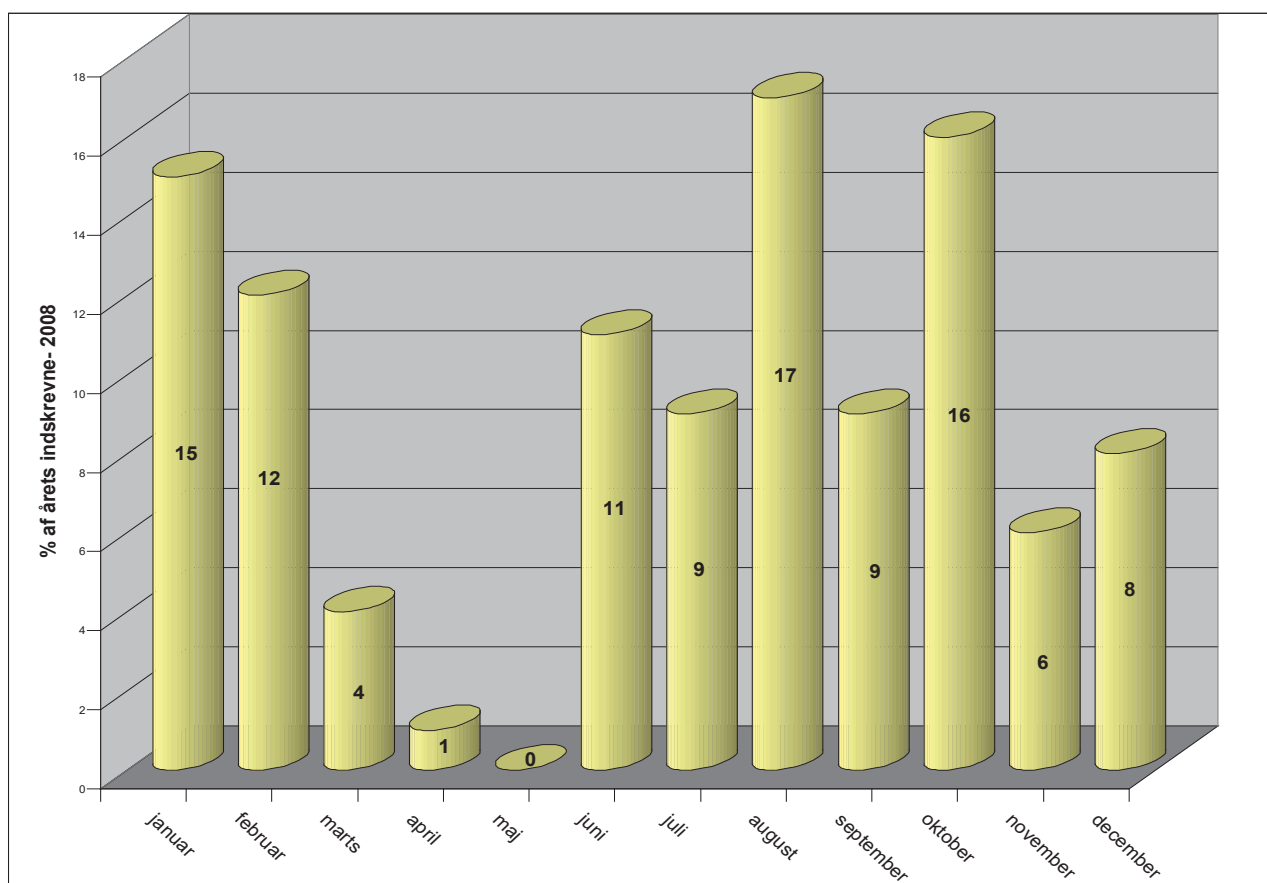
Køn	Antal i alt 429	Gennemsnitsalder	Spændvidde
Kvinder	86 (20,5%)	40,0	19 - 74
Mænd	334 (79,5%)	42,6	18 - 73

Køns- og aldersfordeling for totale patientindtag - indskrevet i 2005 - 2008

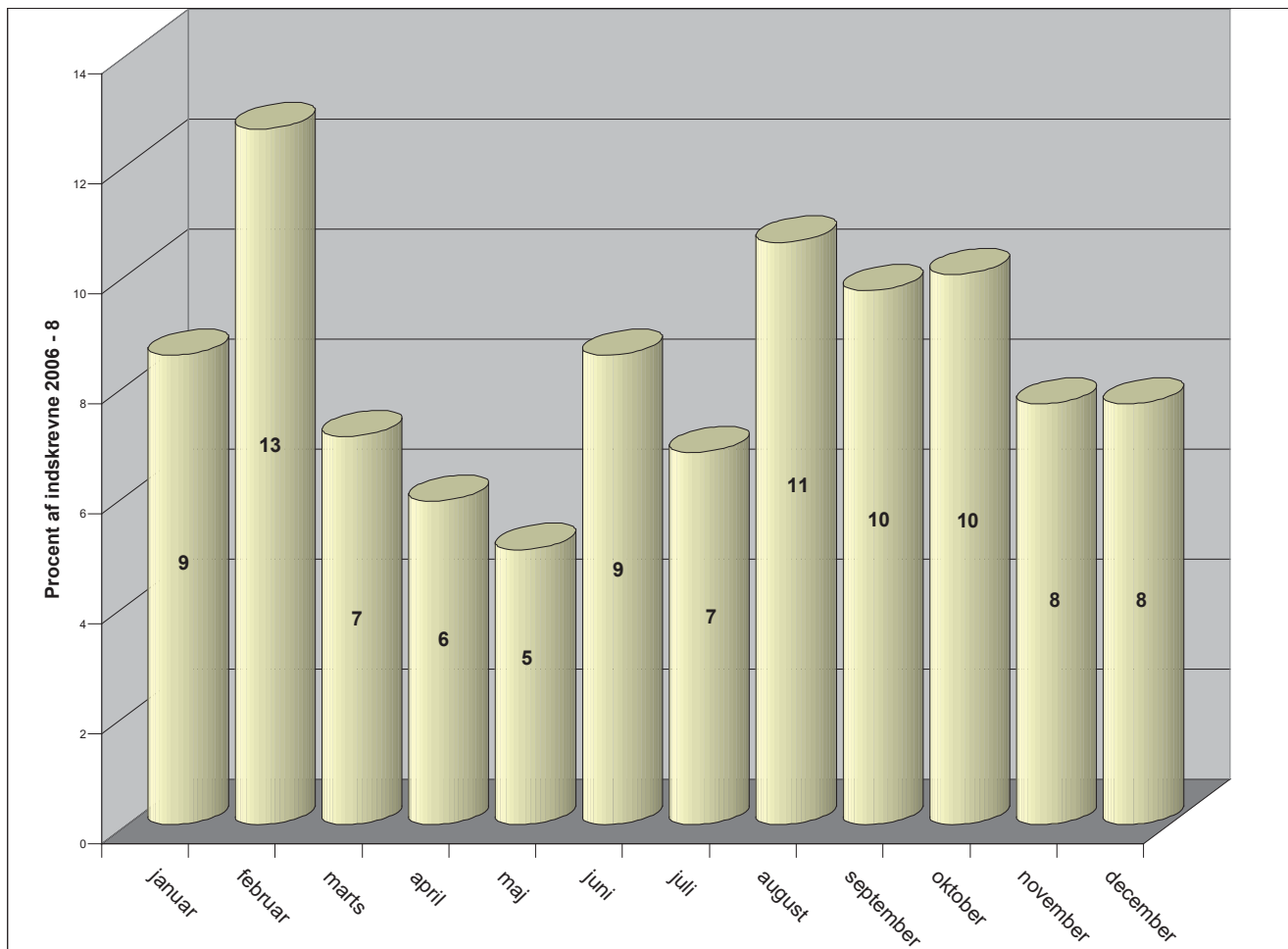
Indskrivningsfordeling i løbet af året

Fordelingen af indskrivninger viste sig ved første optælling i 2007 at fordele sig jævnt ud over året. Der var ikke som forventet en større nedgang i ferie-månederne eller andre gentagne cykliske variationer, bortset fra et måske mindre indtag i juli.

Indskrivningerne i 2008 bærer tydeligt præg af sygeplejerskekonflikten og da den ydermere endte op til sommerferieperioden gav det fornemmelse af nedsat aktivitet i adskillige måneder efter konfliktens ophør. Ser man på opgørelsen synes det dog som om der er en kompensatorisk stigning i indskrivninger lige efter konflikten. Den kompensatoriske stigning er dog ikke nok til at indhente det samme patientantal som i 2007. Der er et tab på 11 patienter pr. konfliktmåned men aktiviteten i de øvrige måneder er stort set som i 2007.



Indskrivninger 2008, fordelt på måned.



Indskrivninger 2005 - 2008, fordelt på måned.

Hvor kommer patienterne fra?

Etnicitets- og nationalitetsforholdene for 2007 - 2008 ser således ud:

	Antal mænd	Antal kvinder	Totale antal	Procent 2008
Dansk	41	3	44	41
Dansk/anden herkomst	3	2	5	5
Færøerne	2	0	2	2
Grønland	11	15	26	24
Nordiske	9	1	10	9
Gamle EU-lande	4	1	5	5
Østeuropa incl. nye EU	7	1	8	7
Mellemøsten	1	0	1	1
Afrika	5	0	5	5
Øvrige Verden	2	0	2	2
Ukendt	0	0	0	0
I alt	85	23	108	100

Nationalitetsforhold, kønsfordelt, 2008 og 2007

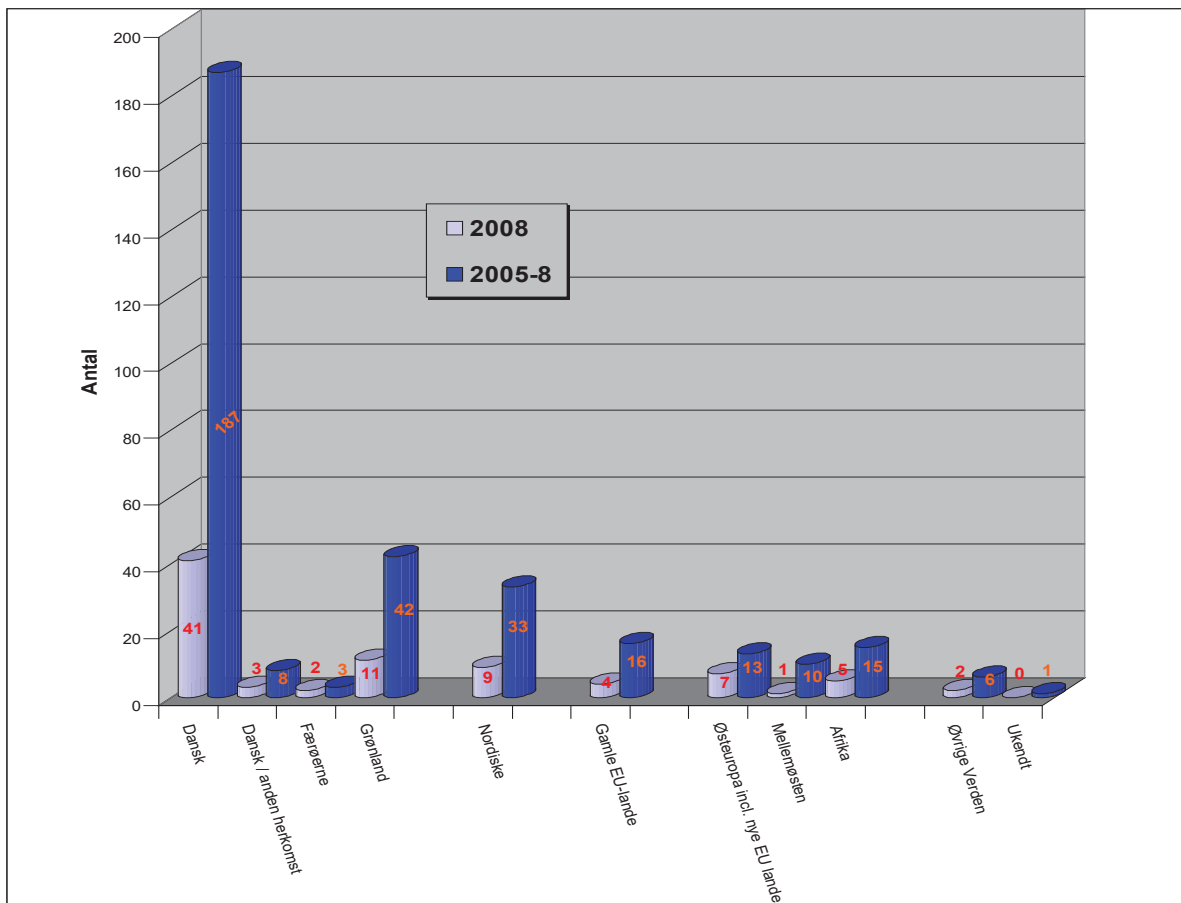
For årene 2005-8 som helhed er trenden slående hvad angår faldet i andelen af etnisk danske i forhold til andelen af etnisk Grønlandske. Det skyldes hovedsagelig en meget større indskrivning af Grønlandske kvinder.

	National fordeling 2005-2007 %	National fordeling 2008 %
Dansk	54,9	41
Dansk/anden herkomst	3,1	5
Færøerne	0,3	2
Grønland	18,5	24
Nordiske	8,8	9
Gamle EU-lande	5,3	5
Østeuropa, incl. nye EU	1,6	7
Mellemøsten	2,2	1
Afrika	3,8	5
Øvrige verden	0,9	2
Ukendt	0,6	0

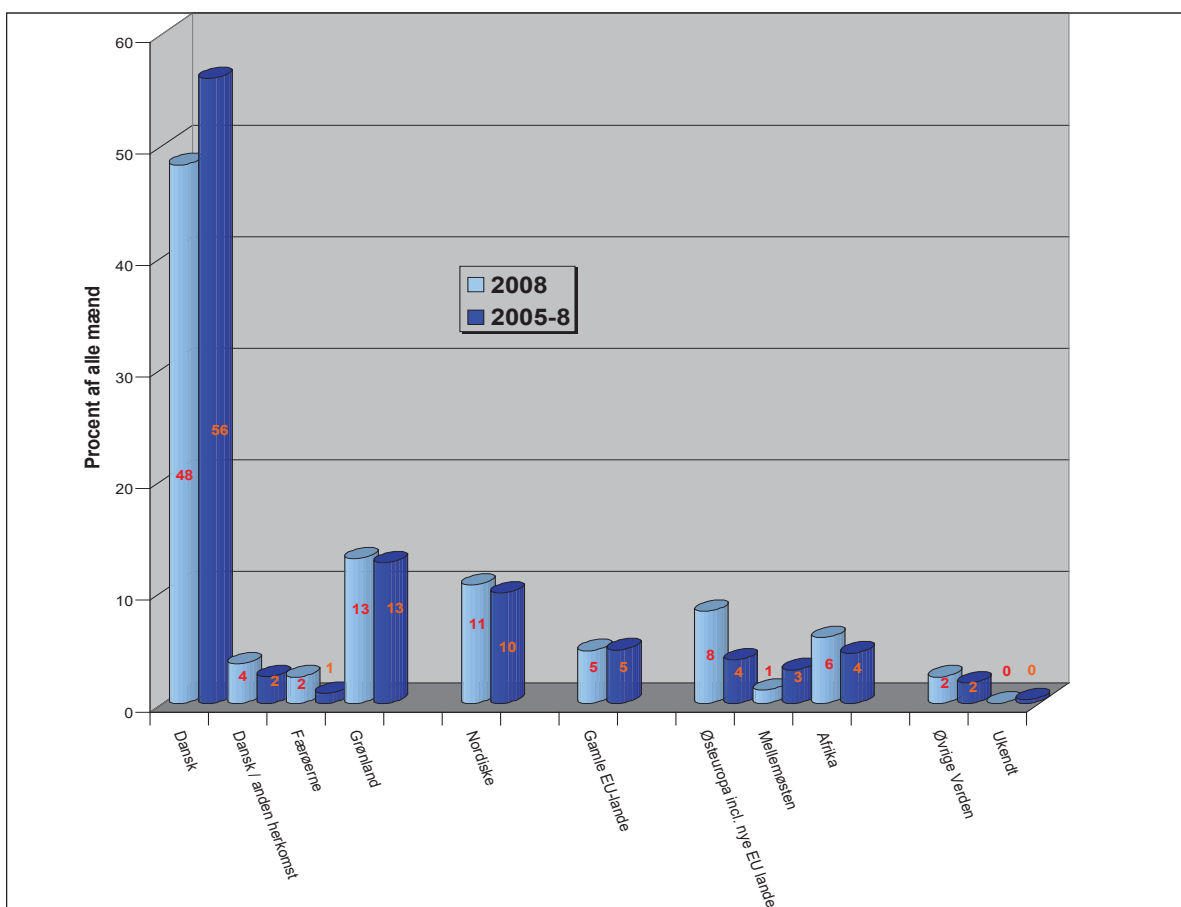
Fordelingen af indskrevne mænd holder sig nogenlunde uændret fra år til år som det fremgår af næste tabel. Der er en stigning i antallet af mænd fra de gamle Østbloklande som har fået lettere adgang til Danmark efter EU – Udvidelsen, men antallet er stadig lille. Andelen af Grønlandske mænd er steget fra 2007 til 2008, mens antallet er stabilt.

	2005	2006	2007	2008
Dansk	44	41	55	41
Dansk/anden herkomst	2	4	3	3
Færøerne	0	0	1	2
Grønlandsk	7	13	17	11
Nordiske				
	7	8	8	9
Øvrige EU				
	4	3	9	4
Østeuropa				
	0	0	4	7
Mellemøsten				
	1	1	5	1
Afrika				
	1	3	8	5
Øvrige verden				
	0	0	3	2
Ukendt				
	1	0	1	0
Total	67	73	114	85

Udvikling i den numeriske nationalt-etniske fordeling af mandeindskrivninger 2007-8.



National/etnisk fordeling, mænd. Antal fordelt på indskrivningsår



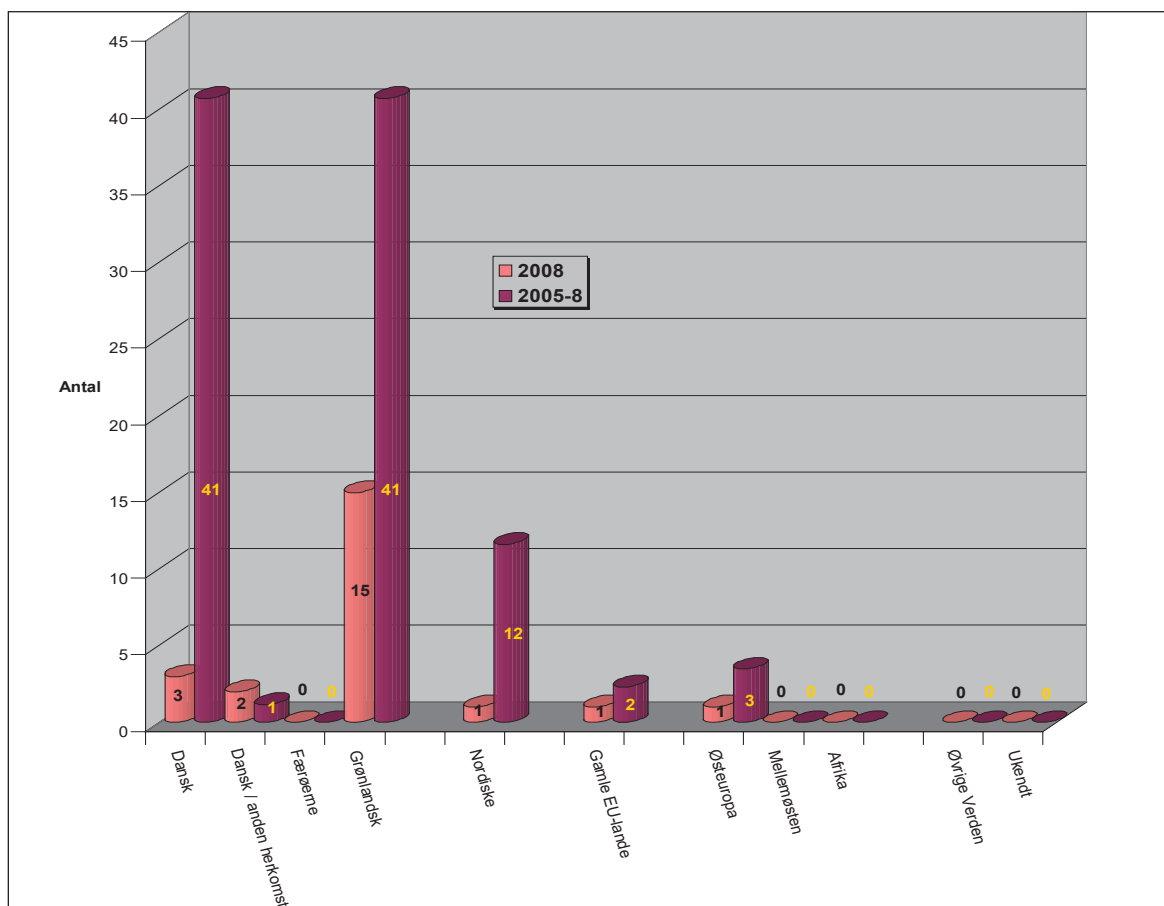
National/etnisk fordeling, mænd. Procent fordelt på indskrivningsår

For kvinderne er den store variation fra 2007 til 2008 at der er en klar fremgang i kontakten til Grønlandske kvinder. Der er stort set tale om en fordobling af antallet af Grønlandske kvinder hvert andet år.

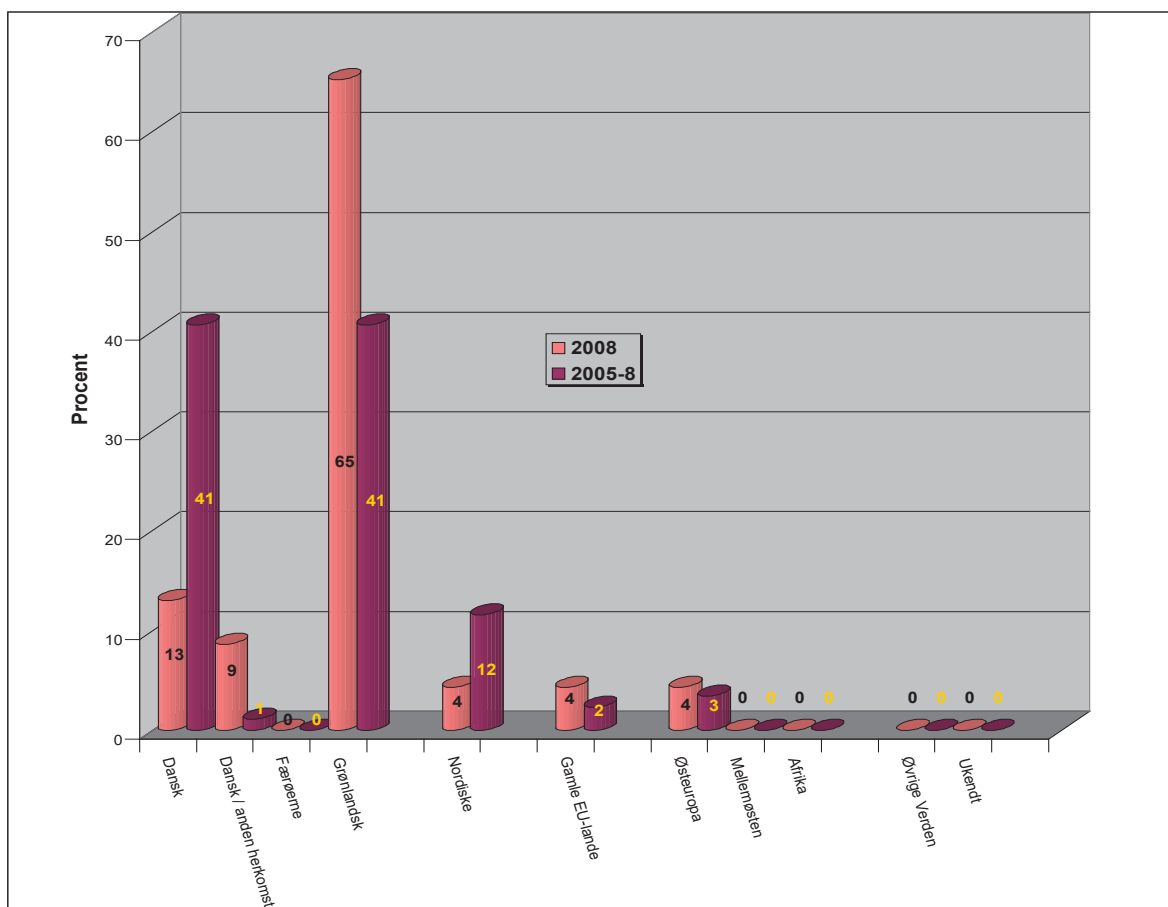
I 2007 blev indskrevet 12 kvinder á dansk afstamning, mens der i 2008 blev indskrevet 3, hvilket er en fjerdedel af indskrivningen de foregående år. Den øgede andel af Grønlandske kvinder er forventet på grund af et stort forarbejde med det Grønlandske netværk, mens den meget lave indskrivning af Danske kvinder er noget overraskende. Der er ikke blot tale om en mindre andel som følge af en øget Grønlandsk indskrivning, men om et markant fald.

	2005	2006	2007	2008
Dansk	12	11	12	3
Dansk/anden herkomst	0		1	2
Færøerne	0	0	0	0
Grønlandsk	5	7	10	15
Nordiske				
	2	0	3	1
Øvrige EU				
	0	0	1	1
Østeuropa incl. nye EU-lande				
	0	0	1	1
Mellemøsten	0	0	0	0
Afrika	0	0	0	0
Øvrige verden				
	0	0	0	0
Ukendt	0	0	0	0
Total	19	18	28	23

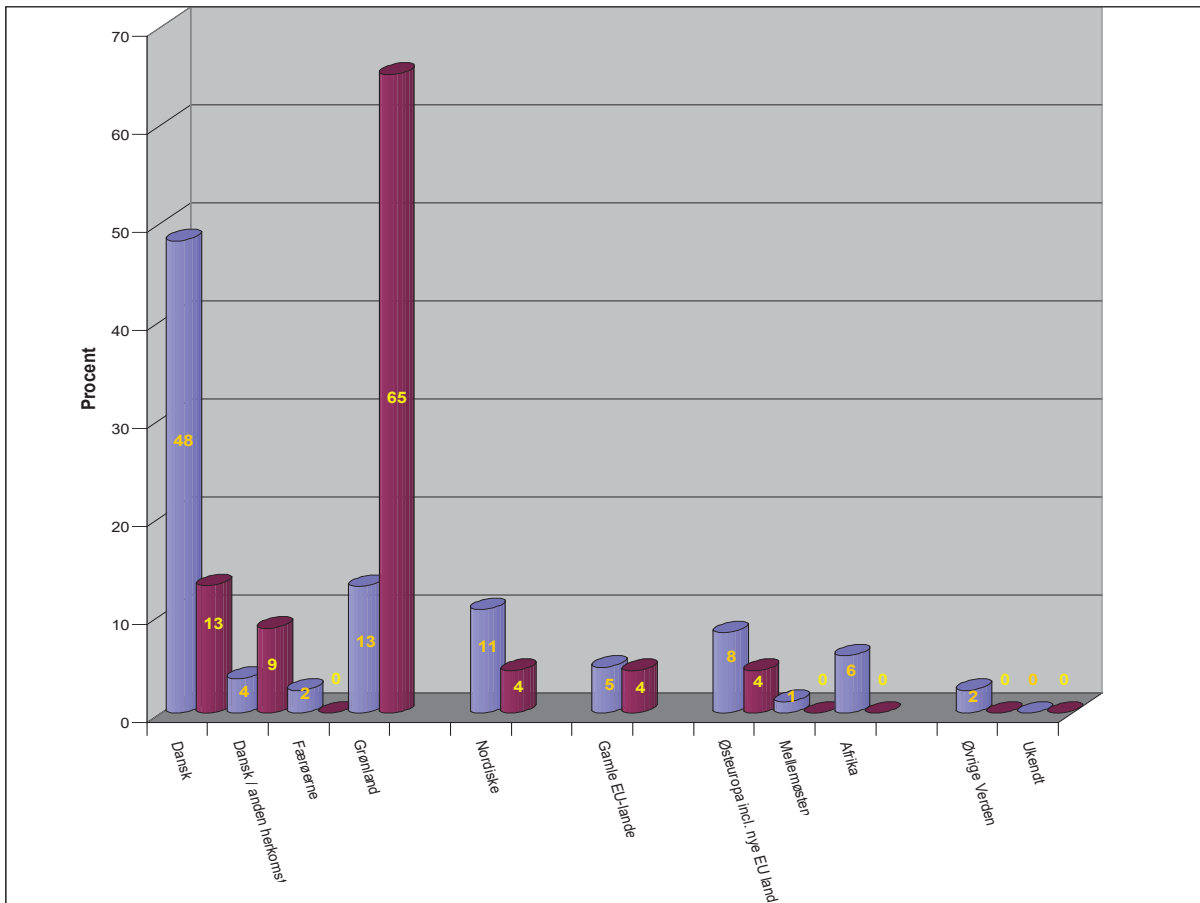
Udvikling i den numeriske nationalt-etniske fordeling af kvindeindskrivninger 2007-8.



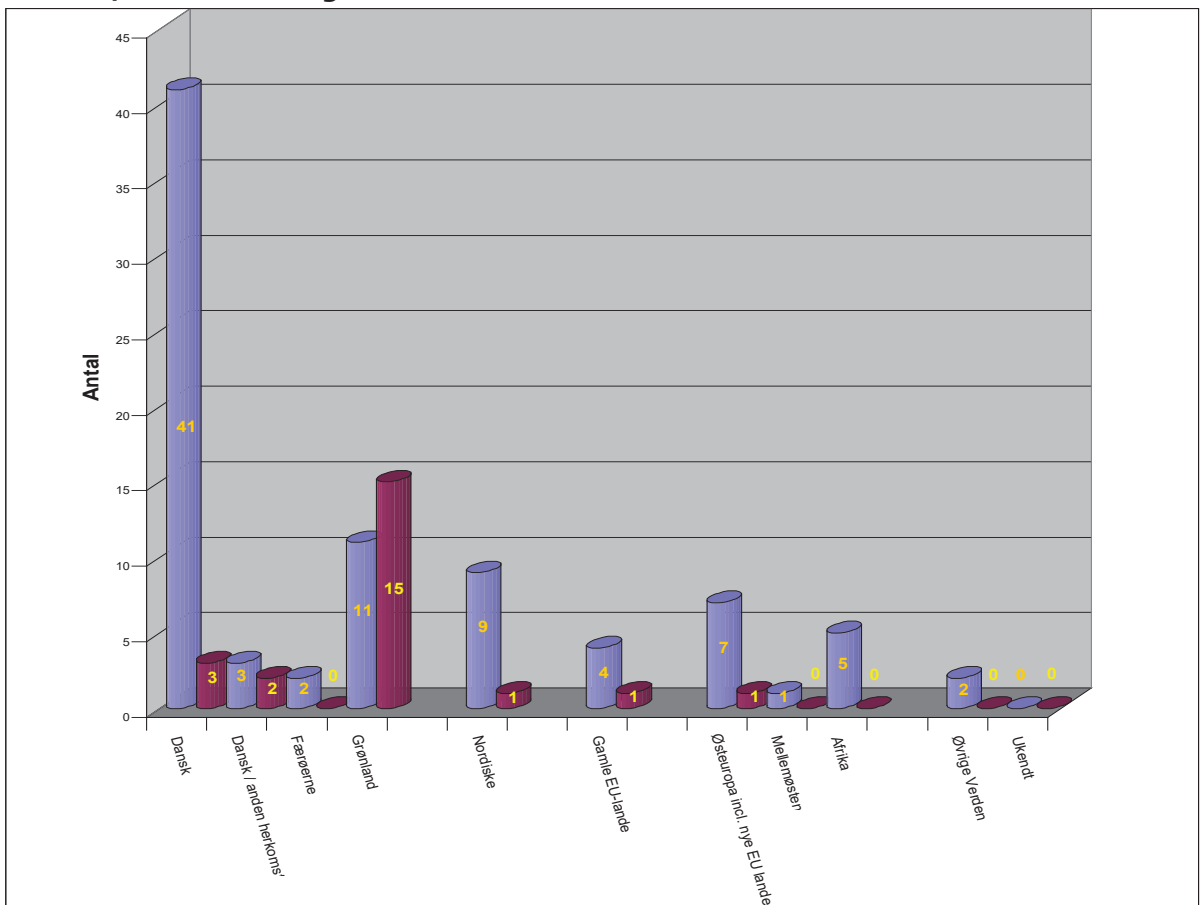
National/etnisk fordeling, kvinder. Antal fordelt på indskrivningsår.



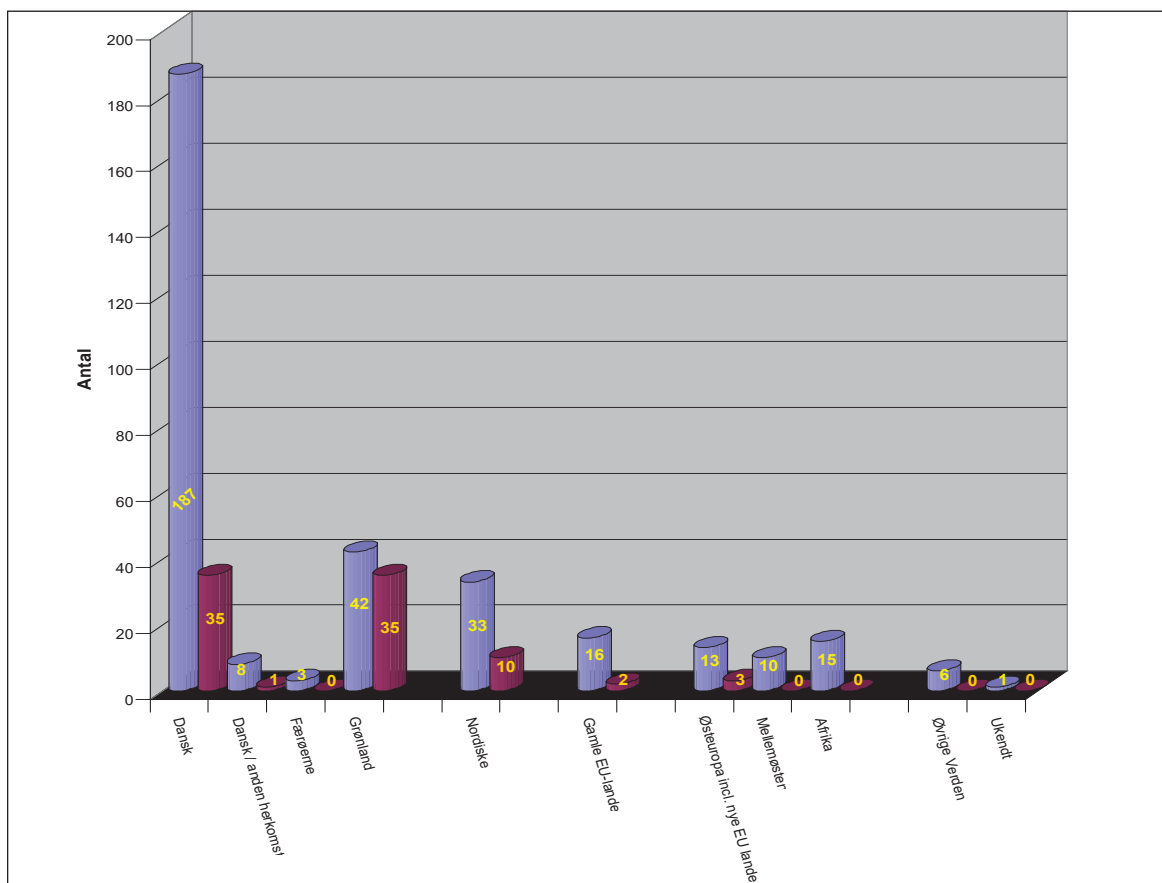
National/etnisk fordeling, kvinder. Procent fordelt på indskrivningsår



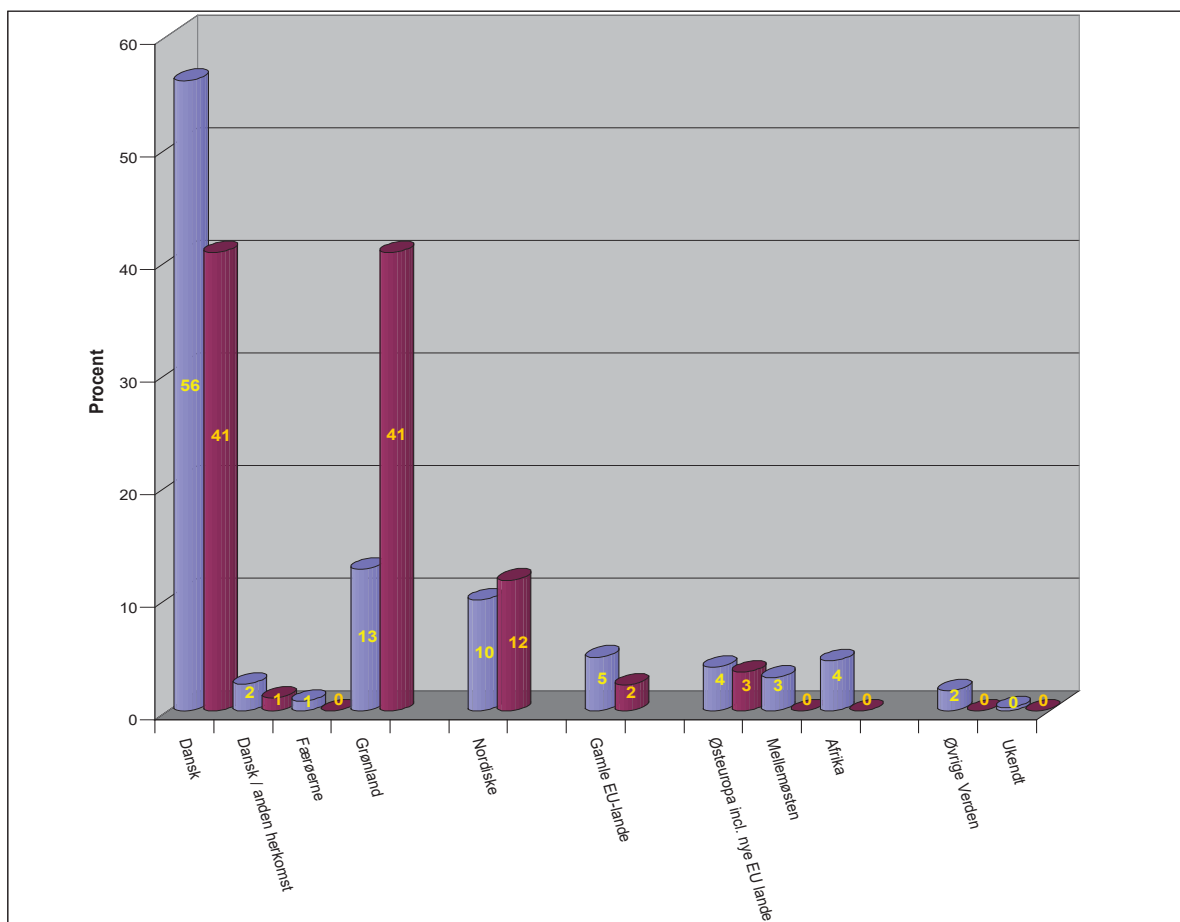
National/etnisk fordeling af mænd + kvinder. Antal 2008



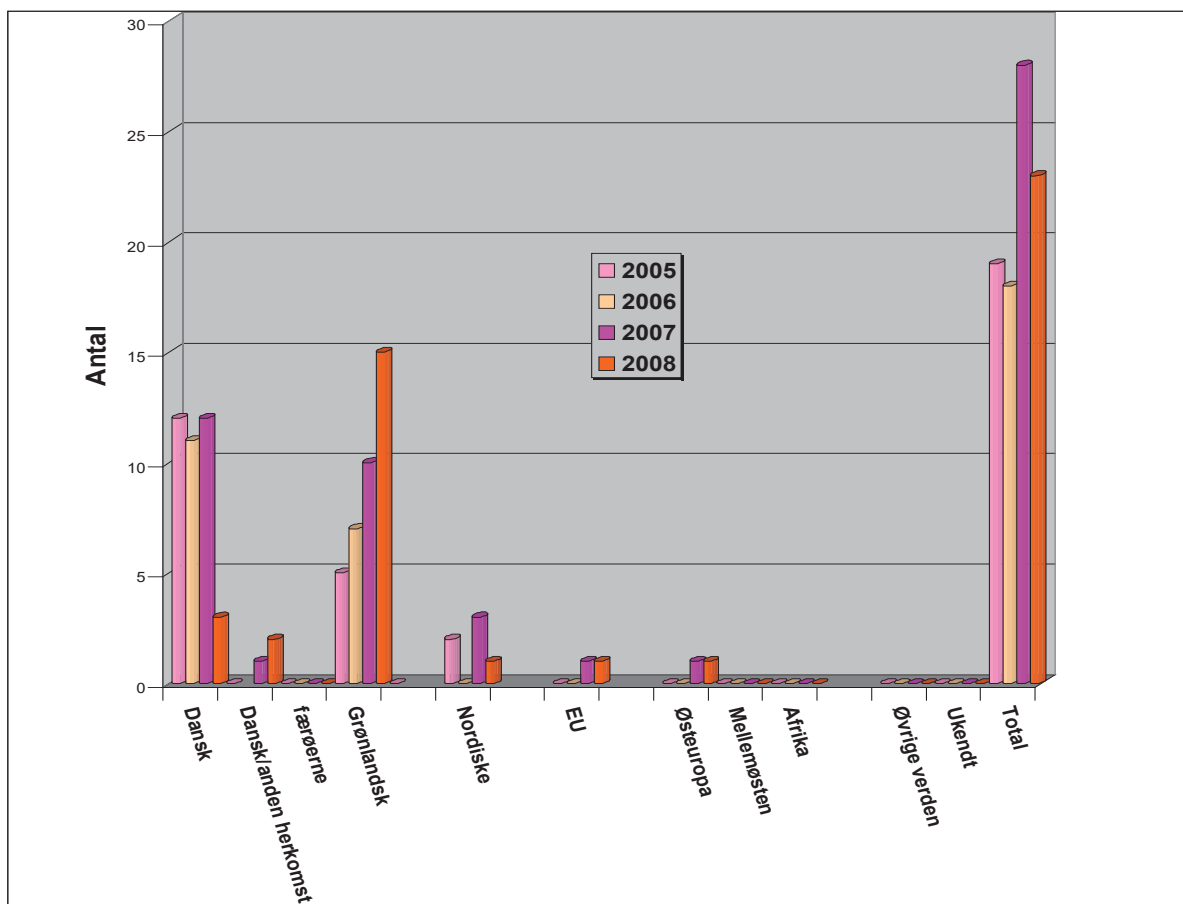
National/etnisk fordeling af mænd + kvinder. Procent 2008



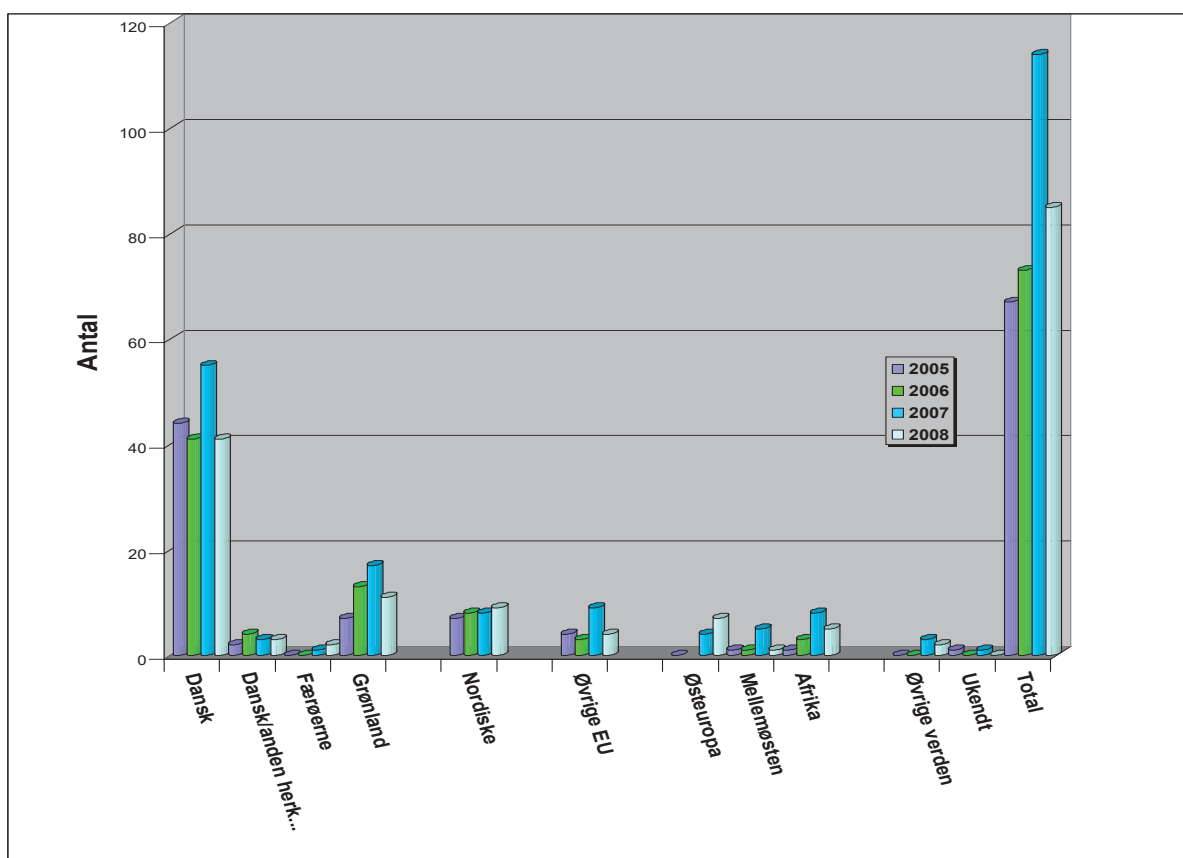
National/etnisk fordeling af mænd og kvinder. Antal 2005 - 2008



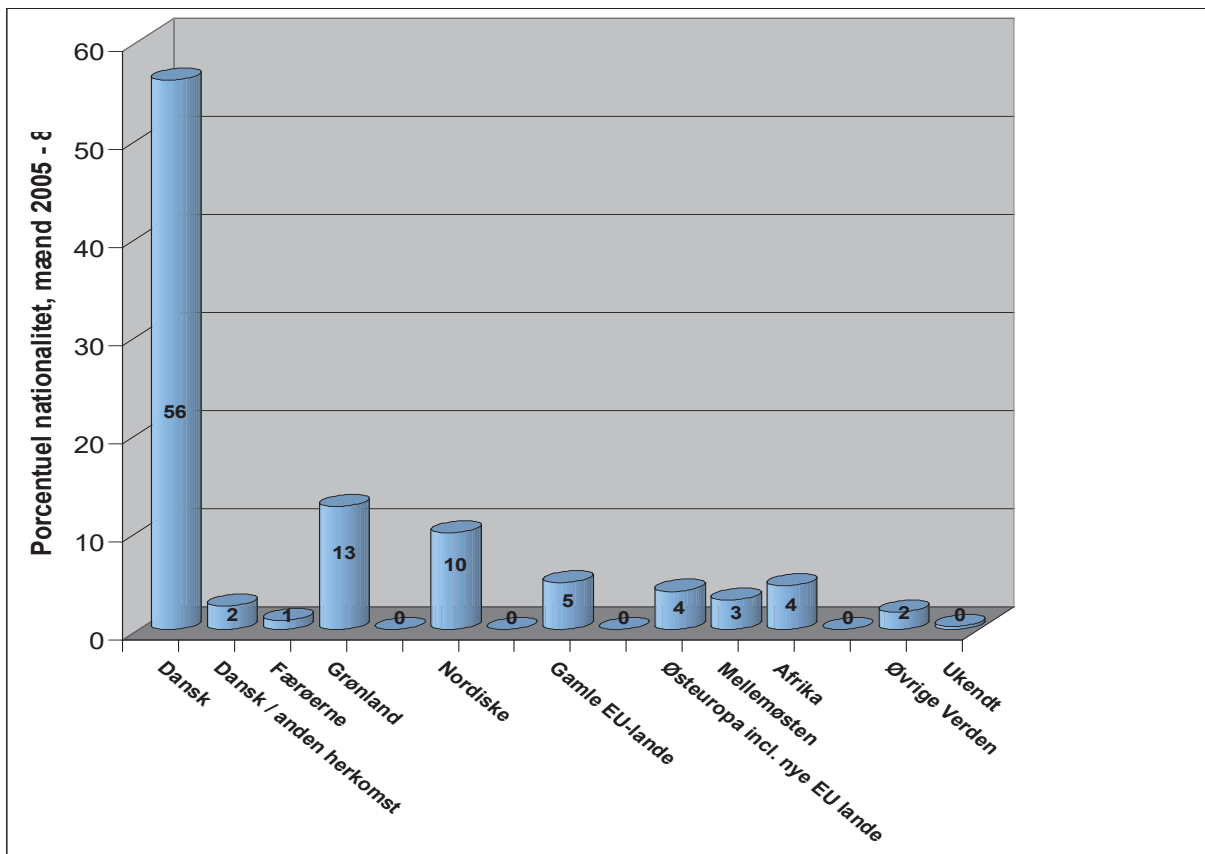
National/etnisk fordeling af mænd og kvinder. Procent af de enkelte køn 2005 - 2008



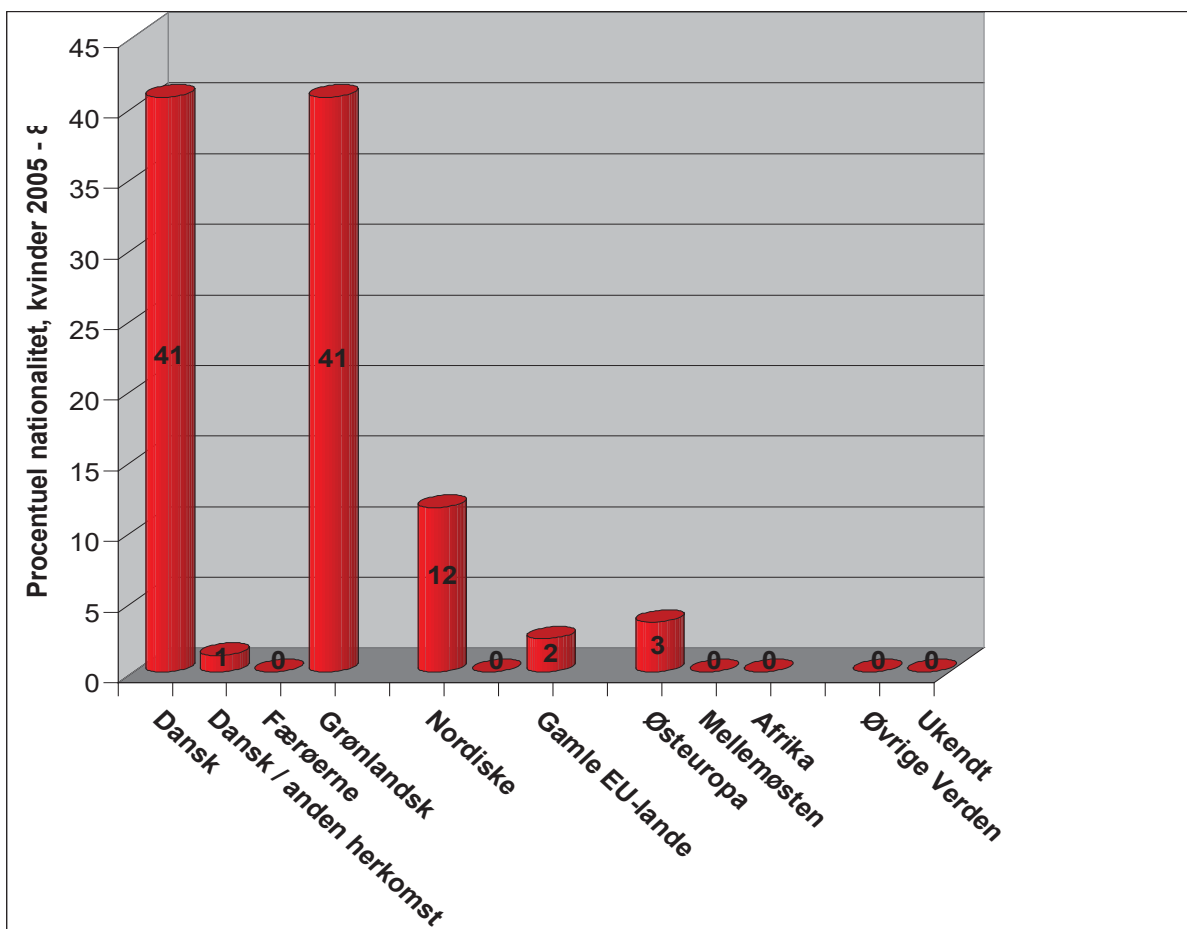
National/etnisk fordeling af kvinder fordelt på årene 2005 – 2008



National/etnisk fordeling af mænd fordelt på årene 2005 – 2008



Procentuel fordeling af alle indskrevne mænd 2005-8



Procentuel fordeling af alle indskrevne kvinder 2005-8

Den etnisk-nationale sammensætning er som vist ovenfor. De store grupper er:

For mændene: Danske, Grønlandske og nordiske.

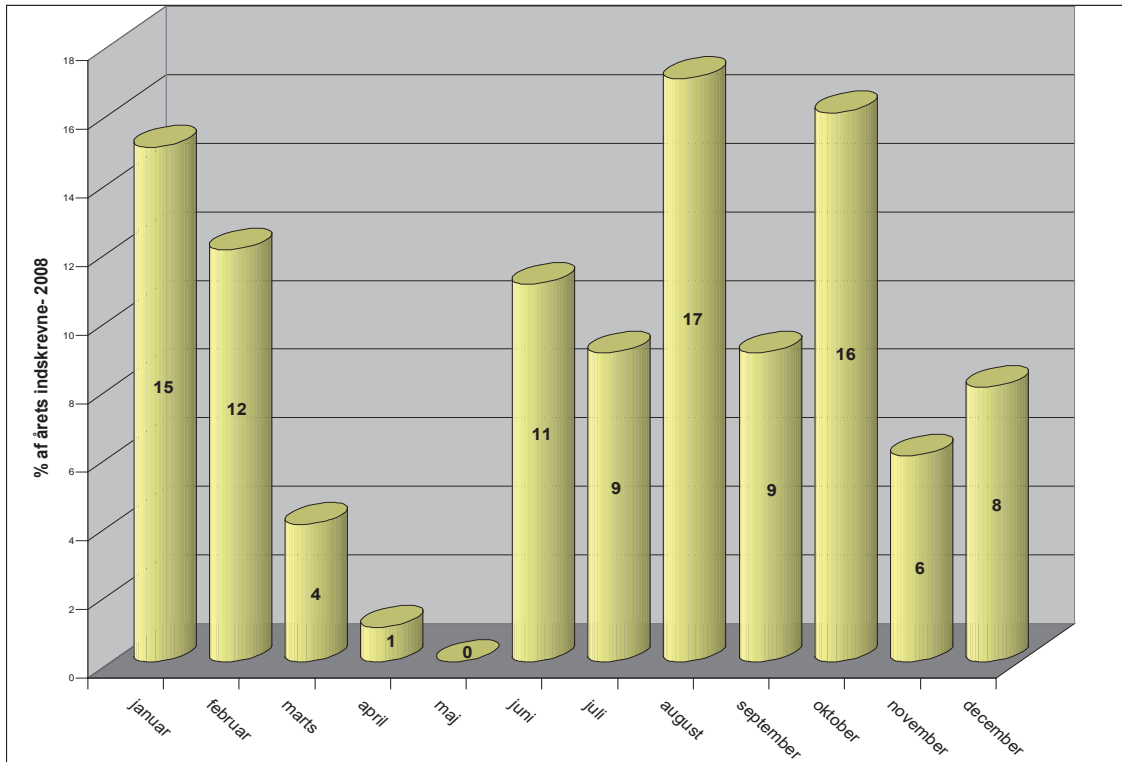
For kvinderne: Danske og Grønlandske.

Denne udvikling ser ud til at holde for mændene, mens der for kvinderne er en stigende andel Grønlandske, som kan forventes at stige yderligere.

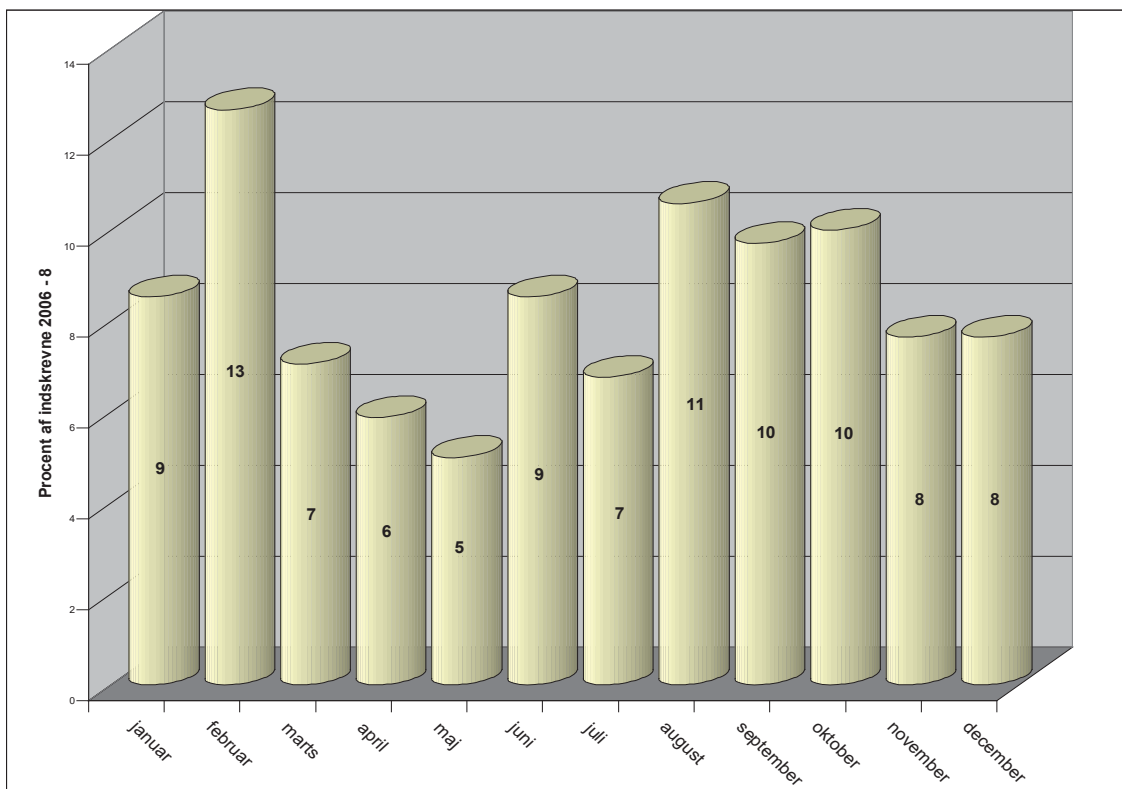
Henvisnings - og behandlingsdata

Indskrivningsfordeling i løbet af året

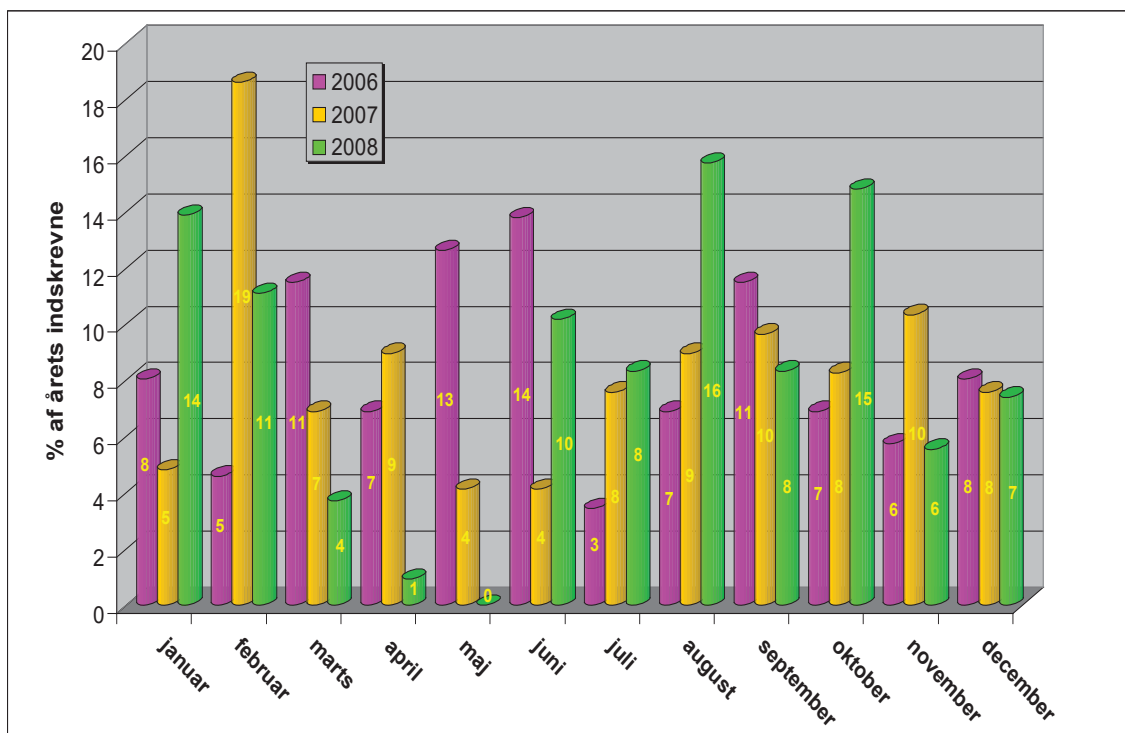
I 2007 gennemgik vi henvisningsmønsteret for de enkelte måneder, og der syntes ikke at være noget specielt mønster i antallet af indskrivninger. Med konflikten i 1. halvår er der naturligvis en dyk i indskrivninger, men den øvrige del af året har fluktuationer som det er set tidligere.



Henviste i % af totale antal indskrivninger 2008, fordelt på måned.



Henviste i % fordelt på måned for alle patienter 2006 - 2008.



Henviste fordelt på årene 2006, 2007 og 2008

Hvem har henvist patienter til SundhedsTeam?

Trenden som har været fremherskende gennem alle årene, fortsætter i 2008. Langt den største del af henvisningerne kommer fra private institutioner.

37 forskellige henvisere (hvor selvhenvendelse regnes for én type) har henvist i 2008, men Gaderummet, Kollegiet, Gammel Køge Landevej og grønlandsmedarbejdere står for langt den overvejende del af henvisningerne.

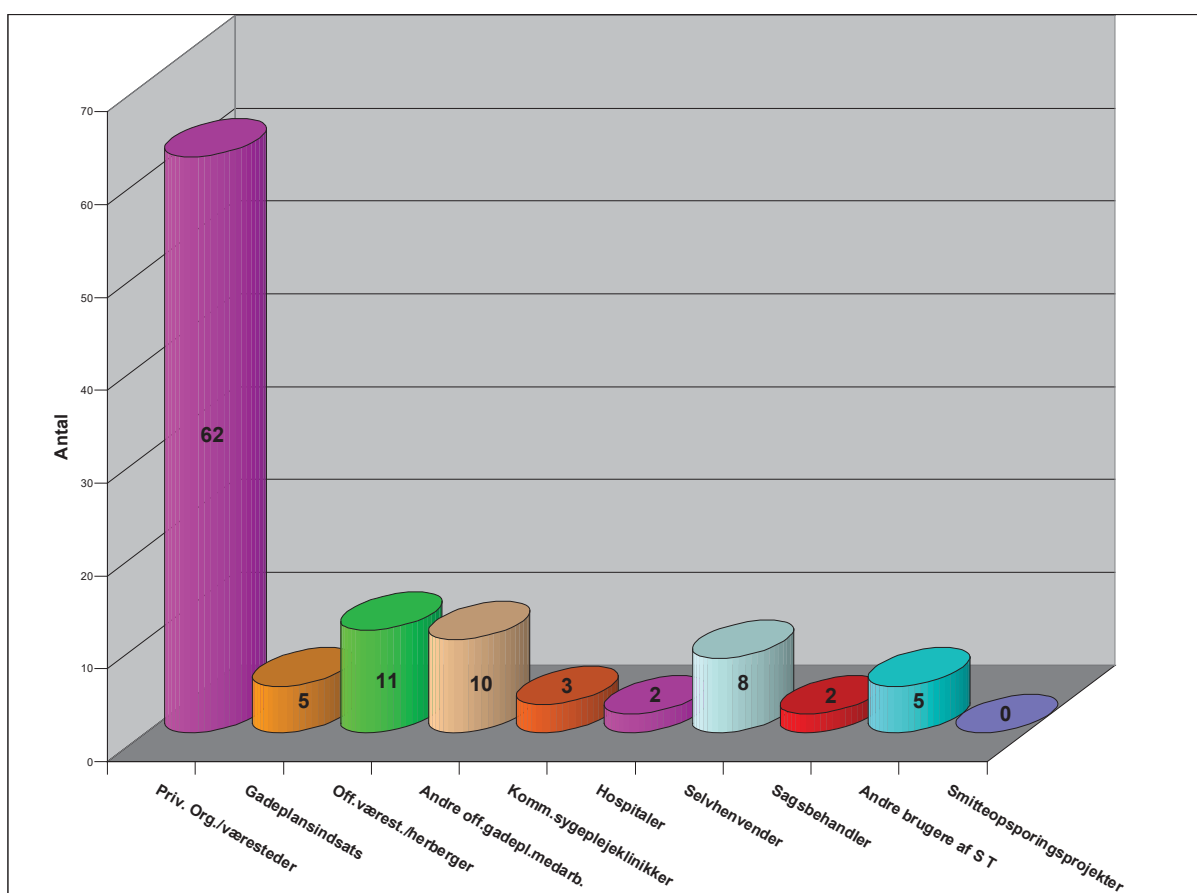
Det gode samarbejde med Kollegiet har udviklet sig over de seneste 3 år, og har ført til en god faglig udvikling for SundhedsTeam, da vi har kunnet arbejde målrettet med skadesreducerende tiltag overfor alkoholmisbrugere, og i nogle tilfælde også kunnet arbejde hen imod alkoholfrihed.

Andelen af henvisere fra de kommunale herberger og væresteder er uændret omkring 10 %, og dette har ikke ændret sig ligesom henvisninger fra hospitalsvæsenet er faldet, selvom vi har haft fokus på akutafdelingerne siden SundhedsTeams start. Medarbejdere fra de akutte afdelinger deltager i de halvårlige temadage, og der er på alle disse møder en livlig diskussion om patienter som man mener, ville være oplagte at henvise til SundhedsTeam, men realiteten er, at der ikke er stigende men derimod faldende antal henvisninger.

I seneste årsrapport for 2007 er nævnt at vi arbejder på at få en systematisk model for afdelingernes henvisninger, og dette arbejde er indledt i efteråret 2008. En foreløbig evaluering vil foreligge i næste årsrapport.

Henvisere	Antal	%
Private organisationer og væresteder	62	57,4
Gadeplansindsats	5	4,6
Offentlige væresteder og herberger:	11	10,2
Andre offentlige gadeplansmedarbejdere	10	9,3
Kommunale sygeplejeklinikker / Falck	3	2,8
Hospitaler	2	1,9
Selvhenvender	8	7,4
Sagsbehandler	2	1,9
Andre brugere af SundhedsTeam / pårørende	5	4,6
Fra smitteopsporingsprojekt	0	0,0
I alt	108	100

Antal og procendel af henviste fra forskellige samarbejdspartnere 2008

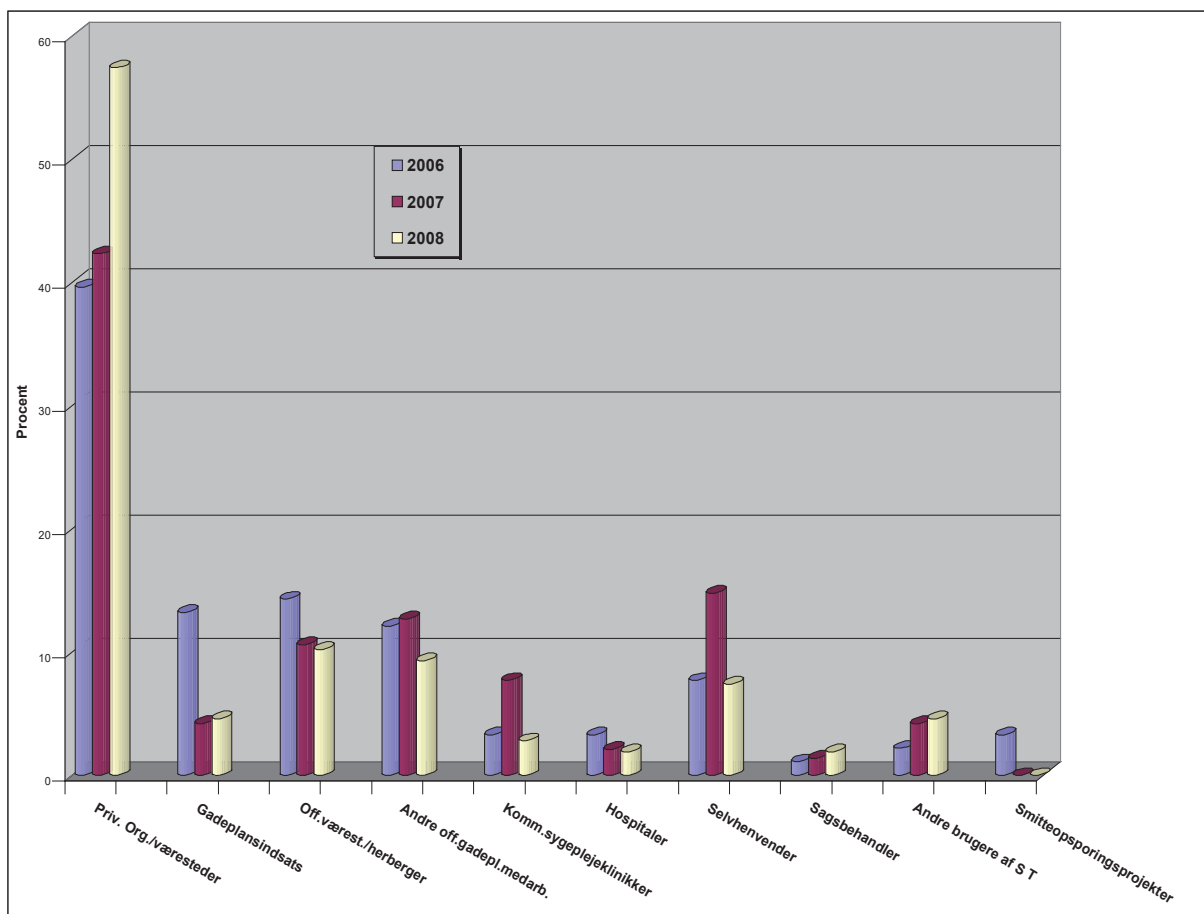


Antallet af henviste fra forskellige samarbejdspartnere 2008

Forskydningerne i henvisningsmønsteret er vist i de næste figurer og der er ikke nyt og uventet at finde her. Den kraftige stigning vi tidligere har set i antallet af selvhenvender er igen nede på niveauet for 2006, men alle, undtagen 1, er til gengæld indskrevet i andet halvår af 2008, så måske er den faldende års-tendens en umiddelbar effekt af konflikten.

	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)
Private organisationer og væresteder	39,6	42,3	57,4
Gadeplansindsats	13,2	4,2	4,6
Offentlige væresteder og herberger:	14,3	10,6	10,2
Andre offentlige gadeplansmedarbejdere	12,1	12,7	9,3
Kommunale sygeplejeklinikker / Falck	3,3	7,7	2,8
Hospitaler	3,3	2,1	1,9
Selvhenvender	7,7	14,8	7,4
Sagsbehandler	1,1	1,4	1,9
Andre brugere af SundhedsTeam	2,2	4,2	4,6
Fra smitteopsporingsprojekt	3,3	0	0
I alt	100	100	100

Procentuelle fordeling af henviste 2006 - 2008



Procentuel fordeling af henviste 2008

Responstid efter henvisning.

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

For første halvår 2008, som blandt andet omfattede sygeplejerskekonflikten, så vi at responstiden var steget markant fra 1,2 til 3,3 døgn med en nogenlunde uændret spændvidde. Der var endvidere færre end vi havde set i 2007, der blev opsøgt indenfor det første døgn.

For året som helhed er denne situation bedret, med en responstid på 2,9 dag og 95 % er set indenfor 7 dage.

Gennemsnit (dage)	2,9
Spændvidde (dage)	0 - 35
Andel der er kontaktet indenfor 7 dage	93,5 %

Responstid for kontakt, 2008.

2 ekstreme varianter på henholdsvis 26 og 35 dage giver dog en lille skævvridning. Fjernes disse er gennemsnittet 2,4 dag for responstid på henvendelser.

Gennemsnit (dage)	2,4
Spændvidde (dage)	0 - 13
Andel der er kontaktet indenfor 7 dage	95,3 %

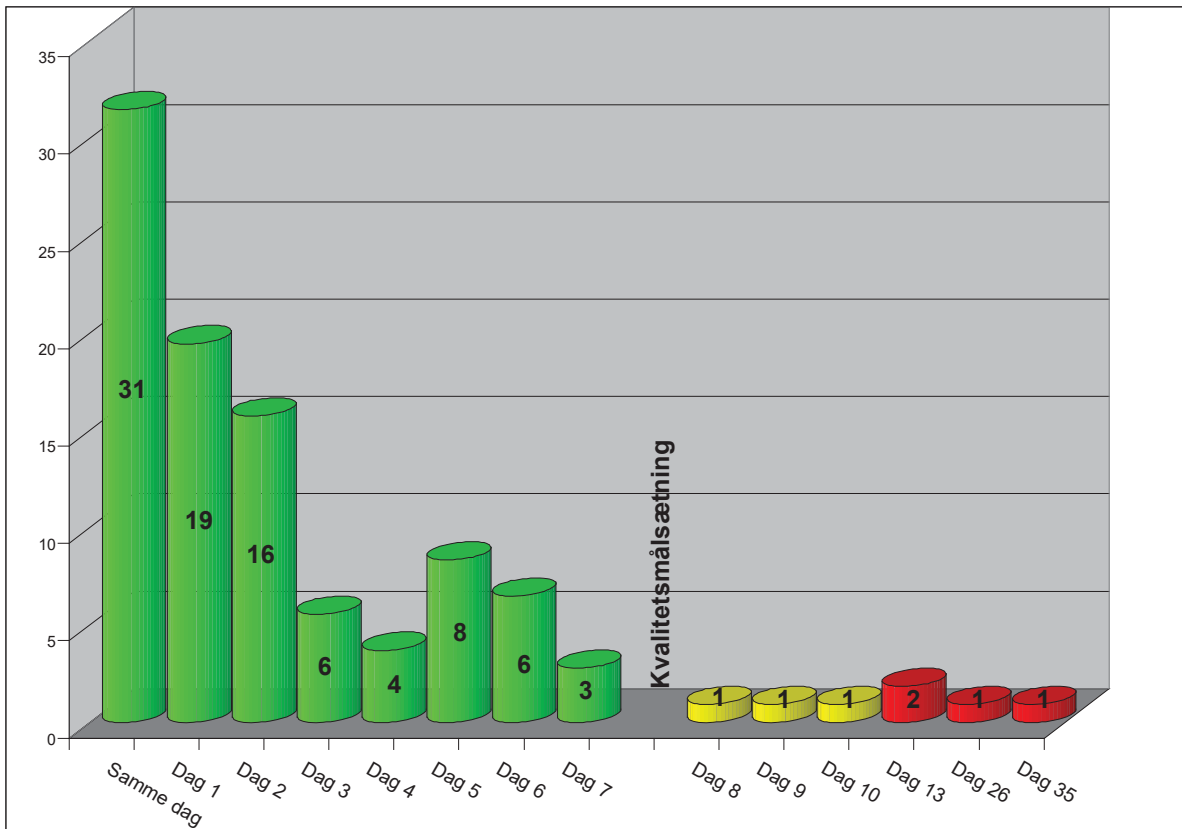
Responstid uden de 2 ekstremvarianter på henholdsvis 26 og 35 dage.

Responsmønstret for 2008 og 2007 fremgår af de følgende grafer, og som det ses er der en forskydning mod responstider på 2 til 5 dage, mens respons den samme dag er faldet med 20%.

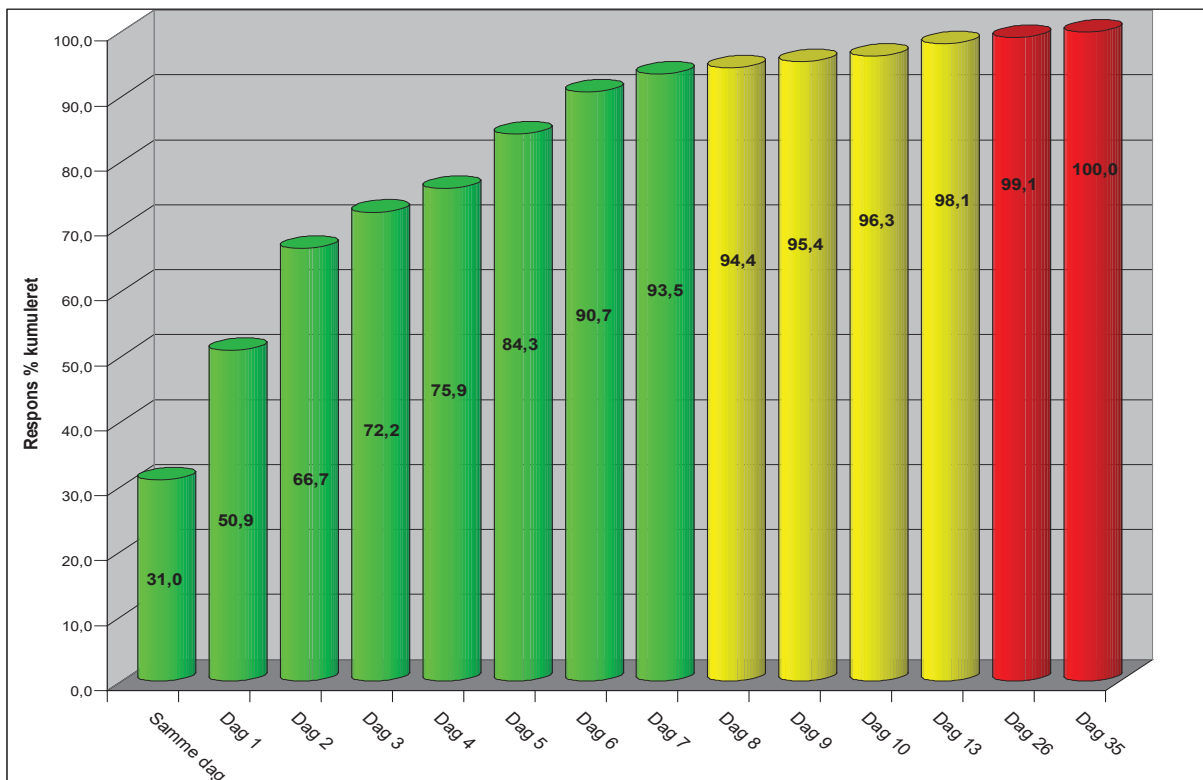
Vi diskuterede de ændrede responstider efter halvårsdata fra første halvår 2008, og den umiddelbare konklusion var at det skyldes den større andel af patienter vi ser fra blandt andet Kollegiet på Gammel Køge Landevej.

Der er for de patienter vi ser derfra den fordel at boligen er kendt og patienterne som oftest ikke har akutte behov, men at der som oftest reageres tidligere med bekymring fra medarbejderne, og at der derfor bedre kan planlægges med første kontakt når man alligevel skal besøge andre patienter. Da vi kræver at patienten er informeret og har accepteret at møde os, kan der efter den første henvendelse også være tale om at medarbejderen skal tilbage og informere.

En længere responstid for nogle patienter er derfor ikke nødvendigvis negativt, men udtryk for en større grad af planlægning, der også giver sig udtryk i det videre forløb, som det vises nedenfor.



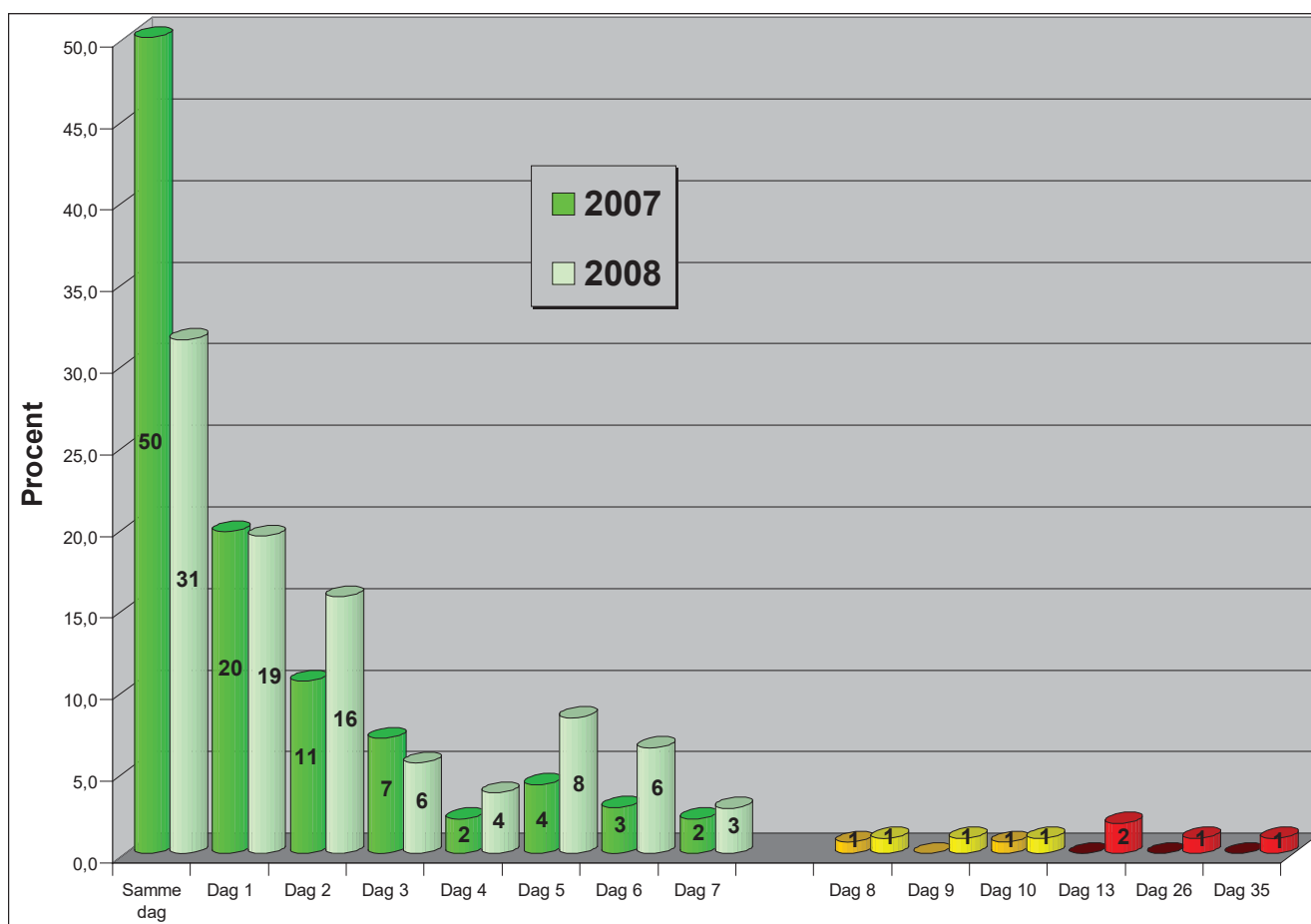
Andel der er set, fordelt på dage fra første kontakt. Grøn er acceptabel, gul er lige over og rød er uacceptabel responstid.



Responstid, kumuleret, for patienter set 2008.

	2008	2007	2006
Gennemsnit (dage)	2,9	1,4	1,8
Spændvidde (dage)	0 - 35	0 - 10	0 - 25
Andel der er kontaktet indenfor 7 dage	95,3 %	98,5 %	96,0 %

Responstid for kontakt, 2008, 2007 og 2006.



Sammenlignet responstid for 2007 og 2008. Grøn er acceptabel, gul er lige over og rød er uacceptabel responstid.

Responstid fra behandlingsbeslutning til behandlingens udførelse.

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

Hvor responstiden for kontakt er steget en smule, er responstiden for behandling til gengæld meget lav og endda marginalt forbedret i forhold til 2007.

At der er kortere tid fra patienten ses første gang til der indledes behandling skyldes hovedsagelig, at der er sket en gennemgribende manualisering af de fleste behandlingstiltag, og den enkelte sygeplejerske derfor meget hurtigt kan træffe beslutning om opstart af behandling.

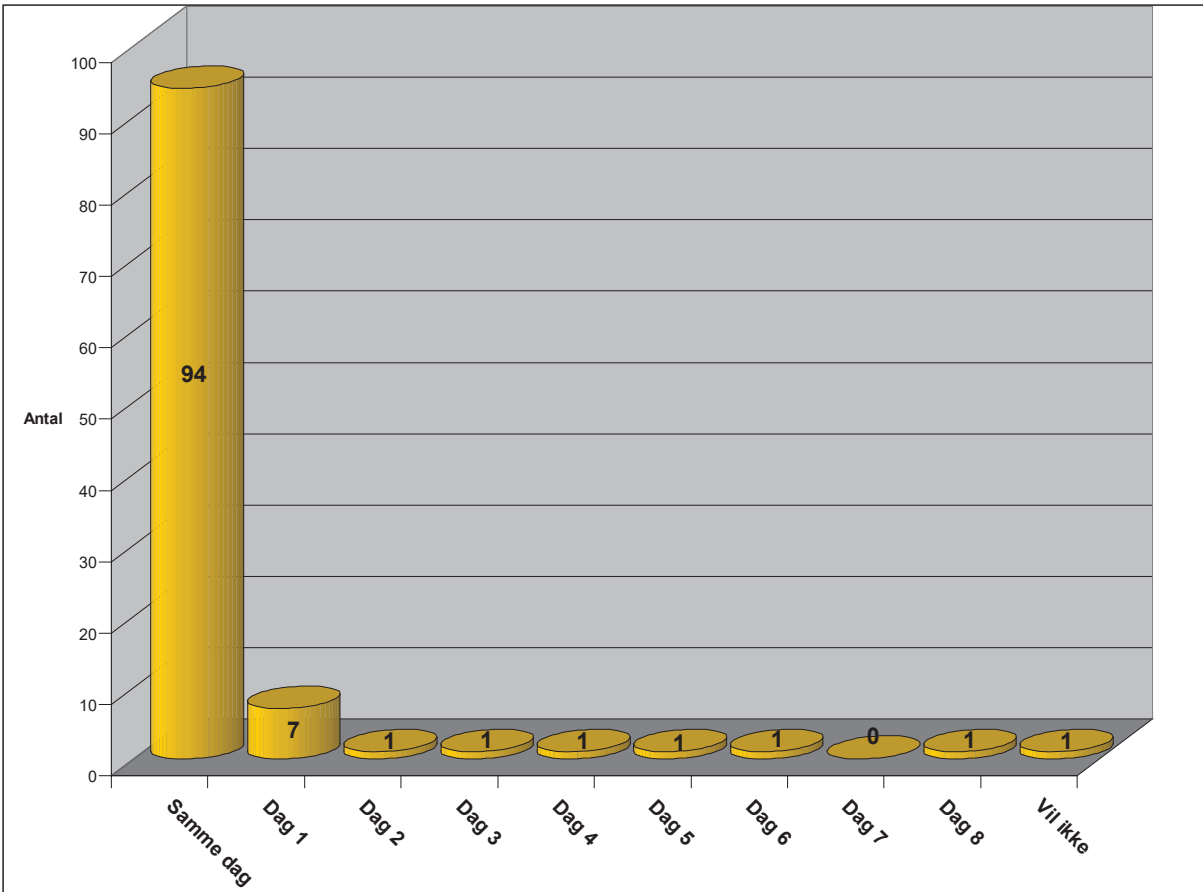
Behandling sker via uddelegering fra teamlæge, og det endelige behandlingsansvar ligger dér, men den danske lovgivning giver mulighed for uddelegering i bestemte rammer og med den fornødne instruks.

Gennemsnit (dage)	0,3
Spændvidde (dage)	0 - 8
Andel der er sat i behandling indenfor 7 dage	98,1 %

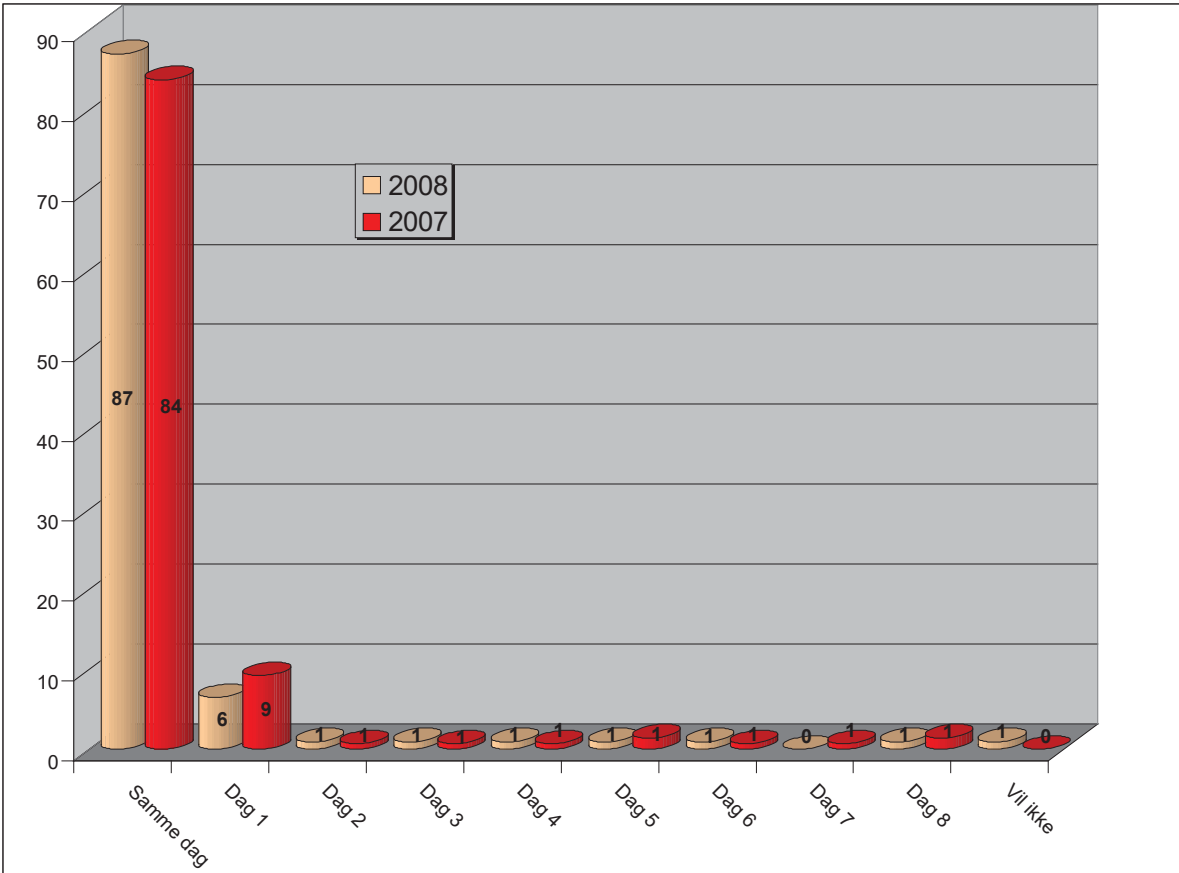
Responstid på behandling 2008.

Den gennemsnitlige reaktionstid, hvor langt hovedparten af patienterne sættes i behandling ved første møde viser, at der er fokus på det der har vist sig vigtigt med vores patientgruppe, nemlig at reagere når mødet er kommet i stand. Meget hyppigt har vores patienter oplevet at behandlingssystemer kræver flere møder og samtaler for behandling kan iværksættes, og det er i høj grad det der hos den enkelte opfattes som langsommelighed, og så problemer med at overholde mange aftaler der har givet problemer med længerevarende behandling tidligere.

	2008	2007	2006
Gennemsnit (dage)	0,3	0,5	1,2
Spændvidde (dage)	0 - 8	0-14	0-14
Andel der er sat i behandling indenfor 7 dage	98,1 %	98,5 %	93,0 %



Responstider for behandling, procent.



Responstider for behandling 2008 og 2007, procent

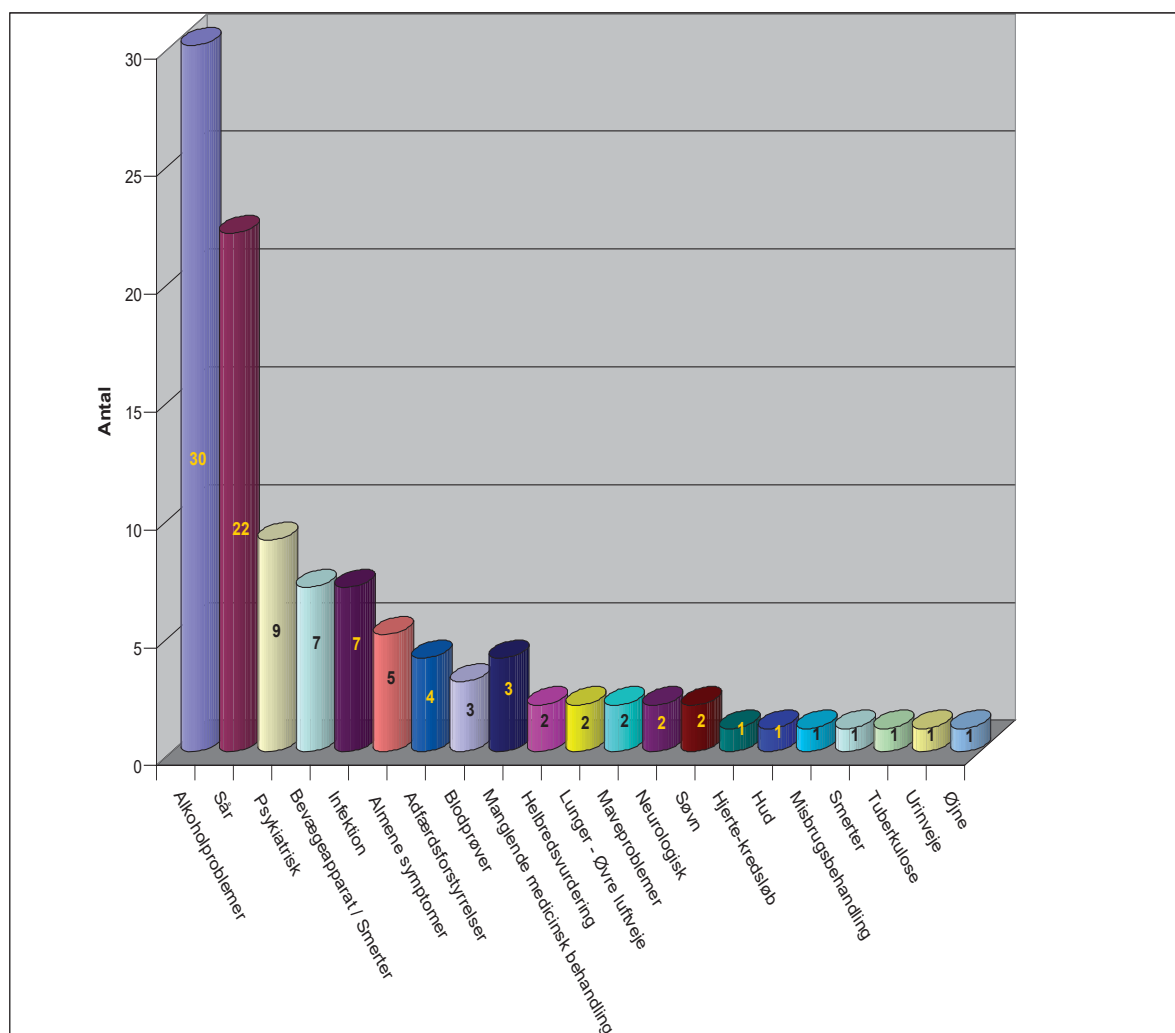
Henvisningsårsager

Henvisningsårsager er de grunde henviseren giver til at der er behov for kontakt med SundhedsTeam. Henvisningsårsag er ikke det samme som en diagnose, men en præsentation af de problemstillinger, som den der henviser, ser.

I 2007 oplevede vi at der kom en større diversitet i henvisningsmønsteret, men også at det blev mere præcist. Denne udvikling er den samme i 2008.

Som det ses er henvendelser om alkoholmisbrug vokset, mens andelen af sår er tre til fire gange større end i 2007.

Der er nogenlunde den samme henvisningsfrekvens af generelle psykiatriske årsager og en spredt vifte af legemlige (somatiske) problemer.

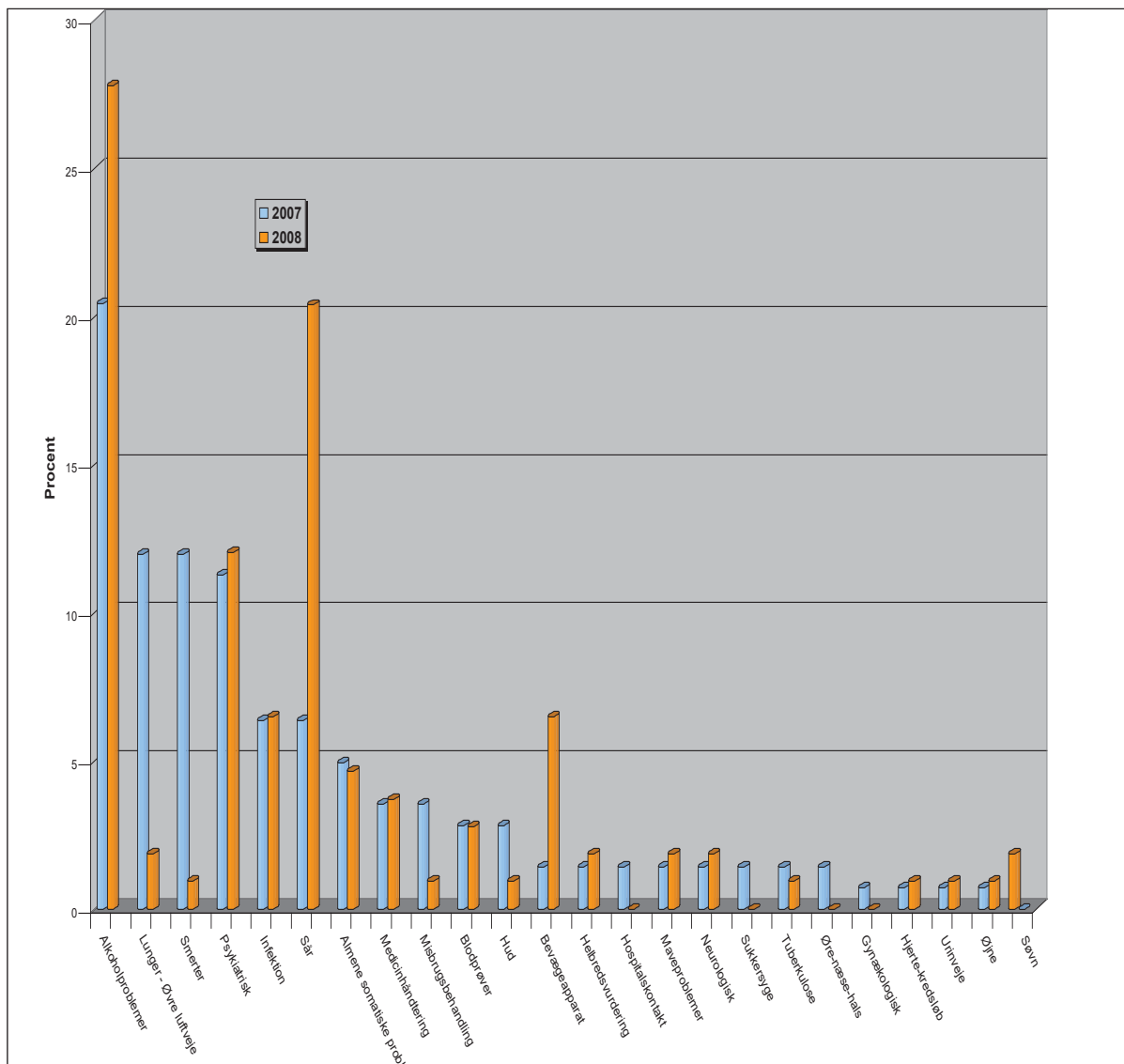


Henvisningsårsager, antal, 2008

I 2007 var 55 % af årsagerne til henvisning er dækket af 4 henvisningsgrupper: Alkoholproblemer, luftvejssygdomme, smerteproblemer, psykiatriske problemstillinger, som ikke umiddelbart var misbrugsrelaterede.

I 2008 er billedet grundlæggende uændret, men vi har dog set en hel del flere med sår, hvilket kan skyldes kontakten med Gaderummet og flere tilfælde af udbrud af sår i forskellige bydele hvor vi rykkede ud og foretog podninger på alle, der var til stede.

De fire første grupper: Alkoholproblemer, sår, psykiatri og bevægeapparatproblemer inklusive smerter, dækker i 2008 ca. 68 % af samtlige henvendelser.



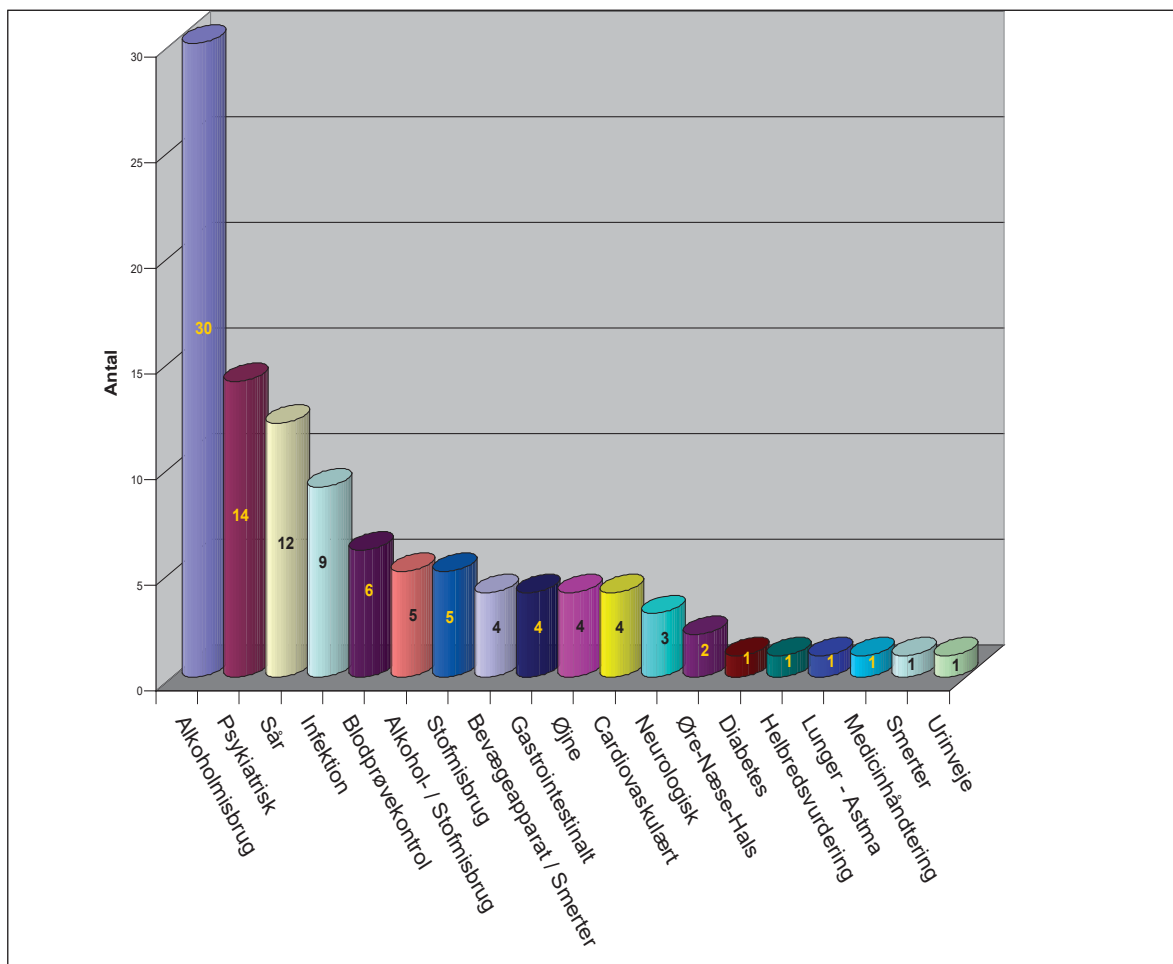
Henvisningsårsager i procent, 2007 og 2008

Variationen mellem 2007 og 2008 er tydelig i ovenstående graf, hvor vi blandt andet også ser en stor nedgang i henvisning for lunge- og luftvejsproblemer, som ikke kan forklares umiddelbart.

Indskrivningsdiagnoser

Indskrivningsdiagnosen er den diagnose, der stilles efter patienten er tilset. Det er den første såkaldte aktionsdiagnose, som vi stiller i forbindelse med første møde med patienten. Alle andre problemstillinger er derfor heller ikke med i denne opgørelse. Henvisningsdiagnosen er interessant fordi den giver et billede af om der sker ændringer i de patienter vi ser, og om den opfattelse omgivelserne har af hvilken funktion vi har, ændres. Hvis der pludselig er en markant ændring i mønstret, kan det betyde en ændret sygelighed i målgruppen, som det kan være relevant at undersøge, eller det kan betyde et ændret henvisningsmønster, hvor vi får henvist andre end kernemålgruppen.

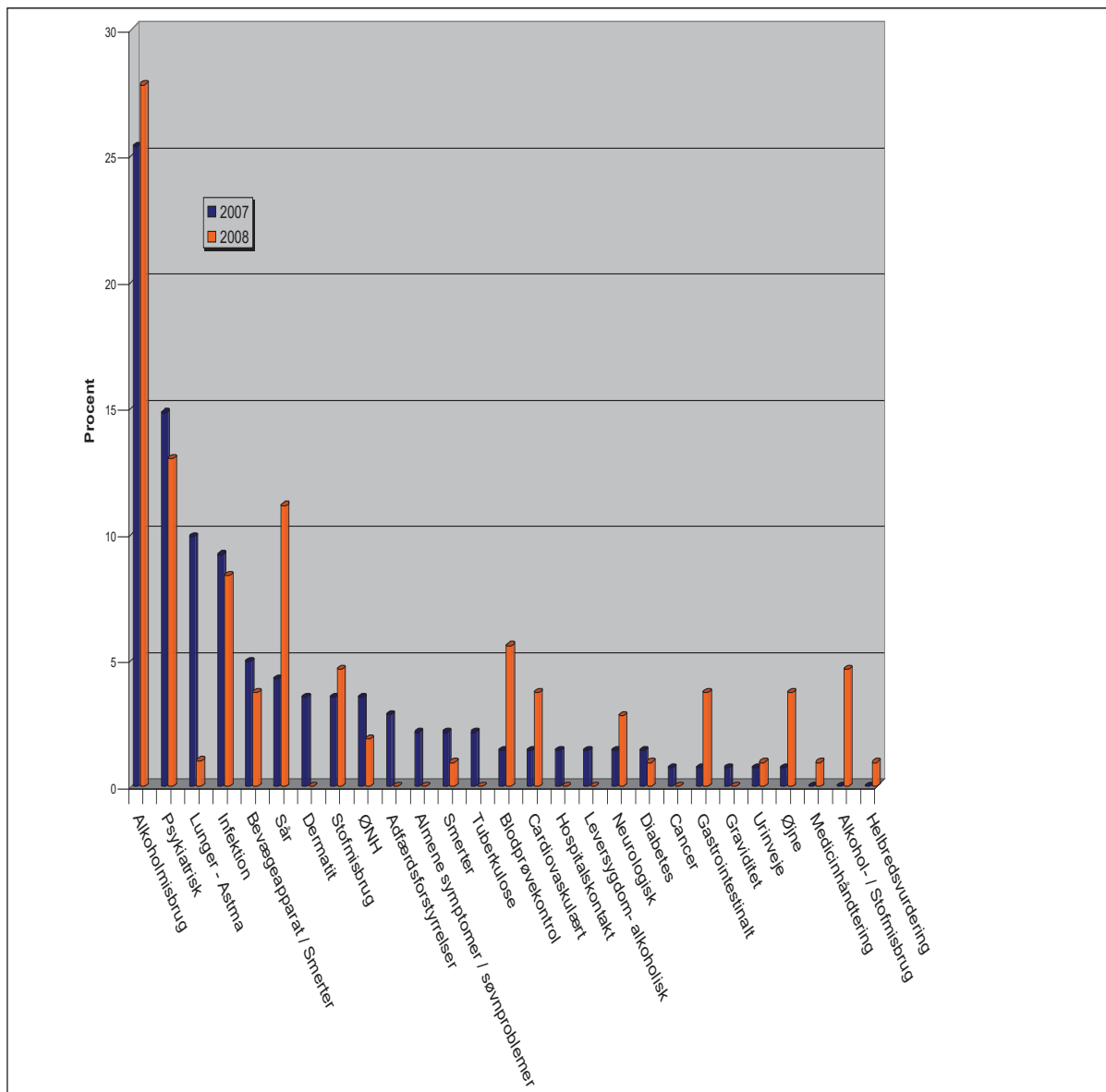
En problematikken med sårudbrud som vi så to gange i løbet af 2008 på blandt andet Christianshavn og Kultorvet, vil skabe forskydninger mellem årene, men det er med til at give et indtryk af den generelle sundhedstilstand på gaden.



Indskrivningsdiagnoser 2008

Alkoholrelaterede diagnoser og psykiatri udgør 44 % af de problemstillinger vi behandler i første omgang, mens en bred vifte af somatiske problemstillinger.

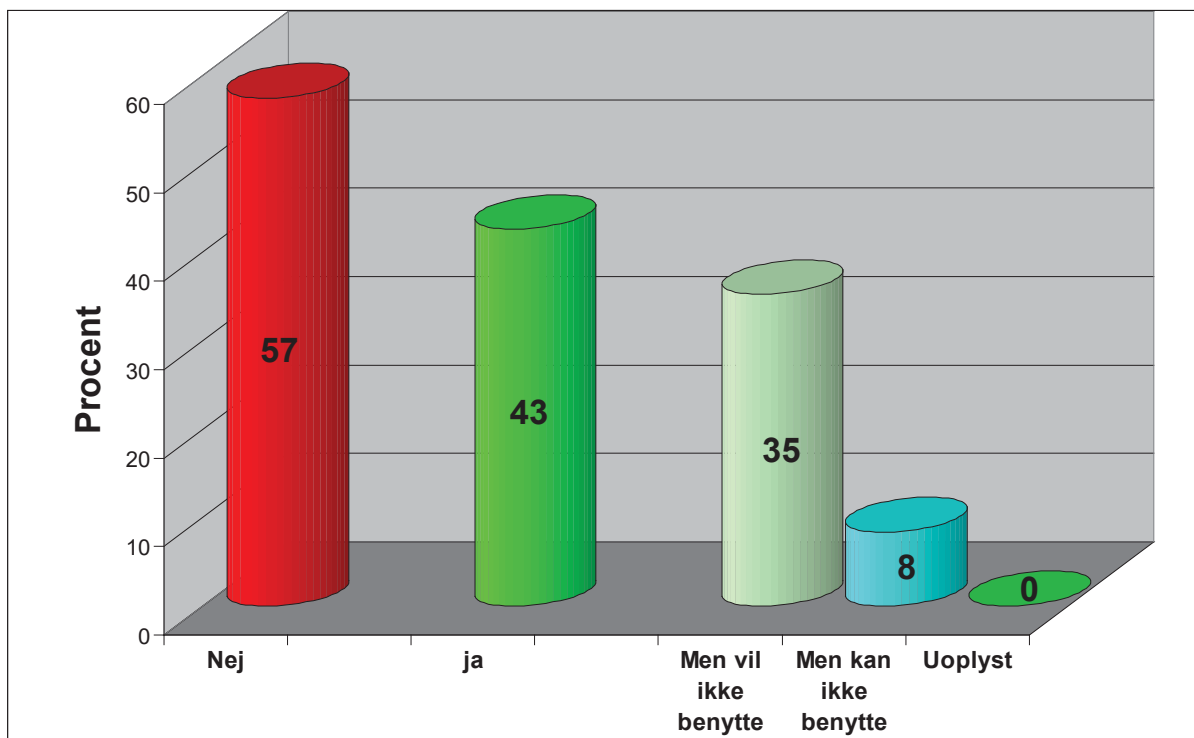
Alkoholmisbrugsdiagnoserne som er årsag til første kontakt fylder meget, og det bliver det ved med at gøre, hvis der er en fortsat tilknytning til SundhedsTeam. Der bliver dog efterhånden et bredere fokus på det generelle helbred.



Forskelle i indskrivningsdiagnoser henholdsvis 2008 og 2007

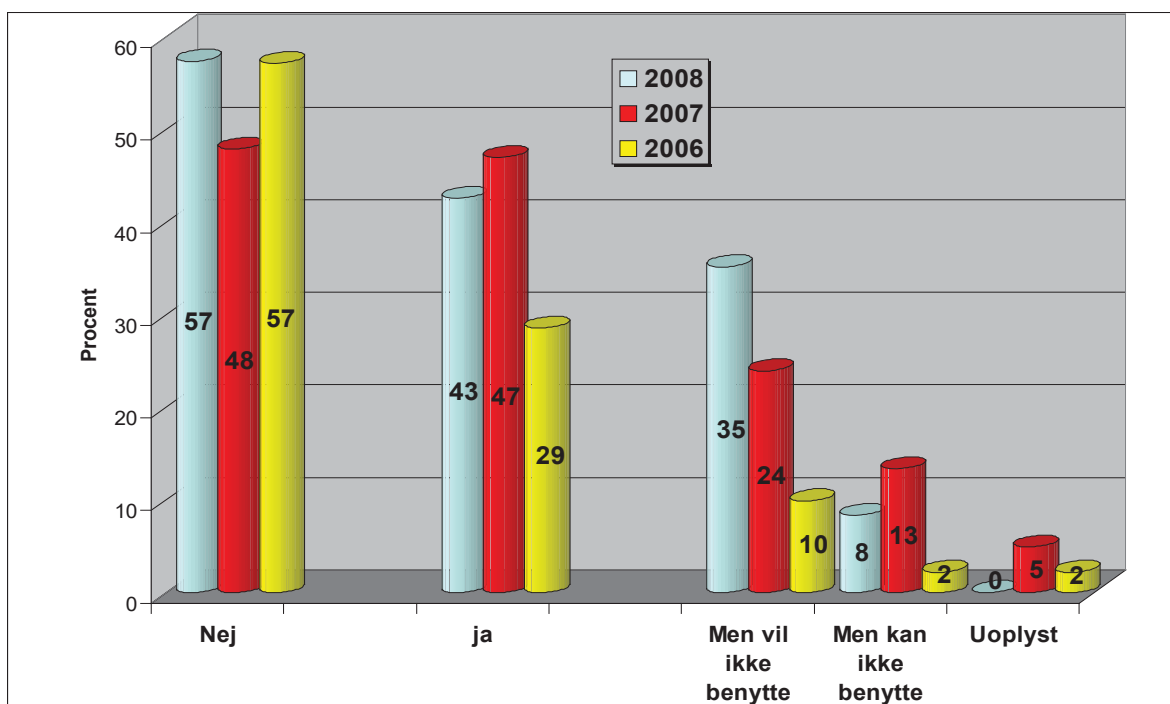
Kontakt med egen læge

Da socialt udsatte hjemløses svigtende kontakt med sundhedsvæsenet i almindelighed og egen praktiserende læge i særdeleshed er en af grundene til SundhedsTeams eksistens, vil vi typisk se at vores patienter enten ikke kender den læge der står på sygesikringskortet, eller ikke kan eller vil benytte vedkommende. Der er ofte ikke noget personrelateret i fravalget, men man magter ikke at benytte systemet med de krav om fremmøde og opførsel der er i en almindelig praksis.



Kontaktforhold til egen læge 2008.

Billedet ændrer sig ikke sig ikke voldsom over årene. Dette års gennemgang viser dog at vi ikke har været helt konsistente i vores opgørelse i 2006 og 2007. Der er således et stort spring fra 2006, hvor vi har opgjort at 29 % kender egen læge, til 2007 hvor 10 % opgiver at kende egen læge. Der er dog tale om en regnefejl idet vi spørger om vedkommende kender til praktiserende læge eller om han ikke kender ham. Kender patienten ham, spørger vi hvorfor han ikke benytter egen læge og der er her 2 valgmuligheder. Søjlerne til højre på grafen er altså delmængder af ja-svarene bortset fra i 2007, hvor 10 % ikke har oplyst hvorfor de ikke benytter egen læge. Kolonnen uoplyst dækker over at der ikke er indhentet oplysninger.



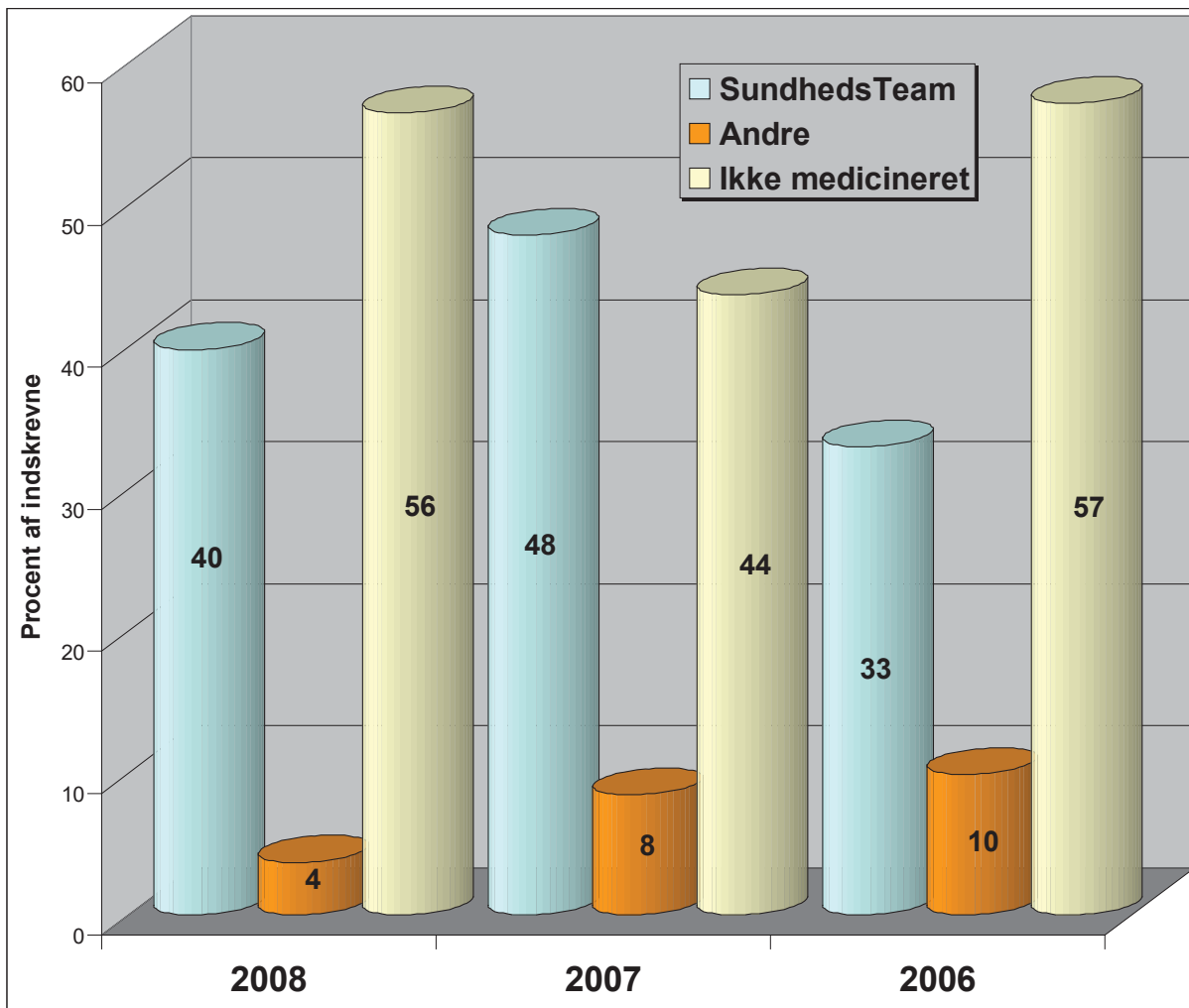
Kontaktforhold til egen læge henholdsvis 2006, 2007 og 2008.

Medicin udleveret af SundhedsTeam

SundhedsTeam sørger for medicin hvis patienten ikke kan betale eller på anden måde ikke er i stand til selv at sørge for at skaffe den ordinerede medicin. En af årsagerne til hyppige behandlingssvigt er, at patienten måske nok kan finde ud af at benytte en skadestue og få en recept, men at der meget ofte er andre prioriteringer, når medicinen skal hentes og betales.

SundhedsTeam hjælper gerne andre sundhedsinstitutioner med at sørge for medicinering, hvis compliance er dårlig og vi giver derfor her medicinen på andres ordination. Det er dog en forholdsvis lille andel der modtager medicin ordineret af andre, og andelen bliver mindre år for år som det ses i nedenstående graf.

Andelen der ikke modtager medicin af SundhedsTeam, men andre former for behandling er nogenlunde konstant.



Medicinsk behandling. I 2008 får 40 % medicin der er ordineret af SundhedsTeam, 4 % får medicin ordineret af andre læger og 56% får behandling der ikke inkluderer medicin.

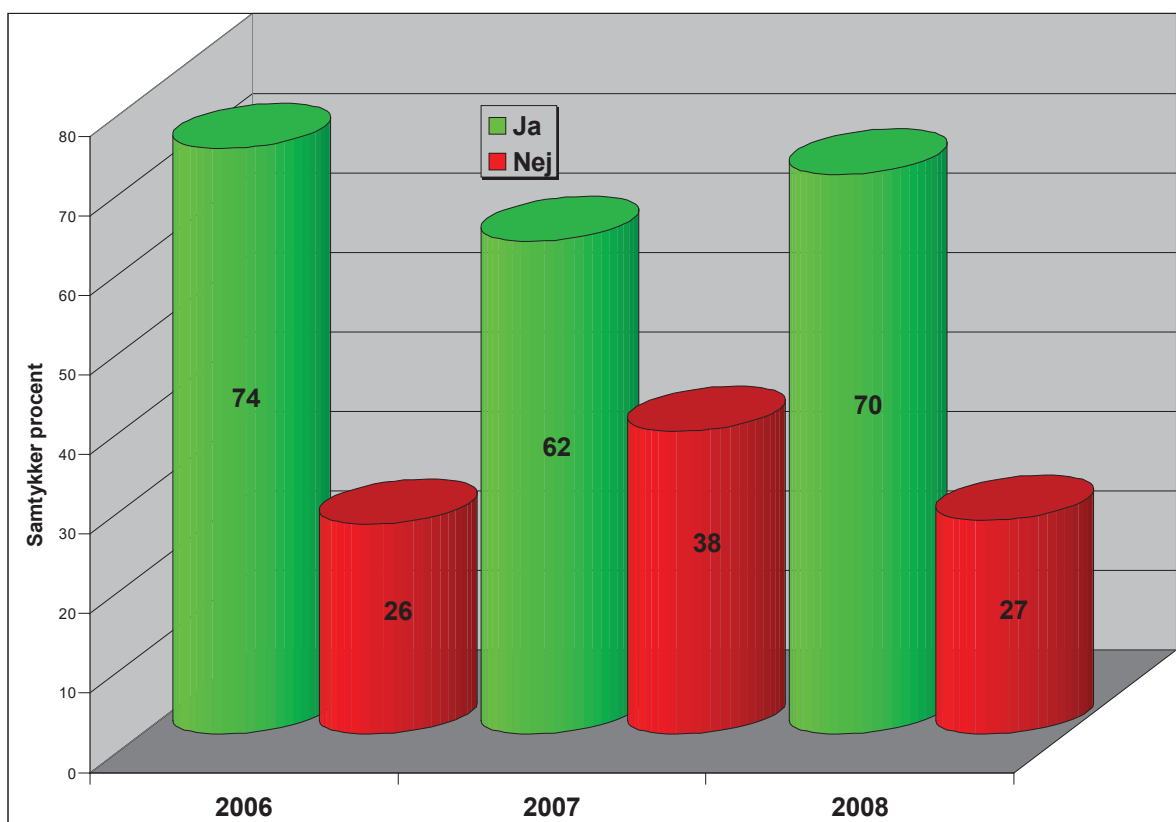
Samtykke til kontakt med sundhedsvæsenet etc.

Journal samtykke udbedes ofte tidligt i forløbet for at vi kan kommunikere med det øvrige sundhedsvæsen. Er kontakten med patienten meget kort opnås der oftest ikke samtykke (og bedes ikke om det). Dette ses især ved kortvarig rådgivning. Vi har i år valgt at se nærmere på om der er mønstre i hvem der giver samtykke til informering, eller til at indhente information udenfor SundhedsTeam, for eksempel i sundhedsvæsenet.

For 2008 foreligger der samtykke til samarbejde med det øvrige behandlingssystem for 70 % af patienterne. Og det adskiller sig ikke stort fra de øvrige år.

	Antal	% af samtlige
Ja	76	70
Nej	29	27
Ikke registreret	3	3

Fordelingen af samtykker, 2008



Samtykkerefrekvens i årene 2006-8.

For at se nærmere på om den andel der ikke afgiver samtykke har nogle fælles karakteristika, har vi i år lavet en lidt grundigere analyse. En del af de private væresteder har stor beskyttelse af brugernes privatlivsret, og man kunne forestille sig at der for patienter der er henvist fra disse væresteder var en meget lav andel der gav samtykke til indhentning af sundhedsoplysninger.

Det ligger implicit i SundhedsTeams funktionsmåde, at det ikke må stå i vejen for behandling at patienten ikke afgiver samtykke, så der er en vid mulighed for at nægte samtykke, men som det ses i grafen herover er frekvensen af samtykker nogenlunde ens fra år til år.

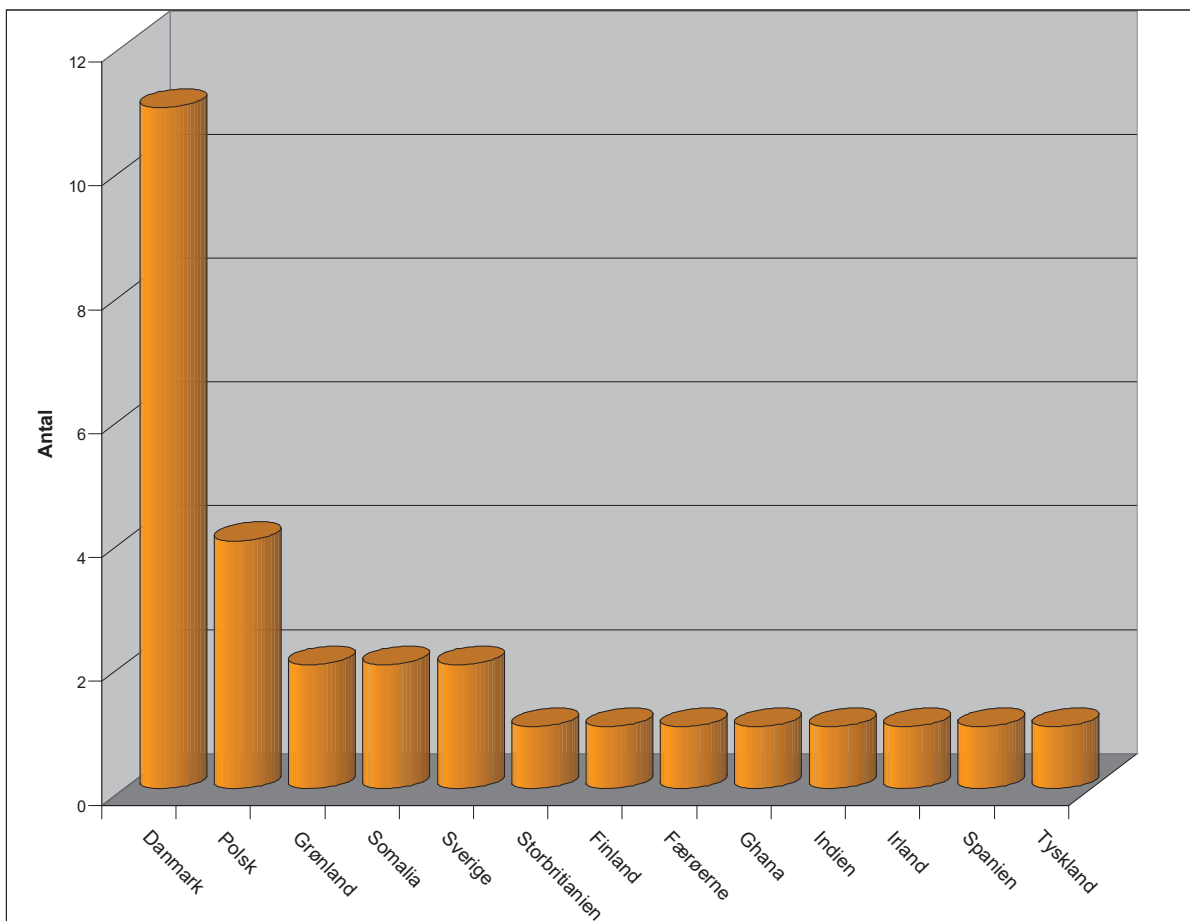
Det største antal personer der ikke afgiver samtykke er henvist fra private væresteder, men den største andel er af gruppen selvhenvendere, så den gruppe der er mest aktivt søgende SundhedsTeam, har måske også et ønske om at stå udenfor mainstream systemet.

Patienter fra de private væresteder adskiller sig i samtykkefrekvens ikke fra henviste fra kommunale institutioner.

	Antal	% af samtlige henvendelser fra denne instans
Kommunal	5	24
Privat	18	29
Selvhenvender	5	63
Andre patienter	1	20

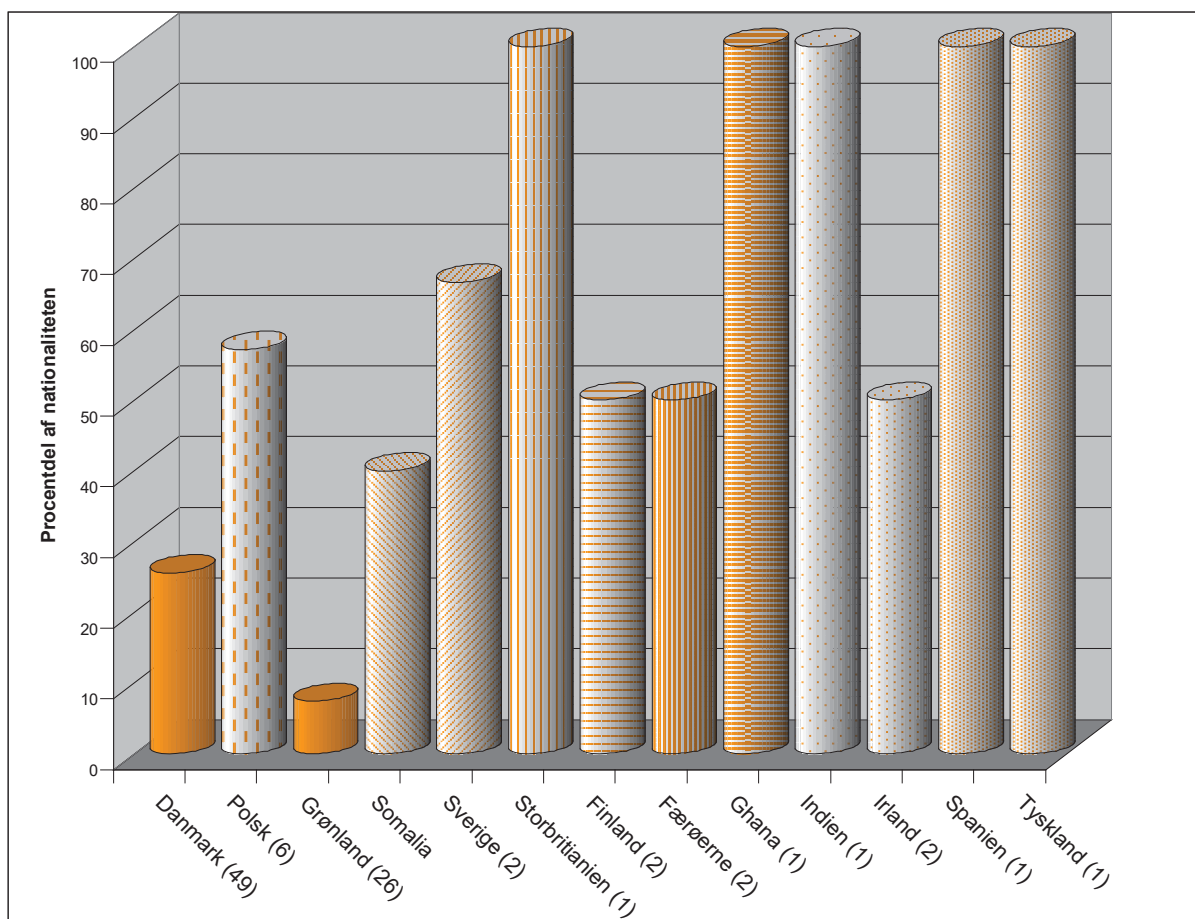
Manglende samtykke fra 29 patienter, relateret til henviser.

Nationaliteten for de personer der ikke afgiver samtykke fremgår herunder. Det største antal er danske og dernæst polske og grønlandske. For de polske er det op mod 2/3 som ikke afgiver samtykke, mens andelen af Grønlandske borgere er den laveste af alle.



Nationalitet for personer der ikke afgiver samtykke.

Kun for den danske og grønlandske population er der i realiteten nok personer til at udregne en realistisk procentdel. Når for eksempel én Indisk patient ikke afgiver samtykke, tæller han for 100 % af sin nationalitet,



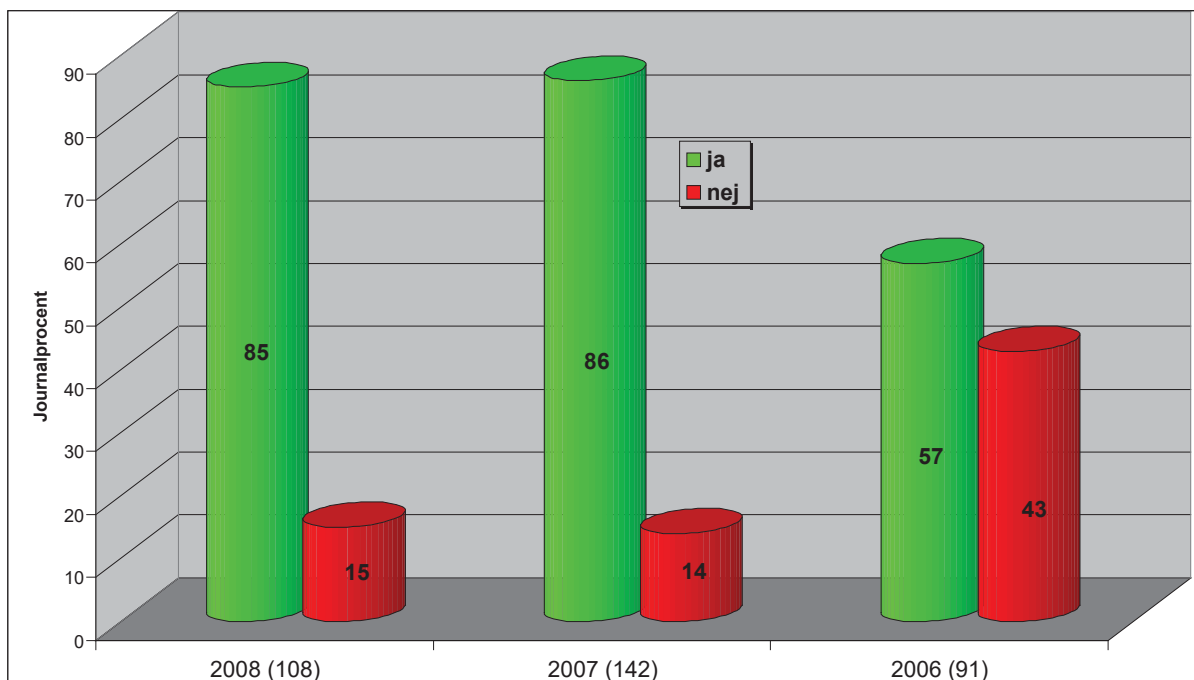
Procentdel af den enkelte nationalitet, der ikke afgiver samtykke.

De personer der ikke afgiver samtykke, ser altså ikke umiddelbart ud til at adskille sig, hvad angår stedet de henvises fra eller nationalitet. Vi vil i rapporten for 2009 forsøge at se lidt nærmere på hele patientgruppen fra de 4 år der på det tidspunkt vil være til rådighed.

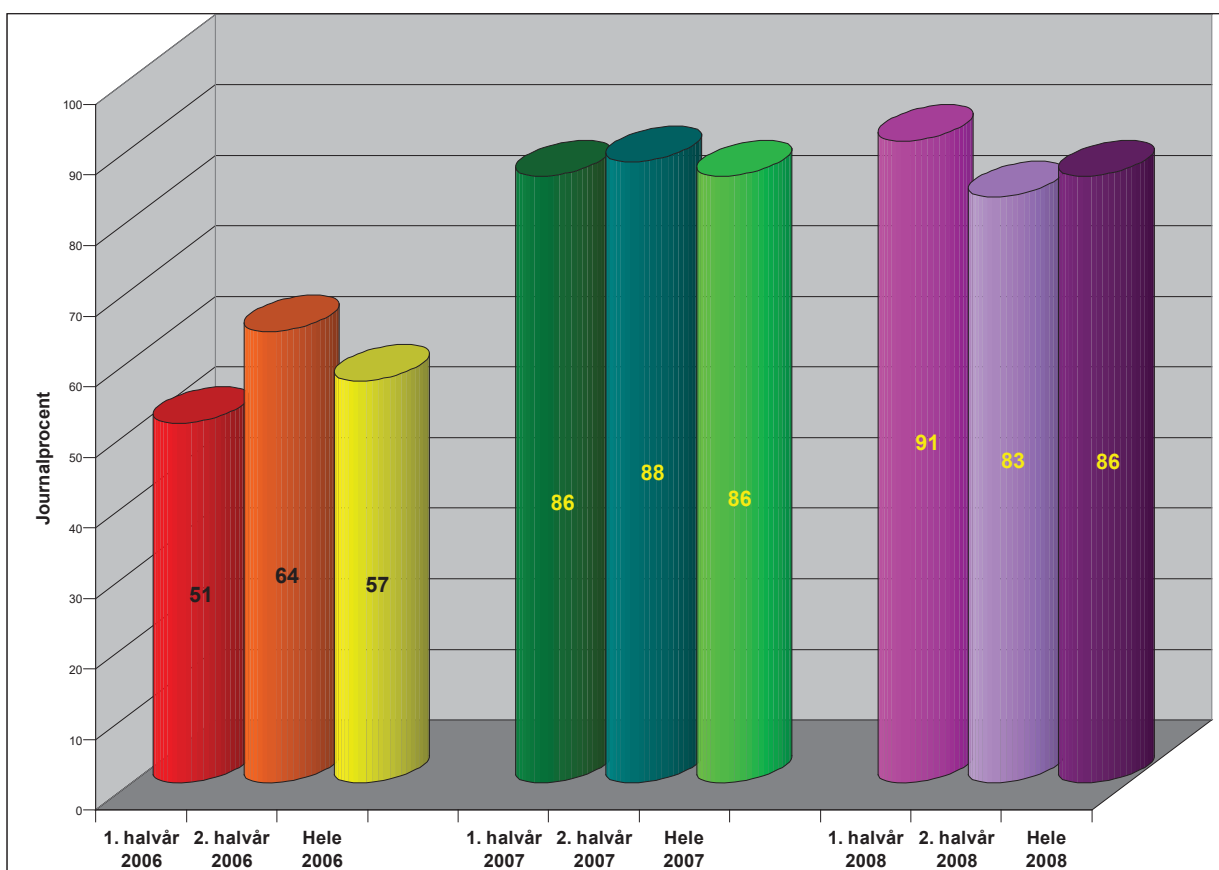
Journaludfyldelse

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

Journaludfyldelsesnormen er sat for at sikre, at flest muligt får igangsat systematisk behandling. Når journalen er oprettet er den basis for al videre behandling og tiltag. Samtidig er journalen basis for den gennemgribende dataopsamling. Vi har haft diskussion om hvornår journal oprettes, for eksempel om det er betimeligt at gøre når man kun har en kort kontakt med en patient men er endt på at alle registreres da kontakt med SundhedsTeam er indikator for alvorlige problemer og vi samtidig har kunnet se at mange af de korte kontakter siden er genoptaget og udviklet. 2007 var året hvor journalføringen blev helt systematisk, idet 86 procent af alle kontaktede patienter fik optaget journal, og den gode trend er fortsat så det også i 2008 er 86 %.



Journalprocent 2006- 2008. Tallet i parentes er antallet af indskrevne i året



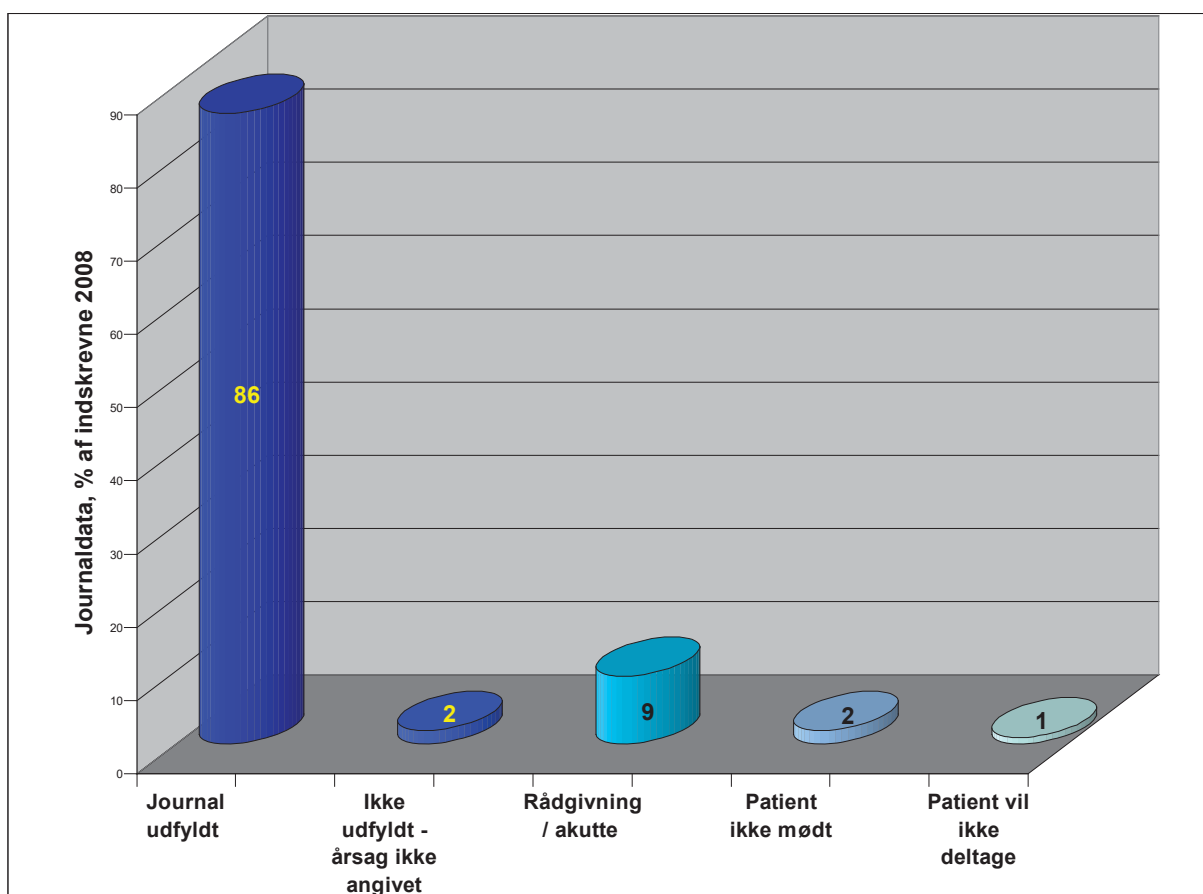
Journaldækning 2006 - 2008

Der kan være flere årsager til at journaler ikke udfyldes. Hvis der er tale om en meget kort kontakt hvor der ikke kan udfyldes nogen form for personoplysninger, eller hvis patienten fortryder at ville tale med os. Erfaringsmæssigt er det dog en så kraftig markør for svære problemer, at man overhovedet har kontakt med SundhedsTeam, at vi som oftest registrerer de få data vi kan.

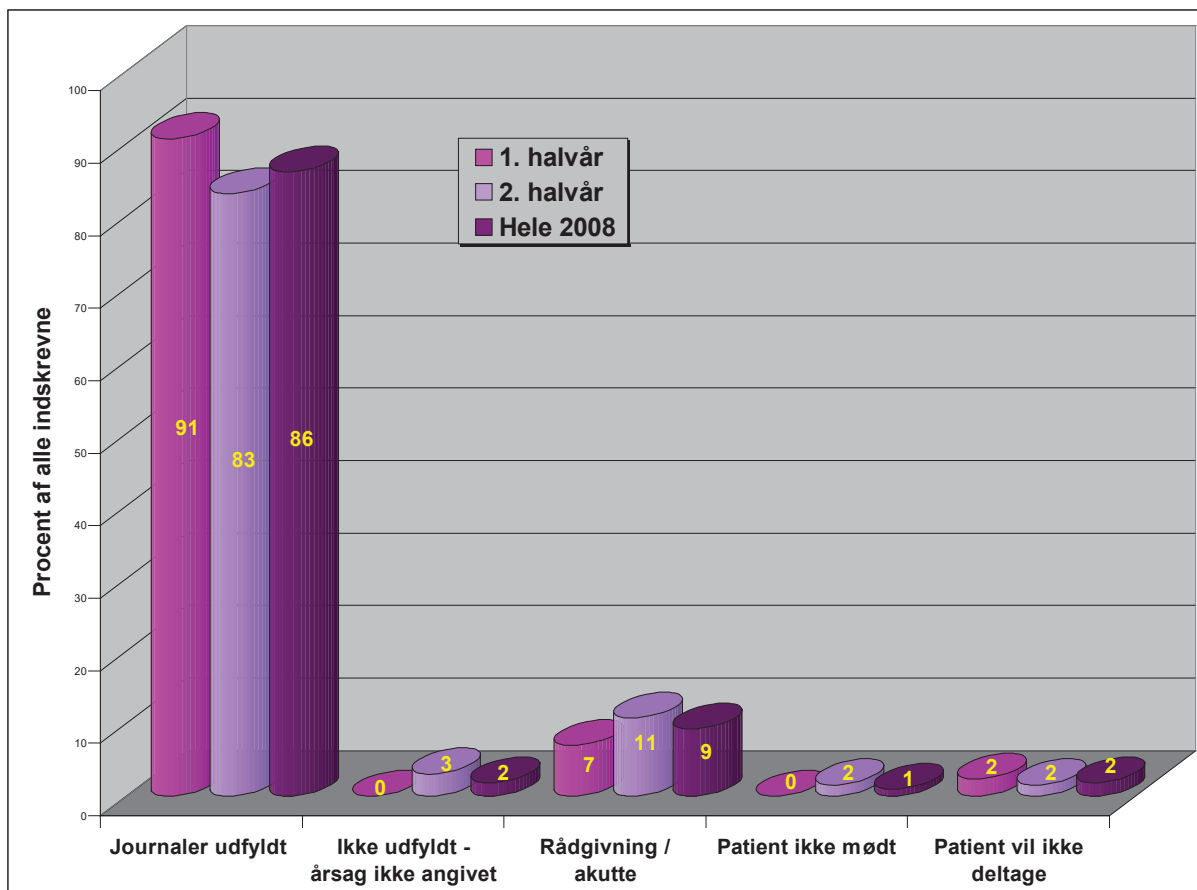
Som det ses er journaldækningen gennem 2007 og 2008 stort set jævn. Der har ikke, som der var tale om tidligere, været nogle patienter som først har fået samlet oplysninger efter flere måneder. Dette må tages som udtryk for at der er en høj grad af systematik i visitationsprocessen, men også som udtryk for at der ikke er den store reservation overfor at afgive personlige oplysninger. Der er således ikke nogen særlig variation i journalisering hen over året, som vi så i 2006.

Ser man på de patienter som ikke har fået udfyldt journaler, er der også en helt klar trend. Der er kun få hvor det ikke er oplyst hvilken årsag der er til den manglende udfyldelse mens hovedparten af de manglende journaldata skyldes at der har været tale om en kort rådgivning hvor det ville have været modproduktivt at begynde at optage systematisk journal.

Et eksempel på dette kunne være en ung person som hænger ud sammen med andre af vores unge patienter, og som har en bekymring vedrørende sit helbred eller stoffer. Ofte kan problemet klares med en kort rådgivning, men vi har set mange gange at den ukomplicerede rådgivning kan føre til tættere kontakt senere. Vi opretter derfor en journal med en kort beskrivelse, hvor der kan mangle persondata som så udfyldes senere.



Årsager til manglende udfyldning af journaler 2008



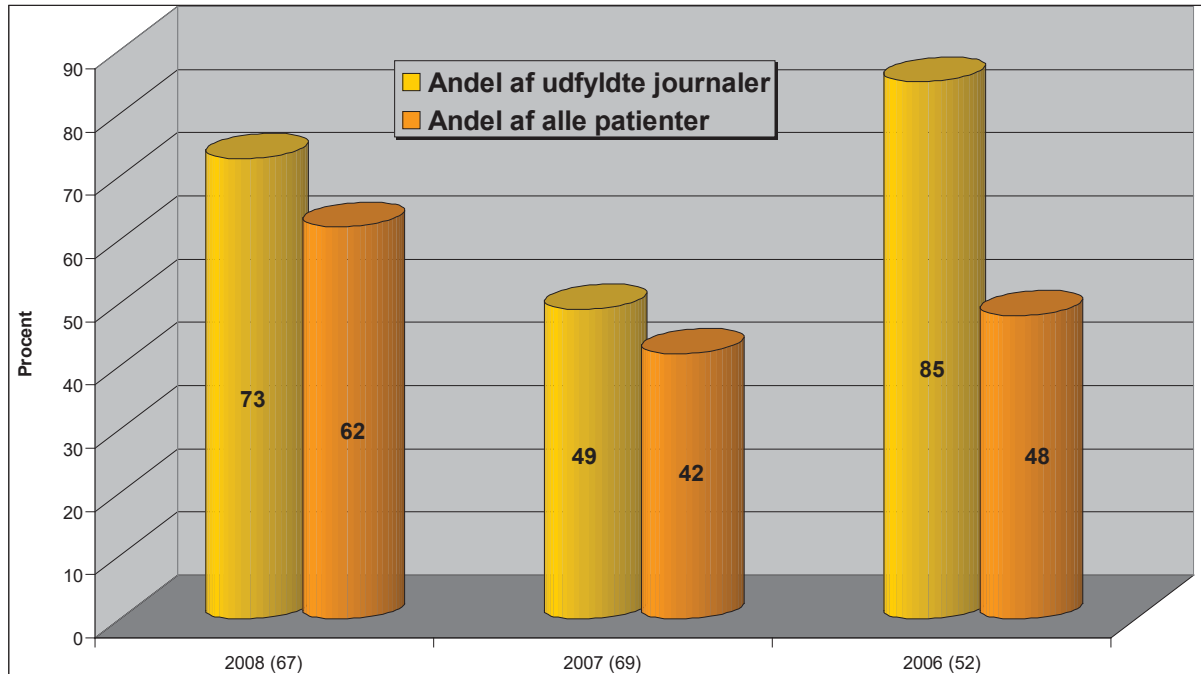
Årsager til manglende udfyldning af journaler 2008, fordelt på halvår

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.

Blodprøvetagning er blevet en integreret del af optagelse af sundhedsdata for den enkelte patient. To patienter har ikke fået optaget journal men kun blodprøver, men som hovedregel er blodprøver taget i forbindelse med journalisering og opstart af behandling.



Blodprøvetagninger som andel af dem der har fået udfyldt journaler og som andel af dem hele patientgruppen. Tallet i parentes er antallet af blodprøvesæt i året

I 2006 var journalprocenten 57.

- 85 % af dem der fik udfyldt journal fik også taget blodprøver,
- Svarende til at 48 % af alle fik taget blodprøver.

I 2007 var journalprocenten 86.

- 49 % af dem der fik udfyldt journal har også fået taget blodprøver.
- Svarende til at 42 % af alle fik taget blodprøver.

I 2008 er journalprocenten 85.

- 73 % af dem der fik udfyldt journal har også fået taget blodprøver.
- Svarende til at 62 % af alle fik taget blodprøver.

Vi har altså i 2008 en stabilt høj journalprocent og samtidig en meget højere andel der får taget blodprøver - en stigning på 24 % i forhold til 2007.

Det betyder at selvom andelen af patienter er mindre end i 2007 er *antallet* af patienter der får taget blodprøver uændret.

Den høje andel af patienter der får taget blodprøver betyder, at vi for første gang overholder kvalitetsmålene for både journalføring og blodprøvetagning.

Blodprøveandelen har haltet efter som det eneste af vores primære kvalitetsnormer, men alle er nu gennemført.

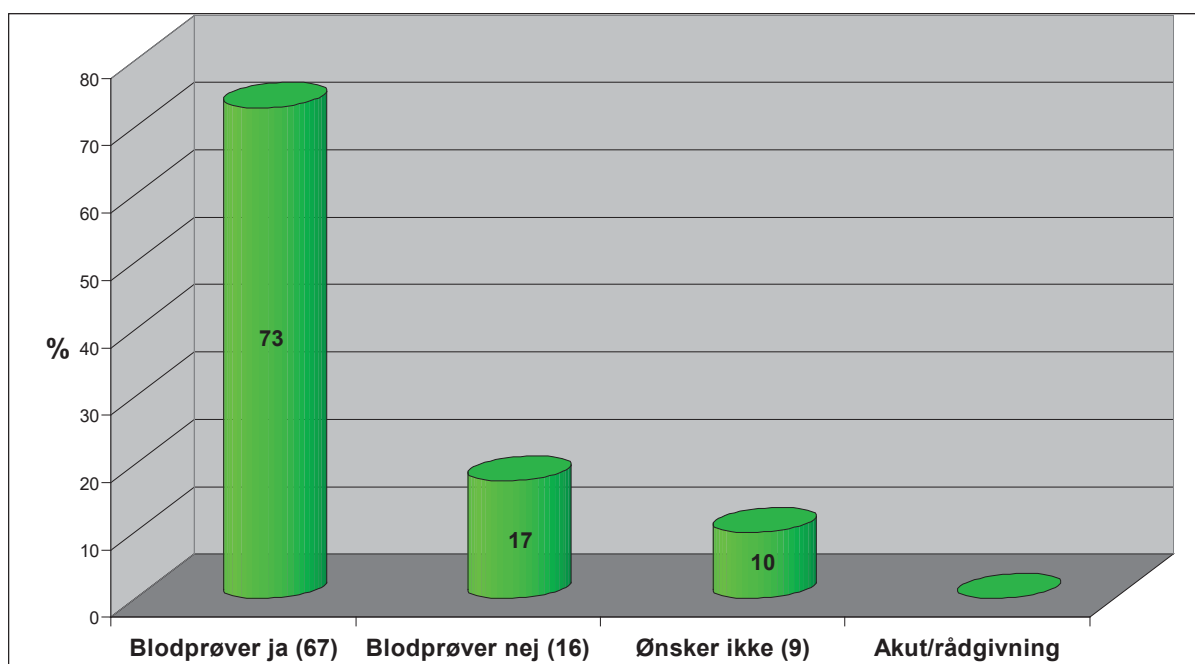
Med næste årsrapport for 2009 vil der være blodprøvesvar for ca. 250 patienter, og vi vil der gennemgå elementerne i blodprøvesættet i detaljer.

For hele patientgruppen fordeler blodprøvetagningen sig sådan:

Journal udfyldt	Antal	Blodprøver Taget? Ja	Blodprøver Taget? nej	Ønsker ikke	Akut / rådgivning
Ja	92	67	16	9	0
Nej	16	2	7	1	6

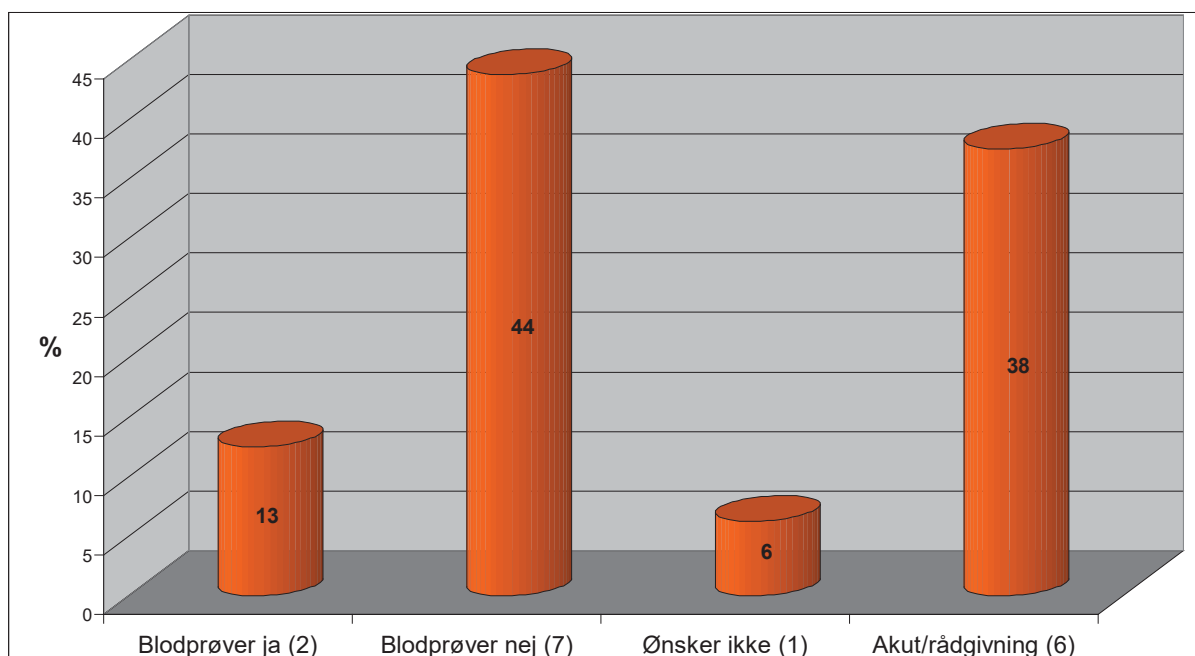
Journaludfyldelse og blodprøver - 2008

For gruppen der har fået udfyldt journal er der 25 der ikke har fået taget blodprøver, heraf er der 10 som eksplicit ikke har ønsket det.



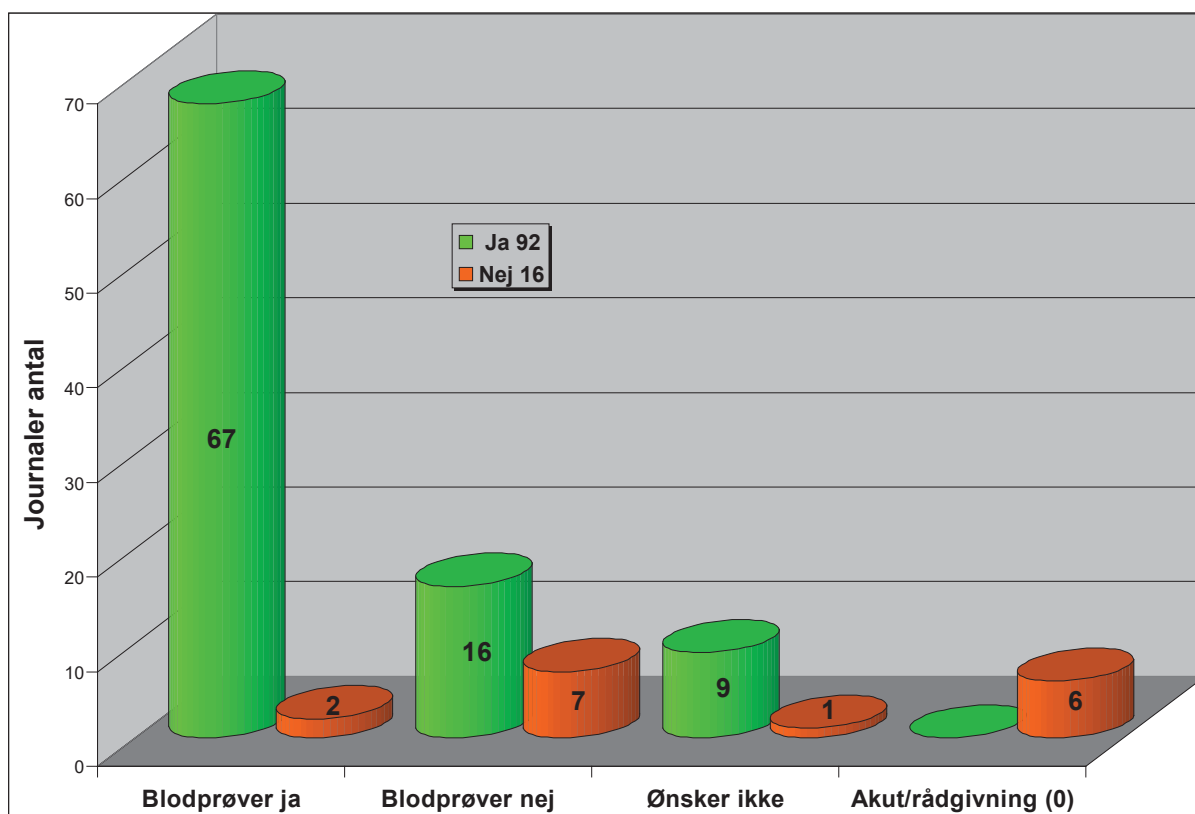
Fordeling af blodprøver eller manglende blodprøver hvor journal er udfyldt (N=92)

Næste graf viser den andel der ikke har fået lavet journal i relation til blodprøvetagning. For eksempel har 44 % af dem der ikke har fået journal oprettet heller ikke fået taget blodprøver mens 6 % eksplicit ikke ønsker det (svarende til 1 person). I denne gruppe finder vi også de 6 patienter som kun har modtaget kortere rådgivning.



Næste figur er en oversigt over hele patientgruppen. Tallene henfører til sammenhængen af blodprøver eller ikke – for henholdsvis gruppen af dem der har fået lavet journaler eller ikke fået lavet journaler.

For eksempel har 92 personer fået lavet journal og af disse har 67 fået taget blodprøver mens 16 ikke har og 9 ikke ønsker det.



Journaludfyldelse og blodprøver

Generelle betragtninger vedrørende smitteopsporing for hepatitis og HIV

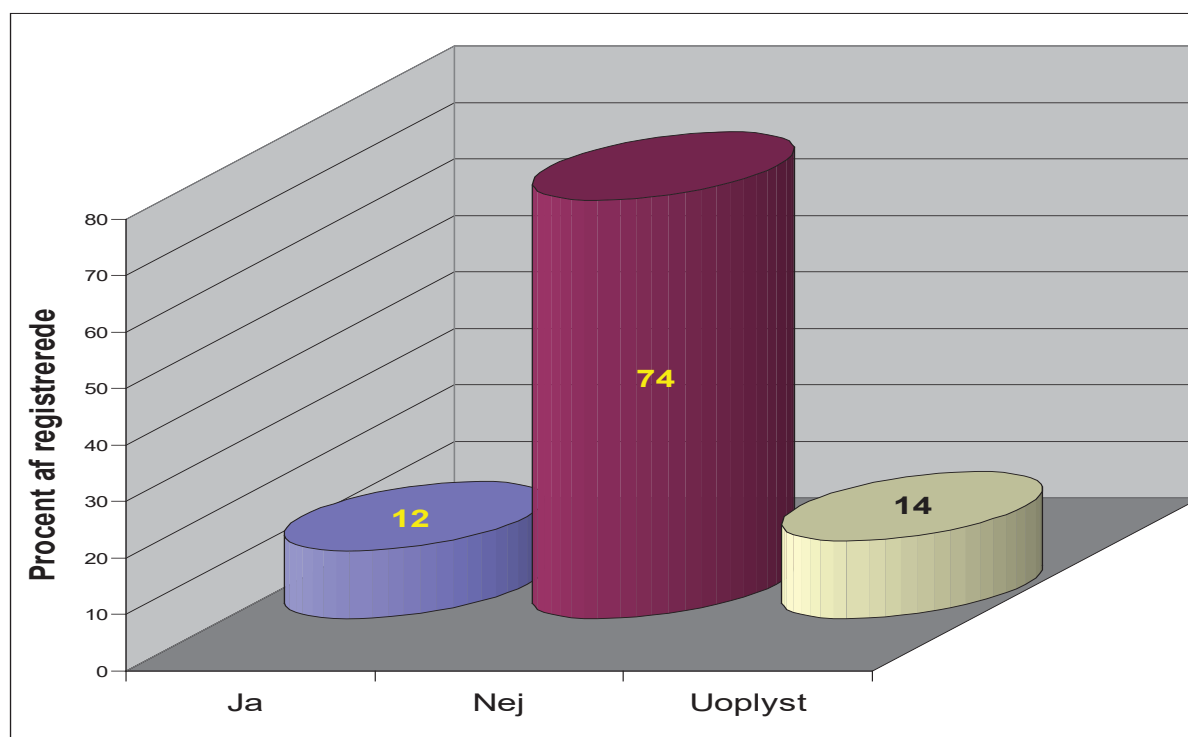
Det er et mål for kvaliteten i det smitte-opsporende arbejde, at så mange relevante patienter som muligt får tilbudt et vaccinationsprogram. Da SundhedsTeam har kontakt med mennesker der generelt er i højrisiko for smitte med hepatitis, tuberkulose etc., er en generel overvågning af smittestatus af stor vigtighed både for den enkelte og for byens socialt udsatte generelt, fordi et stort smittepres vil medføre at personer der opholder sig i hjemløsemiljøet hurtigere smittes. Det er den problematik vi har set i stofmisbrugspopulationen, hvor Hepatitis C er udbredt hos mellem 70 og 90 procent af injektionsbrugere.

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.

Efter konference med de infektionsmedicinske afdelinger er standardproceduren at enhver nyfundet Hepatitis C- smittet henvises til afdelingen til videre rådgivning men en del som ikke er smittet er alligevel relevante at vaccinere da der også er en del Hepatitis B – smitte i omløb. En af de opgaver der tages fat på i 2009 er at trimme processen så sikrer at der bliver igangsat vaccination af så mange som muligt. Et af redskaberne er specielle journalark som aktiveres ved fund af hepatitter.



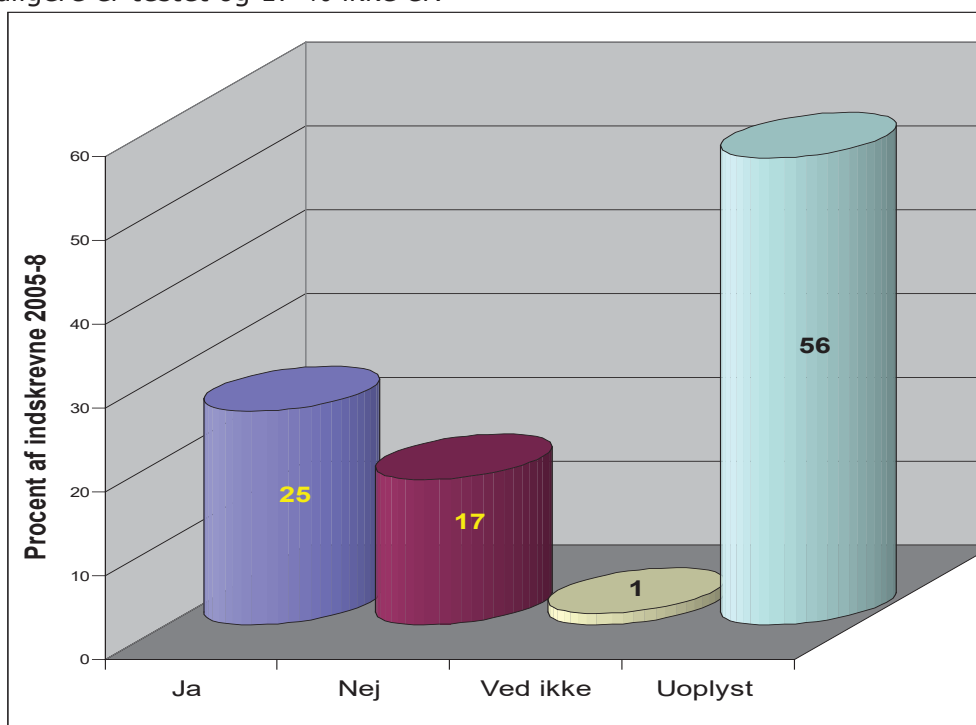
Tidligere eller nuværende injektionsmisbrug blandt 108 indskrevne.

Af de 8 Hepatitis C-smittede i 2008 er 2 vurderet som relevante til vaccinationsprogrammet, 1 vurderet som ikke relevant mens 4 ikke er vurderet og 1 er henvist til infektionsmedicinsk afdeling. Ingen har fået initieret vaccinationsprogram. Den lave henvisningsgrad har ført til at alle nu som standard henvises når positivt Hepatitis C – antistof findes.

13 patienter oplyser om et tidligere eller nuværende injektionsmisbrug svarende til 12 %. Af disse er 3 vurderet som relevante til vaccination mens 4 er vurderet ikke at være det og 6 er ikke vurderet så halvdelen af tidligere injektionsmisbrugere mangler vurdering i forhold til vaccination for Hepatitis B og Hepatitis A.

Vurdering af smittestatus

Der foreligger ikke oplysninger om *tidligere* smittestatus på 56 % af de indskrevne mens 25 % tidligere er testet og 17 % ikke er.



Tidligere undersøgelse for smittestatus

Antallet af undersøgte i 2008 fordeler sig som vist i nedenstående skema. Der er et forholdsvis lille antal injektionsmisbrugere, tidligere såvel som nuværende, sådan som vi har set det i de tidligere år.

	Antistof pos.	Anti-stof neg.	Testede i alt	Testede % af alle	Testede % af journaler	Antal patienter i 2008 der mangler undersøgelse	Blodprøver men manglende smitte-screening
Hep. A	21 (38 %)	34	55	51	68	48	5
Hep. B	19 (35 %)	36	55	51	68	48	5
Hep. C	8 (15 %)	45	53	49	65	50	5
HIV	0	57	57	53	70	48	3

Den anslåede reelle smittebelastning blandt de indskrevne er som følger:

Antistof-positive	Undersøgte (N = 53 - 57)		Anslået smittebelastning (af N = 108)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Hepatitis C – positive (53 undersøgte)	8	15	16	15
Hepatitis B – positive (55 undersøgte)	19	35	38	35
Hepatitis A – positive (55 undersøgte)	21	38	41	28
HIV – positive (57 undersøgte)	0	0	0	0

Hvis fordelingen af hepatitis antistof-positive er den samme i den ikke-undersøgte som i den undersøgte gruppe er der altså i alt 47 hepatitis antistof-positive tilfælde som ikke er fundet. Heraf er ca. 20 tilfælde af Hepatitis A som er uden konsekvens mens der kan være kroniske tilfælde af Hepatitis B og Hepatitis C blandt de øvrige, hvilket understreger behovet for at teste så mange som muligt og indlede relevant rådgivning og vaccination.

Smittescreening

Hepatitis C

Der foreligger Hepatitis C- svar på 53 af i alt 69 blodprøvesvar.

De 55 Hepatitis C-svar fordeler sig på 8 positive, 45 negative, 2 mislykket

Af de 8 positive Hepatitis C-fund er 1 sikkert nyt fund, 4 tidligere kendt og 3 er usikre, om de tidligere er undersøgt eller hvad svaret har været.

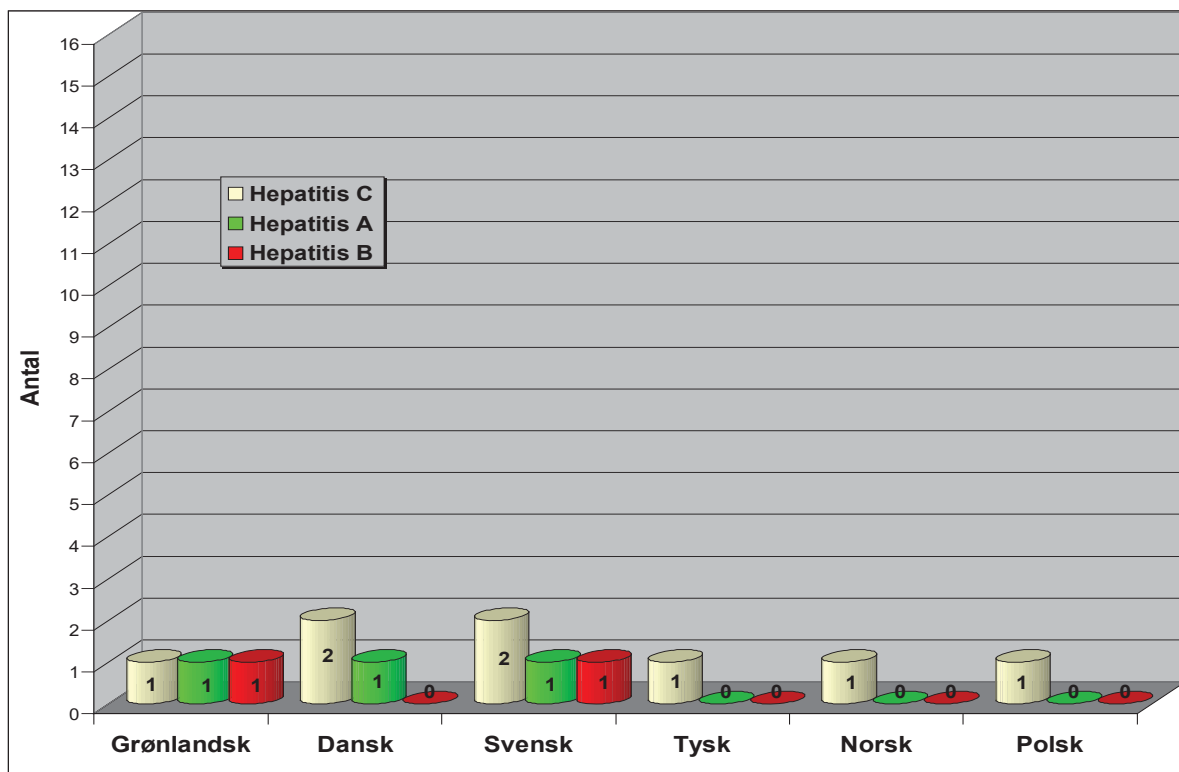
Af de 8 positive oplyser 4 at have haft et injektionsmisbrug. 3 nægter at have injiceret. De ikke-injicerende er 2 Svenske og 1 Grønlandsk

Der foreligger positiv Hepatitis C-RNA som tegn på virusaktivitet hos 3 og en genotypning på 1 af disse (Tysk statsborger - type 3).

En nøje gennemgang af de Hepatitis C- positive findes i bilag 2:

Kvalitetsnormen opfyldes ikke i de, med gult, markerede områder hvor det fremgår at af 8 positive fund, burde i hvert fald første vaccination med Twinrix være tilbudt mens 2 ikke er relevante.

I den etnisk-nationale fordeling mellem de Hepatitis C-smittede er der ikke særlig overvægt af nogen gruppe. 3 af de smittede er samtidig smittet med B og A mens de 2 danske smittede samtidig er smittet med B.



Nationalitet, Hepatitis C og samtidig smitte med Hepatitis A og B.

Hepatitis B

Der foreligger Hepatitis B-svar på 55 af 69 blodprøvesvar.

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 17 som tegn på virusaktivitet.

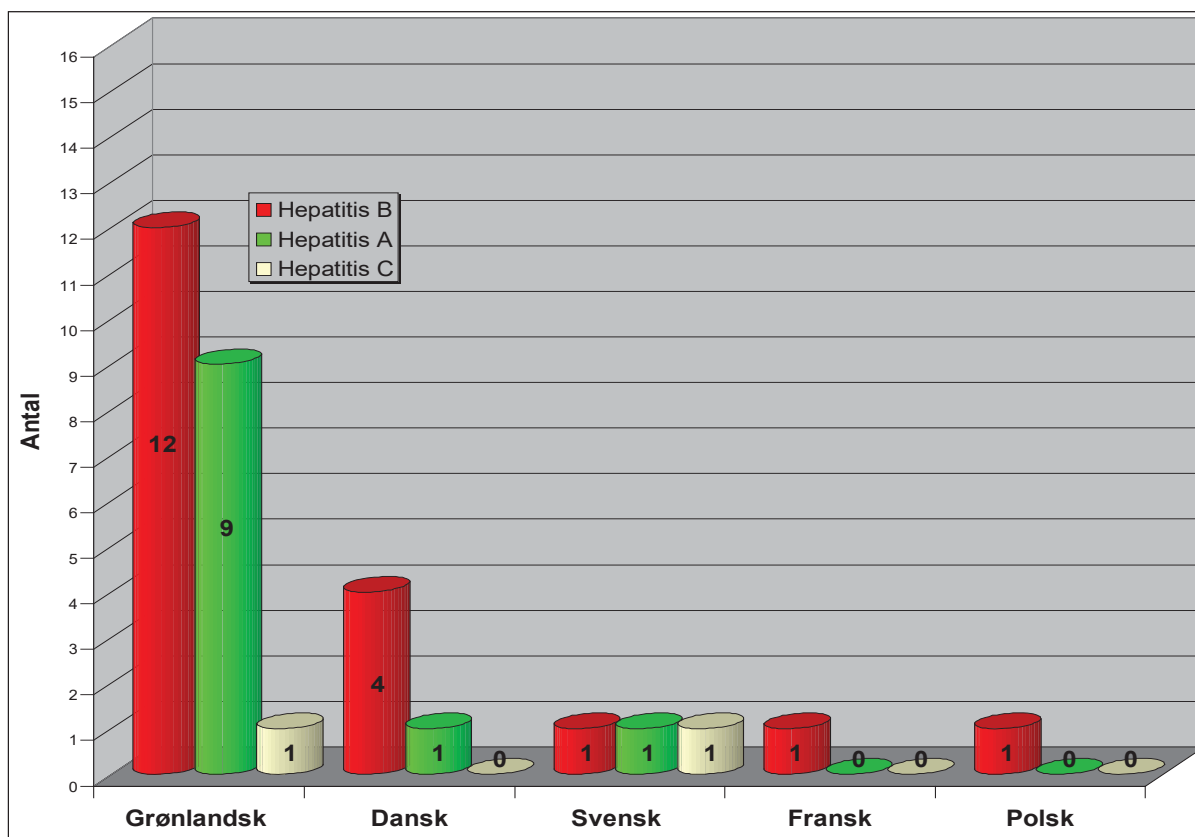
Heraf er 11 Grønlandske, 3 Danske, 1 Fransk 1 svensk og 1 Polsk

Af de 11 grønlandske er 9 kvinder. De øvrige nationaliteter er alle mænd

Af de grønlandske er 9 Hepatitis A – og en enkelt kvinde også Hepatitis C positiv

Kun en af de Hepatitis B positive med aktivitet erkender injektionsmisbrug (Dansk). Han har kun Hepatitis B.

Alle andre benægter at have injiceret. Dette gælder også de Hepatitis C positive



Nationalitet, Hepatitis B og samtidig smitte med Hepatitis A og C.

En nøje gennemgang af de Hepatitis B - smittede findes i bilag 3

Hepatitis A

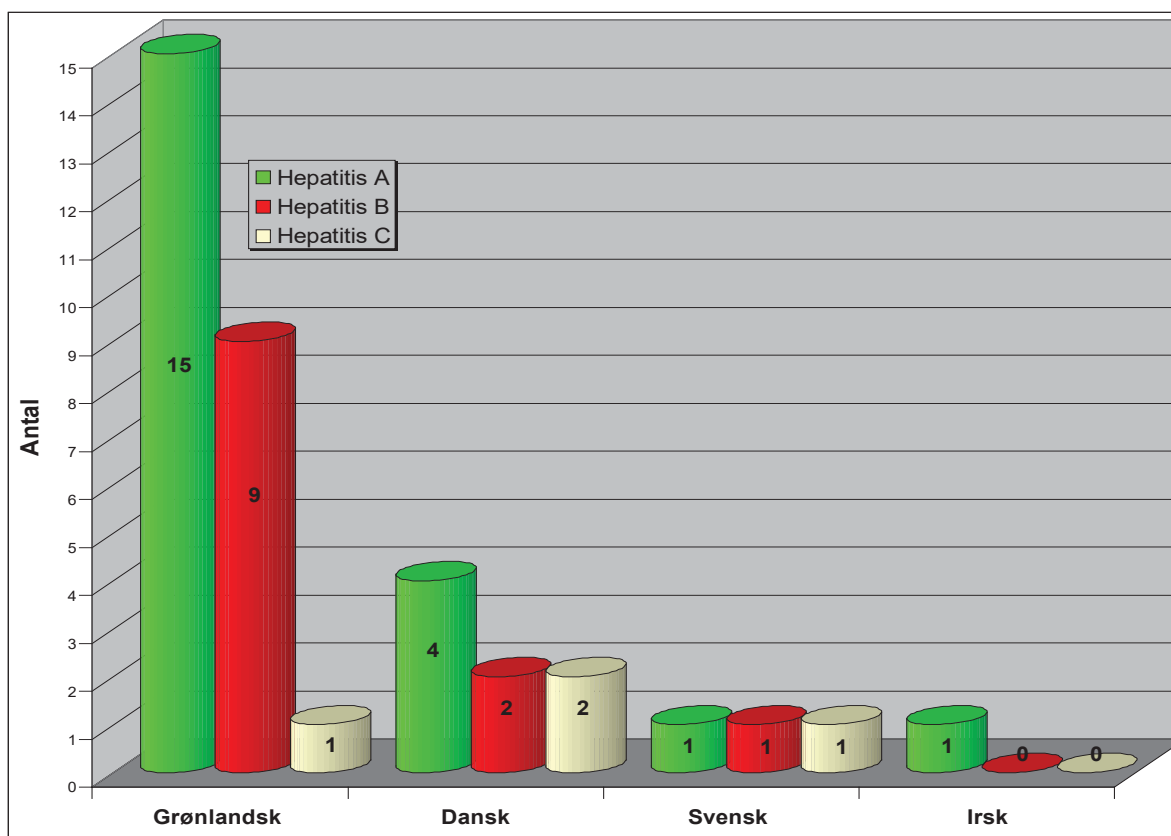
Der foreligger Hepatitis A-svar på 55 af i alt 69 blodprøvesvar.

Hepatitis A-antistof total er positiv hos i alt 21 som tegn på tidligere infektion og nu, immunitet.

Fordelingen på nationalitetsgrupper er som vist i nedenstående skema og langt hovedparten er som i tidligere år fra Grønland. 1 Grønlandsk og 1 Svensk har alle tre typer hepatitis.

Nation	Hepatitis A	Andel af patienter med denne Nationalitet	Samtidig Hepatitis B	Samtidig Hepatitis C
Grønland	15	58 %	9	1
Danmark	4	9 %	2	2
Sverige	1		1	1
Irland	1		0	0

Der er således ikke noget, der tyder på at Hepatitis A spreder sig i hjemløsemiljøet i øvrigt, men at patienterne er smittet i deres hjemland.



HIV

Der er ikke fundet HIV-positive i 2008.

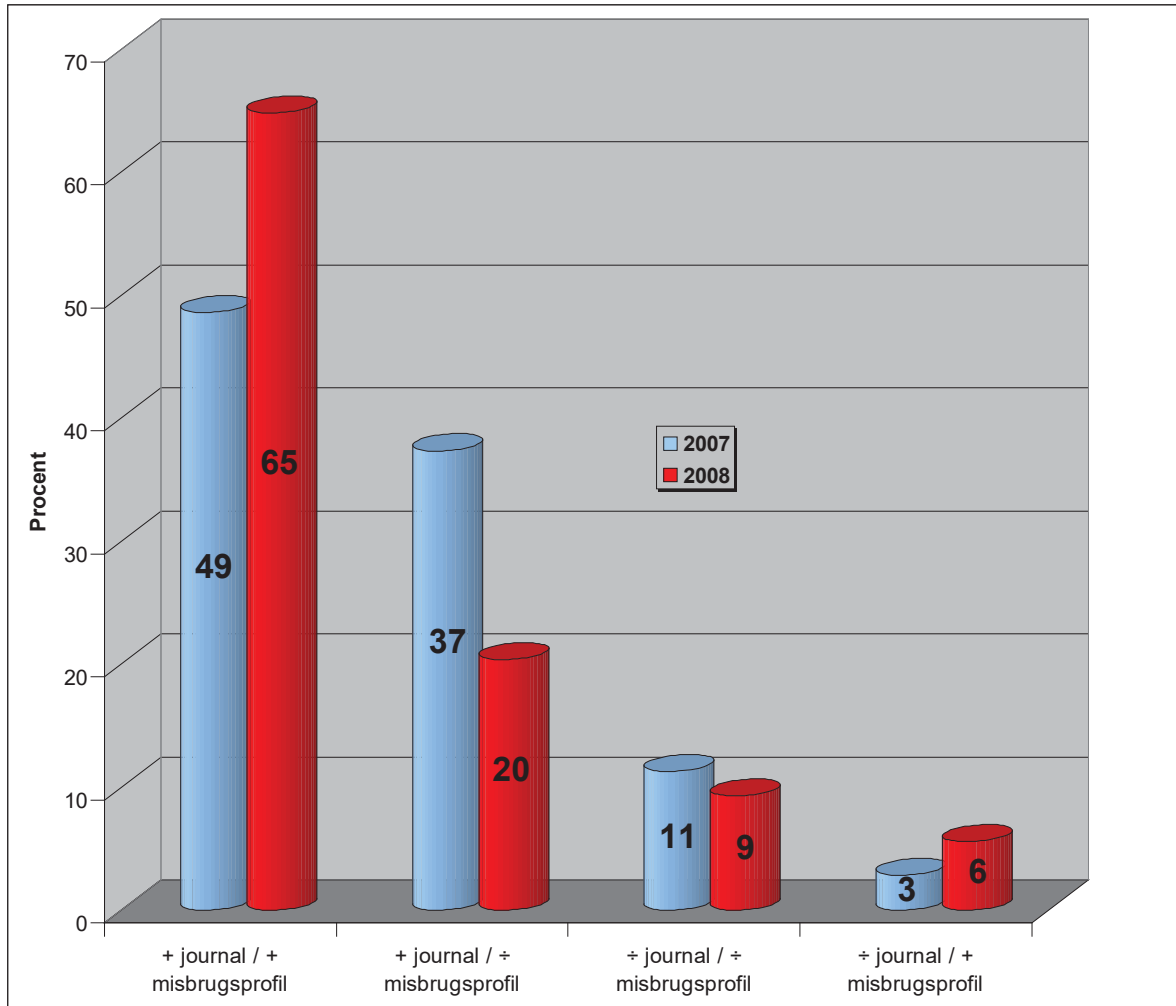
Andre blodprøver

En gennemgang af øvrige blodprøver, inklusive vitamin D, gemmes til årsrapport 2009.

Alkohol- og stofmisbrug.

Opgørelse af misbrug og journaliseringsproblemer

Som omtalt i årsrapport for 2007, var der problemer med at sikre en misbrugsprofil for de fleste der får lavet journal. Det førte til ændring og forenkling af registreringen. Som det fremgår af nedenstående, er antallet der både har en journal og en misbrugsprofil steget fra 49% af alle til 65 % mens andelen der har journal men ingen misbrugsprofil er faldet fra 37% til 20%. Dette letter både tolkning af blodprøvedata, og skaber et mere fuldstændigt billede af patientgruppens livssituation.



Journalisering og misbrugsprofil 2007-8.

I alt 76 (71 %) har fået udfyldt misbrugsprofil

- 70 (65 %) har også fuld journal
- 16 (15 %) har ikke journal
- 22 (20 %) har journal men ikke misbrugsprofil

Misbrugsprofil 2008

Misbrugs-profil på 76 brugere. Heraf 6 uden journal. Ved opgørelsen er brugt samme inddeling som ses i landsdækkende opgørelser af brug og misbrug.

Den samlede stofprofil er stort set uændret i forhold til tidligere år.

Stoffer	Aktuelt	Tidligere - nu ophørt
Metadon, lægeordineret	6	4
Metadon, illegalt	6	0
Buprenorfin, lægeordineret	3	0
Buprenorfin, illegalt	3	0
Andre opiater, smertestillende.	7	1
Andre opiater illegalt	0	0
Heroin	7	4
Benzodiazepiner, lægeordineret	5	1
Benzodiazepiner, illegalt	6	4
Amfetamin	6	9
Kokain	9	6
Crack / FreeBase	0	0
Ecstasy	3	3
LSD	2	3
Svampe, Meskalin	3	4
Cannabis	45	11
Tobak	73	0
Alkohol	40	0
Andet	1 (GHB)	0

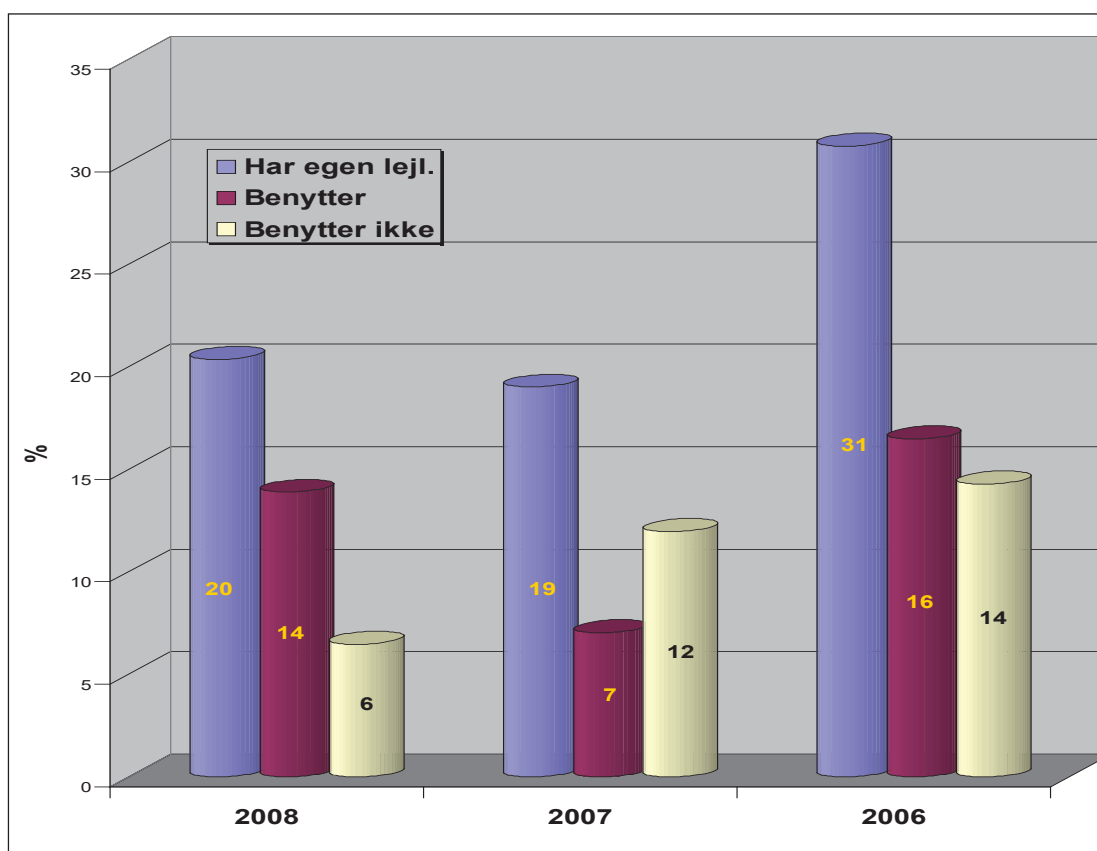
Boligforhold

Generelle forhold

Opgørelse af andelen med egen bolig, det vil sige udenfor hjemløshedssystemet, for årene 2008 – 2006 ser således ud:

	2008		2007		2006	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Har egen lejlighed	22	20	27	19	28	31
Benytter lejligheden	14	13	10	7	15	16
Benytter ikke lejligheden	8	7	17	12	13	14

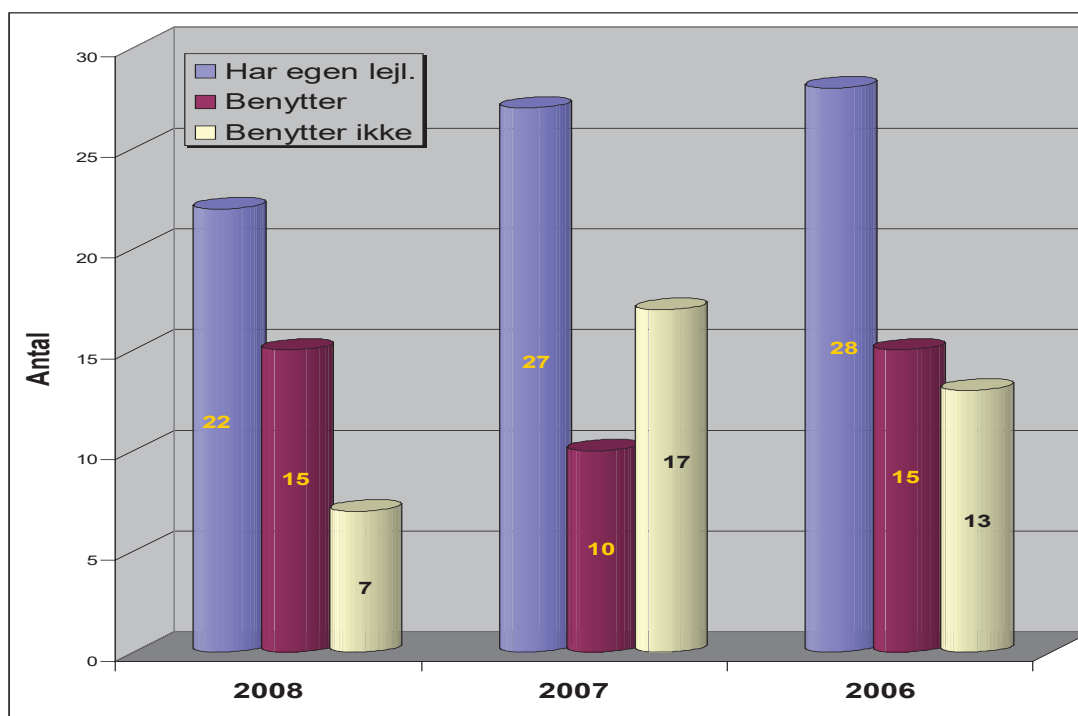
Andelen med personlig bolig af alle indskrevne



Andelen med personlig bolig af alle indskrevne

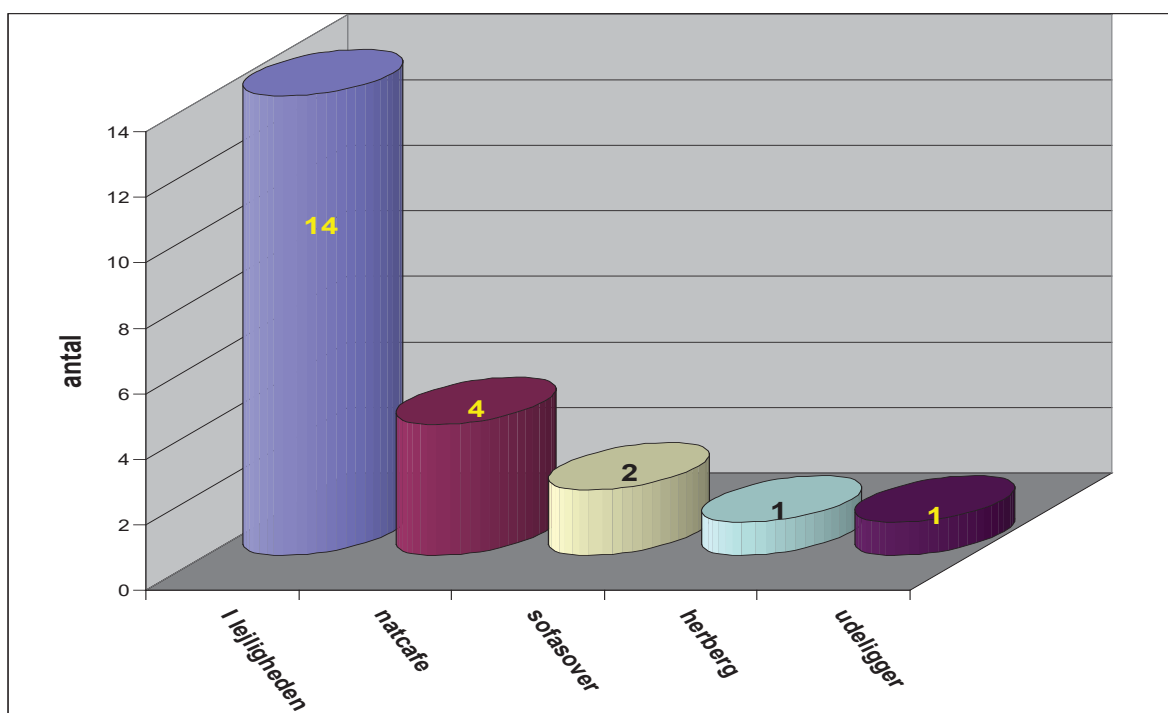
Da SundhedsTeams kriterier for at indgå i behandlingsforløb er at der er tale om en person med manglende sammenhæng i sundhedsydelser, er der intet til hinder for at personen har en egen lejlighed. I realiteten er der tale om svært marginaliserede personer, som konstant er i fare for at miste lejligheden på grund af psykiske problemer og misbrug, og det er også personer med tilknytning til hjemløsemiljøet der opsøger behandling hos SundhedsTeam. Vi har tidligere vist at kontakt med SundhedsTeam er en markør for svære sundhedsproblemer, og disse problemer løses ikke af sig selv når man får en bolig. Tvært imod kan problemerne forværres, fordi det at komme i bolig kan betyde en forringelse af det spinkle sociale netværk der eksisterede i forvejen, og en af de største faktorer der medvirker til at lejligheden opgives, er mangel på netværk, uanset at dette netværk er en lokal drikkegruppe med meget få ressourcer.

Typisk går indsatsen for den enkelte borger også over i en anden struktur som ikke er opsøgende men som henvender sig pr. brev og telefon, hvilket gør det uoverskueligt for den enkelte at holde styr på.



Antallet med personlig bolig 2008-6

Andelen som har en lejlighed er som i 2007, men en større andel af disse benytter lejligheden i større eller mindre grad. Enkelte benytter lejligheden som retræte eller ved ekstremt dårligt vejr, men opholder sig ellers i hjemløsemiljøet hvor det sociale netværk befinder sig, mens andre sover i lejligheden og ellers opholder sig i netværket i dagtiden. For nogle er der tale om at arbejde som frivillig i gode perioder, og være bruger af dagtilbud i dårlige periode.



Overnatningsformer for de 22 personer med egen lejlighed.

ETHOS 2006 - 2008

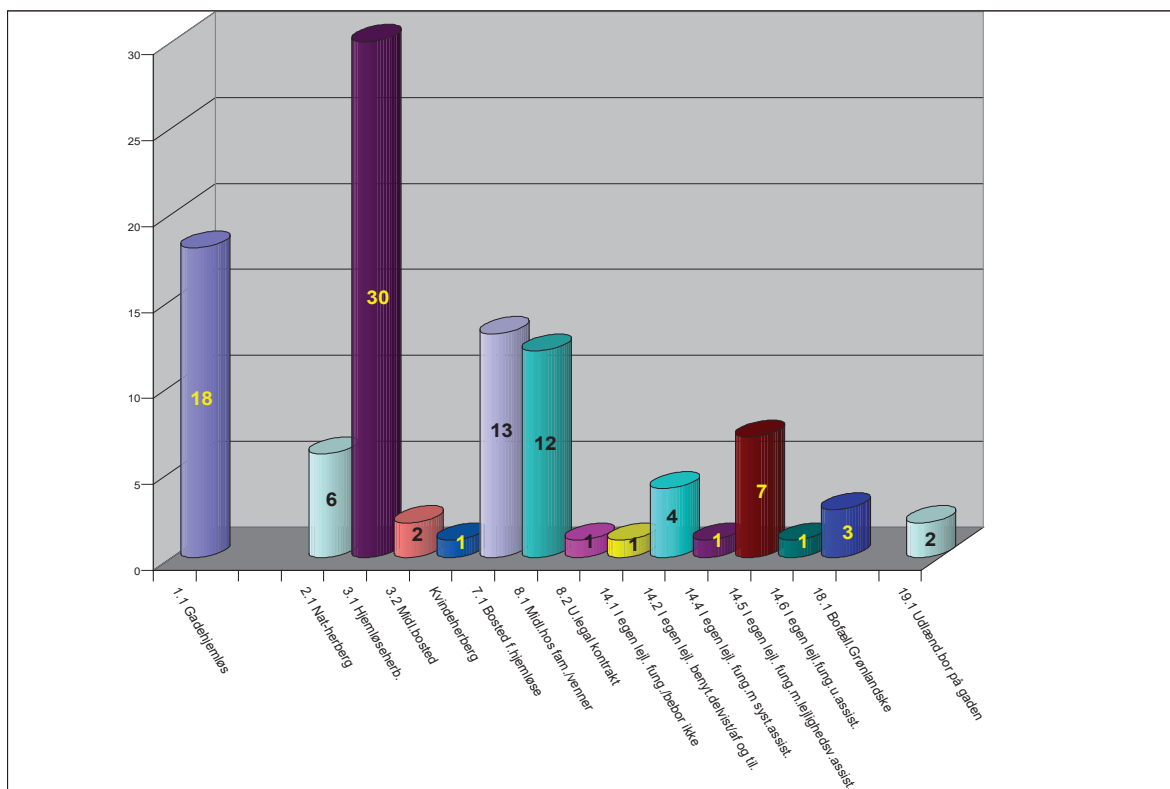
“ETHOS” eller “European Typology of Homelessness and Housing Exclusion” er den europæiske klassifikation af boformer der ses blandt mennesker uden egen bolig. Klassifikationen dækker en række områder nummereret fra 1-13, men for SundhedsTeam har det været nødvendigt at supplere med nogle grupper for at få et fyldestgørende indtryk af den gruppe, der bevæger sig i hjemløsemiljøet og som har alvorlige sundhedsproblemer, der ikke umiddelbart er ændrede, trods de bedre boligforhold.

Det er vist i anden sammenhæng at en bolig er af enorm betydning for hele livssituationen, men det er tydeligt at murstenene i sig selv ikke er nok. Hvis personen mister for meget ved at blive etableret i bolig, vil det ikke vare længe før han er tilbage på gaden, og det er vigtigt at de personer der hjælp fra gaden til bolig også er understøttende og netværksskabende i en kortere eller længere periode efter der er etableret bolig. For nogle vil det, som det fremgår af det forrige afsnit, være en blanding af hjemløshedsliv med boligen som sikkerhed for tag over hovedet hvis omstændighederne taler for det. Denne gruppe er blevet kaldt “funktionelt hjemløse”, men den omfatter mennesker med vidt forskellige problemstillinger, og den manglende brug af boligen er ofte en proces hvor den enkelte tager boligen i brug over en periode på adskillige år.

For andre er funktionsniveauet i social sammenhæng så dårligt at processen ikke kommer i gang på grund af konflikter med omgivelserne. Den sidstnævnte gruppe er personer der ofte henvises til “skæve boliger”, men hvis man antager at det at flytte i bolig er en langvarig proces, så er der igen en gruppe, der skal hjælpes fra skæve boliger til en mere almen boligform i en proces, der ikke skal stoppe ved dørtrinnet. Kodeordet er tålmodighed og vedvarende konstruktiv støtte uden afbræk.

Formålet for SundhedsTeam med at følge ETHOS, er at SundhedsTeam følger den aktuelle boligsituation for patient-populationen, men også for at kunne følge forskydninger over tid og sammenholde disse forskydninger med andre parametre der måles. Et vigtigt formål med ETHOS-registreringen er også at sikre, at der holdes fokus på at det er målgruppen, det vil sige hjemløse, der nås, og ikke at samarbejdet med institutioner gør at det er institutionerne der er “fokus” på. Hvis det for eksempel skulle vise sig at der indskrives færre og færre gadehjemløse i vores patientgruppe, kan det naturligvis være fordi vores patientgruppe efterhånden omfatter store dele af den gruppe der er gadehjemløse, men det kunne også være at vores fokus har flyttet sig fra den gruppe, hvilket vi så kan handle på ved at begynde at være mere direkte opsøgende.

ETHOS-fordelingen for SundhedsTeampatienter i 2008 er som vist i følgende figur. Som det ses er 30 % af de indskrevne beboere på herberg mens den næststørste gruppe er gadehjemløse. 7 personer har egen lejlighed uden assistance i forhold til boligen (svarende til 6% af de indskrevne). De øvrige er i en eller anden grad hjemløse eller “funktionelt hjemløse”.



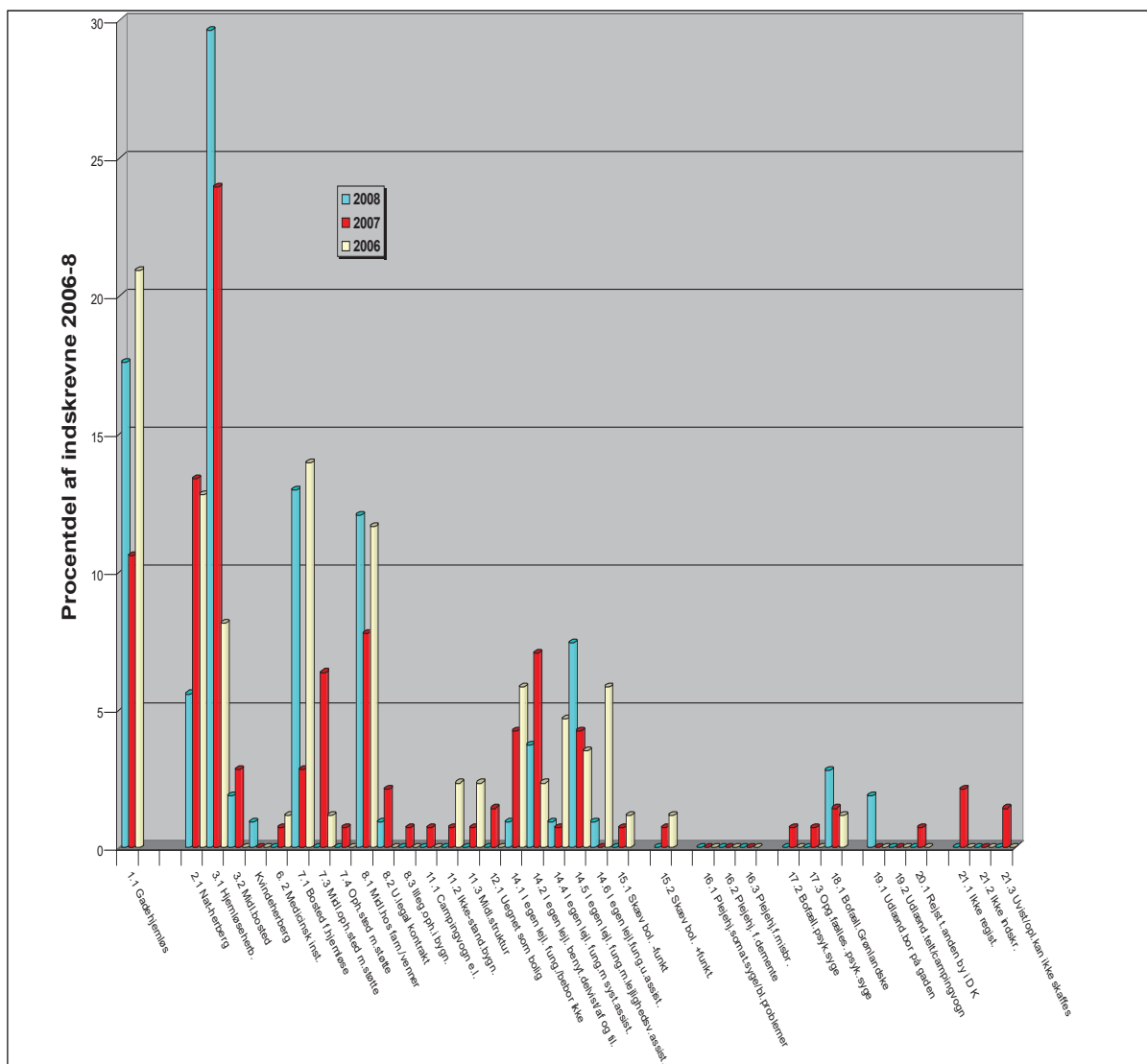
ETHOS-fordeling 2008.

Ændringerne i boligtilknytning for de indskrevne ses vist i følgende figur. Mest markant er stigningen i andel af herbergsbeboere, som for en stor del er beboere fra Kollegiet Gammel Køge Landevej. Årsagen er primært at Kollegiet ikke har noget sundhedstilbud som det ses i de øvrige herberger i Københavns Kommune, men også at SundhedsTeams arbejdsmetode passer med den målgruppe der er for Kollegiet. Samarbejdet mellem SundhedsTeam og Kollegiets medarbejdere er under konstant udvikling, hvor den sociale del af opgaven varetages af Kollegiet og den sundhedsfaglige af SundhedsTeam og opgaverne afstemmes i tempo.

Frelsens Hærs botilbud for hjemløse, Hørhuset, har i flere sammenhænge vist sig som et godt tilbud i sammenhæng med arbejdet mod egen bolig for beboere på Kollegiet, idet der ikke må drikkes på Hørhuset. SundhedsTeam bliver i den sammenhæng den sundhedsfaglige koordinator for videre arbejde mod egen bolig. Koordineret flytning mellem boformer er en mulighed der ikke benyttes i stor grad, men der er ressourcer i det nuværende system der kunne udnyttes i højere grad, hvis en sådan intern visitation blev benyttet, for eksempel i sammenhæng med livsstilsskift.

Den basale antagelse der ligger til grund for ETHOS-klassifikationen er at hjemløshed er en dynamisk tilstand, hvor skift i boformer eller mangel på samme er udtryk for skift i funktionsniveau. Hvis denne antagelse føres ud i praktisk konsekvens er det vigtigt at de forskellige boformer er parate til at beboere flyttes mellem dem med det formål at bedring sker i trin og at det derfor ikke altid er det bedste at komme i egen bolig. For nogle oplever vi at der kan være motivation til at ændre misbrugsmønster men ikke mulighed og ressourcer til at ændre andre forhold i samme omgang.

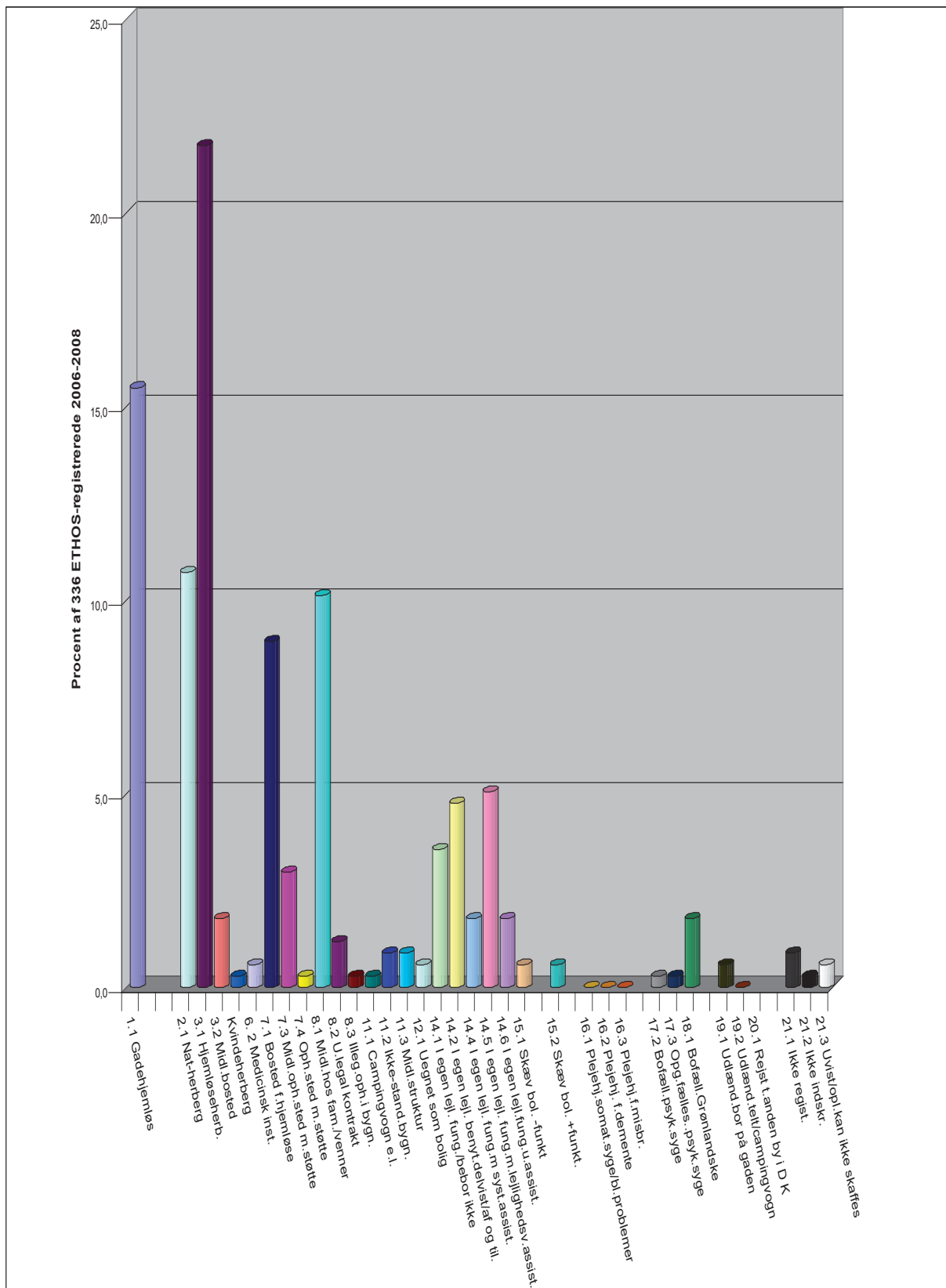
Der er i mange tilfælde tale om at motivationsprocesser kan være i gang på flere områder men at de ikke er synkrone. En motivationsproces i forhold til misbrug passer måske ikke i forhold til en proces der omhandler medicinering for psykiske problemer eller motivation for genoptagelse af kontakt med familien. Vi ser ofte at motivation for at tage hånd om fysiske problemer ligger før motivation for misbrugsbehandling men hvis ikke det fysiske helbred behandles vil der ikke ske yderligere i forhold til misbrug.



ETHOS-fordeling 2006-2008.

ETHOS-fordelingen for alle registrerede de seneste 3 år er som vist i næste figur, hvor der udskiller sig 2 grupper. En gruppe omfatter mere end 45 % af de indskrevne, som er gadehjemløse, brugere af nat-herberg og herbergsbeboere mens andre 20 % er sofa-sovere og brugere af andre hjemløse-boformer. En anden gruppe ses at samle sig i kategorien 14.x "I egen bolig" som er en klassifikation oprettet til brug i SundhedsTeam. Der er her tale om "funktionelt hjemløse" som har behov for længerevarende støtte til forskellige sundhedsopgaver, herunder misbrugsbehandling.

ETHOS viser sig at være et glimrende redskab til at holde fokus på kernegruppen og til at vise forandringer i bolig-mønstret. Den tydelige gruppering gør at der kan handles mere målrettet hvis det viser sig at en gruppe falder i indskrivningsandel, nemlig ved at undersøge om ændringen skyldes faldende antal, eller om der skal ændres i SundhedsTeams arbejdsmetode. ETHOS sammenholdt med henvisningsmønstret giver et meget tydeligt billede af årsager til ændringer i andelen indenfor den enkelte gruppe, og dermed også et godt arbejdsredskab til hurtige ændringer i arbejdsform.



Den samlede ETHOS-fordeling for 336 ETHOS-registrerede i årene 2006- 2008

Se detaljerede data i bilag 1

Patienter indskrevet i 2005-7 og behandlet i 2008

SundhedsTeam har med udgangen af 2008 fungeret i 3½ år og det er på nuværende tidspunkt relevant at se på hvilke patienter der behandles og er kontakt med over flere år.

Hidtil har vi i årsrapporternes datasamling offentliggjort data for patienter der er indskrevet i samme år. Derved får vi et billede af situationen for de mennesker som søger SundhedsTeam og eventuelle forandringer fra år til år. Men en stor del af SundhedsTeams arbejde, foregår i den langvarige kontakt med den enkelte patient, hvor hele situationen langsomt rettes op og behandlingen følger de nye niveauer af sundhed og funktion som den enkelte patient opnår. Den bedste måde at beskrive forløbet for den enkelte, er som case-historier som har været en del af årsrapporterne hidtil. Vi har dog ikke haft det samme overordnede billede af arbejdet som vi har af årets indskrevne. En forespørgsel fra Socialministeriet førte til en optælling af hvor mange aktive patienter vi har fra tidligere år, og personerne fra denne optælling er efterfølgende gennemgået med de samme optællingsmetoder, som bruges for de enkelte årgange.

Samlet er der indskrevet 420 personer i årene 2005 - 2008, heraf 313 i 2005-2007 som fordeler sig på denne måde

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

Samlede population 2005-7 sammenlignet med den behandlede andel

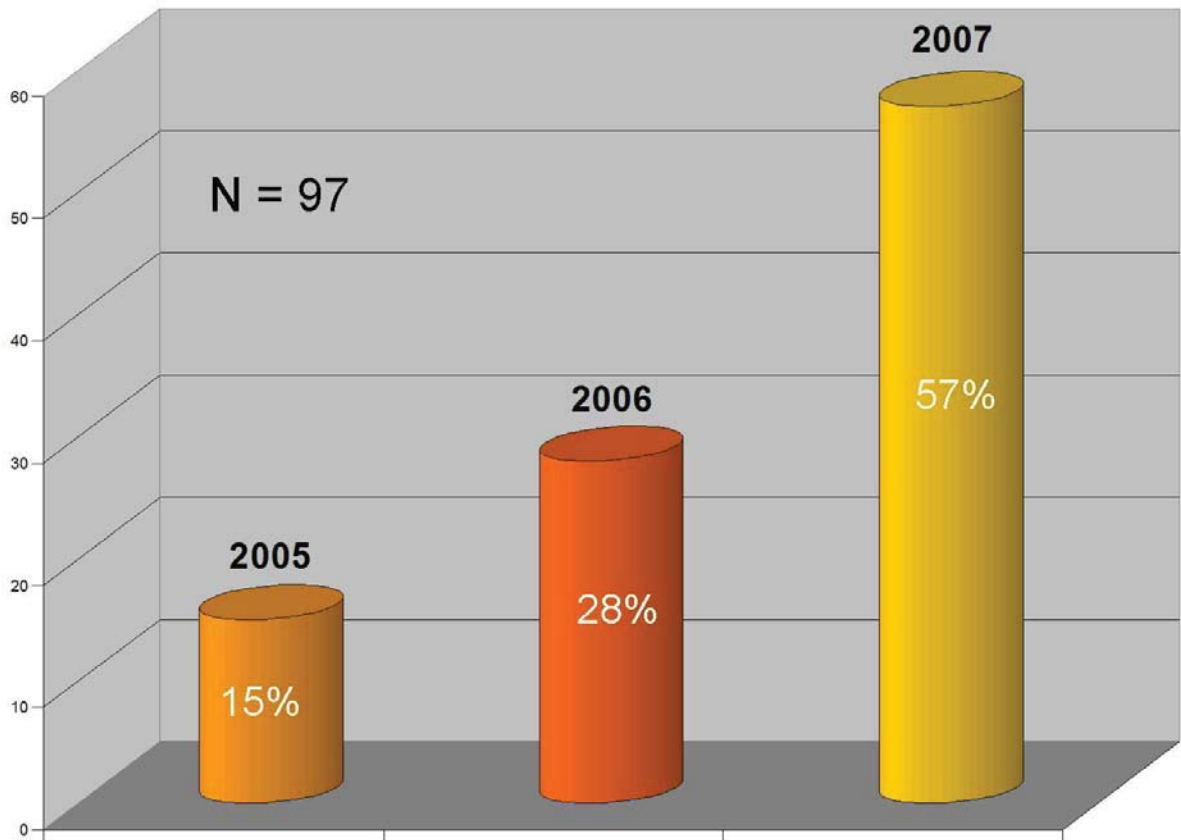
For gruppen der er i behandling i mere end 1 år er det mest karakteristiske at gennemsnitsalderen er en smule højere (2,4 år for kvinderne og 1,5 år for mændene), samt at der er en højere andel af kvinder. Dette kan have flere årsager, som ikke er belyst i denne gennemgang.

Køn	Antal og (%)	Gennemsnitsalder	Spændvidde
Kvinder 2005 - 7	63 (20 %)	41,3	15 - 74 år
I behandling 2008	19 (24 %)	43,7	24 - 74 år
Mænd 2005 - 7	250 (80 %)	42,9	18 - 73 år
I behandling 2008	78 (76 %)	44,4	19 - 70 år

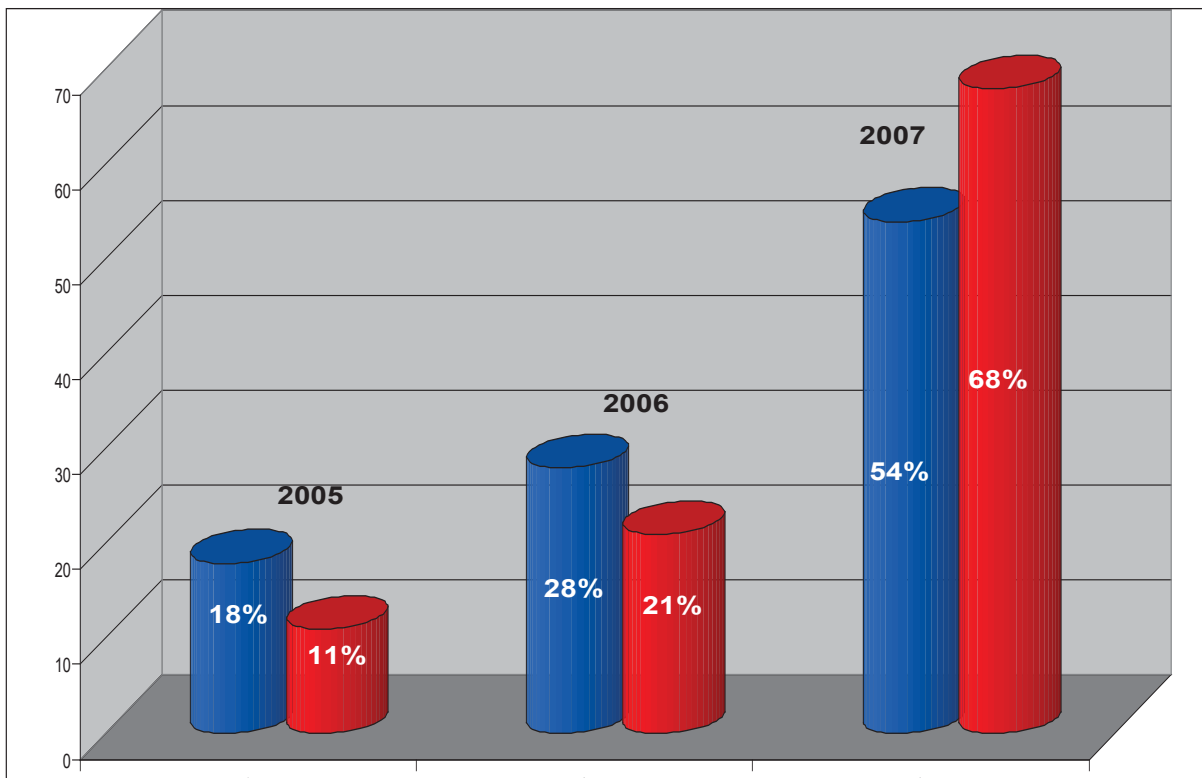
Kønsfordeling

Kontakten med SundhedsTeam har som ultimativt mål at patienten skal i forbindelse med mainstream-sundhedsvæsenet, men vejen til dette vil have forskellig længde afhængig af graden af dysfunktion i forhold til systemet, og hvor mange elementer der skal på plads inden teamet kan slippe.

For nogle er processen årelang, men det må forventes at en andel afsluttes hvert år, så andelen med 3 års kontakt er mindre end andelen med 1 års kontakt. Næste figur illustrerer dette tydeligt idet 15 % af de der er i behandling fra før 2008 er fra 2005 mens 57 % er fra 2007.



Indskrevet tidligere og behandlet i 2008, fordelt på indskrivningsår. Samlede antal er 97 personer.



Indskrevet tidligere og behandlet i 2008, fordel på årstal og køn

Gruppen af tidligere indskrevne omfatter 19 kvinder og 78 mænd. Mand:kvinde-ratioen er som nævnt en smule større i kvindernes favør, men til gengæld ser det ud til at der blandt er mændene der nogle, der har svært ved at komme videre, idet der er en større andel af mænd fra 2005 end andel af kvinder.

Nationalitet

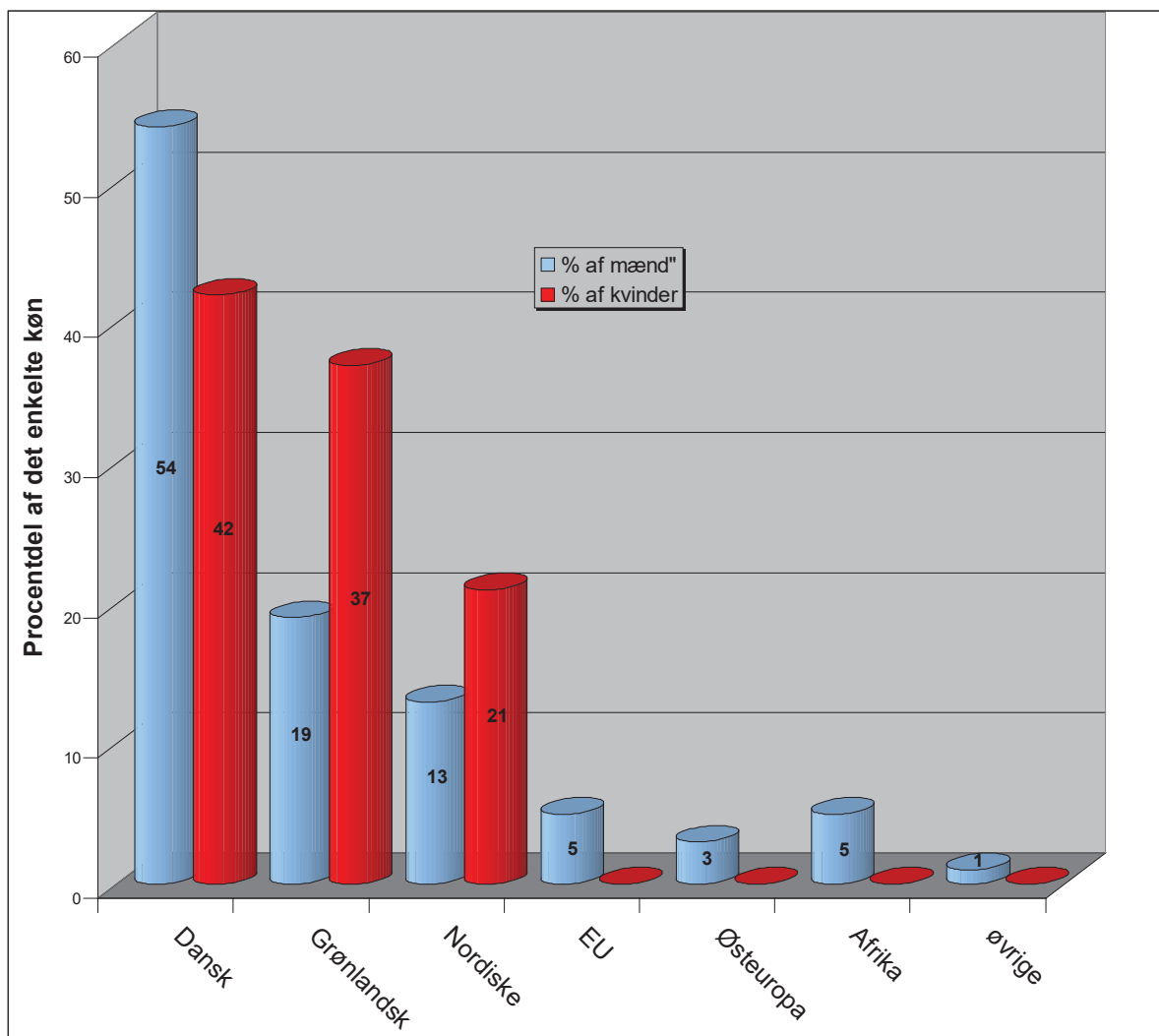
Nationalitetsfordelingen for de langvarigt behandlede er som vist i følgende skema, med en meget stor andel af Danske, efterfulgt af Grønlandske og Nordiske.

	Mænd	Kvinder	Samlet
Dansk	42	8	50
Grønlandske	15	7	22
Nordiske	10	4	14
EU	4	0	4
Østeuropa	2	0	2
Afrika	4	0	4
Øvrige	1	0	1

I næste skema og figur ses hvilket nationalt tilhørsforhold de forskellige køn har. 54 % af mændene er danske, mens 19 % er grønlandske. For kvinderne er der tale om henholdsvis 42 og 37 %. En meget stor andel af de langvarigt behandlede kvinder og mænd er altså grønlandske, hvilket også afspejler en svær integration i hjælpesystemerne for denne gruppe. Hvor mændene har en lidt bredere national tilknytning, er der for kvinderne kun tale om personer med dansk eller nordisk statsborgerskab – hvilket også er udtryk for at migrationen er mindre for kvindernes vedkommende.

	Mænd	% af kønsandelen	Kvinder	% af kønsandelen
Dansk	42	54	8	42
Grønlandske	15	19	7	37
Nordiske	10	13	4	21
EU	4	5	0	0
Østeuropa	2	3	0	0
Afrika	4	5	0	0
Øvrige	1	1	0	0
	78	100	19	100

Nationalitetsfordeling af behandlede fra tidligere år



Nationalitetsfordeling af behandlede fra tidligere år

Behandlingsprofil

Hvor fordelingen i forhold til alder og nationalt tilhørsforhold er nogenlunde sammenligneligt med fordelingen blandt nyindskrevne, er fordelingen i forhold til hvilke årsager der er til behandling en del forskelligt.

For kvinderne er den største andel af behandlingsårsagerne generelle sundhedsproblemer, hvor opgaven er at sikre at forskellige undersøgelser gennemføres etc., mens den næststørste gruppe er alkoholrelaterede problemer.

Generelle sundhedsproblemer	8
Alkoholrelateret	6
Sårbehandling	2
Alkohol + anden psykiatri	1
Øvrige misbrug	1
Luftveje	1

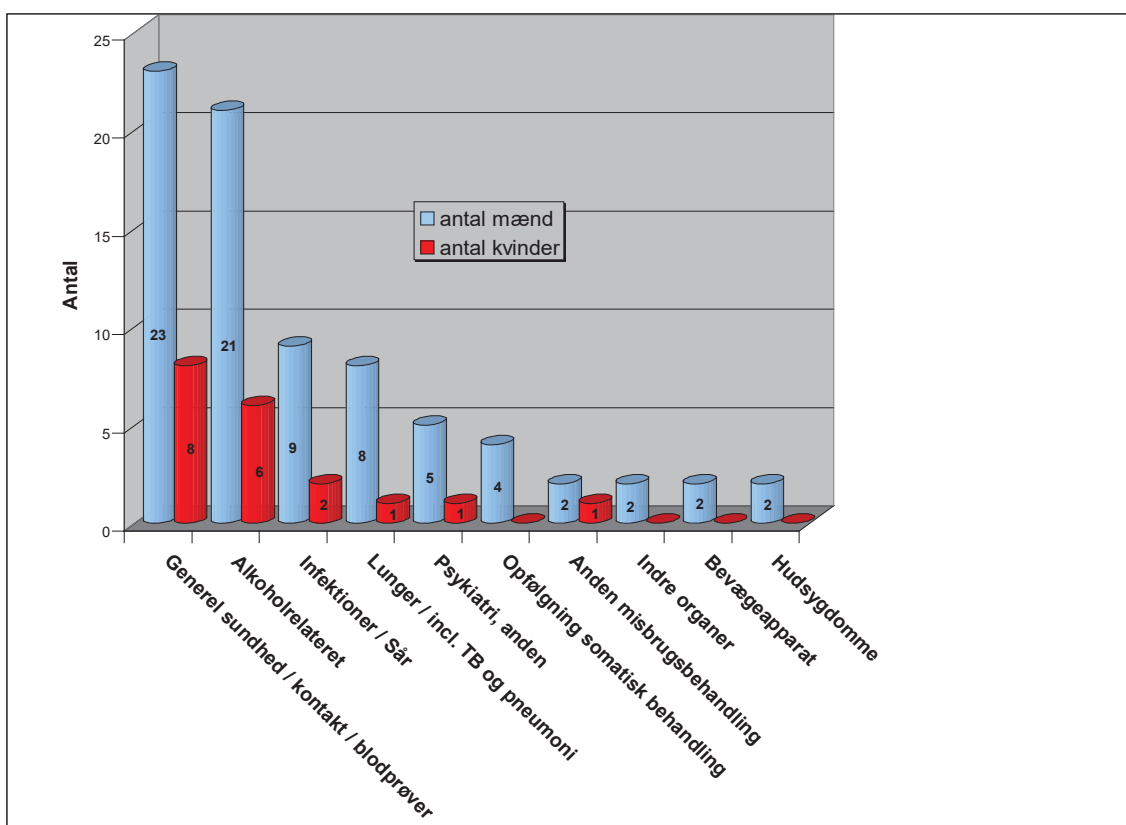
Behandlingsårsager for kvinder (N=19)

For mændene er de to største grupper ligeledes relateret til generelle sundhedstiltag samt alkoholmisbrug. Der er en lidt større diversitet for mændene end for kvinderne, men antallet er også 4 gange større.

Generel sundhed / kontakt / blodprøver	23
Alkoholrelateret	21
Infektioner / Sår	9
Lunger / incl. TB og pneumoni	8
Psykiatri, anden	5
Opfølgning somatisk behandling	4
Anden misbrugsbehandling	2
Indre organer	2
Bevægeapparat	2
Hudsygdomme	2

Behandlingsårsager for mænd (N=78)

Figuren herunder sammenfatter behandlingsårsagerne for hele gruppen.



Behandlingsårsager fordelt på køn

Sammenfattende om gruppen der er i behandling mere end 1 år kan siges at den er en smule ældre og omfatter lidt flere kvinder end gennemsnittet for de enkelte år. Gruppen illustrerer meget tydeligt det der er SundhedsTeams mission, nemlig at hjælpe til kontakt til mainstream-systemet, men også at holde fast indtil kontakten er fast etableret og i mellemtiden skadesreducere i forhold til sundhedsrisici.

Afslutning

De vanlige mere specielle dele af SundhedsTeams årsrapport udgår på grund af det fremskredne tidspunkt på året, og indgår som tidligere nævnt i rapporten for 2009. Der er tale om længere kapitler med særlige undersøgelser og projekter som teamet har afviklet i løbet af 2008.

Også de dele der omhandler uddannelse og deltagelse i konferencer og møder er henlagt til 2009-rapporten, hvor der vil være en gennemgang af alle aktiviteter for 2008 og 2009 i sammenhæng.

Fokusområderne for 2008. nåede vi det vi skulle?

Sundhedsrum.

Her er opgaven løst som forventet. SundhedsTeam-medarbejdere deltog i møder omkring selve byggeriet og indretning af huset inden medarbejdere var ansat og opgaven overgik til Sundhedsrummets leder Lone Hviid Rasmussen, da hun blev ansat pr. 1. maj 2008. SundhedsTeam har deltaget i oplæring af personale, og fortsætter opgaven med at supportere frem til 2011 hvor projektet løber. Den lægefaglige dækning deles af SundhedsTeam og Sundhedsrum med brug af samme kommunale ydernummer. De sygeplejefaglige metoder og journaliseringsapparat er det samme, men tilpasset de 2 teams. Sundhedsrummets sygeplejersker deltager der ud over i registrering til projektet "Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere" hvor der sker en on-line registrering af aktivitet.

Missionen blandt Hjemløse, Kollegiet, Gl. Køge Landevej. Sygeplejerskekonflikten satte i 2 måneder stop for indtag af patienter, men samarbejdet med Kollegiet er fortsat højt prioriteret og under udvikling.

Internationale udeliggere.

Samarbejdet med de opsøgende medarbejdere fra institutionen Forchhammersvej er fortsat godt og under udvikling. De to medarbejders kendskab til og samarbejde med internationale kontakter er uvurderligt for at sikre en relevant tilbagevenden til hjemlandet. De årsager der har bragt en udenlandsk borger til at leve på gaden i Københavns Kommune, er det ofte muligt at ændre, når der samarbejdes med de relevante personer i hjemlandet. På grund af reorganiseringen af gadeplansindsatsen er denne del i bero indtil videre.

Udvikle og styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger.

Projektet med kontakt til de lokale hospitalers afdelinger er, let forsinket, løbet af stablen i slutningen af året. Der har været afholdt en stribe præsentationer på personalemøder i hospitalsvæsenet og informations- og kontaktmateriale er uddelt. Der er skabt kontakt til webansvarlig for Region H som sørger for at kontaktmaterialet findes på regionens intranet. Projektet er fortsat i 2009.

Økonomi.

Dette punkt er uafklaret. SundhedsTeam blev ved årets økonomiforlig beskåret kraftigt til en størrelse der i realiteten ville lukke for al aktivitet eller medføre en beskæring af medarbejderstaben til det halve. Konsekvensen af dette ville have været at der ikke kunne supportes i forhold til Sundhedsrum, og heller ikke udføres opgaver i dele af året. Sagen blev genoprettet da man fra Borgerrepræsentationen blev opmærksom på konsekvenserne. SundhedsTeams økonomi er sikret i de kommende år, men problemet med økonomi til overvågning af smitterisiko etc. blandt ikke-Danske statsborgere der lever på gaden i Københavns Kommune, er uafklaret.

Fængsler og løsladelse.

Dette punkt er uafklaret. Der har ikke i året været systematisk kontakt med fængselsvæsenet, men der er heller ikke SundhedsTeampatienter der har afsonet længere fængselsstraffe, som har været uafklaret i forhold til fremtidige forhold.

Fokusområder i 2009.

Der er hovedsagelig tale om videreudvikling og konsolidering af samarbejdet med Sundhedsrummets medarbejdere samt afslutning af opgaver der er påbegyndt i 2008.

Arbejdet med brugerundersøgelsen CORRELATION II, som er nævnt i årsrapporten for 2007 side 95, er indtil videre i bero på grund af manglende opbakning fra deltagerne. Der er en mulighed for at undersøgelsen kan genoptages i samarbejde mellem Sundhedsrummet, SundhedsTeam og Servicestyrelsen.

Dataopsamling til ny videnskabelig artikel er afsluttet med året 2008, og arbejdet indsendes til peer-review i 2008.

2. nordiske hjemløshedskonference er foreløbig forsøgt fastsat til maj 2010. Forberedende arbejde sker i slutningen af 2009.

Bilag

Bilag 1.

	2007	2006	2008	Totale antal	Samlede %
1.1 Gadehjemløs	15	18	19	52	15,5
2.1 Natherberg	19	11	6	36	10,7
3.1 Hjemløseherberg	34	7	32	73	21,7
3.2 Midlertidigt bosted	4	0	2	6	1,8
4.1 Kvindeherberg	0	0	1	1	0,3
6.2 Medicinsk institution	1	1	0	2	0,6
7.1 Bosted for hjemløse	4	12	14	30	8,9
7.3 Midlertidigt opholdssted med støtte	9	1	0	10	3,0
7.4 Opholdssted med støtte	1	0	0	1	0,3
8.1 Midlertidigt hos familie eller venner	11	10	13	34	10,1
8.2 Uden legal kontrakt	3	0	1	4	1,2
8.3 Illegalt ophold i bygning	1	0	0	1	0,3
11.1 Campingvogn eller lignende	1	0	0	1	0,3
11.2 Ikke-standard bygning	1	2	0	3	0,9
11.3 Midlertidig struktur	1	2	0	3	0,9
12.1 Uegnet som bolig	2	0	0	2	0,6
14.1 I egen lejlighed, fungerer ikke / bebor ikke	6	5	1	12	3,6
14.2 I egen lejlighed, benytter delvist / af og til	10	2	4	16	4,8
14.4 I egen lejlighed fungerer med <i>systematisk assistance</i>	1	4	1	6	1,8
14.5 I egen lejlighed fungerer med <i>lejlighedsvis assistance</i>	6	3	8	17	5,1
14.6 I egen lejlighed fungerer <i>uden assistance</i>	0	5	1	6	1,8
15.1 Skæv bolig – fungerer ikke	1	1	0	2	0,6
15.2 Skæv bolig – fungerer	1	1	0	2	0,6
16.1 Plejehjem for somatisk syge / blandede problemer	0	0	0	0	0,0
16.2 Plejehjem for demente	0	0	0	0	0,0
16.3 Plejehjem for misbrugere	0	0	0	0	0,0
17.2 Bofællesskab for psykisk syge	1	0	0	1	0,3
17.3 Opgangsfællesskab for psykisk syge	1	0	0	1	0,3
18.1 Bofællesskab for Grønlandske borgere	2	1	3	6	1,8
19.1 Udlænding bor på gaden	0	0	2	2	0,6
19.2 Udlænding bor i telt / campingvogn	0	0	0	0	0,0
20.1 Rejst til anden by i Danmark	1	0	0	1	0,3
21.1 Ikke registreret	3	0	0	3	0,9
21.2 Ikke indskrevet	0	0	0	0	0,0
21.3 Uvist / oplysninger kan ikke skaffes	2	0	0	2	0,6

ETHOS-fordeling 2006 - 2008

Bilag 2.

Hepatitis C - positive

Tidl. us?	Tidligere us. f. HAV ?	HepA IgM	HepA-ab tot.	tidl.us.f. HBV	HepBs-ag	HepBs-ab	HepBe-ag	tidl. us. HCV?	HepC-ab	HepC-RNA x103	HepC-Geno-type	Tidl. konst. HIV?	HIV-ab	Planlagt dato	Afgivet dato	Vaccination relevant?	Vaccination indledt?	Skulle det være gjort?
Ja	Nej	<0,79	>100	Nej	0	<7,4		Ja	Pos	9	Ikke oplyst	Nej	0	11.04 2008	11.04 2008	Ja	Nej	Ja
Ja	Uvist	<0,79	<20	Uvist	0	<7,4		Ja	Pos	Ikke oplyst	3	Nej	0	04.04 2008	01.07 2008	Nej	Nej	Ja
Uvist	Uvist	<0,79	>100	Uvist	0	27,6	1	Uvist	Pos	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Uvist	0	ikke oplyst	ikke oplyst	Ikke vurderet	Nej	Nej
Ja	ja men kender ikke resultat	<0,79	<20	ja men kender ikke resultat	0	<7,4		Ja men kender ikke resultat	Pos	1100	Ikke oplyst	Nej	0	30.10 2008	30.10 2008	ikke vurderet	Nej	Ja
Ja	Uvist	<0,79	<20	Uvist	0	<7,4		Ja	Pos	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Nej	0	22.08 2008	22.08 2008	Henvist til inf. med.	Nej	Ja evt.1. vaccination
Ja	Nej		1	Nej	?	?	?	Ja	Pos	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Nej	0	12.11 2008	ikke oplyst	Ikke vurderet	Nej	Ja men mangler HBV svar
Ved ikke	Uvist	<0,79	>100	Uvist	0	288		Uvist	Pos	0 10E3 IU/ml	Ikke oplyst	Uvist	0	27.02 2008	Nej, pat. rejst hjem	Ikke vurderet	Nej	Nej
Nej	Nej	<0,79	<20	Nej	0		0	Nej	Pos	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Nej	0	12.01 2009	ikke oplyst	Ja	Nej	Ja

Bilag 3.

Hepatitis B positive

Injektions-misbrug	Alder	Køn	Nationalitet	HepA IgM	HepA-ab tot.	HepBs-ag	HepBs-ab	HepBe-ag	HepC-ab
nej	47	k	Grønland	neg	pos	0	26,4	1	neg
nej	46	k	Grønland	neg	pos	0	86,6	1	uoplyst
nej	42	k	Grønland	neg	pos	0	20,4	1	neg
nej	42	k	Grønland	neg	pos	0	171	1	neg
nej	37	k	Grønland	neg	pos	0	>1000	uoplyst	neg
nej	50	m	Grønland	neg	neg	0	20,3	1	neg
nej	26	k	Grønland	neg	neg	0	>1000	uoplyst	neg
nej	37	k	Grønland	neg	pos	0	>1000	1	neg
nej	44	k	Grønland	neg	pos	0	27,6	1	pos
nej	54	m	Grønland	neg	pos	0	25,6	uoplyst	neg
nej	39	k	Grønland	neg	pos	0	181	uoplyst	neg
ja (1975)	61	m	Danmark	neg	neg	0	13	1	neg
nej	49	m	Danmark	neg	pos	0	119	uoplyst	neg
nej	40	m	Danmark	neg	neg	0	196	uoplyst	neg
nej	46	m	Sverige	neg	pos	0	288	uoplyst	pos
nej	36	m	Frankrig	neg	neg	0	176	0	neg
nej	28	m	Polen	neg	neg	0	181	0	neg



Københavns Kommunes

SundhedsTeam

Sundholmsvej 18

2300 København S

FAX: 33 17 67 27

www.hjemlosesundhed.dk