

SundhedsTeam

Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer

i

Københavns Kommune

-

Årsrapport 2005



Forord

Efter en periode med projektbaserede forsøg baseret på opsøgende arbejde udenfor institutionsgrænserne er man i vid grad i gang med at implementere de resultater der er opnået.

Blandt de projekter som afvikledes i Københavns Kommune i årene 2000 – 2004 kan nævnes Retssikkerhedsprojektet, som var et metodeudviklingsprojekt med fremskudt social sagsbehandling og Støtte- Kontakt- Persons-projektet for hjemløse. Disse projekter er i løbet af 2004–5 implementeret i Københavns Kommunes indsats overfor hjemløse og blevet til Gadeplansindsatsen, som er integreret i det lokale sociale system.

Sundhedsprojektet var et 3 årigt forsøg med tværfaglig metodeudvikling og beskrivelse af svært marginaliseredes helbredstilstand. Projektet søgte at undersøge muligheder og barrierer i arbejdet mellem sundhedsfaglige og socialfaglige medarbejdere. Et klart resultat af projektet var, at det hovedsagelig er ved overgange mellem systemer, at der opstår svigt i kontakt og behandling. Dette resultat er ikke specielt for hjemløsegruppen men kan iagttages overalt, hvor mennesker har behov for samspil mellem flere systemer, men resultaterne af svigt er særligt tydelige for denne gruppe.

SundhedsTeam bygger på de erfaringer om barrierer, som projekterne har beskrevet. Det har derfor været en grundlæggende forudsætning, at teamet ikke måtte bygge endnu en barriere men skulle fungere på tværs i det eksisterende system.

Denne proces er langvarig men efter et år med arbejde på tværs af grænser mellem offentligt og privat, mellem sundhed og socialt må det konstateres, at tanken ikke er fremmed for langt de fleste, som beskæftiger sig med området til hverdag.

Det har været en utroligt positiv oplevelse at møde mennesker med mange forskellige synsvinkler på arbejdet med svært marginaliserede mennesker, og det har ikke mindst været en positiv oplevelse, at vi sammen har kunnet opnå resultater som er langt bedre, end vi ville kunne hver for sig.

Februar 2006

Henrik Thiesen
Afdelingslæge
Leder af SundhedsTeam

Indhold

Del I

Generelle årsrapport

Baggrund	side 4
Introduktionsperiode	side 5
Daglige arbejdsforhold og logistik	side 9
Dagligt arbejde	side 10
Faglig opdatering, supervision mm	side 15
Patienter	side 18

Del II

Sygeplejen i SundhedsTeam

Udarbejdet af SundhedsTeams sygeplejersker:

Lone Dam, Lene Tanderup, Karin Olofsson, Bodil Stavad

Samarbejde med H:S	side 20
Dokumentation	side 20
Kontakt til borgere, 6 cases	side 22
Patientforløbet	side 25

Del III

Udfordringer i 2006

Side 26

Reference- og bilagsoversigt

Side 28

Del I

Baggrund

SundhedsTeam er opbygget med baggrund i de erfaringer, der er indhøstet i Sundhedsprojektet i årene 2000 – 2004.⁽¹⁾

SundhedsTeam er finansieret via bevilling fra Borgerrepræsentationen med start fra og med 2005.

Der blev bevilget økonomi til ansættelse af i alt 4 sygeplejersker og 1 afdelingslæge. Teamet blev forankret i Aktivitetscentret på Sundholmsvej som et selvstændigt fungerende team under Aktivitetscentret.

Teamet indgår som en del af den overordnede strategi på hjemløseområdet, og derfor er de nærmeste umiddelbare samarbejdspartnere i det offentlige system, de gadeplansmedarbejdere som er ansat i de enkelte lokalcentre.

Medarbejdere:

Daglig leder af SundhedsTeam er ansat fra 1. januar 2005, 3 sygeplejersker er ansat fra 1/5 og 1 sygeplejerske fra 1/6 2005.

Der var i Sundhedsprojektet fokus på, at målgruppen har en kompleks problematik i forhold til både misbrugsmæssige, psykiatriske og somatiske problemstillinger og sygdomme, og det var derfor også vigtigt at få ansat sygeplejersker med solid erfaring fra sundhedsvæsenet.

Dette er lykkedes til fulde. Alle ansatte har mellem 10 og 25 års erfaring.

Der blev ved ansættelsen lagt vægt på erfaring med de sygdomme som målgruppen lider af og især personligt overblik i forhold til de problemer, som sundhedssystemets struktur giver i behandlingen af de mest marginaliserede borgere.⁽²⁾

Lederen af SundhedsTeam har baggrund i almen medicin, lang erfaring fra forskellige aspekter af misbrugsbehandling og erfaring fra ledelse af det forudgående Sundhedsprojekt.

Forankring

SundhedsTeam er forankret i Aktivitetscentret på Sundholmsvej. Aktivitetscentret er set som det mest hensigtsmæssige på grund af erfaring med drift af gadebaseret socialt og sundhedsmæssigt arbejde og let adgang til lokaler, som ikke behøvede nogen særlig istandsættelse, idet de lokaler som tidligere rummede Sundheds-, Retssikkerheds- og Støtte- Kontakt- Personprojektet kunne anvendes.

Der kunne forventes nogle problemer i forhold til tilgængelighed, da Sundholm er placeret meget sydligt i kommunen. Dette har vist sig ikke at være tilfældet, da medarbejderne hyppigst starter dagen med aftaler med de enkelte brugere. Samtidig har den nære tilknytning til en organisation, der samtidig rummer et af de kommunale lavtærskeltilbud og naboskab til en af de kommunale sygeplejeklinikker, andre umiddelbare fordele.

Introduktionsperiode

Introduktionsperiodens formål var primært at give den enkelte medarbejder en bred indføring i elementerne i gadeplansindsatsen og en basis for at bruge den faglighed, der bringes med ind i teamet hurtigst muligt.

Det tager erfaringsmæssigt flere år at få et godt indblik i hjemløseområdet. Ved at trække målrettet på de ressourcer og erfaringer der allerede var til stede i teamet og i gadeplansindsatsen som helhed, lykkedes det gennem en systematisk indsats i de første 4 - 5 måneder, at få en forholdsvis stor kontaktflade.

Hertil blev lagt en systematisk kontakt til de dele af sundhedsvæsenet som erfaringsmæssigt har kontakt med den målgruppe, der er SundhedsTeamets.

Introduktionsperioden har strakt sig over ca. 6 måneder, men med stadig større andel af dagligt patientkontakt. Fra oktober / november har langt den overvejende del af det daglige arbejde været patientrelateret. Fra januar 2006 er det organiserede præsentationsarbejde overstået og kommende kontakter vil typisk ikke inddrage hele teamet.

Kontaktskabelse og præsentation overfor samarbejdspartnere

Kommunale institutioner

Kontakten til den resterende gadeplansindsats havde høj prioritet, fordi det var vigtigt, forholdsvis hurtigt at få en fornemmelse af, hvilke personer og patientgrupper, der er målgruppe for teamets arbejde.

Efter et par uger tog sygeplejerskerne med rundt i de forskellige distrikter med de gadeplansmedarbejdere, der var tilknyttet det enkelte område. Derved skabtes en direkte kontakt mellem gadeplansmedarbejderen og sygeplejersken og også en fælles forståelse af, hvad gadeplansarbejdet består af. Endelig er den direkte kontakt essentiel i det daglige arbejde, idet det er ulig nemmere at kontakte en person, man har samtalt med, end det er at kontakte en, man kun kender fra en præsentation. Sygeplejerskerne nåede stort set at have udgående dage med alle gadeplansmedarbejdere.

Københavns Kommunes sygeplejeklinikker stillede sig velvilligt til rådighed med hensyn til besøg af sygeplejerskerne enkeltvis, således at alle kunne opnå en nær fornemmelse af arbejdet i den enkelte klinik.

Der blev i løbet af efteråret afviklet en besøgs- og præsentationsrække til alle lokalcentre i kommunen, for enkeltes vedkommende flere gange overfor forskellige faggrupper.

Fængselsvæsenet

En del af de borgere teamet møder har ofte problemer i forhold til straffeloven og må af og til indsættes i fængsel. Hyppigt er der tale om kortere fængselsstraffe. Fælles for alle indsættelser er, at de giver en god mulighed for at få talt med den enkelte om helbredsmæssige og sociale problemer, som det ikke er muligt at få hold på under et stort blandingsmisbrug.

I fængslet er den enkelte i stor grad afskåret fra stoffer og derfor bedre i stand til at medvirke til at forbedre sin egen situation. Ofte har kontakten dog været afbrudt under fængselsopholdet, og der har derfor været et slip i kontakten fra gadeplansindsatsen til fængsel og omvendt.

For at tage fat om den problematik har teamet haft præsentationseftermiddag for læger og sygeplejersker på Vestre Fængsel, og der planlægges i starten af det nye år en lignende dag på Vridsløselille. Erfaringerne med samarbejdet er indtil videre meget lovende.

Politiet

Teamet har afholdt formaliseret møde med repræsentanter for nærpolitiet, Amager, City og Nørrebro. Der er udvekslet telefonnumre og politiet er generelt informeret om teamets formål.

Sundhedsvæsenet

Baggrunden for den målrettede indsats, med hensyn til kontakt til det omgivende social- og sundhedsvæsen, er at SundhedsTeamet kun fungerer optimalt som brobygger for den enkelte patient, når teamet er implementeret i det allerede eksisterende system.

På samme måde som almen praksis i forhold til andre borgere er kontaktskabende i forhold til både social- og sundhedsvæsen, skal SundhedsTeam benytte de eksisterende tilbud fra det specialiserede sundhedsvæsen men på en måde, der er hensigtsmæssig for målgruppen.

I Sundhedsprojektet er det vist, at kontakten til sundhedsvæsenet for den sværest marginaliserede gruppe stort set er indskrænket til akutafdelinger, og der derfor ofte ikke er sammenhæng i behandlingen af de mange og alvorlige fysiske og psykiske lidelser, der præger denne gruppe.

Vi kontaktede derfor i første omgang de akutte afdelingers sygeplejefaglige ledelser og havde præsentationsmøder overfor enkelte afdelinger, som erfaringsmæssigt har nær kontakt med teamets målgruppe, nemlig venerologisk klinik og Sårafdelingen på Bispebjerg Hospital samt Lungeafdelingen på KAS Gentofte. Vi foretog direkte præsentationer på disse afdelinger.

I forhold til akutte psykiatriske og somatiske afdelinger tog vi kontakt til sygeplejefaglige ledelser og inviterede til et initialt informationsmøde, hvor vi opfordrede til en dannelse af et forum af kontaktpersoner fra de enkelte afdelinger, som havde interesse for netop denne målgruppe, og som kunne medvirke til at lette rutiner på deres afdeling til glæde for både patient og personale.

Vi inviterede derefter til en temadag for disse kontaktpersoner, hvor vi præsenterede gadeplansindsats og SundhedsTeam og lagde op til en dialog og kommende temamøder (3). Der er dannet en webbaseret diskussions og nyhedsgruppe samt inviteret til næste temadag i maj 2006.

Distriktpsychiatri

Kontaktskabelsen i forhold til distriktpsychiatrien er endnu ikke gennemført. Der har været en enkelt eftermiddag med distriktpsychiatrien, Kirkegårdsvej samt Opsøgende

Psykoseteam og distriktpspsykiatrien Lyongade, begge på Amager. De øvrige opsøgende psykoseteams og Distriktpspsykiatrien i den øvrige by kontaktes snarest i det nye år. Der er en del overlapning i patientgruppe mellem de opsøgende psykoseteams og SundhedsTeam, og der ses gode muligheder for, at vi kan støtte hinanden hen imod en mere sammenhængende behandling for de mest marginaliserede.

E-huset og Bryggergården

Nogle af de mest medtagne alkoholmisbrugere har mulighed for plejebolig på henholdsvis E-huset i De Gamles By og Bryggergården på Vesterbro. Målgruppen er begge steder mennesker, som er blevet demente af deres alkoholmisbrug. Der har man specialiseret sig i, at have med mennesker, som er enten generelt rolige i adfærd (Bryggergården) og forholdsvis bevægelige og eventuelt voldsomme (E-huset). SundhedsTeam har kontaktet begge steder og afholdt præsentationsmøde med ledere og dele af personalet. Der er en stor overlapning i patientgruppe for især E-Huset og SundhedsTeam, og der er begge steder en grundlæggende behandlingsteoretisk tilgang, som ligger meget nær den basale teoridannelse for SundhedsTeam. Der arbejdes allerede praktisk sammen med E-huset i systematiseret form, og det må overvejes om ikke medarbejdere fra begge hjemmene, vil være relevante i kontaktpersonforum med H:S.

Private væresteder mm.

Der har ikke været nogen overordnet systematisk præsentation og kontaktskabelse i forhold til private væresteder, men sygeplejerskerne har taget kontakt til de væresteder, de har kunnet opspore i deres lokalområde. Nogle af disse har kontakt med specielle grupper, som ikke umiddelbart er målgruppe for SundhedsTeam, men det er vurderet, at viden om teamet bør være bredt ud så vidt, som det er muligt i lokalområdet.

Gadeplan

Teamet deltager i de regelmæssige møder i det uformelle netværk "Gadeplan", som rummer medarbejdere fra offentlige og private foranstaltninger på hjemløseområdet i uforpligtende mødeaktivitet. ⁽⁴⁾

Stockholm og Oslo

Teamet har haft kontakt med hjemløse-sundhedsforanstaltninger i henholdsvis Stockholm og Oslo. Begge byer har tiltag på sundhedsområdet overfor svært marginaliserede, men har valgt forskellige tilgange til løsning af sundhedsproblemerne. Disse løsninger afspejler i stor grad byernes infrastruktur og opdeling af sundhedsvæsenet, mens der ikke ses nogen stor forskel i tankegang og tilgang til problemerne.

Der er opnået en god personlig kontakt med medarbejdere begge steder og man har fået et godt indblik i arbejdsmetoder og praktiske forhold

Århus og Aalborg

Kontakt til de to jyske byer gav et indblik i de arbejdsmetoder, der er valgt her. Hjemløseproblematikken er mindre af størrelse, men de borgere, man møder i det daglige, er ikke mindre skadede end det ses i København. Enkelte af borgerne er såmænd også fælles, idet der for en lille gruppe sker en flytning når problemerne bliver for store.

Kontakten til de to byer må anses som vigtig som kontaktskabende og som mulighed for faglig udveksling.

Reception

Åbningsreception blev afholdt i teamets lokaler den 28. november 2005. Den officielle, og velbesøgte, åbning blev foretaget af afgangende Familie- og arbejdsmarkedsborgmester Bo Asmus Kjeldgaard.

Pressekontakter

I forbindelse med receptionen blev udsendt pressemeddelelse fra borgmesterens kontor. Dette førte til omtale i lokalt tv, radio og aviser. Der har desuden været 2 større feature-artikler i henholdsvis "Dagens Medicin" og "Danske Kommuner" ^(5,6)

Daglige arbejdsforhold og logistik

Teamet skal arbejde med de strukturer der findes i forvejen, og der er derfor ikke opbygget nogen ambulatorie- eller klinikfunktion. Al behandling foregår i de allerede eksisterende lavtærskeltilbud (inkl. sygeplejeklinikker) eller i forbindelse med henvisning til sundhedsvæsenet.

Teamets lokaler er derfor en base for den udgående tjeneste, og tjener som kontor og mødefacilitet. En stor del af de møder, der foregår i det daglige med samarbejdspartnere, foregår her, og på det seneste har lokalerne også enkelte gange været udlånt til mødeaktiviteter for samarbejdspartnere på området.

Der er oprettet i alt 5 kontorpladser og mødelokale. I et tilstødende aflåst rum har vi fået lov at oprette depot til forbindsstoffer blodprøveremedier etc. Funktionaliteten af lokalerne er af god standard.

Opkobling til internet og KK-net, har været en meget langstrakt affære. Det lykkedes først hen mod nytår 2005-6 at få adgangskoder til KK-net, og der er stadig en enkelt som ikke har fungerende adgangskode. I mellemtiden har det af hensyn til den daglige kommunikation været nødvendigt at oprette en webbaseret kalender. Dette skete på www.groupcare.dk og har fungeret tilfredsstillende efter en kort indkøringsperiode. Der er dermed også dokumentation for teamets aftaler siden august 2005, og der er ikke mindst skabt en basis for brug af fælles kalender som flyttes til KK-net snarest, når alle er trænet i brug af Københavns Kommunes netværk.

Transportforholdene til og fra Sundholmsvej er bedret betydeligt med åbning af metrostation få hundrede meter fra kontoret. Den daglige transport rundt i byen er lagt an på cykler. Regionsopdelingen gør, at der ikke er uoverskuelige afstande, og langt den største del af det daglige arbejde foregår indenfor brokvartererne. Hertil skal lægges at dagens arbejde startes ude, således at man ikke først skal samles i den ene ende af byen for så at fordeles, hvilket eliminerer behovet for at have skiftende mødelokaler rundt omkring i byen.

Teamet har ikke anskaffet køretøj i 2005, fordi det er vurderet, at det var vigtigst at have en fleksibel tilgang til brugerne, og at det var lettere at vurdere behov med hensyn til bilstørrelse og – type efter nogen tid i praktisk arbejde. Der anskaffes køretøj via overtagelse af fordelagtig leasingkontrakt fra Aktivitetscentret i starten af 2006.

Dagligt arbejde

Ledelsesmæssigt / Lægefagligt

Det lægelige arbejde kan deles i 2 funktioner, lægefunktion og teamlederfunktion. Begge funktioner er overordnet beskrevet i arbejdsbeskrivelse fra februar 2005.⁽⁷⁾

Teamlederfunktionen er indvævet i dagligdagen og består hovedsageligt i at være teamets ansigt udadtil i forhold til nye kontakter. Funktionen er for nuværende stærkt båret af det kontaktnet og de arbejdsmetoder, der er udviklet i Sundhedsprojektet. Der er udstukket nogle linjer i forhold til den daglige ledelse i samarbejde med supervisor og resten af teamet. Det forudsættes, at denne linje tilrettes løbende i forhold til behov og udvikling. Da der er tale om en gruppe, som har lang professionel erfaring, og for flere af gruppens medlemmer også erfaring med ledelse, er der ikke behov for detaljestyling og planlægning men mere behov for faglig support og udvikling samt sparring i forhold til patientforløb.

Lægefunktionen er en direkte fortsættelse af arbejdet i Sundhedsprojektet. Der udkrystalliserede sig en funktion, som naturligvis er præget af lægens faglige baggrund, men som også er funderet i de resultater, der kom af undersøgelsen af helbredet hos svært marginaliserede i Sundhedsprojektet.

Vi kunne i den undersøgelse vise, at svært marginaliserede ikke benytter egen læge men i stor grad benytter sundhedsvæsenets akutte funktioner, såsom skadestuer.

Da sundhedsvæsenet er bygget op om en såkaldt "gate-keeper" og koordinerende funktion i almen praksis, opstår der store systemproblemer i forhold til opfølgning på behandling og mulighederne for at behandle kroniske lidelser. Det har været foreslået fra forskellig side, at man i lyset af de alvorlige lidelser, der kendetegner målgruppen, skulle ansætte speciallæger til opsøgende arbejde. Der er adskillige barrierer for, at dette kan lade sig gøre rent praktisk, hvis det skal være systematisk og fag-udviklende. Andre har anbefalet en oprustning af akut- og modtage-funktionerne på hospitalerne men der er tale om en procentmæssig lille gruppe og en investering i personale som, uanset at den ville være et generelt gode, ikke virker realistisk.

Almen praksis er i stor grad formidler til og fra hospitalsvæsenet overfor langt hovedparten af befolkningen. Ved at kombinere denne formidlende rolle overfor sundhedsvæsenet med en opsøgende funktion, bliver man i høj grad i stand til at udbrede netop det formidlende og tovholderfunktionen overfor den enkelte patient.

Med en forholdsvis lille investering kan almen praksis derimod forholdsvis let tilpasses til at arbejde opsøgende. Fordelen ved almenpraksis-tanken er, at man her hele tiden kan tilpasse den behandling, man tilbyder, til det som det omgivende system tilbyder, og at der hele tiden overfor den enkelte kan tilbydes behandling på det niveau, der er nødvendigt og muligt.

SundhedsTeam fik tildelt ydernummer som almen praksis i april 2005 og har således været i stand til at tilbyde de services, som kan tilbydes af andre praksis: blodprøvetagning, henvisning til andre undersøgelser etc. En del af opstarten af SundhedsTeam har derfor været at finde en plads i det generelle sundhedsvæsen samtidig med, at man er en del af det sociale system. Denne proces er ikke afsluttet, idet det ligger hos teamet at skabe de nødvendige kontakter, men processen er godt i gang. Alle nødvendige blanketter er indhentet og tilmeldinger til laboratorier etc. er gjort, så det er muligt at fungere umiddelbart i forhold til behandling.

Mulighederne i det fremtidige arbejde med hensyn til diagnostik og behandling bliver bedre og bedre på grund af IT-udviklingen, og teamet følger og implementerer disse muligheder, når de skønnes nødvendige.

Afgrænsningen til den øvrige lægelige behandling på narkoområdet er flydende, idet en stor del af målgruppen for SundhedsTeam ikke er målgruppe for narkobehandlingen. Med en inkorporering af alkoholbehandling i Københavns Kommune vil der dog være et meget stort overlap i forhold til de øvrige kommunale læger.

Sygeplejefagligt

Der var i første omgang lagt vægt på, at den viden og faglighed den enkelte bragte med til teamet skulle kunne udnyttes umiddelbart. Derfra udvikles en fælles faglighed i en proces, der ikke umiddelbart afsluttes indenfor overskuelig fremtid.

Der henvises i øvrigt til del II af rapporten, hvor den sygeplejefaglige del er nærmere beskrevet.

Struktur

Regionstilknytning

SundhedsTeam er organisatorisk lagt tæt op ad den øvrige gadeplansindsats. Man har her valgt en struktur med 4 regioner omkring de 4 Rådgivningscentre på narkoområdet. De 4 sygeplejersker har hver fået tildelt en region, henholdsvis Amager, Vestre, Indre og Nordre. Alle regionerne rummer områder, som er særligt hårdt belastet, men samtidig rummer de, bortset fra region indre, også udbredelsesmæssigt store områder med relativt lav belastning. Det har ligget implicit i teamet, at det ville være en fordel at organisere det udgående arbejde 2 og 2, og dette har også vist sig både hensigtsmæssigt og udviklende. Område- og partnerfordelingen kan tvangsfrit ændres, hvis dette måtte være ønskeligt, og man kan uden problemer dække for eksempel sygdom og ferie for hinanden, da der er en næsten daglig vidensudveksling områderne imellem.

Ekstern mødestruktur

Teammedlemmerne deltager i møder i de regioner, de er tilknyttet, hvilket gælder både praktisk mødeaktivitet og træning i for eksempel "reflekterende team". Denne aktivitet er af største vigtighed for at holde forbindelsen som kolleger, da der ikke vil være lige stor aktivitet i forbindelse med den enkelte socialfaglige medarbejder hele tiden. Det er vigtigt, at se hinanden i forskellige sammenhænge for at blive mindet om, at man har mulighed for at inddrage SundhedsTeam i forskellige opgaver.

Teamleder/læge deltager i styregruppe for gadeplansindsats i regi af kontor for voksne med særlige behov som mødes ca. hver 3. måned.

Teamleder/læge deltager så vidt muligt i ugentlige lægemøder med Københavns Kommunes narkolæger.

SundhedsTeam arrangerer halvårslige heldagsmøder for kontaktpersoner fra H:S møderne afholdes i maj og november.

Teammedlemmerne deltager i "Venerea-Important-Person" (VIP) – møder i regi af sygeplejerske Hanne Sørensen, venerologisk afdeling Bispebjerg Hospital. Disse møder er generelt halvårslige.

Teammedlemmer deltager i kvartårslige møder i "Gadeplan"

Teamleder/læge deltager i "SFI – hjemløseforum", et landsdækkende videns- og mødeforum for ledere og videnspersoner indenfor hjemløseområdet i regi af Socialforskningsinstituttet.

Sygeplejerskerne deltager i regelmæssige møder med sygeplejersker fra Københavns Kommunes sygeplejeklinikker på hjemløseområdet.

2 sygeplejersker deltager i regelmæssige møder og supervision i landsdækkende "Grønlændernetværk".

Hertil kommer enkeltstående uddannelses- og informationsaktiviteter.

Intern mødestruktur

Efter den langvarige opstarts- og præsentationsperiode har teamet valgt at satse en periode på opbygning af en fast intern struktur. Det er erfaringsmæssigt svært, men ikke desto mindre absolut nødvendigt, at et team, der i stor grad arbejder selvstændigt og uafhængigt mødes regelmæssigt helst dagligt i en tæt struktur der fremmer gensidig support og aflastning.

En regelmæssig indre møde og afrapporteringsstruktur er en absolut nødvendighed for faglig udvikling ligesom kommunikationen, når man er på gaden skal være ukompliceret for at opnå den bedste synergieffekt af teamets ressourcer.

Den interne mødestruktur er således under konstant opbygning og evaluering. Der er lagt for med et daglig "stuegangsmøde", hvor aktuelle sager og problemstillinger diskuteres. Dette møde har generelt et praktisk formål og indholdet bestemmes af den daglige aktivitet, men mødet kan også bruges til akut intern supervision af problematiske forløb eller begivenheder.

En gang ugentligt afholdes internt uddannelsesmøde. Indholdet er afklaret på forhånd, og der er en dagsorden for det enkelte møde. Dagsorden vil hyppigt bestå i afklaring af en række aktuelle problemstillinger, som ikke er direkte patientrelaterede samt et større emne, som gennemgås af et af teammedlemmerne eller af alle i fællesskab.

Med længere mellemrum afsættes hele dage til supervision udefra. Der er her generelt tale om supervision af organisationen og arbejde med de større fremadrettede linjer.

Patientkontakt

Målgruppen for SundhedsTeam er for alle praktiske formål, de personer som på grund af strukturelle eller personlige forhold ikke kan rummes og behandles af andre eksisterende behandlingstiltag, uanset om dette er sundheds- eller socialvæsenet. Dermed er det heller ikke en ekskluderende faktor, at borgeren ikke i egentlig forstand er boligløs.

Teamet er dermed også, ud over at være indstillet på at behandle det der møder øjet, indstillet på at behandlingen skal være integreret i den enkelte patients sociale system, før den er succesfuld.

Teamet tilstræber at patientkontakten skal overdrages, når det er muligt. Overdragelse af patientkontakt kan ske på mange niveauer som beskrevet nedenfor,

men hyppigt vil det ske til flere forskellige institutioner, behandlingssteder og sociale tiltag.

Visitationen til teamet sker hyppigst fra sociale gadeplansmedarbejdere. Visitation er i denne sammenhæng typisk blot, at man beder teamet om at deltage i det tværfaglige arbejde omkring en borger.

I den kommunale gadeplansindsats har den enkelte socialfaglige medarbejder et indgående kendskab til sit lokalområde og ved observation af sundhedsfaglige problemer, kan teamet medinddrages.

Visitation fra væresteder og natcafeer er tiltaget over året, efterhånden som stederne har lært SundhedsTeamet at kende. Der er et upåklageligt samarbejde med adskillige, både private og kommunale væresteder og varmemestuer.

Visitation fra afdelinger i sundhedsvæsenet har endnu ikke noget større omfang, men der er klart et tiltagende praktisk samarbejde med sundhedsvæsenet.

Kontakten til borgerne har hovedsageligt været udført efter en eller anden form for visitations eller henvisningsproces, og langt de fleste kontakter sker i samarbejde med den socialfaglige medarbejder, der har henvist.

Den fortsatte kontakt kan antage mange forskellige former. Der er hyppigt en kombination af socialfagligt og sundhedsfagligt arbejde i spil, hvor der ikke behøver at være tilstedeværelse af begge faggrupper, når der er kontakt med borgeren, men hvor koordinationen af arbejdet er af største vigtighed.

Det umiddelbare behandlingsarbejde kan have vidt forskellige former fra længerevarende stabilisering i forhold til misbrug og psykiatriske lidelser til ganske korte interventioner i forhold til en infektion. Den korte intervention kan dog ofte lede til et længere forløb, der kan lede til nye tiltag i samarbejde med borgeren.

Viderevisitering og dannelse af kontinuitet

Da det er teamets opgave at behandle dem, der ikke kan rummes andre steder, er det en naturlig forudsætning, at teamet viderevisiterer borgeren, når det umiddelbare behandlingsbehov er overstået og borgeren eventuelt er i stand til at modtage hjælp i andre sammenhænge.

Viderevisitering kan ske på forskellige niveauer.

Fortsat behandling med supplement fra sundhedssystemet. Her er det en grundlæggende behandling, som styres af SundhedsTeam, men sundhedsvæsenet inddrages ad hoc eller i et planlagt forløb, hvor SundhedsTeam er tovholder.

Fortsat behandling på foranledning af sundhedssystemet. SundhedsTeam er her stadig tovholder på det lange forløb, og sørger primært for at specialafdelingens behandlingstiltag bringes ud i livet.

Kort behandling og viderevisitering. Ses hyppigst i forbindelse med personer, som er skredet ud i hjemløshed som en proces, der har lukket for muligheder for reintegration i samfundet, men hvor der grundlæggende er ressourcer og et ønske om tilbagevenden. Her kan kortvarig indsats – ofte i forhold til misbrug - føre til varig fjernelse fra hjemløshed.

Problemløsningsopgaver. Korte opgaver, hvor der egentlig er behandlingsressourcer til stede men manglende forståelse af borgerens reelle situation, og der dermed opstår systematiske problemer, som kan føre til at borgeren risikerer at ende i hjemløshed.

Konsulent tjeneste. Korte opgaver i forhold til rådgivning og eventuelt kontaktskabelse til relevante parter.

Faglig opdatering, supervision vidensindsamling mm.

Den faglige opdatering og udvikling er af yderste vigtighed, da der er tale om et nyt arbejdsområde, som ikke er udviklet til en egentlig faglig enhed. Der er naturligvis tale om en faglighed, men denne faglighed er stukket sammen af de mennesker der deltager i teamet.

Hvis der skal sikres en kontinuitet, som forhindrer at fagligheden degenererer over tid, må identifikation af problemer og manglende faglige redskaber ske løbende, når man støder mod områder eller borgere, som ikke kan behandles tilfredsstillende, eller hvor der er lange forløb af hjemløshed og sygdomme, som ikke bliver bedre eller forværres ved den indsats der gøres.

Dette gøres i SundhedsTeam på flere niveauer.

Supervision på teamets struktur, interne kommunikation, tillid og generelle arbejdsmiljø samt opmærksomhed på det fremadrettede forløb og ønsker til opgradering af fagligheden med ekstern supervisor. Til dette afsættes planmæssigt 1-2 dage ad gangen for at sikre en tilstrækkeligt dybtgående proces.

Supervision på faglige områder kan ske på flere niveauer som tidligere beskrevet under mødestruktur.

Den faglige supervision er generel og konstant idet sygeplejerskerne arbejder i teams, som konstant kan være i faglig udveksling. Problemer, der ikke løses i denne sammenhæng, kan bringes til daglig stuegangsmøde eller forsøges løst ved kontakt med lægen.

Lange behandlingsforløb og – processer gennemgås systematisk med jævne mellemrum. Dette kan ske i forskellige sammenhænge, hvor man for eksempel arbejder case-baseret sammen med andre faggrupper, eller man kan gennemgå patientforløb internt og i samarbejde forsøge at bidrage til løsning af problemstillinger.

Kursusvirksomhed. Der er en del yderst billige eller gratis kursustilbud i regi af de faglige selskaber. Disse benyttes for at opgradere den generelle faglighed.

Der er generelt ikke nogen kursustilbud indenfor sundhedsfaglig virksomhed på hjemløseområdet, idet området stort set er ubeskrevet.

Teamet arbejder så vidt muligt med refleksion og gensidig vidensudveksling efter deltagelse i konferencer og kursusvirksomhed. Der er i en periode forsøgt med logbøger over de tilbud, der har været deltagelse i, men det er generelt for tidskrævende og ikke helt foreneligt med en dagligdag, hvor der er krav om dokumentation af patientbehandling.

Videnskabeligt arbejde bør indtænkes i teamets generelle arbejde. Ved at inkorporere for eksempel standardiserede spørgeskemaer i almindelig journaloptagelse kan vidensindsamlingen om patientgruppen systematiseres langt bedre, og udsagnskraften forbedres betydeligt. I forbindelse med pilotforsøg i smitteopsporing i december 2005 var der et samarbejde med psykolog Morten Hesse, Center for Rusmiddelforskning. Samarbejdet har umiddelbart ført til en videnskabelig artikel vedrørende screening for alkoholmisbrug og leverpåvirkning.

I det daglige er der, som for enhver anden sundhedsfaglig behandling, journalpligt. Der føres notater over ethvert tiltag som foretages. Journalerne kan danne grundlag for vidensgenerering over tid og som basis for regulær videnskabelig produktion, som

det er tilfældet inden for alle andre sundhedsfaglige specialer. Der er grundlag for videnskabeligt samarbejde på nordisk plan, idet der er lignende journalsamling i hjemløseklinikken i Stockholm.

På længere sigt skal medarbejdernes ønsker om videreuddannelse som kan bidrage til en forbedring af teamets standard, understøttes så vidt det overhovedet er muligt.

Journaler og dataark

Patientdata opsamles i fortrykt journal⁽⁸⁾. Der er opbygget en organiseret blanket / journaliseringssamling for at sikre at data opsamles systematisk allerede fra første kontakt. De fortrykte papirer er udformet, så de så vidt muligt letter dagligdagen.

De data der opsamles ved de første kontakter, opsamles som nævnt i fortrykte journaler, som ud over almindelige sundhedsdata indeholder et spørgeapparat til belysning af misbrugsstatus og misbrugsforløb over livet. Endelig indsamles så vidt muligt blodprøver med henblik på organstatus og smittestatus.

De indsamlede data fra denne visitationsproces samles, sammen med datoer for udførelse, for at kunne have et overblik over, om kvalitetskravene, som fastlagt i beskrivelsen af SundhedsTeamet⁽⁹⁾, bliver overholdt, og for at kunne give det overblik over sundhedstilstanden, som det er planlagt, der skal kunne genereres med jævne mellemrum.

Pilotprojekt

I december 2005 gennemførte teamet et pilotforsøg i smitteopsporing af hepatitis og HIV ved hjælp af blodprøvetagning.

5 forskellige lavtærskeltilbud accepterede besøg af teamet i 3-4 timer. Besøgene var annoncerede forud, og de enkelte væresteder bestemte, hvor blodprøvetagningen skulle foregå, og besøgene afvikledes over de 5 hverdage i uge 49, 2005. Alle deltagere fik oplysning om formålet med undersøgelsen, og at der ikke ville blive videregivet oplysninger fra undersøgelsen til andre. Det blev endvidere oplyst, at data sandsynligvis ville blive brugt i anonymiseret form til afrapportering eller videnskabelig artikel. Deltagelse var naturligvis fuldstændig frivillig.

En mere gennemgribende analyse udføres senere, men overordnet kan siges at det samlede resultat blev, at 50 personer henvendte sig.

Der fandtes ingen HIV-positive.

12 havde antistoffer mod Hepatitis C, deraf var 5 kendte i forvejen. En enkelt mente at være antistofpositiv for Hepatitis C men fandtes negativ.

10 var positive for antistoffer mod Hepatitis A.

8 var antistofpositive for Hepatitis B.

Det vurderes umiddelbart, at 13 af de undersøgte bør have tilbud om vaccine for Hepatitis B og Hepatitis A.

Data er umiddelbart sammenlignelige med tidligere undersøgelser i Københavnsområdet, idet det bemærkes, at de undersøgte for nogles vedkommende ikke umiddelbart tilhørte teamets målgruppe men var betydeligt bedre sundhedsmæssigt.

Ud over det direkte tilbud om blodprøvetagning og den deraf følgende behandling og vaccinationsprogram var formålet med pilotundersøgelsen at teste journalføring og undersøge, om det var muligt at gennemføre en screeningstest indeholdende spørgsmål om misbrugskarriere og et formaliseret spørgeskema om alkoholmisbrug, indenfor en acceptabel tidsramme.

Det viste sig i høj grad muligt at gennemføre en systematisk undersøgelse, hvor så godt som alle gennemførte alle punkter af undersøgelsen.

Der er umiddelbart følgende konklusioner af pilotforsøget, negative såvel som positive:

1. Det er muligt at gennemføre systematisk undersøgelse af specifikke grupper på gadeplan. Der er en generelt positiv indstilling blandt socialfaglige medarbejdere til den type indsats, også i private væresteder, hvis der blot tages hensyn til de enkelte væresteders karakteristika inden indsatsen udføres.
2. Indsatsen skal annonceres i god tid, og der skal følges op på om annonceringen formidles videre til brugerne. Et par steder havde man ganske enkelt glemt, at vi skulle komme på de fastsatte dage. Det medførte at tilslutningen disse steder var forholdsvis sparsom og tilfældig. Et enkelt sted blev undersøgelsestiden nedskåret til 2 timer på grund af mødeaktivitet i huset.
3. Screeningsindsatsen må ikke strække sig over mere end en enkelt dag. Et indtag i undersøgelse på 10 – 15 borgere er mere end rigeligt, fordi der efterfølgende skal afleveres svar til alle, og de der skal modtage "positive" svar skal have tilbud om opfølgning og viderehenvisning.
4. Tilbud om vaccination skal være afklaret inden svar afgives. På den måde kan der gives første dosis vaccine allerede ved 2. kontakt til borgeren.
5. Laboratorieprocedurer bør være afklaret inden undersøgelse indledes. Det viste sig, at der som standard udførtes genotypning, men at denne undersøgelse kun blev udført hver 14. dag. Ydermere ramte dette juleperioden hvilket medførte, at de første resultater ramte teamets skriveborde efter 5 uger. I mellemtiden havde vi gennemført genotypning på de positive personer, vi havde kunnet opspore. Den meget lange ventetid på prøvesvar medførte voldsomme frustrationer hos enkelte borgere og et klart tab i tillid hos de personer, der oplevede det.
6. Screeningsundersøgelser med generelt tilbud skal gennemføres som en teamindsats.
7. Journalmateriale og spørgeskemaer er efterfølgende tilrettet således, at alle der tilbydes hjælp fra SundhedsTeam ideelt set gennemgår det samme program, og der dermed fra januar 2006 kan udtrages ensartede data til generelle sundhedsprofiler.

Patienter

SundhedsTeam har siden starten haft behandlingsmæssig kontakt med i alt 87 personer, hertil kommer et antal personer, som mødes i dagligdagen, og som man taler med og lærer at kende, men hvor der ikke for nuværende er noget egentligt behandlingsforhold. Dette kontaktskabende arbejde er af yderste vigtighed for et eventuelt senere godt forløb.

Den første registrerede kontakt er i juli 2005. Kontaktfrekvensen er herefter lav på grund af ferieafvikling og den generelle opstartsperiode. Der er i denne periode brugt meget tid på præsentation overfor omverdenen og skabelse af goodwill overfor samarbejdspartnere. Der er i hele efteråret en kontakt med gadeplansindsats og væresteder, men antallet af nyindskrivelser er ikke særligt højt i denne periode. Ultimo oktober stiger antallet af indskrivelser, og bortset fra screeningsperioden i december er antallet støt stigende gennem december og januar.

Der er ikke nogen systematisk helbredsprofil på indskrevne fra før januar 2006, bortset fra de screeningsundersøgte, og derfor ikke nogen tal der kan klargøre helbredsprofil for målgruppen

Om kvalitetskravene til behandlings- og reaktionstider overholdes er ikke helt klart på grund af manglende systematik i de første måneder. Der kan blandt andet ikke klart redegøres for barrierer i forhold til de meget lange reaktionstider for nogle få borgere.

Men følgende overordnede tal kan dog uddrages:

	Alder		
	Antal	Gennemsnit	Spændvidde
Kvinder	19	43,1	25 - 61
Mænd	67	43	19 - 67

Heraf er 12 Svenske, hovedsagelig fra sydlige Sverige.

De kvalitetskrav til behandling og kontakt der er nedfældet i SundhedsTeam beskrivelsen fra oktober 2005, kan der ikke redegøres for i detaljer, da der ikke er fuldstændig systematisering. Der eksisterer dog tal for nogle af elementerne:

- Bruger skal senest indenfor 7 dage efter henvisning til teamet, kontaktes af SundhedsTeam med henblik på relevant udredning:
- Resultaterne er som følger

Antal dage fra henvisning til 1. kontakt (for 82 kontakter)

Gennemsnit	Spændvidde
1,4	0 - 59

- Bruger skal hvis behandling vurderes nødvendig tilbydes denne indenfor 7 dage fra beslutning.

- Resultaterne er som følger

Antal dage fra behandlingsbeslutning til udførelse

Gennemsnit

1,9

Spændvidde

0 - 14

- Brugers helbredsmæssige profil skal sikres, i form af formaliseret journalføring på mindst 75 % af de brugere, der er kontaktet.
- *Dette er ikke sikret før 1/1 2006.*
- 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.
- *Dette kan der som følge af den foregående ikke redegøres for. Der er sikret smittestatus hos 53 af 87 kontakter svarende til 60 % men der er ikke helbredsprofil på et tilsvarende antal.*
- Brugere skal så vidt muligt vaccineres for Hepatitis B og Hepatitis A., og SundhedsTeamet skal sikre at mindst 50 % af de, der ikke allerede findes smittede med Hepatitis B får tilbudt vaccinationsprogram og indenfor 1 år fra indledning af vaccination, gennemfører dette program.
- *Vaccinationsprogrammet er endnu ikke opstartet, dette sker snarest. Det skal pointeres med hensyn til at 50 % af de der ikke findes smittede med Hepatitis B skal vaccineres, at dette kun gælder for personer med fast eller periodisk injektionsmisbrug. Det er således ikke alle der ikke er smittede med Hepatitis B som er potentielle til vaccination.*

Del II

Sygeplejen i sundhedsteamet

Sundhedsteamet har eksisteret i ca. 10 måneder. Gennem de 10 måneder er der lagt stor vægt på etablering af teamet internt samt netværksdannelse udadtil.

Vi startede 5 personer som ikke kendte hinanden på forhånd – med et arbejdsområde og en funktion som for i hvert fald 4 af os, var et helt nyt område. Vi havde ikke på forhånd en arbejdskultur, et værdigrundlag eller nedskrevne tanker og visioner om, hvordan vi ville arbejde.

Den første måned deltog vi i en uges kursus sammen med gadeplansmedarbejderne. Kurset omhandlede "konflikthåndtering", og tanker/erfaringer fra gadeplansmedarbejderne var med til at give os ideer og tanker omkring vores funktion i gadeplansindsatsen.

Vi er nu en gruppe på 5 personer, som har fået skabt en arbejdskultur, hvor seriøsitet, åbenhed og refleksion er en del af hverdagen. Vi føler, at vi arbejder fælles, med de samme værdier bag os. Udadtil har vi profileret os som et team, vi arbejder selvstændigt, men samler trådene sammen.

Vi har i marts måned igen 2 dage med vores supervisor, og arbejder der videre med virksomhedsplan og visioner for sundhedsteamet – baseret på de erfaringer vi har fået de sidste 10 mdr.

En stor opgave for Sundhedsteam har været selve kontaktetableringen til øvrige kommunale samarbejdspartnere og netværksdannelsen i forhold til de private initiativer på hjemløseområdet. I praksis betyder det at sygeplejerskerne har været ud at gå med de forskellige gadeplansarbejdere. Dette for at få indblik i hvilke arbejdsopgaver gadeplansmedarbejderne har, samt for at få en fornemmelse af, hvor og hvordan der skabes kontakt til brugergruppen. Vi har ligeledes været på præsentationsrunde i samtlige lokal- og rådgivningscentre.

Vi har været på praktik besøg på bl.a. Specialinstitutionen Forchhammersvej, Sygeplejeklinikken Sundholm, Aktivitetscentret Sundholm, Ambulatoriet Stæren, BBH Videns Center for Sårheling, Mændenes Hjem og RC Indre.

Ydermere har vi været på besøg i et stort antal væresteder både kommunale og private, og er således blevet en del af den etablerede Netværksgruppe, der mødes en gang i kvartalet. Vi er hver især gået ind i forskellige interessegrupper på hjemløseområdet, således at vi er repræsentative i forhold til indsatsen for Grønlænder og Christianshavner netværket.

Samarbejde med H:S

Mange af vores borgere har et stort behov for hospitalsbehandling, men oplever samtidig mange konflikter i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandlinger. På grund af misbrug og eventuelle personlighedsforstyrrelser, er de meget svære at rumme i et strømlinet hospitalssystem. En del af konflikterne håber vi på at kunne være med til at minimere, da vi har mulighed for at følge borgeren, fungere som tolk, koordinere indsatsen og være mægler. En anden måde at neddæmpe konflikterne på og lette vores samarbejde med HS, er at skabe et netværk af sygeplejersker som interesserer sig for vores patientgruppe. Formålet er at give dem større viden om, hvorfor vores borgere reagerer som de gør, og give sygeplejerskerne nogle redskaber til bedre at takle problemerne.

Vi valgte at invitere afdelingsledelserne på de mest berørte afdelinger, og fik accept af, at vi fremover afholder en temadag hvert halve år, med 2 sygeplejersker fra hver af ovennævnte afdelinger. 1. temadag blev afholdt 1. december 2005, og vi valgte at undervise i hjemløsesundhed, generel afhængighed og Københavns Kommunes gadeplansindsats. Der var 25 deltagere, og stor interesse for, at det var noget som skulle fortsætte.

Næste temadag er planlagt til 17. maj 2006, og indholdet bliver en blanding af teoretisk undervisning og sygeplejefagligt oplæg og diskussion.

Dokumentation

Siden vi er startet i Københavns Kommunes Sundhedsteam, har vi dokumenteret de forløb vi har. Såfremt vi støder på borgere, der ikke ønsker at udlevere personlige data, vil vi i første omgang oprette journal lavet ud fra kendetegn af den enkelte borger, indtil der er opnået et tillidsforhold mellem Sundhedsteamet og borgeren.

Gennem løbende dokumentation af de enkelte forløb skabes der mulighed for at undersøge og udvikle dokumentationen, der skaber bedst mulighed for videns deling.

Kontakt til borgere

For at belyse de mange forskellige arbejdsopgaver, der eksisterer for Københavns Kommunes Sundhedsteam beskrives seks cases, hvortil der er knyttet en uddybende kommentar. De seks cases viser forskellige måder at indgå i et samarbejde med den enkelte borger. På baggrund af de tidligere erfaringer indenfor sygepleje på gadeplan, arbejder vi ud fra, at vi kommer længst, når det er borgernes egne tanker, ideer og behov, som ligger til grund for planlægningen. Dette betyder i praksis, at de løsninger som fremkommer, er de løsninger som er optimale i den givne situation. Det er en stor udfordring for vores faglighed, og medfører at vi er nødt til at tænke utraditionelt. Igennem de patientforløb vi har haft, har vi erfaret, at der skal bruges tid på at opbygge kontakt og tillid. Denne kontakt bruges til at hjælpe borgerne til at se, hvilke muligheder og rettigheder de har, og informere om konsekvenserne af valg/fravalg.

Case 1

42 årig mand. Har siden han var barn boet på forskellige institutioner, og siden han var ung været "på gaden" i København. Har i perioder haft lejlighed, men altid været funktionelt hjemløs, idet han ikke har kunnet holde ud at bo alene i en lejlighed. Han har en medfødt sygdom, som gør at han har brug for kontinuerlig sundhedsfaglig kontakt. Han har et misbrug primært af alkohol og hash. Når han er påvirket af alkohol får han en meget udadreagerende og aggressiv adfærd, har derfor næsten konstant karantæne fra diverse væresteder, både i København, men også i resten af landet. Har også formået at få karantæne fra offentlige instanser som socialkontorer og hospitaler.

I perioder hvor hans alkoholforbrug er stort forværres hans fysiske sygdom, og han opsøger derfor diverse skadestuer rundt omkring i landet for at få hjælp. Ofte bliver han afvist, men nogle gange bliver han indlagt til behandling, forlader dog stort set altid afdelingen inden han er færdigbehandlet, hvilket medfører mange halve, og ikke effektive behandlinger. I perioder hvor han har det værst, har han haft 4 hospitalskontakter på en dag – hver gang med en afvisning til følge, og en optrapning af hans aggressive adfærd.

Karakteristisk for ham er at han har mange kontakter til det offentlige og private system. Han formår i sin kaotiske verden at sætte mange forskellige personer i gang, som uden sammenhæng og koordination søger at finde umiddelbare løsninger på de oplagte problemer han har, det være sig af social, økonomisk og fysisk karakter. Ofte kan de forskellige personer have forskellige "dagsordener" for hvad borgeren skal, og der er derfor endnu ikke nogen vedvarende løsning på problemerne.

Sundhedsteamet kontaktes i august 2005 af gadeplansmedarbejder, m.h.p. behandling af fysisk sygdom. Vi har siden dette fulgt med til kontakterne på skadestue, og ved indlæggelse. Har desuden i en periode på 3 uger gennemført en behandling på gaden. I den periode formåede borgeren at stoppe sit alkoholforbrug, støttet af medicinsk behandling – han havde så meget ro på sig selv, at vi fik gennemført en test for ADHD (damp) som viste sig at være positiv. Vi har samlet de personer der er nødvendige aktører omkring ham, for i samarbejde med ham at lave en langsigtet plan, hvor der er taget højde for de afvigelser der må komme.

Han er for tiden i fængsel, hvor vi har besøgt ham flere gange – han er samlet og relevant omkring hvad han selv gerne vil, og det er de tanker vi arbejder videre med.

Kommentar: En borger som er så kaotisk og marginaliseret som ovenfor beskrevet, bruger mange ressourcer både økonomisk og mentalt hos de instanser han kommer i kontakt med. Han er en som man forsøger at pacificere hurtigst muligt, og derfor er det altid hurtige, men ikke holdbare løsninger der findes frem til. Han bliver altid mødt med en reaktion på den adfærd og det misbrug han har, og får derfor en negativ kontakt uanset hvor han møder op.

Case 2

Københavns Kommunes gadeplansindsats kontakter sundhedsteamet med henblik på en ældre medborger der gennem længere tid har befundet sig på en bænk i indre København. Det oplyses at borgeren har vanskeligheder ved at komme omkring og at han gennem længere tid har haft kontakt med en medarbejder fra en privat hjælpeorganisation. Samme eftermiddag opsøges borgeren, men han ønsker ikke hjælp. Fortæller at han gennem længere tid har haft smerter i hoften, tidligere er røntgenfotograferet og at han ikke kan forstå, hvorfor han ikke har hørt fra hospitalet. Det tilbydes at genetablerer kontakten til sundhedsvæsnet, hvilket borgeren accepterer.

Efter nærmere undersøgelse henvises borgeren til nyt røntgenbillede, samt til hospitalet til operation. Den private hjælpeorganisations medarbejder får motiveret borgeren til at komme i midlertidig bolig og Københavns Kommunes gadeplansindsats tager kontakt med den forvaltning, der kan indstille borgeren til en ældrebolig.

I løbet af 5 måneder lykkes det de samarbejdende parter, i samarbejde med borgeren, at borgeren indstilles og flytter ind i ældrebolig, at etablere kontakt til hospitalet, indstille støtte guide borgeren igennem hele operationsforløbet og skabe kontakt til Københavns Kommunes hjemmepleje med henblik på overtagelse.

Kommentar: Det ovenstående forløb giver et billede på hvordan et samarbejde mellem de forskellige indsatser kan forløbe. Kompetencerne i de forskellige indsatser og bevidstheden om den private medarbejders gode kontakt, skaber et fælles grundlag, med udgangspunkt i borgerens situation, til at planlægge et forløb der er optimal for borgeren.

Case 3

35 årig dansk mand løsladt efter længere fængselsophold. Der er under opholdet ikke lagt nogen plan for bolig og økonomi, og han løslades derfor direkte til gaden. Borgeren har sporadisk kontakt til et forsorgscenter på Sjælland, hvor han tidligere har været. Forsorgscenteret kræver at borgeren er på Antabus, før de vil tilbyde ham et ophold. Kontakten til sundhedsteamet opstår via et lokalt værested, der tilbyder ham at tale med en sygeplejerske med henblik på Antabusbehandling. På værestedet har man snakket en del med borgeren og har haft kontakt til forsorgscenteret. Da sundhedsteamet møder borgeren har han drukket, og han tilbydes, at han kan komme ædru på værestedet næste dag, så vil vi sørge for at han kan få antabus. Borgeren formår ikke at holde sig ædru, og Antabusbehandling og dermed opholdet på forsorgscenteret glipper. I øvrigt er pladsen på forsorgscenteret givet til en anden i mellemtiden, og det er ikke muligt for forsorgscenteret at reservere en plads, såfremt borgeren formår at starte antabusbehandling inden for de næste dage. Der arbejdes ihærdigt fra både gadeplansmedarbejder og sundhedsteamets side på at skaffe en herbergsplads i København. 14 dage efter første kontakt lykkes det at skaffe borgeren en plads på et herberg. Han er i løbet af de 14 dage begyndt at drikke massivt, og har det psykisk dårligt. Er angst og depressiv og er latent meget aggressiv. Borgeren bliver indlagt på somatisk modtagelse til afrusning, da han har et ønske om ikke at drikke, og bliver efter 1 døgn overflyttet til psykiatrisk afdeling. Går fra afdelingen. Vender tilbage til herberget, men bliver smidt ud på grund af aggressiv adfærd.

Vender tilbage til livet på gaden, og har sporadisk kontakt til medarbejderen fra værestedet, men ønsker ikke kontakt til hverken sociale medarbejdere eller sundhedsteamet. Er nu i gang med et accelererende misbrug, som blandt andet også omfatter injektion af kokain.

Kommentar: Forløbet med denne borger er præget af, at det er i overgangene mellem de forskellige systemer at han falder igennem. Der er ikke lavet sociale planer fra fængslets side, hvorfor borgeren når at få startet et misbrug på gaden, inden der kommer styr på, hvad der skal ske med hans liv. Dette misbrug forstærker hans psykiske skrøbelighed, og i løbet af ganske få dage, er det faktisk for sent at arbejde fornuftigt med ham. Sundhedsteamet forsøgte sammen med gadeplansmedarbejderen at lappe hullerne imellem systemerne, men fordi ingen af os var involveret fra starten, lykkedes det ikke. Planen er nu at vente på, at borgeren igen ønsker hjælp til at stoppe sit misbrug, og hjælp til at komme videre i sit sociale liv. Medarbejderen fra værestedet ser borgeren ind i mellem, og minder ham jævnlige om, at sundhedsteamet eksisterer, og at han bare skal sige til, så vil vi gerne hjælpe ham.

Case 4

43 årig grønlander, som opholder sig på Christianshavn. Har været i København i mange år, bor primært på Christiania. Har et misbrug af alkohol og hash.

Pådrager sig i maj 2005 et brud på sit venstre ben. Indlægges på hospital til operation og genoptræning. Forlader under indlæggelsen flere gange hospitalet i en kørestol, for at købe øl og hash. Informeres fra hospitalet om at dette ikke er acceptabelt, og vil medføre at han udskrives, hvilket han bliver inden han er færdigbehandlet. Han har ved udskrivelsen gips på det opererede ben, gipsen bliver dog hurtigt snavset af urin og afføring, og han henvender sig derfor på skadestuen for at få ny gips. Gipsen fjernes, men han forlader hospitalet inden ny gips bliver anlagt, og går derfor rundt på det brækkede ben uden støtte.

På foranledning af gadeplansmedarbejderen flytter han i slutningen af juli ind på et herberg. Vi får der kontakt til ham via gadeplansmedarbejder.

Vi kontakter hospitalet, får aftalt en ambulant tid, følger ham til den aftalte tid, og efterfølgende kontroller. Han får en "støtte-skinne" på, røntgen viser at bruddet er vokset skævt sammen, – og han vil sandsynligvis få vedvarende smerter/gener i benet.

Efter en måned fjernes skinnen og han må nu støtte normalt på benet, han har stadig smerter, men dog aftagende.

I slutningen af august kontaktes Københavns Kommunes grønlandsmedarbejder, og hun finder i samarbejde med borgeren frem til hvor han gerne vil bo. Han flytter i midten af september ind på et kollektiv for grønlændere på vej til egen bolig.

Kommentar: Casen viser de problemer der kan opstå i forbindelse med indlæggelse på hospitalet. Bruddet behandles ikke optimalt ved indlæggelsen, og dette medfører yderligere kontakter til hospitalet.

Det viser også hvordan man ved at inddrage relevante aktører på gadeplan, kan skabe en helhedsløsning for borgeren.

Case 5

45 årig svensk født mand ankommet til København i foråret. Mange årigt forbrug af alkohol, metadon samt hvad det ellers er muligt at fremskaffe. Ønsker at opholde sig i København hovedsagelig på grund af at prisen på metadon er væsentlig lavere. Har gentagende gange forladt behandlingen i Sverige. Er flere gange fulgt frem og tilbage til Sverige af medarbejdere fra Københavns kommune uden nogen succes, enten på baggrund af at der ikke er noget direkte tilbud om behandling, eller på grund af at borgeren ikke har overholdt aftalen. Får pension fra Sverige som han selv tager over og henter.

Gennem det sidste år tiltagende dårligere almentilstand, forhøjet levertal og levercirrose. Gentagende gange tilbudt overflytning til det svenske hospitalssystem via danske hospitaler, men har enten takket nej eller er blevet udskrevet meget hurtigt i Sverige. Dette betyder at borgeren hurtigt vender tilbage til København uden mulighed for at få nogen hjælp. Overnatter på de forskellige gader og pladser i København, kommer igennem de fleste dage ved at tigge, er ofte udsat for overfald og berøves alle sine penge. Der lægges ofte mærke til borgeren og dette betyder at kommunens medarbejdere ofte kontaktes med henblik på at hjælpe borgeren. Borgeren ønsker ikke at komme tilbage til Sverige og opholder sig lovligt i København. Som svensk statsborger kan han udelukkende behandles i akutte forløb på danske hospitaler. Ved længerevarende indlæggelser skal han overflyttes til det svenske hospitals system. Derfor er det umuligt at tilbyde ham anden hjælp end kontinuerlig kontakt, observation af almentilstand og forsøg på at motivere ham til at vende tilbage til Sverige. Det største ønske borgeren har, er muligheden for at komme i metadonbehandling samt en adresse i København.

Kommentar: Situationen er gennem længere tid tiltagende ustabil. Borgerens helbred er tiltagende dårlig, ofte præget af væske i bughulen, grålig kulør, gentagende lungebetændelser og virker angst, ked af det og opgivende overfor sin situation. På nuværende tidspunkt er han ikke så dårlig at han tilbydes længere indlæggelse på de danske hospitaler, og han kan ikke overskue indlæggelse i Sverige. Det eneste der er vigtigt for ham er Metadonen, og den kan ikke tilbydes. Gennem løbende samtaler med borgeren har vi mulighed for at observerer hans tilstand og indlægge ved akut behov. I samarbejde med gadeplansindsatsen forsøges det at motiverer borgeren til at tage tilbage til Sverige, med henblik på at modtage den behandling der ikke kan tilbydes i Danmark. Det er vanskeligt for ham at forstå hvorfor andre kan få hjælp og Metadon, når han ikke kan. Denne situation vanskeliggøres udelukkende af borgerens nationalitet, idet der reelt ikke er noget vi kan hjælpe ham med. Da han opholder sig på Københavns gader og pladser er han meget tydelig i bybilledet og derfor også en borger der optager mange forbipasserende. Grundet hans fysiske tilstand er vi nødsaget til at handle ved hver henvendelse, men har reelt ingen mulighed for at give ham sufficient hjælp i København.

Case 6

Værested kontakter os i november måned på opfordring af en 25 årig mand, der bor på gaden og har et alkoholmisbrug suppleret med lidt kokain og hash. Han har en stor byld på halsen, han ønsker behandling for, har også stærke smerter i sit knæ. Ønsker ikke yderligere hjælp i sin nuværende situation. Han henter selv medicinen på apotek.

Vi kontaktes igen efter en måned af samme værested, idet han er kommet til skade med foden og gerne vil have smertestillende medicin. Dette kan vi ikke give og han opfordres til

skadestuebesøg, hvilket han ikke ønsker. Afviser igen vores tilbud om hjælp med hans situation.

Vil efter yderligere en måned have hjælp til fjernelse af nogle tråde i sit knæ efter operation. Han er nu mere åben for kommunikation. Han fortæller at hans liv har været tiltagende kaotisk det sidste års tid. Han drikker mere, bliver mere aggressiv og kommer derfor tit i slagsmål med diverse skader til følge. Jvf. ovenstående. Pga. hans tiltagende alkohol forbrug, har han mavesmerter og daglige opkastninger, ofte med blod. Da han ikke har nogen praktiserende læge, (har set ham en gang, svingede ikke med ham, og kan desuden ikke huske hvem han er) vil han gerne tale med vores læge i stedet.

Vil desuden gerne have testet sin leverstatus inkl. Hepatitis test (m.h.p behandling og vaccination) hvilket vi ordner med det samme.

Kommentar: ovenstående er et eksempel på hvordan vi i samarbejde med et værested, der har den tætte daglige kontakt med en borger, kan opbygge et tillidsforhold, der igen kan være starten til et længerevarende forløb. Hvis vi i det her tilfælde kan være medvirkende til at få denne unge mand væk fra gaden allerede nu, vil meget være vundet på længere sigt for både ham og samfundet

Patientforløbet

Igennem vores arbejde er det blevet tydeligere, at der er flere aspekter i de enkelte patientforløb, og vi har valgt at beskrive dem ud fra følgende fire virksomhedsfelter: Ledelse, udførelse, udvikling og formidling.

- **Ledelse** tager udgangspunkt i koordinering, beslutningstagning, planlægning, uddelegering.
- **Udførelse** tager udgangspunkt dataindsamling, dokumentation af forløb, afdække behandlingsbehov og – muligheder i samarbejde med borgeren, observation og behandling, følge borgeren til f.eks. hospitaler, motivation af patienten
- **Udvikling** tager udgangspunkt i standardiseret journaloptagning, dokumentation af metodebeskrivelse og teoriudvikling, videns opsamling, afdækning af feltet.
- **Formidling** tager udgangspunkt i opstart af netværksgruppe i HS, kontakt til medier, netværksopbygning, information og undervisning, kontakt til det etablerede behandlesystem.

Ved at inddele sygepleje i fire virksomhedsfelter bliver det tydeligt hvad det er sundhedsteamet kan bibringe dette felt. Vi oplever at det ofte er den manglende kommunikation, den manglende information og den manglende fleksibilitet mellem de forskellige instanser der får betydning for de borgere vi behandler. Borgeren kan, med hjælp fra sundhedsteamet, få mulighed for at medvirke i et forløb der er anderledes. Med Sundhedsteamet som tovholder opstår muligheden for at skabe et behandlings forløb, der ikke stiller de krav til borgeren, som et vanligt behandlingsforløb vil.

Del III

Udfordringer i 2006.

Smitteopsporing

Arbejdet med opsporing af Hepatitis C - smittede er af stor vigtighed generelt. Der er i risikogruppen som hovedsagelig er injektionsmisbrugere, tidligere såvel som nuværende, en frekvens af antistofpositive som i følge de tal der kendes er mellem 60 og 85 %. Dette betyder, at der er en meget stor risiko for, at unge med blot periferkontakt til stofmisbrugsmiljøet er i risiko for at blive smittet. Indenfor gruppen af smittede er risikoen at man bliver smittet med andre typer af hepatitis hvilket forværrer forløbet. For at hindre samtidig smitte, co-infektion, bør injektionsmisbrugere uden Hepatitis B og Hepatitis A tilbydes vaccination. Smitteopsporing og vaccination er derfor en vigtig brik i arbejdet på gaden og netop en naturlig del af Sundhedsteamets arbejde, fordi teamet kommer bredt ud i hele byen. Sammen med smitteopsporing for Hepatitis C vil teamet fremover også undersøge for tuberkulose i områder, der er kendte for tilfælde af tuberkulose.

Der er i mange andre lande udbrud af bakterietypen MRSA (Meticillin Resistent Stahylococcus Aureus). Der har været mistanke om tilfælde af sårinfektioner med denne type tidligere men den er endnu ikke set i den Københavnske hjemløsebefolkning. Ved mistanke vil teamet rykke ud og undersøge nærmere ved podning. Dette kan gøres hurtigt og på mindste mistanke.

Målrettet sundhedsarbejde

Det har vist sig meget vigtigt for at forebygge "behandlingsskader", at alle der behandler og har kontakt med hjemløse borgere også er enige om, hvad der skal behandles. Vi ser ofte at man påbegynder behandling af den ene eller anden art ét sted, mens der foregår tiltag, der går i en anden retning et andet sted. Teamet ser det som sin opgave at sammenholde behandlere og socialfaglige medarbejdere fra forskellige dele af systemet for at få den bedst mulige tilgang til borgeren. Dette arbejde skal gøres endnu bedre.

Sikring af kvalitet i det daglige arbejde

Data fra journaler indsamles løbende. Det vil være et umiddelbart mål at de ovenfor nævnte kvalitetsstandarder overholdes og er brugbare, og at der ses på, om der kan indbygges andre standarder, som kan bedre arbejdets kvalitet. Disse standarder kan udformes i samarbejde med både socialfaglige og sundhedsfaglige partnere.

IT-løsninger

Der vil være et stigende behov for indførelse af håndholdt computer, både som referencemanual og til sikring af data på en hensigtsmæssig måde. Der skal arbejdes løbende med den elektroniske journalføring og automatisk opdatering af data ved tilbagevenden til kontoret. Håndholdte computere kan endvidere medvirke ved den stigende anvendelse af telemedicin, således at der hurtigere kan indhentes råd fra specialister og apparaturet kan indstilles til at måle data som for eksempel elektrokardiogram. Teamet har i det forløbne år brugt digitale billeder ved kontakt med sårafdelingen for at dokumentere effekt af behandling. Dette kan tænkes udvidet i takt med at det omgivende system inddrager flere og flere IT-løsninger. IT-løsninger er i denne sammenhæng forholdsvis billige på brugerniveau.

Vidensudveksling med andre interessenter

Det forudsættes, at der er deltagelse i videnskabelige konferencer og møder på både lægefagligt, sygeplejefagligt og socialfagligt niveau.

Der er i stillingsbeskrivelsen for teamets læge indlagt en forpligtelse til forskning men der er også generelt i teamet en stor vilje til at arbejde med nye facetter i det sundhedsfaglige arbejde med svært marginaliserede.

Der skal arbejdes videre med den faglige udveksling med det øvrige social og sundhedsvæsen. Det diskussions og uddannelsesforum som er dannet med akutte afdelinger indenfor H:S kan tænkes udvidet med de sygeplejersker der indenfor H:S har mange års erfaring med marginaliserede borgere.

Kontakten med distriktpsychiatrien skal udbygges, gerne med henblik på at forbedre behandlingsmuligheder og compliance i forhold til medicinering.

Bilag og referencer.

1. Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej kan hentes her:

<http://www3.kk.dk/Service%20til%20dig/Sociale%20forhold/Hjemloese/Evaluering%20af%20Sundhedsprojektet.aspx>

2. Stillingsannonce for SundhedsTeam, marts – april 2005. Bilag 1

3. Program for temadag 1.12.2005. Bilag 2

4. <http://www.gadeplan.dk>

5. Stuegang på Stenbroen – Dagens Medicin, 16. september 2005, kopi kan fås ved henvendelse.

6. Rullende praksis til hjemløse – Danske Kommuner, 2. februar 2006, kopi kan fås ved henvendelse.

7. Arbejdsbeskrivelse for Teamleder/læge, ved SundhedsTeam - Københavns Kommune. Bilag 3

8. SundhedsTeam journal / helbredsprofil. Bilag 4

9. SundhedsTeam, indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer – en kort beskrivelse. Bilag 5

Bilag 1

SundhedsTeam

Søger sygeplejersker til nyt mobilt team.

Pr. 01.01.2005 har Københavns Kommune oprettet et nyt mobilt team bestående af læge sygeplejersker.

Teamets formål er grundlæggende at øge den legemlige og psykiske sundhedstilstand blandt de hårdest belastede hjemløse. Dette skal ske i tæt samarbejde med kommunens øvrige hjemløsemedarbejdere og det omgivende sundhedssystem.

Teamets arbejde baseres på den tætte samarbejdsform mellem sundhedsfaglige- og sociale medarbejdere der blev opdyrket i et netop afsluttet sundhedsprojekt.

Målgruppen er hjemløse som ikke selv kan benytte de eksisterende sociale og sundhedsfaglige systemer og som er ekstremt hårdt belastet af kroniske lidelser af både psykisk og somatisk art. Brugere vil oftest have et stof- og/eller alkoholmisbrug og være præget af de kroniske sygdomme der følger af hjemløshed og langvarigt blandingsmisbrug.

Du vil som medlem af teamet være med til at planlægge og koordinere indsatsen ud fra de rammer der er lagt i teambeskrivelsen. Der vil være et overordnet og praktisk samarbejde med de øvrige sygeplejersker indenfor hjemløse og stofmisbrugsområdet

Teamopbygningen indledes af grundigt undervisningsforløb i misbrugssygdomme og den sundhedsmæssige tilstand generelt som det er fundet i det tidligere projekt. Der etableres supervision med ekstern supervisor

Du vil, som del af teamet og i tæt samarbejde med læge og hjemløsekoordinator få selvstændigt ansvar for samarbejdet indenfor en bydel.

Erfaringsmæssigt kræver det en særlig robusthed og udholdenhed hos sygeplejersken at kunne acceptere og arbejde med den hjemløses beslutninger selv om de ikke altid er fornuftige ud fra en objektiv sundhedsfaglig vurdering, hvorfor det er, er vigtigt at den enkelte har god solid baggrund i sit øvrige liv.

Til det nye team søger vi:

4 Sygeplejersker til arbejde i dagtid, 37 timer på hverdage. Arbejdstiden kan evt. senere, ved fælles overenskomst lægges delvis i aftenperioden.

Vi søger medarbejdere, som

- Har solid faglig baggrund indenfor somatiske eller psykiatriske specialer. Forhåndskendskab til området er ingen forudsætning.
- Er i stand til at fastholde samarbejde under vanskelige forhold.
- Kan acceptere at samarbejde tæt og på lige fod med andre faggrupper.
- Er kreative i forhold til at komplekse problemstillinger og i forhold til deres fag.
- Kan arbejde konfliktforebyggende
- Kan håndtere at et aktivt misbrug ofte er en stor del af brugernes hverdag
- Vil gøre en indsats for nogle usædvanlige mennesker, som både rummer humor, skæve vinkler, kaos, taknemmelighed, og som det er svært ikke at holde af

Har du lyst til at høre mere om mulighederne, kan du kontakte læge Henrik Thiesen på telefon 26 75 89 11, ligesom du er velkommen til at aftale et besøg i Aktivitetscentret, hvor du kan få et indtryk af de umiddelbare fysiske rammer, og høre mere om intentionerne med det nye team.

Aflønning efter reglerne om Ny Løn med udgangspunkt i aftalerne mellem Københavns Kommune og relevant faglig organisation.

Ansøgningsfrist:

Ansættelsessamtaler afholdes i

Tiltrædelse: 01. maj 2005

Ansøgning med relevant dokumentation, inkl. curriculum vitæ sendes til:

Københavns Kommune
Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
AktivitetsCentret
Sundholmsvej 36
2300 Kbh. S
att.: Henrik Thiesen



Hjemløshed

Valg eller Vilkår

Temadag for sygeplejersker

1. december

kl. 8.30 - 14.30 på Sundholmvej 18

Mangler du viden om:

- *Hjemløse*
- *Misbrug og konsekvenserne af dette*
- *Stoffers indvirkning på adfærd*
- *Sygepleje i brosteshøjde*
- *Gadeplansindsatsen i København*

Vi er et nyt sundhedsteam bestående af 4 sygeplejersker som har mange års erfaring fra skadestue, modtagelse og primær sektor. Derudover er vi en almen mediciner med stor erfaring fra hjemløseområdet.

Vi er ansat til at forbedre sundhedstilstanden blandt de dårligst fungerende hjemløse i København.

Det er vigtigt for os at få et samarbejde med jer. Derfor indbyder vi til denne temadag.

Tilmeldingsfrist: 18 november 2005

Max 2 personer per afdeling

Program for dagen: Hjemløshed

Valg eller Vilkår

- Kl. 8.30 - 9.00: Morgenkaffe
- Kl. 9.00 - 9.45: Præsentation af teamet.
- Kl. 9.45 - 10.00: Pause
-
- Kl. 10.00 - 11.30: Hjemløses sundhedstilstand.
Resultater af lægeundersøgelse
Stoffers indvirkning på hjernen og adfærden.
V/ Henrik Thiesen, læge i sundhedsteamet
- Kl. 11.30 - 12.15: Vi byder på frokost
- Kl. 12.15 - 13.15: Gadeplansindsatsen i København v/
koordinator Kim Rydahl
- Kl. 13.15 - 13.30: **Pause**
- Kl. 13.30 - 14.30: Fremtidigt samarbejde og opfølgning

Bilag 3

Arbejdsbeskrivelse for Teamleder / Læge ved SundhedsTeam - Københavns Kommune

Teamleder:

1. Daglig ledelsesfunktion for teamets ansatte.
2. Sikring af teamets videreuddannelse og formidling i forhold til netværk på hjemløseområdet.
3. Daglig supervision af praktiske forhold vedrørende teamets drift. Dette varetages i samarbejde med ledelsen i Aktivitetscentret, Sundholm.
4. Koordinerende funktion i forhold til den øvrige gadeplansaktivitet i Københavns Kommune (udgående medarbejdere fra lokalcentre og rådgivningscentre). Dette varetages i samarbejde med gadeplanskoordinator og med hensyntagen til Københavns Kommunes overordnede strategi for gadeplansindsatsen.
5. Koordinerende funktion i forhold til Københavns Kommunes øvrige sundhedsindsats overfor marginaliserede grupper (kommunale sygeplejeklinikker)
6. Koordinerende funktion overfor H:S, herunder sundhedsvæsenets udgående indsats overfor marginaliserede grupper (psykoseteams etc.)
7. Ansvar for supervision og uddannelse.
8. Ansvar for personalemedvirken i vidensopsamling, herunder ansvar for mulighed for journalisering af patientdata er til stede.
9. Sikre opfyldelse af kvalitetsmål og løbende supervisere at indikatorer for kvalitet er overholdt.
10. Ansvar for periodisk afrapportering af sundhedsdata og teamets arbejde til Københavns Kommunes 7. kontor.
11. Teamleder refererer økonomisk til Aktivitetscentret og funktionsmæssigt til Københavns Kommunes 7. Kontor.

Afdelingslæge:

1. Medvirke til koordinering af patientforløb overfor relevante afdelinger og funktioner i H:S.
2. Daglig funktion i forhold til klienter (undersøgelse, opfølgning, rådgivning, behandling, henvisning mm.).
3. Medvirke til monitorering af sundhedstilstanden blandt hjemløse og andre marginaliserede i samarbejde teamsygeplejersker, sygeplejeklinikker og relevante instanser.
4. Medvirke til sundhedsmæssige og forebyggende tiltag overfor hjemløse og andre marginaliserede i samarbejde med teamsygeplejersker, sygeplejeklinikker og relevante instanser.
5. Planlægning og gennemførelse af videnskabelige sundhedsfaglige undersøgelser samt videnskabelig opfølgning på data indsamlet i Sundhedsprojektet.
6. Rapportere og vidensdele i forhold til indsamlede data, herunder videnskabelige fagartikler.
7. Udgående virksomhed i forhold til andre projekter og tiltag. Deltagelse i sundhedsfaglige arrangementer – deltagelse i præsentation af SundhedsTeam.
8. Teamleder/lægefunktionen refererer til Aktivitetscentret - Sundholm, misbrugslægegruppen og socialoverlægen, Københavns Kommunes 7. Kontor.

Københavns Kommune februar 2005.

SundhedsTeam Patientjournal

1. kontakt-ark oprettet d.: _____

Samtykke. Ja, udløber den: _____ nej: (x) _____

Blodprøver taget den _____ / _____ 2006. _____

Patientnavn: _____

CPR nr.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Egen læge: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

Amt: _____

Kender egen læge men *kan /må ikke* komme i praksis: _____

Kender egen læge men *ønsker ikke* at benytte denne: _____

Kender egen læge men *kan ikke* benytte denne (fx. på grund af afstand): _____

Ingen egen læge: _____

STOF OG ALKOHOL**Fixet?**

- Ja
 Hvornår sidst: _____
- nej

CAGE:

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

- Ja
 nej

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

- Ja
 nej

Har du følt dig skyldig over at drikke?

- Ja
 nej

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

- Ja
 nej

FAST:

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

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

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

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

- Hver dag eller næsten (6–7 dage per uge)
 (hvis ja: skip resterende spørgsmål: Test er positiv)
- Flere gange om ugen (3–5 dage per uge)
 (hvis ja: skip resterende spørgsmål: Test er positiv)
- En eller to gange per uge (hvis ja: skip resterende spørgsmål: Test er positiv)
- Mellem en og tre gange per måned
- Mindre end en gang om måneden
- Aldrig

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

- Hver dag eller næsten (6–7 dage per uge)
 (hvis ja: skip sidste spørgsmål: Test er positiv)
- Flere gange om ugen (3–5 dage per uge)
 (hvis ja: skip sidste spørgsmål: Test er positiv)
- En eller to gange per uge (hvis ja: skip sidste spørgsmål: Test er positiv)
- Mellem en og tre gange per måned
- Mindre end en gang om måneden
- Aldrig

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

- Nej
- Ja, en gang
- Ja, flere gange

FAST: Scor Spørgsmål 1 til 3: 4, 3, 2, 1, 0. Scor spørgsmål 4: 0, 2, 4.

En score på 3 eller derover svarer til risikobetonet forhold til alkohol.

Patientnummer: _____

Specielle problemer med blodprøvetagning:

Nej: (X)

Noter:

Opfølgning – hvornår og hvor:

Blodprøvesvar gives d. / 2006 _____

Hepatitis C: pos: _____ neg: _____ (x)

Hepatitis B: pos: _____ neg: _____ (x)

Hepatitis A: pos: _____ neg: _____ (x)

HIV: pos: _____ neg: _____ (x)

Vaccinationsprogram: dato for planlagt udførelse, markeres ved udførelse.

1.vacc: _____ udført: _____ 2.vacc: _____ udført: _____

3.vacc: _____ udført: _____

Eventuelt henvist til andre undersøgelser:

Laboratorium: _____

Røntgen: _____

Privat speciallæge: _____

Hospital: _____

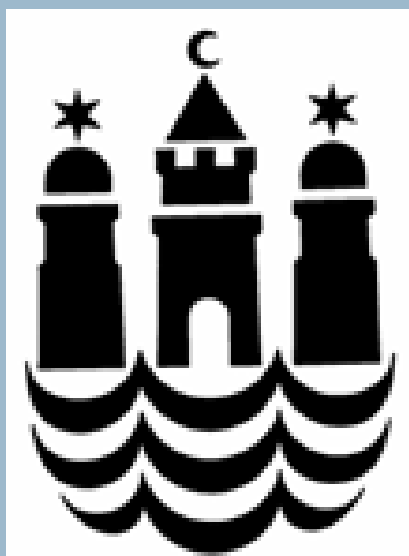
Udleveret lab. Skema/ Henvi sning: Ja: Nej:

Følges til undersøgelse _____ .

d. / 2006 _____

	Hvilket og hvor meget	Patientnummer: _____									
Metadon lægeordineret											
Metadon illegalt I											
Buprenorphin, lægeord.											
Buprenorphin illegalt											
Andre opiater, smertestill.											
Heroin											
Andre opiater illegalt											
Benzodiazepiner lægeord.											
Benzodiazepiner illegalt											
Amfetamin											
Kokain											
Crack / FreeBase											
Estacy											
LSD											
Svampe, meskalin											
Cannabis											
Tobak											
Alkohol											
Andet											
ALDER											
		10år	15år	20år	25år	30år	35år	40år	45år	50år	55år

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



SundhedsTeam

Indsats overfor de sværest marginaliserede
med helbredsproblemer

-
en kort beskrivelse



November 2005

SundhedsTeam

Tiltag vedrørende optimeret tværfaglig indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer.

Erfaringerne fra forsøget "Sundhedsprojektet" viser, at brugerne i et meget stort omfang har helbredsmæssige problemer af en karakter, der berettiger fortsat fokus på det sundhedsfaglige område.

Baggrund

Københavns Kommune har gennem Sundhedsprojektet arbejdet med svært marginaliserede hjemløse, der ikke formår at benytte de hjælpetilbud, der allerede findes. Målet med den opsøgende indsats har været, dels at kortlægge gruppens sociale, misbrugsmæssige og helbredsmæssige tilstand, dels at medvirke til, at brugerne anvender de eksisterende hjælpetilbud.

Resultater fra Sundhedsprojektet viser, at svært marginaliserede hjemløse generelt har en dårlig almen tilstand som følge af langvarigt misbrug, stresstilstande og fejlernæring.

Helbredstilstanden er præget af omfattende kroniske somatiske lidelser som følge af udbredt alkoholmisbrug. Der er alkoholisk leverskade hos op mod 60% og alkoholiske nerveskader hos mere end 40%.

Der er udbredt smitte med den kroniske leverbetændelse, hepatitis C hos mere end halvdelen af alle og hos 85% af injektionsmisbrugere. Denne høje forekomst af kronisk leverbetændelse, hepatitis C, viser, at den forebyggende indsats langt fra har været tilstrækkelig. Der er behov for en massiv oplysningsindsats, specielt overfor helt unge misbrugere, og i forbindelse med udlevering af sprøjter, kanyler og rent vand. Der er her tale om en potentiel trussel overfor enhver der er i aktiv kontakt med stofmiljøet.

Blandt andre hyppige sygdomsproblemer kan nævnes, at 60% af de undersøgte har omfattende problemer med tandstatus, 30% har lungeproblemer, og 30% har senfølger efter knoglebrud og sår.

Det psykiske helbred ses at være påvirket hos en stor andel. 2/3 har periodisk tegn på depression og mere end halvdelen har periodisk eller kronisk angst. Disse lidelser behandles for andre borgeres vedkommende som oftest hos praktiserende læger, men da kontakten til praktiserende læger er begrænset, er det også relevant at nytænke, hvorledes brugerne bedst muligt kan få behandling for disse psykiske problemer.

Behandlingen af angst og depression bør, i det omfang det ikke allerede forekommer, integreres i behandlingen af misbruget og SundhedsTeam kan med sin fremskudte position identificere og behandle begge tilstande umiddelbart, samt videreformidle viden om den psykiske profil til misbrugsbehandlingssystemet.

Erfaring fra det daglige arbejde i det tidligere Sundhedsprojekt antyder, at antallet af personer med tungere psykiatriske problemer er større end projektundersøgelsen umiddelbart viser.

Disse hjemløse psykotiske misbrugere, som i dag ofte ikke modtager nogen relevant behandling, er en oplagt målgruppe for de opsøgende psykoseteam, og der skal hurtigt efter SundhedsTeamets start tages initiativ til at få etableret et formaliseret samarbejde med psykiatrien i H:S, således at teamet kan virke som brobyggende i forhold til psykiatrien og hjemløseinstitutionerne.

Misbruget er for de fleste af de undersøgte hjemløses vedkommende, et blandingsmisbrug. Det er dog muligt at inddele misbrugerne i en gruppe med primært opioidmisbrug og en gruppe med primært alkoholmisbrug.

Alkoholgruppen har et mindre udtalt blandingsmisbrug end opioïdgruppen, karakteriseret ved brug af alkohol og cannabis.

Opiatgruppen har et omfattende misbrug af heroin, metadon, kokain, alkohol og benzodiazepiner, uanset om de er i metadonbehandling eller ej, hvilket må tages som udtryk for at der er tale om en meget kaotisk gruppe misbrugere.

Samlet kan siges, at alkoholisbruget er en væsentlig medvirkende årsag til den store sygelighed. Det vil derfor være relevant at se på, hvordan nedsættelse af alkoholforbruget kan fremmes bedst muligt. Der er ikke noget der tyder på, at den alkoholbehandling gruppen modtager i dag (hvis de overhovedet modtager nogen form for behandling), har nogen effekt på gruppens forbrug. Under alle omstændigheder forudsætter misbrugsbehandling til denne gruppe en massiv samtidig psykosocial støtte hvis behandlingen skal have nogen effekt.

Hjemløse misbrugeres problemkompleksitet og psykopatologi gør det svært for dem at anvende de eksisterende hjælpetilbud. Ofte opstår der i løbet af kort tid konflikter, som medfører udelukkelse fra behandlingstiltag. Yderligere er det et problem, at de eksisterende tilbud er specialiserede i forhold til enkeltproblemer og ikke kan rumme hele den problemkompleksitet, brugerne her stiller med. Specielt mennesker med psykiske lidelser og misbrug falder igennem behandlingssystemet og bliver således udsat for væsentlig omsorgssvigt.

Kontakten til det etablerede hjælpesystem bliver som følge af den beskrevne problematik, meget akut, sporadisk og præget af manglende sammenhæng. Det gælder også i tilfælde, hvor der er behov for en længerevarende indsats overfor kroniske psykiatriske sygdomme som skizofreni og somatiske tilstande som HIV, og hepatitis B og -C. Disse akutte indlæggelser er meget ressourcekrævende for behandlingssystemet. Et eksempel på et forløb der både sparer lidelse og økonomi kunne være en bruger i Sundhedsprojektet som havde 59 akutte kontakter til sundhedsvæsenet indenfor 1½ år inden kontakt til Sundhedsprojektet, men ingen efter kontakten.

I stedet opsøger de hjemløse misbrugere de kravløse lavtærskeltilbud. Det er tilbud som natcaféer og væresteder. Det var i disse miljøer at medarbejderne fra Sundhedsprojektet opsøgte brugerne. Man opdagede, at ved at give et lignende kravløst og i vid grad rammeløst tilbud om hjælp ofte kunne opnås en umiddelbar og god kontakt.

I og med at der i Sundhedsprojektet var sygeplejersker og læge ansat, har det været muligt at hjælpe brugerne særligt i forhold til sundhedssektoren, hvor medarbejderne deler det samme fagsprog. Dette har været en vigtig faktor i forhold til at få det etablerede system til at behandle brugeren, og ligeledes har medarbejderne kunnet hjælpe brugeren til bedre at kunne forstå og acceptere behandlingen. Derudover har medarbejdernes faglighed gjort det muligt at starte en behandling af brugerne lokalt, forud for kontakt til sundhedssektoren, og muliggjort en reel opfølgning på den behandling der var relevant. Man kunne dermed opnå at brugeren fik den rigtige behandling og ikke ofte blot den minimale behandling der var muligt under de givne omstændigheder.

Formålet med SundhedsTeam

Med udgangspunkt i erfaringerne fra Sundhedsprojektet, er det formålet at etablere en kommunal sundhedsfaglig indsats overfor de svært marginaliserede på gadeplan. Indsatsen etableres i tæt relation til lokalcentrenes gadeplansindsats og de eksisterende sygeplejetilbud for hjemløse. SundhedsTeam skal i vid grad dække de behov der ikke i dag dækkes af almenpraksis, da det ikke er muligt for målgruppen at benytte denne service i de rammer der findes. Det kan overordnet ansues på den måde, at hvor der tidligere har været tale om fremskudt sundhedsarbejde udført af sygeplejersker, vil der nu blive tale om fremskudt sundhedsarbejde af både læge og sygeplejersker, en "praksis på hjul".

Delmål:

- 1) Med henblik på at kunne give den optimale behandling overalt i byen og sørge for, at der ikke sker behandlingssvigt overfor brugeren etableres en tæt samarbejdsrelation til lokalcentrenes gadeplansindsats, og kontakten til det allerede etablerede netværk i lavtærskeltilbuddene udbygges. De handleplaner der udformes for den enkelte kan medinddrages som redskab i denne proces, ligesom SundhedsTeam kan udforme handleplaner i forhold til sundhed for brugeren.
- 2) Med henblik på at sikre den optimale behandling som for enhver anden borger i Danmark, arbejdes der på at opbygge og udbygge tætte samarbejdsrelationer med sundhedssektoren. Til dette oprettes ultimo 2005 et særligt kontaktpersonsforum af professionelle fra akutte hospitalsafdelinger.
- 3) Med henblik på at lette overgangen fra gaden til hjælpetilbud kan SundhedsTeam hjælpe den enkelte med en akut indsats, fx opstart af misbrugsbehandling i form af stabilisering og behandling af følgetilstande til misbruget.
- 4) Med henblik på at sikre en helhedsorienteret behandling med patienten i centrum, arbejdes der med vide rammer for kontakt og involvering af den enkelte bruger, således at han bliver i stand til at acceptere og modtage relevant behandling.
- 5) Med henblik på at sikre, at den enkelte hjemløse modtager en fremadrettet behandling som involverer alle relevante parter, og giver brugeren mulighed for selv at have maksimal indflydelse på sin egen situation, benyttes handleplaner for den enkelte som arbejdsredskaber, i forhold til samarbejdet på tværs i byen.

Målgruppe

Svært marginaliserede mennesker med helbredsproblemer, der mere end forbigående opholder sig på gaden, i natcaféer eller varmestuer, og som ikke er i stand til at fungere i den relation der normalt kræves i forhold til det sociale system og sundhedssystemet. Det er typisk mennesker for hvem alle aftaler i forhold til de nævnte systemer hele tiden bryder sammen eller ikke effektueres på grund af adfærd og manglende evne til at overholde tidsrammer. Målgruppen

er mere defineret ved nedsat funktionsevne i forhold til det omgivende samfund, end i forhold til sundhedsfaglig diagnose.

Indsatsen

SundhedsTeamets indsats baserer sig på de erfaringer som er opsamlet i Sundhedsprojektet, som beskrevet i baggrundsafsnittet.

Gadeplansindsatsen i København er for langt den overvejende del rettet mod sociale tiltag og afhjælpning af umiddelbar nød. Dette er der mange års erfaring med at udføre, på både professionel og frivilligt niveau. Men brugerne på gaden har også massive helbredsmæssige problemer, som medarbejderne i de sociale tiltag ikke har den faglige baggrund for at kunne afhjælpe i tilstrækkeligt omfang. En medvirkende årsag til at kontakten med sociale gadeplansindsatser og sundhedsvæsenet går i stykker, er at de hjemløse har et udækket behov for behandling af deres psykiske og somatiske sygdomme.

SundhedsTeamet har her en vigtig opgave, idet den sociale medarbejder kan tilkalde sygeplejersker fra teamet, når der optræder helbredsproblemer som forhindrer at man kan komme videre. Det kan for eksempel være, at brugeren er paranoid og undviger kontakt, at brugeren har infektioner som skal behandles eller andre tilstande der forhindrer at brugeren kan medvirke til det, der vurderes som relevant af den socialfaglige medarbejder. SundhedsTeamet kan i samme omgang vurdere om der er behov for andre tiltag af sundhedsmæssig art end dem der er umiddelbare. Der bliver derfor også tale om en sekundært forebyggende indsats, som vil medvirke til en generel bedring af brugerens tilstand over tid.

SundhedsTeamet får dermed en vigtig rolle i implementeringen af lokalcentrenes gadeplansindsats, som ressource ved behov for sygdomsbehandling og/eller behandlingsvurdering og som samarbejdspartner i den generelle rehabiliteringsproces. Samarbejdet kan både foregå ved korte akutte forløb og ved længerevarende forløb i tæt samarbejde med den sociale medarbejder.

SundhedsTeamet skal kunne fungere fleksibelt over hele byen i tæt samarbejde med lokalcentrenes gadeplansindsats. Teamet vil derfor kunne følge den enkelte bruger og tilbyde en vedholdende indsats, som ikke er afhængig af sted. I forhold til det udgående arbejde og kontakten til hjemløse på Københavns Kommunes sygeplejeklinikker, aftales overordnet en opgavefordeling baseret på indsatsområde

For at kunne deltage med sin ekspertise, er det derfor vigtigt at SundhedsTeamet er opsøgende i forhold til den enkelte, enten sammen med den udgående gadeplansmedarbejder eller alene, med reference til det lokalcenter brugeren hører til. Fokus kan konstant holdes på de problemer, der til enhver tid måtte være de mest presserende for gadeplansindsatsen.

Medarbejderne er udelukkende ansat i SundhedsTeamet og ikke skal indgå i andre arbejdsopgaver, såsom Københavns Kommunes sygeplejeklinikker på § 94

eller lokalcentrenes hjemmepleje ud over at der i dagligdagen vil være et samarbejde med sygeplejeklinikkerne og hjemmeplejen omkring den enkelte bruger.

Som nævnt i afsnittet om SundhedsTeamets baggrund er målgruppens helbredstilstand præget af et, til tider massivt alkoholmisbrug. Det er ofte ikke muligt at bringe den enkelte i konstruktiv kontakt med sundhedsvæsenets alkoholbehandling på grund af psykiske forhold og kaotisk adfærd. SundhedsTeam vil kunne indlede behandling og stabilisering i nærmiljøet, hvilket i Sundhedsprojektet viste sig som en stabiliserende faktor. Behandling i nærmiljøet muliggør også genoptagelse af fejlslagne behandlingsforsøg uden forsinkende mellemlid, når den enkelte bruger er klar til det. Denne basale stabilisering kan lede til, at den fortsatte behandling kan ske indenfor områder, hvor behandlinger er specialiseret. Samtidig kan teamet i samarbejde med den øvrige sociale indsats medvirke til, at den sociale indsats som er stofmisbrugsbehandlingens kendetegn, også udvides til at omfatte denne gruppe.

Det samme vil kunne gøre sig gældende indenfor psykiatrisk og somatisk behandling. Grundlæggende er det ikke hensigten at udføre specialistbehandling i gadeplansindsatsen, men den totale situation for den enkelte kan umuliggøre at den optimale behandling enten startes eller fuldføres. For eksempel er det ofte meget svært at påbegynde passende antipsykotisk behandling, fordi medicineringen er vanskeliggjort af stort stof og alkoholmisbrug, som det kan være svært at få indblik i hvis man ikke har kontakt til brugers dagligliv. Ligeledes er længerevarende medicinsk-somatiske behandlinger såsom tuberkulosebehandling ofte svære at gennemføre, med de komplikationer det medfører. Her vil SundhedsTeamet kunne gøre sig gældende både i den initiale fase hvor sygdomme identificeres og diagnosticeres samt i opfølgning af den behandling og ambulante kontrol som specialisterne måtte sætte i værk. Det er i den sammenhæng vigtigt at huske at den enkelte bruger ofte ikke har modstand mod at tage medicinen, men i kraft af sin kaotiske tilværelse, i perioder ikke er i stand til at følge et fast regime. SundhedsTeamet kan sammen med de eksisterende klinikker, sikre at en langt større del af de behandlinger der påbegyndes også bliver gennemført.

Korterevarende behandlinger som ikke kræver specialistbehandling foretages for de flestes vedkommende hos egen læge, men da denne gruppe ofte ikke er i stand til at benytte egen læge, sker denne behandling sjældent.. SundhedsTeamet kan sammen med sygeplejeklinikkerne stå for en hel del af denne behandling. SundhedsTeamet vil kunne gøre brugergruppen bredere og via den aktive udadrettede indsats få medinddraget forskellige grupper som i dag ikke opsøger klinikkerne.

For de brugere som ikke har haft Københavns kommune som sidste adresse, skal SundhedsTeamet forholde sig som med enhver anden, blot i relation til hjemkommune/land.

Kvalitetsmålsætninger og mål:

Kvalitetsmålsætninger:

Generelt medvirke til at forbedre livskvaliteten for målgruppen.

Generelt forbedre sundhedstilstanden for hjemløse, herunder forbedre den alkoholrelaterede sygelighed og sygeligheden på grund af smitsomme sygdomme.

Nedsætte antallet af hepatitissmittede, ved at fungere smitteopsporende via kendskab til miljøet, både som enkeltindsats i det daglige og ved mistanke om udbrud af sygdomme i særlige områder i samarbejde med andre myndigheder.

Nedsætte antallet af hepatitistilfælde hvor der er tale om smitte med flere hepatitistyper via en målrettet Hepatitis B og Hepatitis A vaccination af udsatte grupper.

Nedsætte antallet af ubehandlede psykisk syge ved at formidlekontakt til det psykiatriske system for den enkelte., og hvor dette ikke umiddelbart kan lade sig gøre, at forsøge at indlede den behandling der findes nødvendig.

Udforske og forbedre metoder til opstart, og monitorering, af behandling for kroniske lidelser blandt hjemløse

Øge vidensindsamling om sundhedstilstanden på gaden.

Medvirke til vidensopsamling, både klinisk og praktisk i forhold til hjemløsegruppen i København og i forhold til forskning i Danmark og internationalt.

Fungere netværksskabende og brobyggende mellem social- og sundhedssystemet med det formål at forbedre behandlingen af hjemløse og sidestille den med behandlingen af kommunens øvrige borgere.

Kvalitetsstandarder:

Procesmålene for Sundhedsteam kan deles i 2 fokusområder

1. Brugeren
2. Sundhedsvæsenet

De forslag til procesmål der er opstillet herunder, er udformet på basis af viden fra rapporten fra Sundhedsprojektet. De endelige procesmål skal opstilles i samarbejde med specialister indenfor berørte områder for at sikre at målene har udsagnskraft i forhold til at behandling gennemføres korrekt og med optimalt resultat. Procesmålene vil være genstand for løbende revurdering i lyset af teamets arbejde og muligheder for at opnå samarbejde med omgivende institutioner..

1. Brugeren:

Den daglige indsats skal være hovedfokus i Sundhedsteamet. Det er vist i Sundhedsprojektet, at en vedvarende indsats uden ekskluderende krav til brugeren, er den største faktor for et succesfuldt forløb. Succes i behandlingen af den hårdest belastede gruppe er betinget af, at man accepterer, at gruppen er meget uhomogen, og at de muligheder den enkelte derfor har for at kunne hjælpes til at fungere anderledes eller bedre, er individuel.

Det er endvidere vist i Sundhedsprojektet, at det at hjælpe den hårdest belastede gruppe af hjemløse, ofte kræver en vedvarende tværfaglig indsats fra sociale medarbejdere og sundhedspersonale. Samtidig kræves det, at en af disse medarbejdere fungerer som stabil tovholder, både i forhold til brugeren og i forhold til de øvrige medarbejdere, for at forløbet bliver gennemført og holder den standard som må forventes af professionel behandling.

En indsats uden ekskluderende krav til brugeren vil sige, at vedkommende ikke skal opfylde bestemte betingelser for at få tilbudt hjælp. Der kan således ikke være krav om, at brugeren skal standse eventuelt misbrug eller udvise en bestemt adfærd for at få hjælp fra Sundhedsteamet, uanset at dette alene ville bedre tilstanden. På baggrund af brugerens problemer, arbejder teammedarbejderen på at skabe kontakt til relevante tilbud i social og sundhedssektoren. Indtil dette lykkes bibeholdes kontakten og behandlingsindsatsen overfor brugeren.

En bruger kan for eksempel være så påvirket i sin adfærd af stoffer eller psykisk sygdom, at det i første omgang afskærer muligheden for behandling. Det udelukker dog ikke brugeren fra fremtidig behandling, men det indebærer, at medarbejderen forholder sig afventende, indtil det vurderes, at mulighederne for behandling, evt. på et lavere niveau, er bedre. At en behandling begynder på et andet niveau betyder ikke, at de endelige mål nødvendigvis ændres, men at vejene til målet hele tiden omvurderes, så en fastlåst tilstand kan ændres.

Motivation til behandling sker primært via kontakten på gaden, og her har sygeplejersken en stor mulighed for at skabe en positiv kontakt ved at kunne lindre akutte fysiske problemer. Denne kontakt har vist sig anvendelig i forhold til brugerens kontakt med både det sociale- og sundhedsmæssige hjælpesystem, idet sygeplejersken kan fungere som støtte for både bruger og det øvrige hjælpesystems personale. Ved at opdyrke denne brobygning og kontakt vil man kunne medvirke til, at brugeren kan få den optimale behandling i systemet.

Forslag til kvalitetsmål:

Kvalitetsmålene skal ses i sammenhæng med de overordnede målsætninger således at en trinvis gennemførelse af de nævnte kvalitetsmål også sikrer gennemførelsen af de overordnede mål.

- Bruger skal senest indenfor 7 dage efter henvisning til teamet, kontaktes af SundhedsTeam med henblik på relevant udredning.
- Bruger skal hvis behandling vurderes nødvendig tilbydes denne indenfor 7 dage fra beslutning.

- Brugers helbredsmæssige profil skal sikres, i form af formaliseret journalføring på mindst 75 % af de brugere, der er kontaktet.
- 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.
- Brugere skal så vidt muligt vaccineres for Hepatitis B og Hepatitis A., og SundhedsTeamet skal sikre at mindst 50 % af de, der ikke allerede findes smittede med Hepatitis B får tilbudt vaccinationsprogram og indenfor 1 år fra indledning af vaccination, gennemfører dette program.
- Sundhedsteamet skal ved manglende kontakt til bruger være opsøgende, enten selv eller via lokalcentrenes udgående medarbejdere. Mindst 1 gang månedligt, skal teamet direkte eller indirekte, undersøge status for brugeren indtil denne kan afsluttes fra Sundhedsteamet i forbindelse med overgang til anden indsats.

Ved den trinvise opbygning af kvalitetsmål, er der taget hensyn til at en del brugere i deres initiale kontakt er meget svage og ofte skal have flere kontakter før de tillader at der tages oplysninger. Samtidig sikres det, at den nødvendige forebyggende indsats er holdt i fokus.

2. Sundhedsvæsenet

Kontakten mellem sundhedsvæsenet og gadeplansindsatsen er ofte ikke optimalt fungerende.

Det har vist sig, at sygeplejersken i en gadeplansindsats kan åbne for behandling, som ellers ikke anses for mulig, ved at fungere som støtteperson ved kontakt med sundhedsvæsenet.

Sygeplejersken fungerer som bindeled mellem sundhedsvæsenet og brugeren, ved at aftale og fremme behandling, og når behandling foregår da ved at hjælpe til, at brugeren kan rummes i behandlingssetting eller finde en måde hvorpå behandling kan gennemføres, uden at der gives køb på behandlingsstandard. Sidst men ikke mindst skal sygeplejersken følge op på, at den igangsatte behandling videreføres. Når kontakten mellem teamsygeplejersken og sundhedsvæsenet fungerer, vil brugeren opleve at få tilbud om samme behandling som andre borgere. Dette kan måske umiddelbart opfattes som en ret, men ofte sker det ikke, fordi det behandlende personale i sundhedsvæsenet vurderer, at optimal behandling ikke kan lade sig gøre, med de livsvilkår, den hjemløse i øvrigt har.

Det er vist i Sundhedsprojektet, at de adspurgte hjemløse generelt vurderer kontakten til egen læge og psykiatrisk afdeling som ringe. Dette kan skyldes, at der her stilles krav til adfærd og kontakt, som den hjemløse ikke kan honorere. Ved at opbløde grænserne for, hvor behandling kan foregå, kan Sundhedsteam indlede og vedligeholde behandling i de rammer, som den hjemløse er vant til, og dermed lede videre til højere niveauer af behandling.

Det er, som beskrevet, også fundet i Sundhedsprojektet, at de mest fremtrædende tilstande hos hjemløse misbrugere er depressive, paranoide og social-fobiske tilstande. Forværring i disse tilstande kan udløses ved ukendte sociale situationer, men de kan forebygges ved, at sygeplejersken sørger for og understøtter kontakten til sundhedsvæsenet. Sygeplejersken fungerer her ved at medvirke til at mildne det fremmede ved behandlingssituationen, og understøtte kommunikationen mellem specialisten og den hjemløse. Sygeplejersken kan også ved sin deltagelse i kontakten til sundhedsvæsenet, senere forklare brugeren sammenhængen i den behandling der skal foregå.

En stor del af de hjemløse har sandsynligvis også en traumatisk personlig baggrund, som vil kunne aktiveres i behandlingssituationer. Eventuelle aggressioner og frustrationer som opstår ved kontakt til sundhedsvæsenet, vil sygeplejersken ofte kunne mildne ved at tolke dem i den rette sammenhæng.

I forhold til psykiatrien har den hjemløse ofte traumatiske oplevelser, idet behandling her ofte sker under akutte forhold. Den hjemløse søger ikke selv hjælp og situationen bliver derfor ofte tilspidset når indlæggelsen sker. Sundhedsteamet vil her kunne medvirke til en mere målrettet behandling, fordi behandling kan indledes lokalt, hvor den hjemløse befinder sig. Derved vil man ofte kunne bedre den almene situation markant, og muliggøre længerevarende og mere målrettet kontakt til psykiatrien.

En erfaring fra Sundhedsprojektet har været, at det halter med et sammenhængende forløb for brugerens kontakt til sundhedssektoren. Her er det ofte samarbejdet imellem sektorerne, der ikke fungerer optimalt. Det er ofte på grund af ventetider ikke muligt at behandle flere elementer af en kompleks problematik samtidigt, hvilket ellers ville understøtte en hurtigere bedring.

En måde at forbedre samarbejdet med sundhedssektoren på kan være at medvirke til dannelse af et forum, der på et praktisk, og dagligt organisatorisk plan kan udforske samarbejdsmodeller for arbejdet med syge hjemløse. Her tænkes især på hjemløse psykisk syge stofmisbrugere. Dette forum kunne blandt andet omfatte medarbejdere fra distriktpsychiatri og psykoseteams i H:S samt somatiske afdelinger på hospitalerne. Målet her vil være at etablere et tværsektorielt samarbejde eller et møde- og vidensforum med Sundhedsteamet som drivende kraft.

Forslag til kvalitetsmål:

- Sundhedsteamet skal indenfor de første 14 dage efter kontakt til en hjemløs evaluere, hvilke dele af sundhedsvæsenet, der skal involveres i behandling, herunder konsultere distriktpsychiatri eller psykoseteam i den relevante bydel.
- Sundhedsteamet skal indenfor det første ½ år efter sin oprettelse generelt indlede kontakt med henblik på samarbejde med distriktpsychiatrien og psykoseteam i bydelene.

- Et første møde i et tværsektorielt forum afholdes indenfor de første 6 måneder efter teamet er fuldtalligt. Efterfølgende tilstræbes en halvårlig mødefrekvens.

Metode

Der etableres en fleksibel enhed bestående af fire sygeplejersker og en ledende afdelingslæge med det formål at opnå optimal sundhedsfaglig indsats i et lille team, der kan reagere hurtigt på henvisninger fra lokalcentrenes gadeplansindsats og andre lavtærskeltilbud, samt hurtigt selv kan igangsætte og videreføre opsøgende arbejde overfor den enkelte.

Det er essentielt for gruppen, at den arbejder tæt sammen og har daglig mødeaktivitet, uafhængigt af lokalcentrenes gadeplansindsats. Samtidig er det dog også vigtig med et formaliseret samarbejde i relation til medarbejderne i lokalcentrenes gadeplansindsats og Københavns Kommunes sygeplejeklinikker på § 94 institutionerne. Sidst men ikke mindst skal der systematisk holdes kontakt til kommunens lavtærskeltilbud.

Ledelsesmæssigt samarbejdes med koordinator af gadeplansindsatsen samt lederne i lokalcentre og rådgivningscentre.

Udviklingsmæssigt samarbejdes ligeledes med 7. kontor

Organisatoriske rammer og samarbejdspartnere

Den sundhedsfaglige indsats baseres på erfaringer fra "Sundhedsprojektet", der afsluttedes pr. 31/7 2004. Indsatsen forankres i Aktivitetscentret, Sundholm, der ligeledes varetager økonomi og personaleadministration.

Den daglige ledelse og koordinering varetages af afdelingslæge i samarbejde med leder af personaleadministrationen.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens 7. kontor og den følgegruppe der er etableret i relation til gadeplansindsatsen, udvider sit område til også at varetage det overordnede ansvar for SundhedsTeamet.

Teamet fremstår som en funktionel enhed med større gennemslagskraft overfor omgivelserne, hvilket fremmer muligheden for at indgå aftaler med sundhedssektoren, private organisationer og projekter. Ud over den daglige indsats vil det i perioder være muligt at koncentrere indsatsen på forskellige områder som for eksempel smitteopsporing, vaccination eller optimeret kontakt til psykiatrien.

Til sikring af dataopsamling skal der benyttes elektronisk journaliseringsinstrument, som også kan fungere som kvalitetsstyringsinstrument både til dagligt brug og til opfølgning af brugerforløb og arbejdsprocesser. Dette journaliserings og dataopsamlingsinstrument søges udarbejdet i samarbejde med gadeplansindsatsens vidensmedarbejder og delene skal så vidt muligt søges implementeret i Københavns Kommunes "Brugerjournal".

For at sikre en kontinuitet i Sundhedsteamets arbejde vil det i implementeringsfasen være nødvendigt med en tæt kontakt til Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens Kontor for Voksne med Særlige Behov.

Rapportering

Der udformes halvårsrapporter til 7. kontor disse kan deles i 2

1. Brugerrelateret

- Brugerstatus med hensyn til antal indskrevne, gennemførte behandlingsforløb, status i forhold til kvalitetsmål som de er beskrevet.
- Samarbejdsstatus med hensyn til samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet og Københavns Kommune.

2. personalerelateret

- Personalesituationen
- Uddannelse og fortsat kvalitetssikring
- Økonomi
- Overordnet plan for næste halvår

Vidensopsamling

En gang årlig udarbejdes en vidensopsamling. Denne vil bestå i en erfaringsopsamling omkring den sundhedsfaglige indsats samt statistiske data vedrørende brugergruppen og SundhedsTeamet arbejde generelt. Hvor det er muligt vil data blive relateret til det omgivende sundheds- og sociale system. Denne vidensopsamlings format kunne tænkes at være kortere statistiske gennemgange af brugergruppen, og med særlig vægt på specielle indsatsområder, som man kan have haft i det forløbne år. Her kunne tænkes på forebyggende indsats overfor specielle grupper, eller indsats overfor specielle problemstillinger som alkoholmisbrug, tuberkulose, ernæring, medvirken ved tvangsindlæggelser, opfølgning ved indsættelse og løsladelse fra fængsel etc. Det ses som en naturlighed at skabe sammenhæng mellem denne vidensopsamling og en evt. rutinemæssig evaluering/vidensopsamling for den samlede gadeplansindsats. En sådan erfaringsopsamling vil kunne anvendes til kvalitetsforbedring af tværsektorielt samarbejde generelt.

Uddannelse

Der vil over tid være mulighed for tilknytning af uddannelsesstillinger indenfor socialt arbejde, sygepleje og lægevidenskab til gruppen. (kræver en yderligere afklaring af formålet/ønsker til en vidensopsamling) Denne tilknytning kunne på sigt være en del af et egentligt praktisk uddannelsesforløb indenfor hjemløsheds- og misbrugssektoren.

Implementering

Implementeringen er påbegyndt pr. 1.1.2005.

- Sygeplejerskerne er alle ansat pr. 1.6.2005.
- Der er udformet generel arbejdsbeskrivelse for teamet.
- Hen over sommeren foregår et struktureret forløb med teoretiske og praktiske elementer.
- Tilknytning til den øvrige gadeplansindsats vil ske gradvis hen over sommeren 2005.
- Teamet er i gang med at kontakte og besøge alle relevante samarbejdspartnere. Teamet modtages generelt uhyre positivt og der er alle steder en stor lyst til at få det praktiske arbejde til at fungere. Der er flere steder tilbudt praktik på afdelingerne, med henblik på udvikling af det fremtidige arbejde. Teamet fortsætter denne proces hen over resten af 2005, mens der samtidig etableres en daglig arbejdsrytme.