

**EVALUERINGSRAPPORT** FOR  
SUNDHEDSPROJEKTET,  
KONTAKTSTEDET MÆNDENES HJEM  
OG KONTAKTSTEDET FORCHHAMMERSVEJ



**Københavns Kommune**  
Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen

Februar 2005

## Forord

Denne rapport er udarbejdet af Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, har bidraget med midler til evalueringens gennemførelse.

Målgrupperne for rapporten er:

- 1) Sundheds-, Indenrigs- og Socialministeriet, der afventer resultater om socialt marginaliseredes helbredssituation til brug for regeringens handleplan mod narko.
- 2) Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens kontor for voksne med særlige behov, der skal videreføre indsatserne.
- 3) Medarbejdere og ledere lokalt i indsatserne, der har været informanter til rapporten og som skal arbejde videre med indsatserne.
- 4) Andre der har interesse i socialt marginaliserede f.eks. frivillige involveret i socialt arbejde, andre kommuner og sundhedsvæsenet.

Til udarbejdelsen af rapporten har der været tilknyttet en ekstern følgegruppe med rådgivende funktion. De eksterne personer er lektor Merete Watt Boolsen, overlæge Birgit Jessen-Petersen, lektor Tobias Børner Stax og psykolog Morten Hesse.

I forbindelse med dataindsamling er der blevet trukket meget på medarbejderne i indsatserne. Det har været et tidskrævende arbejde. Vi vil derfor gerne her takke alle for deres store indsats og beredvillighed i forhold til at bidrage med data.



## Indholdsfortegnelse

RESUME .....	3
BESKRIVELSE AF INDSATSERNE .....	3
HOVEDKONKLUSIONER OG ANBEFALINGER .....	4
KAPITEL 1. INDLEDNING .....	11
FORMÅL MED EVALUERINGEN .....	11
DATAGRUNDLAG FOR RAPPORT .....	12
Kvantitative data .....	12
Kvalitative data .....	14
PRÆSENTATION AF KAPITLERNE I RAPPORTEN .....	15
KAPITEL 2. FORMEL ORGANISERING AF INDSATSERNE .....	17
SUNDHEDSPROJEKTET .....	17
KONTAKTSTEDET MÆNDENES HJEM .....	18
KONTAKTSTEDET FORCHHAMMERSVEJ .....	19
ANDRE LEDELSESMÆSSIGE FUNKTIONER .....	20
OPSAMLING .....	20
KAPITEL 3. BRUGERNE .....	21
OFFICIELLE MÅLSÆTNINGER .....	21
OVERORDNET INDTRYK AF INDSKREVNE .....	21
BAGGRUNDSOPLYSNINGER FOR SAMTLIGE INDSKREVNE I INDSATSERNE .....	22
FORUDSÆTNINGER FOR SELVVURDERINGSUNDERSØGELSEN OG LÆGEUNDERSØGELSEN .....	28
BRUGERNES SELVVURDERINGSUNDERSØGELSE .....	30
Baggrundstal for de interviewede .....	30
Helbredsproblemer .....	32
Smerteoplevelse .....	37
Misbrugstilstand .....	39
Bolig og indtægt .....	41
Kontakt til etablerede hjælpesystemer .....	43
Brugernes tilstand set i forhold til køn, alder og kommunetilhør .....	47
Opsamling på brugernes selvvurderingsundersøgelse .....	54
LÆGEUNDERSØGELSEN .....	56
Resultater fra pilotundersøgelsen .....	56
Lægeundersøgelsens gennemførelse og studiepopulation .....	57
Resultater fra lægeundersøgelsen .....	59
Beskrivelse af de enkelte grupper .....	62
Udtræk fra andre registre .....	73
Diskussion .....	76
Opsamling på lægeundersøgelsen .....	97
KAPITEL 4. OPGAVER I INDSATSERNE .....	101
ILLUSTRATION AF INDSATSFORLØB .....	101
Mønstre i det opsøgende arbejde .....	102
Mønstre i det motiverende arbejde .....	104
Mønstre i det henvisende arbejde .....	107
Opsamling .....	109
KAPITEL 5. SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER .....	111
BESKRIVELSE AF SAMARBEJDET .....	111
Lavtærskeltilbudene .....	112
Socialsektoren .....	113
Sundhedssektoren .....	114
Opsamling på eksternt samarbejde .....	115
DISKUSSION AF SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER .....	117
Netværkssamarbejde .....	117
Formelt samarbejde .....	118
Redskaber til at navigere .....	120
ANBEFALINGER .....	120

KAPITEL 6. RESULTATER AF INDSATSERNE .....	121
OPGØRELSE OVER MEDARBEJDERNES KONTAKTSKABENDE ARBEJDE.....	121
KONTAKT TIL §94-BOFORMERNE I KØBENHAVN.....	124
RESULTATER FRA STOFMISBRUGSREGISTERET PÅ LANDSPLAN OG FOR KØBENHAVNS KOMMUNE .....	126
RESULTATER FRA LANDSPATIENTREGISTERET OG DET CENTRALE PSYKIATRIREGISTER .....	127
OPSAMLING .....	128
KAPITEL 7. KONKLUSION OG ANBEFALINGER .....	131
1) INDSKREVNE BRUGERES HELBREDSMÆSSIGE, SOCIALE OG MISBRUGSMÆSSIGE PROBLEMER.....	131
Anbefalinger for fremtidige helbredsforbedrende tiltag.....	135
2) SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER .....	137
Anbefalinger for fremtidigt samarbejde med eksterne parter.....	138
3) OMFANGET AF BRUGERNES ANVENDELSE AF TILBUD I SUNDHEDS- OG SOCIALSEKTOREN.....	139
Anbefalinger for fremtidige kontaktskabende gadeplansindsatser .....	140

LITTERATURLISTE

BILAG 1 – 12

## Resume

### Beskrivelse af indsatserne

#### Overordnede retningslinier

Denne rapport er en evaluering og beskrivelse af den indsats, der blev sat i værk i 2001 med det formål at forbedre indsatsen for de mest marginaliserede og udstødte stofmisbrugere i Københavns Kommune, de såkaldt "hårdest belastede misbrugere". Indsatsen var (og er) karakteriseret ved en systematisk opsøgende indsats i forhold til målgruppen, hvor sundhedsfaglige tilbud er kombineret med en socialfaglig indsats. Konkret bestod indsatsen af følgende tre gadeplansforanstaltninger:

- Kontaktstedet Mændenes Hjem
- Kontaktstedet Forchammersvej
- Sundhedsprojektet

De to kontaktsteder er finansieret af Københavns Kommune. Sundhedsprojektet var et 3-årigt forsøgsprojekt finansieret af satspuljemidler efter aftale med Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsprojektet og kontaktstederne har haft til formål at opsøge, motivere og henvise primært stofmisbrugere, der mere end forbigående opholder sig på gaden, til at modtage eksisterende tilbud i sundheds- og socialektoren. Derudover er der i alle indsatserne lagt vægt på, at andre svært marginaliserede på gaden skal kunne rummes i indsatserne.

Der har i indsatserne været ansat både social- og sundhedsfagligt personale, i form af sociale medarbejdere, sygeplejersker og en læge. Det sundhedsfaglige personale er blevet inkluderet i indsatserne med det formål at sætte øget fokus på brugernes helbredsmæssige forhold.

#### Indsatsernes organisering og primære fokus i målgruppe

Sundhedsprojektet har med 5 medarbejdere haft sin primære base på Sygeklivnikken og Aktivitetscentret på Sundholmsvej. Sundhedsprojektet har primært haft fokus på de meget komplekse brugere, som ud over misbrug ofte også har haft omfattende og svære psykiske og/eller andre helbredsmæssige problemer.

Kontaktstedet Mændenes Hjem har sin primære base på Mændenes Hjem på Lille Istedgade, hvor 4 medarbejderne har indgået i stedets sygeklínik og natcafe. Medarbejderne har ud over den primære målgruppe også inkluderet de svært marginaliserede, som generelt opholder sig i gademiljøet på Indre Vesterbro.

Kontaktstedet Forchammersvej har sin primære base på Specialinstitutionen Forchammersvej, hvor 2 medarbejdere har deres kontor. Medarbejderne her har den særlige opgave at tage sig af brugere, som skal hjælpes i forhold til andet hjemland eller andre danske kommuner.

### **Varetagelse af opgaver i indsatserne**

Medarbejderne har primært opsøgt brugerne på opholdssteder, såsom væresteder, sygeplejeklinikker og natcaféer, hvor man i forvejen vidste, at målgruppen ville komme. Derudover er målgruppen blevet opsøgt ved, at medarbejdere har gennemgået bestemte gaderum for potentielle brugere, eller bestemte brugere er blevet opsøgt efter henvendelse fra samarbejdspartnere.

I det motiverende arbejde har brugernes egne formuleringer af problemer og behov været i centrum for arbejdet. Konkret er der brugt mange forskellige metoder til at motivere brugerne. Det spænder lige fra langstrakt tillidsopbyggende arbejde, der gradvist munder ud i tilbud, over til tilbud om hjælp hvor der i arbejdet har været sat klare rammer og grænser for kontaktens form og indhold.

I det henvisende arbejde anvendes både enkle henvisninger typisk til sagsbehandler og henvisninger, der er mere koordinerede og som inkluderer flere forskellige hjælpesystemer. Afgørende for valg af tilgang både i motivations- og henvisningsarbejdet, er en vurdering af brugers mulighed for reelt at kunne motiveres samt modtage tilbud.

## **Hovedkonklusioner og anbefalinger**

I rapporten er følgende fokusområder blevet undersøgt:

- 1) Indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer.
- 2) Samarbejde med eksterne parter.
- 3) Omfanget af brugernes anvendelse af tilbud i sundheds- og socialsektoren.

## 1) Indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer

### Hvor kom brugerne fra?

2/3 af de indskrevne i indsatserne har ikke haft deres sidste adresse i Københavns Kommune. Ud af den samlede population udgør brugere fra andre kommuner i Danmark cirka halvdelen. De resterende 15% er udlændinge - primært Nordmænd og Svenskere.

Den markante andel af brugere fra andre kommuner og lande illustrerer vigtigheden af, at det personale, der arbejder på gaden, kan rumme og hjælpe brugere med de særlige problemstillinger, der er forbundet med at tilhøre en anden kommune eller et andet land.

### De undersøgte helbred generelt

Gennemgang af brugernes selvvaluerede helbred sammenholdt med en lægefaglig undersøgelse af brugerne dokumenterer, at brugerne er præget af omfattende og svære helbredsmæssige problemer.

Det gennemsnitlige antal diagnoser for de lægeundersøgte hjemløse er 6,5 somatiske (det fysiske helbred) og 1,7 psykiatriske diagnoser. Hertil kommer gennemsnitligt 5,5 misbrugsrelaterede diagnoser pr. person, inklusive afhængighedsdiagnoser. Antallet af stoffer, der misbruges er noget mindre i en gruppe af primært alkoholmisbrugende brugere, men helbredsmæssigt adskiller grupperne sig ikke fra hinanden.

I betragtning af den påviste høje sygelighed hos de hjemløse misbrugere er det vigtigt ikke kun at rette indsatsen mod misbruget og de sociale forhold men også på de helbredsmæssige forhold. Dette sker allerede i sygeplejeklinikkerne og i behandlingssystemet for stofmisbrugere, men videreførelsen af Sundhedsprojektet i form af en sundhedsfaglig indsats på gadeplansniveau er et vigtigt supplement til dette.

### Kroniske somatiske lidelser

Lægeundersøgelsen viser, at brugernes helbredstilstand er præget af omfattende kroniske somatiske lidelser, hvoraf en stor del kan tilskrives alkoholmisbrug. Blandt andet er der fundet tegn på alkoholisk leverskade hos 56% og alkoholiske nerveskader hos 44%.

Derudover er der fundet hepatitis C hos 52% af alle lægeundersøgte, og blandt injektionsmisbrugere er der konstateret hepatitis C antistoffer hos 85%. Tallene svarer til



det forventede, da en tidligere undersøgelse viser, at udbredelsen i gruppen af injicerende stofmisbrugere er massiv.

Den 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. Alle intravenøse stofmisbrugere bør desuden regelmæssigt undersøges for hepatitis og rådgives i forbindelse hermed. Derudover er der behov for, at injektionsremedierne udleveres i alle lavtærskeltilbud for derved at sikre tilgængeligheden for de sværest marginaliserede.

Af andre fremtrædende problemer kan nævnes, at 60% af de undersøgte har omfattende problemer med tandstatus, 30% har lungeproblemer, og 30% har følger efter skader på bevægeapparatet som følge af dårligt sammenvoksede knoglebrud og seneskader.

#### Psykiske lidelser

I undersøgelsen er der endvidere fundet et omfattende antal brugere med psykiske problemer. Hele 68% vurderes at have periodisk depression, og 57% vurderes at have problemer med angsttilstande i perioder. 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 deres psykiske problematikker.

Antallet af tunge psykiatriske diagnoser udgjorde samlet set 8 %. Det er en mindre andel, end hvad der er fundet i andre undersøgelser. Årsagen til dette er, at en gennemgribende psykiatrisk screening ikke har været mulig i denne lægeundersøgelse, hvorfor psokosedagnoser ikke kunne stilles. De diagnoser, der er opgjort i undersøgelsen, stammer fra allerede foreliggende journalmateriale. Det er da også erfaringen fra det daglige arbejde, at antallet af tungere psykiatriske problemer er større end journalmaterialet viser.

Behandlingen af angst og depression bør, i det omfang det ikke allerede forekommer, integreres i behandlingen af misbruget. De hjemløse psykotiske misbrugere, som i dag oftest ikke modtager nogen relevant behandling, er en oplagt målgruppe for de opøgende psykoseteam, og der bør tages initiativ til at få etableret et formaliseret samarbejde mellem psykiatrien i H:S og hjemløseinstitutionerne.

### Misbrug

Der er hos de fleste tale om et blandingsmisbrug, dog er det meningsfuldt at inddele misbrugerne i en gruppe med primært opioidmisbrug og en gruppe med primært alkoholmisbrug, idet alkoholgruppen har et mindre udtalt blandingsmisbrug end opioidgruppen. Sidstnævnte gruppe har et omfattende misbrug af heroin, kokain, alkohol og metadon uanset om de er i metadonbehandling eller ej, hvilket er et udtryk for en meget kaotisk og marginaliseret gruppe misbrugere.

Da alkoholmisbruget er en væsentlig årsag til den store sygelighed, er det 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 (i det omfang de overhovedet modtager nogen behandling), har nogen effekt på gruppens forbrug.

*Der bør fokuseres på, hvordan alkoholbehandlingen kan organiseres, således at man når den her beskrevne målgruppe. Behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere bør tilbyde behandling af alkoholproblemer, hvor dette er relevant, og mulighederne for at tilbyde døgnbehandling til gruppen bør forbedres.*

Ligeledes bør det revurderes, om metadonbehandling altid er et relevant tilbud til personer med et massivt blandingsmisbrug, også selv om opioider indgår i dette misbrug. I de tilfælde hvor substitutionsbehandling skønnes indiceret, bør det overvejes at anvende buprenorphin i stedet for metadon. Dette dels pga. buprenorphins mindre giftighed, dels fordi det er mindre kompliceret at ophøre en buprenorphin- end en metadonbehandling. Under alle omstændigheder forudsætter substitutionsbehandling til denne gruppe en massiv samtidig psykosocial støtte, hvis behandlingen skal have nogen effekt.

### **2) Samarbejde med eksterne parter**

Samarbejdet med eksterne parter fylder meget i medarbejdernes dagligdag. Det afgørende for at samarbejdet fungerer er ifølge medarbejderne de eksterne parter indstilling til brugerne samt de regler og procedurer, der arbejdes inden for.

Et vigtigt element i forhold til at få samarbejdet til at fungere er, at medarbejderne lokalt i indsatserne har både sundheds- og socialfaglige profiler. Derved kan medarbejderne internt sparre hinanden, og i forhold til de eksterne parter nyde godt af, at der altid er en medarbejder, som kender til fagsprog, procedurer og regler i det enkelte hjælpesystem. F.eks. har det vist sig meget givtigt med sundhedsfagligt personale til brobygning i forhold til sundhedsvæsenet. Sygeplejerskerne har med deres kendskab til hospitaler og psykiatri motiveret og forberedt brugerne til at modtage tilbud. Ligele-

des har de fungeret som brugernes talsmænd i forhold til sundhedsvæsenet, og i læn- gerevarende forløb har de videreført den behandling, brugerne får i sundhedsvæse- net.

*Erfaringerne fra indsatserne viser, at kombinationen af medarbejdere med social- og sundhedsfaglige kompetencer samlet er en styrkelse af indsatsen overfor svært mar- ginaliserede.*

Et andet vigtigt element i samarbejdet med eksterne parter har været medarbejdernes netværksprægede fremgangsmåde. Det kommer til udtryk ved at medarbejderne i vid udtrækning anvender de tilbud og samarbejdspartnere, de i forvejen kender til og har gode erfaringer med, når de skal henvise brugerne. Det er erfaringen at fremgangs- måden sikre det bedste udgangspunkt for, at der kan etableres tilbud til brugerne, idet disse eksterne parter i udgangspunktet er positivt indstillet på at finde frem til løsning- er, der ofte skal være lidt fleksible i forhold til de gængse tilbudsrammer.

*Undersøgelsen viser at medarbejdernes netværksprægede fremgangsmåde er hen- sigtsmæssig, idet samarbejde med parter, man i forvejen ved er positivt indstillede, er det bedste udgangspunkt, når et tilbud for svært marginaliserede skal etableres. Det er derfor også en styrkelse af indsatsen, at medarbejderne er aktive omkring skabelse af netværk, blandt andet via dialogforum og oplysningsarbejde.*

### **3) Brugernes anvendelse af tilbud i sundheds- og socialsektoren**

Resultaterne viser, at brugerne i perioden i vid udstrækning har haft kontakt med de etablerede hjælpesystemer, og der, hvor kontakt til enkelte tilbud har været mindre omfangsrigt, er der som regel en årsag, i form af at andre lignende hjælpetilbud har været benyttet, eller at brugernes behov for hjælp har ligget andetsteds.

I forhold til sundhedsvæsenet har brugerne overvejende anvendt skadestuer, hvilket indikerer, at brugerne har været i behandling for akutte problemer og ikke de mange kroniske lidelser, der er fundet i den lægefaglige undersøgelse.

*Undersøgelsen viser, at ved at supplere den socialfaglige gadeplansindsats med en sundhedsfaglig, kan man i langt højere grad koordinere og sikre den langsigtede be- handling af kroniske lidelser, og i samarbejde med sundhedsvæsenet hjælpe dette til at rumme brugere med mere komplicerede behandlingsbehov.*

Både den kvantitative og den kvalitative del af undersøgelsen viser, at det er lykkedes medarbejderne at forholde sig bredt til brugernes misbrug og de helbredsmæssige og

sociale problemer, samt at det i stort omfang er lykkedes at henvise brugerne i relevante foranstaltninger.

Det ses blandt andet ved, at medarbejderne har en parathed i forhold til at motivere og handle på brugerne, så snart der er modtagelighed for det, og at arbejdet er tilpasset den enkelte brugers problemer og behov.

Ligeledes viser undersøgelsen at kombinationen af en sundheds- og socialfaglig indsats har haft en afgørende betydning for arbejdet, idet denne tilgang til brugerne gør det lettere at både motivere, henvise og fastholde brugerne i relevant social- og/eller sundhedsfaglig foranstaltning.

Det er derfor en klar styrkelse af det fremtidige arbejde overfor de hårdest belastede hjemløse misbrugere, at Sundhedsprojektet og kontaktstederne videreføres af kommunen og bliver en integreret del af det samlede tilbud til de hjemløse.



## KAPITEL 1. INDLEDNING

Med midler fra Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Københavns Kommune blev der i sommeren 2001 etableret en udvidet gadeplansindsats overfor stofmisbrugere, som mere end forbigående opholder sig i kommunens gaderum.

Baggrunden for etableringen af den udvidede gadeplansindsats var, at man fra forvaltningens side havde en antagelse om, at stofmisbrugere, der mere end forbigående opholder sig på gaden, har svære problemer af både helbredsmæssig, misbrugsmæssig og social karakter. Endvidere var det formodningen, at brugerne ikke opsøger hjælpeforanstaltningerne.

Opsøgende gadeplansarbejde har været praktiseret igennem nogle år. Det personale, der hidtil har forestået indsatserne, har overvejende haft socialfaglig baggrund, hvorfor der hidtil har været fokus på brugernes anvendelse af tilbudene indenfor den sociale sektor. For at få sat større fokus på brugernes helbredsmæssige forhold og deres anvendelse af sundhedssektorens tilbud samt for at sikre en anden tilgang, blev der i nærværende indsats - som noget særligt ud over sociale medarbejdere - ansat sygeplejersker og en læge.

Den udvidede gadeplansindsats har indeholdt opsøgende, motiverende og henvisende arbejde i forhold til den enkelte bruger. Arbejdet har været organiseret i forskellige indsatser. Dels har der været et 3-årigt forsøgsprojekt kaldet Sundhedsprojektet. Det blev afsluttet 31. juli 2004. Derudover har der været en kommunal ordning kaldet Kontaktstedet. Denne blev foråret 2002 opdelt i to separate indsatser; Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej som begge fortsat eksisterer. Kontoret for voksne med særlige behov i Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning er overordnet ansvarlig for indsatserne (Se bilag 1, Ledelsesdiagram).

### Formål med evalueringen

I forhold til evalueringen af den udvidede gadeplansindsats ønsker forvaltningen mere viden om de mennesker, der falder udenfor eller igennem det eksisterende hjælpesystem. Denne viden ønskes tilvejebragt og dokumenteret via kontaktstedernes og Sundhedsprojektets kontakt til brugergruppen på gadeplan. Ligeledes ønsker forvalt-

ningen mere viden om, hvorvidt det via gadeplansarbejdet er muligt at hjælpe målgruppen til at gøre brug af eksisterende tilbud indenfor sundheds- og socialsektoren.

I relation til dette er det blevet valgt at afdække følgende fokusområder:

1. Indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer.
2. Samarbejde med eksterne parter.
3. Omfanget af brugernes anvendelse af tilbud i sundheds- og socialsektoren.

### **Vurderingsgrundlag**

I og med at der i projektbeskrivelserne ikke er faste målelige succeskriterier, konkluderer evalueringen ikke, hvorvidt indsatserne har været en succes eller ej. I stedet består det vurderingsmæssige af diskussioner, der i sidste ende munder ud i anbefalinger for fremtidige indsatser.

### **Aktørperspektiver**

Til det første fokusområde – afdækning af brugernes tilstand – er brugerne selv de primære informanter til data. Valget af brugerne som primære informanter til beskrivelse af deres egen situation er taget i overensstemmelse med kommunens generelle opfattelse af, at en indsats skal tage udgangspunkt i brugeren og dennes opfattelse af problemer. (jævnfør "Den brugerrettede forvaltning", Københavns Kommune 2003).

I forhold til indsatserne er der tre hovedaktørgrupper – brugerne, de eksterne samarbejdspartnere og medarbejderne i indsatserne. Forud for indsatserne var det en målsætning, at brugerne skulle anvende de eksisterende tilbud. Da opdragsgiverne har iværksat indsatserne ud fra en formodning om, at en udvidet gadeplansindsats kan bevirke, at potentielle brugere benytter de eksisterende tilbud mere, er de opsøgende medarbejdere nøglepersonerne, og de er derfor valgt som primær kilde til dataindsamling. Rapportens datagrundlag bygger således gennemgående på medarbejdernes forståelsesuniverser.

## **Datagrundlag for rapport.**

Den indsamlede empiri består af kvantitative såvel som kvalitative data.

### **Kvantitative data**

#### **Selv vurderingsundersøgelse og lægefaglig undersøgelse**

Brugernes tilstand belyses dels ud fra en selv vurderingsundersøgelse og dels ud fra en lægefaglig undersøgelse.

Data til selvvurderingsundersøgelsen er i praksis blevet indsamlet af medarbejderne, idet de har udført interviewene med brugerne. Målet med selvvurderingsundersøgelsen er at få brugernes egne vurderinger af deres almene tilstand - primært i forhold til helbred men også i forhold til misbrugsmæssige og sociale forhold. Udarbejdelsen af spørgsmålene til undersøgelsen er foregået i samarbejde med sygeplejerskerne og de sociale medarbejdere, og spørgsmålene afspejler derfor i høj grad sygeplejerskerne og de sociale medarbejders opfattelse af hvilken viden, der er relevant og mulig at få ud af et brugerinterview. (Se bilag 3).

Den lægefaglige undersøgelse er forestået af Sundhedsprojektets læge. Det er sket ud fra en klinisk journal, som lægen har udarbejdet (Se bilag 4). Målet med undersøgelsen har været at lave en almen helbredsundersøgelse med vægtning af det somatiske aspekt, men hvor også brugerens psykiske og misbrugsmæssige helbredstilstand inddrages. Ud fra undersøgelsen uddrages diagnoser på brugerne.

Årsagen til at der er lavet to helbredsundersøgelser er dels, at det giver mulighed for at fremstille helbredsundersøgelsen så nuanceret som muligt, dels at det kan belyse, om brugernes egne opfattelser af helbred er i overensstemmelse med en lægefaglig vurdering

Indsamlingen af data er sket på baggrund af en informeret skriftligt samtykkeerklæring (Se bilag 2). Behandlingen af data er foretaget i henhold til Datatilsynet og Familie- og Arbejdsmarkedsudvalgets godkendelse af behandling af personoplysninger i forhold til stofmisbrugere og hjemløse (jf. §§43 og 45 i "Lov om behandling af personoplysninger" (Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget. Beslutningsprotokol fra ordinært møde d. 1/11/2000, FAU 636/2000 J.nr. 195/00)).

Selvvurderingsundersøgelsen og den lægefaglige undersøgelse er blevet afprøvet i en pilottest i foråret 2002. 12 brugere gennemgik selvvurderingsundersøgelsen og 9 brugere gennemgik lægeundersøgelsen (Schacke og Thiesen, 2003). Registreringsskemaerne er efterfølgende blevet revideret, og i september 2002 er den endelige registrering sat i gang. Den er forløbet frem til 1. januar 2004. I alt er 122 brugere blevet interviewet til selvvurderingsundersøgelsen, og 75 brugere har gennemgået den lægefaglige undersøgelse.

I præsentationen af resultaterne fra selvvurderingsundersøgelsen inkluderes både brugere fra pilotundersøgelsen samt den endelige undersøgelse, hvorimod der i resultaterne fra lægeundersøgelsen kun indgår data fra den endelige undersøgelse. Årsagen hertil er, at revideringen af spørgsmålene til selvvurderingsundersøgelsen bestod



i en reduktion af antal spørgsmål, mens der i den lægefaglige del skete en gennemgribende omarbejdning af undersøgelsen. Resultaterne fra pilotundersøgelsen kunne derfor ikke umiddelbart indgå i den endelige lægefaglige undersøgelse.

### **Udtræk fra registre**

Ud over indsamling af data direkte fra brugerne selv er der lavet udtræk og søgt data fra andre instanser.

Fra Københavns Kommune er der lavet udtræk fra registret for §94-institutioner og registret for stofmisbrugsbehandling<sup>1</sup>. Fra Sundhedsstyrelsen er der lavet udtræk fra Landspatientregistret, Det Centrale Psykiatriregister og Registret for behandling af Stofmisbrugere. Ligeledes er der lavet udtræk fra Danmarks Statistik for antallet af døde. Sidst men ikke mindst har lægen som en del af undersøgelsen om brugerne indsamlet informationer primært fra hospitalsjournaler, men også oplysninger fra sygeplejeklinikker og brugernes egne læger er anvendt.

Med diagnoseudtræk fra Landspatientregistret og Det Centrale Psykiatriregister er der foretaget sammenligning med diagnoser, stillet ved den lægefaglige undersøgelse. Udtræk om dødsfald viser populationens dødelighedsrate i forhold til normalbefolkning og tilsvarende marginaliserede grupper. Ellers er formålet med udtrækkene primært at få nogle indikatorer på brugernes anvendelse af de etablerede tilbud.

### **Opgørelse over medarbejdernes kontaktskabende arbejde**

I januar 2004 blev 50 brugere tilfældigt udvalgt fra hver af de tre indsatser. De blev gennemgået for hvilke årsager, der lå til grund for, at medarbejderne indskrev dem, samt hvilke etablerede hjælpetilbud medarbejderne havde hjulpet dem med at skabe kontakt til. Denne opgørelse har til formål at give indikationer på resultater af indsatsen.

### **Kvalitative data**

Sideløbende med udarbejdelsen af registreringsmaterialet er der blevet indsamlet kvalitative data. Særlig var der i det første halvandet år en tæt og jævnlig kontakt mellem medarbejderne og evaluatoren. I den sidste del af evalueringsforløbet var den uformelle kontakt mindre på grund af tiltagende databearbejdning. Til gengæld blev en interviewundersøgelse af primært medarbejdere men også brugere og eksterne samarbejdspartner gennemført sidst i denne periode omkring april og maj 2004. Samlet be-

---

<sup>1</sup> De præcise navne på disse registre er *Københavns Kommunes registreringssystem for brugere af §94-botilbud* og *Status- og forskningssystemet*.

står de kvalitative data af ni bandede og udskrevne interview samt systematisk nedskrevne noter fra diverse samtaler, møder og observationer.

Interviewene bruges primært til at belyse medarbejdernes samarbejde med eksterne parter, samt til at få beskrevet nogle indsatsforløb til illustration af, hvordan medarbejderne arbejder med brugerne. Da medarbejderne er primær kilde til disse informationer er fem af de ni interview med medarbejdere. For at få andre kilder til data er de resterende fire interview foretaget med henholdsvis en repræsentant fra sundhedssektoren og en fra socialsektoren (en sygeplejerske fra Gentofte Sygehus' Lungemedicinske afdeling og en social medarbejder fra et amtsligt behandlingstilbud) samt to brugere.

I de enkelte indsatser er indsamlingen af kvalitativ datamateriale foregået forskelligt: I Sundhedsprojektet stammer data primært fra knap et års deltagelse i et ugentligt medarbejdermøde, hvor brugerne blev diskuteret og handleplaner lagt. På Kontaktstedet Mændenes Hjem blev data primært indsamlet i forbindelse med sammenlagt 3 ugers observationsstudier, hvor medarbejderne blev fulgt i hverdagen. Fra Kontaktstedet Forchhammersvej består de primære data af samtaler i forbindelse med registreringen. Disse samtaler forløb ca. hver 14 dag fra september 2002 til starten af 2003.

Derudover har diskussionerne omkring registreringsmaterialet, styregruppemøder, respons på midtvejsrapporten, diverse temadage og almen uformel snak med medarbejderne været stærkt bidragende til det kvalitative materiale, der nu foreligger.

## **Præsentation af kapitlerne i rapporten**

I kapitel 2 bliver indsatsernes formelle struktur skitseret ud fra medarbejder- og ledelsessammensætningen samt mødestrukturer.

Kapitel 3 omhandler brugerne og deres tilstand. Brugere beskrives ud fra intentionerne i projektbeskrivelserne, medarbejdernes vurderinger, samlede baggrundsdata samt resultaterne fra selvvurderingsundersøgelsen og den lægefaglig undersøgelse. Det er her det første fokusområde *indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer* belyses.

I Kapitel 4 præsenteres medarbejdernes opfattelse af deres varetagelse af opgaverne i indsatserne ud fra de i forvejen fastlagte præmisser i projektbeskrivelserne. Det be-

skrives derfor, hvorledes medarbejderne arbejder opsøgende, motiverende og henvisende.

I kapitel 5 præsenteres medarbejdernes opfattelse af, hvordan de har oplevet samarbejdet med eksterne parter. Beskrivelsen bliver efterfølgende diskuteret i forhold til relevante organisationsteoretiske perspektiver. Det er således her, at fokusområdet *samarbejde med eksterne parter* belyses.

Kapitel 6 omhandler resultaterne af indsatserne. De beskrives dels ud fra opgørelsen af medarbejdernes kontaktskabende arbejde, dels ud fra andre registerudtræk. Det er her, drøftelsen af fokusområdet *omfanget af brugernes anvendelse af eksisterende hjælpesystem* findes.

## **KAPITEL 2. FORMEL ORGANISERING AF INDSATSERNE**

I dette kapitel skitseres den overordnede organisering af indsatserne ud fra medarbejdernes placering, ledelsesmæssige strukturer og mødestrukturer. (Læsningen af dette kapitel kan lettes ved at have bilag 1. Ledelsesdiagrammet liggende ved siden af.)

### **Sundhedsprojektet**

#### **Ledere og medarbejdere**

I Sundhedsprojektet var der normeret 2 sygeplejersker, 4 sociale medarbejdere, 1 læge og 1 evaluator.

Sundhedsprojektet havde sin primære base på Sundholmsvej, idet de sociale medarbejdere fik kontor i en af bygningerne og blev aflønnet fra Aktivitetscentret. Dertil kom, at den ene sygeplejestilling var tilknyttet klinikken på Herbergcentret. Her valgte de 4 sygeplejersker at dele stillingen imellem sig således, at de alle deltog i Sundhedsprojektet og i klinikens almindelige arbejde. Den sidste sygeplejerske blev tilknyttet Kirkens Korshærs Herberg i Hillerødgade, og lægen fik kontor på Specialinstitutionen Forchammersvej.

Indtil midten af november 2002 var den ene af de sociale medarbejdere udpeget til at være overordnet koordinator for Sundhedsprojektet og den samlede gadeplansindsats. Han var i perioden de sociale medarbejders nærmeste leder. Sygeplejerskerne på Herbergcentrets sygeplejeklinik og sygeplejersken tilknyttet Kirkens Korshærs Herbergs havde deres respektive herbergledere som nærmeste leder. Derudover havde Sundhedsprojektet en administrativ og økonomisk ansvarlig i lederen af Aktivitetscentret på Sundholm.

I løbet af projektperioden har der været stor udskiftning i medarbejdergruppen. I november 2002 blev der lavet en omrokering af ledelsesrollerne. Det indebar blandt andet, at lægen overtog rollen som koordinator.

#### **Mødestrukturer**

Sundhedsprojektet bestod indtil november 2003 af tre teams; de sociale medarbejdere, sygeplejerskerne på Herbergcentrets klinik og sygeplejersken tilknyttet Kirkens Korshærs Herberg.

Indsatsen blev gradvist sat i gang, idet medarbejderne blev ansat løbende.

De sociale medarbejdere har ikke haft et fastlagt vagtskema. Overvejende har de dog arbejdet i dagtimerne, og i perioder har der været arbejdet om aftenen, natten og en sjælden gang i weekenden.

Sygeplejerskerne på Herbergcentrets sygeplejeklinik og på Kirkens Korshærs Herberg har arbejdet i hverdagene i tidsrummet 7 til 16. En enkelt sygeplejerske har dog i perioder arbejdet en aften om ugen.

I løbet af de første måneder var der ikke nogen faste møder i Sundhedsprojektet, men henover vinteren 2001/2002 startede et ugentligt møde for medarbejderne på Sundholmsvej med deltagelse af en medarbejder fra Aktivitetscentrets natcafé. Dette møde blev brugt til at visitere og gennemgå brugerne og deres aktuelle problemstillinger. Mødet har været det faste holdepunkt for medarbejderne igennem hele projektforløbet.

## **Kontaktstedet**

I Kontaktstedet blev der oprindeligt ansat 1 sygeplejerske og 5 sociale medarbejdere.

I foråret 2002 blev Kontaktstedet adskilt i to uafhængige indsatser; Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchhammersvej. Derfor er medarbejderne på Forchhammersvej og medarbejderne på Mændenes Hjem nu organiseret i hver deres indsats, der modsat Sundhedsprojektet stadig eksisterer. I denne rapport bliver Kontaktstedet behandlet som to forskellige indsatser.

## **Kontaktstedet Mændenes Hjem**

### **Ledere og medarbejdere**

Kontaktstedet Mændenes Hjem har deres base på Mændenes Hjem, der ligger på Lille Istedgade på Indre Vesterbro. Kontaktstedet Mændenes hjem bestod ved opdelingen af en sygeplejerske og 3 sociale medarbejdere. Sygeplejerskerne i Mændenes Hjem sygeplejeklinik har på samme vis som sygeplejerskerne på Herbergcentrets sygeplejeklinik valgt at dele stillingen imellem sig, hvorfor der i foråret 2002 var 3 sygeplejersker involveret i indsatsen. Lederen af Kontaktstedet Mændenes Hjem er forstanderen for Mændenes Hjem.

### **Mødestrukturer**

Kontaktstedet Mændenes Hjem er organiseret i to team. De sociale medarbejdere og sygeplejerskerne.

De sociale medarbejdere har fordelt vagterne ud fra princippet om at være tilstede og tilgængelige så meget, som det er muligt. Lidt forskellige modeller har været afprøvet. Blandt andet har man i en periode vægtet dagtimerne frem for timerne mellem 4 og 8 om morgenen. Dette for at få mere tid til at kontakte andre hjælpesystemer såsom sagsbehandlere, der primært er til at få fat på i dagtimerne. Efterfølgende har der været en opnormering til 5 sociale medarbejdere, hvilket har muliggjort, at samtlige 24 timer i hverdagene er blevet dækket, og at der i perioder af døgnet er flere medarbejdere på vagt samtidig.

Sygeplejerskerne arbejder i tidsrummet 8 til 20 i hverdagene. Det meste af dagen med to på vagt.

Der er tre opsamlingsmøder i løbet af dagen for hele Mændenes Hjem. Derudover er der personalemøde hver 14. dag. Her mødes alle husets medarbejdere om formiddagen for at diskutere spørgsmål af mere overordnet og principiel karakter. Ligeledes er der supervision en gang månedligt og medarbejderudviklingssamtaler hvert halve år.

## **Kontaktstedet Forchammersvej**

### **Ledere og medarbejdere**

Kontaktstedet Forchammersvej har med de resterende to sociale medarbejdere deres base på Specialinstitutionen Forchammersvej, der råder over botilbud til hjemløse stofmisbrugere i form af et plejekollektiv, botræningstilbud og §91-boliger. Derudover er der et ambulatorium, en plejeafdeling og en sygeklínik. Forstanderen her er leder for gruppen.

### **Mødestrukturer**

De to sociale medarbejdere på Kontaktstedet Forchammersvej udgør sammen et team.

Til forskel for Kontaktstedet Mændenes Hjem arbejder de to medarbejdere udelukkende i hverdagene fra 8 til 16, hvor det er muligt at få fat i samarbejdspartnere.

Ud over at medarbejderne mødes om morgenen og starter dagen sammen, deltager de i et månedligt møde for hele institutionen. Ligeledes har de igennem hele forløbet fået forskellige typer af supervision.

## **Andre ledelsesmæssige funktioner**

Ud over de beskrevne ledere har sygeplejerskerne på alle institutionerne tilknyttet en faglig konsulent i form af en oversygeplejerske, der har kontor på Specialinstitutionen Forchammersvej. Denne sygeplejerske har i forbindelse med indsatserne været tovholder for sygeplejerskernes indsats. Tovholderfunktionen har i praksis tydeligst gjort sig gældende i Sundhedsprojektet, hvor oversygeplejersken deltager i den daglige ledelse. I relation til sygeplejerskerne på Kontaktstedet Mændenes Hjem har oversygeplejersken bibeholdt sin konsulentrolle.

Fra centralforvaltningens side er tovholderen for den samlede gadeplansindsats i kommunen en fuldmægtig, som generelt varetager hjemløseområdet i Københavns Kommune. Over ham sidder det øverste ledelsesorgan - styregruppen. Gruppen ledes af kontorchefen for Familie- og Arbejdsforvaltningens Kontor for Voksne med Særlige Behov, der blandt andet har hjemløse- og narkoområdet som ansvarsområde. Styregruppen er sammensat af repræsentanter for indsatserne og det eksisterende hjælpesystem. Den består af de nævnte lokale ledere, lægen fra Sundhedsprojektet, socialoverlægen i forvaltningen, tovholderen for den samlede gadeplansindsats, en leder fra et rådgivningscenter samt undertegnede evaluator. Styregruppen er mødtes en gang i kvartalet. Her er der blevet udvekslet status, og aktuelle problemstillinger er blevet vendt.

## **Opsamling**

Samlet set er der i forhold til antallet af medarbejdere mange lokale ledere. Dette skal dog ses i forhold til, at medarbejderne i alt har bestået af 6 forskellige teams, der har været tilknyttet 5 forskellige institutioner: Aktivitetscentret, Herbergcentret, Mændenes Hjem, Kirkens Korshærs Herberg og Specialinstitutionen Forchammersvej.

Med undtagelse af det sociale team i Kontaktstedet Mændenes Hjem ligger medarbejdernes primære arbejdstid i hverdagens dagtimer, og det er varierende fra indsats til indsats, hvordan man mødes.

## KAPITEL 3. BRUGERNE

I dette kapitel beskrives brugergruppen. I første omgang ud fra de overordnede målsætninger, det overordnede indtryk af indskrevne brugere samt generelle baggrundsdata for den samlede population i indsatserne. Dernæst beskrives gruppen ud fra en undersøgelse af brugernes selvvurderede tilstand samt en lægefaglig undersøgelse af brugerne helbred. Undersøgelserne diskuteres i forhold til andre helbredsundersøgelser og munder ud i anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats overfor svært marginaliserede.

### Officielle målsætninger

Sundhedsprojektet og Kontaktstedet udspringer af hver deres finansielle og politiske baggrund og har derfor separate projektbeskrivelser (Se bilag 5 og 6). Af Sundhedsprojektets beskrivelse fremgår det, at der fra forvaltningens side har været en forventning om, at de to indsatser har opgaver og målgrupper, der minder om hinanden.

I begge projektbeskrivelser er der en primær og en sekundær målgruppe. Den primære målgruppe er *stofmisbrugere med helbredsmæssige problemer, der opholder sig mere end forbigående på gaden/natcaféer*. Den sekundære kan samlet betegnes som *andre svært marginaliserede*, der ligeledes opholder sig mere end forbigående på gaden/natcaféer.

Baggrunden for at forvaltningen har valgt at inkludere den sekundære målgruppen, er et ønske om, at alle marginaliserede, der har brug for hjælp, kan få det. Som tovholderen fra forvaltningen formulerede det: *”Der skal ikke være en person, der sidder tilbage på en bænk, der ikke får hjælp, blot fordi han ikke passer ind i nogen af gadeplansprojekternes målgruppedefinitioner.”*

### Overordnet indtryk af indskrevne

Medarbejderne på Kontaktstedet Mændenes Hjem indskriver brugere, der opholder sig på Indre Vesterbro. Groft sagt betragtes de brugere, som opholder sig i området, efter det sidste tog er kørt, som målgruppen. Blandt de mindre komplicerede sager er manden fra Roskilde, der har været på druk i nogle dage i København. Blandt de mere komplicerede er den unge svært socialt handicappede pige, der forlader en døgnin-



stitution og tager ind til København, hvor hun i løbet af 1½ år kommer ind i svært blandingsmisbrug, druk, prostitution og gæld.

Medarbejderne på Kontaktstedet Forchammersvej har fået den særlige opgave at tage sig af brugere, som ikke har haft deres sidste adresse i Københavns Kommune, det vil sige udlændinge og brugere fra andre kommuner i Danmark. Dermed kan Kontaktstedet Forchammersvej i princippet rumme en ligeså broget skare brugere som Kontaktstedet Mændenes Hjem. Der tegner sig dog et mønster af, at de brugere, som Kontaktstedet Forchammersvej kommer i kontakt med, er brugere, som har særlige problemer knyttet til deres kommunetilhør. Dette fordi en del brugere henvises til Kontaktstedet Forchammersvej fra andre indsatser, når disse har stødt på problemer omkring netop kommunetilhøret. Et eksempel på sådan en bruger er svenskeren, der på femte år opholder sig i København, hvor han køber illegal metadon, fordi han ikke kan komme i metadonbehandling i Sverige, og hvor den kommune, han kommer fra i Sverige, ikke betragter sig selv som ansvarlig for at give tilbud til ham.

I Sundhedsprojektet indskrives primært brugere, der opholder sig i Aktivitetscentrets natcafé eller på væresteder på Nørrebro. Der har været en særlig interesse for de mest komplekse brugere, der med en sammensætning af psykiske problemer og stofmisbrug har en meget kaotisk adfærd. Et eksempel herpå er den skizofrene og misbrugende kvinde, der har været på gaden i over 10 år. Hun har ikke selverkendelse omkring sin sygdom, er meget kontaktsvag og til tider udadreagerende.

## **Baggrundsoplysninger for samtlige indskrevne i indsatserne**

I alt har der fra indsatsernes start i august 2001 til 1. januar 2004 været indskrevet 542 personer med navn og cpr.nr. Derudover har der været kontakt med 68 personer, hvor der ikke er fyldestgørende oplysninger om navn og cpr.nr. I dette kapitel er det den fuldt identificerede population på 542 personer, der bliver beskrevet.

### Indskrevne fordelt på indsatser

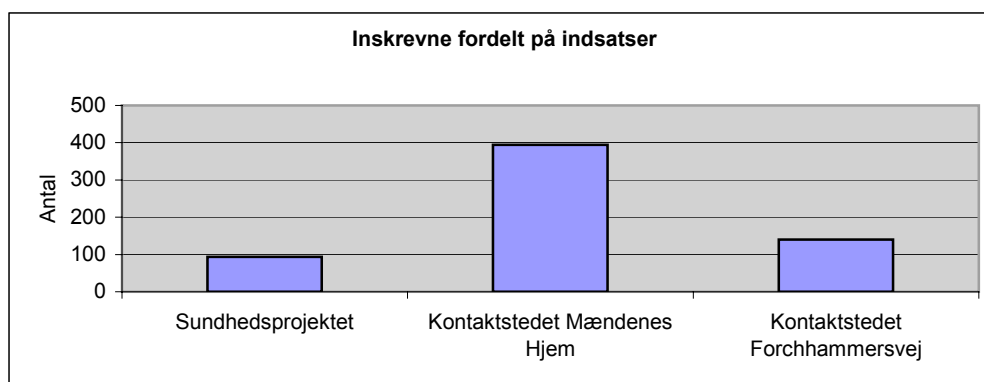


Fig. 1

Som figur 1 viser, tegner Kontaktstedet Mændenes Hjem sig for langt størsteparten af de indskrevne med 394 brugere (72,7%). Dernæst kommer Kontaktstedet Forchammersvej med 140 indskrevne (25,8%), og sidst kommer Sundhedsprojektet med 94 indskrevne (17,3%).

### Gengangere

Ved indsatsernes opstart var der megen debat om sandsynligheden for, at de samme brugere blev indskrevet i flere indsatser. Idet indsatserne i den daglige praksis fungerer adskilt, og brugerne ikke kan forventes at være stationære i et område, var der sandsynlighed for parallelle indsatsforløb overfor samme bruger. Af opgørelser fremgår det dog, at kun 12,5% (i alt 68 personer) har været indskrevet i mere end en indsats, og kun 0,9% (5 personer) har været indskrevet i alle tre indsatser.

For en stor del af de dobbelt indskrevne brugere har der været tale om et bevidst koordineret samarbejde særligt i forhold til Kontaktstedet Forchammersvej. Medarbejderne her er blevet inddraget i forhold til udenlandske brugere og brugere, hvor netop tilhørsforholdet til en anden kommune end København har voldt problemer i forhold til et indsatsforløb.

### Indskrevne fordelt over tid

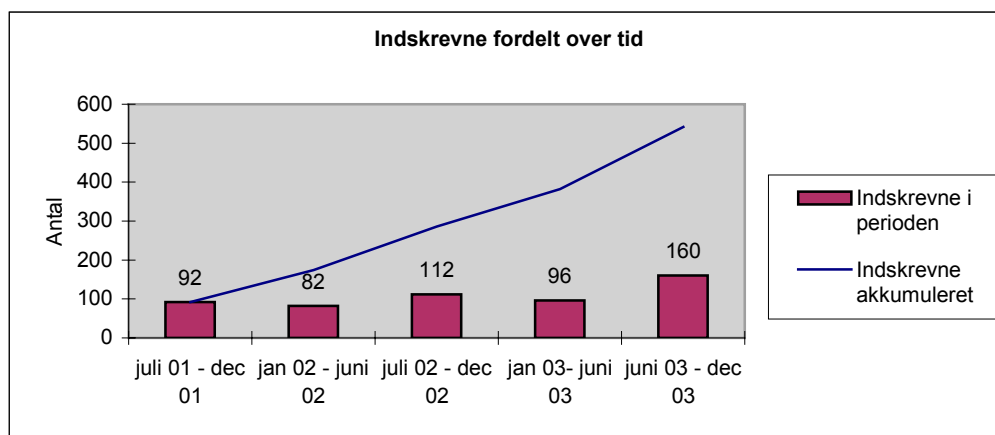


Fig. 2

Figur 2 viser, at indskrivninger er sket kontinuerligt hen over hele perioden. Det ser altså ikke ud til, at brugergruppen er forsvundet eller blevet mindre, efter indsatserne er gået i gang. Den største indskrivning på hele 160 personer forekommer derimod i den sidste del af perioden. Denne merindskrivning på omkring 50% i forhold til de foregående perioder kan til dels tilskrives, at Kontaktstedet Mændenes Hjem i perioden har udvidet normeringen med 2 personer fra 4 til 6 fuldtidsstillinger.

### Aldersfordeling

Aldersfordeling i procent	Sundhedsprojektet	Kontaktstedet Mændenes Hjem	Kontaktstedet Forchammersvej	I alt
30 år og derunder	18,8	33,3	18,1	28,6
Mellem 31 og 40 år	29,2	37,8	39,9	35,8
Mellem 41 og 50 år	34,4	19,9	28,3	24,5
51 år og derover	17,7	8,9	13,8	11,1
I alt	100	100	100	100

Tabel 1

Pr. 1. januar 2004 er den gennemsnitlige alder for de indskrevne 37,4 år. Den yngste er 18 år, og den ældste er 75 år. Som tabel 1, ligger tyngden omkring de 31-40årige, der udgør 35,8% af de indskrevne.

Ligeledes viser tabel 1 en forskydning i alderen set i forhold til indsatserne. Hos Kontaktstedet Mændenes Hjem ligger tyngden i grupperne 30 år og derunder samt de 31-40-årige. For Kontaktstedet Forchammersvej og Sundhedsprojektet ligger tyngden derimod mellem 31 og 50 år. Slutteligt har Sundhedsprojektet procentvis flest i gruppen 51 år og derover.

Gennemsnitsalderen for de indskrevne i gadeplansindsatserne ligger lidt lavere end ved andre målinger lavet i forhold til marginaliserede. I 2003 er gennemsnitsalderen 40,1 år for §94- boformerne (undtaget krisecentre) i Københavns Kommune, hvilket er 2,7 år mere end gennemsnitalderen for de indskrevne i gadeplansindsatserne.

På Kontaktstedet Mændenes Hjem er medarbejderne ikke overraskede over, at deres brugere er yngre end gennemsnittet. Forklaringen fra medarbejderne er, at Mændenes Hjem ligger midt i et hektisk stofmiljø lige ved siden af Hovedbanegården, og det tiltrækker de unge.

### **Køn**

I alt er 79% af de indskrevne mænd og 21% kvinder. Sundhedsprojektet har med 83,3% en lidt større procentdel mænd, hvorimod Kontaktstedet Forchhammersvej ligger lidt lavere end gennemsnittet med 74,1% mænd.

I §94-boformerne (undtaget krisecentre) er fordelingen i 2003, at der er 83% mænd og 17% kvinder. Blandt medarbejderne er der en antagelse om, at nogle kvinder ikke ønsker at gøre brug af §94 og hellere prostituerer sig til en seng for natten. Men med en forskel på 4% procentpoint kan man dog langt fra tale om en entydig tendens.

### **Kommunetilhør**

Ud af de 542 indskrevne har 192 personer (35%) pr. 1. januar 2004 haft deres sidste adresse i Københavns Kommune (i resten af rapporten vil denne gruppe blive omtalt som københavnere). Blandt de resterende 350 personer har Kontaktstedet Forchhammersvej opgjort at have hjulpet 81 personer (15%) i forhold til deres hjemland (I resten af rapporten vil denne gruppe blive omtalt som udlændinge). Udlændingene har især været mennesker fra Sverige (35 personer) og Norge (30 personer), men derudover har der også været indskrevet personer fra Tjekkiet, Skotland, Italien, Rumænien, Island, Finland, Canada og Australien.

Der er højst sandsynlig tale om lidt flere udlændinge end de 81 omtalte fra Kontaktstedet Forchhammersvej, men da Kontaktstedet Forchhammersvej typisk har været inddraget i sager omkring udlændinge, kan der kun være tale om nogle få personer. Den sidste gruppe, der dermed udgør cirka 50% af de indskrevne, er danskere, der har haft deres sidste adresse et andet sted end i Københavns Kommune (I resten af rapporten vil denne gruppe blive omtalt som ikke-københavnere).

### Årsager til indskrivning

I en gennemgang af et repræsentativt udsnit af brugerne er medarbejderne blevet bedt om at vurdere, hvorfor brugerne er blevet indskrevet. Her viser sig følgende fordeling:

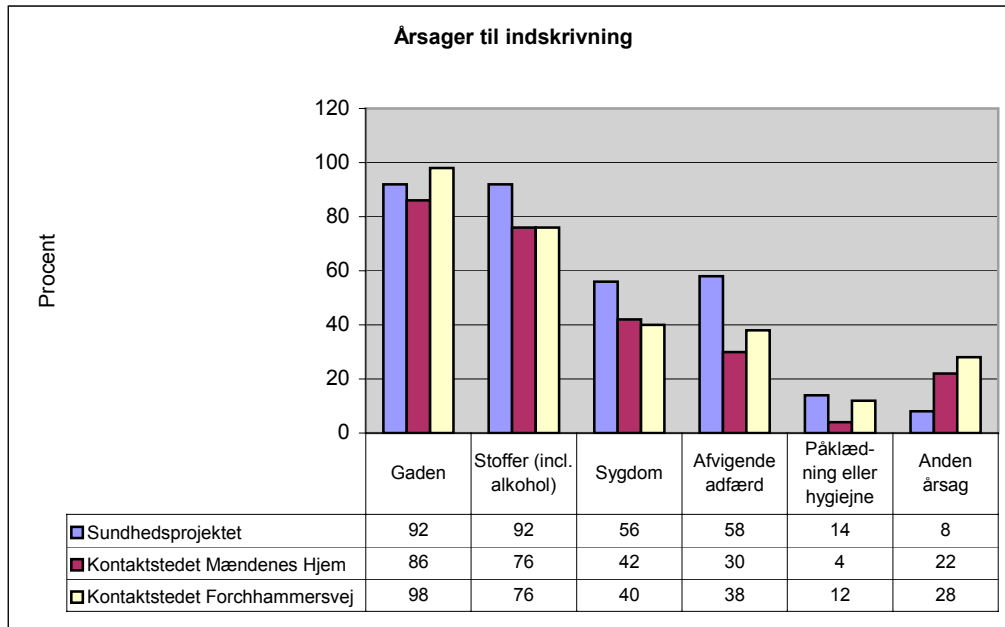


Fig. 3

Gennemgående er der ikke de store forskelle på, hvordan indsatserne vurderer de brugere, der indskrives. Dog har Sundhedsprojektet med gennemsnitlig 3,2 indskrivningsårsager pr. bruger angivet lidt flere årsager end de to andre indsats, der gennemsnitligt har angivet henholdsvis 2,9 i Kontaktstedet Forchammersvej og 2,6 i Kontaktstedet Mændenes Hjem.

Ikke overraskende er den store topscorer blandt årsager til indskrivning *ophold på gaden*. I alt vurderes det i 92% af tilfældene, at gaden er en årsag til indskrivning. For de resterende 8% gælder det, at de sandsynligvis har en bolig, men enten anvender de ikke boligen, eller også har de haft andre problematikker omkring sygdom eller stoffer, der gør, at medarbejderne beslutter at handle på dem. Som udgangspunkt er opholdet på gaden dog den afgørende faktor i medarbejdernes vurdering af, om brugerne tilhører målgruppen.

Ikke overraskende tegner der sig det samme billede for indskrevne i §94-institutionerne (undtaget krisecentre) i 2003. Her var det ligeledes 92%, der som årsag til indskrivning angav ikke at have nogen bolig.

*Brug af stoffer (incl. alkohol)* er den årsag til indskrivning, der næstefter ophold på gaden optræder hyppigst. Gennemsnitligt for de tre indsatser er den angivet i 81% af tilfældene som en årsag til indskrivning. Dette hænger meget godt sammen med, at den primære målgruppe defineres som havende stofrelaterede problemer. Samtidig har forvaltningen med den sekundære målgruppe skabt muligheden for, at andre kan indskrives. Indtrykket er, at de brugere, der ikke har stofproblemer, i stedet har psykiske problematikker.

De næste to kategorier *sygdom* og *afvigende adfærd* ligger tæt op af hinanden, idet *afvigende adfærd* ofte relaterer sig til psykiske lidelser. Det er særligt her, at Sundhedsprojektet skiller sig ud, idet sygeplejerskerne har her været gennemgående i hele perioden og sygeplejeklinikken på Herbergscentret har udgjort en fast base i arbejdet. Dette kan muligvis være en årsag til den forhøjede bevågenhed omkring sygdom og *afvigende adfærd*.

Ser man på tallene i forhold til indskrivning på §94-institutionerne i 2003, viser det sig, at *sygdom* og *afvigende adfærd* oftere angives som årsag til indskrivning i gadeplansindsatserne end i §94-boformerne (eks. krisecentre). Gennemsnitligt angives sygdom som årsag til indskrivning i 46% af tilfældene i gadeplansindsatserne, hvor det i §94-boformerne kun angives i 30,5%. *Afvigende adfærd* angives gennemsnitligt i 42% af tilfældene i gadeplansindsatserne som indskrivningsårsag, hvor det i §94-boformerne kun er angivet i 18,8% af tilfældene.

I betragtning af at det sjældent er sundhedsfagligt personale, der indskrives i §94-boformerne, må der siges at være en vis opmærksomhed omkring brugernes sygdomssituation. Det er bemærkelsesværdigt, at forskellen er noget større hvad angår brugernes *adfærd*. En forklaring kan være, at medarbejderne i §94-boformerne har været mere forbeholdne med at bruge kategorien, idet den er formuleret som *psykiske problemer*, i stedet for den lidt bredere formulering *afvigende adfærd*, der benyttes af gadeplansindsatserne (For yderligere forbehold læs desuden rapport om forbehold for §94-data).

På trods af disse forskelle i spørgeskemaerne er der dog noget, der tyder på, at det sygdomsmæssige og *afvigende i adfærden* er mere fremtrædende hos den gruppe brugere, gadeplansindsatserne har med at gøre, end det er tilfældet for de indskrevne på §94-institutionerne. Med andre ord er der her en indikator for, at gadeplansindsatserne har en mere problemfyldt gruppe brugere end andre grupper af socialt udsatte.

Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej har i højere grad end Sundhedsprojektet angivet *andre årsager* end de ovenfor nævnte til indskrivning. De andre årsager, der er angivet, er meget forskelligartede. Det er primært økonomiske problemer, men også prostitution, forfølgelse, konflikter med politiet, udvisningsproblemer, ønske om at komme tilbage til hjemland, udflytning til lejlighed, at bruger har været meget kontaktsøgende, mangel på mad, asylproblemer og ludomani, der er angivet som årsag.

## **Forudsætninger for selvvurderingsundersøgelsen og lægeundersøgelsen**

Erfaringerne fra undersøgelserne har tydeliggjort, at der er visse forudsætninger i kontakten mellem brugere og medarbejdere, der skal være i orden, for at det er muligt at gennemføre interview.

Formelt er forudsætningen for, at et interview kan gennemføres, en informeret skriftlig samtykkeerklæring fra brugeren. Dette kræver, at brugerne har så meget tillid til medarbejderne og det interview, de bliver præsenteret for, at de underskriver en samtykkeerklæring. At opnå den tillid forudsætter for det første, at medarbejderen kan kommunikere med brugeren. Ikke alle brugere har et sprog, der gør, at medarbejderne kan føre en egentlig samtale med dem. Det kan enten skyldes manglende danskundskab eller relatere til brugernes psykiske tilstand.

Dertil kommer, at tillid ofte kræver tid. Medarbejderne er blevet bedt om at gennemføre interviewet hurtigst muligt, efter kontakten til bruger er opnået. I praksis er der dog ofte gået lidt tid, før tilliden har været god nok, og for nogle brugere er denne tillid aldrig opnået. Ifølge medarbejderne findes manglende tillid både hos brugere, der har generelt dårlige erfaringer med systemet, og hos brugere med psykisk relaterede problemer.

Derudover har interview være svært at gennemføre med meget kaotiske brugere. Her har problemet bestået i, at brugeren ikke har kunnet koncentrere sig i mere end nogle få minutter af gangen, hvilket har umuliggjort interview, der som disse er af minimum 30 minutters varighed. Adfærden kan ifølge medarbejderne igen være begrundet i brugerens psykiske tilstand, men også i behovet for stoffer eller virkningerne heraf.

En sidste gruppe brugere, der ikke er blevet registreret, er dem, for hvem kontakten har været så kortvarig, at medarbejderne ikke har kunnet nå at gennemføre et inter-

view. At kontakten ikke har været længerevarende kan ifølge medarbejderne skyldes, at brugerne forsvinder, eller at de i løbet af få dage er henvist videre i systemet. Denne problematik er særligt gældende for Kontaktstedet Mændenes Hjem.

Samlet set skal følgende forudsætninger være tilstede, for at et interview kan gennemføres:

- Bruger skal have tillid til medarbejder og interview.
- Bruger og medarbejder skal kunne kommunikere.
- Bruger skal kunne koncentrere sig i den tid, interviewet varer.

Særligt forudsætningerne omkring tillid indebærer, at man må forvente, at kontakten har været et stykke tid forud for registreringen. Det indebærer dermed også, at man må forvente, at medarbejderne ofte er gået i gang med at handle på brugerens problemer, før interviewet er blevet gennemført.

De beskrevne forudsætninger for interviewene har to store konsekvenser for resultaterne. For det første omfatter resultaterne en delmængde af den samlede brugergruppe, idet bestemte typer af brugere ikke er blevet interviewet. For det andet kan det ikke forventes, at det enkelte interview tegner et billede af brugerens tilstand på det tidspunkt, vedkommende er blevet opsøgt på gaden. Dette fordi der ofte har været igangsat en indsats forud for interviewet.

Hvorvidt de ikke-interviewede brugeres problemkompleks samlet set er større eller mindre end den fulde population af indskrevne er svært at sige. Dette fordi de ikke-interviewede enten er kendetegnet ved at være svært psykisk syge og/eller kaotiske brugere eller brugere, der hurtigt kommer videre. Den første gruppe, kan man formode, har meget store problemer med både helbred, misbrug og sociale forhold, hvorimod den anden gruppe muligvis kun vil have få problemer.

For de brugere, der bliver registreret, må det forventes, at de problemer, der registreres, udgør et minimum af problemer, idet der ofte har været et indsatsforløb forud for registreringen.

For at komme de interviewmæssige problemer i møde anvendes medarbejderne som kilde til vurdering af resultaterne af selvvurderingsundersøgelsen. De har generelle erfaringer med den samlede brugergruppe på gadeplan og kan derfor kommentere de registrerede data. Ligeledes sammenstilles resultaterne med lignende undersøgelser af marginaliserede grupper og med befolkningsundersøgelser for at vurdere denne brugergruppes sygelighed i forhold til andre.



## Brugernes selv vurderingsundersøgelse

Data, der ligger til grund for dette afsnit, kommer fra en interviewundersøgelse, der forløb fra april 2002 til og med 1. januar 2004.

### Baggrundstal for de interviewede

Undersøgelsen er baseret på interview med i alt 122 personer. Det er 22,5% af den samlede gruppe indskrevne i Sundhedsprojektet, Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej. Selvom de interviewede ikke udgør en repræsentativ gruppe for alle indskrevne i indsatserne, udgør de interviewede med godt og vel 1/5 af populationen dog så stor en gruppe, at resultaterne må tillægges en vis værdi.

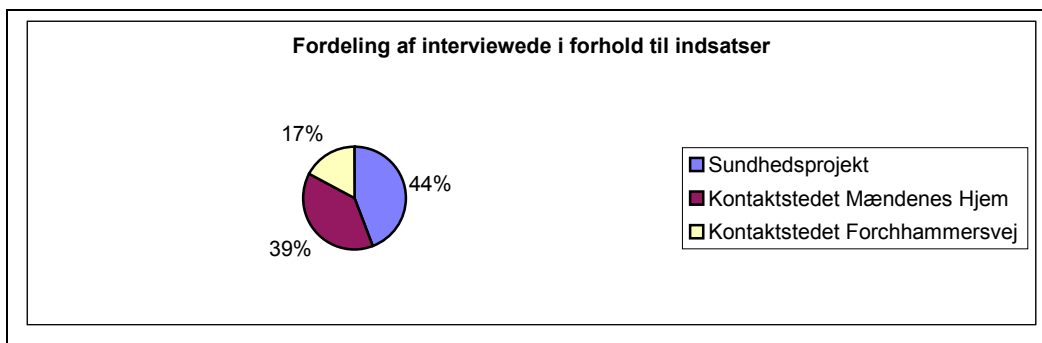


Fig. 4

I forhold til den samlede gruppe af indskrevne udgør de interviewede brugere fra Sundhedsprojektet procentvis flere end fra de to andre indsatser. 44% af de interviewede er således indskrevne fra Sundhedsprojektet, mens 39% af de interviewede er indskrevne fra Kontaktstedet Mændenes Hjem og 17% er indskrevne fra Kontaktstedet Forchammersvej.

Fordelingen af de interviewede i forhold til de indskrevne i indsatserne skinner igennem på baggrundstallene for de interviewede. Det giver sig tydeligst udslag i forhold til kommunetilhørsforholdet, idet hele 58,8% af de interviewede er københavnere mod kun 35% af alle indskrevne i indsatserne. Sundhedsprojektet har netop i højere grad haft københavnere indskrevet sammenlignet med de andre indsatser.

Også i forhold til alder bærer det samlede interviewmateriale præg af at være domineret af indskrevne fra Sundhedsprojektet, idet gennemsnittet for de interviewede ligger på 40,4 år, hvilket er tilsvarende Sundhedsprojektets brugere og tre år mere end gennemsnittet for samtlige indskrevne i indsatserne. Ligeledes svarer kønsfordelingen til Sundhedsprojektets kønsfordeling, idet der med 83% mænd og 17% kvinder er en lidt

større andel mænd end kvinder set i forhold til alle indskrevne i indsætserne (jf. afsnittet om baggrundsoplysninger for samtlige indskrevne i indsætserne).

### Årsager til indskrivning

Medarbejderne er i forbindelse med interview af brugerne blev bedt om at give deres vurdering af, hvorfor brugerne oprindeligt er blevet indskrevet. Dette tilsvarende den tidligere omtalte undersøgelse af hele populationen.

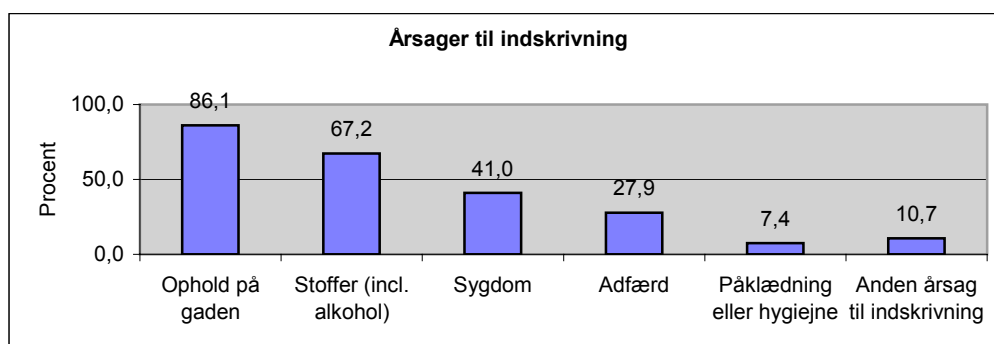


Fig. 5

Tendensen i figur 5 er den samme som ved alle indskrevne. Ophold på gaden er angivet flest gange som årsag til indskrivning, og derefter er det jævnt faldende. Af figur 5 fremgår det dog også, at antallet af årsager til indskrivning ikke er lige så mange som ved den fulde population af indskrevne. Blandt de interviewede er der gennemsnitligt angivet 2,5 årsager pr. bruger. Uden at der kan sættes lighedstegn mellem antallet af årsager til indskrivning og brugernes kompleksitet, tyder det dog umiddelbart på, at brugerne, der indgår i interviewundersøgelsen, vurderes som mindre komplekse end den samlede population af indskrevne i gadeplansindsætserne. Dette stemmer også meget godt overens med medarbejdernes vurdering af, at de udvalgte til interviewundersøgelsen generelt er præget af færre problemstillinger.

### Selv vurderet helbred

I interviewene er der blevet spurgt generelt ind til brugernes opfattelse af deres nuværende helbreds situation. Spørgsmålene falder hovedsageligt i to grupper. I den første gruppe spørges der, om brugeren har problemer med forskellige helbredsrelaterede forhold. Spørgsmålene indeholder tre svarmuligheder: *Ingen problemer*, *lidt problemer* og *store problemer*. I den anden gruppe spørges der, om brugeren har smerter i forskellige regioner af kroppen. Til svarmulighed anvendes en skala fra 1-10 (VAS-skalaen). I svarkassen er disse inddelt i tre grupper. 0-2, 3-6 og 7-10.

Til perspektivering af resultaterne fra brugernes selvvaluerede helbredsbeskrivelser bruges resultaterne fra en undersøgelse af den danske befolknings sundhed og sygelighed i år 2000 produceret af Statens Institut for Folkesundhed (Kjøller, 2002). Undersøgelsen er baseret på en stikprøve af knap 22.500 danske statsborgere over 16 år og består af interview og selvadministrerede spørgeskemaer, hvor deltagerne er blevet bedt om at vurdere deres eget helbred.

## Helbredsproblemer

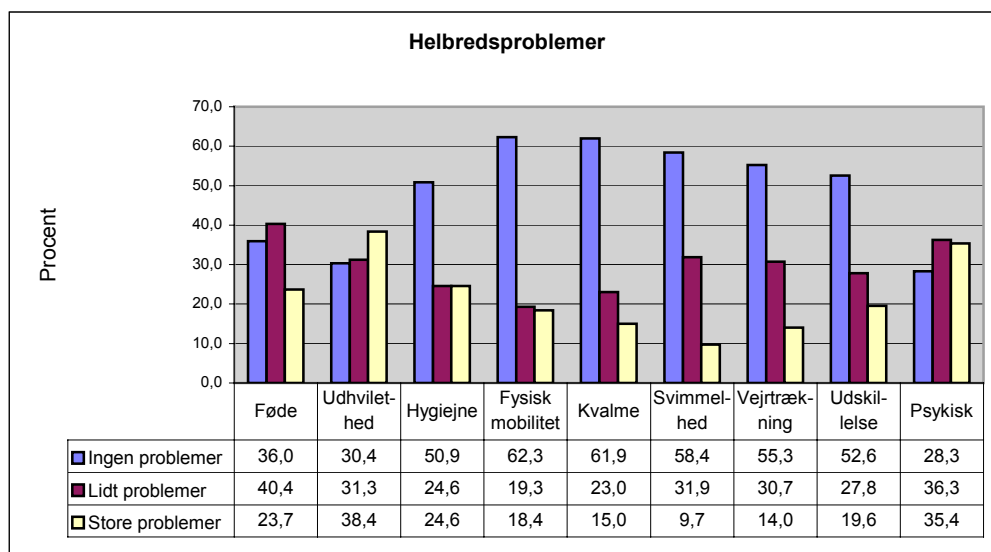


Fig. 6

Umiddelbart kan diagrammet måske synes af, at problemerne ikke er så store, men når kategorierne; *lidt problemer* og *store problemer* lægges sammen, giver det et lidt andet indtryk. Mest markant viser det sig, at 71,7% har problemer med psykiske forhold, og i den kategori, der ligger lavest nemlig *fysisk mobilitet*, har hele 37,7% problemer.

I alt er der spurgt ind til 9 forskellige helbredsrelaterede områder. Hvis det opgøres, hvor mange kategorier brugerne har angivet, at de har problemer med, viser det sig, at 18,4% har angivet, at de har problemer i 0 til 2 kategorier. 59,6% har angivet, at de har problemer i 3 til 6 kategorier og 21,9% har angivet, at de har problemer i 7 til 9 af kategorierne.

Sammenstiller man disse tal med tal for befolkningsundersøgelsen, bliver forskellene markante. I den nationale undersøgelse bliver der spurgt generelt til, hvordan man oplever sit helbred. Her svarer 77,9% af befolkningen, at de har et *virkelig godt* eller *godt* helbred<sup>2</sup>. Umiddelbart kan man få det omvendte indtryk af brugerundersøgelsen, idet 62,2% har angivet at have problemer i 3 eller flere tilfælde, hvormed det er nærliggende at antage, at et flertal af brugerne ikke vurderer deres helbred som godt.

I det følgende vil resultaterne af nærværende undersøgelse blive sammenstillet med resultaterne fra befolkningsundersøgelsen, hvor det er muligt.

### Føde

I forhold til føde er brugerne blevet spurgt, om de oplever at have råd til at købe mad hver dag, samt i hvor høj grad de benytter spisestederne i kommunen. De ekstra spørgsmål er blevet stillet for at give et mere nuanceret billede af brugernes fødeindtag. Spørgsmålet om benyttelse af spisesteder har desuden den særlige baggrund, at medarbejderne mener, dette er den bedste faktuelle indikator på, om brugeren får ordentlig kost og ikke blot junkfood.

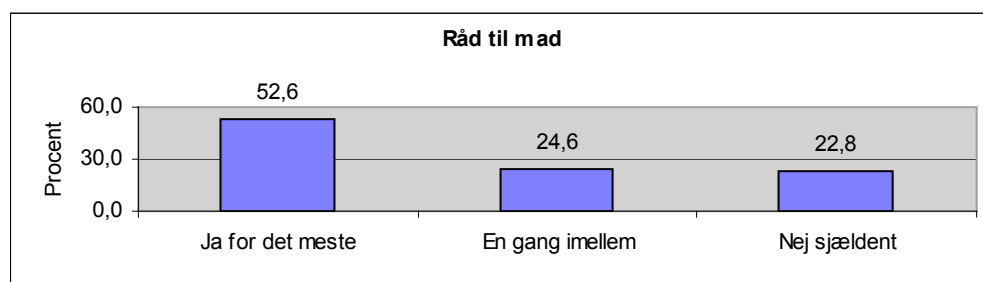


Fig. 7

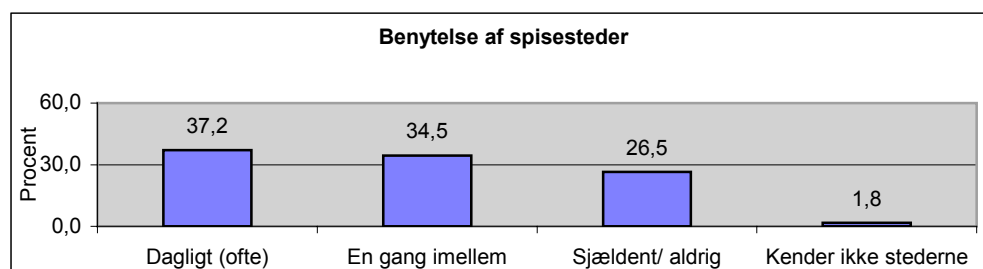


Fig. 8

<sup>2</sup> Svarkategorierne var *virkelig god*, *god*, *nogenlunde*, *dårlig*, *meget dårlig*, *ved ikke/uoplyst*

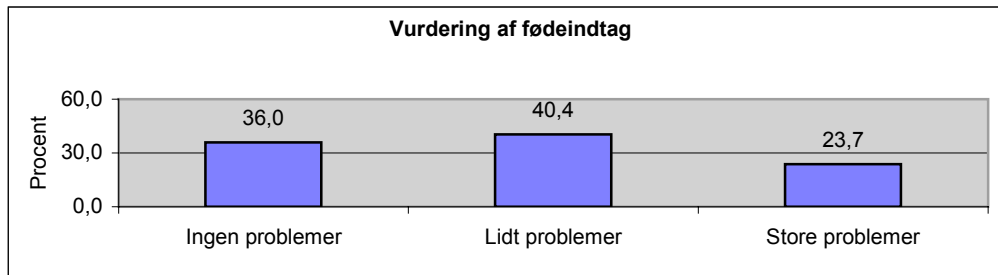


Fig. 9

Som figur 7, 8 og 9 viser, giver svarene på spørgsmål om fødeindtag ikke et helt entydigt billede. 52,6% af de interviewede mener, de har råd til at købe mad hver dag, mens kun 36% mener, at de ingen problemer har med fødeindtaget. Figurer 7 og 9 viser, at økonomisk formåen og fødeindtag ikke nødvendigvis har noget med hinanden at gøre. I dagligdagen kan en problemstilling være at brugerne ikke har de almindelige faciliteter til at opbevare og tilberede mad, som mennesker med egen bolig almindeligvis har. Dette underbygges af, at medarbejderne beretter om brugere, der nok køber mad, men hvor maden består i junkfood og slik - mad som kan fortæres med det samme.

Set i dette lys ville det være hensigtsmæssigt, hvis brugerne frekventerede byens spisesteder for hjemløse, da disse steder tilbyder tilberedt ernæringsrigtig mad til billige priser. Desværre er det kun 37,2% af brugerne, der benytter disse steder dagligt. Medarbejderne i indsatserne beretter da også om problemer i forhold til brugernes prioritering af køb af mad i forhold til køb af stoffer/alkohol. Hvis behovet for det sidstnævnte er større end sulten, bliver det stofferne/alkoholen, som tilgodeses først, selv om maden er nok så billig.

Resultaterne fra den nationale undersøgelse vedrørende fødeindtag kan ikke umiddelbart sammenstilles med resultaterne fra selv vurderingsundersøgelsen, da man i stedet for at spørge generelt har spurgt meget specifikt ind til befolkningens indtag af bestemte sunde typer kost, og ikke om de får mad i det hele taget. Der er med andre ord en væsensforskel i opfattelsen af, hvor problemerne findes i normalbefolkningen set i forhold til brugerne på gaden.

### Søvn og udhvilethed

For ligeledes at nuancere billedet omkring udhvilethed blev brugerne spurgt om, hvor mange timer de sover i løbet af et døgn.

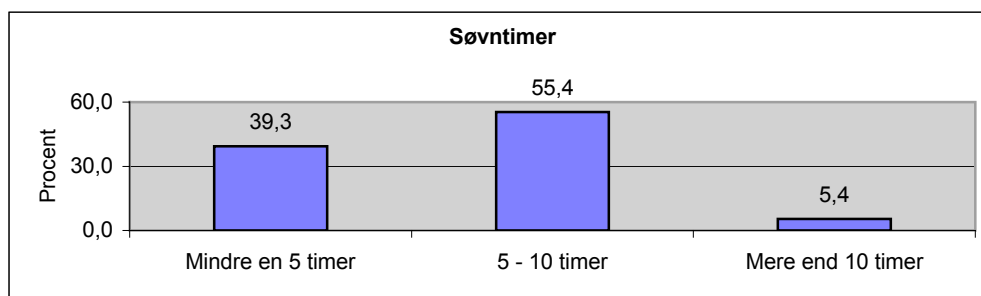


Fig. 10

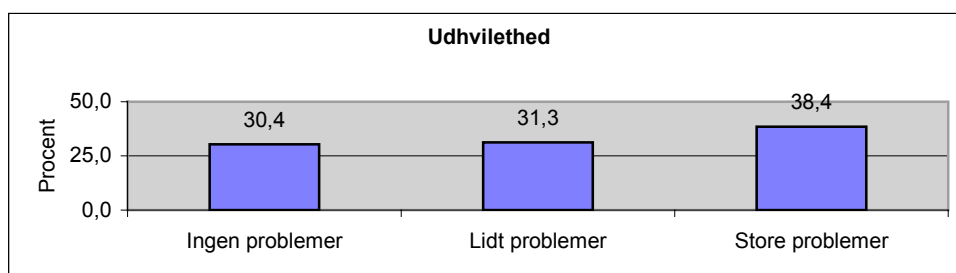


Fig. 11

Et sted mellem 5 – 10 timer i døgnet skulle under normale omstændigheder være passende for en person at sove. Figur 10 viser, at 55,4% har et søvnforbrug indenfor denne tidsramme. Samtidig viser figur 11, at kun 30,4% ikke har problemer med at være udhvilet. Forklaringen på denne forskel skal højst sandsynlig findes i, at denne brugergruppe ikke oplever sammenhængende søvn og ej heller altid har mulighed for at sove behageligt. Under sådanne forhold kan selv 10 timers søvn synes utilstrækkeligt.

Medarbejderne beretter desuden generelt om søvnproblemer hos brugerne. Døgnrytmen kan være meget anderledes, idet et omflakkende liv, psykiske traumer eller behovet for stoffer bevirker, at nat og dag er vendt rundt, og at søvn er noget, man får i afbrudte bidder.

I den nationale undersøgelse spørges der ind til gener omkring træthed og søvn i en periode på 14 dage. Her svarer 17,8%, at de indenfor en 14-dages periode er meget eller lidt generet af træthed, og 11,7% er meget eller lidt generet af søvnproblemer. Altså igen et markant andet billede end det for brugergruppen, hvor hele 69,6% har problemer omkring udhvilethed.

### Hygiejne

I brugerundersøgelsen bliver brugerne spurgt, om de kommer i bad og får vasket tøj i det omfang, de har behov for (en foreteelse som de færreste almindelige borgere

tænker på som et muligt problem). 49,1% af de interviewede oplyser at have problemer hermed. Når man ikke har sin egen bolig, er bad og vaskemaskine, på samme måde som et køkken, ikke et naturligt gode. Det er derfor ikke overraskende, at mange interviewede oplever, at de har problemer med hygiejnen.

I herbergsregi har brugerne mulighed for at tilgodese hygiejnen, idet de her kan få bad, vasket deres tøj samt få nyt tøj. Derudover er mulighederne offentlige badeanstalter og offentlige vaskerier. Det koster penge og kræver, at man har skiftetøj. Begge dele er faktorer, der kan være til hinder for, at brugerne benytter disse muligheder.

### **Fysisk mobilitet**

Denne kategori er, som tidligere beskrevet, der hvor der er færrest problemer, idet kun 37,7% af de interviewede oplever at have problemer med at komme rundt til de ting, de vil i løbet af dagen.

Fysisk mobilitet er ellers en af de kategorier, sygeplejerskerne har fremhævet som særlig problematisk for brugerne, idet de oplever, at mange kommer i klinikken med sår, vabler og om vinteren forfrysninger. Ligeledes har mange særdeles dårligt fodtøj – sko med huller og såler, der er slidt igennem.

For at sætte denne mindst problematiske kategori i perspektiv ses problemerne for gruppen i relation til den nationale undersøgelse. Her er det sigende, at man kun har spurgt til mobilitetsproblemer blandt dem, der er over 60 år. Mobilitetsproblemer for dem under 60 år anses altså for ikke-tilstedeværende. For de over 60-årige har 64,3% en god fysisk mobilitet. Det svarer til tallene for de brugerinterviewede, idet 62,3% ikke har problemer med mobiliteten. Forskellen er blot, at denne gruppe har en gennemsnitsalder på 40,4 år, hvor den adspurgte gruppe i befolkningsundersøgelsen som sagt er på 60 år og derover.

### **Kvalme, svimmelhed, vejrtrækning og udskillelse**

I disse fire kategorier ligger problemangivelserne nogenlunde på samme niveau, det vil sige mellem 38,1% og 47,4%. Sygeplejerskerne sammenkæder problemerne indenfor disse områder med brugernes levevis:

- Et stort tobaksforbrug kan give problemer med lungerne.
- Forbrug af stoffer/alkohol kan give besvær med balancen og forstoppelse.
- Generelle dårlige kostvaner kan give både svimmelhed, kvalmefornemmelser og problemer med fordøjelsen.

Generne kan dog også i sig selv være symptomer på andre sygdomme. For en nærmere beskrivelse af dette henvises til diskussionsafsnittet under lægeundersøgelsen.

I den nationale undersøgelsen er der ikke spurgt ind til svimmelhed og kvalme. Her findes kun svar på åndedrætsbesvær og fordøjelsesbesvær, hvilket henholdsvis 5,5% og 5,6% af befolkningen har svaret, at de er lidt eller meget generet af - en noget anden procentsats end brugergruppens 44,7% og 47,4%.

### Psykiske problemer

Brugernes psykiske tilstand er den kategori, hvor flest brugere vurderer, at de har problemer, idet hele 71,7% har angivet, at de har psykiske problemer. Også medarbejderne bekræfter, at psykiske problemer er en af de faktorer, der fylder mest hos brugerne. Dertil kommer, at brugerne har skullet have det bare nogenlunde godt psykisk, for at interviewet med dem kunne gennemføres. De brugere, der har det sværest psykisk, er derfor ikke med i opgørelsen.

I den nationale undersøgelse er der foretaget lidt forskellige opgørelser af psykiske forhold. Til spørgsmål om tilstande som nedtrykt, deprimeret og ulykkelig svarer 6%, at de er meget eller lidt generet. I forbindelse med 5 andre spørgsmål omkring vurderinger af at være psykisk velbefindende svarer 51,6% udelukkende positivt på alle spørgsmål, og kun 2,9% svarer udelukkende negativt<sup>3</sup>.

Der er altså ikke tale om en entydighed i resultaterne fra den nationale undersøgelse. Dog er der stadig en stor forskel fra de 71,7%, som i brugerundersøgelsen vurderer, at de har psykiske problemer.

### Smerteoplevelse

Ved interviewene blev brugerne i 7 forskellige kategorier spurgt om, hvorvidt de havde smerter. De første tre kategorier var meget specifikt *tænderne*, *maven* og *hjerteret/brystet*. Dertil kom tre mere generelle nemlig *hoved/hals*, *arme/hænder* og *ben/fødder*. Til sidst var svar-muligheden *andre steder*. Denne kategori blev særligt brugt af brugere, der havde smerter i ryggen.

---

<sup>3</sup> De 5 spørgsmål lød: 1) Har været meget nervøs, 2) Har været så langt nede, at intet kunne opmuntre, 3) Har følt sig trist til mode, 4) Har følt sig rolig og afslappet, 5) Har været glad og tilfreds.



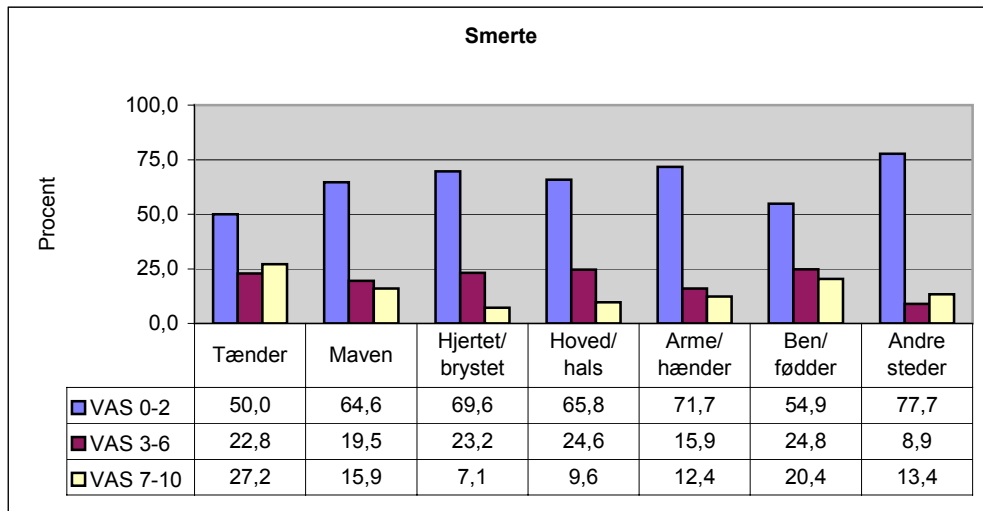


Fig. 12

Værst ser det ud i kategorien *tænder*, idet hele 50% angiver smerte her på 3 VAS eller derover. Ud over *andre steder* ser det bedst ud i kategorien *arme/hænder*, hvor kun 28,3% udtrykker smerte på 3 VAS eller derover.

Ser man på antallet af kategorier, hvor brugerne har udtrykt smerte på 3 VAS eller derover, viser det sig, at 36% har udtrykt smerte i 0-1 kategori. 45,6% har udtrykt smerte i 2-4 kategorier, og 18,4% har udtrykt smerte i 5-7 kategorier.

I befolkningsundersøgelsen er der ikke lavet nogen samlet opgørelse over smerteoplevelser. I de følgende afsnit ses nærmere på de enkelte områder.

### Tænder

At 50% har smerte på 3 VAS eller derover undrer ikke medarbejderne. Dårlig tandhygiejne og meget sporadiske tandlægebesøg er en del af hverdagen for brugerne. Ifølge medarbejderne har brugerne meget svært ved at takle den smerte, det indebærer at få ordnet tænderne. Dette kombineret med manglende opmærksomhed omkring tandhygiejne, problemer med at møde op til bestemte tider i klinikkerne samt problemer med betaling betyder, at brugerne har en meget dårlig tandstatus (læs også under lægeundersøgelsen).

Billedet har dog ifølge medarbejderne ændret sig til det bedre siden en særlig tandlægeklinik ved De Hjemløses Hus startede i 2002. Her har brugerne mulighed for at komme uden forud bestilt tid. Det er gratis, og der gøres i klinikken meget ud af at afhjælpe angst ved tandlægebesøg.

### Maven og hjertet/brystet

Disse to kategorier ligger tæt op af hinanden i forhold til brugernes oplevelse af smerte, idet henholdsvis 35,4% og 30,4% udtrykker smerte på 3 VAS eller derover. Forklaringer på disse tal kan findes i resultaterne fra lægeundersøgelsen.

I den nationale undersøgelse er der blevet spurgt til mavesmerter og hurtig hjertebanken. Her har henholdsvis 5,9% og 4% udtrykt, at de har gener - igen en betydelig forskel mellem brugergruppen og normalbefolkningen.

### Hoved/hals, arme/hænder og ben/fødder

Smerteangivelserne på 3 VAS eller derover svinger noget indenfor disse tre kategorier. Smerter i *ben/fødder* ligger højest med 45,1%, dernæst kommer *hoved/hals* med 34,2% og lavest ligger *arme/hænder* med 28,3%.

Hvor fysisk mobilitet lå lavest under helbredsproblemer med kun 37,7%, er der altså betydelig flere, der oplever smerter i benene, hvilket bekræfter sygeplejerskernes vurderinger af, at brugernes fødder generelt er i dårlig tilstand. Samtidig er det interessant, at der kan være så stor forskel i svarene. Betyder det, at brugerne oplever det som uproblematisk at have smerter i fødderne, så længe de blot kan komme rundt til det, de vil? Eller illustrerer det, at man ved at spørge specifikt ind til et emne kun får et afgrænset svar og ikke hele fortællingen?

### Misbrugstilstand

Brugerne blev i interviewene spurgt om deres stof/alkoholbrug. Spørgsmålet er, hvilke stoffer brugeren har taget i løbet af 14 dage forud for interviewet, og er inddelt i hovedstof og sidestoffer, med mulighed for at angive op til 3 sidestoffer.

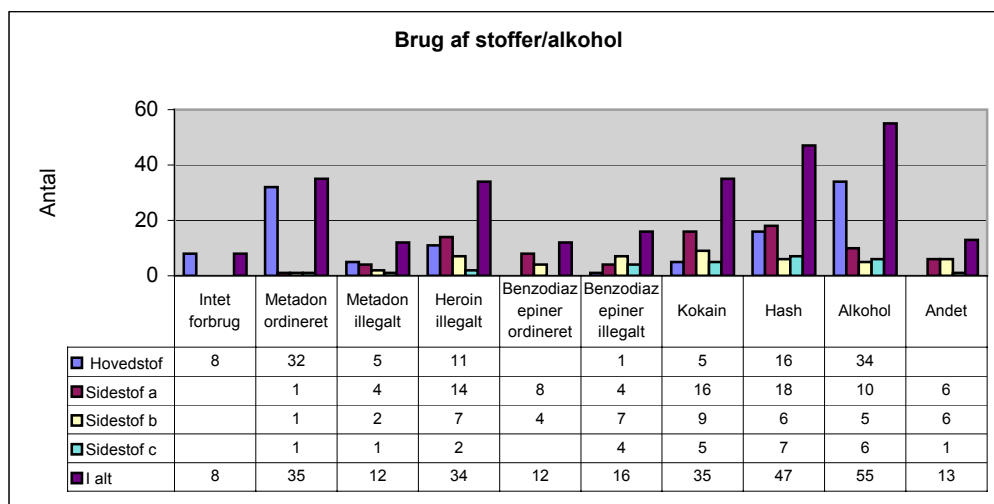


Fig. 13

Ud af 112 personer oplyser 104 personer (92,8%), at de gør brug af et hovedstof (incl. alkohol). Af de 104 personer oplyser 81 personer (72,3%) om 1 sidestof, hvoraf 47 personer oplyser om 2. sidestof (41,9%). I alt 27 personer (24,1%) oplyser tillige om et 3. sidestof. 8 personer (7,1%) har oplyst ikke at have noget forbrug af stoffer/alkohol.

I det følgende beskrives de mest markante udsving - nemlig den lægeordnede medicin, alkohol og hash samt kokain og heroin.

### **Den lægeordnede medicin**

33,7% (35 personer) af de brugere, der har angivet et forbrug, oplyser, at de er i metadonbehandling, og 11,5% (12 personer) oplyser, at de får lægeordnede Benzodiazepiner. Samtidig er det kun 8% (8 personer), der udelukkende gør brug af lægeordnet medicin.

### **Alkohol og hash**

73 personer oplyser af have et forbrug af enten alkohol og/eller hash. 55 personer har oplyst om forbrug af alkohol, og 47 personer har oplyst om forbrug af hash. 50 personer har enten hash eller alkohol som hovedstof. Det svarer til 68,5% af de personer, der har oplyst om forbrug af alkohol og/eller hash. Heraf har 17 personer udelukkende et forbrug af alkohol, og 4 personer har udelukkende et forbrug af hash. 14 personer har et forbrug, der kun består af alkohol og hash.

37 personer har ud over et forbrug af alkohol og/eller hash et forbrug af andre stoffer, heraf har 13 personer hash eller alkohol som hovedstof og et illegalt stof som sidestof. 20 personer har angivet et illegalt stof som hovedstof og hash og/eller alkohol som sidestof, og 4 personer har et forbrug af hash og/eller alkohol alene kombineret med et forbrug af lægeordnede stoffer.

### **Kokain og heroin**

I alt har 47 personer oplyst om forbrug af kokain og/eller heroin. Kun én person har udelukkende et forbrug af kokain. De resterende har et forbrug af heroin og/eller kokain blandet med andre stoffer. I 20 ud af de 47 tilfælde optræder heroin og kokain sammen, hvilket svarer til 42,6% af de personer, der har oplyst om forbrug af kokain og/eller heroin.

Kokainen og heroinen er til gengæld ikke så ofte hovedstoffet, idet kun 16 personer har angivet et af stofferne som hovedstof - svarende til 34% af gruppen med forbrug af kokain og/eller heroin. Til gengæld optræder brugen af stofferne ofte i forbindelse med

lægeordineret metadon, idet hele 19 personer har et forbrug af kokain og/eller heroin i relation hertil.

### Afrunding på misbrugstilstand

Resultaterne tegner til, at der er to store grupperinger i brugergruppen. 33,6% har udelukkende forbrug af alkohol og/eller hash. Trækker man denne gruppe plus de brugere, som udelukkende modtager lægeordineret medicin, fra den samlede gruppe brugerinterviewede, har de resterende et gennemsnitligt forbrug af stoffer på 3,4, og heraf udgør heroin, kokain og lægeordineret metadon en betydelig del.

### Bolig og indtægt

I interviewene er brugerne blevet spurgt om, hvor de primært har boet 14 dage forud for interviewet, og hvilken indtægt de har.

#### Bolig

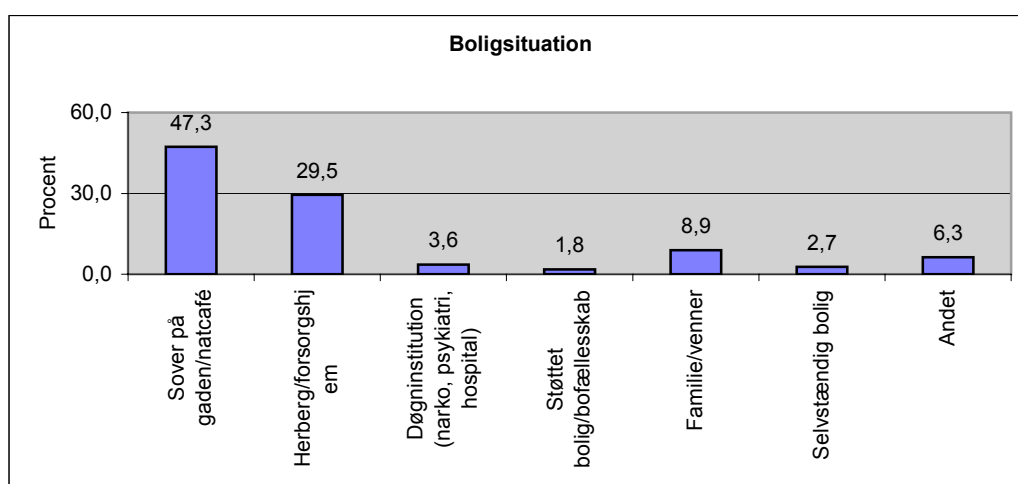


Fig.14

Ser man tilbage på årsagerne til indskrivning, stemmer tallene ikke helt overens med de oplysninger omkring boligforhold, der er fremkommet ved interviewene. Ved indskrivning blev det vurderet, at boligforhold var en årsag for hele 86,1% af den interviewede populationen. Ved interviewene oplyses der om stabile boformer<sup>4</sup> i 37,6% af tilfældene.

En simpel forklaring på dette er, at der er gået noget tid, fra at brugerne er blevet indskrevet, til at interviewene er blevet udført. I 51,8% af interviewene har der således

<sup>4</sup> Herberg/forsorgshjem, døgninstitutioner, støttet bofællesskab eller selvstændig bolig.

været kontakt til bruger i mere end en måned, og i 33% af interviewene har kontakten været i mere end et halvt år forud for interviewet. Opgørelsen over boligform illustrerer med andre ord, at der er god grund til at tro, at brugernes situation er bedre ved interviewtidspunktet, end da de blev indskrevet.

### Indtægt

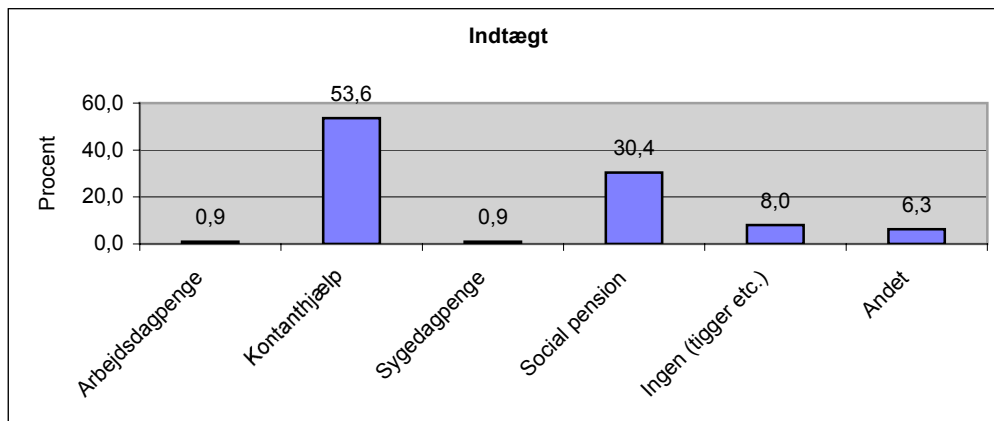


Fig. 15

Langt de fleste brugere ser ud til at have en eller anden form for fast indtægt, idet kun 8% ernærer sig ved tiggeri. I de 6,3% af tilfældene, hvor brugerne har oplyst, at de modtager anden indtægt, er der tale om starthjælp eller anden form for økonomisk bistand, der bliver overført fra udlandet, men som ikke passer i de angivne kategorier.

Det er interessant at bemærke, at den oftest forekommende indtægtskilde for denne gruppe er kontanthjælp. Kontanthjælpen ydes kort sagt mod krav om aktivering (Se lov om aktiv socialpolitik §11,12, 20 og 39). Det forventes med andre ord, at folk på kontanthjælp er arbejdsduelige. Er man ikke varigt arbejdsduelig, vil man i stedet få udbetalt social pension (Se lov om social pension §16). Ser man på resultaterne fra helbredsundersøgelserne samt på forbruget af stoffer, tyder det ikke på, at denne population er særlig arbejdsduelig.

Der kan dog muligvis, for en del brugeres vedkommende, være tale om gråzonetilfælde, hvor deres problemer principielt kan være af midlertidig karakter, og muligheden for en fremtidig aktivering stadig er tilstede. Erfaringerne fra indsatserne tyder dog på, at den aktivering, brugerne kan magte, er den særlige, som Aktivitetscentret på Sundholm tilbyder §94-brugere, hvor kravene til brugeren er begrænsede.

### Problemer med misbrug, bolig og indtægt

Ligesom brugerne er blevet spurgt om deres problemopfattelse omkring helbreds-spørgsmål, er de blevet spurgt om problemopfattelsen i relation til misbrug, bolig og indtægt. I opgørelsen er der sorteret i populationen, idet kun brugere, der har oplyst, at de har et forbrug af illegale stoffer/alkohol, indgår i svarene under misbrug. Ligeledes er det kun brugere, der har oplyst, at de sover på gaden/natcafé, der er spurgt om problemopfattelse omkring boligforhold.

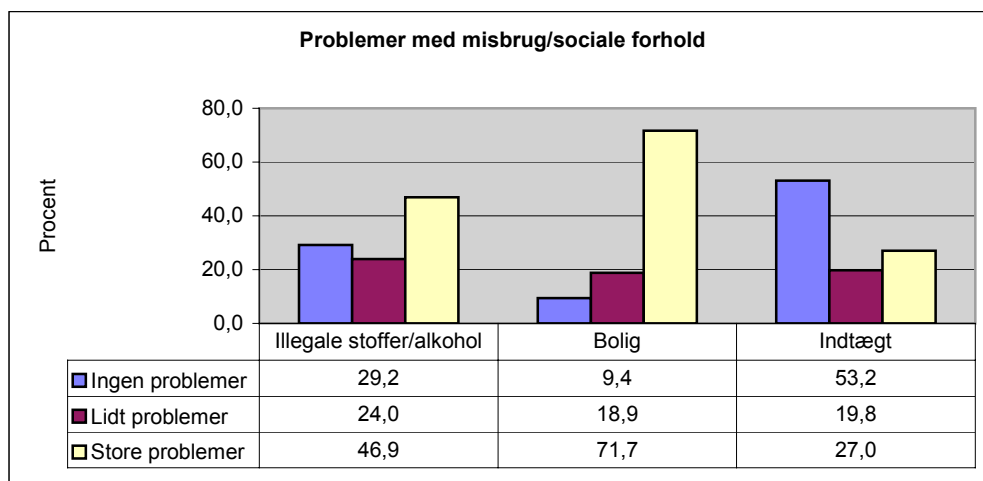


Fig. 16

Ikke overraskende er problemer med bolig absolut topscorer, idet hele 90,6% oplyser at have problemer hermed. Heraf oplever hele 71,7%, at problemerne er store. At det ikke er ok at sove på gaden eller natcaféer er tydeligvis en opfattelse, brugerne har. Dermed må en romantisk forestilling om de frie fugle, der helst vil leve ude under den åbne himmel, skydes ned.

At det til gengæld er et problem med forbrug af illegale stoffer/alkohol er ikke lige så entydigt for gruppen. Næsten en tredjedel opfatter det ikke som noget problem, og kun knap halvdelen ser det som et stort problem. Dette må umiddelbart være et problem i forhold til medarbejdernes motivationsarbejde for at få brugerne i behandling.

### Kontakt til etablerede hjælpesystemer

Målet med indsatsen er at få brugerne til at gøre brug af de etablerede hjælpesystemer. Det er derfor interessant at få belyst brugernes kontakt til disse systemer, så man kan få en fornemmelse af, hvor tæt og god den er.

De etablerede hjælpesystemer er opdelt i 6 forskellige typer. 3 sundhedsrelaterede i form af læge, hospitalsvæsen og psykiatri og 3 systemer af mere social karakter i form af væresteder, misbrugsbehandling og sagsbehandlere.

I første omgang blev brugerne spurgt om omfanget af kontakt til etablerede hjælpesystemer. Her var spørgsmålet, om brugeren tager kontakt til de enkelte systemenheder, når pågældende har brug for det.

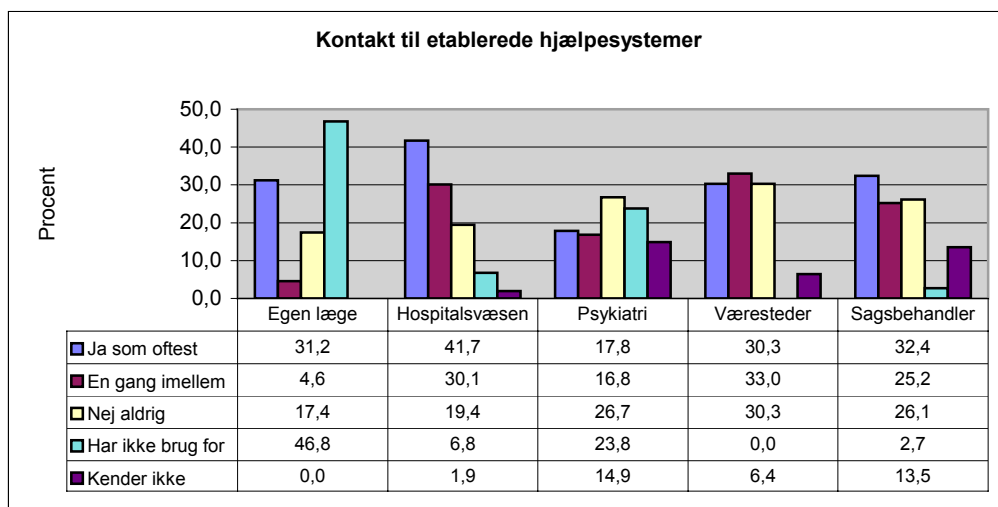


Fig. 17

Misbrugsbehandlingssystemet indgår ikke i figur 17, da kontakten hertil ikke kan gradbøjes. Enten er man i behandling, eller også er man ikke. 42,6% af de interviewede er således i behandling for misbrug.

Figur 17 bekræfter, at gruppen ikke er flittige brugere af det etablerede hjælpesystem. Med lidt udsving fra 41,7% ned til 17,8% er det kun omkring 1/3 af brugerne, der mener, at de som oftest frekventerer det etablerede hjælpesystem, når de har brug for det.

Helt galt står det dog ikke til. Ser man på, om brugerne overhoved har en kontakt til hjælpesystemerne, er der visse systemer, som brugerne i større omfang en gang imellem eller ofte kontakter, når de har brug for det. Bedst ser det ud for hospitalsvæsenet, idet 71,8% af brugerne har en kontakt hertil. Derefter kommer væresteder med 63,3% og sagsbehandlere med 57,6%. Værst ser det ud for kontakten til egen læge og psykiatri, idet kun henholdsvis 35,8% og 34,6% har haft en kontakt hertil.

Hvorvidt brugernes kontakt til hjælpesystemerne er forårsaget af medarbejdernes indsats, eller om brugerne selv har stået for at etablere kontakt kan ikke direkte udledes af tallene. Men der tegner sig en tendens til, at jo længere tid brugerne har været i kontakt med indsatserne, i jo større omfang har de en eller anden form for kontakt til systemerne. Samtidig er det medarbejdernes erfaring, at brugerne som oftest er kendt af systemerne, før de bliver indskrevet i indsatserne, men kontakten kan være blevet afbrudt eller meget dårlig på det tidspunkt, brugerne indskrives.

Ser man på brugernes kontakt til læge og psykiatri, viser figur 17, at hele 46,8% af brugerne mener, at de ikke har brug for egen læge, mens kun 23,8% har den holdning til psykiatrien. I betragtning af hvor dårlig brugernes helbredsmæssige tilstand er, må det være et problem for indsatserne, at brugerne er præget af denne holdning, hvilket også bekræftes af medarbejderne. Det er dog særligt brugernes manglende motivation overfor psykiatrien, der fylder i indsatserne, og ikke så meget motivationen til at opsøge egen læge. Forklaringen herpå kan muligvis være, at der i projektet er ansat en læge, som i vid udtrækning har kunnet erstatte behovet for egen læge.

Men en ting er, at brugerne frekventerer de etablerede hjælpesystemer. En anden ting er, hvorledes denne kontakt opleves af brugerne. For at få en mere nuanceret belysning af, hvorledes kontakten opleves, er brugerne dels blevet spurgt om, hvordan kontakten til den etablerede hjælpeenhed har været og dels om, hvorvidt denne enhed har kunne hjælpe brugeren. Svarene illustreres i de nedenstående figurer.

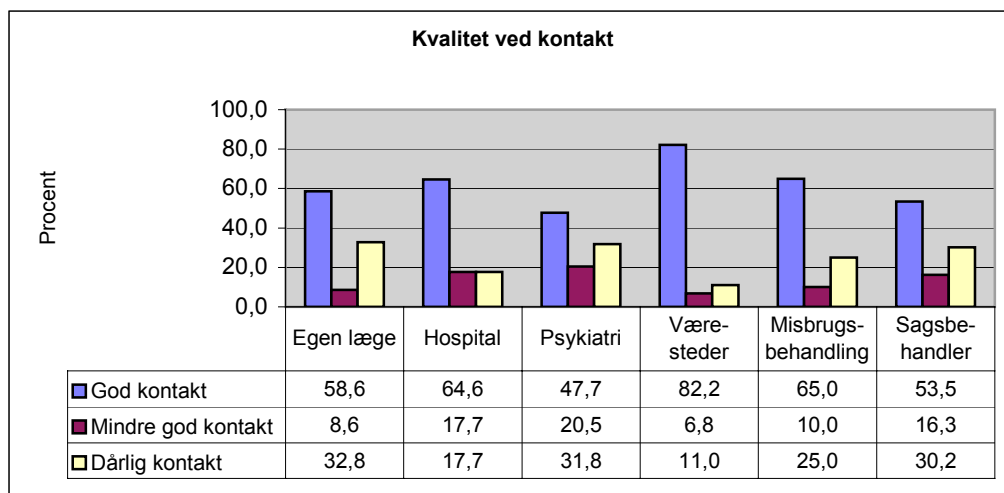


Fig. 18



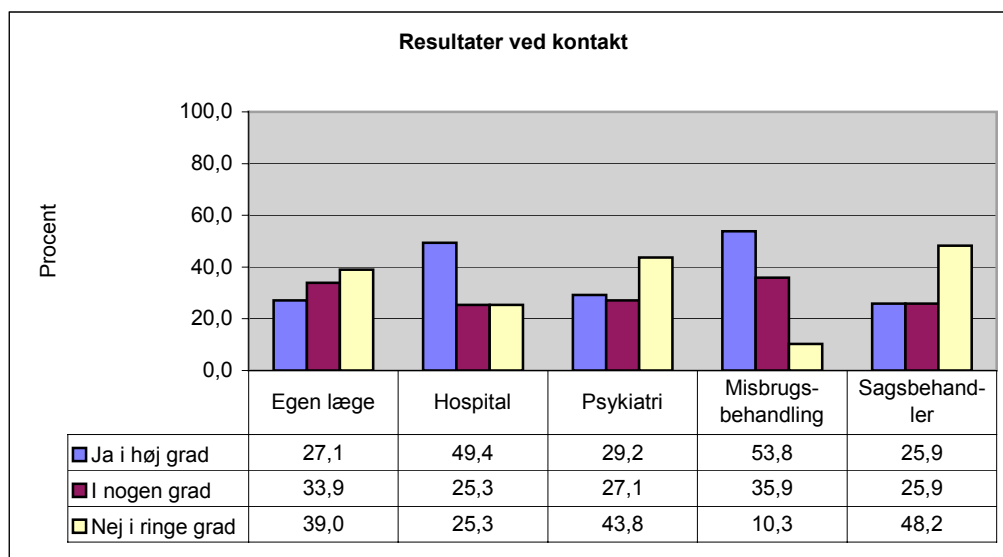


Fig. 19

Væresteder indgår kun under *kvalitet ved kontakt*, idet de resultater, der kan komme ud af kontakten, kan være svære at måle. Samtidig er værestederne den enhed, brugerne har den absolut bedste kontakt til. Hele 82,2% af dem, der har kontakt til værestederne, oplever, at de har en god kontakt. Dernæst kommer hospitalsvæsenet og misbrugsbehandlingen, hvor henholdsvis 64,6% og 65% oplever, at de har en god kontakt, og henholdsvis 49,4% og 53,8% oplever, at de i høj grad får resultater ud af kontakten. Dårligst ligger igen egen læge og psykiatri med henholdsvis 47,7% og 58,6%, men også kontakten til sagsbehandlere ligger i den lave ende, idet kun 53,5% oplever, at de har en god kontakt hertil. Forskellen i forhold til de andre kategorier er særligt markant, når man ser på oplevelsen af resultater. Her oplever kun mellem 25,9% og 29,2% af brugerne, at de i høj grad får resultater ud af kontakten til egen læge, psykiatri og sagsbehandler.

At værestederne ligger højest på kurven over de steder, hvor brugerne oplever en god kontakt, kan antageligt være begrundet i, at tilbudet er uden krav. Værestederne er indrettet til mennesker, der har svært ved at være andre steder, og her har brugeren bare lov at være. Der er dermed færre katalysatorer til konflikter etc. I de andre tilbud stilles der flere krav til brugeren. I hospitalsregi tages der f.eks. ikke højde for brugerens særlige adfærd. Der er skranker og ventetider, og personalet er ikke specifikt uddannet til denne gruppe. Hos sagsbehandleren, som ellers er uddannet til at arbejde med gruppen, er der krav om, at brugeren kommer til bestemte tidspunkter, og sagsbehandleren har beslutningskompetence og en kontrolfunktion overfor brugeren, hvilket kan være kilde til problemer.

At der er stor forskel på oplevelsen af kontaktens kvalitet og resultater kan undre noget. Det tyder ikke på, at det er afgørende, hvorvidt det er social- eller sundhedssektoren, at kontakten foregår til, ej heller om personalet er uddannet til brugergruppen eller ej. Det bedste bud på en forklaring er, at hospitalsvæsenet og misbrugsbehandlingen i højere grad kan levere synlige resultater på kort tid. Henvender man sig til skadestuen med et brækket ben, bliver det lappet sammen med det samme. I misbrugsbehandlingen får man sin metadon, der med det samme har en effekt. Hos sagsbehandleren, egen læge og i psykiatrien er forløbene måske mere langvarige og resultaterne ikke så umiddelbart synlige.

### **Brugernes tilstand set i forhold til køn, alder og kommunetilhør**

I det følgende ses nærmere på, hvor meget køn, alder og kommunetilhør spiller ind på resultaterne omkring brugernes tilstand.

I og med den samlede population udgør 122 brugere, skal den ikke deles op i mange undergrupper, før antallet bliver meget småt. Der vil derfor i vid udtrækning blive set på tendenser, der må tages med forbehold.

#### **Brugernes tilstand set i forhold til køn**

100 af de interviewede er mænd og 21 er kvinder (kønnet er ikke oplyst ved én person). Kvinderne er aldersmæssigt lidt ældre end mændene, idet 52,4% er imellem 41 og 50 år. Mændene fordeler sig mere jævnt fra 31 til +50 år. Kommunemæssigt er der blandt mændene en lidt større procentdel fra København, og blandt kvinderne er en lidt større procentdel fra udlandet.

I de følgende to diagrammer illustreres mænd og kvinders oplevelse af helbredsproblemer (lidt problemer og store problemer adderet) samt deres oplevelse af smerte (på VAS 3 og derover).

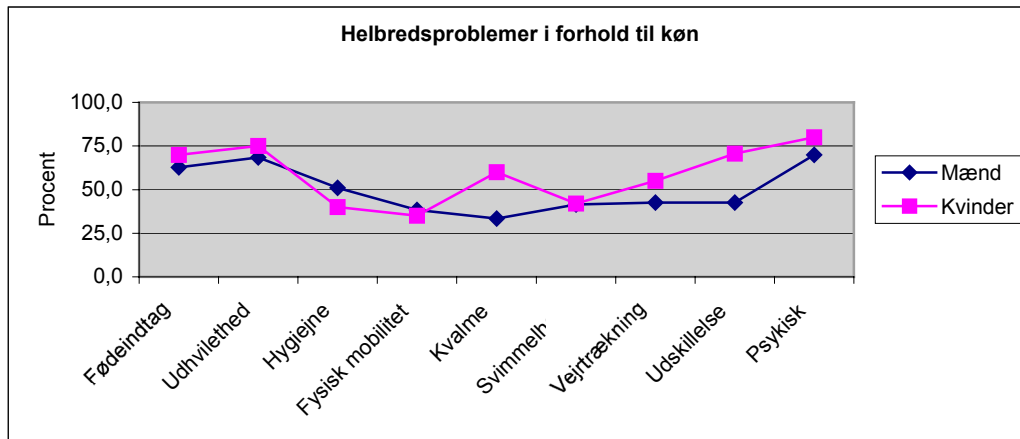


Fig.20

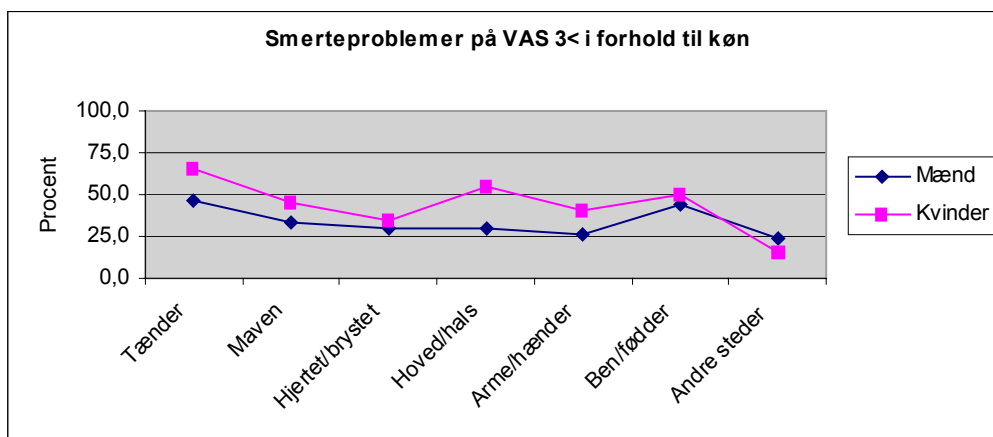


Fig. 21

Samlet set er der ikke den helt store forskel på kønnenes oplevelser af helbredsproblemer og smerte. Kvinderne ligger dog generelt lidt højere end mændene.

At kvinderne i højere grad oplever at have helbredsproblemer og smerter overrasker ikke. I undersøgelser af marginaliserede grupper er man flere gange kommet frem til, at kvinderne i miljøet er mere belastede end mændene. Senest har Merete Nordentoft og Nina E. Wandall-Holm i en tiårs opfølgingsundersøgelse af dødelighed blandt hjemløse i København påvist, at kvinderne har en dødelighed, som er 5,6 over normalbefolkningen, mens mændenes ligger 2,8 over normalbefolkningen (Artikel i Ugeskriftet Læger 166/18 fra 26. april 2004). Denne overdødelighed blandt kvinder indikerer, at kvinderne må have en dårligere helbredstilstand end mændene. Indikationen er endda så markant, at det kan undre, at det ikke slår tydeligere igennem i denne undersøgelses data. Det vil derfor være interessant i fremtidige helbredsundersøgelser

af socialt marginaliserede at holde øje med forskellene på mænd og kvinders sygelighed og dødsårsager.

Misbrugsmæssigt og socialt set er det værd at bemærke nogle få men markante forskelle på kønnene.

På misbrugssiden tegner en noget større procentdel af mændene sig for brug af alkohol, idet 57,1% af mændene mod 35% af kvinderne har oplyst herom. Omvendt har 45% af kvinderne oplyst om brug af heroin mod 29,8% af mændene. Ellers er der ikke den store forskel på mænd og kvinders brug af stoffer. Gennemsnitligt tager mændene 2,1 typer stoffer, hvor kvinderne ligger lidt højere med 2,5.

Der er procentvis lige så mange kvinder, der bor på gaden, som mænd. Anderledes ser det ud i forhold til herberger. 35,2% af mændene er således blevet indskrevet på et herberg/forsorgshjem mod 4,8% af kvinderne. Omregnet til antal personer svarer det til 32 mænd og 1 kvinde. Det er bemærkelsesværdigt, at der er så stor forskel. Det kunne derfor være interessant at undersøge nærmere, hvorvidt denne forskel er tilfældig, eller om der er forhold blandt de gadehjemslose kvinder, som gør, at de ikke opsøger herbergerne.

### **Afrunding køn**

Samlet set er der ikke den store forskel på mænd og kvinders tilstand i undersøgelsen. Kvinderne ser ud til at have det lidt dårligere helbredsmæssigt og oftere have et forbrug af heroin, hvor mændene til gengæld oftere har forbrug af alkohol. Ligeledes er der procentvis lidt færre kvinder fra København, og de er ikke at finde blandt dem, der har fået herbergspladser.

### **Brugernes tilstand set i forhold til alder**

Aldersfordelingen var ved interviewtidspunktet således:

- 23 brugere var 30 år eller derunder
- 41 brugere var mellem 31 og 40 år
- 43 brugere var mellem 41 og 50 år
- 13 brugere var 51 år eller derover

I forhold til kommunetilhøret er der ingen klare tendenser. Det eneste der her er værd at bemærke er, at samtlige af de 13 personer, der er 51 år eller derover, kommer fra udlandet. Dermed udgør de 54% af alle udlændinge. For aldersgruppen 41 til 50 år ser det helt anderledes ud, idet 72,1% af dem er københavnere. Der er ikke nogen

umiddelbar forklaring på resultatet, og det må derfor i første omgang tilskrives tilfældigheder.

I de følgende to diagrammer illustreres helbredsproblemer (lidt problemer og store problemer adderet) og smerte (VAS 3 og derover) set i forhold til aldersgrupperne.

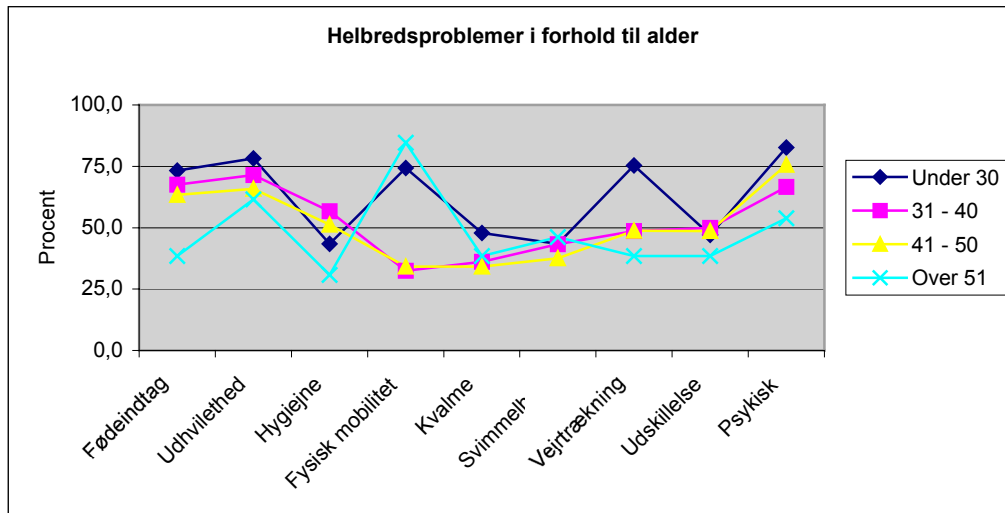


Fig. 22

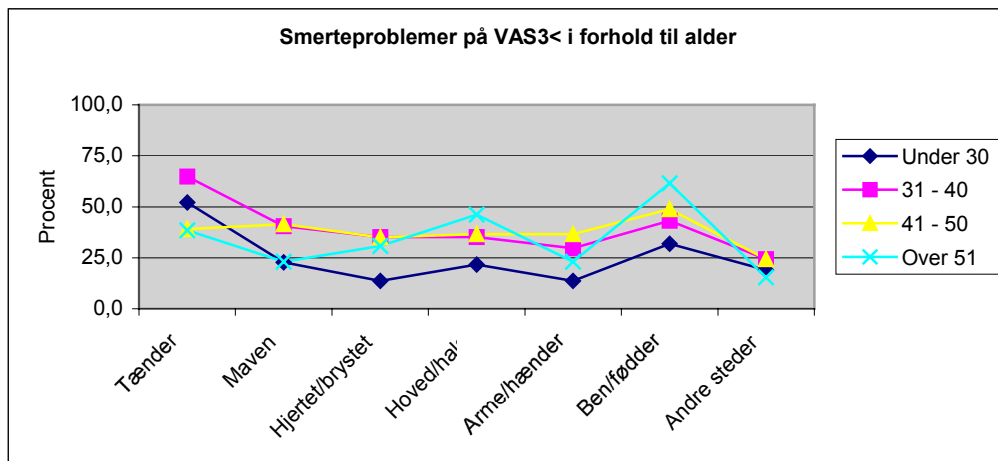


Fig. 23

Umiddelbart giver de to figurer ikke noget indtryk af, at alder har nogen betydning for brugernes oplevelse af problemer med helbred og smerte. Det havde været forventeligt, at højere alder indebærer flere problemer. Det er en almen antagelse, hvilket også generelt bekræftes i den nationale helbredsundersøgelse.

Ses der nærmere på figur 22 og 23, er der endda den pudsighed, at gruppen på 30 år eller derunder generelt ligger lidt højere i diagrammet for helbredsproblemer, hvorimod de i smertediagrammet ligger lavest. Medarbejderne beskriver generelt de unge brugere som meget hektiske, med meget aktivt misbrug og mindre motivation for hjælpetiltag, hvorimod de ældre brugere er mindre hektiske og mere motiverede for hjælpetiltag. Der kan altså være tale om forskellige typer af brugere i de forskellige aldersgrupper. Men det kan dog ikke forklare det ovenstående resultat, som i første omgang må tilskrives tilfældigheder.

I forhold til stofforbruget har de fire aldersgrupper et rimelig ensartet indtag. Kun i forhold til kokain, hash og alkohol er der udslag, som er værd at bemærke.

Hele 60% af gruppen på 30 år og derunder har et forbrug af kokain. Det er næsten dobbelt så mange som aldersgrupperne 31-40 år og 41-50 år, hvor henholdsvis 37,1% og 25,6% bruger kokain. I gruppen på 51 år og derover er der ingen, som bruger kokain. Den samme tendens gør sig gældende i forhold til hash, dog ikke helt så markant som ved kokain. 65% af gruppen på 30 år og derunder bruger hash mod 42,9% og 46,2% blandt de to midterste aldersgrupper. I gruppen på 51 år og derover bruger kun 10% hash.

Omvendt har den ældste gruppe et markant højere forbrug af alkohol end de resterende, idet 100% har et alkoholmisbrug. Dertil kommer, at det for samtlige 100% er deres hovedstof. I aldersgruppen 41-50 år bruger 59% alkohol, og for 2/3 vedkommende er det også deres hovedstof. I aldersgruppen 31-40 år er det kun 48,6%, der gør brug af alkohol, og blandt dem er det kun 15%, der har alkohol som hovedstof. Blandt de yngste er der kun 25%, der gør brug af alkohol, og her er det også kun 15%, der har alkoholen som hovedstof.

Udslagene i forhold til brug af stoffer/alkohol svarer meget godt til medarbejdernes beskrivelser af, at de unge med et mere hektiske liv tager hårdere stoffer end de ældre, der er mindre hektiske. At hash og kokain fylder mere blandt de unge i Københavns Kommunes behandlingssystem er en tendens, der også bemærkes af kommunens behandlingssystem. Samtidig er der øget opmærksomhed omkring, at der stadig er en stor gruppe af de ældre, som har et problematisk alkoholforbrug.

Bomæssigt er der ikke de store forskelle at bemærke. Indtægtsmæssigt er der ikke overraskende sammenhæng mellem indtægtsforhold og alder. Blandt de unge er 81,8% på kontanthjælp, og blandt de ældste er 83,3% på social pension. Dette forhold underbygger tesen om, at jo ældre man bliver, jo dårligere bliver ens helbred, idet social pension tildeles ud fra ydeevne.

### Afrunding alder

Mod forventning ser alderen ikke ud til at have nogen sammenhæng med omfanget af helbredsproblemer, og overraskende nok er det til tider de yngste brugere, der oplever at have flest problemer. Stofmæssigt er resultaterne som forventeligt, at de unge i højere grad gør brug af kokain og hash, hvorimod de ældre gør brug af alkohol. Ligeledes ser der ud til at være en sammenhæng imellem indtægtsforhold og alder, idet det overvejende er de yngre, der er på kontanthjælp, og de ældre der er tildelt social pension.

### Brugernes tilstand set i forhold til kommunetilhør

70 brugere havde deres sidste adresse i Københavns Kommune, 35 havde deres sidste adresse et sted i Danmark og 13 var udlændinge.

I de følgende to diagrammer illustreres helbredsproblemer (lidt problemer og store problemer adderet) og smerte (VAS 3 og derover) set i forhold til kommunetilhør.

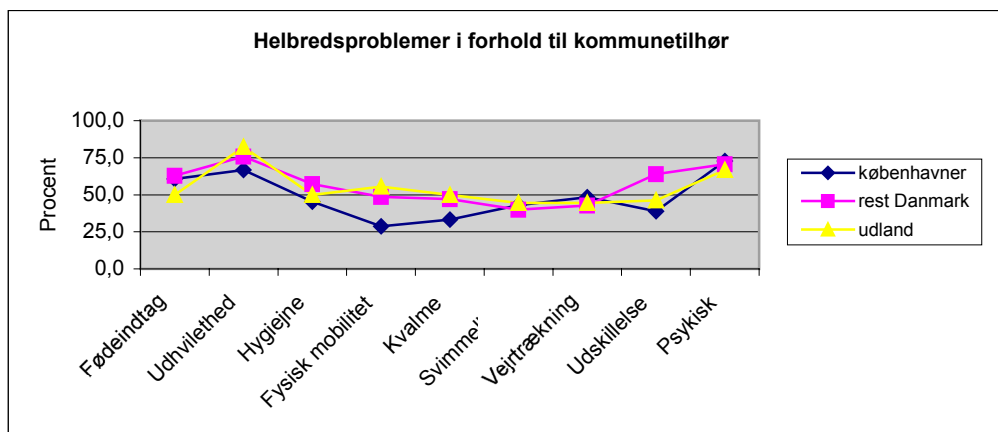


Fig. 24

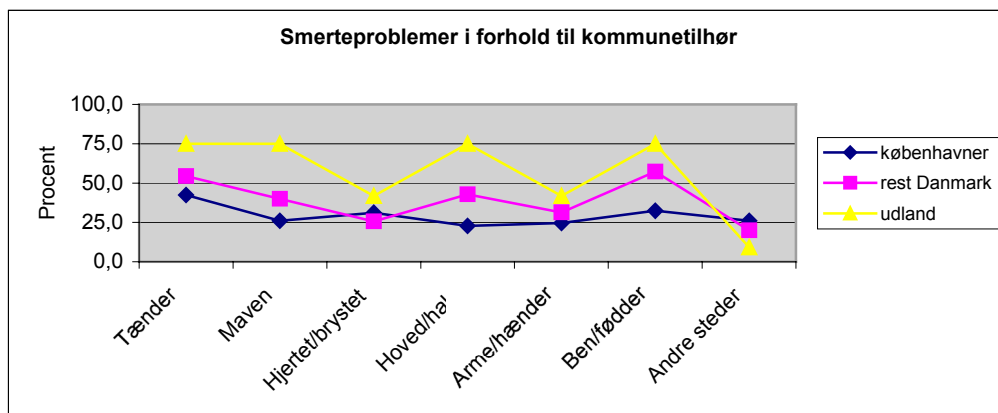


Fig. 25

Begge figurer for helbredsstilstanden peger i retning af, at københavnere har færrest problemer. Særligt i figur 25 for smerteoplevelser er en tendens tydelig, idet udlændingene på 4 ud af 7 kategorier ligger mellem 25 og 50 procentpoint højere end københavnere.

Dette er forventeligt, da brugerne fra resten af Danmark samt udlændingene ikke har egen læge og sagsbehandler lige i nærheden. De har dermed ikke den samme direkte adgang til det etablerede hjælpesystem i Københavns Kommune, som københavnere har. Det er derfor forventeligt, at disse to grupper generelt har det dårligere end københavnere.

I forhold til brug af stoffer ligger københavnere og brugerne fra resten af Danmark meget på linie med hinanden. Blandt udlændingene er der til gengæld nogle udslag, idet 41,7% af dem tager metadon illegalt mod kun henholdsvis 6,8% og 8,8% blandt danskerne. Forklaringen på dette forhold er højst sandsynligt, at udlændingene ikke umiddelbart har mulighed for at modtage metadonbehandling i Danmark, hvorimod danskere med tilhørsforhold til andre kommuner kan få udleveret deres metadon til et lokalt apotek på ordination fra hjemamt i en periode. Behovet for illegal metadon må derfor være større blandt udlændingene end blandt danskerne.

Til gengæld har udlændingene et mærkbart mindre forbrug af heroin og kokain end de to andre grupper. Omvendt har danskerne et mærkbart mindre forbrug af hash end udlændingene. Hvorfor disse forhold gør sig gældende, er der ingen umiddelbar forklaring på, andet end at hash er billigere end heroin og kokain, og i statistikken er der en svag tendens til, at flere af udlændingene udelukkende lever af tiggeri set i forhold til de to andre grupper, hvilket indikerer et lavere indtægtsniveau.

Bomæssigt overnatter henholdsvis 61,8% af brugerne fra resten af Danmark og 66,7% af udlændingene på gaden mod kun 35,4% blandt københavnere. Til gengæld bor 41,5% af københavnere på et herberg/forsorgshjem mod kun 17,6% blandt brugerne fra resten af Danmark og slet ingen udlændinge.

### **Afrunding kommunetilhørsforhold**

Som forventet tyder det på, at københavnere har et bedre selv vurderet helbred end brugerne fra resten af Danmark og særligt brugerne fra udlandet. Udlændingene har oftere et forbrug af illegal metadon og hash, hvorimod danskerne har et større forbrug



af heroin og kokain. Bomæssigt er der blandt de interviewede flere københavnere, der bor på herberg/forsorgshjem, hvorimod brugere fra resten af Danmark og udlændinge oftere sover på gaden.

## Opsamling på brugernes selvvurderingsundersøgelse

Den interviewede population er ikke repræsentativ for samtlige indskrevne i indsatserne, men med 122 interviewede udgør de dog så stor en del af den samlede gruppe, at resultaterne må tillægges en vis værdi.

Sat i forhold til tilsvarende helbredsundersøgelse af normalbefolkningen synes brugernes vurdering af eget helbred ganske realistisk at være meget dårlig. Hele 81,5% oplever, at de har problemer med helbredet i 3 til 9 forskellige helbredskategorier, og i forbindelse med smerteoplevelse oplever 64% at have smerte på VAS 3 eller derover i 2 til 7 forskellige kategorier. Tilsvarende har 77,9% af normalbefolkningen generelt vurderet at have et virkelig godt eller godt helbred.

Denne væsensforskel på brugergruppen og normalbefolkningen bliver kun yderligere bekræftet, når man ser nærmere på de enkelte helbredskategorier.

- 69,6% af brugerne har problemer med udhivethed, kun 17,8% i normalbefolkningen har gener omkring træthed.
- 37,7% af brugerne har problemer med fysisk mobilitet. Det tal svarer til normalbefolkningen i aldersgruppen over 60 år. Brugergruppen har en gennemsnitsalder på 40,4 år.
- 71,7% af brugerne har psykiske problemer. Tilsvarende svarede 51,6% af normalbefolkning udelukkende positivt på 5 spørgsmål angående psykisk velbefindende.

I forhold til misbrug tegner resultaterne et billede af, at der er to store grupperinger og en tredje mindre gruppe blandt de interviewede: 33,6% har udelukkende et forbrug af alkohol og/eller hash. 8% tager udelukkende lægeordineret medicin. De resterende 58,8% af brugerne har med et gennemsnitligt forbrug på 3,4 forskellige typer stoffer et betydeligt blandingsmisbrug. Heraf udgør hårde stoffer som heroin og kokain en betydelig del.

Lidt under halvdelen af brugerne sover på interviewtidspunktet på gaden, og knap 1/3 bor på herberg/forsorgshjem. Dette må ses som udtryk for, at der i perioden fra indskrivning frem til interviewtidspunktet er sket en ændring, idet ophold på gaden oprindeligt var indskrivningsårsag for 86,1% af de interviewede brugerne. Kun 8% ernærer sig ved tiggeri. Resten har en stabil indtægt, der i lidt over halvdelen af tilfældene er kontanthjælp og for 1/3s vedkommende er social pension.

Brugerne oplever da heller ikke de store problemer med økonomien. Til gengæld har 90,6% af de brugere, der sover på gaden, problemer med boformen, mens 70,9% af de brugere, der anvender illegale stoffer, har problemer hermed.

Kun ca. 1/3 af brugerne angiver, at de anvender det eksisterende hjælpesystem, når de har brug for det. Hele 71,8% af brugerne har minimum en gang imellem kontakt til hospitalsvæsenet mod kun 35,8%, der har kontakt til egen læge og 34,6% til psykiatri. Dertil kommer, at hele 46,8% ikke mener, at de har brug for egen læge. Blandt de brugere, der har kontakt til systemerne, bliver selve kvaliteten af kontakten til indsatserne overvejende vurderet positivt, dog er det så som så med oplevelsen af resultater. Der ser umiddelbart ud til at være en sammenhæng mellem brugernes positive vurderinger, og de tilbud der stiller færrest krav, og dem hvor indsatsen giver umiddelbare og synlige resultater.

Når resultaterne gøres op i forhold til køn, alder og kommunetilhør, er det bemærkelsesværdigt så ringe indflydelse, disse parametre har. Det tilskrives langt hen af vejen tilfældigheder, da populationerne bliver ret små, når de bliver opdelt.

Dog er der noget, der tyder på, at kvinderne er lidt dårligere stillet end mændene, særligt i forhold til deres stofindtag, der er præget af hårde stoffer, hvor mændene i højere grad bruger alkohol.

Aldersmæssigt kan der ikke ses nogen tendenser i forhold til helbredet. De unge har dog oftere et forbrug af kokain og hash, hvor de ældste grupper i højere grad anvender alkohol.

Det er differentieringen i forhold til kommunetilhør, der giver de mest markante udsving i forhold til helbredet, idet gruppen af udlændinge markant oftere oplever smerte

end de resterende grupper. Omvendt er det oftere de danske brugere, der gør brug af hårde stoffer, hvorimod udlændingene står for hovedparten af brugen af illegal meta-don. Bomæssigt er det ikke overraskende københavnere, der oftest er blevet indskrevet på herberg, hvorimod danskere fra andre kommuner og udlændinge oftere sover på gaden.

## Lægeundersøgelsen

For en nærmere gennemgang af de metoder, der er benyttet i lægeundersøgelsen, se bilag 4,7,8,9.

Dette afsnit indeholder de fund, der er gjort ved en lægeundersøgelse af 75 brugere i perioden oktober 2003 – januar 2004, samt 9 brugere i en pilotundersøgelse i sommeren 2003. De diagnoser og andre resultater, der er fremkommet, bliver efterfølgende diskuteret og sammenholdt med udenlandske og danske undersøgelser. Resultaterne fra denne undersøgelse perspektiveres især i forhold til selvvurderingsundersøgelsen og til 2 andre udenlandske undersøgelser, hvor man har set på selvvurdering i forhold til helbred på noget større grupper, end der har været mulighed for her. Endvidere er der perspektiveret i forhold til en lægelig undersøgelse af alkoholmisbrugende herbergsbeboere kontra ikke-misbrugende herbergsbeboere. Undersøgelserne er nærmere beskrevet, hvor de anvendes i diskussionen.

## Resultater fra pilotundersøgelsen

Dette afsnit bygger på midtvejsrapporten for evalueringen (Schacke og Thiesen, 2003), hvor resultaterne fra pilotundersøgelse er beskrevet.

9 personer gennemgik pilotundersøgelsen, og der blev stillet i alt 54 diagnoser fordelt på 30 forskellige diagnosenumre. Misbrugs- og afhængighedsdiagnoser indgår i det psykiatriske diagnosesystem på linje med alle andre psykiske sygdomme som depression, skizofreni etc. Misbrugssygdomme og stofindtagelse har samtidig indflydelse på de fleste andre psykiske lidelser, hvorfor fordelingen af misbrug behandles særskilt - men som en del af det samlede sygdomsbillede.

26 af de stillede diagnoser er misbrugsdiagnoser, fordelt på 10 diagnosenumre med alkohol- og cannabisdiagnoser som højstrangerende (alle 9 var alkoholmisbrugende, heraf er 4 vurderet som afhængige, mens 8 er cannabismisbrugende, heraf 2 vurderet som afhængige).

Af de somatiske diagnoser er skader på mavetarm-systemet højest rangerende med såvel dårlig tandstatus og leverskade hos 33%. Neurologisk er der tegn på alkoholisk nervebetændelse hos 33%.

Konklusionen på pilotprojektet er, at de 9 undersøgte kan karakteriseres som en gruppe mennesker, der lever under en voldsom belastning - både på grund af stof- og alkoholmisbrug og på grund af den generelle belastning i dagligdagen. Der er tale om en svær misbrugsproblematik og deraf afledte fysiske skader men også svære kroniske skader på grund af stress og den kraftige belastning, det er at leve på gaden, uanset om dette er en følge af stofmisbrug, psykisk sygdom eller begge dele.

En yderligere konklusion er, at der er forskel mellem de forventede diagnoser, og det der blev fundet ved undersøgelsen. Forskellen består i et fravær af akutte sygdomme, som man ellers finder i rigt tal i sygeplejeklinikkerne. Der var således ingen akutte infektioner, sår eller skader, sandsynligvis på grund af den forudgående kontakt til sundhedsmedarbejdere. Dette forhold indikerer som allerede beskrevet, at der har været en forudgående indsats forud for lægeundersøgelsen.

Det var oprindeligt intentionen, at brugerne efter lægeundersøgelsen skulle have foretaget blodprøver på laboratorium og herefter komme til opfølgende samtale og svar på blodprøver. Kun en ud af ni gennemførte denne proces. Som en konsekvens heraf blev blodprøvetagning omlagt til at være en del af lægeundersøgelsen, og det var en hypotese, at omlægningen ville tilskynde til gentagen kontakt, fordi der ville være et umiddelbart resultat at forholde sig til.

### **Lægeundersøgelsens gennemførelse og studiepopulation**

I alt 80 personer indvilligede i at deltage i lægeundersøgelsen. Af disse gennemførte 75 (93%) personer hele lægeundersøgelsen. 5 (7%) personer gennemførte ikke undersøgelsen. Det drejer sig om 2 kvinder og 3 mænd.

#### Årsager til manglende gennemførelse:

1 mand ombestemte sig ved starten af selve undersøgelsen.

1 kvinde blev af sygeplejersken vurderet til ikke at være i stand til at gennemføre lægeundersøgelsen.

1 mand var krigstraumatiseret og psykotisk og blev derfor vurderet til ikke at kunne gennemføre undersøgelsen uden risiko for yderligere traumer. Det var tillige uklart, hvorledes undersøgelsen ville blive opfattet.

1 kvinde mødte ikke til aftalt tid, og en ny tid kunne ikke opnås.

1 mand fik i alt 3 tider, men det lykkedes ikke at gennemføre på grund af manglende fremmøde i den fastlagte 3 ugers periode

Procentangivelser herunder refererer til det antal, der gennemførte undersøgelsen, det vil sige i alt 75 personer.

De inkluderede fordeler sig på 10 kvinder og 65 mænd svarende til henholdsvis 13% og 87%. Dette er en lavere andel af kvinder end andelen i henholdsvis den samlede population og selvvrideringsundersøgelsen, hvor kvinder udgør henholdsvis 21% og 17%.

Aldersfordelingen er for mænd 20 – 67 år med en middelalder på 41,6 år og for kvinder 36 – 52 år med en middelalder på 44,0 år. Den gennemsnitlige alder for begge køn er 41,9 år, mod 37,4 i den samlede population og 40,4 i selvvrideringsundersøgelsen.

I forbindelse med lægeundersøgelsen er der blevet taget blodprøver. Dette blev gennemført hos i alt 72 (96%). 2 mænd fik ikke taget blodprøver på grund af "nåleskræk", og 1 mand på grund af ødelagte vener, hvor blodet koagulerede i blodprøvesættene. Dette står i stærk kontrast til resultatet fra pilotundersøgelsen, hvor i alt 9 gennemgik en lægeundersøgelse, men kun en enkelt gennemførte blodprøvetagning. Forskellen kan tilskrives, at blodprøvetagning blev inkluderet som en del af den endelige lægeundersøgelse.

Efter lægeundersøgelsen fik hver enkelt patient en ny tid til svar på undersøgelsesresultater – den enkelte fik hjælp til at huske denne tid med støtte fra en sygeplejerske eller en social medarbejder. Der er ikke ført statistik over hvor mange aftaler, der måtte gentages, før det lykkedes at opnå samtale, men det er registreret, om det er lykkedes, og det er registreret, at 70 personer har gennemgået anden lægesamtale.

For de 5 personer det ikke lykkedes at overbringe blodprøvesvar, er der for nogle tale om flere aftaler, mens andre blot er forsvundet fra området uden siden at have vist sig.

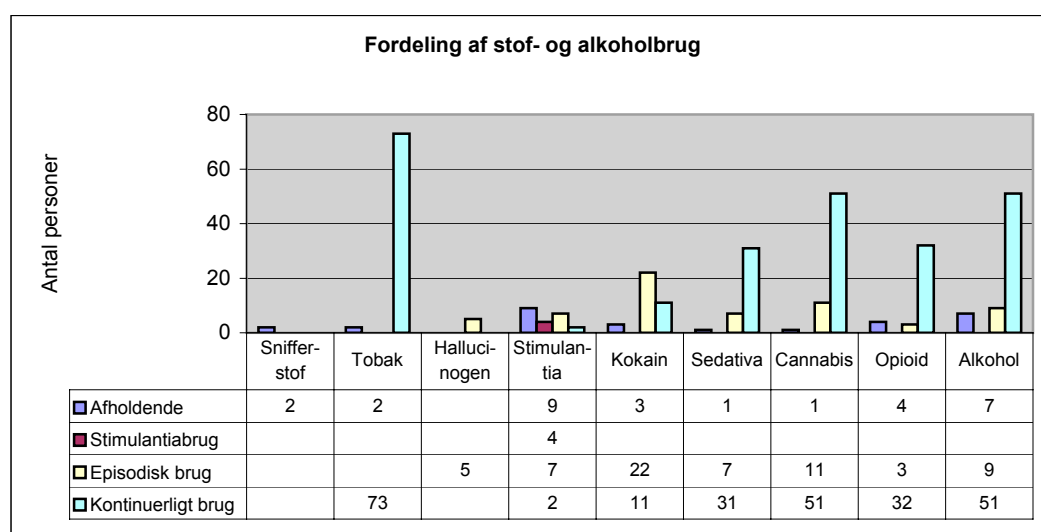
Der er altså tale om en gentagen kontakt til 93% af de undersøgte. Hypotesen om, at inkorporering af blodprøvetagning i lægeundersøgelsen ville øge antallet af anden-samtaler, må siges at være bekræftet.

## Resultater fra lægeundersøgelsen

Undersøgelsens resultater er som omtalt i metodeafsnittet fremkommet ved en kombination af datasøgning i journalnotater, blodprøvetagning og fysisk undersøgelse. Diagnoser er stillet ud fra de kliniske muligheder, der har været til stede, hvilket både kan føre til under- og overrapportering. Dette er yderligere beskrevet i bilag 7: Metodeovervejelser til lægeundersøgelse.

## Stof- og alkoholbrug

Der opereres i denne undersøgelse med misbrug (skadeligt brug) og afhængighed. For en nærmere forklaring se diskussionsafsnittet.



**Fig. 26** Fordeling af stofbrug blandt de 75 lægeundersøgte. For en uddybet opgørelse fordelingen se bilag 10.

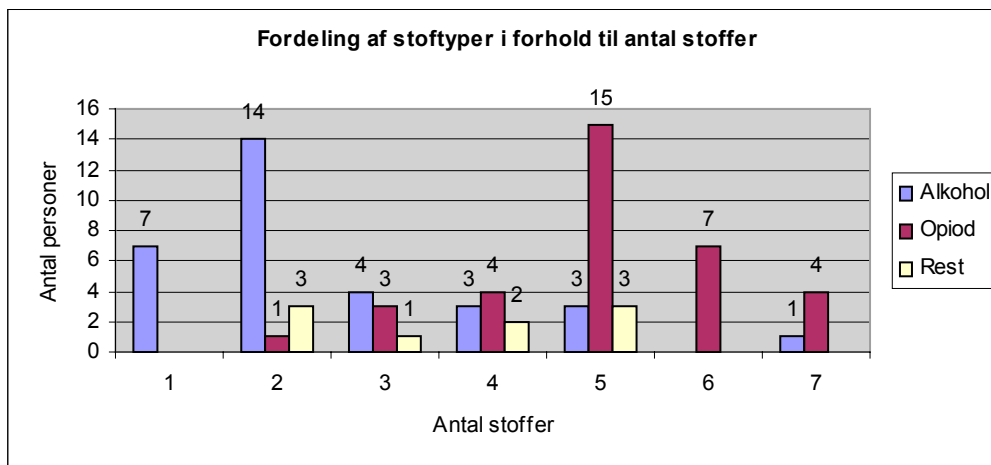
Fordelingen af stofbrug blandt de lægeundersøgte er som vist i figur 26. Som det ses, er det mest udbredte stofbrug - bortset fra tobak - alkohol, cannabis og opioid.

Brugen af stoffer er inddelt efter, om der har været tale om brug eller afhængighed. Stofbrug relaterer sig til selve dette at indtage stoffet, og om dette er skadeligt eller ej. Afhængighed involverer en udviklingsproces og relaterer sig til såvel biologiske processer som den indflydelse, stofindtagelsen får på den enkeltes fysiske, mentale og sociale liv. Som det ses, er de mest brugte stoffer (ud over tobak) alkohol, cannabis,

opioid, sedativa og kokain, hvor kokain til forskel fra de øvrige hyppigst indtages episodisk. Dette skyldes, at kokain er et stimulerende stof, som den enkelte bliver udmattet af og derfor oftest er nødsaget til at holde pause med ind imellem. De øvrige stoffer er beroligende og kan derfor indtages uden pause i årevis.

Tobaksbrug er ikke traditionelt med i sådanne opgørelser, men det er medtaget på grund af den stadig voksende fokus på skadevirkninger og sammenhængen med andet stofbrug, især alkohol. Der er i hele populationen i alt 2 ikke-rygere, men begge er afholdende tobaksafhængige.

Det generelle misbrugsbillede er præget af misbrug af mange forskellige stoffer. Der er i langt de fleste tilfælde tale om brug og/eller afhængighed af flere stoffer i dagligdagen (figur 26 og bilag 10).



**Fig. 27** Antal stoffer der indtages jævnligt (dagligt eller episodisk), ud over hovedstof, incl. tobak. For gruppen af alkoholafhængige ses, at de fleste (i alt 21 personer) indtager 1-2 stoffer ud over alkohol. For gruppen af opioidafhængige ses, at langt hovedparten (i alt 30) indtager 4 stoffer eller flere.

Der ses en tydelig forskel mellem primære opioidmisbrugere og primære alkoholmisbrugere (se afsnittet om de enkelte grupper), idet der er færre antal stoffer for de alkoholafhængige (fig.2), mens der ikke umiddelbart er forskelle indenfor opioidundergrupperne. Dette ligger i tråd med resultater fra pilotundersøgelsen og selvvurderingsundersøgelsen.

I forbindelse med de interview, der er foretaget sammen med lægeundersøgelsen, er der fremkommet en fornemmelse af, at der er tale om en tendens til, at en stor del af de interviewede har et multipelt eksperimenterende stofbrug i de yngre år, som deref-

ter flader ud. Den sammenhæng fremstår ikke tydeligt her i lægeundersøgelsen, men synes at være en tendens i selv vurderingsundersøgelsen.

### Sygelighed generelt

Den lægeundersøgte gruppe som helhed er præget af en meget høj somatisk og psykiatrisk sygelighed:

Somatik					
Ernæring/stofskifte		Mave-tarmsystem, tænder		Nervesystem	
Undervægt, BMI <18,5	16,0	Dårlig tandstatus	62,7	Alkoholisk nerveskade	44,0
Fedme, BMI = 30-34,9	2,7	Gastritis (mavesyreproblemer)	20,0	Alkoholbetinget demens	6,7
Abnormt vægttab	2,7	Forstyrrelser i tarmfunktionen	14,7	Lettere perifere nerveledelser	5,3
Podagra	2,7			Ekstremitetslammelser og sværere nerveledelser	5,3
Sukkersyge	2,7	<b>Lever</b>		Migræne og kronisk hovedpine	5,3
		Alkoholisk leverskade (heraf 4% verif.cirrose)	56,0	Føtal alkohol syndrom (klinisk diagnose)	2,7
		Pancreatitis akut	4,0	Anden nervebetændelsesreaktion	1,3
<b>Hjerte/kar</b>		Pancreatitis kronisk	4,0	Apopleksi, (følger efter)	1,3
Væskeansamling, lokaliseret	13,3				
Forhøjet blodtryk	9,3	Leverbetændelse, akut	1,3	<b>Sanser</b>	
Sygdomme i hjerte og hjerteklapper	8,0	Hepatitis C ab+	52,0	<b>Øjen- og synsforstyrrelser</b>	41,3
Uregelmæssig hjerterytme	8,0	Hepatitis B ab+	28,0	Høreforstyrrelser	10,7
Sygdomme i karsystemet	8,0	Hepatitis A ab+	14,7	Lugte- og smagsforstyrrelser	5,3
Anæmi	8,0			Øjen- og øreinfektioner	9,3
Pacemaker	1,3				
		<b>Hud</b>			
<b>Lunger</b>		Candidiasis i hud	6,7	<b>Bevægeapparat</b>	
<b>KOL (rygerlunger) og bronkitis</b>	29,3	Psoriasis	5,3	<b>Ryg- og diskusdeformiteter</b>	21,3
Astma	6,7	Hudcancer	1,3	Rygsmarter uden specifikation	16,0
Lungebetændelse	4,0	Absces i hud	1,3	Benproblemer	2,7
		Allergi uden specifikation	18,7	Medfødt misdannelse i fod	1,3
<b>Nyrer/urinveje</b>		Atopisk eksem	5,3		
Vandladningsproblemer	8,0			<b>Skader</b>	
Cystit	2,7	<b>Andre</b>		<b>Knoglebrud og ledsader (eller kroniske følger)</b>	21,3
Inkontinens	1,3	HIV ab+ (heraf 2,7% nyfundne)	5,3	Nerveskader	8,0
Prostata	1,3	Tuberkulose (i behandling)	2,7	Større sår	4,0
				Muskel og seneskader	5,3



Psykiatri				
Skizofreni	8,0		Forstyrrelse i personlighedsstruktur og adfærd	14,7
Skizotypi	4,0		Selvbeskadigelse	2,7
Psykoser, andre	4,0		Mental retardering lettere	2,7
			Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed	4,0
Maniodepressiv sindslidelse	2,7			
<b>Periodisk depression</b>	<b>66,7</b>		<b>Fobisk angst</b>	<b>33,3</b>
			<b>Angsttilstand, andre</b>	<b>24</b>

**Tabel 2.** Oversigt over psykiatriske og somatiske diagnoser i procent af samlede population (75). De 10 hyppigste er markeret med blå.

Af de hyppigste somatiske diagnoser er alkoholrelaterede skader kraftigt repræsenteret (alkoholisk leverbetændelse og -nerveskade), mens angst- og depressionsdiagnoser tegner sig for de fleste psykiatriske diagnoser. En nærmere beskrivelse af diagnoser foretages under de enkelte grupper.

Et meget stort problem i hele populationen er dårlige tandsæt. Der er ikke tale om mindre cariesproblemer men massive problemer, hvor stort set alle kindtænder ofte er borte, og øvrige tænder er mere eller mindre skadet.

## Beskrivelse af de enkelte grupper

Populationen blev opdelt i 2 grupper, alkoholafhængige og opioidafhængige, ud fra en hypotese om forskelle i både somatisk og psykisk sundhedstilstand. Der viste sig dog en tredje population af blandingsmisbrugere, som ikke havde noget stabilt brug af hverken alkohol eller opioid. I denne gruppe, der efterfølgende refereres til som restgruppen, ses afhængighed af beroligende medicin (sedativa) og cannabis at være fremtrædende.

Gruppen af primært alkoholafhængige blev udskilt efter følgende kriterier:

- Dagligt alkoholbrug og -afhængighed
- Ikke dagligt opioidbrug og/eller substitutionsbehandling

Ved denne udskillelse blev der ikke fundet nogen opioidbrugere med aktivt brug af opioid tilbage i alkoholgruppen. Derudover var der kun en lille gruppe på 3 tidligere, nu totalt afholdende, opioidafhængige, der blev inkluderet i alkoholgruppen.

I gruppen af opioidbrugere er der på grund af opdelingsgrænserne ikke eksklusion af alkoholmisbrugere, hvilket også fremgår af skema i bilag 10, hvor der ses kontinuerligt brug af alkohol hos 53,9% i opioid-populationen. En fuldstændig separering af grup-

perne med henblik på at vurdere forskelle i somatisk og psykiatrisk status er derfor ikke mulig.

Der er nogen variation i sammensætningen af diagnoser imellem den opioid- og alkoholafhængige gruppe, men ved gennemgang ses ikke umiddelbart større variationer i gennemsnitsantallet af diagnoser grupperne imellem. Der er stor variation i antallet af diagnoser hos den enkelte i grupperne, men dette afspejler en forskel i sygelighed hos den enkelte og er ikke noget gruppespecifikt (tabel 3).

Kun enkelte fremstår helt uden somatiske diagnoser (en mand på 22 år i restgruppen), mens der er flere uden psykiatriske ikke-misbrugsdiagnoser (6 mænd i alkohol-, 5 mænd i opioid- og 1 mand i restgruppen). Der er ingen med 0 misbrugsdiagnoser, da det er et inklusionskriterium, at der er tale om misbrug.

Antal diagnoser				
		Somatisk	Psykiatrisk	Misbrug
<b>Alkoholafhængige (32)</b>	Gennemsnit	6,8	1,5	3,9
	Max	14	3	6
	Min.	2	0	2
<b>Alle opioid (34)</b>	Gennemsnit	6,4	1,8	6,7
	Max	14	3	11
	Min.	3	0	1
<b>Ikke alkohol eller Opioidafhængige (9)</b> men med andet misbrug ("restgruppen")	Gennemsnit	4,3	1,8	4,1
	Max	13	3	6
	Min.	0	0	1
<b>Hele populationen. (75)</b>	Gennemsnit	6,5	1,7	5,5
	Max	14	5	11
	Min.	0	0	1

**Tabel 3.** Variation i antal diagnoser, samt gennemsnitligt indenfor de enkelte grupper.

### Alkoholgruppen

51 findes at have alkoholafhængighed med dagligt brug. Hertil kommer 2, som er afholdende under antabusbehandling, og 12 som i en periode af deres liv har haft et afhængigt forhold til alkohol men nu ikke drikker alkohol eller som det ses for 7 af disse, som med års eller måneders mellemrum drikker alkohol men aldrig dagligt. Det er derfor stort set alle, som i en periode af deres liv har haft afhængigt brug af alkohol.

Af de 51 alkoholafhængige, er der 9, som er i substitutionsbehandling (heraf misbruger 7 samtidig opioider dagligt, mens 1 gør det episodisk). 1 misbruger opioid episodisk men uden substitution. (tabel 4).

		Alkoholgruppen
<b>Alkoholafhængige total</b>		51
I opioidsubstitutionsbehandling	-9	= 42
Opioidbrug uden substitution	-1	= 41
Ikke-afhængigt brug af alkohol (restgruppe)	-9	= <b>32</b>

**Tabel 4.** Udvælgelse af "primært alkoholmisbrugende"

Iblandt de resterende 32 i alkoholgruppen er der 3 tidligere opioidafhængige, som på undersøgelsestidspunktet har været afholdende fra opioid gennem lang tid.

Vi vælger ud fra dette at fokusere på gruppen, der er uden opioidbrug eller er afholdende fra opioid, som de primære alkoholafhængige. Ved dette valg placeres i alt 19 alkoholafhængige i opioid- eller restgruppen.

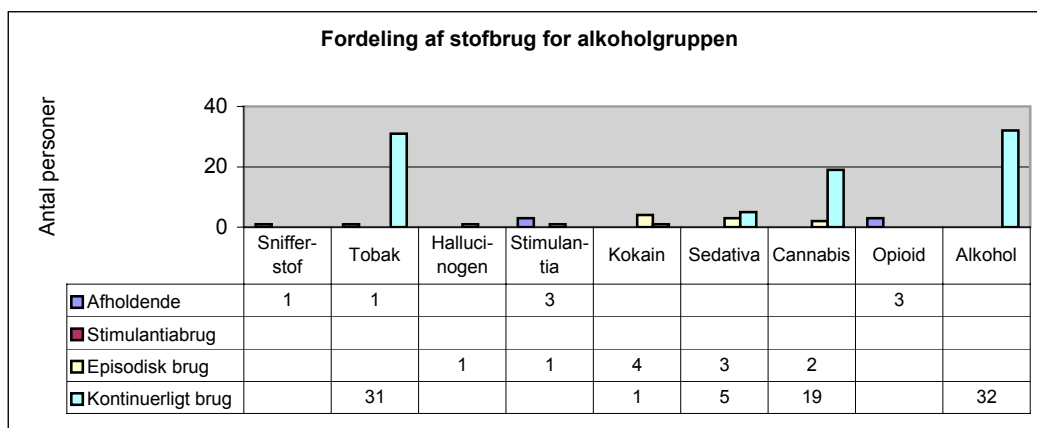
Den primært alkoholafhængige gruppe består af 32 personer med pågående alkoholmisbrug samt 1 i antabusbehandling. Dertil kommer 2, som vurderes alkoholafhængige med episodisk brug ("kvartalsdrikkeri")

De 32 med pågående alkoholmisbrug består af 4 kvinder og 28 mænd.

### Misbrugsdiagnoser, alkoholgruppen

Se ovenfor (figur 26 og bilag 10)

Der er flydende grænser til andet misbrug i alkoholpopulationen. Sammensætningen af stofbrug i den udvalgte alkoholpopulation viser følgende figur:



**Fig. 28.** Stof- og alkoholbrug i gruppen af primært alkoholafhængige.

Det hyppigste misbrug ud over alkohol er for denne gruppe cannabis, hvor 21 (66%) har episodisk eller kontinuerligt brug. Dette svarer også til resultaterne fra selvvrøderingsundersøgelsen. 5 personer (15%) er afhængige af benzodiazepiner og har et dagligt brug, mens 3 (~ 9%) bruger benzodiazepiner episodisk. 4 bruger kokain episodisk, og kun en enkelt har et kontinuerligt brug.

Ved kronisk indtagelse af stoffer ses ofte en række følger i form af kognitive forstyrrelser, psykotiske tilstande og hukommelsesproblemer. Psykiatriske lidelser som direkte følge af alkoholmisbrug fremgår af figur 29.

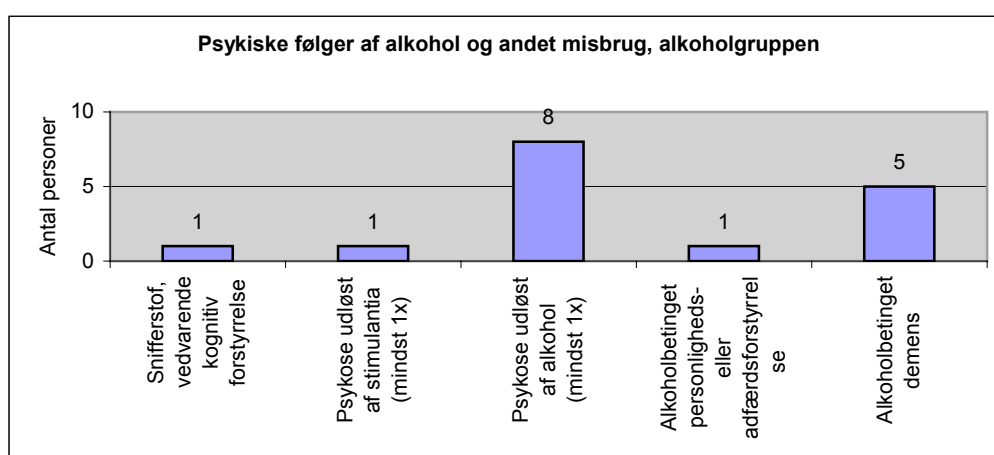


Fig. 29. Psykiske følger af alkohol og andet misbrug, alkoholgruppen.

Ni personer oplyser at have haft psykotiske tilfælde som følge af stofbrug, heraf de 8 som følge af alkohol. 5 er diagnosticeret i hospitalspapirer som havende alkoholbettinget demens. En enkelt yngre mand har vedvarende kognitive skader efter snifning af lighergas.

### Psykiatriske diagnoser, alkoholgruppen

Psykiske lidelser, der ikke vurderes at være en direkte følge af alkoholmisbruget, fordeles sig som vist i tabel 5.

Periodisk depression	18 (56,3)
Fobisk angst	12 (37,5)
Generaliserede angsttyper	7 (21,9)
Forstyrret personlighed og -adfærd	4 (5,3)
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD obs)	1 (3,1)
Psykosser, andre / bipolar sygdom	2 (6,2)
Skizotypisk sindslidelse	1 (3,1)
Skizofreni	3 (9,4)
Mental retardering, let	1 (3,1)

Tabel 5. Oversigt over psykiatriske diagnoser hos alkoholbrugerne, antal(%)

Angst og depression er de dominerende psykiatriske symptomer i denne gruppe. Næsten alle i alkoholgruppen (30 ud af 32) beskriver således periodiske depressions-symptomer - enten i forbindelse med svingninger i stofbrug eller uden relation til stofindtagelse. Hos 18 af disse 30 er de depressive symptomer ikke direkte relateret til alkoholbrug. Afgørelsen af om en depressiv tilstand er stof- eller alkoholrelateret er vanskelig i denne gruppe, da der er mere eller mindre konstant stofindtagelse. Men hos de 18, der er nævnt i skemaet, er den depressive tilstand og dens fluktuationer vurderet som uafhængig af alkohol og stofindtagelse. Af disse har 19 periodiske problemer med angst hyppigst i form af socialangst, det vil sige angst i forhold til socialt samvær med andre mennesker.

Skizofrene og skizotypiske diagnoser er fundet hos 12%, hvilket kan være en underdiagnosticering, da diagnoser i denne undersøgelse er afhængig af, at de er beskrevet i lægelige journalnotater, og en del skizofrene har ikke kontakt med sundhedssystemet.

### **Somatiske diagnoser, alkoholgruppen**

Somatiske skader i denne gruppe kan primært henføres til den toksiske virkning af alkohol, som rammer kroppen generelt, men som især efter forholdsvis kort misbrugsperiode giver observerbare skader på centralnervesystemet og leveren.

Antallet af somatiske diagnoser er betydeligt højere (gennemsnit 6,8) end antallet af psykiatriske diagnoser (gennemsnit 1,5).

Sanseorganer	20 (62,5)
Bevægeapparatet	27 (84,4)
Dårlig tandstatus	23 (71,9)
Nervesystem	31 (96,9)
Alkoholisk leverskade og bugspytkirtel	31 (96,9)
Lunger	13 (40,6)
Mave-tarmsystem	14 (43,8)
Hjerte/kar/blod	14 (43,8)
Hud	8 (25,0)
Ernæring og stofskifte	6 (18,8)
Allergi	6 (18,8)
Nyrer og urinveje	10 (31,3)
Hepatitis A ab+	5 (15,6)
Hepatitis B ab+	5 (15,6)
Hepatitis C ab+	8 (25,0)

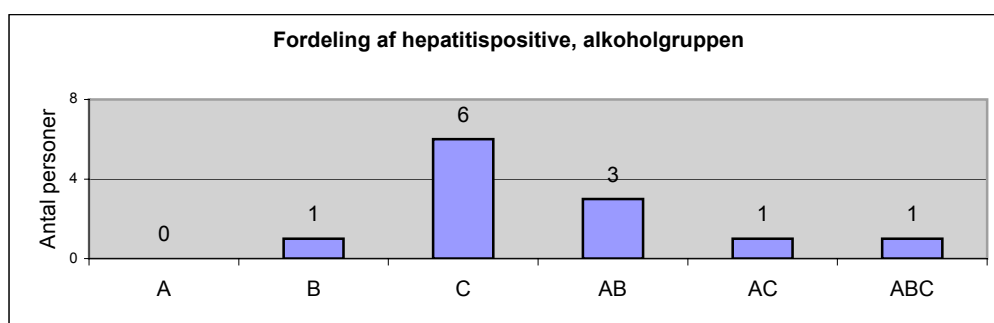
**Tablet 6.** Oversigt over somatiske diagnoser for alkoholmisbrugere, antal(%).

Hyppigst forekommende er alkoholisk leverskade. Der er 26 tilfælde af leverskader, som ikke kan beskrives nærmere, mens 2 er verificerede skrumpelivertilfælde. Dertil kommer 3 tilfælde af bugspytkirtelsygdom. Nervesystemsskader, der består af i alt 21 tilfælde af alkoholisk nervebetændelse, 9 tilfælde af traumatiske nerveskader, samt et sandsynligt tilfælde af føtalt alkoholsyndrom er det næstmest hyppige.

Derudover er skader i de øvrige organsystemer solidt repræsenteret hos omkring 40% af de undersøgte alkoholmisbrugere. Der er fundet nedsat syn hos 15 personer, svarende til lige under halvdelen, mens undervægt ikke er så hyppig som i opioidgruppen, idet kun 3 af i alt 9 svært undervægtige tilhører alkoholgruppen.

Problemer og smerter i bevægeapparatet konstateres hos 18 personer med i alt 27 diagnoser. Registreret er traumer og frakturer, der er under ophealing på undersøgelsestidspunktet, samt ældre traumer, der har efterladt blivende deformitet eller nedsat funktionsevne. En enkelt person i denne gruppe har således 4 af disse traumediagnoser som følge af flere voldelige overfald, men en del i denne gruppe har rygdeformiteter og smerter i arme, ben og ryg.

Leverbetændelse, hepatitis, er udbredt i hele populationen. I alkoholgruppen er antallet af antistofpositive i alt 18 personer for de tre hepatitis-typer, som angivet i tabel 6. Der er typisk ikke diagnosticeret klinisk hepatitis, men der er tale om blodprøvefund<sup>5</sup>. For at teste aktiviteten af hepatitis kræves andre tests, der ikke har været inkluderet i prøvebatteriet. Prøven udsiger derfor umiddelbart kun, om den undersøgte har været udsat for smitte på et eller andet tidspunkt i livet. Hepatitis A og B ses i denne gruppe hyppigst i forbindelse med anden hepatitistype, mens hepatitis C oftest ses alene (Fig. 5)



**Fig.30** Fordeling af hepatitispositive i alkoholgruppen

<sup>5</sup> Der er målt på, om den enkelte er antistof-positiv, d.v.s. om vedkommende har været udsat for smitte og har immunstoffer mod sygdommen (antistoffer). Da forløbet for de enkelte sygdomme kendes, kan det forventes, at ca. 80% af de, der har været udsat for hepatitis C-smitte, har sygdommen i sin kroniske form. For hepatitis A og B er dette antal henholdsvis 0 og under 5%. Det vil sige, at der sandsynligvis vil være et meget lille antal, der har kronisk hepatitis B, mens ingen kan forventes at have kronisk hepatitis A.

I alt 8 er smittet med hepatitis C i denne gruppe. En nærmere gennemgang af dette fund kan findes i diskussionsafsnittet.

### Opioidgruppen

Opioidgruppen består af opioidbrugere, der er vurderet som værende afhængige, og som har dagligt eller næsten-dagligt opioidbrug. Gruppen består af 34 personer, 7 kvinder og 27 mænd.

Gruppen er forsøgt inddelt i forhold til substitutionsbehandling og brug af illegale opioider. Der er dog ingen særlig variation mellem grupperne af substituerede og ikke-substituerede, hverken med hensyn til sygelighed eller misbrugsprofil, hvilket illustreres af følgende tabel.

Antal diagnoser				
		Somatisk	Psykiatrisk	Misbrug
Opioidafhængighedssyndrom	Gennemsnit	6,4	1,8	7,7
+substitution med opioid-sidemisbrug (19)	Max	9	5	11
	Min.	4	0	4
Opioidafhængighedssyndrom	Gennemsnit	7,5	1,9	6,8
Ingen substitution (12)	Max	14	3	10
	Min.	3	0	4
Opioidafhængighedssyndrom	Gennemsnit	8	1,7	7,7
+ substitution uden opioid-sidemisbrug (3)	Max	13	2	9
	Min.	4	1	6

**Tabel 7.** Antallet af diagnoser i 3 undergrupper af opioidafhængige.

Stofbruget i opioidgruppen er, som vist i følgende figur, spredt over flere stoffer, end det er i alkoholgruppen.

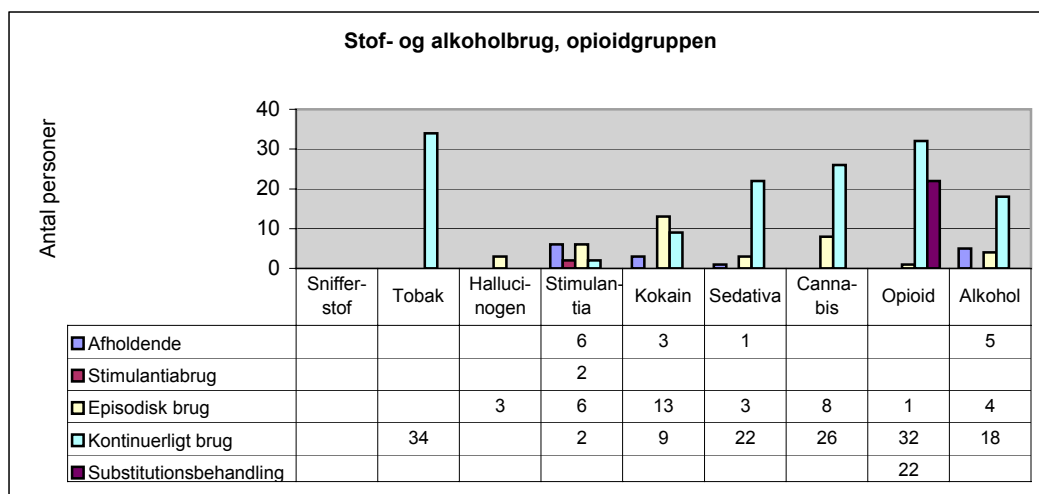


Fig. 31 Stofbrug i opioidgruppen, antal.

Der er således større brug af sedativa, cannabis, kokain og andre stimulantia, ligesom der ses dagligt alkoholbrug hos 18 (52%) af opioidbrugere. Se også figur 27.

22 af 34 er i substitutionsbehandling i offentligt regi. Der ses ikke særlige forhold for denne gruppe i forhold til gruppen som helhed, hvad angår stofbrugsprofil eller antal af somatiske eller psykiatriske lidelser. Det kunne antyde, at gruppen som helhed ikke opnår de helbredsmæssige fordele, som andre grupper opnår ved substitutionsbehandling.

Det er også vist i selvvurderingsundersøgelsen, at der er et stort illegalt brug også hos substituerede.

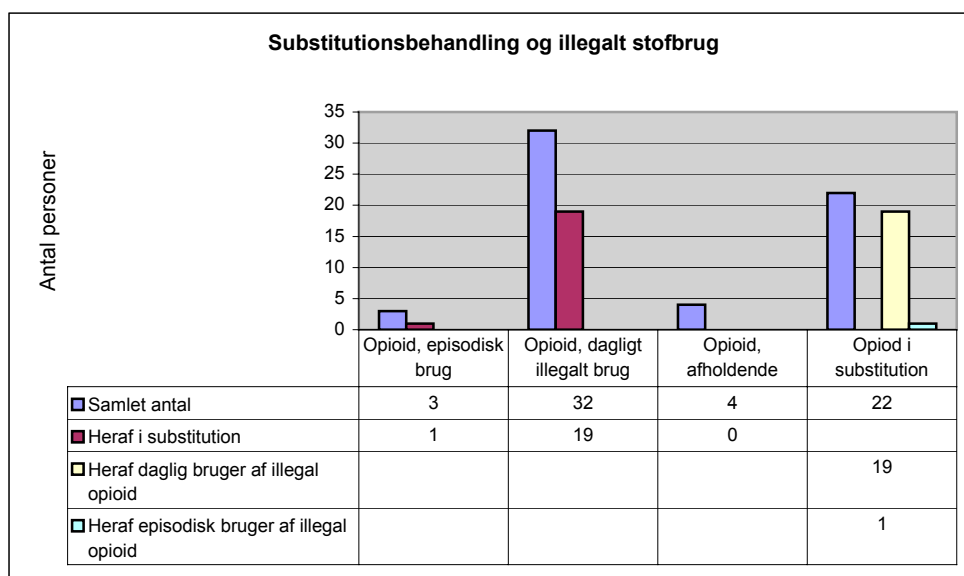


Fig. 32 Substitutionsbehandling og illegalt stofbrug.



Psykiske forstyrrelser som følge af stofbruget ses betydeligt oftere end i alkoholgruppen.

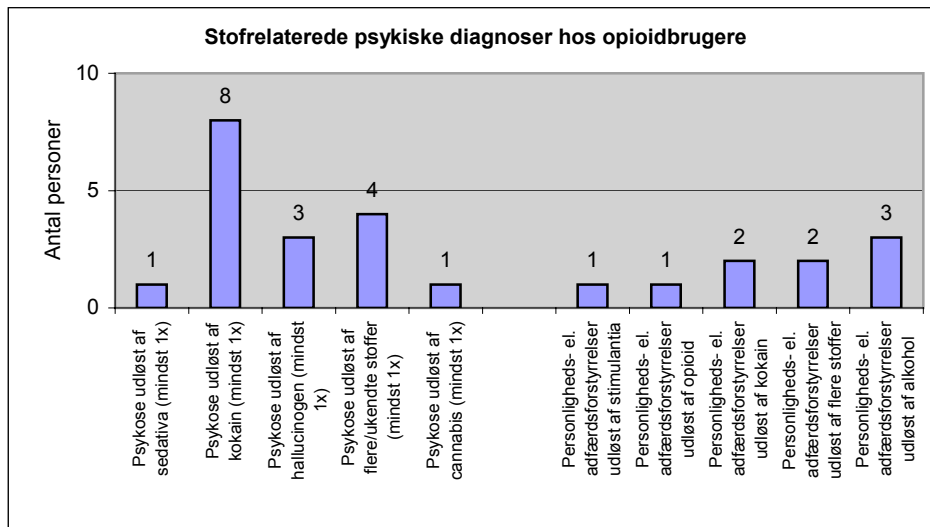


Fig. 33 Stofrelaterede psykiatriske diagnoser hos opioidbrugere.

I alt 17 oplyser at have haft psykotiske episoder i forbindelse med stofbrug, og hvor dette i alkoholgruppen hovedsagelig skyldtes alkohol, skyldes psykoser i forbindelse med stof hyppigst kokain eller blanding af stoffer.

### Psykiatriske diagnoser, opioidgruppen

I denne gruppe ses en noget mindre andel af personlighedsforstyrrelser og større andel af angstlidelser end forventet.

Periodisk depression	26 (76%)
Fobisk angst	10 (29%)
Generaliserede angsttyper	9 (26%)
Forstyrret personlighed og -adfærd	5 (14%)
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD obs)	2 (5,9%)
Psykoser, andre	2 (5,9%)
Skizotypisk sindslidelse	1 (2,9%)
Paranoid skizofreni	1(2,9%)
Mental retardering, let	1(2,9%)

Tabel 8. Oversigt over psykiatriske diagnoser i opioidgruppen, antal(%)

Undersøges relationen mellem alkoholmisbrug indenfor opioidgruppen samt angst- og depressionstilstande, tegner der sig et billede som vist i tabel 9. Her er antallet af undersøgte med de nævnte psykiatriske diagnoser, der samtidig har alkoholmisbrug, vist i parentes. Det ses, at en stor del af de affektive lidelser, der findes i opioidgruppen,

især med hensyn til angstdiagnoserne, findes hos dem, der ud over opioid, også bruger alkohol. Således bruger 12 af de 19 med angstdiagnoser i opioidgruppen også alkohol.

Periodisk depression	26 (14)
Fobisk angst	10 (7)
Generaliserede angsttyper	9 (5)

**Tablet 9.** Psykiatriske diagnoser og alkoholmisbrug i opioidgruppen, antal(antal alkoholmisbrugere med diagnoser).

Det antal, der findes med affektive problemer blandt hjemløse, varierer kraftigt med undersøgelsesmetodikken i forskellige undersøgelser. For en nærmere gennemgang af dette se diskussionsafsnittet.

### Somatiske diagnoser, opioidgruppen

Somatiske sygdomme blandt opioidbrugerne adskiller sig ikke radikalt fra mønstret blandt alkoholbrugerne - naturligvis bortset fra de direkte alkoholrelaterede skader.

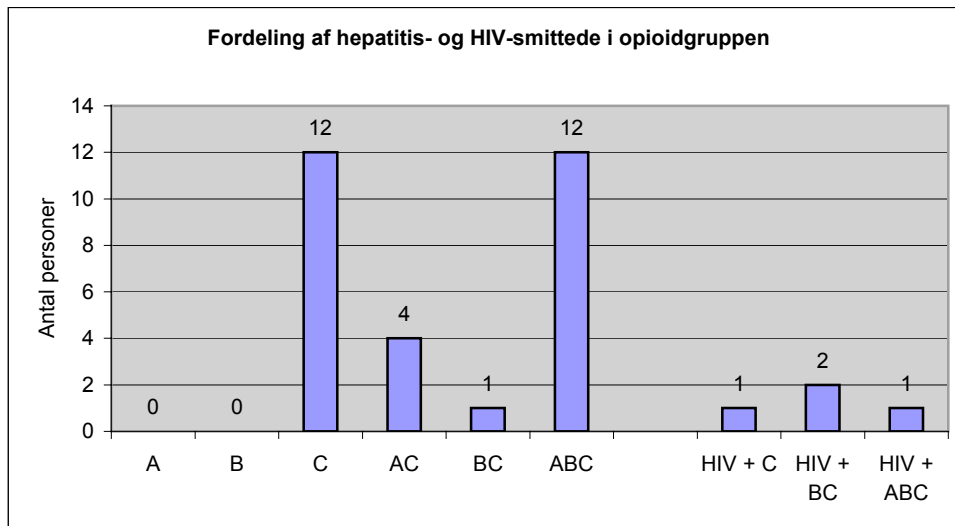
Sanseorganer	25 (73,5)
Bevægeapparat	21 (61,8)
Dårlig tandstatus	20 (58,8)
Nervesystem	20 (58,8)
Alkoholisk leverskade og bugspytkirtel	17 (50,0)
Lunger	16 (47,0)
Mave- tarmsystem	11 (32,4)
Hjerte/kar/blod	11 (32,4)
Hud	8 (23,5)
Ernæring og stofskifte	8 (23,5)
Allergi	6 (17,6)
Nyrer og urinveje	4 (11,7)
HIV ab+	4 (11,7)
Hepatitis A ab+	5 (14,7)
Hepatitis B ab+	16 (47,0)
Hepatitis C ab+	29 (85,3)

**Tablet 10.** Oversigt over somatiske diagnoser hos opioidbrugerne, antal(%).

Hyppest forekommende i denne gruppe er problemer med sansning (syn, høreelse), skader på bevægeapparatet og dårlig tandstatus.

Skader på centralnervesystemet forekommer sjældnere end i alkoholgruppen (59% vs. 96%), og en større andel af centralnervesystemskaderne udgøres af traumatiske nerveskader (45% mod 30% i alkoholgruppen).

Andelen af hepatitissmittede er som forventet betydeligt højere end i alkoholgruppen, ligesom de HIV-positive, der er fundet i undersøgelsen, alle er fundet i opioidgruppen. Fordelingen af hepatitis og HIV fremgår af figur 34.



**Fig. 34** Fordeling af HIV- og hepatitissmittede i opioidgruppen.

### Restgruppen

Denne gruppe, bestående af 9 personer, er karakteriseret ved ikke at være vurderet som alkohol- eller opioidafhængige. Største karakteristikum er, at 5 af de 9 er af udenlandsk afstamning, heraf 4 af nordisk oprindelse.

Gruppen placerer sig psykiatrisk mellem alkohol og opioidgruppen i forhold til det gennemsnitlige antal af diagnoser. Med hensyn til antallet af somatiske diagnoser er gruppen lavere placeret end alkohol- og opioidgrupperne (gennemsnitligt 4,3 diagnoser vs. 6,6 diagnoser)

Misbrugsprofilen er kendetegnet ved daglig cannabisbrug hos lidt over halvdelen og daglig brug af sedativa hos 1/3.

3 vurderes som havende cannabis som hovedstof, mens 3 vurderes til at have sedativa som hovedstof. De 3 øvrige misbruger ikke nogen stoffer dagligt men veksler mellem indtagelse af forskellige stoffer og mængder. Der er altså tale om en gruppe med stofpræferencer, som adskiller sig fra de to store grupper. For tabeller og figur for denne gruppe se bilag 11.

## Udtræk fra andre registre

Der er foretaget udtræk om helbredsrelaterede data fra følgende registre:

1. Landspatientregistret (i den efterfølgende tekst benævnes dette register LPR).
2. Det Centrale Psykiatriregister (i den efterfølgende tekst benævnes dette register DCP).
3. Udtræk om antal døde fra Danmarks Statistik.

### Landspatientregistret og Det Centrale Psykiatriregister

Fra Landspatientregisteret og Det Centrale Psykiatriregister er der lavet udtræk på diagnoser, der er noteret i forbindelse med brugernes kontakt til hospital og psykiatri. (For nærmere beskrivelse af afgrænsninger og udtræk læs bilag 7 under afsnittet *Udtræk fra andre registre*).

I nedenstående opgørelse er diagnoseudtræk fra Landspatientregisteret og Det Centrale Psykiatriregister grupperet efter ICD10-systemet. Opgørelsen viser i første kolonne antal diagnoser for den totale population af indskrevne i indsatserne, hentet i de to registre. Den anden kolonne viser diagnoser for den lægeundersøgte population ligeledes fra de to registre. I sidste kolonne optræder de fund, der blev gjort ved selve lægeundersøgelsen.

Diagnosegrupper inddelt efter ICD10	Registerudtræk for den totale population	Registerudtræk for den lægeundersøgte gruppe	Diagnosefund ved lægeundersøgelsen
Gruppe A-B: Infektøse- og parasitsygdomme	192 (3,3)	50 (5,0)	82 (7,8)
Gruppe C-D: Svulster og blodsygdomme	25 (0,4)	1 (0,1)	7 (0,7)
Gruppe E: Stofskifte og ernæring	25 (0,4)	14 (1,4)	14 (1,3)
Gruppe F: Psykiske sygdomme	2003 (34)	316 (31,7)	558 (55,5)
Gruppe G: Nervesystemet	71 (1,2)	2 (0,2)	47 (4,5)
Gruppe H: Øjne og ører	30 (0,5)	7 (0,7)	46 (4,3)
Gruppe I: Hjerte og blodkredsløb	188 (3,2)	52 (5,2)	27 (2,5)
Gruppe J: Luftvejene	110 (1,9)	8 (0,8)	44 (4,2)
Gruppe K: Mund og mave/tarm	139 (2,4)	59 (5,9)	120 (11,3)
Gruppe L: Hud	234 (4,0)	42 (4,2)	14 (1,3)
Gruppe M: Muskler og bindevæv	96 (1,6)	32 (3,2)	31 (2,9)
Gruppe N: Nyrer og urinveje	80 (1,4)	1 (0,1)	6 (0,6)
Gruppe O-Q: Svangerskab, børnesygdomme og medfødte misdannelser	8 (0,1)	0	3 (0,3)
Gruppe R: Uklassificerbare fund og symptomer	194 (3,3)	71 (7,1)	24 (2,3)
Gruppe T-Z: Skader	1357 (23,0)	219 (21,9)	32 (3,0)
Gruppe T-Z: Kontakt i form af observation, undersøgelse, efterbehandling etc.	1128 (19,2)	124 (12,4)	0
<b>Totale antal diagnoser</b>	<b>5880</b>	<b>998</b>	<b>1055</b>

**Tabel 11.** For en mere detaljeret opgørelse over diagnoser se bilag 12. T-Z gruppen er opdelt i to undergrupper for at kunne synliggøre antallet af skader.

Ca.  $\frac{3}{4}$  af alle diagnoser i udtrækkene fra LPR og DCP er placeret i kategorierne psykiatri (gruppe F), skader (gruppe T-Z) og anden kontakt (gruppe T-Z). De alkoholrelaterede diagnoser udgør mere end halvdelen af de psykiatriske diagnoser (gruppe F). Skader i form af frakturer og andre læsioner udgør næsten  $\frac{1}{4}$  af samtlige diagnoser i fra udtrække på den totale population, mens  $\frac{1}{5}$  udgøres af observationsundersøgelser, rådgivning mm.

I denne lægeundersøgelse er det ligeledes psykiatriske diagnoser (misbrugsdiagnoser inkluderet), der er topscorer. Dernæst er det dels diagnosegruppe K, hvor særligt tandskaderne tegner sig for langt de fleste registrerede tilfælde, dels gruppe A-B hvor det er leverbetændelsestyperne, hepatitterne, der udgør næsten alle diagnoserne.

Generelt er diagnoserne i selve lægeundersøgelsen mere jævnt fordelt over alle diagnosegrupperne end diagnoserne fra udtrækkene. Dette er forventeligt, da lægeundersøgelsens fokus er bredt, hvorimod det er erfaringen, at brugernes kontakt til sundhedssystemet drejer sig om specifikke og presserende sygdomsproblemer.

Kontakten til sundhedssystemet ophører som oftest på grund af manglende muligheder eller evne til at overholde aftaler. Det medfører begrænsede muligheder for længerevarende behandlingsforløb og tilbud om efterbehandling. Det kan anekdotisk underbygges af, at der i flere tilfælde skete ændring i de behandlingstilbud, der blev givet til enkelte hjemløse, når en medarbejder fra indsatserne indgik i kontakten til den pågældende behandlingsinstans og var med til at sikre, at brugerne bibeholdt kontakten til behandlingsstedet. Derved er også sat behandling i gang for brugernes kroniske lidelser.

Det har været en hypotese ud fra det umiddelbare kendskab til sygdomsforløbene og sundhedsprofilen hos deltagerne i selvevalueringsundersøgelsen, at kontakten til sundhedsvæsenet hovedsagelig består i kortere kontakter, som er direkte rettede mod løsning af et akut problem som for eksempel en brækket arm eller en medicinsk problematik.

Et eksempel i denne sammenhæng er nerveskade problemer. En påvisning af nerveskader kræver en specifik undersøgelse, der er svær at gennemføre i en akut situation. Sammenligningen af diagnosefund i lægeundersøgelsen og registerudtræk viser da netop også en forskel i antallet af konstaterede nerveskader, hvor de forekommer langt hyppigere i lægeundersøgelsen end i registerudtræk for den lægeundersøgte gruppe.

Der er altså forskelle i fundene af diagnoser indenfor de overordnede diagnosegrupper. Indenfor de enkelte diagnosegrupper er der dog også en variation der er værd at ligge mærke til. Alkoholrelaterede diagnoser hentet i grupperne F, G og K kan illustrere variationerne.

<b>Alkoholrelaterede diagnoser i % af totale antal diagnoser</b>			
	Register totale pop.	Register Lægeundersøgte	Læge-undersøgte
Alkoholrelaterede psykiatriske sygdomme	17,3	20,9	8,5
Alkoholisk neuropati	0,01	0	3,1
Alkoholisk leversygdom	0,2	0,3	4,3
<b>Alkoholrelaterede i alt</b>	<b>17,51</b>	<b>21,2</b>	<b>15,6</b>

**Tabel 12**

Det samlede antal alkoholrelaterede diagnoser er ikke meget forskelligt grupperne imellem. Forskellen mellem registerudtrækkene og de stillede diagnoser i lægeundersøgelsen består hovedsageligt i, at de psykiatriske alkoholdiagnoser er væsentligt mere dominerende i udtræk fra registrene, end de er i lægeundersøgelsen. Omvendt er alkoholisk neuropati og -leversygdom i nærværende undersøgelse mere forekommende end ved udtrækkene fra registrene. Dette skyldes sandsynligvis, at diagnosetyngden i sundhedsvæsenet for denne gruppe ligger på akutte skader og problemer, hvilket psykiatriske alkoholdiagnoser hører ind under. Herimod påvises neuropati og leversygdomme ikke på samme måde i forbindelse med akutte problemer, men ved specifikke undersøgelser.

Tyngden på akutte problematikker understreges af, at 40% eller mere af kontakterne til det somatiske sundhedsvæsen udløser en traume- eller kontaktdiagnose fra diagnosegrupperne T eller Z, altså at hovedparten af kontakter skyldes ulykker eller problemstillinger som afsluttes uden nogen egentlig behandling.

Indenfor andre diagnosegrupper ses tilsvarende akutte diagnoser. For eksempel i gruppe A-B hvor kroniske infektioner (hepatitis og HIV) udgør ca. 50%, mens disse diagnoser udgør over 90% af diagnoserne i gruppe A-B i lægeundersøgelsen. Dette afspejler, at ca. halvdelen af de kontakter, der giver en diagnose i gruppe A-B, skyldes infektion af typen blodforgiftning eller Rosen, som er en voldsom hudinfektion. De sidstnævnte vil ikke forekomme i den kliniske lægeundersøgelse, med mindre de er opstået kort før undersøgelsen, idet de er hurtigt udviklende og potentielt livstruende.

Indenfor psykiatrien er tilfældet nogenlunde det samme, idet alkoholrelaterede diagnoser udgør hovedparten, og disse diagnoser hyppigst medfører en kortere kontakt - ofte i form af afgang for alkoholmisbrug. Tendensen understreges yderligere af, at

86% af de brugere, der har været i kontakt med psykiatrien, har haft en kontakt, der har været registreret i form af skadestuebesøg, hvorimod kun 34% af de brugere, der har været i kontakt med psykiatrien, har haft en kontakt, der er registreret i form af ambulans kontakt, hvor længerevarende psykiatrisk behandling ofte foregår.

Samlet set understøtter udtrækkene fra LPR og DCP, at der er tale om en gruppe, som er belastet af mange sygdomme og multiple skader. Hypotesen om, at der ved kontakten til sundhedsvæsenet for denne gruppe af svært belastede stofmisbrugere, er tale om en akut indsats snarere end en vedvarende indsats overfor kroniske tilstande, synes ligeledes at være bekræftet.

### **Dødelighed**

I den samlede population på 481 er i alt 31 døde i registreringsperioden. Heraf er 4 døde ud af den lægeundersøgte population.

Ved hjælp af mortalitetsberegner på sundhedsstyrelsen hjemmeside ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) er dødeligheden beregnet for tilsvarende aldersgrupper i den danske befolkning:

- For gruppen på 30 år og derunder er der en dødelighed på 22 gange over normalbefolkningen.
- For de 31 til 40årige er dødeligheden på 17 gange over normalbefolkningen.
- For de 41 til 50årige er dødeligheden på 11 gange over normalbefolkningen.
- For gruppen på 51 år og derover er dødeligheden på 4 gange over normalbefolkningen.

Der er med andre ord tale om at der blandt de unge svært marginaliserede er en kraftig overdødelighed i forhold til normalbefolkningen der så falder gradvist jo ældre brugere bliver.

Bortset fra overdosisdødsfald vil dødsfaldene sandsynligvis skyldes ulykker og vold som vist i dødsårsagsundersøgelsen fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2004). For den ældre gruppe vil kroniske sygdomme sandsynligvis være tiltagende som dødsårsag. Alt i alt er der tale om en meget voldsom belastning som også er vist i andre undersøgelser af dødeligheden blandt stofmisbrugere.

## **Diskussion**

### **Undersøgelsesmetode og kontaktform**

Helbredsundersøgelser af hjemløse er foretaget adskillige gange i løbet af de seneste 30 år (Nordentoft 1994, Nordentoft 2003, Frøstrup og Møller 1972), og problemerne

ved at undersøge populationen er kendte. Det er i henhold til de forbehold, der allerede er nævnt, sandsynligvis uhyre svært at foretage en reelt repræsentativ undersøgelse af hjemløse generelt, da gruppen, der opholder sig på gaden, er fluktuerende. Den gruppe, der er undersøgt her, udgør dog en så stor andel af de indskrevne, at data herfra kan tillægges en vis værdi, som det er diskuteret i afsnittet *Forudsætninger for selvvurderingsundersøgelsen og lægeundersøgelsen*. I denne undersøgelse er det prioriteret at få et præcist billede af den enkeltes kliniske tilstand frem for at satse på at få mange deltagere i undersøgelsen. I de andre undersøgelser, der er sammenlignet med senere i dette kapitel, har man haft fokus på at inddrage så mange som muligt. Dette sker typisk på bekostning af nuanceringen af data.

### **Praktiske forhold omkring undersøgelsen**

Der er særlige forhold, der skal tages i betragtning, når undersøgelsen gennemføres som del af det daglige kliniske arbejde, hvor et af målene er at følge så grundigt som muligt op på den enkelte bruger.

Lægeundersøgelsen blev indlagt som del af en allerede planlagt selvvurderingsundersøgelse. De to undersøgelser strakte sig over mere end et år, hvor den daglige arbejdsbelastning var vekslende, hvilket har medført, at man i perioder har kunnet gennemføre mange registreringer og i andre perioder færre. Dertil kommer, at den enkelte medarbejder i kontakten med den enkelte hjemløse har skullet vurdere, om inklusionskriterierne var overholdt.

Det har klart lettet vilkårene for lægeundersøgelsen, at der har været en længere kontakt med sygeplejersker og sociale medarbejdere forud for selve undersøgelsen. Selv de brugere, som tidligere var udpræget kaotiske, har det i stigende grad været muligt at inddrage i lægeundersøgelsen. Problematikken vedrørende kaotiske brugere, som ikke kan koncentrere sig, har ikke været fremherskende, hvilket kan skyldes, at lægeundersøgelsens form er aktiv. Den undersøgte medvirker fysisk og reflekterende i hele undersøgelsen, og de mere passive elementer kan flyttes rundt i undersøgelsen, så de passer til den enkelte. Hvis det for eksempel virker ubehageligt at sidde stille i længere tid, kan spørgsmål lægges i løbet af den fysiske del af undersøgelsen.

Tillid til den undersøgende læge har også været et vigtigt element i forhold til at gennemføre undersøgelserne. Den er dels opnået gennem overdragelse fra den sygeplejerske, som i forvejen har medvirket ved selvvurderingsundersøgelsen, dels ved at det i forvejen er aftalt ansigt til ansigt mellem lægen og den undersøgte, hvordan forløbet vil være.



Mulighed for at indlægge pauser har også været vigtig, og det viste sig f.eks., at der var fuldstændig accept af rygeforbud under undersøgelsen, når der blot var mulighed for at ryge i de aftalte pauser. Det viste sig oven i købet, at muligheden ikke blev udnyttet særligt ofte, hvilket kan give en mistanke om, at det var muligheden, der var vigtig, mere end selve det at ryge.

### **Inddragelse af pilotundersøgelsens data**

Der ses i nærværende undersøgelse ikke påfaldende variationer i forhold til pilotundersøgelsen, som ikke kan forklares med de ændringer, der blev foretaget i undersøgelsens udførelse, netop på baggrund af pilotundersøgelsen.

122, inklusive de 9, der gennemgik pilotundersøgelsen, gennemførte selvvurderingsundersøgelsen. De 122 fik dermed også tilbud (eller skulle ideelt have haft) om deltagelse i lægeundersøgelsen.

I alt gennemførte 75 lægeundersøgelsen, hvilket svarer til en deltagerrate på 66,4% af de 113 som gennemførte selvvurderingsundersøgelsen minus pilotundersøgelsen. I de fleste andre undersøgelser oplyses det ikke, hvor stor en andel af de adspurgte, der har svaret nej til at deltage, det er blot blevet registreret hvor mange, der er inkluderet. I en tilsvarende selvvurderingsundersøgelse fra Dublin var inklusionen meget stor og selve kontakten kortvarig. Her var responsraten 64%. Set i det lys forekommer deltagerraten til denne undersøgelse at være tilfredsstillende.

Det er valgt ikke at inkludere de 9, der deltog i den lægelige del af pilotundersøgelsen. Som det også er beskrevet i indledningen, er årsagen, at rammerne for lægeundersøgelsen endte med at blive en del anderledes. Den generelle diagnoseprofil er nogenlunde ens, men undersøgelsens gennemførelse var betydeligt mere struktureret i den endelige dataindsamling sammenlignet med pilotundersøgelsen, hvor der heller ikke systematisk blev indhentet oplysninger fra hospitalsvæsenet.

Gennemførelsen af 2. konsultation er gennemgået i datakapitlet, og også her var deltagerraten yderst tilfredsstillende på 96%.

At det har været muligt at gennemføre en så høj kontakt med denne population kan tilskrives flere faktorer:

1. Undersøgelsen blev givet som tilbud til den enkelte, således at udbyttet af undersøgelsen gik begge veje – den enkelte blev (efter at have sagt ja til at deltage) orienteret om, at undersøgeren ville følge op på de behandlingskrævede tilstande, der måtte vise sig.

2. Undersøgelsen havde relevans for den enkelte – især var ønsket om at kende til smittestatus i forhold til HIV meget fremherskende. Det syntes ikke som om, at bevidstheden om Hepatitis C var særligt fremherskende, hvorimod HIV stadig bærer status af "dødsdom".
3. Der var forud for undersøgelsen stor skepsis blandt medarbejderne overfor klienternes reaktion på at skulle registreres med CPR-nummer, men denne skepsis viste sig ikke at have den store baggrund i realiteter, da de fleste tog det som en selvfølge at oplyse CPR-nummer overfor kommunale medarbejdere.
4. "Undersøgelsen fulgte patienten". Der var mulighed for at gennemføre undersøgelsen og follow-up flere steder i byen og på tidspunkter, der var tilpasset den enkelte. Især andet besøg har været tilpasset den enkelte så vidt muligt. Hovedparten har dog gennemført kontrolbesøget på den institution, hvor selve undersøgelsen blev foretaget.

Som det er beskrevet andre steder af bl.a. Preben Brandt og Merete Nordentoft, er det vigtigt, at den enkelte hjemløse mødes, "hvor den enkelte er" eller med fleksibilitet. Rummelighed er med andre ord et centralt begreb for gennemførelse undersøgelser af denne art (Brandt 1998, Nordentoft 1994).

Erfaringerne fra dataindsamlingen støtter op om ovenstående, idet de viser, at man kan komme langt ved at tilrettelægge undersøgelsen, så den passer til brugerens behov. I fremtidige undersøgelser vil det derfor være hensigtsmæssigt, hvis der systematisk blev arbejdet videre med disse erfaringer.

Der tegner sig et klart behov for yderligere forskning i undersøgelsesmetodikkernes betydning for netop denne gruppe hjemløse.

### **Sammenligning med andre undersøgelser**

I forhold til somatisk helbred er der i de følgende afsnit sammenlignet med 3 undersøgelser med fokus på somatisk helbred. De tre undersøgelser kan kort beskrives således:

1. I en selvvurderingsundersøgelse i Dublin valgte man at lade 33 interviewere i en 7 dages periode i marts 1997 optælle 780 hjemløse og udføre 502 standardiserede interview vedrørende personkarakteristika, erfaringer og mønstre i hjemløshed, helbredsstatus og brug af sundhedsservices (Holohan, 2000). Undersøgelsen blev annonceret overfor herberger og andre steder, der var kendt for at have kontakt til hjemløse. Herved sikrede man sig disse steders samarbejde. En sådan optælling fore-

kommer ikke at være dækkende, idet der ofte findes "lommer" af hjemløse, som af forskellige årsager har sparsom kontakt med det eksisterende system.

2. Mannheimstudiet blev gennemført i årene 1997 - 1999 i Mannheims indre by, der ligger i Tyskland (Salize, 2002). 102 enlige hjemløse, svarende til 15% af den totale hjemløsepopulation, medvirkede i en undersøgelse af alkohol- og stofmisbrug samt psykiske lidelser. Der blev gennemført en lægelig undersøgelse af såvel psykiske som somatiske lidelser samt urin- og blodprøvetagning.

3. I en selvvurderingsundersøgelse fra 1998 af 310 hjemløse brugere af såkaldte "self-help agencies" i San Francisco (i København svarende nogenlunde til frivillige lavtærskeltilbud og offentlige natcaféer) blev forskellige grupperinger inden for selve undersøgelsen sammenlignet, og man sammenlignede med andre helbredsorienterede selvvurderingsundersøgelser (Segal, 1998). I undersøgelsen fandt man, at den gruppe, man undersøgte med hensyn til selvvurderet helbred, lignede andre grupper fra lignende undersøgelser. Beskrivelsen af den undersøgte gruppe gør, at det er muligt at sammenligne med den gruppe brugere, der er undersøgt i nærværende rapport.

Nærværende lægeundersøgelse er primært lagt an på somatisk helbred, hvilket skyldes, at data vedrørende somatisk helbred, indsamlet af læger som egenhændigt har gennemført undersøgelser, er yderst sjældne, faktisk så sjældne, at det indskrænker sig til en enkelt nogenlunde sammenlignelig undersøgelse, nemlig Mannheimstudiet fra 2002. I Dublin-undersøgelsen fra 2000 er data ikke særlig detaljerede, hvilket gør sammenligning med denne undersøgelse besværlig og nogle steder umulig.

Den psykiatriske del af undersøgelsen er ikke hovedfokus, bortset fra at stof- og alkoholrelaterede diagnoser som "afhængighed" og "skadeligt brug" hører under psykiatrien. Da psykiatriske problemstillinger har været genstand for en vis forskning i andre undersøgelser, er det valgt at prioritere de mindre belyste somatiske problemer, men de psykiatriske data er dog opgivet, hvor de er til stede i journaler.

### **Selvvurderingen i forhold til lægeundersøgelsen**

Selvvurderingsundersøgelsen udgør sammen med lægeundersøgelsen en mulighed for at sammenligne data for den samme gruppe – anskuet fra 2 forskellige synsvinkler, nemlig undersøgende læge og den enkelte hjemløse selv.

Sammenligningen kan dog være problematisk på nogle områder. F.eks. vil der være tilstande som diagnostisk henhører under psykiatriske lidelser, men som ikke umiddelbart opfattes som problematisk for den enkelte. Her kan der være tale om psykoti-

ske tilstande og personligheds- og adfærdsforstyrrelser, men hvor den enkelte opfatter det som om, at det er omgivelserne, der er problematiske. Med hensyn til somatiske lidelser er en del af de mere alvorlige kroniske tilstande ikke nødvendigvis noget, den enkelte mærker i dagligdagen. For eksempel giver en kronisk syg lever ikke særlige symptomer fra sig før det afsluttende stadie, og nerveskader opfattes ikke nødvendigvis, før der tilkommer brændende smerter i fødderne. Klinisk vil der dog være sygdomstegn adskillige år før. I selvvurderingsundersøgelsen angiver 62,2% at have problemer indenfor 3 eller flere af i alt 9 forskellige helbredsrelaterede områder.

### Somatiske problemer

Der opereres i selvvurderingsundersøgelsen med *ingen*, *lidt* eller *store problemer* i forhold til de parametre, der udspørges om. Andelen af brugerne, der opgiver *lidt* eller *store problemer*, er således fordelt:

Fysisk mobilitet:	37,7%
Vejrtrækning:	44,7%
Udskillelse / kvalme:	47,4%
Tandsmerter:	50,0%

Fysisk mobilitet er et "samleproblem", der dækker over sygdomme i flere organer, herunder hjerte, lunger og bevægeapparat. Det er ikke muligt at relatere denne klage til et enkelt organsystem. Hvis man ser på antallet, der klager over smerte i benene, svarer dette for eksempel til det antal, der har alkoholbetinget nervebetændelse, men der kan naturligvis være andre årsager, som skader på muskler og knogler, der medvirker til smerten.

Vejrtrækningsproblemer dækker over både hjerte- og lungeproblemer. Der er fundet lungesygdom hos henholdsvis 40% og 47% af alkohol- og opioidbrugerne, hvilket kunne tale for en sammenhæng mellem sygdomme fundet i lægeundersøgelsen og brugernes egne oplevede problemer.

Lidelser i mave-/tarmsystemet er i lægeundersøgelsen fundet hos 33%. Dette er noget lavere end de 47%, der oplyser, at de har problemer med udskillelse/kvalme, men tallet dækker nok også over en del problemer, som er udløst af stof- og alkoholbrug, og som ikke umiddelbart kan findes ved en lægeundersøgelse.

Tandsmerter hos 50% stemmer fint overens med fund af dårlig tandstatus hos ca. 63%, idet en del ikke vil have smerter – især hvis tænderne mangler helt.

Smerteproblemer i bevægeapparatet kan ikke udskilles specifikt. Hvis man dog alligevel lægger dem, der klager over smerter i arme og ben med en VAS-angivelse på mere end 3, sammen, får man 73,5%. Bevægeapparatslidelser i lægeundersøgelsen er fundet hos henholdsvis 84,4% og 61,8% (alkohol og opioidgrupperne) og understøtter derved problemerne fundet i selvvurderingsundersøgelsen.

#### Psykiske problemer

71% angiver i selvvurderingsundersøgelsen at have psykiske problemer. Hvis man forudsætter, at det at have psykiske problemer dækker over det affektive spektrum "at føle sig dårlig", ses en god samstemmighed, idet næsten 67% har periodisk depression og mellem  $\frac{1}{4}$  og  $\frac{1}{3}$  har angstproblemer.

#### Misbrug

Opgørelsesmetoden i selvvurderingsundersøgelsen og lægeundersøgelsen er ikke umiddelbart ens. Hvor der i selvvurderingsundersøgelsen er spurgt til nuværende brug af hovedstof og ét til flere sidestoffer, er der i lægeundersøgelsen spurgt til præcist brug, herunder mængder og tid fra første kontakt med det enkelte stof.

	Lægeundersøgelsen	Selvvurderingen
Alkohol som primære stof	32 (42,6%)	34 (32%)
Opioid som primære stof	34 (45,4)	48 (46%)
Sedativa som primære stof	3 (4%)	1 (0,96%)
Cannabis som primære stof	3 (4%)	16 (15,4%)
Episodisk brug af flere stoffer	3 (4%)	16 (15,4%)

**Tablet 13.** Hovedgrupperingerne i antal(%)

Den største forskel mellem de to undersøgelsesgrene er, at den primære alkoholgruppe er næsten lige så stor som opioidgruppen i lægeundersøgelsen, mens den er ca.  $\frac{1}{3}$  lavere end opioidgruppen i selvvurderingsundersøgelsen. Det ser således ud til, at flere af de primært alkoholafhængige er gået videre i lægeundersøgelsen end opioidafhængige.

At der er registreret flere sedativafhængige i lægeundersøgelsen kan skyldes, at benzodiazepiner ikke opfattes som stofmisbrug. Men der er ikke i lægeundersøgelsen taget hensyn til, om stoffet er lægeordineret eller ej, kun om der er tale om afhængighed.

Selvurvaluingsundersøgelser antyder, at den opdeling, der er foretaget på basis af en nøjere gennemgang af stofindtagelsen, er nogenlunde samstemmende med brugerne egne opfattelser af deres stofbrug.

### **Psykiatriske diagnoser sammenlignet med andre undersøgelser**

Hovedvægten i forhold til psykiatriske diagnoser er altså lagt på en differentieret beskrivelse af stof- og alkoholbrug samt en beskrivelse af angst og depressive symptomer.

Psykiatriske data i denne undersøgelse er som anført tidligere sammenført fra flere kilder, hvilket både kan føre til overrepræsentation af nogle diagnoser og underrepræsentation af andre. Ydermere er de officielle regler for diagnosticering af psykiatriske tilstande ikke fulgt fuldstændigt strikt (se nedenstående faktaboks).

#### **Faktaboks: Overvejelser i forhold til psykiatriske diagnoser**

For at kunne differentiere brugen af alkohol og stoffer ved udtræk fra databasen er reglerne for diagnosticering omgået. Ifølge reglerne kan man, populært sagt, ikke tildele en tilstand et højt diagnose-nummer, hvis den samtidig har et lavere nummer.

Hvis en patient har kontinuerligt alkoholbrug, kan en diagnose være alkoholafhængighedssyndrom kontinuerligt brug F10.25. Hvis patienten samtidig har depressive symptomer og klart scorer i forhold til diagnostiske kriterier for depression, kan eksempelvis diagnosen periodisk depression (F 33) ikke stilles, fordi der samtidig er en tilstand med organisk påvirkning (alkoholdiagnosen F10.25). Man må i et sådant tilfælde fjerne alkoholen og i realiteten afvente, at den påvirkning, som alkohol giver i depressiv retning, klinger af for at kunne stille den korrekte diagnose. Dette kan gå hurtigt, men kan også tage op til flere måneder.

En omfattende forskning viser imidlertid, at depressioner hos personer med pågående misbrug ikke adskiller sig meget fra depressioner hos ikke-misbrugere, herunder at de kan behandles med den samme type medicin (Nunes, 2004).

I denne undersøgelse er angst- og depressionssymptomer registreret i databasen med de diagnoser, de ville blive tildelt, hvis der ikke var tale om stofbrug. Formålet hermed er at vise hvor mange, der reelt har symptomer på angst og depression, uanset at der ikke er tale om disse sygdomme i den strikte forstand. Dette kan have den følge, at forbigående, stofinducerede depressioner (alkoholbettinget residual affektiv sindslidelse (F10.72)) fremstår som periodisk depression F33, hvor dette ikke er korrekt.

Depressions- og angsttilstandene i denne undersøgelse skal derfor mere opfattes som "symptomdiagnoser" end diagnoser i ICD10's strikte forstand. Dette uanset at den undersøgte opfylder de diagnostiske krav.

Depressions- og angstsymptomer ses hos henholdsvis 66,7% og 57,3%. Samtidig angst ses hos 71%. I Mannheim-undersøgelsen er det samlede antal af depressions- og angstdiagnoser henholdsvis 7% og 9%, hvilket er lavere end i eksempelvis en stor befolkningsundersøgelse fra USA (Bridget, 2004). Her fandt man, at 18% af mennesker med stof- eller alkoholmisbrug i den generelle befolkning havde angstlidelser, og 11% havde depression, mens 20% af depressive og 15% af mennesker med angst indenfor de seneste 12 måneder også havde et stof- eller alkoholmisbrug. I Dublin-

undersøgelsen er det samlede antal opgjort til henholdsvis 32,5% med depression og 27,6% med angst. I Nordentofts undersøgelse er dette ikke opgjort (Nordentoft, 1994).

Dette illustrerer sandsynligvis de undersøgte populationers forskellighed i en lang række forhold - som for eksempel stof- og alkoholbrug, social funktionsevne og forskelle i de enkelte landes befolkninger. Variationen kan dog også skyldes forskelle i undersøgelsesmetodikker.

For eksempel har man i Mannheim, så vidt det kan vurderes, holdt sig meget strikt til de generelle regler for diagnosticering, hvilket kan føre til meget forskellige resultater. Hvor stor en forklaringsfaktor til forskellene dette er, kan ikke siges ud fra denne sammenligning.

I modsætning til det høje antal affektive (depressions- og angst-) lidelser er antallet af skizofrenier, skizotypiske lidelser og personlighedsforstyrrelser lavere i nærværende undersøgelse. Der er her kun spurgt til "psykose nogensinde" og i bekræftende fald under hvilke forhold og hvilke symptomer, der var til stede. Der er ikke forsøgt regelret diagnosticering, da dette er uden mening i den korte setting, som denne lægeundersøgelse har været.

Skizofrene og skizotypiske diagnoser er fundet hos 12%. Der kan være tale om underdiagnosticering, da disse diagnoser i undersøgelsen er afhængige af, at de er beskrevet i tilgængelige lægelige journalnotater. Det må forventes, at en del oplysninger om psykiatriske indlæggelser ikke kommer frem på grund af forglemmelse, eller fordi de forties. Desuden har en del, som reelt er skizofrene, ikke kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen. I Mannheim-undersøgelsen er prævalensen af skizofrene og skizoide sat til 7%, men igen er der sandsynligvis tale om en mindre belastet gruppe end i denne undersøgelse. I Nordentofts undersøgelse oplyses om i alt 21% skizofrene.

Personlighedsforstyrrelser er defineret som dybt indgroede og vedvarende adfærdsmønstre, der viser sig som ufleksible reaktioner på personlige og sociale relationer, som opstår i barndommen eller ungdommen og fortsætter potentielt livslangt. Personlighedsforstyrrelser ses som afvigelser fra den almindelige norm og opfattes som ekstreme varianter mere end som sygdomme.

Personlighedsforstyrrelse har mere eller mindre "status" som en ubehandlelig del af nogle menneskers psyke. Det er uhyre sjældent, at personlighedsforstyrrelse optræ-

der som diagnose i det daglige arbejde på hjemløseområdet, og dette kunne antyde, at der er en underdiagnosticering af denne lidelse.

I den daglige praksis og i et socialt fluktuerende miljø, hvor sociale medarbejdere konstant ser mennesker i ekstreme situationer, bliver en del psykiske sygdomme og tilstande let opfattet som normal misbruger- eller hjemløseadfærd, fordi adfærden er så hyppigt forekommende.

Diagnosticering er heller ikke let på denne gruppe på grund af det store misbrug, der hyppigt er til stede. Især alkohol og kokain er kendt for at kunne inducere tilstande, der ligner kroniske psykiatriske sygdomme og dermed også forbigående personlighedsforstyrrelser. Hvis tilstanden er alkohol- eller stofinduceret, vil den som regel forsvinde i løbet af nogle uger eller måneder. Personligheds- eller adfærdsforstyrrelser, som er lettere eller under kontrol, når personen er ædru, kommer til fuldt flor under rusen og forårsager ofte, at personen ekskluderes fra den hjælp, der er til stede på grund af sin adfærd.

Personlighedsforstyrrelser (F6) er diagnosticeret hos 13% (journaloplysninger) i undersøgelsen. I den psykiatriske del af Mannheim-undersøgelsen angiver man, at 14,7% af de undersøgte er så tydelige i deres symptomatologi, at de, trods høje grænser for at kunne tildele personlighedsdiagnoser, får diagnosen efter kun en enkelt kontakt. Dermed antydes også, at problematikken er betydeligt højere i hjemløsepopulationen generelt og (da 45% af Mannheim-population er uden misbrug) højere endnu i den misbrugende del af hjemløsepopulationen, som er fokus i undersøgelsen. Hvor stor den faktiske andel af personlighedsforstyrrelser er, er der ikke umiddelbart fundet opgørelser over, men at der er tale om et betydeligt problem i forhold til den sociale eksklusionsproces, er der nok ingen tvivl om.

### **Somatiske diagnoser sammenlignet med andre undersøgelser**

Somatiske skader i forbindelse med hjemløshed er velundersøgt i selvvrderende helbredsundersøgelser på verdensplan, men er som tidligere beskrevet ikke undersøgt i lægeundersøgelser.

Problemet i forhold til denne lægeundersøgelse er således manglen på direkte sammenlignelige somatiske helbredsundersøgelser. De mest oplagte er undersøgelserne fra Mannheim og Dublin, hvor der kun i den første foregik fysisk lægeundersøgelse, mens den anden udelukkende var baseret på selvvrdering, der indbefattede somatiske spørgsmål. En sammenligning med Dublin-undersøgelsen kan give et indtryk af, om der er sammenhæng mellem fundene, eller om forskellene i metode og de under-



søgte populationer er for forskellige til, at det har nogen relevans at sammenligne de to populationer.

Mannheim-undersøgelsen er foretaget med brug af ICD10, ligesom i denne undersøgelse, og dette letter naturligvis sammenligningen (se foregående faktaboks for forklaring af ICD10). Der ser dog ud til at være nogle forskelle, som måske kan tilskrives metodiske forskelle og målgruppe.

Forskellige målgrupper kan umiddelbart forklare forskellen på denne undersøgelse og Mannheim-undersøgelsen med hensyn til "mængden" af somatisk sygelighed generelt. 38,3% af de undersøgte i Mannheim præsenterede sig ikke med nogen form for somatiske problemer, mens kun en enkelt i vores undersøgelse oplyste om somatiske problemer (svarende til 1,3%).

Det forekommer da også, at der er tale om en generelt mere belastet og mere multipelt skadet gruppe i nærværende undersøgelse, hvor hensigten har været at fokusere på den mest marginaliserede gruppe. I Mannheim-undersøgelsen indgår således også forholdsvis velfungerende herbergsbeboere og andre, som formår at benytte hjælpesystemet, mens det har været et inklusionskriterium i denne undersøgelse, at man ikke er i stand til at benytte systemet.

Antallet af somatiske diagnoser er således markant højere i denne undersøgelse i forhold til Mannheim-undersøgelsen. Der er fundet i alt 490 somatiske diagnoser svarende til 6,5 diagnoser i gennemsnit mod 135 diagnoser fordelt på 102 personer i Mannheim. Det svarer til 1,3 i gennemsnit eller 5 gange højere somatisk sygelighed i nærværende undersøgelse.

Hvis man ser på alkoholikergruppen i Mannheim-undersøgelsen og samler diagnoser for denne gruppe samt fjerner 2 markante diagnoser fra denne undersøgelse (dårlig tandstatus: 47 samt syns- og høreproblemer: 43 som tilsyneladende ikke er medtaget i Mannheim) ses en gennemsnitlig sygelighed her på 5,3 og i Mannheim på 1,8 sygdomme pr. person, svarende til kun 3 gange så høj.

At der stadig er stor forskel i antallet af diagnoser skyldes sandsynligvis den undersøgte population, men også kriterier for tildeling af en diagnose kan være medvirkende til variationen.

Det er ikke muligt direkte at sammenligne læge- og selvvurderingsundersøgelser, da en selvvurderingsundersøgelse samler sygdomme i symptomkategorier, mens læge-

undersøgelsen er organspecifik. For eksempel vil hjerteproblemer ofte give sig udtryk i vejrtrækningsproblemer og træthed, som den enkelte ikke umiddelbart vil forbinde med hjertet, men blot kalde lungeproblemer eller slet og ret "træthed". 29,7% i San Francisco-undersøgelsen angiver, at de udmattes meget hurtigt, men træthed er samtidig et symptom på en lang række andre lidelser inklusive stof- og alkoholmisbrug.

Et forsøg på at sammenligne er dog gjort i tabel 14. Her ses en tydelig variation indenfor 9 forskellige parametre. For en del af undersøgelserne kan tal ikke oplyses, da der øjensynligt ikke er spurgt til netop disse oplysninger, eller fordi de skjuler sig i blandede symptomkomplekser som beskrevet ovenfor. Andre oplysninger vil ganske enkelt ikke forekomme, såsom alkoholisk demens, eller ikke blive opfattet af den adspurgte, fordi problemet er opstået så snigende, at det er blevet en del af personens opfattelse af sig selv, som eksempelvis nedsat synsevne. Først når selvvurderingsundersøgelsen kombineres med en lægeundersøgelse kan den enkeltes selvvurderede helbred sættes ind i en større sammenhæng.

Forekomst (%) i 5 hjemløseundersøgelser								
	1a	1b	2a	2b	3	4	5a	5b
Dårlig tandstatus	62,7	50 g	-	-	37,1	41,6	-	-
Alkoholisk leverskade	56,0	-	26,5	40,0	-	-	-	-
Alkoholisk nerveskade og alkoholisk demens	50,7	-	39,2	40,0	-	-	5,2 d	15,4 d
Øjen- og synsforstyrrelser	41,3	-	-	-	-	-	-	-
Lungesygdomme	36,0	44,7	9,8	12,3	15,8	27,7	8,9 e	22,8 e
Bevægeapparatskader (eller kroniske følger) b	21,3	37,7f	1,9	3,1	21,3 a	22,3	16,3	40,9
Hjerteproblemer	16,0	30,4 h		6,2	5,1	11,0	6,5	18,2
Rygsmærter	16,0		-	-	-	38,4	26,0 c	46,3 c
Forhøjet blodtryk	9,5	-	7,8	10,7	12,7	24,5	8,5	17,3

**Tabel 14.** Sammenligning af denne undersøgelse med 3 somatisk orienterede undersøgelser:

- 1a. Nærværende lægeundersøgelse
- 1b. Nærværende selvvurderingsundersøgelse
- 2.a Mannheim-undersøgelsen alle (lægeundersøgelse)
- 2.b Mannheim-undersøgelsen, alkoholpopulationen (lægeundersøgelse)
3. Dublin-undersøgelsen (selvvurderingsundersøgelse)
4. San Francisco-undersøgelsen (selvvurderingsundersøgelse)
- 5a. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 , gennemsnit af alle (selvvurderingsundersøgelse)
- 5b. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000, førtidspensionister (selvvurderingsundersøgelse)

**Forklaringer:**

**a** - kun fodproblemer angivet

**b** - skader på knogle- og bindevæv (rygsygdomme er ikke medregnet i 5a+b)

**c** - 11,7% (34,2% af førtidspensionister) oplyser, at de har rygsygdom. 26% (46,3) oplyser om rygsmærter/gener indenfor de seneste 14 dage

**d** - andel der oplyser om sygdomme i nervesystem, ikke nødvendigvis alkoholrelateret

**e** - astma + kronisk bronkitis

**f** - problemer med fysisk mobilitet

**g** - beskrevet som "tandsmerte"

**h** - smerte i brystet. Det er ikke nærmere specificeret, om rygsmerter er en del af dette, men antallet er sammenligneligt med antallet i de øvrige selv vurderingsundersøgelser

De tomme pladser i skemaet skyldes, at der ikke findes data i de enkelte undersøgelser på de pågældende områder.

Anskuet som i tabel 14 forekommer resultaterne af nærværende undersøgelse, set i forhold til Den Nationale Befolkningsundersøgelse, at kunne ses som en del af et større kontinuum, hvor hyppigheden af sygdomme stiger med faldene social status. Der ses således en del sammenfald med fundene i gruppen af førtidspensionister, som også fremstår som markant belastet i forhold til normalbefolkningen. Samtidig er der som forventeligt en større belastning i den her undersøgte gruppe, der kan begrundes med bolig- og misbrugsforhold. Hjemløsegruppen fremstår derved som en helbredsmæssig ekstrem gruppe i samfundet med et stort behov for behandling.

Variationen i somatisk helbred indenfor de undersøgte hjemløse-grupper er stor, men afstanden til de hjemløse i Mannheim-undersøgelsen er så markant, at den er lige så stor som den helbredsmæssige afstand til den danske gennemsnitsbefolkning, hvis man ser bort fra de rent misbrugsrelaterede skader på lever og nervesystem. Dette kunne give en mistanke om, at diagnosekriterierne i Mannheim-undersøgelsen er brugt meget rigoristisk, som det for eksempel er beskrevet i ovenstående faktaboks, hvorved en stor del af sygdommene ikke optræder i diagnoseregistreringen.

Uanset at Mannheim-undersøgelsen er fuldstændigt korrekt udført, synes den at indeholde en kraftig underrepræsentation af diagnoser. Dette er et kendt metodisk problem. Diagnosesystemet er opstillet på en sådan måde, at man finder flest mulig med en specifik lidelse i befolkningen som helhed. Problemet opstår, når man benytter denne metodik på ekstreme grupper, idet nogle af de kriterier, der skal være til stede for at stille en diagnose, vil blive overskygget af andre tilstande, som findes hos mange inden for den ekstreme gruppe - som her for eksempel misbrugere. Udfordringen er at finde de afgrænsninger, der giver det mest realistiske billede.

Inden for nogle af diagnoseområderne vil symptomer af naturlige årsager ikke optræde i en selv vurderingsundersøgelse. Det kan for eksempel dreje sig om tilstande såsom alkoholisk leverskade, -nerveskade og demens, hvor den enkelte enten ikke opfatter symptomerne, eller hvor symptomerne er opstået og vokset over så lang tid, at der er sket en tilpasning til dem. Livet på gaden er med sit ekstreme udtryk også med

til at danne en kontekst, hvor ekstreme symptomer forekommer langt mere "normale", end de ville gøre i andre miljøer.

I nogle tilfælde vil symptomerne ikke blive beskrevet, simpelthen fordi det af den enkelte opfattes som skamfuldt at have skader af misbruget, uanset at det er tydeligt for de fleste.

Det er altså indenfor nogle problemområder ikke muligt at sammenligne de to typer undersøgelser. Men det bliver igen en bekræftelse af, at denne undersøgelses dobbelte perspektiv har relevans, idet det kan belyse nogle af de områder, hvor de to grene af undersøgelsen har "blinde vinkler". Dermed kan det også belyse, hvor man kommer til at mangle kvalificerede oplysninger, hvis man kun benytter den ene type undersøgelse.

På andre områder ses klare sammenfald i forhold til somatiske problemer. I Dublin- og San Francisco-undersøgelserne, hvor der ligesom i nærværende undersøgelse er spurgt til tandproblemer, oplyser ca. 40% om tandproblemer. I denne undersøgelse er der fundet tandproblemer hos 61%. Forskellen må tilskrives, at der kan være et vist mål af skade, inden den enkelte begynder at opfatte det som et problem. Nogle manglende kindtænder opfattes måske ikke som problematisk i det daglige. Først når tyggefunktionen er ødelagt, eller der er vedvarende smerter, opfattes det som problematisk, mens man ved lægeundersøgelse vil se tegnene på svære skader lang tid før.

Der er i nærværende undersøgelse fundet et højt antal personer med synsproblemer. Dette kan dække over et utal af tilstande, som mere eller mindre forbigående kan give nedsat syn, som for eksempel abstinensstilstande, "forgiftning" med stoffer, vitamin-mangeltilstande og ikke mindst manglende korrektion af for eksempel nær- eller langsynethed. Kun en undersøgelse, der direkte retter sig mod at finde årsagerne, kan belyse dette område yderligere.

Problemerne for den enkelte ses i forhold til den generelle sansning, som i forvejen er skadet hos ca. 2/3 på grund af alkoholrelaterede skader. Et dårligt syn må formodes at medvirke yderligere til forværring af de forvirringstilstande og psykiske forstyrrelser, der optræder i kølvandet på stof- og alkoholmisbruget.

Der er generelt en lavere registrering af hjerteproblemer og luftvejsproblemer i selv-vurderingsundersøgelserne. Problematikken er her den samme som for tandproblemerne, idet netop sygdomme i disse organer kan udvikle sig gennem længere tid, uden at der hos den enkelte registreres nogen problemer. Problemerne opstår, når

der tilkommer belastning som for eksempel lungebetændelse. I den situation forværres den forholdsvis uskadelige infektion og kan udvikle sig livstruende, og især kan der efterfølgende ses en kraftig og ofte langvarig forværring af hjerteproblemet eller den kroniske lungelidelse.

På et parameter som diabetes ses derimod et fuldstændigt sammenfald på henholdsvis 2,7% i denne undersøgelse og 2,5% i Dublin-undersøgelsen (ikke medtaget i tabel 14), hvilket kan være et udtryk for, at rapporteringen af kendte sygdomme er god.

Sammenfattende kan det siges, at det ikke umiddelbart er muligt direkte at sammenligne lægelige undersøgelser og selvvurderingsundersøgelser. Problemet ligger i, at den enkeltes vurdering af sin egen tilstand er en kompleks sammenvævning af sansninger og observationer af ændrede funktioner, sat ind i en social kontekst, som er individuel. I den sociale kontekst er også inkluderet uddannelsesniveau og opfattelse af, hvordan kroppen fungerer. Det vil derfor oftest ikke være muligt for den enkelte at beskrive symptomer som henhørende til et bestemt organ- eller organsystem.

I ovenstående gennemgang er det derfor forsøgt at gruppere de lægelige diagnoser, så de modsvarer de områder, der er undersøgt ved 3 selvvurderingsundersøgelser fra henholdsvis Dublin, San Francisco og København. Samtidig er der sammenlignet med diagnoser, fundet ved en lægelig undersøgelse af hjemløse alkoholikere i Mannheim.

Overordnet er der en god sammenhæng mellem de skader, der er fundet i denne undersøgelse og de helbredsoplysninger, der er indsamlet i de 3 selvvurderingsundersøgelser. Der er ikke fuldstændigt sammenfald, hvilket både kan forklares med forskelle i sammensætningen af hjemløsegrupperne, og at der er tale om grupper fra forskellige lande. Der er dog ikke nogen iøjnefaldende forskelle mellem de 3 selvvurderingsundersøgelser og denne lægeundersøgelse, som ikke kan forklares. Der er forskellige områder, som ikke er medtaget i de forskellige undersøgelser, men der ses et rimeligt sammenfald af data med de øvrige undersøgelser.

Alkoholisk lever- og nervesystemskade er de to mest udbredte diagnosegrupper i både denne lægeundersøgelse og Mannheim-undersøgelsen. Dette afspejles ikke i selvvurderingsundersøgelserne, fordi eksempelvis nerveskader kan give mange forskellige symptomer, der - ligesom demensudvikling - ikke nødvendigvis registreres af den enkelte; som oftest udvikles der kompensationsmekanismer i forhold til smerter og i forhold til hukommelsesproblemer. I forhold til en del andre skader ses der ikke sammenfald mellem denne lægeundersøgelse og Mannheim-undersøgelsen, men her

findes de procentpoint, der er fundet, at stemme overens med det, der er fundet ved selvvurderingsundersøgelserne. Der tænkes her på lunge-, hjerte- og rygproblemer.

I en netop offentliggjort undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2004) har man set på dødsårsager blandt stofmisbrugere i stofmisbrugsbehandling i årene 1996-2002. Her udgør de direkte stofrelaterede dødsfald ca. 50% (men disse dødsfald er i øvrigt faldende med 12% over 4 år), men de øvrige dødsårsager giver et billede af de sygdomme, der fører til døden for denne gruppe. Hovedparten af dødsfald sker ved ulykker, vold og selvtilført skade (32%), hvilket også modsvares af et stort antal følger efter traumer i denne undersøgelse. Næsten 10% dør af alkoholiske leverskader. Der er fundet nervesystemsskader hos 59% i denne undersøgelse, men de optræder ikke i dødsstatistikker. 3% dør af hepatitis B og 7% af HIV/AIDS. Størrelsesforholdene for disse dødsfaldstyper er forenelige med antallet af smittede med disse sygdomme, der er fundet i denne undersøgelse.

#### **Hepatitis, HIV og tuberkulose i forhold til andre undersøgelser**

Antistof mod hepatitis C, som er fundet hos 52% i hele populationen af lægeundersøgelse, dækker over en forskel, idet 25% i alkoholgruppen og 85% i gruppen af injektionsmisbrugere er smittet med hepatitis C. Udbredelsen af hepatitis C er ikke kendt, ligesom det årlige antal, der smittes, heller ikke er det (Sundhedsstyrelsen 2004).

Der er anslået en prævalens blandt injektionsmisbrugere på 90%, og dette passer nogenlunde med det, der findes i denne undersøgelse. I alkoholgruppen er 8 personer smittede, 4 af disse har tidligere haft injektionsmisbrug, 3 benægter at have haft injektionsmisbrug, men er samtidig svært adfærdsforstyrrede eller psykotiske, når de tager alkohol og/eller stoffer, en enkelt har sandsynligvis aldrig haft injektionsmisbrug og er ikke kendt med specielt kaotisk adfærd, men har i 1970'erne været behandlet på sygehus efter bilulykke med svære traumer og har sandsynligvis i den sammenhæng fået blodtransfusion, så der er en plausibel forklaring på smittestatus.

Problemet i forhold til hepatitis C er, at nye smittetilfælde oftest forløber uden særlige symptomer (subklinisk), og at op mod 80% ender i kronisk infektion. Den enkelte vil derfor ofte ikke blive advaret om smitten og fortsætter derfor som uerkendt smitekilde i miljøet i årene fremover. Dette har medført en massiv udbredelse af hepatitis, som i modsætning til HIV er tæt på at omfatte alle i miljøet.

I en nylig artikel (Stein, 2004) har man set på adfærd blandt hjemløse hepatitis C-positive i Californien og fundet, at der som ventet ikke var andre større smitteveje end injektionsmisbrug og delvis tatoveringer - især "uautoriserede" tatoveringer foretaget i

fængsler. Det omtales også, at det ikke bare er deling af kanyler og sprøjter men også af andre remedier til injektionsbrug såsom skyllevand og –skåle, der medvirker til smitteoverførsel. Alkoholmisbrug eller stofmisbrug i sig selv er ikke medvirkende faktorer, ligesom der heller ikke ses overførsel seksuelt i nævneværdigt omfang - om overhovedet.

I en undersøgelse af smittestatus og injektionsadfærd blandt københavnske stofmisbrugere har man fundet ud af, at så godt som alle injektionsmisbrugere var smittet indenfor de første 4 år af stofkarrieren (Fuglsang, 2000). Dette er en bekræftelse af en ældre amerikansk undersøgelse, der viste, at de fleste blev smittet inden for det første år i miljøet (Garfein, 1996).

I Steins undersøgelse fra 2004 har man undersøgt den uhensigtsmæssige injektionsadfærd blandt hjemløse nærmere og fundet, at denne adfærd ikke ændrer sig over tid, således at den risikoadfærd, der førte til smitte oprindeligt, også er med til at sprede smitten videre fra de kroniske hepatitis C-tilfælde. De fundne resultater ligger i tråd med den københavnske undersøgelse fra 2000.

En forstærket smitteopsporing, hvor den enkelte bliver bevidst om sin smittestatus, samt ikke mindst fri tilgængelighed af kanylesæt inklusive vand og øvrige remedier, overalt hvor hjemløse stofmisbrugere færdes, ville kunne medvirke til at nedsætte antallet af nye smittede. Det største fokus må her være at forhindre, at nytillkomne smittes, som det også er påpeget af Sundhedsstyrelsen i "Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis" fra 2002.

Positive antistoffer mod hepatitis B og A er generelt mindre forekommende; kun ca. 5% af normalbefolkningen er smittede med henholdsvis hepatitis A og B. I denne undersøgelse ses dog op mod 30% med hepatitis B og 15% med hepatitis A i den samlede lægeundersøgte population. Hepatitis B overføres primært via kanyler blandt injektionsmisbrugere og seksuelt, mens hepatitis A hyppigt forekommer i miljøer med lav hygiejne.

Risikoen for kronisk forløb af hepatitis B er langt mindre end for hepatitis C, men kombinationen af disse 2 virus er uheldig, idet samtidig hepatitis B forværrer hepatitis C-forløbet, som også samtidig infektion med HIV gør (Weis, 2003).

Forløbet af hepatitis C forværres også kraftigt af samtidigt alkoholmisbrug, hvilket kan være en af årsagerne til den stærkt forøgede dødelighed for alkoholmisbrugere som belyst i afsnittet om misbrugsdiagnoser.

Andenhåndsoplysninger tyder på, at tuberkulose, i overensstemmelse med øvrige undersøgelser (Salize, 2003, Holohan, 2000 og Segal, 1998), ikke er særligt udbredt. Der er ikke testet for tuberkulose i denne undersøgelse, men der er ad anden vej konstateret i alt 2 smittede, som begge var i behandling ved undersøgelsen.

### **Misbrugsdiagnoser sammenlignet med andre undersøgelser**

Forekomst af stof- og alkoholbrug kan være svært at evaluere. Hvis ikke spørgsmålene er præcist formuleret overses let stofbrug.

Hvis der er afhængighedsforhold til udspørgeren, for eksempel i form af metadonudlevering eller anden medicinering eller i form af risiko for social intervention, vil det sandsynligvis føre til modificering af de svar, der gives, så de svarer til det, brugeren måtte mene, der ønskes, snarere end realiteter. I denne undersøgelse er det gjort klart inden interview, at der ikke kan være tale om udskrivning af nogen form for afhængighedsskabende medicin. Den enkelte er udspurgt nøje om indtagelse af en række stoffer, herunder blandt andet hvornår det er indtaget første og seneste gang, hvilke former det er indtaget i og hvor ofte. Der er endvidere spurgt til lægeordinationer incl. metadon og benzodiazepiner.

Gruppen af hjemløse er som tidligere beskrevet opdelt i 34 opioid- og 32 alkoholafhængige.

Der er ikke nøjere gennemgang af misbrugsstatus i de undersøgelser, der er refereret til i tabel 12, bortset fra i Mannheim-undersøgelsen, hvor populationen er delt i alkoholmisbrugende og ikke-misbrugende, og her findes en betydeligt øget sygelighed i misbrugergruppen.

Mannheim-undersøgelsen omhandler 65 alkoholmisbrugere på herberger, og der er ikke omtalt andet misbrug end alkohol. De 65 undersøgte alkoholmisbrugere i Mannheim diagnosticeres med skadeligt alkoholbrug (F10.1) for 21 og alkoholafhængigheds-syndrom (F10.2) for 44.

Til sammenligning er diagnosen skadeligt alkoholbrug (F10.1) i denne undersøgelse stillet i 2 tilfælde, men i det ene tilfælde er der samtidig kontinuerligt opioid- (F11.25) og cannabisbrug (F12.25), i det andet tilfælde er der samtidig kontinuerligt cannabisbrug (F10.25) samt brug af kokain og andre stimulantia (F14.1 og 15.1). Gruppen der er vurderet som alkoholafhængige med episodisk brug (F10.26) består af 7 personer, der ligeledes alle har blandingsmisbrug og afhængighed af andre stoffer end alkohol.



Ligeledes taler den høje prævalens af alkoholrelaterede skader som neuropati og alkoholisk leverskade for, at de alkoholafhængige i denne undersøgelsesgruppe er særdeles svært belastede.

Valget mellem at stille diagnosen F1x.1(skadeligt brug) eller F1x.26 (afhængig med episodisk brug) er i nogle tilfælde beroende på et skøn, idet det kan være vanskeligt at danne sig et fuldstændigt billede af den enkeltes stofadfærd i forhold til hvert enkelt stof. Samtidig er nogle af de diagnostiske kriterier for afhængighed ikke specielt brugbare i et miljø, hvor normale sociale rammer stort set er sat ud af kraft.

Hos Nordentoft er misbruget inddelt som følger (% af 185 undersøgte hjemløse), her sammenlignet med fundene fra vores undersøgelse (Nordentoft, 2003).

	Nordentoft	Lægeundersøgelsen
Misbrug af alkohol	47	77,3
Opioider	44	46,7
Cannabis	26	82,7
Sedativer	14	49,3
Kokain og / eller stimulantia	14	62,5
Alle som har misbrug	78	100

**Tablet 15.** Diagnoser fundet hos Nordentoft (2003) og i nærværende undersøgelse i % af den samlede population, der er på henholdsvis 185 og 75 personer.

Der er ikke redegjort for, om der er dagligt, episodisk eller periodisk brug, og der er ikke, som i denne undersøgelse, tale om en primær målgruppe af misbrugere. Tallene er derfor som forventeligt lavere. Nordentofts undersøgelse beskriver til gengæld, at øget dødelighed i forhold til hjemløse som helhed er forbundet med misbrug af alkohol og beroligende medicin (sedativa).

Misbruget af netop alkohol og sedativa er betydeligt højere i nærværende undersøgelse end i Nordentofts, og der må derfor forventes en stærkt øget dødelighed for denne gruppe både i forhold til normalbefolkningen og i forhold til den gruppe, Nordentoft har undersøgt.

Det er anslået, at der blandt de hjemløse på Københavns Kommunes herberger er ca. 40%, der er stofmisbrugere, og på enkelte af herbergerne er det op til 80% (Sundhedsstyrelsen/EMCCDA 2002).

Denne undersøgelse har set nærmere på opioidbrugernes brug af substitutionsopioid og illegal opioid.

Det er kendt, at metadonbehandling, ved siden af andre effekter, også nedsætter sygelighed og dødelighed. Dette ses af, at flere ældre er i vedvarende metadonbehandling, og underbygges af Sundhedsstyrelsens undersøgelse (Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996-2002), hvor man finder ud af, at den gennemsnitlige levetid er forøget med godt 7 år i perioden.

I denne undersøgelse er 34 opioidafhængige, og heraf er 22 i substitutionsbehandling. Fordelingen af det såkaldte sidemisbrug er vist i datakapitlet fig. 27, hvor det ses, at gruppen af opioidmisbrugere har et markant højere antal stoffer, der indtages ud over hovedstoffet, end alkoholikergruppen. Der ses heller ikke større forskelle mellem substitutionsbehandlede og ikke-behandlede i forhold til indtagelse af illegalt heroin.

Hvis vi ser nærmere på gruppen i forhold til somatiske og psykiatriske problemer (tabel 3) ses der ikke nogen særlig forskel mellem den andel, der er i substitutionsbehandling og den del, der ikke er det. Der ses heller ikke umiddelbart mindre misbrug for den substitutionsbehandlede gruppe. Det er dog en empirisk iagttagelse fra dagligdagen, at metadonbehandling i hvert fald i nogen tid kan dæmpe tendens til kaotisk adfærd i denne gruppe.

Problemet i forhold til substitutionsbehandling og psykisk syge hjemløse er nok, at det er sværere at komme igennem med den psykosociale behandling, som kræver en struktureret kontakt. Denne marginaliserede gruppes resultater i forhold til substitutionsbehandling, hvor der ikke umiddelbart ses et mindre forbrug af illegale stoffer og ikke bedring i somatiske eller psykiske tilstand i forhold til den gruppe, der ikke modtager substitutionsbehandling, må derfor absolut ikke tages som repræsentativ for substitutionsbehandling generelt. Man kan derimod håbe, at opmærksomhed på problemet kan lede til målretning af substitutionsbehandlingen for denne gruppe.

Tobaksafhængighed er generelt udbredt i hele gruppen – der er ikke nogen i hele populationen, der ikke har røget på noget tidspunkt; 2 ud af den samlede population er afholdende, tidligere rygere. Dette er som forventet, og den massive tobaksrygning må anses for medvirkende til en stor del af de luftvejslidelser, der ses i denne gruppe.

### Alkoholmisbrugere i forhold til opioidmisbrugere

Somatiske diagnoser	Misbrugstype	
	Alkohol	Opioid
Sanseorganer	20 (62,5)	25 (73,5)
Bevægeapparatet	27 (84,4)	21 (61,8)
Dårlig tandstatus	23 (71,9)	20 (58,8)
Nervesystem	31 (96,9)	20 (58,8)
Alkoholisk leverskade og bugspytkirtel	31 (96,9)	17 (50,0)
Lunger	13 (40,6)	16 (47,0)
Mave-tarmsystem	14 (43,8)	11 (32,4)
Hjerte/kar/blod	14 (43,8)	11 (32,4)
Hud	8 (25,0)	8 (23,5)
Ernæring og stofskifte	6 (18,8)	8 (23,5)
Allergi	6 (18,8)	6 (17,6)
Nyrer og urinveje	10 (31,3)	4 (11,7)
HIV ab+	0	4 (11,7)
Hepatitis A ab+	5 (15,6)	5 (14,7)
Hepatitis B ab+	5 (15,6)	16 (47,0)
Hepatitis C ab+	8 (25,0)	29 (85,3)

**Tabel 16** Somatiske diagnoser i antal(%)

Der er ikke de store forskelle mellem opioid- og alkoholgruppen i antallet af somatiske diagnoser bortset fra alkoholisk leverskade og nervesystemskader. Disse to sygdomsgrupper udgør dog også meget problematiske områder i forhold til den daglige funktionsevne. Leverlidelserne medfører alment ubehag og appetitløshed på grund af ophobning af affaldsstoffer i kroppen, og nerveskaderne medfører problemer med motorik og sansning af omverdenen. Begge disse sygdomsgrupper leder i deres slutstadier til svære tilstande med dødelig udgang. Oplevelsen i dagligdagen er da også, at personer fra de to grupper fremstår ens især i de yngre aldersklasser.

Under "bevægeapparatet" skjuler sig en del forskelligartede lidelser, og her er det især antallet af følger efter traumer af forskellig art, der præger opioidgruppen, mens alkoholgruppen er mere præget af smertetilstande og kroniske led og rygproblemer. Forskellene i smitte med hepatitis og HIV er gennemgået ovenfor.

Psykiatriske diagnoser	Misbrugstype	
	Alkohol	Opioid
Periodisk depression	18 (56,3)	26 (76)
Fobisk angst	12 (37,5)	10 (29)
Generaliserede angsttyper	7 (21,9)	9 (26)
Forstyrret personlighed og -adfærd	4 (12,4)	5 (14)
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD obs)	1 (3,1)	2 (5,9)
Psykoser, andre	2 (6,2)	2 (5,9)
Skizotypisk sindslidelse	1 (3,1)	1 (2,9)
Paranoid skizofreni	3 (9,4)	1(2,9)
Mental retardering, let	1 (3,1)	1(2,9)

**Tabel 17** Psykiatriske diagnoser i antal (%).

Der var forventet en forskel med hensyn til fordelingen af affektive lidelser (angst og depression) og skizofreni og personlighedsforstyrrelser, idet der forventedes flere af de affektive lidelser i alkoholgruppen og flere af den anden gruppe blandt opioidmisbrugere. Denne forskel blev ikke fundet, og grunden hertil kan være et udbredt blandingmisbrug, som påvirker den psykiatriske profil indenfor de to grupper – som vist er der ikke en eneste opioidbruger, som ikke også indtager andre stoffer.

Trods overraskelser i forhold til hvori forskellene mellem alkohol og opioidbrugere bestod, tegner der sig samlet et billede af, at den undersøgte gruppe brugere er svært belastede med multiple problemer.

### Opsamling på lægeundersøgelsen

75 hjemløse, som var del af en større selvvrøderingsundersøgelse, gennemgik i perioden september 2002 til udgangen af 2003 en lægelig screeningsundersøgelse med henblik på at afdække legemligt- og psykisk helbred samt misbrugsstatus. Alle gennemgik en struktureret fysisk undersøgelse, som omfattede indre organer, nervesystem og blodprøver samt semistruktureret psykiatrisk undersøgelse - især med henblik på affektive symptomer og psykiske følger af misbrug. Stof- og alkoholbrug blev gennemgået struktureret i forhold til aktuelle og hidtidige stofbrug, ligesom stofbruget blev relateret til den psykiatriske diagnose, afhængighed.

Det fysiske helbred er gennemgående dårligt for hele gruppen, men den alkoholmisbrugende andel af de undersøgte er især hårdt belastet med overvægt af skader på lever og nervesystem. Generelt er der lungeskader, som sandsynligvis kan tilskrives den massive rygning i gruppen som helhed. Som noget specielt er der fundet problemer med synet hos mere end 40%. Årsagen til dette er ikke nærmere klarlagt, men

der er sandsynligvis tale om en række forskellige tilstande af både forbigående og mere permanent art som for eksempel stofpåvirkning og abstinens eller slet og ret manglende briller.

Der er som forventet en høj andel af hepatitis C-smittede på over 85% af injektionsmisbrugerne og en forventet meget lavere andel af hepatitis B- og HIV-smittede.

Nærværende undersøgelse er ikke rettet mod psykiatriske sygdomme, men oplysninger er medtaget, hvor de forekommer, ligesom der er foretaget en delvist struktureret udspørgen til angst- og depressionstilstande. Det psykiske helbred ses generelt i denne undersøgelse at være præget af angst- og depressionslidelser, mens der er færre i den skizofrene gruppe end forventet. Sidstnævnte må skyldes en selektionseffekt blandet med det faktum, at en del skizofrene ikke har kontakt med det psykiatriske system og derfor ikke har en diagnose derfra.

Stofbruget kan stadig opdeles i primært alkohol- og primært opioidbrugende, men der er et stort overlap, idet mere end halvdelen af opioidbrugerne også har et problematisk alkoholbrug. Billedet er generelt præget af meget blandingsmisbrug med forbrug af flest stoffer blandt opioidbrugerne. Det synes, som om den rene alkoholbruger næsten ikke eksisterer mere blandt denne gruppe af hjemløse.

Der er ikke tidligere offentliggjort en lægelig undersøgelse af somatisk helbred generelt blandt hjemløse, bortset fra en undersøgelse i Mannheim i årene 1997-2000, hvilket betyder, at denne undersøgelse vanskeligt kan sættes direkte ind i en større dansk eller international sammenhæng, men det er forsøgt at sammensætte en gruppering af diagnoser, som kan sammenlignes nogenlunde direkte med andre selvvurderingsundersøgelser og nærværende selvvurderingsundersøgelse. Set i dette lys forekommer det, at den undersøgte gruppe ligner tilsvarende grupper i Danmark og udlandet, og resultaterne har også sammenhæng med nærværende selvvurderingsundersøgelse.

Den nævnte undersøgelse i Mannheim fokuserede på henholdsvis en gruppe ikke-misbrugende og en gruppe alkoholmisbrugende hjemløse. Her er der en betydelig lavere sygelighed både hvad angår fysisk og psykisk helbred, men dette kan dels skyldes en meget strikt praksis med hensyn til diagnosticering, dels skyldes at der er tale om en bedre fungerende gruppe hjemløse, der er mødt i herbergsmiljø. Undersøgelsen fra Mannheim adskiller sig mere fra de selvvurderingsundersøgelser, der er inddraget i sammenligningen, end denne lægeundersøgelse gør, men konklusionen er

den samme, nemlig at alkohol er en af de største skadevoldere i forhold til fysisk og psykisk helbred blandt hjemløse.



## KAPITEL 4. OPGAVER I INDSATSERNE

Ifølge Sundhedsprojektet og kontaktstedernes projektbeskrivelser har medarbejderne til opgave at være *opsøgende* overfor målgruppen, og når kontakt er skabt at *motivere* og *henvise* brugerne til relevant behandling. I projektbeskrivelserne beskrives relevant behandling med forskellige termer, men samlet set er det tilbud indenfor sundheds- og socialektoren (Se bilag 5 og 6).

I dette kapitel beskrives, hvordan medarbejderne forholder sig til opgaverne i indsatserne, men først gives der en samlet illustration af, hvordan brugernes forløb er i indsatserne.

### Illustration af indsatsforløb

På et overordnet plan forløber en indsats som illustreret i nedenstående figur 35.

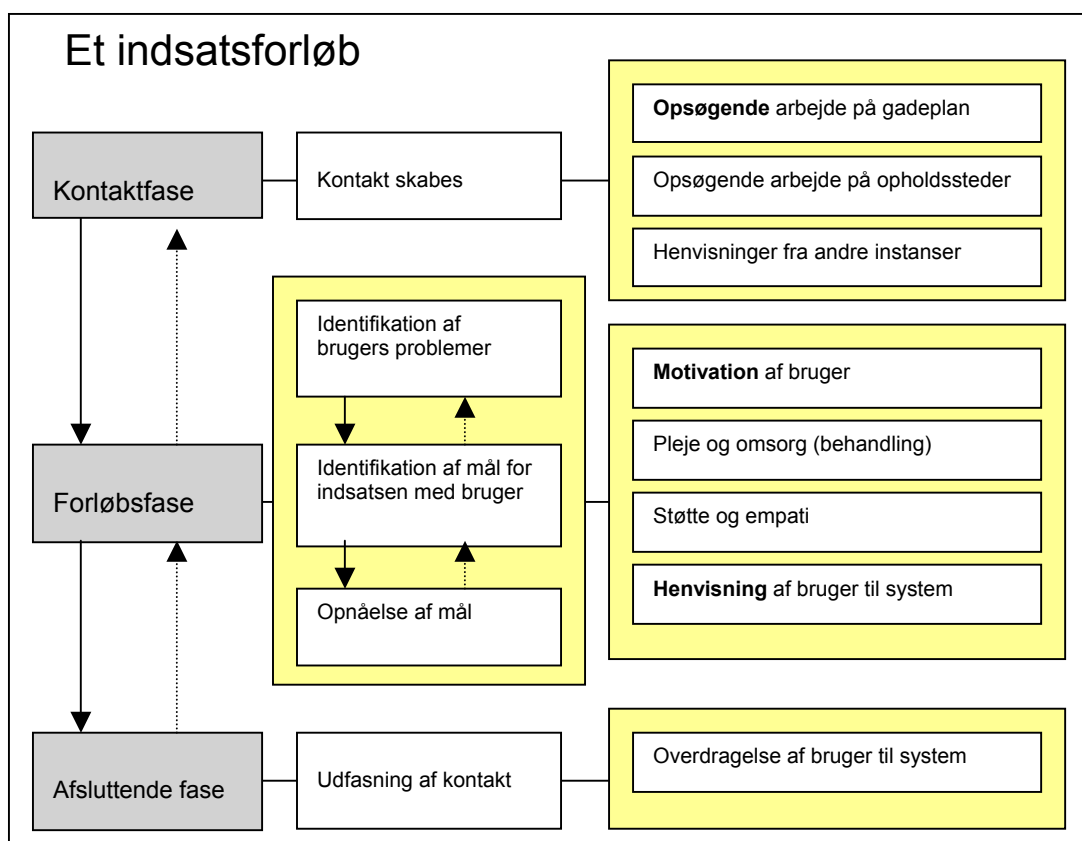


Fig. 35



Indsatsforløbet kan inddeles i tre faser; kontaktfasen, forløbsfasen og den afsluttende fase.

Den kontaktskabende fase er den del af arbejdet, hvor medarbejderne er opsøgende overfor nye brugere. Fasen varer, indtil kontakten til brugeren er holdbar nok, til at man kan begynde at tage fat på brugerens problemer.

I forløbsfasen afklares og handles der på brugerens problemer. Medarbejdernes opgaver handler både om at motivere bruger til at løse problemerne såvel som at samarbejde med det etablerede hjælpesystem om at få henvist brugeren til relevante steder.

I den afsluttende fase overdrages brugeren til de hjælpesystemer, som brugeren er blevet henvist til. Det betyder i princippet, at det etablerede hjælpesystem tager over og går videre i processen med at hjælpe brugeren.

Figur 35 med faseinddelingen skal ses som en forståelsesmæssig ramme for medarbejdernes arbejde. I praksis er overgangen fra én fase til en anden som oftest mere flydende, hvorfor det i det enkelte tilfælde kan være svært at se et kronologisk forløb. En årsag kan være brugernes ofte kaotiske adfærd. F.eks. kan en bruger den ene dag være så sammenhængende, at det er muligt at føre en samtale for den næste at være umulig at komme i kontakt med. Varigheden af de forskellige faser kan derfor også være meget forskellig. For nogle brugere er hele processen overstået i løbet af en dag, mens der for andre kan gå halve år med blot at få skabt en kontakt.

Ligeledes er medarbejdernes arbejdsopgaver ikke skarpt forbeholdt de faser i diagrammet, de er placeret i. Dertil er de begreber, der anvendes for opgaverne, alt for brede til skarpt at kunne adskilles. F.eks. er tilbud om pleje og omsorg også redskaber til at skabe kontakt. Figur 35 illustrerer blot, hvad der primært arbejdes med i faserne.

### **Mønstre i det opsøgende arbejde**

Overordnet beretter medarbejderne om tre forskellige typer opsøgende arbejde, der har det tilfælles, at medarbejderen er den opsøgende part i forhold til at få kontakt til nye brugere:

1. Et bestemt gaderum gennemgås for brugere i målgruppen.
2. Målgruppen opsøges på opholdssteder, hvor man i forvejen ved, de holder til. Heriblandt lokaliteter hvor medarbejderne selv har base.
3. Specifikke brugere opsøges.

At gennemgå bestemte gaderum for brugere var særligt en metode, der blev brugt, da indsatserne startede tilbage i 2001. Medarbejderne beretter, at det meget handlede om at gøre sig kendte i gademiljøet. Efterhånden som medarbejderne blev kendte, var det mindre nødvendigt at gå på gaden. Denne type af opsøgende arbejde foregår dog stadig i varierende omfang.

**Eksempel på første kontakt til bruger via opsøgende arbejde i gaden:**

En mand observeres på Hovedbanegården. Han har bare tæer, store sår i hovedbunden, afføring ned af benene og er sort af skidt. I første omgang kontaktes politiet og en samarbejdspartner. Derved finder man ud af, at manden er psykisk syg. Herefter kontaktes manden af medarbejderne, og relationen imellem medarbejdere og bruger udbygges lidt efter lidt, og et positivt forløb starter.

Grunden til at medarbejderne oplever, at det efterhånden ikke er så nødvendigt at gå på gaden er, at brugerne i disse miljøer i vid udstrækning har fået kendskab til indsatserne, hvorfor de selv opsøger medarbejderne, når de har brug for hjælp.

At opsøge brugerne på opholdsteder, hvor man i forvejen ved, at de holder til, har været den mest brugte metode i det opsøgende arbejde. En meget stor del af det opsøgende arbejde har således foregået via klinikkerne på herbergerne samt Sundholm og Mændenes Hjem natcafé.

**Eksempel på en første kontakt til bruger i natcafé:**

En svensk mand på omkring 30 år sidder i caféen på Mændenes Hjem og spiser makrel. Han spørger kontaktstedsmedarbejderen, om det er okay, at han sidder der, og om han må få en gaffel. Medarbejderen henter en tallerken og en gaffel. Han sætter sig ned og starter en konversation med – ”Jeg synes i øvrigt ikke, at jeg har set dig før”

Ligeledes er meget opsøgende arbejde foregået på væresteder drevet af frivillige organisationer, blandt andet Maria Kirkens værested, Reden, Fedtekælderen og Krypten.

**Eksempel på en første kontakt til bruger i Maria Kirken:**

Maria-tjenesten, der er en form for værested i Maria Kirken på Vesterbro, kontakter en social medarbejder. De har en svensk kvinde i tjenesten, der er meget påfaldende i sin adfærd, og som beder om hjælp. Medarbejderen tager ud til Maria Kirken, hvor han snakker med brugeren. Snakken går på brugerens problemer; at hun mangler medicin, frygter for at hun er blevet påført sygdomme som følge af prostitution, og at hun mangler et sted at bo. Medarbejderen vil gerne hjælpe hende, og hun indvilliger i at give samtykke til, at medarbejderen kan kontakte relevante myndigheder i Sverige.

Som eksemplet viser, opsøges brugeren på værestedet, men hvor medarbejderne i starten kom ud til værestederne for selv at opsøge brugere, er medarbejderen her blevet kontaktet af værestedet omkring en specifik bruger, hvorefter medarbejderen tager derud. Opringningen fra værestedet er således også et resultat af, at samar-

bejdspartneren har fået kendskab til den pågældende indsats. For de medarbejdere, der arbejder med at opsøge brugere uden for det område, hvor de selv fysisk holder til, består en stor del af det opsøgende arbejde i en sikring af, at samarbejdspartnerne vedbliver med at kontakte medarbejderne, når de støder på potentielle brugere.

I tiden op til afslutningen af projektperioden er indsatserne også blevet kontaktet af institutioner i sundhedssektoren, når disse har haft potentielle brugere. Blandt andet har Bispebjergs Psykiatriske modtagelsesenhed og Gentoftes Lungemedicinske Afdeling taget kontakt til medarbejdere, hvis de havde patienter, der tilhørte målgruppen.

**Eksempel på kontakt til bruger efter henvendelse fra sundhedssektoren:**

Bispebjergs Psykiatriske modtagelsesenhed ringer til en social medarbejder. De har haft en bruger til afrusning. Han er boligløs og svært alkoholmisbrugende, men personalet på Bispebjerg mener ikke, at manden på det tidspunkt er psykisk syg, og dermed tilhører han ikke deres målgruppe. Medarbejderen tager ud til hospitalet og snakker med brugeren. Brugeren vil gerne have hjælp, da han opfatter sin situation som kaotisk, og medarbejderen tilbyder derfor sin hjælp.

## Mønstre i det motiverende arbejde

Fælles for medarbejdernes beskrivelser af, hvordan de ønsker at motivere brugerne til samarbejde, er at arbejde med udgangspunkt i de problemer og behov, brugerne selv formulerer. Samtidig har medarbejderne et bestemt sigte med at motivere brugerne, idet det på forhånd er bestemt i projektbeskrivelserne, at det overordnede mål er at hjælpe brugerne via det etablerede hjælpesystem. Størstedelen af brugerne er i udgangspunktet interesserede i at få hjælp. Behovet for motivationsarbejde opstår derfor tit i forhold til at få afpasset brugerens ønsker med de muligheder, der er for hjælp i det etablerede hjælpesystem.

De typer af motivation, hvor medarbejderen i en eller anden form tilskynder brugeren til handling, har alle forhandling som kendetegn. Der bruges en bred vifte af motivationsformer, hvor graden af *konsekvens* varierer. Der kan således bruges metoder lige fra, at tilbud fremstilles uden krav, til at bruger afvises, indtil han/hun bliver konstruktiv i forhold til den hjælp, medarbejderen kan yde.

Samtidig med at medarbejderne er opmærksomme på, at de skal arbejde motiverende overfor brugerne, er det fælles for indsatserne, at det motivationskabende arbejde afhænger af brugernes tilstand. Der arbejdes dermed ud fra en vurdering af, hvorvidt der skal lægges vægt på motivation, eller om der skal arbejdes på at fastholde kontakt og søge at rumme brugerne, der hvor de er.

Der hvor tilbud stilles uden modkrav, arbejder medarbejderne som udgangspunkt ud fra ønsket om at få skabt et godt og tillidsfuldt forhold imellem bruger og medarbejder.

**Et eksempel på tillids- og motivationskabende arbejde:**

En meget psykisk skrøbelig og stofmisbrugende kvinde kom periodevis i sygeplejeklinikken igennem flere år, hvor hun fik havregrød og kaffe. Kvinden var meget svær at komme i kontakt med. Hun fik derfor bare lov at være i klinikken. Hvis hun en gang imellem havde lyst, fik hun et værelse på herberget, som hun kun brugte i kortvarige perioder.

I klinikken kommer der af og til besøg af en psykiater fra distriktspsykiatrisk center. En dag psykiateren kommer forbi, foreslår sygeplejerskerne kvinden at tale med psykiateren, hvilket hun ikke ønsker, og for øvrigt bliver meget vred over. Hendes situation drøftes dog med psykiateren, som ordinerer en lille portion psykofarmaka. Sygeplejersken fortæller efterfølgende kvinden om medicinen og dens virkning på en afdramatiserende måde, hvorved kvinden motiveres til at tage medicinen. Hun bliver derefter mindre forpint og er nemmere at komme i kontakt med og udtrykker selv, at hun nu er gladere. Et forløb i en positiv retning tager derefter form.

Eksemplet viser, at den meget rummelige tilgang er medvirkende til, at brugeren vedbliver med at holde kontakten til medarbejderne på trods af, at de i første omgang forsøger at motivere hende til noget hun ikke vil, og efterhånden bliver hun modtagelig overfor medarbejdernes forslag.

Andre gange er det ikke medarbejdernes motivationsarbejde i sig selv, der udgør forskellen. Det illustrerer følgende eksempel

**Eksempel på bruger, der får støtte og omsorg:**

En ung kvinde med svært socialt handicap lever en kaotisk tilværelse i København. Hun kommer fra en institution for udviklingshæmmede i en anden kommune. Her vil hun ikke være mere, da hun oplever sig selv for god i forhold til de andre beboere og keder sig. I København tager hun stoffer og drikker alkohol på en måde, så hun er livsfarlig for sig selv. Hun har således haft 8-10 overdoser i løbet af det 1½ år. Medarbejderne har kendt til hende. Kvinden bor rundt omkring hos mænd, der misbruger hende til seksuelle ydelser. Hun får tillige tæsk af dem, og de tager hendes penge.

Målet for medarbejderne er at få kvinden tilbage til hjemkommunen og i behandling for misbrug. Det er lykkedes én gang at få kvinden tilbage, men hun kedede sig i den lejlighed, hun fik, hvorfor hun er taget tilbage til København igen. Da kvinden ikke har noget socialt netværk i sin hjemkommune, foretrækker hun at blive i København. Medarbejderne vurderer, at de kærester, hun her har, giver hende en form for tryghed på trods af udnyttelsen. Ligeledes kan hun ikke overskue at skulle i behandling for sit misbrug.

Det er ikke muligt at sikre en kontinuerlig kontakt til kvinden. For det første kan hun ikke huske godt nok til at mødes på bestemte tidspunkter og kan ej heller genkende medarbejderne. For det andet er hun bange for at komme på Mændenes Hjem på grund af repressalier fra andre brugere. I perioder, hvor hun har taget over hovedet, er hun også helt borte fra miljøet. Når medarbejderne derfor møder kvinden på gaden, ydes der akut hjælp og omsorg i det omfang, kvinden går med til. Det kan være i form af sårbehandling, hjælp til ordinerer af medicin og en vedholdende snak om muligheden for at vende tilbage til hjemkommunen.

Tvangsindlæggelse er blevet overvejet, men medarbejderne har vurderet, at kvinden ikke er psykisk syg i en grad, der tilladte tvangsindlæggelse. Der kommer først en åbning i forløbet, da en medarbejder møder kvinden på et tidspunkt, hvor hun er uden kæreste. Dermed er hendes sidste holdpunkt for at blive i København væk, og hun samarbejder om en tilbagevenden til hjemkommunen.

Eksemplet er en illustration af, hvordan støtte og omsorg gives til en meget kaotisk bruger. Det lykkes som sagt ikke for medarbejderen selv at udgøre den motiverende forskel i forhold brugeren, men i og med at medarbejderen vedholder kontakten, når kvinden er i området, bibeholder medarbejderen også muligheden for at kunne handle på brugeren, når denne viser tegn på modtagelighed for noget fremadrettet.

En anden motivationstilgang har været en slags bytte-bytte-købmand. Her bruger medarbejderen brugerens ønske om noget til at fremsætte et modkrav om noget andet.

**Et eksempel på bytte-bytte-købmand tilgang:**

En alkoholiseret mand, der lever på gaden, ønsker hjælp til at komme ind på et herberg. Medarbejderen indvilliger i dette, mod at manden går med til at se en læge. Det går han med til.

Alt efter hvordan medarbejderen vurderer brugeren, kan der være mere eller mindre konsekvens indbygget, i fald brugeren skulle være afvisende overfor forslag. I visse tilfælde vil det ikke indebære umiddelbare konsekvenser for brugeren i dennes kontakt til en medarbejder, i andre tilfælde kan konsekvensen være en afvisning fra medarbejderens side. Hvorvidt det bliver den ene eller anden tilgang kommer an på, om medarbejderen ser vedholdenhed i forhold til brugeren som vejen frem, eller om medarbejderen mener, at brugeren har brug for, at der bliver sat grænser.

I de tilfælde hvor det vurderes, at grænser må trækkes op, er der ofte tale om, at brugeren ikke skønnes at være reelt interesseret i et konstruktiv samarbejde, men måske mere interesseret i at fortsætte et destruktivt forløb.

**Eksempel på bruger der motiveres via brug af natcafé:**

En svensk mand opholder sig i Mændenes Hjem café. Han er på rejse, men noget er gået galt i Malmø, og da han kommer til Mændenes Hjem, har han kun 200 kr. at leve for i 20 dage. Medarbejderen tilbyder manden, at han kan få hjælp til at komme hjem til Sverige via Kontaktstedet Forchhammersvej. Det er han ikke interesseret i, da han vil videre på sin rejse. Han mener, han bare må klare sig på bedste vis, til han får penge igen.

Efter et par dage, hvor manden opholder sig rigtig meget i caféen og bruger sofaen til at sove i, beslutter to medarbejdere, at nu skal han samarbejde, hvis han fortsat vil opholde sig der. Da manden bliver konfronteret med det, går han uden problemer. Tanken er, at han kommer tilbage og beder om hjælp, når han er "mør".

Begrundelsen for denne type motivation er blandt andet, at man helst ser, at brugerne kommer hurtigt videre i det etablerede hjælpesystem, som i sidste ende har ansvaret, frem for at han hænger fast i et dårligt miljø unødigt længe.

Det er dog langt fra altid sådan, at konsekvenser kategorisk træder i kraft, hvis brugerne ikke udviser samarbejdsvilje med det samme. Som omtalt i indledningen til mo-

tivationsafsnittet afhænger valg af motivationsform derimod meget af hvilken type bruger, der er tale om. F.eks. kan en bruger være så psykisk ustabil eller kaotisk, at det ikke vurderes realistisk eller hensigtsmæssigt at forsøge at opnå en hurtig motivation. I sådanne tilfælde hælder medarbejderne mere til at bibeholde kontakten og yde støtte og omsorg. Udgangspunktet for arbejdet med at hjælpe brugerne er altså individuelt.

### **Mønstre i det henvisende arbejde**

Når der henvises til det etablerede hjælpesystem, skaber medarbejderen kontakt imellem brugeren og den pågældende instans.

Sundheds- og socialsektorens hjælpesystemer består af vidt forgrenede tilbud af både privat og offentlig karakter.

De tilbud, der dog har vist sig at være de gængse, er §94-botilbud, ambulante misbrugsbehandling, behandling for helbredsrelaterede lidelser samt indlæggelse, hvis det er påkrævet. Samtidig med at dette synes at være den gængse tilbudsramme, har det været kendetegnende for alle indsætterne, at medarbejderne har tænkt kreativt og utraditionelt omkring alternative løsningsmodeller.

Fælles for indsætterne er, at den pågældende sagsbehandler som udgangspunkt involveres, når en bruger skal henvises. Dette fordi det formelt er sagsbehandleren, der har ansvaret for at hjælpe brugeren, og i sidste ende er den, der skal godkende tiltag med økonomiske konsekvenser. Ved helbredsrelaterede henvisninger er det dog ikke så entydigt. Formelt set skal egen læge eller skadestuen involveres, men det kan også være instanser, bruger tidligere har haft kontakt til som f.eks. distriktpsychiatrien. Ligeledes kan mange småproblemer løses lokalt i klinikkerne og henvisninger kan også ske på foranledning af projektlægen.

Forskellene i det henvisende arbejde består i, hvor omfattende medarbejderens henvisninger af brugeren er. I den ene ende af skalaen er den *enkle henvisning* til en sagsbehandler/læge og i den anden ende den *koordinerede henvisning*, hvor medarbejderen indgår som koordinator/tovholder imellem flere forskellige hjælpeinstanser.

Den enkle henvisningsform anvendes, når medarbejderen vurderer det realistisk, at brugeren kan komme videre i systemet på basis af aftale om kontakt til en enkelt systemenhed.

Denne slags henvisninger består ofte i kontakt til sagsbehandler. Alt efter aftalen med sagsbehandler sendes bruger videre til den instans, der står for det videre forløb - det

være sig sagsbehandler selv eller andre parter. Hvis ellers ikke bruger viser sig igen i gademiljøet, betragtes indsatsen overfor bruger som afsluttet.

**Eksempel på en enkel henvisning:**

En ung alkoholiseret mand fra København henvender sig på i caféen på Mændenes Hjem om aftenen med ønske om at få et værelse. Manden kommer næsten direkte fra en 7 måneders indlæggelse på psykiatrisk hospital. Medarbejderen vurderer, at manden er for ung og skrøbelig til miljøet på Mændenes hjem. I stedet tager medarbejderen kontakt til Den Sociale Døgnvagt, som altid har sagsbehandlere siddende til akuthenvendelse. Herfra får han en plads på et andet herberg. Brugeren tager af sted, og sagen betragtes i første omgang som afsluttet.

Det er dog langt fra altid tilfældet, at forløbet går så gnidningsløst. Det kan både være, at der ikke kan findes nogen umiddelbar løsning med sagsbehandler, eller at brugeren kommer tilbage igen.

Et mere koordinerende forløb kan bestå i, at medarbejderen går aktivt ind i at kontakte herberg vedrørende plads, at medarbejderen tager med brugeren ud til de forskellige hjælpeinstanser, at medarbejderen hjælper med at skrive indstillinger, eller at der i det hele taget tænkes kreativt for at finde en løsning, hvor den pågældende bruger kan rummes.

**Eksempel på et koordinerende forløb med svenske komplikationer:**

En svensk kvinde er blevet bortvist fra en stoffri døgnbehandlingsinstitution i Sverige. Hun kom oprindeligt ind på institutionen via en kæreste, der skulle i behandling. Da kæresten dør, vil ingen kommune betale for hendes ophold. Hun tager derfor til København og havner i prostitutionsmiljøet. Allerede fra kontaktens start vil kvinden gerne tilbage til Sverige, dog mod at hun kan være sikker på at modtage behandling.

Medarbejderen tager kontakt til myndighederne. Men hverken den kommune, hun sidst har boet i, før hun flyttede med kæresten på institution, eller den kommune, hvor institutionen er placeret, vil påtage sig ansvaret. I et stykke tid kaster de to kommuner bolden frem og tilbage. Det ender derfor med, at medarbejderen inddrager den svenske ambassade. De går aktivt ind i sagen, idet de placerer ansvaret i kommunen med institutionen og får socialchefen i denne kommune til at gå med til at overtage sagen. Socialchefen betinger dog at skulle have noget til gengæld fra den anden kommune. Til sidst bliver løsningen, at kvinden skal indlægges til behandling i kommunen, der har påtaget sig ansvaret for hende for så senere at blive overført til den anden kommune.

Efter yderligere komplikationer, hvor kvinden forsvinder i København, bliver hun kørt tilbage til Sverige for dermed at sikre, at hun bliver indlagt. Det lykkes da også, men allerede efter 4 dage har kvinden forladt behandlingen. Hun bliver dog i byen og kommer siden hen i behandling i Sverige.

Det koordinerende arbejde kan ligeledes bestå i, at medarbejderen indgår som resourceperson i forhold til brugerens kontakt til etablerede hjælpetilbud, samt at der både handles i forhold sociale som sundhedsmæssige forhold.

**Eksempel på et koordineret forløb:**

En svært alkoholiseret og psykisk skrøbelig mand, der bor i et kolonihavehus, skal i første omgang i behandling for tuberkulose lokalt i sygeplejeklinikken på Sundholm. Det fungerer meget dårligt, og medicinen bliver ikke taget stabilt. Der bliver derfor koblet en social medarbejder på manden, og lægen i projektet foretager en undersøgelse af ham.

Lægeundersøgelsen resulterer i, at manden får noget medicin for mavesårsgener og psykofarmaka. Det betyder, at han får det lidt bedre. Ligeledes sørger den sociale medarbejder for, at manden får noget arbejde i Aktivitetscentret på Sundholmsvej. Dette arbejde støtter den sociale medarbejder op om. Hun sørger for, at han kommer på arbejde om morgenen og støtter ham i hans motivation. Dernæst sørger den sociale medarbejder for, at han bliver indstillet til og får en bolig i et bofællesskab for psykisk syge. Sidst men ikke mindst er den sociale medarbejder i samarbejde med lægen medvirkende til, at der rejses en pensionssag, hvorfor pension tildeles. Sagsbehandleren inddrages i det omfang godkendelser er nødvendige, men ellers er det den sociale medarbejder, der får sat tiltag i værk, efterhånden som manden er parat, samtidig med at hun i høj grad fungerer som støtte og omsorgsperson for ham.

## Opsamling

I dette kapitel er det blevet belyst, hvordan medarbejderne forholder sig til indsatsernes udmøntning i det opsøgende, motiverende og henvisende arbejde.

Generelt består indsatsforløbene af en kontaktfase, hvor brugeren opsøges, en forløbsfase, hvor brugeren motiveres og henvises til hjælpesystemet, samt en afsluttende fase, hvor brugeren overgår til hjælpesystemet.

I det opsøgende arbejde arbejdes der ud fra tre forskellige metoder. Dels gennemgås bestemte gaderum for potentielle brugere i målgruppen, dels opsøges målgruppen på opholdssteder, hvor man i forvejen ved, at de holder til, og dels opsøger man efter henvendelse bestemte brugere, hvor man har fået at vide, at de opholder sig.

I det motiverende arbejde tages der gennemgående udgangspunkt i de problemer og ønsker, den enkelte bruger selv formulerer. De metoder, der bruges til at motivere brugerne, spænder fra tilbud om løsninger, som brugerne kan modtage eller afvise uden konsekvenser, til at brugerne afvises, hvis ikke de accepterer de givne tilbud. Det afgørende for medarbejdernes valg af metoder er en vurdering af den enkelte bruger i forhold til, hvorvidt det er realistisk, at denne er i stand til at forholde sig til det fremsatte tilbud.

I det henvisende arbejde skabes kontakt mellem bruger og det etablerede hjælpesystem. Afgørende for medarbejdernes tilgang til dette arbejde er ligesom ved det motiverende arbejde en vurdering af, hvorvidt det er realistisk, at bruger kommer videre i systemet på basis af en aftale med en systemenhed. Hvis det vurderes realistisk, at bruger kan komme videre ved en enkelt henvisning, anvendes denne form. I andre



tilfælde indgår medarbejderne i et mere koordinerende forløb, hvor der arbejdes med henvisninger til flere forskellige systemenheder, og/eller at medarbejderne anvender dem selv som ressource i forhold til brugeres overgang til etablerede tilbud.

Overordnet har det vist sig at være en god løsning at tage udgangspunkt i den enkelte bruger og tilpasse krav og forventninger i forhold til brugerens formåen og tilstand.

## KAPITEL 5. SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER

I forhold til at nå målsætningerne med brugernes anvendelse af eksisterende tilbud har samarbejdet med eksterne parter fyldt meget. I dette kapitel vil medarbejdernes oplevelser af samarbejdet blive beskrevet og derefter diskuteret ud fra nogle organisationsteoretiske forklaringsrammer. Diskussionen vil munde ud i anbefalinger for fremtidige indsatser.

### Beskrivelse af samarbejdet

De sociale medarbejdere tager, som beskrevet i kapitel 4, som regel kontakt til brugernes lokale sagsbehandlere, i og med det er dem, der har det formelle økonomiske og handlemæssige ansvar.

Derudover er det kendetegnende for alle medarbejderne, at de søger samarbejde med de eksterne tilbud, de har kendskab til fra tidligere, eller dem de har hørt om fra kollegaer. I starten kunne dette vilkår godt være kilde til megen frustration hos medarbejderne, særligt hvis de ikke i forvejen havde erfaring med at arbejde indenfor hjemløse/misbrugsområdet i København.

Med undtagelse at sådanne startproblemer er der over hele linien en udbredt tilfredshed med, at det eksterne samarbejde fungerer på denne uformelle måde, idet medarbejderne fremhæver, at det er de personlige relationer, der gør forskellen på det gode og det mindre gode samarbejde. Man søger således de eksterne hjælpesystemer, hvor der tidligere har været gode samarbejdsrelationer, i det omfang det er muligt.

I starten var der ofte kritik fra medarbejdernes side omkring de eksterne samarbejdspartnere, som man ikke syntes levede op til deres forpligtelser overfor brugerne. Med tiden er denne kritik dog blevet noget mere nuanceret og modificeret. Overordnet er udmeldingen nu fra medarbejderne, at eksterne samarbejdspartnere som regel er meget venlige og imødekommende overfor medarbejderne. Det, der kan udgøre en barriere i forhold til samarbejdet, er mere de eksterne samarbejdspartneres indstilling til brugerne samt de procedurer og regler, det enkelte system arbejder ud fra. Som en medarbejder formulerer det, har de eksterne samarbejdspartnere groft sagt tre forskellige slags indstillinger overfor brugerne:

- 1) *Dem der er interesserede i brugerne, og som er villige til at bøje og strække reglerne så parterne kan mødes.*
- 2) *Dem der har meget firkantede systemer.*
- 3) *Dem der ikke bryder sig om brugerne, og som ikke er indstillede på at hjælpe dem.*

*(Uddrag fra interview med medarbejder på Kontaktstedet Mændenes Hjem, april 2004)*

De eksterne parter indstilling til brugerne afhænger også af hvilken type af system, samarbejdspartnerne arbejder indenfor. Overordnet kan hjælpesystemerne opdeles i tre forskellige kategorier:

- 1) Lavtærskeltilbudene i form af væresteder, spisesteder, sygeklivniker i herbergsregi, natcaféer og andre opsøgende indsatser.
- 2) Socialsektoren i form af sagsbehandlere, botilbud, aktiveringstilbud og misbrugsbehandling.
- 3) Sundhedssektoren i form af egen læge, hospital, psykiatriske behandlingstilbud og alkoholbehandling.

Den følgende beskrivelse er inddelt efter disse tre hovedgrupper. Det er ikke muligt at beskrive samarbejdet i forhold til hver enkelt type tilbud indenfor de tre hovedgrupper, da det ville blive alt for omfattende. I stedet beskrives samarbejdet overordnet og ud fra de specifikke samarbejdspartnere, medarbejderne i en interviewrunde selv valgte at komme ind på.

### **Lavtærskeltilbudene**

Medarbejderne oplever, at Lavtærskeltilbudene er dem, der i videst omfang er interesserede i brugerne og aktive i samarbejdet med indsatserne. Ofte kan der i kontaktfasen og forløbsfasen være et meget tæt samarbejde mellem lavtærskeltilbud og medarbejderne i indsatserne. Dette ses blandt andet i et eksempel på en svensk kvinde, som værestedet rummede, mens medarbejderen stod for kontakten til sagsbehandlere etc. Denne type af samarbejde er medarbejdere i indsatserne meget tilfredse med.

Det der til tider kan give samarbejdsproblemer er, når Lavtærskeltilbudene opfatter deres tilbud som et helle for brugerne i en sådan grad, at det er problematisk, hvis medarbejderne fra indsatserne ønsker at handle på en given bruger. Dette har i enkelte tilfælde gjort sig gældende i private tilbud drevet af frivillige.

For at sikre adgang til brugerne kommer medarbejderne meget på lavtærskeltilbudenes præmisser. Ved derigennem at få sat ansigt på hinanden har medarbejderne søgt at etablere et samarbejde, så de kunne få lov til at udføre deres opgave på stedet. I flere tilfælde er det over tid også lykkedes at finde en form, hvor lavtærskeltilbudene føler, de bibeholder deres integritet overfor brugerne, samtidig med at medarbejderne fra indsatserne kan udføre deres arbejde. Medarbejderne oplever dog, at dette arbejde kan være meget tidskrævende, da samarbejdsrelationen til de enkelte steder skal holdes ved lige.

En måde at vedligeholde og skabe de gode relationer på har også været at deltage i gå-hjem-møder, hvor gadeplansmedarbejdere og frivillige mødes en gang i kvartalet til foredrag, almindelig snak og erfaringsudveksling.

## Socialektoren

Socialektoren er i udgangspunktet gearet til at arbejde med brugerne, da sektoren i forvejen arbejder med socialt marginaliserede. Det er dog medarbejdernes erfaring, at de brugere, som indskrives i indsatserne, er brugere, som sagsbehandlerne kender og har forsøgt at hjælpe, men hvor tingene ikke er lykkedes:

*"Brugergruppen stiller med deres kompleksitet nogle andre krav, og det kræver, at samarbejdspartnerne skal lægge noget til side for at arbejde med disse brugere. Det er derfor typisk, at disse brugere sies fra som dem, man ikke bruger tid på, da de er så krævende og resultaterne så få"*(Uddrag fra interview med medarbejder fra Kontaktstedet Mændenes Hjem, april 2004)

Samarbejdspartnere indenfor socialektoren er derfor som regel også meget glade for, at nogen tager sig af brugerne.

*"Det er jo de allerdårligste, vi ikke selv kan nå. Medarbejderen [red.] har en god kontakt til brugerne og kan bedre overtale dem. Han har ikke som vi nogen kontrolfunktion. Han kan i stedet komme som den rige onkel fra Amerika og spørge, hvad han kan hjælpe med."* (Uddrag fra interview med visitator fra et amtligt behandlingscenter, september 2004)

Hvis medarbejdernes forslag til tiltag ligger inden for gældende regler og rammer, er sagsbehandlerne i det store og hele villige til at gå med på idéen. Ofte er det dog medarbejderne i indsatserne, der skal rykke og opfordre sagsbehandlere til at tænke alternativt og helhedsorienteret. Dette for at de tilbud, der gives, ikke bare er en nød-

tørftig dækning af det, man lovmæssigt er forpligtet til. Således er der et eksempel på en ung socialt handicappet kvinde, der får en lejlighed og tilbud om at møde op til aktiviteter, men da hun ikke dukker op, gøres der ikke mere, og hun forlader lejligheden igen.

Der, hvor det til tider kan være svært at få socialektoren til at samarbejde, er i forbindelse med uenighed om, hvem der har det økonomiske og handlemæssige ansvar. Det er typisk et problem i forhold til brugere, der har haft deres sidste adresse uden for København eller i udlandet, det vil sige brugere, som særlig kontaktstederne (og i særdeleshed Kontaktstedet Forchammersvej) har med at gøre. I grelle tilfælde vil kommuner, hvor brugere har haft deres sidste adresse, ikke påtage sig ansvaret. I sådanne tilfælde er det Kontaktstedet Mændenes Hjem procedure at bede om et skriftligt afslag. Det får som regel kommunen til at tage sagen på sig, ellers indgives der klage. I forhold til udlændinge er bl.a. ambassader blevet inddraget og ofte med positivt resultat.

## Sundhedssektoren

Sundhedssektoren er ifølge medarbejderne ikke særlig gearet til at hjælpe brugergruppen. De servicerer alle borgere, og brugergruppen udgør her kun en lille delmængde. Besværlige brugere bliver derfor ofte nedprioriteret, da de tilmed er meget ressourcekrævende.

*"Det kan godt være hårdt for samarbejdspartnere, der i forvejen har travlt, at skulle afsætte så meget tid, som disse brugere kræver. Ikke underligt at denne gruppe af brugere bliver "glemt". Vores arbejde består derfor i at bane vejen og få tingene til at glide." (Uddrag med interview med medarbejder fra Kontaktstedet Mændenes Hjem, april 2004)*

Medarbejderne har, som ovenstående citat illustrerer, forståelse for, at tilbudene i sundhedssektoren kan være svære for brugerne at benytte. Problemerne kommer til udtryk ved, at de regler og procedurer, som f.eks. hospitalerne har for borgernes benyttelse af stederne, også gælder for brugerne. Det kan brugerne have svært ved at leve op til. F.eks. kræves det som oftest, at brugerne er i stand til at komme til samtale på bestemte mødetider med dertil hørende ventetider og transport til og fra tilbud, samt at bruger ved indlæggelse afholder sig fra rusmidler og opfører sig ordentlig.

Kan brugeren f.eks. ikke finde ud af at vente den tid, det tager at komme til, er det bare ærgerligt. Medarbejderne må derfor tit fungere som buffere og mæglere mellem

bruger og system. Det gør de blandt andet ved at sørge for, at relevant information gives videre til hospitalerne ved at tage med til konsultationer, ved at være kontaktperson, hvis der opstår problemer, og ved i det hele taget at tage samtaler med personale i sundhedssektoren om de særlige forhold, der gør sig gældende for brugerne.

En medarbejder fortæller, hvordan hun oplever det, når der er skabt en kontakt til samarbejdspartnere:

*"Tit når vi kommer på banen, så overlader de andre al handleansvar til os og forventer, at nu løser vi problemerne. Det er mest hospitalerne. Der er ikke så meget samarbejde... Vi skal tage os af alt det praktiske, og så sørger de for selve det behandlingsmæssige. De er åbenbart trygge ved, at vi får fat i sagsbehandlere, visitatorer etc. Det er vi måske bedre gearret til end dem. (Uddrag fra interview med medarbejder fra Sundhedsprojektet, april 2004)*

I et interview med en sygeplejerske fra lungemedicinsk afdeling på Gentofte Sygehus bliver samme problemstillinger nævnt, idet hun netop påpeger det problematiske ved, at medarbejderne på hospitalerne ikke er gearede til at arbejde med denne brugergruppe, samt at det ikke er normalt, at personalet disse steder forholder sig til andet, end lige netop det sygdomsproblem, de er specialiserede i at behandle. For eksempel ville det at tage kontakt til sociale myndigheder, med henblik på at indgå i et koordineret samarbejde i forhold til en hjemløs, ligge dem meget fjernt.

Selv om sundhedssektoren på denne måde kan virke rigid for medarbejderne i indsatserne, er der dog også fremkommet nye og mere brugervenlige procedurer. På nogle hospitalers afdelinger, hvor brugergruppen særligt kommer, blandt andet på lungemedicinsk afdeling på Gentofte Sygehus, hvor tuberkulose behandles, og på Bispebjergs infektionsmedicinske afsnit, er der indført en VIP-model. Her kommer brugerne uden tid direkte til behandling for dermed at mindske problemer i venteværelset. Ligeledes er psykiatrisk afdeling på Bispebjerg blevet opmærksom på, at indsatserne eksisterer, hvorfor de er begyndt at tage kontakt til medarbejderne, hvis de har en bruger, der står overfor udskrivning til gaden og har brug for hjælp.

### **Opsamling på eksternt samarbejde**

Som afsnittet viser, er der langt hen ad vejen forståelse for, at social- og sundhedssektoren har faste procedurer, som eksterne samarbejdspartnere skal forholde sig til. Hvis brugerne passer ind i hjælpesystemets målgruppe og målsætninger, er samar-

bejde som regel ikke noget problem. Der hvor udfordringen ligger er, når brugeren ikke lige passer ind, eller når brugeren kræver mere af tilbudet, end der normalt gives.

Medarbejderne i indsatserne mener ikke, at det er et mål at ændre på systemerne, da de langt hen ad vejen anerkender, at arbejdsbetingelserne og menneskelige mekanismer gør, at det kan være svært at rumme brugerne. Dog er der et ønske om, at samarbejdspartnerne er fleksible og bøjelige, samt at de har forståelse for brugerne. Medarbejderne ser i dette perspektiv sig selv som dem, der har nøglen til at forbedre samarbejdet:

*"Hvis man som medarbejder er godt forberedt på kontakten med eksterne samarbejdspartnere, er samarbejdet som regel ikke noget problem". (uddrag fra interview med sygeplejerske, sundhedsprojektet april 2004)*

At der i indsatserne har været ansat fagpersoner fra både sundheds- og socialsektoren ser medarbejderne som et meget nyttigt element i forhold til at etablere et godt samarbejde til de eksterne parter. Selve konstellationen af sociale medarbejdere, sygeplejersker og i Sundhedsprojektet en læge har været en bevidst strategi fra opdragsgiverens side. Forudgående gadeplansindsatser har været drevet af sociale medarbejdere, men i og med at man ønskede større fokus på brugernes helbreds-mæssige problemer, er der i disse indsatser ansat sundhedsfagligt personale.

I praksis har samarbejdet imellem faggrupperne udmøntet sig i almindelig gensidig rådgivning og sparring i forhold til aktuelle brugere, man har stået med her og nu. For eksempel har en social medarbejder kunne trække på sygeplejerskerne i kontakten til sundhedsvæsenet, hvilket har været en fordel, da de kender fagsproget og procedurer indenfor denne sektor. Omvendt har en sygeplejerske haft behov for inspiration i forhold til at hjælpe en bruger, og der har sociale medarbejders viden om tilbud i det sociale system været god at trække på. Derudover har det været en fordel, at man lokalt har kunne lave lægeundersøgelser, da det til tider har været nødvendigt til dokumentation i forhold til udenlandske myndigheder.

Samarbejdet mellem faggrupperne om den enkelte bruger har været varierende i forhold til, hvor meget og tæt koordineringen har været. I nogle tilfælde er den anden fagkollega blot blevet brugt til udveksling af viden og gode idéer. I andre tilfælde har der både været sundheds- og socialfagligt personale tæt ind over brugeren i et meget koordineret forløb. Hvorvidt det har været den ene eller anden form, der er blevet anvendt, har afhængt af brugerens problemer og mulighederne for at finde løsninger.

Uafhængigt af om samarbejdet mellem faggrupperne har været mere eller mindre intenst, har det dog været en generel erfaring, at det er en fordel med faglig ekspertise både på det sundhedsmæssige såvel som på det sociale område, da det samlet set højner kvaliteten af de tilbud, man kan give brugerne.

## Diskussion af samarbejde med eksterne parter

### Netværkssamarbejde

Medarbejdernes beskrivelse af den samarbejdsform, de foretrækker, stemmer meget godt overens med det, organisationsforskere betegner som netværkssamarbejde (Bakka, 2002). Ved at søge samarbejde med dem, de tidligere har haft gode erfaringer med, anvender medarbejderne deres eget netværk til at hjælpe brugerne. Formen er umiddelbart hensigtsmæssig, idet medarbejderne derved sikrer, at samarbejdspartneren som udgangspunkt er mest mulig fleksibel og dermed maksimalt indstillet på at hjælpe med at finde frem til en løsning for brugeren.

Ud over at medarbejderne i de konkrete brugersager synes at arbejde netværkspræget, vidner deres deltagelse i fora som gå-hjem-møder, hjemløseinternater og tema-dage også om, at de på den netværksprægede facon skaber nye kontakter (Bakka, 2002). Personlige bekendtskaber herfra letter samarbejdet omkring konkrete brugere, fordi der er sat ansigt på den samarbejdende part. Succesen med gå-hjem-møderne har været så stor, at der er etableret en hjemmeside med debatforum, hvor kontakterne kan holdes ved lige og udbygges<sup>6</sup>. Indtil videre har dette forum primært været brugt af frivillige fra lavtærskeltilbud og de forskellige gadeplansindsatser, sagsbehandlere og politiet. Sundhedssektoren er således ikke repræsenteret.

I forhold til hospitaler er der i stedet eksempler på, at medarbejderne har fået sat ansigt på den eksterne part ved i konkrete problematiske brugersager at tage ud til den pågældende afdeling for at snakke med personalet og derigennem afmystificere og oplyse om brugerne og indsatsen som sådan.

Alt i alt synes der at være nogle klare fordele ved, at medarbejderne dyrker denne uformelle form for netværkssamarbejde, idet de herved lettere opnår et frugtbart samarbejde med eksterne parter.

Og chancen for at få etableret en løsning for brugeren synes større.

---

<sup>6</sup> Hjemmesidens adresse er: [www.gadeplan.dk](http://www.gadeplan.dk)



Samtidig med at det virker hensigtsmæssigt, at man dyrker de gode arbejdsfællesskaber, kan man som udenforstående ikke helt slippe den følelse, at de tilbud, der gives til brugerne, i et vist omfang bliver afhængige af de pågældende medarbejderes personlige relationer til eksterne samarbejdspartnere.

I og med at sagsbehandleren som regel involveres i indsatsforløbet, må man dog gå ud fra, at der derved sikres et minimum af adækvate tilbud til brugeren. Kender medarbejderne eller deres kollegaer ikke nogen relevante tilbud indenfor et givent område, må sagsbehandleren være behjælpelig med løsningsforslag. Måske er det netop hensigtsmæssigt, at sagsbehandlere som den formelle instans skal sikre, at brugerne får det, de har krav på, hvor medarbejderne i indsætserne, som "de rige onkler fra Amerika", tænker i mere uformelle og utraditionelle løsningsmodeller og aktivt arbejder med den tilgang.

Erfaringen der kan drages ud af dette er, at det virker hensigtsmæssigt, at opdragsgiver og lokale ledere arbejder målrettet med at støtte medarbejderne i at udvikle kompetencer indenfor netværkssamarbejdet. Man kan derfor med fordel bruge noget tid på at reflektere over, hvordan medarbejderne bedst muligt kan bruge arbejdsmetoden samt sætte ressourcer af til en målrettet udvikling.

Ud over deltagelse i netværksfora og oplysende arbejde har medarbejderne selv foreslået:

- Bedre mulighed for fysisk at komme rundt til de eksterne samarbejdspartnere for derved at få sat ansigt på hinanden og få et større kendskab til hinandens tilbud. Det kunne både være i form af besøg eller praktikophold.
- Udvidet og mere formaliseret brug af medarbejderne som undervisere af f.eks. sundhedssektoren i brugerne og gadeplansarbejdet.

Derudover kunne en målrettet kompetenceudvikling i det at arbejde netværkspræget være hensigtsmæssig. Det kunne være i form af kurser i kommunikation og samarbejde.

### **Formelt samarbejde**

Selv om medarbejderne søger det uformelle netværksprægede samarbejde, er der som beskrevet tidligere også noget af samarbejdet med eksterne parter, der foregår mere formaliseret. Først og fremmest er der samarbejdet med sagsbehandlere, som de sociale medarbejdere som udgangspunkt tager kontakt til. Ligeledes kan der være problematikker, som kræver bestemte samarbejdspartnere, og hvor medarbejderne

ikke selv kan prioritere. Det kan f.eks. være misbrugsbehandling, der forudsætter, at man kontakter bestemte visitatorer, eller i forbindelse med opsporing af brugere, der opholder sig på bestemte væresteder.

Her er medarbejderne nødt til at få et samarbejde op at stå uanset den personlige relation til den eksterne part. Da medarbejderne fra indsatserne som udgangspunkt er dem, der skal opnå noget, er udgangspunktet da også, at samarbejdet sker på de eksterne parters præmisser. Når en sagsbehandler f.eks. melder ud, at der ikke kan blive tale om tilskud til anden alkoholbehandling end den, der gives på Hvidovre Hospital, er det bedste, medarbejderen kan få ud af det at motivere brugeren til Hvidovre. Ligeledes er medarbejdere, der kommer på frivillige væresteder, nødt til at komme der på stedets præmisser, da de ellers vil blive udelukket.

Set i et magtperspektiv er relationen mellem medarbejderne og deres eksterne samarbejdspartnere noget ulige. Det kan nok ikke være meget anderledes, hvilket yderligere understreger vigtigheden af, at medarbejderne er kompetente til via dialog at nå frem til nogle løsninger, da deres sanktionsmuligheder er begrænsede. En hensigtsmæssig fremgangsmetode kan blandt andet være jævnlige møder med den eksterne samarbejdspartner for derved at fremme et positivt samarbejds-klima, således som medarbejderne allerede praktiserer i forhold til lavtærskeltilbudene.

Helt sanktionsløse er medarbejderne dog ikke. Som det blandt andet blev illustreret omkring ikke-københavnerne, anvender medarbejderne brugerens mulighed for at klage, hvis en hjemkommune ikke vil påtage sig ansvaret for sin bruger - som regel med den tilsigtede virkning.

Det er med andre ord hensigtsmæssigt, at medarbejderne har indsigt i de love og procedurer deres samarbejdspartnere arbejder ud fra, da de derved har mulighed for at sikre, at brugerne kan få den behandling, de har krav på. Her er det særlig godt, at medarbejderne har forskellige faglige baggrunde, da de derved kan have indsigt i såvel social- som sundhedssektorens love og procedurer.

Samtidig udtrykker en medarbejder dog også, at det kunne være rart, hvis der ovenfra blev stillet krav til eksterne partnere om samarbejde - f.eks. i relation til bevilling af kommunale midler til frivillige.

## Redskaber til at navigere

Samtidig med at det synes hensigtsmæssigt at støtte og fremme allerede eksisterende netværkssamarbejde, kunne det kvalificere medarbejdernes arbejde yderligere, hvis de i højere grad havde adgang til oplysninger om andre tilbud. Dette kan være en svær opgave, da tilbud til netop denne brugergruppe er præget af at være en mangfoldig blanding af private og offentlige, der ofte opstår som knopskydninger. På nuværende tidspunkt findes der således ikke nogen fyldestgørende oversigt over tilbud til socialt marginaliserede.

Man skal dog være opmærksom på, at en sådan opgave vil være noget ressourcekrævende. En fyldestgørende oversigtsliste ville være omfattende og kræve løbende vedligeholdelse, hvis man vil sikre at oplysningerne er up-to-date.

## Anbefalinger

Det er en fordel for arbejdet med brugergruppen, at medarbejderne både har sundhedsfaglige såvel som socialfaglige kompetencer, idet det fremmer kvaliteten af de tilbud, brugerne får.

Det virker hensigtsmæssigt, at medarbejderne arbejder ud fra den netværksprægede samarbejdsform i det omfang, det er muligt.

Det kvalificerer medarbejdernes netværkssamarbejde, at der bliver sat fokus på og arbejdet målrettet med at støtte og udvikle netværkssamarbejdet. Det kunne være i form af deltagelse i netværksfora, oplysning og undervisning, besøg og praktik hos samarbejdspartnerne samt kurser i kommunikation og samarbejde.

Det virker hensigtsmæssigt, at medarbejderne er bekendt med gældende love og procedurer, som eksterne samarbejdspartnere arbejder ud fra.

Det ville være en fordel, at medarbejderne som redskab til samarbejdet havde oversigtslister over etablerede tilbud.

## **KAPITEL 6. RESULTATER AF INDSATSERNE**

I projektbeskrivelserne er der ikke fastsat direkte målelige succeskriterier for indsatsene. En af årsagerne er, at det ville være noget nært umuligt at opstille et sæt målelige succeskriterier i forhold til alle brugerne, da det er meget individuelt fra bruger til bruger, hvad der kan betragtes som en succesfuld indsats. I forhold til nogle brugere har det således været en stor succes blot at opnå kontakt, hvor det i forhold til andre brugere først er en succes, når brugeren har fået en stabil tilværelse i form af botilbud, behandling og aktivering.

Medarbejdernes egne vurderinger er, at de generelt gør en betydelig positiv forskel for brugerne. En forskel som også brugerne og samarbejdsparterne værdsætter. Langt de fleste historier, som dem, der refereres til i kapitel 4, vidner således om, at man i hvert fald har nået nogle skridt på vejen. Det kan være for en kortere eller længere periode, men det afgørende er, at medarbejderne hele tiden står klar til at hjælpe og motivere brugerne, og når den enkelte bruger er klar, gør medarbejderne, hvad de kan, for at denne kan komme i et relevant tilbud. Denne parathed synes at være afgørende på et område, hvor man aldrig helt kan vide, hvornår brugerne reelt er motiverede til at komme videre i en positiv retning (Børner, 1998).

Selv om det er meget svært at måle en succesfuld indsats i tal, vil der i det følgende alligevel blive gjort et forsøg. Man skal som læser dog huske på, at tallenes udsigelseskraft er meget svag og behæftet med megen usikkerhed. Når det er sagt, så er det interessant at se på resultaterne.

### **Opgørelse over medarbejdernes kontaktskabende arbejde**

I januar 2004 blev 50 brugere tilfældigt udvalgt fra hver af de tre indsats og gennemgået i forhold til de eksisterende tilbud, medarbejderne har hjulpet dem med at skabe kontakt til.

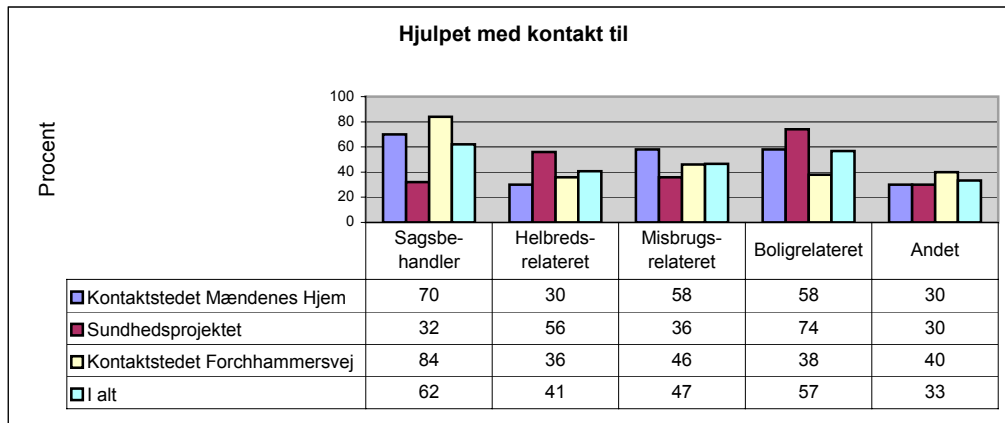


Fig. 36

Figur 36 viser indenfor hvilke hovedområder, medarbejderne har hjulpet brugerne med at skabe kontakt til. Mere specifikt er *de helbredsrelaterede tilbud*, der er skabt kontakt til, primært hospitaler, dernæst egen læge, distriktspsykiatrien og Specialinstitutionen på Forchammersvej. Under *misbrugsrelaterede tilbud* er det primært amtslige behandlingscentre udenfor København, der er skabt kontakt til, men også rådgivningscentre i København optræder i oversigten. Under *boligrelaterede tilbud* er det særligt forskellige herberg i København og boligtilbud udenfor København, der er skabt kontakt til, men også egen bolig har medarbejderne skabt mulighederne for. Under rubrikken *andet* optræder mangeartede former for kontaktskabende virksomhed, men mest er der tale om kontakter til kriminalforsorgen, den sociale døgnvagt, familie og ambassade<sup>7</sup>.

Indenfor de fem overordnede kategorier har medarbejderne gennemsnitligt hjulpet brugerne med kontakt til 2,4 forskellige typer af tilbud. Taget i betragtning af at det langt fra er alle brugere, der bliver motiveret for noget etableret hjælpetilbud, ser det meget imponerende ud, at der i så mange tilfælde har været skabt en kontakt mellem bruger og systemenhed. Hvad tallene dog ikke kan fortælle er, hvori kontakten har bestået. Det kan være alt fra en aftale om et møde, til at kontakten har ført til egentlige tilbud, som bruger har benyttet sig af.

<sup>7</sup> Derudover har der været skabt kontakt til følgende instanser:

- Indenfor *helbredsområdet*: speciallæger, behandlinger udenfor København, psykiatrisk laboratorium, Sankt Hans hospital, hjemmesygepleje og Sandholmslejrens sygeafdeling.
- I forhold til *misbrugsrelateret hjælp*: ambulatorium for stofafhængige, læger, Falckbussen, Døgnalkoholbehandling, Lænken, Specialinstitutionen Forchammersvej, behandling for ludomani, Cleanhouse.
- I forhold til *boligrelateret hjælp*: pensionater, Kvindely, boformer for psykisk syge, boligsocial formidling, bofællesskaber, skæv bolig samt camping.
- I forhold til *anden hjælp*: specialtilbud, andre gadeplansprojekter, væresteder, beskæftigelsestilbud, asylcenter, skibsprojekt, omsorgstilbud, Social Sikringsstyrelse, Grønlandernes hus og en advokat.

Ser man på fordelingen af tallene indenfor indsatserne, er der visse forskelle og ligheder, der slår igennem. Kontaktstedet Forchammersvej og Kontaktstedet Mændenes Hjem ligger mest på linie med hinanden i forhold til hvilke typer tilbud, de har skabt kontakt til, hvorimod Sundhedsprojektet skiller sig lidt ud.

Kontaktstedet Forchammersvej og Kontaktstedet Mændenes har særligt anvendt sagsbehandlere, hvorimod Sundhedsprojektet kun har skabt kontakt hertil i et mindre omfang. En forklaring på dette kan være, at sygeplejerskerne i Sundhedsprojektet har fyldt mere i arbejdet med brugerne, end de har gjort i de andre indsatser. Sygeplejerskerne har kunnet trække på andre sociale medarbejdere fra Herbergscentret på Sundholm samt Natcaféen. Disse sociale medarbejdere har så stået for kontakten til sagsbehandlere.

At sygeplejerskerne har fyldt mere i Sundhedsprojektet end i de andre indsatser understøttes ligeledes af omfanget af kontakt skabt til helbredsrelaterede tilbud. Her ligger Sundhedsprojektet noget højere end de to andre indsatser.

I forhold til misbrugsrelaterede tilbud ligger de to kontaktsteder noget højere end Sundhedsprojektet. En forklaring kan muligvis være, at Sundhedsprojektet har flere brugere fra København, hvorfor det kan formodes, at disse brugere allerede er tilknyttet behandlingstilbud, modsat brugere der skal modtage deres behandling via hjemkommune/land. Forklaringen kan dog ikke underbygges af tallene fra brugernes selvvrderingsundersøgelse, hvor ikke-københavnske brugere i lige så høj grad er indskrevet i behandlingstilbud, som københavnere er. Dette resultat kan dog sagtens tilskrives skævheder i resultaterne fra selvvrderingsundersøgelsen.

Omvendt har Sundhedsprojektets medarbejdere i videre udstrækning end kontaktstedernes medarbejdere hjulpet med kontakt til botilbud. Her kan en forklaring igen være de omstændigheder, der gør sig gældende for københavnere contra ikke-københavnere. Hvor medarbejderne har personligt kendskab til kommunens herberger og ofte har mulighed for at få prioriteret deres brugere i forhold til andre, har de ikke personligt kendskab til herberger udenfor kommunen. For ikke-københavnere handler det derfor i højere grad om at få sagsbehandlerne i hjemkommunerne i spil, da det er dem, der bedst kender mulighederne i deres lokalområde.

## Kontakt til §94-boformerne i København

Det har ikke været muligt at få personbaserede opgørelser på landsplan for brugernes indskrivninger på §94-botilbud. Til gengæld er der lavet udtræk fra Københavns Kommunes register fra perioden 1. august 2001 til 1. januar 2004<sup>8</sup>.

Resultaterne fra udtrækkene kan ikke som sådan tages til indtægt for medarbejdernes indsats, idet brugerne er indskrevet i indsatserne hen over hele perioden fra 1. august 2001 til 1. januar 2004. Brugere kan derfor have været indskrevet i §94-tilbudet både før og efter et forløb i et af de to kontaktsteder eller Sundhedsprojektet. Men det er dog interessant at se på, hvor mange der i det hele taget er blevet indskrevet.

Resultaterne fra udtrækket viser som forventet, at det primært er københavnske brugere, der indskrives i kommunens §94-botilbud. I perioden 1. august 2001 til 1. januar 2004 er 175 brugere blevet registreret på et københavnsk herberg. Ud af disse har 55 ikke haft deres sidste adresse i kommunen, hvorimod 120 er københavnerne. Ud af den totale population af ikke-københavnske indskrevne i indsatserne (350 brugere), svarer det til, at 15,6% af samtlige ikke-københavnske brugere er registrerede i det københavnske §94-system. Derimod er 63,1% af samtlige københavnske brugere registrerede.

Hvad angår de københavnske brugere kan det undre, at 36,9% ikke er blevet registreret på §94-institutioner i byen. Medarbejdernes udmeldinger her er, at det som udgangspunkt ikke har været noget problem at få et herbergsværelse til brugerne, da det generelle flow på disse steder betyder, at der jævnligt er pladser, og hvis brugerne har haft karantæne et sted, har det som regel været muligt at finde et værelse et andet sted. Det der i stedet kan være gældende for de københavnske brugere, der ikke er registrerede i §94-botilbud, er, at brugerne har fået andre tilbud, der ikke hører under §94, men som indbefatter et tag over hovedet. Det kan typisk være §91-botilbud, døgnbehandling, indlæggelse eller fængsling.

Der er dog også brugere, som det har været svært at etablere et botilbud for. På Kontaktstedet Mændenes Hjem har kvinderne været en problematik. Herberget her er kun for mænd, og da Kontaktstedet Mændenes Hjem kvinder helst vil opholde sig på Vesterbro, er eneste muligheder for overnatning Reden, Valdemarsgade og natcaféen på Mændens hjem. Problematikken underbygges af brugernes selvvurderingsundersøgelse, hvor det kun er én kvinde ud af 33, der på interviewtidspunktet har fået en herbergsplads.

---

<sup>8</sup> Københavns Kommunes registreringssystem for brugere af §94-botilbud.

I Sundhedsprojektet har en problematik været brugernes psykiske tilstand. Nogle af brugerne har været så kontaktsvage eller afvisende overfor hjælpetilbud, at heller ikke tilbud om et herbergsværelse er blevet accepteret.

En sidste problematik har været brugere, der ”hellere” har villet bruge deres penge på stoffer end et tag over hoved.

Samtidig med at det i sig selv må ses som en positiv ting, at brugerne indskrives i §94-botilbud, fortæller det ikke noget om, hvorvidt brugernes ophold har været positivt. Her er det interessant at se lidt nærmere på årsager til udskrivning.

Sidste udskrivning hvordan\ hvortil	Egen bolig	§91	Døgnbehandling	Hospital	Psykiatrisk indlæggelse	Fængsel	Andet botilbud	Gaden	Andet	Uoplyst
Planlagt	8	1,8	2,7	0,9	4,5	1,8	17		1,8	4,5
Fængsel						4,5				
Mod botilbudets råd							0,9			6,3
Udeblevet	1,8									9
Reglements- el. aftalebrud								6,3	0,9	12,5
Andet									0,9	0,9
Uoplyst		0,9								12,5

**Tabel 18.** Brugere er i perioden 1. august 2001 – 1. januar 2004 blevet ind- og udskrevet flere gange. Her er det den enkelte brugers sidste udskrivning, der er medregnet.

I forhold til brugernes sidste udskrivninger er det i cirka halvdelen af tilfældene sket planlagt og/eller i forhold til et nyt tilbud, som indebærer tag over hovedet (felter markeret med lyserød). I den anden halvdel af tilfældene ser udskrivningerne ikke ud til at være sket i et udviklingsrettet perspektiv (felter markeret med lyseblå). I stedet indikerer kategorierne, at der har været problemer i relation til udskrivningerne, og det oplyses ikke, hvad brugerne udskrives til, hvis det da ikke er til gaden.

På den ene side er det således ærgerligt, at det i halvdelen af tilfældene ikke ser ud til, at brugerne har kunne holdes i en positiv udvikling. På den anden side - taget denne brugergruppes sammensætning og problemer i betragtning - er det positivt, at halvdelen ser ud til at komme videre i et forløb, der betyder, at de bibeholder tag over hovedet, samt at der i flere tilfælde knyttes konkret behandling til.



## Resultater fra Stofmisbrugsregisteret på landsplan og for Københavns Kommune

I august 2001, da indsætserne startede, var 262 brugere indskrevet i et behandlingstilbud for stofmisbrug (eksklusiv alkohol) i Danmark. Det svarer til 54,5% af de 481 brugere, det har været muligt at checke i Stofmisbrugsregisteret<sup>9</sup>.

At omkring halvdelen allerede ved indsætsernes start har været tilknyttet behandlingssystemet viser, at en god del af brugerne allerede har været kendte i misbrugsbehandlingssystemet, før de er indgået i indsætserne. Samtidig er det også erfaringen fra udtræk lavet i forhold til Københavns Kommunes stofmisbrugsregister, at disse brugere ofte ind- og udskrives. I perioden 1. august 2001 til og med 31. december 2003 har de københavnske brugere, der har været i misbrugsbehandling, gennemsnitligt været igennem 6,1 forskellige behandlingsforløb.

Det kan umiddelbart lyde af meget, og det er derfor relevant at se på udskrivningsårsagerne.

Arsangsangivelse ved samtlige udskrivninger	Københavnere
Planlagt	18
Mod givet råd	80
Udeblevet	52
Bortvist på grund af reglementsbrud el. aftalebrud	50
Fængsel	54
Udskrevet til anden behandling i KBH	224
Udskrevet til egen læge	5
Død	1
Hospital/plejehjem	8
Flytning til anden kommune	8
Andet	36
Uoplyst	19

Tabel 19

Diagrammet viser, at i lidt over halvdelen af tilfældene (markeret med lyserød) er udskrivning i behandlingsregisteret sket i relation til et positivt videre forløb enten i form af ny behandling eller andre steder, hvor behandling kan videreføres. I lidt under halvdelen af tilfældene ser udskrivning ikke ud til at have bragt noget nyt og udviklingsrettet med sig (markeret med lyseblå).

<sup>9</sup> 61 brugere har ikke været mulige at checke, da de er registreret med udenlandsk cpr.nr.. Selv om det er muligt at disse personer kan modtage behandling i Danmark, vil det dog nok kun være et fåtal af dem, som har nogen tilknytning til behandlingssystemet. Indvirkningen på procentfordelingen vil dog under alle omstændigheder være minimal.

Taget disse forhold i betragtning kan det ikke undre, at der den 31. december 2003 var indskrevet 292 brugere i det landsdækkende stofmisbrugsregister, altså en difference på kun 30 brugere i forhold til indsatsernes start. En del arbejde er således gået med at få allerede registrerede brugere til at indgå i behandlingssystemet igen.

Derudover blev det i lægeundersøgelsen vurderet, at 32 ud af 72 brugere var afhængige af alkohol uden nævneværdigt brug af andre stoffer. Det svarer til 44,4% af brugerne i lægeundersøgelsen. Hvorvidt denne procentfordeling svarer til den fulde population af indskrevne i indsatserne vides ikke, men selv om den blev sat lavere, udgør alkoholikerne sandsynligvis en betydelig forklaring på, hvorfor der ikke er flere i den samlede population, der er indskrevet i misbrugsbehandling, idet denne ikke inkluderer alkoholbehandling.

## **Resultater fra Landspatientregistret og Det Centrale Psykiatriregister**

Ud af 481 personer har 410 været registreret i Landspatientregistret i perioden 1. august 2001 til og med 31. december 2003. Det svarer til, at 85% af de brugere, det var muligt at checke i Landspatientregistret, har haft en kontakt til et hospital i Danmark<sup>10</sup>. Hvorvidt det er som resultat af indsatserne, kan man ligesom ved udtrækkene fra §94-boformerne desværre ikke læse ud af tallene, men det er i udgangspunktet positivt, at så mange har en kontakt, og tallene svarer dermed meget godt overens med resultaterne fra selvvrideringsundersøgelsen, hvor 71,8% af de adspurgte en gang imellem eller ofte tager kontakt til hospital, hvis de har brug for det.

I forhold til Det Centrale Psykiatriregister har 202 personer ud af 481 i perioden været registreret. Det svarer til 42% af de brugere, det har været muligt at checke i Det Centrale Psykiatriregister.

At procentandelen for psykiatri er lavere end for somatisk undrer ikke, da medarbejderne gennemgående har berettet om lavere selverkendelse omkring psykiatiske problemer end somatiske. Det harmonerer med resultaterne fra selvvrideringsundersøgelsen, hvor kontakten og relationen til det psykiatiske system heller ikke vurderes så positivt som kontakten til hospitalsvæsenet.

---

<sup>10</sup> Se forrige fodnote

Det har desuden været muligt at se om brugernes kontakt til hospitaler og psykiatri har været i form af indlæggelse, ambulante behandling eller skadestue. Ikke overraskende er det særligt skadestuerne, brugerne har anvendt. Således har henholdsvis 382 ud af 410 brugere (svarende til 93%) i perioden anvendt en skadestue på et hospital, og 174 ud af 202 brugere (svarende til 86%) har anvendt en psykiatrisk skadestue.

En betydelig del har dog også været indlagt eller behandlet ambulant. Således har 65% af de registrerede brugere i Landspatientregisteret været indlagt, og 60% har været i ambulant behandling. I forhold til psykiatri har 63% været indlagt, og 34% er blevet behandlet ambulant. Den markante lavere andel, der har været i ambulant behandling i psykiatrisk regi, kan muligvis forklares med brugernes manglende selverkendelse omkring egen sindstilstand, samt deres misbrugssituation. Hvor indlæggelse og skadestue i psykiatrisk regi typisk er af akut karakter, er den ambulante behandling typisk mere langvarig og baseres på brugerens eget initiativ til at komme regelmæssigt og modtage medicin. Dette kan være svært, hvis brugerne ikke selv mener, de er syge. Ligeledes beretter medarbejderne om betydelige problemer med at få det psykiatriske behandlingssystem til at rumme brugere, der også er misbrugende.

Tilsvarende de forskellige registerudtræk for den fulde population er der lavet udtræk for den lægeundersøgte gruppe. Her viser der sig ikke nogle nævneværdige forskelle i forhold til den totale population. Det indikerer, at der er ikke er den store forskel mellem den fulde population og gruppen af lægeundersøgte brugere med hensyn til brugernes kontakt med sundhedssystemet.

## Opsamling

Trods de mange forbehold, man må tage for statistiske opgørelser over indsatsforløb, som dem Sundhedsprojektet og Kontaktstederne arbejder med, synes det at være klart, at medarbejderne i indsatserne gør en betydelig og positiv forskel for brugerne. Rigtig mange ser ud til at komme videre i relevante tilbud, og der ydes fra medarbejdernes side en indsats både i forhold til brugernes bomæssige, misbrugsmæssige og sygdomsmæssige situation.

Hvad der dog synes at være det afgørende for, at indsatserne lykkes, er medarbejdernes parathed til at motivere og handle, så snart brugerne viser tegn på modtagelighed for det. Denne parathed synes i høj grad at være til stede og på en måde, der er tilpasset den enkelte brugers problemer og behov.

Det virker med andre ord meget hensigtsmæssigt med gadeplansindsatser af denne slags, hvor medarbejdere med tværfaglige kompetencer bredt kan støtte, vejlede og hjælpe brugerne i forhold til det omfattende spektrum af eksisterende tilbud, der er.



## **KAPITEL 7. KONKLUSION OG ANBEFALINGER**

I rapporten er følgende fokusområder blevet undersøgt:

- 1) Indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer.
- 2) Samarbejde med eksterne parter
- 3) Omfanget af brugernes anvendelse af tilbud i sundheds- og socialsektoren.

Her i konklusionen bliver trådene fra de enkelte fokusområder samlet, og anbefalinger for fremtidige indsatser ridses op.

### **1) Indskrevne brugeres helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer**

#### **Generelle karakteristika**

I projektbeskrivelserne for indsatserne er der en primær og sekundær målgruppe, hvor primærgruppen er stofmisbrugere, der opholder sig mere end forbigående på gaden, og sekundærgruppen er andre svært marginaliserede på gaden. De indskrevne brugere i Sundhedsprojektet og kontaktstederne har på mange måder fælles karakteristika med andre svært marginaliserede grupper. Blandt andet svarer køns- og aldersfordeling meget godt til brugere på §94-boformerne.

Hvad der er særligt bemærkelsesværdigt omkring brugerne i Sundhedsprojektet og kontaktstederne er, at 2/3 af dem ikke haft deres sidste adresse i Københavns Kommune. Ud af den samlede population udgør brugere fra andre kommuner i Danmark cirka halvdelen. De resterende 15% er udlændinge - primært Nordmænd og Svenskere.

Den markante andel af brugere fra andre kommuner og lande illustrerer vigtigheden af, at det personale, der arbejder på gaden, kan rumme og hjælpe brugere med de særlige problemstillinger, der er forbundet med at tilhøre en anden kommune eller et andet land.

### **Resultater fra læge- og selvvurderingsundersøgelsen**

Selv om resultaterne fra læge- og selvvurderingsundersøgelsen ikke direkte kan sammenlignes, peger de dog overordnet i samme retning, nemlig at den undersøgte brugergruppe har et markant dårligere helbred end normalbefolkningen.

Gruppen af lægeundersøgte har således vist sig generelt at være belastet af mange forskelligartede sygdomme og lidelser. Gennemsnitligt findes der 6,5 somatiske (det fysiske helbred) og 1,7 psykiatriske diagnoser pr. person. Men tallene varierer fra 0 til 14 somatiske diagnoser og fra 0 til 5 psykiatriske diagnoser, hvilket samtidig er et udtryk for, at der er stor variation i sygeligheden inden for gruppen.

Antallet af anvendte stoffer er generelt betragtet forskellig for to grupper af brugere, der har henholdsvis opioider og alkohol som primær rusmiddel. Der ses således et større blandingsmisbrug blandt opioidmisbrugerne, hvor langt hovedparten indtager 4 stoffer ud over hovedstoffet, mens de hovedsageligt alkoholbrugende for to tredjedele vedkommende kun indtager 1-2 stoffer ud over alkohol. Heraf er hash det mest udbredte.

Resultaterne fra helbredsundersøgelserne kan deles i 3 dele nemlig somatisk helbred, psykisk helbred samt stof- og alkoholbrug. I de følgende afsnit opsummeres hovedresultaterne fra læge- og selvvurderingsundersøgelserne.

#### **Somatisk helbred**

##### Organskader:

Lægeundersøgelsen viser, at der er tale om en bred vifte af organskader af mere eller mindre kronisk art. De fleste sygdomme kan henføres til det aktive misbrug og den voldsomme stresstilstand, som den hjemløse misbruger lever i. Her er især alkoholmisbruget en belastende faktor, hvilket bekræftes af andre undersøgelser.

I lægeundersøgelsen er tegn på alkoholisk leverskade fundet hos 56%, og andre 8% har akutte eller kroniske problemer med bugspytkirtlen. Lungeproblemer findes hos ca. 30% sandsynligvis på grund af rygning af både tobak og hash. Dårlig funktion af de indre organer har en negativ effekt på evnen til at fungere, naturligvis fysisk men også sansemæssigt, idet varierende grad af forgiftning med kroppens egne affaldsstoffer giver træthed og forvirring. At træthed er en udpræget problemstilling er bekræftet i selvvurderingsundersøgelsen, hvor 69,6% af brugerne har problemer med udhvilethed.

#### Tandproblemer:

Der er problemer med mere eller mindre ødelagte tandsæt hos mere end 60% i lægeundersøgelsen. Dårligt tandsæt er i sig selv en medvirkende årsag til dårligt helbred, fordi fødeindtagelsen bliver dårligere, da maden ikke kan optages ordentligt. Problemer med tænderne og fødeindtag bekræftes også i selvvurderingsundersøgelsen, hvor 50% oplever tandsmerter, og 64% har problemer med fødeindtaget.

#### Nervesystemskader:

Problemer med skader på nervesystemet af længerevarende eller kronisk art er et af de største problemkomplekser, der er fundet i lægeundersøgelsen og i en tilsvarende fra Mannheim. Der er i denne undersøgelse brugt forholdsvis enkle redskaber til at påvise forandringer i nervesystemet, og alligevel findes der tegn på varierende grad af skade på nervesystemet hos 44%, mens 6,7% er regulært demente på grund af alkoholmisbrug, og 2 personer har kliniske tegn på at være født med føtal alkoholskade. Dermed er mere end 50% af de lægeundersøgte i varierende grad hæmmet i deres dagligdag af smerter, sanseproblemer og hukommelsesbesvær. At smerter er en del af brugernes hverdag bekræftes i selvvurderingsundersøgelsen, hvor 64% oplever smerter minimum to steder i kroppen.

#### Skader på bevægeapparatet:

I lægeundersøgelsen er det påvist, at mere end 30% har større eller mindre akutte skader eller følger efter skade, som for eksempel dårligt sammenvoksede brud eller seneskader med deraf følgende dårligt fungerende fingre, arme eller ben. Andre har problemer med skader efter at være faldet i søvn eller have været bevidstløse efter stofindtagelse, hvor nerver er blevet klemt og vedvarende har nedsat eller ingen funktion.

#### Infektioner:

Langt den hyppigste infektion, der forekommer, er hepatitis C. I lægeundersøgelsen ses, at 52% af alle og 85% af injektionsmisbrugerne er inficeret med denne virus, som i hovedparten af tilfældene ender med kronisk leverbetændelse og for en del med leverkræft. Grunden til denne store udbredelse er, at hepatitis C-virus muterer hurtigt og derfor ikke kan bekæmpes af det naturlige immunforsvar tilsvarende HIV-virus. Følgen er en voldsom udbredelse af smitte blandt injektionsmisbrugere med kronisk hepatitis til følge.

Udbredelsen sker også hurtigt til nyankomne i stofmiljøet, idet smitte med hepatitis C hyppigst sker i de første år af injektionsmisbrug (Fuglsang, 2000 og Garfein, 1996). I en undersøgelse af hepatituddbredningen blandt Københavnske stofmisbrugere i 2000



påviste man at ca. 75% var hepatitis C-antistofpositive, og at smitten for næsten 100% vedkommende opstod i de første 4 år af injektionsmisbruget (Fuglsang, 2000). Dette bekræftes af en ny undersøgelse fra USA, hvor uhensigtsmæssig injektionsadfærd blandt hjemløse, er blevet undersøgt (Stein, 2004). Undersøgelsen påviser, at risikoadfærd ikke ændrer sig over tid, hvorfor den risikoadfærd, der oprindeligt førte til smitte, også er med til at sprede smitten videre fra de kroniske hepatitis C-tilfælde.

Leverbetændelsestypen hepatitis B er meget mindre udbredt, og der ses ikke samme udbredelse til andre misbrugergrupper. I alt 13 er antistof-positive, heraf er 12 opioidmisbrugere (svarende til en smitteprocent på 35), den ene, der ikke er opioidmisbruger, er sandsynligvis smittet udenfor misbrugsmiljøet. Af de 12 opioidmisbrugere med hepatitis B har 11 samtidig hepatitis C. Samtidig forekomst af disse to typer kan medvirke til at forløbet af hepatitis C forværres.

HIV er fundet hos i alt 4, heraf er 2 førstegangsfund, og 2 er kendt i forvejen. Alle 4 er desuden smittet med hepatitis C, hvilket kan forværre sygdomsforløbet og gøre behandling af hepatitisinfektion meget sværere. En enkelt er desuden smittet med hepatitis B.

Aktiv infektion med tuberkulose er der ikke undersøgt for. 2 personer, som begge var i behandling for denne sygdom ved registreringen har indgået i lægeundersøgelsen. Antallet af nye tuberkulose-tilfælde i Danmark er meget lille. Hovedparten importeres fra lande med stor forekomst (Dahl, 2000).

### **Psykiske lidelser**

Det er kendt fra undersøgelser i ind- og udland, at der er stor udbredelse af psykiatiske problemer blandt misbrugere (Flichter, 1999, Salize, 2001, Salize, 2002 og Grant, 2004). Dette harmonerer med, at mange af brugerne i lægeundersøgelsen lider af depressionsproblemer og angsttilstande. Som anført er der fundet 1,7 psykiatiske sygdomme i gennemsnit pr. person i undersøgelsen. Dette er fraregnet misbrugsdiagnoser, som ellers ville bringe gennemsnittet op på 7,7 pr person. I selvvrderingsundersøgelsen er der ligeledes en høj forekomst af brugere, der oplever, at de har problemer psykisk. En del af tilstandene er stof- og alkoholbetingede, men får en stor del er det ikke muligt at afgøre sammenhæng mellem psykisk tilstande og misbrug. Uanset hvad der er tilfældet, forværres de psykiske tilstande af misbrug og vice versa.

Antallet af tunge psykiatiske diagnoser udgjorde samlet set 8%. Det er en mindre andel, end hvad der er fundet i andre undersøgelser. Årsagen til dette er, at en gennemgribende psykiatrisk screening ikke har været mulig i denne lægeundersøgelse, hvor-

for psokosediagnoser ikke kunne stilles. De diagnoser, der er opgjort i undersøgelsen, stammer fra allerede foreliggende journalmateriale. Det er da også erfaringen fra det daglige arbejde, at antallet af tungere psykiatriske problemer er større end journalmaterialet viser.

### **Misbrug**

Stofbruget er præget af brug af mange stoffer i konstant vekslen. Både i lægeundersøgelsen og i selvvurderingsundersøgelsen er der dog en adskillelse, idet de, der primært er alkoholafhængige, har forbrug af et mindre antal stoffer, end de der primært er opioidbrugere.

Alkoholmisbruget er gennemgående stort. I lægeundersøgelsen har 68% af alle et problematisk alkoholbrug, hvilket også er afspejlet i både de fysiske og psykiske skader. Samtidig ses kraftigt brug af benzodiazepiner (hos 41%), som har svære negative effekter på den totale kognitive funktion. Alkohol og benzodiazepiner må vurderes som svært skadevoldene for denne gruppe. Cannabis bruges dagligt eller episodisk af over 80% og har et godt tag i gruppen af brugere der primært er alkoholikere.

Den primære stimulans, der benyttes, er kokain, som anvendes af 44%, mens amfetamin ligger en del lavere med 17% og i øvrigt mest bruges af de yngre danskere og de svenskere, der er undersøgt. Amfetamin bruges typisk i den eksperimenterende fase blandt stofmisbrugere i Danmark, men er betydeligt mere udbredt blandt de ældre tunge svenske misbrugere, end det er i Danmark.

### **Anbefalinger for fremtidige helbredsforbedrende tiltag**

Brugernes somatiske tilstand er voldsomt præget af sygdomme, der er forårsaget af alkoholmisbrug samt hepatitis C, der er forårsaget af injektionsmisbrug. Alkoholmisbruget er med sin generelle giftvirkning på kroppen med til at udvikle skader på en lang række organer inklusive lever og centralnervesystemet. Den samtidige forekomst af hepatitis C hos en del forværrer sygdomme som leverskade, og alkoholmisbrug forværrer forløbet for hepatitis C.

Da alkoholmisbruget er en væsentlig årsag til den store sygelighed, er det 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 (i det omfang de overhovedet modtager nogen behandling), har nogen effekt på gruppens forbrug.

Der bør fokuseres på, hvordan alkoholbehandlingen kan organiseres, således at man når den her beskrevne målgruppe. Behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere bør tilbyde behandling af alkoholproblemer, hvor dette er relevant, og mulighederne for at tilbyde døgnbehandling til gruppen bør forbedres.

Den undersøgte gruppe brugere må siges at tilhøre den gruppe af svære stofafhængige, som ikke ændrer adfærd med hensyn til indtagelse af illegale stoffer under metadonbehandling. Det bør derfor revurderes, om metadonbehandling altid er et relevant tilbud til personer med et massivt blandingsmisbrug, også selv om opioider indgår i dette misbrug. I de tilfælde hvor substitutionsbehandling skønnes indiceret, bør det overvejes at anvende buprenorphin i stedet for metadon. Dette dels pga. buprenorphins mindre giftighed, dels fordi det er mindre kompliceret at ophøre en buprenorphin- end en metadonbehandling. Under alle omstændigheder forudsætter substitutionsbehandling til denne gruppe en massiv samtidig psykosocial støtte, hvis behandlingen skal have nogen effekt.

Et helt specifikt somatisk helbredsproblem er tandsundheden, der i såvel læge- som selv vurderingsundersøgelsen har vist sig, at være meget dårlig. For nogle af disse brugere vil det være en klar fordel at få fjernet de rester af tænder, der nærmest er i vejen, mens det for andre vil kunne lade sig gøre at redde dele af tandsættet. Derfor er en indsats og eventuelt en forebyggende indsats vigtig – også fordi et fungerende tandsæt er af betydning for sundheden i al almindelighed. Den indsats, der er gjort med tandklinik for hjemløse, "Bisserne", er et godt og nødvendigt skridt i den rigtige retning.

Spredningen af hepatitis C-smitte er næsten fuldstændig i denne gruppe. 85% af injektionsmisbrugerne er smittet, hvilket svarer til det Sundhedsstyrelsen i 2002 har anslået (Sundhedsstyrelsen, 2002). Der er også fundet hepatitis C blandt mennesker, der i lægeundersøgelsen er vurderet som primært alkoholafhængige, men disse viser sig stort set alle at have en fortid med eksperimenterende injektionsmisbrug.

I nyere undersøgelser fra USA har man set på risikoadfærd (Stein, 2004) og på hvor tidligt i misbrugskarrieren injektionsmisbrugere egentlig smittes (Garfein, 1996). Her har man fundet ud af at smitten hyppigt sker inden for det første år, og at den uensigtsmæssige adfærd varer ved gennem årene. Undersøgelsen af Københavnske stofmisbrugere viser som nævnt, at næsten 100% af de hepatitis C-smittede er inficeret indenfor de første 4 år af injektionskarrieren, og at infektion også sker hos dem, der oplyser aldrig at have delt kanyle (Fuglsang, 2000). Da det er anslået i lægeundersøgelsen at 80% er kroniske bærere af hepatitis C, er det nærliggende at konkludere

dere, at nye brugere på stofscenen inficeres stort set øjeblikkeligt og derefter er latente smitekilder i resten af stofkarrieren.

Den 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. Alle intravenøse stofmisbrugere bør desuden regelmæssigt undersøges for hepatitis og rådgives i forbindelse hermed. Derudover er der behov for, at injektionsremedierne udleveres i alle lavtærskeltilbud for derved at sikre tilgængeligheden for de sværest marginaliserede.

## **2) Samarbejde med eksterne parter**

Samtidig med at medarbejderne i dag oplever, at samarbejdet fungerer med mange af deres eksterne parter, er dette en del af arbejdet, der fylder meget, og der er stadig problematikker, som til tider gør det svært at finde frem til løsninger. Det handler ifølge medarbejderne overordnet om de eksterne samarbejdspartneres indstilling til brugere samt de regler og procedurer, der arbejdes indenfor.

Medarbejdernes erfaringer med samarbejde med eksterne parter er meget enslydende og relaterer sig til hvilke typer af samarbejdspartnere, der er tale om. Indenfor lavtærskeltilbudene er det medarbejdernes erfaring, at der er en stor interesse for brugerne, men at det en gang imellem kan være svært at få lov til at handle på brugerne, da det kan være i modstrid med enkelte frivillige tilbuds ideologier. Indenfor socialsektoren oplever medarbejderne, at sagsbehandlere ofte kender brugerne og for så vidt har viden nok til at hjælpe brugerne, men at det ikke er lykkedes dem at hjælpe brugerne til stabilitet. Indenfor sundhedssektoren oplever medarbejderne, at man er dårligst gearet til at hjælpe brugerne, da samarbejdspartnerne her ikke har særskilt viden om brugerne og ikke forholder sig til andet end netop brugerens sygdomsmæssige problemer.

Et vigtigt element i forhold til at få samarbejdet til at fungere er, at medarbejderne lokalt i indsatserne har både sundheds- og socialfaglige profiler. Derved kan medarbejderne internt sparre hinanden, og i forhold til de eksterne parter nyde godt af, at der altid er en medarbejder, som kender til fagsprog, procedurer og regler i det enkelte hjælpesystem. F.eks. har det vist sig meget givtigt med sundhedsfagligt personale til brobygning i forhold til sundhedsvæsenet. Sygeplejerskerne har med deres kendskab til hospitaler og psykiatri motiveret og forberedt brugerne til at modtage tilbud. Ligeledes har de fungeret som brugernes talsmænd i forhold til sundhedsvæsenet, og i læn-

gerevarende forløb har de videreført den behandling, brugerne får i sundhedsvæsenet.

Et andet vigtigt element i samarbejdet med eksterne parter har været medarbejdernes netværksprægede fremgangsmåde. Det kommer til udtryk ved at medarbejderne i vid udtrækning anvender de tilbud og samarbejdspartnere, de i forvejen kender til og har gode erfaringer med, når de skal henvise brugerne. Det er erfaringen at fremgangsmåden sikre det bedste udgangspunkt for, at der kan etableres tilbud til brugerne, idet disse eksterne parter i udgangspunktet er positivt indstillet på at finde frem til løsninger, der ofte skal være lidt fleksible i forhold til de gængse tilbudsrammer.

### **Anbefalinger for fremtidigt samarbejde med eksterne parter**

Uanset om der er tale om et tæt samarbejde om den enkelte bruger, eller om der blot er tale om sparring, er det en stor fordel for arbejdet med brugergruppen, at medarbejderne både har sundhedsfaglige såvel som socialfaglige kompetencer, idet det fremmer kvaliteten af de tilbud, brugeren får.

Det er styrke for indsatserne, at medarbejderne arbejder ud fra den netværksprægede samarbejdsform, i det omfang det er muligt, idet medarbejderne herved søger de eksterne parter, der allerede i udgangspunktet, er samarbejdsvillige. Derved sikre medarbejderne at det bedste fundament for at tilbud til brugerne kan etableres.

En yderligere styrkelse af medarbejdernes netværkssamarbejde består i et fokus på deltagelse i netværksfora, oplysning og undervisning, besøg og praktik hos samarbejdspartnerne samt kurser i kommunikation og samarbejde. Derved sættes der ansigt på de eksterne parter, kommunikationen fremmes og eventuelle fordomme kan nedbrydes, ligesom der kan etableres nye kontakter til fremtidigt samarbejde.

Derudover er det fordel for arbejdet, at medarbejderne er inde i gældende love og procedurer, som eksterne samarbejdspartnere arbejder ud fra. Derved kan medarbejderne være med til at sikre, at brugerne får de tilbud, de har krav på.

Sidst men ikke mindst ville det styrke medarbejdernes indsats, hvis de som redskab til samarbejdet havde oversigtslister over etablerede tilbud. Det ville gøre det lettere for medarbejderne at have overblik over mulige tilbud, når der skal tænkes i nye løsninger.

### **3) Omfanget af brugernes anvendelse af tilbud i sundheds- og socialsektoren.**

#### **Kontakt med hjælpesystemer**

Både resultaterne fra selvvurderingsundersøgelsen og resultaterne fra registerudtræk viser, at brugerne i den periode, indsatserne har kørt, i vid udtrækning har kontakt til de etablerede hjælpesystemer.

Sundhedsvæsenet har umiddelbart både de højeste og laveste scorere. Bedst ser det umiddelbart ud i forhold til hospitaler, hvor 85% af brugerne i perioden er registrerede i Landspatientregisteret. Derimod har kun lidt over 1/3 af brugerne i selvvurderingsundersøgelsen kontakt til egen læge og psykiatri. Dette svarer meget godt overens med, at udtrækkene fra Det Centrale Psykiatriregister viser, at ca. 40% af den totale population i indsatserne har været i kontakt med psykiatrien. Problematikkerne understreges yderligere af, at knap halvdelen af brugerne i selvvurderingsundersøgelsen vurderer, at de ikke har brug for egen læge og 1/4 af dem, der vurderer, at de har psykiske problemer, samtidig vurderer, at de ikke har brug for psykiatrien.

I misbrugsbehandlingssystemet er kun lidt over halvdelen af samtlige indskrevne registreret i stofmisbrugsregistrene, hvilket igen svarer til selvvurderingsundersøgelsen. Årsagen til at der ikke er flere kan langt hen af vejen forklares med, at der iblandt de indskrevne synes at være en stor andel af alkoholikere, der ikke har noget andet nævneværdigt misbrug. De hører derfor ikke til i stofmisbrugsbehandlingen, men i HS-regi.

I forhold til socialsektoren viser indikatorerne, at lidt over halvdelen i selvvurderingsundersøgelsen har kontakt til deres sagsbehandler. Ligeledes har 2/3 af københavnere i perioden været registreret i Københavns Kommunes §94-boformer. Hvorfor der er så stor en andel af brugerne, som ikke har kontakt til deres sagsbehandler, gives der ikke nogen forklaring på i selvvurderingsundersøgelsen, men i forhold til udtrækkene fra §94-boformerne, skal det medtages, at en del brugere får andre tilbud, som inkluderer tag over hovedet, f.eks. §91, døgnbehandlingstilbud eller fængsel.

#### **Kontakter som resultat af indsatsen**

De statistiske opgørelser over brugernes kontakt til etablerede tilbud i perioden kan ikke i sig selv sige noget om indsatsernes indvirken på, at brugerne får en kontakt. Registeropgørelserne er samlede for hele perioden, hvorfor brugerne f.eks. kan være registreret i et §94-botilbud på et tidspunkt hvor de ikke har været i kontakt med

Sundhedsprojektet eller kontaktstederne. I forhold til selvvurderingsundersøgelsen har brugerne ofte været indskrevet i et stykke tid, før interviewene blev udført, hvorfor en indsats ofte allerede har ført til etablering af tilbud forud for interview.

For at måle medarbejdernes indsats er der i stedet lavet en opgørelse over medarbejdernes kontaktskabende arbejde. Resultaterne herfra viser, at medarbejderne gennemsnitligt har hjulpet med at skabe kontakt til 2,4 forskellige typer af hjælpesystemer i forhold til hver enkelt bruger. Ligeledes viser en tendens i selvvurderingsundersøgelsen, at jo længere tid brugerne har været i kontakt med indsatserne, jo mere har de kontakt til hjælpesystemerne.

Der er med andre ord tale om et ret omfattende kontaktskabende arbejde, der rækker ud over blot at skabe kontakt til en sagsbehandler. Tilsammen viser opgørelserne, at medarbejderne gør en betydelig positiv forskel for brugerne, hvilket også bekræftes i det omfattende kvalitative materiale, der foreligger. Rigtig mange ser ud til at komme videre i relevante tilbud, og der arbejdes både i forhold til brugernes bomæssige, misbrugsmæssige og sygdomsmæssige situation.

Hvad der ligeledes har været afgørende for, at indsatserne lykkes, er medarbejdernes parathed til at motivere og handle så snart brugeren viser tegn på modtagelighed for det. Denne parathed har i høj grad været til stede og på en måde, der er tilpasset den enkelte brugers problemer og behov.

### **Anbefalinger for fremtidige kontaktskabende gadeplansindsatser**

I betragtning af den påviste høje sygelighed hos de hjemløse misbrugere er det vigtigt ikke kun at rette indsatsen mod misbruget og de sociale forhold men også på de helbredsmæssige forhold.

Dette sker allerede i sygeplejeklinikkerne og i behandlingssystemet for stofmisbrugere, men også videreførelsen af Sundhedsprojektet i form af en sundhedsfaglig indsats på gadeplansniveau er et vigtigt supplement til dette.

For de hjemløse psykotiske misbrugere, som i dag oftest ikke modtager nogen relevant behandling, er en oplagt målgruppe for de opsøgende psykoseteam, og der bør tages initiativ til at få etableret et formaliseret samarbejde mellem psykiatrien i H:S og hjemløseinstitutionerne.

Vigtigheden af gadeplansindsatsens arbejde understreges yderligere af, at undersøgelsen viser, at ved at kombinere den socialfaglige gadeplansindsats med en sundhedsfaglig, kan man i langt højere grad koordinere og sikre den langsigtede behandling af kroniske lidelser, og i samarbejde med sundhedsvæsenet hjælpe dette til at rumme brugere med mere komplicerede behandlingsbehov. Det er derfor en klar styrkelse af det fremtidige arbejde overfor de hårdest belastede hjemløse misbrugere, at Sundhedsprojektet og kontaktstederne videreføres af kommunen og bliver en integreret del af det samlede tilbud til de hjemløse.





## Litteraturliste

Andersen, Ole Steen m.fl. *"Aktiv Projektledelse"* Børsen, 1999

Bakka, Jørgen m.fl. *"Organistaionsteori, Struktur, Kultur, Processer"* 3.udgave, Handelshøjskolens forlag, 2002

Brandt, Preben *"Posefolksrapporten"* Palino-Print, 1998

Bridget, F. *"Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions"*, Archives of General Psychiatry, Aug 2004; 61: 807 - 816.

Christensen, Søren m.fl. *"Projektledelse i løst koblede systemer"*, Jurist og Økonomiforbundets Forlag, 1991

Dahl, R. *"Tuberkuloseproblemer i Danmark –"*, Ugeskr Læger, Redaktionelt, 4. dec.2000 nr. 49, 6665

Dey, P. *"Randomized controlled trial to assess the effectiveness of a primary health care liaison worker in promoting shared care for opiate users –"*, Journal of Public health Medicine, Vol 24, No. 1, 38 - 42

Feldman. Maia, *"Retssikkerhed for de svagest stillede: project- kom brugerne i møde"*, Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, 2003

Fichter, M. *"Alcoholism in homeless men in the mid-nineties –"*, Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci (1999), 249:34-44

Frøstrup, U. and Møller, O.H. *"Hjemløse. En interviewundersøgelse af 112 hjemløse mænd i København"*, Publikation nr. 3. København: Socialpædagogisk Center i København, 1972

Fuglsang, T. *"Udbredelsen af HIV og hepatitis B og C blandt københavnske stofmisbrugere –"*, Ugeskr. for Læger, Vol.162, nr. 27, 2000, 3860-64

Garfein, R. S. "Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses –", Am. J. Public Health, 1996, 86, 655–661.

Grant, B.F. mfl. "Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions –", Archives of General Psychiatry, Aug 2004; 61: 807 – 816

Holohan, T. W. "Health and Homelessness in Dublin –", Irish Medical Journal March/April 2000 Volume 93 No 2

Kendell, R. E. "The distinction between personality disorder and mental illness –", British Journal of Psychiatry (2002) 180: 110-115

Kjøller, Mette m.fl. "Sundhed og sygelighed i Danmark 2000", Statens Institut for Folkesundhed, 2002

Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. "Den brugerrettede forvaltning" 1998

Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. "Sektorplan for Narko - 2005" 2004

Nordentoft, Merete "Hjemløse på gadeplan i København –" dele af denne undersøgelse er offentliggjort i Ugeskr. f. Læger, 1994; 156; 3032-9

Nordentoft, Merete "10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen", BMJ;327;81,2003

Nordentoft, Merete m.fl. *Ti års opfølgingsundersøgelse af dødelighed blandt hjemløse på herberg i København*, Ugeskrift for Læger 2004; 166,18: 1679

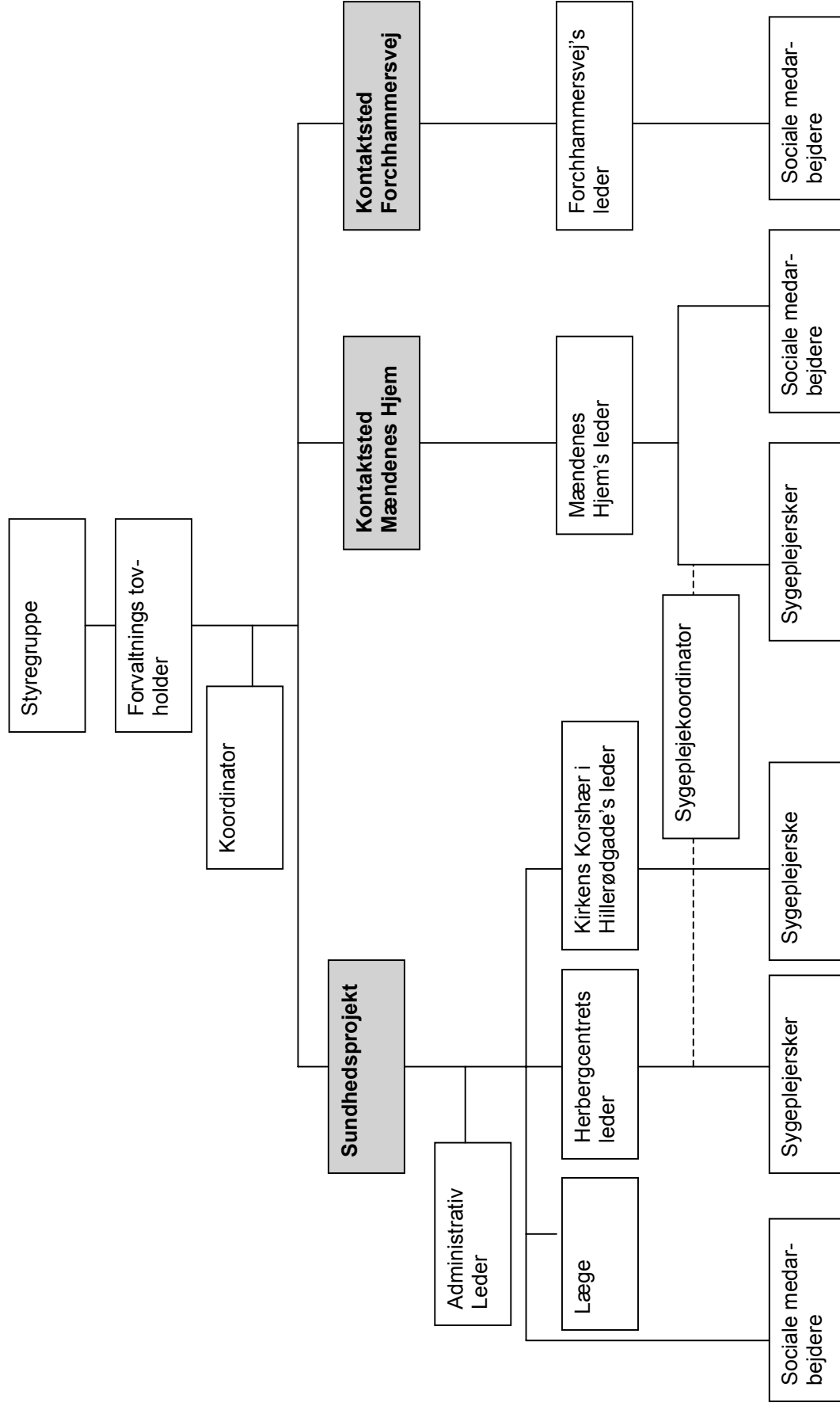
Nunes, E. V. "Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis –", JAMA. 2004 Apr 21;291(15):1887-96

Pedersen, T. "Udlevering af heroin –", Ugeskr Læger 1997; 159: 4615

- Salize, H.J. "Needs for mental health care and service provision in single homeless people –", Soc. Psych. and Psych. Epidemiol., Vol. 36, No. 4, July 2001, 207-16
- Salize, H.J. "Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim", Germany -, Addiction, 97, 1593-1600, 2002
- Schacke, J. og Thiesen, H. "Midtvejsrapport for Sundhedsprojektet og Kontaktstederne i Københavns Kommune", Københavns Kommune 2003
- Segal, S. P." Health status of homeless and marginally housed users of mental health self-help agencies –", Health & Social Work, Feb.98, Vol.23, Iss.1
- Social og Sundhedsministeriet "Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere –", Februar 2002
- Stax, Tobias Børner "En gang socialt marginaliseret - altid...?", Socialforskningsinstituttet 99:21, 1999
- Stein, J. A. "Correlates of Hepatitis C virus infection in homeless men; a latent variable approach –", Drug and Alc. Depend., 75 (2004) 89–95
- Sundhedsstyrelsen "Narkotikasituationen i Danmark, Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA –", 2002
- Sundhedsstyrelsen, "Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis –" 2002
- Sundhedsstyrelsen, "Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996-2002 –", oktober 2004
- Susser, E. "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men –", Am. J. of Public Health, Feb 97, Vol.87, Iss.2, 256-62
- Weis, N. M., mfl. "Pegyleret interferon-alfa til behandling af kronisk hepatitis C –", Ugeskrift for Læger, 27. oktober, 2003, nr. 44
- Kushel, M.B. "Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons –", JAMA, January, 2001, Vol 285, No. 2, 200-206.



# Bilag 1. Ledelsesdiagram for Sundhedsprojekt og Kontaktstede d. 1.1.2004



## Bilag 2. Samtykkeerklæring

I overensstemmelse med forvaltningslovens § 28 stk. 2 nr.1 og stk.4 giver undertegnede

\_\_\_\_\_

Navn

\_\_\_\_\_

Cpr. Nr.

samtykke til, at Sundhedsprojektet / Kontaktstedet, der er etableret under Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune, kan videregive/indhente oplysninger om helbred, sociale forhold og misbrug der har betydning for min sociale situation.

Oplysningerne kan udveksles med:

Hospitalsvæsenet

Egen læge

Social- og sundhedsforvaltningen i den pågældende klients kommune/hjemland

Københavns Kommunes tilbud for stofafhængige og hjemløse

Kriminalforsorgen

Andet: \_\_\_\_\_

Formålet er at sikre relevant behandling og en helhedsorienteret indsats i samarbejdet med de ovennævnte parter.

Formålet er endvidere at indsamle dokumentation for at kunne tilrettelægge den fremtidige indsats.

Dette samtykke bortfalder senest 1 år efter det er givet.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

# Bilag. 3 Registreringsskema til brugernes selv-vurderingsundersøgelse

## 1. Stamdata

101. Bruger: \_\_\_\_\_  
Navn

102. Cpr. Nr. (skriv tydeligt): \_\_\_\_\_

## 2. Baggrundsoplysninger

Medarbejderid: \_\_\_\_\_

201. Dato for registrering: \_\_\_\_\_

202. Indskrevet hvor:

1 = Sundhedsprojekt  
2 = Kontaktsted Mændenes Hjem  
3 = Kontaktsted Forchammersvej  
99 = Uoplyst

203. Køn:

1 = Mand  
2 = Kvinde  
99 = Uoplyst

204. Alder:

1 = Under 30 år  
2 = Mellem 30 og 40 år  
3 = Mellem 40 og 50 år  
4 = Over 50 år  
99 = Uoplyst

205. Kommune tilhør:

1 = Københavns Kommune  
2 = Frederiksberg og Københavns Amt (Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje Tåstrup, Ishøj, Ledøje-Smørum, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Søllerød, Tårnby, Vallensbæk, Værløse)  
3 = Udenfor Købehavns Amt  
4 = Udlandet  
99 = Uoplyst



**206. Årsager til indskrivning (indsats påbegyndes):**

(medarbejders vurdering. Der kan sættes flere krydser)

	Ja	Nej	Uoplyst
206a = Ophold på gaden	_____	_____	_____
206b = Stoffer (incl. alkohol)	_____	_____	_____
206c = Sygdom	_____	_____	_____
206d = Adfærd	_____	_____	_____
206e = Påklædning/hygjejne	_____	_____	_____
206f = Anden årsag til indsk.: _____	_____	_____	_____

**207. Hvor lang tids kontakt forud for registrering:**

1 = Mindre end en uge  
2 = Mellem en uge og en måned  
3 = Mellem en måned og et halvt år  
4 = Mere end et halvt år  
99 = Uoplyst

Ved hel eller delvis manglende statusregistrering 3 uger efter indskrivning

**208. Årsager til manglende registrering:**

(medarbejders vurdering. Der kan sættes flere krydser)

	Ja	Nej	Uoplyst
208a = Bruger er forsvundet/udeblevet	_____	_____	_____
208b = Bruger er for psykisk ustabil	_____	_____	_____
208c = Bruger er for påvirket (af stoffer)	_____	_____	_____
208d = Sprog/kommunikationsbarriere	_____	_____	_____
208e = Indsatsen var for kortvarig	_____	_____	_____
208f = Registrering kunne ikke koordineres indenfor 3 uger (tidsnød)	_____	_____	_____
208g = Hørte til andet projekt	_____	_____	_____
208h = Bruger ønsker det ikke	_____	_____	_____
208i = Anden årsag til manglende reg.: _____	_____	_____	_____

**3. Helbredsstatus****301. Muligheder for mad:**

Har du råd til at købe mad hver dag?

0 = Ja for det meste  
1 = En gang imellem  
2 = Nej sjældent  
99 = Uoplyst

**302. Benyttelse af spisesteder:**

Benytter du dig af spisesteder?

0 = Dagligt (ofte)  
1 = En gang imellem  
2 = Sjældent/aldrig  
4 = Kender ikke stederne  
99 = Uoplyst

**303. Vurdering af fødeindtag:**Får du spist og drukket noget i løbet af dagen?  
(Minus alkohol)

0 = Ingen problemer  
1 = Lidt problemer  
2 = Store problemer  
99 = Uoplyst

**304. Antal søvntimer:**

Hvor mange timer sover du i løbet af et døgn?

1 = Mindre end 5 timer  
2 = 5 – 10 timer  
3 = Mere end 10 timer  
99 = Uoplyst

**305. Udhvilethed:**

Føler du dig udhvilet, når du står op?

0 = Ingen problemer  
1 = Lidt problemer  
2 = Store problemer  
99 = Uoplyst

**306. Hygiejne:**

Kommer du i bad og vasket tøj i det omfang, du har behov for det?

0 = Ingen problemer  
1 = Lidt problemer  
2 = Store problemer  
99 = Uoplyst

**307. Fysisk mobilitet:**

Har du gangbesvær?

Kan du gå rundt til de ting, du vil i løbet af dagen?

0 = Ingen problemer  
1 = Lidt problemer  
2 = Store problemer  
99 = Uoplyst

**308. Kvalme:**

Har du problemer med kvalme?

0 = Ingen problemer  
1 = Lidt problemer  
2 = Store problemer  
99 = Uoplyst

**309. Svimmelhed:**

Lider du af svimmelhed?

0 = Ingen problemer  
 1 = Lidt problemer  
 2 = Store problemer  
 99 = Uoplyst

**310. Vejtrækning:**

Har du problemer med vejtrækningen?

0 = Ingen problemer  
 1 = Lidt problemer  
 2 = Store problemer  
 99 = Uoplyst

**311. Udskillelse:**

Har du problemer med afføring og/eller vandladning?

0 = Ingen problemer  
 1 = Lidt problemer  
 2 = Store problemer  
 99 = Uoplyst

**312. Psykisk:**

Hvordan synes du, du har det psykisk / humørmæssigt?

0 = Godt (ingen problemer)  
 1 = Nogenlunde (lidt problemer)  
 2 = Dårligt (store problemer)  
 99 = Uoplyst

**313. Smerte:**

Har du smerter nogen steder ?

Hvor	Ingen problemer (VAS 0-2)	Lidt problemer (VAS 3-6)	Store problemer (VAS 7-10)	Uoplyst
<b>313a:</b> Tænder	_____	_____	_____	_____
<b>313b:</b> Maven	_____	_____	_____	_____
<b>313c:</b> Hjertet/brystet	_____	_____	_____	_____
<b>313d:</b> Hoved/hals	_____	_____	_____	_____
<b>313e:</b> Arme/hænder	_____	_____	_____	_____
<b>313f:</b> Ben/fødder	_____	_____	_____	_____
<b>313g:</b> Andre steder _____	_____	_____	_____	_____

**314. Kontakt til egen læge:**

Tager du til din egen lægen, når du har brug for det?

0 = Ja som oftest  
 1 = En gang imellem  
 2 = Nej aldrig  
 3 = Har ikke brug for egen læge  
 4 = Kender ikke egen læge  
 99 = Uoplyst

**315.a. Kontaktens kvalitet:**

Hvordan er kontakten til din egen læge?

0 = God kontakt  
1 = Mindre god kontakt  
2 = Dårlig kontakt  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**315b. Resultater af kontakten:**

Har lægen kunne hjælpe dig til at få det bedre?

0 = Ja i høj grad  
1 = I nogen grad  
2 = Nej i ringe grad  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**316. Kontakt til hospitalsvæsenet:**

Tager du til på hospitalet, når du har brug for det?

0 = Ja som oftest  
1 = En gang imellem  
2 = Nej aldrig  
3 = Har ikke brug for hospitaler  
4 = Kender ikke til hospitalerne  
99 = Uoplyst

**317a. Kontaktens kvalitet:**

Hvordan er kontakten til hospitalet?

0 = God kontakt  
1 = Mindre god kontakt  
2 = Dårlig kontakt  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**317b. Resultater af kontakten:**

Har hospitalet kunne hjælpe dig til at få det bedre?

0 = Ja i høj grad  
1 = I nogen grad  
2 = Nej i ringe grad  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

Sp. 318 skal stilles hvis der ved sp. 312 blev svaret 1 eller 2, ellers videre sp. 320.

**318. Kontakt til psykiatri:**

Anvender du det psykiatriske system, når du har brug for det?

0 = Ja som oftest  
1 = En gang imellem  
2 = Nej aldrig  
3 = Har ikke brug for psykiatri  
4 = Kender ikke til psykiatrien  
99 = Uoplyst

**319a. Kontaktens kvalitet:**

Hvordan er kontakten til det psykiatriske system?

0 = God kontakt  
1 = Mindre god kontakt  
2 = Dårlig kontakt  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**319b. Resultater af kontakten:**

Har det psykiatriske system kunne hjælpe dig til at få det bedre?

0 = Ja i høj grad  
1 = I nogen grad  
2 = Nej i ringe grad  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**320. Generelt indtryk af helbredsmæssig situation:**

Medarbejders opsummering og kommentarer

Fritekst (skriv tydeligt)

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Misbrugsstatus

### 401. Brug af stoffer:

Hvilke stoffer har du taget indenfor de sidste 14 dage?

0 = Har intet forbrug af stoffer  
1 = Metadon lægeordineret  
2 = Metadon illegal  
3 = Buprenorphin (subutex, temgesic) Lægeordineret  
4 = Buprenorphin (subutex, temgesic) illegalt  
5 = Andre opiater (contalgin, petidin, ketogan, heroin mv) lægeordineret  
6 = Heroin illegalt  
7 = Andre opiater (contalgin, petidin, ketogan mv.) illegalt  
8 = Benzodiazepiner (stesolid, rohypnol, rivotril, flunipam, diazepam mv) lægeordineret  
9 = Benzodiazepiner (stesolid, rohypnol, rivotril, flunipam, diazepam mv) illegalt  
10 = Amfetamin  
11 = Kokain  
12 = Crack/free base  
13 = Estacy  
14 = LSD  
15 = Svampe, meskalin mv.  
16 = Hash (inklusive skunk)  
17 = CAT  
18 = Alkohol  
19 = Andet: \_\_\_\_\_  
99 = Uoplyst

401a. Hovedstof. \_\_\_\_\_

401b. Sidestof. \_\_\_\_\_

401c. Sidestof. \_\_\_\_\_

401d. Sidestof. \_\_\_\_\_

Hvis svar på sp. 401a –d indeholdt svar 2,4,6,7,9-19 gå videre til sp. 402a, ellers gå videre til sp. 406.

### 402a. Problematisering af brugen af illegale stoffer:

Er det et problem for dig, at du tager illegale stoffer?

0 = Intet problem  
1 = Lidt problem  
2 = Stort problem  
99 = Uoplyst

### 402b. Stofindtagets konsekvenser:

Har brugen af illegale stoffer nogen negative konsekvenser for dig?

0 = Intet problem  
1 = I nogen grad  
2 = Ja i høj grad  
99 = Uoplyst

### 403. Behandling af stofforbrug:

Er du i behandling for dit forbrug af stoffer?

0 = Ja, er i behandling  
1 = Nej, er ikke i behandling  
99 = Uoplyst

Hvis svar på sp. 403 var 0 gå videre til sp. 404a ellers gå videre til sp. 405.

**404a. Type af behandlingssted:**

Hvor går du i behandling?

- 1 = Rådgivningscenter
- 2 = Ambulatorium
- 3 = Egen læge
- 4 = Privatklinik
- 5 = Specialambulatoriet for psykotiske stofmisbrugere
- 6 = Falckbussen
- 99 = Uoplyst

**404b. Kontakten til behandlingssted:**

Hvordan er kontakten til behandlingsstedet?

- 0 = God kontakt
- 1 = Mindre god kontakt
- 2 = Dårlig kontakt
- 99 = Uoplyst

**404c. Resultater af behandling:**

Har behandlingen hjulpet dig til at få det bedre?

- 0 = Ja i høj grad
- 1 = I nogen grad
- 2 = Nej i ringe grad
- 99 = Uoplyst

Hvis der er svaret på sp. 404a,b eller c gå videre til sp. 406 ellers gå videre til sp. 405.

**405. Egne tiltag:**

Har du gjort noget aktivt for at komme i behandling?

- 1 = Ja har været meget aktiv
- 2 = Har været lidt aktiv
- 3 = Nej har ikke været aktiv
- 99 = Uoplyst

**406. Generelt indtryk af misbrugs situation:**

Medarbejders opsummering og kommentarer

Fritekst (skriv tydeligt)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5. Socialstatus

### 501. Boligsituation:

Hvor har du sovet de sidste 14 dage?

(den primære boform):

- 1 = Bor på gaden/ingen bolig
- 2 = Herberg/forsorgshjem
- 3 = Døgninstitution (narko, psykiatri, hospital)
- 4 = Støttet bolig/bofællesskab
- 5 = Familie/venner
- 6 = Lejet værelse
- 7 = Selvstændig bolig
- 8 = Andet: \_\_\_\_\_
- 99 = Uoplyst

Hvis svar på sp. 501 var 1 gå videre til sp. 502a ellers gå videre til sp. 503.

### 502a. Boligproblemetets omfang:

Er det et problem for dig at bo på gaden?

- 0 = Intet problem
- 1 = Lidt problem
- 2 = Stort problem
- 99 = Uoplyst

### 502b. Egne tiltag:

Har du gjort noget aktivt for at få en bolig?

- 1 = Ja har været meget aktiv
- 2 = Har været lidt aktiv
- 3 = Nej ikke været aktiv
- 99 = Uoplyst

### 503. Indtægt:

Hvilken indtægt har du?

- 1 = Lønindkomst
- 2 = Arbejdsdagpenge
- 3 = Bistandshjælp
- 4 = Sygedagpenge
- 5 = Social pension
- 6 = Ingen (tigger etc.)
- 7 = Andet: \_\_\_\_\_
- 99 = Uoplyst

### 504. Problemer omkring indtægt:

Er dine indtægtsforhold afklarede?

Ved social hjælp - Fungerer udbetalingen af din kontanthjælp?

- 0 = Intet problem
- 1 = Lidt problemer
- 2 = Store problemer
- 99 = Uoplyst



**505. Kontakt til væresteder:**

Benytter du dig af væresteder?

0 = Tit  
1 = En gang imellem  
2 = Aldrig  
4 = Kender ikke stederne  
99 = Uoplyst

**506. Vurdering af kontakt til væresteder:**

Hvordan er kontakten til de væresteder du kommer?

0 = God kontakt  
1 = Mindre god kontakt  
2 = Dårlig kontakt  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**507. Hjælp fra ressourcepersoner udenfor systemet:**

Har du familie, venner eller andre udenfor systemet som hjælper dig?

0 = Intet problem (god hjælp)  
1 = Får lidt hjælp  
2 = Får sjældent/aldrig hjælp  
99 = Uoplyst

**508. Hjælp fra ressourcepersoner i systemet:**

Har du nogen kontaktpersoner i systemet, der hjælper dig?

(Ud over medarbejder selv?)

0 = Intet problem (god hjælp)  
1 = Får lidt hjælp  
2 = Får sjældent/aldrig hjælp  
99 = Uoplyst

**509. Kontakt til sagsbehandler.**

Går du til din sagsbehandler når du har brug for det?

0 = Ja som oftest  
1 = En gang imellem  
2 = Nej aldrig  
3 = Har ikke brug for sagsbehandler  
4 = Kender ikke egen sagsbehandler  
99 = Uoplyst

**510a. Kontaktens kvalitet:**

Hvordan er kontakten til din sagsbehandler?

0 = God kontakt  
1 = Mindre god kontakt  
2 = Dårlig kontakt  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**511b. Resultater af kontakten:**

Har du via din sagsbehandler opnået nogle resultater?

0 = Ja i høj grad  
1 = I nogen grad  
2 = Nej sjældent  
3 = Ingen kontakt  
99 = Uoplyst

**512. Generelt indtryk af social situation:**

Medarbejders opsummering og kommentarer

Fritekst (skriv tydeligt)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilag. 4 Klinisk undersøgelse Sundhedsprojektet Københavns Kommune

Denne journal skal forblive i sygeplejeklinikken / hos lægen  
– indgår ikke i dokumentationsmaterialet

Navn: _____
Adresse: _____
CPR nr.: _____
Egen læge: _____ Tlf.: _____
Adresse: _____ Amt: _____
Journaloptagelsesdato: _____
Optagelsessted: _____
Konsultation 1: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 2: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 3: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 4: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 5: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 6: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 7: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 8: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 9: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____
Konsultation 10: Aftalt dato _____ hvor _____ gennemført _____

Journalen oprettes som arbejdsdokument og har i hele undersøgelsesperioden indgået som basis for den lægelige behandling. I tillæg til dette er der i projekttiden foretaget notater for den enkelte klient i de enkelte institutioners elektroniske- og papirjournaler. Data er samlet ved projektudløb.

## PSYKISK ANAMNESE:

### AKTUELT: Almentbefindende

Klientens umiddelbare udsagn om sin egen tilstand uden modifikation.

### STOFBRUG: der spørges om alle stoffer, nogensinde

Misbrugets art: +/-	Specifik stoftype	Starttidspunkt samt hvor længe / evt. sluttidspunkt	Seneste brug (dato / år)	Hvor ofte og hvor meget
Har intet forbrug af stoffer				
Metadon lægeordineret				
Metadon illegalt				
Buprenorphin, Lægeordineret				
Buprenorphin illegalt				
Andre opiater (Contalgin, Petidin, Ketogan) lægeord.				
Heroin Illegalt				
Andre opiater (Contalgin, Petidin, Ketogan mv.) illegalt				
Benzodiazepiner lægeordineret				
Benzodiazepiner illegalt				
Amfetamin				
Kokain				
Crack / FreeBase				
Estacy				
LSD				
Svampe, meskalin				
Cannabis				
Tobak				
Alkohol:				
Andet:				

Grundig og systematisk udspørgen om stofbrug gennem livet. Der er ofte en ret præcis tidsfæstelse af misbrug og brug, ligesom klienten forholdsvis klart skelner mellem hvilke stoffer der har givet afhængighed, hvilke der har været problematiske og hvilke der har været rekreative. Endelig har det umiddelbare stofbrug betydning for selve undersøgelsen idet det kan influere på undersøgelsens kvalitet eller ændre nogle undersøgelsesresultater. For eksempel vil reflekserne og følesansen være nedsat ved akut forgiftning med alkohol og heroin mens de vil være hyperreagerende ved abstinens.

## ABSTINENSSYMPTOMER

	Nogensinde haft?			Aktuelt (indenfor 1md)		
	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke
Søvnproblemer						
Håndtremor:						
Svedeture:						
Hallucinationer						
Krampeanfald						
Delirium tremens						
Selvmodsforsøg / -tanker						
Andet: _____						

Abstinensprofil som kan give indtryk af graden af skade på centralnervesystemet. Især ved langvarigt benzodiazepin- eller alkoholmisbrug ses en gradvis forværring af abstinensstilstande som følge af en gradvis ændring af centralnervesystemet både i form af skade og i form af tilpasninger til stofindtagelsen. Eventuelle gentagne svære abstinenssymptomer kan give en rettesnor for eventuelt specielt fokus i den senere neurologiske undersøgelse

## SØVN:

Søvn det seneste døgn:			
Søvnlængde	Antal timer	Uafbrudt søvn Ja / nej	Afbrudt søvn, antal timer ad gangen
Kvalitet	God	Nogenlunde	Dårlig
Er dette søvnmønster typisk?	Ja	Nej - beskriv det typiske mønster	

Søvn mønster kan give et fingerpeg om stresspåvirkningen i det daglige, for at få et generelt overblik over hvordan det er for den enkelte at få en normal søvn og for at finde et eventuelt afvigende søvnmønster (for eksempel sover om dagen / vågen om natten). Samtidig kan det umiddelbart ses som en indikator på hvor oplagt patienten kan forventes at være i forhold til at deltage i undersøgelsen

## ANGST:

### Har du, eller har nogensinde haft

uforklarlig angst:

episodisk \_\_\_\_\_

Vedvarende \_\_\_\_\_

angst i specielle eller tilbagevendende situationer (incl. abstinens):

hvor \_\_\_\_\_

hvornår \_\_\_\_\_

Kernesymptomerne i ICD-10 diagnosen Angstilstand – hvis der er positive svar udvides med spørgsmål vedrørende følgesymptomer.

## **DEPRESSION:**

### **Har du eller har nogensinde haft**

Perioder med uforklarlig nedtrykthed, tristhed:

ja \_\_\_\_\_

nej \_\_\_\_\_

Glædesløshed, manglende lyst og interesse:

ja \_\_\_\_\_

nej \_\_\_\_\_

Uforklarlig træthed, nedsat energi:

Ja \_\_\_\_\_

nej \_\_\_\_\_

Kernesymptomerne i ICD-10 diagnosen Depression – hvis der er positive svar udvides med spørgsmål vedrørende følgesymptomer. Spørgsmålene er modificeret en smule for at skelne den naturlige træthed og humørsvingninger der følger af stofmisbrug og uregelmæssig livsførelse. Det kan diskuteres om symptomerne under alle omstændigheder er en del af et depressivt syndrom men det er valgt at se bort fra symptomer som umiddelbart kan forklares med livsførelse.

## **PSYKOTISKE TILSTANDE:**

### **Har du, eller har du nogensinde haft**

Oplevelser hvor du har hørt eller set ting andre ikke kunne se eller som gjorde dig bange, eller som du siden vidste, var en psykose.

Har du oplevet at være forfulgt i kortere eller længere tid.

Ja \_\_\_\_\_

nej \_\_\_\_\_

Der fokuseres på psykotiske episoder som klienten kan huske eller har fået oplyst. Der udspørges direkte om "positive" symptomer men også mere diskrete såsom om klienten har følt sig forfulgt, mere end rimeligt er, i situationen. Det må huskes at klienten lever i en mere eller mindre konstant stresstilstand samt at der ofte er kriminelle elementer i dagligdagen, hvorfor en eventuel paranoid tilstand ikke nødvendigvis skal opfattes som psykotisk men kan ses som en naturlig følge af livsvilkår.

### **Noter til psykiatrisk anamnese:**

---

---

---

---

Eventuelle problemstillinger der ikke er omfattet af ovenstående spørgsmål, eller udvidede forklaringer til det der er noteret.

## **SOMATISK ANAMNESE**

Oplysninger om legemlige sygdomme.

**AKTUELT Almentbefindende:** \_\_\_\_\_

Patientens egen beskrivelse af egen tilstand. Oftest vil klienten beskrive sin tilstand i lyset af sin umiddelbare situation. Eventuel abstinens eller rus er en kraftigt modificerende faktor for udsagn. Man kan modificere spørgsmålet til for eksempel; "er der problemer i din krop som generer dig af og til eller i løbet af dagen". Uddybes under rubrikken "Kendte somatiske sygdomme"

### **ALLERGIER:**

Ja (hvilke): \_\_\_\_\_

Nej: \_\_\_\_\_

Vigtigt i forhold til behandling (for eksempel penicillinallergi) og i forhold til udredning af symptomer fra luftveje og hud

### **HAR PATIENTEN FIXET?**

Ja \_\_\_\_\_ Hvornår \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Vigtigt i forhold til forventning om smitterisiko, patientens egen risiko for at blive smittet og umiddelbare risiko i forhold til medarbejdere.

**KENDT HEPATIT ELLER HIV dato/år for test:** \_\_\_\_\_

Hepatitis A: \_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_ Hepatitis C: \_\_\_\_\_ HIV: \_\_\_\_\_

Noteres med dato for eventuelle test samt minus ved negativt resultat hvis dette kendes af klienten. Ved positivt svar skrives år og evt. dato for prøve. Der tages under alle omstændigheder prøve for Hepatitis C, Hepatitis B og HIV ved efterfølgende blodprøvetagning.

### **Der tages prøve for hepatitis ABC / HIV / Syfilis:**

ja, her \_\_\_\_\_

ja, henvist til lab. \_\_\_\_\_

Ja incl. somatisk screening: \_\_\_\_\_

nej, fordi: \_\_\_\_\_

Ideelt tages prøven inden klienten forlader undersøgelsen. Punktet er ikke ændret fra pilotprojektjournalen ved en fejl idet punktet "Ja incl. somatisk screening" ikke er relevant da der under alle omstændigheder tages blodprøver med henblik på somatisk tilstand.

**Tidligere indlæggelser: (somatiske og psykiatriske):**

---

---

Som patienten husker dem. Dette danner grundlag for indhentning af journalnotater fra hospitalsvæsenet og andre dele af sundhedssystemet inklusive det psykiatriske system. Erfaringsmæssigt er hukommelsen for indlæggelser ofte noget svingende men med klientens samtykke kan der udforskes videre ud fra de notater der fremskaffes og via notater og journal i sygeplejeklinikkerne.

**Kendte somatiske sygdomme:**

CNS: \_\_\_\_\_

Hjerte: \_\_\_\_\_

Lunger: \_\_\_\_\_

Mave/tarm: \_\_\_\_\_

Lever / bugspytkirtel / Nyrer: \_\_\_\_\_

Urinveje: \_\_\_\_\_

Gynækologisk: \_\_\_\_\_

Bevægeapparat: \_\_\_\_\_

Der udspørges systematisk til symptomer fra de nævnte organsystemer.

**MEDICINSTATUS**

**Incl. metadon og lægeordineret benzodiazepin:**

PRÆPARAT:	STYRKE: (X mg antal gange dagligt)	Gives i følge patienten for:

Der udspørges systematisk om medicinering – dvs. alt lægeordineret medicinering incl. benzodiazepiner og Metadon. Hvis klienten medicinerer sig selv for bestemte tilstande med fast daglig dosering noteres dette også.

Noter: \_\_\_\_\_

---

Eventuelle yderligere oplysninger af ikke-systematisk art



## OBJEKTIVT

Lægens observationer "uafhængigt" af patientens udsagn

**Generelt** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Det generelle billede af klienten, for eksempel bemærkes eventuelle dysfunktioner i bevægemønster. Særlige kropskaraktistika som for eksempel ekstrem afmagring, hudforandringer etc. noteres. Det generelle billede skal naturligvis sættes i den kontekst som undersøgelsen foretages i hvorfor der må være vide rammer for, for eksempel hygiejne.

## Tilstand ved journaloptagelse

	Ja	Nej
Beruset/påvirket		
Uklar/konfus		
Ukooperativ		
Psykotisk		
Aggressiv		
Nervøs/bange		
Abstinert		
Andet:		

Der foretages ikke direkte måling af alkoholpromille eller stofindtagelse da klienten ofte vil have et intoksikationsgrad der giver en optimal funktionsevne. I den tilstand vil han ikke forekomme beruset eller påvirket men derimod afslappet og relativt velfungerende. Modsat ved abstinens hvor de fleste symptomer føles med betydelig kraft og der er en umiddelbar nervøsitet og anspændthed under undersøgelsen. Dette har betydning for undersøgelsens gennemførelse, både den neurologiske undersøgelse men også for hvordan klienten opfatter sin øjeblikkelige situation og dermed ofte også hvilke problemer der "huskes".

### Objektiv Undersøgelse:

BT: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Tp: \_\_\_\_\_

Vægt: \_\_\_\_\_ Højde: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ (vægt: højde x højde)

PEF: \_\_\_\_\_ Andet: \_\_\_\_\_

Indledende generelle parametre.

BT = Blodtryk målt med manometer på overarmen

Puls målt ved tælling af pulsslag i radialisarterien i hånden

Temperatur måles kun ved mistanke om febertilstand

BMI udregnes fra Vægt + højde

PEF = Peak Expiratory Flow, kan give fingerpeg om der er lungesygdomme som astma, "rygerlunger" eller andet. Ved svært nedsat PEF videresendes klienten til lungemedicinsk klinik eller udredes for eventuel mistanke om infektion eller andet.

Øjne: \_\_\_\_\_

Øjenomgivelser, øjenmotorik, pupillernes størrelse og form noteres

Otoskopi/ Ydre øre: \_\_\_\_\_

Ydre øres form, øregang og mellemøre.

Ansigt: \_\_\_\_\_

Deformiteter eller andre påfaldende strukturelle forandringer eller tegn på lammelser

Fauces, tandstatus: \_\_\_\_\_

Tændernes-, tungens- og slimhindernes generelle tilstand noteres

Hals: \_\_\_\_\_

Deformiteter eller tegn på svulster, der føles efter lymfeknuder på halsen og over kraveben og nakke samt ses efter tegn på skjoldbruskkirteldysfunktion.

Thorax: \_\_\_\_\_

Deformiteter af rygsøjle og ribben og især deformiteter der kan kompromittere normal vejtrækning

Stet. pulm: \_\_\_\_\_

Stetoskopi hvor der lyttes efter mislyde som tegn på at der er infektion eller anden lungesygdom der forhindrer normal vejtrækning. Der perkutteres (udbankes) efter lungegrænser og sygelige tilstande såsom for eksempel store lunger, væskeansamlinger etc.

Stet. cord: \_\_\_\_\_

Stetoskopi hvor der lyttes efter hjerterytmе og om denne er regelmæssig / uregelmæssig eventuelle mislyde vurderes med hensyn til behov for yderligere udredning. Der foretages ikke EKG af praktiske årsager.

Abdomen: \_\_\_\_\_

Maveregionen palperes (føles igennem). Der føles efter tegn på lever- nyre- eller miltforstørrelse samt føles efter udfyldninger i tyktarm. Der bemærkes hvis der er smertende områder og hvilke organer der er involveret i smerten, for eksempel mavesæk eller lever/nyre/milt evt. Der lyttes efter tarmlyde.

### **Bevægeapparat:**

Her ses generelt efter strukturelle forandringer / deformiteter i knogler og muskler samt smerter. Der ses efter problemer med bevægelse af led og udfyldninger / hævelse / rødme af leddene

Caput: \_\_\_\_\_

Collumna: \_\_\_\_\_

Overextremiteter: \_\_\_\_\_

Underextremiteter: \_\_\_\_\_

Hud: \_\_\_\_\_

Sår, eksemer, hårforandringer misfarvninger svulster mm.

## Neurologisk:

Generelt indtryk: \_\_\_\_\_

Der ses efter umiddelbart påfaldende motorik eller bevægemønster for eksempel sideforskel eller større lammelser eller tegn på større sansemæssige mangler.

Øjenmotorik: \_\_\_\_\_

Øjenbevægelser testes ved at følge finger fra side til side og op/ned samt nærblik – samtidig iagttages pupilreaktion

Syn: (Snellens tavle) hø: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ve: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Synsprøve med synstavle

Lugtesans: \_\_\_\_\_

Der testes (med lukkede øjne) for kaffe og karry det noteres om der er problemer med sansningen

Smagssans: \_\_\_\_\_

Der testes (med lukkede øjne) for salt og sukker – der noteres om der er problemer med sansningen

Hørelse: (stemmetest og stemmegaffel)

normal: \_\_\_\_\_

nedsat: \_\_\_\_\_

Hørelsen vurderes subjektivt ved knogleledning og "køreprøvetest" med hviskestemme.

Ansigtssensibilitet: \_\_\_\_\_

Der testes med let berøring af vatpind i ansigt og hovedbund – hyper- eller hypoæstesi noteres, incl udbredning.

Ansigtmotorik: \_\_\_\_\_

Patienten bedes smile, spidse mund, "se sur ud" lave "kys" og puste kinderne op

Perifer Motorik: \_\_\_\_\_

Motorik i de enkelte lemmer – bevægeindskrænkelser som følge af nedsat kraft og lammelser der undersøges for koordination og rum retningsfølelse med og uden synets hjælp – for eksempel ramme min fingerspids med pegefingern, ramme sin egen pegefingern med pegefingern med lukkede øjne, ramme egen næse med lukkede øjne, stå oprejst med lukkede øjne (Rombergs prøve) linjegang – der ses efter generelle koordinationsproblemer og forvirring / problemer med at overskue flere, normalt automatiserede, handlinger samtidig

Perifer sensibilitet: \_\_\_\_\_

Testes systematisk fra fod til fingerspids med vatpind. Patienten bedes skelne mellem om der er tale om vat eller træende af vatpinden. Eventuelle udfald eller sanseændringer, samt udbredelse noteres

Perifer vibrationssans \_\_\_\_\_

Testes med stemmegaffel efter samme systematik som sensibilitetsundersøgelsen

**Perifere reflekser:**

Testes med reflekshammer, achilles-, knæ-, biceps-. Hudreflexer med vatpind

Achilles: \_\_\_\_\_

Patellar: \_\_\_\_\_

Biceps: \_\_\_\_\_

Cutane: \_\_\_\_\_

Fingerkoordination (rum/retning): \_\_\_\_\_

Romberg: \_\_\_\_\_

Linjegang: \_\_\_\_\_

Som noteret ovenfor

Abnorme neurologiske / psykiske fund i øvrigt: \_\_\_\_\_

Her noteres om der er påfaldende (evt. ganske diskret) adfærd, opmærksomhedsforstyrrelser, irritabilitet, tankeforstyrrelser, stereotypier (gentagne bevægelser, tale evt. mere kompleks adfærd)

Eventuelt: \_\_\_\_\_

Konklusion på somatisk undersøgelse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kort resume

**VIDERE BEHANDLING / UNDERSØGELSER:**

Laboratorium: \_\_\_\_\_ Udleveret lab. skema: \_\_\_\_\_

Røntgen: \_\_\_\_\_ Henvist: \_\_\_\_\_

Psykatri: \_\_\_\_\_ Henvist: \_\_\_\_\_

Anden privat speciallæge: \_\_\_\_\_ Henvist: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Henvist til speciale: \_\_\_\_\_

Dette skema fandt ikke funktion.

**Henvisningsårsager:** \_\_\_\_\_

## **Bilag 5. Projektbeskrivelse for Sundhedsprojektet**

Forsøg med en forstærket opsøgende social- og sundhedsfaglig indsats i udvalgte dele af Københavns Kommune overfor socialt marginaliserede grupper

### ***Baggrund***

Sundhedsministeriet har anmodet Københavns Kommune om at iværksætte et 3 årligt forsøg, der dels skal beskrive helbredstilstanden hos de mest marginaliserede stofmisbrugere i udvalgte dele af Københavns Kommune, dels undersøge i hvilket omfang det med en opsøgende indsats, en øget social og behandlingsmæssig indsats i forhold til misbruket, et relevant sundhedsfagligt tilbud i syge-hjemløsetilbuddet og i behandlingssystemet for stofmisbrugeres, og endelig ved en henvisende og opfølgende indsats i forhold til egen læge og H:S, kan lykkes at forbedre helbredstilstanden hos denne målgruppe.

Ud over projektets egne ressourcer er det hensigten at tilføre yderligere ressourcer til opfyldelse af projektets formål. Det drejer sig dels om tilbud på hjemløseområdet, dels om tilbud på stofmisbrugsbehandlingsområdet og dels om nye projekter med et indhold, der vil kunne understøtte formålet i nærværende projekt.

Mange stofmisbrugere er tillige bærere af andre sociale problemstillinger. Ved således at målrette projektet mod en bredere del af gruppen med særlige sociale vanskeligheder søges sikret, at nå den gruppe af stofmisbrugere, der er den primære målgruppe for forsøgsprojektet.

### ***Formål***

Formålet med forsøget er qua en forstærket opsøgende, motiverende, henvisende og opfølgende indsats at få beskrevet og kortlagt de akutte, subakutte og kroniske helbredsproblemer hos forsøgets målgruppe, evaluere i hvilket omfang den forstærkede indsats resulterer i en relevant behandling af målgruppens helbredsmæssige, sociale og misbrugsmæssige problemer og evaluere resultaterne af denne forstærkede indsats.

### ***Målgruppe***

Stofmisbrugere med akutte, subakutte og kroniske helbredsmæssige problemer, der mere end forbigående opholder sig på gaden. Målgruppen omfatter endvidere brugere af Natcaféen og personer, der lejlighedsvis har ophold på de københavnske herberger

Det opsøgende arbejde medfører kontakt med mennesker med komplekse problemstillinger. Ofte vil disse først blive erkendt og belyst, som et led i arbejdet med den enkelte. Målgruppen er derfor ikke snævert afgrænset til stofmisbrugere, men omfatter tillige andre svært marginaliserede grupper med helbredsproblemer. Herved opnås tillige helhed og sammenhæng i den samlede indsats overfor svage grupper.

### **Ca. antal brugere**

Kontakt til ca. 50 personer med løbende udskiftninger i gruppen.

### **Mål**

- At opspore/opsøge den gruppe der har behov for en sundhedsfaglig indsats.
- At registrere omfanget og karakteren af deres helbredsmæssige problemer – baseret på respondenternes eget udsagn og umiddelbare fremtoningspræg.
- At give oplysning om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.
- At motivere dem for en sundhedsfaglig behandling.
- At henvise til et relevant sundhedsfagligt tilbud, dvs. syge-hjemløsetilbuddet, behandlingssystemet for stofmisbrugere (hvis de er indskrevet i behandling), egen læge og H:S inklusive distriktpsychiatrien.
- At diagnosticere, tilbyde og gennemføre relevant behandling.
- At registrere diagnose og behandling.
- At følge op på den sundhedsfaglige behandling.
- At motivere og henvise til relevante socialfaglige tilbud - herunder behandling for misbruget.
- At følge op på denne indsats.

### **Metode**

Det sociale opsøgende gadeplansarbejde udbygges og styrkes og tilføjes en sundhedsfaglig dimension for derigennem at kvalificere den samlede opsøgende indsats.

I samarbejde med Kontaktcentret i Mændenes Hjem er det de opsøgende medarbejderes opgave er at opsøge stofmisbrugere med helbredsmæssige problemer, aktivere og motivere dem for en sundheds- og socialfaglig behandling, henvise og om fornødent følge dem til relevant behandling, følge op på den indsats der foretages og - i samarbejde med evaluator - at registrere i hvilket omfang, relevant behandling finder sted.

Sundholm og Hillerødgade styrkes med en ekstra sygeplejerske.

Der ansættes en projektlæge på Forchhammersvej, der har til opgave at styrke den lægelige behandling på syge-hjemløse tilbudene, og til at henvise, koordinere og følge op på indsatsen i Sundhedsvæsenet. Forchhammersvej har hovedansvaret for varetagelsen af kontakten til hjemkommunen i forhold til personer fra andre kommuner.

I den sundhedsfaglige del, hvor syge-hjemløse tilbudene, inklusive plejeafdelingen, og behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere er de primære aktører, indgår:

- Diagnosticering, behandling og opfølgning af hiv, hepatitis, lokale infektioner, svamp, andre hudinfektioner, urinvejsinfektioner, mv.
- Sårbehandling, skift af forbindinger ved kroniske sår.
- Behandling af lokale infektioner efter "fejlfix".
- Behandling af småsår og -skader; brandsår, stiksår, skrammer mv.
- Samarbejde med og henvisning til egen læge og sygehusvæsenet.
- Opfølgning af indsatsen.

I det opsøgende sociale gadeplansarbejde indgår:

- Opsporing af stofmisbrugere med helbredsmæssige problemer.
- Etablering af kontakt med den enkelte bruger.
- Motivering af den enkelte bruger for en sundheds- og socialfaglig indsats, herunder behandling af misbrug.
- Etablering af kontakt til sagsbehandler i de lokale teams eller i hjemkommunen, syge-hjemløse tilbudene og behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere.
- Medvirke til udarbejdelsen af individuelle sociale handleplaner.
- Registrering af sociale og helbredsmæssige karakteristika hos de opsøgte brugere, registrering af indsatsen.

### **De organisatoriske rammer og samarbejdsparter**

Forsøget skal forankres i Basen/Natcaféen (det opsøgende arbejde) og på Forchhammersvej (den sundhedsfaglige indsats). Der udpeges tovholdere for hver af de 2 dele af projektet.

Den koordinerende daglige projektledelse varetages af Basen, der ligeledes varetager projektets økonomi.

Kontaktstedet, retssikkerhedsprojektet og støtte- og kontaktpersonforsøget samarbejder tæt med nærværende projekt. Disse projekter har hver sin tovholder.

Der udpeges en koordinator fælles for de 4 projekter.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens 7. kontor varetager det overordnede projektansvar.

Hovedindholdet i de øvrige projekter, der indgår i et tæt samarbejde med nærværende projekt, er:

#### **Kontaktstedet**

Kontaktstedet har fokus på samme målgruppe og formål som nærværende projekt og etableres sideløbende. Geografisk er indsatsen koncentreret om Indre Vesterbro. Kontaktstedet er fysisk placeret i tilknytning til Mændenes Hjem i Lille Istedgade. Kontaktstedet råder udover kontaktstedets opholdsfaciliteter, over sygeplejefaglige tilbud og samarbejder med Forchhammersvej vedrørende motivation til stofmisbrugsbehandling og omkring kontakten til andre kommuner. Den konkrete visitation til stofmisbrugsbehandling varetages af Rådgivningscentrene for stofafhængige. Kontaktcentret indgår som en integreret del af nærværende projekts virksomhed - også i relation til evalueringen.

#### **Retssikkerhedsprojektet "Kom brugerne i møde"**

Projektet er Københavns Kommunes bidrag til Socialministeriets projekt, "Retssikkerhed for de svagest stillede". Indsatsen er koncentreret i følgende lokale centres områder: Indre By, Vesterbro, Sundby Nord og Bispebjerg. Der er tale om et metodeudviklingsprojekt, hvor fokus er de lokale centres kontakt til de mennesker, der mere end forbigående opholder sig på gaden. Målsætningen er at udforme en model, der sætter sagsbehandlere i de lokale centre i stand til at udvikle metoder til at varetage opsøgende gadeplansarbejde i det lokale centers område og dermed bidrage til, at målgruppen gives tilbud i en form og med et indhold, der af den enkelte opfattes som meningsfuldt.

#### **Forsøg med støtte- og kontaktpersoner til hjemløse**

Som led i Socialministeriets forberedelse af Folketingets kommende revision serviceslovens § 80 deltager Københavns Kommune i et forsøg med henblik på at vurdere, hvorvidt støtte- og kontaktpersonordningen for psykisk syge bør udvides til at omfatte en bredere målgruppe. Forsøgsprojektet i Københavns Kommune angår afprøvning af en støtte- og kontaktpersonordning for hjemløse. Målgruppen er hjemløse, der mere end forbigående opholder sig på gaden - primært i de områder, der er omfattet af retssikkerhedsprojektets virksomhed.

Forsøget med støtte- og kontaktpersoner til hjemløse evalueres særskilt.



### **Øvrige samarbejdspartnere**

- Behandlingssystemet for stofmisbrugere, hvor Rådgivningscentre visiterer til stofmisbrugsbehandling.
- Syge-hjemløse tilbudene på Mændenes Hjem, Herbergscentret på Sundholmsvej og Kirkens Korshærs Herberg i Hillerødgade. Koordinationen heraf varetages som hidtil af den fælles oversygeplejeske. Sygeplejeskerne indgår i det opsøgende arbejde på gaden. Den lægefaglig indsats, der udføres i syge – hjemløse tilbuddene på de 3 herberger varetages af lægerne på Forchhammersvej og koordineres af lægen i nærværende projekt.
- Øvrige herberger og væresteder.
- Distriktspsykiatrien, H:S og alment praktiserende læger. Lægen er ansvarlig for koordineringen heraf.

Som det fremgår, inddrages ressourcer til nærværende projekt fra andre indsatsområder. Projektet yder omvendt sundhedsmæssige ydelser og en opsøgende indsats overfor andre marginaliserede grupper end stofmisbrugere.

Det overordnede daglige koordinerende ansvar for samordningen af aktiviteterne i de ovenfor nævnte tiltag, der indgår i nærværende projekt, varetages af Basen

Det overordnede projektansvar forankres i Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens 7. kontor.

### **Evaluering**

Formålet med projektet er at forsøge at sikre en bedre sundheds- og socialfaglig indsats for en marginaliseret og svært belastet gruppe stofmisbrugere.

De personer, der opsøges i projektet, skal registreres så langt muligt med CPR, og i forhold til disse personer indsamles alle de oplysninger, der skal anvendes til vurdering af målopfyldelsen i forhold til de beskrevne mål.

Der skal gøre status hvert halve år.

Kontaktcentret på Mændenes Hjem og den dertil knyttede virksomhed på Forchhammersvej indgår i evalueringen af nærværende projekt.

Det primære fokus i evalueringen er rettet mod stofmisbrugere med helbredsproblemer. I evalueringen inddrages tillige erfaringerne med indsatsen overfor hele målgruppen

De skal bl.a. registreres følgende:

- Antal personer der indskrives i projektet.
- Vurdering af de helbredsmæssige problemer.
- Henvist hvortil?
- Diagnose.
- +/- behandling? Behandling ikke nødvendig. Behandling afvist.
- Hvilken behandling?
- Hvor behandlet? I behandlingsinstitution, Herbergernes sygebehandlingstilbud (inkl. Plejeafdelingen på Forchhammersvej), distriktpsykiatrien, H:S?
- Barrierer i forhold til det sundhedsfaglige behandlingssystem
- Udarbejdelse af social handleplan.
- Ændring af boligsituation.
- Etablering af stofmisbrugsbehandling.
- Opfølgning. Behandling afsluttet eller afbrudt?
- Alder og køn.
- Bopælskommune.
- Hvor kommer personen fra: Indskrevet i behandlingssystemet - hvor? Bruger af herbergstilbud? Kontakt med eksisterende hjælpetilbud?
- Hvordan kom brugeren i kontakt med det sundhedsfaglige tilbud og deres tilfredshed med dette?

Den kvantitative undersøgelse suppleres med interview af personer repræsentative for målgruppen og med samarbejdspartnere om viden om/tilfredshed med de sundhedsfaglige tilbud.

### ***Rapportering.***

Midtvejs i projektet og ved dets afslutning produceres en rapport om projektet til Sundhedsministeriet.

### ***Tidsforløb***

Projektperioden er 3-årig og påbegyndes 1. august 2001 med ansættelse af koordinator og de øvrige medarbejdere ansættes således at projektet er fuldt funktionsdygtigt 1. oktober 2001.

**Økonomi:**

Etableringsudgifter	
Kursus for medarbejdere i projektet	100.000 kr.
Udgifter til EDB, mv.	50.000 kr.
Lokaler, kontorindretning, transport mv.	250.000 kr.
I alt	<b>400.000 kr.</b>

Årlige udgifter	
2 sygeplejersker og 4 opsøgende medarbejdere	1.850.000 kr.
1 afd. læge, Forchammersvej	500.000 kr.
Evaluator	350.000 kr.
Merudgifter til medicin, sårplejeartikler	50.000 kr.
Møder, kurser	50.000 kr.
Aktiviteter	50.000 kr.
Lokaler, administration, overhead	400.000 kr.

**I alt 3.250.000 kr.**

Udgifter i 2001: 5 måneders drift	1.354.000 kr.
Etablering	400.000 kr.

**I alt 1.754.166 kr.**

Udgifter i 2002: **3.250.000 kr.**

Udgifter i 2003: **3.250.000 kr.**

Udgifter i 2004: **1.895.834 kr.**

Udgifter i projektperioden **10.150.000 kr.**

Der bør ske en drøftelse af projektets finansieringsgrundlag ved en videreførelse ud over projektperioden (f.eks. DUT - kompensation).

**Tune Møller**

26. juni 2001

## Bilag 6. Projektbeskrivelse for Kontaktstedet

### Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget

DAGSORDEN for ordinært møde onsdag den 28. marts 2001

#### Sager til beslutning:

#### 1. Udmøntning af budget 2001. Forslag til kontaktsted på Vesterbro

FAU 135/2001 J.nr. 28/01

### INDSTILLING

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen indstiller, at Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget godkender, at den ekstra bevilling til harm reduction i 2001 udmøntes ved

at der etableres et kontaktsted på Vesterbro, placeret på Mændenes Hjem og med udbygget samarbejdet mellem Kontaktstedet og sygeplejeklinikken i Mændenes Hjem og Specialinstitutionen på Forchammersvej.

at Specialinstitutionen på Forchammersvej desuden varetager særlig opgaver med at igangsætte behandling af stofmisbrugere fra andre amtskommuner, samt tager kontakt til/henviser og i nødvendigt omfang følge klienten hjem til egen amtskommune til videre behandling.

### RESUME

Ved etablering af et Kontaktsted på Mændenes Hjem og ved opsøgende arbejde, som udgår herfra, skabes kontakt med stofmisbrugere og hjemløse på Vesterbro, herunder Maria Kirkeplads, som mere end forbigående opholder sig på gaden, og som udover svære sociale vanskeligheder ofte også kan karakteriseres ved at have helbredsmæssige problemer.

Målet er at skabe kontakt til *alle* og få dem til Natcaféen, Kontakt-stedet på herberg eller lignende med henblik på en kontinuerlig viderehenvisning af relevante personer til §94-området og stofmisbrugs-området, herunder Specialinstitutionen på Forchammersvej, samtidig med at det sikres at *ingen* overnatter på gaden f.eks. foran Maria Kirken.

Kontaktstedet kan tilbyde et sted at være samt umiddelbar omsorg, kontakt og dialog i forhold til målgruppen med henblik på at motivere til videre behandling mm.

I relation til det opsøgende arbejde forudsættes et tæt samarbejde mellem Kontaktstedet og Specialinstitutionen på Forchhammersvej, i første omgang ved at der fra Kontaktstedet sker henvisninger til Specialinstitutionens ambulatorie og plejeafdeling. Herudover foreslås, at Specialinstitutionens ambulatorium som en særlig opgave påtager sig at igangsætte behandling af stofmisbrugere fra andre amtskommuner, og efterfølgende tager kontakt til/henviser til behandling i egen amtskommune.

## **SAGSBESKRIVELSE**

Budgetaftalen for 2002 indeholder blandt andet at der fra 2002 og fremover afsættes 2 mill. kr. til anvendelse til harm reduktion i forhold til stofmisbrugere. Budgetmidlerne foreslås anvendt til et Kontaktsted på Vesterbro, der som overordnet målsætning har at reducere skadevirkninger af stofindtag for specielt den gruppe af stofmisbrugere, som opholder sig på gaden på Vesterbro, f.eks. omkring Maria Kirkeplads.

Organisatorisk udbygges samarbejdet mellem Kontaktstedet, som får til huse i Mændenes Hjem, Specialinstitutionen på Forchhammersvej og det eksisterende opsøgende gadeplansarbejde.

Formålet er at få kontakt til *alle* og få dem til Natcaféen, Kontaktstedet på herberg eller lignende, bl.a. for at sikre at *ingen* overnatter på gaden f.eks. foran Maria Kirken.

Fra Kontaktstedet skal der ske en kontinuerlig viderehenvisning af relevante personer til §94-området og stofmisbrugsområdet, herunder Specialinstitutionen på Forchhammersvej .

Kontaktstedet skal:

- Tilbyde umiddelbar omsorg og et sted at være også i aften- og nattetimerne.
- Skabe kontakt og dialog med de i målgruppen, som ikke har kontakt med eksisterende tilbud.
- Motivere og henviser til relevante sociale tilbud, herunder behandling for misbrug. Stofmisbrugere, som ikke er borgere i Københavns kommune, henvises til behandling i eget amt.
- Tilbyde relevant behandling eller pleje indenfor hjemløseområdets sygeplejetilbud og/eller videre henvisning til det almindelige sundhedssystem.

Specialinstitutionen skal:

- Modtage og- med orientering til det eventuelle rådgivningscenter -indskrive stofmisbrugere med relativt tungt plejebehov, henvist af Mændenes Hjem, politiet eller andre og yde dem omsorg og pleje.
- Foretage afklaring af behandlingsbehov for indskrevne klienter og eventuelt henvise til anden relevant behandling.
- Herudover foreslås, at Specialinstitutionens ambulatorium som en særlig opgave påtager sig at *igangsætte* behandling af stofmisbrugere fra andre amtskommuner, at tage kontakt til/henvise og i nødvendigt omfang følge klienten hjem til egen amtskommune og eventuelt indhenter betalingstilsagn herfra.

I forbindelse med iværksættelse af denne ordning foreslås, at rådgivningscentre, §94-boformerne og andre institutioner orienteres om, stofmisbrugere som henvises fra Specialinstitutionen på Forchhammersvej eller fra Mændenes Hjem har høj prioritet, og at det for stofmisbrugere fra andre amtskommuner er vigtigt at etablere og fastholde kontakt samt henvisning/overførsel til behandling i hjem-amtet.

Under hensyntagen til ansøgningsfrister for annoncering og ansættelse, vil ordningen kunne påbegyndes omkring maj 2001.

## HØRING

### Økonomiske konsekvenser

Det årlige budget udgør 2 mill. kr. som foreslås anvendt på følgende måde:

	Kr.
<b>Mændenes Hjem</b>	
Løn til 1 sygeplejerske	300.000
Løn til 3(fuldtids) socialarbejdere, som evt. Konverteres til 5-6 deltidsansatte	900.000
Øvrige driftsudgifter (transport, telefon mm.)	100.000
Mændenes Hjem i alt	1.300.000
<b>Specialinstitutionen Forchhammersvej</b>	
Ambulatoriet	
Løn til 2 socialarbejdere	600.000
Øvrige driftsudgifter (transport, telefon mm.)	100.000
Forchhammersvej i alt	700.000
<b>Udgifter i alt til Harm Reduction</b>	<b><u>2.000.000</u></b>

## **ANDRE KONSEKVENSER**

Ingen

Grethe Munk

/

Carsten Stæhr Nielsen

## Bilag 7. Metodeovervejelser til lægeundersøgelse.

### Formål

Hjemløse undersøgt ved spørgeskemaundersøgelse i Sundhedsprojektet blev samtidig, eller i forbindelse med selve spørgeskemaundersøgelsen tilbudt lægeundersøgelse. Lægeundersøgelsen blev herefter udført snarest muligt efter spørgeskemaundersøgelsen.

Formålet med lægeundersøgelse var 2-delt:

1. Praktisk:
  - a. Undersøgelse for eventuelle behandlingskrævende tilstande med henblik på at kunne tilbyde relevant behandling.
  - b. Identificering af kroniske tilstande med henblik på at kunne viderevisitere til den optimale behandling hvis dette var muligt eller indlede behandling i Sundhedsprojektet.
  
2. Vidensopsamling:
  - a. Med henblik på samlede sundhedstilstand.
  - b. Med henblik på smittestatus for leverbetændelse, HIV og syfilis.
  - c. Med henblik på at opsamle erfaringer med de praktiske omstændigheder ved praktisk lægefagligt arbejde med hjemløse i en dansk kontekst.

Lægeundersøgelse suppleres med registerudtræk fra Landspatientregistret, Dødsårsagsregistret, Registret for Stofmisbrugere i behandling og Det Psykiatriske Centralregister, med henblik på at validere og supplere eventuelle kroniske diagnoser fundet ved den fysiske undersøgelse samt sikre eventuelle psykiatriske diagnoser.

Vi havde følgende hovedhypoteser for undersøgelsen bla. baseret på pilotundersøgelse udført tidligere i projektet <sup>1</sup>

1. Sundhedsprojektets målgruppe har en betydeligt højere sygelighed end et alders- og kønsmæssigt tilsvarende udsnit af normalbefolkningen.
2. Visse sygdomme vil forekomme med særligt høj frekvens som følge af "livsstil" og levekår.



3. Sygeligheden er præget af mange svære kroniske somatiske og psykiske tilstande.
4. Der vil være høj smittefrekvens af Hepatitis C
5. Klientens opfattelse af problemer vil ikke nødvendigvis afspejle den problematik der "objektivt" findes ved systematisk undersøgelse men vil koncentrere sig om akutte problemstillinger.
6. Hospitalsvæsenets behandling af hjemløse vil afspejle denne fokusering på det akutte idet de fleste kontakter her vil koncentrere sig om akutte problemstillinger.

## **Materiale og metode:**

### **Pilotundersøgelsen:**

I sommeren 2002 blev gennemført et pilotstudie hvor oprindeligt 18 hjemløse skulle interviewes. Af disse fik 12 personer foretaget pilot-spørgeskemaundersøgelse. Alle disse fik aftale om lægelig undersøgelse og heraf gennemførtes 9 somatiske undersøgelser. 50 % af den oprindeligt planlagte gruppe nåede dermed frem til lægelig undersøgelse <sup>1</sup>

Undersøgelsens formål var primært at forsøge at opnå en lægelig bekræftelse af de sygdomme der hyppigst behandles for i Københavns Kommunes sygeplejeklinikker, nemlig akutte traumatiske skader, infektioner og rusmiddelproblemer i form af abstinens og andre psykiske og fysisk problemer af mere akut art.

Undersøgelsesjournalen var stort set kopieret efter standard somatisk hospitalsjournal, se bilag II. De 9 undersøgelser blev gennemført i sygeplejeklinikkerne så vidt muligt men for eksempel blev 2 gennemført i fængsler. En af pilotprojekthypoteserne var at det ville være meget svært at motivere til lægeundersøgelse men det viste sig ikke at være en uoverstigelig barriere hvis undersøgelsens formål og rammer var klare for den enkelte.

Den undersøgte gruppe havde haft kontakt med projektet gennem nogen tid og udviste ikke som forventet mange akutte skader men derimod talrige psykiatri- og misbrugsdiagnoser, samt kroniske- og subkroniske somatiske diagnoser.

Diagnosticeringen blev foretaget ud fra den kliniske undersøgelse og der var ingen yderligere verificering ud fra blodprøver eller andre undersøgelser.

Undersøgelsen blev ved afslutning gennemgået med hver enkelt og de enkelte fund ved undersøgelsen kunne så ofte også genspejles i symptomer, som enten blev ignoreret generelt eller var blevet glemt ved optagelse af sygehistorie – en enkelt med alkoholisk nervebetændelse bad spontant om antabus nogle dage efter undersøgelsen.

Det var efterfølgende meningen at der skulle tages blodprøver på laboratorium men denne del af undersøgelsen mislykkedes stort set idet det kun lykkedes at få gennemført en enkelt blodprøvetagning og der blev ikke fulgt op på undersøgelsen

Hovedproblemet i forhold til gennemførelse af lægeundersøgelse i "miljøet" var at det stort set var ukendt land der blev betrådt – forventningen var at der ville være en del sygdom men ikke at vægten var så massivt på tunge kroniske diagnoser.

Undersøgelsens format blev efterfølgende omlagt med henblik på bedre at kunne opdage de kroniske somatiske lidelser. Fokus på somatiske lidelser blev holdt men der blev indlagt spørgsmål til belysning af misbrugskarriere og visse psykiatriske problemer som beskrevet herunder. Det stod klart at blodprøvetagning skulle ind i selve undersøgelsen for at kunne lade sig gøre og det nødvendige udstyr til dette blev anskaffet til selve projektundersøgelsen

Pilotundersøgelsen foregik samtidig med det daglige arbejde i Sundhedsprojektet og viste sig som et godt udgangspunkt for at kunne hjælpe den enkelte yderligere på lidt længere sigt. Der var derfor fokus på at opfølgingsprocessen skulle være betydeligt bedre men det stod lidt uklart hvorledes dette skulle kunne opnås. Det problem løste sig ved at inkludere blodprøvetagning i selve undersøgelsen som beskrevet senere.

#### **Inklusion i lægeundersøgelse:**

Antallet af hjemløse i Københavns Kommune er svært at opgøre og afhænger af definitionen af hjemløshed. Den gruppe af særligt marginaliserede der var målgruppe i Kontaktstedet Forchammersvej, Kontaktstedet Mændenes Hjem og Sundhedsprojektet er anslået til at være et sted mellem 100 og 500 personer. Afgrænsning af gruppen er svær p.g.a. den svingende kontakt til sundheds- og socialsystemet og da gruppen er mobil og flytter sig fra sted til sted når der er behov, som oftest fordi der sker en ophobning af problemer efter nogen tid i det samme område.

Det problematiske med at identificere hjemløsepopulationen er kendt fra andre tidligere undersøgelser<sup>2,3,4,5</sup> hvor man har valgt at estimere antallet ud fra registeranalyser. Problemet med netop den gruppe som er valgt som målgruppe i Sundhedsprojektet, KSF

og KSM er at den i stor grad netop ønsker at holde sig fri af, eller ikke formår at fastholde en vedvarende kontakt og derfor ikke nødvendigvis vil optræde i registrene.

Kontakt til den enkelte hjemløse er opnået ad forskellige kanaler som beskrevet andet sted i denne rapport ligesom de sociale forhold er beskrevet.

Undersøgelsen fandt sted i perioden 1/10 2002 – 31/9 2003.

Klienter inkluderet i projektet fik foretaget spørgeskemaundersøgelse ved de sociale medarbejdere eller sygeplejersker og i den forbindelse skulle den enkelte medarbejder forespørge om man ville deltage i lægeundersøgelse. Dette er sandsynligvis ikke sket i alle tilfælde men der er ikke ført opgørelse over viderehenvissningsforløbet til lægeundersøgelse. Klienten blev samtidig orienteret om at det ikke ville have konsekvenser for den fortsatte kontakt til Sundhedsprojektet hvis man ikke ønskede at deltage i lægeundersøgelse.

Aftale om lægeundersøgelse er oftest truffet pr. telefon via projektmedarbejderen og undersøgelsen er udført hurtigst muligt herefter. Da undersøgelsen var planlagt som et punktnedslag er undersøgelsen udført indenfor en periode på maksimalt 3 uger efter spørgeskemaundersøgelsen. Ved manglende succes med at møde klienten er der fastsat nye aftaler igen og igen frem til udløbet af 3 ugers perioden. Grunden til denne fremgangsmåde var at vi ønskede at beskrive den enkeltes situation på et bestemt tidspunkt, som et punktnedslag. Ved udbredelse over en længere periode ville forskellige problematikker som blev beskrevet i en del af undersøgelsen kunne blive rettet op, for eksempel ved kontakt til sundheds- eller socialvæsenet og ville derfor ikke afspejles i den anden del af undersøgelsen. Hvor lang tid der skal afsættes til at gennemføre alle dele af undersøgelsen kan naturligvis diskuteres men for at kunne nå at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen, måske fordelt over nogle gange, og opnå aftale om lægeundersøgelse og få denne gennemført blev en 3 ugers periode afsat. Dette viste sig at være passende i langt de fleste tilfælde.

Inklusion i spørgeskemaundersøgelse var begrænset til de klienter man opnåede kontakt med. Da der ud over spørgeskemaundersøgelsen også skulle udføres dagligt arbejde med de inkluderede klienter var antallet af indskrevne aktive klienter begrænset. Kontakt til nye klienter var derfor hyppigt formidlet af medarbejdere fra andre lavtærskeltilbud hvilket må ses som en selektionsbias i forhold til den samlede population af svært marginaliserede hjemløse. Inklusionskriteriet om aktivt misbrug har også fjernet fokus fra andre subgrupper som for eksempel "posefolket".

Inklusion i lægeundersøgelsen var yderligere betinget af flere begrænsende faktorer end inklusion i spørgeskemaundersøgelsen:

Spørgeskemaundersøgelsen kunne foregå øjeblikkeligt og på stedet så snart klienten havde sagt ja. Der var derfor ikke nødvendigvis problemer med mistede aftaler.

Den enkelte medarbejder befandt sig oftere i kontakt med klienten og kunne opsøge lokalområdet ved manglende kontakt, hvor lægeundersøgelsen, som besluttet efter pilotprojektet blev foretaget i sygeplejeklinikkerne.

Sygeplejersken eller den sociale medarbejder vurderede i flere tilfælde at det ikke ville være hensigtsmæssigt i forhold til den opnåede kontakt at tilbyde klienten til at deltage i lægeundersøgelse.

P.g.a. den igangværende behandling eller det sociale forløb kunne senere kontakt til lægeundersøgelse i visse tilfælde ikke opnås da klienten ikke mere var til stede.

Disse faktorer tilføjer yderligere selektionsbias til de lægeundersøgte i forhold til de spørgeskemaundersøgte.

Den undersøgte gruppe er derfor ikke nødvendigvis repræsentativ for de mest marginaliserede hjemløse og der skal derfor være forsigtig med generalisering fra antallet af diagnoser der fundet ved denne undersøgelse til antallet af diagnoser i gruppen som helhed.

Da gruppen generelt er præget af en vis gennemvandring over tid samt lidt flydende afgrænsning er en helt præcis beskrivelse af gruppen meget svær men med de angivne forbehold kan undersøgelsen siges at danne et billede af sundhedstilstanden som sandsynligvis har en nogenlunde udsagnskraft om den generelle sygdomstilstand på gaden i øjeblikket.

Ved udskillelse af den lægeundersøgte gruppe i spørgeskemaundersøgelsen ses der tegn på at selektionsbias medførte at den gruppe der blev undersøgt generelt var mindre belastede end gruppen som helhed.

**Materiale:**

I alt 75 personer er inkluderet i undersøgelsen. Yderligere 5 personer har kun fået foretaget dele af lægeundersøgelsen eller indledende samtale og er derfor ekskluderet af materialet.

De inkluderede fordeler sig på 10 kvinder og 65 mænd svarende til henholdsvis 12,9 % og 87,1 %

Aldersfordelingen er for mænd 20 – 67 år middelalder: 41,6 år og for kvinder 36 – 52 år med middelalder 44,0 år.

Yderligere socioøkonomiske data er indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen.

### **Metode:**

Undersøgelse er foretaget af projektlæge som har gennemført alle undersøgelser i henhold til standardjournalen.

Undersøgelsen varede i reglen 1-1½ time pr. klient, inkluderede undersøgelse af neurologisk status. Journalgennemgang med forklarende kommentarer kan ses i bilag II.

I pilotprojektet <sup>1</sup> blev klienten som ovenfor nævnt, henvist til blodprøvetagning på laboratorium. Dette mislykkedes stort set da kun én af ni undersøgte gennemførte. Det blev derfor valgt at foretage prøven under selve lægeundersøgelsen. Dette viste sig at være en stor fordel da der var et stort ønske blandt de undersøgte om at kende smittestatus, især vedrørende HIV. Blodprøver blev foretaget i afslutningen af undersøgelsen og der blev truffet aftale om blodprøvesvar og konsultation med henblik på eventuelt videre forløb efter 14 dage. Der var en høj respons på denne aftale og det lykkedes at gennemføre mindst én efterfølgende konsultation på en meget høj procentdel.

### **Undersøgelse af psykiske vanskeligheder:**

Der blev udarbejdet et kort, semistruktureret klinisk interview specielt til denne undersøgelse da det blev vurderet at længerevarende interview ikke var realistisk ved siden af en omfattende undersøgelse af den somatiske tilstand.

Interviewet bestod af følgende elementer:

1. Depression: Spørgsmål om patienten nogensinde har oplevet kernesymptomerne for depression (forsænket stemningsleje, manglende lystfølelse og formindsket energi). Ved bekræftende svar på 2 eller 3 af disse spørgsmål, forespørges om ledsagesymptomer, hvoraf mindst 2 skal være til stede.
2. Angst: Patienten forespørges om han nogensinde oplever angstsymptomer (for eksempel i form af rysten på hænderne, hjertebanken, sveden eller mundtørhed). Patienten forespørges om dette har direkte forbindelse med stofindtagelse og eller –abstinens. Hvis ikke forespørges mere specifikt til hvilke sympto-

mer der opleves og under hvilke omstændigheder det sker eller om det er gennemgribende hele tiden.

3. Patienten forespørges om der på noget tidspunkt har været psykotiske episoder (for eksempel fornemmelse af at være forfulgt, fornemmelse af at være påvirket af andre eller kunne opleve andres tanker, opleve at tale med eller høre stemmer, fornemmelse af særlige fysiske fænomener) og om disse havde direkte relation til stofindtagelse eller abstinens.

Psykiatriske diagnoser i denne undersøgelse er derfor baseret på dette korte interview eller oplysninger fra psykiatrisk afdeling om kroniske psykiatriske sygdomme.

Efterfølgende kontakt har været meget intensiv for nogle mens der for andre ikke har været yderligere kontakt ud over svarkonsultationen efter 14 dage.

#### **Diagnoser:**

Undersøgelsens resultater er opgjort i form af diagnoser. Diagnoser er navngivning af lidelser karakteriseret ved en gruppe symptomer eller målbare parametre som man kan have i kortere eller længere tid, og som måske kan afhjælpes gennem behandling. Til dette benyttes i Danmark "ICD 10" som står for "The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision", eller på Dansk; "Den Internationale Sygdomsklassifikation", som udarbejdes i regi af WHO. Denne sygdomsklassifikation benyttes ved diagnosticering af sygdomme overalt i sundhedsvæsenet. Systemet er inddelt i bogstavkoder A-Z som karakteriserer tilstande i forskellige organsystemer samt psykiatriske lidelser. Se bilag III

Diagnosticeringen i denne undersøgelse er foretaget på basis af lægejournal, blodprøvesvar, patientens historie samt indhentet materiale fra hospitalsvæsenet, Københavns Kommunes og diagnoserne er samlet i Accessdatabase som beskrevet i bilag IV

#### **Forskelle på det "totale" billede og diagnoser fundet ved undersøgelsen:**

Livet på gaden er præget af risiko for at den enkelte pådrager sig skader og sygdomme i form af infektioner og akutte organskader af enhver art. Disse tilstande kan være kendetegnet ved smerter og legemlig dysfunktion som får den enkelte til at søge hjælp hurtigst muligt. Hvis ikke man søger hjælp for disse skader vil man hvis man ikke dør af dem opleve at der i stedet sker hel eller delvis opheling af skaderne, men ofte med rester af kroniske skader eller sygdomme.

Fund af akutte skader ved denne lægeundersøgelse vil derfor være tilfældig og betinget af at den enkelte har pådraget sig skaden op til undersøgelsen og i stedet for at søge

skadestue afventer hjælp under lægeundersøgelsen. Hyppigst vil den akutte skade dog være behandlet forud og antallet af akutte eller "halvakutte" ophelende skader vil forventeligt være lavt fordi der allerede er en etableret kontakt til sygeplejerske som har behandlet det mest påtrængende.

Dagligdagen i en sygeplejeklinik er præget af behandling af akutte lidelser af enhver art og en gennemgang af diagnoser på klinikkerne vil sandsynligvis vise et helt andet spektrum af diagnoser. Disse to synsvinkler, sygeplejeklinikkens og lægeundersøgelsens, er således ikke i modstrid med hinanden men belyser blot to sider af samme sag.

Under alle omstændigheder er antallet af akutte tilstande underbelyst i denne undersøgelse og en nøjere gennemgang af behandlings- og sygdomsprofilen i sygeplejeklinikkerne er derfor ønskelig og vil supplere denne undersøgelse.

#### **Begrænsninger i brug af diagnoser:**

I Hvert enkelt tilfælde er benyttelse af diagnosedata fra andre kilder er begrænset til kroniske diagnoser da ikke-kroniske jo vil ændre sig over tid. Diagnoser af akut eller subkronisk art er derfor kun medtaget hvis de præsenterer sig ved selve undersøgelsen.

Lægelige, somatiske og psykiatriske diagnoser beskrevet af sociale myndigheder skal være verificeret med lægelige notater.

En yderligere begrænsning ligger i selve lægeundersøgelsens udformning. Da fokus har været på somatiske lidelser er der af tidsmæssige grunde ikke indlagt særlig psykiatrisk undersøgelse eller -screening. Der er spurgt til kernesymptomer i depressions- og angstlidelser samt psykotiske oplevelser men der er ikke foretaget nærmere diagnosticering af skizofrene og personlighedsmæssige sygdomme. Der forekommer derfor en klar underrapportering af disse lidelser i forhold til kendte data, mens antallet af angst og depressionsdiagnoser er mere i henhold til kendt viden.

Med hensyn til somatiske diagnoser kan nogle kun stilles ved hjælp af mere sofistikeret udstyr end der har været til rådighed ved denne undersøgelse. Leverskade efter stort alkoholbrug bevæger sig i et spektrum fra fedtlever (Steatosis hepatis alcoholica) til skrumpeliver (Cirrhosis hepatis) gennem en række mere og mere alvorlige tilstande. Disse tilstande kan ikke diagnosticeres ved blodprøver eller klinisk undersøgelse men kræver direkte prøve af levervæv (biopsi) dette spektrum af sygdomme benævnes i denne rapport derfor "alkoholisk leverskade", hvilket også er sammenligneligt med andre undersøgelser<sup>2</sup>

### **Udtræk fra andre registre**

Alle diagnosekoder fra udtrækkene er opgjort på det samlede antal registrerede personer, således at diagnoserne kun er talt én gang pr. person. En person kan for eksempel indlægges 3 gange med astma, men det er kun første indlæggelse, der tæller, mens for eksempel 3 indlæggelser for henholdsvis astma, lungebetændelse og mavesår alle tæller med. Herved opnås en vægtning af de enkelte diagnoser således, at der tegnes et reelt billede af hvilke sygdomme, der forekommer i gruppen som helhed og ikke en overrepræsentation af nogle få svært syge med mange kontakter til sundhedsvæsenet. Samtidig kan diagnoserne sammenlignes med de diagnoser, der er fremkommet ved nærværende lægeundersøgelse.

Diagnoserne er opgjort som aktionsdiagnoser, d.v.s. at der er tale om den primære diagnose, der er handlet på i forbindelse med kontakt til hospital eller psykiatri. Der kan forekomme flere diagnoser i forbindelse med en indlæggelse, men de øvrige diagnoser kan have mere informativ art, og der er ikke nødvendigvis handlet på disse diagnoser - bortset fra at man har taget hensyn til dem.

### **Referencer:**

1. *Midtvejsrapport for Sundhedsprojektet, J. Schacke, H. Thiesen, Københavns Kommune 2003*
2. *Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany -H.J. Salize, Addiction, 97, 1593-1600, 2002*
3. *Mortality in a Cohort of Homeless Adults in Philadelphia - NEJM, Vol.331, No.5, 304-309, 1994*
4. *Hjemløse på gadeplan i København - M. Nordentoft, dele heraf er off. gjort i Ugeskr. For Læger, 1994; 156; 3032-9*
5. *10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen - M. Nordentoft, BMJ; 327; 81, 2003*
6. *Hentet via Sundhedsstyrelsens website, SKS-dumper vers 1.02, <http://www.medinfo.dk/sks/dump.php>*



## Bilag 8. Diagnosesystemet ICD 10:

Gr. A-B:	Infektiøse- og parasitsygdomme
Gr. C-D:	Svulster og blodsygdomme
Gr. E:	Stofskifte og ernæring
Gr. F:	Psykiske sygdomme
Gr. G:	Nervesystemet
Gr. H:	Øjne og ører
Gr. I:	Hjerte og blodkredsløb
Gr. J:	Luftvejene
Gr. K:	Mave-tarm
Gr. L:	Hud
Gr. M:	Muskler og bindevæv
Gr. N:	Nyrer og urinveje
Gr. O-Q:	Svangerskab, børnesygdomme og medfødte misdannelser
Gr. R:	Uklassificerbare, fund og symptomer
Gr. T-Z:	Skader og andre kontaktårsager til sundhedsvæsenet

### **Eksempel på undergruppering: Psykiatriske diagnoser:**

F omfatter som det ses, psykiske sygdomme og inddeles i F1-9 (for eksempel F20 skizofreni eller F70, Mental retardering i lettere grad)

Undergruppen F1x omfatter misbrug og afhængighed hvor "x" (1-9) beskriver hvilket stof der er tale om. For eksempel er F12 tilstande og sygdomme der omfatter cannabis.

For at systematisere de enkelte sygdomme tilføjes til "F1x." yderligere "yz" hvor y beskriver den enkelte tilstand eller lidelse mens z er en modifikator

Eksempel:

F	Psykisk lidelse
F1	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
F12	Psykiske lidelser eller adfærdsforstyrrelser forårsaget af cannabis
F12.2	Cannabisafhængighedssyndrom
F12.25	Cannabisafhængighedssyndrom kontinuerligt brug

## Bilag 9 Databehandling

Data er indskrevet i Microsoft Access i en databasefil der er fælles for evaluator og læge. Til sikring af præcis diagnosticering er datafil, downloaded fra Sundhedsstyrelsen<sup>6</sup> med alle diagnoser og diagnosenumre inkorporeret i databasen. Udtræk af data er foretaget fra denne database.

ICD10 er stort set dækkende for de behov der findes for at beskrive patientens totale tilstand i lægelig henseende. Der er dog enkelte undtagelser. Det har for eksempel vist sig at en stor del af de undersøgte har haft psykotiske episoder som følge af stof- og alkoholmisbrug. Dette er det valgt at medtage da det er en forholdsvis hyppig observation. Der er dog problemer i forhold til at indføre dette i databasen da der findes ikke en diagnose for tidligere psykose som følge af stofmisbrug gældende for personens livstidsforløb. Problemet er løst ved konsekvent at benytte diagnosekoden DF1x.7 ved indtastning i databasen. I henhold til ICD10 kan diagnoser med højt diagnosenummer ikke benyttes hvis der i forvejen er benyttet et lavere. For eksempel kan ikke samtidig benyttes diagnosenumrene F11.22 og F11.26 som beskriver henholdsvis opioidafhængighed i substitutionsbehandling og opioidafhængighed, kontinuert brug men da det er hensigtsmæssigt at kunne beskrive at en klient er henholdsvis modtager af substitutionsbehandling og samtidig køber og bruger illegalt heroin indføres begge diagnoser.

## Bilag 10. Misbrugsdiagnoser.

Misbrugsdiagnoser for den totale population og fordelt på de forskellige stofbrugsgrupper angivet i absolutte tal og %.

Misbrugsdiagnose	Totale population (%)	Alkohol (%)	Opioid, alle (%)	Restgruppe (%)
Alkoholafh. afholdende	7 (9,3)	0	5 (14,7)	1 (11,1)
Alkoholafh. episodisk brug	7 (9,3)	0	4 (11,8)	3 (33,3)
Alkoholafh. kontinuerligt brug	51 (68)	32 (100)	18 (52,9)	0
Opioidafh. afholdende	4 (5,5)	3 (9,4)	0	1 (11,1)
Opioidafh. kontinuerligt brug	32 (42,7)	0	32 (94,1)	0
Opioidafh. episodisk brug	3 (4)	0	1 (2,9)	1 (11,1)
Opioidafh. substitution	22 (29,3)	0	22 (64,7)	0
Cannabisafh. afholdende	1 (1,3)	1 (3,1)	0	0
Cannabisafh. kontinuerligt brug	51 (68,0)	19 (59,4)	26 (76,5)	5 (55,6)
Cannabis, episodisk brug	11 (14,7)	2 (6,25)	8 (23,5)	1 (11,1)
Sedativafh. afholdende	1 (1,3)	0	1 (2,9)	0
Sedativafh. episodisk brug	7 (9,3)	3 (9,4)	3 (8,8)	1 (11,1)
Sedativafh. kontinuerligt brug	30 (40)	5 (15,6)	22 (64,7)	3 (33,3)
Kokainbrug	2 (2,7)	1 (3,1)	0	1 (11,1)
Kokainafh. afholdende	3 (4)	0	3 (8,8)	0
Kokainafh. kontinuerligt brug	10 (13,3)	1 (3,1)	9 (26,5)	0
Kokainafh. episodisk brug	19 (25,3)	4 (12,5)	13 (38,2)	2 (22,2)
Stimulantiabrug	4 (5,3)	1 (3,1)	2 (5,9)	1 (22,2)
Stimulantiaafh. afhold.	9 (12)	1 (9,4)	6 (17,6)	2 (11,1)
Stimulantiaafh. kont. brug	2 (2,7)	0	2 (5,9)	0
Stimulantiaafh. epis. brug	7 (9,3)	1 (3,1)	6 (17,6)	0
Hallucinogen, episodisk brug	5 (6,7)	2 (3,1)	3 (8,8)	0
Tobaksafh. afholdende	2 (2,6)	1 (3,1)	0	1 (11,1)
Tobaksafh. kontinuerligt brug	73 (97,3)	31 (96,9)	34 (100)	8 (88,9)
Snifferstofafh. afholdende	2 (2,6)	1 (3,1)	1 (2,9)	0

De **markerede** er fravalgt i den respektive gruppe

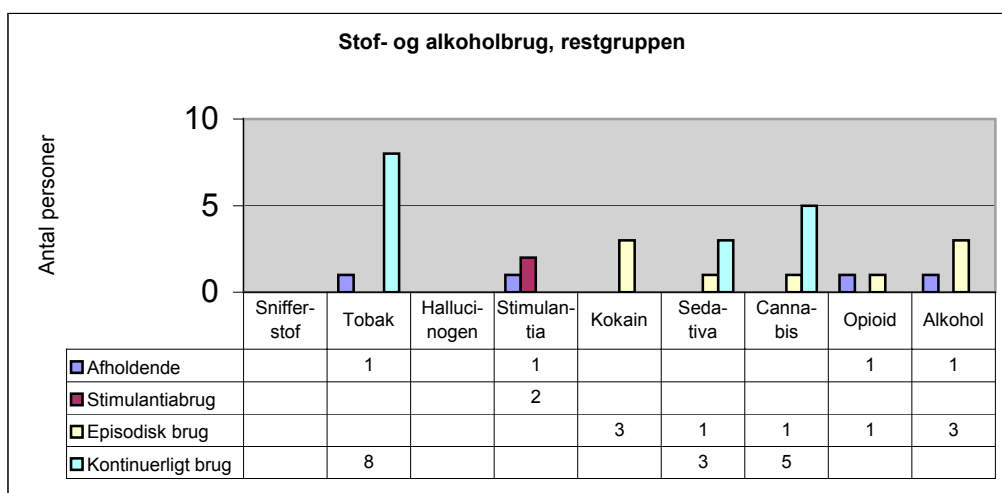
## Bilag 11. Tabeller og skemaer for restgruppen

Sanseorganer	33,3
Bevægeapparat	77,8
Dårlig tandstatus	33,3
Nervesystem	33,3
Alkoholisk leverskade og bugspytkirtel	11,1
Lunger	22,2
Mave- tarmsystem	11,1
Hjerte-kar -blod	100
Hud	11,1
Ernæring og stofskifte	11,1
Allergi	22,2
Nyre og urinveje	11,1
HIV ag+	0
Hepatitis A ag+	11,1
Hepatitis B ag+	0
Hepatitis C ag+	11,1

Somatiske diagnosegrupper for restgruppen i %

Periodisk depression	6
Fobisk angst	3
Generaliserede angsttyper	2
Psykosser, andre / bipolar sygdom	1
Skizotypisk sindslidelse	1
Skizofreni	1

Psykiatriske diagnosegrupper for restgruppen i antal.



Misbrugsprofil for restgruppen

## Bilag 12. Diagnoseopgørelser LPR, DCP og egne data

Diagnosegrupper	Registerdata: Totale population	Registerdata: Læ- geundersøgte	Lægefund
<b>Gruppe A-B: Infektiose- og parasitsygdomme</b>			
Tuberkulose	19	5	2
Septikæmi	20	4	0
Anden infektion	5	0	0
Erysipelas	32	5	0
Veneriske vorter	1	0	0
GI infektioner	5	4	0
Hepatitis A, B, C	31	6	71
HIV og HIV-relateret	67	21	4
Svampeinfektioner	6	3	5
Virusinfektioner	6	2	0
<b>Gruppe C-D: Svulster og blodsygdomme</b>			
Cancer	11	1	1
Neoplasier, benigne	3	0	0
Anæmi	8	0	6
Andre	3	0	0
<b>Gruppe E: Stofskifte og ernæring</b>			
Sukkersyge + BS relateret	17	9	3
Wernicke's encephalopati	2	4	0
Forstyrrelser i ernæring og salte	6	1	0
Undervægt	0	0	9
Fedme	0	0	2
<b>Gruppe F: Psykiske sygdomme</b>			
<i>Gruppe F0 - Organiske psykiske lidelser, incl dementielle</i>			
Organiske sindslidelser	19	0	7
<i>Gruppe F1 - Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande.</i>			
Alkoholrelaterede	1018	206	90
Opioidrelaterede	53	10	64
Cannabisrelaterede	17	1	65
Sedativrelaterede	7	0	40
Kokainrelaterede	47	3	50
Stimulantiarelaterede	6	0	24
Hallucinogenrelateret	0	0	9
Tobaksrelateret	0	0	75
Snifferstofrelateret	0	0	3
Blandingsmisbrugsrelaterede	185	21	8
<i>Gruppe F2 - Skizofreni, skizotypi, paranoide, akutte og forbigående psykoser, skizo-afektive</i>			
Skizofrenier	269	26	6
Skizotypier	28	7	3
Andre psykoser	80	22	3
<i>Gruppe F3 - Affektive sindslidelser (mani - depression).</i>			
Manier og bipolarere	52	5	2
Depressioner	34	0	50
<i>Gruppe F4 - Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser.</i>			
Angst-, tilpasnings- og belastningsreakt.	63	2	43
<i>Gruppe F5 - Forstyrrelser i personlighedsstruktur</i>			
Forstyrrelser i personlighedsstruktur	73	8	10
<i>Gruppe F7 - Mental retardering</i>			
Mental retardering	6	2	2
<i>Gruppe F9 - Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst.</i>			
Blandede tilstande u.spec	46	3	4
<b>Gruppe G: Nervesystemet</b>			
Epilepsi	62	0	0
Hovedpiner	2	1	3

Mononeuropathier	5	1	6
Diffuse neuropatier	1	0	5
Alkoholisk neuroati	1	0	33
<b>Gruppe H: Øjne og ører</b>			
Øjeninfektioner	5	1	1
Andre øjenlidelser	8	0	31
Øreinfektioner	10	6	6
Høreforstyrrelse	4	0	8
Vestibulærforstyrrelser (balance)	1	0	0
Ører, andet	2	0	0
<b>Gruppe I: Hjerte og blodkredsløb</b>			
Hypertension	2	1	7
Hjerteiskæmi	18	6	1
AMI + Emb. Pulm	4	2	0
Peri- og endocardit	41	4	3
Cardiomyopatier	3	3	1
Lednings- og rytmeforstyrrelser	11	6	7
Inkompensation og cardiomegali	5	2	1
Cerebrale slagtilfælde og blødninger	13	13	1
Karproblemer uden spec	85	15	6
Karproblemer (esophagisvaricer/ Aneurysme)	2	0	0
Lymfangit	4	0	0
<b>Gruppe J: Luftvejene</b>			
Øvre luftvejsinfektioner/tonsilit	13	1	0
Nedre luftvejsinfektioner	64	4	3
Bronkitter / KOL / Astma/ respirationsproblemer	33	3	41
<b>Gruppe K: Mund og Mave-tarm</b>			
Tænder / mundhule	9	2	47
Spiserør / reflux mm	4	1	
Mavesår / gastrit	33	6	15
Appendicit / hernier	9	5	0
Kroniske colitter/Crohn	9	9	
Funktionelle tarmlidelser/incl volvulus	9	6	7
Anallidelser	3	3	0
Analabsces	3	3	0
Alkoholisk leversygdom/uspecificeret	12	3	42
Hepatit	3	1	2
Galdevejssygdomme	8	8	0
Pancreatit	20	11	6
GI-blødninger	17	1	1
<b>Gruppe L: Hud</b>			
Dermatit	4	4	13
Hudinfektioner	196	30	1
Sår, decubitus mm	34	8	0
<b>Gruppe M: Muskler og bindevæv</b>			
Purulente artritter	4	4	0
Andre artritter	7	4	2
Ledskred mm.	7	7	0
Rygskader og -smerter	26	6	29
Muskel- og senesmerter mm.	15	3	0
Bursitter og andre bløddelslidelser	13	2	0
Smerter i arme, skuldre og ben	17	4	0
Osteoporose / -myelit mm.	7	2	0
<b>Gruppe N: Nyrer og urinveje</b>			
Hydronefroze	10	0	0

Urinvejssten	38	0	0
nyre- / urinvejsinfektioner	17	0	2
Sygdomme i kønsorganer M	4	1	2
Sygdomme i kønsorganer K	1	0	0
Infektioner i kønsorganer M+K	9	0	0
Inkontinens	1	0	2
<b>Gruppe O-Q: Svangerskab, børnesygdomme og medfødte misdannelser</b>			
Provokeret abort	4	0	0
Fødsler	3	0	0
Medfødte skader	1	0	3
<b>Gruppe R: Uklassificerbare, fund og symptomer</b>			
Hjerte-kar/luftveje, smerter, dyspnø mm	27	27	10
Maverelaterede mm.	47	8	3
Kramper, besvimelser, svimmelhed mm	59	11	0
Urinvejsrelaterede	23	23	5
Smerter	5	0	0
Blødninger	8	0	0
Diverse	14	1	6
Febrilia	6	0	0
Død	5	1	0
<b>Gruppe T-Z: Skader og andre kontaktårsager til sundhedsvæsenet</b>			
Hoved/ansigt	215	54	5
Øjne	23	4	0
Hjerne	117	16	0
Hals undtagen ryggrad	5	0	0
Collumna	8	0	1
Thorax	56	6	1
Abdomen, bækken og indre organer	51	4	1
Overekstremiteter incl. Nerveskader	292	36	8
Underekstremitet incl. Nerveskader	221	32	11
Sår uden spec	37	8	0
Multiple traumeregioner	2	0	0
Fremmedlegemer i hals og tarmsystem	4	1	0
Forbrændinger / forfrysninger / ætsninger	19	3	0
Infektioner efter behandling	27	27	0
Komplikationer til behandling	10	5	0
Følger efter frakturer	15	6	2
Drukning, andre ydre påvirkninger	8	1	0
Vold	4	0	1
Selvbeskadigelse og selvmordsforsøg	5	0	2
Forgiftninger og følger efter forgiftning	238	16	0
<b>Gruppe T-Z: Kontaktårsager</b>			
Kontakt til sundhedsvæsenet i form af observation, undersøgelse, efterbehandling etc	1128	124	<i>Ikke relevant</i>
<i>Kan inddeles i:</i>			
Undersøgelser incl. røntgen	100	9	
Undersøgelse og observation	685	71	
Efterkontrol og -behandling	56	9	
Kontakt på grund af smitte	31	10	
Sterilisation	3	0	
Graviditet	2	0	
Undersøgelse før abort	2	0	
Svangrekontroller	6	0	
Rådgivning / socialt	11	0	
Rådgivning / misbrugsrelateret	13	1	
Kontakt på grund af uspecificerede problemer	219	24	



Familie- og Arbejdsmarkedetsforvaltningen, FAF Tryk, februar 2005

