

Et slag for den opsøgende sundhedsfaglige indsats

Glemsomhed eller kaotiske livsomstændigheder hindrer bedre sundhed blandt brugerne.

AF ANITA HJORT RASMUSSEN,
CHARLOTTE ENEMARK,
METTE BUNDGAARD NIELSEN
& TOVE HOLM SØRENSEN

Sundhedsstyrelsen har i en årrække haft 'lighed i sundhed' på dagsordenen, med fokus på udsatte borgeres sundhed og sygelighed. Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet 2002-2010' lægger vægt på, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres, og midlertidigheden øges¹, og det er blevet kommunens opgave at sikre forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Af dette trekløver, Sundhedsstyrelsen, sundhedsprogrammet og kommunen, udsprang projektet 'En sundhedsplatform i det sociale arbejde', som er et projekt mellem Silkeborg Kommune og Kirkens Korshær som privat folkekirkelig hjælpeorganisation – en smart konstellation, som det vil fremgå nedenfor. Vi er et team bestående af en projektleder, en mobilsygeplejerske, en psykiatrisk sygeplejerske med tilknytning til psykiatrien og en sundhedsantropolog. Vi er fysisk placeret med et kontor på Rusmiddelcenteret i Silkeborg, og vi har samtidig et tæt samarbejde med Lokalpsykiatrisk Center og med Kirkens Korshærs Varmestue. Projektet, som løber fra august 2008 til oktober 2010, skal skabe overblik over målgruppens sundhedsproblemer, tilbyde basal

sygepleje til målgruppen, sikre at målgruppen kommer videre til det etablerede sundhedssystem og give målgruppen undervisning i den daglige håndtering af sundhedsproblemer. Vi skal lave skriftlige samarbejdsaftaler med det øvrige social- og sundhedsvæsen, forberede kurser og temadage, undervise social- og sundhedspersonale og afholde tværfaglige møder for at sætte fokus på mennesker med dobbeltdiagnose, mennesker, der har komplekse problemer på grund af alkohol og stoffer, og mennesker, der er hjemløse. Afslutningsvis skal vi samle alle vores metodebeskrivelser til en stak lettilgængelige anbefalinger, som vi videregiver til samarbejdspartnere.

Artiklen handler om Sundhedsplatformens praksiserfaringer og om den gode kontakt til alkohol- og stofbrugere samt hjemløse - og om samarbejdet og vidensdelingen med andre sundheds- og socialfaglige på tværs af sektorer. Artiklen peger også på de forankringsbesværligheder, som et mindre projekt må se i øjnene, når hele kommunens struktur er i rivende opbrud og omlægning - der er udarbejdet et spareforslag på 335,6 millioner kroner i Silkeborg Kommune, som skal fordeles på alle kommunens opgaveområder. Forslaget skulle dog ikke komme de mest sårbare til skade, forlyder det fra kommunen.

Profil af målgruppen

Projektets målgruppe omfatter især alkohol- og stofbrugere i Silkeborg, som har tilknytning til Rusmiddelcenter Silkeborg eller til Kirkens Korshærs Varmestue. Hertil kommer en gruppe af udsatte, som ikke benytter sig af de kommunale tilbud, men som kommunens Støtte- og Kontaktpersonsordning møder i deres arbejde. Der er især fokus på de brugere, som ikke selv formår at opsøge behandling i sundhedssystemet, enten fordi de er for dårlige fysisk og psykisk, har mistet tilliden til systemerne, eller fordi de endnu ikke har opnået et tilfredsstillende behandlingsforløb i det almindelige sundhedssystem eller behandlingssystem. Det resulterer i, at målgruppen ikke får behandlet deres basale sundhedsproblemer, og der er risiko for udvikling af svære og livstruende komplikationer. Særligt gruppen af personer med dobbeltdiagnose er i risiko for at blive tabt i behandlingssystemet, og det lader især til, at brugere med udpræget social angst og et højt alkoholforbrug, har svært ved at passe ind i systemerne.

Vi har netop indberettet en statusrapport til Sundhedsstyrelsen, hvori vi samlet har opgjort de fysiske og psykiske lidelser samt de misbrugsproblematikker, der kendetegner vores brugere. Af somatiske lidelser kan nævnes: hepatitis C og HIV, KOL og lungesygdomme,

infektioner, dårlige tænder, levercirrose, leverkræft og alkoholskaded lever, generelle smerter, diabetes, dårligt blodomløb, hudinfektioner, psoriasis, dårlige fødder, cancer, fedme, underernæring, sår, traumer, frakturer og mangel på genoptræning efter skade. Af psykiske lidelser ser vi: angst, ADHD, depression, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, psykose, neurose, kognitive skader og hjerneskader. Stofproblematikkerne blandt brugerne omfatter: blandingsmisbrug,

metadon, hash, benzodiazepiner, amfetamin, alkohol, kokain, heroin, ecstasy og overforbrug af smertestilende medicin. Der er en stor overdødelighed i målgruppen, og der er overordnet tale om en meget sårbar og komplekst syg gruppe. Vores observationer er ikke meget ulig resultaterne i SUSY UDSAT², der peger på, at gruppen af misbrugere, sindslidende og hjemløse har en markant dårligere sundhedstilstand end den øvrige del af befolkningen.

Fire gode grunde til at implementere en opsøgende sundhedsfaglig indsats på misbrugsområdet:

1. Sammenhæng

Dansk Selskab for Intern Medicin³ påpeger nødvendigheden af bedre sammenhæng i patientforløb. Især drejer det sig om de akut indlagte patienter, der lider af flere sygdomme, og rapporten henviser til det manglende samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis. Akutte indlæggelser og afbrudte forløb er meget resursekrævende for sundhedssystemet⁴, og det er derfor vigtigt, at den udsatte borger opspores og udredes tidligt i sygdomsforløbet. Samtidig kan vi i Sundhedsplatformen observere, at der blandt brugerne er stor efterspørgsel på de sundhedsfaglige kompetencer. Overvejende er der behov for støtte til at navigere i de specialiserede behandlingssystemer. Det kan være svært for brugerne at følge henvisningssystemerne eller den logiske rækkefølge i forskellige sundhedstjek, og nogle vil helst ikke i kontakt med deres egen læge, som de er raget uklar med. Flere vil ikke erkende, at de er syge på trods af tydelige symptomer, og nogle kommer ikke af sted til den aftalte tid på grund af glemsomhed eller kaotiske livsomstændigheder, der gør, at hensynet til helbredet nedprioriteres. Disse hindringer for bedre sundhed forsøger vi at imødekomme, så forløbene kommer til at fremstå gnidningsfrie for brugerne og for sundhedspersonalet, således at brugerne kan modtage den behandling de har krav på. De hyppigste opgaver er, at holde styr på brugernes indkaldelsestidspunkter og at minde dem om, hvornår de skal have taget blodprøver forud for undersøgelse. Vi ringer ofte til brugeren et par gange inden aftalen og informerer om, hvad der skal ske og hvornår. Vi arrangerer transport, hvis vi vurderer, at brugeren ellers ikke kommer af sted. Hvis vi ikke selv kan tage med brugeren,



koordinerer vi 'gå med-funktionen' indbyrdes i teamet. Vi drøfter konkrete brugersager på teammøder og sparrer med hinanden. Vi hjælper med at søge støtte til medicin, tandbehandling etc. hos kommunen og oplyser brugerne om deres rettigheder. Vi skriver journalnotater til interne samarbejdspartnere, informerer om nye tiltag og brugerforløb, og vi følger op på sundhedsforløb. Vi oplever desuden, at afrusningsforløb, indlæggelser og udskrivelser fra sygehus, funktionel hjemløshed, hjemløshed efter afsoning, hepatitisbehandling og tandrenovering kræver en ekstra koordineret sundhedsindsats. Resultatet af indsatsen er, at brugerne får positive oplevelser med sundhedssystemet; de oplever et imødekomende personale, der vil dem det godt, samt en sammenhængende og intensiv behandling. Brugere udviser stor tilfredshed, når de kan følge med i og forstå deres egen bedring og sygdomsforløb, og for flere omsættes det til en handlekompetence, så de bliver i stand til bedre at tage vare på eget liv og helbred.

2. Kontinuitet og tillid

Den gode kontakt og relationsarbejdet kan især lade sig gøre, fordi vi hver mandag og løbende er tilgængelige i Kirkens Korshærs Varmestue. Vi er fleksible tidsmæssigt og uden andre opgaver om mandagen, så det giver brugerne (betæknings) tid til at fange os til en samtale. Nogle gange tager vi generelle spørgsmål op i åbent forum. Det kan være en snak om rygestop til gavn for andre nysgerrige. Andre gange kræver henvendelsen en samtale under fire øjne, fordi man vil tale om et sårbart emne, og vi hjælper vedkommende med at skærme sig selv. Det kan dreje sig om tilsyn af sår efter fejlfix, traumer og vold, eller man skal have hjælp til at vurdere alvoren af de oplevede symptomer. Den tidsmæssige fleksibilitet gør også, at vi kan tage på mere eller mindre akutte hjem-

mebesøg, når vi har kendskab til en bruger, som behøver en sundhedsindsats her og nu. Vi kan ligeledes opsøge de brugere, der er indskrevet til behandling på Rusmiddelcentret, når de kommer efter deres medicin i klinikafdelingen. Kontakten opstår enten ved, at brugeren selv henvender sig, idet vores tilbud efterhånden er kendt af mange, ved at vi henvender os til dem, når vi vurderer det nødvendigt, eller ved at en samarbejdspartner kontakter os angående en bruger med behov for sundhedsstøtte. Det kan være henvendelser fra personalet i Kirkens Korshær, fra misbrugsbehandlere, fra boformerne, fra sygehuset, fra praktiserende læger etc. Brugere har vores mobiltelefonnumre, og mobilsygeplejersken i teamet har et gratisnummer, så kontakten ikke afhænger af, om brugerne har taletid på mobilen. Blot tanken om, at de kan ringe til nogen, når de har det aller dårligst, har en beroligende effekt.

Af iværksatte sundhedsfremmende aktiviteter har vi hver tirsdag et 'brugertræf' i varместuen, hvor brugere i dialog med os vejledes omkring diverse sundhedsproblematikker. Personalet hører om angst, 'ondt i maven' og depression. Konceptet er at indsamle ønsker for ugens tema blandt brugerne. Det kan være temaer såsom smitte, træthed eller undervisning på et helt uformelt og uforpligtende niveau, for brugerne gider ikke blive belært, og flere har dårlige erfaringer fra skoletiden. Sundhedsplatformen uddeler også rent værktøj via projektet og i varместuen, hvor vi samtidig kan vejlede i korrekt injektionsteknik. Løbende har vi motiverende sundhedssamtaler med brugerne, når vi er med dem på sygehuset, hos lægen, eller når vi transporterer dem frem og tilbage til sundhedstjek. Alt sammen foregår med skadesreduktion som praksisstrategi.

Vi kan med andre ord tillade os at bruge tid på den enkeltes sundhedstilstand, hvilket er altafgørende

for en tillidsfuld kontakt, og for at vi kan rykke i nogle tråde nu og her. Dét, at vi er tilgængelige i deres miljø og tager del i den daglige trummerum i varместuen, lader til at mindske skellet mellem 'os' og 'dem'. Der opstår situationer, hvor de lærer os en masse, og en snak i bilen nedbryder eksempelvis de formelle konfronterende rammer, som de er vant til fra andre instanser. Selve samarbejdet med Kirkens Korshær bevirker, at vi ikke i samme grad opfattes som repræsentanter for 'systemet', idet varместuen er et frirum. Vi er på den måde med til at genoprette tilliden til systemet, og samtidig kan vi bedre forstå og forklare situationen fra systemets side, fordi vi færdes i det, til glæde for både brugere og samarbejdspartnere. Mobilsygepleje har faktisk eksisteret i Silkeborg siden 2003, og det er tydeligt, hvordan en gennemgående medarbejder kan stadfæste en uvurderlig sammenhængskraft for brugerne. Mobilsygeplejersken kender en stor del af brugerne gennem flere år, og vi skal ikke begynde ved status quo ved hver kontakt.

3. Vidensdeling

Vi fandt i projektets opstartsfasen et behov og en efterspørgsel fra vores sundhedsfaglige samarbejdspartnere, såsom hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker og sygeplejersker på sygehusafdelingerne, i forhold til håndtering af mennesker med misbrug i sundhedssystemet.

På sygehusene står sundhedspersonalet ofte magtesløse over for målgruppens særlige behov og fortvivlede adfærd, og der opstår eksempelvis konflikter omkring smertedækning og medicinudlevering, som kan munde ud i uafsluttede behandlinger til stor skade for den enkelte. Vi har mødt brugere, der stadig gik rundt på et brækket ben eller med en alvorlig infektionstilstand, fordi de tog fra sygehuset før tid. Hjemmeplejen mangler viden og værktøjer til at samtale med

ældre borgere i hjemmene omkring deres overforbrug af rusmidler, og sundhedspersonalet mangler overordnet viden om dobbeltdiagnosepatienter, hvilke tilbud der findes til mennesker med misbrugsproblematikker, og hvad forskellige misbrug bevirker (se også artiklen 'Alderdom, Alkohol og Medicin' i STOF nr. 14).

Vi planlagde derfor et 10-dages kursusforløb på Social- og Sundhedsskolen i Silkeborg, hvor vi underviste 18 sundhedsfaglige personer, der dagligt har kontakt til alkohol- eller stofbrugere i hjemmene, omkring disse temaer. Vi har ligeledes haft samarbejds møder med sygehusafdelinger, hvilket har givet personalet dels mere mod på at arbejde med målgruppen, dels en tryghed i, at de kan kontakte vores team angående konkrete brugere. Vi giver psykiatrisk og somatisk bistand til forsorgshjemmet Godrum, vi giver sparring til misbrugsbehandlere og personale i Kirkens Korshær, og der er tilrettelagt et undervisningsprogram for nyansatte i Kirkens Korshær omkring smitte, hygiejne og livreddende indsats.

4. Samarbejde

Flere brugere har opnået et parallelt behandlingsforløb i Lokalpsykiatrien og i Rusmiddelcenteret via den psykiatriske sygeplejerske i projektet. På begge fronter ser samarbejdet ud til at løse op for nye måder at tænke behandling på. Nogle brugere kan eksempelvis bedre komme ud af deres misbrug, når de værste symptomer fra deres psykiske lidelse nedbringes⁵, og ofte er sammenhængen mere kompleks, hvilket kræver god koordinering og netværksdannelse. Sundhedsplatformen arrangerer temadage med fokus på dobbeltdiagnose og andre sundhedsfaglige temaer, hvor jobcentre, psykiatrien, behandlere, bostøtter, læger og andre interessenter på misbrugsområdet inviteres på tværs af instanser. I oplæggene prioriteres spørgsmålet

HVOR ER KVINDERNE I PROJEKTET?



Brugerne af Sundhedsplatformen er overvejende mænd. Vi møder kun få kvinder i varmenstuen og på Rusmiddelcenteret, og en gang i mellem ser vores psykiatriske sygeplejerske en kvinde med dobbeltdiagnoseproblematik på Lokalpsykiatrisk Center. Men hvordan kan det være, at vi er i kontakt med så få kvinder? Den ene mulighed er, at der er flere sociale tilbud til kvinder end til mænd i Silkeborg – såsom krisecentre, familiebehandling og selvhjælps-

grupper. Når vi endelig ser kvinder i vores projekt, er de virkelig udsatte, hvilket kan skyldes, at de etablerede kvindetilbud ikke længere kan rumme dem. De er for psykisk syge og/eller for misbrugende, og de falder derfor uden for rammerne af et tilbud, hvor der er krav, forventninger og regler. Den anden mulighed er, at kvinder er bedre til at tage vare på sig selv i længere tid. Selvom kvinderne er dårlige, sættes pleje og ernæring stadig højt, og flere formår at søge behandling i sundhedssystemet, men de er mere tilbageholdende med at søge hjælp i misbrugsregi. Undersøgelser peger på, at kvinder oplever større diskriminering og stigmatisering på grund af deres misbrug⁶, og samtidig medvirker rollen som mor til, at de oplever skyld, skam og angst for systemets kontrol vedrørende deres børn. Meget tyder på, at det kræver en metodenænsom indsats og et dybdegående opsporingsarbejde at få kontakt til kvinder med disse kendetegn, for der er flere derude. Her kunne en sundhedskoordinerende indsats være et bud på en døråbner til 'kvindeverdenen'.

Kønsspecifikke tilbud

Der har i den seneste tid været et større fokus på udsatte kvinders vilkår, eksempelvis i Hus Forbi⁹ og i specialet 'Mere end udsat' fra Ålborg Universitet¹⁰ (se næste artikel i dette nummer). I Hus Forbi debatteres, hvordan den lave kontanthjælp kan presse unge kvinder under 25 år ud i en nedværdigende boligstrategi. 'Sex for en sofa' er en rammende overskrift for artiklen. Universitetsspecialet omhandler hjemløse kvinder og de seksuelle overgreb, der finder sted på hjemløseinstitutionerne. Seksuelle overgreb, prostitution og fysisk og psykisk vold er heller ikke ukendte fænomener blandt de kvinder, vi møder igennem projektet, og man kan endvidere spørge, om det ikke



er en overhængende risikofaktor for udsattegruppen generelt? Vi har ligeledes kendskab til mandlige brugere, der har prostitueret sig siden ungdomsårene eller har været udsat for seksuelle overgreb fra ældre mænd. Vi er vidner til et indbyrdes hierarki, hvor de mest sårbare fyre bliver tæsket og presset til tjenester. I projektet kan vi tydeligt se, at der er behov for at tage hånd om noget så tabuiseret som seksuelle og fysiske ydmygelser samt give vejledning i sex og prævention, og det har i en rum tid været meningen at oprette en særskilt kvindegruppe – og en mandegruppe for den sags skyld – hvor disse tunge emner kan tages op, og hvor erfaringerne kan deles med ligestillede. Krænkelserne og de traumatiserende overgreb hører godt nok under samme kategori, men de opleves vidt forskelligt kønnene imellem, og tilgangen bør derfor være forskellig i henholdsvis et kvindespecifikt og et mandspecifikt tilbud.

ANITA HJORT RASMUSSEN
ANTROPOLOG, PROJEKTMEDARBEJDER
CHARLOTTE ENEMARK
DISTRIKTS- & PROJEKTSYGEPLEJERSKE, LOKALPSYK. CENTER
METTE BUNDBAARD NIELSEN
SPECIALUD. PSYKIATRISK SYGEPLEJERSKE
TOVE HOLM SØRENSEN MOBILSYGEPLEJERSKE



om samarbejdsmuligheder og muligheder for netværksdannelse. Ud fra tanken om integreret behandling har vi dannet en dobbelt diagnosearbejdsgruppe, hvis formål er at få allerede eksisterende tilbud til at samarbejde om at forbedre forholdene for målgruppen. Vi håber, at disse netværkstiltag kan medvirke til en større rummelighed på de arbejdspladser, hvor der er en tendens til at specialisere sig og lukke sig om sig selv. En tværfaglig indsats er nødvendig i forhold til mennesker med så komplekse problemer og kaotiske livsmønstre.

Vi kører et internt samarbejde med Støtte- og Kontaktpersonerne i Silkeborg om fælles temadage, om tandprojekt og især om de brugere, der ellers ingen offentlige tilbud eller støtte får. Vi deltager i personalemøder på både Rusmiddelcenteret og i Kirkens Korshær, og vi har et godt samarbejde med Socialteamet i kommunen omkring brugerne. Vi oplever ydermere, at tandlæger, praktiserende læger og sygehusafdelinger er mere villige til at samarbejde med målgruppen, når der ydes støtte fra Sundhedsplatformen.

Projekter opstår - projekter forgår

I projektets afviklingsfase frem til november 2010 vil vi arbejde målrettet på, at de brugere, der står uden et andet tilbud end Sundhedsplatformen, får en værdig overdragelse til en anden form for støtte. Nogle brugere står midt i en udmagrende medicinsk behandling for deres hepatitis C, og i Sundhedsstyrelsens 'National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C' anbefales det, at en tovholder netop støtter op om den udsatte patient med henblik på fastholdelse i behandlingen. Inficerede kan med vedholdenhed opnå at blive helbredt for en kronisk lidelse, smittebærere reduceres, og en behandling for hepatitis C koster tæt på 100.000 kroner. Det er en dyr behandling at afbryde på grund af manglende evne til fremmøde, og

en billig behandling i forhold til de menneskelige og økonomiske følger, en leverbetændelse kan få i form af skrumpelever og leverkræft. Andre brugere står lige nu boligløse efter en dom og har samtidig ubehandlede fysiske og psykiske lidelser. Hvis der ikke er resurser til at ansætte sundhedspersonale på Rusmiddelcenteret efter projektets afslutning, og hvis den sundhedsfaglige tilgængelighed ikke bliver forankret i Kirkens Korshærs Varmestue, så kan det være svært at se, hvordan den sundhedsstøtte og kontaktfrem, som brugerne lige har vænnet sig til og sætter stor pris på, kan erstattes med et lignende alternativ. Samtidig lader det til, at der bliver skåret gevaldigt på den udgående Støtte- og Kontaktpersonsordning i Silkeborg Kommune, der ligeledes repræsenterer fleksibilitet, sammenhæng og den gode kontakt til brugere. Til gengæld vil målgruppen forblive, og i projektperioden har vi fået et overblik over, at der er flere derude, eksempelvis drikkegrupper, angst og hjemløse, som vi ikke har kontakt til. Det er ulemper ved et velmenende projekt, som blev startet op i en tid, hvor man antog implementeringen og vedligeholdelsen af projektets funktioner som en selvfølge.

I sidste ende handler det om at behandle denne målgruppe med den respekt og den sammenhæng, den har krav på, og da disse mennesker selv har problemer nok, har de næppe overskud til at tale deres egen sag. Derfor kan vi med vores projekterfaringer kun håbe på at skabe større fokus og interesse omkring de dårligst stillede, hvor god kontakt gennem en sundhedskoordinerende indsats virkelig ser ud til at bringe 'lighed i sundhed' op på et højere niveau. Ydermere må vi igen henvise til de besparelser, som sundhedsvæsenet kan opnå via samarbejdet med et opsøgende sundhedsteam, så det i mindre grad ender med omkostningsrige, akutte indlæggelser, spildtid, når patien-

terne ikke dukker op, og afbrudte behandlingsforløb. Det er i hvert fald en kende ugenomtænkt, hvis man i en velfærdsstat sparer på professionalismen i forhold til de aller mest udsatte. ■

REFERENCER

- 1 Sundhedsstyrelsen: Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. 2009.
- 2 Rådet for Socialt Udsatte: SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte. 2008.
- 3 Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin: Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter – akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Danske Regioner. 2009.
- 4 Thiesen, Henrik: Projektbeskrivelse: Tiltag vedrørende optimeret tværfaglig indsats over for de sværest marginaliserede med helbredsproblemer. 2004.
- 5 Projekt Bedre Udredning – kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, Social- og beskæftigelsesforvaltningen, Center for Misbrugsbehandling og Center Basen. 2009.
- 6 Sundhedsstyrelsen: National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen. 2007.
- 7 Flere mænd end kvinder bruger illegale stoffer, og kvinder i behandling udgør cirka 1/3 på nationalt plan. Vi ser dog en noget større kønsblanding i Sundhedsplatformens brugergruppe.
- 8 Dahl, Helle Vibeke & Pedersen, Mads Uffe: Kvinder og køn: Stofbrug og behandling. Center for Rusmiddelforskning. 2008.
- 9 Sejbæk, Tine: Sex for en sofa. Hus Forbi nr. 4, 14. Årgang. April 2010.
- 10 http://projekter.aau.dk/projekter/files/19254177/Speciale_Mere_end_udsat_uploaded.pdf. Den efterfølgende artikel i dette nummer af STOF omhandler specialet.