

SUNDHEDSFAGLIGT TILBUD
TIL DE HÅRDEST BELASTEDE
STOFMISBRUGERE
Statusrapport 2009

2010

Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere

Statusrapport 2009

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Stofmisbrug, satspuljeprojekt, gadeplansindsats

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 30. marts 2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-066-1

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts 2010

Indhold

1	Indledning	4
1.1	Statusrapportering	4
2	Baggrund for projektet	5
3	Projektets formål og målgruppe	6
4	Status i projekterne	7
4.1	Projekternes organisation	7
4.2	Patientprofil	9
4.3	Ydelser	13
4.4	Arbejdsmetode	14
4.5	Udfordringer i projekterne	16
5	Nye tiltag i 2010	18
6	Foreløbige resultater	19
6.1	Monitorering	19
6.2	Sundhedsfaglige resultater	19

1 Indledning

Sundhedsstyrelsen administrerer satspuljeprojektet ”Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere” med baggrund i udmøntningen af satspuljeaftalen for narkotikaområdet for 2006-2009, som skal ses som en opfølgning på satspuljeaftalen for 2004.

Med aftalen blev der oprettet en pulje, hvorfra relevante større kommuner kunne søge om dækning af halvdelen af udgifterne til indførelse af et målrettet tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere, svarende til et forsøg med sundhedstilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere i Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsen udmeldte ansøgningskriterierne for puljen i oktober 2006 med ansøgningsfrist ultimo november 2006. Størstedelen af de godkendte projekter blev igangsat i foråret 2007, hvorimod projektet i København først blev opstartet i efteråret 2008 på grund af forsinkelse i politiske beslutningsprocesser.

1.1 Statusrapportering

Ved sidste afrapportering om status for projekterne i januar 2009 var den fælles monitoreringsindsats for projekterne netop iværksat, hvilke gjorde, at Sundhedsstyrelsen oplyste at ville udarbejde en tilsvarende statusopgørelse i 2010 indeholdende dataudtræk på tværs af projekterne.

Denne statusrapportering baserer sig derfor dels på den fælles monitorering af projekterne i 2009 og dels på statusrapporter fra de enkelte projekter i kommunerne på baggrund af en fælles skabelon fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har med skabelonen stillet krav om, at der skulle beskrives følgende forhold:

- Projektets baggrund, formål og målgruppe
- Projektets ydelser, bemanning, arbejdsformer, samarbejde med andre instanser og brugerprofil
- Projektets foreløbige resultater, udfordringer og fokusområder for næste år med henblik på forbedring
- Kommenteret kvantitativ beskrivelse af projektet

Den følgende del af rapporten vil være struktureret efter ovenstående punkter.

2 Baggrund for projektet

For at fastholde og udbygge den eksisterende behandlingsindsats og i endnu højere grad hjælpe stofmisbrugere indgik satspuljepartierne aftale om en række væsentlige initiativer med sigte på at intensivere indsatsen mod narkotikamisbruget. Ambitionen var at begrænse stofmisbruget og de alvorlige skader, som misbruget påfører misbrugerne selv, deres nærmeste og samfundet. Et af puljeformålene var støtte til projekter med sigte på at indføre et målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere.

Projekterne skulle have baggrund i et 3-årigt forsøgsprojekt fra Københavns Kommune, hvor man havde opnået gode erfaringer med at kombinere den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats. Forsøget i Københavns Kommune byggede på en systematisk opsøgende gadeplansindsats og omfattede sundhedsfaglige tilbud som diagnosticering, behandling og opfølgning af forskellige lidelser, herunder blandt andet HIV og leverbetændelse samt andre infektioner. Derudover var der fokus på sårbehandling og samarbejde med egen læge og sygehusvæsenet samt oplysning om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

En evaluering af den københavnske model har blandt andet vist, at et samarbejde mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats i højere grad gør det muligt at koordinere og sikre den langsigtede behandling af stofmisbrugernes kroniske lidelser, ligesom sundhedsvæsenet får lettere ved at håndtere stofmisbrugere med mere komplicerede behandlingsbehov. Evalueringen viste endvidere, at det fortsat er muligt at sikre fremskridt gennem forbedring af allerede eksisterende skadesreducerende tilbud og aktiv udvikling af helt nye tilbud.

I satspuljeaftalen 2006-2009 blev der oprettet en pulje med i alt 28 mio. kr. fordelt med 4,6 mio. kr. i 2006 og efterfølgende 7,8 mio. kr. hvert år fra 2007-2009. Puljen er udmøntet som en ansøgningspulje, hvoraf relevante større kommuner kunne søge om støtte til dækning af halvdelen af udgifterne.

I forbindelse med udmøntningen af puljen blev der foretaget en grundig vurdering af de enkelte ansøgninger, hvor der blandt andet blev lagt vægt på, at den ansøgende kommune havde en gruppe hårdt belastede stofmisbrugere, at kommunen forpligtigede sig til at indgå i et løbende samarbejde med de øvrige deltagende kommuner i hele projektperioden foruden at indgå i og bidrage til evalueringer af projektet. Desuden skulle kommunerne forpligtige sig til at indsamle data og levere elektroniske data med henblik på en koordineret monitorering af indsatsen. Derudover skulle kommunerne kunne dokumentere 50 % egen finansiering af det samlede projekts omkostninger.

De kommuner, der fik tildelt støtte, var Esbjerg Kommune, Guldborgsund Kommune, Københavns Kommune, Odense Kommune og Århus Kommune, som alle fokuserede på implementering og videreudvikling af københavnermodellen tilpasset lokale behov. For alle fem projekter blev det vurderet, at der ville kunne opnås en erfaring og viden, der vil kunne anvendes i forbindelse med en fremtidig indsats og implementering af sundhedsfaglige tilbud til stofmisbrugere – eventuelt også i mindre danske kommuner.

3 Projektets formål og målgruppe

Det overordnede formål med projektet er at sikre, at de hårdest belastede stofmisbrugeres vilkår bedres såvel sundhedsmæssigt som socialt. Dette skal ske gennem implementering af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere efter den model, der er udviklet i Københavns Kommune i perioden 2000-2004. Det er tanken, at projekterne vil kunne føre til et generelt forbedret helbred for målgruppen, lette adgangen til relevante sundhedstilbud samt modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden for de hårdest belastede stofmisbrugere. Projektet har således primært fokus på brobygning til sundhedsvæsenet og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sociale og sundhedsfaglige tilbud for de hårdest belastede stofmisbrugere i fem udvalgte kommuner i Danmark.

De hårdest belastede stofmisbrugere er i projektet defineret som stofmisbrugere med langvarigt opiatmisbrug og blandingsmisbrug, herunder misbrug af benzodiazepiner, cannabis og alkohol ofte kombineret med komplicerede psykiatriske og somatiske sygdomme. Stofmisbrugere søger typisk til storbyerne, hvor de ofte opholder sig på gaden, er hjemløse og dermed synlige i gadebilledet og tilgængelige for en direkte gadeplansindsats. I storbyen ses stofmisbrugerne også i fx kommunale væresteder eller lignende væresteder. Stofmisbrugere i provinsen færdes ikke på samme måde som i storbyerne i veldefinerede gadeområder. Relativt flere har egen bolig eller bor på værelse, forsorgshjem eller lignende. Stofmisbrugerne i provinsen opholder sig ofte på kommunale væresteder og i mindre omfang i afgrænsede gadeområder. Projekterne oplyser, at patienterne/brugerne ofte har ingen eller ringe kontakt til personlige og offentlige netværk samt utilstrækkelige boligforhold. De første resultater viser da også, at der er stor forskel mellem projekterne på, hvordan patienternes/brugernes boligsituation er, se nedenstående tabel.

Tabel 1: Aktuell boligsituation

Boligsituation	Kommuner - angivet i %				
	Esbjerg	Guldborgsund	København	Odense	Århus
Selvstændig bolig	64,8	63,4	31,4	85,2	64,8
Lejet værelse	9,0	0,0	2,3	0,0	1,9
Hos familie/venner	11,5	2,4	5,2	7,4	3,8
Støttebolig/bofælleskab/halvvejshus	3,3	0,0	4,1	0,0	1,9
Herberg/pensionat	5,7	0,0	7,0	3,7	10,5
Anden institution	0,0	14,6	0,6	0,0	0,0
Fængsel	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Gaden/ingen bolig	2,5	2,4	37,2	3,7	11,4
Andet	2,5	17,1	4,1	0,0	0,0
Vil ikke oplyse	0,0	0,0	8,1	0,0	5,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem - SEI

4 Status i projekterne

Alle projekter er veletablerede og foretager monitorering af indsatsen ved registrering af brugerne i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI).

Der er gennem projektperioden blevet bedre kendskab til projekterne blandt brugere og samarbejdspartnere, og det ses også på antal brugere, der nu benytter tilbuddet, se nedenstående tabel.

Tabel 2.0: Antal indskrevne patienter/brugere

Kommune	Antal indskrevne
Esbjerg	122
Guldborgsund	41
København	172
Odense	81
Århus	105
I alt	521

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

I begyndelsen af projektperioden havde flere af projekterne vanskeligt ved at rekruttere de fornødne rette personaleressourcer og særligt lægefaglige kompetencer. Som løsning engagerede flere projekter en lægefaglig konsulent med tilknytning til projektet i et mindre omfang, end det oprindeligt var forventet, at de lægelige ressourcer skulle være. Projekterne har desuden ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt pædagogfagligt personale. Flere projekter har i årenes løb oplevet personaleudskiftning, men projekterne har personalemæssigt udviklet sig i den rigtige retning det sidste år og er blevet bedre konsoliderede.

Oprindeligt skulle projekterne afsluttes med udgangen af 2009, men da ikke alle satspuljemidlerne blev udmøntet ved projekternes opstart, blev det med accept fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse besluttet at udvide projektperioden med restmidlerne, så fire ud af fem projekter afsluttes samtidig med udgangen af 2011. Det sidste projekt har valgt ikke at ansøge om udvidelse af projektperioden, og afsluttes således medio 2011.

4.1 Projekternes organisation

Projekterne er forskelligt organiseret, men har alle fokus på brobygning til det etablerede sundhedsvæsen og på gadeplansindsats/opsøgende indsats for de hårdest belastede stofmisbrugere.

Nogle projekter er tæt forbundet med kommunens misbrugscenter og agerer derudfra, andre har tæt kontakt til byens væresteder og/eller metadonudleveringssted, og et projekt har tilknyttet en café, hvor brugerne samtidig med det sundhedsfaglige tilbud også kan få et sundt måltid mad og et bad. Generelt er det vigtigt, at personalet er synligt og til rådighed, der hvor patienterne/brugerne er.

Nedenstående tabel viser forskellen i projekternes bemanning, hvilket blandt andet har betydning for fokus i projekterne og for det konkrete samarbejde med det etablerede sundhedsvæsen.

Tabel 3: Oversigt over personalegrupper

Kommune	Personale
Esbjerg	1 overlæge med primær erfaring inden for psykiatri 1 sygeplejerske 1 Støtte Kontakt Person – uddannet misbrugsvejleder 1 Støtte Kontakt Person – diplomuddannet pædagog 1 Støtte Kontakt Person – håndværksuddannet med pædagogisk videreuddannelse
Guldborgsund	1 sygeplejerske 1 SOSU assistent (pr. 1/5-09) 1 lægefaglig konsulent, ad hoc
København	1 sygeplejefaglig leder 1 lægefaglig leder 5 sygeplejersker 1 socialrådgiver 1 fodterapeut til pilotprojekt
Odense	3 sygeplejersker 1 læge, ad hoc
Århus	3 sygeplejersker 1 SOSU assistent 1 socialrådgiver

Kilde: Statusrapporter

Patienterne/brugerne har ofte komplekse sundhedsfaglige problemstillinger og komorbiditet og det er derfor væsentligt, at det er sundhedsfagligt personale, som er ansat i projekterne. Selvom den udløsende faktor for om patienten/brugeren tager imod tilbuddet i projektet kan være forholdsvis enkel og ligetil, ruller problemstillingerne sig ofte ud under kontakten til det sundhedsfaglige personale, og det er vigtigt at have en bred sundhedsfaglig basis og kendskab til blandt andet stoffers umiddelbare og langtidsvirkende effekt på kroppen og psyken. Patienten/brugeren kan have mange spørgsmål om sygdomme, undersøgelser, smerter med mere, hvorfor sundhedsfaglige kompetencer er centrale, også med hensyn til at søge yderligere viden om problemstillingen.

Det stiller ligeledes store krav til personalemæssige kompetencer at skabe relationer til mennesker, der er afvist andre steder i sundhedsvæsenet, og derfor ofte ikke har tillid til systemet. Som sundhedsfagligt personale kan projektmedarbejderne "tale samme sprog" som det etablerede sundhedsvæsen, og dermed hjælpe med kommunikationen med patienten/brugeren. Ligesom socialrådgivere og pædagogiske medarbejdere har deres berettigelse i projekterne i blandt andet mødet med de sociale myndigheder med flere.

4.2 Patientprofil

Målgruppen er præget af blandingsmisbrug, som omfatter heroin, kokain og alkohol og dermed forbundne somatiske, sociale og psykiske problemstillinger. Det er projekternes opgave primært at fokusere på de sundhedsmæssige problemstillinger.

Nedenstående tabeller viser de kendte sygdomme, som patienten/brugeren oplyser at have ved indskrivning i projektet.

Tabel 4: Oversigt over de fem mest anvendte somatiske og psykiatriske diagnoser

Kommune	Mest anvendte somatiske diagnoser	Mest anvendte psykiatriske diagnoser
Esbjerg	Astma	Psykiske lidelser efter flere psykoaktive stoffer
	Kronisk leverbetændelse	Periodisk depression
	Akut leverbetændelse (Hepatitis C)	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser alkoholbeting.
	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C)	Fobisk angst
	Epilepsi	Skizofreni
Guldborg-sund	Astma	Psykotisk tilstand opioidbetinget, skizofrenilignende
	Rosen	Paranoid skizofreni
	Kræft i lever og galdeveje	Periodisk depression
	Epilepsi	-
	Sygdomme i hud og underhud	-
København	Opioidafhængighedssyndrom i sub.beh.	Organiske personligheds- eller adfærdsforstyrrelse
	Opioidafhængighedssyndrom	Paranoid skizofreni
	Epilepsi	Paranoia, simpel
	Astma	Psykosser, andre typer akutte og forbigående
	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C)	Periodisk depression
Odense	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C)	Opioidafhængighedssyndrom i substitutionsbehandling
	Opioidafhængighedssyndrom i sub.beh.	Paranoid skizofreni
	Sygdomme i tænder og støttevæv	Paranoid skizofreni, kontinuerlig
	Kronisk leverbetændelse	Alkoholafhængighedssyndrom aktivt brugende alkohol
	Blødningsforstyrrelse	Opioidafhængighedssyndrom
Århus	Alkoholafhængighedssyndrom	Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)
	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C)	Skizofreni
	Rygsmerte	Bipolar affektiv sindslidelse
	Kronisk skrumpelever	Bipolar depression af lettere eller moderat grad
	Sukkersyge, insulinkrævende	Psykiske lidelser efter flere psykoaktive stoffer

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem - SEI

Den enkelte patient/bruger kan have flere kendte sygdomme, og flere af sygdommene kan desuden give følgesygdomme, som fx skrumpelever og heraf følgende åreknuder i spiserøret og acites (væske i maven). Generel har patienterne/brugerne en dårlig almen tilstand med fx kredsløbsproblemer, ringe ernæringsstatus medfølgende mave- og tarmproblemer og manglende energi.

Patienterne/brugerne er ofte i lægeordineret misbrugsbehandling, men det er ikke et kriterium for at indgå i projekternes tilbud, og ofte har patienterne/brugerne ligeledes et forbrug af anden medicin eller euforiserende stoffer ved siden af deres lægeordnede behandling. En del patienter/brugere er således kendte i misbrugsbehandlingsregi, men i Esbjerg-projektet er 41 % af patient/brugere ved kontaktens start ikke indskrevet i nogen behandling (se tabel 5 nedenfor).

Tabel 5: Oversigt over hvor mange patienter, der er i stofmisbrugsbehandling

Kommune	I misbrugsbehandling	Antal
Esbjerg	Ja	69
	Nej	50
	Ikke oplyst	3
Guldborgsund	Ja	36
	Nej	4
	Ikke oplyst	1
København	Ja	30
	Nej	62
	Ikke oplyst	80
Odense	Ja	81
	Nej	0
	Ikke oplyst	0
Århus	Ja	58
	Nej	32
	Ikke oplyst	15

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

Primært er patienterne/brugerne mænd, men projekterne er dog også opmærksomme på kvinder. På tværs af projekterne er der i gennemsnit knap 30 % af patienterne/brugerne, der er kvinder.

Tabel 6: Oversigt over patienternes fordeling på alder og køn

Kommune	Alder	Kvinder	Mænd	Total
Esbjerg	<19	1	3	4
	20-39	12	44	56
	40-59	10	42	52
	>60	4	6	10
Guldborgsund	<19	0	0	0
	20-39	5	9	14
	40-59	6	17	23
	>60	2	2	4
København	<19	1	1	2
	20-39	30	50	80
	40-59	21	64	85
	>60	1	4	5
Odense	<19	0	0	0
	20-39	10	21	31
	40-59	17	31	48
	>60	1	1	2
Århus	<19	0	0	0
	20-39	8	24	32
	40-59	22	43	65
	>60	1	7	8
I alt		152	369	521

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

Gældende for hovedparten af patienterne/brugerne er, at de er tilbageholdende med at opsøge hjælp fra det almindelige sundhedsvæsen. Det kan blandt andet være svært for mange af patienterne/brugerne i projektet, at have den tålmodighed, det kan kræve ved kontakt med sundhedsvæsenet, foruden det overskud der skal til for at planlægge kontakten. Flere projekter oplyser, at patienterne/brugerne giver udtryk for, at de føler sig anderledes fx i venteværelser og beskriver mødet med systemet som værende konfliktfyldt samtidig med oplevelsen af, at der ikke er forståelse for deres problemer, og de derfor bliver behandlet på en ydmygende og nedværdigende måde. Mange af patienterne/brugerne har desuden karantæne fra det etablerede sundhedsvæsen, som ofte bunder i adfærdsproblematikker.

Gennemgående for patient-/brugergruppen er, at de har en ringe evne til egenomsorg og nedsatte evner til at deltage i behandling af egne somatiske problemstillinger. Det er ligeledes kendetegnende, at flere af patienterne/brugerne i projektet lader sig udskrive fra hospitalet, før de er færdigbehandlet. Derudover har flere af patienterne/brugerne udprægede psykiske lidelser og i Esbjerg er det langt de fleste patienter/brugere, der har en psykiatrisk problemstilling.

Det er således erfaringen i mange tilfælde, at incitamentet for at tage imod tilbudet i projekterne er relateret til konkrete sundhedsfaglige problemstillinger af somatisk karakter, mens årsagen til, at patienten/brugeren ikke er i kontakt med det etablerede system, hænger sammen med, at patienten/brugeren ikke kan overskue det på grund af psykiske forhold og problemstillinger.

Nedenstående tabel viser patienternes/brugernes aktionsdiagnose, det vil sige den umiddelbare årsag til, at brugeren/patienten første gang fik kontakt med det sundhedsfaglige tilbud i projektet.

Tabel 7: Oversigt over de mest anvendte aktionsdiagnoser

Kommune	Mest anvendte aktionsdiagnoser
Esbjerg	Psykiske lidelser efter flere eller andre psykoaktive stoffer Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser alkoholbetingede Alkoholafhængighedssyndrom aktivt brugende alkohol Alkoholafhængighedssyndrom Skizofreni
Guldborgsund	Abstinensstilstand som følge af opioidbrug Behov for vaccination alene mod leverbetændelse Ernæringsmæssige mangeltilstande Skadeligt brug af alkohol Eksem
København	Skadeligt brug af alkohol Eksem Bakteriel infektion uden specifikation Sår på ben Smerter
Odense	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C) Sygdomme i tænder og støttevæv Undersøgelse af tænder Blødningsforstyrrelse Sygdom i tænder og støttevæv
Århus	Sår på ben Infektion med lus Alkoholafhængighedssyndrom Infektioner i hud og underhud Byld i lysken

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

I Guldborgsund-projektet beskrives to typiske patient-/brugerprofiler: Den ene gruppe er forholdsvis stærke patienter/brugere, som er i misbrugsbehandling og bruger det sundhedsfaglige tilbud som en sikring af ernæring, personlig hygiejne, samt samtaler med det sundhedsfaglige personale. Den anden gruppe er meget dårlige patienter/brugere med stort sidemisbrug til deres medicinske behandling, eller som er så dårlige, at de helt vælger medicinsk behandling fra, og udelukkende benytter det sundhedsfaglige tilbud i projektet til opretholdelse af et vist eksistensniveau, med blandt andet sikring af proteintilskud og kontinuerligt behandling af sårudvikling med videre.

4.3 Ydelser

De primære opgaver for de sundhedsfaglige teams har på den baggrund været at foretage sundhedsfaglig udredning og give sundhedsfremmende tilbud i brugernes nærmiljø. Mange ydelser er af behandlende karakter fx sårbehandling, hjælp til korrekt medicinindtagelse, blodprøvetagning og kontrol af EKG samt kontrol af forekomsten af smitsomme sygdomme som fx hepatitis og HIV. Derudover er projektmedarbejderne tovholdere på kontakten med det øvrige sundhedsvæsen med henblik på at motivere, aftale tid, aflyse tid, opfølgning på iværksat behandling, forskellige forespørgsler og generel vidensudveksling.

Projektmedarbejderne ledsager også patienten/brugeren til fx egen læge eller tandlæge, og projektmedarbejderen hjælper patienten/brugeren med at 'udholde' ventetiden sammen med patienten/brugeren. Derudover foretager projekterne almen sundhedspleje, herunder rådgivning om kost og motion. Enkelte projekter tilbyder tillige ernæringsrigtige måltider. I flere af projekterne tilbydes patienterne/brugerne også akupunktur (NADA).

Nedenstående tabel viser de problemer patienten/brugeren kommer med løbende, når de har fået kontakt til projektet.

Tabel 8: Oversigt over de mest anvendte diagnoser på de løbende ydelser

Kommune	Antal	Diagnose
Esbjerg	1.019	Psyriske lidelser efter flere eller andre psykoaktive stoffer
	393	Psyriske lidelser og adfærdsforstyrrelser alkoholbetingede
	219	Alkoholafhængighedssyndrom
	95	Alkoholafhængighedssyndrom aktivt brugende alkohol
	56	Paranoid skizofreni
Guldborgsund	133	Abstinenstilstand som følge af opioidbrug
	34	Ernæringsmæssige mangeltilstande
	32	Åbent sår på underben
	30	Skadeligt brug af alkohol
København	14	Abstinenstilstand flere/andre stoffer
	124	Skadeligt brug af alkohol
	78	Sår på ben ikke klassificeret andetsteds
	42	Hjemløshed
	38	Sår på underben efter blodprop
Odense	34	Indlæggelse af sociale årsager
	110	Sygdomme i tænder og støttevæv
	64	Kronisk leverbetændelse (Hepatitis C)
	44	Undersøgelse af tænder
	41	Koagulationsdefekter
Århus	33	Tilstand med tandprotese
	244	Sår på ben
	73	Overfladisk læsion på underben
	65	Alkoholafhængighedssyndrom
	27	Byld på overarm
	26	Overfladisk læsion på underarm

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

Ofte foretager projektmedarbejderne motiverende samtaler med patienterne/brugerne for at fastholde dem i en planlagt hensigtsmæssig behandling og kontrol med kroniske eller længerevarende sygdomsproblemer.

Projektmedarbejderne kan også hjælpe med at henvise og/eller visitere patienterne/brugerne til støtte-kontaktpersoner eller sagsbehandlere i kommunen ved problemstillinger, der vedrører fx pension, boligsituation eller lignende.

Det er forskelligt, hvor meget den enkelte patient/bruger benytter tilbuddet og dermed, hvor mange ydelser han/hun har modtaget. Nogle patienter/brugere er der én gang og vender ikke tilbage til tilbuddet af forskellige årsager (flytter, ønsker ikke kontakt, succesfuld overlevering til sundhedsvæsenet med mere), mens andre patienter/brugere bliver kendinge og kommer mange gange. Fra Århus-projektet er det oplyst, at patienterne/brugerne i gennemsnit har modtaget ni ydelser, det kan fx være somatisk konsultation, møde med kommunen eller ledsagelse til tandlæge.

Der er positive erfaringer med at være det formidlende led til sygehusvæsenet – og støtte og ledsage patienter/brugere, men også at forbedre sygehusvæsenets forståelse, rummelighed og accept af disse patienter/brugere. Det betyder, at projektmedarbejderne er ”sparringspartnere” for sygehusvæsenet, både i planlagte vidensudvekslingsseancer og i forbindelse med besøg til indlagte patienter/brugere, kendt af projektmedarbejderne.

Eksempel på øget fleksibilitet, Århus-projektet:

En patient har haft svært ved at møde op til aftaler i forbindelse med en operation. Projektmedarbejderen har i første omgang fulgt med til samtale og forundersøgelse, men da selve indlæggelsen skulle foregå, lykkedes det ikke at få patienten/brugeren indlagt trods stor fleksibilitet fra sygehusets side. Sygehuset meldte tilbage, at der i stedet var mulighed for at benytte sig af en ”her-og-nu”-aftale, hvor patienten kunne møde frem med kort varsel, når vedkommende var klar til det.

4.4 Arbejdsmetode

På tværs af projekterne er der mange forskellige måder at etablere tilbud på og dermed mange forskellige måder at arbejde på. Den gennemgående metode var i starten af projekterne opsøgende arbejde på gadeplan/værested og hjemmebesøg samt konsultation i de projekt-tilknyttede sundhedsklinikker. Alle projekterne har desuden haft stor fokus på telefonisk kontakt med brugerne og andre samarbejdspartnere.

Det har i flere projekter dog vist sig, at der ikke har været den samme opsøgende funktion, som tidligere i projektet, og behovet for at give behandling på gaden. Grunden hertil er blandt andet, at der er et større kendskab til projektet og funktionen blandt patienterne/brugerne og de professionelle, der arbejder indenfor feltet. Patienterne/brugerne henvender sig derfor i stigende grad i de projekt-tilknyttede sundhedsklinikker. Projekterne har dog stadig mulighed for og fokus på at opsøge og tage kontakt til de patienter/brugere og/eller vedkommendes rådgiver, som sandsynligvis vil kunne have gavn af projektets hjælp og støtte.

I nedenstående tabel indeholder ydelsen ”konsultation” i øvrigt også ledsagelse af patient/bruger til anden somatisk eller psykiatrisk ydelse i sundhedsvæsenet.

Tabel 9: Oversigt over hvilken form ydelserne er givet i

Ydelsernes form	Kommuner - angivet i %				
	Esbjerg	Guldborgsund	København	Odense	Århus
Pr. telefon	42,1	1,0	8,2	23,9	28,4
Pr. mail	3,0	0,0	0,2	6,5	1,6
Møde	17,5	0,0	1,3	7,3	1,1
Konsultation	12,1	93,2	85,6	50,1	61,4
Hjemmebesøg	19,0	0,3	0,5	2,3	4,4
Gadebesøg	2,1	0,0	0,9	0,0	0,4
Besøg på værested	0,5	0,0	0,1	0,0	1,3
Andet	3,6	5,5	3,2	9,9	1,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

Der har været behov for, at personalet kan handle både akut og planlagt, særligt i forhold til den udgående indsats.

Meget af arbejdet går med at afhjælpe den akutte problematik for patienten/brugeren, men også på længere sigt at gøre patienten/brugeren i stand til at tage bedre vare på sig selv og andre, fx uddannes stofmisbrugere i København til at hjælpe til at forebygge dødsfald på grund af overdosis med Naloxone.

En del af arbejdet har omhandlet kontakten til andre instanser og samarbejdspartnere, som fx de sociale myndigheder, i form af brobygningsarbejde både sammen med patienten/brugeren og uden. I flere projekter oplever de ansatte at være patienternes/brugernes mellemlid til andre offentlige instanser, og får dermed en koordinerende funktion, som er vigtig, da patienten/brugeren ofte er tilknyttet mere end én sygehusafdeling. Projekterne har desuden etableret kontakt til sygehuse, både somatiske og psykiatriske, og de praktiserende læger, som er vigtige samarbejdspartnere, når det gælder brugernes generelle sundhedstilstand. Derudover har flere projekter etableret et tæt samarbejde med tandlæger af forskellig art, mens andre har sværere ved netop at etablere denne kontakt, som er vigtig i forhold til, at patienterne/brugerne generelt har en så dårlig tandstatus, at det medfører problemer både med hensyn til smerte og ernæring med videre.

Tabel 10: Oversigt over ydelsernes kategorier

Ydelsernes kategorier	Kommuner - angivet i %				
	Esbjerg	Guldborgsund	København	Odense	Århus
Misbrugskonsultation	24,9	60,8	0,1	1,4	0,1
Somatisk konsultation	3,4	26,9	70,9	42,0	71,8
Psykiatrisk konsultation	16,8	0,0	0,0	0,7	1,5
Social/pædagogisk konsultation	25,0	0,0	0,3	22,5	3,4
Afsluttende konsultation	1,1	5,0	0,2	0,2	1,3
Samarbejde med 3. part med brugeren	12,0	2,5	19,6	19,5	11,6
Samarbejde med 3. part uden brugeren	15,5	0,0	6,7	12,3	10,2
Andet	1,3	4,8	2,2	1,4	0,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem – SEI

I flere af projekterne har man gjort meget ud af at fortælle om projektet og udbrede viden til det sundhedsfaglige personale i det etablerede sundhedsvæsen. Dette er med til at afmystificere personalets forestillinger om mødet med stofafhængige og samtidig øge personalets viden og sikkerhed i forhold til kontakten med denne brugergruppe. Personalet i Odense har derfor en positiv oplevelse af at blive efterspurgte som sparringspartner for personalet på Odense Universitetshospital. I København-projektet er der desuden gennemført feltpraktikker for sygepleje- og medicinstuderende. I Århus-projektet har brobygningsarbejdet til de sociale myndigheder med hjælp fra projektets socialrådgiver gjort, at patienterne/brugerne også oplever at modtage kvalificeret hjælp til deres sociale problemer.

Den brugerprofil og de ydelser, projekterne indtil videre har opnået, er i overensstemmelse med det overordnede projekts formålsbeskrivelse. Sundhedsstyrelsen ser gode arbejdsmetoder og samarbejdsrelationer i projektkommunerne.

4.5 Udfordringer i projekterne

Projekterne er ved at være godt konsolideret, men har stadig forskellige udfordringer i samarbejdet med fx andre instanser. Guldborgsund-projektet oplyser, at det kan være vanskeligt at afgrænse tilbuddet, da mange andre aktører indenfor feltet (fx væresteder, relateret personale, frivillige tilbud) kan trække på ekspertisen i tilbuddet, og som derfor, med den smalle bemanning i projektet, har været nødsaget til at forlange en kontakt til den pågældende borger uden mellemmand.

Sidste år nævnte Guldborgsund-projektet, at det havde været en udfordring af få patienterne/brugerne i projektet videre til tilbud i hjemmeplejen, da det var hjemmeplejens antagelse, at indskrevne patienter/brugere i projektet skulle færdigbehandles i projektet. Det er ikke længere tilfældet, der er etableret et godt samarbejde med hjemmeplejen, som nu også er med til at mindske sårbarheden i projektet som følge af den smalle bemanning.

Odense-projektet oplyste sidste år, at det havde været en smule problematisk, at den alternative metadonudlevering fungerede som en del af projektet og dermed

vanskeligt at adskille fra den primære opgave i projektet og substitutionsbehandlingen. Problemstillingen fylder nu knap så meget, da metadonudleveringsfunktionen er blevet adskilt fra projektet.

I Esbjerg-projektet oplevede man tidligere problemer i forbindelse med samarbejdet med psykiatrien, men de to parter er nu blevet mere kendt med hinanden, og tidligere problemer med fx at opretholde samarbejdsaftaler vedrørende psykiatriens tovholderfunktion i forhold til misbrugere med lidelser i det skizofrene og depressive spektrum er nu løst.

Århus-projektet oplyste tidligere, at der havde vist sig problemer med at få hjemmeplejen ud til de mest kaotiske brugere, og at det har været vanskeligt at overdrage patienterne/brugerne helt til systemet, således at patienterne/brugerne og systemet selv kunne opretholde kontakten. Der var således en tendens til, at projektet til tider blev brugt som et parallelsystem uden etablering af kontakt til fx hjemmepleje eller sygehus. Det har resulteret i formulering af en række kvalitetsstandarder om, hvordan udredningen skal ske samt den indledende kontakt til de relevante instanser, som har hjulpet til færdigbehandling eller brobygning for langt størstedelen af patienterne/brugerne.

Flere af projekterne oplyser, at da projekternes primære fokus er på den direkte brugerrelaterede opgave, har det vist sig svært at fastholde, at det er et projekt, hvilket indebærer, at der skal være tid til dokumentation, opfølgning, refleksion, projektvejledning og faglig sparring. København-projektet oplyser i øvrigt, at også tid til pressen har fyldt meget og været en udfordring i 2009.

Generelt har projekterne en udfordring i, at den gode kontakt til patienterne/brugerne og andre professionelle indenfor feltet er meget personrelateret og dermed sårbar.

5 Nye tiltag i 2010

Alle projekter vil have fokus på yderligere samarbejde med andre instanser. Herudover kan følgende tiltag nævnes:

I **Esbjerg-projektet** vil man blandt andet have øget fokus på muligheden for implementering af projektets i de tilbud, der er i Esbjerg, efter satspuljen ophører. Derudover vil projektet have fokus på eventuel forekomst af ADHD hos stofmisbrugere, der har været clean i minimum et halv år.

I **Guldborgsund-projektet** vil man blandt andet have fokus på samarbejdsaftalen med det lokale sygehus, at indlejre NADA akupunktur tilbuddet i driften i Center for Afhængighed samt aktiviteter med udspring i caféen. Derudover vil et indsatsområde blive sundhedsaktiviteter i form af motion.

I **København-projektet** har man i en del af 2010 valgt at sætte fokus på kvindelige stofmisbrugere blandt andet ved at ansætte en fodterapeut, som forventes særligt at være til gavn for de patienter/brugere, der lider af polyneuropatier (nervebetændelse) og diabetes. Samarbejdet med hjemmeplejen og Falckordningen i Bispebuen vil tillige blive indsatsområder i 2010, foruden udvikling af harmreduktions kits gennem brugerinddragelse. Derudover er der til sundhedsrummet i København-projektet blevet tilknyttet en gårdmand til håndtering af praktiske opgaver og minimering af gener for lokalmiljøet.

I **Odense-projektet** vil man blandt andet have fokus på, at de er de *hårdest* belastede stofmisbrugere, der får tilbuddet, hvilket er en udfordring, da tilbuddet er blevet kendt i flere forskellige grupper. Man vil også have fokus på at forankre arbejdsopgaverne i organisationen.

I **Århus-projektet** vil man blandt andet undersøge muligheden for en specialiseret indsats for somaliske stofmisbrugere og de mest udsatte kvindelige stofmisbrugere med fokus på både substitutionsbehandling og en generel somatisk indsats. Der vil også blive sat ekstra fokus på brobygning, jf. de udfordringer projektet har haft (se afsnit 4.5).

6 Foreløbige resultater

6.1 Monitorering

Der er som led i projekterne etableret et fælles fagligt forum i Sundhedsstyrelsens regi, hvor der har været afholdt fem møder. Her er blandt andet udviklet et fælles monitoreringsskema omhandlende relevante parametre. For at udvikle dette monitoreringsskema til en elektronisk database har Sundhedsstyrelsen modtaget 200.000 kr. fra satspuljen for projekterne. Databasen er nu udviklet som en applikation i SEI (Sundhedsvæsenets Elektroniske Indberetningssystem). Skemaet er opdelt i en grunddel og en ydelsesdel. Grunddelen udfyldes minimum én gang pr. år, og ydelsesdelen udfyldes ved hver ydelse, og der kan således indberettes flere ydelser pr. dag. Monitoreringssystemet blev udrullet pr. 1. januar 2009, og det har således været obligatorisk for projekterne at indberette alle ydelser i projekterne fra denne dato.

6.2 Sundhedsfaglige resultater

Statusmeldingerne fra projekterne tyder generelt på, at projekterne vil opnå gode resultater.

Alle projekter oplyser, at patienterne/brugerne er positive overfor tilbuddet. Særligt opleves projektmedarbejdernes tovholderfunktion for patienterne/brugerne overfor det etablerede sundhedsvæsen positivt, da projektmedarbejderne kan aflyse patientens/brugerens tid, hvis den pågældende er forhindret i at møde op. Det betyder, at sygehuspersonalet ikke skal vente forgæves på patienter/brugere, der ikke møder op. Ligeledes vil mulighederne for en højnet sundhedstilstand bedres og dermed øge chancen for en forbedret livskvalitet, ved at patienterne/brugerne kommer til de aftalte tider og får den fornødne behandling og pleje.

Ligeledes er der en oplevelse af, at brugerne bliver behandlet med større forståelse, når der er en projektmedarbejder tilstede ved en aftale på sygehuset eller hos kommunen. Dette har stor betydning for patienternes/brugernes selvopfattelse og for de fremtidige relationer i kontakten med personaler i det etablerede sundhedssystem. Projektmedarbejderne fungerer således som et positivt billede på det system, som projektet også selv er en del af.

For projekterne er det gældende, at den vedholdende og opsøgende funktion er gavnligt for at fastholde patienterne/brugerne i behandling, byggende på frivillighed.

Nogle af patienterne/brugerne bliver så trygge ved systemet (og omvendt), at de selv magter at komme af sted til aftaler i det etablerede sundhedsvæsen og dermed gradvis bliver uafhængige af fortsat støtte.

Projekterne skaber dermed kontinuitet i patienterne/brugernes behandlingsforløb og reducerer antallet af afbrudte forløb, aflyste aftaler og udeblivelser, hvilket sandsynligvis har en positiv samfundsøkonomisk effekt.

De foreløbige resultater peger således i retning af, at projektets formål om at skabe en bedre relation til sundhedsvæsenet for de hårdest belastede stofmisbrugere kan realiseres.

Case fra Esbjerg-projektet:

Midaldrende enlig mand, tidligere fisker med blandingsmisbrug siden 13-års alderen, både heroin og kokain, men siden 2004 kun alkohol og hash med et dagligt forbrug på ca. 20 genstande og 3 gram hash. Opholder sig hos familien, hvor han ligger på sofaen svært miserisk, nærmest terminal, somatisk medtaget (kronisk alkoholiker med blandt andet skrumpelever), men uden egentlige psykiatriske lidelser, modtager ikke kontanthjælp, da han ikke møder op.

Patienten følges i SundhedsTeamet godt et år, hvor sygeplejersken etablerer kontakt og følger ham til afrusning og afgiftning, opholdssted og til sidst døgnbehandling. Patienten har nu egen lejlighed og er i jobtræning med henblik på selvforsørgelse. Han ryger fortsat hash få gange om måneden.

På trods af forsinkelserne i projekternes første år, er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at projekterne er i god fremdrift og fremstår relevante. Erfaringerne viser tillige, at misbrugerne har fået kendskab til projekterne og benytter tilbuddene, dels til basale foranstaltninger og dels til assistance i relation til det almindelige sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsen finder fortsat, at projekterne vil have stor nytteværdi, idet brobygningen mellem den socialfaglige opsøgende indsats og den sundhedsfaglige indsats er meget central for de hårdest belastede stofmisbrugeres sundhedsmæssige tilstand. Projekterne indeholder på forskellig vis interessante elementer, som kan bidrage hertil, hvilket erfaringerne fra projekterne også viser.