

"De står, til de falder" -

En evaluering af Plejekollektivet – et pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere

Udarbejdet af Dorrit Pedersen,

Januar 2006
(udkast – fortroligt)

INDLEDNING	4
PROJEKTETS BAGGRUND.....	4
REVISION AF PROJEKTPLAN OG MÅLGRUPPE.....	4
PROJEKTETS IVÆRKSÆTTELSE OG EVALUERING.....	5
KAPITEL 1. EVALUERINGENS TEMAER OG METODE	6
1.1. EVALUERINGENS TEMAER.....	6
1.2. EVALUERINGENS METODE.....	7
KAPITEL 2. RESUMÉ AF EVALUERINGENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER	9
KAPITEL 3. PROJEKTETS FYSISKE INDRETNING OG ARBEJDSMETODER	16
3.1. INDRETNING AF PLEJEKOLLEKTIVET – DE FYSISKE RAMMER.....	16
3.2. METODE.....	16
3.3. ORGANISATIONSUDVIKLING.....	19
KAPITEL 4. VISITATION, FORMIDLING OG EFTERSPØRGSEL	20
4.1. DECENTRALT VISITATIONSUDVALG.....	20
4.2. VISITATIONSKRITERIER.....	20
4.3. RUMMELIGHED.....	22
4.4. PLEJEKOLLEKTIVET SOM SAMARBEJDSPARTNER OG FORMIDLER.....	22
4.5. EFTERSPØRGSEL.....	22
4.6. BROBYGNING TIL ØVRIGE PLEJE- OG OMSORGSTILBUD.....	23
KAPITEL 5. BESKRIVELSE AF BEBOERNE I PLEJEKOLLEKTIVET	26
5.1. OPHOLDSVARIGHED OG DØDELIGHED.....	26
5.2. BEBOERNES MISBRUGSKARRIERE, MISBRUGSMØNSTER OG BEHANDLINGSSTATUS.....	27
5.3. BOLIGSITUATION VED INDFLYTNING I PLEJEKOLLEKTIVET.....	27
5.4. BEBOERNES SOCIALE NETVÆRK VED INDFLYTNING.....	28
5.5. BEBOERNES HELBREDSMÆSSIGE STATUS VED INDFLYTNINGEN.....	29
5.6. BEBOERNES FUNKTIONSNIVEAU, KOGNITIVT, FÆRDIGHEDSMÆSSIGT/ MENTALT OG SOCIALT.....	29
5.7. BEBOERNES SELVVURDEREDE HELBRED.....	31
5.8. SAMMENLIGNING MED BEBOERE I ANDRE ALTERNATIVE PLEJEHJEM.....	33
5.9. SAMLET VURDERING AF BEBOERNES SITUATION.....	34
KAPITEL 6. INTERVIEW MED BEBOERNE	36
6.1. BEHOV FOR HJÆLP OG STØTTE.....	36
6.2. BEBOERNES RELATIONER TIL PERSONALET.....	36
6.3. BEBOERNES MULIGHED FOR PRIVATLIV OG SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE.....	39
6.4. DE FYSISKE RAMMER.....	41
6.5. BEBOERNES SOCIALE NETVÆRK.....	42
6.6. HVERDAGSLIV OG AKTIVITETER.....	44
6.7. TRYGHED OG FORUDSIGELIGHED.....	45
6.8. LIVETS AFSLUTNING.....	46
6.9. OPSAMLING PÅ BEBOERINTERVIEWS.....	46
KAPITEL 7. INTERVIEW MED PERSONALET	49
7.1. PERSONALET'S SAMMENSÆTNING OG BAGGRUND.....	49
7.2. RUMMELIGHED.....	49
7.3. HJEM OG INSTITUTION.....	54
7.4. PLEJE- OG OMSORG?.....	56
7.5. DEN TERMINALE PLEJE.....	58
7.6. SAMARBEJDSPARTNERE.....	59
7.7. DE FYSISKE RAMMER.....	61
7.8. OPSAMLING PÅ INTERVIEW MED MEDARBEJDERNE.....	63

KAPITEL 8. INTERVIEW MED LEDELSEN	65
8.1. BEBOERNES ØNSKER OM ØGET SELVBESTEMMELSE	65
8.2. MERE SAMVÆR MED PERSONALET	66
8.3. DEN TERMINALE PLEJE OG NØDKALD	67
8.4. KNASTER I DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE	67
8.5. TILPASNING AF DE FYSISKE RAMMER	68
KAPITEL 9. SAMLET VURDERING OG ANBEFALINGER.....	69
9.1. HAR PLEJEKOLLEKTIVET NÅET DEN RIGTIGE MÅLGRUPPE?	69
9.2. ER PLEJEKOLLEKTIVET DET RIGTIGE TILBUD?	70
9.3. ØGE BEBOERNES LIVSKVALITET	74
9.4. EN SOCIAL RAMME.....	74
9.5. EN VÆRDIG OG TRYK AFSLUTNING PÅ LIVET.....	75
9.6. DE FYSISKE RAMMER.....	76
9.7. DET TVÆRFAGLIGE OG TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE.....	77
9.8. EFTERSPØRGSEL, VISITATION OG BROBYGNING	77
BILAG 1. HUSORDEN.....	79
BILAG 2. INTERVIEWGUIDE TIL BEBOERNE.....	84
BILAG 3. UDVIKLINGSPLAN FOR PLEJEKOLLEKTIVET 2005-2006	87

Indledning

Plejekollektivet har her ved udgangen af 2005 eksisteret i lidt over to år. I den periode er der i Plejekollektivet udviklet bud på, hvad et alternativt pleje- og omsorgs- og botilbud kan være til den gruppe mennesker, som ingen andre længerevarende plejetilbud hidtil har kunnet rumme. Det handler om udvikling i et felt, hvor der ikke gives entydige og nemme løsninger, hvor faglige standarder for behandling, pleje og omsorg til stadighed udfordres, hvor normer og grænsesætning til stadighed er til diskussion.

Plejekollektivet har udviklet et konkret bud på, hvad det vil sige, at rumme syge og hjemløse mennesker med et aktivt stofmisbrug i et institutionelt miljø. Det er formålet med denne rapport, at beskrive indholdet i dette bud og vurdere, om det er et hensigtsmæssigt bud, og om der er et fremtidigt behov for dette botilbud.

Projektets baggrund

Man havde i en årrække set en gruppe mennesker, oftest med stof- og eller alkoholmisbrug, som pendlede mellem hospital, herberg, plejeophold på sygestuer eller egen bolig, som de ikke har kunnet opretholde ud fra en betragtning om normal standard. Man havde i flere tilfælde søgt at integrere disse borgere på et af de ordinære plejehjem, men ofte med et negativt resultat. Enten blev de afvist i visitationen på grund af deres misbrug, eller også opgav man efter en kortere periode at rumme disse mennesker sammen med de øvrige beboere, ofte med baggrund i deres misbrugsadfærd.

Dette var baggrunden for, at Københavns Kommune i 2001 ansøgte "Hjemløsepuljen" om midler til at etablere et *"alternativt plejehjem til brugere af §94-boformer med omfattende pleje- og omsorgsbehov"*. Botilbuddet skulle tilknyttes Specialinstitutionen Forchammersvej.

Formålet med det *"alternative plejehjem"* blev i projektansøgningen angivet som: *" at tilbyde relevant og professionel pleje i en boform, der kan give tryghed, stabilitet og et tilhørsforhold til en gruppe hjemløse, der qua et hårdt liv med misbrug har udviklet et kronisk pleje - omsorgsbehov. Tilbuddet retter sig mod en gruppe, som oftest ikke vil kunne finde sig tilrette i de eksisterende plejehjemstilbud eller som bliver afvist der. Udover at tilfredsstille plejebehov er formålet at skabe en social ramme for brugerne og modvirke social isolation."*

Målgruppen blev nærmere beskrevet som: *"hjemløse misbrugere, der i kraft af kroniske lidelser har behov for fysisk pleje og daglig omsorg. Der er tale om kredsløbsforstyrrelser, alkoholdemens, kroniske leverlidelser (hepatitis b og c), hiv-positive i kombinationsbehandling, personer med amputationer, alment svækkede personer."*

Afslutningsvis anføres det i ansøgningen: *"For så vidt at tilbuddet opfylder sit formål, og der viser sig fortsat efterspørgsel efter dette tilbud efter en 4-årsperiode, gøres tilbuddet permanent."*

Revision af projektplan og målgruppe

I 2002- efter at ansøgningen var bevilget, beslutter Københavns Kommune at definere målgruppen som *"et egentligt plejehjemsklientel"*, som afvises eller ikke kan finde sig tilrette/ rummes i de eksisterende plejetilbud.

Da man fra Specialinstitutionen Forchhammersvejs side ikke fandt, at man kunne opfylde krav til personaledekning m.v. som modsvarede standarden for et botilbud for så plejekrævende mennesker i en selvstændig boenhed, som det oprindeligt var påtænkt, anbefalede man, at Plejekollektivet blev indrettet på Forchhammersvejs matrikel, således at man i hverdagen kunne trække på Forchhammersvejs øvrige specialer til målgruppen.

Man besluttede at indrette Plejekollektivet i Kollegiets lokaler, som blev ombygget til formålet. Kollegiet var placeret i en 5-etages bygning på Specialinstitutionen Forchhammersvejs matrikel. Ombygningen var ikke med i den oprindelige projektansøgning, og derfor var der meget begrænsede midler til rådighed til ombygningen, som i alt kom til at koste ca. 2,5 mill. Kr., som efter aftale med Socialministeriet blev finansieret af overskydende midler fra omstillingspuljen på hjemløseområdet. Kollegiet var en del af Specialinstitutionen Forchhammersvej, beliggende tæt ved brugernes cafe, institutionens hovedbygning, administration, ambulatorium, aktivitetsrum og Plejeafdeling til midlertidig, korterevarende døgnpleje. Det blev vurderet som en afgørende fordel, at Plejekollektivet ville kunne gøre brug af den allerede etablerede døgnvagtsskema i Plejeafdelingen. Dermed blev Plejekollektivets fysiske indretning til dels bestemt af valget af den bygningsmæssige placering.

Med specificering af målgruppen som "et egentligt plejehjems klientel" blev det samtidig mere tydeligt, at plejekollektivet også skulle være et terminalt tilbud.

Projektets iværksættelse og evaluering

Plejekollektivet åbnede i august 2003 som et tre-årigt projekt med plads til 12 beboere. Projektet afsluttes med udgangen af juli 2006. I projektperioden er projektet finansieret af Socialministeriets hjemløsepulje og af Københavns Kommune. Projektet har et årligt driftsbudget på 5 mill.kr.. I forbindelse med projektets afslutning skal der tages stilling til projektets videreførelse som et permanent tilbud. En afgørende faktor vil være vurderingen af, om projektets formål kan indfries, og om der fortsat er efterspørgsel efter tilbuddet.

Oprindeligt var planen, at botilbuddet som et forsøgsprojekt skulle evalueres i sammenhæng med evalueringen af hjemløseindsatsen i Københavns Kommune, men da denne evaluering stort set var afsluttet, samtidig med at Plejekollektivet åbnede op for indflytning, blev det besluttet, at gennemføre en selvstændig evaluering af Plejekollektivet efter at det havde eksisteret i en periode, men inden projektets afslutning.

Indeværende evaluering er gennemført i perioden marts – oktober 2005, efter at plejekollektivet har eksisteret i ca. 2 år.

Evalueringen er gennemført af en medarbejder i Socialforvaltningen i Københavns Kommune, specialkonsulent Dorrit Pedersen, der i en periode blev frikøbt til at gennemføre evalueringen.

Kapitel 1. Evalueringens temaer og metode

Formålet med evalueringen er at vurdere, om Plejekollektivet er det rigtige tilbud til den rigtige målgruppe, om målgruppen kan rummes, og om de målsætninger, der blev opstillet for projektet, kan realiseres indenfor de givne rammer. Det er også hensigten at afdække hvilke metoder, man har udviklet for at løse opgaven. Evalueringen skal endelig bidrage til at vurdere efterspørgslen efter tilbuddet med henblik på at vurdere, om der efter projektperiodens afslutning vil være behov for tilbuddet.

Sigtet med evalueringen er bredt sagt at finde ud af, om projektet, på den måde det er realiseret, er det rigtige tilbud til den rigtige målgruppe. Evalueringen har bl.a. til formål at belyse de særlige problemstillinger, der er forbundet med at etablere og drive et længerevarende botilbud, der tilbyder omsorg- og pleje (og terminal pleje) til syge- og hjemløse stofmisbrugere.

Plejekollektivets målsætninger er i projektbeskrivelsen angivet som at *"tilfredsstille pleje- og omsorgsbehov, skabe en social ramme for beboerne, modvirke social isolation, skabe tryghed og forudsigelighed i hverdagen, skabe tryghed ved livets afslutning."* I forbindelse med etableringen af Plejekollektivet blev der tilføjet følgende mål:

- *at begrænse brugernes sygdomsrelaterede problemstillinger og styrke den enkelte brugers egenomsorg og livskvalitet.*
- *At yde brugerne en korrekt medicineret, smertebegrænset og værdig afslutning på en ofte svær tilværelse.*

Plejekollektivets formål er at give beboerne et hjem og en tryk hverdag i den sidste livsfase, at skabe en social ramme om beboernes personlige liv, hvor livskvaliteten er i centrum, at lindre smerte og at holde sygdommene i skak. Evalueringen skal belyse om, og hvordan formålene indfris.

1.1. Evalueringens temaer

Et alternativt plejehjem skal kunne "rumme" - og yde en relevant pleje og omsorg til en beboergruppe med kroniske plejebenhov, der som udgangspunkt ikke kan "rummes" i de ordinære pleje- og omsorgstilbud i eget hjem eller i plejeboliger. I hvilken udstrækning lykkes det for Plejekollektivet, hvilke tilgange sikrer rummeligheden, og hvor er grænserne for rummeligheden?

Det er et tema i evalueringen at undersøge, om beboernes behov for pleje (behandling)- og omsorg tilfredsstilles ud fra beboernes subjektive vurdering og ud fra personalets vurdering. I hvilken udstrækning modsvarer den omsorgsmæssige strategi (de omsorgsmæssige strategier) beboernes behov? Hvilke faglige og etiske dilemmaer og vanskeligheder møder personalet i arbejdet?

Beboerne er som udgangspunkt socialt isolerede med et begrænset og udtyndet netværk. De har svært ved at klare sig i stofmisbrugsmiljøet, og de svage brugere har brug for beskyttelse mod de stærke brugere. De har været vant til at klare sig selv i et miljø, hvor det er den stærkestes ret, der gælder. Er det muligt at skabe et miljø indenfor rammerne af Plejekollektivet, der er trygt, som beboerne kan føle et tilhørsforhold til?

Plejekollektivet tilbyder en bolig, som er længerevarende, men som i praksis er et varigt botilbud. Boligen er beboernes eget hjem i den sidste livsfase, hvor de skal kunne leve deres eget liv, som de ønsker det. Samtidig er Plejekollektivet også en institution, som har ansvaret for at hjælpe og støtte

beboerne og for at skabe en tryk ramme om deres hverdag. Dette kan betyde, at Plejekollektivet som institution vil definere nogle rammer, der på en række områder vil begrænse de enkelte beboeres selvbestemmelsesret, livsudfoldelse og råderum. Spørgsmålet er, om beboerne oplever, at de har et hjem, de selv råder over, og som de kan udfolde sig inden for?

Er det muligt for Plejekollektivet inden for de givne rammer at skabe tryk ved livets afslutning, at give beboerne en værdig afslutning på tilværelsen. Hvordan ser beboerne på tilbuddet, og hvordan forholder de sig til, at Plejekollektivet også er et terminalt tilbud.

En yderligere problemstilling, der indgår i evalueringen er, hvordan det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde fungerer. I hvilken udstrækning kan Plejekollektivets medarbejdere og beboere profitere af de øvrige tilbud på Specialinstitutionen Forchhammersvej, og hvordan fungerer samarbejdet mellem Plejekollektivet og de øvrige personalegrupper? Hvordan er samarbejdet med hospitals - og plejesektoren? Hvordan bygges bro til de øvrige behandlings- og plejetilbud, således at de behov for pleje- og omsorg (og behandling), som ikke kan løses inden for projektets rammer, kan løses der, hvor kompetencen og rammerne/ ressourcerne er til stede.

Endelig er formålet at afdække efterspørgselen efter tilbuddet, og undersøge om visitationen til projektet (procedurer samt kriterier) kan sikre, at den rigtige målgruppe kommer i betragtning til / får gavn af tilbuddet.

1.2. Evalueringens metode

Kvalitative interviews

Evalueringen bygger hovedsageligt på kvalitative interviews med Plejekollektivets beboere, medarbejdere og ledelse og Forchhammersvejs læge og socialrådgiver, der er projektets nærmeste samarbejdspartnere. I løbet af marts måned 2005 medvirkede 9 ud af Plejekollektivets daværende 12 beboere i et personligt interview. Senere deltog 6 beboere i et gruppeinterview specielt om ønsker til indretning og de fysiske rammer. I oktober måned 2005 er udvalgte medarbejdere interviewet. Udvælgelsen er foretaget således, at de forskellige faggrupper er repræsenteret, herunder social- og sundhedsassistenter, pædagog, sygeplejerske og ergoterapeut. Den daglige leder og Plejekollektivets og Plejeafdelingens sygeplejefaglige leder samt socialrådgiver og læge, der er ansat ved Specialinstitutionen Forchhammersvej som nærmeste samarbejdspartnere, er interviewet. Derudover er repræsentanter fra to byambulatorier interviewet. De er udvalgt blandt Plejekollektivets "kunder" som dem, der kan sige noget om den fremtidige efterspørgsel efter Plejekollektivet og om samarbejdet omkring visitationen.

BIKVA-modellen

Jeg valgte at starte med at interviewe beboerne, derefter interviewe personalet, og endelig ledelsen af projektet. Min inspiration til dette er hentet fra den såkaldte BIKVA-model¹, (en slags bottom-up model) som er udviklet til undersøgelser af indsatser overfor sårbare og udstødte grupper med bl.a. det formål at sikre, at de, der har sværest ved at blive hørt, bliver hørt. Metoden skal sikre, at beboernes problemstillinger rejses overfor personalet og ledelsen, således at det ikke er medarbejderne og ledelsen, der alene sætter dagsordenen, men at beboernes behov og præferencer kommer til orde. Det er imidlertid en metode, der har svære vilkår, da det også karakteriserer de samme grupper, at "de kan have svært ved at formulere deres præferencer"².

Plejekollektivets beboere kan ikke stemme med fødderne og forlade stedet. Det kendetegner gruppen og det forløb, der har ført dem derhen, hvor de er, at der er meget få alternativer for dem. Som en af beboerne forsigtigt udtrykker det: " *Det at få et nyt sted at bo, det er ikke nemt for os*". Dette kunne betyde, at de ville være tilbageholdende med kritik. Det er imidlertid min vurdering efter at have interviewet beboerne, at de ikke har været bange for at give udtryk for kritik og problemer, for ønsker og for ris eller ros. Der, hvor begrænsningen kommer ind, synes at være i forhold til at pege på alternativer, dels i forhold til indholdet i dagligdagen, dels i forhold til at ønske bedre fysiske rammer eller alternative bomuligheder.

Dataanalyse og anonymitet

Alle interviews blev optaget på bånd, aflyttet, udskrevet og analyseret. Interviewene er fremstillet ud fra evalueringens temaer, samt ud fra temaer, der har udkrystalliseret sig i analysen.

Plejekollektivet er et lille sted, hvor alle kender hinanden, og hvor udtalelser, der refereres i rapporten, vil være nemt genkendelige for alle, uanset om det drejer sig om personale eller beboere. Det er således vanskeligt at anonymisere interviewmaterialet, uanset at man ikke nævner navne. Man kunne vælge helt at undlade direkte citater, men det ville efter min vurdering betyde, at evalueringen ville miste autencitet og betydning. Jeg har valgt at bringe direkte citater, men samtidig sikret mig, at jeg havde baggrund for dette. Jeg har givet ledelse og medarbejdere deres interview i udskrevet form og bedt dem tage stilling til, om de stadig ønskede at stå inde for indholdet, også hvis det var noget, som de ville blive refereret for.

Hvad angår beboerne, har jeg valgt at opsøge de beboere, som citeres for kritiske udsagn, hvor jeg vurderer, at de er genkendelige. Jeg har læst op for beboeren, hvad han/hun citeres for og fortalt, hvordan citatet indgår i sammenhængen og spurgt, om de ønskede citatet opretholdt.

Andre kilder

Beskrivelsen af Plejekollektivets beboere bygger udover interviewmaterialet på registerdata og journalmateriale. Dette materiale omfatter oplysninger om misbrugsbehandling og misbrugskarriere, beboernes situation ved visitationen, lægelige behandlingsplaner, oplysninger om selv vurderet helbred, der bygger på SF-36³, samt funktionsvurderinger, der er baseret på Trandex⁴, som er udarbejdet af projektets ergoterapeut.

Københavns Kommune har anmeldt disse dataregistreringer til Datatilsynet⁵, hvor af det fremgår, at disse data bl.a. kan anvendes til formål som planlægning og evaluering.

Derudover indgår skriftlige kilder i form af instrukser, husorden og normsæt, statusrapporter og udviklingsplaner samt mine personlige observationer i Plejekollektivet løbet af evalueringsperioden.

Terminologi

Ledelse, medarbejdere og samarbejdspartnere anvender typisk begrebet "brugere" om Plejekollektivets nuværende og fremtidige beboere. I den udstrækning, jeg citerer udsagn, anvender jeg det begreb, der anvendes i interviewet. Jeg anvender selv begrebet "beboere", da jeg finder, at benævnelsen er værdineutral og angiver personens rolle i Plejekollektivet. Benævnelsen "bruger" er efterhånden forbundet med en vis stigmatisering. Én af beboerne siger i interviewet, at han oplever det nedværdigende at blive kaldt "bruger". Han mener, at det at kalde nogle for brugere skaber et hierarki, hvor brugerne placeres nederst i hierarkiet under andre mennesker.

Kapitel 2. Resumé af evalueringens vurderinger og anbefalinger

Har Plejekollektivet nået den rigtige målgruppe?

Langt hovedparten af beboerne er helbredsmæssigt svækkede, har kroniske pleje- og omsorgsbehov, kan ikke klare sig selv i eget hjem eller i boformer med mindre støtte og har en begrænset tid at leve i. Enkelte af beboerne har imidlertid fået en længere livsprognose eller fået det så meget bedre i løbet af opholdet, at man må overveje om Plejekollektivet fortsat er et relevant tilbud for dem, ligesom enkelte har svært ved at finde sig til rette under de institutionelle rammer. Der gives udtryk for, at der ikke umiddelbart er alternative tilbud at tilbyde disse beboere.

Det vurderes, at det i vid udstrækning er lykkedes for Plejekollektivet at nå den målgruppe, som botilbuddet er henvendt til.

Det anbefales, at behovet for botilbud, der kan yde omsorg og en relevant sundhedsfaglig indsats til stofmisbrugere med kroniske plejebehov, afdækkes, og at brugergruppens forskellige profiler beskrives.

Beboertilfredshed

Et af målene for Plejekollektivet er at "tilfredsstille beboernes pleje - og omsorgsbehov".

Beboerne er altovervejende glade for en pleje- og omsorg, som de får. Flertallet af beboerne giver imidlertid udtryk for, at de gerne vil have mere samvær og kontakt med personalet. Ledelsen ønsker at imødekomme beboernes ønsker på dette felt, og det overvejes, hvordan man kan tilrettelægge hverdagen, således at behovet for samvær og aktiviteter uden for huset tilgodeses bedst muligt.

Det vurderes, at det er lykkedes for plejekollektivet i vid udstrækning at tilgodese beboernes individuelle behov og tilbyde dem en relevant støtte og behandling.

Det anbefales, at Plejekollektivet søger at tilrettelægge indsatsen således, at man i højere grad imødekommer beboernes behov for samvær med personalet.

Rummelighed

Plejekollektivets ambition er, at rumme alle de beboere, der flytter ind, uanset hvilke problemer de har. Plejekollektivet skal kunne rumme, at beboerne i perioder har et aktivt misbrug, at beboerne mange gange har en adfærd, der afviger fra almindelig god tone, at beboerne ofte afviser tilbud om relevant behandling, at beboerne bryder aftaler, og at de mange gange ikke gør det, der er bedst for dem.

Aktivt misbrug:

Beboernes aktive misbrug tolereres på visse konditioner i Plejekollektivet. Man har fundet en modus vivendi med, at beboerne i perioder og i varierende grad har et sidemisbrug. Misbruget opleves dog som et dilemma for flere af medarbejderne, der har et iboende ønske om at begrænse beboernes sidemisbrug. De anser sidemisbruget som skadeligt for beboerne, samtidig med at de ser det som en konkurrent til de tilbud, de kan give beboerne.

Det vurderes, at det i vid udstrækning er lykkedes for Plejekollektivet i samarbejde med beboerne at holde sidemisbruget på et niveau, der er til at rumme.

Konflikter:

Hvor der i første projektår var enkelte bortvisninger af beboere og en vis personaleudskiftning, så har der i andet projektår ikke været nogle tilfælde af bortvisninger af beboere, og personalegruppen er stabiliseret. Det er ikke det samme, som at der ikke opstår konflikter mellem beboere og personale, men konflikterne er af mindre alvorlig karakter og håndteres anderledes. Der anvendes mindre indgribende sanktionsformer.

Det vurderes, at det er lykkedes at finde en måde at "afvæbne" eller begrænse konflikter mellem beboere indbyrdes eller mellem beboere og personale, således at hverdagen kan fungere så hensigtsmæssigt som muligt for alle parter.

Det anbefales, at konflikthåndtering fortsat bør være et tema, der drøftes og udvikles og indgår i institutionens kompetenceudvikling af medarbejderne.

"Adherence":

Et af målene for plejekollektivet er, "*at begrænse brugerens sygdomsrelaterede problemstillinger*". Beboernes almene tilstand er blevet væsentligt forbedret efter, at de er flyttet ind i Plejekollektivet. Deres liv forlænges. Det er imidlertid ikke ligetil at tilbyde beboerne den bedste behandling og pleje, da den muligvis afvises af beboeren. Udfordringen består i at finde den løsning, der på det givne tidspunkt er bedst mulig, og som beboerne kan medvirke til. Det handler om, at beboerne skal føle et ejerskab til det behandlingstilbud, der gives, og at beboerne skal være med til at udforme det (en behandlingsmæssig tilgang, der kaldes "*adherence*"). I løbet af projektperioden har personalet udviklet en større fleksibilitet over for beboerne. Man har prioriteret at få bedre relationer til beboerne, således at grundlaget for at finde fælles løsninger er blevet bedre.

Det vurderes, at det er lykkedes langt hen ad vejen at forbedre beboernes tilstand, efter de er flyttet ind i Plejekollektivet.

Det vurderes som en positiv udvikling, at Plejekollektivet så vidt muligt afsøger de bedst mulige løsninger i samarbejde med beboerne, frem for at hævde faste rutiner.

Det anbefales, at det at søge samarbejde med beboerne om behandlingen fortsat er et fokusområde for Plejekollektivet.

Begrænsninger af det personlige råderum:

Flere beboere er kritiske over for nogle af de regler, der sætter visse begrænsninger for det personlige råderum. Begrænsningerne er angiveligt besluttet af hensyn til de svageste blandt beboerne. De handler f.eks. om ikke at måtte have overnattende gæster, om overvåget indtagelse af medicin, om faste medicintider. Der, hvor beboerne oplever deres personlige råderum indskrænket, er områder, der for de fleste mennesker hører privatsfæren og den individuelle selvbestemmelsesret til. Når beboerne er afskåret fra disse muligheder, opleves det krænkende og umyndiggørende.

Plejekollektivet har etableret en formel demokratisk struktur fra starten, hvor man inddrog beboerne i udvikling af et fælles regelsæt, en husorden. Der er valgt beboerrepræsentanter, som deltager i personalemøder, og der afholdes husmøde hver anden uge.

Det vurderes, at denne demokratiske struktur er afgørende for at bevare rummeligheden i institutionen og modvirke de negative virkninger af institutionslivet, styrke beboernes selvfølelse og afhjælpe beboernes følelse af at være sat uden for indflydelse.

Det anbefales, at man opretholder en løbende dialog om de svære spørgsmål mellem ledelse, personale og beboere inden for denne demokratiske struktur.

Mål for rummelighed:

Rummelighed er en afgørende egenskab for et alternativt plejetilbud. Rummeligheden er flerdimensionel og kan derfor være vanskelig at måle. Imidlertid vil det være hensigtsmæssigt at have et samlet mål for rummeligheden, som redskab for dialog mellem beboerne og personalet, og mellem institutionen og omverdenen. Et mål på rummeligheden burde afspejle Plejekollektivets evne til at fastholde beboere og til at håndtere konflikter mellem institutionen og beboerne og mellem beboerne indbyrdes.

Det vurderes, at der er behov for at opstille et mål for rummelighed.

Det anbefales, at institutionens rummelighed måles på antallet af bortvisninger samt anvendelse af forskellige sanktioner, herunder karantæner, skriftlige advarsler m.m.

Den rigtige omsorgsstrategi?

I starten af projektet valgte man at tage udgangspunkt i en palliativ omsorgsstrategi. Den palliative omsorg søger størst mulig livskvalitet uden krav om forbedring af tilstanden eller krav om at øge egenomsorg eller selvhjulpethed. Denne tilgang har vist sig at være for snæver og ikke at modsvare den bedring af beboernes tilstand, der er sket i løbet af opholdet, ligesom den ikke modsvarer den måde, som beboerne lever og dør på.

På baggrund af de erfaringer, som personalet har gjort sig om beboernes behov og adfærd i løbet af projektperioden, har der dannet sig forskellige holdninger blandt medarbejderne, til hvad der er godt for beboerne, og til hvordan omsorgen skal tilrettelægges og hvilke mål, der skal være for den. Uenighederne går på, i hvilken udstrækning beboerne skal serviceres, i hvilken udstrækning de skal udfordres og hvordan.

De holdningsmæssige forskelle i personalegruppen kan indebære både en ressource og en faglig og ledelsesmæssig udfordring. Den ledelsesmæssige udfordring består i at bruge de holdningsmæssige forskelle konstruktivt med henblik på at tilrettelægge omsorgsarbejdet ud fra beboernes forskellige behov og ressourcer.

Det vurderes, at Plejekollektivet ikke kan tilrettelægge indsatsen efter én omsorgsstrategi, men må være parat til at veksle, til at følge udviklingen hos de enkelte beboere. Dette gør en individuel tilgang til at imødekomme beboernes behov og problemstillinger nødvendig.

Det anbefales, at en individuelt tilrettelagt omsorgsstrategi tager afsæt i beboernes funktionsniveau (defineret ved kognitiv funktion, graden af selvhjulpethed og daglig mental og social funktion) og i beboernes egne formulerede ønsker og behov.

Øge livskvaliteten

Et af Plejekollektivets mål er at styrke den enkelte beboers livskvalitet.

Beboerne er forskellige i forhold til initiativ, social kompetence, selvvurderet helbred og fysiske og psykiske ressourcer. Hovedparten har svært ved at give udtryk for, hvad de har særlig lyst til at gøre. Medarbejderne fortæller om oplevelser i hverdagen, hvor beboerne tager initiativ og viser nye sider af sig selv, og hvor beboerne indgår i mere jævnbyrdige relationer til medarbejderne.

Skal beboernes livskvalitet styrkes, handler det om for personalet i Plejekollektivet at gribe fat i de livsytringer og ønsker, som beboerne giver udtryk for, men også at tilbyde samvær og aktiviteter, der modsvarer beboernes forskellige ressourcer.

Det vurderes som positivt, at ledelsen ønsker at prioritere denne del af Plejekollektivets virksomhed.

En social ramme

Et af målene med Plejekollektivet er, at kollektivet skal fungere som en social ramme for beboerne og modvirke social isolation.

De fleste af beboerne har et meget begrænset netværk uden for institutionen, og er henvist til at få deres sociale behov dækket på institutionen. Hovedparten af beboerne, men ikke alle, profiterer af samlivet med de øvrige beboere.

Relationen mellem personale og beboere er betydningsfuld. Det er i relationen til personalet, at beboerne kan opleve en social kontakt, der indeholder kvaliteter, de ikke kan finde i relationen til de øvrige beboere, herunder inspiration til at give sig i kast med nye sider af livet. Plejekollektivet tilbyder personalesamvær i hverdagen, ferieoplevelser og ture uden for huset, hvilket giver beboerne en social ramme og kontakt, som rummer flere muligheder, end de tidligere havde.

Det vurderes, at Plejekollektivet udgør en social ramme for beboerne, tilfredsstillende dele af beboernes sociale behov og bidrager til at begrænse beboernes sociale isolation.

Det vurderes som positivt, at ledelsen ønsker at opprioritere samværet mellem personalet og beboere og udgående aktiviteter.

En værdig og tryk afslutning på livet

Et af målene for Plejekollektivet er, at "yde beboerne en korrekt medicineret, smertebegrænset og værdig afslutning på en ofte svær tilværelse".

Beboerne får tilbudt at blive i Plejekollektivet i den terminale fase, selvom man ikke kan tilbyde et sammenhængende terminalt forløb, da der ikke er personale i nattetimerne, men kun et tilsyn et par gange i løbet af natten. Beboerne får også tilbudt at komme i Plejeafdelingen på Forchhammersvej eller på hospitalet som alternativ.

Medarbejderne synes ikke, at den terminale pleje, som Plejekollektivet kan tilbyde, er god nok. De finder, at man er god til det at medicinere, men det halter med en passende omsorg og pleje i de terminale forløb. Medarbejderne ville gerne kunne våge ved beboerne om natten, således at beboerne kunne blive i de kendte og trygge rammer til det sidste.

Ledelsen fastholder imidlertid, at der ikke er ressourcer til at afsætte timer til en nattevagt, og at det er et vilkår, som beboerne gøres bekendt med ved indflytningen. Ledelsen afviser, at det er muligt at finde en anden løsning på problemet inden for de gældende rammer.

Det vurderes, at der er et behov for, at der er personale til rådighed i nattetimerne mellem kl. 23.30 og 7:00 om morgenen. Da terminale forløb ofte er svære at forudse for denne gruppe, vurderes behovet at være en fast nattevagt. Hvis dette ikke er muligt, bør tilbuddet dog gives ved forventede terminale forløb.

Det anbefales, at man sikrer en fast nattevagtsordning, subsidiært en fleksibel behovsstyret nattevagtsordning.

En problemstilling, som beboerne har rejst, er, at der mangler et nødkaldesystem, som beboerne kan bruge om natten, hvor de er alene.

Det vurderes som en nødvendig tryghedsskabende foranstaltning. Det er positivt, at ledelsen anerkender dette behov og har taget initiativ til at undersøge mulighederne for at anskaffe et passende nødkaldesystem, som kan have base i Plejeafdelingen på Forchhammersvej om natten og i Plejekollektivet om dagen.

Det anbefales, at der installeres et nødkaldesystem, som er håndbåret, og som er nemt at administrere for den enkelte beboer.

De fysiske rammer

I løbet af projektperioden har det vist sig muligt at udvikle et pleje- og omsorgstilbud til stærkt fysisk og psykisk svækkede stofmisbrugere indenfor rammerne. Imidlertid er det ikke det samme som, at rammerne er optimale. Det har vist sig at være u hensigtsmæssigt, at personalerummet er placeret adskilt fra beboernes fællesrum. Det er u hensigtsmæssigt, at beboernes værelser er fordelt på 4 etager. Det er belastende for både personale og beboere og bidrager til at isolere beboerne. Det betyder, at personalet kan miste overblikket, og det belaster medarbejderne fysisk dagligt at skulle tage trapperne mange gange. Derudover er rammerne snævre, det gælder bade- og toiletforhold, køkkenfunktioner og fællesrum, især når flere af beboerne benytter sig af kørestole og rollatorer.

Beboerne og personalet har imidlertid hidtil profiteret af Plejekollektivets beliggenhed i tilknytning til Specialinstitutionen Forchhammersvejs øvrige tilbud og dets placering tæt på offentlige transportmuligheder og et lokalt bymiljø.

Det vurderes, at det ville øge kvaliteten af tilbuddet, at der blev indrettet et udvidet køkken-almrum med plads til fælles aktiviteter mellem personale og beboere, herunder plads til en kontorfunktion for personalet, og at toilet- og badefaciliteter blev forbedrede.

Det anbefales, at man overvejer indretningen af Plejekollektivet, herunder alternativer til placeringen på Specialinstitutionen Forchhammersvej, subsidiært at man overvejer, hvordan man i tilrettelæggelsen af det daglige arbejde kan mindske de problemer, som den fysiske indretning frembyder.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

I udgangspunktet blev det set som en ressource for Plejekollektivet, at beboerne kunne betjenes af Specialinstitutionen Forchhammersvejs læger, da lægerne dels kendte brugergruppen fra tidligere, dels var fysisk tæt på i hverdagen. Der er næppe tvivl om, at det opleves som positivt for beboerne, at lægerne er let tilgængelige. Uanset uenigheder mellem plejepersonalet og lægerne anser begge parter samarbejdet for nødvendigt, og i Plejekollektivets udviklingsplan er samarbejdet omkring behandlingsplaner et prioriteret fokusområde.

Det vurderes, at forskelle i holdninger og faglige tilgange mellem lægerne og plejepersonalet kan løses gennem dialog grupperne indbyrdes.

En særlig problemstilling er imidlertid, at Plejekollektivet efterspørger en psykiatrisk kompetence, som kan konsulteres i de tilfælde, hvor f.eks. ellers velbehandlede beboere får tilbagefald af deres psykiatriske lidelse. Plejekollektivets ledelse peger på, at det er behov for enten, at der indledes et formelt samarbejde med det distrikts-psykiatriske center, eller at man ansætter en psykiater, som kan yde et fast tilsyn, og som man kan kontakte i akutte situationer.

Det vurderes, at der er et behov for at styrke den psykiatriske kompetence. Der er behov for en faglig uafhængig vurdering, i de tilfælde hvor det kan komme på tale at foretage en tvangsindlæggelse, der er behov for en psykiatri-faglig sparring af personalet i akutte situationer, og der er behov for en kompetenceudvikling af personalet, hvad angår vurdering af symptomer og adfærd og handlemuligheder, ved tilbagefald.

Det anbefales, at ansvar og kompetence i forbindelse med tvangsindlæggelser afklares, at der udvikles et mere formelt samarbejde med det distriktspsykiatriske center med henblik på faglig sparring, samt at der tilrettelægges undervisning for plejepersonalet i håndtering af beboere med psykiatriske problemer.

Efterspørgsel, visitation og brobygning

Efterspørgsel:

Plejekollektivet har haft fuld belægning stort set fra starten. Når der bliver en plads ledig, tilbydes den til den, der har det største behov. Der er ganske få på ventelisten. Dette skyldes flere forhold. At pladsen altid går til den, der på et givet tidspunkt har størst behov, så derfor er en plads på ventelisten ikke en garanti for en plads. Brugere viger ofte tilbage for at flytte på "plejehjem", som er det samme som at erkende, at livet er ved at være slut. Placeringen på Specialinstitutionen Forchhammersvej forbindes stadig med HIV-Aids.

Visitorer og samarbejdspartnere giver udtryk for, at den nuværende og fremtidige efterspørgsel efter Plejekollektivets tilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere med kroniske plejebestanden er og vil være større end udbuddet, uanset at bunken med godkendte ansøgere er lille.

Det anbefales, at man foretager en nærmere afdækning af behovet for længerevarende botilbud med en sundhedsfaglig ydelse, som kan sikre de helbredsrammede brugere et værdigt liv og en værdig afslutning på livet. En sådan undersøgelse bør overveje, om det vil være hensigtsmæssigt med flere tilbud, der har forskellige brugerprofiler.

Det anbefales, at Specialinstitutionen Forchammersvej intensiverer informationsindsatsen overfor samarbejdspartnerne, således at de rette brugere får adgang til tilbuddet, og at man tilpasser informationen sådan, at den bliver mere brugerrettet, f.eks. ved at udgive en pjece til brugerne.

Visitation:

Det anbefales, at den decentrale visitation suppleres med et centralt visitationsled, der kan sikre, der gives tilbud til de brugere, der indstilles til plejekollektivet, men som på grund af mangel på ledig plads kommer på venteliste på ubestemt tid. Derved sikres, at ingen falder i gennem alle maskerne, at tilbuddene gives på det rigtige tidspunkt, samt at alle tilbud fyldes op med relevante ansøgere.

Brobygning:

Hidtil har der ikke været megen kontakt mellem ældreplejesektoren, de socialpsykiatriske botilbud og de alternative pleje- og omsorgstilbud til stof – og alkoholmisbrugere. På tværs af forskellige målgrupper og botilbud er der mange fælles problemstillinger, mulighed for fleksibel brug af særlige faglige ressourcer, og endelig også udveksling af enkelte beboere, som kan have svært ved at finde sig tilrette i et givet tilbud. Der kan også være tale om en fleksibel udnyttelse af de bygninger, der er til rådighed, uanset at tilbuddene til ældre og de alternative tilbud bør være fysisk adskilte.

Det anbefales, at man overvejer, hvordan der kan bygges bro mellem de alternative pleje- og omsorgstilbud og den øvrige plejesektor.

Kapitel 3. Projektets fysiske indretning og arbejdsmetoder

3.1. Indretning af Plejekollektivet – de fysiske rammer

Plejekollektivet blev indrettet i en sidebygning til Specialinstitutionen Forchammersvej, der tidligere har været anvendt til Kollegium, der var en midlertidig bolig til selvhjulpne stofafhængige.

Der blev indrettet 12 værelser af varierende størrelse (11-18 m²), fordelt på 4 etager. Der blev indrettet toilet og bad på alle etagerne, som beboerne er fælles om. To af badeværelserne er større end de øvrige, idet de bruges til kørestolsbrugere. Der blev indrettet to fællesrum til beboerne, en spisestue på 30m² og en dagligstue med udgang til en træterrasse i stueetagen. Der blev indrettet et køkken til anretning og opvarmning af mad på 8m², et sårskifterum, et skyllerum til en bækkenkoger.

Der blev etableret adgang til alle etager via en elevator, der går fra gadeniveau til 5 sal, med udgang til alle beboede etager samt værkstedet, som er på 5 sal. Elevatoren åbner ud til den gang, som alle værelser åbner ud til. Da elevatoren er beregnet til dårligt gående samt kørestolsbrugere, er den meget langsom. Derudover er der adgang til alle etagerne via trappen. Indgangsdøren til plejekollektivet er forsynet med en automatisk åben-lukke funktion, så den er nem at betjene for beboerne.

Personalerummet blev placeret på den anden side af opgangen på 1. sal, hvor døren er låst og udstyret med en ringeklokke og automatisk lukkemekanisme. Her mødes personalet og holder møder, pauser, aflægger rapport, foretager telefonopkald, anvender computer m.m.. Her opbevares journalmateriale, samt medicin i et aflåst medicinskab. Personalerummet er adskilt fra beboernes værelser og fællesrum. Hvis beboerne skal i kontakt med personalet, når de ikke opholder sig i beboernes afdeling, skal de ringe på døren indtil personalerummet.

3.2. Metode

Palliativ omsorg

Det angives i projektansøgningen, at Plejekollektivet er et pleje- og omsorgstilbud, der arbejder ud fra et palliativt omsorgsbegreb. Dette betyder, at målet ikke er behandling eller rehabilitering. Formålet er ikke, at brugerne skal blive raske eller blive så selvhjulpne, at de ville kunne klare sig selv i egen bolig eller bo i et andet botilbud, hvor der er mindre personalestøtte. Målet er at afhjælpe lidelser, lindre smerter, og at sikre, at beboerne opnår en så god livskvalitet som muligt i den tid, de har tilbage at leve i.

”Palliativ omsorg er den totale aktive omsorg for patienter, hvis sygdom ikke responderer på kurativ behandling. Kontrol af smerter og andre symptomer og af psykologiske, sociale og åndelige problemer er i højsædet. Målet med den palliative omsorg er opnåelsen af den højst mulige livskvalitet for patienten og dennes familie. Den palliative omsorg:

- bekræfter livet og døden som en naturlig proces
- hverken fremskynder eller udsætter døden
- lindrer smerte og andre symptomer
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
- tilbyder støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt til døden

- tilbyder støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet”⁶

Hovedparten af beboerne i plejekollektivet har ikke ”nogen familie”, der er aktive omkring beboeren og som følger dem i den i den sidste tid. Medarbejderne i Plejekollektivet er i de fleste tilfælde de ”nærmeste” for beboerne i den tid, de er der og også ved livets slutning.

Det konkrete indhold i den palliative omsorg var indledningvist elementer som en korrekt medicinering, struktur og forudsigelighed i dagligdagen, regelmæssig og nærende kost, forbedret individuel hygiejne, social træning, kontinuitet i relationer og aktiviteter.

For at kunne udøve den palliative omsorg i Plejekollektivets regi måtte man skabe grundlaget for et samarbejde med beboerne. Det, man mente skulle til for at forbedre beboernes tilstand, stødte imod den måde, beboerne hidtil havde levet deres liv på. Udfordringen var at gøre det, man fagligt mente, ville være godt for beboerne (og for personalet), som netop handlede om at ændre den livsstil, som beboerne selv bragte med, uden samtidig at indføre et regime af regler og forbud, som skulle håndhæves af personalet overfor beboerne, hvilket ville være kontraproduktivt i forhold til det, man gerne ville opnå.

Samtidig med at man i Plejekollektivet tog afsæt i en palliativ omsorgsstrategi, definerede man målet for pleje - og omsorg, som at *”begrænse brugerens sygdomsrelaterede problemstillinger, styrke egenomsorgen og livskvaliteten”*. Der var således tale om, at metode og mål umiddelbart var indbyrdes modstridende, da en palliativ omsorgsstrategi ikke sigter mod at øge egenomsorgen eller gøre patienterne selvhjulpne. Denne begrebsmæssige indbyrdes modsigelse har imidlertid i løbet af projektperioden vist sig også at være en reel konflikt imellem forskellige tilgange til omsorgsarbejdet i personalegruppen, hvor der har tegnet sig en uenighed om, i hvilken udstrækning beboerne skal have omsorg og serviceres uden krav og i hvilken udstrækning, omsorgen skal have som mål at øge beboernes selvhjulpne og egenomsorg.

Brugerinddragelse

Man så indledningvist skismaet mellem tilbud og forbud, og satte en proces i gang og skabte en struktur, som skulle sikre en løbende dialog mellem beboere, medarbejdere og ledelse. Det er en form for brugerinddragelse og brugerindflydelse, som har udviklet sig til at blive en veletableret samarbejdsform i projektperioden. I projektperiodens start indledtes denne proces med udviklingen af et normsæt og en husorden.

Plejekollektivets leder beskriver rationalet og tilblivelsesprocessen bag normsæt og husorden (Bilag 1), som han ser som dynamiske redskaber, der til enhver tid skal afspejle virkeligheden.

”Vi har gjort det, at vi sammen med brugerne har sagt, at det her hus er jeres. Vi som personale er servicemedarbejdere. Vi kommer og hjælper jer, og hvad kan vi gøre for jer i dag. Det er den tilgang, vi vil have til vores brugere. Vi har sagt, at vi ikke vil bruge energi på at diskutere, om I er stofpåvirkede eller ej. Vi vil gerne have, at vi har en rar kontakt med hinanden, så lad os snakke om, hvordan vi gerne vil have det med hinanden her i huset. Så vi lavede rent faktisk sammen med brugerne et normsæt. Det er os som personale, der har lavet skriveriet, men brugerne har været med til at sige, hvordan vi gerne vil have det her i huset, og det har vi diskuteret med dem, og det er kommet ud i et normsæt. Fra normsættet har vi så trukket en husorden ud, og den husorden har vi præsenteret for brugerne. De har tygget på den og så havde vi et stormøde med alle brugere og alle

personaler, hvor vi tog pind for pind og diskuterede. Det resulterede så i en husorden, der er rettesnoren for, hvordan vi går og har det med hinanden."

Hvordan hverdagen i øvrigt skal forme sig, hvad beboerne kan forvente af ydelser, hvad der er tilladt og ikke tilladt, hvordan man opnår højst mulig sikkerhed for beboere og personale, og hvordan samarbejdet mellem beboere og personale skal foregå, er nedfældet i husordenen.

Samarbejdet og dialogen mellem ledelse, personale og beboere søges opretholdt i en struktur, hvor der afholdes husmøde hver anden uge, hvor beboerne, personale og ledelse er til stede. Der skrives referat fra mødet, som der følges op på det efterfølgende møde. Her kan beboere og personale komme med problemer, ønsker, kritik og konkrete forslag til fælles drøftelse. Husordenen ændres løbende, således er den ændret 4 gange i løbet af andet projektår, og er på den måde blevet et redskab for dialog og samarbejde, men også et redskab for en demokratisk proces, hvor institutionens magtforhold mellem ledelse, personale og beboere reguleres.

Beboerne har valgt en beboerrepræsentant og en suppleant, som også deltager i det ordinære personalemøde. Beboerne giver udtryk for, at de bliver hørt.

Ledelsen ser beboerrepræsentanterne som forbindelsesled til beboerne. Hvis personalet f.eks. vurderer, at der er for mange uvedkommende gæster i Plejekollektivet, eller at der er for mange illegale stoffer i huset, har man taget en kontakt til beboerrepræsentanten og forholdt ham dette og bedt om, at man prøver at nedtone disse aktiviteter. Denne strategi vælges frem for at kontakte politi eller anvende sanktioner overfor enkelte beboere.

Et varigt hjem – og et sted at dø

Plejekollektivet er etableret som et §91-botilbud, et længerevarende midlertidigt botilbud. Beboerne har ikke egen lejekontrakt, og i praksis gælder det, at beboerne kan blive boende, til de dør. Beboerne tilbydes at blive i Plejekollektivet i den terminale fase og dø i deres vante omgivelser. De kan også vælge at dø i plejeafdelingen eller at blive indlagt på hospitalet. Hvis de vælger at blive i Plejekollektivet i den terminale fase og fortryder, kan de frit vælge om og inden for kort tid blive flyttet til et af de andre tilbud. Plejekollektivet kan tilbyde relevant smertebehandling, støttende samtaler og pleje af den døende i dag- og aften timerne, mens der ikke kan tilbydes fast nattevagt.

Selvom beboerne ikke har egen lejekontrakt, anses beboernes værelse for at være beboernes private sfære, deres hjem, hvor de har ret til privatliv. Hvis beboeren ved indflytning har egen bolig, får han/hun mulighed for at undgå opsigelse af boligen i de første 3 måneder for at vurdere, om han/hun vil blive i plejekollektivet eller flytte tilbage til egen bolig.

Brugerbetaling for kost, logi og aktiviteter

Beboerne betaler for kost og logi og vask efter gældende takster i Københavns Kommune. Dette betyder, at beboerne betaler efter nuværende tarif (2005) 4206 kr. om måneden, som trækkes fra deres overførselsindkomst af rådgivningscentret. Derudover skal beboeren betale for ikke tilskudsberettiget medicin. Restbeløbet sættes ind på beboerens konto. Beboeren kan aftale med Specialinstitutionen Forchhammersvej, at de administrerer restbeløbet. Ved aktiviteter, ferieture eller udflugter, en tur i teatret, biografen eller andet skal beboerne som udgangspunkt selv betale. Institutionen kan give et tilskud.

Metodeudvikling

Projektet har i løbet af de to første år arbejdet med at udvikle sine metoder og de kompetencer, som man i projektperioden har set som nødvendige.

I projektets første fase var fokus på regelsæt og aftaler om regulativer, hvilket også afspejles i husordenen og andre skriftlige regelsæt. Der blev udarbejdet en række overvejende sygeplejefaglige instrukser, der fastsatte normer for sikkerhed, hygiejne, døgnrytmer m.v.

Efterfølgende har fokus flyttet sig væk fra instrukserne i retning af integration af sundhedsfaglige, pædagogiske og relationelle kompetencer. Relationsarbejdet mellem personale og beboere er prioriteret, herunder konflikthåndtering. Fremtidige fokusområder er teamtræning og det tværfaglige samarbejde, samt udvikling af aktivitetstilbud, der modsvarer beboernes funktionsniveau.

Individuelle funktionsvurderinger af beboernes kognitive funktion, selvhjulpethed og daglige sociale og mentale funktion er introduceret af Plejekollektivets ergoterapeut som et redskab til at tilpasse pleje- og omsorgstilbuddet til et individuelt niveau, således at tilbuddene kan modsvare den enkelte beboers forudsætninger. Det er en metode, der på et tidspunkt skal kunne anvendes af alle medarbejderne.

3.3. Organisationsudvikling

Tværfaglighed og brobygning

Man har fra projektets start arbejdet med at oparbejde et tæt tværfagligt samarbejde mellem Plejekollektivets pleje- og omsorgspersonale, Ambulatoriet, herunder lægerne på Specialinstitutionen Forchammersvej og Plejeafdelingen. Tilsvarende har man søgt at skabe relationer til specialer på de københavnske hospitaler og til distriktpsychiatrien. Man har på forskellig vis og med forskelligt resultat formaliseret disse samarbejdsrelationer.

Man har i 2005 planlagt at afholde fælles teamtræningskuser for Plejekollektivets personale og de nærmeste samarbejdspartnere på Specialinstitutionen Forchammersvej.

Udviklingsplaner

Plejekollektivet har udarbejdet særskilte udviklingsplaner for virksomheden. Den seneste er udarbejdet i 2005 og gælder for perioden 2005-2007 (se bilag 3). I udviklingsplanen er der sat fokus på udvikling af følgende arbejdsområder, hvor der er opstillet resultatmål for indsatsen:

- behandlingsplaner, som udarbejdes i fællesskab mellem lægen, beboeren og beboerens kontaktperson
- konflikthåndtering, hvor der årligt udbydes undervisning
- Aktivitetstilbud, som er tilpasset beboernes funktionsniveau
- Dokumentation af det pædagogiske relationsarbejde samt af sygeplejeprocesen
- Omlægning til økologisk kost

Kapitel 4. Visitation, formidling og efterspørgsel

4.1. Decentralt visitationsudvalg

Specialinstitutionen Forchhammersvej besluttede fra starten at nedsætte et internt visitationsudvalg, bestående af lederne fra plejeafdelingen og Plejekollektivet, den ledende sygeplejerske for hjemløseområdet, Plejekollektivets socialrådgiver samt en afdelingslæge fra Specialinstitutionen Forchhammersvej. Man ønskede, at visitationsudvalget skulle besidde et bredt kendskab til Plejekollektivets målgruppe og samarbejdspartnere i og udenfor Specialinstitutionen Forchhammersvej's regi. Samarbejdspartnere er de institutioner, som har behandlingskontakten til målgruppen, hvor byambulatorierne er en central "kundegruppe" sammen med hjemløseinstitutionerne og udvalgte afdelinger på de københavnske hospitaler.

Lederen af Plejekollektivet vægter det brede kendskab til målgruppen i visitationsudvalget i forhold til at nå den rigtige målgruppe:

"Jeg er af den klare holdning, at vi kender brugerne på Forchhammersvej og brugerne i omverdenen rigtig godt i kraft af vores store kontaktflade. Vi har en ekspertviden, som gør, at vi er de mest kompetente til at vurdere en indstilling".

På spørgsmålet om den decentrale visitationsprocedure er at foretrække frem for en central visitation, er svaret ja. Man skønner, at man på Forchhammersvej har fordel af et bredt kendskab til brugergruppen og et nært kendskab til beboergruppen. Derudover vurderer man, at visitationsudvalget kan sikre, at brugerne får det rigtige tilbud. Man er dog åben overfor at sikre de afviste ved en procedure, hvor en central visitation fik mulighed for at vurdere alternative muligheder.

"Jeg ville selvfølgelig ikke blive forbavset, hvis en eventuel central visitor kunne have et es i ærmet, som vi ikke kender, men vi har kendskab til rigtig mange alternativer, og vi prøver at være behjælpelige med at finde alternativer til de afviste...Man kunne overveje at sende dem, der ikke indstilles til et ophold i Plejekollektivet videre til en central visitation, så man sikrer, at ingen falder igennem maskerne, det kunne være en mulighed."

Man har afholdt informationsmøder, hvor man havde inviteret rådgivningscentre, byambulatorier, hjemløseområdet samt udvalgte hospitalsafdelinger. Formålet var at gøre opmærksom på plejekollektivets eksistens, at invitere samarbejdspartnere til at gøre brug af tilbuddet og at oplyse om visitationsprocedurer og visitationskriterier.

4.2. Visitationskriterier

Plejekollektivets brugerprofil og visitationskriterier er beskrevet som følgende:

"Stofafhængige med kroniske lidelser, der har behov for vedvarende fysisk pleje og daglig omsorg. Der kan være tale om følgesygdomme såsom kredsløbslidelser, hepatitis, respirationsbesvær samt andre livstruende organlidelser. De er ikke i stand til at varetage egenomsorgen på tilstrækkelig vis og kan ikke klare sig i egen bolig, eller bofællesskab, selv om der blev tildelt praktisk hjælp og pleje i hjemmet. De somatiske lidelser har en kronisk karakter, der kan medføre et terminalt forløb. De vil fortrinsvis befinde sig i deres livs sidste fase, selvom de aldersmæssigt kun er omkring 35 - 45 år.

Henviste brugere, der har så svære helbredsproblemer, at et terminalt forløb må forventes indenfor 1-2 år, går forud for andre.

Alle forsøg på at finde andre relevante døgntilbud er udtømte.

De skal kunne klare sig selv i nattetimerne fra kl. 23.30 - 07.30 idet der ikke er nattevagter i selve Plejekollektivet. Brugerne vil blive tilset efter behov af nattevagterne i plejeafdeling."

Et afgørende visitationskriterium er den helbredsmæssige svækkelse. Den bruger, der på det tidspunkt, hvor der bliver en plads ledig, har det helbredsmæssigt dårligst, skal have pladsen. Dette betyder også, at brugere, der er indstillet, og som har ligget i ansøgerbunken et halvt år, kan risikere at skulle vige for en bruger, der akut er i en meget dårlig tilstand, selv om han/hun ikke har ligget i ansøgerbunken. Princippet er, at en ledig plads til enhver tid skal gives til den bruger, der har det største behov. Som Plejekollektivets leder udtrykker det: *"Vi kan ikke have, at dem, der har det dårligt, dør i kælderrum og kælderskakter"*. For at leve op til dette princip afsøges behovet, når der bliver en plads ledig. Uanset at der er indstillinger i bunken, sendes breve ud til samarbejdspartnere, når der er ledige pladser for at undersøge, om der er brugere, der har større behov, end de brugere, der allerede er indstillet.

Et andet kriterium er, at alt andet skal være prøvet, inden brugeren indstilles til Plejekollektivet. Plejekollektivet skal være det sidste, der prøves.

Der går en række foranstaltninger forud for en indstilling til Plejekollektivet. En af samarbejdspartnerne fortæller om de step, der gik forud for at én af deres brugere flyttede ind i Plejekollektivet:

"Det var i flere tempi med x, og x var også inde over plejeafdelingen i flere omgange. Der har været mange tilløb. Dels har der været en masse tiltag omkring lejligheden, hjemmesygepleje, hjemmehjælp, total cleaning af lejligheden, før vi begyndte at tale med x om alternative boformer, og før hans kontaktperson på det strategisk rigtige tidspunkt præsenterede ham for Plejekollektivet. Når så x nikker til det, så går processen i gang, men det er et langs sejt træk. Fra det tidspunkt, hvor man siger, at det ikke holder i egen lejlighed, kan der gå år."

Et tredje afgørende kriterium er, at brugeren selv skal ønske at flytte ind. Brugeren skal skrive under på indstillingen. Det er samarbejdspartnernes vurdering, at plejekollektivet ikke er særlig kendt i brugergruppen. Brugerne kender Forchhammersvejs Plejeafdeling, og mange – især af de ældre brugere - forbinder det stadig især med HIV og Aids, uanset at plejeafdelingen gennem en årrække har haft en bredere målgruppe. Det hænger ved for mange af brugerne, og optræder som en barriere, som samarbejdspartnerne møder, når de bringer Forchhammersvejs tilbud på tale overfor brugerne.

En anden vanskelighed i forhold til at bringe Plejekollektivet på tale overfor brugerne er, at det handler om "pleje". Dette får brugerne til at tænke, *"at når man begynder at snakke om plejebæhov, så er tiden ved at rinde ud"*. De færreste brugere ønsker at blive konfronteret med dette.

4.3. Rummelighed

Plejekollektivets ambition er, sådan som lederen formulerer det, *"at vi skal rumme alle de brugere, vi tager ind, uanset hvilket problem de har."*

Plejekollektivet skal kunne rumme beboere, der er stoffpåvirkede. De kritiske situationer, hvor Plejekollektivets rummelighed bliver sat på prøve, handler typisk om trusler om vold og egentlige fysiske overgreb. De situationer, hvor man kan sige, at situationen er skærpet, er der, hvor brugerne har anvendt trusler mod hinanden eller mod personalet. I disse situationer kan det medføre en samtale, det kan medføre noget skriftligt, f.eks. en samarbejdsaftale, hvor den uønskede adfærd er beskrevet, og hvor sanktionerne for en eventuel gentagelse er beskrevet, eller det kan medføre en egentlig bortvisning.

Plejekollektivets leder sætter grænsen for rummelighed, der hvor det handler om fysisk vold: *"Hvis brugerne slår på hinanden eller slår på personalet, og det ikke bare er tjat, men der bliver virkelig slået, så kapitulerer vi. Vi kan ikke acceptere, at brugerne benytter hårdtslående metoder imod hinanden eller imod personalet. I så fald er den eneste udvej en skilsmisse, dvs.. bortvisning."* Han understregede dog, at man så vidt muligt prøver at undgå *"skilsmisse"*, og hvis man endelig er nødt til at bortvise, søger man så vidt muligt at sikre, at skilsmissen bliver planlagt, således at man kan finde et alternativt botilbud til brugeren.

4.4. Plejekollektivet som samarbejdspartner og formidler

Begge de interviewede byambulatorier vurderer som helhed, at Plejekollektivet er en imødekommende og god samarbejdspartner. Plejekollektivets personale og visitationsteamet er nemme at komme i kontakt med, og de er imødekommende overfor og tager godt imod ansøgere. Der er stor tilfredshed med indholdet i visitationsskemaet, som hjælper ansøgerne til at afstemme brugerbehov med tilbuddet.

Der efterspørges en brugerrettet introduktionspjece om Plejekollektivet til brugerne, da man anser det materiale, der ligger på Forchhammersvejs hjemmeside som information, der primært er rettet til medarbejdere.

For at sikre at de ledige pladser til enhver tid gives til de brugere, der har størst behov, vurderes det, at der er behov for, at visitationsteamet med jævne mellemrum oplyser om Plejekollektivets eksistens og målgruppe, således at samarbejdspartnerne hele tiden kan være opmærksomme på de af deres brugere, der har varige pleje- og omsorgsbehov, og som falder inden for målgruppen. Da Plejekollektivet har et begrænset antal pladser, kan der gå lang tid imellem, at der bliver en ledig plads, og da det ikke er nogen garanti for at få en plads, at man er indstillet til en plads, kan det betyde, at flere samarbejdspartnerne ser bort fra Plejekollektivet som et realistisk alternativ for deres plejkrævende brugere.

4.5. Efterspørgsel

Plejekollektivet åbnede sine døre i august 2003 og havde fuldt hus en måned efter, at de første beboere var flyttet ind. Plejekollektivet dækkede fra starten et behov for varigt pleje- og omsorg, som man hidtil ikke havde kunnet dække i plejeafdelingen, der er et midlertidigt tilbud på 2- 3 uger. Man havde i plejeafdelingen en række brugere, som man havde haft kontakt med, hvor man vurderede, at de havde et permanent pleje- og omsorgsbehov, som ikke kunne dækkes ind ved at tilbyde det i eget hjem. En del af disse brugere fik med Plejekollektivets åbning mulighed for et varigt tilbud. Efterfølgende er ledige pladser fyldt op umiddelbart efter, at de er blevet ledige.

Bunken af indstillinger er begrænset. Der er som regel 2-4 i bunken. Dette afspejler imidlertid ikke nødvendigvis behovet.

Begge de adspurgte byambulatorier peger på Plejekollektivet som det eneste oplagte og relevante tilbud til målgruppen.

Det ene byambulatorium vurderer, at de aktuelt har 4, der er oplagte ansøgere her og nu, men hvor man ikke har ansøgt om en plads. Indtil videre har man klaret behovet med massiv hjemmepleje og træk på socialcentrene og søgt at holde situationen flydende. Man har endnu ikke præsenteret brugeren for tilbuddet. Brugerens tilsagn er en afgørende forudsætning for ansøgningen. På sigt vurderer man, at flere af brugerne vil blive ansøgere.

Det andet byambulatorium vurderer, at de indenfor de kommende år vil have ca. 15, der risikerer at blive så helbredsmæssigt dårlige, at der ikke findes andre alternativer end Plejekollektivet. Man har haft to beboere i Plejekollektivet, der begge nu er døde. Derudover har man haft flere indstillinger, der er blevet godkendt, men hvor brugerne i sidste ende har afvist tilbuddet. De er alle døde kort tid efter.

Tilsvarende har man i visitationsudvalget erfaret, at man har haft indstillinger liggende i bunken, hvor ansøgerne er døde, mens de har ligget der.

Det er visitationsudvalgets vurdering, at efterspørgslen er større end udbuddet af pladser. Lederen af plejekollektivet vurderer, at der er behov for at udvide antallet af plejepladser til det dobbelte, så *"vi kunne tage os af dem, der har lidt længere på kontoen end 8 måneder"*. Der er næppe tvivl om, at der kan være behov for at udvide antallet af sengepladser. Hvis man samtidig ændrede visitationskriterierne, f.eks. ved at lempe på kravet om, at alle andre pleje- og omsorgsmuligheder skal være udtømte, kunne man forkorte den proces, hvor man i de ambulante tilbud "holder situationen flydende", en situation som ofte kan være yderst belastende for såvel brugere som hjemmeplejen.

4.6. Brobygning til øvrige pleje- og omsorgstilbud

Specialinstitutionen Forchhammersvej har udviklet et tæt samarbejde til dele af hjemløseområdet. Især er der et nært samarbejde med de §91-botilbud, der er etableret i tilknytning til Sundholm. I 2005 er der åbnet et yderligere pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse misbrugere med 10 pladser i Sundholms regi. Målgruppen er primært yngre alkoholmente. Samarbejdet handler dels om faglig udveksling om indretning og arbejdsmetoder, men også om den mest hensigtsmæssige placering af enkelte beboere, således at man sikrer beboerne tag over hovedet og et relevant tilbud i konfliktsituationer, hvor rummeligheden sættes på prøve.

Samarbejdet med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er kommet langt, vurderer såvel byambulatorier som Specialinstitutionen Forchhammersvej. Man er opmærksom på de vanskeligheder, der kan være med at løse pleje- og omsorgsproblemerne i eget hjem. Man er nået så langt i samarbejdet, at både institutionen og hjemmeplejen søger at bidrage til løsningerne, ligesom man kan være enige om, hvornår det ikke længere er muligt at løse pleje- og omsorgsbehovet for brugerne i eget hjem.

Der hvor det ikke længere er muligt at hjælpe brugeren i eget hjem, er alternativet for syge stofmisbrugere i dag stort set kun Plejekollektivets 12 pladser, med mindre der er tale om en udtalt demensproblematik, hvor man kan henvise til Sundholms nyåbnede botilbud.

Plejekollektivets leder ønsker sig en dialog med plejhjems - plejeboligområdet. Dialogen skal handle om at indrette afsnit til syge- og hjemløse stofmisbrugere i plejhjemsregi, dog sådan at afsnittene er afgrænsede fra de øvrige afsnit til andre målgrupper. Hans holdning er, at man fremtidigt bør etablere pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere, der følger samme standarder, hvad angår økonomi og fysiske rammer, som gælder for de ordinære plejhjem.

Københavns Kommune råder over et meget stort antal plejeboliger til ældre, der er spredt over byen. De er bygget over en lang årrække. Plejhjems- og plejeboligerne varierer med hensyn til størrelse (fra 18 til 69m²), faciliteter og beliggenhed. Jo senere plejeboligerne er bygget, jo større er de. Fælles for dem alle - eller for hovedparten - synes at være, at boligerne er forsynet med eget bad og toilet. Derudover har mange en køkkenniche eller et køleskab.

Målgruppen defineres som ældre over 65, som *"borgere med omfattende plejebæhov, som betyder, at de hjælpeforanstaltninger, som hjemmeplejen i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen kan tilbyde, ikke er tilstrækkelige. Borgerne er præget af omfattende og/ eller tiltagende svækkelse. Borgerne har komplekse sundhedsproblemer og har brug for omfattende pleje hele døgnet."*

Den terminale pleje er en integreret del af opgaven. Sundhedsforvaltningen skønner, at 30% af beboerne i plejeboligerne dør om året.

Plejekollektivets beboere adskiller sig fra målgruppen til de ordinære plejeboliger ved at være væsentligt yngre, ved deres misbrug, deres adfærd og reaktion på fysisk svækkelse. De har på samme måde som målgruppen til de ordinære plejetilbud *"komplekse sundhedsproblemer og brug for pleje og omsorg hele døgnet"*, da de ikke kan klare sig alene. Dødeligheden og livsprognosen synes at være den samme for de to grupper, hvor knap en tredjedel dør om året. Imidlertid reagerer Plejekollektivets beboere anderledes på deres fysisk svækkede tilstand end deres ældre medborgere i samme situation, idet de i mindre udstrækning lægger sig i sengen, og ofte er aktive og oppegående til det sidste. De står, til de falder. Det egentlige terminale forløb for denne gruppe adskiller sig fra de terminale forløb i de ordinære plejetilbud. De vil typisk være af kortere varighed.

Selvom tallene måske ikke er helt sammenlignelige vil jeg sammenholde driftsudgifterne for hhv. Plejekollektivet (3. projektår), Plejekollektivet Sundholm (1. projektår) med døgntaksten for en ordinær plejebolig til ældre samt døgntaksten for en plejebolig til demente i Københavns Kommune 2005.

Boform	Årlig pladspris/ takst 2005
Plejekollektivet Fochhammersvej (12 pladser, syge, hjemløse stofmisbrugere)	416.000
Plejekollektivet Sundholm (10 pladser, yngre alkoholmente)	520.000
Ordinær plejebolig (ældre borger)	407.000
Plejebolig til demente (ældre borger)	676.000

Plejekollektivets pladspris er lavere end Plejekollektivet på Sundholm. Plejekollektivet på Sundholm adskiller sig i øvrigt fra Plejekollektivet på Forchhammersvej ved, at de har etableret døgndækning.

Plejekollektivets pladspris er stort set tilsvarende prisen på en ordinær plejebolig i Københavns Kommune. Her bør man imidlertid tage to ting i betragtning. Det ene er, at Plejekollektivet kun har 12 pladser, hvor de fleste ordinære enheder er væsentligt større, således at der er tale om nogle stordriftsfordele, som man ikke har i Plejekollektivet. Således vil det være væsentligt dyrere for Plejekollektivet at ansætte særlige faggrupper f.eks. fysio - og ergoterapeuter, da antallet af beboere, der skal bære udgiften vil være mindre end i de ordinære plejeboliger. Derudover rummer Plejekollektivet beboere, der har udviklet demens, som er udskilt i særlige afsnit fra de ordinære tilbud på ældreområdet til en højere takst. Dertil kommer, at klientellet i Plejekollektivet og de særlige problemstillinger, denne gruppe har, må antages at stille særlige krav til personalenormeringen.

Udgifter til kost og logi er udenfor pladsprisen og betales af beboerne som egenbetaling. Her vil der være en særlig problemstilling, der skal overvejes, hvis man skal oprette "alternative" længerevarende/ varige pleje- og omsorgstilbud ud fra samme standarder, der gælder for ældregruppen over 65 år. Det, der skal overvejes er det rådighedsbeløb, som beboerne vil have, når de faste udgifter er betalt, herunder udgiften til en fuld servicepakke. I 2005 udgør minimumsbeløbet for enlige folkepensionister 1400 kr. enlige om måneden. De fleste vil dog have mere end dette, f.eks. vil en enlig folkepensionist, der bor i en 27m² plejehjemsbolig (med bad og toilet) have 2300 kr. til rådighed om måneden. Dette er et væsentligt lavere beløb end en beboer i Plejekollektivet, der modtager almindelig forhøjet førtidspension, har til rådighed til eget forbrug, når vedkommende har betalt for husleje, kost og vask samt egenbetaling af medicin og andre mindre udgifter i henhold til de standarder, der er for et botilbud, etableret efter §91 i Lov om Social Service.

Den sygeplejefaglige leders vurdering er, at der er behov for at skabe samarbejde om enkelte brugere mellem Plejekollektivet og den øvrige plejesektor, ligesom der kunne være en række fælles problemstillinger, hvor man kunne udveksle erfaring og give hinanden relevant sparring. Hans vurdering er dog, at det er helt afgørende, at aftalerne mellem behandlingssystemet for stofmisbrugere og plejesektoren etableres centralt og på politisk plan, for at der kan ske et egentligt gennembrud i de barrierer, der hidtil har været for samarbejde mellem de to systemer.

Kapitel 5. Beskrivelse af beboerne i Plejekollektivet

5.1. Opholdsvarighed og dødelighed

Fra Plejekollektivets start, primo august 2003 til udgangen af juni 2005 (to år på nær en måned) har der i alt været indskrevet 22 beboere, 7 kvinder og 15 mænd. Gennemsnitsalderen ved indflytning var 45 år, 2 var under 35, 14 var mellem 35 og 49 og 6 var over 50 år.

Af disse er 4 fraflyttede, og i alt 9 er døde, heraf 2 af de fraflyttede. Ved udgangen af juni måned boede der 11 i Plejekollektivet, hvoraf en var nyindflyttet, 10 havde boet der et år eller længere, og 6 havde boet der fra projektets start. Den 12. plads blev hurtigt optaget.

I projektperioden har der vist sig en tendens til øget stabilitet i beboergruppen, jo længere tid der er gået. Antallet af bortvisninger og fraflytninger er reduceret i løbet af projektperioden, lige som dødeligheden i 2005 ser ud til at blive lavere end i 2004, hvor i alt 5 døde. I 2005 er i skrivende stund (oktober 2005) 3 døde. Dødeligheden skønnes at være ca. 30% om året. Det ser ud til, at knap halvdelen af beboerne vil komme til at bo i Plejekollektivet over en længere periode, uanset deres prognose ved indflytningen. Det fremhæves af Plejekollektivets ledelse og medarbejdere, at mange af beboerne kommer sig efter en periode med god mad og trygge rammer og stabil medicinering, hvorved deres livsprognose ændres.

Tabel 1. Opholdsvarighed for 22 beboere, fordelt efter hvorvidt de fortsat bor i plejekollektivet 1. juli 2005, er bortviste eller døde

Opholdsvarighed (antal måneder)	Beboere 1. juli 05	Bortvist/ fraflyttet efter eget ønske	Død
0-3	1	1	1
4-6		1	1
7-12		2	5
13+	10 (heraf 6 fra projektets start)		
Antal i alt	11	4	7

Blandt de 4 fraflyttede, ønskede en at flytte tilbage til egen lejlighed efter et kort ophold, de tre øvrige blev bortvist af forskellige årsager, i et tilfælde var der tale om vold og trusler mod personalet, i de to øvrige tilfælde var der tale om "uhensigtsmæssig adfærd" over for de øvrige beboere. De tre bortviste blev sikret ophold i andre botilbud.

Tabel 2. Aldersfordeling ved indflytning og blandt beboerne 1. juli 2005.

Aldersgrupper:	Alder ved indflytning: (i alt 22)	Alder blandt beboere 1. juli 2005(11)
< 35	2	0
35-39	2	1
40-49	12	4
>49	6	6
Gennemsnitsalder	45	49
Yngst/ældst	31/63	36/63

Selv om der er en relativ stor aldersmæssig spredning i beboergruppen, - den yngste var 31, den ældste 63 ved indflytning - så er de fleste af de nuværende beboere i 40'erne og begyndelsen af 50'erne, og er således en aldersmæssigt ensartet gruppe. I løbet af projektets første to år er aldersspredningen blevet mindre og alderssammensætningen mere ensartet. Blandt de 11 beboere er 4 kvinder og 7 mænd.

5.2. Beboernes misbrugskarriere, misbrugsmønster og behandlingsstatus

Beboerne har med enkelte undtagelser været stofmisbrugere, siden de var ganske unge. Der er tale om blandingsmisbrug, hvor opiatafhængighed er det dominerende afhængighedsproblem. Ved indflytningen var alle i længerevarende substitutionsbehandling og havde et aktivt sidemisbrug i varierende grad.

Hovedparten har haft kontakt med behandlingssystemet i en årrække, hvor de har været i substitutionsbehandling i ambulant regi, afbrudt af flere midlertidige og korterevarende ophold på Plejeafdelingen på Specialinstitutionen Forchhammersvej, på sygeafdelingen på Sundholm og i enkelte tilfælde på omsorgsophold/ rekreative ophold på kommunale eller private behandlingstilbud⁷. De har typisk haft talrige hospitalsophold af kortere varighed.

5.3. Boligsituation ved indflytning i Plejekollektivet

Ved indflytningen var beboernes boligsituation følgende:

Egen bolig	5
Hjemløsetilbud, gaden	15
Ordinært plejehjem	2

5 ud af 22 kom fra egen bolig ved indflytning i Plejekollektivet. De magtede ikke at opretholde egen bolig på trods af hjælp i hjemmet. Lejligheden sandede til på trods af talrige hovedrengøringer og hjemmehjælp. For nogle var der tale om ekstrem social isolation under uværdige forhold. Når brugerne svækkes fysisk eller psykisk, har de svært ved at klare sig i stofmisbrugsmiljøet, hvor stærke brugere dominerer de mindre stærke. Nogle kunne ikke holde uindbudte gæster på afstand, "uvenlige mennesker", der trængte sig ind på, andre kunne ikke udholde at opholde sig i egen lejlighed og opholdt sig hos familie, som ikke formåede at give den støtte, der var behov for.

En af beboerne fortalte "min lejlighed var brændt af - der boede for mange junkier derude...".

En anden erkendte ikke at kunne klare sig selv alene længere: "Før havde jeg min egen lejlighed, den har jeg måttet sige op - jeg kan jo ikke det der med at være alene mere. Jeg var gået i stå - jeg kunne ikke trives i min egen lejlighed alene..."

En tredje beboer fortalte, hvordan han ikke kunne leve i fred: "Jeg havde en meget stor etværelses lejlighed med alkove, pænt køkken og badeværelse med indbyggede skabe, men det kunne ikke lade sig gøre for mig at leve i fred der, nogle prøvede at dominere mig og få nogle penge. Jeg sagde til dem på Forchhammersvej, at jeg ikke ville bo der mere..."

Hovedparten, 15 af de 22, havde de sidste år inden indflytningen på Plejekollektivet opholdt sig på herberger, i midlertidige botilbud, i bofællesskaber med krav til større selvhjulpethed og mobilitet end de kunne klare, på gaden eller midlertidigt hos familie og bekendte. De havde ført en omskiftende tilværelse med kontakt til det ambulante behandlingssystem og forskellige hjemløsetilbud, samtidig med at deres helbred i stigende grad blev svækket, og de kroniske sygdomme, mange led af, forværredes. Flere har måttet afslutte deres ophold på herberger og bofællesskaber på grund af sygdom.

En beboer, der meget mod sin vilje har måttet give afkald på det frie liv, siger: "Nu bor jeg her, og det er udelukkende på grund af sygdom, at jeg bor her. Jeg havde ikke andre muligheder. Hvis jeg

skulle bo på nogle herberger, det ville ikke gå, fordi så ville det bare ende med amputation – og det vil det jo nok ende med alligevel...det er ikke fordi jeg vil bo på herberg, jeg ville hellere bo på gaden for at være ærlig.”

En beboer fortæller, hvordan hans sygdom betingede hans indflytning fra et andet bofællesskab: *”Jeg boede på et herberg, men der var ikke nok pleje og omsorg. Jeg kunne godt få dem til at gøre rent på mit værelse – og vaske mit tøj, men jeg kunne ikke få dem til at gå til købmanden for mig. De sagde, at jeg havde godt af at gå på trapper. Det var noget værre noget. Der skulle jeg så ned fra 4. sal og hente medicin. Det var en kamp for livet med de trapper. Det var et helvede.”*

En beboer fortalte, at han boede hos familie, men det kunne ikke fortsætte, da *”de kørte for meget på hinanden.”* Dertil kom, at han havde behov for hjælp til at strukturere sin dag, få styr på sit misbrug og sin medicin, som skulle tages regelmæssigt for at virke.

Andre igen kunne med deres svækkede tilstand ikke klare sig i det hårde sociale miljø blandt deres hjemløse fæller på herbergerne og på gaden.

To af beboerne har på et tidspunkt boet på et ordinært plejehjem, men var blevet bortvist fra plejehjemmet, enten pga. sidemisbrug, en uacceptabel adfærd eller pga. deres kontakter til misbrugsmiljøet. På det tidspunkt, hvor de blev bortvist fra de ordinære plejehjem, var Plejekollektivet det eneste alternativ, da deres plejebehov var stort, uanset at de ikke blev vurderet at være i et terminalt forløb.

Ved indflytning har de færreste beboere medbragt bohavede, der kan bruges til at møblere deres værelse med. De, der havde noget at medbringe, bragte det med. De beboere, der har interesse for det, anskaffer efterhånden nogle ejendele og indretter sig med få personlige ejendele, udover sengen, som er en ”obligatorisk” hospitalsseng. Stort set alle beboerne har anskaffet sig fjernsyn på deres værelse. Værelsernes størrelse sætter begrænsninger på antallet af og størrelsen af møbler, tøj og nips.

5.4. Beboernes sociale netværk ved indflytning

Ved indflytningen havde ca. halvdelen en vis, men sporadisk kontakt til familie, forældre, hvis de levede, til en søster, en moster eller en x-kone eller x-mand. Få havde intakte relationer til deres familie.

Stort set ingen af beboerne havde kontakt til deres børn, som for langt hovedpartens vedkommende havde været anbragt udenfor hjemmet eller fortsat var i en plejefamilie, som de heller ikke havde nogen kontakt med.

Knap halvdelen havde ved indflytningen ingen nære relationer. For dem var kontakten til personale og medbeboere/ medklienter de primære stabile sociale kontakter.

Flere blev karakteriseret som enspændere i og med, at de har svært ved at fungere blandt andre og har svært ved at skabe kontakter.

Enkelte beskrives som generelt vellidte, som har nemt ved at få venner.

5.5. Beboernes helbredsmæssige status ved indflytningen

Plejekollektivets beboere indskrives for hovedpartens vedkommende i botilbuddet i en situation, hvor det skønnes, at de højst har 1-2 år tilbage at leve i. Nogle få falder udenfor denne definition. De indskrives med omfattende plejebehov, kan ikke klare at bo i egen bolig, men afvises eller kan ikke rummes på et almindeligt plejehjem. Da der ikke er andre relevante tilbud, indskrives de så i Plejekollektivet. Ved indskrivningen har ca. to tredjedele HIV-Aids, flere er smittet med hepatitis c, nogle har udviklet levercirrose, nogle har tuberkulose, svære sår - og benlidelser, lammelser efter hjerneblødninger, lungelidelser og flere har fået konstateret psykiske lidelser, herunder demens.

5.6. Beboernes funktionsniveau, kognitivt, færdighedsmæssigt/ mentalt og socialt.

Projektets ergoterapeut har udarbejdet funktionsvurderinger/ beskrivelser af de beboere, der ønskede at medvirke eller havde mulighed for det i perioden fra juli til medio oktober 2005, i alt 8 ud af 12.

Funktionsvurderingerne er foretaget på baggrund af en ergoterapeutisk undersøgelse af hver enkelt beboer ud fra en standardiseret metode til at udrede symptomer ved demenssygdomme (Trandex), som vurderer kognitiv funktion (CF), selvhjulpethed i forhold til primære daglige færdigheder (ADL) samt daglig mental og social funktion (DMSF). Trandex er valgt, da det giver mulighed for en helhedsvurdering, og samtidig kan tilpasses beboerens realitet, således kan man tage hensyn til uddannelsesniveau og undlade at stille spørgsmål, der unødvendigt udstiller beboerens eventuelle manglende kundskaber. Derudover kan Trandex blive et tværfagligt arbejdsredskab. Trandex er blevet udviklet til brug i plejehjemsområdet og er fortrinsvist anvendt til ældre mennesker med plejebehov. Det er ergoterapeutens vurdering, at det er et hensigtsmæssigt redskab i Plejekollektivets regi, da man må forvente, at Plejekollektivets beboere efter mange års misbrug kan have udviklet demens eller symptomer på demens. Det kan påvirke resultaterne af testene, hvis beboeren er påvirket undervejs, hvilket ergoterapeuten har forsøgt at tage højde for ved kun at gennemføre testene og undersøgelsen, når hun skønnede, at beboerne ikke var påvirkede af f.eks. et sidemisbrug (var habituelle).

De tre funktionsområder interagerer indbyrdes og i fortolkningen inddrages vurderinger fra alle tre områder. Undersøgelsen kan bruges til at udrede symptomer på demens, som efterfølgende kan indgå i en egentlig diagnosticering af demenssygdomme eller demenstilstande med henblik på at iværksætte relevant behandling. En egentlig diagnosticering af demenssygdomme kræver en efterfølgende lægeundersøgelse, som der ikke er foretaget her.

Formålet med funktionsvurderingerne er at få et objektivi grundlag for, hvordan personalet kan styrke brugernes ressourcer og minimere dysfunktionerne, herunder hvilke støtteforanstaltninger, aktivitetstilbud og omsorgsforanstaltninger, som passer til den enkelte beboers funktionsniveau.

I denne sammenhæng anvendes resultaterne til at angive gruppens funktionsniveau. Nedenfor i tabel 3 er der redegjort for hvilke funktionsområder, der indgår i funktionsvurderingerne, for hvordan scoringsniveauet skal ses i relation til normalområdet, og endelig angives beboernes samlede niveau indenfor de tre funktionsområder hver for sig.

Tabel 3. Oversigt over de samlede resultater fra funktionsvurdering af 8 beboere

	CF (Kognitiv funktion)	ADL (selvhjulpenhed)	DMSF (Daglig mental og social funktion)
Scoring:	0-60	0-150	0-90
Høj scoring= højt funktionsniveau Lav scoring = lavt funktionsniveau	48-60 (80%-100%)=grænseområde for normalområdet/ reduceret funktionsniveau. Følgende områder testes: orientering, sprog, hukommelse, koncentration, abstrakt tænkning, rumlige opgaver.	Redskabet er udviklet til en målgruppe bestående af ældre mennesker med demenssygdomme og omhandler kun primære daglige færdigheder. Følgende områder observeres og indgår i vurderingen: komme ind og ud af seng/stol/kørestol, bevæge sig fra seng til toilet, vaske sig og tørre sig, klare toiletbesøg, klæde sig på, spise et anrettet måltid.	90= normalt funktionsniveau. Redskabet er udviklet til at vurdere funktionsniveau, hvor følgende områder observeres og indgår i vurderingen: opmærksomhed, koncentration, motivation, initiativ, stemningsleje, emotionel kontrol, emotionel affladigelse, irritabilitet, aggression, ængstelighed/angst, utilstrækkelighedsfølelse, isolation, social tilpasning/kontakt, indsigt i egen situation, målrettet adfærd, rastløshed).
Gennemsnitlig scoring for 8 beboere	35/ 60%	132/ 91%	62/ 69%
Spredning	18-48/ 30%-80%	80-150/ 53%-100%	33-79/ 36%-87%
Median	31/ 52%	149/ 93%	60/66%

Det er ergoterapeutens vurdering, at de 8 beboere er repræsentative for Plejekollektivets beboergruppe (målgruppe), og at spredningen i materialet stort set svarer til de forskelle, der er i den samlede beboergruppe mht. funktionsniveau.

Kognitiv funktion

Gruppens samlede gennemsnitlige score ligger på 60% af mulige scores, hvilket ligger under grænseområdet for et reduceret funktionsniveau, som ligger på mellem 80- og 100%. Den laveste score er på 30%, og den højeste ligger på 80%. Dermed har stort set alle tegn på en reduceret kognitiv funktion. De problemområder, der hyppigst optræder, er hukommelsesproblemer, vanskeligheder med abstrakt tænkning, koncentration og rumlige problemer, alle træk der kan være symptomer på demens. Disse problemer, afhængig af problemernes styrke, og af hvorvidt de optræder sammen med andre problemer, kan betyde, at man har sværere ved at indlære nyt, at man har svært ved at orientere sig i nye miljøer, at man kun kan blive dus med nærmiljøet, men ikke andet. Hvis de kognitive funktioner reduceres, kan man overleve på de daglige rutiner indenfor en given radius, men man vil typisk afholde sig fra nye udfordringer.

ADL (selvhjulpenhed)

Graden af selvhjulpenhed vurderes ud fra observationer i det daglige. Det redskab til vurdering af selvhjulpenhed, der blev anvendt, er som nævnt udviklet til at undersøge demente ældre menneskers grad af selvhjulpenhed i et skærmet miljø. Det måles, om man er selvhjulpen i forhold til personlig hygiejne og indtagelse af føde. Scorer man 100% på selvhjulpenhed, er det ikke ensbetydende med, at man kan klare sig selv i en hverdag med indkøb, rengøring, og hvad der ellers hører med til at

føre en selvstændig tilværelse. Det, der måles, er graden af selvhjulpethed i et omsorgs-plejetilbud, hvor andre sørger for en række funktioner.

Gennemsnitligt scorede gruppen højt på graden af selvhjulpethed, idet den gennemsnitlige score var 91% ud af mulige scores, spredningen var fra 53%-100%. Halvdelen scorede over 93%. Det høje scoringsniveau var uanset, at én var kørestolsbruger og 4 havde fået tildelt en rollator.

De områder, hvor graden af selvhjulpethed var svækket, var i forhold til den personlige hygiejne, hvor flere skulle have lidt hjælp.

DMSF (Daglig mental og social funktion)

Daglig mental og social funktion blev vurderet ud fra observationer af beboernes adfærd i dagligdagen i Plejekollektivet. En scoring på 100% af mulige scores svarer til normalområdet. Lavere scores betyder, at der kan være tale om en problematisk funktion.

Gennemsnitligt scorede gruppen af beboere 69% af mulige scores. Den, der scorede lavest, scorede 36%, den der scorede højest, scorede 87%. Ingen scorede 100%. De områder, hvor der hyppigst var problemer, var opmærksomhed, koncentration, initiativ, motivation og forsænket stemningsleje. Der syntes at være et stort sammenfald med de problemområder, der blev peget på i undersøgelsen af beboernes kognitive funktion.

Ergoterapeuten har udarbejdet en sammenfattende vurdering af hver af beboerne. I sammenfatningen indgik en vurdering af beboernes initiativ, hvad beboerne gav udtryk for, at de havde lyst til, og hvad de var motiverede for. Heraf fremgik en stor forskellighed blandt beboerne, hvor nogle tog initiativer på egen hånd i hverdagen, såvel hvad angik personlig hygiejne, rutineprægede opgaver og lystbetonede gøremål, mens andre skulle motiveres af personalet til de samme aktiviteter. Nogle havde brug for meget struktur og motivation og tilrettelæggelse for at få hverdagen til at fungere. Få ønskede aktiviteter uden for Forchhammersvej, som noget de havde særlig lyst til.

Funktionsniveauet er kontekstafhængigt

Når man skal vurdere beboernes funktionsniveau, skal man indtænke, at problemområderne og scoringsniveauet kan være betinget af den sociale kontekst, som adfærden vurderes i. F.eks. var det ergoterapeutens og andre personalers vurdering, at beboerne kunne udvise såvel motivation som initiativ i en feriensituation, på udflugter eller blot på en køretur på tomandshånd med en medarbejder. På samme måde var det ergoterapeutens vurdering, at når nogle af beboerne skulle agere i deres kendte miljø (misbrugsmiljøet), viste de et anderledes initiativ, end man ofte så i Plejekollektivets hverdag.

Som helhed scorede gruppen højest på selvhjulpethed og lavest på kognitiv funktion, hvor ingen kom op i normalområdet. Tilsyneladende er den daglige mentale og sociale funktion meget kontekstafhængig, og derfor er testresultatet vanskeligt at generalisere ud fra.

5.7. Beboernes selvvalgte helbred

De beboere, der boede i plejekollektivet i maj-juni måned, er blevet spurgt, om de ville udfylde et spørgeskema om selvvalgt helbred (SF 36⁸). 10 ud af 11 beboere har udfyldt skemaet. Nogle har gjort det på egen hånd. Andre blev hjulpet af deres kontaktperson ved udfyldelsen.

Spørgeskemaet er standardiseret og gennemtestet. Følgende helbredsområder indgår i den samlede vurdering af helbredssituationen⁹:

- fysisk funktion.
- Begrænsninger, der er fysisk betingede
- Fysisk smerte
- Alment helbred
- Energi.
- Social funktion
- Begrænsninger, der er psykisk betingede
- Psykisk velbefindende

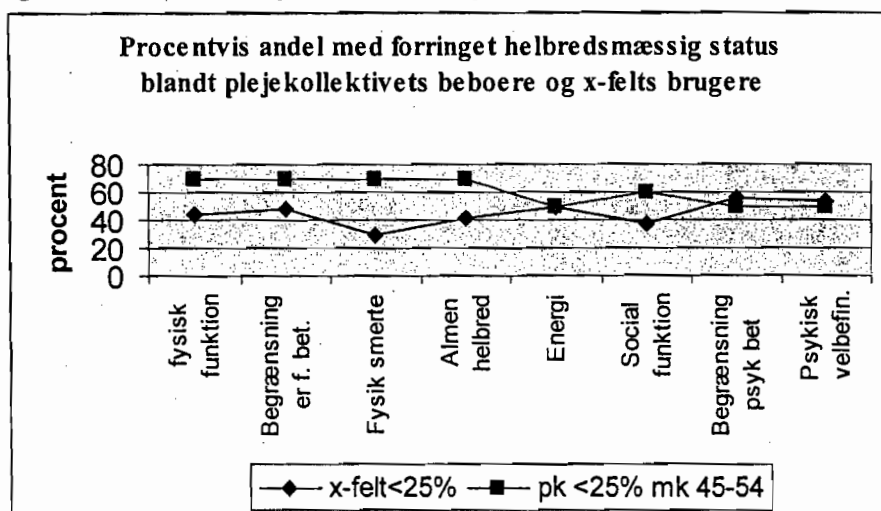
Dette spørgeskema har tidligere været anvendt ved undersøgelser af normalbefolkningen samt undergrupper herindenfor, f.eks. mennesker med kroniske lidelser. En gruppe stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling i det ambulante behandlingstilbud i København, X-felt¹⁰, har udfyldt skemaet ved indskrivning i behandling og igen efter hhv. 2, 6 og 22 måneder i behandling.

Her er valgt at sammenligne Plejekollektivets beboeres besvarelser med hhv. normalbefolkningen i en tilsvarende aldersgruppe og med x-felts brugere, der gennemsnitligt er ca. 10 år yngre end Plejekollektivets beboere, men som har stofmisbrugerkarrieren og den længerevarende substitutionsbehandling til fælles med dem.

Der er ud fra undersøgelsen gennemført i normalbefolkningen defineret et mål for "forringet helbredsmæssig status". Det er defineret ved den laveste kvartils score, dvs. den score, som 25% af normalbefolkningen, der scorer lavest, ligger på eller under.

Ved sammenligning (figur 1) ses hvor stor en andel blandt hhv. Plejekollektivets og X-felts brugere, der scorer under niveauet for den laveste kvartil i normalbefolkningen. Det giver ingen mening at teste sammenligningen via statistiske tests, da der er alt for få observationer i materialet fra Plejekollektivet, men de fundne forskelle er så store, at de giver et fingerpeg, som virker troværdigt. De placerer i overvejende grad Plejekollektivets beboere, hvad angår fysisk helbred, i den laveste ende af skalaen.

Figur 1. Andel med forringet helbredsmæssig status blandt Plejekollektivets beboere og x-felts brugere.



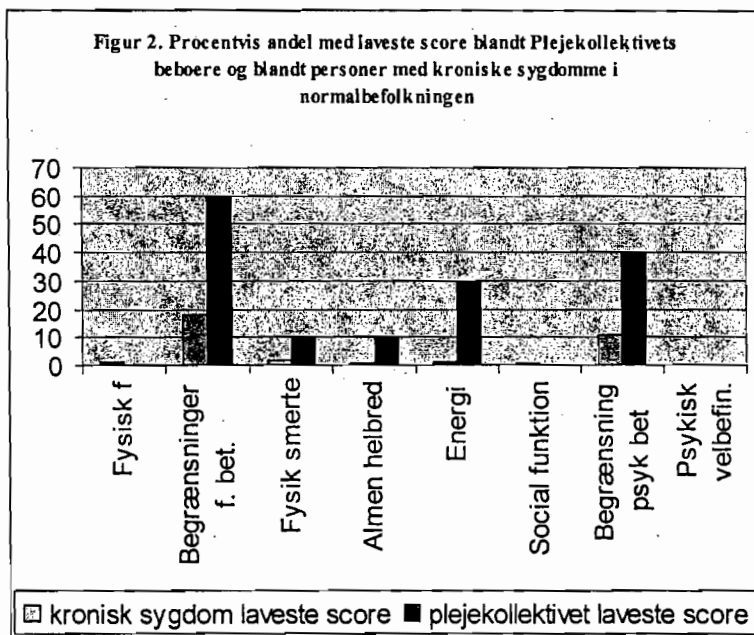
Ca. 70% af Plejekollektivets beboere har en "forringet helbredsmæssig status", når det gælder fysisk helbred og almen tilstand efter deres egen vurdering. Dette er markant over x-felts brugere, hvor andelen, der har et forringet niveau, er på mellem 30 og 48%, hvad angår det fysiske helbred og almentilstanden.

Det er overraskende, at andelen, der angiver at have et forringet energiniveau er det samme for de to grupper, ligesom andelen, der har en forringet psykisk helbredsmæssig status, stort set er den samme for de to grupper. Fælles for de to grupper er, at andelen, der har en forringet helbredsmæssig status, ligger markant over normalbefolkningens niveau.

Sammenlignes den andel blandt Plejekollektivets beboere, der scorer 0, dvs. lavest på de forskellige helbredsområder, med personer, der lider af kroniske sygdomme blandt befolkningen som helhed, ses (figur 2), at Plejekollektivets beboere hyppigere scorer lavest på flere helbredsområder end personer generelt der lider af kroniske sygdomme. Dette betyder, at de formentlig hyppigere end andre med kroniske lidelser:

- har problemer med at udføre daglige aktiviteter på grund af det fysiske helbred
- føler sig trætte og udslidte hele tiden

- har problemer med at udføre de daglige aktiviteter på grund af det psykiske helbred



5.8. Sammenligning med beboere i andre alternative plejehjem

Behovet for at oprette alternative plejetilbud til socialt udsatte mennesker med misbrugsproblemer er i stigende grad blevet erkendt over hele landet. I løbet af de sidste 5 år er der oprettet en række alternative tilbud. I Århus Amt gennemførte man en behovsanalyse i 1999 og på denne baggrund har man siden hen oprettet i alt 28 pladser i 3 boenheder i henhold til §§ 92 og 73 i Lov om Social service. I Nordjyllands amt oprettede man 10 pladser i en boenhed i 2000, og i Fyns Amt åbnede man i 2005 et alternativt plejehjem med 8 boliger i 2005. Alle enhederne er placeret i tilknytning til større forsorgshjem uden for de større byer.

Målgrupperne er stort set sammenfaldende beskrevet som personer, der på grund af fysiske, psykiske og misbrugsmæssige problemer har brug for vedvarende omsorg, pleje og social kontakt, men som på grund af deres adfærd og aktive misbrug ikke kan rummes i de ordinære plejetilbud.

Det er indtrykket efter at have besøgt 3 af disse alternative plejehjem i efteråret 2005, Dannesbohus, placeret i tilknytning til St. Dannesboe i Fyns Amt, Det alternative plejehjem på Svenstrupgård i Nordjyllands Amt og Landlyst, placeret i tilknytning til Forsorgshjemmet Godrum i Århus Amt, at beboergrupperne er karakteriseret ved overvejende at være midaldrende og ældre alkoholmisbrugere med helbredsmæssige og i nogle tilfælde psykiske lidelser.

Beboerne i de øvrige alternative plejehjem skønnes generelt at være mindre sygdomsmæssigt svækkede end Plejekollektivets beboere, ligesom de skønnes at have en noget længere livsprognose. Blandt 36 beboere i Århus Amts 3 boenheder var 5 døde i perioden fra indflytning i hhv. 2001, 2001 og 2003 til udgangen af 2004. På Dannesbohus, som var åbnet i april måned, havde der indtil november måned 2005 ikke været nogen dødsfald blandt beboerne. Dødeligheden blandt beboerne på de øvrige alternative plejehjem synes at være væsentligt mindre end blandt Plejekollektivets beboere, hvor knap en tredjedel dør om året.

Det ser ud til at Plejekollektivet - sammenlignet med de øvrige alternative plejetilbud - har den sygdomsmæssigt mest belastede målgruppe med den korteste livsprognose og dermed flest terminale forløb.

5.9. Samlet vurdering af beboernes situation

Den daglige leder af Plejekollektivet opsummerer beboernes situation sådan:

" De er her ikke, fordi de har Aids, selv om de fleste har HIV og har haft det længe – eller fordi de har andre kroniske sygdomme. De er her fordi deres andre misbrugsrelaterede lidelser (leverlidelser, lungelidelser, sår der ikke vil heles, demens) er så langt fremskredne og deres adfærd er sådan, at de ikke kan tage vare på sig selv i egen bolig og sørge for mad, tøj – og de kan heller ikke leve på gaden, eller på et herberg i den tilstand, de har udviklet".

Alt i alt har beboerne ved indskrivningen en social- misbrugsmæssig og helbredsmæssig status, der kræver stabil medicinering og relevant sundhedsfaglig indsats, hjælp og støtte til daglig livsførelse, omsorg og social kontakt, fysiske rammer, der tager hensyn til, at mange har svært ved at komme rundt på egen hånd uden hjælpemidler. Beboerne har behov for aktivitetstilbud, der modsvarer deres behov og ressourcer. De har også behov for en rummelighed i forhold til adfærd og aktivt misbrug. Beboerne er ved indflytning aktive misbrugere, samtidig med at de er i substitutionsbehandling, og det er en side af beboernes liv, der har været deres følgesvend uanset livets omskiftende karakter. Hvis beboerne skal kunne få et længerevarende ophold – finde et blivende opholdssted i Plejekollektivet, skal Plejekollektivet kunne rumme beboernes aktive misbrug.

Allerede fra projektets start har man taget afsæt i, at Plejekollektivet er beboernes eget hjem, at beboerne har suverænitæt over deres eget værelse. Da der i løbet af projektets første to år har vist sig en tendens til, at beboerne bor i Plejekollektivet over en lang periode, og at gruppen stabiliserer sig, stiller det voksende krav til, at tilbuddet indrettes derefter, således at beboerne reelt kan tage stedet til sig som deres eget hjem, sætte deres præg på det og opleve det som deres hjem – og ikke blot til låns. Det stiller krav til livsindholdet i hverdagen, til de fysiske rammer, til det pædagogiske

indhold i tilbuddet og til det sociale indhold, herunder beboernes sociale relationer indbyrdes, beboernes relationer til personalet, evt. gendannelse af relationer til et tabt familiært netværk, til åndelige stimuli og oplevelser i hverdagen.

Da tilbuddet også er et tilbud til beboere i den sidste livsfase, stiller dette særlige krav til, at man i projektet kan håndtere liv og død samtidig, at man kan yde passende pleje og omsorg i et terminalt forløb.

Beboernes helbredsmæssige situation med komplekse sygdomstilstande kræver, at deres tilstand følges, og at der reguleres i medicin og indsats, således at deres tilstand ikke forværres yderligere eller ikke mere end, hvad der er uafvendeligt i relation til deres sygdoms fremskredne tilstand. Dette indebærer kontakt til og samarbejde med sundhedsvæsnets specialafdelinger, der kan vurdere udviklingen i beboernes sygdomme og rådgive om ændringer i medicinering og øvrige foranstaltninger. Dette gælder både somatiske og psykiatriske specialer.

Da der blandt beboerne er flere, der lider af smitsomme sygdomme, kræver det, at man tager visse hygiejniske forholdsregler, når flere skal leve sammen i det daglige, således at smitterisikoen reduceres.