Tätigkeits- und Wirkungsbericht: Gesundheitliche Betreuung suchterkrankter Menschen im Innenstadtbereich

Projektträger: SIDA e.V. Hannover

Projektzeitraum: 1.5.2020 – 31.12.2020

Hannover, im August 2020

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

1. Zusammenfassung ... 3
2. Die Eckpunkte des Konzeptes ... 4
a. Der SIDA e.V. ... 4
b. Care Management durch SIDA e.V. ... 4
c. Zielgruppe ... 4
d. Regionale Begrenzung ... 4
e. Zugangswege ... 5
f. Umsetzung ... 5
g. Dokumentation ... 5
h. Daten- und Persönlichkeitsschutz ... 5
3. Die Umsetzung ... 6
a. Beginn und Dauer des Projektes ... 6
b. Rahmenbedingungen ... 6
c. Leistungsumfang ... 6
d. Ablauf eines Projekttages ... 7
e. Weiterleitung der Patienten in das medizinische Regelsystem ... 10
f. Dokumentation ... 10
g. Auswertung der Dokumentation ... 10
h. Aufteilung Männer – Frauen ... 10
i. Aufteilung versichert - nicht versichert ... 11
j. Akut krank – chronisch krank ... 11
k. Sucht eine andere medizinische Struktur auf ... 11
l. Allgemeinzustand ... 12
m. Wundsituationen ... 12
n. Psychische Auffälligkeiten ... 12
i. Einschränkungen der Mobilität ... 12
o. Pflegefälle ... 13
p. Ausländische Betroffene ... 13
4. Ausblick 2021 ... 13

1. Zusammenfassung

In Zusammenarbeit mit der Stadt wurde das Projekt „Pflegerische Betreuung suchterkrankter Obdachloser im Innenstadtbereich durch aufsuchende Arbeit“ vom SIDA e.V. Ende Januar 2020 konzipiert. In der internen Kommunikation wurde das Projekt wegen der organisatorischen Durchführung als *„SIDA Mobil“*

bezeichnet.

Wohnungslose Suchterkrankte haben nach kurzer Zeit auf der Straße mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen. Als Beispiel seien Wunden genannt. Mangelnde Hygiene, Verletzungen, Abschürfungen, Einfluss von Feuchtigkeit führen zu Wunden. Diese Wunden werden oft nicht behandelt. Die käBetroffenen möchten Arzt- und Krankenhausbesuche vermeiden. Häufig ist eine Krankenversicherung nicht vorhanden. Das SIDA Mobil Projekt setzt hier an.

Das Projekt musste also im Rahmen einer aufsuchenden Arbeit erfolgen. Um möglichst flexibel agieren und um unabhängig zu sein, wurde ein Bollerwagen angeschafft. Dieser Bollerwagen wird vor jeder Tour dannmit den für die pflegerischen Arbeiten notwendigen Materialien bestückt (Masken, Verbandsmaterial, Wunddesinfektionsspray und mit Infomaterial der Hilfestrukturen der Stadt).

Organisatorische Umsetzung: Aus Sicherheitsanforderungen für die MitarbeiterInnen mussten die Dienstpläne so verändert werden, dass zwei MitarbeiterInnen gemeinsam die Tour begleiten. Diese wurden so gestaffelt, dass die Touren verlässlich am Montag und Donnerstag jeweils in der Zeit von ca. 13 - 16 Uhr und zusätzlich einmal zu unbestimmten Zeiten durchgeführt werden.

Im Schnitt werden 10 – 12 Kontakte pro Tour hergestellt, von denen die meisten auch behandelt werden. Soweit die Krankheitssymptome über den Kompetenzbereich der Schwester hinaus gehen, agieren diese auch als Schnittstelle zum Gesundheitssystem und geben Unterstützung bei der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Regelsystems.

2. Die Eckpunkte des Konzeptes

a. Der SIDA e.V.

Der Verein SIDA e. V. übernahm nach einer Bundesmodellprojektphase am 1. Juli 1992 seine Tätigkeit als Spezialpflegedienst für Menschen mit HIV und Aids. Die enge Kooperation und Vernetzung von medizinisch-pflegerischer Versorgung und Sozialarbeit zeichnet SIDA besonders aus. SIDA steht für „Soforthilfe und Information durch ambulante Versorgung“.

Schwerpunkt der aktuellen Arbeit ist die Versorgung drogenabhängiger Obdachloser u.a. durch BSubstitution, Pflege. Gemeinsam mit der Caritas betreiben wir die feste Gesundheitsprechstunde für Obdachlose. Darüber hinaus bieten wir kranken- p Obdachlosen die Möglichkeit, in einer der 14 Wohnungen unseres Wohnprojektes Shorty tunter zu kommen.

b. Care Management durch SIDA e.V.

In Analogie zum Case Management legt das Care Management den Schwerpunkt auf die gesundheitliche Betreuung, dabei geht die Tätigkeit über die rein pflegerische Tätigkeit weit hinaus und bedarf spezieller Ausbildungen und Erfahrungen z.B. im Bereich der Drogensubstitution.

Im Rahmen der Umsetzung der Projektzielsetzung sollden Betroffenen bei der Stabilisierung und Verbesserung der aktuellen und konkreten Lebens- und Gesundheitssituation Hilfestellung gegebensowie Wege zu zeigen und zu ebnen werden.

c. Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes sind suchterkrankte Obdachlose, die nicht durch andere Maßnahmen erreicht werden. Daher müssen sie durch eine aufsuchende Arbeit betreut werden.

d. Regionale Begrenzung

Das Angebot soll zunächst auf den Innenstadtbereich / bekannte Hotspots begrenzt werden. Ob man die regionale Begrenzung durch eine Entfernungsangabe wie z.B. 1,5 KM um den Bahnhof oder durch Bearbeitung bestimmter Hot SpotsOe (z.B. Fernroder Straße, etc. begrenzt) ist für das Konzept selber nicht ausschlaggebend.

e. Zugangswege

Die Zielgruppe kann nicht in „Kommstrukturen“ eingebunden werden. Daher ist eine aufsuchende Arbeit erforderlich. Der Zugangsweg beinhaltet daher eine Komponente Erarbeitung einer

- Vertrauensbasis
- und eine zweite KomponenteVerlässlichkeit des Angebots
- und Drittens Anbieten der Leistung vor Ort.

f. Umsetzung

Die Umsetzung erfolgt dadurch, dass die Schwestern des SIDA e.V. mit dem SIDA Mobil zu bestimmten Zeiten neuralgische Punkte aufsuchen, dort mit den Patienten sprechen, die wesentlichen Probleme identifizieren und soweit möglich direkt vor Ort „erste Hilfe“ im Wortsinne leisten.

g. Dokumentation

Eine einzelfallbezogene Dokumentation über den Verlauf von Inhalt und Umfang der Hilfen wird im Rahmen der Aktenführung durch die Pflegekraft gewährleistet. Im Rahmen eines Tätigkeits- und Wirkungsberichtes wird eine Bewertung der Zielerreichung vorgenommen, daraus resultieren neue Ziele und Schwerpunktsetzungen für die Arbeit.

h. Daten- und Persönlichkeitsschutz

Zu der Schaffung von Vertrauen gehört bei der Umsetzung der Maßnahmen insbesondere auch, dass sowohl der Datenschutz als auch die Persönlichkeitsrechte gewahrt bleiben. Dazu werden im Rahmen des Möglichen alle erforderlichen Maßnahmen organisatorischer und operativer Natur getroffen.

Wie auf den Bildern zu sehen ist, führen wir z.B. Regenschirme mit, mit denen wir auf Wunsch die Patienten im wahrsten Sinne des Wortes auf Wunsch „abschirmen“. Der Wunsch nach schneller Hilfe, was angesichts der z.T. zu behandelnden Wunden sofort nachvollziehbar ist, überwiegt den Wunsch nach Privatsphäre häufig, so dass die Patienten häufig auf diese angebotene Maßnahme verzichten.

3. Die Umsetzung

a. Beginn und Dauer des Projektes

Bedingt durch die Corona Maßnahmen und die damit einhergehenden Probleme bei der Beschaffung von Schutzmaterial konnte das Projekt nicht so schnell wie geplant umgesetzt werden. Der Startschuss erfolgte erst im Mai 2020. Die Beendigung des Projektes ist im Dezember 2020 vorgesehen.

b. Rahmenbedingungen

Wo gehe ich hin ich als Wohnungsloser, wenn aufgrund einer Pandemie die sonst gut eingeführten Strukturen der Wohlfahrtsverbände nicht im gewohnten Umfang zur Verfügung stehen?

Schon außerhalb von Corona war ein grundlegendes Problem der Versorgung von Wohnungslosen, dass diese bei gesundheitlichen Problemen die Kommstrukturen nicht oder nur in absoluten Notfällen aufsuchen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und den Verantwortlichen bekannt, ohne dass auf dieses Verhalten eingewirkt werden kann.

Als Leitlinie für dieses Projekt haben wir„Wer Menschen unterstützen will, muss Ihnen begegnen.“Gewählt.

c. Leistungsumfang

Die examinierten Pflegefachkräfte mit jahrelanger Erfahrung bieten im Rahmen des niedrigschwelligen Angebots Pflege, Betreuung und Krankenbeobachtung, Beratung und einfach zuhören an. Im Rahmen der gesundheitlichen Pflege erfolgen Messung von Vitalwerten, Fieber, Wundversorgungkleinsten, Zuckerbestimmung, Verteilung von Masken, Wasser sowie Infos zu Corona.

Neben diesen „handfesten“ Tätigkeiten hat unsere Arbeit auf der Straße aber einen ebenso großen Anteil an psychosozialen Komponenten. In einer Zeit des Abstands trotzdem etwas Nähe herzustellen, auch das ist ein Ziel der Behandlungspflege, die aber eben auch nicht ganz ohne Kontakt möglich ist.

Die Schwestern suchen die Wohnungslosen in ihrer Lebenswelt auf. Ein „bekanntes Gesicht“ kommt regelmäßig in Zeiten der Pandemie zu ihnen zu Besuch. So wird Vertrauen und eine „anwaltliche“ Interessenvertretung (im Sinne der gesundheitlichen Versorgung) aufgebaut. Die Grundlage ist einerseits Kontinuität und anderseits Achtung vor der Lebensgestaltung, die dann in Begegnung auf Augenhöhe mit

Respekt und zu Vertrauen und Akzeptanz führt. So wird die Hilfe dann auch angenommen. Das Gefühl des „da seins“ wird generiert und das Wiedertreffen gestaltet sich weniger schwierig als in anderen Hilfestrukturen.

In Zeiten von technisierter Medizin, die auch mit Hilfe des Computers zunehmend organisiert wird, ist die Nutzung eines so untechnischen Werkzeugs wie des SIDA Mobils als Instrument der niedrigschwelligen Arbeit schon fast wieder innovativ. Die Arbeit mit den Patienten auf der Straße kann eben nicht immer mit den Datenschutzanforderungen in Übereinstimmung gebracht werden (obwohl ausschließlich anonym oder Aufnahme von Patientendaten gearbeitet wird). Die praxistaugliche Hilfe des Projektes muss unter schwierigen äußeren Bedingungen geleistet werden. Um sie als System auf andere Projekte zu übertragen, sind Ausbildung, Motivation und Empathie der Mitarbeiter unerlässlich.

d. Ablauf eines Projekttages

Das SIDA Mobil wird vor jeder Tour mit den notwendigen Materialien bestückt. Dazu gehören die unterschiedlichsten Dinge, die zur Pflege auf der Straße benötigt werden. Ein Schwerpunkt liegt auf Verbandsmaterialien, aber bei heißem Wetter gehören auch z.B. Wasserflaschen zur Standardausstattung.

Die Vorbereitung des SIDA Mobils nimmt ca. eine Stunde in Anspruch. Die mitzunehmenden Mittel müssen jeweils geprüft und ergänzt werden. Manchmal muss auch Schwund ausgeglichen werden. Mittlerweile kann auch schon abgeschätzt werden, dass der eine oder andere Patient mit schon zu definierenden Materialanforderungen Teil des Projekttages sein wird; auch darauf wird bei der Bestückung des SIDA Mobils geachtet.

So ausgestattet machen sich die Pflegekräfte in ihren leuchtend gelben Warnwesten von der SIDA e.V. Dienststelle auf den Weg zum nahegelegenen Bahnhof und den dortigen Hot Spots. Sowohl aus Sicherheits- als auch aus Gründen der Effektivität der Behandlung gehen jeweils zwei Schwestern gemeinsam auf Tour.

Im Laufe der Zeit von Mai bis jetzt haben sich die Schwestern des SIDA e.V. das Vertrauen der Betroffenen erarbeitet. In den Zeiten der Anwesenheit der äeSchwestern versammeln sich einige Patienten bereits um dnen ersten mobilen Behandlungsort, um sich helfen zu lassen. .Zwei typische Touren sind hier abgebildet. Dsewerden d gestaltetjeweils Eine typische Behandlungssituation zeigt das folgende Bild (der Patient hat der Nutzung des Bildes ausdrücklich zugestimmt).

anonymAus der weiter unten erläuterten Dokumentation ergeben sich folgende gesundheitliche Themen, die von den Schwestern (soweit möglich) in der auf dem Foto dokumentierten Art behandelt oder in besonders schwerwiegenden Fällen durch den RTW in das normale System überführt wurden.

Besonderheiten kurz und knapp	
Temp gemessen	
Mund Nasenschutz	
Psychose	
Ulcus cruris	
Zehengangrän	
Kopfplatzwunde	
Rollstuhlfahrer	
Pat erkältet	
VW Hand und Finger	Wunden aller Art genaue Def. ??
geschwollenes Knie	
VW Füße	
Selbstverletzungen	
VW Bein	
Zahnschmerzen	
Fiebermessen	
RR Kontrollen	
Frische Wund entzündet u eitrieg	
Spritzenabeße	
RTW gerufen Platzwunde am Kopf Notfalleinsatz	
Blutzuckermessungen	
RTW gerufen Oberbauchschmerzen Blut erbrochen	
Fäden gezogen	
Salbeneireibung Rücken	
Stark entz US bis Knochen RTW gerufen !!	
stark alkohosisiert nicht wegbar	
Bisswunden	
Krätzebefall	
Wasser vertelt viele hatten durst !!!!	
Finger gebrochen KH	
Hundebiss	
Masken Vergabe	
Blasen an Füßen	

e. Weiterleitung der Patienten in das medizinische Regelsystem

Aus der obigen Übersicht ergibt sich, dass auch in einigen Fällen der RTW gerufen werden musste, weil die aufgetretenen Verletzungen so schwer waren, dass eine Hilfe mit den Mitteln des SIDA Mobil nicht mehr möglich war.

f. Dokumentation

Die Mitarbeiter dokumentieren die Arbeit mit Hilfe eines standardisierten Formulars, in dem die wesentlichen Parameter wie Anzahl der Patienten, Aufteilung in Geschlechter, durchgeführte Arbeiten und anderes mehr erfasst werden. Da die persönlichen Daten der Patienten nicht erfasst werden, werden sie anschließend anonymisiert in unser Verwaltungssystem „BOSS“ überführt.

g. Auswertung der Dokumentation

Die ersten Daten für die Zeit von Mai – Juli sind in den folgenden Tabellen und Grafiken zusammengefasst. Aus der Perspektive des SIDA e.V. muss angemerkt werden, dass die Zahlen von Projekttag zu Projekttag gestiegen sind. Den Schwestern des SIDA e.V. gelingt es durch ihre Arbeit und Ansprache, ein besonderes Vertrauen zu den Patienten herzustellen. Dadurch steigen die Zahlen pro Tag derzeit noch an (derzeit liegen wir bei durchschnittlich 12 Kontakten pro Tag).

Davon sind bisher 10 Männer und 2 Frauen.

Folgendes Gesamtergebnis kann für die Zeit von Maai – Juli 2020 präsentiert werden wobei die Coronaeinschränkungen noch berücksichtigt werden müssen

Zur Datenlage muss erläutert werden, dass die Behandlungen anonym erfolgen und die Auskunftserteilung freiwillig ist. Nicht jeder konnte oder wollte (siehe dazu auch unten den Abschnitt Ausländer) Auskünfte erteilen oder konnte beurteilt werden. Daher haben unterschiedliche fragen unterschiedliche Grundgesamtheiten.

Eine abschließende Auswertung und Interpretation der Daten kann erst nach dem Abschluss des Projektes erfolgen. Gleichwohl geben die Daten dem Kenner der Szene schon erste Erkenntnisse über den Erfolg des Projektes an die Hand.

h. Aufteilung Männer – Frauen

Die Aufteilung in die Kategorien männlich – weiblich ist selbsterklärend.

männlich :	167
weiblich:	34
Summe	201

i. Aufteilung versichert - nicht versichert

Soweit möglich wurde versucht herauszufinden, ob die Patienten eine Krankenversicherung haben. Es wird deutlich, dass ca. der Behandelten,die keine Versicherung haben, mindestens ein Drittel beträgt, wahrscheinlich mehr. Das wiederum erklärt u.a. auch, warum vielen der Weg in das reguläre Gesundheitssystem versperrt ist.

versichert:	68
nicht versichert:	67
unbekannt:	66

j. Akut krank – chronisch krank

Soweit möglich wurde versucht, akute von chronischen Erkrankungen zu unterscheiden. Auffällig ist, dass fast die Hälfte der behandelten chronische Erkrankungen haben, die soweit manifestiert sind, dass sie als solche von den Fachkräften vorläufig als solche eingeordnet werden können. Eine genaue ärztliche Diagnose kann natürlich durch diese Einschätzung nicht ersetzt werden.

akut krank:	71
chron. Krank	92
unbekannt	38

k. Sucht eine andere medizinische Struktur auf

Einen regelmäßigen Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben nur ca. 15 – 20% aller Behandelten. Diese Kontakte können ganz unterschiedlicher Natur sein. Der überwiegende Teil sucht das Gesundheitssystem nur sporadisch oder gar nicht auf.,s,s

- i
- deses
- auf der Straße
- genommen werden öen
-
- ,
- oder a

sporadisch:	77
regelmäßig:	35
nein:	72
unbekannt	10

l. Allgemeinzustand

Aus den Lebensumständen und der mangelnden medizinischen pVersorgung leitet sich eine Einschätzung des Allgemeinzustandes ab, der aber vor dem Hintergrund der Gruppe der Behandelten gesehen werden muss Ein wirklich guter Allgemeinzustand ist selten.

mittel:	127
schlecht:	46

m. Wundsituationen

Eine wesentliche Aufgabe ist die Versorgung von Wunden, bei denen die examinierten fSchwestern mit zum Teil schwersten Verletzungen und Wunden konfrontiert sind. Diese können in die Kategorien chronisch und akut eingeteilt werden.

chron.:	75
akut:	72

n. Psychische Auffälligkeiten

Zu den Problemen des Lebens auf der Straße gehört auch, dass es zu psychischen Problemen kommen kann. Zum Teil äußern sie sich sehr klar in den Handlungen der Behandelten, so dass eine Einschätzung (keine konkrete Diagnose) über das Ausmaß dieser Problematik gegeben werden kann. Bei ca. 60% der Behandelten wurde, einer vorläufigen Einschätzung nach, eine psychische/oderAuffälligkeitexaminierten beobachtet.

auffällig:	128
unauffällig :	48

i. Einschränkungen der Mobilität

Ein weiterer Grund für die Nichtinanspruchnahme der Kommstrukturen ist die mangelnde Mobilität von Patienten.

Folgendes Bild ergibt sich hinsichtlich der Mobilität aus den vorläufigen gesammelten Daten aus dem Projekt.

voll:	99
teil:	51
immobil:	12

o. Pflegefälle

Nach der Einschätzung der Schwestern ergibt sich für die Notwendigkeit einer Pflege für die Behandelten folgendes Bild. Eine genaue Definition des Pflegebedarfes, z.B. in Form eine Einstufung des Pflegegrades, kann natürlich nicht erfolgen.

ja:	72
nein :	70

p. Ausländische Betroffene

Unter den Behandelten sind auch viele Osteuropäer. Man kann wohl davon ausgehen, dass unter den nicht krankenversicherten auch eine erhebliche Schnittmenge mit den osteuropäischen Suchterkrankten vorhanden ist. Diese Gruppe ist im Allgemeinen besonders misstrauisch. Hier ist es unseren Schwestern gelungen, Vertrauen herzustellen. Einzelne für sich und andere „“. Mit ObdachloseIhren bilingualen Sprachkenntnissen rufen die Schwestern zu den Betroffenen hinzu und übersetzen sie für andere, so dass eine Kommunikation auch mit denjenigen aufgebaut und aufrecht erhalten werden kann, die über keine deutschen Sprachkenntnisse verfügen. es,aDer SIDA e.V. nimmt die Patienten quasi an die Hand und hilft eben nicht nur im pflegerischen Bereich. Leider ist in der Vergangenheit hier eine Lücke in der Versorgung entstanden, die durch das Projekt offenbar geworden ist.

pv, und die entstandene Lücke dauerhaft zu schließen Auf diese Weise können die betreuten Obdachlosen stabilisiert werden und einer weiteren Verelendung entgegengewirkt werden.

Ein weiterer Schritt zu Verbesserung und Optimierung des Projektes wäre es, einen Arzt im Hintergrund zu haben, der in besonderen Fällen über die modernen

Telekommunikationsmedien quasi live vor Ort hinzu geschaltet werden kann (also eine Form der Telemedizin praktizieren).