

Annette Kjær Ersbøll
Marie Skov Kristensen
Tine Tjørnhøj-Thomsen
Nanna Ahlmark



Evaluering af Sociolancen

Evaluering af Sociolancen

Annette Kjær Ersbøll
Marie Skov Kristensen
Tine Tjørnhøj-Thomsen
Nanna Ahlmark

Copyright © 2017
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-[381-6]

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Sociolancen er et pilotprojekt, der er igangsat af Københavns Kommunes Socialforvaltning, Hovedstadens Beredskab og Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet, Region Hovedstaden. Sociolancen er et køretøj, der er bemandedet med både en socialfaglig og en sundhedsfaglig medarbejder. Formålet med Sociolancen er at øge kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for socialt udsatte og hjemløse borgere i Københavns Kommune, samt at aflaste det præhospitale beredskab i opgaver, der vurderes at have en mere socialfaglig karakter end en akut sundhedsfaglig karakter. Endvidere er det ønsket, at Sociolancen er med til at øge patientsikkerheden for målgruppen ved at kombinere en social- og sundhedsfaglig indsats og dermed sikre, at borgerne ikke ”falder mellem to stole”. Sociolancen har været i drift siden december 2015 og pilotprojektet afsluttes i marts 2018.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en evaluering af Sociolancen. Evalueringen beskriver Sociolancens ture og brugerne af Sociolancen, ligesom den belyser, hvorvidt Sociolancen er et relevant og hensigtsmæssigt tilbud til målgruppen. Evalueringen er finansieret af SATS-puljemidler tildelt sociolance-projektet ved bevilling fra Sundheds- og Ældreministeriet. Evalueringsspørgsmålene er defineret af sociolance-projektets styregruppe.

Vi vil gerne rette en stor tak til interviewdeltagerne og Sociolancens medarbejdere for at stille deres tid til rådighed, deltage i interviews og dele deres erfaringer med os. Også tak til Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet for at stille data til rådighed for evalueringen, samt koordinere interviews og observationsvagter med Sociolancen. Desuden en stor tak til brugerne af Sociolancen for at dele deres erfaringer med Sociolancen med os.

Rapporten er udarbejdet af professor Annette Kjær Ersbøll, videnskabelig assistent Marie Skov Kristensen, professor Tine Tjørnhøj-Thomsen og forsker Nanna Ahlmark fra Statens Institut for Folkesundhed. Kommunikationskonsulent Stig Krøger Andersen har læst korrektur og kommenteret rapporten.

Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Sammenfatning 4

Sociolancens ture 4

Sociolancens brugere 4

Relevante tilbud 5

Aflastning 5

Øget viden om målgruppen og tilbud 5

Hvordan oplever målgruppen kontakten med Sociolancen 5

Brobygning 6

Sammenfattende vurdering 6

Indledning 7

Baggrund 7

Formålet med Sociolancen 7

Formål med evalueringen 8

Materiale og metoder 9

Anvendte begreber 9

Sociolancens drift 9

Datakilder 9

Analyse af data 11

Resultater 13

Sociolancens ture 13

Sociolancens brugere 20

Audit af Sociolancen 28

Sociolancens betingelser og opgaver 29

Relevante tilbud 31

Aflastning 34

Mandskabets kompetencer 38

Øget viden om målgruppen og tilbud 41

Hvordan oplever målgruppen kontakten med Sociolancen 44

Brobygning 45

Referencer 50

Sammenfatning

Denne rapport præsenterer resultaterne af en evaluering af Sociolancen.

Sociolancen er et pilotprojekt, der er initieret af Københavns Kommunes Socialforvaltning, Hovedstadens Beredskab og Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet, Region Hovedstaden. Sociolancen er et køretøj, der er bemanded med både en socialfaglig og en sundhedsfaglig medarbejder. Formålet med Sociolancen er at øge kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for socialt udsatte og hjemløse borgere i Københavns Kommune. Endvidere er formålet at aflaste det præhospitale beredskab i opgaver, der vurderes at have en mere socialfaglig karakter end en akut sundhedsfaglig karakter. Sociolancen har været i drift siden december 2015, og pilotprojektet afsluttes i marts 2018.

Evalueringen er finansieret af SATS-puljemidler, tildelt sociolance-projektet ved bevilling fra Sundheds- og Ældreministeriet. Evalueringsspørgsmålene er defineret af sociolance-projektets styregruppe.

Evalueringen er baseret på data indsamlet rutinemæssigt af Sociolancens medarbejdere (socialfaglige registreringer og Ugenyt) og registreringer med tids- og kørselsstempler. Endvidere har vi foretaget observationer under kørsler med Sociolancen og interviews (fokusgruppe og individuelle) med Sociolancens interessenter.

Evalueringen beskriver Sociolancens ture og brugerne af Sociolancen, ligesom den belyser, hvorvidt Sociolancen er et relevant og hensigtsmæssigt tilbud til målgruppen, der formår at bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige tilbud.

Evalueringen har fokus på følgende emner:

- Sociolancens ture
- Sociolancens brugere
- Relevante tilbud
- Aflastning
- Mandskabets kompetencer
- Øget viden om målgruppen og tilbud
- Hvordan oplever målgruppen kontakten med Sociolancen
- Brobygning

Helt generelt indikerer evalueringen, at de succeskriterier, der er opstillet for sociolance-projektet, er opnået, som det fremgår i det efterfølgende.

Sociolancens ture

Sociolancen kører i gennemsnit 3,8 ture og har i gennemsnit kontakt med 3,4 borgere om dagen (jf. afsnittet Sociolancens ture). Fire ud af fem sociolance-ture er bestilt via 1-1-2 eller Akuttelefonen 1813, som viderestiller henvendelser til 1-1-2, mens én ud af fem ture er opsøgende. Sociolancens mandskab bruger i gennemsnit 62,6 minutter per borger på en tilkaldt tur, og Sociolancen kører i gennemsnit 9,1 km på en tilkaldt tur. Antallet af ture er jævnt fordelt over ugedage og klokke-tid.

Sociolancens brugere

Evalueringen viser, at Sociolancens brugere er en heterogen gruppe med sammenvævede, komplekse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger, som de ikke selv har overskud til at løse (jf. afsnittet Sociolancens brugere). Denne gruppe borgere har derfor behov for en kombineret social- og sundhedsfaglig indsats som fx den, Sociolancen yder.

Det fremgår, at trefjerdedele af Sociolancens brugere er mænd, og hver femte har en anden etnisk baggrund end dansk. En tredjedel er påvirket af alkohol, og hver fjerde bruger er psykisk påvirket. Mange brugere i målgruppen har opbygget mistillid til både social- og sund-

hedsvæsenet og ønsker ikke eller har ikke tiltro til den hjælp, de kan få herigennem.

Relevante tilbud

Evalueringen viser, at Sociolancen i kraft af at kunne mobilisere både social- og sundhedsfaglige kompetencer har potentiale til at sikre, at de eksisterende tilbud til målgruppen udnyttes bedst muligt (jf. afsnittet Relevante tilbud). Evalueringen viser imidlertid også, at der mangler tilbud til målgruppen. Dels generelle tilbud, der kan tage hånd om borgere med flere forskellige problemstillinger, og som har åbent i dagtimerne, og dels mere specifikke tilbud rettet mod især alkoholbehandling.

Aflastning

Evalueringen viser, at det præhospitale beredskab aflastes i opgaver, der har mere socialfaglig karakter end akut sundhedsfaglig karakter (jf. afsnittet Aflastning). Sociolancen, og det at have muligheden for at tilkalde den, betragtes som en aflastning af ambulance og politi, der ofte ikke har tid, faglig viden eller mulighed for at løse målgruppens sammensatte problemstillinger på en i situationen hensigtsmæssig måde. Evalueringen viser også, at andre centrale aktører aflastes i kraft af Sociolancens arbejde. Aflastningen drejer sig eksempelvis om hjælp til at vurdere sundhedsmæssige problemstillinger, transport og ledsagelse til og fra akutmodtagelse og hospital samt konfliktnedtrapning. I sidste instans forekommer dette at aflaste borgeren og dermed sikre, som det understreges af informanterne, en faglig ordentlig og respektfuld behandling af deres situation.

Mandskabets kompetencer

Evalueringen viser, at Sociolancens mandskab bidrager til, at brugerne henvises til relevante tilbud ved at gøre brug af en række særlige kompetencer (jf. afsnittet Mandskabets kompetencer). Mandskabet udfolder et omfattende vurderings- og navigeringsarbejde samt kreativitet og fleksibilitet for at løse konkrete her-og-nu problemstillinger. Der gøres en stor indsats for, at der bliver taget hånd om borgerne på den i situationen mest hensigtsmæssige og relevante måde. Helt centralt er desuden det

relationsarbejde, mandskabet udfører. Det indebærer at kunne give tid, omsorg og anerkendelse til brugerne og herigennem skabe tillid og tryghed i relationen. Relationsarbejdet foregår imidlertid ikke kun mellem mandskab og borger, men fordrer også etablering og vedligeholdelse af gode relationer til social- og sundhedsfaglige medarbejdere på de forskellige tilbud, som mandskabet ofte må forhandle med for at løse borgerens konkrete problem.

Øget viden om målgruppen og tilbud

Evalueringen viser, at de kommunale og regionale social- og sundhedsfaglige medarbejdere har fået en bedre indsigt i målgruppens behov for assistance samt om tilbud til målgruppen, der ligger uden for deres normale fagområde. Viden om Sociolancens særegne virkefelt og mandskabets kompetencer betyder, at politi og social- og sundhedsfaglige medarbejdere nu har mulighed for at hjælpe borgere, de tidligere havde svært at hjælpe (jf. afsnittet Øget viden om målgruppen og tilbud). Særligt de sundhedsfaglige medarbejdere og politiet, der ikke arbejder med målgruppen til daglig, har fået ny viden om målgruppen og inspiration til, hvordan de kan interagere med målgruppens borgere. Imidlertid efterspørger personalet på 112 AMK-Vagtcentralen mere intern vidensdeling om Sociolancens virkefelt og opgaver, herunder feedback om, hvordan det siden gik borgeren (AMK: akut medicinsk koordinerende). De socialfaglige sociolance-medarbejdere har gennem sociolance-arbejdet fået en større viden om målgruppens sundhedsfaglige problemstillinger.

Hvordan oplever målgruppen kontakten med Sociolancen

Evalueringen viser, at brugere af Sociolancen opleves at acceptere og tage imod relevante social- og sundhedsfaglige tilbud i højere grad end tidligere. Vi finder, at omtrent ni ud af ti brugere af Sociolancen tilbydes social- eller sundhedsfagligt hjælp gennem mødet med Sociolancen, og at tre ud af fire brugere tager imod dette tilbud. Dette beror på, at det generelt lykkedes mandskabet at etablere tillid og

tryghed i relationen til brugerne, og at dette sker ved at give tid og omsorg og møde dem respektfuldt og i øjenhøjde. Brugernes oplevelse af kontakten med Sociolancen har således en karakter, der betyder, at de tager imod og accepterer hjælpen.

Brobygning

Evalueringen viser, at Sociolancen bidrager til at bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige tilbud og derved bidrager til at sikre, at målgruppen ikke "falder mellem to stole" i systemet. Brobygningsarbejdet er et generelt aspekt af Sociolancens forskelligartede virkefelt og opgaver, og er derfor også et resultat af mandskabets viden, opgaver, kompetencer og relationsarbejde i bred forstand (jf. afsnittet Brobygning). Brobygningsarbejdet indebærer både at etablere en tillidsfuld relation til borgeren, vurdere vedkommendes tilstand, forhandle med mulige og relevante tilbud og sørge for, at borgeren transporteres og ledsages dertil. Brobygningen foranstaltes også gennem vidensdeling mellem forskellige fagligheder og instanser.

Vi afrunder evalueringen med at påpege, at den gråzone, Sociolancen arbejder i, og det forhold, at der ikke er klare, entydige retningslinjer for dens virke, er en styrke, fordi det muliggør løsninger på problemstillinger, der ofte påkalder sig fleksible og pragmatiske løsninger. Sociolancen kan, foreslår vi, derved anskues som et grænseobjekt, der både er ved at etablere en robust identitet, det vil sige, at den er kendt og anerkendt af de forskellige tilbud, og som også kan løse forskelligartede lokale og konkrete problemer på pragmatiske måder.

Sammenfattende vurdering

Sammenfattende vurderer vi, at etableringen af Sociolancen bidrager til at løfte kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for socialt udsatte mennesker, ligesom den i mange sammenhænge aflaster det præhospitale beredskab i opgaver, der vurderes at have en mere socialfaglig karakter end en akut sundhedsfaglig karakter. Vi vurderer også, at patientsikkerhe-

den for denne målgruppe øges ved at kombinere og bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige indsatser, således at der tilbydes mere hjælp, samt mere kvalificeret hjælp i situationer, hvor andre instanser ikke har mulighed for at hjælpe. Det er således vores vurdering, at formålet med Sociolancen er opnået.

Indledning

Baggrund

Københavns Kommunes Socialforvaltning, Hovedstadens Beredskab (tidligere København Brandvæsen) og Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet, Region Hovedstaden har siden juli 2015 samarbejdet om et pilotprojekt, Sociolancen. Siden december 2015 har Sociolancen været i drift (Projektbeskrivelsen, 2017). Sociolancen er et køretøj, der er bemanded med både social- og sundhedsfaglige kompetencer, og målgruppen er socialt udsatte og hjemløse borgere i Københavns Kommune. Sociolancen kører ikke udrykningskørsel. Sociolancen blev i november 2016 også indført som et pilotprojekt i Region Midtjylland, inspireret af sociolance-projektet i Region Hovedstaden.

Projektets målgruppe beskrives i projektbeskrivelsen som borgere, der enten selv oplever at have alvorlige problemer, eller hvor omgivelserne vurderer, at de er i en bekymrende, alarmerende situation, men hvor der ikke skønnes at være et akut sundhedsmæssigt problem.

Sociolancen er bemanded med en socialfaglig medarbejder fra Københavns Kommunes Socialforvaltning og en sundhedsfaglig medarbejder, en paramediciner eller en ambulancebehandler fra enten Hovedstadens Beredskab eller Akutberedskabet. Bemandingen varetages af en fast gruppe, som ud over at køre vagter med Sociolancen også bestrider deres daglige arbejde i henholdsvis Københavns Kommune, Hovedstadens Beredskab eller Akutberedskabet. Gruppen rummer tolv socialfaglige sociolance-medarbejdere fra henholdsvis Hjemløseenheden, Psykiatrienheden, Rusmiddelbehandling og Bolig- og Beskæftigelsesenheden og 21 sundhedsfaglige sociolance-medarbejdere, heraf elleve personer fra Hovedstadens Beredskab og ti personer fra Akutberedskabet. Der

udarbejdes en vagtplan for kørslerne, men der er ikke faste teams. Det varierer, hvor mange vagter, mandskabet har, men det er typisk en til fire vagter om måneden. Sociolancen har siden maj 2016 været i drift alle ugens dage mellem kl. 11 og 23. Sociolance-mandskabet holder pause på Vesterbro Brandstation.

Sociolancen skal ifølge projektbeskrivelsen samarbejde med en bred vifte af social- og sundhedsfaglige instanser, herunder socialsygeplejersker, kommunens sundhedsteam og Hjemløseenheden, forskellige frivillige tilbud og hospitalsafdelinger og akutmodtagelser.

Formålet med Sociolancen

Det overordnede formål med sociolanceprojektet er at ”løfte kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for gruppen af socialt udsatte, og aflaste det præhospitale beredskab i opgaver, der vurderes at have en mere socialfaglig karakter end en akut sundhedsfaglig karakter” (Projektbeskrivelsen, 2017). Det er endvidere et mål ”at øge patientsikkerheden for målgruppen” (ibid.) ved at kombinere en social- og sundhedsfaglig indsats og dermed sikre, at borgerne ikke ”falder mellem to stole” i systemet”. Endvidere beskrives målet som ”at hjælpe borgere i nød, men at projektet først og fremmest skal være en intensiveret læreproces for de involverede parter, så hjælpen til akut udsatte borgere bliver kvalificeret” (ibid.). Det forventes ifølge projektbeskrivelsen, at følgende succeskriterier er opnået ved projektets afslutning:

- En bedre udnyttelse af de allerede eksisterende tilbud til målgruppen
- En bredere indsigt i målgruppens behov for præhospital og akut assistance
- En større viden blandt de sundhedsfaglige leverandører om de sociale tilbud til målgruppen
- En større viden blandt de socialfaglige leverandører om de sundhedsfaglige tilbud til målgruppen
- En øget accept fra målgruppen i forhold til såvel social- som sundhedsfaglige tilbud.

Formål med evalueringen

Evalueringen har til formål at beskrive Sociolancens brugere og Sociolancens ture samt belyse, hvorvidt de i projektbeskrivelsen opstillede formål og succeskriterier er blevet opnået i den periode, pilotprojektet har kørt og indtil evalueringstidspunktet.

Evalueringen søger overordnet at besvare, hvorvidt Sociolancen er et relevant og hensigtsmæssigt tilbud til målgruppen, og har haft følgende seks evalueringsspørgsmål:

1. Hvorvidt brugerne henvises videre til relevante tilbud?
2. Om det præhospitale beredskab aflastes i opgaver, der har mere socialfaglig karakter end akut sundhedsfaglig karakter, og hvordan Sociolancens bemanning bidrager til dette?
3. Hvordan Sociolancens bemanning bidrager til, at brugerne henvises til relevante tilbud?
4. Hvorvidt relevante kommunale og regionale social- og sundhedsfaglige medarbejdere har fået en bedre indsigt i målgruppens behov for assistance samt i tilbud til målgruppen, der ligger uden for deres normale fagområde?
5. Om målgruppen i højere grad end før Sociolancen blev etableret opleves at acceptere de social- og/eller sundhedsfaglige tilbud, som formidles af Sociolancen, herunder hvordan de oplever kontakten med Sociolancen?
6. Hvorvidt Sociolancen er med til at bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige tilbud og bidrager til at sikre, at målgruppen ikke "falder mellem to stole" i systemet?

Materiale og metoder

Anvendte begreber

I rapporten bruger vi betegnelsen *sundhedsfagligt tilbud* om de regionale tilbud, Sociolancen er tilknyttet, såsom sundhedsklinikker og somatiske og psykiatriske akutmodtagelser - og klinikker. Betegnelsen *sundhedsfaglig medarbejder* refererer til personale på disse steder, herunder fx socialsygeplejersker og akutsygeplejersker. Vi benytter *socialfagligt tilbud* om herberger, væresteder, natcafeer og andre sociale institutioner, som er målrettet socialt udsatte og sårbare borgere, herunder også sociale tilbud, som har et sundhedsfagligt tilbud tilknyttet. Det gælder fx Mændenes Hjem, der har en sundhedsklinik med en sygeplejerske tilknyttet. *Socialfaglige medarbejdere* refererer til ansatte på sidstnævnte steder, herunder fx socialrådgivere eller socialpædagoger. Desuden refererer vi til *politiet* samt til *medarbejdere på Region Hovedstadens 112 AMK-Vagtcentral* og nævner i denne forbindelse deres baggrund, hvor det er relevant. Vi refererer til mandskabet i Sociolancen enten som *mandskabet* eller henholdsvis *social- og sundhedsfaglig sociolance-medarbejder*. Om de personer, Sociolancen har kontakt med anvendes *brugere* om personer, der konkret benytter Sociolancen og *borgere* om mennesker i Sociolancens målgruppe mere generelt. Vi anvender betegnelsen *informanter* bredt om de personer, vi har interviewet.

Sociolancens drift

Sociolancen har været i drift siden december 2015. I opstartsfasen fra december 2015 til marts 2016 var Sociolancen i drift to til fire dage om ugen på varierende tidspunkter (klokkeslæt og ugedage). I april 2016 var Sociolancen i drift alle hverdage samt fire weekend-dage, og siden maj 2016 har Sociolancen været i fast drift alle ugens syv dage.

I august og september 2016 var Sociolancen ude af drift et større antal dage på grund af mandskabsmangel og reparation af køretøjet. Alle vagter i hele projektperioden har været à 12 timers varighed.

Datakilder

Sociolancens aktivitetsdata

Sociolancen starter og slutter en vagt på basen, som er Vesterbro Brandstation. Sociolancens aktiviteter registreres løbende under Sociolancens ture fra starten af en vagt til afslutning. Alle registreringer indgår i Akutberedskabets CAD-system, som også anvendes af ambulancerne. Aktivitetsdata indeholder tidsstempler og koordinater for sociolance-turene, som er anvendt til bestemmelse af Sociolancens aktiviteter (tidspunkt, turens længde og kørselsafstand). Ture til og fra basen indgår ikke i datamaterialet, der er anvendt i evalueringen. Alle ture, der er tilkaldt, samt opsøgende ture indgår i datamaterialet. Aktivitetsdata for perioden 1. december 2015 til 14. juni 2017 er anvendt.

Aktivitetsdata indeholder i et vist omfang information om turen er tilkaldt eller opsøgende og hvilken social- eller sundhedsfaglig hjælp, der er ydet til borgeren. Desuden indeholder aktivitetsdata i et vist omfang information om borgeren, som Sociolancens mandskab er i kontakt med, herunder alder.

Ugenyt

Sociolancens mandskab beskriver de enkelte ture (tilkaldte og opsøgende) i løbet af hver vagt. Beskrivelserne samles hver uge og sendes per e-mail som *Ugenyt fra Sociolancen* internt til Sociolancens mandskab samt til drifts- og styregruppen. Ugenyt indeholder information om de respektive opgavers indhold, problemstillinger, og hvordan der følges op/henvises videre til social- og/eller sundhedsfaglige tilbud. Beskrivelserne er usystematisk registreret, og detaljeindholdet i hvert enkelt case og længden af disse er varierende.

På basis af Ugenyt for en periode på 52 uger fra 4. april 2016 til 9. april 2017 er der systematisk lavet en registrering af alle borgere, som Sociolancens mandskab har været i kontakt med. Registreringen indeholder information om den enkelte bruger (køn, etnisk baggrund), lokalisation af brugeren og typen af tur (tilkaldt, opsøgende), karakteristika for tilkaldte ture, karakteristika af borgerne og karakteristika af tilbud og indsats for borgere, der sagde ja til et tilbud.

I den kvalitative evaluering indgår også analyse af et systematisk tilfældigt udvalg (hver fjerde over et år) af 12 udgaver af Ugenyt i datamaterialet.

Audit

Akutberedskabet gennemfører løbende kvalitetssikring i form af audits af data registreret i CAD-systemet. Audits gennemført i perioden december 2015 til marts 2017 er analyseret.

Socialfaglige registreringer

På Sociolancens ture registreres faktuelle informationer vedrørende alle borgere, som Sociolancens medarbejdere yder hjælp til. Dette kan være kontakt med borgere både på tilkaldte og opsøgende ture, samt ture, hvor mandskabet følger op på en borger, de tidligere har været i kontakt med. Der anvendes manuelt et énsidet rapportark, hvor der kan noteres information om personlige data om borgeren (CPR-nummer, navn, adresse), henvendelsesform (tilkaldt, opsøgende), social- og sundhedsfaglig karakter af opgaven, social støtte og social sag, boligforhold og transport af borgeren. Informationerne opsummeres per måned har været til rådighed for evalueringen. Socialfaglige registreringer for perioden december 2015 til februar 2017 er anvendt.

Fokusgruppeinterview

Vi udførte et fokusgruppeinterview og foretog observationer på en *Sociolance Workshop* (afholdt 30. marts 2017) med deltagelse af Sociolancens drifts- og styregruppe og en række samarbejdspartnere¹. Fokusgruppen bestod af seks deltagere, der repræsenterede et bredt udsnit af samarbejdspartnerne (**Tabel 1**). På workshoppen observerede vi også to workshopgruppers arbejde og drøftelser samt diskussionen i plenum. Observationerne gav god indsigt i deltagernes forskellige oplevelser og vurderinger af Sociolancens arbejde samt deres generelle forslag til, hvordan sociolanceprojektet kan styrkes.

¹ Det vil sige repræsentanter fra Mændenes Hjem, Kirkens Korshær, Døgnvagt, socialsygeplejersker, Metroservice og DSB, Gadeplansteam, Sundholm, Akutteam Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Cafe Klara, Center Nørrebro, Omorgscenter Thorsgade, Projekt Udenfor, Psykiatrisk Center, København, Specialinstitutionen Forchhammervej, Socialpsykiatrisk Center, Amager.

Tabel 1. Oversigt over de anvendte datakilder

Kvalitativt datamateriale	
	Informanter
Interviews (7)	
112 AMK-Vagtcentralen#	2
Sundhedsfaglige tilbud	2
Socialfaglige tilbud	2
Politi	1
Fokusgruppe interview (1)	
Sundhedsfaglige tilbud	3
Socialfaglige tilbud	3
Deltagerobservationer (10)	
Sociolance-ture	8
Workshop, antal grupper	2
Kvantitativt datamateriale	
	Registreringer
Aktivitetsdata (CAD), antal sociolance-ture##	2.072
Ugenyt, antal kontakter med en borger	1.012
Audit, antal kontakter med en borger	185
Socialfaglige registreringer, antal kontakter med en borger	917
# AMK: Akut medicinsk koordinerende	
## Antal er eksklusivt ture til/fra basen (Vesterbro Brandstation).	

Observationer ved sociolance-ture

I april 2107 deltog vi i otte sociolance-ture. Observationerne gav et indblik i, hvordan mandskabet udfører deres arbejde. Undervejs på turene havde vi desuden mulighed for at foretage uformelle samtaleinterview med både mandskabet og med personalet på forskellige tilbud, som Sociolancen kørte til og fra, samt med borgere i målgruppen.

Interviews med interessenterne

Vi udførte syv semistrukturerede, individuelle interview med repræsentanter fra Akutberedskabet, akutmodtagelser og andre social- og sundhedsfaglige tilbud.

Fire af interviewene blev af praktiske årsager foretaget telefonisk. Foruden de spørgsmål, der direkte relaterede sig til evalueringens centrale spørgsmål, spurgte vi også informanterne om deres erfaringer med Sociolancen. Vi bad dem for eksempel beskrive situationer, hvor de havde tilkaldt eller samarbejdet med Sociolancen, og bad dem overveje, hvordan de ville have

håndteret situationen, hvis ikke de havde haft mulighed for at tilkalde Sociolancen.

I vores undersøgelse indgik også samtaler med brugere af Sociolancen, hvis de ville deltage, og hvis det i situationen var etisk forsvarligt. I mange tilfælde var brugerne dog i en tilstand, som gjorde det vanskeligt og etisk problematisk at indlede en samtale med dem.

Rekruttering og præsentation af informanter

Akutberedskabet kontaktede og rekrutterede informanterne og arrangerede tidspunkt og sted for interviewene samt sociolance-turene (**Tabel 1**).

Analyse af data

I dette afsnit beskrives de metoder, der er anvendt til de kvantitative og kvalitative analyser.

Deskriptive analyser af kvantitative data

Der er lavet deskriptive analyser af tids- og kørselsopgørelser for Sociolancens ture og af borgerne, der har været i kontakt med Sociolancen. De deskriptive analyser er lavet med

brug af frekvensfordelinger med angivelse af antal observationer og procent, samt middelværdi og interquartile range (intervallet bestemt af 25 % og 75 % percentilerne). De deskriptive analyser er præsenteret dels i tabeller, dels ved grafiske illustrationer.

Der er lavet en opgørelse af kvalitetsindikatorerne, der er anvendt i de gennemførte audits af Sociolancens registreringer af borgerne. Opgørelsen er præsenteret ved frekvensfordelinger med antal observationer og procent.

Kort over Københavns Kommune med lokalisation af borger og opsøgende ture

Der er lavet et kort over Københavns Kommune med lokalisation af borgeren, på tilkaldte ture, og lokalisationen af opsøgende ture.

Spørge- og observationsguides

Der blev udarbejdet spørge- og observationsguides til samtlige interviews og observationer med afsæt i de centrale evalueringsspørgsmål. Vi tilpassede dog spørgeguiden til interviewpersonernes professionelle baggrund og konkrete virkefelt. Alle interviews blev optaget digitalt og transskriberet ordret. Der blev taget grundige notater i forbindelse med observationer på workshoppen og i forbindelse med sociolance-turene, som hurtigst muligt derefter blev skrevet ud i tekstform. Samlet set har det empiriske materiale (interviews og observationsnoter) et omfang på ca. 175 sider.

Analyse af kvalitative data

Den kvalitative del af evalueringen er baseret på kvalitative forskningsmetoder og kombinerer og sammenholder viden fra fokusgruppeinterview, observationer og semistrukturerede individuelle interviews. Kvalitative forskningsmetoder er særligt velegnede til at få indsigt i informanternes forskelligartede oplevelser, erfaringer og vurderinger af et særligt emne eller fænomen, her Sociolancen, deres konkrete sociale praksis, samt viden om kontekstens betydning for tanker og handlinger (Tjørnhøj-Thomsen og Whyte 2011, Kvale og Brinkmann 2009, Halkier 2008).

Det analytiske arbejde er foretaget som en tematisk analyse og er inspireret af principper fra Collaborative Data Analysis (Cornish, Gillespie og Zittoun 2013). Det samlede materiale (interviewudskrifter og observationsnotater) blev grundigt læst og drøftet indgående af evalueringsteamet. I denne første fase blev centrale tematikker identificeret inden for hvert evalueringsspørgsmål. I næste fase anvendte vi en kollaborativ analysetilgang. Denne form for analytisk arbejde gør det muligt at anlægge forskellige analytiske perspektiver og fortolkninger af materialet, sådan at ét perspektiv ikke dominerer analyseprocessen. Analysen søgte svar på evalueringsspørgsmålene, men var samtidig åben for nye temaer eller andre vinkler på spørgsmålene eller disses centrale begreber. Fremstillingen af resultaterne er således struktureret omkring de centrale evalueringsspørgsmål, men bidrager også med nye perspektiver på disse.

Etiske overvejelser

Alle informanter er mundtligt orienteret om undersøgelsens formål. De er ligeledes informeret om, at datamaterialet ville blive behandlet fortroligt, og at uddrag fra interviews ville blive benyttet i rapporten, men at de ville blive sikret anonymitet, og at informanterne til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen. I forbindelse med vores deltagelse i sociolance-turene har vi taget størst muligt hensyn til mandskabets arbejde og brugernes særlige situation. I vores fremstilling af resultaterne har vi ligeledes forsøgt at gøre det på en måde, der ikke sætter de socialt udsatte brugere i et dårligt lys.

Resultater

Antallet af ture varierede mellem en og ti ture per dag, med to til fire ture per dag i 50 % af alle dagene (**Figur 2**).

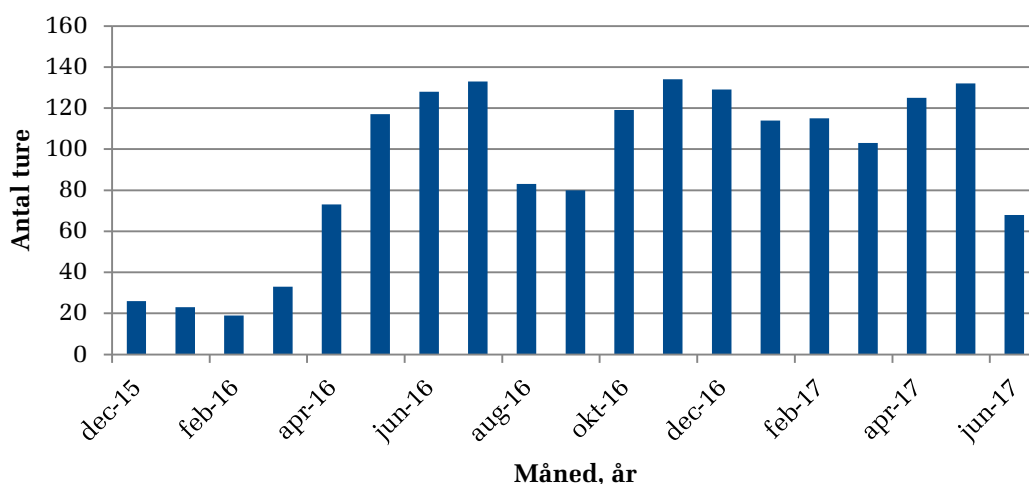
Sociolancens ture

Tids- og kørselsopgørelse belyst ved Sociolancens aktivitetsdata

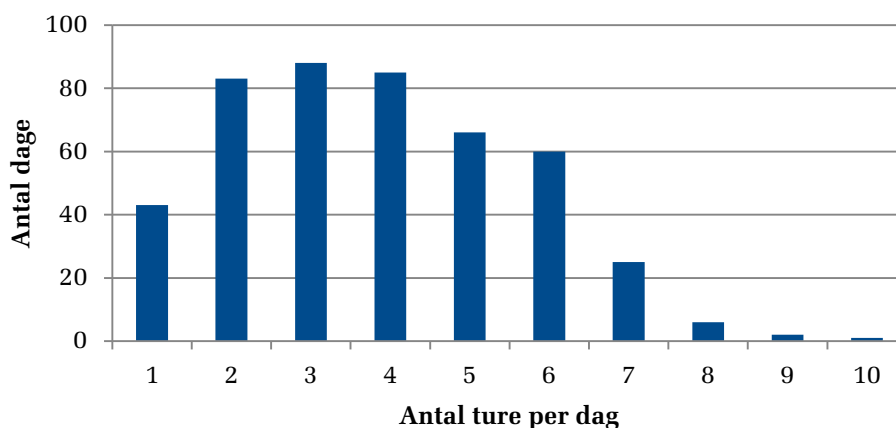
I de første fire måneder af pilotprojektet er der registreret under 40 ture om måneden. I denne periode var Sociolancen ikke i drift i alle ugens dage. Siden maj 2016 har Sociolancen i gennemsnit kørt 113 ture om måneden (**Figur 1**).

Sociolancen har i gennemsnit kørt 3,8 ikke-aflyste ture om dagen (**Tabel 2**). Turene er jævnt fordelt mellem ugedage (**Figur 3**) og mellem klokketimerne i løbet af Sociolancens vagt (**Figur 4**).

Figur 1. Fordeling af tilkaldte og opsøgende ture efter måned og kalenderår (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



Figur 2. Fordeling af antal tilkaldte og opsøgende ture per dag (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



Tabel 2. Tids- og kørselsopgørelse af Sociolancens ture. Opgjort som antal og procent (N (%)) og gennemsnit og percentiler (gennemsnit (Q₁-Q₃)).

Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.

Basis karakteristika	
Alle ture	2.072
Ture gennemført til bestemmelsessted	1.754 (84,6 %)
Afmeldte ture	318 (15,4 %)
Antal ikke-aflyste ture per dag	3,8 (2,0-5,0)
Type ture (blandt gennemførte ture, N=1.754)	
Tilkaldt via 1-1-2	387 (22,1 %)
Tilkaldt via 1813 og viderestillet til 1-1-2	1.065 (60,7 %)
Opsøgende arbejde	302 (17,2 %)
Tidsopgørelse – tilkaldte ture	
Samlet varighed af en tur, minutter	62,6 (38,4-79,5)
Tid fra opkald modtaget til ankomst på stedet, minutter	16,8 (7,3-21,0)
Tid på stedet med borger, minutter	26,6 (8,3-35,8)
Tid brugt med borgeren på hospital (N=452 borgere), minutter	15,0 (1,2-21,2)
Tidsopgørelse – opsøgende ture	
Samlet varighed af en tur, minutter	100,0 (40,4-137,2)
Kørselsopgørelse	
Samlet køreafstand – tilkaldte ture, kilometer	9,1 (6,7-10,8)
Samlet køreafstand – opsøgende ture, kilometer	8,4 (5,4-10,1)
Transport af borger til	
Hospital	452 (25,8 %)
Andet sted	350 (20,0 %)
Ingen transport	952 (54,2 %)

I 22,1 % af turene er Sociolancen tilkaldt via 1-1-2 og i 60,7 % er turene tilkaldt via Akuttelefonen 1813, som viderestiller til 1-1-2. I 17,2 % af turene har Sociolancen kørt opsøgende ture (**Tabel 2**).

En tilkaldt tur har i gennemsnit haft en varighed af 62,6 minutter, hvoraf der i gennemsnit er benyttet 26,6 minutter på stedet, hvor Sociolancen har mødt borgeren. Der er i gennemsnit kørt 9,1 km per tilkaldte tur.

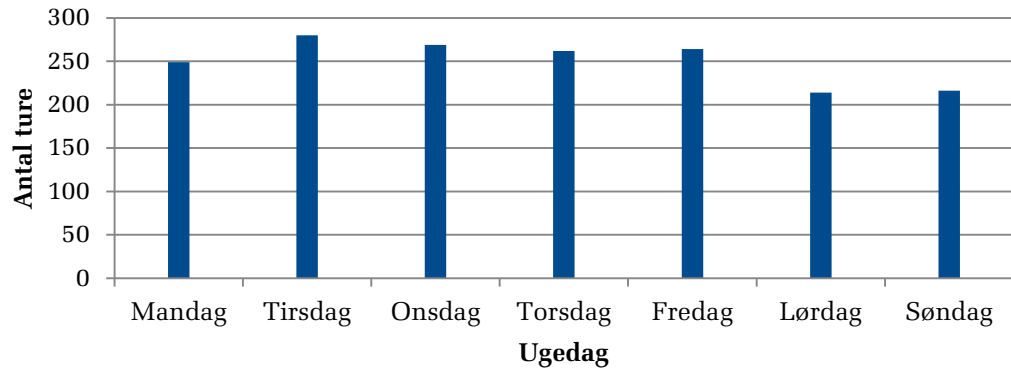
Opsøgende ture har i gennemsnit haft en varighed af 100 minutter, og der er i gennemsnit kørt 8,4 km.

I 25,8 % af turene er borgeren transporteret til et hospital. For borgere, der er kørt til et hospital, er der i gennemsnit anvendt 15,0 minutter på hospitalet (**Tabel 2**).

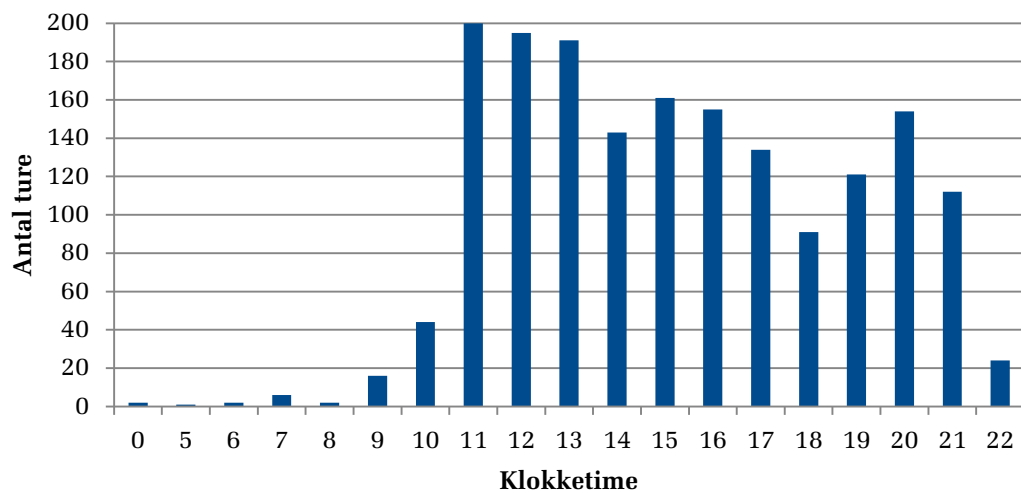
For 473 borgere er CPR-nummeret kendt. Borgere med oplyst CPR-nummer har i gennemsnit været i kontakt med Sociolancen 1,6 gange varierende fra en til 27 gange (**Figur 5**). Gennemsnitsalderen for Sociolancens brugere var 49 år.

En stor del af de opsøgende ture er lokaliseret i indre København (**Figur 6**), hvorimod de tilkaldte ture er geografisk mere spredte (**Figur 7**).

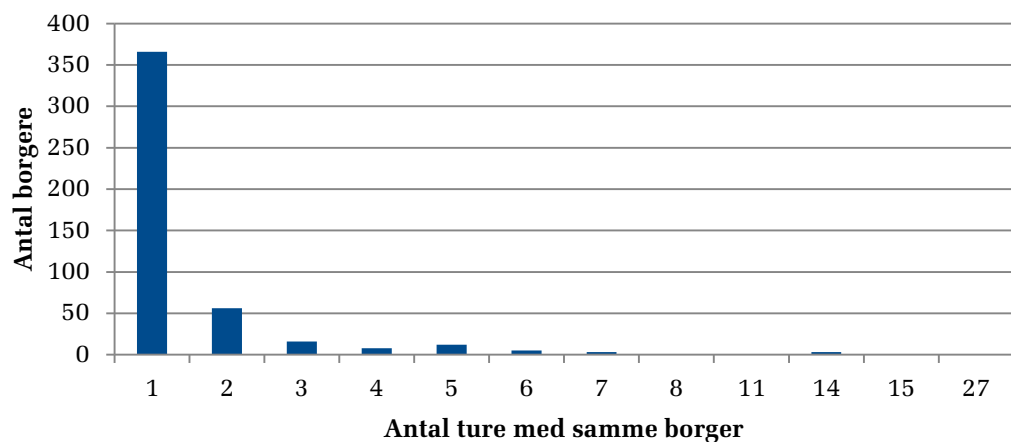
Figur 3. Fordeling af tilkaldte og opsøgende ture efter ugedag (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



Figur 4. Fordeling af tilkaldte og opsøgende ture efter klokke­time (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



Figur 5. Fordeling af antal ture med samme borger, hvor CPR-nummeret er oplyst (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



Figur 6. Kort over Københavns Kommune med angivelse af lokalisation af opsøgende ture (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.

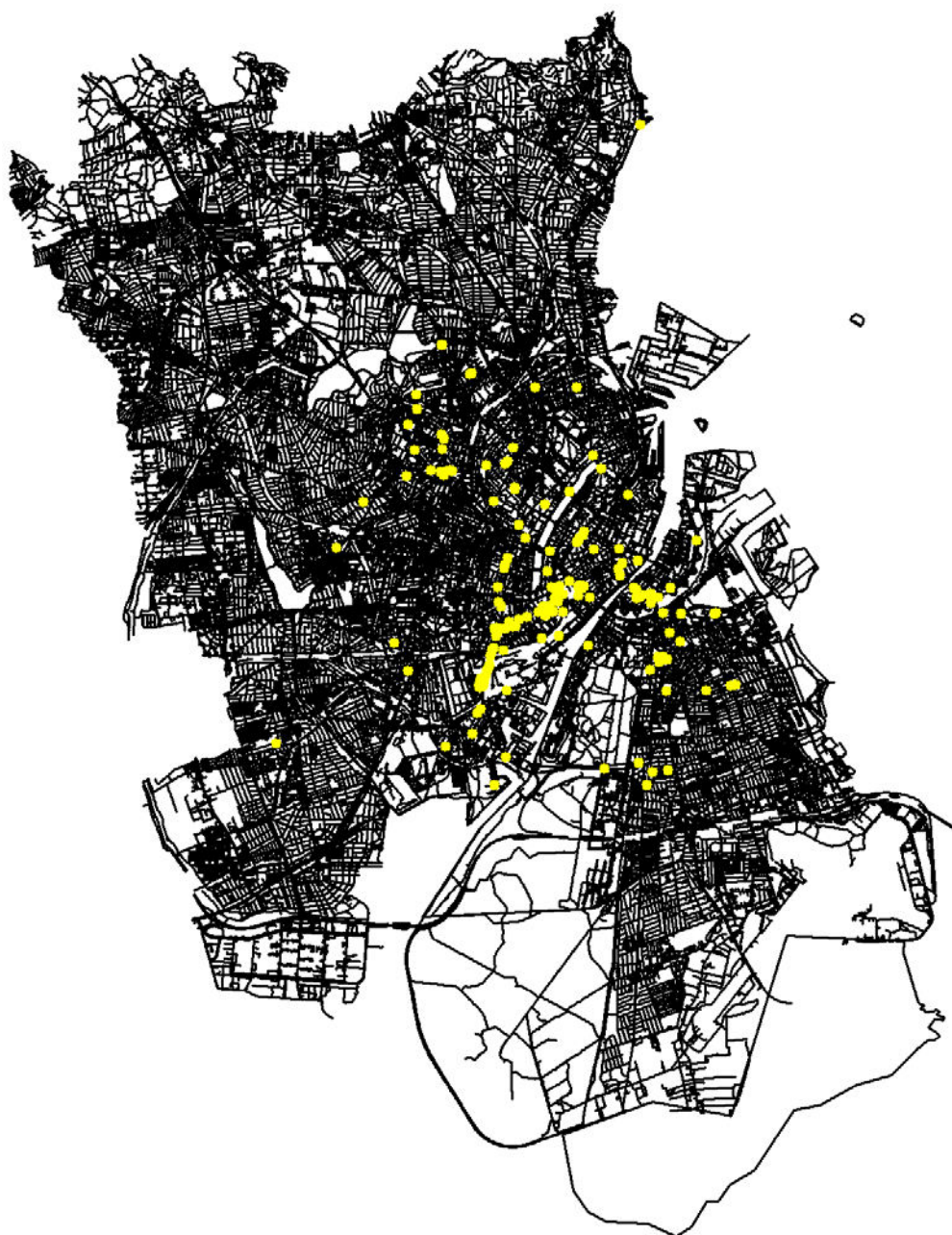
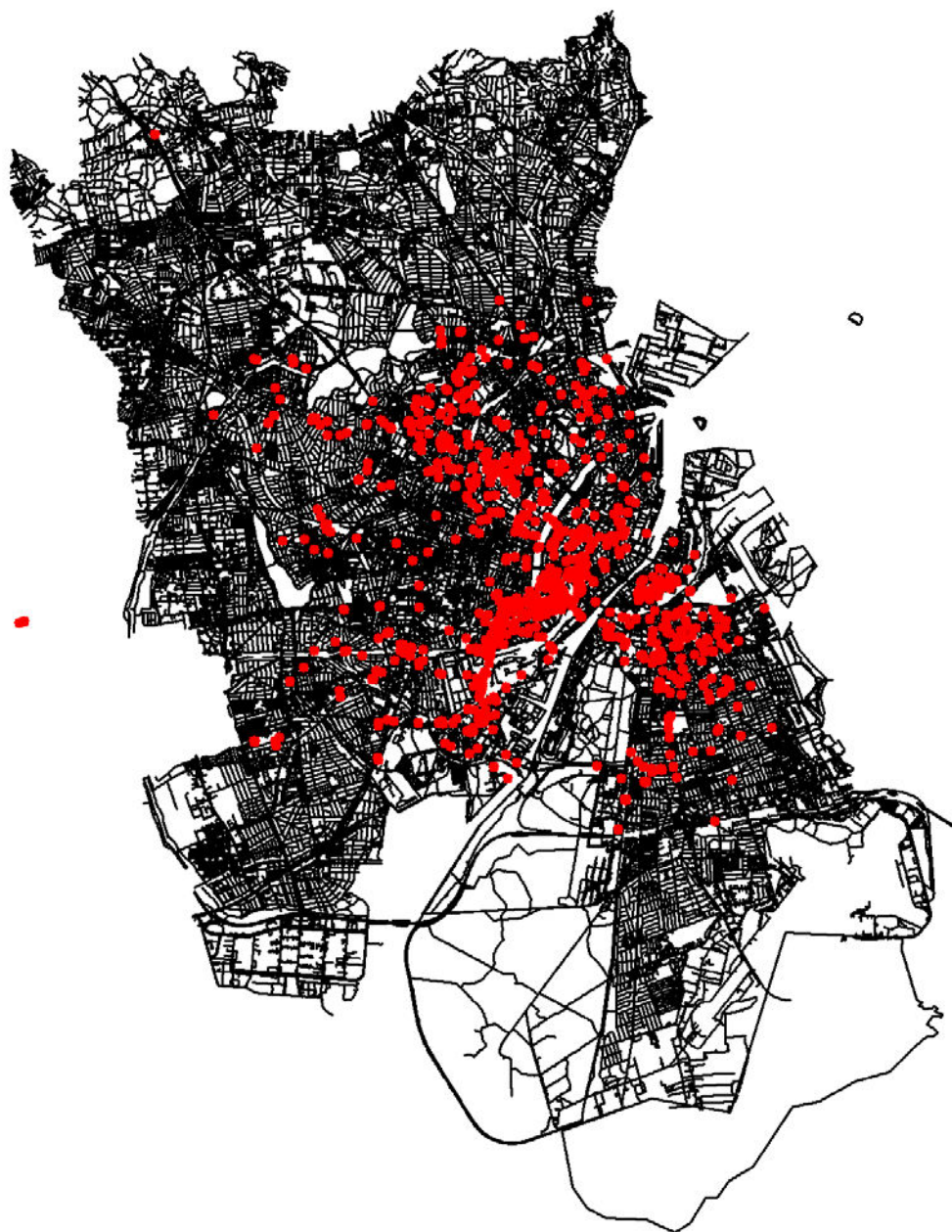


Figure 7. Kort over Københavns Kommune med angivelse af lokalisation af borger for tilkaldte ture (1. december 2015 - 14. juni 2017). Datakilde: Sociolancens aktivitetsdata.



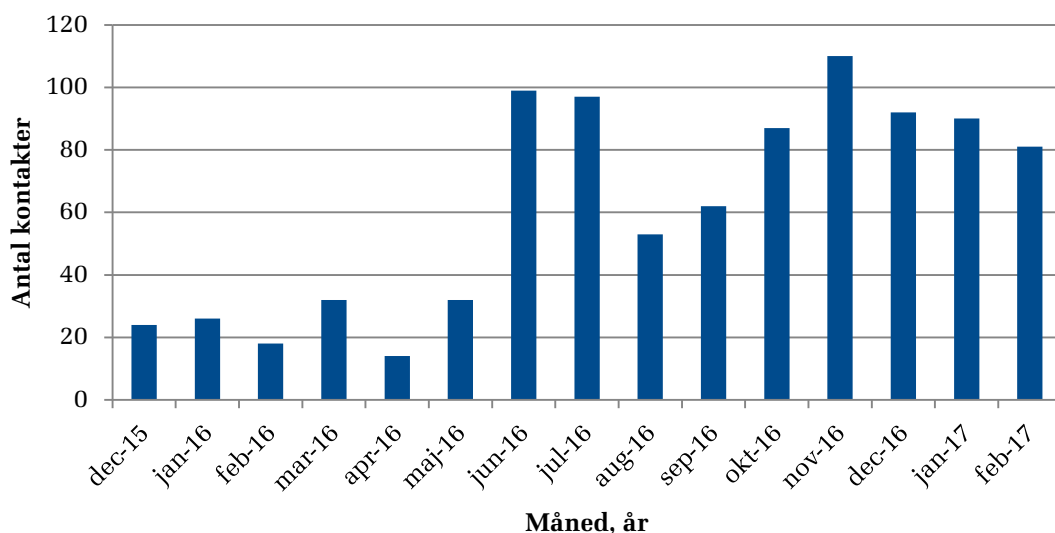
Sociolancens ture belyst ved socialfaglige registreringer

Antallet af sociolance-kontakter varierer en del i perioden, hvor der er foretaget socialfaglige registreringer (Figur 8). I de første fire måneder var Sociolancen i drift i få dage om ugen. I

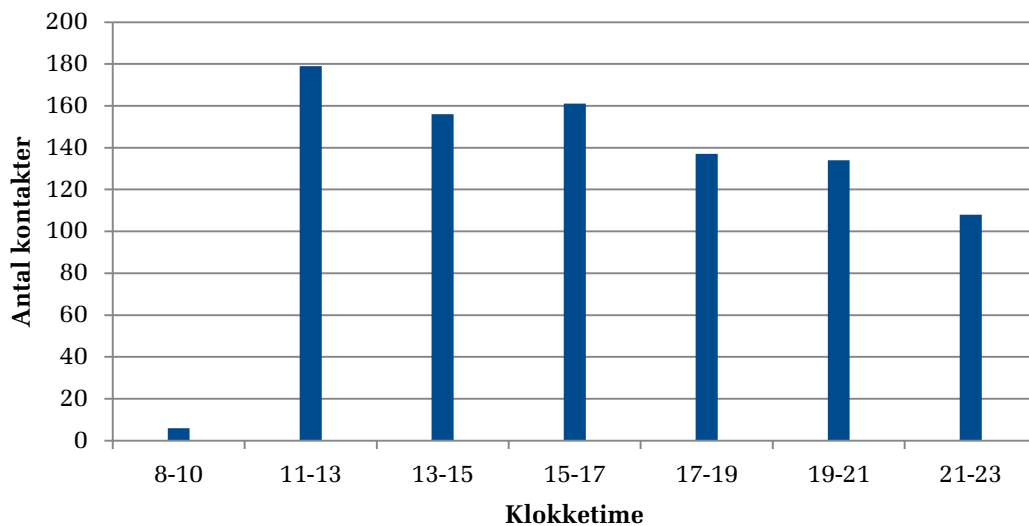
august og september 2016 var Sociolancen ikke i drift i et større antal dage.

Det fremgår, at kontakterne er nogenlunde jævnt fordelt i løbet af Sociolancens vagt (Figur 9).

Figur 8. Antal kontakter med Socioancens brugere fordelt efter måned og år (december 2015 til februar 2017). Datakilde: Socialfaglige registreringer.



Figur 9. Antal kontakter med Sociolancens brugere fordelt efter klokke-tid (december 2015 til februar 2017). Datakilde: Socialfaglige registreringer.



Sociolancens ture belyst ved Ugenyt

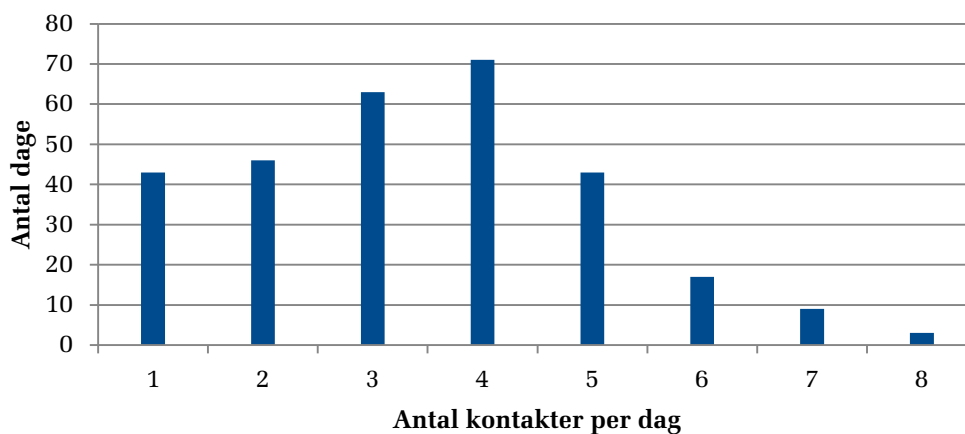
På dage med kontakt med en borger var antallet af kontakter per dag i gennemsnit 3,4 varierende fra en til otte kontakter per dag og med to til fire kontakter i halvdelen af dagene (**Tablel 3, Figur 10**). Frekvensen af kontakter var jævnt fordelt over ugen med færrest kontakter om søndagen (**Figur 11**).

Der ses en jævn fordeling af kontakter over månederne (**Figur 12**), dog med et lavere antal i april og maj 2016, hvor der ikke er foretaget fyldestgørende registreringer i Ugenyt i 23 dage.

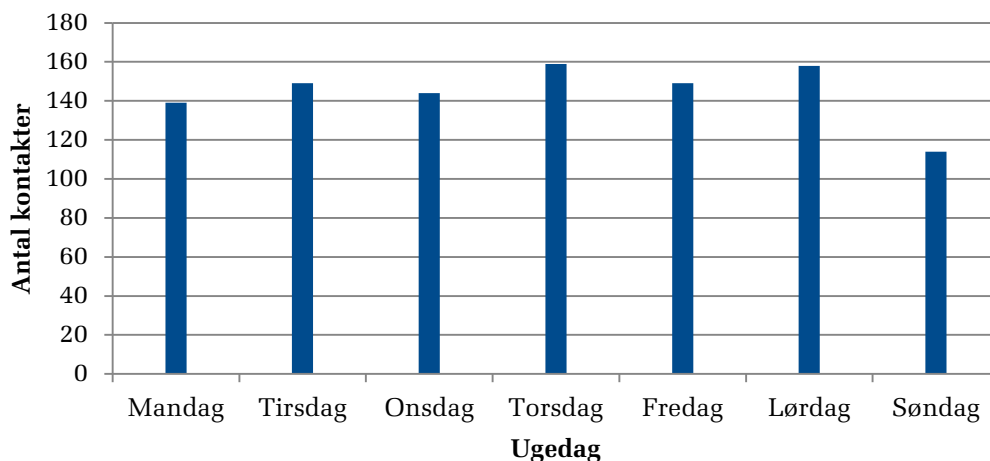
Tablel 3. Fordeling af antal kontakter med borgere på Sociolancens ture, opdelt per dag, uge og måned (4. april 2016 til 9. april 2017). Opgjort som gennemsnit og percentiler (gennemsnit (Q₁-Q₃)).
Datakilde: Ugenyt.

Per	Antal kontakter		
	Gennemsnit	Min-Max	Q ₁ -Q ₃
Dag	3,4	1-8	2-4
Uge	19,8	1-38	15-26
Måned	77,8	31-109	66-97

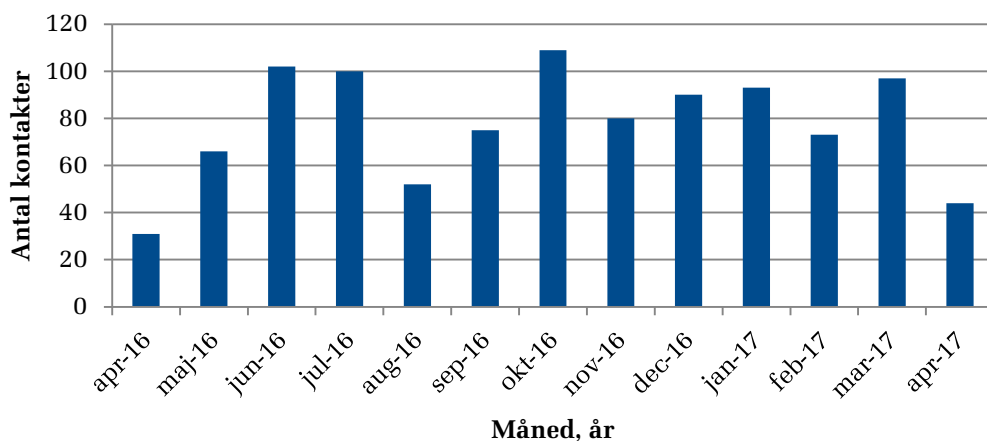
Figur 10. Fordeling af antal kontakter per dag (4. april 2016 til 9. april 2017). Datakilde: Ugenyt.



Figur 11. Fordeling af antal kontakter med en borger på Sociolancens ture fordelt efter ugedag (4. april 2016 til 9. april 2017). Datakilde: Ugenyt.



Figur 12. Fordeling af antal kontakter med en borger på Sociolancens ture fordelt efter måned (4. april 2016 til 9. april 2017). Datakilde: Ugenyt.



Sociolancens brugere

Målgruppen for Sociolancen er ifølge projektbeskrivelsen ”borgere, der enten selv oplever at have alvorlige problemer, eller hvor omgivelserne vurderer, at de er i en bekymrende, alarmerende situation, men hvor der ikke skønnes at være et akut sundhedsmæssigt problem” (Projektbeskrivelse 2017). Erfaringerne fra ambulancer og Københavns Kommunes opsøgende indsatser er, at disse situationer ofte handler om stærkt berusede mennesker, om mennesker med akut psykisk lidelse eller om meget ensomme mennesker uden netværk

(ibid.). Nærværende evaluering bekræfter dette generelle billede.

I dette afsnit beskrives brugerne af Sociolancen og Sociolancens ture på basis af socialfaglige registreringer og Ugenyt. Herefter beskrives en række karakteristika ved brugerne baseret på vores observationer under turene med Sociolancen, interviews med relevante aktører og samtaler med socialt udsatte borgere under turene med Sociolancen.

Sociolancens brugere belyst ved socialfaglige registreringer

De socialfaglige medarbejdere på Sociolancen har i perioden december 2015 til februar 2017 registreret oplysninger for 917 kontakter med brugere af Sociolancen (Tabel 4).

Analysen viser, at størstedelen (87,9 %) af Sociolancens kontakter med en borger sker via en tilkaldt tur. Halvdelen (58,2 %) af alle kontakter er sket i gademiljøet, hvor omkring en tredjedel, som Sociolancen er i kontakt med, er hjemløse.

De sundhedsfaglige opgaver er overvejende relateret til misbrugsproblematik (41,8 %) eller psykiske (19,5 %) problematikker. Sociolancemandskabet har i knap en fjerdedel af kontakterne løst opgaver, der relaterer sig til borgere, der har to eller tre samtidige psykiske, misbrugs- og/eller somatiske problematikker.

Under halvdelen af borgerne, som er i kontakt med Sociolancen, har en social sag (41,4 %), og lidt over hver fjerde borger (28,4 %) har en social støtte.

Tabel 4. Karakteristika af Sociolancens brugere (december 2015 til februar 2017). Opgjort som antal og procent (N (%)).
Datakilde: Socialfaglige registreringer.

Karakteristika	Antal (%) N=917 kontakter
Køn	
Mand	639 (72,4 %)
Kvinde	243 (27,6 %)
Ikke angivet	35 (-)
Henvendelsesform	
Tilkaldt	729 (87,9 %)
Opsøgende	100 (12,0 %)
Ikke angivet	88 (-)
Gademiljø	
Ja	492 (58,2 %)
Nej	354 (41,8 %)
Ikke angivet	71 (-)
Sundhedsfaglig opgave	
Psykisk	179 (19,5 %)
Misbrug	383 (41,8 %)
Somatisk	115 (12,5 %)
Psykisk og misbrug	117 (12,8 %)
Misbrug og somatisk	61 (6,7 %)
Psykisk, misbrug og somatisk	29 (3,2 %)
Ikke angivet	33 (3,6 %)
Behov for kontakt med AMK læge#	
Ja	38 (4,1 %)
Nej	0 (0 %)
Ikke angivet	879 (95,9 %)
Socialfaglig opgave	
Overnatning	134 (14,6 %)
Hjemmepleje	50 (5,5 %)
Social støtte	22 (2,4 %)
Rengøring	2 (0,2 %)
Andet (ikke nærmere specificeret)	488 (53,2 %)
Ikke angivet	221 (24,1 %)

Har borger en social sag	
Ja	380 (41,4 %)
Nej	294 (32,1 %)
Ikke angivet	243 (26,5 %)
Har borger en social støtte	
Ja	260 (28,4 %)
Nej	633 (69,0 %)
Ikke angivet	24 (2,6 %)
Borgers boligforhold	
Hjemløs	284 (31,0 %)
Botilbud	37 (4,0 %)
Egen bolig	389 (42,4 %)
Herberg/Krisecenter	50 (5,5 %)
Andet (ikke nærmere specificeret)	157 (17,1 %)
Transport af borger til	
Almindelig skadestue	186 (20,3 %)
Psykiatrisk skadestue	109 (11,9 %)
Herberg	80 (8,7 %)
Egen bolig	2 (0,2 %)
Andet (ikke nærmere specificeret)	463 (50,5 %)
Ikke angivet	77 (8,4 %)
Behov for afrusning	
Ja	156 (17,0 %)
Nej	687 (74,9 %)
Ikke angivet	74 (8,1 %)

AMK: Akut medicinsk koordinerende

Sociolancens brugere belyst ved Ugenyt

Der er i Ugenyt beskrevet 1.012 kontakter med borgere på Sociolancens ture i en periode på 52 uger fra april 2016, fordelt med 705 kontakter i perioden april - december 2016 og 307 kontakter fordelt i perioden januar - april 2017. I perioden er der 46 dage, hvor der mangler fyldestgørende beskrivelser af sociolance-turene eksempelvis på grund af tekniske problemer eller travlhed, og 24 dage, hvor Sociolancen ikke var bemannet, hvilket i nogle situationer skyldtes sygdom. Disse dage er ikke inkluderet i analysen.

Analysen af Ugenyt viser, at over trefjerdedele (77,2 %) af borgerne, som er i kontakt med Sociolancen, er mænd, hvor lidt under hver femte borger har en anden etnisk baggrund end dansk (Tabel 5). Sociolancen bliver i størstedelen af turene tilkaldt (75,5 %), hvor borgeren hyppigst lokaliseres i gademiljøet (26,6 %). Lidt under hver femte bruger af Sociolancen (17,0 %) er registreret som "kending", hvor borgeren eksempelvis har været i kontakt med

Sociolancen jævnlige. Sammenlagt er hver tredje bruger (34,9 %) påvirket af et rusmiddel, og lidt over en fjerdedel (26,2 %) er psykisk påvirket. Vi finder, at det oftere i mødet med Sociolancen er mænd, der er påvirket af rusmidler, men at kvinder oftere er psykisk påvirket (Tabel 6).

Analysen viser desuden, at når Sociolancen når frem, er borgeren som oftest tilstede (89,0 %). Ni ud af ti borgere tilbydes hjælp af social- og/eller sundhedsfaglig karakter, hvor 16,5 % frabeder sig hjælpen med det samme eller undervejs i Sociolancen (Tabel 5), hvoraf det oftest er kvindelige brugere, der frabeder sig hjælpen (Tabel 6). En fjerdedel (25,8 %) transporteres til en somatisk sygehusafdeling, og omkring hver femte (21,3 %) transporteres til et socialfagligt tilbud såsom et værested eller herberg. I størstedelen af de tilfælde, hvor borgeren får tilbudt anden form for socialfaglig hjælp (18,1 %), orienteres fx Hjemløseenheden eller andre sociale foranstaltninger om borgers situation (Tabel 5).

Table 5. Beskrivelse af Sociolancens ture og brugere, hvor Sociolancen har kontakt med en borger (4. april 2016 til 9. april 2017). Opgjort som antal og procent (N (%)).
 Datakilde: Ugenyt.

Basis karakteristika		N (%)
		Alle kontakter
		N=1.012
Køn		
Mand		643 (77,2 %)
Kvinde		190 (22,8 %)
Ikke angivet		179 (-)
Anden etnisk baggrund end dansk		
Ja		188 (18,6 %)
Ikke angivet/Nej		824 (81,4 %)
Lokalisation af bruger		
Eget hjem		201 (19,9 %)
Gaden		269 (26,6 %)
Værested/natcafe/herberg/ botilbud		160 (15,8 %)
Sundhedstilbud		69 (6,8 %)
Andet (offentlige steder eller bygninger)		224 (22,1 %)
Ikke angivet		89 (8,8 %)
Type af tur		
Opsøgende tur		131 (12,9 %)
Opfølgende tur#		48 (4,7 %)
Tilkaldt tur		764 (75,5 %)
Ikke angivet		69 (6,8 %)
Karakteristika for tilkaldte ture		Kontakter
		N=764
Rekvirent af sociolancen		
Politi		47 (6,2 %)
Borger selv		20 (2,6 %)
Værested/natcafe/herberg/ botilbud		58 (7,6 %)
Ambulance		129 (16,9 %)
Andre borgere eller pårørende		48 (6,3 %)
Sundhedstilbud		37 (4,8 %)
Øvrige (fx sagsbehandler)		83 (10,9 %)
Ikke angivet		342 (44,8 %)
Adgang til Sociolancen		
Tilkaldt via 1-1-2		231 (30,2 %)
Tilkaldt via 1813 og viderestillet til 1-1-2		7 (0,9 %)
Ikke angivet		526 (68,9 %)
Karakteristik af brugerne		Alle kontakter
		N=1.012
Kending (direkte indikeret)		
Ja		172 (17,0 %)
Ikke angivet/Nej		840 (83,0 %)
Har brugeren en kontaktperson?		
Ja		143 (14,1 %)
Ikke angivet/Nej		869 (85,9 %)
Er brugeren tilstede ved ankomst?		
Ja		901 (89,0 %)
Nej		110 (10,9 %)
Nej, men lokaliseret andet sted		1 (0,1 %)

Karakteristik af brugerne, som var til stede ved Sociolancens ankomst eller lokaliseret andersteds	Kontakter N=902
Er der angivet at brugeren tilbydes hjælp?	
Ja	684 (75,8 %)
Ja, men frabeder sig hjælpen	130 (14,4 %)
Ja, men fortryder hjælpen undervejs	19 (2,1 %)
Ikke behov for hjælp	49 (5,4 %)
Ikke angivet	20 (2,2 %)
Er brugeren påvirket?	
Ja, af stoffer	29 (3,2 %)
Ja, af alkohol	263 (29,2 %)
Ja, af både stoffer og alkohol	3 (0,3 %)
Ja, andet/ikke anført rusmiddel	20 (2,2 %)
Ikke angivet/Nej	587 (65,1 %)
Er brugeren psykisk påvirket?	
Ja, psykotisk/hallucineret	46 (5,1 %)
Ja, konfus/ikke orienteret	24 (2,7 %)
Ja, psykisk ustabil	140 (15,5 %)
Ja, selvmordstruet	26 (2,9 %)
Ikke angivet/Nej	666 (73,8 %)
Har brugeren været involveret i en voldsepisode eller udsat for krænkelse eller trusler om vold?	
Ja	28 (3,1 %)
Ikke angivet/Nej	874 (96,9 %)
Karakteristik af tilbud / indsats for brugere, der sagde ja til tilbud om hjælp	Kontakter N=833
Tilbydes brugeren et sundhedsfagligt tilbud?	
Ja, behandling/undersøgelse på stedet	73 (8,8 %)
Ja, rådgivning	39 (4,7 %)
Ja, henvisning/transport til somatisk sygehusafdeling	215 (25,8 %)
Ja, henvisning/transport til psykiatrisk sygehusafdeling/center	115 (13,8 %)
Ja, aftale om opfølgende behandling / kontakt	20 (2,4 %)
Ja, andet	25 (3,0 %)
Ikke angivet	392 (47,1 %)
Tilbydes brugeren et socialfagligt tilbud?	
Ja, rådgivning	9 (1,1 %)
Ja, henvisning/transport til botilbud/natcafe/værested/herberg	177 (21,3 %)
Ja, henvisning/transport til eget hjem	73 (8,8 %)
Ja, aftale om opfølgende kontakt	81 (9,7 %)
Ja, andet	151 (18,1 %)
Ikke angivet	394 (47,3 %)

Opfølgende arbejde refererer til de kontakter, hvor det er tydeligt indikeret i Ugenyt, at socio-lance-mandskabet skal følge op på nogle af de borgere, de fx er støtte-kontakt-personer for.

Tabel 6. Beskrivelse af ture og borgere på Sociolancens ture, hvor Sociolancen har kontakt med en borger opdelt i grupper (4. april 2016 til 9. april 2017). Opgjort som antal og procent (N (%)). Datakilde: Ugenyt.

	Procent inden for hver gruppe (kolonne %)						
	Køn		Anden etnisk baggrund end dansk		Type tur		
	Mand	Kvinde	Ja	Nej	Opsøgende	Opfølgende#	Tilkaldt
Antal per gruppe	N=643	N=190	N=188	N=824	N=131	N=48	N=764
Basis karakteristika							
Køn							
Mand	-	-	79,3 %	60,0 %	61,1 %	54,2 %	64,4 %
Kvinde	-	-	12,8 %	20,2 %	11,5 %	20,8 %	20,8 %
Ikke angivet	-	-	8,0 %	19,9 %	27,5 %	25,0 %	14,8 %
Anden etnisk baggrund end dansk							
Ja	23,2 %	12,6 %	-	-	14,5 %	16,7 %	19,1 %
Ikke angivet/Nej	76,8 %	87,4 %	-	-	85,5 %	83,3 %	80,9 %
Lokalisation af bruger							
Eget hjem	17,1 %	31,1 %	4,3 %	23,4 %	19,1 %	50,0 %	18,6 %
Gaden	29,9 %	20,0 %	30,9 %	25,6 %	35,1 %	14,6 %	26,1 %
Værested/cafe/herberg/ botilbud	14,5 %	16,3 %	18,6 %	15,2 %	12,2 %	20,8 %	15,2 %
Sundhedstilbud	6,2 %	9,0 %	8,5 %	6,4 %	8,4 %	2,1 %	7,3 %
Andet (offentlige steder eller bygninger)	23,6 %	18,4 %	29,3 %	20,5 %	20,6 %	4,2 %	23,8 %
Ikke angivet	8,7 %	5,3 %	8,5 %	8,9 %	4,6 %	8,3 %	9,0 %
Type af tur							
Opsøgende tur	12,4 %	7,9 %	10,1 %	13,6 %	-	-	-
Opfølgende tur	4,0 %	5,3 %	4,3 %	4,9 %	-	-	-
Tilkaldt tur	76,5 %	83,7 %	77,7 %	75,0 %	-	-	-
Ikke angivet	7,0 %	3,2 %	8,0 %	6,6 %	-	-	-
Karakteristika af brugerne							
Kending (direkte indikeret)							
Ja	17,1 %	13,7 %	10,6 %	18,5 %	26,7 %	47,9 %	13,7 %
Ikke angivet/Nej	82,9 %	86,3 %	89,4 %	81,6 %	73,3 %	52,1 %	86,3 %
Har brugeren en kontaktperson?							
Ja	12,9 %	16,3 %	4,8 %	16,3 %	24,4 %	41,7 %	10,9 %
Ikke angivet/Nej	87,1 %	83,7 %	95,2 %	83,7 %	75,6 %	58,3 %	89,1 %
Er brugeren tilstede ved ankomst?							
Ja	89,8 %	87,9 %	95,2 %	87,6 %	91,6 %	87,5 %	88,2 %
Nej	10,0 %	12,1 %	4,8 %	12,3 %	8,4 %	12,5 %	11,7 %
Nej, men lokaliseret andet sted	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %

Karakteristika af brugerne, som var tilstede ved Sociolancens ankomst, eller som blev lokaliseret andetsteds

Er der angivet at brugeren tilbydes hjælp?

Ja	76,0 %	69,5 %	79,3 %	75,0 %	61,7 %	50,0 %	79,3 %
Ja, men frabeder sig hjælpen	13,6 %	23,4 %	12,3 %	14,9 %	17,5 %	21,4 %	13,6 %
Ja, men fortryder hjælpen undervejs	2,4 %	1,8 %	0,6 %	2,5 %	1,7 %	4,8 %	2,1 %
Ikke behov for hjælp	5,5 %	3,6 %	6,7 %	5,1 %	12,5 %	19,1 %	3,6 %
Ikke angivet	2,4 %	1,8 %	1,1 %	2,5 %	6,7 %	4,8 %	1,5 %

Er brugeren påvirket?

Ja, af stoffer	3,6 %	3,0 %	0,0 %	4,0 %	2,5 %	0,0 %	3,9 %
Ja, af alkohol	34,2 %	20,4 %	29,1 %	29,2 %	23,3 %	19,1 %	31,3 %
Ja, af både stoffer og alkohol	0,4 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Ja, andet/ikke anført rusmiddel	1,7 %	3,0 %	1,7 %	2,4 %	1,7 %	0,0 %	2,2 %
Ikke angivet/Nej	60,1 %	73,7 %	67,6 %	64,5 %	72,5 %	81,0 %	62,2 %

Er brugeren psykisk påvirket?

Ja, psykotisk/hallucineret	4,5 %	10,8 %	3,4 %	5,5 %	0,0 %	2,4 %	6,2 %
Ja, konfus/ikke orienteret	3,1 %	2,4 %	1,7 %	2,9 %	1,7 %	0,0 %	3,0 %
Ja, psykisk ustabil	12,1 %	29,9 %	13,4 %	16,0 %	5,0 %	9,5 %	18,2 %
Ja, selvmordstruet	2,6 %	4,2 %	1,7 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %
Ikke angivet/Nej	77,7 %	52,7 %	79,9 %	72,3 %	93,3 %	88,1 %	68,9 %

Har brugeren været involveret i en voldsepisode eller udsat for krænkelser eller trusler om vold?

Ja	2,4 %	5,4 %	2,8 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
Ikke angivet/Nej	97,6 %	94,6 %	97,2 %	96,8 %	100 %	100 %	96,2 %

Opfølgende arbejde refererer til de kontakter, hvor det er tydeligt indikeret i Ugenyt, at sociolance-mandskabet skal følge op på nogle af de borgere, de fx er støtte-kontakt-personer for.

Brugere belyst ved kvalitative data

Som beskrevet i ovenstående afsnit viser socialfaglige registreringer og Ugenyt, at brugerne af Sociolancen ofte er påvirket af alkohol eller stoffer (**Tabel 4, Tabel 5**). Vores interviews og observationer viser samme generelle billede af målgruppen, men nuancerer det også.

Brugerne af Sociolancen er en bredspektret og heterogen gruppe, der har det til fælles, at de er marginaliseret i et eller andet omfang og har svært ved at tage vare på sig selv i en konkret situation. Samtidig har de mange sammensatte og komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer.

På flere af de sociolance-ture, vi deltog i, var brugeren meget beruset og i enkelte tilfælde næsten bevidstløs på grund af indtag af både alkohol og stoffer. Desuden assisterede Sociolancen borgere, der skønnedes at have en sindslidelse eller være psykisk ustabile. Sociolancen hjalp desuden hjemløse personer, mennesker med egen bolig eller fast adresse for eksempel på et herberg enten i København eller udenbys, samt mange udlændinge, herunder både asylansøgere og borgere fra Europa, der i nogle tilfælde havde mistet deres pas og penge. Blandt brugerne var der også mennesker, der umiddelbart så ud til at komme fra bedre kår, men var havnet i problemer for eksempel på grund af en sindslidelse. I et tilfælde hjalp Sociolancen fx en velklædt ældre herre, der på hans sprogbrug at dømmes fremstod veluddannet. Han havde imidlertid forladt sit bosted, da han oplevede, at medbeboerne terroriserede ham, og han sagde, han derfor ville tage sit liv. Politiet tilkaldte i denne situation Sociolancen.

Nedenstående udtalelse fra en sundhedsfaglig medarbejder beskriver, hvordan målgruppen er en broget skare, som ofte har det til fælles, at de oplever at være blevet afvist af systemet:

”Det er jo en meget bred gruppe. Man kan ikke sige, det er *én* gruppe. Fordi de [Sociolancen] kører jo meget forskelligartede steder hen. Men jeg tror grundlæggende,

man kan sige, at de [borgerne i målgruppen] på en eller anden måde er røget ud, og på et eller andet tidspunkt har oplevet det etablerede system og er blevet afvist. Det er tit mennesker, der får at vide, ’jamen det er dit ansvar, gå nu ned på kommunen’. Og så går de derop, og så står der en vagt uden for kommunen og siger, ’nej, sådan en som dig skal vi ikke have ind her’. Der er en stor del af gruppen, der er kontaktsvage, nogle, som selv ikke formår at komme ud eller kan finde ud af, ’hvor og hvem skal jeg kontakte? Hvordan kommer jeg ud og ringer til nogen? Hvordan finder jeg ud af at ringe?’ Det kan være mange ting, som gør, man ikke lige... Men som ikke er en akut problemstilling på den måde for en primær assistance fra ambulance eller politi, hvis man ellers ringer 1-1-2.” (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Den mistillid til ”systemet”, der udtrykkes her, og som mennesker i målgruppen ifølge flere informanter oplever, er netop en af de udfordringer, mandskabet skal håndtere i deres arbejde, hvilket vi viser senere.

Sammenfatning

Målgruppen er heterogen, men de borgere, den omfatter, har det til fælles, at de har svært ved at tage det ansvar for eget liv, som der fordres af dem, herunder også at tage kontakt til de personer og institutioner, der formodes at kunne hjælpe dem.

Audit af Sociolancen

Der er i perioden december 2015 til marts 2017 gennemført audit af den sundhedsfaglige behandling af 185 kontakter med en borger, der er registreret i Akutberedskabets database (**Tabel 7**). Borgerens navn og CPR-nummer er an-

ført i næsten alle gennemførte audits (navnet er anført i 95,1 % af registreringerne, og CPR-nummer er anført i 87,6 %). De fleste borgere (91,3 %) fik foretaget en primær vurdering af deres sundhedsmæssige tilstand.

Tabel 7. Audit af den sundhedsfaglige behandling af borgere, der har været i kontakt med Sociolancen (december 2015 til marts 2017).

Opgjort som antal og procent (N (%)). Datakilde: Audit.

Kvalitetsindikatorer	Antal	Ja	Nej	Ikke relevant
	besvarede	N (%)	N (%)	N
Information om borgeren				
Er borgerens navn angivet	185	176 (95,1 %)	9 (4,9 %)	0
Er borgerens CPR-nummer angivet	185	162 (87,6 %)	23 (12,4 %)	0
Er der foretaget en primær vurdering af borgerens sundhedsmæssige tilstand	184	168 (91,3 %)	16 (8,7 %)	1
Hvis der er foretaget en primær vurdering	168			
A Luftveje		168 (100 %)	0 (0 %)	-
B Vejrtrækning		167 (99,9 %)	1 (0,6 %)	-
C Kredsløb		166 (98,8 %)	2 (1,2 %)	-
D Neurologiske udfald		157 (93,5 %)	9 (5,4 %)	-
E Skader og påvirkninger fra omgivelserne	-	-	-	-
Er der målt vitale parametre	165	75 (45,5 %)	90 (54,6 %)	20
Er borgeren somatisk	180	94 (52,2 %)	86 (47,8 %)	5
Er borgeren psykiatrisk	180	75 (41,7 %)	105 (58,3 %)	5
Har AMK-lægen været involveret#	184	5 (2,7 %)	179 (97,3 %)	1
Er der angivet medicinsk behandling	185	0 (0 %)	185 (100 %)	1
Hvis ja, er medicinen givet i henhold til retningslinjerne	0	0 (0 %)	0 (0 %)	0

AMK: Akut medicinsk koordinerende

Sociolancens betingelser og opgaver

I de følgende afsnit søger vi at besvare det overordnede evalueringsspørgsmål, hvorvidt Sociolancen er et relevant og hensigtsmæssigt tilbud for målgruppen samt de førnævnte seks evalueringsspørgsmål. Det sidste spørgsmål, der vedrører, hvorvidt Sociolancen er med til at bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige tilbud, trækker på de pointer, vi kom frem til i de foregående afsnit, og vurderer og perspektiverer desuden Sociolancens arbejde i forhold til den gråzone, vi kan se, den arbejder i.

Vi indleder med et afsnit om Sociolancens betingelser og opgaver, før vi behandler de seks evalueringsspørgsmål. Det gør vi, da vi finder, at en indsigt i nogle af de centrale betingelser, der er for Sociolancens arbejde, er væsentlig for besvarelserne af de efterfølgende evalueringsspørgsmål. Vi fokuserer i dette indledende afsnit på to aspekter ved Sociolancens arbejde, nemlig 1) udstyr og dokumentation, samt 2) rekvireret og opsøgende kørsel. Beskrivelsen i dette afsnit er baseret dels på projektbeskrivelsen (Projektbeskrivelse 2017), dels på vores observationer og interviews.

Udstyr og dokumentation

Sociolancen skal ifølge projektbeskrivelsen (Projektbeskrivelse 2017) ikke køre udrykningskørsel. De social- og sundhedsfaglige sociolance-medarbejdere, vi talte med, var meget opmærksomme på, at Sociolancen aldrig må erstatte ambulancen, hvis der er behov for præhospital sundhedsfaglig behandling, og at der ikke måtte forekomme såkaldt undertriagering: ”Vi kan ikke holde til tilfælde, hvor der skulle være sendt en ambulance”, som det blev understreget på Sociolance-workshoppen. Her blev det også nævnt, at Sociolancen i november 2016 havde været rekvireret som primærrespons i ca. 20 % af dens kørsler. Sociolancen er coatet, så den ikke ligner en ambulance, selvom der står 1-1-2 på siden af den. Sociolancen, som er en Mercedes, er dog udstyret, så mandskabet kan behandle de ”mest basale sundhedsfaglige forhold, samt afklare vitalparamet-

re” (Projektbeskrivelse 2017). Den er blandt andet udstyret med en hjertestarter, blodsukker-, saturations- og blodtrykmåler, ventilationsudstyr og andet relevant udstyr til brug for livreddende førstehjælp (Region Hovedstaden, 2017). Der er tillige drikkevand, tæpper, gummihandsker i forskellige størrelser, hånddesinfektionsmiddel og desinfektionsservietter (ibid.). På evalueringstidspunktet havde Sociolancen som noget nyt også fået et alkometer, som blev benyttet på flere af de kørsler, som vi deltog i. Bilen rummer endvidere en bære og en stol samt to mindre sæder.

Mandskabet bærer mørke trøjer og bukser samt gule refleksjakker, hvor der er påtrykt Sociolance. Flere sociolance-medarbejdere har oplevet udfordringer med deres uniformer; de ligner til forveksling de uniformer, som vejarbejdere eller DSB-ansatte bærer, og derfor henvender folk sig af og til for at få toginformation, hvis mandskabet fx opholder sig på Hovedbanegården. På evalueringstidspunktet var der planer om at ændre Sociolancens staffing, så den fortsat har lighed med en almindelig ambulance, men ikke kan forveksles med en sygetransport. Sociolancens udseende og synlighed er et forhold, der blev taget op af flere sociolance-medarbejdere, og som vil blive ændret i nærmeste fremtid. Evalueringen viser, at det er vigtigt, at Sociolancen og mandskabet adskiller sig fra en almindelig ambulance og fx politi, fordi potentielle brugere har tendens til at afvise hjælp fra disse to instanser; en problemstilling vi belyser senere. Med til mandskabets opgaver hører også vedligeholdelse og rengøring af bilen samt mandskabets opholdsrum på brandstationen.

En vigtig opgave i sociolance-arbejdet er skrive- og dokumentationsarbejdet. Der oprettes to journaler efter hver kørsel, én til Københavns Kommune, som den socialfaglige sociolance-medarbejder tager sig af (i systemet CSC), og én til regionen, som den sundhedsfaglige sociolance-medarbejder tager sig af (den Præhospital PatientJournal). Her mødte mange sociolance-medarbejdere ofte udfordringer. Det var fx ikke altid at edb-systemerne, som mandska-

bet havde til rådighed, virkede. ”Det kan du godt skrive i din rapport”, som én sagde. Flere beklagede, at journaliseringssystemet (CSC) ikke fungerede optimalt, og at internettet ikke altid fungerede, hvis de havde brug for at slå noget op.

Den socialfaglige sociolance-medarbejder kan, hvis der er oprettet en sag på en borger, i systemet se, hvem der er støtte-kontakt-person, eller om borgeren har fået iværksat anden form for hjælp eller tiltag. Hvis borgeren samtykker, kan sociolance-mandskabet dermed sørge for, at der bliver fulgt op på borgeren gennem en støtte-kontakt-person ved at afrapportere i systemet. I forbindelse med hver vagt skriver mandskabet desuden en kort prosatekst til Ugenyt, som resten af mandskabet kan orientere sig i for at sikre eksempelvis kontinuitet og opfølgning.

Rekvireret og opsøgende kørsel

Sociolancens ture falder overordnet inden for to kategorier: ture, hvor den er rekvireret, og ture, hvor mandskabet kører opsøgende. I forhold til rekvirering kan Sociolancen tilkaldes gennem 1-1-2, hvor vagtpersonalet vurderer, om det vil være relevant at sende Sociolancen. Man kan som borger eller personale på social- og sundhedsfaglige tilbud selv efterspørge Sociolancen. Forespørgsler om Sociolancen til Akuttefonen 1813 viderestilles til 112 AMK-Vagtcentralen. Nogle af de social- og sundhedsfaglige tilbud havde på et tidspunkt et direkte nummer til mobiltelefonen i Sociolancen. Denne kontaktmulighed var man på evalueringstidspunktet gået væk fra. Der herskede imidlertid nogen uklarhed om, hvorvidt man stadig kunne benytte dette nummer. En sygeplejerske på en akutmodtagelse spurgte eksempelvis, om hun ikke kunne få det direkte nummer, og hun var, som flere andre, vi talte med, ikke klar over, at dette nummer ikke kunne benyttes længere. Andre gav udtryk for ærgrelse over, at det direkte nummer ikke længere kunne tages i brug. De satte stor pris på at have det til rådighed, da de oplevede, at kontakt gennem 1-1-2 og især 1813, som nogle benyttede, ofte indebar forhandlinger og ventetid. En

medarbejder på et socialfagligt tilbud sagde eksempelvis:

”Jeg synes, det er uklart, hvad vi kan bruge den [Sociolancen] til. I starten havde vi et direkte nummer, og der fungerede det godt. Men når vi ringer 1813 går det i hårdknude. Det kommer fuldstændig an på, hvem man kommer i kontakt med. Så kommer man ud i diskussioner omkring økonomi, arbejds gange og procedurer. Det er helt absurd.” (Socialfaglig medarbejder, interview)

Der var imidlertid også enighed blandt hovedparten af de social- og sundhedsfaglige medarbejdere om, at de som regel kom gnidningsfrit igennem, når de ringede 1-1-2. Foruden at blive tilkaldt eller rekvireret gennem 1-1-2 kører Sociolancen også det, sociolance-medarbejderne kalder opsøgende.

De baseansvarlige, det vil sige en sociolance-medarbejder fra henholdsvis Hovedstadens Beredskab, Københavns Kommunes Socialforvaltning og Akutberedskabet, har lavet en inddeling af Københavns Kommune i områder, såkaldte hot-spots, som Sociolancen selv opsøger regelmæssigt for at sikre, at den gør sig synlig i hele kommunen og jævnlige kommer steder, hvor man formoder, at der opholder sig borgere i målgruppen. Det kan være bydele, torve, parker, fixerum eller forskellige socialfaglige tilbud. Listen er fortrykt og ændrer sig ikke uge for uge, men tilpasses efter behov. Ved hot-spots parkeres Sociolancen, og mandskabet går rundt og taler med borgerne eller med de ansatte. Vi oplevede, at der generelt var god kontakt med borgere under sådant opsøgende arbejde, men det var langtfra alle, som mandskabet henvendte sig til, der ønskede hjælp. I flere tilfælde var det personalet, der havde behov for assistance under Sociolancens opsøgende arbejde:

’Nu I er her’, som en sygeplejerske på stofindtagelsesrummet H17 sagde. ’Vil I ikke lige komme ind og se på et sår hos en af brugerne’. Den sundhedsfaglige socio-

lance-medarbejder tilser stille og roligt den pågældende. Der er ingen hast i samtalen, som er dæmpet og diskret. Vi, der er i rummet, kan ikke høre den. Det ender med, at Sociolancen bringer borgeren til Hvidovre Hospital, så han kan blive behandlet for et stort væskende og betændelsesfyldt sår på skinnebenet. På vejen forklarer mandskabet, at dette nok ikke er en typisk sociolance-sag. Men som den ene forklarer: 'For disse mennesker er Hvidovre Hospital månen. De ville aldrig komme der af egen kraft'. Og havde Sociolancen ikke været der og påtaget sig opgaven, ville manden formodentlig have været på gaden igen. (Observationsnoter)

Andre opsøgende kørselsopgaver kan være at køre ud og følge op på borgere, som de socialfaglige sociolance-medarbejdere kender igennem deres daglige arbejde som fx støttekontakt-personer. I nogle få tilfælde er der også blevet lavet en særaftale omkring borgere, der fx ringer 1-1-2 gentagne gange. Her har 112 AMK-Vagtcentralen aftalt, at Sociolancen kan tage ud til dem, fortalte en medarbejder på akutmodtagelsen på et psykiatrisk center. Ofte handler sådanne tilfælde om ensomhed, fortalte hun. Der er ikke helt konsensus blandt mandskabet om, i hvilket omfang Sociolancen skal være opsøgende. En socialfaglig sociolance-medarbejder sagde eksempelvis:

"Vores opgave i Sociolancen, det er at handle akut. Det er ikke at gå rundt og opsøge. Sociolancen jager altså også nogle gange brugerne væk. Man kan ikke bare brage ind i psykisk syges liv i en gul jakke. Det skal vi også have respekt for." (Socialfaglig sociolance-medarbejder, samtale under observationer)

I tråd hermed mente vedkommende heller ikke, at Sociolancen skulle hjælpe borgere med mere langsigtede handleplaner såsom afvænningsophold. En anden socialfaglig sociolance-medarbejder så anderledes på det:

"Det gælder om at fange dem lige i det øjeblik der, hvor de er villige til at sige ja. Hvor der er en åbning, fx i forhold til at køre en borger til et afvænningscenter". (Socialfaglig sociolance-medarbejder, samtale under observationer)

Sådanne nuancer i opfattelsen af Sociolancens mandat afspejler blandt andet den gråzone, som sociolance-arbejdet bevæger sig i, og som vi behandler mere indgående i sidste afsnit.

Sociolancens geografiske mandat ligger inden for København Kommune, selvom den krydser kommunegrænser, når mandskabet fx kører en borger hjem. I et tilfælde under vores observationer blev en borger, der var fundet beruset på vejen i Frederiksberg Kommune, transporteret af en almindelig ambulance ind i Københavns Kommune, så Sociolancen kunne tage over derfra. Sådanne situationer gav anledning til nogen forundring blandt sociolance-medarbejderne. Generelt anbefalede både social- og sundhedsfaglige aktører, at projektet blev udvidet til flere nabokommuner for at skabe større sammenhæng i indsatsen.

Relevante tilbud

I dette afsnit undersøger vi, hvorvidt borgere i målgruppen gennem Sociolancen henvises til relevante tilbud (jf. evalueringsspørgsmål 1). Ifølge projektbeskrivelsens opgaveportefølje (Projektbeskrivelse 2017) skal sociolance-mandskabet foruden at tilbyde borgeren en almen sundhedsfaglig behandling og socialfaglig rådgivning og vejledning på stedet afdække borgerens behov for at blive henvist og transporteret til relevante tilbud i kommunalt såvel som regionalt regi, heriblandt til væresteder, herberger, natcafe, rådgivningstilbud, psykiatrisk og somatisk behandling på hospital, botilbud eller eget hjem. I vores vurdering af, hvorvidt borgerne henvises til relevante tilbud, finder vi det nærliggende først at beskrive de præmisser, der gælder for sociolance-mandskabets konkrete mulighed for at henviser til relevante tilbud. Her spiller manglen på relevante tilbud og eksisterende tilbuds tilgængelighed en helt central rolle. Herefter beskri-

ver vi, hvordan det at henviser til relevante tilbud nødvendiggør et indgående vurderingsarbejde fra sociolance-mandskabets side.

Tilgængelighed

Sociolance-mandskabet giver samstemmende udtryk for, at der er massiv mangel på socialfaglige tilbud. Det drejer sig både om generelle tilbud, tilbud, der adresserer særlige behov, samt tilbud, der har åbent i dagtiden og i weekenden. Mange steder åbner først om aftenen (kl. 20-23) og lukker om morgenen (kl. 7-9). Dette besværliggør arbejdet, som en socialfaglig sociolance-medarbejder udtalte:

”Det er frustrerende, at der ikke er nogen steder til disse mennesker. Vi mangler tilbud. Det kunne jo bare være et sted med en seng, tæppe, sandwich og en kop kaffe og måske lige en sundhedsfaglig person, der så til dem.” (Socialfaglig sociolance-medarbejder, samtale under observationer)

Der er nogle borgere, der ikke passer ind med de andre brugere på mange af de tilgængelige tilbud, og de bliver ladet i stikken, finder flere. To socialfaglige medarbejdere siger eksempelvis:

”Og det må også være frustrerende for dem [Sociolancen], for der mangler tilbud, og de kommer til kort. Vi fik en kvinde, hun var 80 år, og det er jo det, der er udfordringen, når man har så bredspektret en målgruppe, at vi lige pludselig står med en 80 årig dame, der er dement med rollator, og hvad gør man så, når hun lige kommer om natten.” (Socialfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

”Der mangler steder, hvor en funktionel hjemløs kvinde, der er ensom og rigtig psykisk syg, kan være i dagtimerne, hun har ikke noget misbrug, så det er svært for hende at hænge ud i Den Runde Firkant [Sundhedsrummet og café på Halmtorvet]. Der er bare ikke nogen steder.” (Socialfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Både sociolance-medarbejderne og flere informanter understregede desuden, at det er et stort problem, at åbningstiderne er begrænsede. Et andet stort problem er, at der ikke er flere tilbud målrettet personer med alkoholmisbrug, herunder folk, der har brug for at sove rusen ud. Flere understregede, at det er en stor belastning for akutmodtagelserne, når de får borgere, ”der bare skal sove den ud”. En sundhedsfaglig medarbejder sagde eksempelvis under vores fokusgruppeinterview:

”Vi oplever, at der er rigtig mange, der kommer ind på akutafrusninger enten på skadestuerne eller medicinsk modtagelse og helt sikkert også i psykiatrisk regi, og så føler hospitalerne, at de kommer til kort, fordi de får rigtig mange [...]. Denne målgruppe er for svag til at henvende sig til misbrugscenteret, ikke svage, de er jo stærke, men de har ikke ressourcerne til at dukke op fra kl. 8 til kl. 12.” (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Mange borgere har således ikke de fornødne ressourcer til at deltage i de ambulante kommunale alkoholtilbud med begrænset åbningstider.

En særlig udfordring, som flere både social- og sundhedsfaglige medarbejdere nævnte, er, at hverken sociolance-mandskabet eller personalet på socialfaglige tilbud har de fornødne kompetencer til at vurdere, om en borger har behov for psykiatrisk hjælp. Én skønnede, at op mod 90 % af dem, der kom på det socialfaglige tilbud, hun var ansat ved, havde en psykisk sygdom, men der var ikke tilstrækkelige professionelle kompetencer til at håndtere dette. Desuden er der usikkerhed om, hvorvidt Sociolancen overhovedet må assistere i disse tilfælde. En sundhedsfaglig medarbejder understregede, at: ”Lige nu er det vist sådan, at Sociolancen ikke må køre med psykotiske mennesker, og det er faktisk i de situationer, hvor der er mest behov for en Sociolance.” Analysen af Ugenyt viser imidlertid, at Sociolancen har kørt med psykotiske borgere. Mandskabet har såle-

des været i kontakt med 46 borgere (svarende til 5,1 % af alle kontakter i Ugenyt), der har haft tegn på hallucinationer eller andre psykotiske symptomer (**Tabel 5**). Følgende uddrag fra en beskrivelse i Ugenyt er et eksempel herpå:

”Hun [borgeren] er ked af det og har tankegyldigheder, kan ikke samle sig om noget og vil gerne på hospitalet. Vi tilbyder at køre hende til psykiatrisk afdeling, hvilket hun indvilger i. Undervejs kokser det for hende, og hun vil af, hun er aggressiv og river fat i en ledning. Vi får talt hende til ro, men igen kokser det for hende, men de [hospitalspersonalet] får beroliget hende, og hun lader sig indlægge.” (Ugenyt)

Eksemplet fra Ugenyt er blot ét blandt mange eksempler på, at sociolance-mandskabet må være fleksible og pragmatiske i forhold til de opgaver, der møder dem.

Sociolance-mandskabets vurdering af tilbud

En forudsætning for, om sociolance-mandskabet kan henvise til relevante tilbud, er det vurderingsarbejde, som de konstant må udføre i forhold til hvilke tilbud, der er tilgængelige. Når borgerens behov og ønsker er afklaret, skal mandskabet vurdere, hvilke tilbud der er relevante for hans eller hendes situation, givet førnævnte mangler i udbuddet af tilbud. Ofte må mandskabet ringe rundt og forhøre sig og eventuelt forhandle med personalet på de forskellige steder. Nedenstående beskrivelse er et typisk eksempel på en sådan situation, hvor mandskabet søger at vurdere, hvad det relevante tilbud kan være i en situation med en meget beruset udlænding:

I Sociolancen sidder vi ca. 10 minutter, mens sociolance-mandskabet prøver at finde ud af, hvor borgeren kan komme hen. De ringer flere steder hen forgæves og bryder deres hjerne. ’Det går ikke med Mændenes Hjem. De ruller ham. Sundholm? De åbner først kl. 02. Kan vi køre ham derhen på en bænk? Hvad med et af herbergerne. Men de lukker kl. 14’. A siger

til mig [observatør]: ’Vi kan jo godt finde et sted til ham, men det må heller ikke være for langt væk. Han vil bare finde tilbage til Vesterbro.’ A siger flere gange: ’Hvad gør vi?’ Stengade og Sundholm er oppe og vende flere gange. De spørger ham gentagne gange ’Where do you wanna go?’ Borgerens engelsk og tilstand gør ham ikke i stand til at svare. Han siger flere gange: ’No card. No money. Sleep outside cold.’ De ender med at tage ham til Fedtekældereren på Christianshavn kl. 12.40. Der er åbent til kl. 14. Så kan han sidde på en bænk derefter og komme til Sundholm i nat. En smilende dame tager imod ham og sætter ham ved et bord. Der er duge på bordene, kaffe og et åbent køkken. Der dufter af mad. Der er en rolig og hyggelig stemning. Der er flere udlændinge, men lokalet er ikke fyldt. En anden kvinde kommer med en tallerken varm ret, sovs og kartofler. De har også fundet en varm jakke til ham. De fortæller, at manden kom til Danmark for 1-2 måneder siden, og at Hjemløseenheden arbejder på hans sag og prøver at få ham tilbage til sit hjemland, sidst nægtede han dog dette. (Observationsnoter)

Sociolance-mandskabet kan være nødsaget til at indgå et kompromis i de situationer, hvor et relevant tilbud ikke umiddelbart er tilgængeligt. Dette kan betyde, at det i nogle situationer kan være nødvendigt at ”trække en afhentning”, som de beskriver det, fra eksempelvis et hospital til et herberg, som først åbner sent, eller som illustreret ovenfor, at borgeren transporteres til et sted med en aftale om at blive afhentet igen senere. Fokus er således på at finde et tilbud, der kan løse det akutte ”her og nu” problem, som borgeren befinder sig i. Mandskabet skal her tage højde for om vedkommende eksempelvis kan få tag over hovedet, varme, en jakke og omsorg eller få opfyldt basale behov i form af mad og drikke.

Relevante tilbud

Sociolancens virkefelt er mangefacetteret, og de social- og sundhedsfaglige tilbud benytter

Sociolancen i forskellig grad og til forskelligartede opgaver, herunder til at afhente borgere, der skal tilses af sundhedsfagligt personale på et hospital, men også at Sociolancen omvendt aflaster disse steder (jf. afsnittet Aflastning). Stofindtagelsesrummet H17 bruger fx Sociolancen, hvis de ikke kan få brugere til at gå ved aftenstide, når stedet lukker. Et nyt samarbejde med Metroen var også ved at blive etableret på evalueringstidspunktet. I forvejen har Metropersonalet mulighed for at uddele foldere med kontaktoplysninger om herberger og væresteder. Det giver, forlød det på workshoppen, en ekstra dimension til deres arbejde, fordi de derved kan bistå udsatte borgere med behov for hjælp. De så derfor også en ny mulighed i at samarbejde med Sociolancen, fordi dette ville kunne styrke muligheden for at hjælpe. Også vagt- og securitypersonalet på Københavns Hovedbanegård bruger Sociolancen og udtrykte stor tilfredshed med mandskabets indsats. Før ville de være nødt til at smide de nødstedte og hjælpeløse borgere ud. Det generelle billede er således, at Sociolancen i stigende omfang, og i takt med, at den bliver kendt, giver de ovennævnte aktører mulighed for at hjælpe borgere, som tidligere var svære at hjælpe på en relevant og hensynsfuld måde. Man kan, som en medarbejder på et socialfagligt tilbud udtrykte det, se Sociolancen som en del af behandlingen.

Sammenfatning

Evalueringen viser, at et indgående kendskab til målgruppen og eksisterende tilbud er helt centralt for sociolance-mandskabets vurdering af, hvilke tilbud der er mest hensigtsmæssige at henvise borgeren til. En afgørende kompetence i den forbindelse er, at "have fingeren på pulsen", og således kan sociolance-arbejdet bedst udføres af folk, der i forvejen arbejder med målgruppen og følger udviklingen af de social- og sundhedsfaglige tilbud tæt.

Evalueringen viser også, at Sociolancen formår at henvise borgere til relevante og hensigtsmæssige tilbud, men at dette sker på trods af mangel på tilbud, og at det kræver et konstant

vurderingsarbejde fra sociolance-mandskabets side.

Aflastning

I dette afsnit behandler vi forskellige perspektiver på og vurderinger af, hvordan, hvem og i hvilke situationer Sociolancen aflaster (jf. evalueringsspørgsmål 2). Som det også vil fremgå, er Sociolancens aflastningspotentiale nært forbundet med dens funktion som bindeled og brobygger mellem forskellige social- og sundhedsfaglige tilbud (jf. afsnittet Brobygning) og med den tid, rummelighed og fleksibilitet, der kendetegner mandskabets tilgang til de socialt udsatte borgere (jf. afsnittet Mandskabets kompetencer). Som vi vil vise, er der også informanter, der ikke bryder sig om at tale om "aflastning".

Aflastning af ambulance og politi

Det er ambulance og politi, der typisk først tilkaldes til at hjælpe personer, der af forskellige grunde tiltrækker sig bekymring og opmærksomhed i det offentlige rum eller på de forskellige sociale tilbud. Det er en generel erfaring og vurdering på tværs af interviews og samtaler, at Sociolancen aflaster ambulance og politi. På flere af sociolance-turene, som vi deltog i, blev Sociolancen tilkaldt og tog over, fordi ambulancemandskabet havde skønnet, at der ikke var tale om en akut, behandlingskrævende situation, og at det derfor ikke var hensigtsmæssigt at køre den pågældende til fx en akutmodtagelse. Det kunne være en meget beruset, stofpåvirket eller psykisk ustabil person. Før Sociolancen blev en mulighed, måtte ambulance og politi i sidste instans forsøge at løse opgaven (hvis borgeren overhovedet accepterede det), ved at transportere den pågældende til fx en akutmodtagelse eller akutklinik, og der kunne også i nogle tilfælde blive tale om tvang:

"De [Sociolancen] har nogle muligheder, fordi de kender den anden side af det offentlige system, og hvad det kan tilbyde. Altså, det at placere en person, der mangler et sted at bo, har behov for tøj, altså alle de her bløde værdier, som vi [politiet]

måske ikke er helt så gode til altid. Mange gange kender de også folk i systemet, så de ved, hvem de har med at gøre, og går til den på en anden måde, end vi gør.” (Politi, interview)

Når politi, medarbejdere på 112 AMK-Vagtcentralen eller ambulancefolkene på stedet skønner, at der ikke er tale om en person, der skal på hospitalet, men som har brug for, at ”nogen tager sig af dem”, såsom at få et sted at sove rusen ud, få mad og rent tøj, har de således mulighed for at tilkalde Sociolancen. Den ad-hoc aflastning, som Sociolancen hermed kan tilbyde, frisætter ressourcer hos ambulancemandskab, politi og på akutmodtagelser, så de i højere grad kan koncentrere sig om deres kerneopgaver.

Både politi, ambulance og medarbejdere på social- og sundhedsfaglige tilbud har erfaringer med, at de socialt udsatte borgere ikke ønsker hjælp fra politiet og ikke vil køre med en almindelig ambulance. Især politiet oplever, at nogle reagerer stærkt afvisende eller aggressivt på dem. I disse tilfælde anses Sociolancen for en tilkaldemulighed, fordi mandskabet er kendt for at have den fornødne erfaring, viden om tilbud, og ikke mindst tid til at tale med og dermed drøfte og afklare vedkommendes ønsker og behov for hjælp.

Ifølge Politiloven er det politiet, der i sidste instans skal tage sig af borgere, der ikke kan tage vare på sig selv på grund af sygdom, tilskadecomst eller hjælpeløshed i øvrigt (§ 10, Bekendtgørelse af lov om politiets virksomhed, 2017). Politiet kan køre folk hjem, hvis de har et hjem. Men er borgeren i en tilstand, hvor dette er uforsvarligt, hvis vedkommende eksempelvis er stærkt påvirket, eller ikke har et hjem, som det er tilfældet med mange socialt udsatte, vil løsningen ofte være at anbringe dem i venterum eller i detentionen på politistationen. Det er dog, vurderer politiet, oftest en u hensigtsmæssig løsning, da der ikke er relevante professionelle til at tilse dem. Samarbejdet med Sociolancen giver en anden handlemulighed:

”Når vi tilkalder Sociolancen, så er det fordi, det ikke er en politiforretning, så er det, fordi vi vurderer, at her har vi ikke nogle værktøjer i værktøjskassen, som giver helt mening, og her har vi måske Sociolancen, hvor de kan tilbyde dem noget bedre. I sidste ende dikterer Politiloven, at de kan komme ind og afruse på en detention, og det er en midlertidig, ikke en rar løsning for nogen parter.” (Politi, interview)

Sociolancen aflaster også 112 AMK Vagtcentralen, der i perioder ringes op gentagne gange af ensomme, psykisk belastede mennesker, der har brug for nogle at tale med, fortalte en medarbejder fra en akutmodtagelse.

Aflastning af væresteder, herberger og sociale institutioner

De mange socialfaglige tilbud bruger Sociolancen forskelligt og i varierende grad. De har derfor også forskellige erfaringer med dens virke, og i hvilken udstrækning og hvordan den opleves som en aflastning. Mændenes Hjem bruger eksempelvis hyppigt Sociolancen til fx transport af borgere til akutmodtagelse eller til Sundholm, hvis personalet på Mændenes Hjem skønner, at en borger er for udsat til at opholde sig her. Sådanne transporter kan ikke erstattes af taxakørsel, fordi Sociolancen yder mere hjælp end ren transport. Mange af Sociolancens brugere vil eller kan ikke benytte taxa, hvis det overhovedet er en mulighed. De kan måske ikke overskue at køre alene eller er for påvirkede eller usignerede. Desuden kan det være nødvendigt, at nogle følger dem ind på akutmodtagelsen eller andre sundhedsfaglige afdelinger for at introducere dem til personalet, og for især akutmodtagelsernes vedkommende, tale deres sag og sikre sig, at de bliver der, og får deres behandling, og ikke lader sig afvise.

Sociolancen kan således i nogen grad siges at aflaste fx socialfaglige tilbud som Mændenes Hjem, men omvendt kontakter Sociolancen også hyppigt Mændenes Hjem, når de skal finde et relevant døgnåbent værested for en borger. I den forstand kan aflastningen siges at

være gensidig og beror derfor på kvaliteten af det samarbejde, eller brobygningsarbejde, som hele tiden pågår mellem Sociolancen og de social- og sundhedsfaglige tilbud (jf. afsnittet Brobygning).

Der er endnu andre aflastningsformer. Nogle socialfaglige tilbud rekvirerer Sociolancen, hvis de har brug for en sundhedsfaglig vurdering af en brugers tilstand (og hvis der fx ikke er en sygeplejerske eller læge til stede, der kan foretage vurderingen), fordi sociolance-mandskabet bedre end personalet kan afgøre, om der er tale om en somatisk tilstand og samtidig kan overveje og forhandle andre opholdsmuligheder:

”Men så tænker jeg lidt, at det, der netop er så godt, er den faglighed, de har pædagogisk set, men jeg har svært ved at stå og fortælle en kvinde, hvorfor hun somatisk set skal indlægges, fordi det ved jeg ikke noget om. Jeg kan godt se, at dit ben ser helt vildt sindssygt ud, men jeg har ingen idé om, hvad fanden jeg skal gøre, og jeg vil ikke røre ved det, det må jeg heller ikke, så har jeg brug for, at der kommer nogle rigtig dygtige med pædagogiske evner og somatiske og sundhedsfaglige briller, der kan sige sådan og sådan og sådan, for jeg ved ikke, hvordan jeg skal overtale hende, andet end at det ser fucked up ud det der.” (Socialfaglig medarbejder, fokusgruppinterview)

Personalet på nogle socialfaglige tilbud har oplevet, at en rekvireret ambulance er kørt igen, fordi mandskabet efter deres opfattelse ikke havde tid, eller tog sig den nødvendige tid, til at overtale den pågældende til at tage med ambulancen. I disse tilfælde kan Sociolancen træde til, fordi mandskabet kender målgruppen og har tiden og de fornødne ”pædagogiske kompetencer”, som de omtales. Sociolancen aflaster også ved at kunne reducere eller nedtrappe konflikter mellem personale og borgere på et socialfagligt tilbud. Et eksempel er, hvor personalet på en natcafe skønnede, at en person burde behandles på akutmodtagelsen, men borgeren ville ikke køre med ambulancen og

rettede en voldsom vrede mod personalet, som også samtidig havde travlt med andre akutte forhold. Her blev Sociolancen tilkaldt og kunne overtage samtalen med borgeren, så konflikten ikke udviklede sig. Selv om personalet har mulighed for at tilkalde politiet, skønnede flere, at det vil føre til konfliktoptrapning og skade relationen og den tillid, som personalet forsøger at skabe og vedligeholde til de udsatte borgere.

Sociolancens aflastningspotentiale er også en konsekvens af den fleksibilitet og pragmatisme, mandskabet hele tiden er nødt til at udvise for at løse problemer (jf. afsnittet Mandskabets kompetencer). Et sted var ambulancemandskabet eksempelvis rekvireret til en planlagt kørsel til hospitalet med en borger, der var vurderet af sygeplejersken på stedet at være alvorlig syg. Mandskabet afviste imidlertid kørslen, fordi borgeren insisterede på at få sine to øl med i en plastikpose. Her tog sociolance-mandskabet over og endte med at køre den pågældende (med øl) til hospitalet.

Aflastning af akutmodtagelser og akutklinikker

Somatiske og psykiatriske akutmodtagelser oplever Sociolancen som en aflastning i forbindelse med transport af borgere, der efter behandling udskrives til fx et herberg. Transport fremstår, som nævnt tidligere, ofte som et generelt problem for både de socialfaglige tilbud og for akutmodtagelser og akutklinikker på grund af knappe ressourcer. En socialsygeplejerske forklarede, at der gælder særlige krav ved rekvirering af forskellige typer kørsel, og efterspurgte også en klar samarbejdsaftale om, hvornår hospitalsafdelingerne kan bruge Sociolancen til transport af borgere. For at bestille transport skal der også være et sted at køre personen hen, hvilket ikke altid er muligt. Sociolancen tilkaldes også til personer, som en almindelig ambulance har bragt ind, men som enten viser sig ikke at have behov for behandling, ikke vil forlade stedet, og som udskrives til gaden:

”Jeg ved fra nogle kolleger, at de har fået hjælp til nogle, der måske kommer herind

og ikke vil eller kan gå herfra, eller ikke har nogle steder at gå hen, at de så har fået hjælp af Sociolancen til at blive kørt på Sundholm eller noget andet.” (Sundhedsfaglig medarbejder, interview)

På akutmodtagelsen oplever de sundhedsfaglige medarbejdere også, og i helt tråd med personalet på sociale tilbud, at Sociolancens mandskab ved at blive på modtagelsen sammen med borgeren kan forebygge potentielle konflikter:

”... og så tror jeg også, de aflaster personalet derhenne [akutmodtagelsen] ved at konfliktnedtrappe og fortælle, ’jamen grunden til, at de ikke har tid til dig nu, er fordi, ham der har det meget værre. Nu drikker vi lige en kop kaffe’, og alt det der. Og jeg tror mere, det er på den måde, de aflaster, men jeg håber ikke, de aflaster deres primære samarbejdspartnere og overtager deres job, fordi det tror jeg bestemt ikke er hensigten.” (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Der er således en opmærksomhed på at Sociolancen heller ikke skal overtage opgaver fra Akutberedskabet.

Aflastning af borgeren

I fokusgruppeinterviewet med repræsentanter fra en række social- og sundhedsfaglige tilbud tilkendegav flere, at *aflastning* er et helt forkert ord. En kommentar på vores spørgsmål om aflastning var: ”Det lyder også skræmmende i mine ører, det kan jeg ikke lide”. I nedenstående uddrag betones en anden forståelse af aflastning, som den ”ordentlige faglige afslutning på sager”. En forståelse, der i sidste instans handler om aflastning af borgeren:

”[...] det kan da godt være en aflastning af det akutte beredskab, det er jo det, vi har hørt fra starten af, at der ikke var den der mellemmulighed, og det var enten eller, enten var man akut og skulle med for enhver pris, eller også sagde man, ’nå ja, okay’. Og det er jo det, det hele er opstået

på. Men det er jo netop det at lave den ordentlige faglige afslutning på sager, sådan hører jeg det mere, at man ikke skal sende et menneske ud, som man er nervøs for går ud og stopper med at trække vejret for eksempel eller en dement, der skal gå om natten inde i byen alene, og hvad sker der så? Jeg synes jo mere, det er en opgradering og en faglig forståelse, en ordentlighed, hvis man kan sige det sådan. [...] Jeg tænker, at den [Sociolancen] aflaster den udsatte borger, som har oplevet masser af gange at vente eller gå, fordi de ikke vidste, hvad de skulle. Den aflaster et stressniveau, også for borgeren.” (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Aflastning i et større perspektiv

Sociolancens aflastningspotentiale skal også ses i et større perspektiv. Flere informanter fremhæver for det første, at Sociolancen kan forebygge, at nogle mennesker kommer ”længere ud”, og at den derved bliver ”en tidlig måde at få fat i de her mennesker på, som er ved at skride”. For det andet vurderer informanterne, at Sociolancen har vist sig at kunne hindre indlæggelser eller genindlæggelser af socialt udsatte borgere både ved at køre dem til relevante tilbud, men også ved at sørge for, at der bliver fulgt op på borgerens aktuelle tilstand ved henvendelse til fx deres støtte-kontaktpersoner. Dette vurderer informanterne som en aflastning både menneskeligt og samfundsøkonomisk.

Sammenfatning

Sociolancen aflaster i den forstand, at den giver politi, ambulance og personalet på social- og sundhedsfaglige tilbud en ekstra mulighed for at yde hjælp til borgere, der åbenlyst har brug for hjælp, men hvor det ikke er åbenlyst, hvem der skal yde denne hjælp. Sociolancen kan siges at aflaste, fordi dens tilstedeværelse og mandskabets særlige kompetencer giver personalet på fx 112 AMK-Vagcentralen en større palet af valgmuligheder for at hjælpe udsatte borgere. Sociolancen aflaster også ved at konfliktnedtrappe - ligesom den aflaster borgeren. Sociolancens mere vidtrækkende og

samfunds- eller sundhedsøkonomiske aflastningspotentialer er nært forbundet med dens bestræbelse på at få de udsatte borgere til at tage imod hjælp og hjælpe dem frem til relevante og hensigtsmæssige tilbud.

Mandskabets kompetencer

I dette afsnit belyser vi, hvordan sociolance-mandskabet bidrager til, at Sociolancen bliver et relevant og hensigtsmæssigt tilbud til målgruppen (jf. evalueringsspørgsmål 3). Den måde, mandskabet bidrager på, knytter sig til nogle særlige kompetencer, der fremhæves igen og igen af de social- og sundhedsfaglige medarbejdere, vi interviewede, og som vi også selv observerede i forbindelse med sociolance-turene. Vi har kategoriseret disse særlige kompetencer under fire temaer: 1) motivation, 2) fagspecifik viden og erfaringer, 3) vurderings- og forhandlingskompetencer, og 4) relationsarbejde.

Motivation

Både de social- og de sundhedsfaglige sociolance-medarbejdere er drevet af en særlig motivation, der handler om at gøre noget meningsfuldt for målgruppen. Flere nævnte, at de gerne ville være med til at gøre en forskel for gruppen af socialt udsatte og fremhævede også, at sociolance-arbejdet gav et afbræk fra det daglige arbejde, og at de sætter pris på, at arbejdet er "lavpraktisk". Man sidder ikke og laver handleplaner, der ikke bliver til noget. "Man hjælper her og nu," som én udtrykte.

Fagspecifik viden og erfaringer

Den socialfaglige og den sundhedsfaglige sociolance-medarbejder trækker på to forskellige fagspecifikke videns- og erfaringsdomæner, der kommer i spil og supplerer hinanden under sociolance-arbejdet. Værdien og betydningen heraf i forhold til at yde målgruppen relevant hjælp er et centralt tema i det empiriske materiale.

Sociolance-arbejdet fordrer kendskab til målgruppen samt viden om de konkrete sociale tilbud, der findes i forvejen. Denne viden er mest fremtrædende hos den socialfaglige socio-

lance-medarbejder, der som regel har mange års erfaring med at arbejde med målgruppen. Men den udvikles også hos både den sundhedsfaglige og den socialfaglige sociolance-medarbejder gennem arbejdet. Nogle socialfaglige sociolance-medarbejdere har i kraft af deres arbejde som støtte-kontakt-personer for nogle af Sociolancens brugere et kendskab til flere borgere i målgruppen. Følgende uddrag fra observationsnoter taget i forbindelse med en sociolance-tur er et eksempel på betydningen af, at borgerne kender Sociolancen og mandskabet, i dette tilfælde den socialfaglige sociolance-medarbejder, i forvejen:

Da vi ankommer til Sundholm, står der en gruppe på 5-7 stykker, der er i højt humør med øl i hånden, og de "overfalder" os nærmest af glæde, da vi står ud af Sociolancen. To af dem sætter sig på kofangeren og er nærmest ikke til at smide væk, da vi skal køre senere. To af kvinderne kender den socialfaglige sociolance-medarbejder rigtig godt, og de vil meget gerne snakke. Den ene, en ung grønlandsk kvinde, der er tydeligt beruset, bliver meget ked af det. Den socialfaglige sociolance-medarbejder tager hende indenfor og snakker med hende. Senere fortæller den socialfaglige sociolance-medarbejder, at den unge kvinde har været udsat for overfald og misbrug. (Observationer)

Uddraget viser, hvordan mandskabet har opbygget en tillid til brugerne gennem tidligere kontakt.

Da der ikke findes en fuldstændig liste over relevante væresteder, herberger og andre socialfaglige tilbud, og da åbningstiderne skifter alt efter bevillinger, oparbejder sociolance-medarbejderne en viden om stederne primært ved at færdes i miljøet.

Den sundhedsfaglige sociolance-medarbejder har ud over sin specifikke sundhedsfaglige viden, som gør dem i stand til at vurdere borgers helbredstilstand og behov for behandling, et særligt kendskab til sundhedsfaglige tilbud

(som fx akutmodtagelserne) og til den terminologi, der benyttes der. Dette er væsentligt ved de forhandlinger, der finder sted, som det vil fremgå nedenfor.

Arbejdet i Sociolancen indebærer en gensidig læreproces for mandskabet derved, at de skal udvikle en arbejdsmetode, der kan kombinere og integrere den sundhedsfaglige og den socialfaglige tilgang. To sociolance-medarbejdere sagde fx:

A [den socialfaglige sociolance-medarbejder]: "Vi er jo vant til at arbejde på helt forskellige måder. Vi er jo vant til at være på gaden. Der kan vi være meget mere kreative. Her [i Sociolancen] er alt jo sat i system."

B [den sundhedsfaglige sociolance-medarbejder]: "Men vi skal også bare lære at være lidt mere kreative."

A: "Vi er jo meget mere bløde og terapeutiske [ler]. Vi synes jo, I er vildt rigide."

B: "Men det er jo også en beskyttelse for os selv. At have et system. Så man har en vis arbejdsprocedure." (Observationsnoter)

De er imidlertid enige om, at kombinationen af de to faglige tilgange gavner Sociolancens arbejde.

Vurderings- og forhandlingskompetencer

Arbejdet som sociolance-mandskab fordrer desuden et vedvarende vurderings-, navigerings- og forhandlingsarbejde, som vi her behandler mere indgående (jf. afsnittet Relevante tilbud). Bemandingen skal vurdere den enkelte borgers særlige sårbarheder, baggrund og konkrete omstændigheder. De skal desuden vurdere, hvilke social- eller sundhedsfaglige tilbud der er relevante for en borger med netop disse sårbarheder, og kunne navigere i det skiftende landskab af social- og sundhedsfaglige tilbud. Endelig skal de kunne forhandle med personalet på tilbuddene om muligheden for at køre

borgeren derhen. Vurderingsarbejdet i forhold til borgeren vedrører eksempelvis en opmærksomhed på hans eller hendes sprogkundskaber, type af misbrug, etnicitet, køn, social baggrund, om der er tale om en psykisk eller somatisk tilstand, og om han eller hun har præferencer i forhold til opholdssteder i byen. Mandskabet skal for eksempel overveje, om det giver mening at køre en borger til Sundholm, hvis de skønner, at vedkommende på egen hånd vil forsøge at finde tilbage til Hovedbanegården igen. Mandskabet må endvidere tage højde for, hvilken type misbrug, personen har. "Han er jo ikke én, der stikker sig", som den socialfaglige sociolance-medarbejder sagde om en meget beruset mand, de søgte efter et sted til. Der er desuden flere steder, hvor det vil være utrygt for en kvinde at komme, fortalte de. Mandskabet skal også vurdere, om personens tilstand er primært somatisk eller psykisk. Eksempelvis blev Sociolancen tilkaldt til en mand, der klagede over store smerter i mave og ben, men samtidig ikke havde taget sin medicin for skizofreni i over et døgn, da han var rejst fra sit bosted i Jylland. Mandskabet skal hernæst vurdere, hvilke tilbud der er relevante for netop den sårbarhed, baggrund og de omstændigheder, de vurderer, gør sig gældende. I sidstnævnte tilfælde kørte de manden til en somatisk akutmodtagelse, fordi de skønnede, at det var nødvendigt at behandle smerterne først. Dette vurderingsarbejde fordrer kendskab til de eksisterende social- og sundhedsfaglige tilbud, herunder om åbningstiderne har ændret sig og om stedernes typiske brugerskare. De må imidlertid ofte udvise stor kreativitet, som fx at bruge Google Translate til at oversætte i samtale med udenlandske brugere.

Herefter starter forhandlingsarbejdet, som også er en nødvendig kompetence, der oparbejdes gennem opgaverne. Forhandlingsarbejdet består i, at mandskabet må ringe rundt til de tilbud, de har vurderet, er relevante for borgeren.

Vi så i flere sammenhænge, hvordan mandskabets fagspecifikke viden blev brugt til at forhandle med henholdsvis social- og sundhedsfaglige instanser og de personer, man i denne

sammenhæng kunne kalde gatekeepere. Mens det ofte var de socialfaglige sociolance-medarbejdere, der forhandlede med personalet på socialfaglige tilbud som væresteder, herberger og lignende, var det ofte de sundhedsfaglige sociolance-medarbejdere, der forhandlede med personalet i hospitalsregi, særligt de psykiatriske afdelinger. Om en af de psykiatriske afdelinger sagde én fra sociolance-mandskabet:

”Det er altid en lang forhandling. Hvis de kan undsige sig nogle [borgere], så gør de det. Man skal lige sige ét forkert ord, så, ’åh, det er somatisk. Det hører ikke til psykiatrisk afdeling.” (Socialfaglig sociolance-medarbejder, samtale under observationer)

Derfor beder denne socialfaglige sociolance-medarbejder altid sin sundhedsfaglige kollega om at tage samtalen, da denne er bedre til at forhandle og kender den rette terminologi. Så kan han også agere ’good cop’, og hun kan være ’bad cop’, siger hun. En sundhedsfaglig sociolance-medarbejder påpegede i tråd hermed, at hospitalerne har begrænsede specialer. ”Derfor gælder det om at tale deres sprog”, som er et sprog om borgerens tilstand, de kan genkende.

Relationsarbejde

En væsentlig kompetence i forbindelse med sociolance-arbejdet er evnen til at udføre relationsarbejde med både brugerne og med andre social- og sundhedsfaglige aktører. I dette afsnit beskriver vi primært relationsarbejdet med brugerne af Sociolancen, mens relationsarbejdet med de andre aktører behandles i afsnittet om Brobygning. Betydningen af dette relationsarbejde og måden, hvorpå mandskabet udførte det, blev fremhævet på tværs af interviewene som helt afgørende for at hjælpe borgerne i målgruppen. Relationsarbejdet handler om at give tid, omsorg og anerkendelse. Der er i Sociolancens måde at arbejde på ofte mulighed for at afsætte langt mere tid til den enkelte borger end der er i fx ambulancen. Men det at bruge tid med den enkelte borger er, oplever flere af de instanser, der gør brug af Socio-

lancen, lige så meget et valg fra mandskabets side; et valg, der afspejler en bestemt tilgang eller ”menneskesyn”, som en informant omtaler det. Denne tilgang indebærer eksempelvis at sætte sig og tale med vedkommende først i eksempelvis 10-20 minutter for at spore sig ind på borgerens situation og problem og opbygge tillid nok til at vedkommende vil køre med. Samtidig lægges der vægt på at udvise omsorg for borgeren og anerkendelse af den situation, han eller hun står i. Sociolance-mandskabet bruger i gennemsnit 26,6 minutter med en borger på stedet, hvor Sociolancen møder borgeren i forbindelse med en tilkaldt tur (Tabel 2). En sundhedsfaglig medarbejder udtrykte det således:

”Dét, at Sociolancen kommer og har den her ekstra tid, har måske det menneskesyn, der kræves at arbejde med de her borgere, jamen så får de indgået et eller andet tillidsbånd, man får indgået nogle relationer, som gør, at man får et kendskab til den her borger, borgeren får et kendskab til Sociolancen [...] de tager ud, snakker med folk, finder ud af, hvad der rører sig, og når de så har lært folk at kende, så begynder de at arbejde videre med det. Det, som jeg oplever, er netop, at vores brugere får rigtig meget gavn af Sociolancen, efter de har lært de mennesker at kende, som er i Sociolancen”. (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

I forbindelse med en sociolance-tur var vi ude hos en kvinde, som var blevet sat ud af sin lejlighed af fogeden og politiet, fordi hun ikke havde betalt husleje. Hun var psykisk ustabil, men nægtede at tage med til psykiatrisk afdeling. Den kommunale sagsbehandler og hendes søn stod med hende i opgangen, da vi ankom. Hun ville ikke på psykiatrisk afdeling. ”Nej, nej, de giver mig elektrochok”, insisterede hun.

Mandskabet blev og talte med hende i cirka 30 minutter. Både som en del af det ovenfor beskrevne vurderingsarbejde og for at vinde hendes tillid. Til sidst fulgte hun med dem, og de

kørte hende på psykiatrisk afdeling, men lovede at hente hende igen, når der var blevet foretaget en psykiatrisk vurdering af hende samme aften. Sociolancen hentede kvinden som lovet samme aften.

Det er afgørende for relationsarbejdet og etableringen af tillid, at sociolance-mandskabet på den måde holder, hvad de lover og følger op på borgerens situation. At tillidsskabelse er en så vigtig del af relationsarbejdet beror på, at mange i Sociolancens målgruppe ofte har opbygget en grundlæggende mistillid til systemet - en mistillid, som sociolance-mandskabet må forsøge at nedbryde for at kunne yde den nødvendige hjælp. Følgende uddrag er et andet eksempel på betydningen af, at mandskabet tager sig tid i de enkelte situationer med borgere, følger op på dem eller kontakter nogle, der kan. Eksemplet viser også, hvordan mandskabets konkrete interaktion med dem er præget af mange små omsorgshandlinger:

Ali sidder på sin trappesten helt sunket sammen. Overboen, som har ringet efter Sociolancen, siger fra altanen: 'ja, han plejer at have sin nøgle om halsen. Ellers ring på'. A [den ene sociolance-medarbejder] sætter sig på hug ved siden af Ali. 'Kom så gamle ven. Du skal jo ind. Kom min ven'. Han taler et stykke tid med ham sådan. Han og B [den anden sociolance-medarbejder] prøver at rejse ham. Ali taler vrøvle-sprog. Han smiler og lukker og åbner øjnene. Langsomt får de ham på benene. Han har tisset i buskerne. Bæltet er åbent, så bukserne glider ned. B får fat i dem bagfra. A hiver ham opad forfra. Langsomt kommer vi op på 3. sal, sætter ham i sofaen [...]. Ali snakker stadig uforståeligt og skiftevis smiler og ser ked ud af det. *Restez* siger han på fransk. Bliv her. Han rækker armene ud efter A og B, da de vil gå efter 15-20 minutter [...]. De har svært ved at efterlade ham, og A siger, lad os lige tage en alkoholtest. De prøver en 10-11 gange at få ham til at puste nok. Endelig lykkes det. 'sådan, Ali! Godt gået', siger A. Den er på 2,42 promillen. A lover at

kontakte Alis støtte-kontakt-person, da vi forlader ham. (Observationsnoter)

Sammenfatning

Mandskabets motivation og lyst til at arbejde med borgere i målgruppen, deres specifikke viden og forhandlings- og navigeringskompetencer er helt afgørende for, at Sociolancearbejdet kan lykkes. Som vist er relationsarbejdet - og i særlig grad det at skabe tillid og nedbryde mistillid - en forudsætning for, at brugerne inddrager sig på at blive hjulpet.

Øget viden om målgruppen og tilbud

I dette afsnit undersøger vi, hvilken betydning Sociolancen har haft for de forskellige social- og sundhedsfaglige aktørers viden om målgruppen og de social- og sundhedsfaglige tilbud (jf. evalueringsspørgsmål 4). Mere specifikt, i hvilken udstrækning og hvordan de social- og sundhedsfaglige medarbejdere samt politiet har opnået øget viden om målgruppens behov og om de tilbud til målgruppen, der ligger udenfor deres normale arbejdsområde, samt hvad der kendetegner denne viden.

Viden om Sociolancen

Gennemgående fandt vi, at Sociolancen gradvist har installeret sig som et kendt koncept blandt informanterne. Det betyder, at medarbejderne, som vist, har tilegnet sig en viden om, at Sociolancen kan være en ekstra mulighed i de situationer, hvor der er behov for hjælp til socialt udsatte borgere, som kræver en "anden form for hjælp" end den, de almindeligvis yder. Som en sundhedsfaglig medarbejder på 112 AMK-Vagtcentralen udtaler: "Det er noget, vi har i bagehovedet, ligesom du tænker: skal det være en ambulance? Den er simpelthen bare indgået i en anden form for hjælp".

Sociolancen bliver derved en ekstra mulighed for medarbejderne til at kunne indfri de socialt udsatte borgeres behov for relevant hjælp, som ikke kan imødekommes af andre instanser, såsom politi eller ambulance. Denne viden om Sociolancen har dog tilsyneladende ikke på

samme vis vundet indpas i den almene borgers bevidsthed:

”Altså der er jo rigtig mange, der ikke ved, hvad Sociolancen er overhovedet. Når der kommer nye frivillige hos os, det er tit mig, der snakker med dem, så kender de i hvert fald ikke til Sociolancen. Man lægger altid mærke til det, hvis man nævner Sociolancen, eller hvis de ser opslaget [om Sociolancen] eller de der små brochurer, så spørger de altid mig ind til det.” (Socialfaglig medarbejder, interview)

Den manglende viden om Sociolancens eksistens hos den almene borger var ligeledes nærværende under sociolance-turene, hvor der ofte opstod en nysgerrighed blandt tilfældigt forbi-passerende borgere, som ikke kendte til konceptet, men som velvilligt spurgte til Sociolancens arbejde. Den samme nysgerrighed kunne spores under Sociolancens opsøgende arbejde i kontakten med socialt udsatte borgere, som ikke selv havde gjort brug af Sociolancen, men som ofte ligeledes var uvidende om dens eksistens.

På sociolance-workshoppen diskuterede medarbejderne behovet for at formidle viden om Sociolancen til den bredere befolkning og derved oplyse om, hvad Sociolancen helt konkret gør. Det blev for eksempel foreslået at afholde informationsmøder ved eksempelvis pårørende foreninger som Bedre Psykiatri og SIND, samt at anvende eksempelvis sociale medier til at lave ”reklamefremstød” for Sociolancens arbejde.

De sundhedsfaglige

Gennemgående fandt vi, at sundhedsfaglige medarbejdere, der ikke til daglig arbejder med målgruppen, så som visiterende personale på 112 AMK-Vagtcentralen, er dem, der har tilegnet sig mest ny viden om Sociolancens målgruppe og de eksisterende tilbud. Den sundhedsfaglige sociolance-medarbejder fortalte for eksempel under en sociolance-tur, at hun havde fået et langt større kendskab til alle de socialfaglige tilbud, der findes. Hun kendte ikke

halvdelen før. Den erfaring tog hun med i sit aktuelle arbejde på 112 AMK-Vagtcentralen, hvor alle paramedicinere fra Akutberedskabet jævnlige besvarer opkald. Derved kan hun hjælpe de borgere, der ringer ind, og formidle sin viden om socialfaglige tilbud, ”så der ikke bruges unødige ressourcer på en ambulance.” I tråd hermed gælder det generelt, at de, der tager direkte del i sociolance-arbejdet, har erhvervet sig ny viden om, hvordan Sociolancen kan bruges i relation til udsatte borgere og aktualiseres i arbejdet på 112 AMK-Vagtcentralen, når de ikke kører Sociolance:

”Altså man får den [Sociolancen] jo altid hurtigere, hvad kan man sige, i tankerne, fordi at du har haft kendskab til den, ik?”[...] Du får øjne på det, som der er en [Sociolance] tur. Altså selve opkaldet gør, at du godt kan sætte dig ind i eller måske komme lidt tættere på problemet eller forstå problemet ved, at du selv har været ude og set personens situation.” (Sundhedsfaglig medarbejder, 112 AMK-Vagtcentral, interview)

De, der ikke havde været ude og køre med Sociolancen, havde en oplevelse af ikke at have den samme viden om, hvordan Sociolancen kan bruges:

”Jeg oplever tit, at de, de lægeassistenter, der kører ude i Sociolancen, når de sidder og er på vagt, at de sender, tror jeg, Sociolancen ud til mere, end jeg gør, hvor jeg tænker, ’okay, det kan de også bruges til’. Det savner jeg [viden om], fordi, jeg er ikke ude og køre Sociolancen.” (Sundhedsfaglig medarbejder, 112 AMK-Vagtcentral, interview)

De sundhedsfaglige medarbejdere på 112 AMK-Vagtcentralen gav således udtryk for, at en direkte erfaring med sociolance-arbejdet kan have stor betydning for, i hvilket omfang og hvilke situationer medarbejderen vælger at rekvirere Sociolancen, og at en intern vidensdeling på 112 AMK-Vagtcentralen vedrørende sociolance-arbejdet savnes:

”Jeg har savnet opdateringer og måske lidt mere feedback, om der er noget, nogle ture, vi måske godt kunne bruge den til, som vi umiddelbart ikke bruger den til.” (Sundhedsfaglig medarbejder, 112 AMK-Vagtcentral, interview)

Mere konkret, så efterspurgte medarbejderne på 112 AMK-Vagtcentralen en løbende opdatering om, hvor Sociolancen kører hen, hvad den rekvireres til, hvorvidt medarbejderne skal henlede en særlig opmærksomhed på enkelte eller grupper af borgere, eller om der er indført nye tiltag i forbindelse med sociolancearbejdet. Informanterne gav udtryk for, at en sådan vidensdeling godt kunne blive formidlet gennem et nyhedsbrev som Ugenyt. I tråd hermed efterspurgtes der ligeledes blandt vagtpersonalet en feedback fra sociolance-mandskabet om, hvad der er sket med den pågældende borger, som Sociolancen har været i kontakt med:

”Vi er jo meget interesseret i, hvad der sker med vedkommende, var vedkommende så dårlig, som jeg troede og tænkte, altså, det er jo det der med at sende noget ud og så ikke rigtig gøre arbejdet færdigt [...] Det kunne også give noget erfaring og sige, ’Jamen det her, det var det rigtige, altså, at få sendt den [Sociolancen] ud til den person, til sådan en type person, med sådan et problem.’ (Sundhedsfaglig medarbejder, 112 AMK-Vagtcentral, interview)

De socialfaglige

De socialfaglige medarbejdere oplevede ikke i samme grad at have tilegnet sig større indsigt i målgruppen og de tilbud, der udbydes, som et resultat af Sociolancens virke. Det beror på, at de i deres daglige arbejde skal holde sig løbende opdateret med tilbud til målgruppen. De socialfaglige medarbejdere tilkendegav, at de i forvejen kendte til Sociolancens målgruppe og tilbud, men at de, der indgik som sociolance-mandskab, tilegnede sig viden på andre områder i kraft af sociolance-arbejdet. En socialfaglig sociolance-medarbejder gav således udtryk

for at have ”lært byen bedre at kende”, og flere fortalte, at de har lært meget nyt om målgruppens forskelligartede sundhedsfaglige problemstillinger. En pegede på, at hun i kraft af sociolance-arbejdet var begyndt at tilegne sig det sprog, som de sundhedsfaglige medarbejdere på somatiske og psykiatriske akutmodtagelser taler. Hun følte, at hun derved kunne blive bedre rustet til at svare på spørgsmål om borgers tilstand, når de, som sociolance-mandskab, henvender sig til behandlingstilbuddet om konkrete borgere. Desuden fortalte en af de socialfaglige sociolance-medarbejdere, at det også indebærer en læreproces i sig selv at arbejde tæt sammen med det sundhedsfaglige mandskab, som vedkommende vurderede har en mere ”systematisk og struktureret” tilgang til arbejdet til forskel for de socialfaglige sociolance-medarbejdere, hvis arbejdsgang er ”langt mere kreativ og blød”.

De socialfaglige medarbejdere fra væresteder og herberger efterspurgte på samme vis som de sundhedsfaglige medarbejdere på 112 AMK-Vagtcentralen en feedback fra Sociolancens mandskab, når de har haft kontakt til en borger, som eksempelvis skal transporteres fra et værested til et hospital:

”En god ting ville måske være, at nogle gange, når vi har hjulpet de borgere med Sociolancen og med at komme på hospitalet, at man så fik en evaluering på, er han indlagt nu, eller et eller andet. Det er tit at vi selv skal ringe til hospitalet og høre, hvordan borgeren har det. Vi vil bare gerne vide, at de er i trygge hænder... for vi har nogle rigtig udsatte borgere.” (Socialfaglig medarbejder, interview)

Politi

En repræsentant fra politiet gav udtryk for, at politiet har tilegnet sig en øget viden om de tilbud, der udbydes til målgruppen. En viden, som de har erhvervet sig under samarbejdet med Sociolancen. Samarbejdet har desuden givet anledning til, at politiet, ved helt konkret at observere sociolance-mandskabets arbejde, har fået inspiration til andre måder at interage

re med målgruppen på, og fået en erkendelse af, at en såkaldt ”blødere tilgang” kan bidrage til at finde andre løsninger på borgerens problem:

”Vi kan forskellige ting, og det er det samme i forhold til det sociale væsen. De bidrager også til andre indfaldsvinkler samt med andre løsningsforslag. Og det tror jeg, vi lærer meget af, at man lige pludselig får nogle løsningsforslag ind, som man kan inddrage i sin egen politiløsning, også når Sociolancen ikke er der.” (Politiet, interview)

Opsummering

Sociolancen har installeret en styrket opmærksomhed blandt social- og sundhedsfaglige medarbejdere og politiet på, at Sociolancen er en ekstra mulighed for at yde hjælp til målgruppen. Særligt de sundhedsfaglige medarbejdere og politiet, der ikke arbejder med målgruppen til daglig, har opnået ny viden om målgruppen og eksisterende tilbud, mens de socialfaglige sociolance-medarbejdere har opnået en anden form for viden om borgernes sundhedsfaglige problemstillinger. De sundhedsfaglige medarbejdere på 112 AMK-Vagtcentralen, der ikke tager direkte del i sociolance-arbejdet, efterspørger en intern vidensdeling, som de finder, vil kunne styrke medarbejderne i deres vurdering af, i hvilke situationer Sociolancen skal rekvireres. Fælles for de social- og sundhedsfaglige medarbejdere er, at de savner en opfølgning fra sociolance-mandskabet om, hvad der er sket med brugeren, efter Sociolancen har transporteret vedkommende til et tilbud.

Hvordan oplever målgruppen kontakten med Sociolancen

I det følgende beskriver vi, hvordan brugerne i målgruppen oplever kontakten med Sociolancen (jf. evalueringsspørgsmål 5). Vi beskriver disse oplevelser under temaerne *tillid og tryghed*, og at blive *mødt i øjenhøjde* ligesom vi viser, hvordan denne kontakt med Sociolancen medvirker til, at brugerne i højere grad accepterer de relevante social- og sundhedsfaglige tilbud.

Tillid og tryghed

Den måde, som brugerne responderer på, når sociolance-mandskabet henvender sig til dem, afspejler, som vi vurderer det, at mandskabet formår at skabe den tillid og tryghed, der er en afgørende forudsætning for, at borgeren indlader sig på at blive hjulpet. Mange af de social- og sundhedsfaglige informanter vurderer, at de udsatte borgers oplevelser af Sociolancen står i skarp kontrast til deres oplevelser med ambulance, politi og akutmodtagelser:

”Sociolancen er god til at motivere brugerne. De kan jo ikke lide politiets uniformer. Forleden havde vi *to* læger, som prøvede at få en mand afsted. Men han ville ikke. Så kom Sociolancen, og han kendte jo mandskabet. Så den er tryghedsbaseret. De fik ham med.” (Samtale med socialfaglig medarbejder, observationer)

Dét, at mennesker i målgruppen oplever en tryghed i relationen til mandskabet og deres måde at håndtere situationen på, betyder således, at de ofte tager imod tilbuddet om at komme med Sociolancen. I tråd hermed observerede vi, at interaktionen med sociolance-mandskabet bar præg af tryghed, enten fordi mandskabet gennem samtale og omsorg fik etableret en tillidsfuld relation til borgeren, men også fordi, mandskab og borger i nogle situationer kendte hinanden i forvejen. En borger, der før havde benyttet Sociolancen, og som vi talte med under en opsøgende kørsel, fortalte også, at genkendeligheden skabte tryghed i relationen: ”Hun er ikke min støttekontakt-person. Men jeg kender A [den socialfaglige sociolance-medarbejder]. Det giver mere ro også”. Også i situationer, hvor kontakten var ny, opstod der i mødet en tryghed i relationen. Det så vi for eksempel i situationer, hvor en person først ikke ville med, men efterhånden forsikredes om, at de to sociolance-medarbejdere var ”på deres side”.

Analysen af de socialfaglige registreringer viser, at 41,1 % af brugerne er transporteret et sted hen af Sociolancen (**Tabel 4**). Blandt bru-

gerne, der sagde ja til et tilbud om hjælp, blev 39,6 % transporteret til en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling, og 30,1 % blev transporteret til botilbud/natcafe/værested/herberg eller eget hjem (Tabel 5).

Mødt i øjenhøjde

Mandskabet på Sociolancen understregede igen og igen, at det er helt afgørende at møde de udsatte borgere i "øjnehøjde", og at det, det gælder om, er, at de oplever at "blive mødt". Andre social- og sundhedsfaglige aktører oplevede, at sociolance-mandskabet formåede at tage borgerne seriøst og behandle dem respektfuldt. Vores observationer bekræftede dette generelle billede. Den måde, som borgerne, der var i kontakt med Sociolancen, responderede på, tyder på, at de oplevede mødet med Sociolancen respektfuldt. En hjemløs mand, vi talte med udtrykte dette sådan:

"Den [Sociolancen] fungerer godt. Rigtigt godt. Det er i hvert fald noget andet end ambulancen. Der skal man jo stå og forklare, hvad der er galt 14.000 gange. Kunne de ikke bare komme, i stedet for at man skal forklare alt. Jeg har en ven, der døde af den grund. Lige ved Amager Bycenter. Og så spørger de [på alarmcentralen], 'er han grønlander?' Hvad fanden ligner det? Så frække er de. Er han grønlander? Hvad betyder det, om han er grønlander? Men Sociolancen, dem kender man. De er søde. Jeg har levet på gaden i 11 år. Nu bor jeg på Sundholm, men jeg har oplevet alt. Men der er heldigvis stadig gode mennesker til... Men med ambulancen, der skal man sgu stå og diskutere. Jeg har selv ringet efter Sociolancen, for mine venner. Så siger jeg med det samme, kan jeg ikke blive omstillet til Sociolancen. For de kender os. Og vi kender hinanden. Der er ikke så meget diskussion. Det er der på alarmcentralen. Det har jeg sgu mistet nogle venner på." (Samtale med hjemløs mand under observationer)

Sammenfatning

Både interviews, observationer og samtaler med brugerne viser, at brugere af Sociolancen accepterer og tager imod de tilbud, som sociolance-mandskabet foreslår, fordi mandskabet formår at møde borgerne i øjenhøjde, tager dem alvorligt og behandler dem respektfuldt samt bruger den nødvendige tid til at afklare deres tilstand, behov og ønsker. Mandskabet formår på denne måde at skabe en tillidsfuld relation til borgerne og etablere tryghed i situationen. Tillid og tryghed er forudsætningen for, at borgerne tager imod hjælpen fra Sociolancen. Kørslerne med Sociolancen og de udsatte borgeres reaktioner (som fx hilsner og kram), når de møder bil og mandskab, peger endvidere på, at Sociolancen har fået et godt ry og efterhånden er blevet kendt af målgruppens borgere.

Brobygning

I dette afsnit undersøger vi et centralt spørgsmål, der griber tilbage til de forrige, nemlig hvorvidt Sociolancen er med til at bygge bro mellem social- og sundhedsfaglige tilbud og bidrager til at sikre, at målgruppen "ikke falder mellem to stole" i systemet (jf. evalueringsspørgsmål 6). Dette spørgsmål bygger på og opsummerer i nogen grad væsentlige indsigter fra de forudgående afsnit, som alle belyser aspekter af Sociolancens brobygningsarbejde. I dette afsnit viser vi først, at Sociolancen i kraft af dens arbejdsopgaver forbinder og bygger bro mellem forskellige social- og sundhedsfaglige tilbud. I den forbindelse viser vi også, at dette arbejde kan hindre, at de udsatte borgere "falder mellem to stole". Dernæst viser vi, hvordan Sociolancen også bygger bro mellem fagligheder, hvilket er helt afgørende for at kunne hjælpe udsatte borgere med komplekse problemstillinger.

Sociolance-kørsel som brobygning

Mandskabets helt konkrete brobygningsarbejde indebærer som vist, at de formår at etablere en tillidsfuld relation til borgeren, afklare borgers behov for og ønsker om hjælp, samt finde og forhandle sig frem til det i situationen mest relevante og hensigtsmæssige tilbud – altså det

muliges kunst i situationen. Eftersom mange udsatte og sårbare borgere ikke har tillid til "systemet", er denne tillidsgenopbygning helt afgørende for, at de tager imod hjælp. Derudover transporterer og ledsager Sociolancen personer fra socialfaglige til sundhedsfaglige tilbud og vice versa. Vi hørte flere gange bekymrede udsagn, som at Sociolancen ikke skulle fungere som "taxa". Men evalueringen viser klart, at Sociolancen på flere måder er andet og mere end blot transport mellem to steder. Selve kørslen med Sociolancen er derfor som tidligere nævnt en integreret del af behandlingen eller omsorgen for borgeren (som får fx tæppe på, vand at drikke og samtale undervejs, hvor den pågældende også bliver spurgt, om de har behov for opfølgning). Det har en helt central betydning, at borgeren bliver ledsaget, for dermed at følge dem helt til dørs på modtagelsesstedet:

"Det er jo tit, de har oplevet, at de bare er blevet kastet ind på en bære og er blevet kørt ind på et hospital og afleveret til nogle mennesker [...] Altså jeg tænker, at Sociolancen virker, som om de har lidt mere overskud på kontoen til egentlig at kunne tale med borgeren på en... altså, 'hvis nu vi gør sådan og sådan, og hvordan er det, du har det?', altså. På en anden måde, end det bliver måske mere sådan medicinsk, altså sådan, 'Har du ondt der, har du ondt der? Vi tager dit blodtryk, duk, duk, duk ...' og sådanne nogle ting [...] Jeg tror mange af dem, de har også brug for at blive hjulpet til, at der er nogle omkring dem, når de skal på hospitalet, at de ikke bare bliver placeret på et hospital. At der er nogle, der faktisk går med dem ind og siger, 'Prøv lige at høre, han har det sådan og sådan og sådan, og han har benyttet det her tilbud, er det noget, I vil kigge på?'. Vi vurderer, at der er behov for, at den her mand bliver hjulpet, eller at den her kvinde bliver hjulpet ind i sundhedssystemet på en eller anden måde [...]" (Socialfaglig medarbejder, Socialfagligt tilbud, interview)

Den interaktion mellem mandskabet og borgeren, der foregår før, under og efter en borger transporteres med Sociolancen er således en helt central dimension af brobygningsarbejdet.

Viden og relationer som brobygning

Sociolance-mandskabets viden om tilbuddene fremhæves igen og igen som afgørende for mandskabets brobygningsarbejde og dermed for brobygningen mellem tilbuddene. Men mandskabet skal også etablere og fastholde relationer til personalet på forskellige tilbud. Det gør de ved at etablere kontakt og dialog med de forskellige tilbud, når en borger skal hjælpes. Man kan også her tale om et vigtigt relationsarbejde, som styrker muligheden for at drøfte og forhandle hjælp til de udsatte borgere. "Så står det 2-0 til jer", som den socialfaglige sociolance-medarbejder sagde til personalet på Sundholm, da de for anden gang den dag havde hjulpet mandskabet med at hjælpe en borger på trods af tidspunkt, travlhed og pladsmangel. Men med budskabet om, at der var plads til senere udligning. Der er i høj grad tale om gensidig hjælp, som kommer til udtryk ved, at både sociolance-mandskabet og de andre social- og sundhedsfaglige aktører taler om, at de "bruger hinanden". Dette samarbejde og gensidige hjælp mellem Sociolancen og de forskellige tilbud er endnu et vigtigt aspekt af brobygningen. Sociolancen bygger også bro mellem tilbuddene ved at gøre sig synlig og kendt både generelt - men også mere specifikt på for eksempel væresteder og i fixerum, hvormed de formidler viden om Sociolancens eksistens og virkefelt. Sociolancen synes også at befordre de forskellige social- og sundhedsfaglige aktørers viden om hinandens tilbud, og hvad de hver især kan - noget som også efterspurgtes. Endelig opfylder såvel Sociolancens opsøgende ture og det opfølgende arbejde væsentlige brobygningsfunktioner, fordi det fx kan hjælpe udsatte borgere ind i eller tilbage til det kommunale system, som huser mere langsigtet hjælp.

I fokusgruppeinterviewet spurgte vi deltagerne, om de kunne give nogle eksempler på, om noget havde ændret sig efter Sociolancen. Det gav

anledning til en drøftelse af de mange udfordringer, der er forbundet med det tværsektorielle samarbejde og opgavefordelingen mellem kommuner og regioner - især i forhold til Sociolancens målgruppe. Sociolancen blev i den forbindelse omtalt som "det tværsektorielle samarbejde i praksis":

"Jeg synes, det her tværsektorielle samarbejde har vi jo talt om i årevis på alle mulige fine møder og gange med alle mulige hensigtserklæringer [...]. Men her, der ses det lidt mere i praksis udmøntet i et konkret samarbejde, og os der står med så forskellige mennesker med de her behov, det er jo lidt det tværsektorielle samarbejde i praksis. Det er måske der, der har været lidt lang vej, eller hvad man skal kalde det, et spænd i hvert fald mellem det, man gerne ville rent teoretisk, og det, man har haft mulighed for rent praktisk at gøre i dagligdagen. Jeg ser det virkelig som sådan en forbedring." (Sundhedsfaglig medarbejder, fokusgruppeinterview)

Dette udsagn illustrerer en vigtig brobygningsdimension og -potentiale i sociolance-arbejdet. Dette fordrer, som vi viser nedenfor, en integration af social- og sundhedsfaglige kompetencer.

Faglig brobygning

Hos langt de fleste brugere af Sociolancen, er de social- og sundhedsfaglige problemstillinger tæt sammenvævede og bygget op over en længere periode. Det kan være sociale problemstillinger (tab af job, bolig og netværk), der har genereret eller forstærket helbredsmæssige problemstillinger. Eller den anden vej, at misbrug og psykiske problemer har ført til tab af job og netværk. Problemerne må derfor løses med denne sammensathed in mente, og Sociolancen vurderes blandt de social- og sundhedsfaglige informanter at kunne bidrage til netop denne fagligt integrerede indsats - på det rette tidspunkt. Som en socialfaglig medarbejder udtrykte det: "Fordi sociolancen er noget andet og har en anden indgangsvinkel til borgeren, altså en mere socialfaglig robusthed i arbejdet".

De sårbare og udsatte borgere er, som vist, ikke i en tilstand, hvor de selv kan løse deres problem, "Det er ikke nok, at de kan gå ned til et misbrugscenter, der har åbent fra 8 til 12 mandag til fredag", som det blev udtrykt. Erfaringerne er, at de ikke møder op, og de har ikke et netværk, der kan hjælpe dem. I nogle tilfælde bliver de hjulpet kortsigtet, for eksempel i form af akutafrusning på hospitalerne, men mange har, som det blev påpeget i fokusgruppeinterviewet, brug for en langsigtet indsats og "intensiv helhedsbehandling". Flere informanter vurderede, at Sociolancen er en vigtig aktør i den forbindelse ved for eksempel at skabe forbindelse til kommunal hjælp af forskellig slags, efter først at have taget hånd om de somatiske og socialfaglige problemstillinger.

Sociolancen blev også i den sammenhæng anset som en indsats, der har potentiale til at forebygge, at de sårbare og udsatte borgere ikke ender "helt ude, hvor det bliver svært at få dem på benene", som det for eksempel blev formuleret:

"Altså, jeg ser Sociolancen som en brobygning imellem, det der hul, fra en person, der er normalt fungerende, til at man ender som en psykiatrisk [patient]. Altså. For det er jo ikke ambulancemæssigt, og det behøver jo heller ikke være politimæssigt, men det kan jo være en person, som der stille og roligt bliver mere forhutlet, altså, hvad kan man sige, mister job, bolig. Det er sådan, jeg synes, den [Sociolancen] passer godt ind og fanger de her mennesker, som er ved at skride." (Sundhedsfaglig medarbejder, 112 AMK-Vagtcentralen, interview)

En anden forståelse af Sociolancens brobygningspotentiale relaterer sig til vidensdeling. Vi vurderer, at Sociolancen kan fremme vidensdeling mellem forskellige fagligheder, der arbejder med målgruppen, herunder indsigt i, hvordan interaktionen og kommunikationen med målgruppen kan gribes an. Eksempelvis lærte mandskabet af hinandens faglighed og tilgange

til de forskellige problemstillinger. Også vagt-personale og politi tilkendegav, at de lærte af samarbejdet med Sociolancen i konkrete situationer:

”Jeg synes, de er med til at bygge bro i vores faglighed [...] altså vi får noget ud af det [...] Jamen, det er det med, at politiet skal være objektive, det er vi jo også i stor grad, men ofte kan man måske få en lidt hård tilgang til tingene. Selv om man måske hele tiden tænker på at bruge den empatiske side, og her er det rigtigt godt at se, hvordan andre instanser gør og suge til sig. Det her med, at man samarbejder og ikke kun er en faggruppe, men ses og arbejder sammen, det tror jeg, man får meget ud af, og det tror jeg også skaber en effekt over for borgeren. Tror også, det skaber nogle gode kontakter den anden vej, tværfagligt.” (Politi, interview)

Det særligt interessante her er, at politiets konkrete møde med sociolance-mandskabets måde at arbejde på synes at styrke tilbagetrukne dimensioner af deres egen faglighed.

Brobygning i gråzonen

Sociolancen arbejder i en gråzone. Ordet gråzone gik igen i flere af vores interviews. Vores informanter tilkendegav i den forbindelse, at dét, at Sociolancen stadig er et forholdsvist nyt projekt, gør, at der endnu ikke er helt klare procedurer for, hvad mandatet er, og at det af og til medfører udfordringer og uklarheder i arbejdet. Selv om der er udstukket retningslinjer for sociolance-turene og -opgaver, drøfter mandskabet ofte, om denne specifikke aktivitet eller opgave nu også er en sociolance-opgave. De fortalte os for eksempel indimellem, at denne kørsel nok ikke var en ”typisk sociolance-opgave”, selv om de påtog sig den, eller at borgeren ”ikke var typisk, det er ikke vores klientel”. Der er som beskrevet tidligere også forskellige holdninger til, om Sociolancen skal arbejde akut eller med langsigtede planer for de udsatte borgere. Hertil kommer som nævnt også den tilbagevendende betoning af, at Sociolancen ikke skal være taxa. Vi har således mødt den

opfattelse, at den gråzone, som Sociolancen bevæger sig i, også afspejler nogle begynder-vanskeligheder, og at der med tiden vil eller bør komme mere klarhed over mandatet og arbejdsgangen.

Vi vurderer imidlertid, at det forhold, at sociolance-arbejdet ikke følger strikte retningslinjer, er en fordel snarere end en ulempe for de udsatte borgere og for brobygningsarbejdet. I vores interview med politiet kommer det frem, at Sociolancens ubundne tilgang er positivt:

”Der er ikke nogle firkantede retningslinjer for, hvordan og hvorledes, det betyder meget for patruljen, det kan godt være de [Sociolancen] ikke kunne hjælpe, men det var fint, vi kiggede forbi alligevel. De fleste taler om den her gråzone, hvor de andre instanser melder hus forbi, så har vi i hvert fald et værktøj til, vi kan prøve, inden vi glider til ... der er ingen, der er interesseret i at tage folk med på en politistation, men det er så også sidste instans”. (Politi, interview)

Den gråzone, som Sociolancen opererer i, indebærer således en plasticitet, der netop kan adressere den komplekse virkelighed, Sociolancen møder. Dét, at Sociolancen arbejder i en gråzone, og at mandatet ikke er klart dikteret, åbner både op for dens virke som en sidste mulighed, der kan tilkaldes, når andre muligheder ikke er tilgængelige, ligesom det giver mandskabet handlemuligheder, der ofte består i en kreativ og pragmatisk tilgang til problemløsning i en her-og-nu situation.

Sociolancen som grænseobjekt

Med ovenstående in mente er der grund til her afslutningsvist at løfte blikket fra Sociolancens virke og anskue den i et analytisk perspektiv. I den forbindelse trækker vi en parallel til Lone Grøns analyse af egenomsorg som grænseobjekt (Grøn 2011). Grøn argumenterer for, at dét, at egenomsorgsbegrebet er vanskeligt at få hold på og definere entydigt, er en styrke og altså ikke et problem, der skal løses for eksempel i kraft af klare retningslinjer. Hun foreslår, at

egenomsorg anskues som et grænseobjekt. På lignende måde kan Sociolancen ses som et grænseobjekt, som tydeliggør Sociolancens særegne potentiale til at hjælpe de sårbare borgere. Et grænseobjekt er, anfører Grøn, "et objekt, der kan rejse mellem forskellige sektorer og domæner. Det kan tillægges forskellige betydninger i lokal brug og efterlader alligevel en oplevelse af enighed og fællesskab" (Grøn 2011: 16). Det betyder, at grænseobjektet er plastisk og fleksibelt til at kunne tilpasse sig lokal brug, men det besidder også en robusthed, der gør, at det kan fastholde en identitet på tværs af lokale betydninger, perspektiver og agendaer (ibid.). Denne samtidige plasticitet og robusthed kan også siges at være et kendetegn ved Sociolancen.

Vores evaluering viser, at Sociolancen er ved at installere sig som et stærkt koncept blandt forskellige social- og sundhedsfaglige tilbud, vagtpersonale, politi og 112 AMK-Vagtcentral; altså en mulighed, der rummer særlige kompetencer til at hjælpe målgruppen af udsatte og sårbare borgere og dermed giver en ekstra hjælpe- og handlemulighed. På den måde er Sociolancen ved at etablere en robust identitet, samtidig med at den hele tiden pragmatisk og kreativt forsøger at løse de helt konkrete lokale problemstillinger, den konfronteres med. Det er netop dette, der, vurderer vi, gør, at Sociolancen kan hjælpe de udsatte borgere og hindre, at de "falder mellem to stole". Strikte, entydige regler og retningslinjer for Sociolancens virke vil derfor, anskuet i dette perspektiv, forhindre kreative løsninger på komplekse her-og-nu problemer. Et andet kendetegn, som Grøn fremhæver, er, at grænseobjekter også i kraft af ovennævnte karakteristika for eksempel gør det muligt at udvikle samarbejde på trods af forskelle mellem de aktører, der er involveret. Som vist i denne evaluering har Sociolancens virke en evne til både helt konkret og også i mere vidensdelende forstand at forbinde fagligheder og sektorer, og dermed på sigt styrke samarbejdet, når det drejer sig om at løse målgruppens sammensatte problemstillinger.

Sammenfatning

Sociolancen er på flere måder med til at bygge bro mellem socialfaglige og sundhedsfaglige fagligheder og tilbud og dermed sikre, at målgruppen ikke "falder mellem to stole". Sociolancens arbejde udgør et konkret og praktisk brobygningsarbejde, som er betinget af mandskabets viden, kompetencer og relationsarbejde i bred forstand. Det handler om at etablere en tillidsfuld relation til borgeren, vurdere vedkommendes tilstand, forhandle med mulige og relevante tilbud og sørge for, at borgeren transporteres og ledsages dertil. Sociolancen baner dermed vej for, at borgerne når helt frem til de på tidspunktet mulige og relevante tilbud, og at der undervejs drages omsorg for dem. Der er således store bestræbelser på, at borgeren får en god oplevelse, som måske på sigt kan reducere mistilliden til systemet og åbne sprækker for at blive hjulpet mere. Samtidig - og som led i brobygningsarbejdet - kan sociolancemandskabet følge op på den akutte sag og tage kontakt til støtte-kontakt-personer i fx kommunen og dér gøre opmærksom på borgerens behov for hjælp. Sociolancen arbejder i en gråzone med gråzoneproblemer, og der er ikke entydige retningslinjer for dens virke. Sociolancen kan derfor ses som et grænseobjekt. Dens styrke er, at den kan bevæge sig på tværs af udbud og bygge bro mellem dem, at den efterhånden har erhvervet sig en "robust" identitet, men også at den samtidig muliggør løsninger på problemstillinger, der ofte påkalder sig fleksible og pragmatisk løsninger.

Referencer

Bekendtgørelse af lov om politiets virksomhed (§ 10).

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=143225> (Dato: 26.06.2017).

Cornish F, Gillespie A, Zittoun T. Collaborative Data Analysis. In: Flick, U (ed): The Sage Handbook of Qualitative Data Analysis. 2013. London: SAGE publications Ltd.

Den Præhospital Virksomhed- Akutberedskabet. Opdateret projektbeskrivelse – videreførelse af pilotprojekt Sociolance (med budgetkorrektion 4.januar 2017).

Grøn, L. Egenomsorg – et grænseobjekt i kronikeromsorgen. Klinisk Sygepleje. 25. Årgang. Nr.4. 2011.

Halkier B. Fokusgrupper. 2008. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg.

Kvale S, Brinkmann, S. Interview: Introduktion til et håndværk. 2009. København: Gyldendal.

Region Hovedstaden. Sundhedsfaglig vurdering af borgere i kontakt med Sociolancen. 2017.

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XB5339C0FBC090DF4C1257F0E00267A47&dbpath=/VIP/Redaktoer/1596.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>. (Dato: 29.06.2017).

Tjørnhøj-Thomsen T, Whyte SR. Feltarbejde og deltagerobservation. I: Vallgård, S og Koch, L (red.) Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. 2011. København: Munksgaard.