

# Forbedret indsats for indlagte patienter med stofbrug

Region Hovedstaden besluttede ved årsskiftet 2011/2012, at der skulle fastansættes socialsygeplejersker på seks af regionens hospitaler. Tiltaget skete på baggrund af *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb*.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN  
& NINA BRÜNÉS

Patienter med stofmisbrug adskiller sig fra andre patientgrupper ved at have samtidige komplekse og alvorlige problemstillinger af såvel psykisk-, social-, og helbredsmæssig karakter. Helbredsmæssigt er stofmisbrugere markant dårligere end den øvrige befolkning. (1) De hører til den gruppe af socialt udsatte, der indlægges fire gange så ofte som den øvrige befolkning, (2) ligesom de har en stærkt forhøjet

dødelighed pga. forgiftninger og sygdomme. (3,4) Socialt adskiller de sig ved generelt at have en markant dårligere boligsituation, indkomst- og samlivsforhold end den øvrige befolkning. De har ofte ingen tilknytning til arbejdsmarkedet og er lavt uddannede. (2)

Brugen af rusmidler er i sig selv forbundet med stor helbredsmæssig risiko: urene stoffer og risikofyldte, uhygiejniske indtagelsesteknikker. Livet med misbrug er hårdt og stressfyldt med krimina-

litet, prostitution, vold, manglende søvn, ensidig/mangelfuld kost mv. Undersøgelser viser endvidere, at der hos 60 % – 70 % af stofmisbrugere i stofmisbrugsbehandling findes en psykiatrisk lidelse, og at livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 %. (5)

Ud over deciderede psykiatriske diagnoser og lidelser har mange stofmisbrugere oplevet svære tab og traumer i deres liv som fx overgreb, overfald, dødsfald mv. Mange har haft en svær og ustabil



opvækst med fravær af stabile rollemodeller og har oplevet mange svigt fra såvel de nærmeste som fra hjælpesystemet, hvor de har mærket forskelsbehandling, fordomme og stigmatisering. De har sparsomme netværk, hvis overhovedet nogen, og næsten alle beretter om stor ensomhedsfølelse. (1,2,6) Mange af disse patienter har desuden ofte negative erfaringer med det offentlige system med i bagagen, hvorfor de værger sig mod at søge behandling i god tid og tit møder behandlingssystemet med skepsis, nervøsitet og mistillid. (6,7)

Tilsammen betyder disse problematikker, at denne gruppe mennesker udgør en særlig patientgruppe: De fejler flere (alvorlige) ting på samme tid, de har flere svære problematikker af social art (fx boligforhold, hjemløshed, fattigdom, manglende netværk mv.), og de har ikke de samme ressourcer, muligheder og kompetencer, som mange andre patienter har (flere har fx læsevanskeligheder og dermed sværere ved at forstå skriftlige vejledninger mv., hvilket kommer til udtryk i deres handlinger og adfærd fx som frustration og irritation). (8) De mange fatterede problemstillinger stiller krav til en helhedsorienteret og rummelig sygepleje, hvor indsigt i og forståelse for disse menneskers situation er en forudsætning for et godt indlæggelsesforløb.

### Projekt Socialsygepleje

I denne artikel beskrives erfaringer fra det netop afsluttede *Projekt Socialsygepleje*, hvis formål var at støtte og forbedre stofbrugeres

indlæggelse, udskrivelse samt kontakt med hospitalet og psykiatrien (se boks 1). Den primære målgruppe for projektets indsats var socialt udsatte patienter med stofmisbrug. Derudover var sundhedspersonalet på hospitalet/det psykiatriske center og de kommunale medarbejdere sekundære målgrupper. Resultaterne fra projektets somatiske del (på Bispebjerg og Hvidovre hospitaler) er positive: *For det første* oplevede patienterne sig hørt og forstået, ligesom de følte sig mere trygge ved indlæggelsen og ved personalet, når de havde en socialsygeplejerske med under deres indlæggelsesforløb. Kontakten til socialsygeplejersken gjorde dem også bedre i stand til at samarbejde med hospitalspersonalet. *For det andet* oplevede personalet en opkvalificering og aflastning af deres arbejde i forhold til en ofte vanskelig og kompliceret patientgruppe. *For det tredje* byggede socialsygeplejersken bro til de kommunale samarbejdspartnere og indsatsen uden for hospitalsregi og var dermed med til at styrke det tværsektorielle samarbejde til gavn for patienten og dennes behandling.

Artiklens data og citater stammer dels fra en kvalitativ undersøgelse midtvejs i projektet, hvor undertegnede antropolog fulgte socialsygeplejerskerne i deres arbejde samt interviewede en gruppe patienter og personale om socialsygeplejerskernes indsats (se Ludvigsen 2011), (8) dels data fra de projektjournaler, som socialsygeplejerskerne systematisk har ført på hvert patientforløb under indlæggelsen (for grundigere ud-

dybning, se Ludvigsen og Brünés 2013). (9)

### Afbrudte indlæggelser

*'Denne patientkategori er vigtig for os at holde på, for de får ingen behandling, hvis de går. De går ud i ingenting, ud i noget, der er meget værre.'* (Interview med afdelings- sygeplejerske). (8)

*'Hvis de [stofmisbrugere] blev opkørte i løbet af aftenen, så skred de, og så gik det hele i vasken. Men nu er der kigget hele vejen rundt, mere effektivt, sådan at de bliver her. Social-*



Denne artikel er den anden artikel i en artikelrække om socialsygeplejerskernes arbejde med at støtte og forbedre stofbrugende patienters indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospital og psykiatri. Første artikel beskrev projektets erfaringer i psykiatrien (Ludvigsen, STOF nr. 20, 2012). Derudover foreligger to midtvejsrapporter om projektet. Disse kan downloades på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk) En antologi over det samlede projekt publiceres endvidere af KABS VIDEN i løbet af sommeren 2013. Dele af denne artikel er uddrag fra en af midtvejsrapporterne om projektet,(8) samt et kapitel fra den kommende antologi over det samlede projekt.(9) Læs mere om, hvordan socialsygeplejen er udviklet i Danmark i STOF nr. 10, 2007: *Socialsygepleje og konfliktforebyggelse*, af Michael Jourdan.

*sygeplejersken laver aftaler, de selv er en del af [...].'* (Interview med afdelingssygeplejerske).(8)

Selvom stofmisbrugere har mange behandlingskrævende problemer og hyppige indlæggelser, sker det ofte, at de ikke gennemfører indlæggelsen eller følger behandlingen. De udløsende årsager til, at disse patienter forlader eller udskrives fra behandlingen, inden de er færdigbehandlede, drejer sig ofte om manglende håndtering af patientens abstinenssymptomer, stoftrang og/eller smerter. Det har

derfor betydning for patienternes gennemførelse af indlæggelsesforløbet, at de er ordentligt abstinens- og smertebehandlede under indlæggelsen. Dette er imidlertid ikke så enkelt som det lyder: *For det første* omhandler det en gruppe mennesker, hvis tolerans i forhold til smertestillende medicin er højere end andre menneskers – dvs. at der skal andre (højere) doser til, for at en stoftilvænnet person bliver smertedækket sufficient, hvilket i hospitalsregi kan virke bekymrende, fordi personalet ikke er vant til sådanne doseringer.(9) *For det andet* varierer abstinenssymptomerne, alt efter hvilket rusmiddel vedkommende er afhængig af. Det betyder, at man skal have en bred viden om de forskellige rusmidlers indvirkning på kroppen og gøre brug af forskellige observationer, scoringsredskaber og præparater for at udrede og afhjælpe forskellige typer af abstinenssymptomer. *For det tredje* overlapper og væver misbrug/brug af forskellige rusmidler, misbrugsbehandling, smertebehandling og abstinensbehandling sig ind i hinanden, hvilket yderligere komplicerer hospitalsbehandlingen.

Erfaringerne fra projektet viste, at substitutionsbehandlingen nogle gange mislykkedes, fordi personalet havde overset omregningsfaktoren, når en patient, der var vant til at få intravenøs metadon, på hospitalet skulle have sin dosis i form af mixture/tabletform. Eller at smertebehandlingen ingen effekt havde, fordi personalet benyttede de sædvanlige doser smertestillende medicin til patienter, hvis kroppe var tilvænnede

høje doser opioider, og derfor slet ikke var smertedækkede efter eksempelvis operationer. I forhold til abstinenssymptombehandlingen måtte socialsygeplejerskerne argumentere for, at den blev tilrettelagt ud fra det samlede abstinenssymptombillede – dvs. både i forhold til patientens legale og illegale forbrug - for at være dækkende. De fleste erfaringer i projektet med at rådgive personalet om ovenstående løsninger og muligheder blev modtaget positivt. Men der var også erfaringer med personale, der oplevede patienter med stofmisbrug som irriterende og besværlige.

#### **Viden og forståelse for 'den besværlige patient'**

*En 56-årig kvinde indlægges til en hudtransplantation af et stort skinnebessår. Socialsygeplejersken møder kvinden, som giver udtryk for, at hun har det lidt svært i afdelingen, og at hun har brug hjælp til at få sin metadon kl. 7.00 om morgenen for ikke at få abstinenssymptomer. Socialsygeplejersken opsøger sygeplejersken i afdelingen, der dels ruller med øjnene og giver udtryk for, at hun bare ikke kan med denne patientgruppe, dels siger: 'Ja, hvor er det bare typisk, at de skal have specialbehandling. De andre patienter må vente på at få deres morgenmedicin, når der er tid!'* (Journal nr. 145x).(9)

Når substitutionsmedicinen ikke gives i korrekt dosis eller på det tidspunkt, patienten er vant til at tage medicinen, begynder vedkommende at få abstinenssymptomer. Mange af disse patienter har erfaringer med, at der kan opstå problemer med udleveringen af



deres vanlige substitutionsmedicin under en hospitalsindlæggelse. For disse patienter er det derfor utrolig vigtigt, at der er styr på deres substitutionsmedicin, og blot tanken om, at ordinationen ikke er på plads, kan skabe angst, uro og vredesudbrud hos en ellers rolig og samarbejdsvillig patient.(9)

Selvom det er få patientforløb, hvor tonen er så hård og uforstående som i ovenstående case, er det imidlertid meget hyppigt, at der er problemer med substitutionsmedicinen. Af socialsygeplejerskernes notater i projektjournalerne fremgår det, at personalet indimellem har manglende forståelse for, at metadonen skal gives som vanligt (tidligt), samt at nogle blandt personalet tilsyneladende ikke ved, hvad et par timers forskel kan betyde i forhold til abstinenssymptomer. Den manglende forståelse synes dermed at omhandle kombinationen af manglende indsigt i substitutionsbehandling og en travl hverdag, hvor en forespørgsel om at få medicin udleveret på et 'skævt' tidspunkt opfattes som uberettiget 'særbehandling' af en patientgruppe, man måske i forvejen oplever som besværlig og krævende.(9) I de fleste tilfælde blev morgenproceduren omkring patientens substitutionsmedicin dog hurtigt rettet, når socialsygeplejersken forklarede personalet, at patienten fik abstinenssymptomer, hvis ikke medicinen blev givet til tiden. I flere tilfælde var løsningen, at nattevagten gav patienten sin morgenmedicin inden vagtskiftet, eller at patienten fik medicinen til selvadministration.

I den kvalitative undersøgelse

blandt patienterne i projektet var netop socialsygeplejerskerens hjælp i forhold til at få lavet klare aftaler om substitutionsmedicinen en af de ting, patienterne fremhævede som noget positivt. En patient udtrykte det på følgende måde:

*'Jeg skal ikke sidde og forklare en masse om, hvordan det har været at få metadonvedligeholdelse i 26 år. Og så er man sikker på, at man kan få den metadon, man plejer at få. Det letter den psykiske angst for, hvad de [personalet] nu kan finde på: Risikerer jeg ikke at få min metadon? Den angst for, at de [personalet] får gode ideer, den holder op. Hun [socialsygeplejersken] taler ens sag og ved, hvad det handler om'. (Interview med patient). (8)*

### Håndtering af abstinenssymptomer

Et andet problem, som viste sig i projektet, var afdelingernes håndtering af abstinenssymptomer, som på de fleste afdelinger er standardiseret og følger en gældende instruks på afdelingen. Såfremt personalet formoder, at en patient er abstinent, eller hvis patienten selv giver udtryk for dette, 'scores' vedkommende i et skema, og medicin ordineres herefter. I praksis var det imidlertid ikke så ligetil: Den instruks, der typisk benyttes, er udviklet i forhold til alkoholabstinenssymptomer, ligesom den medicin, der gives, er målrettet samme. Men langt fra alle misbrugere med abstinenssymptomer kan lindres ved behandling af alkoholabstinenssymptomer, simpelthen fordi det ikke drejer sig om alkoholabstinenssymptomer. I projektets somatikdel drejede 70 % af de tilfælde, hvor abstinens-

problematikken var et særligt tema i forhold til indsatsen, sig om andre typer abstinenssymptomer end alkohol.(9)

Projektet viste, at personalet havde behov for mere viden og flere redskaber i forhold til identificering og optimal håndtering af abstinenssymptomer, substitutions- og smertebehandling. Tages dette ikke alvorligt, risikerer man for det første, at patienten er forpint, hvilket reducerer vedkommendes mulighed for at deltage i den aktuelle behandling. For det andet risikerer man, at patienten tager sagen i egen hånd: enten ved at forlade afdelingen for at skaffe stoffer på det illegale marked eller ved at få stoffer bragt ind i afdelingen for på den måde at klare sine abstinenssymptomer eller smerter.

### Konfliktmægling og afvigende adfærd

Noget af det, der går igen i flere af projektjournalerne, er personalets oplevelse af disse patienters uacceptable adfærd i en travl klinisk afdeling. Det kan omhandle nogle patienters aggressive måde at tale/råbe til personalet på, eller det kan dreje sig om trusler og/eller voldelig adfærd, hvor patienten i vrede eksempelvis kaster med ting på stuen, ligesom der er eksempler på vrede protesthandlinger fra patienternes side som at tisse på gulvet (som det var tilfældet i et patientforløb).

Aggressive patienter er en udfordring for alle – også tit for dem selv. Men bag denne type adfærd ligger ofte en eller flere alvorlige psykiatriske problemstillinger - fx personlighedsforstyrrelser kombineret med angst, mistillid og mistro til omverdenen – hvilket



også gælder deres forestillinger og erfaringer med 'hjælpesystemet'. Netop denne type patienter er i stor risiko for at forlade afdelingen eller blive udskrevet, før de er færdigbehandledede, hvorfor socialsygeplejerskerne er ekstra opmærksomme på måder at forebygge og løse konflikter samt skabe dialog mellem patient og personale. Dette illustrerer følgende feltnoter fra deltagerobservationen i forbindelse med midtvejsundersøgelsen af projektet:

*På runden rundt i afdelingerne med socialsygeplejersken møder vi [socialsygeplejersken og antropologen] en patient, der sidder og skuler i hjørnet af sin stue. 'Hvordan går det?' spørger socialsygeplejersken muntert. 'Jeg er meget sur,' svarer manden afvisende og vredt; 'Jeg vil hjem NU!'*

*Socialsygeplejersken går ind på personalekontoret for at høre, hvad planen med patienten er. De fortæller, at han har været meget vred, fordi han ikke måtte gå med det samme. Han skal vente på lægen og have fjernet sin venflon i hånden. Personalet giver udtryk for, at det er godt, socialsygeplejersken er kommet: 'så kan du mildne ham lidt'.*

*Tilbage på stuen sætter socialsygeplejersken sig i stolen over for patienten. 'Har du spist?' spørger hun. Nej, han vil ingenting spise, ingenting, han vil bare hjem. 'Har du abstinenser?' Det har han ikke, selvom han gerne vil have noget at drikke. Hun spørger ind til, om han stadig har cigaretter, om han mangler noget. Patienten klapper på sin lomme, han har stadig cigaretter tilbage. Undervejs i samtalen mærkes den stigende kontakt mellem de to. Han begynder at have øjenkontakt og bløder op i sin*

*afvisende holdning. Roligt begynder hun at forklare, hvad der skal ske: 'Hør her, jeg ved godt, du gerne vil hjem. Det skal du også nok komme, men du skal have fjernet den venflon, og vi skal lige have lægen til at komme og fortælle, hvad den videre plan er. Kan du ikke nok vente på det?' Patienten samtykker. 'Skal du ud og ryge?' Han smiler og nikker. De aftaler, at han venter på lægen, medicinen og sygeplejersken, som skal seponere venflonen. 'Tip top?' spørger hun på vej ud. 'Tip top,' smiler han forsigtigt tilbage. (Deltagerobservation).(8)*

En af kernerne i socialsygeplejen er således brobygning, dels mellem patienten og personalet, dels mellem primær og sekundær sektor (hospital og hjemmepleje/misbrugscenter mv.). I førstnævnte tilfælde skyldes en ophidset adfærd, uro og/eller manglende forståelse for behandlingen som nævnt ofte, at patienten har ubehandlede abstinenssymptomer eller smerter. Men det kan også omhandle disse patienters måder at prioritere og løse personlige udfordringer på i forbindelse med deres indlæggelse. Det kan fx dreje sig om patientforløb, hvor patienten savner sine hunde så meget, at vedkommende får kæresten til at tage dem med ind på sengeafdelingen. Eller patientforløb, hvor patienter er parate til at forlade afdelingen på trods af alvorlig sygdom og behov for indlæggelse, fordi et kæledyr er ladet alene tilbage i lejligheden eller på gaden. Først da socialsygeplejersken får arrangeret hjælp til pasning af kæledyrene fx i en hundepension, hos kammerater eller med hjælp fra hjemmehjælpen, der indvill-

## PROJEKT SOCIALSYGEPLEJE – det gode patientforløb

*Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb er et netop afsluttet 3-årigt udviklingsprojekt, der var finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen og forankret i KABS VIDEN, som drives af KABS, Glostrup Kommunes misbrugscenter (se: [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk)).*

Projektet startede den 1. februar 2010 og sluttede d. 31. maj 2012. Det bestod af tre dele. Første fase foregik fra 1. februar 2010 til 30. november 2011 på hhv. Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital, hvor to socialsygeplejersker fik deres daglige gang på hver sit hospital. Anden fase startede i august 2010 og løb til 31. maj 2012 på hhv. Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød, ligeledes med én socialsygeplejerske på hvert center. Tredje fase omhandler den efterfølgende databearbejdning og formidling af projektets erfaringer og resultater.

ger i at fodre kæledyret, kan disse patienter slappe af og deltage i hospitalsbehandlingen.

I projektets journalmateriale er der mange eksempler på, at projektets patienter skiller sig ud i forhold til gængse normer og væremåder. De opfører sig på måder, der afviger fra majoriteten af patienter og afviger dermed fra den måde, personalet er vant til, at patienter opfører sig på. En adfærd, det umiddelbart kan være vanskeligt at forene med hospitalets faste procedurer, rammer og regler. For socialt udsatte mennesker kan et kæledyr være den vigtigste relation i tilværelsen og er ofte personens tro følgesvend. Der ligger derfor ikke en provokation i at tage kæ-

ledyret med på afdelingen, men en logisk handling fra patientens side, fordi vedkommende på denne måde kan fortsætte med at drage omsorg for sit kæledyr på trods af indlæggelsen.

Socialsygeplejersken er altså opmærksom på alle forhold, der kan komplicere det gode indlæggelsesforløb, skabe konflikt og eventuelt munde ud i afbrudt behandlingsforløb. Som en patient udtrykte det: *'Det giver bare en stor tryghed i baghånden [med socialsygeplejersken], at man ikke skal tænke på alt muligt andet end at blive rask [...] Det giver en stor ro indeni.'* (Interview med patient (kvinde). (8))

### Den gode udskrivelse og brobygning

Den anden form for brobygning er helt central i forhold til projektets ønske om at støtte personalet i 'den gode udskrivelse' for disse patienter. Brobygningen handler i denne sammenhæng om, at der er lagt en holdbar plan efter udskrivelsen. En plan som sikrer, at patienten kan klare sig efter indlæggelsen, og sikrer, at der fx følges op på behandlingen efter udskrivelsen: Har patienten en bolig, der gør vedkommende i stand til at klare sig efter indlæggelsen (fx indkøb, madlavning)? Kan patienten overhovedet udskrives, hvis vedkommende fx er boligløs og lige er blevet opereret? Hvem skal overtage eventuel sårskift efter udskrivelsen? Kan patienten selv huske/varetage sin medicin? Er patienten i stand til selv at huske og møde op til eventuelle opfølgingskontroller?

Brobygningen her omhandler et stort koordineringsarbejde mel-

lem primær og sekundær sektor, mellem patient og professionelle. Det er et af socialsygeplejerskenes store arbejdsområder, hvor de trækker på deres forbindelser og indsigt i de tilbud og muligheder, der er uden for hospitalet til denne gruppe mennesker (fx boformer/herberger, misbrugsbehandlingssteder, opsøgende gadeplansarbejdere/støttekontaktpersoner mv.).

I forhold til udskrivelsen sikrer socialsygeplejersken sig derfor for det første, at de rette samarbejdspartnere ved, at patienten skal udskrives, og hvis det er relevant, hvem der står klar til at tage over. Det er et tidskrævende arbejde og forudsætter en del telefonsamtaler, hvor socialsygeplejerskeren forsøger at etablere et sikkerhedsnet under patienten, så denne kan udskrives, og den iværksatte behandling støttes/videreføres.(9) Patienter, der allerede er tilknyttet et herberg, har den fordel, at der her er en klar opgavefordeling og en tydelig samarbejdspartner for socialsygeplejersken. I forbindelse med udskrivelse har patienten mulighed for at få sygepleje fra de sygeplejersker, der arbejder på herberget, og hermed få hjælp til sårskift, medicinudlevering etc. For de patienter, der bor på gaden, forsøger socialsygeplejersken at få dem ind på et herberg efter indlæggelsen. Men det er ikke alle, der ønsker et sådant tilbud. I sådanne tilfælde forsøger socialsygeplejersken at finde ud af, hvad patienten så er indstillet på: at få hjælp til sårskift og lignende på en sygeplejeklinik/sundhedsrum eller ved sundhedsteamet eller måske på rådgivningscenteret/misbrugscenteret, hvor

patienten henter sin metadon? Socialsygeplejersken sikrer også, at patienter i substitutionsbehandling (eller anden medicinsk behandling) får medicin med hjem, til kuren er slut, eller misbrugscenteret er klar til at overtage. Dette fordi socialsygeplejersken ved, at patienten vil få abstinenssymptomer, hvis vedkommende udskrives uden substitutionsmedicin fx op til en weekend, hvor misbrugscenteret har lukket. Og fordi erfaringerne viser, at patienter med stofbrug ofte glemmer eller nedprioriterer at indløse recepter på medicin (fx antibiotika) eller ganske enkelt ikke har råd til at købe den ordinerede medicin.

Det tidskrævende koordineringsarbejde er vigtigt for at støtte den igangsatte behandling, og fordi det ikke er en reel mulighed for hospitalspersonalet at være ajourført på området. I den kvalitative undersøgelse udtrykte en oversygeplejerske det på følgende måde:

*Antropolog: 'Hvilken type situationer var det, I stod med før [socialsygeplejerskerne kom], når I skulle udskrive disse patienter?'*

*Oversygeplejerske: 'Så prøvede man efter bedste evne. Vi har nogle mapper [med misbrugs- og hjemløse institutioner], som ikke er opdaterede siden 2007. Så det var et kæmpearbejde. Vi brugte tid på at finde ud af, hvor vi skulle gøre af patienterne. De har måske heller ikke fået det mest optimale tilbud, fordi vi ikke havde mulighed eller tiden til at finde ud af det.'* (Interview med Oversygeplejerske). (8))

### Omsorgsbesøg – En erstatning for manglende pårørende

Et sidste emne, der har haft stor

betydning i forhold til projektets patienter, er socialsygeplejerskens mulighed for at yde det, vi har valgt at kalde 'omsorgsbesøg'.(8,9)

Med omsorgsbesøgene træder socialsygeplejersken ind i en pårørendefunktion, hvor sygeplejersken kommer regelmæssigt på besøg, går en tur i kiosken, spiller kort med patienten etc. Denne særlige rolle handler helt overordnet om, at mange af disse patienter ikke/aldrig får så mange besøg som andre patienter. Socialsygeplejersken kommer derfor forbi med en avis eller et sodukuhæfte, som patienten kan hygge sig med, eller socialsygeplejersken går en lille tur med vedkommende ned til kiosken. Præcis som pårørende ofte gør det på hospitalsbesøg. Til de forskellige småindkøb var der fra projektets start afsat et beløb til hver enkelt patient (50 kroner pr. patient) under en post kaldt: 'Funny money'.(8,9) Men det handler ikke kun om indkøb af aviser og cigaretter. I mange tilfælde indbefatter denne funktion i lige så høj grad at fremskaffe ting, patienten ikke har fået med hjemmefra: fx læsebriller og toileting, som patienten ikke fik med ved indlæggelsen, eller et taletidskort, så patienten kan få fat på sin sagsbehandler via sin mobiltelefon. Eller at sørge for et par sko, så patienten ikke udskrives i strømpesokker. Stort set alle patienterne tilknyttet Projekt Socialsygepleje blev indlagt akut (95 %). Kun i 32 tilfælde har der været tale om planlagt indlæggelse (se boks 3). Det betyder, at patienterne i flere tilfælde er samlet op direkte på gaden og bragt til skadestuen i en ambulance i det tøj, de



## FAKTA OM PROJEKT SOCIALSYGEPELJE

### Tidsperiode, antal patienter og hospital:

I perioden 1. februar 2010 til 31. maj 2012 var socialsygeplejerskerne involveret i 704 patientforløb: 281 patientforløb på Bispebjerg Hospital og 423 patientforløb på Hvidovre Hospital.

**Køn:** Ud af de i alt 704 patientforløb var 479 mænd og 225 kvinder.

**Alder:** Gennemsnitsalderen er 45,6 år.

**Boligforhold:** 453 af patienterne havde en selvstændig bolig, 76 boede på gaden, 68 på herberg, 13 på natcafé og 27 i bofællesskab. De øvrige boede hos familie, venner eller bekendte.

**Indkomstforhold:** Ud af de 704 patientforløb var blot 10 patienter i arbejde, 202 modtog kontanthjælp og 466 fik førtidspension. De øvrige oplyser, at de udelukkende ernærer sig ved prostitution, tiggeri, salg af hjemløseavisen HUS FORBI eller ved at samle flasker.

**Indlæggelsesårsag:** Blandt årsagerne til indlæggelse har været infektioner, mavesmerter, konfusion, brud, hjerteproblemer, sår og forgiftninger.

**Forløbstype:** Der var tale om 613 ind-

læggelser og 91 ambulante forløb.

**Indlæggelsestype:** Langt de fleste af de 613 indlæggelser var akutte = 581 forløb. Kun 32 var planlagte indlæggelser.

**Indlæggelseslængde:** Den gennemsnitlige indlæggelsestid var på 8,9 dage (median 6,0).

**Udskrivelsesforløb:** Ud af de 613 indlæggelser blev 501 færdigbehandlede og udskrevet som planlagt. 55 gik, før de var færdigbehandlede, og 14 blev udskrevet, før de var færdigbehandlede på grund af uacceptabel opførsel. 5 var færdigbehandlede, men afventede udskrivelse til en plads i kommunen. 31 blev overflyttet til andet hospital, og 7 døde.

**Substitutionsbehandling:** Af de 613 indlagte patientforløb var 502 i langvarig substitutionsbehandling ved indlæggelsen, 63 blev sat i abstinenssymptombehandling under indlæggelsen, 46 fik intet, og 2 er uoplyst.

**Pårørende:** Ud af de 613 indlæggelsesforløb havde 338 ingen besøg fra pårørende.



blev fundet i.

Under omsorgsbesøgene og de naturlige samtaler med patienten om løst og fast får socialsygeplejersken indsigt i patientens øvrige problemer, fx uhensigtsmæssige boligforhold, hvilket kan være vigtige informationer at bringe videre til personalet. Det vigtigste formål med omsorgsbesøgene er dog helt overordnet at skabe tryghed og adspredelse under indlæggelsen og sikre, at disse patienter ikke får 'hospitalsskuller'. For netop det at have svært ved at holde ud at være indlagt er meget udbredt blandt projektets målgruppe. Som vi tidligere har beskrevet, kan det være svært for denne patientgruppe at indordne sig under et hospitals døgnrytmer, regler og procedurer. Hvis de samtidig ingen besøg får af pårørende, kan indlæggelsen blive meget lang og svær at holde ud.

*'Det er en meget stor aflastning for os: Hun [socialsygeplejersken] har en hel speciel funktion—både i forhold til at finde ud af deres [stofmisbrugerens] forhistorie, hvor de kommer fra, men også bare det at være her. Mange af dem får jo ingen besøg. Nogle skal være isoleret i 14 dage, hvis de har en lunge-TB [tuberkulose]. Det er svært for dem at håndtere. Der er hun en rigtig god hjælp, for så kommer hun og spiller kort med dem, læser avis for dem eller bare snakker lidt.'* (Interview med oversygeplejerske). (8)

### Afsluttende kommentarer

Alt i alt viser det samlede kvalitative datamateriale, at socialsygeplejen har meget at bidrage med i forhold til somatikken: *For det første* beskrives det generelt i in-

terviewene – og fremgår af projekjournalerne - at der er kommet mere ro på afdelingerne, efter at socialsygeplejerskerne er blevet en del af hospitalets tilbud, ligesom samarbejdet mellem denne patientgruppe og personalet også opleves væsentligt forbedret. Socialsygeplejersken bidrager med viden til personalet om stofmisbrugerens livsvilkår og problematikker samt måder at undgå konflikter på. Socialsygeplejersken varetager en tæt og målrettet kontakt til patienten i forhold til aftaler, planer og forklaring på diverse informationer, regler og procedurer fra hospitalets side.

*For det andet* fremgår det af datamaterialet, at socialsygeplejerskens brobyggende rolle er todelt: Dels brobygning mellem personale og patient, så deres samarbejde bliver nemmere. Dels etablering af forbindelse mellem hospitalet og de eksterne samarbejdspartnere. Betydningen af den brobyggende funktion belyses i et tredje gennemgående tema: Nemlig den gode indlæggelse og den gode udskrivelse. Personalet giver udtryk for, at behandlingen i mindre grad afbrydes, fordi patienten ikke længere i samme omfang som tidligere forlader afdelingen i utide, men i større grad holder de aftaler, der indgås mellem patient, socialsygeplejerske og personale. Her spiller socialsygeplejerskens mulighed for at give den indlagte patient lidt adspredelse under indlæggelsen også en vigtig rolle. Det understreges endvidere i interviewene, at såvel indlæggelsesforløb som selve udskrivelsen har fået et kvalitetsløft, netop fordi socialsy-

geplejersken er med til at formidle alternative måder at håndtere samarbejdet med en ellers vanskelig patient på. Ligesom socialsygeplejerskens viden om de tilbud, der findes uden for hospitalet har skabt en bedre udskrivelse med en mere holdbar løsning for en meget udsat patientgruppe. Som en overlæge udtrykte det: *'Det nytter ikke noget at sende dem hjem med en brochure og sige, at når de kommer hjem, så gør de sådan og sådan. For det gør de bare ikke! Det må starte herinde!'* (Interview med overlæge). (8) ■

### REFERENCER

1. Juel, K., Davidsen, M., Pedersen, P.V. & Curtis, T.: Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte. 2010.
2. Pedersen, P.V., Christensen, A.I., Hesse, U. & Curtis, T.: SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte. 2008.
3. Narkotikasituationen i Danmark 2010. Sundhedsstyrelsen.
4. Davidsen, M. et al: Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Rådet for Socialt Udsatte. 2013.
5. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen. 2008.
6. Pedersen, P.V.: Dårligt liv—dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. Rådet for Socialt Udsatte. 2009.
7. Kappel, N.: Udfordrende møder - en undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger. Ph.d.-afhandling. Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter. 2009.
8. Ludvigsen, K.B.: Projekt Socialsygepleje. Midtvejsstatus over Projekt Socialsygepleje i somatikken. KABS VIDEN. 2011.
9. Ludvigsen, K.B. & Brünés, N.: Socialsygepleje i somatikken - en blivende indsats. I: Ludvigsen, K. B. (red): Udsatte stofbrugende patienters behov og problemer i et effektivt sundhedssystem, (arbejdstitel, antologi over erfaringer med socialsygeplejen. Under udgivelse). KABS VIDEN.