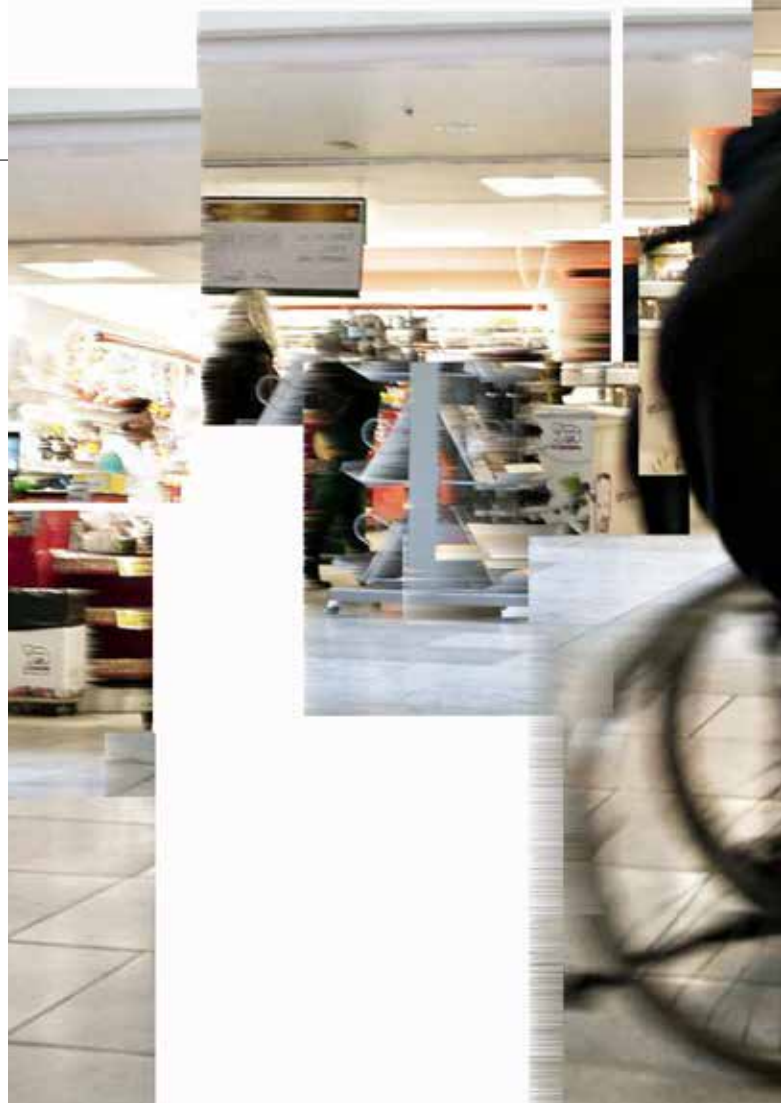


# Socialsygepleje i somatik og psykiatri – et afsluttet projekt, der delvist lever videre

Sygehusvæsenet mangler (stadig) viden om stofmisbrugernes problemer, og det kan medføre forkert eller manglende behandling, frit løb for fordomme og en nedværdigende holdning til patienterne. Ny antologi dokumenterer behovet for socialsygeplejersker i et specialiseret og effektivt sundhedssystem.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN

I 2010 igangsatte KABS VIDEN det treårige udviklingsprojekt *Projekt Socialsygepleje – Det gode patientforløb*. Projektet havde til formål at støtte og forbedre stofbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospital og psykiatri ved hjælp af socialsygeplejersker. Jeg har i den forbindelse haft det privilegium at følge projektet fra start til slut: først på sidelinjen i opstartsfasen i 2010, siden helt tæt fra 2011 til 2013 som KABS VIDEN's evaluator af det samlede projekt. Undervejs i projektføreløbet udførte jeg endvidere en kvalitativ undersøgelse af projektets midtvejsresultater og indsats. Her fulgte jeg socialsygeplejerskerne i deres arbejde samt interviewede personale og patienter om deres erfaringer med socialsygeplejeindsatsen. På baggrund af dette datamateriale blev der udarbejdet to midtvejsstatusrapporter: en midtvejsstatus over projektets somatiske del, som foregik på Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler, og en midtvejsstatus over projektets psykiatriske del, som foregik på Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød og på Psykiatrisk Center Glostrup. Projektets delresultater er løbende blevet formidlet, bl.a. her i STOF i to artikler: *Dobbeltdiagnose – set fra Projekt Socialsygepleje* i



STOF nr. 20, s. 96-101, og *Forbedret indsats for indlagte patienter med stofbrug* i nr. 21, s. 25-32.

Nu foreligger den samlede afrapportering af projektet, hvor min rolle har været at undersøge betydningen af socialsygeplejeindsatsen samt – sammen med projektlederen Nina Brünés – at beskrive og dokumentere socialsygeplejens kerneydelser. Antologien bygger dels på førnævnte dataindsamling, dels på en grundig gennemgang af projektets i alt 1.010 projektjournaler. Projektjournaler, som de fire projektansatte socialsygeplejersker systematisk førte på hvert patientforløb, som de var involverede i, og som projektleder Nina Brünés og jeg efterfølgende har gennemgået og tematiseret efter projektets afslutning. Derudover indeholder antologien en registeranalyse over projektets somatik-del, som COWI har udført for KABS VIDEN, for at belyse forbruget af sundhedsydelser hos de patienter, der var i kontakt med socialsygeplejerskerne på Bispebjerg og Hvidovre Hospital. I denne artikel vil jeg referere antologiens væsentligste pointer og konklusioner.



### Projektets overordnede resultater

Projektet har som nævnt i alt været involveret i 1.010 patientforløb: 704 patientforløb i somatik-delen og 306 patientforløb i psykiatri-delen. I første omgang sprang forskellen på antallet af patientforløb i somatik- og psykiatri-delen i øjnene, men det viste sig, at der var flere forklaringer på det: Dels var der flere patienter i målgruppen på de to somatiske hospitaler, ligesom de psykiatriske centre generelt har et mindre samlet patientoptag end de somatiske hospitaler. Dels kunne forskellen forklares med, at projektet havde en langsommere opstart i psykiatrien end i somatikken, hvilket bl.a. hang sammen med, at socialsygeplejeindsatsen havde været afprøvet i somatikken i et tidligere pilotprojekt, ligesom indsatsen tog udgangspunkt i en somatisk kontekst.(1) Socialsygepleje i psykiatrien var derimod et nyt tiltag, der først skulle finde sit fodfæste i en psykiatrisk kontekst, hvilket jeg vender tilbage til.

Efter projektets afslutning blev det muligt at sammenholde antallet af patientforløb i forhold til antallet af unikke individer eller enkeltstående personer.

Her blev forskellen mellem de to projektdele reduceret til 85 unikke patienter, fordi de 704 patientforløb i somatikken fordelte sig på 324 unikke individer, mens de 306 patientforløb i psykiatrien fordelte sig på 239 unikke individer. Det interessante ved analysen af patientforløbene i forhold til antallet af unikke patienter er, at mens der i somatikken var mange patienter, som fik mere end ét forløb med socialsygeplejerskerne, så drejede det sig kun om 37 patienter i psykiatrien, der fik mere end ét forløb. De resterende 202 unikke psykiatriske patienter tilknyttet socialsygeplejerskerne havde kun ét forløb i projektet.

### COWI's registeranalyse

For at vurdere projektets indsats og betydning i forhold til målgruppens forbrug af sundhedsydelser, opstillede COWI tre analysegrupper:

- *Interventionsgruppen*, bestående af den gruppe patienter, socialsygeplejerskerne var involverede i.
- *Ikke-interventionsgruppen*, som var patienter indlagt på de to projekthospitaler i projektperioden og registreret i SIB (Register over Stofmisbrugere i Behandling) uden at komme i kontakt med socialsygeplejerskerne.
- *Andre-gruppen*, som var patienter registreret i SIB og indlagt på andre hospitaler i Region Hovedstaden i projektperioden.

På baggrund af COWI's analyser viste det sig, at socialsygeplejerskerne i somatikken var i kontakt med en mindre del af de indlagte stofmisbrugere på de to projekthospitaler, nemlig 15 %. Men samtidigt viste det sig, at disse patienter adskilte sig væsentligt fra de øvrige to analysegrupper ved at være de mest udsatte og syge patienter med stofmisbrug. Det konkluderes derfor, at socialsygeplejerskerne nåede målgruppen for projektet, ligesom socialsygeplejeindsatsen påvirkede målgruppens evne og vilje (komplians) i forhold til at følge behandlingen, hvilket kommer til udtryk i længere indlæggelser og flere ambulante besøg.

COWI's analyser og analysen af patientforløb sammenholdt med antallet af unikke patienter kan også være et udtryk for, at de patienter, som kom i kontakt med en socialsygeplejerske, fik nemmere ved at henvende sig til sundhedssystemet igen, fordi de oplevede forrige indlæggelse som god. En patient forklarede eksempelvis, at hun havde benyttet sig af frit sygehus-



Både midtvejsstatusrapporter og antologien *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*, redigeret af Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünés, kan downloades gratis på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk).

Antologien kan rekvireres i bogform for 150 kr. ved henvendelse til:  
KABS VIDEN, Bakken 2, 2600 Glostrup. Tlf. 4511 7500. [Kabs@glostrup.dk](mailto:Kabs@glostrup.dk)

valg og valgt Bispebjerg Hospital fremfor et hospital i Jylland, hvor hun aktuelt havde bopæl. Begrundelsen var hendes positive erfaringer med socialsygeplejersken under en tidligere indlæggelse. Både COWI's registerundersøgelse og den kvalitative undersøgelse viste, at de patienter, som var tilknyttet projektet, var patienter, som fejlede mere end én ting. En patient kunne således blive indlagt igen i et nyt patientforløb, hvilket kom til udtryk i de mange gengangere, socialsygeplejerskerne havde i somatikken. Anderledes forholdt det sig i psykiatrien.

### Forskel på socialsygepleje i somatik og psykiatri

Et af de væsentligste resultater af den kvalitative undersøgelse og analyse af projektet er forskellen mellem projektets somatik- og psykiatri-del. Forskellen sprang i øjnene efter projektets afslutning: I somatikken fandt man socialsygeplejeindsatsen så meningsfuld, at de to socialsygeplejersker allerede inden projektets formelle afslutning blev fastansat på de to somatiske hospitaler. I psykiatrien blev der derimod ikke foretaget yderligere tiltag efter projektets afslutning. Socialsygeplejen er siden, i somatikken, udvidet til at dække seks af Region Hovedstadens hospitaler, ligesom Regionsrådet samtidig besluttede, at en faglig konsulent skulle fastansættes til at sikre socialsygeplejens fortsatte kvalitet, understøtte og supervisere de seks socialsygeplejersker i deres arbejde og synliggøre socialsygeplejerskeindsatsen i forhold til de øvrige regioner og i forhold til samarbejdet med kommunerne.

Forskellen på de to projektdele kan imidlertid ikke forklares ud fra et manglende behov i psykiatrien. For socialsygeplejerskerne havde betydning og gjorde en forskel i både somatikken og i psykiatrien. Begge steder var der et udtalt behov for viden om stofmisbrug, stoffer, abstinenssymptomer, livet som socialt udsat, viden om de tilbud, der findes til målgruppen uden for hospitals- og psykiatriregeri etc. I interview i begge projektdele gav personalet udtryk for, at socialsygeplejerskerne bidrog med brugbar viden og kompetence. Forklaringen på forskellen skulle derimod ses i forhold til den kultur samt de traditioner og rammer, som socialsygeplejerskerne skulle arbejde og indordne sig under på henholdsvis de somatiske hospitaler og de psykiatriske centre. Fx harmonerede nogle af socialsygeplejerskernes kerneydelser slet ikke med

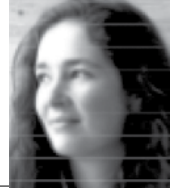
psykiatriens behandlingsmetoder og -rammer.

Som nævnt ovenfor blev socialsygeplejen oprindeligt udviklet og afprøvet i somatikken. Men socialsygeplejemodellen kunne ikke blot overføres til psykiatrien, for her stødte socialsygeplejerskerne på nogle væsentlige barrierer, når de forsøgte at anvende de kerneydelser, projektet havde udviklet og fundet meningsfyldte i somatikken. Socialsygeplejerskernes kerneydelser dækker kort skitseret følgende punkter:

- Formidling af rummelighed og forståelse for anderledes adfærd
- Talerør for såvel patient som personale
- Pårørendefunktion/omsorgsbesøg
- Viden og formidling om substitutionsbehandling
- Viden og formidling om abstinensbehandling
- Viden og formidling om smertebehandling
- Planlægning og opfølgning ift. udskrivelse og ambulante forløb
- Specialviden om målgruppen
- Kendskab og tæt forbindelse til eksterne samarbejdspartnere

Generelt indbefatter ovenstående punkter en anerkendende tilgang, som søger at bygge bro mellem personale og patient for dermed at skabe den bedst mulige indlæggelse og platform for samarbejdet mellem patient og personale og dermed behandlingen. Socialsygeplejerskerne bidrog med pragmatiske, skadesreducerende og kreative løsninger på til tider 'besværlige' problemstillinger for dermed at sikre, at patienten forblev indlagt og ikke afbrød behandlingen før tid. Af samme grund brugte socialsygeplejerskerne i somatikken også en del tid på omsorgsbesøg for at kompensere for manglen på pårørende og besøg under indlæggelsen. Socialsygeplejerskerne tog patienterne med i kiosken, spillede spil med dem, kom med cigaretter eller chokolade etc. I psykiatrien var denne kerneydelse imidlertid problematisk, fordi den skabte en form for ubalance i behandlingsrelationerne. I psykiatrien er relationsarbejdet en vigtig forudsætning for den psykiatriske behandling og et redskab i vurderingen af patientens tilstand mv. Socialsygeplejerskerne i psykiatrien skulle derfor passe på, at de ikke kom til at ødelægge relationen mellem patient og personale ved selv at få en tættere kontakt gennem omsorgsbesøg. I det hele taget viste projekt-materialet, at psykiatrien arbejder ud fra helt andre





principper og kulturelle normer end somatikken. Det at få lov til at gå i kiosken og købe cigaretter er eksempelvis en del af den psykiatriske behandling og anses for at være et privilegium, der kan indskrænkes, hvis patienten fx ikke følger aftaler og regler i afdelingen.

Socialsygeplejens kerneydelser fik således svære odds i psykiatrien, fordi de kolliderede med psykiatriens behandling. Den tætte kontakt til patienterne, som var en vigtig forudsætning i somatikken for, at patienterne kunne udholde indlæggelsen, var vanskelig at udføre i en psykiatrisk kontekst. Kontakten til eksterne samarbejdspartnere skulle også i langt højere grad koordineres med personalet i psykiatrien



(hvor socialrådgivere på afdelingerne varetog denne funktion). Derimod var denne koordination en supplerende indsats og aflastning i somatikken. Derudover var psykiatriens generelle holdning til stoffer en tilbagevendende udfordring for socialsygeplejerskerne. Stofindtag ses som en barriere for den videre psykiatriske udredning og behandling, hvorfor patienter ofte udskrives med beskeden om at blive stoffri, før psykiatrien kan/vil gøre yderligere. Stofindtag under psykiatrisk indlæggelse er endvidere ofte udskrivningsgrund eller medfører skærpede sanktioner og mere kontrol, hvilket var svært at forene med socialsygeplejerskernes skadesreducerende tilgang.

Opsummerende viste bearbejdningen af projekt-materialet, at socialsygeplejeindsatsen havde meget forskellige vilkår i de to projektdele. I somatikken blev det en supplerende indsats parallel med hospitalets egen behandling, hvorimod det greb ind i den psykiatriske behandling og skabte mange diskussioner. Forskellen på implementeringen af de to projektdele synliggjorde også, at man i somatikken arbejdede på at fastholde denne patientgruppe i behandlingen,

mens man i psykiatrien ofte sendte/ønskede dem videre til misbrugsbehandling.

## Ulighed i sundhed

En anden væsentlig pointe i antologien er analysen af ulighed i sundhed og synliggørelsen af de mekanismer, der er medvirkende til at skabe/reducere denne type ulighed. Der gøres op med blot at tale om socialt udsatte som en homogen gruppe, hvor fokus entydigt rettes mod en bestemt del af problematikken (fx stofmisbrug eller psykisk sygdom). I stedet bruges begrebet *social eksklusion* til nærmere at indkredse det at være socialt udsat. Begrebet er anvendeligt, fordi det både peger på risikogrupper (som stofmisbrugere og psykisk syge) og risikofaktorer (som arbejdsløshed og hjemløshed). Risikofaktorer, som kan føre til social udsathed. Social eksklusion peger endvidere på samfundsmæssige mekanismer, der regulerer adgang eller udelukkelse i forhold til ressourcer og tilbud. Social eksklusion omhandler således forskellige typer af udelukkelsesmekanismer og -processer, som ligger uden for individets/gruppers kontrol.<sup>(2)</sup> Ved kun at se på særlige grupper af mennesker som socialt udsatte fjernes fokus fra de strukturelle og samfundsmæssige udelukkelsesmekanismer, som er medspillende faktorer. Antologien viser, at måden, som vores sundhedsvæsen er opbygget på, i flere tilfælde virker ekskluderende for patienter, der har flere komplicerede og behandlingskrævende problemstillinger. Antologien omhandler i høj grad eksklusionsmekanismer og socialt udsathed, fordi projektets målgruppe drejer sig om mennesker, der lever risikofyldte liv med sygdom til følge, og som generelt har dårlige levekår. Derudover synliggør analyserne af projekt-materialet nogle af de mekanismer, der udelukker disse mennesker fra at deltage på lige fod med andre patienter i sundhedssystemet, og hvordan socialsygeplejeindsatsen er med til at synliggøre og reducere nogle af disse udelukkelsesmekanismer gennem alternative løsninger til ekskluderende procedurer, regelsæt og til tider normative holdninger. ■

## LITTERATUR

1. Nina Brúnés: Projekt Socialsygepleje – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. Projekt UDENFOR. 2007.
2. I antologien anvendes Jørgen Elm Larsens definition af begrebet social eksklusion i artiklen 'Forståelser af begrebet social udsathed' i *Udsat for forståelse. Antologi om socialt udsatte*. Rådet for Socialt Udsatte. 2009.