

Relationsarbejde er et betydningsfuldt element i social- sygeplejerskers arbejde med socialt udsatte rusmiddelbrugeres sundhed

Socialsygeplejersker er brobyggere mellem udsatte mennesker og sundhedssystemet. En stor del af deres arbejde går ud på at skabe tillidsfulde og nærværende relationer til de mennesker, de skal hjælpe, bl.a. udsatte rusmiddelbrugere. Relationsarbejdet har en afgørende værdi, når der skal arbejdes med rusmiddelbrugernes sundhed.

AF MARIANNE S. HØGFELDT



Marianne S. Høgfeldt er sygeplejerske og har en master i rusmidler og en diplomuddannelse i socialsygepleje



Lighed i sundhed handler om, at alle har ret til samme muligheder for behandling og hjælp, når man bliver syg og/eller har behov for støtte. Når denne lighed ikke eksisterer, har det store omkostninger og konsekvenser set i forhold til det enkelte menneske. Det er veldokumenteret, at socialt udsatte mennesker i Danmark ofte ikke har den samme adgang til undersøgelse og behandling som den generelle befolkning. Denne ulighed kan bl.a. skyldes manglende overskud og ressourcer, som det kan kræve at være en aktivt opsøgende patient (i et sundhedsvæsen, der også kan mangle ressourcer på flere fronter). Det kan også være pga. forforståelse og fordomme i sundhedsvæsenet, eller det kan handle om manglende viden om udsathed og rusmiddelbrug. Det har store konsekvenser for socialt udsatte mennesker, at der er denne ulighed i sundhedssystemet. Konsekvenser ofte i form af flere lidelser samtidig: fysiske, psykiske samt eventuelt rusmiddelproblemer. Disse problemer kan påvirke hinanden gensidigt. Hver enkelt lidelse "får lov" at vokse sig større og uoverkommelig (1). Denne kompleksitet øger den enkeltes risiko for yderligere udsathed og ekskludering i samfundsfællesskabet, stigmatisering og personlig deroute. Sundhedsstyrelsen påpeger i en rapport fra 2022:

"Socialt udsatte borgere i Danmark er således en mangfoldig gruppe af mennesker med vidt forskellige livssituationer. Social udsathed kan forstås og anskues som en ophobning af samtidige sociale og sundhedsmæssige problematikker – hvilket kunne være hjemløshed, psykisk og/eller fysisk sygdom med et samtidigt rusmiddelbrug" (2).

En del af det store arbejde, der kan sættes ind for at reducere ulighed i sundhed i Danmark, findes bl.a. i socialsygeplejerskernes arbejde, om det er på de somatiske afdelinger, gaden, omsorgscentre, sundhedsklinikker, bosteder eller væresteder (på nuværende tidspunkt har alle regioner undtagen Region Nordjylland implementeret socialsygeplejersker på somatiske sygehuse (2)).

Relationsarbejde er et nøglebegreb for socialsygeplejersker

Socialsygeplejerskers arbejde kan, blandt flere funktioner, handle om at være brobygger mellem socialt udsatte mennesker og sundhedssystemet, fx i form af at være koordinerende og samarbejdspartnere med de systemer, som det socialt udsatte menneske er i kontakt med, både

de regionale og kommunale parter. Samtidig kan socialsygeplejersker også opfylde en vidensformidlende funktion (både om – og for – den enkelte patient og om udsathed og rusmidler generelt til andre fagpersoner). Brobygningsarbejdet handler også om at kunne være en ressource og støtte for patienten i et effektiviseret og specialiseret sundhedssystem, som mange har svært ved at navigere i. Konkret kan det være i forhold til pleje og støtte for patienten. Eller at man bruger sin særlige viden om udsathed og rusmidler til fx at kunne bidrage med helhedsorienterede og skræddersyede løsninger til den enkelte udsatte patients særlige behov, så de opnår det optimale udbytte af fx en igangsat indsats/behandling, som ellers kunne være vanskelig at fuldføre.

En socialsygeplejerske har dog i høj grad også fokus på relationsarbejde, dvs. at skabe en tillidsfuld relation til den enkelte – så denne føler sig tryk, imødekommet og oplever forståelse af de mangefacetterede behov og kompleksitet (fx rusmiddelproblemer, hjemløshed, psykiske problemer, komplicerede fysiske problemer etc.). Det essentielle her er at have fokus på patientens samlede liv og vilkår og ikke kun på sundhedsudfordringer, symptomer og én lidelse (4, 1).

Relationsarbejde er et nøglebegreb for socialsygeplejersker. Det handler om både at have fokus på den anden og sig selv samt egen praksis som fagperson. Der er således to parter: det udsatte menneske/patienten og fagpersonen/socialsygeplejersken (3). Det er gennem det relationelle arbejde mellem disse to parter, at der skabes rum for at lære mennesket med behov for hjælp bedre at kende og skabe større tillid. Det kan give rum for, at sundhedssystemet her kan være mere tilgængeligt for patienten og vedholdende i behandling. Det er gennem dette arbejde, at der kan arbejdes og flyttes med deres sundhed (4).

I en antologi, 'Udsat for evidens' (3), beskrives relationsarbejdets betydning. Heri gøres opmærksom på to måder at kommunikere på i relationen mellem sundhedsvæsen og patient: 1) en jeg-du-relation, som er nærværende i nuet og en dynamisk levende proces, som tager højde for den enkelte patient og vedkommendes unikke behov; og 2) en jeg-det-relation, som er kendetegnet ved definitioner, observationer og kategoriseringer, dvs. "groft sagt", at mennesker skal passe ind i "kasser" og standarder

(3). I et sundhedsvæsen, der ofte er præget af jeg-det-reltionen, kan socialt udsatte mennesker ofte ikke føle sig set og mødt som de mennesker, de er, med behov, levede liv og ret til den nødvendige hjælp – fordi de ikke passer ind i ”kasserne” (5). Her kommer socialsygeplejerskens særlige rolle i spil, hvor relationsarbejdet bliver afgørende – for at ”kompensere” for de mangler, der kan være i sundhedssystemet og dermed i den lige adgang til hjælp: De hjælper med at omsætte en ’tilstand’ – sygdom, sundhed, levevilkår – til en rummelig relation, hvor det enkelte menneske bliver mødt med dets unikke behov og dermed opnår en mere lige adgang til hjælp og behandling.

Udfordringer i relationsarbejdet, hvis relationen ikke er nær og kendt

Generelt i sundhedsvæsenet er der ofte tilbøjelighed til, at det er det korte og midlertidige møde, som er dominerende i mødet med patienterne. Dette gælder også socialt udsatte mennesker, som ofte kan være inde og ude af hospitaler mange gange. Det kan fx være ved en kort hospitalsindlæggelse. Det kan også være en kommunal sundhedsydelse i form af hjemmeplejen, som kommer til et menneske, fx i et bofællesskab, hvor der ikke er sundhedsfagligt personale. Relationsarbejdet, som ofte kræver en længerevarende indsats, har således svære kår.

Hvordan en langvarig relation til sundhedspersonale kan have afgørende betydning for et udsat menneskes sundhed, kan jeg illustrere med et eksempel. Jeg var på et tidspunkt ansat som sygeplejerskevikar i et bofællesskab for udsatte mennesker, hvoraf mange havde rusmiddelproblemer samt psykiske, sociale og/eller fysiske udfordringer og dermed en kompleks livssituation. En ung beboer med en kompleks livssituation, som bl.a. involverede rusmidler, oplevede at få et hævet underben pga. infektion efter et fejlfix. Han ønskede ikke kontakt til egen læge eller sygehus, selv om det var alvorligt og nødvendigt. Vi, det socialfaglige og sundhedsfaglige personale, drøftede og reflekterede med hver vores faglige fundament den akutte situation, samtidig med respekt og imødekommenhed i forhold til det unge menneskes fravalg af sundhedssystemet. Som sundhedsfaglig vurderede jeg, at vi godt kunne se tiden an det næste døgn via omsorg og gennem pleje og observation af såret. Omsorgen var lige så meget at tage vare på det unge menneskes tillid, medbestemmelse og i det

tempo, han kunne følge med i. At være nysgerrig på tidligere oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet samt vise min/vores bekymring for ham og at informere om konsekvenserne, hvis han ikke fik den nødvendige hjælp. Vi var også tydelige i vores kommunikation til ham om, hvad planen var, og at han var velkommen til at række ud, hvis han ombestemte sig inden næste dag.

Med fælles faglig vurdering fra det sociale og sundhedsfaglige personale forsøgte vi det næste døgn, om der kunne findes et alternativ, som det unge menneske kunne være med til. Vi ønskede at bevare den tillidsfulde relation, som vi havde brugt lang tid på at opbygge, og som var velkendt, vedholdende og tilgængelig for ham. Da der fortsat ikke var synlig forbedring af infektionen, var vi nødsaget til at tilkalde hjælp fra et akutteam. Infektionstillene viste sig at være bekymrende høje, og akutteamet så helst, at han blev indlagt. Det ønskede han stadig ikke. Han modtog i stedet en skrap antibiotikakur, som krævede, at hjemmeplejen blev tilkoblet, så de bl.a. kunne administrere medicinen og måle værdier, fordi jeg som sygeplejerskevikar ikke havde retten hertil. Hjemmeplejens besøg blev dog afsluttet efter nogle få dage, for de fandt det vanskeligt at samarbejde med den unge mand. Han var ikke hjemme til de aftalte tider pga. sit lidt kaotiske liv med bl.a. rusmiddelproblemer.

Derfor ”strikkede” vi som personale et tilbud sammen, som kunne imødekomme ham som et helt menneske. **Vi kendte ham og vidste, hvad hans behov var, og kunne på samme tid iværksætte en tilgang, som var i samarbejde med ham og med forståelse for hans unikke, udsatte situation.** Her var vores relation til ham afgørende (og faktisk var det bl.a. også denne situation og dette eksempel på relationsarbejde, der såede et frø i mig som sygeplejerske til at få interessen for senere at videreuddanne mig til socialsygeplejerske, men det er en helt anden historie – og dog selve årsagen til min motivation for at skrive denne artikel).

Det ”tilbud”, som vi igangsatte, var kontakt til egen læge. Der blev udskrevet en mildere antibiotikakur, som endda blev givet gratis. Det unge menneske havde ikke nogen penge og ville højst sandsynligt afslå den nødvendige medicin, hvis han selv skulle købe den. Han var selv aktiv i at lave skema for indtagelse af medicinen på tidspunkter, som han vidste, han ville kunne huske.

Dette eksempel illustrerer værdien i sundhedsfagligt personale (evt. socialsygeplejersker eller fast tilknyttet sundhedsteam) i nærmiljøet for socialt udsatte mennesker og deres sundhed. Det kan være med til at skabe bedre vilkår for det relationelle arbejde og dermed den enkeltes bedring i sundheden samt anerkendelse af rettigheder, behov og tempo. Det er med til at skabe tryghed for den enkelte samt værdifuldt teamwork for personalet i de forskellige sundhedsfaglige faggrupper (6).

Socialsygeplejerskens rolle, når relationsarbejdet ikke er i nærmiljøet

Hvis det ikke er muligt i eksisterende indsatser med det nære relationsarbejde med socialt udsatte mennesker, kan socialsygeplejersken have en anden værdifuld rolle som brobygger/bindeled mellem menneske og nærmiljø. En brobyggerrolle både mellem system og menneske og mellem de forskellige systemer, den enkelte er i berøring med. Et brobygningsarbejde, om det er på gaden, hospitalet, omsorgscentre, sundhedsklinikker, være- eller bosteder. Det handler om at støtte og være tilgængelig, for at det socialt udsatte menneske får det optimale udbytte af den nødvendige behandling, samt at være koordinerende og et bindeled i forhold til fx udskrivelse – uanset om udskrivelse er til gaden, bosted, omsorgscenter eller til eget hjem. Det handler også om at være det bindeled, der kan hjælpe med, at det socialt udsatte menneske bedre kan forstå systemet, men lige så vigtigt: at systemet også bedre kan forstå et menneske, som har et levevilkår som socialt udsat med mere end én problemstilling. Det kunne handle om at være et bindeled i at skabe større sammenhæng, så de enkelte delkomponenter kommer til at hænge mere sammen for den enkelte (5, 6).

Opmærksomhed og vedholdende fokus på relationsarbejdet er en vigtig og "on-going" proces for at begrænse ulighed i vores eksisterende sundhedssystem. Det er essentielt i arbejdet med sårbare og socialt udsatte mennesker med fx rusmiddelbrug for at kunne få lov til at 'rykke' deres sundhed til det bedre – om det er særligt målrettede indsatser til socialt udsatte, indsatser i deres nærmiljø eller kontakt til systemet. Relationsarbejdet tager tid. Det har svære vilkår i de korte møder, hvor relationen kan være domineret af observationer og kategoriseringer. Her er der ikke tid til at skabe tillid og forståelse for den anden og ikke mindst for adfærden hos det menne-

ske, som ikke oplever sig mødt eller passer ind i normen og derfor måske forlader en behandling, før det optimale udbytte er nået. Mange har mistet troen på systemet og deres medmennesker grundet livets bagage. Det tager derfor tid og måske mange forsøg at skabe tillid. Det er derfor lige så essentielt at holde for øje, at fagpersoner har en anerkendende tilgang: vedholdenhed, tilgængelighed, for forståelse, nysgerrighed og ydmyghed i mødet med disse sårbare mennesker – om det er i det nære miljø eller som koordinerende brobygger – så vi ikke får dem til at føle sig endnu mere forkerte og udsatte.

Referencer:

- (1) Theisen, H & Tanderup, L. (2019). Vi skal forstå socialt udsatte for at løse deres problemer. DSS, Dansk selskab for ledelse i sundhedsvæsenet, 03-11-2019. Website, besøgt 03-06-2022.
- (2) Sundhedsstyrelsen, (2022). Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. Rapport. Statens institut for Folkesundhed, SDU, s. 14-40.
- (3) Kirkebæk, B. (2016). Relationernes betydning. Udsat for evidens, en antologi. Rådet for Socialt Udsatte. S 75-94.
- (4) Tanderup, L et al. (2019). Sygepleje og udsatte patientgrupper. Sygepleje og patientinvolvering, kapitel 12. S 265-286.
- (5) Pedersen, P. (2018). Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. Rapport. Statens institut for Folkesundhed, SDU. S 31-83, 109-116.
- (6) Witthøft, A (2021). Botilbud får sygeplejefagligt boost. Sygeplejersken (6). S60-65.