

REPORTAGE

# Sådan binder socialoverlægen sundhedsvæsnet sammen for socialt udsatte patienter

Socialoverlægen er en ny funktion i Region Hovedstaden, som skal få kasserne i sundhedsvæsnet til at passe sammen, så de bedre kan rumme socialt udsatte mennesker. STOF fulgte socialoverlæge Mathilde Pihl Badse over to dage på Bispebjerg Hospital.

AF LISE MØLLER SCHILDER  
FOTO: CHRISTINE VASSAUX NOE



Lise Møller Schilder er journalist

Det er november, og det er koldt. Jeg skal møde socialoverlæge Mathilde Pihl Badse på Bispebjerg Hospital i København. Hun sidder i Flexklinikens ambulatorium, som er en klinik i et pilotprojekt for socialt udsatte og sårbare mennesker.

Det er meningen, at vi skal tale sammen, inden jeg tager med hende til et foredrag, som hun skal holde for Intensiv Afdelingen på Bispebjerg om behandling af udsatte patienter.

Vi kommer dog ikke så langt i samtalen, før telefonen begynder at ringe. Det viser sig hurtigt at være meget symptomatisk for socialoverlægens funktion, som er ny og kun har eksisteret siden 1. december 2021. Ikke desto mindre er det en funktion, som ser ud til at blive flittigt brugt.

**Idag findes der socialsygeplejersker i alle regioner, og de har særlige kompetencer til at hjælpe socialt udsatte patienter. Men funktionen som socialoverlæge er det kun Region Hovedstaden, der har indført. Og hvad er det så, socialoverlægen gør, som sygeplejersken ikke kan?**

”Det er den medicinske og lægefaglige tilgang. Fx medicinsk behandling af stof- og alkoholbrugere. Vejledning i både tilgang til behandling, præparatvalg, forløb – og efterforløb. Og så selvfølgelig læge til læge-kontakten, hvis der er behov for det. Jeg er en flittig henvisnings-skrivent,” forklarer socialoverlæge Mathilde Pihl Badse, da hun har lagt telefonen på.

I alt er der fire socialoverlæger i Region Hovedstaden: to på det somatiske område og to på det psykiatriske område. De binder hospitaler, behandlingssteder og privatpraktiserende læger sammen for udsatte borgere.

”Jeg har meget samarbejde med almenpraktiserende læge. Det kan være, at patienten kommer ind til afrusning, og så får vi opbygget et samarbejde og en relation, og så hører jeg almen praksis, om de kunne tænke sig, at jeg skriver en henvisning til videre behandling, nu det er mig, som har set patienten først.”

#### **Den vigtige læge til læge-kontakt**

Over de to dage, jeg følger socialoverlægen, finder jeg ud af, hvor vigtig læge til læge-kontakten er. Sundhedssystemet er hierarkisk. Og hvis man vil navigere udenom de opsatte strukturer, der fungerer for de øvrige patienter, men som

kan være en forhindring for udsatte mennesker, er der brug for lægefaglig viden og gennemslagskraft i form af en overlæge-titel. Det oplever jeg bl.a., da Mathilde Pihl Badse taler i telefon med en patient, som har ringet 10 gange i løbet af morgenen. Han har fået et tilbagefald og har drukket en del alkohol over weekenden. Han har det meget dårligt og har brug for hjælp. Til at starte med beder Mathilde ham om at tage en taxa til Bispebjerg, men det lykkes ikke for ham. Så får hun fat i en pårørende og spørger, om den pårørende kan hjælpe, men det kan hun ikke. Til sidst beslutter hun at kontakte sociolancen, som er en ambulance med fokus på socialt udsatte mennesker.

Hun ringer 112 og kommer efter et par minutters ventetid igennem til en sygeplejerske, som hun meget hurtigt forklarer, hvorfor hun har brug for en sociolance. Hun bliver så sendt videre til en læge, som hun igen forklarer situationen til, og han bestiller en sociolance.

”Jeg taler så hurtigt, fordi jeg ikke vil blokere 112 for andre, der ringer med noget mere akut,” forklarer hun.

#### **Uden om akutmodtagelsen**

En time senere kommer patienten ind på Mathildes kontor. Han græder og beder om hjælp. Mathilde og socialsygeplejersken overvejer, om sygeplejersken skal følge ham ned til akutmodtagelsen, men patienten har forladt venteværelset flere gange tidligere. Til sidst beslutter hun sig for at kontakte overlægen på FIMA-afdelingen for at høre, om han kan blive indlagt der direkte.

Det ender han med at blive – også selvom det betyder, at overlægen skal overtage patientansvaret tidligere end ellers.

FIMA står for Fælles Intermediært Afsnit og har ansvaret for patienter, som er for syge til at være på et sengeafsnit, men ikke er syge nok til at være indlagt på intensiv. I den time, hvor vi har ventet på sociolancen med patienten, har Mathilde Pihl Badse netop været tilkaldt til FIMA, fordi de har en anden patient liggende, som ikke vil leve mere, og som ikke vil tale med flere læger eller sygeplejersker. Mathilde går ind til ham og snakker med ham i en halv time. Han vil gerne tale med Mathilde, viser det sig.





STOF NR. 45 / SOMMER 2023

EDERSKAD

Jeg har taget en fotograf med til hospitalet, men de patienter, som Mathilde tilser, har det så dårligt, at vi vurderer, at det er bedst at lade være med at stille spørgsmål og tage billeder.

### Til stede på flere hospitaler

Som socialoverlæge arbejder Mathilde Pihl Badse ikke kun på Bispebjerg Hospital, men på tre større hospitaler fordelt på seks matrikler.

”Jeg har en lokal funktion her på Bispebjerg Hospital, og så har jeg en regional funktion. Den regionale funktion er ikke så ligetil, for det er klart nemmere at komme ind på sit eget hospital og blive en del af dagligdagen der. Så i den regionale funktion ligger der mere undervisning. Socialoverlægerne er jo også ansat til at højne udsatte-fagligheden blandt personalet.”

Socialoverlægen bruger også tid på at sparre med socialsygeplejerskerne på hospitalerne, så alle bedst muligt kan bidrage til hinandens funktioner. For eksempel har hun lavet en aftale med socialsygeplejerskerne på Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet om, at hun bliver kontaktet, hvis der ligger udsatte patienter hos dem, som kan have gavn af at blive tilset af socialoverlægen.

### Bindeled på tværs af systemerne

For de udsatte og komplicerede patienter kan der være et stort behov for koordination, så de ender de rigtige steder i systemet på de rigtige tidspunkter. Det bidrager socialoverlægen til.

”Et fiktivt eksempel kunne være en patient, som har haft et alkoholforbrug i flere år, og som har været indlagt flere gange. Han kan være kendt med forskellige personlighedsforstyrrelser eller måske en svær psykisk lidelse. Og han får så ødelagt sin bolig i en stof- eller alkoholpsykose. Han har måske ventet på at skulle i døgnbehandling på afsnittet for dobbeltdiagnoser. Men det kan kræve afrusning og abstinensbehandling først, for ellers kan de ikke modtage patienten. Der kan vi så risikere, at vi skal igennem afrusningen flere gange. For det kan være, at han kommer for sent til sin indskrivningssamtale, og så er der lukket. I de tilfælde vil vi i socialteamet tage en dialog med psykiatrien om udsættelse af indlæggelsen, og så prøver vi igen efter fx en uge, hvor vi gentager afrusningsforløbet.”

Mathilde Pihl Badse forklarer, at det er vigtigt at have indsigt i hinandens systemer, for så ved læ-

gen, hvornår patienten skal køres fra hospitalet til behandlingsstedet. Det nytter ikke, at stuegangen ligger sent, hvis patienten skal tidligt ud ad døren til næste tilbud.

”Nogen vil måske tænke: Hold da op, det er da stramt, det der. Men lige så snart du kender andres rammer, så kan du også bedre indgå i dem.”

I Flexklinikens pilotfase, ”Flex-forløbene”, har man samlet et team af en socialoverlæge, socialsygeplejersker og en socialrådgiver. I tilfældet med en ødelagt bolig kan socialrådgiveren være med til at søge enkeltydelse, så boligen er sat i stand, inden patienten kommer hjem fra sin langtidsindlæggelse. Der kan også være patienter, som ikke får betalt husleje, mens de er indlagt, og som mister deres bolig, hvis ikke boligselskabet og kommunen bliver kontaktet.

### Nysgerrighed er vigtig

Socialt udsatte personer lider ofte under en kompleks sammensætning af udfordringer, som ikke bliver færre, hvis patienterne ikke får den rette behandling. Mathilde Pihl Badse bruger derfor sine foredrag til at belyse, hvordan man bedst kommunikerer med og behandler patienterne.

For eksempel kan patienter, der indlægges til afrusning, have et blandingsbrug, som de skammer sig over og ikke oplyser om, hvis de føler sig utrygge. Er man ikke opmærksom på det, risikerer man, at afrusningen eller abstinensbehandlingen går galt, fordi de behandles med den forkerte medicin, som sætter sig på de forkerte receptorer (levende cellers signalmodtagere). Det kan ende med overdoser, eller at patienten bliver abstinent og forlader en livsnødvendig behandling af fx lungebetændelse.

**”Generelt synes jeg, at der skal mere fokus på, at patienterne også kommer ind med ganske almindelige sygdomme og alvorlige livstruende lidelser som alle os andre. De lider blot under en kompleksitetsgrad og er fx afhængige af alkohol eller stoffer. De kan derfor blive lige så syge af abstinenserne som af den sygdom, de er indlagt med,” forklarer overlægen og understreger, at det er vigtigt at være nysgerrig.**

Det kan være en fordel at spørge patienterne, hvad de foretrækker i forhold til behandlingen. For der kan være patienter, som har prøvet at blive behandlet for en lignende tilstand tidligere. I de fleste



STOFF NR. 45 / SOMMER 2023



tilfælde vil det ikke være hensigtsmæssigt at udtrappe alle rusmiddelafhængigheder på en gang.

### Forsøg med GHB-behandling

Et af de stoffer, der efterhånden er ret udbredt, er stoffet GHB, hætter eller fantasy, som det kaldes på gaden. Det tages i kapsler og er voldsomt afhængighedsskabende. Stoffet virker kun i korte perioder, og stof-brugerne bliver derfor nødt til at tage det døgnet rundt for at undgå abstinenser – hvilket er meget opslidende, fordi de ikke får sovet.

I et forholdsvis nyt forsøg i Region Hovedstaden er man begyndt at bruge natriumsaltet af GHB, der hedder natriumoxybat, til afrusning af GHB-afhængige patienter. Det skyldes, at man tidligere har aftrappet patienterne på store mængder benzodiazepiner, hvilket ikke altid har været den bedste løsning.

”Patienter, der har været voldsomt tilvænnet GHB, har i nogle tilfælde skullet i respirator på grund af de store mængder benzodiazepiner, som skulle bruges til behandlingen. Det undgår man nu, ved at man kan lave en mindre invasiv behandling. Patienterne får i princippet deres eget stof. Og så trapper vi dem langsomt ud under ordnede forhold og under monitorering. Først giver vi lægemidlet hver anden time, så hver tredje time, og så trapper vi langsomt dosis ned. Det tager meget lang tid. Nogle patienter ligger her i tre uger per afrusning.”

Mathilde Pihl Badse forklarer, at man i den sidste del af GHB-afvænningen kan gå over til benzodiazepiner i et kommunalt rusmiddelcenter. De anvender ikke natriumoxybat endnu. På Bispebjerg har de dog gode erfaringer med at trappe patienterne helt ud af behandlingen, inden de udskrives.

”Der er mange patienter, som ikke vil over på benzodiazepiner, hvis de ikke har et forbrug i forvejen. De har ikke lyst til at åbne den boks.”

### Dårlige oplevelser i sundhedsvæsnen

Dagen er ved at være ovre. Vi når lige at fange sociolancen og tager et par billeder med personalet. Imens taler jeg med socialsygeplejerske Ida Skou Havaleschka. Hun er glad for, at der er blevet tilført flere ressourcer til området i form af en socialoverlæge, men hun pointerer også, at der er langt flere mennesker, som har brug for hjælp i dag end tidligere, og det presser både de ansatte og patienterne.

Mathilde Pihl Badse vurderer også, at jeg er med på en dag, hvor hun er smurt tyndt ud. Især bruger hun meget tid på de telefoner, som ringer konstant. Flere og flere patienter henvender sig direkte til hende, fordi hun kan hjælpe med at navigere i systemet.

**”Der er mange patienter, som fortæller, at de ikke føler sig mødt af sundhedssystemet. Det er min oplevelse, at de patienter så ringer her. De ved, hvem jeg og socialsygeplejerskerne er.** Nogle af dem søger også vejledning i forhold til deres symptomer. Så spørger de, om de skal henvende sig i akutmodtagelsen eller hos den psykiatriske akutmodtagelse, og så snakker vi om det eller løser problemerne over telefonen,” siger hun og konkluderer:

”De er ret gode til at ringe ind og høre, hvad vi synes.”

Funktionen som socialoverlæge i Region Hovedstaden er et nyt tiltag, som blev iværksat 1. december 2021.

I alt er der fire stillinger: to socialoverlæger på det somatiske område og to socialoverlæger i psykiatrien. Overlægerne deler regionens hospitaler imellem sig.

Opdatering: Mathilde Pihl Badse har sidenhen valgt at opsige sin stilling som socialoverlæge i Region Hovedstaden. Hun arbejder i dag som overlæge i rusmiddelbehandling og indgår som del af den samlede ledelse i socialpsykiatrien i en kommune.