

Statusnotat i forbindelse med evaluering af socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri

Udarbejdet af:

Katrine Schepelern Johansen, cand.scient.anth., ph.d.

Leder og seniorforsker, Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser, RHP og

Lektor, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

24. oktober 2023

Indhold

Forord.....	3
Resumé.....	4
Indledning.....	6
Formålet med socialsygeplejerskerne.....	6
Status på implementeringen.....	7
Notatets opbygning	7
Metode.....	9
Dataindsamling.....	9
Analyse af data	10
Metodiske forbehold.....	10
Den videre dataindsamling	11
De psykiatriske socialsygeplejerskers arbejdsopgaver	12
Data fra SP	12
Hvad fortæller socialsygeplejerskerne selv?.....	13
Andre aktiviteter.....	15
Hvilke patienter arbejder socialsygeplejerskerne med?.....	16
Tværgående temaer.....	16
Fortsatte udfordringer	18
Organisatorisk setup.....	19
Forankring i akutteams.....	19
Fanger socialsygeplejerskerne de patienter, der har brug for dem?	19
Snitflade til socialrådgiverne i psykiatrien.....	20
Sårbarhed i funktionen.....	21
Samarbejde med kollegaer.....	22
Samarbejde med eksterne parter	24
Socialsygeplejersken som brobygger ind i psykiatrien.....	24
Sammenligning til somatikken	24
'Det skal nok komme'	25
Patientperspektiv på socialsygeplejerskefunktionen	26
Afrunding.....	28

Forord

Tak til de otte patienter, der har delt deres erfaringer med socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien.

Tak til socialsygeplejerskerne i Region Hovedstadens Psykiatri, der har taget mig med i deres arbejde, delt deres overvejelser og beslutninger med mig i samtaler og interviews, og formidlet kontakt til patienter, kollegaer og eksterne samarbejdspartnere.

Tak til de kollegaer og eksterne samarbejdspartnere, der har sagt ja til og har sat tid af til at dele deres erfaringer med socialsygeplejerskefunktionen.

En særlig tak til fagligt koordinerende socialsygeplejerske Anne Semberlund, der har stået for at gennemføre interview med patienterne. Jeg er meget glad for, at du har haft mulighed for at prioritere dette og dermed sikret, at patienterne har fået en direkte stemme ind i statusnotatet.

Katrine Schepelern Johansen, Roskilde d. 24. oktober 2023

Resumé

Dette statusnotat er en del af evalueringen af socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). Det beskriver, hvordan socialsygeplejerskefunktionen ser ud efter at have været i gang i ca. 1½ år. Det baserer sig på en række data, der er indsamlet i løbet af 2023: Data fra Sundhedsplatformen (SP), observationer af socialsygeplejerskernes arbejde, interview med socialsygeplejerskerne (n=9), interview med kollegaer (n=6), interview med samarbejdspartnere (n=7) + et gruppeinterview hos en samarbejdspartner (n=8) og interview med patienter (n=8).

Data fra SP viser, at socialsygeplejerskerne i perioden fra og med august 2022 til og med september 2023 har skrevet notater om i alt 591 unikke patienter. Det er vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle stillinger har været besat i perioden, og at der er foregået en del udskiftninger blandt socialsygeplejerskerne i perioden. Data fra både SP og interview viser, at socialsygeplejerskerne arbejder med både unge og voksne patienter, og at knap halvdelen af aktionsdiagnoserne falder inden for rusmiddelområdet. Andre karakteristika ved patienterne er en høj grad af kompleksitet i deres sociale situation og usammenhængende patientforløb.

Socialsygeplejerskernes primære arbejdsopgaver er: tilsyn, sparring (herunder undervisning) og opfølgning på patientforløb. Derudover er socialsygeplejerskerne blevet involveret i arbejdet med at reducere genindlæggelser og i forskellige formaliserede samarbejds møder. Og de bruger tid på egen kompetenceudvikling. Indtil nu fortæller socialsygeplejerskerne, at de ikke har brugt så meget tid på undervisning, men har arbejdet med at vise deres værd i de konkrete patientforløb. Nogle af de områder, hvor socialsygeplejerskerne selv beretter, at de gør en forskel, er i forhold til kommunikation, interesse og respekt for patienterne, de-stigmatisering, agency på patienternes vegne, viden om rusmidler, afhængighed, problematisk brug og abstinenser, netværk, bringe systemerne sammen og som en person man kan kontakte inde i psykiatrien.

Organisatorisk er socialsygeplejerskerne placeret som en del af psykiatriens akutteam og socialsygeplejerskerne giver udtryk for, at denne placering fungerer godt. Socialsygeplejerskerne arbejder bredt – primært i forhold til akutmodtagelse, akutte modtageafsnit og øvrige sengeafsnit, og har derudover også kontakt med ambulante patienter, hvis der er brug for dette. I forhold til samarbejdet med socialrådgiverne i psykiatrien beskrives dette samarbejde som overvejende velfungerende.

De kollegaer fra psykiatrien, der er blevet interviewet og observeret, beretter om samarbejdet med socialsygeplejerskerne som velfungerende og respektfuldt. Der er en oplevelse af, at psykiatrien med socialsygeplejerskerne kan hjælpe nogle patienter, som man tidligere risikerede at tabe på gulvet. Der er også en stor efterspørgsel efter socialsygeplejerskernes faglige viden. Nogle kollegaer giver dog også udtryk for en usikkerhed i forhold til socialsygeplejerskernes målgruppe og funktion, herunder arbejdsopgaver.

De eksterne parter, der er blevet interviewet, beskriver psykiatrien som et lukket system og alle har haft forventninger om, at socialsygeplejerskerne ville betyde, at det ville blive nemmere at samarbejde med psykiatrien. For nogle er det også sket – andre beskriver, at de ikke rigtig har kontakt med socialsygeplejerskerne. Der er generelt en sammenligning med socialsygeplejerskerne i somatikken, selv om man godt ved, at de har været i gang en del længere, og en oplevelse af, at socialsygeplejerskerne i psykiatrien er mere forsigtige i forhold til at udfordre deres eget system.

Flertallet af de interviewede patienter har været meget glade for deres forløb med socialsygeplejerskerne – nogle beskriver socialsygeplejerskerne som fuldstændig afgørende for, at de er blevet hjulpet. Nogle af de

temaer, som patienterne peger på, er: praktisk hjælp, forståelse, viden om tilbud, håb, relation, at skabe en oplevelse af et sammenhængende forløb, færre fordomme om rusmidler og tid.

Afslutningsvis konkluderer jeg, at socialsygeplejerskerne i psykiatrien betyder, at en mindre gruppe socialt udsatte patienter får et bedre og mere individuelt tilpasset forløb, end de ellers ville have fået.

Nogle af de områder, hvor der er brug for fortsat udviklingsarbejde, er udbredelse af kendskab til målgruppe og funktion, primært hos kollegaer og eksterne samarbejdspartnere. Det er også vigtigt, at socialsygeplejerskerne fortsat har mulighed for at deltage i kompetenceudvikling og konferencer for at kunne fungere som ressourcepersoner og sparringspartnere.

Indledning

Socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri blev politisk besluttet med økonomiaftalen for 2021. Herefter fulgte et arbejde med at beskrive funktionen, som blev gennemført i efteråret 2021 og de første socialsygeplejersker i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) blev ansat i foråret 2022. I slutningen af 2022 blev der givet tilladelse fra koordinationsgruppen for det psykiatriske akutområde i RHP til, at jeg gennemførte en evaluering af funktionen. Det blev aftalt, at der blev lavet et statusnotat for evalueringen i 2023 inden den endelige evalueringsrapport, der skal laves med udgangen af 2024. Nærværende dokument er det aftalte statusnotat.

Formålet med evalueringen er en nærmere beskrivelse af:

1. Hvordan funktionen praktiseres i Region Hovedstadens Psykiatri, hvordan målgruppen i praksis ser ud og hvilke arbejdsopgaver socialsygeplejerskerne udfører
2. Hvordan og hvilket omfang at socialsygeplejerskefunktionen er lykkedes i forhold til de målsætninger, der er beskrevet i den oprindelige model for socialsygeplejerskerne samt senere tilpasninger (se nedenfor om formålet med socialsygeplejerskerne)
3. Hvilke problemområder, der fortsat skaber udfordringer i arbejdet med socialt udsatte patienter i psykiatrien
4. Hvordan nøglefænomener i indsatser i forhold til socialt udsatte patienter kan praktiseres i en psykiatrisk kontekst

Statusnotatet giver en foreløbig status pr. medio oktober 2023 og har primært fokus på det første punkt. Ved udgangen af 2024 vil der blive udarbejdet en mere omfattende evalueringsrapport.

Der er tre målgrupper for statusnotatet. Det er dels skrevet til Region Hs Social- og Psykiatriudvalgt og dels til RHPs koordinationsgruppen for det psykiatriske akutområde for at give en beskrivelse af, hvordan socialsygeplejerskefunktionen er kommet til at se ud i psykiatrien og give en status på implementeringen. Og så er det skrevet som en tilbagemelding til socialsygeplejerskerne selv som input til deres fortsatte arbejde med at udvikle og konsolidere socialsygeplejerskefunktionen.

I næste afsnit (Metode) beskrives, hvilke data der er medtaget i statusnotatet, og som beskrivelsen af socialsygeplejerskefunktionen er baseret på. Det har undervejs i arbejdet med evalueringen været nødvendigt at justere på det oprindeligt foreslåede evalueringsdesign, primært fordi jeg blev inddraget i en række opgaver i forbindelse med det nye regionale dobbeltdiagnosetilbud. Dele af den dataindsamling, der var planlagt til foråret 2023, er derfor blevet skubbet til efteråret 2023 (interviews og spørgeskema om patienttilfredshed). Og dele af den dataindsamling, der var tænkt at skulle gennemføres af to omgange både i 2023 og 2024 vil kun blive gennemført en gang (systematisk registrering af sparringsopgaver). Til gengæld har det været muligt at prioritere interviews med patienterne.

Det skal også nævnes, at socialoverlægerne i psykiatrien ikke indgår i denne evaluering.

Formålet med socialsygeplejerskerne

Overordnet set er formålet med socialsygeplejersker i Region Hovedstadens Psykiatri at styrke patientforløbene for socialt udsatte mennesker, der kommer i kontakt med psykiatrien. Der skal bl.a. være fokus på den gode modtagelse og en grundig udredning af evt. rusmiddelproblemer, på indlæggelsen og relevante behandlingsmæssige tiltag her, og på den gode udskrivelse, herunder etablering af samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Dette vil muliggøre en bedre indsats med en større forståelse for de socialt udsattes patienters komplekse situation og med større kompetencer i forhold til social udsathed,

herunder problemer med rusmidler. Udover det patientnære arbejde har socialsygeplejersker også en funktion i forhold til overordnet rådgivning og vejledning i forhold til den socialt udsatte patient, og i forhold til kompetenceudvikling. Socialsygeplejerskerne har fokus på to grupper af patienter, 1) Socialt udsatte patienter, dvs. patienter der udover den psykiske lidelse også har flere og komplekse sociale problemer som f.eks. hjemløshed, problemer med rusmidler og/eller kriminalitet. 2) Unge med ko-morbide rusmiddelproblemer, eller personer der er i risiko for at ryge ud af arbejdsmarkedet, hvor fokus er på forebyggelse af social deroute.

Status på implementeringen

Pr 1. oktober 2023 er alle 10,5 socialsygeplejerskestillinger besat. Det er første gang siden opstart, at det er tilfældet. Ud over at det har taget tid at rekruttere socialsygeplejersker til stillingerne, har der også været en vis udskiftning blandt socialsygeplejerskerne. Der har således været udskiftninger på begge stillinger på PC Nordsjælland og på PC København og på en stilling på PC Glostrup.

Socialsygeplejerskerne mødes fysisk én dag én gang om måneden, hvor også den fagligt koordinerende socialsygeplejerske for psykiatrien deltager. Formålet med disse møder er fælles metodeudvikling, sikre en højere grad af ensartethed på tværs af funktionen på de seks centre, mulighed for sparring og håndtering af svære cases m.m. Socialoverlægerne i psykiatrien deltager også på disse dage. Derudover er den fagligt koordinerende socialsygeplejerske fra forsommeren 2023 begyndt at have faste dage hver måned, hvor vedkommende følges rundt med socialsygeplejerskerne på de fem akutcentre. På PC Bornholm gives der individuel sparring på Teams hver 3. uge. Derudover har socialsygeplejerskerne altid mulighed for at tage fat i den fagligt koordinerende socialsygeplejerske.

Nogle af de temaer, der har været arbejdet med blandt socialsygeplejerskerne frem til nuværende tidspunkt, har været:

- Præcisering af målgruppe
- Præcisering af kerneopgaver
- Arbejde med at udvikle en fælles faglig ramme for socialsygeplejerskerne og socialoverlægerne i psykiatrien
- Samarbejde med kollegaer, herunder snitflader med socialrådgivere
- Samarbejde med socialoverlæger
- Ensartethed omkring dokumentationspraksis
- Besøg af eller besøg hos eksterne samarbejdspartnere i forhold til orientering om funktion og drøftelse af fremtidigt samarbejde

Fremadrettet er det planen, at der i implementeringsarbejdet bl.a. skal sættes yderligere fokus på rusmiddeludredning og abstinens- og substitutionsbehandling, den skadesreducerende tilgang, en højere grad af ensartethed på tværs af centrene, samt en styrkelse af det eksterne samarbejde med relevante aktører.

Notatets opbygning

Efter dette indledende afsnit følger et afsnit, hvor det beskrives, hvordan der er lavet dataindsamling og hvordan data er blevet bearbejdet. Derefter følger et afsnit, hvor der er fokus på socialsygeplejerskernes arbejde og i næste afsnit kigges der nærmere på den organisatoriske placering i akutteams, som man valgte til socialsygeplejerskerne.

Næste afsnit beskriver, hvordan nogle af de nærmeste kollegaer oplever samarbejdet med socialsygeplejerskerne. Derefter kommer et afsnit med fokus på nogle af de eksterne samarbejdspartnere og så følger et afsnit omkring otte patienters syn på funktionen.

Statusnotatet afrundes med et afsnit, hvor samles op på notatets fund.

Metode

I dette afsnit beskriver jeg kort, hvilke data der indgår i evalueringen, samt hvordan de er analyseret. Derefter følger et afsnit, der præsenterer de forbehold, som evalueringen skal læses med. Afsluttende beskrives det kort, hvilken dataindsamling, der fortsat er i gang og dermed vil indgå i den afsluttende evalueringsrapport, der skal udarbejdes med udgangen af 2024.

Dataindsamling

Med hjælp fra målstyringsafdelingen i RHP har vi indsamlet lidt data fra Sundhedsplatformen (SP), hvor socialsygeplejerskerne skriver notater om de patienter, som de har direkte kontakt med. På baggrund af koden for de notater, som socialsygeplejerskerne bruger – 'BVAA8, Samtale med patient om sociale forhold' og 'APBA08, Socialsygeplejerske' – kan vi se, hvor mange unikke patienter, som socialsygeplejerskerne har haft direkte kontakt med i perioden august 2022 til og med september 2023. Vi har også kigget på, hvilke aktionsdiagnoser, som patienterne har haft og hvor gamle patienterne er. Vi har valgt kun at kigge på det samlede antal kontakter og ikke bryde det ned på f.eks. centre.

For at få en fornemmelse af socialsygeplejerskernes arbejde har jeg været på besøg på de fem akutcentre, der har socialsygeplejersker (dvs. PC Bornholm er ikke blevet besøgt) og fulgt socialsygeplejerskernes arbejde et par dage. Jeg besøgte PC Nordsjælland, PC Ballerup, PC København og PC Amager i foråret og PC Glostrup her i sensommeren. Besøgene har også betydet en mulighed for at tale med socialsygeplejerskerne om deres arbejde, samt at se og høre deres kollegaers respons på og dialog med socialsygeplejerskerne. I forbindelse med besøgene er der blevet taget udførlige feltnoter.

Besøgene er her i efteråret blevet suppleret af interview med socialsygeplejerskerne. Der er blevet interviewet 9 af de 11 socialsygeplejersker, samt en socialsygeplejerske, der er stoppet i funktionen. Derudover er den fagligt koordinerende socialsygeplejerske i psykiatrien blevet interviewet.

Derudover er der blevet interviewet 6 kollegaer, og der er aftalt yderligere interview med 4 kollegaer, hvor aftalerne ligger efter deadline på dette statusnotat. De 6 kollegaer er 3 socialrådgivere, 1 læge og 1 sygeplejerske og de 4 planlagte interviews er med 2 læger og 2 sygeplejersker.

Og der er blevet interviewet eksterne samarbejdspartnere. Der er blevet interviewet 7 i enkelte interview og 8 i et gruppeinterview, og der er blevet aftalt yderligere 3 interviews, hvor aftalerne ligger efter deadline på dette statusnotat. Af de eksterne samarbejdspartnere er 3 interviews med socialsygeplejersker i somatikken, 1 interview + gruppeinterviewet er med rusmiddelbehandling og 3 interviews er med forskellige lavtærskel-tilbud til socialt udsatte. De 3 planlagte interviews er med medarbejdere fra sociolancen.

Endelig er der også her i efteråret blevet interviewet 8 patienter, som har været i kontakt med socialsygeplejerskerne på forskellig vis. Disse interview er blevet gennemført af den fagligt koordinerende socialsygeplejerske Anne Semberlund.

Alle interviews har været semistrukturerede interviews, hvor der er benyttet en spørgeguide for at sikre, at de relevante temaer er blevet dækket. De fleste interviews har taget mellem 30 og 60 minutter. Alle interview er blevet optaget på diktafon og er efterfølgende gennemlyttet. De fleste interviews er blevet gennemført med fysisk fremmøde, nogle få er gennemført på Teams eller over telefonen.

Særligt for interviewene med kollegaer, samarbejdspartnere og patienter gælder det, at der ikke er tale om repræsentativt udvalgte informanter. For kollegaer og samarbejdspartnere gælder det, at de primært er udvalgt ud fra et kriterie om at have noget vigtigt at bidrage med til belysning af

socialsygeplejerskefunktionen. For patienterne gælder, at de er udvalgt af de socialsygeplejersker, som de havde kontakt med, ud fra en vurdering om, at de kunne overskue at deltage i et interview med en ikke i forvejen kendt person. Det betyder, at data fortæller os noget om, hvordan socialsygeplejerskefunktionen opleves af forskellige aktører, men at der kan være andre perspektiver, som nærværende notat ikke har fået med.

Analyse af data

Når man bruger observationsdata og interviewdata rejser det altid spørgsmålet om, hvordan man udvælger de data, som medtages? Ud af de lange feltnoter og de mange interviews – hvordan er så det udvalgt, som er kommet med i dette notat?

Det, der har været styrende for analysen af data i forbindelse med dette statusnotat, har været de punkter, der er præsenteret under formål med evalueringen. Dvs. at det data som trækkes frem i dette notat, er data, der kan sige noget om 1) funktion, målgruppe og arbejdsopgaver, 2) hvordan dette ser ud i forhold til den oprindelige model, 3) hvilke problemområder der fortsat skaber udfordringer og 4) hvordan nøglefænomener i forhold til social udsatte patienter kan praktiseres?

Dertil kommer, at der lægges vægt på de perspektiver, der er gennemgående blandt flere informanter og på tværs af de forskellige informantgrupper, samt på det materiale, der kan bidrage til at belyse særlige fokusområder, f.eks. fordele og ulemper ved den valgte organisering eller samarbejdet med socialrådgiverne.

Der er foretaget en validering af data ved at sammenligne input fra de forskellige datakilder – data fra SP, data fra observationer og data fra de forskellige interviews.

Metodiske forbehold

Hovedparten af de kollegaer og eksterne samarbejdspartnere, som indgår i evalueringen, er nogen som socialsygeplejerskerne selv har foreslået, at jeg kontaktede. Det betyder, at de har haft mulighed for at pege på nogen, som vil fortælle en positiv historie. De efterfølgende afsnit skal selvfølgelig læses med det forbehold. Når jeg har valgt at bruge denne metode til at identificere hovedparten af informanterne, så skyldes det, at det har været vigtigt at få talt med nogen, som havde konkrete erfaringer med socialsygeplejerskerne og den måde, som de konkret arbejder på i RHP. Og det skal også nævnes, at nogle af de mere kritiske perspektiver, som fremgår af notatet, også kommer fra nogle af de informanter, som socialsygeplejerskerne selv har peget på.

Et andet forbehold er, at de 8 patientinterview, som er med i evalueringen, er gennemført af fagligt koordinerende socialsygeplejerske i psykiatrien, Anne Semberlund. Anne er jo ikke en neutral evaluator, der kommer udefra, men er tværtimod en hel central aktør i forhold til socialsygeplejerskefunktionen. Patientinterviewene skal selvfølgelig læses med dette forbehold. Når vi har valgt, at det gav mening, at Anne lavede interviewene alligevel, så skyldes det følgende forhold: Dels er Anne en erfaren sygeplejerske, der har arbejdet med de mest udsatte patienter i både psykiatri og somatik i en årrække. Der er således ikke tvivl om, at Anne har kunnet gennemføre interviewene etisk forsvarligt i forhold til patienterne. Dels har Anne et meget tæt kendskab til socialsygeplejerskefunktionen og ved derfor også, hvad hun skal spørge patienterne om for at få funktionen belyst. Og dels har Anne haft mulighed for at prioritere at lave interviewene, når patienterne kunne – en mulighed, som jeg ikke har haft på samme måde. Anne har fulgt en interviewguide, som vi har udarbejdet i fællesskab, og alle interviews er blevet optaget.

Et tredje forbehold er min egen interesse for, kendskab til og engagement i socialsygeplejerskefunktionen. Da socialsygeplejerskefunktionen første gang blev prøvet af i psykiatrien tilbage i 2010-2012, lavede jeg et

større forskningsprojekt i samme organisation (dog med et andet fokus) og fulgte derfor projektet og dets udfordringer med stor interesse. Jeg sparrede også lidt med projektlederen, Nina Brünés, engang imellem. Nina og jeg har efterfølgende flere gange diskuteret muligheden for at prøve funktionen af i psykiatrien igen og hvilke justeringer, der med fordel kunne laves. Derudover har jeg haft plads i Region Hs Udsatteråd siden dets etablering i 2019 og var dermed også medlem af rådet, da det i 2020 foreslog Regionsrådet, at der skulle etableres socialsygeplejersker i psykiatrien og socialoverlæger i både psykiatri og somatik. Jeg har, som leder af Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser, også siddet med i den arbejdsgruppe, der har lavet funktionsbeskrivelsen for socialsygeplejerskerne i psykiatrien.

Har jeg så en særlig interesse i at vise, at socialsygeplejersker i psykiatrien er en god ide, der vil farve de resultater, som jeg her præsenterer? Det har jeg nok. Jeg vil dog selv lægge vægten lidt anderledes, og formulere det som, at jeg har en meget langvarig nysgerrighed i forhold til at forstå, hvad socialsygeplejerskefunktionen kan og ikke kan i en psykiatrisk kontekst sammenlignet med funktionen i somatikken, samt hvad vi kan lære om psykiatriens forståelse af socialt udsatte ved at studere socialsygeplejersker i psykiatrien. Jeg mener også, at mit store kendskab til psykiatrien er en fordel i netop dette evalueringsarbejde, da beskrivelsen af, hvad socialsygeplejerskefunktionen kan og ikke kan i en psykiatrisk kontekst kræver en dyb forståelse af, hvordan psykiatrien som system fungerer.

Mit engagement med området og funktionen stiller selvfølgelig krav til en høj grad af gennemsigtighed i mit evalueringsarbejde. Ovenstående metodebeskrivelse og beskrivelse af forbehold er et forsøg på at skabe en sådan gennemsigtighed.

Den videre dataindsamling

Noget af det, som udestår i dataindsamlingsarbejdet, er en systematisk registrering af patienttilfredshed blandt de patienter, som socialsygeplejerskerne har kontakt med. Her er udviklet et lille spørgeskema i REDCap, som socialsygeplejerskerne nemt kan tilgå fra deres telefon, og hvor det planlægges at lave registreringer over et par måneder i slutningen af 2023 og igen i anden halvdel af 2024. Et andet punkt, der udestår, er registrering af de sparringsaktiviteter, som socialsygeplejerskerne indgår i med deres kollegaer, men som ikke leder til, at socialsygeplejerskerne skriver et notat i SP. Det viste sig under feltarbejdet, at der var forholdsvis lidt af den slags aktiviteter på det tidspunkt, så det er blevet udskudt til 2024, hvor der måske vil være flere aktiviteter at registrere.

Dertil kommer, at en stor del af den nuværende dataindsamling vil blive gentaget i anden halvdel af 2024 og vil indgå i den afsluttende evalueringsrapport.

I det oprindelige evalueringsdesign er det foreslået, at det også skal undersøges, om socialsygeplejerskerne har haft betydning for udøvelsen af tvang i forhold til socialt udsatte patienter. Det har efterfølgende vist sig, at socialsygeplejerskerne på de fleste centre er blevet inddraget i arbejdet med at nedbringe genindlæggelser hos de patienter, der har flest genindlæggelser, og det er muligt, at vi i stedet vil kigge nærmere på dette område.

De psykiatriske socialsygeplejerskers arbejdsopgaver

Dette afsnit (sammen med det efterfølgende afsnit om organisering) har fokus på at belyse, hvordan socialsygeplejerskefunktionen praktiseres i Region Hovedstadens Psykiatri, hvordan målgruppen i praksis ser ud og hvilke arbejdsopgaver socialsygeplejerskerne udfører (formål 1).

Data fra SP

Målstyringsteamet har hjulpet os med at trække nogle data ud af SP. Ved at bruge de to koder, der er oprettet til socialsygeplejerskerne: 'BVAA8, Samtale med patient om sociale forhold' og 'APBA08, Socialsygeplejerske' har vi kunnet identificere de patienter, som socialsygeplejerskerne har haft kontakt med. Vi har valgt perioden august 2022 til og med september 2023. For de patienter, som vi har identificeret, har vi fået oplysninger om alder og om patienternes aktionsdiagnose.

Det skal understreges, at disse data ikke giver et samlet billede af socialsygeplejerskernes patientrettede aktiviteter. Patienter, som socialsygeplejerskerne har givet sparring til kollegaer om, vil ikke fremgå af denne opgørelse. Dertil kommer selvfølgelig undervisning, samarbejds møder m.m. Det er også vigtigt at huske på, at alle stillinger ikke har været besat i den undersøgte periode, at perioden for næsten alle socialsygeplejerskerne dækker over en opstarts- og indkøringsperiode, samt at der fra start ikke har været ensartet dokumentationspraksis.

Socialsygeplejerskerne har i perioden august 2022 til og med september 2023 brugt koderne i forhold til i alt 591 unikke patienter. Nedenfor ses en fordeling i forhold til alder på disse patienter.

Tabel 1. Fordeling på alder.

Alderskategori	Antal
18-30 år	171
31-60 år	348
60+ år	73

En patient kan tælle med i flere alderskategorier, hvis patienten skifter aldersgruppe i perioden og har fået registreret procedurekoderne både før og efter. Dette er tilfældet for en patient i datasættet.

Vi har også undersøgt, hvilke aktionsdiagnoser inden for de psykiatriske hovedgrupper, som patienterne har haft. At der er tale om en aktionsdiagnose betyder, at det er den problemstilling, som personalet i psykiatrien vurderer, er baggrund for henvendelsen. I tabel 2 indgår 528 aktionsdiagnoser. At antallet er lavere end det unikke antal patienter skyldes, at vi kun har kigget på de psykiatriske diagnoser (diagnoserne i F-kapitlet i ICD-10 – se oversigt nedenfor). På nogle kontakter kan der godt være registreret andre diagnosekoder (f.eks. fra Z-kapitlet i ICD-10). Dertil kommer, at der er tale om diagnoser – ikke patienter. Dvs. at enkelte patienter kan godt optræde flere gange, hvis der er registreret forskellige aktionsdiagnoser på forskellige kontakter.

Tabel 2. Aktionsdiagnoser

Diagnosegruppe	Antal
F00-09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser	3
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	269

F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	79
F30-39 Affektive sindslidelser	43
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	57
F50-59 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	2
F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	22
F70-79 Mental retardering (åndsvaghed)	2
F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser	6
F90-99 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescence [herunder ADHD]	45

I optællingen er kun medtaget aktionsdiagnoser i DF-gruppen. Det er taget udgangspunkt i den seneste registrerede aktionsdiagnose på kontakten.

Når en patient registreres med en rusmiddeldiagnose (F10-19), kan vedkommende også godt lide af en anden psykisk lidelse – f.eks. depression eller personlighedsforstyrrelse. Ligeledes gælder, at patienter med f.eks. en skizofrenidiagnose som aktionsdiagnose, også godt kan have et problem med f.eks. cannabis, men hvor det ikke er vurderet, at det er cannabisbruget, der er den primære årsag til henvendelsen.

Vi kan af tallene se, at cirka halvdelen af diagnoserne (n=269) er rusmiddelrelateret. Herefter følger skizofreniområdet (n=79), angst (n=57), ADHD (n=45) og de affektive lidelser (n=43). Ifølge socialsygeplejerskerne er der en del af dem, som de har kontakt med, patienter der kommer ind til en alkoholafrusning. Men derudover ser vi også, at socialsygeplejerskerne er i kontakt med patienter med en række andre aktionsdiagnoser. Dette indikerer, at socialsygeplejerskernes målgruppe er bredere end bare rusmidler – dvs. at de sociale problemer, som socialsygeplejerskerne er inde over, ikke kun handler om rusmidler.

Hvad fortæller socialsygeplejerskerne selv?

Som beskrevet indledningsvis har socialsygeplejerskerne siden deres etablering blandt andet arbejdet med en præcisering af deres kerneopgaver. De er nu blevet defineret som 1) Tilsyn, 2) Faglig sparring (herunder undervisning) og 3) Opfølgning på patientforløb. Det er også disse opgaver, som socialsygeplejerskerne i interview selv nævner, og som fylder i deres daglige arbejde.

Ad. 1) Tilsyn. Tilsyn er, når en socialsygeplejerske identificerer en patient, der kan have brug for en socialsygeplejerske og tager kontakt med denne patient. Tilsyn kan komme i stand på forskellig vis. Det kan f.eks. være, når en socialsygeplejerske er med til en morgengennemgang på et sengeafsnit, og personalet og socialsygeplejersken bliver enige om, at socialsygeplejersken skal tage en samtale med patienten – f.eks. om hvilke rusmidler patienten plejer at tage, og om noget af den uro, som personalet observerer, kan skyldes abstinenssymptomer. Det kan være når en kollega stikker hovedet ind forbi socialsygeplejerskens kontor og spørger, om socialsygeplejersken har mulighed for at tage en snak med patienten – f.eks. om hvilke muligheder for rusmiddelbehandling, der findes, der hvor patienten bor. Det kan være, når en socialsygeplejerske får en mail fra en kollega eller en bestilling af et tilsyn gennem SP, hvor kollegaen f.eks. spørger om socialsygeplejersken vil tage en snak med patienten om, hvilke aktiviteter som patienten kan prøve at opsøge, når vedkommende bliver udskrevet, så dagene ikke bliver så lange, og at risikoen for at

begynde at drikke øl med vennerne nede på bænken igen stiger. Det kan være, når socialsygeplejersken selv kigger listen over det seneste døgns indlæggelser igennem og der ser, at en patient, som vedkommende tidligere har haft et forløb med, er blevet indlagt igen. Eller det kan være når socialsygeplejersken bliver kontaktet af en ekstern samarbejdspartner – f.eks. et lavtærskel tilbud for stofbrugere – der kan fortælle, at en af deres brugere blev indlagt i går, og om socialsygeplejersken har mulighed for at tjekke op på vedkommende, herunder om der er blevet iværksat adækvat substitutionsbehandling.

Nogle socialsygeplejersker nævner, at de ikke synes, at strukturen omkring bestilling af tilsyn er helt systematisk nok. Andre oplever, at det fungerer fint.

Tilsyn er en hel central opgave for socialsygeplejerskerne, og en opgave som de bruger en væsentlig del af deres tid på. Det er blandt andet i forbindelse med tilsyn, at socialsygeplejersken lærer patienten bedre at kende og har mulighed for at få afdækket, hvad det er for nogle problemer, som patienten har brug for hjælp til at få håndteret. Det er også i den forbindelse, at socialsygeplejerskerne kan forebygge misforståelser eller konflikter mellem patienter og personale på sengeafsnittene ved at fungere som videns- eller ressourcepersoner eller som brobygger/oversætter mellem patient og personale.

Flere af socialsygeplejerskerne beskriver, at den bedste måde at vise det øvrige personale, hvad man kan bruge en socialsygeplejerske til, er ved at gøre en forskel i konkrete patientforløb.

Ad. 2) Faglig sparring, herunder undervisning. Nogle gange kan socialsygeplejerskens tilsyn også lede til faglig sparring med kollegaerne. F.eks. når socialsygeplejersken deler sine observationer vedr. patientens abstinenssymptomer med vedkommende kontaktperson. Andre situationer, hvor der foregår faglig sparring er, når patienten præsenteres på en morgenkonference eller en morgengennemgang og socialsygeplejersken fortæller, hvad vedkommende ved om patienten. Eller kan henvise til den plan, der er lagt på et netværksmøde omkring patienten for nogle uger siden.

Den faglige sparring vil ofte være i forbindelse med komplekse patienter, hvor der f.eks. er tale om patienter med længere forløb, forløb på tværs af psykiatri og somatik, patienter med mange andre aktører involveret osv. Socialsygeplejersken vil der både fungere som en vidensperson med kendskab til de andre tilbud, der findes rundt om patienten og som en slags kollektiv hukommelse, der kan huske, hvad der er blevet truffet af specifikke aftaler om rundt om disse komplekse patienter.

Socialsygeplejerskerne står også til rådighed for undervisning af deres kollegaer. Det kan f.eks. være på personalemøder om f.eks. funktion, kommunale tilbud til socialt udsatte eller substitutionsbehandling. Socialsygeplejerskerne fortæller dog, at det er begrænset, hvor meget af deres tid, som de indtil videre har brugt på dette. Det skyldes blandt andet en forsigtighed i forhold til at fremstå bedrevide. Noget af den faglige sparring, f.eks. i forhold til, hvordan man går ind og vejleder om abstinensscoring og substitutionsbehandling, mangler nok fortsat at finde sin form. Flere socialsygeplejersker nævner dog også, at de faktisk synes, at deres kollegaer allerede ved meget, når det kommer til rusmidler.

Socialsygeplejerskerne har typisk valgt en strategi, hvor de gerne stiller sig til rådighed, hvis de bliver spurgt, men i mindre grad selv peger på undervisningsbehov.

Ad. 3) Opfølgning på et patientforløb opleves også som en helt central opgave for socialsygeplejerskerne. En central brobygningsopgave er brobygning ud til den kommunale rusmiddelbehandling. Det kan indebære at tale med patienten om muligheden og måske prøve at overtale patienten til at give det et forsøg, det kan være at formidle kontakten ved f.eks. at ringe og aftale en tid sammen med patienten, det kan være at minde patienten om at vedkommende har en aftale ved f.eks. at ringe til dem dagen inden, det

kan i nogle tilfælde være at følge patienten (dette er særligt i tilfælde, hvor erfaringen er, at patienten ellers ikke møder frem), og det kan være at følge op på om patienten mødte frem til sin aftale.

For andre patienter kan opfølgningen være at fungere som en slags tovholder i en periode, hvor der ellers ikke er nogen kontakt. Hvis en patient f.eks. er blevet henvist til afdeling M (specialafdeling for dobbeltdiagnosepatienter), men først kan få en plads om nogle uger, kan socialsygeplejersken vælge at holde en telefonisk kontakt til patienten for at holde vedkommende fast på aftalen. Eller hvis en patient har været forbi den psykiatriske akutmodtagelse flere gange, og ikke er blevet indlagt men er henvist til udredning hos akutteamets psykiater – hvis patienten er i socialsygeplejerskens målgruppe kan socialsygeplejersken vælge at holde en kontakt for at sikre at patienten fremmøder til aftalerne.

For andre patienter kan der være tale om en slags brobygning ind i akutmodtagelsen. Når f.eks. socialsygeplejersken bliver kontaktet af en socialsygeplejerske i somatikken, fordi de har en patient, der skal vurderes psykiatrisk. Der vil den psykiatriske socialsygeplejerske fungere som modtager og videreformidler af den information, som den eksterne samarbejdspartner har, og socialsygeplejersken vil forsøge at sikre, at denne information bliver taget med i den vurdering, der foregår i akutmodtagelsen. Nogen formulerer det som at ændre informationen til argumenter for, at patienten skal tilbydes behandling i psykiatrien, eller at det handler om at få patienterne ind i huset, så de kan få lov at få noget behandling.

I forhold til meget komplekse patienter kan socialsygeplejersken også have en funktion med at få indkaldt til netværksmøder rundt om patienten (oftest i samarbejde med eller efter aftale med socialrådgiver) og på den måde få samlet de relevante aktører fra både region og kommune. Nogle gange trækker socialsygeplejerskerne også på socialoverlægen i forhold til de meget komplekse patienter. Hvis nogle af de indsatser, der bliver besluttet på netværksmødet, falder inden for socialsygeplejerskens arbejdsområde, kan vedkommende efterfølgende også løfte disse. I det hele taget fremhæves det her med at få lagt en god plan, som patienten føler sig tryk ved, som meget vigtigt.

I sjældne tilfælde kan opfølgningsopgaven også indebære, at socialsygeplejersken følger op på, om en patient får de tilbud, som vedkommende har ret til. Det kan f.eks. være at følge op på, at kommunen tilbyder relevant rusmiddelbehandling, selv om patienten har en alvorlig psykisk lidelse. I sjældne tilfælde kan dette også betyde at hjælpe patienten med at klage over en afgørelse.

Socialsygeplejerskerne beskriver, at et væsentligt element i at kunne lave opfølgning på patientforløb handler om at få etableret en relation til patienterne, hvor patienterne oplever, at socialsygeplejerskerne gerne vil hjælpe dem. Det kan handle om at hjælpe dem med konkrete forhindringer i deres forløb – f.eks. at blive afvist i rusmiddelbehandlingen, hvor socialsygeplejersken så følger op på dette og har kontakt med rusmiddelcenteret og efterspørger et andet tilbud. Nogle gange kan det også handle om noget meget lavpraktisk – som f.eks. at kunne tilbyde patienten med nogle cigaretter eller noget slik, når man kommer på besøg. I somatikken har socialsygeplejerskerne et lille budget til sådan nogle ting – kaldet 'funny money' – og nogle af de psykiatriske socialsygeplejersker efterlyser den samme mulighed og fortæller, at de nogle gange bruger deres egne penge til dette.

Generelt fremhæver socialsygeplejerskerne autonomi og fleksibilitet som afgørende i forhold til at kunne få disse patientforløb til at hænge sammen.

Andre aktiviteter

Udover disse kerneaktiviteter er der yderligere tre aktiviteter, som det er relevant at nævne i forhold til socialsygeplejerskernes arbejde.

Den ene er, at socialsygeplejerskerne på de psykiatriske centre bliver brugt i arbejdet med at reducere genindlæggelser. Det er lidt forskelligt, hvordan det foregår, men det kan f.eks. være, at man en gang om måneden gennemgår en liste over de 20 patienter, der har flest genindlæggelser. Socialsygeplejerskerne indgår her med deres viden om social udsathed i drøftelserne omkring, hvordan man bedst muligt kan hjælpe de enkelte patienter på listen. Kollegaer på centrene beskriver dette som meget meningsfuldt.

En anden aktivitet er deltagelse i mere formaliserede samarbejds møder. Det kan f.eks. være i møder med de kommunale rusmiddelcentre eller møder med socialsygeplejerskerne i somatikken. Formålet med disse møder kan både være at vende fælles patienter/borgere, og mere generelt drøfte samarbejdsform. Socialsygeplejerskerne fortæller, at disse møder er med til at give et stærkere netværk, som de kan trække på i forskellige sammenhænge.

En tredje aktivitet er fortsat opkvalificering og ajourføring af socialsygeplejerskernes kompetencer. Da socialsygeplejerskerne også skal fungere som ressourcepersoner og skal kunne varetage undervisning inden for forskellige områder, er det vigtigt, at de også har muligheden for at være fagligt ajour. Det handler både om tid i hverdagen og så handler det om ressourcer til deltagelse i kurser og konferencer. Nogle af socialsygeplejerskerne efterlyser et større fokus på faglig udvikling, når socialsygeplejerskerne løbende mødes, og beskriver at der i perioder har været meget fokus på procedure og arbejds gange.

Hvilke patienter arbejder socialsygeplejerskerne med?

Som beskrevet i indledningen har socialsygeplejerskerne overordnet set to målgrupper. En målgruppe, der handler om social udsathed og en målgruppe, hvor det handler om at forebygge social deroute hos yngre patienter eller patienter der er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet. Socialsygeplejerskerne nævner også disse to grupper i interviews, og de beskriver generelt, at de ikke er i tvivl om, hvilke patienter som de skal ind over. Socialsygeplejerskerne beskriver, at det er meget vigtigt, at de selv bestemmer, hvilke patienter de arbejder med.

Engang imellem kan socialsygeplejerskerne vælge at arbejde med en patient, som ligger på kanten af psykiatriens målgruppe. Det kan f.eks. være patienter, hvor de sociale problemer (bolig, økonomi m.m.) fremstår som patientens primære problem. Dette sker, når socialsygeplejersken vurderer, at hvis der ikke gribes ind, så vil det psykiatriske på et tidspunkt blive dominerende. Der er altså tale om en slags forebyggende, sundhedsfaglig indsats i forhold til forværring af den psykiske lidelse. Et andet eksempel på en sådan patientgruppe er patienter, hvor rusmiddelproblemerne er de dominerende, og hvor socialsygeplejerskerne gør en indsats for at få knyttet disse patienter til andre, relevante behandlingstilbud, så de ikke står alene.

Denne klarhed om målgruppen hos socialsygeplejerskerne står i modsætning til nogle af socialsygeplejerskernes kollegaer, som giver udtryk for, at de er usikre på, hvem der er i målgruppen. Andre fortæller, at socialsygeplejerskerne kun arbejder med patienter med rusmiddelproblemer. Andre igen peger på, at kompleksitet i forløbene er afgørende for, om de tænker, at det er noget, som man skal involvere socialsygeplejerskerne i.

Dette kan pege på, at der fortsat er behov for at præcisere målgruppen – nok i mindre grad inden for socialsygeplejerskegruppen, men i forhold til kollegaerne.

Tværgående temaer

I dette afsnit vil jeg samle op på de temaer, som socialsygeplejerskerne selv nævner som værende vigtige elementer i deres arbejde og tilgang, og dermed også steder, hvor de oplever at gøre en forskel. Der er tale

om en stor grad af konsensus på tværs af socialsygeplejerskerne – dvs. de deler opfattelsen af, at disse temaer beskriver deres funktion.

Kommunikation, interesse og respekt. Socialsygeplejerskerne beskriver, at noget af det, som de kan bidrage med i forhold til de socialt udsatte patienter, er en interesse og en respekt for dem, som denne patientgruppe ikke altid oplever at blive mødt med. Denne interesse og respekt gør det også nemmere at etablere en god kommunikation med patienterne, der gør det muligt f.eks. at få troværdig viden om deres rusmiddelbrug, kontakter og problemer med det kriminelle miljø m.m.

De-stigmatisering. At møde patienterne med interesse og respekt gør også, at de socialt udsatte patienter ikke oplever at blive stigmatiseret i deres møde med behandlingssystemet. Tværtimod signalerer socialsygeplejerskerne til patienterne, at de problemer, som de kommer med, er legitime problemer, og at behandlingssystemet har et ansvar for at prøve at hjælpe dem med disse problemer.

Agency. Socialsygeplejerskerne ser det som et af deres formål at sikre, at socialt udsatte patienter får samme niveau af behandling som andre patienter – dvs. at der ikke sker forskelsbehandling pga. af deres sociale problemer, herunder rusmiddelproblemer. Nogle gange betyder det, at socialsygeplejerskerne påtager sig en rolle, hvor de argumenterer for, hvorfor disse patienter skal tilbydes behandling, skal indlægges, eller skal være indlagt lidt længere tid.

Viden om rusmidler, afhængighed, problematisk brug, abstinenser. Socialsygeplejerskerne betyder også, at der er en større viden om de forskellige rusmidler, hvordan de virker, og hvilke abstinenssymptomer de giver, til rådighed for personalet, end ellers. Det er ikke nødvendigvis en unik viden – andre personalemedlemmer i psykiatrien vil også have denne viden – men det betyder, at der er flere med den viden, hvilket alt andet lige giver en større adgang til den. Den faktuelle viden gør også nogle gange, at mere personlige opfattelser, synsninger m.m. blandt personalet kommer til at fylde mindre. Et andet aspekt af at have viden om rusmidler er også, at man bliver bedre til at vurdere, hvilke problemstillinger der er knyttet til rusmidler og hvilke der ikke er. Nogle socialsygeplejersker oplever, at hvis en patient bruger rusmidler, så bliver det forklaringen på alt hos det øvrige personale.

Netværk. Socialsygeplejerskerne har ofte et stor netværk uden for psykiatrien af steder og personer, hvor socialt udsatte patienter kan få forskellige former for hjælp efter deres udskrivelse. Og det trækker de ofte på i deres arbejde. Relationen mellem socialsygeplejerskerne og disse steder gør det ofte nemmere for socialsygeplejerskerne at skabe en kontakt for patienten.

Bringe systemerne sammen. Socialsygeplejerskernes fokus på patientforløbet gør også, at de har en vigtig opgave med at få de forskellige hjælpesystemer i regioner, kommuner og civilsamfund til at arbejde sammen. For mange socialt udsatte patienter, er der i virkeligheden forholdsvis mange aktører i spil, men det er ikke altid, at der er nogen, der har opgaven med at skabe overblik og sammenhæng. Den rolle løfter socialsygeplejerskerne nogle gange.

En person man kan kontakte i psykiatrien. Flere af de eksterne aktører beskriver psykiatrien som et forholdsvis lukket system, hvor det kan være svært at finde ud af, hvem man skal kontakte. Hvis en patient bliver indlagt, kan det føles som en stor opgave at begynde at ringe rundt for at finde ud af, på hvilket sengeafsnit vedkommende er blevet indlagt. Her kan socialsygeplejersken have funktionen som den, man ringer til i psykiatrien. Nogle eksterne samarbejdspartnere oplever, at det kan være svært at få den viden, som de har om en socialt udsat patient, bragt ind i det psykiatriske behandlingssystem. Også her fungerer socialsygeplejersken som en relevant person at give denne viden til.

Fortsatte udfordringer

Når man taler med socialsygeplejerskerne og observerer deres arbejde, så får man en klar oplevelse af, at de gør en markant forskel i konkrete forløb for konkrete patienter. Men socialsygeplejerskerne peger dog også på nogle udfordringer, som de fortsat slås med. De nævner, at de jo reelt er en ekstra hjælp eller en ekstra ressource i forhold til de socialt udsatte patienter, men at de ikke altid bliver set som sådan af det øvrige personale.

En anden udfordring er en oplevelse af en meget stor forsigtighed blandt personale i psykiatrien i forhold til substitutionsbehandling ved opioidafhængighed. Socialsygeplejerskerne fortæller fortsat om patienter, der udvikler abstinenssymptomer, og dermed ikke formår at forblive indlagte selv om deres psykiske tilstand er meget dårlig. Her ønsker socialsygeplejerskerne sig, at der generelt var et højere niveau af viden, ikke mindst hos lægerne, og at man i højere grad gjorde brug af, at patienterne kan døgnovervåges, hvorfor man måske godt kunne være lidt mere liberale i brugen af substitutionsbehandling.

Socialsygeplejerskerne peger også på, at det i forhold til nogle patienter er en vurdering af, hvor linjen mellem den psykiske lidelse og de sociale problemer trækkes. Og de oplever, at linjen nogle gange trækkes forkert, når det f.eks. skal besluttet om en patient skal tilbydes indlæggelse eller skal tilbydes en fortsat indlæggelse.

Socialsygeplejerskerne peger også på, at der fortsat er en opgave foran dem i forhold til at ændre kulturen i psykiatrien bredt set, således at socialt udsatte patienter, inkl. patienter med rusmiddelproblemer, i højere grad bliver set som kernepatienter for psykiatrien.

Organisatorisk setup

Dette afsnit vil kort forholde sig til nogle af de mere organisatoriske spørgsmål i forbindelse med implementeringen af socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien.

Forankring i akutteams

Da modellen for socialsygeplejerskerne i psykiatrien blev udarbejdet, blev det besluttet, at socialsygeplejerskerne blev forankret i det, der kaldes akutteams. Akutteamet er et tilbud til patienter, der har opsøgt den psykiatriske akutmodtagelse (skadestue) og hvor der er tvivl om, hvilket tilbud vedkommende evt. skal modtage. Der er tale om kortvarige (6 uger), afklarende, ambulante forløb. Denne placering ledte til en diskussion af, om socialsygeplejerskerne primært ville komme til at fokusere på akutteamets patienter, fremfor patienter i akutmodtagelsen, på de akutte modtageafsnit og på de øvrige sengeafsnit. Og det blev diskuteret i arbejdsgruppen om det havde været mere hensigtsmæssigt at tilknytte socialsygeplejerskerne til akutmodtagelsen eller et sengeafsnit.

Da jeg lavede den første runde deltagerobservation i foråret 2023, kunne jeg observere, at der var ret stor forskel på, hvordan socialsygeplejerskernes tilknytning til akutteamet fungerede. Nogle steder var der meget lidt kontakt eller samarbejde, andre steder deltog socialsygeplejerskerne i akutteamets morgengennemgang, og et enkelt sted indgik socialsygeplejerskerne i et passe akutteamets akuttelefon. Nogle steder nævnte socialsygeplejerskerne, at de følte sig for bundet op på akutteamet i forhold til nogle af de andre enheder.

I forbindelse med interviewene i efteråret 2023 tegnede der sig dog et noget andet billede. Det var tydeligt, at der var kommet en større klarhed over, at tilknytning til akutteamet var rent organisatorisk, og at socialsygeplejerskerne ikke havde særlige opgaver at løse her. Socialsygeplejerskerne deltager nu primært i morgengennemgange og morgenkonferencer på de akutte modtageafsnit og har deres primære funktion internt på centrenes sengeafsnit. De fremhæver dog også alle sammen, at det organisatorisk giver vældig god mening, at de er tilknyttet akutteamet, fordi det gør det organisatorisk og juridisk muligt for dem at følge op på patienter efter, at de er udskrevet. Flere nævner også, at en organisatorisk forankring i f.eks. akutmodtagelsen ville have gjort det svært at bevare den autonomi, som de vurderer som helt afgørende for at kunne løse deres opgave. Var de blevet tilknyttet her, ville det have været alt for svært at sige nej til at hjælpe med at dække vagter eller andet ind.

Man kan selvfølgelig være bekymret for, om socialsygeplejerskerne kommer til at mangle/savne at høre til et sted. Det har ikke været min oplevelse i de interviews, som jeg har gennemført, men det er selvfølgelig noget, man som leder skal være opmærksom på.

Fanger socialsygeplejerskerne de patienter, der har brug for dem?

Et andet organisatorisk spørgsmål handler om, hvorvidt socialsygeplejerskerne får kendskab til de patienter, hvor det vil være relevant med en socialsygeplejerskeindsats? Dette handler både om, hvorvidt der er kendskab til dem alle de relevante steder, og om der er de nødvendige aftaler eller procedurer på plads. Når jeg her i efteråret 2023 har spurgt socialsygeplejerskerne om dette, så er deres oplevelse, at de fanger de fleste patienter. De nævner dog også, at de nogle gange bliver inddraget for sent – at de f.eks. først bliver kontaktet af et sengeafsnit, når en patient er ved at blive udskrevet til gaden. Nogle af socialsygeplejerskernes kollegaer nævner i interviews, at de vurderer, at der formentlig er flere patienter, hvor det kunne give mening, at socialsygeplejersken var inde over, end de på nuværende tidspunkt er. De tænker bl.a. på, at der nok er flere patienter, der har rusmiddelproblemer, men hvor personalet på sengeafsnittene bare ikke er opmærksomme på det.

Som beskrevet i det foregående afsnit om tilsyn, så er der mange forskellige måder, som socialsygeplejerskerne bruger til at identificere relevante patienter: Deltagelse i morgenkonferencer, deltagelse i gennemgange og behandlingskonferencer, henvendelse fra kollegaer, gennemgange af patientoversigter, henvendelser fra eksterne parter. Der er en vis variation fra center til center, hvordan man har organiseret det. Der er ikke nogen tvivl om, at et større kendskab til funktionen og en større klarhed i forhold til målgruppe vil betyde, at der vil komme flere henvendelser til socialsygeplejerskerne. Og her bliver spørgsmålet om selvvisitering selvfølgelig vigtigt, således at socialsygeplejerskerne selv har mulighed for at beslutte, hvordan de prioriterer deres tid og hvilke forløb, de går ind i.

Snitflade til socialrådgiverne i psykiatrien

Et andet område, der blev diskuteret i arbejdsgruppen, var snitfladen til socialrådgiverne i psykiatrien. Denne opmærksomhed skyldes bl.a. at det var et af de problemområder, der blev identificeret i den evaluering, der blev gennemført ved den første afprøvning af socialsygeplejersker i psykiatrien¹. Opmærksomheden skyldes også, at nogle af de opgaver, som socialsygeplejersker i somatikken løfter, allerede varetages af psykiatriens socialrådgivere. Det er således et opmærksomhedspunkt i evalueringen, hvordan samarbejdet med socialrådgiverne foregår.

Det overvejende indtryk fra observationer, samtaler og interview er, at samarbejdet foregår uproblematisk og i respekt for hinanden. Der er i mit materiale nogle få steder, hvor der er indikationer på noget konfliktfyldt. Et sted fortæller en socialsygeplejerske, at vedkommende er kommet til at overtræde den lokale samarbejdsaftale med kommunerne. Det skyldes en oplevelse af, at en kommune ikke havde stillet med det tilbud, som patienten havde krav på, og hvor socialsygeplejersken havde været lidt for ivrig i at hjælpe patienten med at få hjælp. Her havde kommunen henvendt sig til det psykiatriske centers ledende socialrådgiver, og der skulle nu afholdes et møde mellem socialrådgiverne og socialsygeplejerskerne med fokus på samarbejdsaftalen. På et andet center fortalte en socialsygeplejerske også om indkaldelsen til et samarbejds-møde mellem socialsygeplejerskerne og socialrådgiverne uden at vedkommende nærmere vidste, hvad det drejede sig om. Og så er der nogle få historier om dobbeltarbejde, hvor man ikke har fået koordineret tæt nok/lavet præcise nok aftaler mellem socialrådgiver og socialsygeplejersker i nogle konkrete patientforløb. Disse eksempler beskrives ikke som konfliktfyldte, men som eksempler på, at der er behov for et tæt samarbejde.

Ellers er det historier om velfungerende samarbejder, der fylder. På flere af centrene har det i forbindelse med at socialsygeplejerskerne startede været afholdt fælles møder, hvor man har talt om arbejdsopgaver og ansvarsområder. Der berettes om en stor respekt for hinandens fagligheder og en opmærksomhed på, hvor grænserne går. Hvis man oplever overlap i funktionerne, håndteres det helt lavpraktisk i den konkrete situation. Hvor der er tale om meget komplekse patienter, kan en model være, at der holdes en fælles samtale med patienten, hvorefter man fordeler arbejdsopgaverne mellem socialrådgiver og socialsygeplejerske.

Der fortælles om, at man i et vidst omfang kan dække ind for hinanden ved kurser og ferie, og det generelt er rart, at man er flere personer, der har et mere socialt-farvet perspektiv. En socialrådgiver nævner, at vedkommende ser det som en styrke, at socialfaglige argumenter nu bliver suppleret af socialsygeplejefaglige perspektiver – både internt i psykiatrien og i samarbejdet med de kommunale aktører. Socialsygeplejerskens mulighed for at lave udgående arbejde nævnes også som et vigtigt supplement til socialrådgiverne på sengeafsnittene, som ikke har den mulighed. Socialrådgiverne oplever

¹ Ludvigsen, K. B., & Brünés, N. (2013). *Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb*. Glostrup: KABS VIDEN.

generelt at have meget travlt og skal ind over alle patienter, og nævner det som noget meget positivt, at socialsygeplejerskerne har tid til at fokusere på de særligt socialt udsatte. En beskriver, at socialrådgivernes rolle er meget fast defineret, hvor socialsygeplejerskerne har mulighed for at tilbyde den fleksibilitet, som nogle gange er nødvendig i forhold til de socialt udsatte patienter.

Sårbarhed i funktionen

Et sidste organisatorisk område, som jeg vil nævne er, at der også er en vis sårbarhed i funktionen. Fordi socialsygeplejerskerne kun er en eller to personer, så er funktion og opgaveløsning på de enkelte centre i et vist omfang også farvet af de enkelte socialsygeplejerskers stærke og svage sider – fagligt og personligt. Det betyder også, at hvis en socialsygeplejerske er kommet lidt skævt ind på en patient eller en opgave, at så kan man ikke bare sætte en anden socialsygeplejerske i stedet. Som nævnt ovenfor mødes socialsygeplejerskerne en gang om måneden, og den fagligt koordinerende socialsygeplejerske er som også nævnt begyndt at have dage hver måned, hvor vedkommende følges rundt med socialsygeplejerskerne, og dette kan adressere noget af sårbarheden ved kun at være en eller to via sparring eller mulighed for at få nye ideer til, hvordan patienten kan hjælpes. Der er også mulighed for at trække på socialoverlægen i forhold til nogle af disse spørgsmål, hvilke socialsygeplejerskerne også beskriver at gøre i forhold til særligt komplekse forløb.

At der kun er to socialsygeplejersker på hvert center (og en halv på PC Bornholm) betyder også, at der er grænser for, hvor mange patienter, som socialsygeplejerskerne kan være inde over. På PC København, hvor der er sengepladser på 3 forskellige matrikler, har socialsygeplejerskerne primært været på Bispebjerg-matriklen, hvor akutmodtagelsen er. Her er der blandt kollegaer en bekymring om, at hvis socialsygeplejerskerne skal til at opholde sig mere på de andre matrikler, vil det betyde, at de vil være mindre på Bispebjerg. En kollega nævner, at det er meget sårbart, hvis man ikke kan regne med, at socialsygeplejerskerne er der, for så inddrager man dem måske ikke automatisk, selv om det kunne være relevant.

Som beskrevet ovenfor, så er socialsygeplejerskerne også meget afhængige af en tæt og god samarbejdsrelation med andre kollegaer på centeret, som skal henvise patienter til dem eller efterspørge deres sparring. Og generelt beskriver socialsygeplejerskerne en meget stor opmærksomhed på at træde forsigtigt og respektere grænser (som vi bl.a. så i forbindelse med undervisning).

Samarbejde med kollegaer

Som led i evalueringen har jeg også lavet interview med kollegaer til socialsygeplejerskerne og jeg har også været opmærksom på, hvordan interaktionen har været mellem socialsygeplejerskerne og deres kollegaer, når jeg har fulgtes rundt med socialsygeplejerskerne.

De kollegaer, som jeg har talt med, har alle været positive over at have fået socialsygeplejersker som kollegaer. De beskriver socialsygeplejerskernes viden om socialt udsatte som et vigtigt supplerende perspektiv, når der skal planlægges et forløb for socialt udsatte patienter. En kollega beskriver en oplevelse af, at de hver især bliver skarpere på deres egen faglighed, fordi der bliver bedre tid og plads til det, når socialsygeplejersken deltager med sit fokus på social udsathed og dermed dækker det perspektiv af.

Andre beskriver, at de oplever, at psykiatrien nu kan hjælpe nogle patienter, som tidligere blev tabt – særligt i overgangene mellem psykiatrien og andre tilbud. At det, at socialsygeplejersken har fokus på patientens forløb, giver nogle muligheder, som der ikke har været tidligere. En socialrådgiver beskriver, at tidligere ville vedkommende kun have tid til at give patienten et telefonnr. til den kommunale rusmiddelbehandling. Socialsygeplejersken har mulighed for at ringe op sammen med patienten, og følge op på om patienten rent faktisk kommer afsted til aftalen.

Andre beskriver, at netop med de socialt udsatte patienter, er det vigtigt, at der bliver lavet en relation – ellers har de for svært ved at indgå i behandlingsforløbet. Og her betyder det meget, at socialsygeplejersken har tid til at bygge relationen op, og har mulighed for at følge patienten over tid, også efter en eventuel udskrivelse – indtil patienten er blevet forankret i et andet tilbud. En kollega beskriver, at fordi socialsygeplejerskerne arbejder med patienterne på en anden måde og ikke har de daglige adfærdsmæssige udfordringer med dem, som der kan være på et sengeafsnit, så har de også lettere ved at lave en relation til de meget komplekse patienter og holde fast i optimismen i forhold til, at det giver mening at gøre en indsats for disse patienter.

Der bliver også peget på, at socialsygeplejerskerne har en meget mere omfattende viden omkring tilbud uden for psykiatrien. Det gælder, hvad der er af mulighed for rusmiddelbehandling (og hvad reglerne er – f.eks. i forbindelse med valg af behandlingssted), hvilke herberger og natcafeer m.m. der findes, hvor man kan henvende sig for at få et billigt eller gratis måltid mad, hvad der findes af muligheder for væresteder og aktiviteter m.m. Da der f.eks. er frit valg i forbindelse med ambulant alkoholbehandling, så kan det være en mulighed at sende patienten hen til et af de tilbud, hvor man også har en psykiater tilknyttet, eller hvor socialsygeplejersken har erfaring med, at tilbuddet er gode til at rumme mennesker, der også har psykiske vanskeligheder/psykiske lidelser.

En kollega fortæller, at vedkommende oplever, at socialsygeplejerskerne har givet mere arbejde – på den gode måde. At de simpelthen ser mere, som der bør arbejdes kvalificeret med, når socialsygeplejersken er med inde over et forløb, end de ellers har gjort. Ellers bliver oplevelsen primært formuleret som, at socialsygeplejersken er en meget kvalificeret sparringspartner og nogle gange aflastning i nogle komplekse forløb.

Jeg har spurgt kollegaerne om, der var noget som de gerne havde set anderledes med socialsygeplejerskerne. Her nævner nogen, at der sagtens kan være flere. Andre nævner bekymringen om, hvis de skal sprede sig ud over for mange lokaliteter, at så kan det gå ud over kvaliteten i indsatsen. Men ellers er der tilfredshed med dem.

Da jeg var ude på de enkelte centre, var der en gang imellem en kollega, der stak lidt til socialsygeplejerskerne med en kommentar om 'hvad er det egentlig, at I laver?', eller 'hvem er det egentlig,

der er jeres målgruppe?' Og som tidligere nævnt, fortæller nogle socialsygeplejersker, at deres indsats ikke altid bliver opfattet som den ekstra hjælp i forhold til målgruppen, som det er tænkt som. Det peger som nævnt på, at der stadig er en opgave med at kommunikere til kollegaerne omkring funktion og målgruppe.

Samarbejde med eksterne parter

Jeg har også talt med nogle forskellige eksterne samarbejdspartnere omkring socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien. Som beskrevet ovenfor i afsnittet om socialsygeplejerskernes arbejdsopgaver, så er samarbejdet med eksterne aktører rundt om det enkelte patientforløb en kerneopgave for socialsygeplejerskerne. Og socialsygeplejerskerne peger da også på en lang række forskellige eksterne samarbejdspartnere i interview.

Socialsygeplejersken som brobygger ind i psykiatrien

Fra de eksterne samarbejdspartners perspektiv beskrives psykiatrien generelt som et lukket system, hvor det er svært at få etableret et samarbejde, og hvor det nogle gange kan være svært at få fat i de rigtige personer. En beskriver, at det er bøvlet at skulle ringe ind til et sengeafsnit, hvor man ikke ved, hvem man får fat i, og hvor man ikke kan være sikker på, at de kender patienten. Tit vil det også være en forskellig person som man får fat i fra gang til gang, fordi personalet går i skiftende vagter. De eksterne samarbejdspartnere, som jeg har talt med, har derfor alle en forhåbning om, at socialsygeplejerskerne kan fungere som en indgang til psykiatrien, når det drejer sig om socialt udsatte patienter. Nogle af informanterne har en oplevelse af, at socialsygeplejerskerne fungerer som sådan – andre har det ikke, men har en forventning om, at det kommer, når socialsygeplejerskerne har fungeret over lidt længere tid. Som vi så ovenfor i beskrivelsen af socialsygeplejerskernes arbejdsopgave, er det en funktion, som socialsygeplejerskerne også selv oplever som vigtig.

Udover at psykiatrien opfattes som et lukket system, så beskriver flere af de eksterne samarbejdspartnere også, at de reelt har brug for at vide mere om psykiatrien, hvem der er målgruppen (og hvem der ikke er det), og hvad tilbuddene reelt indebærer. De oplever, at socialsygeplejerskerne kan hjælpe med at blive skarpere på dette, så det bliver lidt mere kvalificeret, hvem man henviser til psykiatrien og hvem man ikke gør.

Flere beskriver også, at socialsygeplejerskerne hjælper med at oversætte de observationer, som de har af patienterne, til et sprog der giver mening internt i psykiatrien. Socialsygeplejerskerne bliver her også nogen, som man kan give informationer og observationer vedrørende patienten til, med en forhåbning om at de kan bære det videre ind i psykiatrien, så det kan blive brugt i planlægningen af forløb og beslutning om indlæggelse og udskrivelse. Når de eksterne samarbejdspartnere lægger vægt på dette, så er det fordi, at de ofte har erfaringer med, at deres viden og observationer ikke bliver brugt eller tillagt værdi. Det skal også nævnes, at det ikke er alle de eksterne samarbejdspartnere, der har en oplevelse af, at socialsygeplejerskerne fungerer på denne måde. Flere beskriver, at de har en oplevelse af, at socialsygeplejerskerne primært har fokus på processer internt i psykiatrien – men tilføjer også, at de har en forhåbning om, at det på et tidspunkt vil blive muligt at bruge socialsygeplejerskerne på denne måde. Som nævnt i indledningen er samarbejdet med de eksterne aktører noget af det, som socialsygeplejerskerne fortsat vil have fokus på i implementeringsarbejdet.

Flere af de eksterne aktører har et tæt samarbejde med andre dele af psykiatrien – f.eks. F-ACT-teams, herbergsteams eller det psykiatriske gadeplansteam – men beskriver alligevel, at de også har brug for en brobygger ind i akutmodtagelser og sengeafsnit.

Sammenligning til somatikken

De eksterne informanter har mange og positive erfaringer med socialsygeplejerskefunktionen i somatikken, og det falder derfor naturligt for dem at sammenligne socialsygeplejerskefunktionen på tværs af de to områder. Flere nævner dog også, at det ikke er helt fair med en sådan sammenligning, fordi

socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien stadig er ny og i gang med at finde sin form. Og fordi man godt ved, at særligt rusmiddelproblemer påvirker psykisk lidelse og psykiatrisk behandling på en anden måde end det påvirker somatisk sygdom og behandling. Man ved altså godt, at socialsygeplejerskerne i psykiatrien på nogle stræk har en anden opgave, end socialsygeplejerskerne i somatikken har.

Men når de eksterne samarbejdspartnere laver sammenligningen til socialsygeplejerskerne i somatikken, så falder det ikke ud til de psykiatriske socialsygeplejerskers fordel. Nogen beskriver, at de har haft svært ved at få fat i dem og at de, som nævnt ovenfor, er usikre på, hvad socialsygeplejerskernes rolle er i forhold til dem som eksterne samarbejdspartnere. Andre nævner en oplevelse af, at de psykiatriske socialsygeplejersker er for forsigtige. De har en erfaring med, at de somatiske socialsygeplejersker går langt med at udfordre systemet og bøjede nogle regler – noget som de ikke ser, at de psykiatriske socialsygeplejersker gør på samme måde. Her skal man måske være opmærksom på, at de psykiatriske socialsygeplejersker, som nævnt i afsnittet om deres arbejdsopgaver, har en opmærksomhed på at respektere faggrænser m.m. og at det netop er noget af det, som gør, at deres kollegaer ser dem som gode og dygtige samarbejdspartnere.

Et par af de eksterne samarbejdspartnere nævner også, at de er i tvivl om, hvorvidt de øvrige personalemedlemmer i psykiatrien har et godt nok kendskab til de psykiatriske socialsygeplejersker. De undrer sig over, hvorfor socialsygeplejerskerne ikke automatisk bliver koblet på, når der f.eks. bliver indlagt en hjemløs patient, sådan som de oplever, at det sker i somatikken.

'Det skal nok komme'

Selv om socialsygeplejerskerne i psykiatrien på nuværende tidspunkt ikke har formået at leve op til alle de forventninger, som de eksterne aktører har til dem, så er der generelt fortsat tiltro og optimisme til, at det nok skal komme. At en del af udfordringerne handler om, at det stadigvæk er en ny funktion, og at socialsygeplejerskerne stadig er i gang med at finde deres plads.

En socialsygeplejerske fra somatikken siger: *"Jeg havde egentlig fået det indtryk, at de primært arbejdede internt på deres egne sengeafsnit, men så stod jeg en dag med denne her komplekse patient, hvor planerne ikke holdt, og hvor der var brug for, at der var nogen fra psykiatrien, der kunne følge op. Og så tænkte jeg 'hvad fanden' og ringede til hende [socialsygeplejerske i psykiatrien] og spurgte ad, om hun kunne hjælpe. Og der greb hun bolden."*

Interviewer: *"Så der begyndte du at bruge dem, sådan som du havde ønsket det?"*

Socialsygeplejerske i somatikken: *"Ja – så kom vi ligesom i gang. Så nu trækker vi på hinanden, når der er brug for det."*

Patientperspektiv på socialsygeplejerskefunktionen

Dette afsnit er baseret på de 8 patientinterview, som fagligt koordinerende socialsygeplejerske Anne Semberlund har lavet. Socialsygeplejerskerne på de enkelte centre har hjulpet med at finde patienter, der gerne ville stille op til interview.

Der er stor forskel på patienterne – på deres psykiske lidelse og på deres sociale problemer. Næsten alle bruger rusmidler – de fleste opfatter det som et problem, som noget de gerne vil have hjælp til. Der er også stor forskel på deres oplevelser med socialsygeplejerskerne. Flere er meget glade og beskriver socialsygeplejerskernes indsats som fuldstændig afgørende. Andre beskriver en god relation og en god hjælp. Et par har ikke oplevelsen af, at socialsygeplejerskerne har været gjort nogen særlig forskel, men beskriver dem dog som venlige og hjælpsomme.

Der er mange af de temaer, som patienterne kommer ind på i interviewene og som præsenteres nedenfor, der afspejler socialsygeplejerskernes beskrivelse af deres arbejdsopgaver, og hvordan de arbejder på at gøre en forskel. For en del af patienterne blev nedenstående temaer sat i modsætning til, hvordan de ellers oplevede psykiatrien.

Praktisk hjælp. Flere af patienterne er meget glade for den mere praktiske hjælp, som socialsygeplejerskerne har stået for. F.eks. et besøg på kommunen mhp. at få MitID, eller hjælp til at rydde op i en lejlighed og få vasket tøj. De beskriver, at der er tale om nogle vigtige opgaver for dem – noget som har stresset dem og presset dem, men som de ellers ikke ville få gjort. Patienterne beskriver også, at den slags hjælp er noget, som er med til at give en tættere relation til socialsygeplejerskerne.

Forståelse. Flertallet af patienterne beskriver også, at socialsygeplejerskerne bedre forstår, hvordan de har det og hvad deres problemer er, end det øvrige personale i psykiatrien.

Viden om tilbud. Flere af patienterne fortæller om, hvordan socialsygeplejerskerne hjælper dem med at finde frem til tilbud uden for hospitalerne, som er bedre egnet til dem, end de tilbud som de har været tilknyttet før. F.eks. et herberg eller et rusmiddelbehandlingstilbud, der er bedre egnet til netop dem.

Håb. Flere af patienterne fortæller, at socialsygeplejerskerne bragte håb om en forandring i deres situation. At når socialsygeplejerskerne arbejdede på at gøre en forskel, så turde de også selv håbe på, at det var muligt.

Relation. Flertallet af patienterne fortalte om en god og tæt relation til socialsygeplejerskerne. Det handlede om, at de var nemme at få fat på og også selv ofte tog kontakt. En patient fortalte, at han også havde haft en god kontaktperson på sengeafsnittet, men da vedkommende jo ikke var på vagt hver dag, så var han endt med i højere grad at bruge socialsygeplejersken. En anden fortalte, at socialsygeplejersken havde gjort, at han havde følt sig velkommen, når han igen kom ind til en afrusning – at der var en plads til ham i psykiatrien. Og flere fortalte om, at socialsygeplejersken havde sørget for at få formidlet vigtig viden til personalet på sengeafsnittene om, hvordan de havde det. En patient fortalte, at det var vigtigt, at socialsygeplejersken havde noget livserfaring – ellers var det svært at hjælpe sådan en som ham.

Forløb. Flere af patienterne havde haft forløb med gentagende kortvarige afrusninger eller andre kontakter med psykiatrien og beskrev, at den gennemgående kontakt til socialsygeplejersken på tværs af disse mange kontakter gav dem en fornemmelse af at være i gang med noget, at de var i gang med et forløb. En sagde, at risikoen for at falde i et hul og gå i gang med at drikke igen blev mindre, fordi han havde fornemmelsen af at være på vej et sted hen.

Færre fordomme om rusmidler. Som nævnt havde de fleste af patienterne også problemer med rusmidler, og de beskrev, at de oplevede at have en mere ærlig snak med socialsygeplejerskerne omkring dette, end de kunne have med det øvrige personale. En fortalte, at han ikke ville fortælle personalet på sengeafsnittene, at han fortsat brugte hash, for så ville han bare skulle have 'voksen skæld ud'. De fleste af patienterne oplevede dog ikke, at socialsygeplejerskerne havde et bedre kendskab til rusmidlerne og deres effekt. Et par stykker nævnte i den forbindelse, at det krævede at man selv havde erfaringer med rusmidler før man for alvor vidste, hvad det handler om. En nævnte, at det var et kæmpe problem, at psykiatrien fokuserede alt for meget på rusmidlerne, når man som patient kom med dobbeltdiagnose-problemer. Han oplevede, at der var meget lidt interesse for den psykiske lidelse, når der også var problemer med rusmidlerne. En fortalte, at der i hans journal stod, at han var 'hospitals-junkie' – dvs. at han kun henvendte sig i psykiatrien for at få medicin, som kunne misbruges, hvilket havde konsekvenser for den måde, som han blev mødt på. Kontakten med socialsygeplejersken stod i modsætning til disse oplevelser.

Tid. Tid blev også af flere patienter beskrevet som et meget vigtigt aspekt i socialsygeplejerskernes arbejde. Tid til at tale grundigt og ofte med patienterne. Tid til at lære dem at kende. Tid til at følge dem. Tid til at ringe rundt og finde en herbergsplads, tid hos en speciallæge, tid hos en tandlæge. Og en nævnte også tid til at vente på, at han var klar til at få hjælp.

Afrunding

Nærværende statusnotat beskriver, hvordan socialsygeplejerskefunktionen efter ca. 1½ år er blevet implementeret i psykiatrien, deres organisatoriske placering og hvilke arbejdsopgaver, som socialsygeplejerskerne løser. Det præsenteres også, hvordan et udvalg af kollegaer og samarbejdspartnere opfatter socialsygeplejerskerne. Og tilsvarende også, hvordan nogle af de patienter, som socialsygeplejerskerne har arbejdet med, oplever dem.

Helt generelt er det et positivt billede, der tegnes af socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien. Det gælder både når jeg kigger på de opgaver, som socialsygeplejerskerne løser og når jeg kigger på, hvad patienter, samarbejdspartnere og kollegaer fortæller.

Fordi socialsygeplejerskerne kan fungere som tværgående ressourcepersoner og tovholdere, og fordi de har frihed til selv at definere, hvordan deres forskellige opgaver skal udfyldes, har de mulighed for at hjælpe nogle af de patienter, der ellers risikerer at blive tabt.

I interview med kollegaer er det tydeligt, at der er en lidt forskellig opfattelse af, hvad der er socialsygeplejerskernes opgaver. F.eks. spørgsmålet om, hvorvidt socialsygeplejerskerne følger socialt udsatte til eksterne behandlingstilbud, eller spørgsmålet om hvorvidt de har forløb med patienterne efter disse er udskrevet fra sengeafdelingerne.

I interview med samarbejdspartnere er der også nogle forskellige opfattelser – f.eks. i forhold til om fokus er på at hjælpe med til, at patienterne får bedre indlæggelser, eller om de også kan hjælpe til med at få nogle patienter indlagt (fokus på interne processer eller eksternt samarbejde).

Særligt hos de eksterne samarbejdspartnere er der en eksplicit sammenligning til socialsygeplejerskefunktionen i somatikken. Og flere af de eksterne samarbejdspartnere efterlyser psykiatriske socialsygeplejersker, der er mere udadvendte og mere aktivistiske på patienternes vegne. Der er dog også en opmærksomhed på, at de psykiatriske socialsygeplejersker er meget nye i forhold til socialsygeplejerskerne i somatikken, og at rammevilkårene er forskellige.

Da der er tale om en ny funktion, og nogle socialsygeplejersker, der i praksis står meget alene ude på de enkelte centre, er det vigtigt, at der forsat er mulighed for faglig udvikling, deltagelse i konferencer m.m. Dette behov skal også ses i lyset af, at socialsygeplejerskerne kerneopgave omkring sparring og undervisning.

Socialsygeplejerskerne i psykiatrien betyder, at en gruppe af socialt udsatte patienter får et bedre og mere individuelt tilpasset forløb end de ellers ville have fået. De får mere tid og opmærksomhed, de har muligheder for at blive fulgt, der er nogen der er dedikeret til at kæmpe for, at netop de får et bedre forløb. Det kan man selvfølgelig godt diskutere om er rimeligt – om alle patienter ikke burde have det samme? Perspektivet fra socialsygeplejerskerne er, at hvis alle får det samme, så vil det i praksis betyde, at de mest socialt udsatte psykiatriske patienter får mindre. Socialsygeplejerskeindsatsen betyder, at psykiatriens behandlingstilbud reelt også er et tilbud til de mest socialt udsatte patienter, der ellers risikerer at blive tabt.

Hvis socialsygeplejerskerne i psykiatrien blev sat i verden for at gøre en forskel for konkrete patienter, så er der ikke nogen tvivl om, at det er de lykkedes med. Hvis det også var meningen, at socialsygeplejerskerne skal skubbe til, hvordan det psykiatriske behandlingssystem generelt forstår og arbejder med socialt udsatte patienter, herunder patienter med rusmiddelproblemer, så er der fortsat et stykke arbejde at gøre.