

Evaluering af:
Socialoverlægefunktionen i Psykiatri og Somatik
i Region Hovedstaden og
Socialsygeplejerskefunktionen i Region
Hovedstadens Psykiatri

Udarbejdet af:
Katrine Schepelern Johansen, cand.scient.anth., ph.d.
Seniorforsker, Klinisk Forskningsafdeling, Amager og Hvidovre
Hospital

Lektor, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Tidligere seniorforsker og leder, Kompetencecenter for
Dobbeltdiagnoser, RHP

December 2024

Indhold

Forord.....	5
Resumé.....	6
Del 1 Socialoverlæger i psykiatri og somatik	6
Del 2 Socialsygeplejersker i psykiatrien	7
Samlet konklusion	9
1. Indledning	10
Formålet med evalueringen	11
Rapportens opbygning.....	11
2. Metode	12
Evalueringsdesign	12
Dataindsamling.....	12
Analyse af data	14
Metodiske forbehold.....	14
Del 1. Socialoverlæger	17
3. Introduktion.....	18
Formål med socialoverlægefunktionen	18
Socialoverlægefunktionen i psykiatrien	18
Socialoverlægefunktionen i somatikken.....	18
Målgrupper for socialoverlægerne.....	19
Status på implementeringen	20
Samarbejde mellem socialoverlægerne	23
4. Socialoverlægerne arbejdsopgaver	24
Et fælles udgangspunkt	24
Hvad med rusmidler?.....	25
De konkrete arbejdsopgaver	25
Hvilke patienter arbejder socialoverlægerne med?	29
Forskelle mellem at være socialoverlæge i psykiatrien og i somatikken	31
Antal socialoverlæger og refleksioner om organisatorisk placering	33
Antal	33
Den organisatoriske placering	35
5. Samarbejdspartnere	36
Samarbejde med kollegaer	36
Samarbejde med socialsygeplejerskerne	38

Samarbejde med de faglige koordinatore for socialsygeplejerskerne	39
Samarbejde med eksterne parter.....	39
6. Afsluttende perspektiv (delkonklusion)	40
Del 2. Socialsygeplejersker.....	42
7. Introduktion.....	43
Formålet med socialsygeplejerskerne	43
Status på implementeringen	43
Forankring i akutteams	45
Fanger socialsygeplejerskerne de patienter, der har brug for dem?	46
Snitflade til socialrådgiverne i psykiatrien	46
Sårbarhed i funktionen	47
Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske.....	48
Samarbejdet med socialoverlægerne	49
Tilbuddet om integreret dobbeltdiagnosebehandling i psykiatrien	49
8. De psykiatriske socialsygeplejerskers arbejdsopgaver	51
Patientdata fra SP	51
Hvilke patienter arbejder socialsygeplejerskerne med?	55
Patienter med behov for opioid-substitutionsbehandling	56
Hvad fortæller socialsygeplejerskerne selv?	57
Andre aktiviteter.....	60
Tværgående temaer	60
Fortsatte udfordringer.....	61
9. Samarbejdspartnere.....	63
Samarbejde med kollegaer	63
Samarbejde med eksterne parter.....	64
Socialsygeplejersken som brobygger ind i psykiatrien	64
Sammenligning til somatikken	65
'Det skal nok komme'	66
10. Patientperspektivet	67
Interview med patienterne om socialsygeplejerskefunktionen	67
Tilfredshedsundersøgelse	68
11. Afsluttende perspektiv (delkonklusion)	72
12. Konklusion – tværgående perspektiver	75
Bilag 1. Fem patienttyper som socialsygeplejerskerne i psykiatrien arbejder med	78

Referencer81

Forord

Tak til de 8 patienter, der i interview har delt deres erfaringer med socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien. Tak til de 87 patienter, der har besvaret spørgeskema om patienttilfredshed.

Tak til socialoverlægerne i Region Hovedstaden og 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, ledere og eksterne samarbejdspartnere, der har sagt ja til og har sat tid af til at dele deres erfaringer med socialoverlæger og socialsygeplejersker.

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 havde mulighed for at prioritere dette og dermed sørgede for, at patienterne har fået en direkte stemme ind i evalueringen.

Tak til planlægningsafdelingen i Region Hovedstadens Psykiatri for at levere tal til at karakterisere de patienter, som de psykiatriske socialsygeplejersker har skrevet notat om.

Tak til de personer, der har kommenteret på rapporten undervejs i arbejdet med at skrive den. Jeg har været meget glad for jeres input, og det har uden tvivl hævet rapportens kvalitet.

Første del af evalueringen, gennemført i 2023 og starten af 2024, har været lavet, mens jeg var ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. Anden del af evalueringen, som blev lavet i anden halvdel af 2024, er lavet, efter jeg blev ansat i Klinisk Forskningsafdeling på Amager og Hvidovre Hospital. Jeg vil gerne takke for muligheden for at gennemføre evalueringsopgaven og dermed give et bidrag til, hvordan vi fortsat kan udvikle indsatsen for socialt udsatte patienter i vores sundhedsvæsen.

Ansvar for valg af metoder, analyser, fremstilling af resultater m.m. i denne evalueringsrapport er mit alene.

Katrine Schepelern Johansen, 20. december 2024
Klinisk Forskningsafdeling, Hvidovre Hospital

Resumé

Denne evalueringsrapport omhandler 2 områder: Socialoverlægefunktionen i psykiatri og somatik i Region Hovedstaden og socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). For hver af de 2 områder beskriver rapporten, hvordan funktionerne ser ud her ca. 3 år efter opstart.

Rapporten baserer sig på en række data, der er indsamlet i løbet af 2023 og 2024: Data fra Sundhedsplatformen (SP) der belyser antallet af og nogle karakteristika ved de patienter, som socialsygeplejerskerne har skrevet notat om, observationer af socialoverlægenes og socialsygeplejerskernes arbejde (i alt 23 dage), interview med de psykiatriske socialsygeplejersker (n=11), interview med socialoverlæger (n=6), interview med kollegaer (n=29), heraf 18 i forskellige ledende stillinger + 3 gruppeinterviews med socialsygeplejersker (n=30), og interview med samarbejdspartnere (n=24), heraf et gruppeinterview hos en samarbejdspartner (n=8). Patientperspektiver er kun medtaget i forhold til socialsygeplejerskerne og det baserer sig på interview med patienter (n=8) og en spørgeskemaundersøgelse om patienttilfredshed (n=87).

Del 1 Socialoverlæger i psykiatri og somatik

Socialoverlægerne er organisatorisk placeret forholdsvis forskelligt og dækker også et forskelligt antal matrikler. Der har været udskiftning på 3 ud af 4 stillinger og en stilling i somatikken har været ubesat i 1,5 år. Den nuværende socialoverlæge på Bispebjerg Hospital har efter aftale med Region Hovedstaden til en start fået lov til at fokusere sit virke på denne matrikel. Det betyder, at funktionen stadig er i gang med at finde sin form. Noget af det som diskuteres i forhold til organisatoriske er, om der burde være flere socialoverlæger, så de bliver spredt mindre ud og i højere grad kan fokusere på de lokale problemstillinger. Et andet spørgsmål er, om det kan give mening at samle socialoverlægerne i en regional funktion eller videnscenter, så det blev nemmere at skabe et fælles fagligt miljø og tilgang, eller om den lokale forankring er vigtigere.

Socialoverlægenes primære arbejdsopgaver er: tilsyn i komplekse patientforløb, organisatorisk arbejde for at styrke indsatsen for socialt udsatte patienter og kompetenceudvikling. Det er den enkelte socialoverlæge selv, der fastlægger fordelingen af arbejdstid mellem de forskellige typer af opgaver. Der er en tendens til, at de patientrettede opgaver er kommet til at fylde lidt mindre over tid. Omvendt mener alle, at det er vigtigt fortsat at have en forbindelse til klinikken for at vide, hvad det er for udfordringer, som man der står med.

De patienter, hvor socialoverlægerne er involveret i forløbene, bliver beskrevet som komplekse. Det betyder typisk, at der er en række forskellige problemstillinger hos den enkelte patient: Helbredsmæssige (somatiske og psykiatriske), rusmiddelmæssige, sociale, bolig-mæssige, relationsmæssigt m.m. og typisk også, at der er en række forskellige aktører involveret i det behandlingsmæssige arbejde rundt om den enkelte patient. Socialoverlægerne bidrag til disse patientforløb strækker sig fra konkrete afgrænsede anbefalinger i forhold til substitutionsbehandling, over sparring med den behandlingsansvarlige læge eller andet personale i forhold til problemstillingerne, og deltagelse i netværksmøder, til gennemgang af ofte omfattende journaler med henblik på overblik over både helbredsmæssige problemer og allerede afprøvede tiltag og med konkrete anbefalinger til, hvordan man fremadrettet bedre kan hjælpe patienten. Socialoverlægerne bidrager med en lægefaglighed ind i arbejdet med at hjælpe socialt udsatte patienter og supplerer på denne måde socialsygeplejerskerne og – i psykiatrien – socialrådgiverne. Derudover giver det også mulighed for, at socialsygeplejerskerne kan lægge en problemstilling op

til socialoverlægen – både i forhold til faglig sparring og i forhold til at denne kan tage en dialog om en konkret patient læge til læge.

Socialoverlægerne har også en stor del af deres opgaveløsning på det organisatoriske niveau. Eksempler på dette arbejde er udarbejdelse/opdatering af vejledninger, udbredelse af kendskabet til disse, arbejde med patientforløbsbeskrivelser, deltagelse i diverse tværsektorielle samarbejdsfora, understøttelse af socialsygeplejerskerne og forskellig slags kompetenceudvikling.

Noget af det, som kollegaer (n=17 + n=30 (socialsygeplejerskerne)) og samarbejdspartnere (n=7) fremhæver som vigtigt i funktionen, er socialoverlægernes kendskab til, hvad der foregår uden for hospitalerne – dvs. viden om, hvordan kommunerne, herunder rusmiddelcentre, fungerer, hvordan almen praksis fungerer, hvad der findes af tilbud m.m. Denne viden sørger de for at bringe i spil inde på hospitalerne og det giver mulighed for nogle bedre, mere sammenhængende og mere realistiske patientforløb.

Samarbejdspartnere er generelt glade for funktionen og samarbejdet og oplever, at socialoverlægernes opgaver bliver løftet med stor faglig kvalitet.

Enkelte undrer sig over, at socialoverlægerne ikke har behandlingsansvar eller kan påtage sig et behandlingsansvar i forhold til meget komplekse patienter. Det vurderes, at det kunne give socialoverlægerne mere tyngde i interaktionen med kollegaer. Særligt i psykiatrien er der fortsat nogen, der er usikre på socialoverlægens rolle, og hvordan de bidrager.

Blandt socialsygeplejerskerne (n=30) er der forskellige erfaringer med at arbejde sammen med socialoverlægerne. Nogen har prøvet dette og er typisk meget glade for det. Andre har ikke prøvet dette. Og endelig er der nogen der fortæller, at de ikke arbejder ret meget sammen, men varetager hver deres opgaver.

De fagligt koordinerende socialsygeplejersker er meget glade for samarbejdet med socialoverlægerne og oplever at det er med til at understøtte deres arbejde.

Jeg ender med at konkludere i delen om socialoverlæger, at de i høj grad har levet op til de beskrivelser, der oprindeligt blev lavet af funktionen, og at socialoverlægerne bidrager både i forhold til de konkrete patienter og i forhold til at styrke det samlede sundhedsvæsens indsats over for socialt udsatte patienter.

Del 2 Socialsygeplejersker i psykiatrien

Organisatorisk er socialsygeplejerskerne placeret som en del af psykiatriens akutteam. Dette fungerer godt nogle steder og andre steder giver det udfordringer – f.eks. i forhold til forventninger om at kunne hjælpe til i akutteams eller akutmodtagelse i pressede situationer.

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. Den koordinerende socialsygeplejerske oplever en manglende forankring af den samlede funktion i psykiatrien, herunder muligheden for at løfte udfordringer, som hun møder på de enkelte centre, op i et relevant forum

Socialsygeplejerskerne har de første år haft egne midler til kompetenceudvikling. For at socialsygeplejerskerne fortsat skal kunne løfte deres opgaver er det nødvendigt fortsat at prioritere, at der er mulighed for kompetenceudvikling for socialsygeplejerskerne.

Data fra SP viser, at socialsygeplejerskerne i perioden fra og med april 2022 til og med oktober 2024 har skrevet notater om i alt 1.266 unikke patienter. Dertil kommer patienter, hvor socialsygeplejerskerne har sparret med kollegaer, men ikke selv har skrevet et notat vedr. patienten. 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. Når der tages hensyn til dette, så svarer antallet af patienter til, at socialsygeplejerskerne hver især har skrevet notat om knap 9 patienter om måneden (i det regnestykke er der ikke taget højde for bl.a. ferie). Knap halvdelen af aktionsdiagnoserne på disse patienter falder inden for rusmiddelområdet (n=614) og af disse er de fleste relateret til alkohol (n=460). Baseret på observationer og interview fremgår det, at 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, 'No wrong door' og som en person man kan kontakte inde i psykiatrien.

De kollegaer fra psykiatrien, der er blevet interviewet (n=12) 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 (n=17, heraf 8 i et gruppeinterview), der er blevet interviewet, beskriver psykiatrien som et lukket system, meget præget af regler og rammer, 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 oplever, at socialsygeplejerskerne kan gøre den helt store forskel i forhold til netop regler og rammer. Der er generelt en sammenligning med somatikens socialsygeplejerske, 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 med at udfordre deres eget system.

Flertallet af de interviewede patienter (n=8) 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. De 87 patienter, der har besvaret spørgeskemaet om patienttilfredshed, har

stort set alle været meget tilfredse med socialsygeplejerskernes forståelse for deres problemer, har oplevet en gensidig respekt og tillid i kontakten, har oplevet at få hjælp og har generelt været meget tilfredse. Der er dog kun en svarprocent på godt 20 % på spørgeskemaet, som formentlig omfatter de mest positive, og det betyder, at vi ikke kan sige noget generelt om patienttilfredsheden, men kun om de 87 adspurgte.

I det afsluttende afsnit sammenligner jeg socialsygeplejerskerne i psykiatrien med en beskrivelse af socialsygeplejerskerne i somatikken og finder, at funktionerne på lange stræk minder om hinanden. Jeg berører kort spørgsmålet om, hvorvidt man bør overveje at udbrede socialsygeplejerskeindsatsen til også at omfatte børne- og ungepsykiatrien. Og så konkluderer jeg, at socialsygeplejerskerne i psykiatrien betyder, at en gruppe socialt udsatte patienter får et bedre og mere individuelt tilpasset forløb, end de ellers ville have fået.

Samlet konklusion

I den samlende konklusion til slut vender jeg tilbage til et af formålene med evalueringen, nemlig at undersøge, hvordan nøglefænomener i indsatsen for socialt udsatte patienter kunne praktiseres. Jeg peger på, at når sundhedsvæsenet har medarbejdere, som har socialt udsatte som deres kerneområde, så har man også muligheden for at arbejde med målgruppen. Hvis der ledelsesmæssig opbakning, rum for autonomi og mulighed for fleksibilitet. Jeg prøver også at nærme mig nogle af elementerne i, hvad udsatte-faglighed er for et fænomen. Og jeg peger på, at der er behov for fortsat at følge området. Afslutningsvis konkluderer jeg, at socialoverlæger og socialsygeplejersker er lykkedes med at gøre en forskel for socialt udsatte patienter i Region Hovedstaden. Men også, at der fortsat er et stykke vej før socialt udsatte patienter bliver mødt i sundhedsvæsenet på lige fod med andre patienter. Eller sagt på en anden måde, at der selvfølgelig er grænser for, hvad 4 socialoverlæger og 11,5 socialsygeplejerske i psykiatrien + deres kollegaer i somatikken, kan ændre på nogle få år.

1. Indledning

Denne evalueringsrapport omhandler 2 områder: Socialoverlægefunktionen i psykiatri og somatik i Region Hovedstaden og socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri. Disse 2 indsatser er blevet besluttet indført samtidigt af Region Hovedstaden med budgettet for 2021, og nærværende evalueringsrapport giver en beskrivelse af, hvordan de 2 funktioner ser ud her med udgangen af 2024.

Der er ikke tale om en undersøgelse af implementeringen af de 2 funktioner, selv om spørgsmålet om implementering bliver berørt nogle gange undervejs. Der er i stedet tale om en undersøgelse af, hvad de 2 funktioner hver især indeholder, hvordan funktionerne udfoldes i praksis, og hvilke patienter, som de 2 funktioner kommer i kontakt med. Begge funktioner er dog fortsat under udvikling, og det vil derfor være relevant, at evalueringen bliver fulgt op at en yderligere status om nogle år, der formentlig vil kunne tegne et mere endeligt billede.

På sin vis mangler der et tredje ben i denne evaluering – nemlig socialsygeplejerskerne i somatikken. Når disse ikke er med her, så skyldes det, at de har eksisteret i markant længere tid, og at deres oprettelse ikke er knyttet til den samme beslutning, som socialsygeplejerskerne i psykiatrien og socialoverlægerne. Men der er ikke nogen tvivl om, at fraværet af de somatiske socialsygeplejersker som objekt i denne evaluering er 'kunstigt', og at der dermed ikke gives et fuldt billede af den indsats, som socialsygeplejersker og socialoverlæger yder for socialt udsatte patienter i Region Hovedstaden. Der findes en række andre evalueringsrapporter og artikler, der beskriver socialsygeplejerskefunktionen i somatikken (Enheden for brugerundersøgelser 2013, Ludvigsen and Brünés 2013, Lisby and Kjeldsen 2015, Dideriksen, Lisby et al. 2019, Antonsen 2022, Højbjerg, Andrés et al. 2022), men ikke af samspillet mellem de somatiske socialsygeplejersker og socialoverlægerne¹, henholdsvis de psykiatriske socialsygeplejersker.

Resultatkapitlerne i denne rapport beskæftiger sig med socialoverlægerne for sig i del 1/kapitel 3-6 og socialsygeplejerskerne i psykiatrien for sig i del 2/kapitel 7-11. I konklusionen i kapitel 12 trækker jeg nogle fælles tråde på tværs af de 2 dele (socialoverlæger og psykiatriske socialsygeplejersker). At jeg har valgt at skille undersøgelsen og afrapporteringen ad i 2 dele betyder, at socialoverlægefunktionen i psykiatrien og socialsygeplejerskefunktionen samme sted kommer til at fremstå mere adskilt, end de i praksis er. Og den somatiske socialoverlægefunktion kommer til at stå uden en grundig beskrivelse af den socialsygeplejerskefunktion, som den selvfølgelig skal ses i sammenhæng med.

Evalueringen fremstår også lidt forskelligt i de 2 dele. Det skyldes bl.a. at gruppen af psykiatriske socialsygeplejersker er markant større end gruppen af socialoverlæger – 11,5 inklusiv fagligt koordinerende socialsygeplejerske når alle socialsygeplejerskestillinger er besat i modsætning til 4 socialoverlæger (2 i psykiatrien og 2 i somatikken), når alle stillinger er besat. Det skyldes også, at socialoverlægerne har meget mindre direkte patientkontakt end socialsygeplejerskerne. Det har betydning for mængden af data, der er indsamlet i de 2 dele, og dermed længden af de 2 dele. Et andet forhold af betydning er, at det er sværere at anonymisere socialoverlægerne end socialsygeplejerskerne. Dette er søgt håndteret på forskellig vis: dels har jeg også talt med nogle af de personer, der er stoppet igen som socialoverlæger for at få lidt mere volumen i data, dels har jeg

¹ Den første socialoverlæge på AHH opsamlede dog sine erfaringer med funktionen i et notat, der er blevet afleveret til vedkommendes chef, og som jeg også har haft mulighed for at læse.

haft en tættere dialog med de nuværende socialoverlæger – som fylder mest i evalueringen – om, hvordan der skulle skrives om dem.

Som et led i evalueringen af socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien blev der i oktober 2023 udarbejdet et statusnotat, som blev sendt til de psykiatriske socialsygeplejersker, koordinationsgruppen for akutområdet i RHP, Region Hovedstadens Udsatte Råd og Social og Psykiatriudvalget i Region Hovedstaden. Nærværende evalueringsrapport bygger videre på dette evalueringsnotat og dele af teksten fra statusnotatet indgår også i denne evalueringsrapport. Det gælder særligt metodekapitlet, og så kapitlerne i del 2 om introduktion til socialsygeplejerskerne, arbejdsopgaverne, perspektiverne fra kollegaer og samarbejdspartnere, samt dele af patientperspektivet.

Formålet med evalueringen

Overordnet set har evalueringen 4 formål, nemlig at undersøge:

1. Hvordan funktionerne praktiseres i Region Hovedstaden, hvordan målgruppen i praksis ser ud og hvilke arbejdsopgaver socialoverlæger henholdsvis socialsygeplejerskerne udfører
2. Hvordan og hvilket omfang at funktionerne er lykkedes i forhold til de målsætninger, der er beskrevet i modellerne for henholdsvis socialoverlæger og socialsygeplejerskerne i psykiatrien
3. Hvilke problemområder, der fortsat skaber udfordringer i arbejdet med socialt udsatte patienter
4. Hvordan nøglefænomener i indsatser i forhold til socialt udsatte patienter (f.eks. fleksibel udredning og behandling, skadesreduktion, udsatte faglighed, integrering af social- og sundhedsfaglig tilgang) kan praktiseres

Evalueringens teoretiske grundlag og konkrete metoder (dataindsamlingsmæssigt og analytisk) beskrives i næste kapitel.

Rapportens opbygning

Efter dette indledende kapitel følger et kapitel om evalueringens metode. Herefter følger del 1, der har fokus på socialoverlægerne. Del 1 består af 4 kapitler: en introduktion til funktionen, et kapitel der beskriver arbejdsopgaver, et kapitel der belyser funktionen fra samarbejdspartneres perspektiver og en afrunding/delkonklusion. Herefter følger del 2, der har fokus på de psykiatriske socialsygeplejersker. Del 2 består af 5 kapitler: en introduktion til funktionen, et kapitel der beskriver arbejdsopgaver, et kapitel der belyser funktionen fra samarbejdspartneres perspektiver, et kapitel der belyser funktionen fra patienternes perspektiver og en afrunding/delkonklusion. Hele rapporten afsluttes med et fælles afrundende kapitel, hvor der tegnes nogle tværgående perspektiver.

2. Metode

I dette kapitel beskriver jeg kort, hvordan evalueringen er designet, hvilke data der indgår i evalueringen, samt hvordan de er analyseret. Derefter følger et afsnit, der præsenterer de forbehold, som evalueringen skal læses med.

Evalueringsdesign

Grundet interventionernes kompleksitet er det nødvendigt at vælge et design, der kan rumme flere forskellige metoder og typer af data. Da der er tale om indsatser, der indføres samtidig i hele Region Hovedstaden er det ikke muligt at anvende et kontrolleret design. Da det endelige evalueringsdesign først er udviklet og godkendt, efter funktionen er etableret, er det tilsvarende ikke muligt at anvende et før-efter design. Som overordnet ramme for evalueringen er der derfor valgt virkningsevaluering, som beskrevet af Dahler-Larsen (2003). Virkningsevalueringen sætter fokus på de systematiske sammenhænge mellem de konkrete aktiviteter, der gennemføres (output) og de resultater, der hermed opnås (outcome). Overordnet set beskrives aktiviteterne i kapitlerne der introducerer funktionen og beskriver arbejdsopgaverne, og resultaterne i kapitlerne omkring perspektiverne fra kollegaer, samarbejdspartnere og patienter.

Da evalueringen foregår parallelt med, at funktionerne udvikles og modnes, har det været vigtigt, at der er tale om et fleksibelt design, der har mulighed for at indfange disse forandringer. Evalueringen er også inspireret af principperne om formativ evaluering (Herskin 1995), hvor der er fokus på, at der sker en tilbagemelding fra evalueringen til praksis undervejs (i stedet for, at man lader evalueringsobjektet være så uberørt som muligt). Nogle af de tilbagemeldinger, som der er givet undervejs, har bl.a. været det føromtalte statusnotat om socialsygeplejerskefunktionen fra oktober 2023 og et internt skriv til socialoverlægerne fra foråret 2024 i forbindelse med deres arbejde med at udvikle en fælles, regional funktionsbeskrivelse.

Dataindsamling

Med hjælp fra målstyringsafdelingen i RHP har vi indsamlet 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' – kan vi se, hvor mange unikke patienter, som socialsygeplejerskerne har skrevet notat om i perioden april 2022 til og med oktober 2024. Vi har bl.a. undersøgt fordelingen på køn og alder, hvilke aktionsdiagnoser og bidiagnoser som patienterne har haft og hvor mange kontakter som socialsygeplejerskerne har haft i de enkelte forløb. Vi har valgt kun at kigge på det samlede antal kontakter og ikke bryde det ned på f.eks. centre.

Da socialoverlægerne i meget mindre grad har forløb eller kontakt med patienter, er der ikke blevet indsamlet data via SP. Til gengæld har socialoverlægerne bidraget med beskrivelser af nogle konkrete patientforløb, hvor de har været involveret.

For at få en fornemmelse af socialoverlægernes og socialsygeplejerskernes arbejde har jeg dels haft nogle dage, hvor jeg har fulgt socialoverlægerne i deres arbejde. I foråret 2024 fulgte jeg de 2 socialoverlæger i psykiatrien 2 dage hver. Dette gentog jeg i efteråret 2024, hvor jeg også brugte 2 dage sammen med en socialoverlæge i somatikken. Jeg har i alt haft 10 dage med deltagerobservation sammen med socialoverlægerne. Og dels været på besøg på de fem akutcentre i psykiatrien, 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 2023, og PC Glostrup i sensommeren 2023. I efteråret 2024 har jeg igen været på besøg på PC Ballerup, PC København, PC Glostrup og PC Amager. Da der i efteråret 2024 ikke har været socialsygeplejersker på PC Nordsjælland har jeg ikke været her i sidste omgang. Jeg har i alt haft 13 dage med deltagerobservation sammen med socialsygeplejerskerne i psykiatrien.

Besøgene har også givet mulighed for at tale med socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne om deres arbejde, samt at se og høre deres kollegaers respons på og dialog med dem. I forbindelse med besøgene er der blevet taget udførlige feltnoter.

Besøgene er blevet suppleret af interview med socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne. De tre socialoverlæger, der har arbejdet længst tid i funktionen, er blevet interviewet 2 gange hver. Derudover har jeg interviewet 2 socialoverlæger, der er stoppet i funktionen og en nyansat. Der er blevet interviewet 10 af de 12 socialsygeplejersker, der har arbejdet mens jeg har været i gang med dataindsamlingen, samt en socialsygeplejerske, der er stoppet i funktionen. Fire af socialsygeplejerskerne er blevet interviewet 2 gange. Derudover er den fagligt koordinerende socialsygeplejerske i psykiatrien blevet interviewet 2 gange.

Jeg har interviewet 17 kollegaer til socialoverlægerne i enkelt interviews. Disse fordeler sig med 3 ledere for socialoverlægerne, 7 læger, 2 administrative medarbejdere, 3 sygeplejersker og 2 socialrådgivere. Socialsygeplejerskerne, som jo er nogle af socialoverlægernes tættest kollegaer, er blevet interviewet i 3 gruppeinterviews. I alt har 30 socialsygeplejersker indgået i disse interviews – 10 fra psykiatrien og 20 fra somatikken. Endelig er 7 eksterne samarbejdspartnere blevet interviewet – heraf 5 fra rusmiddelbehandlingen, en fra et lavtærskelstilbud og en fra psykiatrien (det er en af socialoverlægerne fra somatikken, der har peget på denne person som en ekstern samarbejdspartner). 7 interviews + 2 gruppeinterviews er foregået i efteråret 2023, de øvrige i efteråret 2024, en kollega er blevet interviewet 2 gange – både i 2023 og 2024. 14 af disse informanter har haft forskellige ledende funktioner.

Derudover er der i efteråret 2023 blevet interviewet 8 kollegaer til socialsygeplejerskerne i psykiatrien. De 8 kollegaer er 3 socialrådgivere, 3 læger og 1 sygeplejerske og 1 psykolog. I efteråret 2024 er der blevet interviewet 9 kollegaer – 4 socialrådgivere, 2 læger og 3 sygeplejersker. 5 har været gengangere. 4 af disse informanter har haft forskellige ledende funktioner.

Der er i efteråret 2023 gennemført interviews med nogle af socialsygeplejerskernes eksterne samarbejdspartnere. Der er blevet interviewet 8 i enkelte interview og 8 i et gruppeinterview. Af de eksterne samarbejdspartnere er 3 interviews med socialsygeplejersker i somatikken, 1 interview + gruppeinterviewet er med rusmiddelbehandling, 3 interviews er med forskellige lavtærskel-tilbud til socialt udsatte og et med en medarbejder fra sociolancen. I efteråret 2024 har jeg interviewet 11 eksterne samarbejdspartnere. De fordeler sig med 3 interviews med socialsygeplejersker i somatikken, 4 interviews med rusmiddelbehandlere, 3 interviews med forskellige lavtærskeltilbud og et med en medarbejder fra sociolancen. 10 har været gengangere.

Der er nogle af informanterne, der har erfaringer med både socialoverlæger og socialsygeplejersker i psykiatrien, og de er selvfølgelig blevet udspurgt om begge funktioner, men tæller kun med en gang i ovenstående gennemgang.

Patientperspektivet i denne evaluering belyser kun socialsygeplejerskerne i psykiatrien. Der er blevet gennemført 2 forskellige slags dataindsamling. Dels er der i efteråret 2023 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. Dels har 87 patienter i 2024 besvaret et kort spørgeskema om patienttilfredshed, som socialsygeplejerskerne har haft på deres mobiltelefon, og bedt patienterne om at besvare.

Alle de gennemførte interviews har været semistrukturerede interviews, hvor der er benyttet en spørgeguide for at sikre, at de relevante temaer er blevet dækket (Kvale and Brinkmann 2014). De fleste interviews har taget mellem 20 og 60 minutter. De fleste interviews er blevet optaget på diktafon og er efterfølgende gennemlyttet. Nogle er i højere grad blevet gennemført som samtaler, og hvor der er blevet taget udførlige noter undervejs. De fleste interviews i 2023 er blevet gennemført med fysisk fremmøde, nogle få er gennemført på teams eller over telefonen. I 2024 er de fleste interviews blevet gennemført på teams eller over telefonen.

Særligt for interviewene med kollegaer, eksterne 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 de 2 funktioner. 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 funktionerne opleves af forskellige aktører, men at der kan være andre perspektiver, som nærværende rapport ikke har fået med. I interviewene har jeg dog en oplevelse af en høj grad af datamætning – dvs. at de sidste interviews i høj grad reproducerer allerede kendte udsagn og pointer (Kvale and Brinkmann 2014).

Analyse af data

Når man bruger observationsdata og interviewdata rejser det altid spørgsmålet om, hvordan man udvælger de data, som medtages i den skriftlige afrapportering? Ud af de lange feltnoter og de mange interviews – hvordan er det, som er kommet med i denne rapport, udvalgt?

Det, der har været styrende for analysen af data i denne evalueringsrapport, har været de punkter, der er præsenteret under formål med evalueringen. Dvs. at det data som trækkes frem i denne rapport, 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, for socialsygeplejerskernes vedkommende samarbejdet med socialrådgiverne, eller substitutionsbehandling hos indlagte patienter med opioidafhængighed.

Der er foretaget en validering af data ved at sammenligne input fra de forskellige datakilder (Malterud 2001) – data fra SP, data fra observationer og data fra de forskellige interviews.

Metodiske forbehold

Udover det ovenfor nævnte forbehold om manglende repræsentativitet blandt informanterne er der også flere andre metodiske forbehold, som det er vigtigt, at læseren er klar over.

Hovedparten af de kollegaer og eksterne samarbejdspartnere, som indgår i evalueringen, er nogen som socialoverlægerne eller 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 om dem. Den efterfølgende tekst 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 socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne og den måde, som de arbejder på. Og det skal også nævnes, at nogle af de mere kritiske perspektiver, som fremgår af evalueringen, kommer fra nogle af de informanter, som socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne selv har peget på.

Et tredje forbehold er, at de 8 patientinterview, som er med i evalueringen af socialsygeplejerskefunktionen, 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. Det er mig, der har valgt, hvordan patientinterviewene er blevet bearbejdet og præsenteret i denne rapport,

Et fjerde forbehold er min egen interesse for, kendskab til og engagement i arbejdet med at forbedre indsatsen for socialt udsatte patienter. 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, en gang imellem. Nina og jeg har efterfølgende flere gange diskuteret muligheden for at prøve socialsygeplejerskefunktionen af i psykiatrien igen og hvilke justeringer, der med fordel kunne laves, herunder også at inkludere socialoverlæger. Derudover har jeg haft plads i Region Hovedstadens Udsatteråd siden dets etablering i 2019 og frem til udgangen af august 2024 og var dermed også medlem af rådet, da det i 2020 foreslog Regionsrådet, at der skulle implementeres socialsygeplejersker i psykiatrien og socialoverlæger i både psykiatri og somatik. Jeg har, som leder af Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser i RHP, 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 og socialoverlæger i somatik og psykiatri 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 disse funktioner kan og ikke kan i forhold til socialt udsatte patienter i et moderne sundhedsvæsen.

Man kan parallelt hermed også spørge om, om jeg som samfundsvidenskabelig skoleforsker har en særlig bias i forhold til gerne at ville vise, at det er en god ide at have ansatte med et mere socialt

farvet blik i sundhedsvæsenet? Igen må jeg skrive, at det har jeg nok. Og denne evalueringsrapport havde sikkert set anderledes ud havde man bedt en med en anden faglighed om at udarbejde den. Men de mange helt konkrete, positive tilkendegivelser omkring funktionerne, som jeg har fået i interviews og under deltagerobservation, når jeg helt simpelt har spurgt: 'Hvad synes du om funktionen?', og som er en væsentlig del af empirien i denne rapport, havde ikke været anderledes.

Endelig er der også det forbehold, at de metoder, som jeg har valgt at arbejde med – interviews og ikke mindst deltagerobservation – er gode til at skabe en god relation med sine informanter. Man lærer hinanden at kende, man søger at forstå informanternes perspektiver, man drøfter sine overvejelser med informanterne. Så der kan ske en skævvridning i forhold til, at man har fattet sympati for sine informanter og derfor gerne vil fremstille dem i et positivt lys.

Mit engagement med området og funktionen, samt mine anvendte metoder og faglige baggrund, 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.

Del 1. Socialoverlæger i psykiatri og somatik

3. Introduktion

Dette kapitel giver en introduktion til socialoverlægefunktionen i henholdsvis psykiatri og somatik. Der er oprettet 2 socialoverlægestillinger i psykiatrien og 2 socialoverlægestillinger i somatikken, og den første socialoverlægestilling blev besat pr. 1/12 2021. Der var tale om stillingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH).

Dette kapitel vil først beskrive, hvad formålet med socialoverlægefunktionen i Region Hovedstaden er. Derefter følger en status på implementeringen, herunder en beskrivelse af de ret forskellige organisatoriske setups, som man har valgt til de fire socialoverlæger.

Formål med socialoverlægefunktionen

Socialoverlægerne kernefunktion er oprindeligt beskrevet forskelligt i henholdsvis psykiatri og somatik. Dette er et bevidst valg og afspejlede en erkendelse af, at der er forskelle på psykiatrien og somatikken. Der er senere blevet arbejdet videre med beskrivelserne både i forhold til målgruppe og arbejdsopgaver. Nedenfor præsenteres de første beskrivelser af funktionen.

Socialoverlægefunktionen i psykiatrien

I modelpapiret fra 6/12 2021 er socialoverlægefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri beskrevet på følgende måde:

Socialoverlægerne skal have et bredt, helhedsorienteret fokus med specialviden om komplekse patientforløb, social udsathed, rusmidler og socialmedicinske perspektiver.

Kerneopgaver i funktionen:

- Yde tilsyn og rådgivning i konkrete patientforløb med patienter, der har gentagne indlæggelser, og hvor der er rusmiddelproblematikker og/eller somatiske komplikationer
- Udarbejde socialmedicinske handleplaner på baggrund af tilsyn
- Arbejde med at styrke patientforløb for socialt udsatte patienter og dobbeltdiagnosepatienter både under indlæggelse og i den ambulante behandling af rusmiddelproblemer. Herunder have fokus på komplekse socialmedicinske problemer, rusmiddelproblemer
- Være selvvisiterende men uden at overtage behandlingsansvar
- Udbrede viden og kompetencer om behandling af særligt udsatte borgere i samarbejde med bl.a. Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser
- Styrke det lægefaglige samarbejde med kommunerne, PSP-samarbejdet, rusmiddelcentre, somatikken og praksissektoren
- Samarbejde med socialoverlæger og socialsygeplejersker i somatikken, herunder yde faglig sparring og være en rådgivningsfunktion
- Holde sig fagligt ajour og opdateret med udviklingen og tiltag indenfor udsatte- og rusmiddelområdet
- Bidrage til forsknings- og udviklingsopgaver relateret til ovenstående

Socialoverlægefunktionen i somatikken

I 'forslag til model for ansættelse af socialoverlæger i somatikken' dateret 20. april 2021 er der beskrevet, at socialoverlægerne kerneopgave vil ligge i tre spor:

1. Opgaver i forhold til rådgivning i konkrete behandlingsforløb

- a. Den type opgaver handler om at yde sparring og lægelig bistand til det øvrige personale – herunder læger – i vanskelige forløb. Der er i arbejdsgruppen enighed om, at socialoverlægerne ikke skal overtage et behandlingsansvar
2. Opgaver relateret til udbredelse af viden og kompetencer om behandling af særligt udsatte borgere
 - a. Udarbejde vejledninger om abstinens-, substitutions- og smertebehandling af patienter, der er brugere af rusmidler
 - b. Understøtte det øvrige personales og særligt lægerne kompetenceudvikling ift. udsatte faglighed
 - c. Initiere og bidrage til forskning
 - d. Bidrage til systematisk dokumentation samt evaluering af de erfaringer, der høstes med modellen for socialoverlæger
3. Administrative opgaver og samarbejder med kommuner og herberger
 - a. Der er stort behov for at understøtte et tættere samarbejde om de særligt udsatte borgere mellem somatiske hospitalsafdelinger og psykiatrien, kommunernes socialforvaltninger, praktiserende læger, misbrugscentre, herberger m.fl.

Fra stillingsopslaget for socialoverlæger til somatikken, september 2021, er følgende kerneopgaver listet:

- Rådgivning i konkrete behandlingsforløb
- Indføre nye behandlingsprincipper indenfor området baseret på evidensbaseret viden
- Yde sparring og lægefaglig bistand/rådgivning til det øvrige personale i vanskelige forløb
- Understøtte kvalitet og dokumentation af pleje og behandling af socialt udsatte patienter
- Initiere og bidrage til forskning om behandling af særligt udsatte borgere med henblik på at der opnås mere viden om området
- Udbredelse af viden og understøttelse af kompetencer om behandling af særligt udsatte borgere – løses i tæt samarbejde med socialoverlægerne i somatikken og i psykiatrien og som skal tilrettelægges på en måde, som ligestiller alle hospitaler i Region Hovedstaden
- Uddannelse og undervisning af det øvrige personale
- Understøtte et tæt samarbejde om de særligt udsatte borgere mellem somatiske hospitalsafdelinger og psykiatrien, kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, praktiserende læger, misbrugscentre, herberg m.fl.

Målgrupper for socialoverlægerne

Der er således på tværs af psykiatri og somatik flere målgrupper for socialoverlægerne. De primære er:

1. Personale i sundhedsvæsenet – både socialsygeplejersker og øvrige personale i sundhedsvæsenet – som via kompetenceudvikling, udarbejdelse af vejledninger, faglig sparring og rådgivning m.m. vil blive klædt bedre på til at behandle socialt udsatte patienter
2. Eksterne samarbejdspartnere i kommunerne fra f.eks. herberg, væresteder og rusmiddelcentre, hvor der vil være et særligt fokus på at understøtte det lægefaglige samarbejde i forhold til at etablere mere sammenhængende forløb
3. Organisationen – dvs. det regionale sundhedsvæsen og de tværsektorielle samarbejdsfora, hvor der vil være fokus på at styrke fagligheden i forhold til socialt udsatte patienter i en

række forskellige sammenhænge og understøtte samarbejdet dels mellem somatik og psykiatri og dels tværsektorielt i forhold til at sikre muligheden for mere sammenhængende patientforløb

4. Patienterne – socialt udsatte patienter som via socialoverlægerne arbejde vil få bedre forløb

Status på implementeringen

Tabel 1 på næste side viser en oversigt over, hvordan de 4 socialoverlægestillinger har været besat siden starten af 2022. Som det fremgår, har der været udskiftning på 3 af de 4 stillinger og på Amager og Hvidovre Hospital har stillingen stået ubesat i godt 1,5 år. For alle socialoverlæger har det været et vilkår, at de selv har skulle lægge mange kræfter i at definere og udfylde stillingerne, der har en kompleks og forskelligartet opgaveportefølje. Og den konkrete udformning og vægtning mellem de forskellige opgaver er i høj grad afhængig af den enkelte socialoverlæge og dennes kompetencer. Når der så samtidig har været en stor udskiftning i gruppen, har det været svært at drive arbejdet med at udvikle funktionen som en fælles proces de første 1½ til 2 år. Det betyder, at stillingerne stadig i gang med at finde sin form. Socialoverlægerne har i denne proces været meget afhængig af samspillet med deres nærmeste ledere, og for den ene socialoverlæge har der været flere skift på denne post, hvilket har gjort udviklingen og implementeringen af stillingen mere krævende.

Det er værd at være opmærksom på, at de fire socialoverlæge har en meget forskellig organisatorisk placering, og at den kontekst, som de arbejder ind i er meget forskellig. Det gælder mellem socialoverlægerne i psykiatri og somatik, det gælder mellem de 2 socialoverlæger i somatikken og det gælder i væsentlig mindre omfang mellem de 2 socialoverlæger i psykiatrien.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH): Socialoverlægen er placeret i akutområdet og refererer til cheflægen her. BFH har over de sidste par år lavet en stor satsning på socialt udsatte patienter. Der er blevet etableret det, der kaldes Flexklinikken, hvor socialsygeplejerskerne på Bispebjerg-matriklen er tilknyttet, sammen med socialoverlægen. Som et led i Flexklinikken er der blevet etableret det, der hedder 'Flex Almen Praksis', hvor der er ansat 2 overlæger, 2 fodterapeuter og hvor nogle af socialsygeplejerskerne fra Bispebjerg også arbejder. Flex Almen Praksis arbejder som praktiserende læger for socialt udsatte mennesker, der har brug for lægehjælp, eller henvisning videre i det specialiserede sundhedsvæsen. Fra 2025 har BFH modtaget midler fra Region Hovedstaden til at etablere et afsnit med sengepladser til patienter med behov for abstinensbehandling. Socialoverlægen på BFH indgår dermed i en større gruppe – på nuværende tidspunkt ca. 13 personer – der arbejder med socialt udsatte patienter, og hvor der er forholdsvis gode muligheder for at lave et fagligt miljø med fokus på social udsathed.

Da den nuværende socialoverlæge blev ansat i efteråret 2023, blev det besluttet og godkendt af regionen, at socialoverlægen i første omgang skulle fokusere sin indsats på Bispebjerg-matriklen og ikke have sin faste gang på andre af regionens hospitaler. Socialsygeplejerskerne på de andre hospitaler kan godt ringe til socialoverlægen med henblik på sparring, men det sker kun i meget begrænset omfang. Det er ikke klart, hvor længe denne første periode strækker sig over.

Tabel 1 viser hvornår der har været ansat socialoverlæger på de enkelte centre og hospitaler. En fed sort streg viser ansættelsens ophør.

	2022												2023												2024														
	Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal			Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal			Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal					
BFH ¹																																							
AHH																																							
PC Amager																																							
PC Nordsj.																																							

1 Socialoverlægen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital startede 1/12 2021.

Socialoverlægen deltager dagligt (de dage, hvor vedkommende er til stede på Bispebjerg-matriklen) i socialsygeplejerskernes morgengennemgang, og socialsygeplejerskerne har løbende mulighed for kontakt i løbet af dagen. Dertil kommer lægemøder i Flexklinikken. Samt ind i mellem deltagelse i det ugentlige møde i det Koordinerende Patient Team sammen med Københavns Kommune og Psykiatrisk Center København vedr. komplekse patienter, som socialsygeplejerskerne arrangerer.

Amager og Hvidovre Hospital (AHH): Socialoverlægen er her placeret i en stabsfunktion i den afdeling, der hedder Patientforløb og socialoverlægen refererer til stabschefen for denne afdeling. Her er også placeret den fagligt koordinerende socialsygeplejerske for somatikken, som er en tæt samarbejdspartner for socialoverlægerne i somatikken. Socialsygeplejerskerne på AHH er også placeret i denne afdeling.

Som det fremgår af tabel 1, så har stillingen på AHH stået tom fra 1/3 2023 til 1/10 2024. Den tidligere socialoverlæge på AHH havde udover at være med i klinikken på både Amager og Hvidovre også fast sin gang på Herlev Hospital en gang om ugen. Det er endnu uafklaret, hvordan den nye socialoverlæge på AHH kommer til at organisere sit arbejde. På nuværende tidspunkt planlægger vedkommende med at være en dag om ugen på Amager-matriklen.

Psykiatrisk Center Nordsjælland (PCN): Den ene af de psykiatriske socialoverlæger er organisatorisk forankret på PCN i Hillerød, og refererer til cheflægen for det stationære område (dvs. sengepladserne) her. Socialoverlægen på PCN er ansvarlige for 3 af de psykiatriske akutcentre – udover PCN er det Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Glostrup.

Arbejdet er her organiseret således, at socialoverlægen prøver at komme rundt på alle tre centre i løbet af ugen. Da der også er en del møder med eksterne parter (f.eks. driftsfora-møder og PSPK-møder) er det ikke muligt at komme på faste ugedage. Så socialoverlægen laver planer for en periode ad gangen og det fremgår af vedkommendes kalender, hvornår hun er til stede på hvilke matrikler.

Socialoverlægen deltager typisk i den lægelige morgenkonference på det center, hvor hun er den pågældende dag, og evt. også i forstuegang (hvor afsnittets patienter gennemgås) på et af akutafsnittene, samt den lægelige middagskonference. Socialsygeplejerskerne på de 3 centre har altid mulighed for at ringe til socialoverlægen og på 2 af centrene deler de kontor, det tredje center har socialoverlægen eget kontor ved siden af socialsygeplejerskerne.

Psykiatrisk Center Amager (PCA): Den anden af de psykiatriske socialoverlæger er organisatorisk forankret på PCA, og referer til cheflægen for det stationære område her. Socialoverlægen på PCA er ansvarlig for de 3 andre psykiatriske akutcentre – udover PCA er det PC København og PC Bornholm. Da der er færre kommuner i PCAs og PCKs optageområder er der også færre eksterne samarbejds møder og socialoverlægen har derfor nemmere ved at have faste dage på de enkelte centre. Socialoverlægen er som hovedregel på PCK mandag og tirsdag og PCA onsdag-fredag. Der er ikke forventning om fysisk tilstedeværelse på PC Bornholm, men socialsygeplejersken her har altid mulighed for at ringe.

På PCK sidder socialoverlægen i storrumskontor ved siden af socialsygeplejerskerne. På PCA har vedkommende sit eget kontor i nærheden af socialsygeplejerskerne. Socialoverlægen deltager typisk i den lægelige morgenkonference på det center, hvor hun er den pågældende dag, og som regel også i forstuegang på et af akutafsnittene. Derudover er der planlagt med, at

socialsygeplejersker og socialoverlæger mødes derefter og vender dagens patienter og arbejdsopgaver. Her har socialoverlægen også mulighed for at følge op på, hvad der har været de dage, hvor hun ikke har været til stede.

På PCA er den fagligt koordinerende socialsygeplejerske for psykiatrien også placeret.

Samarbejde mellem socialoverlægerne

Fra starten af har der været planlagt med fælles møder og sparring mellem de 4 socialoverlæger.

Der har dels været tale om møder mellem de 4 socialoverlæger og dels møder mellem de 4 socialoverlæge og deres 4 ledere i forhold til udvikling af funktionen. De sidste har været sat på pause en stor del af 2024. Socialoverlægerne mødes løbende – cirka en gang om måneden.

Muligheden for fælles møder har selvfølgelig været påvirket af udskiftningerne i gruppen. I 2024 har fokus været på at lave en fælles funktionsbeskrivelse for socialoverlægerne (da funktionen, som det fremgår ovenfor, har været beskrevet forskelligt for henholdsvis psykiatri og somatik).

Derudover tjener møderne også som et forum for faglig sparring mellem socialoverlægerne.

De 2 socialoverlæge i psykiatrien har derudover også løbende møder og har generelt en tæt kontakt i deres daglige virke.

4. Socialoverlægenes arbejdsopgaver

Dette kapitel beskriver først socialoverlægenes fælles udgangspunkt: deres fokus på socialt udsatte patienter. Herefter beskrives det lidt mere detaljeret, hvad det er for opgaver, som socialoverlægerne løser og på hvilke arenaer. Efter dette følger et afsnit der giver en række eksempler på patientforløb, hvor socialoverlægerne har været involveret. Næste afsnit sætter fokus på nogle af de forskelle der er mellem at være socialoverlæge i psykiatri og somatik. Kapitlet afsluttes med nogle refleksioner over antallet af socialoverlæger og den organisatoriske forankring ude på centre/hospitaler frem for i en regional funktion.

Et fælles udgangspunkt

På tværs af de socialoverlæger (og interne og eksterne samarbejdspartnere), som jeg har talt med, er der en klar fælles forståelse af, at de har et særligt fokus på socialt udsatte patienter – dvs. at man ser den socialt udsatte patient som sin primære målgruppe (fremfor at udsathed er et forhold ved en henholdsvis somatisk eller psykiatrisk patient, som man måske/måske ikke tager højde for). At man ser den socialt udsatte patient som sin primære målgruppe betyder i forhold til socialoverlægerne:

- At man har et særligt kendskab til de livsvilkår, som socialt udsatte lever med, og som har betydning for, hvordan man kan 'passe sin sygdom' og leve sit liv.
- At man har en faglig nysgerrighed i forhold til at forstå, hvad social udsathed er for noget, og hvordan det påvirker patienternes helbred.
- At man har et særligt kendskab til de tilbud – sundhedsmæssige og andre – der findes uden for hospitalerne og som vil skulle løfte de behandlingsmæssige opgaver, som der ligger, når den socialt udsatte patient ikke længere er indlagt. Og et fokus på brobygning til disse tilbud. Det bliver af flere beskrevet som, at man kan 'tale samme sprog som i kommunen'.
- At man har en særlig interesse for den kompleksitet, der ofte præger de socialt udsatte patienter, og erfaring med, hvordan man lave gode forløb med denne kompleksitet som et vilkår.
- At man har et særligt kendskab til og opmærksomhed på de sundhedsmæssige problemstillinger, der særligt knytter sig til at være socialt udsat. Dette kan være sygdomme, der oftest set hos socialt udsatte, eller faktorer som netværk, bolig, alkohol og/eller andre rusmidler, der påvirker helbredet og muligheden for at passe en behandling.

Der er også enighed om, at man som socialoverlæge repræsenterer et lægefagligt supplement til andre indsatser i sundhedsvæsenet i forhold til socialt udsatte – ikke mindst socialsygeplejerskerne. Dette punkt handler om flere områder:

- At få udsatte-faglighed ind i en lægefaglig ramme – dvs. både i forhold til lægens faglige arbejde, herunder den medicinske behandling, og i forhold til det særlige behandlingsmæssige ansvar der ligger hos læger.
- At have mulighed for at kommunikere direkte læge til læge, hvilket er en traditionel kommunikations- og arbejdsform i sundhedsvæsenet. Dette har både en faglig dimension og en magtmæssig/hierarkisk dimension.
- At understøtte det arbejde, som socialsygeplejerskerne laver.

Der er også en fælles referenceramme i forhold til den overordnede dagsorden med at bekæmpe social ulighed i sundhed.

Hvad med rusmidler?

I det oprindelige oplæg til socialsygeplejersker og socialoverlæger fra Region Hovedstadens Udsatteråd er der ikke nogen tvivl om, at rusmidler og ordentlig behandling af patienter, der bruger rusmidler, havde en fremtrædende plads. I det efterfølgende arbejde med at beskrive funktionerne (se afsnittet om 'formål' ovenfor) er kompetencer indenfor rusmiddelbehandling nævnt som et blandt en række andre punkter.

I den konkrete ansættelse af socialoverlæger tegnede der sig i første omgang et noget andet billede. De tre første socialoverlæger i somatikken (heraf en nuværende) var alle tre faglige eksperter i rusmiddelbehandling og har betydelige erfaringer inden for dette område. De var alle tre speciallæger i almen medicin og havde arbejdet som læger i den kommunale rusmiddelbehandling. De tre socialoverlæger, der har været ansat i psykiatrien (heraf 2 nuværende) har også en almen medicinsk speciallægeuddannelse suppleret med erfaring inden for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om socialt udsatte patienter med komplekse helbredsmæssige problemstillinger, hvor rusmiddelproblemer kan være en del af sygehistorien, og med rehabilitering. Det betød, at det var muligt de første par år at tegne et skel imellem den måde, som socialoverlægefunktionen så ud i somatikken: rusmiddelfokus – og i psykiatrien: socialmedicinsk fokus.

Da den fjerde socialoverlægestilling (på AHH) blev genbesat 1/10 2024 kom billedet dog til at se noget anderledes ud. Den nye socialoverlæge her har en socialmedicinsk baggrund og vedkommendes profil ligner på flere områder mere de 2 socialoverlæger i psykiatrien end socialoverlægen i somatikken.

Så når rusmidler og behandling af rusmiddelproblemer ikke fremgår som et selvstændigt punkt på ovenstående liste over det fælles udgangspunkt, så er det fordi, at viden om rusmidler og rusmiddelbehandling ikke på samme måde fremstår som en central, fælles kompetence hos alle socialoverlægerne. Det er dog noget, som de alle er bevidste om, og man søger på forskellig vis at få suppleret de nuværende kompetencer med dette område, f.eks. ved kurser, konference og praktikophold. Og socialoverlægerne arbejder derudover med at udbrede kendskabet til de vejledninger der beskæftiger sig med rusmidler og med brobygning til og samarbejde med rusmiddelcentre.

De konkrete arbejdsopgaver

Udover det fælles udgangspunkt omkring den socialt udsatte patient, så går beskrivelserne af de konkrete arbejdsopgaver også på tværs af funktionen. Socialoverlægerne peger på tre primære arbejdsområder:

1. Patientforløb
2. Organisatorisk arbejde
3. Kompetenceudvikling

Ad. 1. Patientforløb. Socialoverlægerne er i skiftende omfang involveret i konkrete patientforløb, hvor man giver råd og vejledning om, hvordan forløbet kan planlægges bedst muligt i forhold til socialt udsatte patienter, både under indlæggelsen og efterfølgende. Dette kan nogle gange også indebære deltagelse i samarbejds møder eller netværks møder rundt om og/eller med den enkelte patient. I næste afsnit gives nogle konkrete eksempler på patientforløb, som socialoverlægerne har været involveret i.

Socialoverlægerne kan blive involveret i patientforløb på forskellig vis. Dels kan de blive kontaktet af en socialsygeplejerske der har brug for sparring, dels kan de selv blive opmærksomme på en patient til en morgenkonference eller tilsvarende, og dels kan de blive kontaktet direkte af en kollega, oftest en anden læge med behandlingsansvar for patienten. I psykiatrien kan det dog også f.eks. være en socialrådgiver eller en psykolog, der tager fat i socialoverlægen. Nogle gange går de selv direkte ind i forløbene, andre gange er engagementet via faglig sparring med socialsygeplejerskerne.

De patientforløb, som de bliver direkte involveret i, er typisk patientforløb, hvor der er en række komplicerende forhold til stede. Det kan være, at patienten har rusmiddelproblemer og dermed svært ved at passe sin behandling for enten somatisk eller psykisk lidelse. Det kan være, at patienten er hjemløs og dermed ikke har et sted at være og sove og et sted at passe på sig selv og sine forskellige helbredsmæssige problemer. Det kan være, at der er tale om en patient med en lang række af kontakter til sundhedsvæsenet, sociale tilbud m.m. og hvor det kan være vanskeligt at finde ud af, hvem der gør hvad. Det kan være en patient, der ikke rigtig er i målgruppen for nogle af de almindelige tilbud og derfor er i farer for ikke at få hjælp. Det kan være en psykiatrisk patient med somatisk komorbiditet eller en somatisk patient med psykiatrisk komorbiditet. Det kan være en patient med svære traumer i bagagen, der gør det vanskeligt for patienten at drage nytte af etablerede behandlingstilbud. Og ofte er der tale om patienter med en kombination af flere eller alle disse elementer.

Socialoverlægerne beskriver, at det nogle gange også handler om, at fordi de ikke er bundet i den behandlingsmæssige drift, så har de tid og mulighed for at tage fat i de komplekse patientforløb og bedre følge dem til dørs. Det kan f.eks. være ved at lave en grundig gennemgang af journalen, så det kan blive tydeligt, hvad man har prøvet før og hvad der har virket – både inden for hospitalerne og i kommunerne. Dette giver mulighed for at komme videre til nogle andre tiltag fremfor at blive ved med at gøre det samme. De bidrager ofte med et blik på det samlede patientforløb frem for at fokusere på de enkelte indlæggelser.

I psykiatrien indebærer det også at deltage i arbejde med at nedbringe genindlæggelser. Det foregår lidt forskelligt på de enkelte centre. Nogle steder foregår det som et led i den daglige sparring, andre steder sidder socialoverlæge (og socialsygeplejerske) med i et formelt møde, hvor man systematisk gennemgår de patienter, der har flest genindlæggelser og kigger på, hvilke indsatser der kan sættes i værk for at begrænse genindlæggelserne – enten i psykiatrien selv (f.eks. bedre samarbejde mellem de stationære og ambulante tilbud), i kommunerne (f.eks. forslag om at tilknytte bostøtte eller visitering til botilbud) eller i samarbejdet mellem psykiatri og kommune (f.eks. bedre opfølgning på udskrivningsplanerne).

Socialoverlægerne beskriver, at deres bidrag ind i disse patientforløb er en opmærksomhed på og et generelt kendskab til, hvad der foregår uden for hospitalet. Det kan f.eks. være kendskab til den kommunale rusmiddelbehandling, til arbejdsgangene på et botilbud, kendskab til relevante lavtærskel tilbud, en opmærksomhed på betydningen af boligsituation, netværk, aktiviteter og forsørgelse for patientens helbred og konkrete sygdomsforløb, for psykiatriens vedkommende at have en mere tydelig opmærksomhed på det somatiske helbred, en opmærksomhed på børn og mulig underretning – alt sammen for at bidrage til bedre muligheder for egenomsorg og for at patienten kan følge behandlingen. Socialoverlægerne med en socialmedicinsk, helhedsorienteret tilgang vil karakterisere dette som at få et socialmedicinsk perspektiv på patientforløbene, og de har

valgt at bruge WHO's International Classification of Functionen (ICF), som faglig ramme for disse bidrag. ICF-modellen er en bio-psyko-social-model med fokus på funktionsevne og giver dermed mulighed for et fælles sprog med samarbejdspartnerne i kommunerne (Nielsen and Modvig 2011).

Ad. 2. Organisatorisk arbejde. De eksempler, der er givet på dette, handler dels om at udarbejde, kvalitetssikre, udbrede og understøtte de regionale vejledninger (VIP'er), der beskæftiger sig med rusmidler og/eller er relevante for socialt udsatte. Det er f.eks. vejledningen om 'Somatisk udredning og gratis prævention for patienter i integreret tilbud', der er en ny vejledning, og opdatering af vejledningen om 'Socialt udsatte patienter med stofbrug'. Udbredelse og understøttelse af VIP'erne kan bl.a. handle om at undervise i dem og udarbejde Quick-guides til dem.

En anden del af det organisatoriske arbejde handler om at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring udsatte patienter – f.eks. ved at deltage i forskelle tværsektorielle fora og møder eller ved at udarbejde samarbejdsaftaler mellem sundhedsvæsenet og centrale aktører. Det kan også handle om samarbejde med praktiserende læger og om samarbejde med civilsamfundsorganisationer, der særligt i Københavns området varetager en stor del af indsatsen for de mest socialt udsatte mennesker.

Et eksempel på styrkelse er det tværsektorielle samarbejde er projektet 'det gode samarbejde om socialt udsatte', som er et projekt i regi af Sundhedsklynge Byen. Der har været deltagere fra Flex klinikken, PC København, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og Almen Praksis i projektet. To af de centrale indsatser i dette projekt har været etableringen af 'Det koordinerende patientteam' og udarbejdelsen af den tværsektorielle forløbsbeskrivelse 'Samarbejde om udsatte borgere med behov for abstinensbehandling', og hvor socialoverlægen på BFH har haft en hel central rolle i begge indsatser. Det koordinerende patientteam er ugentlig (2 gange om ugen) tværsektorielle samarbejds-møder om konkrete patienter med deltagere fra somatik, psykiatri og kommune, og hvor der udarbejdes koordinerende indsatsplaner. Socialoverlægen har været central i at få beskrevet og afprøvet, hvordan disse møder i praksis kunne gennemføres. Den tværsektorielle forløbsbeskrivelse om udsatte borgere med behov for abstinensbehandling omhandler bl.a. principper for samarbejde, procedure for indlæggelse, procedure for abstinensbehandling, beskrivelse af kommunal rusmiddelbehandling, samarbejde med egen læge, procedure i forbindelse med udskrivelse, kontaktoplysninger, relevante skabeloner og en række patientcitater. Forløbsbeskrivelsen er forankret hos socialoverlægerne i somatikken, psykiatrien og Københavns Kommune. Socialoverlægen på BFH har været tovholder på udarbejdelsen og har været central i forhold til, at arbejdet blev gennemført.

Socialoverlægerne beskriver, at de qua, at de nogle gange er direkte involverede i patientforløb, også får øje på nogle mere gennemgående problemer, som det herefter er muligt at prøve at løse på et mere overordnet eller strukturelt niveau – fremfor kun i det enkelte patientforløb. Der kan f.eks. være tale om samarbejdsaftaler mellem lavtærskel tilbud eller kriminalforsorgen om, hvordan man bedre samarbejder omkring mennesker, der har kontakter begge steder.

Også her spiller spørgsmålet om tid en rolle. Socialoverlægerne oplever, at de – igen fordi de ikke er bundet i den behandlingsmæssige drift – har mulighed for at gå ind og arbejde med nogle af disse problemstillinger, og dermed sikre at det rent faktisk bliver gjort. Dette står i modsætning til det

øvrige personale i klinikken, der ofte ikke vil have tid til dette, og slet ikke tid til at gå aktivt ind i et sådant udviklingsarbejde, og få det fulgt til dørs.

I forhold til det patientrelaterede arbejde har der i både psykiatri og somatik været en proces, hvor socialoverlægerne over tid er blevet mindre involveret direkte og i højere grad bringer deres faglighed i spil i sparringen med socialsygeplejerskerne og med de behandlingsansvarlige læger. Der har tilsvarende været en forskydning fra det patientrelaterede arbejde over imod det organisatoriske. Socialoverlægerne begrundede dette med, at det kan blive for tilfældigt, hvilke patienter som de har mulighed for at være inde over, grundet deres begrænsede ressourcer, og at det i udviklingen af funktionen har vist sig, at der også er behov for en ikke uvæsentlig indsats på det organisatoriske niveau med potentiale for at påvirke behandlingen af langt flere socialt udsatte patienter, end der vil være via de individuelle patientforløb. Det har i høj grad været op til den enkelte socialoverlæge at lave vægtningen mellem det patientrettede arbejde og det organisatoriske. Der er også en individuel forskel socialoverlægerne imellem i forhold til vægtningen mellem det patientrelaterede og det organisatoriske. Det organisatoriske arbejde kan for socialoverlægerne i psykiatrien både være på det enkelte center, for psykiatrien (dvs. på hospitalsniveau) og på regionalt niveau. For socialoverlægerne i somatikken er det på afdelingsniveau, hospitalsniveau og på regionalt niveau. Arbejdet på det regionale niveau kan ind imellem have karakter af et mere strategisk arbejde – f.eks. i forhold til, hvilke indsatser der mangler i forhold til socialt udsatte patienter. Samtidig er det uden tvivl et niveau, hvor socialoverlægerne godt kunne ønske sig at blive inddraget i højere grad, f.eks. i forhold til, hvordan man kan sikre en mere helhedsorienteret tilgang eller hvordan man kan indrette nye tilbud og fysiske rammer, så de bliver mere tilgængelige for socialt udsatte patienter.

Et meget vigtigt element i socialoverlægernes organisatoriske arbejde er at understøtte socialsygeplejerskefunktionen. Med de psykiatriske socialsygeplejersker fik man i starten af 2022 en hel ny funktion i psykiatrien, og de psykiatriske socialoverlæger havde en stor rolle i at få funktionen nærmere udviklet og implementere, herunder også det vigtige arbejde med samarbejdes- og snitflader med psykiatriens socialrådgivere. Socialoverlægernes engagement i dette arbejde blev ikke mindre vigtigt af, at den fagligt koordinerende socialsygeplejerske var sygemeldt nogle måneder hen over sommeren 2022, da socialsygeplejerskefunktionen stadig var meget ny og i gang med at finde sin form. Socialoverlægerne var blandt andet engageret i at skabe en fælles tilgang for socialsygeplejerskerne i RHP, udvikling og kvalificering af tilsynsnotat og oprettelsen af en 'smart-frase' i SP, etablere en faglig ramme på baggrund af ICF-modellen, og arbejde med hvordan tilsynsnotater kunne bidrage til gode sektorovergange og som internt arbejdsnotat og at få dette tilpasset psykiatriens arbejde i projektet 'Bedre Behandling Under Indlæggelse'. En væsentlig del af de psykiatriske socialoverlægers arbejdstid det første år til halvandet blev brugt på dette arbejde, og det udgør stadig en vigtig opgave for dem. Nyere eksempler på sådanne opgaver er socialoverlægens arbejde med, i samarbejde med administrationens jurister, at afklare socialsygeplejerskernes rettigheder i forhold til at kigge på gamle notater i SP, således at der er mulighed for at skabe overblik over tidligere afprøvet behandling, konkurrerende lidelser m.m. De psykiatriske socialoverlæger er sammen med den fagligt koordinerende socialsygeplejerske også ansvarlige for de månedlige temadage for socialsygeplejerskerne.

For socialoverlægerne i somatikken har situationen været markant anderledes – her var socialoverlægerne 'de nye' i forhold til en meget mere veletableret funktion, og der har ikke været

samme behov. Her har understøttelsen af funktionen – ud over sparring i de konkrete patientforløb – bl.a. handlet om at lave kompetenceudvikling for socialsygeplejerskerne og om – hvor det er muligt – at løfte individuelle udfordringer som socialsygeplejerskerne oplever op til nogle mere strukturelle løsninger – f.eks. at gøre det muligt at bruge korrespondancemeddelelser, som man bl.a. bruger til at kommunikere med almen praksis, i kontakten med rusmiddelcentre.

På tværs af psykiatri og somatik løfter socialoverlægerne også en rolle med at fungere som sparringspartner for socialsygeplejerskerne, der nogle gange godt kan stå i vanskelige situationer med meget krævende patientforløb og svære samarbejdsrelationer med kollegaer. En sjælden gang i mellem har socialoverlægerne også oplevet, at kollegaer har henvendt sig med bekymringer om socialsygeplejerskerne arbejde. Flere af socialoverlægerne peger på, at deres rolle i forhold til socialsygeplejerskerne på disse dimensioner kan være uklar. Har de en rolle som faglig leder? Som mentor? Som back up? Som kvalitetssikring? Og med hvilket mandat?

Ad. 3. Kompetenceudvikling. Alle socialoverlægerne laver kompetenceudvikling lokalt om f.eks. rusmidlerne, information om funktionen, eller den kommunale rusmiddelbehandling. Og der er også noget involvering i bredere tiltag på regionalt niveau, f.eks. omkring udarbejdelse af e-læringsprogrammer. Endelig varetager de også kompetenceudvikling hos eksterne samarbejdspartnere, f.eks. kriminalforsorgen, og andre eksterne aktører.

Et af de temaer, der nævnes i de oprindelige beskrivelser af socialoverlægernes funktion, men som på nuværende tidspunkt ikke løftes i socialoverlægegruppen, er forskning. De 2 socialoverlæger i psykiatrien har dog taget initiativ til at etablere en interessegruppe for rehabilitering inden for rammerne af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Hvilke patienter arbejder socialoverlægerne med?

Nedenstående beskrivelser stammer fra socialoverlægerne og giver et billede af, hvilke patienter, som socialoverlægerne kan være inde over og hvad deres indsats her består af.

- En patient er indlagt på leverafdeling og viser sig at have en mangeårigt brug af illegale benzodiazepiner. Under indlæggelse konverteres det illegale brug til et lægeordineret brug for at forebygge abstinenser. I forbindelse med udskrivelsen kontaktes lokalt rusmiddelcenter i forhold til, om de vil overtage ordinationen og på sigt varetage nedtrapningen. Socialoverlægen er inde over både konverteringen på hospitalet og dialogen med rusmiddelcenteret.
- En patient er indlagt på ortopædkirurgisk afdeling. Vedkommende har en række forskellige sygdomme – både fysiske og psykiske og bor på et bosted. Under indlæggelsen faciliterer socialoverlægen et tæt samarbejde med bostedet om, hvad de realistisk set kan hjælpe patienten med, når vedkommende udskrives.
- Patient uden cpr. nummer er indlagt på akut visitationsafsnit. Vedkommende har flere indlæggelser med opioid-overdosis bag sig. Kommunalt rusmiddelcenter kan ikke tilbyde substitutionsbehandling, da vedkommende ikke har dansk cpr.nr. Socialoverlægen finder læge i lavtærskel sundhedstilbud, der i en periode kan varetage substitutionsbehandlingen, så overdoser kan forebygges.
- Indlagt, socialt udsat patient skal videre i døgnbehandling og i den forbindelse har brug for nedtrapningsplan i forbindelse med et illegalt brug af benzodiazepiner. Socialoverlæge laver plan for nedtrapning og overlevering.

- Patient med stor benzodiazepin ordination i rusmiddelcenter, der indlægges gentagende gange til alkoholafrusning. Har ønske om at holde op med at drikke, men dårligt samarbejde med rusmiddelcenteret. Patienten har også en række somatiske klager. Socialoverlæge deltager i netværksmøde med rusmiddelcenter og egen læge for at lave fælles plan for det fremtidige forløb. Det vurderes af rusmiddelcenteret, at socialoverlægens deltagelse er afgørende for at få egen læge til at fremmøde.
- Patient indlagt i psykiatrisk akutmodtagelse med selvmordstanker. Ved samtale med socialsygeplejerske viser det sig at patienten har kompliceret smerteproblematik, mangeårigt overforbrug af medicin (opioider), er tidligere bandekriminel og diagnosticeret med PTSD og tilknyttet specialiseret behandlingstilbud mhp. traumebehandling. Der er behov for substitutionsbehandling, og det er generelt uklart, om de forskellige aktører har kendskab til hinanden. I samarbejde mellem socialsygeplejerske og socialoverlæge, og med samtykke fra patient, tages kontakt til kommunalt rusmiddelcenter mhp. substitutionsbehandling, kommunal sagsbehandler, traumebehandling og egen læge med information om aktive aktører i patientens liv og opfordring til netværksmøde og samarbejde.
- Patient i 60'erne indlagt pga. selvmordstanker og -planer. Ingen rusmiddelproblematik. Er ensom og har muligvis depressive symptomer. Belastet forhold til børn, bor alene, sparsomt netværk. Når selvmordstankerne er klinget af, planlægges udskrivelse til egen læge. Socialoverlæge rådgiver stuegangslæge om dels til stuegangssamtale at have fokus på patientens sociale relationer og tale disse op. Dels at skrive en detaljeret epikrise til egen læge, så denne er klædt så godt som muligt på til at kunne modtage patienten og iværksætte relevant behandling.
- Yngre kvinde indlagt på intensivt afsnit med stofpsykose. Finder på afsnittet sammen med medpatient, der tidligere har fået smuglet kokain ind i afsnittet. Personalet er bekymret for, om der opstår en seksuel relation mellem de 2 patienter i afsnittet og om patienten kan passe tilstrækkeligt på sig selv. Det planlægges at overføre patienten til andet intensivt afsnit. Socialoverlægen spørger til, om man også er opmærksom på, om patienten bruger prævention, og om man kan tilbyde hende noget, sådan så hun helt generelt er i bedre stand til at passe på sig selv og beskytte sig i fremtidige seksuelle kontakter.
- Patient med dys-social personlighedsstruktur, og som tidligere har været fængslet gennem mange år for bl.a. personfarlig vold, indlægges grundet selvmordstanker og i affekt. Patientens tilstand er destabiliseret grundet ændringer i vedkommendes livssituation. Patienten er i arbejde og modtager aktuelt ingen kommunale indsatser. Cheflæge vurderer, at det er afgørende, at patienten kan udskrives til stabile, sociale forhold og med relevant kommunal støtte. Det vurderes også, at der er behov for et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde rundt om vedkommende. Socialoverlægen bliver tovholder på at få udredt patienten sociale situation grundigt og på at få lavet en fælles plan med kommunen og at der gennemføres netværksmøde omkring patienten.
- Patient kendt med paranoid skizofren og alkoholoverforbrug indlægges grundet selvmordstanker og ønske om alkoholbehandling. Patienten er dansk statsborger med anden etnisk baggrund. Patienten modtager førtidspension. Er netop kommet retur til Danmark efter at have været i udlandet i flere år. Bor nu på lejet værelse – har ikke tidligere boet alene. Patienten har begrænset netværk og oplever at være ensom, har ingen aktiviteter i sin hverdag. Patienten er præget af negative tanker og tendens til at isolere sig og drikker, når

vedkommende er alene. Socialoverlægen laver en journalgennemgang og udarbejder et statusnotat, som læge og plejepersonale på sengeafsnittet kan tage udgangspunkt i i deres kommunikation med kommunen vedr. støttebehov, aktivitetstilbud og ønske om bolig samt til brug for brobygning til rusmiddelcenter.

- Patient med alkoholafhængighedssyndrom og et kaotisk brug af andre rusmidler. Indlagt gentagende gange i både somatisk og psykiatrisk regi til afrusning. Mange alvorlige somatiske problemstillinger, manglende egen omsorg, nedsatte sundhedskompetencer, manglende compliance. Er for nylig blevet hjemløs og opholder sig på herberg. Vanskeligheder ved at administrere egen økonomi. Intet netværk. Er ikke tilknyttet rusmiddelbehandling men har forsøgt rusmiddelbehandling mange gange. Der er uklarhed om evt. psykiatrisk diagnose grundet modsatrettede oplysninger i den meget omfattende journal. Socialoverlæge laver journalgennemgang og peger bl.a. på muligheden for hjerneskade pba mangeårigt overforbrug af alkohol. Derudover har patienten haft blodpropper x flere og tager kun sporadisk blodproppsforebyggende medicin. Der er planlagt udredning for yderligere somatisk sygdom ambulant, men det er usikkert om patienten møder/kan møde til dette. I forbindelse med udskrivelsen gøres hjemløseindsatsen i den pågældende kommune opmærksom på, at denne borger skal følges tæt og særligt have støtte til sine somatiske problemstillinger.

Udover den konkrete lægefaglige indsats i de pågældende patientforløb beskriver socialoverlæge også, at det patientrelaterede er vigtigt for at forstå, hvad der rør sig og hvad det er for nogle udfordringer, som det kliniske personale står med, og som socialoverlægerne evt. skal søge at løfte op til nogle mere generelle løsninger.

Forskelle mellem at være socialoverlæge i psykiatrien og i somatikken

Som beskrevet tidligere i dette kapitel, så er der en række fællestræk mellem socialoverlægefunktionen i psykiatrien og somatikken. Og flere af ovenstående patientcase kan være patienter i psykiatrien såvel som i somatikken. Der er dog også nogle markante forskelle på at være socialoverlæge i henholdsvis psykiatri og somatik. Disse forskelle stod endnu tydeligere frem før den fjerde socialoverlæge med socialmedicinsk specialisering blev ansat i somatikken, men jeg vurderer, at det fortsat giver mening at have et blik for de forskellige vilkår og på den forskellige kontekst for funktionen. Nedenfor er disse forskelle forsøgt opsat i en tabel. Der er selvfølgelig altid en risiko for at man overdriver forskellighederne i sådan en dikotom præsentation, så tabellen skal læses med denne forsigtighed i mente.

Tabel 2. Forskelle mellem at være socialoverlæge i psykiatrien og somatikken

	Socialoverlæge i psykiatrien	Socialoverlæge i somatikken
Kontekst: Rusmidler som en del af den lægelige specialisering eller ej	Rusmiddelproblemer er formelt set en del af det psykiatriske speciale. Speciallæger har modtaget undervisning i rusmidler som led i deres speciallægeuddannelse. Det kan gøre det vanskeligt at efterspørge viden om rusmidler og	Rusmiddelproblemerne ligger formelt set udenfor specialerne. Man kan godt være en dygtig kardiolog/... uden at vide noget om rusmidler. Det er fagligt ufarligt at efterspørge viden om

	rusmiddelbehandling, da man formelt set burde have den.	rusmidler hos socialoverlægen.
Kontekst: Muligheden for at gennemføre behandling på trods af rusmiddelbrug er forskellig	Rusmidlerne interagerer direkte med både lidelse og behandling, og kan forværre lidelsen og gøre effekten af behandlingen dårligere. Rusmiddelindtag kan forstærke risikoen for aggressiv adfærd hos psykotiske patienter med 4-10 gange (Hvidhjelm 2015). Rusmidler kan påvirke patientens evne til at følge behandlingen og til egenomsorg	Rusmidlerne skaber nogle udfordringer i forhold til patienternes adfærd på afdelingerne. Personale mangler erfaring med og viden om f.eks. abstinensbehandling og smertebehandling. I nogle sammenhænge er der selvfølgelig også en mere direkte sammenhæng – f.eks. i forhold til, at stort alkoholindtag påvirker evnen til egenomsorg efter en operation eller at sår heler dårligt, hvis man ryger meget.
Kontekst: Andel af patienter med rusmiddelproblemer	Det estimeres at omkring 30% af de indlagte patienter i psykiatrien også har problemer med rusmidler (Mårtensson, Düring et al. 2022)	På langt de fleste afdelinger vil det kun være en mindre del af patienterne, der har rusmiddelproblemer. I akutmodtagelse og de akutte visitationsafsnit er det en større del.
Kontekst: Generel tilgang i henholdsvis psykiatri og somatik	Formel tværfaglig og formelt med fokus på helhedsorienteret indsats.	Formel sundhedsfaglig med fokus på behandling af den somatiske sygdom.
Egen faglighed	Bred helhedsorienteret, almen medicinsk tilgang, socialmedicin. ICF – fokus på funktion. Med/uden kendskab til rusmiddelbehandlingen. Stort kendskab til den kommunale virkelighed.	Almen medicin med fokus på og erfaring med rusmiddelbehandling. Stort kendskab til den kommunale virkelighed.
Kerneopgave i forhold til patientforløb	Tid til gennemgang af komplekse forløb med fokus på allerede prøvede tiltag, sammenhæng og overgange, og udarbejde socialmedicinsk tilsynsnotat, der dokumenterer dette. Repræsentere og efterspørger vigtig viden om sociale forhold hos patienterne – f.eks. i forhold til bolig, forsørgelse, beskæftigelse, med fokus på brobygning og tværsektorielt	Specifikke behandlingsanbefalinger – primært i forhold til rusmidler. Rusmiddelfaglig ekspertise, som gør det muligt for rusmiddelbrugende patienter at modtage behandling for somatiske sygdomme. Specifikke behandlingsregimer, som det

	samarbejde – som har det med at forsvinde i en travl klinisk hverdag.	er muligt at overtage i primær sektor.
Faglig snitflade til socialsygeplejerskerne (tendens)	Det i højere grad socialsygeplejerskerne, der er bærere af rusmiddelfaglighed og socialoverlægerne, der er bærere af det socialmedicinske helhedsperspektiv.	Det er i højere grad socialsygeplejerskerne, der er bærere af et bredere socialt perspektiv på patientens liv og vilkår, og socialoverlægen der er bærere af rusmiddelfagligheden.
Samarbejdet med socialsygeplejerskerne	Tæt samarbejde med alle socialsygeplejersker qua fysisk tilstedeværelse på alle centre (undtagen PC Bornholm). Meget involveret i at skabe en fælles faglig tilgang for socialsygeplejersker og socialoverlæger på tværs af psykiatriens centre.	Tæt samarbejde med socialsygeplejerskerne på Bispebjerg Hospital.

Formålet med ovenstående tabel er som nævnt at tydeliggøre forskellene – ikke mindst i den kontekst, som socialoverlægerne arbejder i i henholdsvis psykiatri og somatik.

[Antal socialoverlæger og refleksioner om organisatorisk placering](#)

Som afslutning på dette kapitel om socialoverlægernes arbejdsopgaver præsenteres 2 temaer, som har været berørt i mine interview med socialoverlægerne og i nogle af de andre interview, som jeg har lavet i forbindelse med evalueringen. Der er tale om temaer, hvortil der knytter sig en række dilemmaer eller overvejelser for og imod, og hvor jeg heller ikke kommer med nogle konkrete anbefalinger. Det drejer sig dels om antallet af socialoverlæge og dels om den organisatoriske placering af socialoverlægerne.

[Antal](#)

Som beskrevet ovenfor, så er det forskelligt, hvordan socialoverlægerne i praksis fordeler sig på de forskellige matrikler, som der er i regionen og der er dermed også forskel på, både hvordan socialoverlægerne har mulighed for at udøve deres funktion, og hvor let det er for patienter, socialsygeplejersker og andre kollegaer at trække på socialoverlægernes ekspertise. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt der burde være flere socialoverlæger i Region Hovedstaden.

Hos mine informanter er der forskellige perspektiver på dette. Som spænder fra 'ja – det vil være fantastisk' til 'nej – det er der ikke brug for'. Dem, som gerne ser, at der kommer flere socialoverlæger, peger blandt andet på, at hvis man har sin egen socialoverlæge på hvert center eller hospital, så har denne i langt højere grad mulighed for at have et godt kendskab til, hvordan landskabet – herunder hvilke tilbud der er, og hvordan samarbejdet mellem de forskellige aktører historisk er foregået – ser ud lokalt, og hvad der derfor er særligt brug for i forhold til at understøtte den sundhedsfaglige indsats overfor socialt udsatte borgere. På Bispebjerg har man f.eks. valgt at

lave Flex Almen Praksis tilbuddet – men der er jo ikke sikkert, at det er det, der for alvor mangler i f.eks. Nordsjælland.

En anden fordel ved flere socialoverlæger vil være, at de vil kunne tage gode initiativer, der er udviklet af deres kollegaer andre steder, og så understøtte implementeringen af disse lokalt. Et eksempel på dette kunne være den tidligere nævnte tværsektorielle forløbsbeskrivelse, der er udviklet i et samarbejde mellem BFH, PC København, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og almen praksis, som med fordel vil kun udbredes til andre sundhedsklynger (eller i fremtiden sundhedsråd).

Der peges også på, at det vil gøre det muligt for socialoverlægerne i langt højere grad at være tæt på den kliniske hverdag det pågældende sted, og at man derfor i højere grad husker at bruge dem. En beskriver, at som det er nu (hvor socialoverlægen ikke er til stede næsten hver dag), så bliver socialoverlægen mere en gæst, fremfor en kollega som man engagerer sig med og er faglig med. Det kan også være svært for socialoverlægerne at følge op på konkrete patientforløb, som de har været involveret i, hvis de ikke er til stede (her overtager socialsygeplejerskerne typisk). Det vil også være nemmere for centerledelse/hospitalsledelse at trække socialoverlægerne ind i det strategiske arbejde, hvis der er en hvert sted.

Som det er fremgået ovenfor, så er noget af det, som socialoverlægerne kan bidrage med – både i de komplekse patientforløb og i det organisatoriske arbejde – tid og overblik til at forholde sig til forløbene og opgaverne og tid til at handle på dem. Og dette aspekt af deres praksis er også under pres i forhold til at skulle dække flere lokaliteter, og for nogen mange kommunale samarbejdspartnere.

Der bliver også peget på, at hvis et af formålene med funktionen er at udvikle udsatte faglighed i en sundhedsfaglig ramme, så vil det være relevant, at der er nogle flere socialoverlæge, så der kommer noget volumen i funktionen, nogle kollegaer at udvikle det sammen med. Disse stemmer peger også på, at fordi der er så få socialoverlæger, og fordi de sidder så spredt, så starter man næsten forfra, når en socialoverlæge stopper og en ny skal i gang.

De steder, hvor man har haft mulighed for at have en socialoverlæge for sig selv – BFH det første år af den nuværende socialoverlæges ansættelse og PCA også i en længere periode i forbindelse med opstart af ny socialoverlæge – har man været meget glad for det, og det er tydeligt, at socialoverlægerne her er godt forankret ind i de kliniske fællesskaber og bliver brugt.

Dem, der siger 'nej – det er der ikke brug for', gør det typisk med henvisning til, at de har svært ved at se, hvad socialoverlægerne bidrager med, at det er uklart for dem, hvordan socialoverlægerne hjælper dem i deres kliniske arbejde. Og dermed synes man ikke, at det giver mening at afsætte flere ressourcer til flere socialoverlæger.

Der er også nogle stemmer ind imellem disse 2 positioner. Nogen fortæller, at det jo altid kan være rart med flere hænder, men at man sådan set synes, at det virker fornuftigt med den nuværende normering. Og andre nævner, at det allerede har været svært at finde relevante kandidater til de nuværende stillinger, og at der har været en del udskiftning, så det kan godt være, at det på et teoretiske plan giver mening med flere socialoverlæger, men i praksis vil det være svært at kunne finde egnede kandidater.

Den organisatoriske placering

En beslægtet drøftelse er socialoverlægerne organisatoriske placering ude på de enkelte centre og hospitaler fremfor i en fælles regional funktion eller et videnscenter. Denne er bl.a. valgt for at give socialoverlægerne en tæt tilknytning til klinikken og forhindre, at de i praksis bliver opfattet som en gæst, der kommer på besøg. Ovenfor nævnte pointe om, at det giver mulighed for et godt kendskab til de lokale aktører, ressourcer og samarbejdspartnere er også relevant at nævne her.

De fordele, der kan være ved en fælles regional socialoverlægefunktion, er bl.a. at det vil give bedre mulighed for at udvikle udsatte-fagligheden. Som en sagde, så er det jo ikke alle steder, som er som Bispebjerg (med henvisning til den forholdsvis store personalegruppe, der er tilknyttet Flexklinikken her). Og nogle af socialoverlægerne oplever da også, at det kan være en ensom funktion, hvor der ikke er det store kollegiale fællesskab. En anden fordel ved en fælles regional funktion, som nogen peger på, er, at det vil give bedre muligheder for at tænke i, at det er den samlede socialoverlæge gruppe, som skal have alle relevante kompetencer – at det ikke nødvendigvis er den enkelte, der skal kunne det hele. F.eks. at ikke alle socialoverlæger behøver at være eksperter i rusmidler, det kan der være nogen der er, og andre kan så have fokus på f.eks. traumer og etniske minoriteter, hjemløse, forebyggelse m.m.

Adspurg om, hvordan man vil sikre samarbejdet med klinikken, hvis man sidder i en regional funktion, svares der typisk, at det skal man selvfølgelig være opmærksom på, men at det kan man i vid udstrækning planlægge sig ud af.

Det skal nævnes at alle socialoverlægerne konkret er glade for deres nuværende organisatoriske forankring, så der er ikke tale om nogle konkrete utilfredsheder, men om nogle mere generelle og overordnede betragtninger.

Nogle informanter nævner også, at det er svært at se den nuværende organisering opretholdt, hvis der skal ske en organisatoriske sammenlægning af psykiatri og somatik, som besluttet i den netop vedtagne sundhedsreform. Og der er også spørgsmålet om, hvordan socialoverlægerne vil passe ind i forhold til de nye tværsektorielle sundhedsråd.

5. Samarbejdspartnere

Dette kapitel afrapporterer de interviews, som jeg har haft med socialoverlægenes kollegaer og med eksterne partnere.

Samarbejde med kollegaer

Generelt er der en positiv oplevelse af funktionen hos kollegaerne i sundhedsvæsenet. Som en læge fra psykiatrien formulerede det: *"Mit liv som læge blev så meget nemmere, da jeg fandt ud af, at vi havde en socialoverlæge og en socialsygeplejerske"*. Der peges på, at socialoverlægerne er fagligt dygtige og har noget vigtig viden af bidrage med i forhold til socialt udsatte patienter – det kan f.eks. være om, hvordan de kommunale systemer fungerer, og hvad der findes af tilbud. Det nævnes også, at socialoverlægerne er opsøgende og tilgængelige, gerne vil hjælpe til, når man tager fat i dem, og er gode til at følge op.

I somatikken fremhæves blandt andet socialoverlægens viden om rusmidler og rusmiddelbehandlingen, som en række kollegaer har været glade for at kunne trække på, og hvor det vurderes, at patienterne har fået en bedre behandling end det ellers ville have været tilfældet. I psykiatrien nævnes i højere grad det brede, socialmedicinske perspektiv, og vigtig viden om, hvordan sociale forhold og relationer har betydning for patienternes mulighed for at få det bedre. En siger: *"Som læge kan det være meget utilfredsstillende ikke at vide, hvad der sker, når patienterne bliver udskrevet, og særligt når de så kommer igen efter kort tid. Der har socialoverlægen hjulpet mig med sin viden om, hvad der foregår udenfor"*. En anden beskriver, at socialoverlægerne har mulighed for at gå mere i dybden, end hvad der normalt er tid til – at det godt kan være lidt irriterende, men også virkelig godt, at det sker.

De medarbejdere, der har samarbejdet med socialoverlægerne i det mere organisatoriske spor, er generelt også positive i forhold til socialoverlægenes bidrag. Der bliver bl.a. peget på, at socialoverlægerne gerne påtager sig en planlæggende og strukturerende opgave i de forskellige udviklingsopgaver. Der bliver også peget på, at socialoverlægenes viden om, hvordan kommunerne og almen praksis fungerer, er værdifuld viden ind i det organisatoriske og tværsektorielle arbejde. En formulerer det som, at man med socialoverlægerne har fået noget faglighed ind i det tværsektorielle, ind i sektorovergangene. Vedkommende siger: *"Jeg troede egentlig godt, at vi kunne det, men jeg kan se, at de tilføjer noget til det."*

Der er dog hos kollegaer også et ønske om, at socialoverlægerne kunne være endnu mere aktive i forhold til at facilitere en bedre dialog med kommunerne. En beskrev det som at udvikle et fælles sprog med fokus på, hvordan man bedst muligt kan hjælpe patienterne. En anden kollega fra psykiatrien pegede på 2 konkrete områder, hvor det kunne være godt at have socialoverlægerne endnu mere i spil:

- I forløb med psykiatriske patienter, hvor der er komplicerende somatisk sygdom, og hvor der er brug for at få kommunen endnu mere på banen. Det konkrete eksempel var en patient med skizofreni, der pga. sin sygdom ikke kunne finde ud af at passe sin diabetes behandling. Her var der behov for at tydeliggøre, hvordan det somatiske indgår i den samlede problematik, og hvordan det kan gøre det nødvendigt med andre – og flere indsatser – fra kommunen. Hvor dialogen mellem socialrådgiveren i psykiatrien og sagsbehandleren i kommunen måske er gået i hårdknude og man sidder og slår hinanden oven i hovederne med

paragraffer. Der kan socialoverlægen måske komme ind med nogle af de centrale sundhedsfaglige argumenter

- I forbindelse med boligløse patienter, som psykiatrien melder færdigbehandlede, og hvor kommunerne derfor skal betale for, at de forbliver på den psykiatriske afdeling. Her kan nogle kommunerne godt finde på at hjemtage dem til en herbergsplads. Og der kan det bruges at socialoverlægen laver en god beskrivelse af, hvad dette har af konsekvenser for den enkelte patient, og for vedkommendes pårørende

Disse områder er dog helt klart inden for socialoverlægenes arbejdsområder, så når man har sådanne patienter, så er det sådan set bare at tage fat i dem.

Nogle kollegaer har fået en opfattelse af, at socialoverlægenes arbejdsopgave primært er at supervisere socialsygeplejerskerne, og at det altså derfor ikke er nogle ressourcer, som de selv kan trække på.

Selv om de fleste kollegaer er positive, er der dog også nogle, som ikke har samme positive oplevelse af funktionen – ikke af de konkrete personer, men af funktionen. Blandt kollegaer i både psykiatri og somatik er der hos nogle få en forundring og frustration over, at socialoverlægerne ikke kan have behandlingsansvar, og dermed ikke kan gå ind og overtage behandlingen for de mest komplekse, socialt udsatte patienter. Nogen peger også på, at det er uklart hvilket mandat socialoverlægerne har – både i forhold til patienter og i forhold til mere organisatoriske opgaver. For nogle kollegaer bliver dette dog formuleret som, at det også må skabe en frustration hos socialoverlægerne om ikke at kunne sætte deres faglighed ordentlig igennem. Som en siger: *"Når man bestiller et tilsyn hos somatikken, så gør man jo som regel, hvad der bliver foreslået. Hvorfor er det så ikke det samme med et social-medicinsk tilsyn?"*. En anden siger: *"Nogle gange må det være frustrerende ikke at kunne sige: Det er altså sådan her, at vi gør med denne patient"*.

Blandt kollegaer i psykiatrien er jeg også støt på udsagn om, at det er nemt at pege på, at der skal gøres noget andet og mere, når man ikke selv er den, der skal gøre. Og så er der som nævnt også nogen, der giver udtryk for, at de har svært ved at se, hvad socialoverlægerne bidrager med, at det er uklart for dem, hvordan socialoverlægerne hjælper dem i deres kliniske arbejde, og at de ikke ved hvad det er for nogle patienter, som socialoverlægerne arbejder med. Som det vil fremgå i del 2, så ligner denne kritik noget af den kritik, der også bliver rettet mod socialsygeplejerskerne, hvor det også er nogen, der er usikre på deres bidrag. Spørgsmålet om målgruppe kan måske hænge sammen med, at der er flere patienter i psykiatrien, der er socialt udsatte – f.eks. er der ca. 30 % der har rusmiddelproblemer (Mårtensson, Düring et al. 2022) – og dermed bliver det uklart for nogen, hvem socialoverlægerne (og socialsygeplejerskerne) skal ind over.

At det primært er i psykiatrien, at vi finder de kritiske røster, kan også handle om, at der i de patientnære forløb er forskel på opgaveløsningen, som det fremgik af tabel 2 i det foregående kapitel. Kommer man som socialoverlæge med konkrete afgrænsede råd i forhold til f.eks. substitutionsbehandling (som vi ser eksempler på i somatikken) eller påpeger man behovet for en mere omfattende og langvarig indsats (som nogle af eksemplerne fra psykiatrien viser) – så kan det gøre en forskel i forhold til, hvordan man bliver opfattet i en travl klinisk hverdag.

At det er svært for nogle kollegaer at se, hvad socialoverlægen bidrager med, kan også skyldes, at socialoverlægerne som beskrevet tidligere over tid har valgt at være mindre involverede i de

konkrete patientforløb og mere involverede i det organisatoriske arbejde, som ikke er nær så tydeligt for klinikkerne.

Samarbejde med socialsygeplejerskerne

Socialsygeplejerskerne er nogle af de tætteste samarbejdspartnere for socialoverlægerne.

Socialsygeplejerskerne i somatikken er blevet interviewet i 2 gruppeinterviews.

Socialsygeplejerskerne i psykiatrien er blevet interviewet i et gruppeinterview og så har jeg også talt med dem om samarbejdet, når jeg har interviewet dem enkeltvis. Det skal også nævnes, at der er ret stor bredde i erfaringerne med socialoverlægefunktionen. Nogle socialsygeplejersker arbejder tæt sammen med socialoverlægerne. Andre gør det i et vist omfang. Nogle (i somatikken) har gjort det tidligere, men gør det ikke længere. Andre (igen i somatikken) har slet ikke prøvet at arbejde sammen med en socialoverlæge.

De fleste af de socialsygeplejersker, der arbejder sammen med socialoverlægerne, er glade for samarbejdet. De peger på muligheden for faglig sparring. De peger på at socialoverlægerne har adgang til og kan gå ind i en dialog med de andre læger på en anden måde end de som sygeplejersker har mulighed for. Dette spejler socialoverlægerne beskrivelse af læge til læge kommunikation som et vigtigt bidrag. I kommunikationen og samarbejdet med kommunerne oplever socialsygeplejerskerne også, at socialoverlægerne nogle gange kan åbne nogle andre døre, eller at beskrivelsen af patientens problemer får mere tyngde, når det er en læge, der laver beskrivelsen. I psykiatrien er socialoverlægerne også med til at sikre, at socialsygeplejerskerne får kendskab til de relevante patienter gennem deres deltagelse i de lægefaglige konferencer.

Nogle af socialsygeplejerskerne i både psykiatri og somatik arbejder meget selvstændigt og her kan samarbejdet med socialoverlægerne blive lidt mere perifært.

I et af gruppeinterviewene med de somatiske socialsygeplejersker var der en, der nævnte, at socialsygeplejerskerne tidligere (inden der kom socialoverlæger) var vandt til at arbejde meget selvstændigt og med en høj grad af autonomi. Det blev beskrevet, at socialsygeplejerskerne arbejdede lidt lige som læger. Og der var en opfattelse af, at denne autonomi potentielt kunne blive stækket ved, at der også kom socialoverlæger. Der er også en oplevelse af, at spændende udviklingsopgaver, der tidligere var gået til socialsygeplejersker, i højere grad nu gik til socialoverlægen.

Socialoverlægernes opgave med også at skulle være med til at fagligt udvikle socialsygeplejerskefunktionen opfattes ligeledes af nogen som givende socialoverlægerne faglig magt over socialsygeplejerskerne, noget som ikke alle ønsker.

I ovennævnte gruppeinterviews var der også nogen, der undrede sig over, at socialsygeplejerskerne ikke i højere grad havde været involveret i processen med at udvikle, ansætte og introducere socialoverlægerne – bl.a. fordi de somatiske socialsygeplejersker jo har eksisteret i en del år.

I samme interview var der også en del socialsygeplejersker, der tidligere havde arbejdet sammen med en socialoverlæge, men ikke gjorde det længere, fordi der ikke var socialoverlæge på AHH og at socialoverlægen på BFH kun skulle være her, som var kede af ikke længere at have en socialoverlæge tæt på, og oplevede at mangle den sparring, som socialoverlægen tidligere havde bidraget med.

Samarbejde med de faglige koordinators for socialsygeplejerskerne

Socialoverlægerne har et meget tæt samarbejde med de faglige koordinators for socialsygeplejerskerne i henholdsvis psykiatri og somatik. Og begge koordinators giver udtryk for at være meget glade for samarbejdet. En del af dette samarbejde handler om at støtte den faglige udvikling af socialsygeplejerskefunktionen, som koordinatorsne ellers står meget alene med. Hos begge er der en oplevelse af, at deres faglige arbejde er blevet styrket af at få socialoverlægerne med.

Samarbejde med eksterne parter

Socialoverlægerne har i mindre grad samarbejde med eksterne parter i konkrete patientforløb, selv om det kan ske, og jeg har derfor også talt med færre eksterne samarbejdspartnere end hvad tilfældet er for socialsygeplejerskerne (se nedenfor i kapitel 10).

De eksterne parter, som jeg har talt med, har dog alle fremhævet, at socialoverlægen qua sit kendskab til indsatserne uden for systemet har spillet en vigtig rolle i forhold til, at den behandling som den socialt udsatte patient blev udskrevet med, også var realistisk for patienten af følge. Det er også blevet fremhævet, at socialoverlægen (lige som socialsygeplejerskerne) kan fungere som en person inde i sundhedsvæsenet, som man kan tage fat i, hvis man har brug for det. F.eks. hvis man har en borger, der ofte bliver indlagt til afrusning, og hvor man godt kunne tænke sig, at der blev tænkt mere langsigtet eller at man prøvede en anden behandlingsstrategi. Socialoverlægefunktionen opfattes også af nogle eksterne aktører som en forpligtelse på at udsatte-faglighed også har en rolle at spille i sundhedsvæsenet.

Nogen peger på, at man med socialoverlægerne har fået nogen, der har det som sit arbejde og som sin kerneopgave at få systemerne til at tale hænge sammen, og som qua sin viden også reelt har mulighed for at gøre det. Der peges også på, at det er vigtigt, at der er tale om en overlæge – dvs. at det er en person, som har en vis position og dermed har mulighed for at gøre sin indflydelse gældende.

For en del af de eksterne parter skelnes der ikke tydeligt mellem socialoverlæge og socialsygeplejerske.

6. Afsluttende perspektiv (delkonklusion)

Del 1 i denne evalueringsrapport har beskrevet, hvordan socialoverlægefunktionen i Region Hovedstaden er blevet implementeret, socialoverlægenes organisatoriske placering og hvilke arbejdsopgaver og patienter, som socialoverlægerne har arbejdet med i de 3 år, der har været socialoverlæger i Regionhovedstaden. Tyngden i evalueringen ligger dog på de sidste ca. halvandet år, da jeg først fik opgaven med at evaluere funktionen i sommeren 2023, og dataindsamlingen først er foregået derefter. Rapporten præsenterer også, hvordan udvalgte kollegaer og samarbejdspartnere oplever funktionen.

Det beskrives, at der er ret stor forskel på socialoverlægenes organisatoriske forankring og hvor mange forskellige matrikler, der skal dækkes. Nogle steder indgår man i et stærkt udsatte-fagligt miljø – andre steder er man i højere grad alene eller sammen med få kollegaer. Nogle socialoverlæger dækker en matrikel, andre adskillige og det har ikke mindst betydning for muligheden for at være tilgængelige i forhold til konkrete patientforløb. Der er også visse forskelle mellem at være socialoverlæge i psykiatrien og somatikken – bl.a. i forhold til behandlingstilgang og synet på rusmidler. Disse forskelle leder til en diskussion af spørgsmålet om antal af socialoverlæger og om deres organisatoriske forankring.

Der tegnes for flertallet af informanternes side et positivt billede af funktionen. Der er en klar og tydelig beskrivelse af, at socialoverlægerne bidrager med en anden og bredere faglighed omkring socialt udsatte patienter, end hvad der ellers ses i sundhedsvæsenet. Dette handler både om at have kendskab til, hvad social udsathed – hjemløshed, rusmiddelproblemer, svagt netværk, dårlige sundhedskompetencer, tilstedeværelsen af en række helbreds-mæssige problemer m.m. – har af betydning i det enkelte patientforløb. Og det handler om kendskab til, hvilke indsatser og behandlingstilbud, der findes uden for hospitalet og hvordan man bedst muligt kommunikere med dem. Der er også en oplevelse af, at socialoverlægerne supplerer socialsygeplejerskerne – og i psykiatrien også socialrådgiverne – med et lægefagligt perspektiv på disse forhold. De patientforløb, hvor socialoverlægerne bliver involveret på forskellig vis, er typisk præget af høj kompleksitet – både i forhold til den enkelte patients problemstillinger og i forhold til tilstedeværelsen af mange aktører, der på forskelligvis er involveret i patientens forløb.

Derudover løfter socialoverlægerne en stor opgave i forhold til organisatoriske – dvs. i arbejdet med at klæde sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden på til bedre at kunne hjælpe socialt udsatte patienter. Det sker bl.a. i forhold til arbejde med vejledninger, arbejde med kompetenceudvikling, deltagelse i div. tværsektorielle samarbejdsfora og understøttelse af socialsygeplejerskernes arbejde. De samarbejdspartnere, der har arbejdet sammen med socialoverlægerne her, oplever dem som fagligt kompetente, og som nogen, der for alvor går ind og løfter i de her opgaver.

Vægtningen mellem det patientrelaterede og det organisatoriske er en afvejning, som den enkelte socialoverlæge i praksis står med.

Udover de meget positive informanter, er der også nogle informanter, der er famlende i forhold til socialoverlægens funktion. Og så er der nogen af de interne samarbejdspartnere, der undrer sig over, at socialoverlægen ikke har mulighed for at løfte behandlingsansvaret for enkelte, komplekse, socialt udsatte patienter.

Hvis vi vender tilbage til de oprindelige formål med funktionen, som er præsenteret i kapitel 3, så beskrives der her, at nogle af socialoverlægenes vigtigste opgaver er:

- Yde tilsyn og rådgivning i konkrete patientforløb
- Styrke patientforløb for udsatte patienter, bl.a. via at udbrede kendskab til vejledninger
- Varetage kompetenceudvikling
- Understøtte samarbejdet med eksterne aktører, med særligt blik for det lægelige aspekt af dette
- Indgå i forsknings- og udviklingsopgaver

Som det er fremgået af foregående kapitler og ovenstående opsummering, så har socialoverlægefunktionen leveret på disse opgaver med en høj grad af faglighed og kvalitet.

Del 2. Socialsygeplejersker i psykiatrien

7. Introduktion

Dette kapitel giver en introduktion til socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og på de sidste knap 3 års arbejde med implementeringen. Herefter følger en række afsnit, der beskæftiger sig med: Socialsygeplejerskernes organisatoriske forankring i akutteamsne, deres muligheder for at fange de socialt udsatte patienter, snitfladen til socialrådgiverne, funktionens sårbarhed, den fagligt koordinerende socialsygeplejerske og samarbejdet med socialoverlægerne. Kapitlet slutter med et afsnit, der beskæftiger sig med det nye integrerede dobbeltdiagnosetilbud i psykiatrien.

Formålet med socialsygeplejerskerne

Da det blev besluttet, at der skulle være socialsygeplejersker i RHP blev der nedsat en arbejdsgruppe, der skulle beskrive funktion, placering, målgruppe, snitflader m.m. Dette fordi, at man godt var klar over, at den kontekst – psykiatrien – som socialsygeplejerskerne skulle arbejde ind i var anderledes end den kontekst – somatikken – hvor socialsygeplejerskerne indtil da havde arbejdet og oprindeligt var udviklet.

Overordnet set er formålet med socialsygeplejersker i RHP 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, 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.

Status på implementeringen

Tabel 3 (næste side) giver et overblik over, hvordan de 10,5 stillinger + den fagligt koordinerende socialsygeplejerske har været besat siden april 2022, hvor de første socialsygeplejersker blev ansat. Som det fremgår, har der i alt været 18 socialsygeplejersker ansat i perioden. Her ved udgangen af 2024 er der 3 vakante stillinger, heraf 2 på PC Nordsjælland. Disse er dog netop blevet besat og der opstarter således 2 nye socialsygeplejersker her pr. 1/1 2025.

Socialsygeplejerskerne mødes fysisk én dag én gang om måneden. 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. Dagene planlægges og gennemføres af den fagligt koordinerende socialsygeplejersker og af socialoverlægerne. 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.

Tabel 3 viser hvornår der har været ansat socialsygeplejersker på de enkelte centre i psykiatrien. Lyse felter (Ballerup, København, Nordsjælland, Glostrup, Amager, Koordinerende socialsygeplejerske) viser fravær (sygdom, barsel og orlov). En fed sort streg viser ansættelsens ophør.

	2022												2023												2024														
	Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal			Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal			Første kvartal			Andet kvartal			Tredje kvartal			Fjerde kvartal					
PC Ballerup																																							
PC Ballerup																																							
PC Kbh. ¹																																							
PC Kbh.																																							
PC Nordsj. ²																																							
PC Nordsj. ²																																							
PC Glostrup																																							
PC Glostrup																																							
PC Amager																																							
PC Amager																																							
PC Bornholm																																							
Koord Soc.syg																																							

1 Socialsygeplejersken stopper med udgangen af december 2024 efter sin barsel.

2 Der starter 2 nye socialsygeplejersker i på PC Nordsjælland 1/1 2025.

De områder, som der har været fokus på i udviklingsarbejdet blandt socialsygeplejerskerne, er:

- Præcisering af målgruppe, herunder udviklingen af de typiske patienttyper (se nedenfor) og hvilke typer, der dominerer på de enkelte centre
- Præcisering af kerneopgaver
- Arbejde med at udvikle en fælles faglig ramme for socialsygeplejerskerne og socialoverlægerne i psykiatrien
- Samarbejde med socialoverlæger
- Samarbejde med kollegaer, herunder snitflader med socialrådgivere
- Ensartethed omkring dokumentationspraksis
- Besøg af eller besøg hos eksterne samarbejdspartnere i forhold til orientering om funktion og drøftelse af fremtidigt samarbejde
- Rusmiddeludredning
- Abstinens- og substitutionsbehandling
- Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner

Derudover deltager de psykiatriske socialsygeplejerske i 2024 i et fælles kompetenceudviklingsforløb med socialsygeplejerskerne fra somatikken.

Generelt i forhold til kompetenceudvikling har socialsygeplejerskerne indtil nu været i den situation, at de her i opstartsfasen har haft midler til egen kompetenceudvikling, forankret hos den fagligt koordinerende socialsygeplejerske. Der bør være en opmærksomhed på, at der fortsat er midler til kompetenceudvikling til socialsygeplejerskerne. I forhold til rusmidler og socialt udsatte har socialsygeplejerskerne en rolle som specialister i psykiatrien, og der er behov for, at denne specialistviden vedligeholdes og udvikles.

Forankring i akutteams

Da modellen for socialsygeplejerskerne i psykiatrien blev udarbejdet, blev det besluttet, at socialsygeplejerskerne blev ledelsesmæssigt forankret i det, der kaldes akutteams, men skulle dække hele det psykiatriske center. 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, eller til ledelsen på det enkelte center (en organisering der minder om, hvad man har nogle steder i somatikken).

Det er ret forskelligt på tværs af de psykiatriske centre, hvordan tilknytningen til akutteamet og samarbejdet med akutmodtagelse og de akutte modtageafsnit har været organiseret. Og det har også ændret sig over tid på de enkelte centre. På nogle centre opfattes tilknytning til akutteamet som rent ledelsesmæssig – det er her, at socialsygeplejerskerne er ledelsesmæssigt forankret – men ellers er der ikke noget særligt samarbejde eller overlap. Andre steder er man med til patientgennemgang om morgenen og andre steder igen deltager man i et personalemøde en gang imellem. Det er også forskelligt om tilknytningen og samarbejdet fungerer problemløst og gnidningsfrit. Nogle steder

beskrives det som meget velfungerende. Andre steder er det mere problematisk. Det kan f.eks. være at socialsygeplejerskerne oplever en forventning om at kunne dække ind eller hjælpe til i akutmodtagelse og/eller akutteam, at socialsygeplejerskernes autonomi i forhold til selv at vurdere hvordan de bruger deres arbejdstid udfordres, at der stilles spørgsmålstejn ved funktionens nytte, at de bliver mødt med udsagn om at være forkælede, eller at der tages personalemæssige beslutninger (f.eks. om orlov), der ikke har blik for funktionens behov. De steder, hvor det fungerer bedst, har man ledelser, der bakker op om, at funktionen ikke har en særlig tilknytning til akutteams eller akutmodtagelse og hvor man respekterer, at socialsygeplejerskerne ikke har plejeansvar, men fungerer som et supplement til de øvrige tilbud.

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 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. Nogle få af de eksterne samarbejdspartnere, der arbejder med meget socialt udsatte mennesker, peger på, at de nogle gange har nogle af deres borgere indlagt i psykiatrien uden at socialsygeplejersken har haft kontakt med dem. De beskriver, at de oplever, at det øvrige personale i psykiatrien nok ikke altid er klar over, hvornår de skal kontakte socialsygeplejerskerne.

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.

Der er mange forskellige måder, som socialsygeplejerskerne bruger til at identificere relevante patienter: Deltagelse i morgenkonferencer, deltagelse i gennemgange/forstuegang og behandlingskonferencer, information fra socialoverlægen, henvendelse fra kollegaer, gennemgange af patientoversigter, henvendelser fra eksterne parter. De bliver kontakter, når de er rundt på afsnittene, ved at en kollega kommer forbi deres kontor/plads, ved telefonopringning eller via mail, og nogle steder via 'in-basket' i SP. Der er en vis variation fra center til center, hvordan man har organiseret det.

Snitflade til socialrådgiverne i psykiatrien

Et andet område, der blev diskuteret i arbejdsgruppen, da funktionen blev udviklet, 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 psykiatrien (Ludvigsen and Brünés 2013). 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 sidste 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 der 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 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 andet organisatorisk område, som jeg vil nævne er, at der også er en vis sårbarhed i funktionen. Som beskrevet ovenfor er det ikke alle steder, hvor den lokale organisering og implementering fungerer optimalt, og den enkelte socialsygeplejerske kan derfor opleve at blive klemmt i forhold til sin lokale leder.

Fordi socialsygeplejerskerne kun er 1 eller 2 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 har også dage, hvor vedkommende følges rundt med socialsygeplejerskerne, og dette kan adressere noget af sårbarheden ved kun at være 1 eller 2 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 2 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. (Det samme gælder PC Nordsjælland, hvor socialsygeplejerskerne primært har været på Hillerød-matriklen.) På PCK 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.

Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske

Da socialsygeplejerskefunktionen i psykiatrien blev udviklet og beskrevet i efteråret 2021, blev det også besluttet, at der skulle etableres en funktion som fagligt koordinerende socialsygeplejersker – svarende til en parallel eksisterende funktion i somatikken. Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske arbejder i tæt samarbejde med de psykiatriske socialoverlæge bl.a. med en fortsat udvikling af funktionen, kvalitetssikring af funktionen, er ansvarlig for kompetenceudvikling således af socialsygeplejerskerne har de fornødne kompetencer til at løfte opgaven, deltager i ansættelsesudvalg, planlægger de månedlige temadage for socialsygeplejerskerne sammen med socialoverlægerne, forestår faglig sparring for de enkelte socialsygeplejersker, m.m. Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske har dog ikke noget formelt mandat i forhold til de enkelte socialsygeplejersker. Funktionen har siden januar 2022 være forankret på PC Amager, hvor den fagligt koordinerende socialsygeplejerske på nuværende tidspunkt personalemæssigt refererer til administrationschefen og fagligt refererer til chefsygeplejersken for det stationære område.

Denne organisering har dog vist sig udfordrende på nogle områder. Det bliver i høj grad afhængigt af oversygeplejersken i de enkelte akutteams/akutmodtagelser, hvor meget vedkommende inddrager den fagligt koordinerende socialsygeplejerske i f.eks. uddannelsesplaner og personaleforhold vedr. den enkelte socialsygeplejerske. Oversygeplejersken har en meget bredere funktion at være ansvarlig overfor, hvor socialsygeplejerskerne kun er en lille brik i en langt større portefølje, og hvor oversygeplejersken kan have andre prioriteringer end snævert socialsygeplejerskefunktionens udvikling og konsolidering. Samtidig betyder den organisatoriske indplacering af den fagligt koordinerende socialsygeplejerske i PC Amagers lokale organisering, at vedkommende har dårlige muligheder for at bringe en bekymring videre, når der er noget i socialsygeplejerskeindsatsen, der ikke fungerer, fordi vedkommendes ledere på PCA ikke har nogen formel autoritet i forhold til

ligestillede ledere på andre centre. Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske har heller ikke plads i Koordinationsgruppen for akutområdet, der arbejder med udviklingen på dette område.

Den fagligt koordinerende socialsygeplejerske har således et stort fagligt ansvar, men har formelt organisatorisk dårlige muligheder for at sætte dette ansvar igennem, og er i et vist omfang afhængig af mere uformelle kontakter. Det er vigtigt for mig at understrege, at dette ikke handler om konkrete personer, men er et strukturelt problem. Dette kan efterlade den fagligt koordinerende socialsygeplejerske i en frustrerende position.

Samarbejdet med socialoverlægerne

Som beskrevet i del 1 blev der samtidigt med etableringen af socialsygeplejerskerne også etableret en ny funktion med socialoverlæger. I psykiatrien blev der ansat 2 socialoverlæger, der er ledelsesmæssigt forankret på henholdsvis PC Nordsjælland og PC Amager. Socialoverlægen på PC Nordsjælland dækker, ud over PC Nordsjælland, PC Ballerup og PC Glostrup. Socialoverlægen på PC Amager dækker, udover PC Amager, PC København og PC Bornholm.

Socialoverlægerne har som beskrevet en deres arbejdsopgaver at fungere som faglig sparringspartner for socialsygeplejerskerne og skal understøtte den faglige udvikling. Som beskrevet i del 1 har socialoverlægefunktionen også ændret fokus fra at være forholdsvis meget patientrettet i starten til nu at være mere fokuseret på organisationen og på faglig sparring.

Da de 2 socialoverlæger i psykiatrien har forskellige vilkår i forhold til at skulle fysisk dække henholdsvis 2 og 3 centre (der er ikke krav om fysisk fremmøde på PC Bornholm), og da socialsygeplejerskerne også har forskellige vilkår på de enkelte centre, så er der også en vis variation i, hvordan man har organiseret samarbejdet. Nogle steder har man en ret eksplicit struktur, hvor man mødes fast med socialoverlægen på de dage, hvor vedkommende er til stede og drøfter de patientforløb, som socialsygeplejerskerne er involveret i. Andre steder foregår det mere ad hoc – at man tager fat i hinanden, når man har brug for at drøfte en patient eller give noget information videre. Da socialoverlægen deltager i forskellige fora for læger på centrene, får vedkommende her også nogle gange kendskab til en patient, som det vil være relevant for socialsygeplejerskerne at få kontakt med.

Nogle af socialsygeplejerskerne er meget glade for samarbejdet med socialoverlægen. Andre beskriver deres funktioner som relativt adskilte, og har ikke oplevelsen af, at socialoverlægen har en vigtig rolle at spille i deres opgaveløsning. Det er selvfølgelig vigtigt, at socialsygeplejerskerne kan løfte deres arbejdsopgave autonomt, fordi socialoverlægen ikke altid er til stede. Men som en udefrakommende iagttager, så virker det som, at der kunne være noget at hente ved, at de steder hvor funktionerne fungerer mere parallelt, i lidt højere grad blev integreret. Som beskrevet ovenfor i delen om socialoverlæge er dette dog et følsomt område, og hvor relationen mellem socialoverlægefunktionen og socialsygeplejerskefunktionen ikke er særligt tydeligt beskrevet. Nogle af fordelene ved en tættere integration kunne dog være, at man bl.a. kunne støtte hinanden i de komplekse forløb og i højere grad sikre en fælles tilgang, således at den faglige tilgang til de socialt udsatte patienter står så fagligt stærkt som muligt.

Tilbuddet om integreret dobbeltdiagnosebehandling i psykiatrien

Pr. 1. september 2024 er der blevet etableret et nyt behandlingstilbud i den regionale psykiatri til patienter med dobbeltdiagnose. Behandlingstilbuddet er baseret på principperne for integreret

behandling – dvs. samtidig behandling af psykisk lidelse og rusmiddelproblemer – og vil i praksis betyde, at dele af rusmiddelbehandlingen vil blive flyttet fra den kommunale rusmiddelbehandling og ind i den regionale behandlingspsykiatri. Tilbuddet vil blive løbende implementeret over de næste par år.

De psykiatriske socialsygeplejersker har dog ikke haft nogen særlig i rolle i arbejdet med at udvikle dette nye tilbud. Som beskrevet ovenfor, at er socialsygeplejerskerne ressourcepersoner i forholdt til rusmiddelbehandling, og det kan derfor godt undre, at de ikke i højere grad er blevet trukket ind i arbejdet med at udvikle tilgangen i det nye behandlingstilbud. På nogle centre har man valgt at inddrage dem som ressourcepersoner i den lokale implementering, og det er positivt.

Det vil også være vigtigt, at socialsygeplejerskerne har kendskab til – og evt. deltager i – den kompetenceudvikling, der foregår i forbindelse med implementeringen af det nye integrerede tilbud, således at de ved, hvad deres kollegaer er blevet undervist i, og kvalificeret kan byde ind i og understøtte den gennemførte kompetenceudvikling.

8. De psykiatriske socialsygeplejerskers arbejdsopgaver

Dette kapitel har fokus på at belyse, hvordan målgruppen i praksis ser ud og hvilke arbejdsopgaver socialsygeplejerskerne udfører.

Patientdata fra SP

Planlægningsafdelingen i RHP har hjulpet med at trække nogle data ud af SP. Ved at bruge den kode, som socialsygeplejerskerne bruger: 'BVAA8, Samtale med patient om sociale forhold', har man kunnet identificere de patienter, som socialsygeplejerskerne har skrevet notat på.

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 perioden (se tabel 3 i foregående kapitel), 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 april 2022 til og med oktober 2024 brugt koden i forhold til i alt 1.266 unikke patienter. Hvis man sammenholder dette med tabel 3, der viser, hvor mange måneder, der samlet set har været socialsygeplejersker i psykiatrien, så svarer det til lige under 9 patienter om måneden (her er ikke taget højde for ferie m.m.).

Nedenfor ses en fordeling på de tre år (tabel 4) og i forhold til alder (tabel 5).

Tabel 4. Fordeling på de undersøgte år.

År	Antal
2022 (april-dec)	290
2023	562
2024 (jan-okt)	535

Hvis der for en patient er registreret procedurekoden BVAA8 på kontakter på flere år tæller patienten med flere gange.

Tabel 5. Fordeling på alder.

Alderskategori	Antal
Under 18 år	1
18-30 år	367
31-60 år	740
60+ år	158

En patient kan tælle med i flere alderskategorier, hvis patienten skifter aldersgruppe i perioden og har fået registreret procedurekoderne både før og efter.

De 1266 unikke patienter fordeler sig med 876 mænd og 390 kvinder. Det har ikke været muligt at undersøge, hvor mange der er hjemløse og hvor mange der er immigranter.

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 6 indgår 1180 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 6. Aktionsdiagnoser

Diagnosegruppe	Antal
F00-09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser	5
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	614
F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	185
F30-39 Affektive sindslidelser	95
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	126
F50-59 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	2
F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	52
F70-79 Mental retardering (åndsvaghed)	3
F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser	13
F90-99 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescence [herunder ADHD]	85

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.

Ifølge socialsygeplejerskerne er der en del af dem, som de har kontakt med, patienter der kommer ind til en alkoholafrusning (som det fremgår af tabel 7 nedenfor er 460 af aktionsdiagnoserne alkoholrelateret). 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.

Vi kan af tallene se, at cirka halvdelen af diagnoserne (n=614) er rusmiddelrelateret. Herefter følger skizofreniområdet (n=185), angst (n=126), de affektive lidelser (n=95) og ADHD (n=85).

Vi har også undersøgt nærmere, hvad det er for nogle rusmiddeldiagnoser, som socialsygeplejerskernes patienter er registreret med.

Tabel 7. Udspecificering af de rusmiddelrelaterede aktionsdiagnoser

Diagnosegruppe	Antal
F10 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	460
F11 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af opioider	4
F12 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider	27
F13 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af sedativa eller hypnotika	15
F14 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af kokain	38
F15 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget brug af andre centralstimulerende stoffer (inkl. koffein)	16
F19 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af multiple eller af andre psykoaktive stoffer	54

Der er ikke nogen patienter med en aktionsdiagnose inden for F16, F17 og F18.

Ovenstående rusmiddeldiagnoser er stillet af de læger, som patienterne er i kontakt med.

Socialsygeplejerskerne stiller ikke diagnoser.

Det fremgår af ovenstående tabel, at det dominerende – 460 ud af 614 – rusmiddel, som socialsygeplejerskernes patienter bliver indlagt for at få hjælp til, er alkohol. Det er vigtigt at være opmærksom på, at ovenstående er aktionsdiagnoser – dvs. at patienter, der f.eks. kommer ind fordi de har en skizofrenidiagnose, og som så også har et problem med f.eks. alkohol i tabel 6 vil tælle med under 'F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser', og ikke vil fremgå i ovenstående tabel 7.

Vi har derfor også undersøgt, hvor mange af patienterne med en ikke-rusmiddelrelateret aktionsdiagnose har på et tidspunkt inden for undersøgelsesperioden også haft en rusmiddelrelateret bidiagnose. Det har 335 patienter, og fordelingen på, hvilken rusmiddelrelateret bidiagnose, som de har haft, fremgår af tabel 8 nedenfor.

Tabel 8. Antal unikke patienter med en F2-F9 diagnose med mindst en bidiagnose inden for F10-F19, fordelt på rusmiddeldiagnoserne.

Diagnosegruppe	Antal
F10 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	183
F11 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af opioider	30
F12 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider	130
F13 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af sedativa eller hypnotika	35

F14 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af kokain	78
F15 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget brug af andre centralstimulerende stoffer (inkl. koffein)	40
F16 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener	4
F17 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af tobak	7
F18 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget brug af flygtige opløsningsmidler	2
F19 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af multiple eller af andre psykoaktive stoffer	74

Igen ser vi, at alkohol er klart det mest dominerende rusmiddel, efterfulgt af cannabis og kokain. Patienter med opioid-afhængighed, hvor der vil være brug for substitutionsbehandling, udgør en relativ lille gruppe på 30 patienter (dertil komme de 4, hvor opioid-afhængighed var aktionsdiagnosen).

Vi har også undersøgt, hvor mange patienter, der kun har en aktionsdiagnose inden for rusmiddelområdet, dvs. F10-19 gruppen, og som ikke på et tidspunkt har en anden psykiatrisk diagnose. Her finder vi 220 patienter.

Endelig har vi prøvet at kigge på, hvor mange kontakter, som socialsygeplejersken har med de patienter, som de har kontakt med pr. indlæggelse. Igen skal vi være opmærksomme på, at der er tale om, hvor mange gange socialsygeplejerskerne har skrevet et notat på en patient – dvs. at notat kommer til at være proxy for kontakt – og det er en upræcis proxy. F.eks. kan en socialsygeplejerske godt være forbi og sige hej til en patient uden at det nødvendigvis leder til, at der skrives et notat. Eller hvis en socialsygeplejerske taler med en patient til stuegang om behovet for tilknytning til rusmiddelbehandling i kommunen og senere samme dag vender tilbage med nogle kontaktoplysninger til patienten og sammen med denne ringer og laver en aftale i rusmiddelbehandlingen, så vil dette typisk kun resultere i et notat. Eller hvis socialsygeplejersken har en fælles samtale med socialrådgiveren og patienten, og det her besluttes, at det er socialrådgiveren, der går videre med sagen, så vil socialsygeplejersken typisk ikke skrive et notat vedrørende denne patient. Tabel 9 viser denne registrering.

Tabel 9. Antal indlæggelser fordelt efter antallet af kontakter pr. indlæggelse

Antal kontakter	Antal indlæggelser
1-2 kontakter	1385
3-5 kontakter	75
6-10 kontakter	12
11-20 kontakter	1
Over 20 kontakter	0

Denne tabel viser indlæggelser – ikke unikke patienter

Vi kan se, at for langt flertallet af indlæggelserne er der tale om få kontakter/notater. Dette afspejler formentlig til dels, at socialsygeplejerskerne har en stor del af deres virke i akutmodtagelse og de akutte sengeafsnit, hvor patienterne kun er indlagt ganske kort.

Hvilke patienter arbejder socialsygeplejerskerne med?

Som beskrevet er noget af det, som socialsygeplejerskerne har arbejdet med over de første par år, været en præcisering af målgruppen for funktionen. I foråret 2024 udarbejdede socialsygeplejerskerne beskrivelser af fem prototypiske patienter, som de bl.a. bruger i deres formidling til kollegaer og samarbejdspartnere. Socialsygeplejerskernes egne beskrivelser af de fem patienttyper er vedlagt i bilag 1. (I det datatræk, som vi har fået lavet og som er gennemgået ovenfor, er det ikke muligt at kvantificere de fem grupper.) Disse er:

Den funktionelt hjemløse patient. Yngre patient. Kontakt med psykiatrien i forbindelse med stofudløsning psykose, belastningsreaktion, selvmordstanker. Indlæggelse og andre behandlingskontakter er typisk konfliktfyldte. Stort, eksperimenterende brug af mange rusmidler. Ikke udredt. Har ikke egen bolig, ingen tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked.

Den unge patient. Diagnosticeret med ADHD. Bruger benzodiazepiner og opioider – til fester tillige alkohol og kokain. Mener ikke at have behov for rusmiddelbehandling, da der er styr på det. Er i lærer, men i risiko for at blive fyret og miste bolig. Relationer tit præget af højt konfliktniveau.

Den midaldrende mand. Indlægges grundet tristhed og selvmordstanker. Stort og stigende forbrug af alkohol. Tidligere almindeligt liv med familie, job og bolig. Mistet sit arbejde, familierelationer under pres grundet eskalerende brug af alkohol. Meget præget af skyld og skam.

Den hjemløse socialt udsatte udenlandske patient. Kommer ind til afrusning. Mange, korte kontakter til både psykiatri og somatik. Kommet til Danmark for at arbejde. Nu arbejdsløs og boligløs. Har intet ønske om at vende retur til hjemland. Der kan være problemer med kommunikationen.

Den klassiske socialt udsatte patient. Typisk en patient, der drikker store mængder alkohol og også tager andre rusmidler. Evt. også opioider og dermed behov for substitutionsbehandling, også under indlæggelse. Kontakten til psykiatrien handler primært om afrusning. Patienten er præget af tristhed og angst, men er aldrig blevet udredt. Der er betydelige somatiske problemer og dårligt netværk.

En gang 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 i forhold til kollegaerne.

Selv om det er vigtigt, at socialsygeplejerskernes kollegaer har en god fornemmelse for, hvilke patienter, der er socialsygeplejerskernes målgruppe, så fremhæver de også, at det er meget vigtigt for organiseringen af deres arbejde, at de selv bestemmer, hvilke patienter de arbejder med.

Patienter med behov for opioid-substitutionsbehandling

Da socialsygeplejerskefunktionen i somatikken for snart en del år siden blev etableret, var et af kerneopgaverne at sikre, at patienterne fik tilbud relevant og adækvat substitutionsbehandling for opioidafhængighed, som kan være helt afgørende for, at patienterne har mulighed for at forblive indlagt og modtage behandling (Brünés 2007, Ludvigsen and Brünés 2013). Det har således også været et centralt område for funktionen i psykiatrien.

Som der er fremgået af data ovenfor, så udgør psykiatriske patienter, der bliver diagnosticeret med et behov for opioid-substitutionsbehandling kun en lille del af de patienter, som socialsygeplejerskerne ser – der er i perioden tale om ca. 35 patienter. Der er dog flere af socialsygeplejerskerne, der fortæller, at de har en fornemmelse af, at der er flere patienter, end de registrerede/diagnosticerede med dette behov. Men som enten ikke fortæller personalet om dette problem, eller hvor personalet ikke er opmærksomme på, at den uro og utilpashed, som patienten fremviser, skyldes opioid-abstinenser – og hvor patienten så vælger at lade sig udskrive (for) tidligt for at kunne håndtere det, som man plejer. Andre fortæller dog, at det er noget, som de meget sjældent ser.

Der berettes generelt blandt personalet – både socialsygeplejersker og øvrige personale – at der kan være en udfordring i forhold til patienter i substitutionsbehandling i kommunerne. Hvis patienterne bliver indlagt om aftenen eller i weekenden – fredag eftermiddag beskrives som det dårligste tidspunkt at blive indlagt, hvis man er i substitutionsbehandling – så kan der gå tid før man kan få bekræftet patientens normale dosis for substitutionsbehandling. Og selv om der er procedure for abstinensscoring af patienter med brug af opioider, så er det ikke noget, som det psykiatriske personale gør særligt tit og dermed heller ikke noget, som de reelt opnår en ordentlig ekspertise indenfor.

Socialsygeplejerskerne, og noget andet personale, peger på, at det ofte er de yngre læger, der står i front i vagterne i akutmodtagelserne – ikke mindst i aften, nat og weekend – og dermed også tit dem, der skal træffe beslutning om ordinationens størrelse og regi. Og det opleves ofte som værende meget restriktivt, og at de yngre læger er for usikre i forhold til, hvad man kan og må udskrive.

Substitutionsbehandling nævnes også af flere socialsygeplejerskerne som et relevant tema for dem at undervise deres kollegaer i. Men ofte er det ikke et tema, som kollegaerne efterspørger – formentlig fordi de oplever at se disse patienter meget sjældent. Udover selve 'teknikken' i substitutionsbehandling, så peger empirien på, at opsporing og identifikation af opioid-symptomer vil være relevant at inkludere i undervisning på dette område.

Det er på baggrund af denne evaluering ikke muligt at sige noget om, hvor stort problemet med dårlig eller manglende substitutionsbehandling er. Det vil formentlig give mening for

socialsygeplejerskerne (og socialoverlægerne) fortsat at have en opmærksomhed på dette område, herunder fortsætte arbejdet med at udbrede kendskabet til de relevante vejledninger (VIP'er) på området, og gøre opmærksom på at socialsygeplejerskerne er ressourcepersoner, som man bør trække på i disse situationer. Det kræver selvfølgelig, at det også sikres, at alle socialsygeplejerskerne har de relevante kompetencer og nyeste viden i forhold til substitutionsbehandling.

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)
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 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 døgn's 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. Nogle af socialsygeplejerskernes kollegaer

fortæller, at de har en oplevelse med, at socialsygeplejerskerne tit kender de socialt udsatte patienter. Dette afspejler nok, at nogle af socialsygeplejerskerne efterhånden har været i funktionen i et stykke tid – og at mange af de socialt udsatte patienter har gentagende indlæggelser i psykiatrien.

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, hvilke behandlingsmæssige tiltag, som man allerede har forsøgt sig med, samt 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 bruger 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. Et af de områder, som flere af socialsygeplejerskerne nævner, er undervisning af de yngre læger på centrene – evt. som led i deres introduktion til centeret. Der er dels en stor udskiftning i denne gruppe og samtidig er det ofte de yngre læger, der konkret møder de socialt udsatte patienter i akutmodtagelsen. Socialsygeplejerskerne tænker derfor, at det kunne være oplagt, at de yngre læger har et godt kendskab til funktionen, så de ved, at de kan trække på den. Og at det er en indsats, der vil kræve løbende gentagelse.

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 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, sammen med socialoverlægerne, 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.

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.

No wrong door. Opgaven med at bringe systemerne sammen karakteriseres indenfor dobbeltdiagnoseområdet nogle gange med ordene 'No wrong door'. Nogle af de centrale karakteristisk ved en 'no wrong door' tilgang er ord som forløbskoordination, brobygning, fleksibilitet, sammenhæng og samarbejd på tværs af tilbuddene (England 2017, SAMHSA 2020). Som der er fremgået i denne del, er disse ord i høj grad noget, der kendetegner socialsygeplejerskernes arbejde. Så med socialsygeplejerskerne så har man faktisk nogle praksiseksperter i 'no wrong door'.

En person man kan kontakte i psykiatrien. Flere af de eksterne aktører beskriver psykiatrien som et 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.

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 besluttes om en patient skal tilbydes indlæggelse eller skal tilbydes en fortsat indlæggelse.

De særlige udfordringer i forbindelse med substitutionsbehandling for opioidafhængighed er berørt i et særskilt afsnit ovenfor.

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.

9. Samarbejdspartnere

En central del af evalueringen har også været at interviewe socialsygeplejerskernes kollegaer og samarbejdspartnere. I dette kapitel præsenteres fundene fra denne del af dataindsamlingen.

Samarbejde med kollegaer

Som led i evalueringen har jeg 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 næsten 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 socialsygeplejerskerne som en hel nødvendig del af behandlingen. En anden 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. Dette gælder ikke mindst i forhold til patienter, der har været udsat for tvang under indlæggelsen. Flere kollegaer beskriver også, at socialsygeplejerskerne efterhånden kender mange af de socialt udsatte patienter fra tidligere indlæggelser og derfor har mulighed for at arbejde videre med dem på en anden måde.

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?' For nogen var det uklart, hvilket kvalitetsmæssigt bidrag, socialsygeplejerskerne tilførte. En formulerede det således: *"Vi kan godt selv ringe til rusmiddelcenteret eller høre hjemmeplejen ad, hvordan lejligheden ser ud. Det er ligesom – det er jo rart nok, at der er nogen, der tager opvasken [i overført betydning], men det kan vi jo også godt selv gøre. Hvad er det, der for alvor flytter noget?"*

Der kan nogle gange også blive rejst spørgsmål om, hvorfor socialsygeplejerskerne ikke kan gå ind og hjælpe til med at dække en vagt eller hjælpe til ved sygdom. Eller hvorfor der ikke er mulighed for at booke dem via SP, sådan som man kan med andre funktioner. 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 nogle steder nok mangler en respekt for funktion og målgruppe, og at der derfor er en fortsat opgaven med at kommunikere dette til kollegaerne.

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 samarbejdspartneres perspektiv beskrives psykiatrien generelt som system, der er meget styret af regler og rammer, og som et lukket system hvor det kan være svært at få etableret et samarbejde, og hvor det nogle gange kan være svært at få fat i de rigtige personer. 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.

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.

For nogle af de eksterne samarbejdspartnere er det her med at kunne få fat i de rigtige personer også et helt lavpraktisk spørgsmål. 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.

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 socialsygeplejersken som brobygger ind i akutmodtagelser og sengeafsnit.

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.

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 2 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.

Nogle af de eksterne samarbejdspartnere peger også på, at de er blevet opmærksomme på, at socialsygeplejerskerne i psykiatrien ikke har adgang til 'funny money' – dvs. det lille beløb, som socialsygeplejerskerne i somatikken har til rådighed til f.eks. at kunne hjælpe de socialt udsatte patienter med et par cigaretter, et blad til at underholde sig med under indlæggelsen eller en togbillet. Og de understreger, at det er vigtigt, at de psykiatriske socialsygeplejersker også har denne mulighed.

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 bøje 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. Nogle af disse nævner også, at det måske skyldes, at der er flere socialt udsatte patienter i psykiatrien og at der derfor ikke kan være samme automatik i, at man bare ringer til socialsygeplejersken, når der dukker en socialt udsat patient op.

'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."*

Som det er fremgået af metodeafsnittet, er der også nogle af informanterne, som jeg har talt med både i 2023 og 2024. Flere af dem, som i 2023 fortalte om, at der kun var lidt eller næsten intet samarbejde, fortæller nu, at det har ændret sig. Flere steder har man haft konkrete samarbejds møder og aftalt nærmere om, hvordan samarbejdet konkret skal foregå.

10. Patientperspektivet

Afsluttende præsenteres patientperspektivet på indsatsen. Denne del af evalueringen består af 2 dele. Dels 8 interviews med patienter gennemført i efteråret 2023, og som præsenterer en række perspektiver på socialsygeplejerskerne og dels en spørgeskemaundersøgelse, der har løbet det meste af 2024, og hvor socialsygeplejerskerne har bedt patienterne om at svare på et kort tilfredshedsspørgeskema. 87 patienter har besvaret dette skema.

Interview med patienterne om 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. Jeg har lyttet interviewene igennem og noteret, hvordan patienterne karakteriserer deres erfaringer med socialsygeplejerskerne. Bagefter har jeg samlet erfaringerne i nedenstående temaer.

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.

Tilfredshedsundersøgelse

Som nævnt er de kvalitative interview i 2024 blevet suppleret med en spørgeskemaundersøgelse, der er blevet besvaret af 87 patienter. Spørgeskemaet bestod af fem spørgsmål. Disse var:

- Jeg giver samtykke til, at mine svar indgår i evalueringen af socialsygeplejerskefunktionen

Dette kunne besvares med et ja eller et nej. De øvrige var:

- Har socialsygeplejersken forstået de problemer, du kom med?
- Har der været gensidig respekt og tillid mellem dig og socialsygeplejersken?
- I hvilken grad har socialsygeplejersken støttet dig med de ting, som I har talt om?
- Hvor tilfreds er du alt i alt med din kontakt med socialsygeplejersken?

Svarmulighederne på disse spørgsmål var: I meget høj grad, I høj grad, I nogen grad, I ringe grad, Slet ikke, Ved ikke.

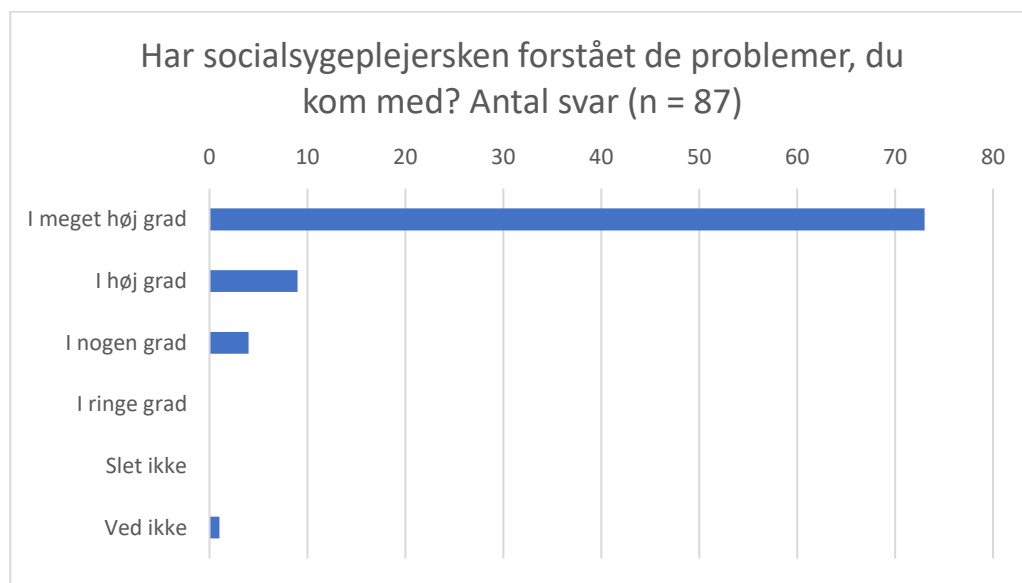
Spørgsmålene er formuleret af mig, og dels inspireret af en evaluering af collaborative care omkring angst og depression (Madsen, Buch et al. 2018) og dels af den landsdækkende undersøgelse om patienttilfredshed i psykiatrien (LUP – <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Sider/default.aspx>).

Spørgeskemaet er lavet i programmet REDCap og socialsygeplejerskerne har fået tilsendt et link, som de kunne have på deres telefon, og som gav direkte adgang til skemaet. Socialsygeplejerskerne har så skulle spørge patienterne, om de ville være med, og hvis de sagde ja, fik de arbejdstelefonen i hånden og kunne udfylde skemaet, uden at socialsygeplejerskerne kunne se besvarelsen.

I den periode og på de centre, hvor skemaet har været administreret, kunne det potentielt have været uddelt til 391² patienter. Der er således en svarprocent på 22 %. Svarprocenten er således alt for lav til at kunne sige noget generelt om, hvordan de patienter, som socialsygeplejerskerne er i kontakt med, oplever funktionen. Den kan dog give lidt mere tyngde til de foregående interviews i forhold til at pege på, at der er flere end de otte, som har haft en god oplevelse med funktionen. Når jeg har talt med socialsygeplejerskerne om, hvorfor der ikke er flere, der er blevet spurgt forklarer de dels, at nogle gange har været i tvivl om, hvornår i et forløb, at patienterne skulle spørges. Det betød, at de nogle gange har ventet, og så har patienten være udskrevet. Andre fortæller, at de simpelthen har glemt det – at det nogle gange er nogle meget hektiske dage, hvor der er meget at huske og gøre.

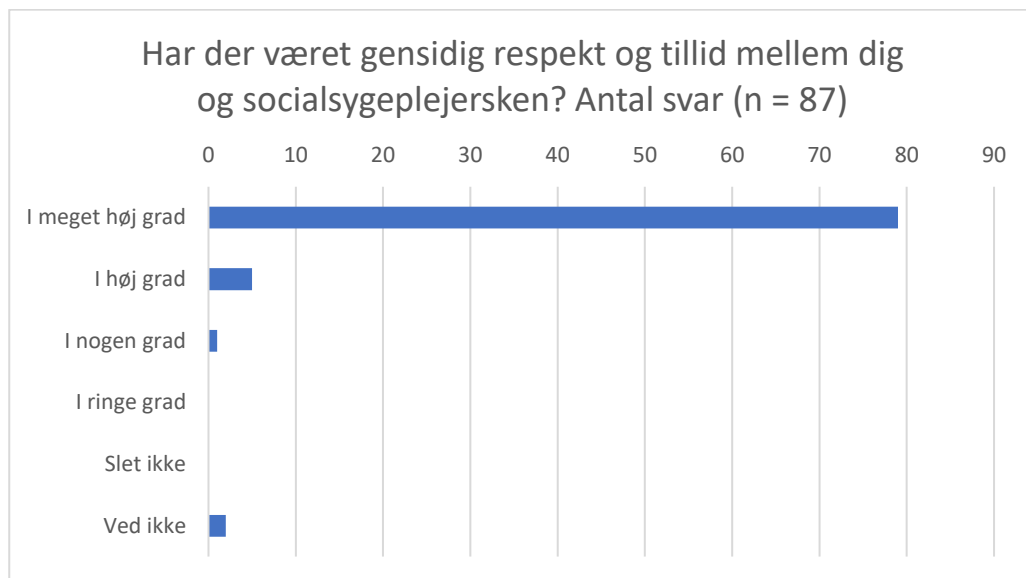
Der er næppe nogen tvivl om, at vi har fanget de meste tilfredse patienter – og at de mest utilfredse, dem der er gået fra afdelingerne, og dem der har været sure på alle inkl. socialsygeplejerskerne, ikke er blevet spurgt. Tallene skal selvfølgelig læses med det forbehold.

Det første spørgsmål i skemaet (efter spørgsmålet om samtykke) handlede om at føle sig forstået. Diagram 1 nedenfor viser svarerne på dette spørgsmål:

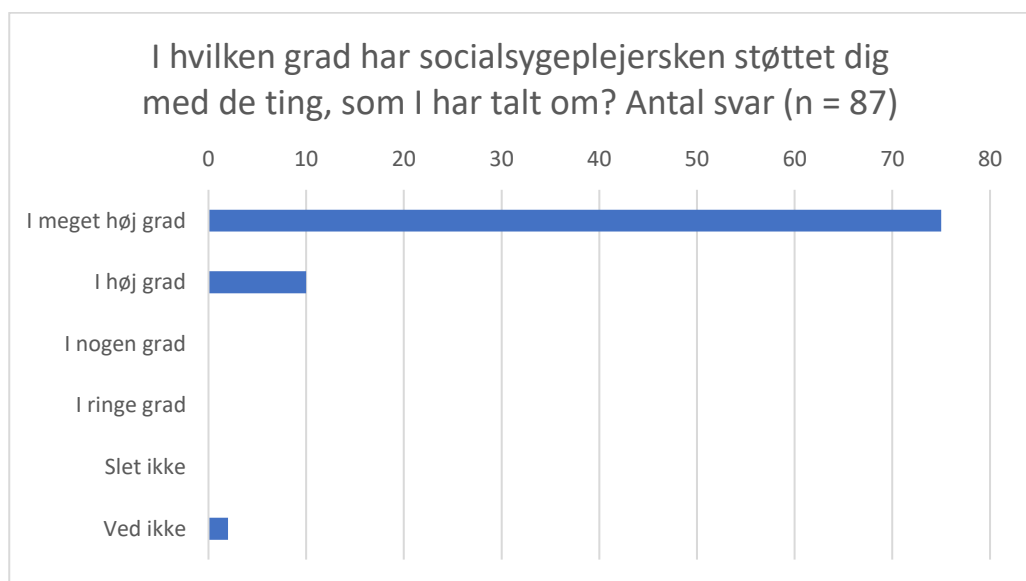


² Det er reelle tal er lidt højere. For at kunne nå at lave denne rapport færdig fik vi lavet datatrækket i slutningen af oktober, men for at få så mange spørgeskemaer om patienttilfredshed med i undersøgelsen kørte denne videre lidt ind i november. Det sidste skema er besvaret d. 6/11.

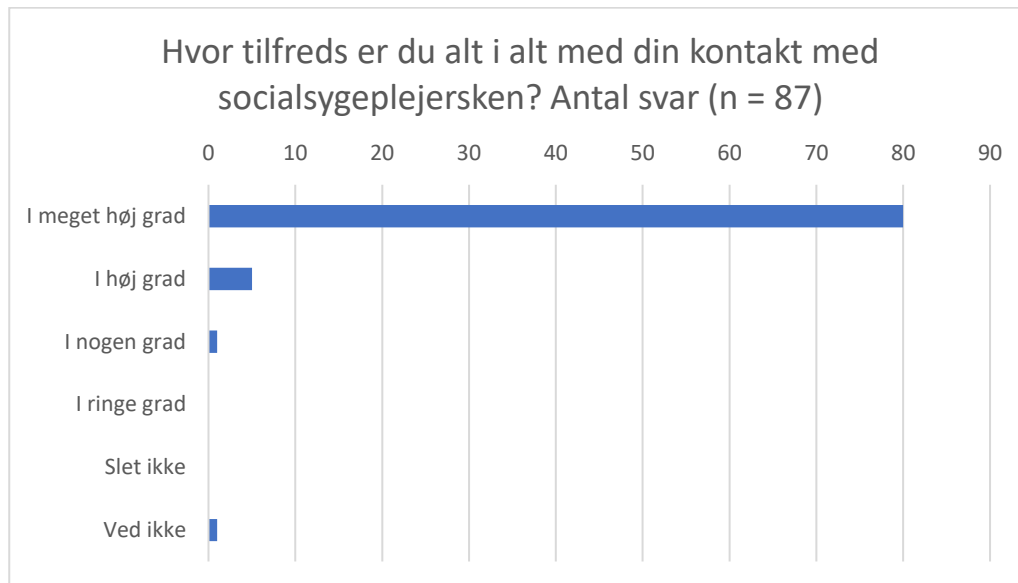
Det andet spørgsmål handlede om gensidig respekt og tillid. Diagram 2 nedenfor viser svarerne på dette spørgsmål:



Det tredje spørgsmål handlede om at føle sig hjulpet. Diagram 3 nedenfor viser svarerne på dette spørgsmål:



Det fjerde spørgsmål handlede om at føle sig tilfredshed. Diagram 4 nedenfor viser svarerne på dette spørgsmål:



Det er tydeligt, at de adspurgte patienter har været meget glade for den indsats, som socialsygeplejerskerne har gjort i forbindelse med deres indlæggelse. Som nævnt indledningsvis, så har vi nok også fået spurgt de mest positive, men så kan vi i det mindste sige, at der har været knap en fjerdedel af patienterne, som har haft en positiv oplevelse.

Når vi kigger på tværs af dels patientinterviewene, dels socialsygeplejerskernes egne beskrivelser af hvor de gør en forskel (samlet i afsnittet om de tværgående perspektiver) og dels ovenstående besvarelser, så understøtter resultaterne fra de forskellige dele en konklusion om, at socialsygeplejerskerne gør en tydelig forskel i patientforløbene for nogle af de udsatte patienter, der kommer i kontakt med psykiatrien.

11. Afsluttende perspektiv (delkonklusion)

Del 2 i nærværende evalueringsrapport beskriver, hvordan socialsygeplejerskerne efter godt 2½ år er blevet implementeret i psykiatrien, deres organisatoriske placering og hvilke arbejdsopgaver, de 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, og hvor tilfredse nogle af patienterne er.

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, eksterne 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 eller få en mindre god behandling. Socialsygeplejerskernes fleksibilitet gør det muligt for dem at tilpasse og justere deres indsats, så den kan hjælpe patienter, der ellers ikke passer ind i behandlingssystemet.

I interview med kollegaer ser vi, at der stadig er nogen, der er usikre på socialsygeplejerskernes funktion og der er også lidt forskellige opfattelser af, hvad der er socialsygeplejerskernes opgaver. F.eks. spørgsmålet om, hvorvidt socialsygeplejerskerne følger socialt udsatte patienter til eksterne behandlingstilbud, eller hvor meget de har mulighed for at følge op på patienterne.

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.

Nogle af de eksterne samarbejdspartnere, der i forbindelse med det første statusnotat, beskrev, at der havde været meget lidt samarbejde med socialsygeplejerskerne i psykiatrien, fortæller nu, at de har et meget tættere samarbejde. Der er dog også stadig steder, hvor dette samarbejde fortsat ikke er meget tæt eller systematisk.

Der er fortsat tale om en ny funktion, og nogle socialsygeplejersker, der i praksis står meget alene ude på de enkelte centre, er det vigtigt, at der fortsat 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.

Er der brug for flere socialsygeplejersker i psykiatrien? Når jeg har spurgt socialsygeplejerskerne og deres kollegaer ad om dette, så lyder svaret typisk noget i retning af, at det jo altid vil være rart med flere hænder, men at 2 socialsygeplejerske pr center nok dækker behovet meget godt. Selv om man i perioder har travlt, så har man en oplevelse af at man nogenlunde får dækket behovet. Nogle af de eksterne samarbejdspartnere nævner dog, at de en gang imellem har borgere, som burde være i socialsygeplejerskernes målgruppe, men som de ikke kommer ind over. Andre eksterne parter

nævner, at socialsygeplejerskerne ikke arbejder i weekenderne, hvor socialt udsatte patienter jo også bliver indlagt. Medmindre man vil til at ændre socialsygeplejerskernes arbejdsopgaver og arbejdstider markant, så har jeg ikke umiddelbart baggrund for at sige, at socialsygeplejerskerne tager fejl, når de tænker, at de dækker området nogenlunde. Men jeg vil gerne fremhæve, at det så er vigtigt, at man passer på funktionen og i så vidt muligt omfang som muligt sikre, at der er 2 socialsygeplejersker på hvert center. Dvs. at man i forbindelse med orlov undersøger muligheden for vikarer, eller at en anden sygeplejerske i en periode kan overtage funktionen, og at man i forbindelse med opsigelser prioriterer at slå stillingen op så hurtigt som overhovedet muligt.

Hvordan er socialsygeplejerskefunktionen lykkes i forhold til de oprindelige formål? Som beskrevet i indledningen til denne del af rapporten, så er det overordnede formål med socialsygeplejerskerne 1) at styrke patientforløbene for socialt udsatte mennesker, der kommer i kontakt med psykiatrien, 2) overordnet rådgivning og vejledning i forhold til den socialt udsatte patient og 3) kompetenceudvikling. Styrkelsen af patientforløbene kan både gøres ved et direkte engagement ind i konkrete patientforløb og det kan gøres ved at arbejde organisatorisk, således at den samlede organisation bliver bedre til at arbejde med socialt udsatte patienter – her passer de sidste 2 punkter af det overordnede formål ind. Der er ikke nogen tvivl om, at de psykiatriske socialsygeplejersker gør begge dele: de arbejder både i de konkrete patientforløb og de arbejder organisatorisk, men med en tyngde på det første – de konkrete patientforløb.

I 2021 blev der i Region Hovedstaden udarbejdet et notat, der beskriver kerneelementerne i socialsygeplejerskefunktionen på regionens somatiske hospitaler (Center for Sundhed 2021). Kerneopgaverne i forhold til patienterne er bl.a.:

- Specialistviden om rusmidler, afhængighed, abstinensbehandling, smertebehandling, substitutionsbehandling og socialt udsattes livsvilkår
- Deltagelse i afdækningen af patientens unikke somatiske, sociale og psykiske udfordringer og vurdering af patientens sundhedskompetencer
- Koordinerer og aktiverer kommunale og NGO-tilbud i forbindelse med udskrivelse, fx herberger, gadeplansmedarbejdere og rusmiddelbehandling
- Er en del af behandlingen af socialt udsatte patienter, men har ikke plejansvar.

Kernopgaver i forhold til personalet er bl.a.:

- Specialistviden om rusmidler, afhængighed, abstinensbehandling, smertebehandling, substitutionsbehandling og socialt udsattes livsvilkår
- Sparringspartner og hjælper personalet med at tilrettelægge en behandling baseret på en skadesreducerende tilgang

De opgaver, der her beskrives for de somatiske socialsygeplejersker, minder i vid udstrækning om de opgaver, som jeg ovenfor har beskrevet for de psykiatriske socialsygeplejersker. Så selv om der er forskel på psykiatri og somatik, så er der altså også et stort overlap i den måde, som funktionerne arbejder på.

Socialsygeplejerskefunktionen er på nuværende tidspunkt blevet implementeret i den regionale voksenpsykiatri. Og de overvejende positive erfaringer herfra gør det relevant at rejse spørgsmålet, om der også bør være socialsygeplejersker i den regionale børne- og ungdomspsykiatri? I en rapport fra VIVE fra sommeren 2024 peges der på, at langt hovedparten af unge mellem 18 og 25 år, der

har problemer med samtidig psykiske lidelse og rusmidler, tidligere har haft kontakt med den regionale behandlingspsykiatri (Benjaminsen and Enemark 2024). Noget af denne kontakt har været med voksenpsykiatrien, men der er også en del, der har deres første kontakter med børne- og ungdomspsykiatrien. Og det kunne godt pege på et behov for, at der er nogle ressourcepersoner inden for rusmiddelområdet og social udsathed, der kunne være med til at fange disse unge tidligere i forløbene. Som med overførslen af modellen fra somatik til psykiatri skal man være opmærksom på, at der vil være brug for en tilpasning af modellen, så den passer til behovene i børne- og ungdomspsykiatrien, hvis man vælger at gå den vej. Erfaringerne fra arbejdet med at tilpasse modellen til psykiatrien peger dog på, at det godt kan lade sig gøre.

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. Socialsygeplejerskerne betyder, at psykiatriens behandlingstilbud reelt også er et tilbud til de mest socialt udsatte patienter, der ellers risikerer at blive tabt.

Som det også er fremgået af de foregående kapitler, er socialsygeplejerskerne også med til at gøre organisationen – Region Hovedstadens Psykiatri – bedre til at arbejde med socialt udsatte patienter. Det ser vi eksempler på, når socialsygeplejerskerne arbejder med at udbrede kendskabet til de relevante vejledninger (VIP'er), når de underviser personale i rusmidler og substitutionsbehandling, når de sammen med socialrådgivere og socialoverlæger er med til at sætte fokus på, hvad bolig og aktiviteter betyder i forhold til at have en psykisk sygdom, og når de qua deres eget arbejde viser deres kollegaer i psykiatrien, at det giver mening at gøre en indsats i forhold til socialt udsatte patienter og at det er muligt at hjælpe dem, hvis man tænker lidt bredere og har en mere fleksibel tilgang. Samtidig er det selvfølgelig også tydeligt, at der er tale om en stor organisation, hvor der også er mange andre ting på dagsordenen.

12. Konklusion – tværgående perspektiver

Som beskrevet i de 2 delkonklusioner, så gør de psykiatriske socialsygeplejersker og socialoverlægerne en markant forskel i forhold til socialt udsatte patienter i Region Hovedstaden³. Som en af informanterne (en kollega) i denne undersøgelse siger: *”Der er så meget at tabe og så meget at vinde ved denne gruppe”*.

I en analyse af Sundhedsindsatser for udsatte borgere, som Statens Institut for Folkesundhed gennemførte for Sundhedsstyrelsen i 2022 (Christoffersen, Nilou et al. 2022), fandt man følgende strukturelle barrierer for socialt udsatte mennesker i deres kontakt med sundhedsvæsenet (Ibid.: 6):

- Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder
- Begrænset adgang til sundhedsydelser og sundhedsindsatser
- Manglende kendskab til socialt udsattes behov og mulighed for individuel tilpasning

Det er nogle af de samme problemer, som socialoverlæger og socialsygeplejersker (+ kollegaer og samarbejdspartnere) beskriver at opleve for de socialt udsatte patienter, som de møder.

I samme rapport peger man på følgende centrale komponenter i sundhedsindsatser for socialt udsatte (Ibid.: 7)⁴:

- Udsatte faglighed
- Systemkendskab og faglige netværk
- Integreret behandling
- Ledsagelse og bisidning
- Brobygning
- Opsøgende arbejde

Også her kan vi se et betydeligt sammenfald mellem, hvad rapporten identificere som centrale komponenter, og hvad socialoverlæger og socialsygeplejersker har fokus på i deres arbejde.

Sammenligner vi f.eks. ovenstående liste med listen over tværgående temaer i socialsygeplejerskernes arbejde, så ses der et meget stort overlap:

- Kommunikation, interesse og respekt
- De-stigmatisering
- Agency
- Viden om rusmidler, afhængighed, problematisk brug, abstinenser
- Netværk
- Bringe systemerne sammen
- No wrong door
- En person man kan kontakte

De 2 funktioners tilgang ligger dermed i tråd med, hvordan der ellers arbejdes med udsatte området. Et af evalueringens formål (punkt 4) var at undersøge, hvordan nøglefænomener i indsatsen for socialt udsatte patienter kunne praktiseres. Denne evalueringsrapport peget på, at når man har medarbejdere, som har socialt udsatte som deres kerneområde, så har man også muligheden for at

³ Som nævnt i indledningen, så har jeg i dette arbejde ikke beskæftiget mig med socialsygeplejerskerne i somatikken.

⁴ En af de indsatser, som indgår i rapporten, er socialsygeplejersker i somatikken.

arbejde med målgruppen. Hvis der ledelsesmæssig opbakning, rum for autonomi og mulighed for fleksibilitet.

Noget af det, som evalueringen kredser om, er spørgsmålet om, hvad udsatte faglighed i sundhedsvæsenet egentlig er. Nogle af informanterne nævner 'klinisk socialmedicin' som det, der kommer tættest på. I en lærebog om 'Klinisk socialmedicin og rehabilitering' beskrives denne tilgang således: "... at der er en tæt sammenhæng mellem sygdom, menneske og menneskets omgivelser. Behandling og rehabilitering af mennesker med sygdom skal ikke bare fokusere på sygdommen, men på det syge menneske – det tænkende, følende, handlende menneske i dets samfundsmæssige omgivelser" (Nielsen and Modvig 2011: 11-12). Jeg tænker, at de fleste af socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne kan se sig i denne ramme – eller i hvert fald hvis vi kalder det 'klinisk socialmedicin og socialsygepleje' med henvisning til, at socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne i høj grad understøtter hinanden og supplerer hinanden.

Nogle af de kernelementer i udsatte fagligheden, som jeg har set i denne evaluering, er:

- Viden om og interesse i, hvad et liv som socialt udsat, herunder bl.a. hjemløshed og rusmidler, gør ved menneskers helbred og ved deres muligheder for at passe på sig selv
- Viden om og interesse i de lidelser/sygdomme, som vi ofte ser hos socialt udsatte mennesker – f.eks. psykiske lidelser/vanskeligheder, sår, infektioner, KOL
- Viden om og interesse i rusmidler og hvad et for stort forbrug af rusmidler gør ved mennesker – somatisk, psykiatrisk og socialt
- Viden om og interesse i, hvordan systemer og organisationer fungerer, og hvordan man kan understøtte, at de kommer til at hænge bedre sammen – ikke mindst når antallet af kontakter og aktører er så stort, at det i sig selv øger kompleksiteten

En anden dimension af, hvad udsatte faglighed i sundhedsvæsenet handler om, er det ønske, som mange af socialoverlægerne og socialsygeplejerskerne har på tværs, nemlig ønsket om at kunne have et tilbud i sundhedsvæsenet, hvor netop disse mennesker er kernemålgruppen, og hvor der er en tæt kobling mellem psykiatri og somatik, fremfor nogen som bliver opfattet som værende på kanten af målgruppen, som nogen der bliver sendt frem og tilbage mellem psykiatri og somatik – eller som slet og ret besværlige og forkerte. Som en informant sagde i et interview: "*De hjemløse, socialt udsatte patienter er også hjemløse i regionen*". Dette peger også tilbage på diskussionen om, hvorfor et tilsyn fra socialoverlægen opleves som mindre forpligtende end tilsyn fra andre specialer, nemlig at der mangler et 'udsatte-speciale'.

På nogle måder sidder jeg her, mens jeg lægger sidste hånd på rapporten, men en fornemmelse af, at det reelt er for tidligt at lave en egentlig afsluttende evaluering. Funktionerne er fortsat i gang med at finde deres form. Og på nuværende tidspunkt er de også i høj grad præget af, hvilke personer, der fylder dem ud. Og dermed, at når der sker skift i personerne så starter man – næsten – forfra med at definere funktionen.

Samtidig er der også nogle betydelig organisatoriske ændringer i gang, som vil have betydning for netop de funktioner, der er beskrevet her. I psykiatrien er der ikke nogen tvivl om, at implementeringen af det nye regionale tilbud om integreret behandling for patienter med dobbeltdiagnose vil komme til at betyde noget for socialsygeplejerskernes arbejde i psykiatrien og for de psykiatriske socialoverlæge. Det er bare endnu ikke tydeligt, hvad det vil betyde. Tilsvarende

vil den ændrede organisering, hvor psykiatri og somatik skal hænge tættere sammen organisatorisk, formentlig komme til at påvirke særligt socialoverlægefunktionen og dennes organisering. Det samme gælder de nye sundhedsråd. Det anbefales derfor, at funktionerne også i de kommende år følges.

Hvis de psykiatriske socialsygeplejersker og socialoverlægerne 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. På det organisatoriske plan kan man også pege på en række helt konkrete indsatser i forhold til at ændre tilgangen her – f.eks. arbejdet med at udbrede relevante vejledninger, kompetenceudvikling, styrkelse af det tværsektorielle arbejde – som har sat sig spor og i fremtiden vil sætte sig spor, men hvor der fortsat er arbejde at gøre.

Bilag 1. Fem patienttyper som socialsygeplejerskerne i psykiatrien arbejder med

Den funktionelt hjemløse patient. 24-årig mand indlægges pga. stofudløst psykose, belastningsreaktion, er selvmordstruet og har tidligere forsøgt at gøre skade på sig selv.

Patienten er netop blevet forladt af sin kæreste som han har haft et on and off forhold til gennem de sidste par måneder.

Patienten har eksperimenteret med alle former for euforiserende stoffer siden 16-års alderen, og har finansieret det gennem kriminalitet.

Patienten har adresse hos sine forældre men forholdet er præget af konflikter bl.a. grundet patientens brug af stoffer. Patienten sover derfor rundt omkring, hvor han kan komme til det.

Patientens psykiske tilstand forværres af manglende fast base samt brug af stoffer.

Patienten har vanskeligt ved at klare og overskue almindelige ting i hverdagen. Patienten har ingen tilknytning til skole eller uddannelse og modtager kontanthjælp.

Indlæggelsen er ofte præget af højt konfliktniveau med personalet, og patienten bliver udskrevet, når stofpsykosen er klinget af.

Patienten er aldrig blevet diagnostisk udredt og har ej heller modtaget rusmiddelbehandling.

Den unge patient. 19-årig mand indlægges pga. tristhed og suicidale tanker. Patienten er tidligere udredt og har en ADHD-diagnose.

Patienten har været indlagt før med samme henvendelsesårsag.

Patienten har igennem længere tid indtaget benzodiazepiner og opioider. I weekenden, i forbindelse med fester, indtager patienten ofte kokain og alkohol.

Patienten har aldrig været i rusmiddelbehandling og vurderer ikke selv at have brug for det, da han mener, at han godt kan styre det.

Patienten er i lærer som tømrer, men er i risiko for at ryge ud af uddannelsen pga. for meget fravær, og er dermed også i fare for at blive hjemløs, da han så også vil miste sit kollegieværelse.

Patienten har lært sig selv at holde en god facade, men er selvbebrejdende og præget af lavt selvværd.

Patienten har ved indlæggelsen ikke fået fortalt, hvor meget benzodiazepin og opioider han er vant til at tage og bliver voldsomt abstinent og fremtræder med højt konfliktniveau.

Den midaldrende mand. 50-årig mand indlægges grundet tristhed, selvmordstanker og et stigende alkoholforbrug.

Patienten har indtil for 1 års tid siden kunne opretholde et liv med kone og børn, fast arbejde og bolig.

Patienten har igennem sit liv altid nydt alkohol i weekenden, og stille og roligt har det indtaget hverdagen, og blevet brugt som en måde at kunne slappe af på, ovenpå en travl hverdag.

I forbindelse med konflikter og øget pres både arbejdsmæssigt og privat eskalerer forbruget, og patienten mister sit arbejde, og nu har konen også forladt ham.

Patienten har isoleret sig mere og mere gennem de sidste 6 måneder. Patienten er præget af skyld og skam over situationen, og forbruget af vin er ca. 3 liter om dagen.

Den hjemløse socialt udsatte udenlandske patient. 45-årig mand fra polen, indlægges til afrusning. Patienten er vant til at drikke 1-2 flasker vodka om dagen.

Patienten har haft en del indlæggelser både i psykiatrisk regi og somatisk regi. Erfaringen er at indlæggelserne er korte oftest max 48 timer

Patienten kom til DK for at arbejde i byggebranchen, men har mistet arbejdet og har ingen bolig, og bor nu lidt rundt omkring i campingvogne hos ligestillede landsmænd.

Patienten har intet ønske om at komme hjem til Polen igen.

Det er vanskeligt at kommunikere med patienten, idet han kun kan få ord på dansk og taler ikke engelsk.

Psykisk fremtræder patienten paranoid og kan være selvskadende.

Patienten har dårlig tandstatus, og fremstår misere præget.

Patienten har ingen rettigheder i DK, da han ikke har dansk cpr.nr., og patienten oplever modvilje fra systemet.

Patienten oplever sig ikke ordentligt hjulpet og personalet oplever også en udmatning over ”denne type af patienter”.

Den klassiske socialt udsatte patient. 50-årig hjemløs mand henvender sig i psykiatrisk modtagelse grundet tristhed og behov for afrusning af alkohol.

Patienten har haft flere (korte) indlæggelser med samme problematik, og det er nu den 6. indlæggelse på 1,5 måned.

Patienten er vant til at indtage store mængder alkohol dagligt, i form af 30 øl og 1 flaske vodka.

Desuden har patienten også udviklet et opioid forbrug.

Patienten har igennem årene forsøgt adskillige kortvarige rusmiddelbehandling uden succes.

Trods tilbagevendende tristhed og angst er patienten aldrig blevet udredt psykiatrisk pga. det store alkoholindtag.

Patienten har desuden forhøjet blodtryk, begyndende skrumpeliver og sår på underben, der ikke vil hele.

Patienten fremtræder forhutlet og bærer præg af livet på gaden.

Patienten har et barn på 25 år, han ikke har haft kontakt til igennem 20 år. Der er intet andet netværk.

Patienten modtager kontanthjælp.

Personalet er efterhånden ved at være lidt opgivende pga. af patientens hyppige indlæggelser, som de oplever, alligevel ikke fører til noget.

Referencer

- Antonsen, L. K. (2022). Evaluering af Socialsygeplejerskeordning. Odense, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark.
- Benjaminsen, L. and M. H. Enemark (2024). Brug af velfærdssystemet blandt unge med dobbeltdiagnose. En registerbaseret undersøgelse af brug af indsatser og ydelser blandt unge med både en psykisk lidelse og et misbrug. København, VIVE.
- Brünés, N. (2007). Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. København, Projekt Udenfor.
- Center for Sundhed (2021). Notat: Kerneelementer i socialsygeplejerskefunktionen. Hillerød, Region Hovedstaden.
- Christoffersen, N. B., et al. (2022). Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. Udvalgte eksempler. København, Sundhedsstyrelsen.
- Dahler-Larsen, P. (2003). Opskrift for virkningsevaluering. Nye veje i evaluering. H. K. Krogstrup and P. Dahler-Larsen. Aarhus, Systeme Academic.
- Dideriksen, T. L., et al. (2019). "Social Nurses' Descriptions of Nursing: A Qualitative Study of What Social Nursing is and Does?" The Open Nursing Journal(13): 228-236.
- Enheden for brugerundersøgelser (2013). Socialsygeplejerske for lighed i sundhed. Evaluering af projekt "Socialsygeplejerske". Frederiksberg, Enheden for brugerundersøgelser.
- Herskin, B. (1995). Undervisningsteknik for universitetslærere. København, Samfundslitteratur.
- Hvidhjelm, J. C. (2015). Forebyggelse af aggression og vold på psykiatriske afsnit via struktureret risikovurdering - evaluering af Brøset Violence Checklist i Danmark. Ph.d.-afhandling. København, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Højbjerg, K., et al. (2022). "Socialklinisk sygeplejerskepraksis - en kvalitativ undersøgelse af hospitalsansatte socialsygeplejerskers praksisformer i mødet med socialt udsatte patienter." Klinisk sygepleje 36(4): 225-239.
- Kvale, S. and S. Brinkmann (2014). Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København, Hans Reitzel.
- Lisby, M. and A. S. Kjeldsen (2015). Evaluering af socialsygeplejerskeordningen. Aarhus Universitetshospital. Aarhus, Akutcenter & Center for Akutforskning, Aarhus Universitetshospital.
- Ludvigsen, K. B. and N. Brünés (2013). Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. Glostrup, KABS VIDEN.
- Madsen, M. H., et al. (2018). Patients oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af angst og depression. København, VIVE.
- Malterud, K. (2001). "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines." The Lancet 358(9280): 483-488.
- Mårtensson, S., et al. (2022). "Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (Dual diagnosis) from 2000 to 2017 – a nationwide study of Danish register data." Nordic Journal of Psychiatry.

Nielsen, C. V. and J. Modvig (2011). Klinisk socialmedicin og rehabilitering. Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering. J. Modvig, B. T. Jensen and C. V. Nielsen. København, FADL's Forlag.

Public Health England (2017). Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions. A guide for commissioners and service providers. London, Public Health England.

SAMHSA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Updated 2020. Rockville, SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration.