

2012

**KABS VIDEN**

Januar 2012

# [PROJEKT SOCIALSYGEPLEJE – I PSYKIATRIEN]

*Anden midtvejsstatus over Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb.*

**Projekt Socialsygepleje – i psykiatrien. Anden midtvejsstatus over *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb.***

Udgivet af KABS VIDEN januar 2012

KABS VIDEN  
KABS  
Bakken 3  
2600 Glostrup  
[www.kabs.dk](http://www.kabs.dk)

Statusrapporten kan downloades på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk)

Forfatter: Kathrine Louise Bro Ludvigsen

Redaktion: Nina Brünés, Thomas Fuglsang og Kathrine Louise Bro Ludvigsen

***Tak til patienter, personale og socialsygeplejersker for deres bidrag til rapporten.***

## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning .....	3
Projektet Socialsygepleje – det gode patientforløb .....	5
Projektramme.....	5
Evalueringsopsamling.....	5
Baggrund for projektet.....	5
Socialsygeplejen i somatikken – projektets første del .....	6
Socialsygeplejen i psykiatrien – projektets anden del.....	6
Omfanget af psykiatriske lidelser og stofbrug.....	7
Dobbeltdiagnosticerede og dobbeltbelastede mennesker.....	8
Socialsygeplejen i psykiatrien .....	9
<i>Case: På arbejde med socialsygeplejersken</i> .....	9
Accelererede patientforløb .....	9
Socialsygeplejerskens arbejdsopgaver .....	10
Udfordringer og tematikker i psykiatrien .....	11
<i>Case: At have en plan</i> .....	11
Helhedsorienterende behandlingsplaner.....	12
<i>Case: Den lange vej til diagnosen</i> .....	12
Diagnosen - adgang til relevant hjælp.....	13
<i>Case: Kopper har ører, hvorfor kan de ikke høre?</i> .....	14
Stofmisbrug versus brug af stoffer .....	14
<i>Case: Den abstinente patient</i> .....	15
Høje doser og viden om stoffer og substitutionsmedicin .....	16
Socialsygeplejerskernes vidensformidling.....	16
Patientudsagn.....	18
Patienternes oplevelse af socialsygeplejen.....	18
Projektstatistik.....	19
Foreløbige konklusioner og perspektivering .....	20
Referencer .....	21

## Sammenfatning

Denne rapport er en midtvejsstatus over de foreløbige resultater fra den psykiatriske del af *Projekt Socialsygeplejerske – det gode patientforløb*. Projektet er treårigt udviklingsprojekt, finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen og forankret i KABS VIDEN<sup>1</sup>. Fra psykiatrien deltager Psykiatrisk Center Glostrup samt Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød.

Målgruppen for socialsygeplejerskernes arbejde er stofbrugere<sup>2</sup> under indlæggelse, og formålet er at forbedre indlæggelse og udskrivning – dels ved at formidle viden til personalet om målgruppens særlige problemer, dels ved at sikre en bedre koordination med de sociale hjælpeindsatser i kommunerne.

Overordnet kan man konkludere, at projektet allerede på nuværende tidspunkt har demonstreret stor nytteværdi i psykiatrien, hvor man ligesom i somatikken har en række problemer med at rumme og håndtere den stofafhængige patient med hensyn til misbrugsmedicinsk behandling, sociale problemer og adfærd i afdelingen.

Det er i det hele taget velkendt, at stofbrugende patienter med psykiske problemer ofte falder mellem de systemer, der skal hjælpe dem. I denne sammenhæng drejer det sig om psykiatrien, misbrugssektoren og ofte også andre kommunale foranstaltninger. Det bliver også i denne rapport understreget, at der er stort behov for, at behandlingen af disse dobbeltbelastede patienter integreres.

*Projekt Socialsygepleje* har foreløbig afdækket, at de psykiatriske afdelinger selv har et stort behov for tilførsel af viden om rusmidler, stofmisbrug, abstinenser og abstinensbehandling, misbrugsadfærd, livsstil samt skadesreduktion. Her er socialsygeplejen en relevant løsning, med mindre psykiatrien selv vil sikre større fokus på disse emner.

Denne midtvejsstatus viser, hvordan socialsygeplejersken kan bidrage til, at dobbeltbelastede patienter får et bedre indlæggelses- og udskrivelsesforløb i psykiatrien ved at bidrage med et løft og en støtte i en travl behandlingshverdag og tilbyde sin viden, faglighed og ressourcer:

- opkvalificere og tilføre personalet viden om stoffer, stofbrug, behandlings- og støttetilbud, abstinenser og sufficient håndtering af disse gennem faglig sparring, rådgivning og undervisning.
- bygge bro mellem personale og patienter ved at forklare ovenstående, samt give indsigt i muligheder og retningslinjer.
- at øge opmærksomheden på, at når patienterne synes at udfordre systemet, går det ofte også den anden vej; at systemet udfordrer patienterne fx ved ikke at behandle dem sufficient ift. abstinenser.
- gøre opmærksom på, at rationale om accelererede patientforløb ikke må overse kompleksiteten og betydningen af en helhedsorienteret plan for de dobbeltbelastede patienter.
- bidrage med koordinering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring disse patienter og tilbyde opfølgning og ressourcer her.

Opsummerende kan man sige, at socialsygeplejersken i psykiatrien – som i somatikken – tilbyder en svært belastet patientgruppe noget ekstra, som der ellers sjældent er ressourcer til, men som patienterne har behov for og gavn af. Derudover er socialsygeplejersken med til at holde fokus på de psykiatriske problemstillinger, så patienter med moderat/rekreativt brug af stoffer ikke blot sendes videre til stofmisbrugsbehandling.

Alt i alt har projektet i psykiatrien foreløbig vist, at socialsygeplejen kan være med til at opkvalificere den psykiatriske behandling, indlæggelse og udskrivelse til en gruppe patienter, der er ekstra udsatte. Socialsygeplejen kan også være med til at skabe mere helhedsorienterede løsninger for denne patientgruppe, som ellers risikerer at blive såkaldte "svingdørpatienter" eller "tabt på gulvet", fordi de langsigtede løsninger er op til patienten selv at mestre. Her bidrager socialsygeplejersken med indsigt og viden om andre indsatsmuligheder og bygger bro til eksterne samarbejdspartnere.

<sup>1</sup> KABS VIDEN er et videnscenter for stofmisbrug. Aktiviteterne omfatter forskning, projekter, konferencer og publikationer. KABS VIDEN drives af KABS, som er Glostrup kommunes misbrugscenter.

<sup>2</sup> Der findes mange betegnelser for mennesker som bruger stoffer. Spændet går fra junkier og narkomaner til stofbrugere og stofafhængige. I denne rapport bliver betegnelsen "stofbruger" hyppigst anvendt, fordi den forholder sig neutralt til anvendelsen af stoffer. I de tilfælde hvor betegnelsen "stofmisbruger" anvendes, hænger det sammen med refererede kilders brug af ordet. Derudover er det vigtigt at påpege, at man officielt skelner diagnostisk mellem brug, misbrug og afhængig af rusmidler (se kilde 5 og 6).

Men midtvejsevalueringen har også vist, at projektet kun kan opfylde disse succeskriterier, hvis indsatsen baseres på et samarbejde i psykiatrien. Hvis der ikke lyttes til – og gøres brug af – socialsygeplejerskernes faglige argumenter, ekspertviden og kompetencer, kan disse resultater ikke nås. Der er en vilje tilstede i psykiatrien til at skabe forbedringer for disse patienter, men meget tyder på, at det videre arbejde ikke er gjort med en enkelt socialsygeplejerske alene. Meget personale har taget socialsygeplejen til sig og har givet udtryk for en større forståelse og indsigt i disse patienters komplekse problemstillinger, men der er stadig lang vej. En måde at styrke disse resultater, kunne være at udvide socialsygeplejen til et misbrugspsykiatrisk team bestående af såvel socialsygeplejerske og speciallæge i psykiatri med erfaring med misbrugsproblematikker.

## Projektet Socialsygepleje – det gode patientforløb

*Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb* er et udviklingsprojekt finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen og forankret i KABS VIDEN under socialsygeplejerske Nina Brúnés' projektledelse. Projektet har til formål at støtte og forbedre stofbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt med hospitalet og psykiatrien, samt overordnet at mindske ulighed i sundhed. Målgruppen for projektets indsats er socialt udsatte patienter med brug eller misbrug af illegale rusmidler<sup>3</sup>.

### Projektramme

Projektet består af to faser og strækker sig fra 1. februar 2010 og tre år frem. Heraf er 22 måneder forankret på de enkelte hospitaler/centre, som indgår i projektet. Projektets første fase startede i somatikken 1. februar 2010 på hhv. Bispebjerg og Hvidovre Hospital. Her fik to socialsygeplejersker deres gang på hver deres hospital. Den somatiske del af projektet blev afsluttet 30. november 2011. Anden fase af projektet startede i psykiatrien 1. september 2010 på hhv. Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød, ligeledes med én socialsygeplejerske på hvert center. Denne del afsluttes 31. maj 2012.

Den overordnede projektledelse forestås af Nina Brúnés, mens de fire socialsygeplejersker er ansat til varetagelsen af det daglige arbejde med målgruppens patienter.

### Evalueringsoptagelse

For hver del af projektet udarbejdes en midtvejsstatus for KABS VIDEN af antropolog Kathrine Louise Bro Ludvigsen. Første midtvejsstatus foreligger allerede og omhandler projektets erfaringer og resultater i *somatikken* (2). Denne midtvejsstatus kan downloades på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk). Nærværende midtvejsstatus angår projektets erfaringer og resultater i *psykiatrien*.

Udover de to midtvejs-statusrapporter, bliver den samlede indsats endeligt evalueret og afrapporteret i løbet af 2012. Dette sker i et samarbejde mellem KABS VIDEN og COWI A/S<sup>4</sup>.

### Baggrund for projektet

For at kunne give en kvalificeret midtvejsstatus på socialsygeplejens foreløbige resultater i psykiatrien, er det nødvendigt at forstå projektets grundlæggende forankring og ideologi.

Socialsygeplejen tog sin begyndelse i *projekt UDENFOR*<sup>5</sup> med et 2årigt forsøgsprojekt forestået af Nina Brúnés på Bispebjerg Hospital i 2006-2007 (3). Dette projekt synliggjorde forskellige årsager til, at stofbrugeres indlæggelses- og udskrivelsesforløb ofte ikke forløb på samme måde som andre patienters hospitalsindlæggelser. Der var fx tale om afbrudte indlæggelsesforløb, insufficient smerte- og/eller abstinensbehandling, manglende viden blandt hospitalspersonalet om denne gruppe patienter, og om relevante tilbud og muligheder udenfor hospitalet. Mangler, der dels resulterede i insufficient behandling, dels i forskellige former for kontrollerende regimer ift. disse patienter, som ikke var befordrende for samarbejdet. Dette resulterede bl.a. i, at patienten ofte forlod behandlingen før tid.

Forsøgsprojektet viste, at en socialsygeplejerske kunne bidrage med vigtig viden, tid og forståelse for såvel patientens som personalets situation og bygge bro mellem disse parter, samt bygge bro til samarbejdspartnere uden for hospitalet. Dette betød, at patienterne i langt højere grad fik – og gennemførte – et bedre behandlingsforløb, var lettere at samarbejde med, samt at der blev lagt en plan for et bedre tværsektorielt samarbejde omkring patienten og dennes videre forløb efter udskrivelse (3). Projektets ideologiske udgangspunkt var præget af projektlederens mangeårige

<sup>3</sup> Oprindeligt definerede man projektets målgruppe som følger: "Målgruppen består således af tre grupper; patienter med et stofmisbrug, sundhedspersonale på somatiske hospitaler og psykiatriske centre og endeligt kommunale medarbejdere. Såfremt ressourcerne er til stede, vil målgruppen af patienter udvides til også at indbefatte andre socialt udsatte, eksempelvis hjemløse alkoholikere" (1). Projektet har således haft mulighed for at udvide målgruppen undervejs i praksis.

<sup>4</sup> COWI A/S er en rådgivnings- og analysevirksomhed.

<sup>5</sup> Projekt UDENFOR kombinerer gadeplansarbejde blandt de hjemløse med undervisning og forskning i hjemløshed og udstødelse.

arbejde med udsatte mennesker og af den skadesreducerende tilgang<sup>6</sup>.

De positive erfaringer fra ovennævnte projekt ønskede KABS VIDEN at videreføre i en større målestok, dels ved at inddrage endnu et hospital, dels ved at udvide med socialsygepleje i psykiatrien. Det forekom både relevant og naturligt at videreføre det nye projekt ud fra den model, forsøgsprojektet fra 2006-2007 havde udviklet.

På denne baggrund blev *Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb* iværksat.

## Socialsygeplejen i somatikken – projektets første del

Projektet har siden sin start d. 1. februar 2010 til projektets afslutning i somatikken d. 30. november 2011 været involveret i 710 patientforløb.

Resultaterne her er positive: *For det første* oplever patienterne sig hørt og forstået, ligesom de føler sig mere trygge ved indlæggelsen og personalet. Dette gør dem bedre i stand til at samarbejde med hospitalspersonalet. *For det andet* oplever personalet i somatikken en opkvalificering og aflastning af deres arbejde ift. en ofte vanskelig patientgruppe. *For det tredje* er socialsygeplejersken med til at bygge bro til de kommunale samarbejdspartnere og indsatser udenfor hospitalsregi og er dermed med til at styrke det tværsektorielle samarbejde til gavn for patienten og dennes behandling.

Ordningen har haft så stor succes, at den er blevet gjort permanent før projektets afslutning. Socialsygeplejerskerne er således fastansat pr. 1. december 2011 på hhv. Bispebjerg og Hvidovre Hospital med midler fra Region Hovedstaden. Politisk har projektet også høstet stor bevågenhed og socialsygeplejens foreløbige resultater blev således eksponeret på en stor konference om ulighed i sundhed afholdt af Region Hovedstaden i maj 2011.

## Socialsygeplejen i psykiatrien – projektets anden del

Nærværende rapport beskriver de foreløbige erfaringer og resultater projektet indtil videre har gjort sig i psykiatrien. Materialet baserer sig på deltagerobservationer ifm. socialsygeplejerskernes arbejde, socialsygeplejerskernes journaloptegnelser og kvalitative interviews med såvel personale og patienter. Materialet suppleres med statistisk materiale over de afsluttede patientforløb, som projektet i psykiatrien foreløbig har haft berøring med. Det statistiske materiale er systematisk registreret af de to socialsygeplejersker i psykiatrien. Det drejer sig om 226 patientforløb fra opstarten 1. september 2010 til 15. november 2011.

Som nævnt ønskede man at afprøve de gode erfaringer fra den somatiske socialsygepleje med en psykiatrisk socialsygepleje. Data i forbindelse med denne midtvejsstatus viser imidlertid, at der er flere forskelle i tilrettelæggelsen og indholdet af den konkrete socialsygepleje i psykiatrien, selvom det overordnede formål med socialsygeplejen vedbliver at være det samme.

Det der således i første omgang springer i øjnene, er, at mens man i projektets somatikdel efter 16 måneder har 450 afsluttede patientforløb, har man i projektets psykiatridel tilsvarende 226 patienter igennem de første 14 måneder. Det var forventeligt, at psykiatrien ville have færre patientforløb med målgruppen, fordi det samlede patientoptag i psykiatrien i sig selv er mindre: Psykiatrisk Center Glostrup har 138 normerede senge og Psykiatrisk Center Nordsjælland har 164<sup>7</sup> (i alt: 302 sengepladser). Til sammenligning har Bispebjerg og Hvidovre Hospital en samlet kapacitet på 1037 sengepladser<sup>8</sup>. Projekt Socialsygeplejes psykiatridel fik endvidere en langsom start, fordi det tog længere tid at introducere projektet og synliggøre socialsygeplejerskernes funktion. En anden årsag var, at der på det ene center var færre patienter i målgruppen end forventet. Dette resulterede i, at man i marts 2011 udvidede målgruppen til også at inkludere socialt udsatte psykisk syge med et misbrug af alkohol. Derudover var der nogle udfordringer ved at overføre den somatiske socialsygeplejemodel direkte til psykiatrien, hvorfor projektmedarbejderne måtte udvikle andre metoder

<sup>6</sup> Skadereduktion defineres som: "Politikker, programmer og tiltag, der har til formål at reducere de skader, der hænger sammen med brugen af psykoaktive stoffer hos personer, der ikke er i stand til, eller ikke ønsker, at ophøre med brugen." (International Harm Reduction Association, oversættelse fra Socialoverlæge Peter Ege, Københavns Kommune, Symposium 2011)

<sup>7</sup> Tal fra [www.psykiatri-regionh.dk](http://www.psykiatri-regionh.dk): Nøgletal → Behandlingspsykiatri → Kapacitet → Oversigtstabel – Samlet kapacitet (opdateret 12. april 2010)

<sup>8</sup> Hhv. 457 sengepladser på Bispebjerg Hospital (oplyst af hospitalets regnskabsafdeling pr. tlf. 2.januar 2012) og 580 sengepladser på Hvidovre Hospital (oplysning fra [www.hvidovrehospital.dk](http://www.hvidovrehospital.dk) → facts om hospitalet → introduktion til nyt personale aug.2011)

og tilgange. I det følgende opridses forskelle og ligheder i projektets to dele:

Den psykiatriske socialsygepleje resulterer, som i somatikken, i:

- Tryghed hos de patienter, der igennem flere år har haft en stofproblematik, ift. socialsygeplejerskens kendskab til rusmiddelproblematikker, abstinenssymptomer og behandling af disse, kendskab til misbrugsbehandling generelt, samt kendskab til hjælpemuligheder/instanser udenfor psykiatrien.
- Faglig og personlig sparring ift. disse patienter, samt undervisning af personalet i — og håndtering af — misbrugsproblematikker, problematikker vedr. socialt udsatte, skadesreduktion, abstinenser, sufficient medicinering mv.
- Brobygning mellem personale og patient, samt styrkelse af det tværsektorielle samarbejde.

For begge delprojekter (somatik og psykiatri) gælder det, at de er indlejret i et behandlingssystem, som i dag fokuserer på effektivitet og optimering. Det betyder bl.a., at indlæggelsen kun strækker sig i det omfang, der er et klart behandlingsformål til stede inden for den pågældende afdelings speciale og kompetenceområde. Er der ikke det, vil patienten blive udskrevet eventuelt mhp. videre opfølgning hos andre samarbejdspartnere internt eller eksternt. Samtidig – og måske netop forstærket af det effektive system – opleves og karakteriseres patienter med stofbrug ofte som besværlige og svære at samarbejde med. Dette har været et fællestræk både i somatikken som i psykiatrien. Mange af disse patienter har ofte svært ved at indordne sig gængse behandlingsrammer og – procedurer. Dette forværres yderligere af personalets manglende fornødne redskaber, viden og ressourcer til at håndtere denne komplekse patientgruppe, som ofte har flere forskellige behandlingskrævende problematikker og behov.

Udover den psykiatriske og somatiske socialsygeplejes lighedspunkter, synes nogle temaer i det psykiatriske arbejde at adskille sig fra den somatiske socialsygepleje på følgende punkter:

- Ligesom i somatikken er der problemer med at rumme stofbrugere. Derudover har psykiatrien det problem, at den psykiatriske udredning og diagnostik sløres og udfordres af stofindtaget.
- I modsætning til den tilgang projektets somatiske socialsygeplejersker benytter i kontakten til patienterne, blev de psykiatriske socialsygeplejersker nødt til at udvikle andre måder at have kontakt til patienterne på og være opmærksomme på ikke at komme til at underminere det psykiatriske personales behandlingsrelation til patienten. Netop relationen og behandlingsalliancen er et vigtigt omdrejningspunkt i psykiatrien.
- Den dobbeltbelastede patient har ikke samme adgang til psykiatriens forskellige tilbud, som andre psykiatriske patienter, på grund af deres *stofbrug*. På samme vis har denne gruppe patienter heller ikke altid samme adgang til misbrugsrelaterede tilbud, som andre stofbrugere, fordi de er svære at rumme på grund af deres *psykiatriske symptomer/problemstillinger*. Denne problematik er velkendt indenfor dobbeltdiagnosefeltet, men vil også indgå i statusrapporten, da den har betydning for den psykiatriske socialsygepleje. Når patienterne her benævnes dobbeltbelastede og ikke – diagnosticerede, har det den simple forklaring, at flere patienter netop ikke er diagnostisk udredt. Som det vil fremgå i det følgende, står patienten ofte dårligere ift. adgang til hjælp pga. manglende psykiatrisk diagnose.

Ovenstående uddybes med cases fra praksis og citater fra de kvalitative interviews med patienter og personale<sup>9</sup>.

## Omfanget af psykiske lidelser og stofmisbrug

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt: Stofmisbrug optræder ofte i forbindelse med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer (4). Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse over narkotikasituationen (2011) viser fx, at 5031 personer *indlagt på psykiatriske afdelinger* i 2010 havde en stofrelateret hoved- eller bidiagnose: 1586 patienter var indlagt med en stofrelateret hoveddiagnose, mens 3445 patienter var indlagt med en stofrelateret bidiagnose (4).

<sup>9</sup> Casene er skrevet ud fra deltagerobservation og afstemt med socialsygeplejerskernes optegnelser og mundtlige forklaringer. Personhenførbare data er ændret for at sikre patienterne anonymitet. Citaterne er alle bandede, transskriberet og gengivet i meget let redigeret version fra talesprog til skriftsprog. Det vil med andre ord sige, at indskudte sætninger eller gentagelser af ord fx kan være undladt. Sådanne steder angives med: (...).

Derudover viser undersøgelser, at der hos 60-70 % af stofbrugere i *stofmisbrugsbehandling* findes en psykiatrisk lidelse og at livsstilsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 % (5).

Generelt er det svært at skelne mellem den primære og sekundære psykiske komorbiditet ved misbrug/afhængighed (4). Dette problem forstærkes yderligere af, at den ubehandlede psykiatriske lidelse gør det svært for patienten at gennemføre misbrugsbehandling, mens brug af stoffer enten slører eller forstærker de psykiatriske symptomer, så det bliver svært at udrede diagnostisk og dermed målrette behandlingsindsatsen i psykiatrien. Rusmidler kan på den ene side forværre de psykiske symptomer og på den anden side kan psykiske symptomer pine patienten så meget, at stofindtag bliver en måde at lindre disse symptomer på (dvs. en form for selvmedicinering). Der er altså tale om et stort antal patienter, som har et behandlingskrævende behov ift. såvel stofbruget som den psykiatriske lidelse samtidigt (6). I denne rapport – som i projektet – er fokus på stofbrugeren med psykiske problematikker, da brug af stoffer er det overordnede karakteristikum for projektets målgruppe.

*"Når vi ser patienter med både misbrug og psykiatri, er den første overvejelse ofte: Hvad kom først? Det er tit meget svært at finde ud af; er misbruget symptomatisk eller er det symptomgivende, primært eller sekundært til psykiatrisk lidelse? Problemet for os er, at vi mange gange har svært ved at komme videre i diagnosticeringsprocessen, når patienterne er aktivt misbrugende. Vi kan jo ikke vide, når f.eks. en ung mand kommer ind i en psykotisk affekttilstand, om det er én, der er ved at udvikle en grundlæggende psykotisk lidelse, eller om det er én, der er blevet psykotisk, fordi vedkommende har indtaget stoffer. Hvis vi skal videre med det, så vil vi jo gerne se vedkommende stoffri, så vi kan gå videre med psykologer og psykiatere og begynde at afdække problemerne. Det lader sig bare ikke altid gøre. Derfor er der mange, der desværre skal gå i mange år og være misbrugende og have åbenlyse psykiatriske symptomer, uden at man egentlig – eller kun til dels – kan skille tingene ad." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

### **Dobbeltdiagnosticerede og dobbeltbelastede mennesker**

En patient med en psykiatrisk diagnose og et samtidigt misbrug, betegnes *dobbeltdiagnosticeret* (6). Den psykiatriske diagnose gives på baggrund af diagnostisk udredning (7). Der er imidlertid mange patienter med stofbrug som pga. stofbruget endnu ikke er færdig-udredt psykiatrisk. Dvs. patienten indlægges med en såkaldt "aktionsdiagnose", som bliver det behandlingsfokus, psykiatrien tager udgangspunkt i, i det konkrete indlæggelsesforløb. En forklaring på den manglende videre psykiatriske udredning er, at psykiatrien er tilbageholdende med at diagnosticere, så længe der er et aktivt brug af stoffer. Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er således en tilbagevendende kompleks og uafklaret diskussion i psykiatrien (fx 7:290). Der kan således være patienter/brugere som både har misbrugs- og psykiske problemer, uden at kunne betegnes *dobbeltdiagnosticerede*. I stedet kan de siges at være *dobbelbelastede* (6). Om patienten er *dobbeltdiagnosticeret* eller *dobbelbelastet*, ændrer imidlertid ikke ved, at der er tale om mennesker med komplekse problemstillinger af såvel social, fysisk, psykisk og medicinsk karakter. Pga. problemernes modsatrettedethed – stofferne forhindrer den ene behandling og de psykiatriske problemer den anden – falder disse mennesker ikke kun mellem to behandlingssystemer (hhv. psykiatrien og misbrugsbehandlingen), men også ofte mellem mange andre indsatser, der har svært ved at rumme personen, enten på grund af den ene eller den anden hovedproblematik.

Udover selve misbruget og de psykiske problematikker er der ofte mange andre komplicerede problemstillinger, der ofte stiller krav om omfattende tværfagligt og tværsektorielt koordinering og samarbejde, fx:

- Komplekse sociale problemer (fx dårlig økonomi, kriminalitet, manglende bolig, lille/manglende netværk, voldelig/truende adfærd mv.).
- Afbrudt skolegang/ringe uddannelsesniveau.
- Afbrudte arbejdsforhold/manglende erhvervs erfaring og arbejdsløshed.
- Somatiske problemer og hospitalsindlæggelser (nedsat helbred, hiv, hepatitis o.lign.).
- Komplekse medicinske problemer.
- Negative erfaringer med forskellige offentlige hjælpeinstanser og det at blive mødt med fordomme.

*Projekt Socialsygepleje – det gode indlæggelsesforløb* har således til formål at støtte og hjælpe hospital/psykiatri med at give lige adgang til sundhed for denne gruppe sårbare patienter, ved at opkvalificere deres behandling, indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

## Socialsygeplejen i psykiatrien

### Case: På arbejde med socialsygeplejersken

Socialsygeplejersken møder ind kl. 8-8.30, hvor hun tjekker sin mail, for at se om der er nogle akutte ting, hun skal være særligt opmærksom på. Herefter går hun til morgenkonferencen, hvor hun får et overblik over, hvilke patienter der er blevet indlagt/udskrevet. Denne morgen er 11 behandlere samlet til den psykiatriske morgenkonference. Der er både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, studerende, en socialrådgiver, to læger, hvoraf den ene er overlægen, samt socialsygeplejersken. Plejepersonalet gennemgår afdelingens patienter. Der er nøje fokus på, hvilken plan der er lagt for den enkelte patient, samt hvornår patienten kan udskrives eller overflyttes. Socialsygeplejersken supplerer det tværfaglige team med viden og uddybende spørgsmål i forbindelse med de patienter, der har misbrugsproblematikker eller er i substitutions-behandling<sup>10</sup>. Undervejs aftaler det tværfaglige team, hvilke opgaver der skal løses og hvem der gør hvad. Her byder socialsygeplejersken også ind ift. fx at afdække patienters stofbrug, kontakte misbrugscentre, bostøttesteder o. lign. Da konferencen er slut, drøfter socialsygeplejersken opgavefordelingen med afdelingens socialrådgiver. De aftaler i hvilken rækkefølge, de hver især skal tale med fælles patienter. Herefter tilser socialsygeplejersken de aftalte patienter, der har været på morgenkonferencen, ligesom hun også selv opsøger patienter til sin målgruppe. Dem finder hun på sin runde rundt i de øvrige afdelinger ved at gennemgå afdelingens dagseddel, hvor man kan se de patienter, der er indlagt. Indimellem skal der ringes til patienters hjemkommuner, eventuelle misbrugscentre, herberger eller lign. for at undersøge, hvilke foranstaltninger, der evt. er sat i værk og hvilke planer, der allerede ligger for patienten i det øvrige professionelle netværk. Undervejs rundt på afdelingerne og mellem de forskellige patientsamtaler og telefonopkald, holder socialsygeplejersken øje med lægens og psykologens runder, så hun kan nå at fange dem ift. tilbagemeldinger/input om de patienter, hun har tilset. De respektive kontaktpersoner bliver også orienteret, ligesom socialsygeplejersken skriver sine observationer og det hun evt. har iværksat ind i sygeplejeturnalen. Der bliver gået en del frem og tilbage mellem de forskellige afdelinger. Indimellem hiver en sygeplejerske eller læge fat i socialsygeplejersken ift. sparring om abstinensbehandling eller sparring om en patient, hvor man har opdaget et stofbrug. Dagen slutter på socialsygeplejerskens kontor, hvor afsluttede patientforløb og data på socialsygeplejerskens indsatser skal registreres til projektet.

"Det kan godt være personalet er vant til at se misbrug i psykiatrien, men det er ikke et område, man fordyber sig meget i, og i virkeligheden tror jeg alle sidder med en eller anden fornemmelse af, at vi ofte taber misbrugere mellem to stole. De kommer ind hos os, vi laver noget akutbehandling, derefter regner vi med, at andre tager over. Så kommer de tilbage og vi opdager, at andre ikke har taget over. Det er ikke fordi, de ikke gerne vil tage over, men det handler nogen gange om motivation hos patienten eller manglende ressourcer. Men i det hele taget, den overgang fra psykiatri til misbrugsbehandling, at facilitere den, det er et problem. Og der er dette projekt nærmest skræddersyet til at sikre den overgang." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

"Man arbejder ud fra det, der hedder accelererede patientforløb: Alt det der er i hospitalspsykiatri, det er det akutte og intensive. Så man skal ret hurtigt have afklaret, hvad er det, vi sender videre til? Man kan ikke hænge i dette system i længere tid. Det kræver en del af kompetencerne hos dem, der nu en gang vurderer på det korte tidsrum, man har. Det er en lang diskussion, både noget med økonomi og alt sådan noget. Men bestemt også en ideologi om, at folk måske er bedre tjent med at blive behandlet ude i det lokale eller ambulante miljø eller hjemmefra." (Konstitueret udviklingschef Lilli Beder, Psykiatrisk Center Glostrup)

"Vi har jo altid haft muligheden for at henvise dem et sted hen, men det var patientens eget ansvar at komme her fra og der til. Socialsygeplejersken er jo meget mere brobygger og sikrer sig, at de møder op og følger op på det. Før når vi udskrev, så var de ude af øje, ude af sind." (Afdelingsleder Pia Husum Frederiksen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

### Accelererede patientforløb

Som det fremgår af beskrivelsen af socialsygeplejerskens arbejdsdag, bliver indlæggelsen nøje vurdereret ift. længde, formål og indhold. Patienter kan maksimum være indlagt syv dage på skadestuen, hvorefter de overflyttes til en anden psykiatrisk afdeling eller udskrives. Den skærpede monitorering af ressourcebehovet omkring hver patient, er en del af en overordnet politik på psykiatriområdet, som skal sikre let adgang til akutte psykiatriske tilbud døgnet rundt og effektive forløb uden unødigt ventetid (8:12). For mange af de dobbeltbelastede patienter bliver "aktionsdiagnosen" (selve årsagen

<sup>10</sup> "Ved substitutionsbehandling erstattes et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel mhp. at behandle brugeren for afhængighed. Formålet er at stabilisere stofmisbrugeren farmakologisk, fysisk, psykisk og socialt. I Danmark skal substitutionsbehandling tilbydes sammen med social behandling og må ikke stå som det eneste behandlingstilbud til stofmisbrugeren." (6:131).

til indlæggelsen) behandlet i psykiatrien, som derefter anser deres arbejde for afsluttet. Disse patienter er imidlertid ikke færdigbehandlede i bred forstand, da de, som tidligere nævnt, fortsat har mange komplekse problemstillinger udover selve aktionsdiagnosen. Som det fremgår af projektets registrering over patientforløb (se side 16) blev 180 af de 226, som indtil videre har deltaget i projektet, udskrevet som færdigbehandlede. Selvom det i registreringen fremgår, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er på 15,5 dage, er der flere patienter som udskrives væsentlig hurtigere: Fx blev 37 af de registrerede patienter udskrevet efter en til to dages indlæggelse. Dvs. at disse patienter max havde én overnatning i psykiatrien. 106 patienter var indlagt mellem to og syv dage. Ser man på medianen er indlæggelsestiden således nede på 5,0 dage. Spændet mellem den længste indlæggelsesperiode og den korteste er; fra få timer (det kan fx dreje sig om en patient til afrusning) til en indlæggelse på 203 dage (der fx drejer sig om dom til behandling).

Det har indimellem været en udfordring for socialsygeplejerskerne at nå at tilse de patienter, som kun er indlagt i kort tid og nå at lægge en ordentlig plan inden patienten blev udskrevet. Udfordringen ved psykiatriens effektivisering er derfor at sikre gode arbejds gange til de samarbejdspartnere, som psykiatrien evt. udskriver til, da de særligt udsatte patienter ofte ikke selv magter at tage kontakt til det næste hjælpesystem. Denne problematik gjorde sig også gældende i somatikken (2). Som det fremgår af citaterne ovenover, har socialsygeplejersken derfor en vigtig funktion i denne koordinering og udskrivelsesplan. Socialsygeplejerskens opgaver kan skitseres som nedenstående:

### Socialsygeplejerskens arbejdsopgaver

Overordnet kan den psykiatriske socialsygeplejerskes arbejdsopgaver deles op i tre funktionsområder:

- Patienten
- Personalet
- Kommunale samarbejdspartnere

*Opgaver ift. patienten:* Den primære opgave ift. patienten er at møde vedkommende med respekt og omsorg for derigennem at afdække, hvilke stofrelaterede problematikker vedkommende har og medvirke til, at patienten modtager en værdig og god behandling. Afdækningen har dermed til formål at bidrage til det øvrige personale og lægen, så de kan optimere deres indsats til gavn for patienten, dels ved at:

- få afklaret patientens vanlige (substitutions)behandling og sikre, at vedkommende får det han/hun plejer at få.
- synliggøre eventuelle abstinenser, så de kan blive behandlet sufficient.
- indhente supplerende oplysninger til misbrugsanamnesen, der kan understøtte og kvalificere den efterfølgende diagnostik.
- afklare andre relevante emner/problemområder ift. den videre plan og udskrivelse (fx kommunale foranstaltninger, boligsituation, netværk mv.).

I ovenstående opgaver bygger socialsygeplejersken endvidere bro mellem patienten og personalet. Andre opgaver ift. patienten kan være:

- Ledsagelse til møder i kommunen.
- Besøg på misbrugsinstitutioner.
- Deltagelse i lægesamtaler eller samtaler med fx pårørende og kontaktperson.

For de patienter, som overflyttes til anden afdeling, er socialsygeplejersken den person, som skaber kontinuitet og sammenhæng ved at følge patienten i det videre forløb.

*Opgaver ift. personalet:* Her er socialsygeplejerskens primære opgave at støtte og give faglig sparring til personalet ift. disse patienters komplekse situation og dermed forebygge misforståelser og konflikter. Dette gøres ved:

- Faglig sparring og supervision ift. den konkrete patient og situation.
- Holdningsbearbejdning og undervisning af personalet ift. brug af og kendskab til rusmidler, misbrugsadfærd og levevilkår, for på den måde at skabe en forståelse for patientens komplekse situation og behov, abstinens- og smertebehandling, håndtering af medicin, forebyggelse af misforståelser og konflikter, betydningen af en pragmatisk og anerkendende tilgang til patienten, herunder kendskab til skadesreduktion.

Derudover bidrager socialsygeplejersken med tidligere nævnte misbrugsanamnese, støtte og deltagelse i forbindelse med forskellige møder og samtaler, samt kontakt til eksterne samarbejdspartnere for at støtte en mere helhedsorienteret indsats og udskrivelse.

*Opgaver ift. kommunale samarbejdspartnere:* Socialsygeplejersken er opsøgende i sin kontakt med eksterne samarbejdspartnere og bygger bro mellem disse og psykiatrien, samt koordinerer – og laver aftaler for – en fælles plan for patienten, hvor det er muligt. I flere tilfælde har socialsygeplejersken stået for at udarbejde tydelige arbejds gange ift. forskellige samarbejdspartnere. Herved er socialsygeplejersken med til at styrke den tværsektorielle indsats. Derudover bistår hun også her med faglig sparring med fokus på psykiatriske problematikker, brug af og kendskab til rusmidler, misbrugsadfærd, livstil, levevilkår mv. for på den måde at skabe en forståelse for patientens komplekse situation og

behov. Kontakten med kommunale samarbejdspartnere foregår i et tæt samarbejde med afdelingernes socialrådgivere.

"Dét, at socialsygeplejersken er kommet på banen, gør, at vi kigger mere på helheden. Plus, at hun er den, der går på tværs og har tid til at møde op og frem med patienten til de forskellige instanser, de nu en gang skal til. Så har vi brugt hende rigtig meget i forhold til at få skabt kontakt til vores misbrugscentre og teams, og til de mere alkoholrelaterede centre." (Afdelingssygeplejerske Pia Husum Frederiksen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

## Udfordringer og tematikker i psykiatrien

### Case: At have en plan

En ung mand er indlagt efter et selvmordsforsøg. Derudover lider han af angst og socialfobi. Han får metadon og benzodiazepin, som han indimellem supplerer med illegal metadon. Socialsygeplejersken og patienten har dagen inden aftalt, at hun kommer forbi, for at følge op på forskellige tiltag, hun har iværksat. Heriblandt henvisningsprocedurer til Skt. Hans mhp. et videre behandlingsforløb der. Hun skal derfor også følge op på faxer, samtykkeerklæringer, tilbagemeldinger og høre, hvad patienten har fået at vide. Patienten bliver glad for at se socialsygeplejersken, men giver udtryk for at have det ad helvede til, fordi han netop på stuegang har fået at vide, at han bliver udskrevet næste dag. Socialsygeplejersken og patienten taler lidt om, hvilke konsekvenser det vil have for ham, hvilke argumenter og forventninger han har ift. eventuelt at forblive indlagt i længere tid og at han skal vide, at der højst sandsynligt er en del ventetid, før han kan komme til Skt. Hans og at han ikke kan være indlagt indtil da. Det er han klar over, men synes der er så mange løse ender, han gerne ville have mere på plads inden en udskrivelse. Patienten er tydeligt påvirket af tanken om udskrivelse og han fortæller, at han har fået rigtig ondt i maven over beskeden, der kom helt bag på ham. Han er bange for at komme hjem i sin lejlighed, bange for, hvad han kan finde på og for at øge sit stofindtag. Han synes indlæggelsen har været så kort, og at han blev stillet noget andet i udsigt, som han nu ikke får gavn af, bl.a. en samtale med en psykiater fra misbrugssektoren og aktiviteter med en fysioterapeut. Socialsygeplejersken spørger ind til, hvad han har givet udtryk for ift. personalet om sine tanker. Det har han ikke magtet at inddrage dem i. Socialsygeplejersken fortæller ham, at plejepersonalet giver udtryk for, at han ikke benytter sig af dem, men holder sig for sig selv og mest ligger under dynen på sin stue. Hun opfordrer ham til at fortælle sin kontaktperson, hvordan han har det og hvad han tumler med. Det samtykker han til. Da samtalen er færdig, går socialsygeplejersken videre med at undersøge, hvor langt man er kommet med den videre planlægning. Der mangler stadig forskellige dokumenter mv. Hun kontakter, efter aftale med kontaktpersonen og afdelingens læge, Skt. Hans for at høre, hvad de skal have af oplysninger for at sætte skub i processen. Bagefter finder hun læge og kontaktperson og inddrager dem i den plan, hun har i værksat. Det drejer sig både om et møde med et misbrugsbehandlingssted, som kan hjælpe patienten indtil Skt. Hans kan tage ham, aftaler om diverse oplysninger til Skt. Hans, som socialsygeplejersken tilbyder at udarbejde, planer med fysioterapeut mv., samt patientens bekymring ved at blive udskrevet i morgen, og fordelene ved en lidt længere udskrivelsesplan, som han også kan nå at finde sig til rette med. I fællesskab når de frem til, at patienten kan blive en uge mere, så de forskellige ting falder på plads og han afsluttes på en ordentlig måde. Dette videregives til patienten, der ånder lettet op.

"Altså, den klassiske patient er den alkoholiker, der kommer ind til afrusning for 17. gang. (...) Når de fysiske symptomer så er velbehandlede, og patienten er kommet til sig selv og der i øvrigt ikke er tungere psykiatri i det, så udskrives vi patienten med en brochure og regner med, at patienten så får henvendt sig i et alkoholambulatorium, og får fortsat sin antabusbehandling og får snakket om sit alkoholmisbrug og får styr på det. Så føler vi ligesom, at så har vi ryggen fri; vi har behandlet patienten akut, tænkt langsigtet. Men så regner vi med, at andre tager over, og vi regner ikke mindst med, at patienten selv tager et ansvar. I 9 ud af 10 tilfælde får vi folk tilbage igen, fordi de kommer hjem, de får ikke kontakten længeambulatoriet og de får ikke mere end den antabus, vi har givet dem, de kan begynde at drikke allerede efter et par dage." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

"Misbrugere kan være svære at komme ind på livet af, hvornår skal man springe til? Når vi ser dem i den akutte psykiatri, der har man jo i hvert fald en mulighed. Det er også derfor, at det er et velvalgt sted at have en socialsygeplejerske, for her har vi fat i patienterne, de kommer jo selv og vil have hjælp. Dvs. der er en åbning for, at man kan få en mere fremadrettet behandlingstilgang. Derfor er tanken om socialsygepleje i akut psykiatrisk regi, ganske fornuftig, fordi mange misbrugere ser vi kun i akut psykiatrisk regi og ikke i et mere planlagt psykiatrisk regi." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

*"(...) vi ville jo nok have behandlet patienten for noget og derefter udskrevet ham til gaden, og så ville han jo komme tilbage igen og igen. Men nu ved vi, at nu skal du høre hér: Vi ved, du hører til derinde (kommunale tilbud), og der er disse teams omkring dig osv. Så nu er netværket der, og det tror jeg ikke, vi var nået til på den samme tid. (...). Konsekvensen før var, at vi så patienten hyppigere, svingdørspatienter, da man ikke nåede at få fat i hele problemstillingen. Min umiddelbare oplevelse er, at nu får vi fat i hele problematikken, og der bliver skabt et netværk omkring patienten, så nu kommer de ikke nær så hyppigt, som jeg erindrere, at de gjorde før." (Afdelingspsygeplejersker Pia Husum Frederiksen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

### **Helhedsorienterede behandlingsplaner**

Som casen ovenover illustrerer, har det betydning for indlæggelse og udskrivelse, at der er en plan med socialpsykiatrisk sigte for patienten. En sådan plan er socialsygeplejersken ofte med til at udforme ifm. dobbeltbelastede patienter. Dels undersøger og iværksætter hun relevante indsatser ift. patientens eventuelle fortsatte indlæggelse, dels koordinerer og støtter hun det tværsektorielle samarbejde ift. patientens videre forløb. Socialsygeplejerskerne er meget opmærksomme på kravet om effektivitet og formål med patienternes indlæggelse, samtidig trækker de på en bredere og mere specialiseret viden ift. de dobbeltbelastede patienter, som gør, at de kan se andre behov og problemområder, muligheder og relevante tilbud end det faste personale. Socialsygeplejerskens input bliver derfor vigtig ift. patientens videre behandlingsforløb og den brobygning til eksterne samarbejdspartnere, som socialsygeplejersken, qua sin viden på området, kan etablere, er med til at sikre, at andre tager over, når psykiatrien udskrives. Ifølge det interviewede personale har det stor betydning, at dette netværk styrkes og er klar til at tage over, men det er også ressourcemæssigt svært for det almindelige psykiatripersonale selv at have en opdateret viden og indsigt om relevante tilbud og muligheder. Det nævnes også flere gange i interviewene, at socialsygeplejersken har den fornødne tid til at tage sig af disse opgaver, en opgave det er svært at afsætte tid til for det faste personale. Denne påpegnings af socialsygeplejerskens specialiserede og brede viden om andre samarbejdspartnere og tilbud, var også til stede i somatikken. Den specialiserede viden som socialsygeplejerskerne kan bidrage med, ville være al for ressourcekrævende for det faste personale at opretholde. Brobygningsarbejdet giver også behandlingen og indlæggelsesforløbet et løft og et argument for at beholde vedkommende lidt længere, så han/hun ikke tabes, inden andre kan tage over. For patienten har det ligeledes stor betydning, at vedkommende er medinddraget og velinformet om den videre plan. Det giver tryk og kan være med til at sikre, at den dobbeltbelastede patient ikke ender uden for rækkevidde ved fx at tage flere stoffer.

### **Case: Den lange vej til diagnosen**

*En ung kvinde er indlagt på psykiatrisk afdeling, fordi hun har været suicidaltruende. Kvinden har været indlagt i 3 dage, men har på et hjemmebesøg røget hash og fået at vide, at det er udskrivningsgrund. Lægen planlægger hendes udskrivelse mhp. at andre instanser må tage over. Patienten fortæller selv, at hun tidligere har haft bostøtte og været tilknyttet Distriktpsykiatrisk Center, men at disse tilbud er stoppet pga. hendes ustabile fremmøde og manglende evne til at overholde aftaler. Iflg. socialsygeplejersken fremgår det endvidere af patientens journal, at patienten har gentagne psykiatriske indlæggelser bag sig, at hun fra 14årsalderen startede med at ryge hash og siden også har fået et amfetaminforbrug. Kvinden beskriver endvidere manglende lyst til at leve, at hun er "kronisk ked af det", at hun hører stemmer og har stoftrang. Socialsygeplejersken argumenterer derfor overfor den udskrivende læge, at patienten bør udredes grundigere, at kvinden har beskrevet psykiske symptomer siden barndommen og at der er kendt psykisk sygdom i familien, som kan pege på en arvelig disposition. Patienten selv forklarer brugen af stoffer, som en måde at mestre sin kaotiske situation på. Lægen fastholder, at der ikke kan ske yderligere udredning, før patienten har været stoffri i tre måneder. Socialsygeplejersken og lægen kommer dog frem til et kompromis om en plan, der skal rumme kvinden, indtil hun nogle dage efter kan indskrives til et misbrugsbehandlingssted og at den psykiatriske udredning kan foregå ambulant, når hun bliver stoffri. Patienten har imidlertid besluttet sig for at forlade afdelingen pga. reprimanden om, at stofbrug var udskrivningsgrund. Socialsygeplejersken kontakter det misbrugsungeteam, som patienten til sidst indvilliger i at besøge og ledsager den unge kvinde derhen for at introducere hende til behandlingsstedet. Noget tid senere følger socialsygeplejersken op på patientforløbet efter aftale med patienten selv. Den unge kvinde fortæller, at det går fremad, at hun har afholdt sig fra amfetamin, men stadig ryger lidt hash.*

*Cirka et halvt år senere i projektet dukker den unge kvinde op på psykiatrisk skadestue igen. Hun er atter indlagt med suicidal tanker, angst og tristhed. Patienten ryger nu kun meget lidt hash i forbindelse med søvnproblemer. Socialsygeplejersken følger op med ungeteamet, som forklarer, at kommunen har stoppet hendes behandling, da man herfra ikke længere vurderede den nødvendig. Dette var dog ikke patientens egen opfattelse, som brød helt sammen ved denne udmelding. Under den nye psykiatriske indlæggelse bliver det imidlertid muligt at foretage en diagnostisk*

udredning, fordi kvinden ikke længere har et dagligt stofbrug, og den unge kvinde får diagnosen "skizotopi med tvangstanker og – handlinger". Da patienten udskrives er hun sufficient medicinsk behandlet, har fået tæt kontakt til OP-team (et opsøgende psykoseteam). Kvinden har endvidere fået bevilliget bostøtte, samt hjælp til at ændre sin boligsituation, så hun ikke længere behøver at være bange for at bo i en stuelejlighed. Der er søgt pension, hvilket dels sikrer hende økonomisk, dels freder hende ift. jobcenteret, hvor hun har haft flere nederlag. Patienten er ophørt med amfetamin, men har forsat et (reduceret) forbrug af hash. Hun kontakter senere socialsygeplejersken for at fortælle, hvor godt det går hende.

Afdelingssygeplejerske: "Hvis de skal ind og udredes med en psykiatrisk diagnose, så skal de være stoffri eller alkoholfri i en periode, for at de egentlig kan blive diagnosticeret. Det er svært at udrede, når der er misbrug, for misbruget slører symptomer i sig selv."

Interviewer: "Hvad gør I så, hvis de kommer for at blive udredt og har et stofmisbrug? Sender I dem tilbage, hvor de kom fra?"

Afdelingssygeplejerske: "Der kan jeg bruge et eksempel, f. eks. en alkoholker, der kommer ind hér på baggrund af, at han har haft selvmordstanker. Så kan man måske begynde at snakke om, måske er der en underliggende depression hér, der egentlig gør, at Jeppe drikker, som selvmedicinering, ikke? Og da kan vi ikke udrede med det samme, for man siger, at inden alkoholtågerne damper af, går der noget tid, og så vil de typisk blive sendt til egen læge. Og så er det dér, det falder igennem på en måde, der gør, at de begynder at drikke igen. Så det er ikke bare nemt at komme ind og få en diagnose." (Afdelingssygeplejerske Pia Husum Frederiksen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

"Jeg synes der er flere og flere af de unge, som vi prøver at holde og få strikket et tilbud sammen til, så de ikke bare bliver sendt ud (...). Men vi er også presset på sengene, og har et stort flow. Men det ville være rart at vide, at man havde et andet sted at sende dem hen, og man kunne sikre sig, at der var nogen, der ventede på dem." (Afdelingssygeplejerske Helle Lytken, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

"Lidt i afmagt over at se mange patienter falde ned mellem to stole, så kan man godt gøre sig nogle tanker om, hvorvidt misbrugsbehandlingen i virkeligheden skulle ligge inde under psykiatrien. Vores tilgang er jo vores diagnosesystem, hvor hele misbrugsproblematikken er indarbejdet og vi har meget med det at gøre i afrusningssituationer. Mange akutte situationer er jo misbrugsudløste og misbrug og psykiatri går desværre ofte hånd i hånd, fordi misbrugsstoffer jo har nogle, jeg ved ikke om man kan sige "positive sider", patienterne bruger dem jo til at berolige sig selv og selvmedicinere sig. Så er der bare en masse ulemper ved det. (...) I virkeligheden er mit ønske om at integrere behandlingerne i højere grad, måske også et udtryk for den afmagt, som man indenfor psykiatrien ofte føler i forhold til misbrug. At det er sådan noget, der kører lidt sit eget løb på sidelinjen. Dels håber man at kunne begrænse det, men dels bruger man det også som en undskyldning for ikke at kunne gøre mere for patienten, selv om vi egentlig gerne ville." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

### Diagnosen - adgang til relevant hjælp

Casen om diagnosen er taget med for at illustrere nogle af de allerede berørte problematikker ift. samtidig forekomst af stofbrug og psykiatrisk lidelse. Men casen skal også illustrere de problematikker versus muligheder for hjælp, der er ved at være diagnosticeret psykisk syg eller ej.

I casen har den unge kvinde igennem mange år været i kontakt med systemet, (både det psykiatriske og det kommunale system), uden at hun har fået det bedre. Kendetegnende for hendes forløb er institutioners forskellige forsøg på at hjælpe fra hvert sit ståsted, uden at et egentligt koordineret samarbejde finder sted. Dette er den velkendte problematik på dobbeltdiagnoseområdet, og som citaterne viser, en velkendt uhensigtsmæssighed i praksis. Man kan tale om tre forskellige behandlingssituationer (9):

- Parallel behandling, hvor patienten er i behandling to forskellige steder.
- Sekventiel behandling, hvor patienten først bliver behandlet det ene sted, så det andet.
- Integreret behandling, hvor patienten får behandling af begge lidelser, samme sted.

En sekventiel behandling kan let blive fragmenteret og være belastende for den i forvejen dårlige patient. Mødet med socialsygeplejersken i ovenstående case bliver starten på en parallel behandling, som til sidst ender med en mere integreret indsats, hvor der både tages hånd om stofbruget og den psykiske lidelse samtidigt. Den psykiatriske udredning og dermed fastsættelse af diagnosen er en afgørende faktor for, at den unge kvinde får den hjælp hun har behov for. Den relevante hjælp og støtte øgede desuden den unge kvindes livskvalitet og almene helbredtstilstand og gjorde det

muligt for hende at lægge det meste af sit årelange stofbrug på hylden. Følgende case har meget til fælles med ovenstående, da den også omhandler det påtrængende fokus på stofbruget.

### **Case: Kopper har ører, hvorfor kan de ikke høre?**

Personalet har bedt socialsygeplejersken om at tilse en ung patient, der er blevet indlagt på den lukkede afdeling, fordi han efter eget udsagn var gået "bananas" efter at have drukket øl og taget stoffer. Den unge var "udadreagerende" og "suicidaltruende". Personalet synes kontakten nu er høflig, men afglidende. Socialsygeplejersken møder patienten på stuen. Hun fortæller lidt om hospitalet og om hendes rolle. Den unge mand undrer sig over at være havnet på "den lukkede". Synes det føles som at være i fængsel, at det er mærkeligt at være frihedsberøvet og ikke kunne gøre det, man er vant til. Socialsygeplejersken forklarer, at det at være indlagt på den lukkede afdeling, er en måde at passe på patienter, der har det dårligt. Det giver anledning til en snak om at være til fare for sig selv og andre, og videre til en snak om det, der gik forud for indlæggelsen. Samtalen bevæger sig forholdsvist hurtigt, dog i en rolig atmosfære, frem mod patientens problematikker: Hvordan han har det generelt og om stofindtaget var nyt for ham. Patienten fortæller om et stofbrug, der startede fire år tidligere, men at han fra omkring 15 års alderen begyndte at komme i situationer, som den, der nu har været anledning til hans indlæggelse. Han fortæller, at han er ked af at såre dem, han holder af, om hvordan det er blevet værre og værre. At han har afbrudt flere skoleforløb og jobs. Hovedsagligt fordi han er blevet smidt ud pga. slagsmål og stofbrug. Socialsygeplejersken spørger roligt videre ind til stofbruget: Hvilke stoffer han tager, hvad stofferne gør for ham? Hvornår, hvordan, med hvem og hvor tit tager han dem? Svarene handler om at søge en flugtvej, en frelse, fred, indre ro. Patienten tager alt, hvad han kan få fat i: Kokain, amfetamin, hash, morfin – dog ikke heroin understreger han. Han taler om at søge en mening med livet, om en rastløshed, om ikke at kunne døje ikke at have mennesker omkring sig. At han ikke er bange for mørke, men for at være alene med tanker. Alle mulige tanker, om livet, meningen med livet, religioner, er der en skæbne mv. Han fortæller, at alt kan få ham til at stoppe op og tænke, som fx når han ser den kop, der står foran ham på bordet, så tænker han: kopper har ører, hvorfor kan de ikke høre? Han kommer med mange af disse eksempler, han taler hurtigt og i en glidende strøm, hvor den ene tanke afløser den anden...

"Men det skal man jo (behandle de psykiatriske symptomer, selvom patienten ikke er stoffri), i mange tilfælde skal man gå ind og behandle på den psykiatriske symptomatologi, også selvom de ikke er stoffri. Problemet kan mere være diagnosticeringsprocessen, altså at finde ud af, hvad det egentlig handler om. Det trækker ud, og det bliver ved at være kompliceret. Så man kan sige, at vi udsætter en meget mere målrettet udrednings- og behandlingstilgang, når vi ikke kan få skilt tingene ordentligt ad." (Klinikchef Henrik Søtoft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)

"Det hjælper jo ikke noget, at vi behandler den psykiatriske lidelse, hvis vedkommende bliver ved med at have et misbrug", men der vil jeg da sige, det hjælper da altid noget! Og det skal vi jo; behandle den psykiatriske lidelse. Men det er dette med at møde patienterne dér, hvor de er så velbehandlede, at man kan begynde at bearbejde denne misbrugsproblematik. For på en eller anden måde væver det sig jo ind i hinanden, og selvfølgelig gør det jo ikke den psykiatriske lidelse bedre (...)." (Konstitueret udviklingschef Lilli Beder, Psykiatrisk Center Glostrup)

### **Stofmisbrug versus brug af stoffer**

Ovenstående patient blev udskrevet fra psykiatrien mhp. at få videre behandling på en misbrugsinstitution. Selv beskrev patienten ikke stofferne som sit primære problem, men mere rastløsheden og de mange tanker han havde, samt at han gjorde sine pårørende kede af det, når han gik amok (slåskampe, smadrede ting). Personalet så stofbruget som det primære problem, men i samtalen mellem socialsygeplejersken og patienten kom det frem, at han ikke tog stoffer dagligt, men at stofbruget var en måde indimellem at holde sit liv ud på. Forskning understreger på samme vis, at unge med brug af stoffer adskiller sig fra voksne stof(mis)brugere, ved endnu ikke at have en misbrugsidentitet: Det kan godt være en ung har et stort forbrug – eller misbrug – af stoffer og alkohol, men det er blot ét af flere problemer – og ofte ikke det problem de først og fremmest selv ønsker løst (10). I forbindelse med deltagerobservationen til denne undersøgelse, var der flere gange, hvor patienter, så snart et brug af illegale rusmidler blev nævnt, blev defineret som stofmisbrugere af personalet. Det er problematisk, at der ikke skelnes mellem brug, misbrug og afhængighed, og at man ikke undersøger om patienten overhovedet ønsker at ophøre med sit stofbrug/synes det er et problem. Det ensidige fokus på stofbruget overskygger andre problemer, som kan være medvirkende årsag til, at stofbruget overhovedet er på tale (fx som selvmedicinering). Problematikken bliver yderligere forstærket af, at de to behandlingssystemer som regel kun har et meget lille samarbejde, hvis noget overhovedet. Især hvis det eneste psykiatrien har at tilbyde, er at henvise brugere med stofbrug af større eller mindre grad til stofmisbrugsbehandlingen uden at se nærmere på de psykiatriske

problemstillinger, patienten er kommet med og uden videre psykiatriske opfølgning.

Socialsygeplejersken sørger for at afdække omfanget og brugen af patienternes stofindtag, som supplement til en misbrugsanamnese, der kan understøtte og kvalificere den efterfølgende diagnostik: Hvad tager du? Hvor meget, hvor ofte, hvornår og hvordan tager du stofferne? Hvad gør stofferne for dig? Sådanne spørgsmål kan give et fingerpeg om, hvor omfattende brugen af stoffer er, og om der kan være psykiatriske problematikker/andre problematikker bag brugen. Med udgangspunkt i viden om forskellig brug af stoffer, forsøger socialsygeplejerskerne dermed at gøre det psykiatriske personale opmærksomme på forskellen mellem brug af stoffer, misbrug og/eller afhængighed, for dermed at undgå, at det psykiatriske blik glider helt i baggrunden.

### **Case: Den abstinente patient**

*En morgen tilser socialsygeplejersken en patient, som er genindlagt med kun en uges interval. I påvirket tilstand er patienten sprunget ud af et vindue i 5 meters højde. Da socialsygeplejersken kommer ind på stuen, ligger patienten i sin seng og har det rigtig skidt. Socialsygeplejersken konstaterer hurtigt, at han har abstinenser og dette bekræfter patienten, der er vant til at få både metadon og benzodiazepin. Socialsygeplejersken finder sygeplejersken og den næste times tid går hovedsagligt med at argumentere overfor personalet, at patienten har mange abstinenser. Sygeplejersken siger, at han har fået sin substitutionsbehandling af aftenvagten og mener derfor ikke han skal have mere. Patienten har også fået benzodiazepin. Socialsygeplejersken holder fast i, at patienten har abstinenser og sygeplejersken går ind og scorer for alkoholabstinenser. Dem er der ingen af, men hun konstaterer, at han har lav puls og er svedende og beder derfor lægen prioritere ham først. Det viser sig, at det benzodiazepinpræparat patienten har fået skal øges fem gange, for at svare til det patienten vanligtvis får. Lægen vil gerne give mere metadon, men er usikker på dosis. Medicinmodulet er nede, hvorfor personalet faktisk ikke kan se, hvad aftenvagten har givet patienten. Efter grundigere undersøgelse viser det sig, at patienten kun har fået halv dosis. Enden på forvirringen bliver, at patienten får sin metadon. Dosis gives over to doser med en times interval, fordi lægen vil sikre sig, at patienten kan tåle sin høje dosis. Patienten får det først bedre hen på eftermiddagen, da han til sidst er sufficient medicineret. Senere opsøger sygeplejersken socialsygeplejersken og ønsker mere viden om patientens abstinenser. Socialsygeplejersken viser sygeplejersken et abstinensskema, hvor man kan se, hvilke symptomer patienter har ved morfinabstinenser. Sygeplejersken undrer sig over, at de taler om morfinabstinenser, da patienten jo ikke fik morfin og hun bliver overrasket over at høre, at metadon ligesom morfin er et opioidpræparat.*

*"Ja, der er lidt berøringsangst herinde med doser. Der er vi meget bedre til alkoholabstinenser. Fordi vi har mere erfaring med det og fordi alkoholabstinensbehandling traditionelt set er et hospitalsspeciale, som har ligget i vid udstrækning i psykiatrien, så har man også fået erfaring med det, hvorimod opioid-abstinensbehandling og abstinenser af andet stofmisbrug ligger andre steder, så har vi ikke erfaringen. Og så er det ikke akut på samme måde, alkoholabstinenser er en akut situation, og kan være livstruende, det er det ikke på samme måde med andre abstinenser. Men det kan jo være nok så afgørende for, hvordan patienterne reagerer." (Klinikchef Henrik Søltøft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*"Socialsygeplejersken har hjulpet os med, været med til at formulere, hvor meget de (patienter med stofbrug) skal have. Det er pænt store mængder! Det har været svært at vænne sig til, at vi skal derop. Jeg tror nok, at plejepersonalet har vænnet sig hurtigere til det end lægerne har, altså nogle gange er det pænt store mængder, de skal have. Det kan virke lidt voldsomt at ordinere så store mængder metadon eller stesolidpræparat eller andre ting, så de kan holde ud at være her." (Afdelingssygeplejerske Helle Lytken, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*"Det er noget socialsygeplejersken har gjort mig opmærksom på; den manglende viden, der kan være i forhold til at vurdere om en patient har abstinenser. I psykiatrien er vi nok relativt gode til at se, om det er alkoholabstinenser, men i forhold til de nye typer af stoffer, der er der et ret lavt vidensniveau i forhold til at identificere abstinenser. Det er dér socialsygeplejersken har kunnet gøre en forskel." (Konstitueret udviklingschef Lilli Beder, Psykiatrisk Center Glostrup)*

*"Det er jo svært, hvis man ikke har det helt store kendskab til stoffer og misbrugere og hvad det gør, fordi det er så individuelt, hvilken indflydelse det har på den enkelte. Så derfor er det rart at have en, der har så meget i sin ballast omkring det. (...) Jeg ved ikke så meget om abstinensbehandling til misbrugere, det er mest alkoholikere, jeg kender til, så det er rart at have en sparringspartner, det kan jeg også fornemme, at mange af lægerne synes. Hun (socialsygeplejersken) ved, hvad der er det bedste for de forskellige misbrugsgrupper ift. abstinensbehandling." (Sygeplejerske Katharina Nielsen, Psykiatrisk Center Glostrup)*

### Høje doser og viden om stoffer og substitutionsmedicin

En af de opgaver den psykiatriske socialsygeplejerske bruger meget tid på, er undervisning og supervision af personalet. Selvom stoffer er velkendt hos psykiatriske patienter, er det ikke et emne, som psykiatrien har særligt fokus på, da stofmisbrugsbehandlingen traditionelt har ligget i misbrugsregi. Såvel deltagerobservationer, interviews, socialsygeplejerskernes projektregistreringer peger alle sammen på, at der er et stort behov for undervisning i stoffernes virkning, abstinenser, medicinering osv. Casen ovenover er langt fra enestående. I socialsygeplejerskernes undervisning er det ofte medicin, der er brug for at tale om. Mange stofbrugere er i behandling med doser, som er meget høje ift., hvad man ellers ser i praksis. Derfor underviser socialsygeplejersken i, hvordan man ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning (5) skal være opmærksom på tolerancen hos disse patienter, så de får den korrekte dosis. Læger i såvel psykiatri som somatik har en forsigtighed ift. de høje doser, der ofte er påkrævet, når vi taler om stofbrugere. Men socialsygeplejerskernes undervisning handler også om holdningsbearbejdning:

*"(...) sådan noget som skadesreduktion, det er vi heller ikke så meget inde over, vel. Det er en helt ny måde at tænke på. Vi havde en meget misbrugende patient, der kom ind hér i starten, da socialsygeplejersken var ny. Han havde en plasticpoise fuld af rene kanyler, og der var jeg en af dem, der sagde, at det skulle han i hvert fald ikke have med, når han skulle ud igen. Hvor socialsygeplejersken så sagde: "Jamen skulle han nu ikke det, så han havde mulighed for at bruge nogle rene sæt?" (...) Vi har ikke været vant til at tænke i de baner. Problemet forsvinder jo ikke, fordi vi konfiskerer det." (Afdelingssygeplejerske Helle Lytken, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*"Den holdning med, at misbrugende patienter er besværlige, den kan jeg sagtens genkende, men det er en holdning, man er nødt til at gøre op med og da vil en socialsygeplejerske kunne være med til netop at bløde op for det og i virkeligheden gøre tilgangen til patienterne meget mere helhedsorienteret. Så man kan sige, at en socialsygeplejerske er en vigtig ambassadør for de patienter, som er klemte i systemet. Man kan afstigmatisere patienterne på mange områder." (Klinikchef Henrik Søltøft-Jensen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*Sygeplejerske: "Ja, jeg har jo været med til et lille foredrag (undervisning), hvor hun (socialsygeplejersken) fortalte om stofferne og deres virkning, så jeg synes bare, hun har et godt indblik i mange misbrugeres historie, kan sætte sig ind i deres historie og hvorfor de er kommet i denne her situation? Der er jo ikke nogen, der ønsker at være stofmisbruger, så det synes jeg er rart."*

*Interviewer: "Hvad betyder det så ift. dit arbejde, at du har hørt sådan et foredrag?"*

*Sygeplejerske: "Jamen det betyder da, at jeg hele tiden har det i mente, at jeg hele tiden tænker, at der er et menneske bag det her, man kan godt nogen gange blive lidt irriteret på dem, når man har lidt travlt, når de kommer, og de er så meget opsøgende hele tiden, det kan godt blive for meget." (Sygeplejerske Katharina Nielsen, Psykiatrisk Center Glostrup)*

### Socialsygeplejerskernes vidensformidling

Vidensformidling er det mest gennemgående tema i interviews og deltagerobservation i afdelingerne og kan deles op i tre overordnede former:

- Undervisning
- Faglig sparring
- Brobygning

Undervisningen kan dels være planlagt som et foredrag om denne patientgruppe, stoffer, abstinenssymptomer mv. Det kan dreje sig om undervisning for en hel afdeling, en gruppe studerende på tværs af afdelingerne eller særligt sammensatte personalegrupper (fx arbejdsgrupper, nøglepersoner). Dels foregår undervisningen mere ad hoc, i situationen, når fx en sygeplejerske – som i casen ovenover – spørger om de generelle kendetegn ved forskellige abstinenser. Den faglige sparring tager som regel udgangspunkt i konkrete patientforløb; hvordan håndterer vi denne her problematik? Hvordan tackler vi patientens hashrygning o.lign. Brobygningen handler her om den måde socialsygeplejerskerne forsøger at give personale, patienter og samarbejdspartner indblik i den anden parts perspektiver, arbejdsvilkår, muligheder/ressourcer. For personalet i psykiatrien kan det handle om at formidle en forståelse for mennesket bag stofferne eller mulighederne i tilbud udenfor psykiatrien. For samarbejdspartnerne kan det handle om forståelse for den psykiatriske problemstilling, betydningen af en hurtig indsats for, at patienten ikke tabes på gulvet mv. og for patienterne kan socialsygeplejersken bygge bro mellem patient og personale ved fx at forklare bestemte regler og procedurer i afdelingen. I de forskellige former for vidensformidling ligger implicit et element af

holdningsbearbejdning. Socialsygeplejersken viser de professionelle en faglig tilgang til en gruppe patienter, som ofte er blevet misforstået og kastet rundt i systemerne. Det handler om: Samarbejde, koordinering, at se de forskellige problematikker i et helhedsperspektiv, skadesreduktion og anerkendende tilgang til en gruppe patienter, der kan være svære at rumme af flere grunde. Som det også vil fremgå af et af citaterne nedenunder, er socialsygeplejersken også rollemodel ift. måden at møde disse patienter på.

*"Det, jeg hører personalet sige, og det jeg selv er glad for, det er den faglige sparring, man får med hende, ikke? Det bliver løftet op på et andet niveau, der kommer andre argumenter og der er andre muligheder. Verden er ikke bare sort/hvid, man kan se ting fra flere vinkler, hvor vi ensidigt måske har fokuseret på det psykiatriske, men der er også en anden måde at anskue tingene på, med den viden og erfaring man har med misbrugsbehandling i dag, med skadesreduktion osv." (Afdelingssygeplejerske Helle Lytken, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*" (...) det (socialsygeplejerskens tilstedeværelse) er også lidt en aflastning for os (plejepersonalet), fordi de (patienter med stofbrug) er så tunge mange gange. Det, at der er en anden, der lige kan gå ind og tage en lille snak med dem og forklare, hvordan systemet virker. Så jeg synes de forløb, jeg har været med i, hvor hun har været med, der har det fungeret rigtig, rigtig godt." (Sygeplejerske Katharina Nielsen, Psykiatrisk Center Glostrup)*

*"Og jeg ved, at mit personale sætter stor pris på socialsygeplejersken og ingen tvivl om, at den dialog som socialsygeplejersken går ind i med personalet, har været en øjenåbner for dem! (...) der er mange patienter af vores, som er dobbeltdiagnosepatienter og vi oplever det som en svær gruppe at kunne behandle, fordi det også er misbruget, der fylder rigtig meget. Og hvor vi i det psykiatriske system ikke havde den helt store forståelse for det misbrugsmæssige og hvad det egentlig vil sige. Her får vi jo meget viden tilført og en viden der gør, at vi kan se på hele mennesket og hele problematikken, som jo er to forskellige ting." (Afdelingssygeplejerske Pia Husum Frederiksen, Psykiatrisk Center Nordsjælland)*

*Sygeplejerske: "Socialsygeplejersken har en hel enorm viden om misbrugere og det at være i misbrug. Så hun er rigtig god at have som sparringspartner; hvad der kan gøres bedre i plejen og komme med forslag til, hvad den bedste behandling vil være. Man lærer også utrolig meget af at være med til hendes samtaler med patienterne. (...) Hendes tilgang til patienterne, hun har simpelthen så meget forståelse for dem, altså det møder man ikke så tit, synes jeg, altså den der rigtige dybdegående forståelse for deres situation, hvorfor de har det så svært. Man kan mange gange også selv komme til at tænke; "hvorfor lader du ikke bare være. Altså, hvorfor stopper du ikke?! Når du kan se, hvad det gør ved dig!" Så det synes jeg er rigtig, rigtig inspirerende at se, den måde hun går til dem på."*

*Interviewer: "Fornemmer du så, at det får en betydning, når man snakker sådan til dem?"*

*Sygeplejerske: "Ja meget! De får tillid til én og de føler sig meget mere mødt og det gør jo, at der kommer et bedre forløb ud af det. At de føler sig hørt og set og taget alvorligt." (Sygeplejerske Katharina Nielsen, Psykiatrisk Center Glostrup)*

Socialsygeplejerskens tilgang og sparring med personalet er pragmatisk, som den er ift. patienterne: Hvad ligger der bag stofbruget? Mon stofferne bruges eksperimenterende eller selvmedicinerende? Det kan også dreje sig om sparring ift. en patient, der under indlæggelsen eller på udgang har røget hash/taget stoffer. Tidligere har det været udskrivningsgrund, men denne håndtering forsøger socialsygeplejersken at udfordre. I stedet påpeger hun, at stofindtaget bør ses som en lejlighed til samme med patienten at undersøge, hvad der afstedkom det: Er vedkommende abstinent? Urolig? Var det for hårdt at være på udgang, være hjemme? Sådanne spørgsmål kan sætte refleksioner i gang både hos personale og patienter og få betydning for den videre behandling og udskrivning.

## Patientudsagn

*"Jeg vil gerne påpege, at hun (socialsygeplejersken) er flink, rar og venlig. Alle kan godt lide at blive behandlet godt! Så det var rart at møde hende. Tidligere har jeg oplevet, at man ikke gad høre på mig, når jeg fortalte om mine problemer. Jeg har talt med en studievejleder, som virkede ligeglad. Først her (på psykiatrisk afd.) har jeg mødt forståelse for mig. Så først og fremmest har hun (socialsygeplejersken) vist en forståelse for mig, og også givet mig en forståelse ift. det, jeg måske ikke selv forstår, hvorfor jeg blev indlagt og hvorfor jeg har gjort, som jeg har gjort. At jeg ikke er et skidt menneske, men kan have brug for hjælp." (Ung patient, indlagt efter affekthandling)*

*"Jeg ved godt, at det ikke er så meget, men det der med at få styr på min medicin, det er faktisk det, jeg har mest brug for. At hun sådan kunne berolige mig omkring tingene og sætte tingene lidt i relief. Det betyder meget for én, når man ligger og er lidt ked af det og tænker, hvordan skal det gå med det hele. Så det var en stor hjælp." (Mand indlagt med suicidaltanker)*

*Interviewer: "Hvordan har det været at møde en socialsygeplejerske?"*

*Patient: "Hun (socialsygeplejersken) er slet ikke som de andre. Hun er åben, lytter utrolig meget til, hvad man siger uden at vende det imod mig (...). Personalet spørger ikke engang, hvorfor (han ikke vil udskrives næste dag). Hvis de gør, så bruger de det imod mig, når jeg svarer. Fx når jeg har sagt, at jeg godt kunne lide at være her, så siger de (personalet), at det er ikke så godt."*

*Interviewer: "Hvad har socialsygeplejersken betydet for din indlæggelse?"*

*Patient: "Det har betydet, at jeg har fået et bedre ophold, helt klart. Jeg har fået indsigt i nogle ting omkring det misbrugsmæssige. Jeg har fået lidt bedre selvtillid ved at snakke med hende. Så det er et bedre ophold, før er der aldrig kommet en skid ud af det. Hun (socialsygeplejersken) står nok for 90 % af de ting, der sættes i gang nu. Det er nogle andre ideer, end de kommer med her. (...) Det giver mig et håb om, ikke at komme tilbage hertil. Håber det, der bliver sat i gang nu, kan give mig et godt liv. Jeg føler denne gang, at der er sat noget i gang." (Ung patient indlagt efter selvmordsforsøg)*

### Patienternes oplevelse af socialsygeplejen

Udover de tre citerede patienter herover, har yderligere syv patienter givet deres udsagn om socialsygeplejerskernes tilbud. Samlet set har disse patienter givet udtryk for at have fået udbytte af mødet med socialsygeplejersken. De stofbrugere, der har været i systemet (psykiatri og kommunale foranstaltninger) i en årrække, har hilst tilbuddet meget velkomment. For dem har det især drejet sig om ikke at skulle bekymre sig om den medicinske behandling, fordi socialsygeplejersken har indgående kendskab til stofmisbrug, abstinens og abstinensbehandling. Det har betydet, at de ikke har følt sig nødsaget til at tjekke om personalet kom med de rette doser medicin etc. Dette udsagn blev også bekræftet i et af interviewene med personalet, som netop beskrev, hvor påtrængende nogle af de stofbrugende patienter kunne være ift. deres fokus på deres substitutionsmedicin. Såvel personale som patienter oplevede således et bedre samarbejde, når den medicinske behandling var på plads.

Et andet tema i patientinterviewene og de samtaler antropologen observerede mellem patienter og socialsygeplejerskerne, omhandler stofbruget. For de patienter som har haft stofproblematikker igennem flere år, er det en lettelse at møde forståelsen, indsigten og kendskabet om stoffer i samtalerne med socialsygeplejersken. Som nævnt tidligere har mange stofbrugere negative erfaringer med i bagagen, som kan præge deres tilgang til nye professionelle og dermed gøre det svært at skabe en god behandlingsalliance. Det har derfor betydning, at socialsygeplejersken ikke omtaler stofbruget som et onde, men undersøger, hvad stofferne evt. hjælper patienten til at mestre. For de patienter, hvor stofproblematikken er forholdsvis ny, hovedsagelig ifm. unge patienter, opleves det oplysende og tankevækkende at tale med socialsygeplejersken i hendes afdækning af forbruget. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at socialsygeplejersken ikke forholder sig til, hvorvidt patienten bør holde op med sit stofbrug, men i langt højere grad taler ud fra en afdækkende, anerkendende og skadesreducerende tankegang; hvordan stofbruget ser ud og hvordan vedkommende kan passe bedre på sig selv. Det betyder ikke, at socialsygeplejersken ikke kan/vil hjælpe patienter videre til stofmisbrugsbehandling, men det er bare ikke den primære indfaldsvinkel.

Under sine samtaler med patienterne, undersøger socialsygeplejersken aktivt, hvad der ligger til grund for patienternes svar og oplevelser. Det betyder fx, at hun i samtalen undersøger, hvorfor patienten måske ikke er motiveret for at komme

hjem, ligesom hun spørger uddybende til, hvad der ligger til grund for indlæggelsen, stofbruget mv. Socialsygeplejersken spørger også ind til, hvad patienten tænker om forskellige forslag til det videre forløb samt hvilke barrierer eller muligheder, der er med de forskellige forslag set fra patientens perspektiv og livssituation. Denne form for *aktiv lytning* er også med til at forberede patienten på udskrivelsen og på at få lagt en så solid socialpsykiatrisk plan for patienten som muligt. De psykiatriske socialsygeplejersker har til samtalerne med disse patienter, fundet det anvendeligt også at benytte redskaber fra den kognitive adfærdsterapi. Det kan fx dreje sig om enkle skemaer, hvor patienten får til opgave at skrive om et aktuelt emne og derefter sætte nogle tanker, følelser og handlinger på. Sådanne skemaer bruges fx ift. de overvejelser, socialsygeplejersken beder patienten tænke igennem ift. den videre plan. De interviewede patienter, som havde prøvet sådanne skemaer, fandt dem anvendelige i en grad, hvor de selv begyndte at finde på emner, de kunne sætte ind i nye skemaer.

## Projektstatistik

I det følgende medtages hovedparametrene i de data, som socialsygeplejerskerne foreløbig har registreret i forbindelse med de patientforløb projektet har været i berøring med. Det skal bemærkes, at ikke alle tal stemmer overens. Forklaringen er, at der er nogle patientforløb, hvor socialsygeplejerskerne ikke har fået oplysninger om alle parametre til registreringer:

**Tidsperiode, antal patienter og psykiatrisk center:** I perioden 1. september 2010 til 15. november 2011 - i alt 14 måneder - har socialsygeplejerskerne i psykiatrien været tilknyttet 226 patientforløb. Derudover fravalgte seks patienter tilbuddet om socialsygepleje: 110 patientforløb på Psykiatrisk Center Glostrup og to patienter som takkede nej til tilbuddet, og 116 patientforløb på Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød og fire patienter som takkede nej. I de følgende opgørelser er det kun de 226 patienter, som tog imod tilbuddet om socialsygeplejeprojektet, som indgår:

**Målgruppe:** De fleste af patienterne er stofbrugere indlagt med psykiatriske problemstillinger. På Psykiatrisk Center Nordsjælland udvidede man målgruppen til også at indbefatte socialt udsatte alkoholikere.

**Køn:** Ud af de i alt 226 patienter er 162 mænd og 64 kvinder.

**Alder:** Gennemsnitsalderen er 37 år, med den yngste på 18 år og den ældste på 65 år. (Median 37,0 år).

**Boligforhold:** 143 af patienterne har en selvstændig bolig. 13 bor i bofællesskab. 24 bor på gaden. 12 bor på herberg, forsorgshjem eller natcafé. 22 bor hos familie, kæreste eller venner. Den resterende restgruppe er registreret under andet, som kan være fængsel, behandlingsinstitution, campingvogn, sommerhus mv.

**Indkomstforhold:** Ud af de 226 patientforløb er 17 patienter i arbejde. 109 modtager kontanthjælp og 69 får førtidspension. 6 får dagpenge og 5 modtager sygedagpenge. 5 oplyser, at de ingen indkomst har. 2 ernærer sig ved prostitution. Én lever af en arv. De resterende 6 er på efterløn, folkepension eller SU.

**Indlæggelsestype:** 180 patienter blev indlagt akut, 6 var planlagte indlæggelser, 11 indlagt under rød tvang, 7 under gul tvang, mens 7 var indlagt i surrogat. 13 var indlagt i henhold til dom.

**Forekomst og type af substitutionsbehandling:** Ud af de 226 patienter var 59 af patienterne i opioid substitutionsbehandling. I 49 tilfælde blev der igangsat abstinensbehandling. 117 patienter var ikke i nogen form for substitutionsbehandling.

**Forekomst af smerter og abstinenser:** Smertebehandling har været et grundlæggende fokuspunkt i projektet, og selv om det er mest oplagt i somatikken, har der i psykiatrien været 11 patienter, som har haft smerter under indlæggelsen, de resterende 214 havde ikke smerter. Derimod havde 153 patienter abstinenser under indlæggelsen, mens 72 ingen abstinenser havde.

**Indlæggelsesdiagnoser:** Indlæggelsesdiagnoserne i lægejournalerne spænder over alt fra akut psykose, selvmordstanker og – forsøg, paranoide vrangforestillinger, depression, afhængighedssyndrom af alkohol eller multiple stoffer, psykisk lidelse forårsaget af brug af multiple stoffer, abstinensstilstande og dom til behandling.

Indlæggelseslængde og forløbstype: Den gennemsnitlige indlæggelseslængde var 15.5 dage, med et spænd fra én indlæggelsesdag til den længste indlæggelse på 203 dage. Af de 226 patientforløb, var der tale om 225 indlæggelser, samt ét forløb, som foregik i ambulans regi. (Median 5,0 dage).

Etablering af kontakt til socialsygeplejersken: På Psykiatrisk Center Glostrup skete henvendelsen til socialsygeplejersken i 88 tilfælde fra afdelingerne, i 17 tilfælde opsøgte socialsygeplejersken selv patienterne, i 3 tilfælde skete henvendelsen via primær sektor og i 1 tilfælde henvendte patienten sig selv. På Psykiatrisk Center Nordsjælland var 56 henvendelser foretaget af afdelingspersonalet, i 57 tilfælde opsøgte socialsygeplejersken selv patienterne, 2 tilfælde skete via primær sektor og i 1 tilfælde henvendte patienten sig selv.

Udskrivesforløb: Ud af de 226 indlæggelser er 188 blevet færdigbehandlede og udskrevet som planlagt. 24 er gået, før de var færdigbehandlede og 10 er udskrevet før planlagt pga. alt fra pladsmangel til uacceptabel opførsel. 10 blev overflyttet til andet hospital.

Opfølgning/patientens videre forløb: Ud af 226 patienter var boligforholdene afklaret i 195 af tilfældene og 29 var ikke afklaret ved udskrivelsen. 13 patienter blev udskrevet uden videre opfølgning ved samarbejdspartner. De øvrige blev henvist til enten en eller flere forskellige samarbejdspartnere. Tallene fordeler sig således: I 137 tilfælde blev der etableret kontakt og henvist til et misbrugscenter, 40 til distriktspsykiatrien, 37 til støttekontaktperson, 14 til herberg, 13 til bofællesskab, 11 blev sendt til kriminalforsorgen herunder fængsel, 10 til sagsbehandler, 10 til OPUS, 7 til OP-team, 6 til bostøtte, 6 til ADHD-klinik, 3 til privat praktiserende psykiater, 2 til egen læge, 2 til døgnbehandling og 2 til krisecenter.

Pårørende: Af de 226 patienter havde 122 ingen kontakt til pårørende under indlæggelsen, 54 havde mellem 1-2 besøg og 49 havde mellem 3 eller flere besøg.

Ovenstående viser data på de forløb socialsygeplejerskerne i psykiatridelen foreløbig har registreret. Registerdelen indeholder flere parametre, som vil blive uddybet i den endelige evaluering, hvor de to registerdele bliver sammenlignet. Her bliver det fx interessant at undersøge nærmere, om de 112 som ingen kontakt havde til det kommunale system, er systemukendte.

## Foreløbige konklusioner og perspektivering

*Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb* har foreløbig vist, at der er stort behov for tilførsel af viden om stofproblematikken, med alt hvad den indebærer, for at forbedre behandling, indlæggelse og udskrivelse af de dobbeltbelastede patienter i psykiatrien. Her er socialsygeplejen en relevant løsning, fordi socialsygeplejerskerne kan bidrage med ekspertviden om såvel stoffer, forskellige former for brug/misbrug, behandlingsmuligheder og –retningslinjer mv.

Socialsygeplejerskens afdækning af omfanget og brugen af patienternes stofindtag, er et vigtigt supplement til misbrugsanamnesen, som kan understøtte og kvalificere den efterfølgende diagnostik. Netop den diagnostiske udredning har betydning for om patienterne får adgang til relevant hjælp i såvel psykiatriske som kommunale tilbud.

At det tværsektorielle samarbejde er vigtig, peger al forskning på. Netop her bidrager socialsygeplejersken ved sit kendskab til både psykiatriske- og misbrugsbehandlingsmæssige tilbud. Koordinering, samarbejde og patientinddragelse er alle vigtige elementer for at undgå, at disse patienter falder mellem systemerne. Men det er også elementer, der tager tid. Her har socialsygeplejerskerne haft de nødvendige ressourcer.

Denne midtvejsevaluering har imidlertid også vist, at socialsygeplejen kun kan komme til sin ret, hvis indsatsen baseres på et samarbejde i psykiatrien. Socialsygeplejen er ment som et supplement i psykiatrien for en gruppe ofte svære, komplicerede patienter. Der er en vilje til stede i psykiatrien til at skabe forbedringer for disse patienter, men meget tyder på, at det videre arbejde ikke er gjort med en enkelt socialsygeplejerske alene. En overvejelse kunne være at udvide socialsygeplejen til et misbrugspsykiatrisk team bestående af såvel socialsygepleje og speciallæge i psykiatri med erfaring med misbrugsproblematikker.

I den endelig evaluering af det samlede projekt, vil følgende tematikker ifm. psykiatrien således være interessante at se nærmere på:

- Samarbejdspartneres oplevelse af socialsygeplejen.
- Erfaringer med diagnostisk udredning af dobbeltbelastede patienter.
- Muligheder for styrkelse af den dobbelte behandling (herunder ideen om et misbrugspsykiatrisk team).

## Referencer

1. *Projektbeskrivelse. Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb.* Nina Brünés, KABS 2009.
2. *Projekt Socialsygepleje Midtvejsstatus over Projekt Socialsygepleje i somatikken.* KABS VIDEN, juni 2011.
3. *Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient.* Nina Brünés, projekt UDENFOR 2007.
4. *Narkosituationen i Danmark 2011.* Sundhedsstyrelsen 2011.
5. *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.* Sundhedsstyrelsen 2008.
6. *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv.* Servicestyrelsen 2010.
7. *Basisbog i psykiatri.* Henrik Day Poulsen (red). Munksgaard Danmark 2010.
8. *PsykiatriNyt. Sænummer: Virksomhedsplan 2011.* Region Hovedstadens Psykiatri 2010.
9. *Dobbelt Diagnose – Dobbelt Behandling.* Katrine Schepelehn Johansen. KABS VIDEN, KABS 2009.
10. *Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer.* Ditte Ehrenreich og Susanne Pihl Hansen. Videns- og formidlingscenter for socialt udsatte, 2006.