

SOCIALSYGGELEJE I SOMATIK OG PSYKIATRI

En antologi over erfaringerne
fra Projekt Socialsygepleje
- det gode patientforløb

KATHRINE BRO LUDVIGSEN OG NINA BRÜNÉS (RED)

SOCIALSYGEPLEJE I SOMATIK OG PSYKIATRI

Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünés [red]

© KABS VIDEN

KABS
Bakken 3
2600 Glostrup
Tlf. 45117500
kabsviden@glostrup.dk
www.kabsviden.dk

KABS udfører takstfinansieret behandling for stofmisbrug til borgere i hovedstadsområdet. KABS udfører endvidere særlige indtægtsdækkede aktiviteter som f.eks. rådgivning, konsulentvirksomhed og konferencer. Disse aktiviteter er samlet under KABS VIDEN. Overskuddet i KABS VIDEN anvendes til publikationer, udviklingsprojekter og forskning.

Udgivet august 2013 med tilskud fra Sundhedsstyrelsen

1. udgave

1. oplag

1.000 stk.

Elektronisk version: ISBN 978-87-92418-14-2

Trykt version: ISBN 978-87-92418-15-9

Redaktion

Thomas Fuglsang

Fotos

Martin Lehmann

Fra bogen *Svalen - en beretning om ti år i Henrik Svale Andersens liv*. Ajour 2009.

Grafisk design og illustration

© Aro Mekker

Figurer

Kathrine Bro Ludvigsen

Trykkeri og bogbinding

Tryk Team Svendborg A/S

Omslag og indhold

Munken Artic Pure 400g og 120g

Papiret er svanemærket

Citater fra teksten er tilladt med angivelse af kilde

SOCIALSYGGEPLEJE I SOMATIK OG PSYKIATRI

En antologi over erfaringerne
fra Projekt Socialsygepleje
- det gode patientforløb

INDHOLDSFORTEGNELSE

	9	FORORD
1	11	BEHOVET FOR SOCIALSYGEPLEJE I DET SPECIALISEREDE OG EFFEKTIVE SUNDHEDSSYSTEM
	13	Introduktion
	13	1.1 Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb
	14	1.1.1 Projektets organisering
	14	1.1.2 Datamateriale
	16	1.2 Målgruppen: Patienter med stofmisbrug
	16	1.2.1 Definition af de hårdest belastede stofmisbrugere
	17	1.2.2 Definition af socialt udsat
	19	1.2.3 Definition af brug, stofmisbrug og afhængighed
	21	1.3 Projektets aktualitet i forhold til sundhed og sygdom
	22	1.3.1 Det effektive behandlingssystem
	23	1.3.2 Ulighed i sundhed
	24	1.4 Projektets aktualitet i en politisk kontekst og debat
	25	1.4.1 Hjemløsestrategien
	25	1.4.2 Metoder der virker på narkoområdet
	26	1.4.3 KL's udspil: En styrket misbrugsbehandling
	27	1.4.4 Danske Regioner: To diagnoser – et menneske
	28	1.5 Projektets bidrag og resultater
	29	1.5.1 Resumé af antologiens kapitler og læsevejledning
2	35	SOCIALSYGEPLEJE I SOMATIKKEN – EN BLIVENDE INDSATS
	37	Introduktion
	37	2.1 Rummelighed og forståelse af anderledes adfærd
	44	2.2 Substitutionsbehandling
	45	2.2.1 Spørgsmålet om særbehandling
	46	2.2.2 Manglende forståelse og viden
	47	2.2.3 Håndtering af høje doser substitutionsmedicin
	49	2.3 Abstinensbehandling
	50	2.3.1 Viden, observation og håndtering af abstinenssymptomer
	51	2.3.2 Personalets holdninger og udfordringer ved abstinenssymptomer
	53	2.3.3 Standardiserede procedurer og rutiner
	55	2.4 Smerter

58	2.4.1	Substitutionsbehandling som smertebehandling
60	2.4.2	Frygten for overdosis med smertebehandling
61	2.4.3	Mistænksomhed overfor patientens smerteudsagn
62	2.4.4	Risikoen for tilbagefald ved opstart af smertebehandling
62	2.4.5	Patienters tilbageholdenhed med smertebehandling
63	2.5.	Socialsygeplejerskens pårørendefunktion
65	2.5.1	Adspredelse og pårørendefunktion
67	2.5.2	Funny money
67	2.5.3	Nytteværdi
68	2.5.4	Brobygning og bufferfunktion
70	2.6	Udskrivelse og ambulante forløb
72	2.6.1	Patientens hjemlige og sociale forhold
73	2.6.2	Plan for opfølgning og samarbejdspartnere i forbindelse med udskrivelsen
77	2.6.3	Lavpraktiske opgaver ved udskrivelsen
77	2.6.4	Udenbys borgere
78	2.6.5	Ambulante patientforløb
79	2.7	Konklusioner: Socialsygeplejerskens specialviden

3	85	ÆNDRER SOCIALSYGEPLEJE INDLAGTE STOFMISBRUGERES FORBRUG AF SYGEHUSYDELSER?
	87	Formål
	87	3.1 Overvejelser om undersøgelsesdesignet
	88	3.2 Undersøgelsens design og datamateriale
	89	3.2.1 Afgrænsning af undersøgelsespopulation
	91	3.3 Hvilke stofmisbrugere kommer socialsygeplejerskerne i kontakt med på Bispebjerg/Hvidovre i 2010-2011?
	95	3.3.1 Sammenfatning
	96	3.4. Hvordan er de tre analysegruppers forbrug af sygehusydelser?
	97	3.4.1 Sammenfatning
	98	3.5 Hvordan påvirker kontakt med socialsygeplejerske stofmisbrugernes forbrug af sygehusydelser?
	104	3.6 Hvordan påvirkes de regionale omkostninger?
	104	3.7 Sammenfatning og perspektivering
	105	3.7.1 Selektion til kontakt med socialsygeplejerske
	106	3.7.2 Øget forbrug af indlæggelser, sengedage og skadestuebesøg

4	109	SOCIALSYGEPLEJE I PSYKIATRIEN – UDFORDRINGER OG MULIGHEDER
	111	Introduktion
	112	4.1 Projektets formål og kerneydelser
	115	4.2 De multibelastede patienter
	115	4.2.1 Hyppige konsekvenser ved psykisk lidelse
	116	4.2.2 Hyppige konsekvenser af stofmisbrug
	118	4.2.3 Dobbelt-op: Samtidig forekomst af psykiske problemer og stofbrug
	119	4.3 Projektets erfaringer med behandlingen af psykisk syge patienter med stof(mis)brug
	124	4.3.1 Case: Afrusning og genindlæggelser
	126	4.3.2 Patientgruppen
	133	4.3.3 Personalet
	143	4.3.4 Socialsygepleje i psykiatrien
	149	4.4 Psykiatriens organisering og forståelsesramme
	149	4.4.1 En tilbagevendende diskussion: Hvad kom først?
	151	4.4.2 Tre måder at organisere behandling på
	153	4.4.3 Aktionsdiagnoser og accelererede patientforløb
	155	4.4.4 Opdelingen af psykiatriske lidelser, opgavefordeling og samarbejde
	160	4.5 Konklusioner på socialsygepleje i psykiatrien
5	165	PROJEKTETS FORANKRING OG VIDERE ANBEFALINGER
	167	Introduktion
	167	5.1 Forankring af socialsygeplejerskeindsatsen
	168	5.2 anbefalinger
	169	5.2.1 Ansættelse af socialsygeplejersker i somatikken
	170	5.2.2 Nøglepersoner
	170	5.2.3 Undervisning af sundhedspersonale
	171	5.2.4 Smertebehandling
	172	5.2.5 Abstinensbehandling
	172	5.2.6 Fælles værdier
	173	5.2.7 Lighedsteknologivurdering
	173	5.2.8 Akutte aflastningspladser
	175	5.2.9 Almen praksis
	175	5.2.10 Socialsygepleje
	179	REFERENCER
	189	BILAG

OM BILLEDERNE

Billederne i denne bog er taget af fotojournalist Martin Lehmann, der mødte Henrik Svale Andersen i 1999, mens Svale boede i en togvogn for hjemløse. Et venskab opstod, og tilblivelsen af en bog om Svales meget omskiftelige liv begyndte.

I 2009 udkom fotobogen 'Svale' med tekst af både Martin og Svale. Fotografering og venskabet vedblev til Svales død i foråret 2013.

Fotojournalist Martin Lehmann har arbejdet på Politiken siden 2001.

En stor tak til Martin, fordi vi har fået lov til at bruge nogle af hans smukke billeder.

FORORD

Det er sjældent at et projekt bliver fejret og permanentliggjort inden det er afsluttet. Det skete ikke desto mindre for "Projekt socialsygepleje – det gode patientforløb", som modtog Lighedsprisen 2011 (indstiftet af magasinet Dagens Medicin), blev fremhævet af Region Hovedstaden på en stor konference om *social ulighed i sundhed* og opmuntret med en politisk kvittering med ansættelse af faste socialsygeplejersker på seks hospitaler i regionen. Somatiske hospitaler, vel at mærke.

Helt så lykkeligt gik det ikke i psykiatrien, som var projektets andet fokusområde. Socialsygeplejerskernes tilgang til de misbrugende (dobbeltdiagnose)patienter resulterede i et kultursammenstød, som oplagt gav anledning til læring, men også havde den præmis at mange blandt de ansatte ikke mente, at behandling af misbrug hører til kerneopgaverne.

Udfordringerne er ellers nogenlunde de samme som i somatikken: En udtalt mangel på viden om socialt udsattes komplekse problemer, manglende kendskab til misbrugsstoffer, abstinenssymptomer og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for substitutionsbehandling – for slet ikke at tale om batteriet af rehabiliterende indsatser i kommunalt regi (misbrugscentre, hjemløsetilbud). Det er forhold, som resulterer i forkert eller manglende behandling, frit løb for fordomme og iblandt nedværdigende håndtering af patienterne.

Bagved det hele er en række strukturelle årsager, specielt den løbende effektivisering og specialisering af sundsvæsenet – med forcerede patientforløb og behandlingspakker, som ikke er skabt til patienter med multiproblemer. På dobbeltdiagnoseområdet dominerer sektorgrænseproblemet mellem kommuner og regioner, og det har indtil nu blot givet mudderkastning mellem KL og Danske Regioner om modpartens manglende opgavevaretagelse.

Det bliver spændende at se, hvad de øvrige regioner siger til fænomenet socialsygepleje. COWI Consult har kigget nærmere på forbruget af sundhedsydelse hos patienter, som har været i kontakt med en socialsygeplejerske, og der synes at være en tendens til at det stiger. Indsatsen mod social ulighed i sundhed er – indlysende nok – ikke gratis.

Thomas Fuglsang, centerchef



KAPITEL 1

BEHOVET FOR SOCIAL- SYGEPLEJE I DET SPECIALISEREDE OG EFFEKTIVE SUND- HEDSSYSTEM

Der skal i forbindelse med denne antologi rettes en stor tak til: Personale, patienter og samarbejdspartnere, der på forskellige niveauer har været involverede i Projekt Socialsygepleje. Derudover skal socialsygeplejerskerne i projektet takkes for deres engagement og store arbejde både i praksis og i forbindelse med formidling af projektet.

Det drejer sig om:
Socialsygeplejerskerne i somatikken Berit Loose Andreasen & Ingelise Rasmussen. Socialsygeplejerskerne i psykiatrien Jette Berg & Katja Kondas, samt vikar Astrid Bay fra KABS. Derudover skal en tak rettes til psykiatrisk sygeplejerske i KASA Yngve Pettersen og antropolog Sille Børsting-Andersen for sparring i forhold til konkrete spørgsmål om dobbeltdiagnosebehandling. En tak skal endvidere rettes til psykiater John Schmidt og sociolog Rasmus Axelsson (KABS), samt antropolog Katrine Scheperlern Johansen (KORA) for at læse og kommentere tidligere udkast af udvalgte kapitler. Sidst men ikke mindst; tak for praktisk hjælp til sekretariatet i KABS, Bakken 3.

1

BEHOVET FOR SOCIALSYGEPLEJE I DET SPECIALISEREDE OG EFFEKTIVE SUNDHEDSSYSTEM

Af: Kathrine Bro Ludvigsen

Stofmisbrugere adskiller sig fra andre patientgrupper ved typisk at have samtidige, komplekse og alvorlige problemstillinger af såvel fysisk-, psykisk- og social karakter. Selvom flere af deres problemer er behandlingskrævende, har de ofte et for kort og problematisk indlæggelsesforløb på hospitalerne, ligesom stofmisbrugere med psykiske lidelser tit bliver kastebolde mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingsstederne. Blandt personalet i henholdsvis somatik og psykiatri opleves stofmisbrugere mange gange som besværlige patienter, der er svære at samarbejde med og svære at rumme (Ludvigsen 2011; Lauridsen et al 2010; Kappel 2009; Brünés 2007). Dette forværres, når personalet mangler fornødne redskaber, ressourcer og viden til at håndtere de komplekse problemstillinger og den situation/tilstand stofmisbrugere befinder sig i. Behandlingen bliver således ikke optimal, hvilket er et stort problem, da der er tale om en gruppe mennesker med behov for en behandling, som både er rummelig, specialiseret, og tager højde for de mangeartede problemstillinger i en sammenhængende, koordineret indsats og hjælp.

I 2010 igangsatte KABS VIDEN et treårigt udviklingsprojekt *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb*, finansieret af satspuljemidler. Projektets oprindelige idé udsprang af et tidligere pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006-2007, forankret i *projekt UDENFOR* og udført af socialsygeplejerske Nina Brünés (Brünés 2007). Pilotprojektet havde vist gode resultater på en mindre patientgruppe, hvilket man i KABS VIDEN ønskede at afprøve i en større kontekst, samt om metoderne kunne overføres til psykiatrien.

1.1 Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb

Formålet med Projekt Socialsygepleje var at støtte og forbedre stofmisbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt med hospitalet og psykiatrien, samt overordnet at udvikle og afprøve socialsygeplejemetoder til at forbedre stofmisbrugeres behandling. Den primære målgruppe for projektets indsats var socialt udsatte patienter med stofmisbrug. Derudover

var sundhedspersonalet på de udvalgte hospitaler/psykiatriske centre, samt involverede kommunale medarbejdere sekundære målgrupper.

Projektet bestod af tre dele: Første fase foregik fra 1. februar 2010 til 30. november 2011 på henholdsvis Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler, hvor to socialsygeplejersker fik deres daglige gang på hver deres hospital. Anden fase startede 1. august 2010 til 31. maj 2012 på henholdsvis Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød, ligeledes med én socialsygeplejerske på hvert center. Tredje fase omhandlede den efterfølgende databearbejdning og afrapportering af projektets erfaringer og resultater. Denne antologi er resultatet af projektets sidste del.

1.1.1 Projektets organisering

Projektet var overordnet forankret i KABS VIDEN, som er en del af KABS, Glostrup Kommunes misbrugscenter. Derudover blev fire socialsygeplejersker ansat til varetagelsen af det daglige arbejde med målgruppens patienter under ledelse og supervision af projektleder Nina Brünés. På hvert hospital/center blev en lokal arbejdsgruppe nedsat til at følge projektet. Derudover deltog de involverede kommuner, hospitaler og misbrugscentre i en overordnet følgegruppe bestående af repræsentanter fra de pågældende ledelseslag. Undertegnede antropolog fulgte projektet tæt for, sammen med COWI, at indsamle og analysere henholdsvis kvalitative og kvantitative data i forbindelse med projektet.

1.1.2 Datamateriale

Denne antologi baserer sig på tre forskellige typer data:

For det første indgår projektets patientjournaler¹ som en væsentlig kilde til data. Projektjournalerne blev løbende udfyldt af socialsygeplejerskerne på hvert patientforløb og registreret med et forløbsnummer for at anonymisere patienterne i projektet. Projektjournalerne fungerede som en løbende registrering af projektets indsats: Hvem og hvor mange kom projektet i berøring med? Hvilke af socialsygeplejerskernes indsatsområder blev anvendt? Derudover blev forskellige forhold som patientens køn, alder, nationalitet, boligsituation, forsørgelsesgrundlag, type af kontakt til den sociale sektor, type af substitutionsbehandling, indlæggelses- og

1) Se projektjournalen for indlagte patienter (bilag 1). En tilsvarende projektjournal var lavet for ambulante patienter. Se også den samlede projektstatistik bilag 2a (for somatikken) og bilag 2b (for psykiatrien).

udskrivningsdiagnoser mv. systematisk registreret. Sidst men ikke mindst, indeholder projektjournalerne også socialsygeplejerskernes løbende refleksioner i forhold til patientforløbet og indlæggelsen, herunder samarbejdet med patienten (socialsygeplejerskens og personalets), eventuelle konfliktsituationer, udfordringer og løsninger, socialsygeplejerskernes indsats/rådgivning i forhold til fx smerte-/abstinensbehandling etc. Projektjournalerne har således både tjent som en løbende registrering af indsatsen, og fungeret som redskab i den interne faglige sparring undervejs i projektet med henblik på metodeudvikling og forbedring af den konkrete socialsygeplejeindsats. I alt foreligger der 1.010 projektjournaler. Samtlige journaler er læst grundigt igennem og systematisk tematiseret i forhold til den videre databearbejdning og analyse. Her har projektlederen assisteret med at tematisere alle journalerne.

For det andet trækker antologien på data indsamlet af undertegnede i forbindelse med udarbejdelsen af to statusrapporter for henholdsvis somatik- og psykiatridelen af projektet, som KABS VIDEN lod gennemføre midtvejs i projektet (Ludvigsen 2012 og 2011). I den forbindelse fulgte undertegnede socialsygeplejerskerne i deres arbejde på de fire hospitaler/centre, samt foretog 16 kvalitative interviews² med personale og patienter om deres erfaringer med socialsygeplejeindsatsen. Der blev her spurgt ind til, hvilke opgaver socialsygeplejerskerne var behjælpelige med, hvilke problemer, udfordringer og typer af situationer parterne oplevede med behandlingen og indlæggelsen før og efter socialsygeplejerskerne begyndte, samt hvilken betydning denne indsats har for behandlingen af patienter med stofmisbrug.

For det tredje trækker antologien på de data, COWI har genereret i forbindelse med deres registerundersøgelse af projektets indsats. Data i den forbindelse bygger på en samkøring af oplysninger fra to registre: Fra Sundhedsstyrelsen er indhentet udtræk fra *Register over Stofmisbrugere i Behandling* (SIB), der omfatter alle, der har været i stofmisbrugsbehandling fra januar 2001. Fra *Landspatientregisteret* (LPR) er udtræk om antal kontakter med det danske sygehusvæsen for at identificere stofmisbrugere, der har været i behandling inden for de sidste 10 år, og som har været indlagt på de to projekthospitaler; Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler i perioden 15. februar 2010 til 31. december 2011, eller har været indlagt på et eller flere af Region Hovedstadens øvrige hospitaler i samme periode. På baggrund af socialsygeplejerskernes registreringer om projektpatienterne og samkøringen af de to registre genereres data til antologien (for uddybning se kapitel 3).

2)

Samt et baggrundsinterview på KASA, et misbrugspsykiatrisk dagtilbud i KABS (se kapitel 4).

1.2 Målgruppen: Patienter med stofmisbrug

I den oprindelige projektansøgningen blev projektets primære målgruppe defineret meget bredt:

”Den primære målgruppe er socialt udsatte patienter som indlægges på de somatiske hospitaler og psykiatriske centre. Projektet inkluderer således stofmisbrugere, alkoholikere, hjemløse, dobbeltdiagnosticerede og prostituerede.” (Projektansøgning, KABS 2009).

Da projektet fik et væsentlig mindre beløb end ansøgt, justerede man projektets ambitioner, herunder at ændre den primære målgruppe til blot at omfatte *”patienter med et stofmisbrug”* (Projektbeskrivelse, Brünés 2009: 3).

Som det vil fremgå af denne antologi, blev praksis, at projektets patienter, især i somatikken, var de hårdest belastede, socialt udsatte patienter med et stofmisbrug (især kapitel 3 har dette som en hovedkonklusion). Hvilket også var baggrunden for projektets oprindelse. I dette kapitel vil der derfor kort redegøres for, hvad *hårdest belastet* og *socialt udsat* i denne sammenhæng betyder, samt redegøres for begreberne *brug, misbrug og afhængighed*.

1.2.1 Definition af de hårdest belastede stofmisbrugere

I en ekspertredegørelse over de hårdest belastede stofmisbrugere fra 2002, påpeges det, at en afgrænsning af de hårdest belastede stofmisbrugere ikke er ukompliceret, idet *”beskrivelser af mennesker med så mangeartede problemer, som tilfældet er, indebærer, at ingen enkelt beskrivelse vil være hverken dækkende eller brugbar i alle situationer”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 11). Ekspertgruppens bud på en operationel definition af målgruppen bliver derfor, at mindst fire ud af følgende kriterier skal være opfyldt for, at man på et givent tidspunkt kan anse en person som en hårdt belastet stofmisbruger. Kriterierne omhandler en person med;

1. stofafhængighed forstået som et massivt regelmæssigt injektionsmisbrug, ofte af flere forskellige stoffer, kombineret med blandingsmisbrug med andre rusmidler,

2. tegn på personlighedsforstyrrelse, svær karakterafvigelse eller egentlig psykiatrisk lidelse med en adfærd præget af destruktion og selvdestruktion måske endda suicidalovervejelser eller suicidalforsøg,
3. et skrøbeligt eller ikke-eksisterende socialt netværk (bortset fra i eget miljø), massive sociale problemer, som enten er primære eller følger af misbruget samt stort behov for omsorg og støtte som forudsætning for fastholdelse i behandling,
4. fysiske helbredsdefekter som følge af misbruget i form af ødelagte kredsløb i arme og ben eller andre direkte skader efter injektion, manglende lemmer, svære kroniske livstruende infektiøse tilstande som HIV, kronisk leverbetændelse, hjerteklapbetændelse eller generelt nedbrudt helbred og
5. flere afbrudte behandlingsforsøg bag sig og en i hvert fald aktuel åbenlys manglende evne til at reagere positivt på de tilgængelige behandlingstilbud (2002 s. 11-12).

Som det vil fremgå af denne antologis kapitler, kan de fleste af projektets somatiske patienter betegnes som hørende til blandt de hårdst belastede stofmisbrugere ud fra ovenstående definition (jf. kapitel 2 og 3). Anderledes var det med projektets psykiatiske patienter. Her kunne især de unge (endnu) ikke opfylde fire kriterier: Deres stof(mis)brug var sjældent et injektionsmisbrug, men ofte et blandingsmisbrug af forskellige stoffer, medicin og alkohol. De havde (endnu) ikke fysiske kroniske helbredsproblemer, ej heller (altid) flere afbrudte behandlingsforsøg bag sig. Til gengæld havde de forskellige psykiske problemer og ofte afbrudte uddannelsesforløb bag sig. I forhold til kriterierne 2 og 3 kunne de (snart) opfylde disse ved som sagt at have psykiske og sociale problemer. Samt have skrøbelige netværk, især i forhold til jævnaldrende, men også, hos nogen af de unge, i forhold til familie. En pointe i kapitlet om de psykiatiske patienter er, at flere af patienterne (også de unge) ikke blev udredt med henblik på en psykiatrisk diagnose, da stof(mis)bruget forstyrrede billedet (uddybes i kapitel 4).

1.2.2 Definition af socialt udsat

At være socialt udsat er et diffust, men meget anvendt begreb, der dog sjældent er tydeligt defineret. Det bruges ofte til at betegne mennesker som fx stofmisbrugere, alkoholikere, prostituerede, hjemløse, psykisk syge etc. Men en person med alkohol- og stofmisbrug er ikke nødvendig-

vis socialt udsat, ligesom denne brug af begrebet kun fokuserer på én del af problematikken. Ved at anvende begrebet *social eksklusion* er det muligt at indkredse det at være socialt udsat lidt nærmere (Larsen 2009). Social eksklusion omhandler også forskellige risikogrupper (som ovenstående) og risikofaktorer (som arbejdsløshed, hjemløshed mv.), men her er der netop tale om risici og ikke nødvendigvis faktisk social udsathed (ibid). I en antologi om social udsathed definerer sociolog og professor Jørgen Elm Larsen således kernen i social eksklusion som:

"[...] en ufrivillig ikke-deltagelse gennem forskellige typer af udelukkelsesmekanismer og –processer, som det ligger uden for individets og gruppens muligheder at få kontrol over. Social eksklusion drejer sig overordnet set om mennesker, som på én og samme tid er meget dårligt stillede eller ekskluderede på en række centrale levekårsområder. Der er tale om en ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse inden for en række centrale områder i samfundet" (Larsen 2009:20-21).

Begrebet social eksklusion er anvendeligt, fordi det både peger på risikogrupper og risikofaktorer, som kan føre til udsathed, samt peger på samfundsmæssige mekanismer, der regulerer adgang eller udelukkelse i forhold til ressourcer og tilbud. Der er endvidere tale om en proces, hvor der over tid kommer flere og flere problemer til. Den modsatte proces – mod inklusion – vil derfor indebære, at man bevæger sig helt eller delvist ud af de dårlige levekår (ibid). Ved kun at se på særlige grupper af mennesker, som socialt udsatte, fjernes fokus fra de strukturelle og samfundsmæssige udelukkelsesmekanismer, som er en medspillende faktor. Denne antologi omhandler i høj grad socialt udsathed, dels fordi projektet har beskæftiget sig med mennesker, der lever risikofyldte liv med sygdom til følge og omhandler mennesker, som har dårlige levekår. Dels fordi analyserne af projektet synliggør nogle af de mekanismer, der udelukker disse mennesker fra at deltage på lige fod med andre i sundhedssystemet. Det vil sige, at disse menneskers adgang til ressourcer og tilbud er reduceret.

Sidst i dette afsnit skal Rådet for Socialt Udsattes definition af socialt udsathed medtages, da en yderligere dimension om omgivelsernes forståelse – eller mangel på samme – er inkluderet her. Rådet for Socialt Udsatte betegner socialt udsathed, som det;

"At være udsat for samfundsmæssig stigmatisering, diskrimination, uforståenhed og i visse tilfælde foragt. Det vil sige, at man lever et liv, som gennemsnittet ikke

forstår, og som ikke hører ind under gennemsnittets karakteristik af et godt liv” (Rådet for Socialt Udsatte 2009:8).

Når denne sidste uddybning er vigtig at få med, er det fordi analyserne i denne antologi viser, at en væsentlig del af socialsygeplejerskernes arbejde består i at øge personalets indsigt og forståelse for netop disse patienters situation, liv og levekår og dermed reducere uforståenhed, manglende empati og afvisning som personalet ellers hyppigt kommer til at møde denne patientgruppe med (jf. kapitel 2 og 4).

1.2.3 Definition af brug, misbrug og afhængighed

Udover ovenstående betegnelser er det vigtigt også kort at præcisere begreberne brug, misbrug og afhængighed i denne antologi.

Definitioner af disse begreber er hverken entydige eller universelle. De er, som de forrige begreber, konstruktioner, der udpeger bestemte problemer og løsningsmodeller (Jöhncke et al 2004). Konstruktioner som er påvirket kulturelt, socialt og politisk i en given kontekst og tidsperiode (se fx Storgaard 2000). Eksempelvis forskellige landes regler for, hvilke rusmidler, der er forbudt og hvilke der ikke er. Eller forskellige opfattelser af rusmidler i storbyer versus landsbyer. Eller forskellige behandlingstilgange i arbejdet med misbrugere etc. Måden man definerer brug, misbrug og afhængighed af rusmidler på, har således betydning i det møde professionelle har til patienten med en eller anden grad af rusmiddelbrug. Hvilket igen har betydning for den indsats der tilbydes (Se også: Lauridsen et al 2010: 21; Pedersen 2005: kapitel 3).

I denne antologi ønsker vi at understrege forskellen mellem brug, misbrug og afhængighed af rusmidler, fordi det som nævnt har/burde have betydning for den indsats en patient tilbydes.

I Danmark anvendes ICD-10 fra WHO's diagnosesystem til at vurdere og diagnosticere sygdomme. Definitionen på afhængighed her er:

”Afhængighed er et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig (hos nogle individer) ved gentagen brug af et eller flere afhængighedsskabende lægemidler eller rusmidler. Afhængighed karakteriseres af et vedvarende eller periodisk behov for stof manifesterende sig ved en

tvangsmæssig adfærd, hvor fremskaffelse og brug af stoffet er dominerende i personens tilværelse. Diagnosen kræver, at mindst tre af følgende symptomer er til stede i mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år:

- Trang ("Craving")
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer eller stofindtagelse for at ophæve eller undgå disse
- Toleransudvikling
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering
- Vedblivende brug trods erkendt skadesvirkning."
(Sundhedsstyrelsen 2008:26).

Videre defineres misbrug som skadeligt brug. For at denne diagnose kan stilles, kræves følgende kriterier opfyldt:

- "Fysisk og/eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- Skaden er klart påviselig
- Varighed mindst en måned eller gentagne gange inden for et år."
(op.cit: 27).

Der er således flere kriterier, som skal være opfyldt førend en person kan gives ovenstående diagnoser. ICD-10 systemet er imidlertid blevet kritiseret for ikke at have fokus på den sociale side af et rusmiddelbrug, ligesom megen forskning benytter DSM-IV systemets definitioner (Se fx: Pedersen 2005).

I bogen *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler* (2005) opstiller Mads Uffe Pedersen fem typer – eller grader – af forbrug af rusmidler:

- *Brug* af rusmidler er et forbrug, som ikke er et misbrug eller afhængighed af rusmidler – det vil sige, at brugen ikke afstedkommer sociale, psykiske og/eller fysiske problemer.
- *Risiko-brug/storforbrug* er et forbrug, der "måske" kan knyttes til sociale problemer, og/eller opfylder ét eller to af kriterierne for afhængighed.
- *Misbrug* af rusmidler er et forbrug, som medfører klart påviselige sociale problemer, men som ikke opfylder mindst tre kriterier for afhængighed.

- *Afhængigt brug* opfylder mindst tre kriterier for afhængigt brug, mens der ikke med sikkerhed kan knyttes sociale problemer til bruget (måske reducerer brugen af rusmidler eventuelle sociale problemer).
- *Afhængigt misbrug* er et forbrug, som medfører klart påviselige rusmiddelrelaterede sociale problemer, samtidig med at mindst tre af kriterierne for afhængighed er til stede (Pedersen 2005: 37).

Udover, at den sociale dimension her er medtaget, illustrerer de fem typer også, at der er glidende overgange mellem brug, misbrug og afhængighed: Misbrug skal således forstås, som et brug, der tydeligt har fået forskellige sociale følger. Indimellem brug og misbrug er risikobruget (op.cit: 36). Forskning i unges rusmiddelbrug peger endvidere på, at eksperimenterende brug af rusmidler hører til i en bestemt ungdomsfase og –kultur (Krøll 2012; Vind 2008). For nogle unge udvikler det eksperimenterende brug sig til misbrug og her er ofte mange andre faktorer på spil end blot rusmidlerne (Fx: Vind & Pedersen 2010). Det er således af betydning, at man skelner mellem de forskellige grader af rusmiddelforbrug, ikke mindst, hvis en misbrugs/afhængighedsdiagnose er ekskluderende i forhold til den indsats, man kan tilbyde.

I nogle af denne antologis kapitler anvendes betegnelsen *stof(mis)bruger*; for at illustrere, at ikke alle patienter tilknyttet projektet var misbrugere/afhængige af stoffer jf. ovenstående definitioner.

1.3 Projektets aktualitet

Denne antologi omhandler altså (socialt udsatte) mennesker med stof(mis)brug, der bliver patienter på hospitalet eller i psykiatrien. Når det har været nødvendigt at udføre et udviklingsprojekt om dette, er det fordi erfaringerne (både patienternes, behandleres og andre der beskæftiger sig med denne gruppe) ofte viser, at det kan være svært for patienterne og personalet at skabe et godt samarbejde og behandlingsforløb, hvor patienten bliver optimalt færdigbehandlet. Med andre ord, har patienter med stofmisbrug ikke altid samme adgang til – eller samme muligheder for at benytte – sundhedstilbud, som den øvrige befolkning.

Netop ulighed i adgang til samfundets ressourcer som fx lægehjælp, ydelser i sundhedssystemet mv. har i de seneste år vakt stigende inter-

esse, bekymring og politisk bevågenhed. Ulighed i sundhed er det helt store emne, og med god grund, for i takt med, at befolkningen generelt bliver rigere, sundere og ældre, bliver skellet mellem rig og fattig større (Davidsen et al 2013; Diderichsen et al 2011; Juel et al 2010; Pedersen et al 2007). Samtidig holdes det offentlige udgifter i stramme tøjler, hvilket resulterer i økonomisering og effektivisering for at få budgetter til at holde (Pedersen 2012).

1.3.1 Det effektive behandlingssystem

I den politiske og offentlige debat, er et af de helt store emner bedre og billigere udnyttelse af den offentlige sektor. Inden for sundhedssystemet har det betydet fokus på effektivisering af driften og bedre udnyttelse af sengekapaciteten; dels ved at optimere selve behandlingen og ved at tilrettelægge mere intensive og kortere indlæggelsesforløb og dels ved at omlægge behandlingsprocedurer til mere ambulante behandling (fx Deloitte 2013; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011). Optimeringen af sundhedssystemet har også ført til en øget specialisering, hvor ressourcer og faglig viden samles og forfines ét sted. Ligeledes udvikles pakkeforløb, hvor standardiserede ambulante behandlingsforløb er systematisk tilrettelagt i forhold til bestemte sygdomme/diagnoser. Begreber som *"aktionsdiagnoser"* og *"accelererede patientforløb"* indikerer ligeledes hver især denne optimering i sundhedssektoren (jf. kapitel 4).

Den øgede effektivisering sparer regionerne for enorme beløb og sikrer, at patienter ikke forbliver unødigt indlagte (Deloitte 2013; Pedersen 2012). Men det har samtidig konsekvenser i forhold til de patienter, som ikke passer ind i ét speciale eller pakkeforløb, sådan som de fleste af projektets patienter kan karakteriseres (jf. kapitel 3 om antallet af sygdomme, som gruppen har). Det accelererede tempo i behandlingsforløbet stiller desuden flere krav til patienterne om at overholde aftaler, være selvhjulpne i forhold til bestemte procedurer, være i stand til at tage ansvar for egen sundhed og – i en vis grad – ansvar for egen behandling i forhold til den kortere indlæggelse mv., hvilket for projektets patienter ofte kan være meget svært at honorere af forskellige grunde, som bliver uddybet i kapitel 2 og 4. Det hurtigere tempo har endvidere øget behovet for et effektivt tværsektorielt samarbejde, hvor snitflader og opgavefordeling tydeliggøres. Et eksempel på at løse det behov er sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Et andet eksempel udsprunget

af behovet for at koordinere og binde indsatser og behandlingsforløb sammen er udbredelsen af særlige stillinger som forløbs- eller sundheds-koordinatore. Disse funktioner omfatter andre sårbare patientgrupper, som fx patienter med kronisk sygdom eller ældre medicinske patienter (fx Buch 2012).

Da et af de centrale kerneområder i socialsygeplejen netop er at koordinere og bygge bro mellem indsatser på tværs af sektorer, ligger Projekt Socialsygepleje således i strømmen af denne udvikling af sådanne indsatser.

1.3.2 Ulighed i sundhed

Et andet aktuelt emne, som projektet er relateret til og har trukket på, er den viden og det skærpede fokus, der netop er på *ulighed i sundhed*. Flere nyere undersøgelser har understreget den sociale ulighed i sundhed (fx Davidsen et al 2013; Diderichsen et al 2011; Pedersen 2009; Pedersen et al 2007). Social ulighed i sundhed handler ikke kun om en særligt udsat gruppe menneskers helbred, men også om, at sundhed og helbred er ulige fordelt i befolkningen alt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold – kaldet den sociale gradient i sundhed (Diderichsen et al 2011: 25).

En analyse af den danske befolknings sundhed fra 2011 viser med al tydelighed, at der er en social skævhed, når det gælder sundhed og middelalder. Fx fremgår det, at de fleste store folkesygdomme (hjertesygdom, diabetes, KOL mv.) forekommer hyppigere hos personer med kortere uddannelse end hos dem med længere uddannelse (Diderichsen et al 2011:5). Undersøgelsen viser endvidere, at der er en markant ulighed i dødelighed mellem rig og fattig; således at forskellen mellem middellevetid mellem højeste og laveste indkomst næsten er ti år for mænd og seks år for kvinder (op.cit:33). Desuden kan dem med kortest leveår også forvente flere år med sygdom (op.cit: 34). I en undersøgelse af dødelighed blandt socialt udsatte bliver den sociale skævhed endnu mere fremtrædende: Her understreges det, at socialt udsatte³ har markant dårligere sundhed, mere sygdom, dårligere selvoplevet trivsel, samt markant overdødelighed sammenlignet med den øvrige alderssvarende danske befolkning. Middellevetiden blandt socialt udsatte beregnes til 57 år, mens den er 79 år set i forhold til den øvrige befolkning – altså en forskel på 22 år (Davidsen et al 2013: 13). Undersøgelsen kortlægger også

3)

Defineret her som alkoholmisbrugere: At de drikker dagligt/næsten dagligt og mere end fem genstande sidste gang. Sindslidende: At de har en sindslidelse, lider af kronisk angst eller depression eller anden psykisk lidelse. Hjemløse: At de inden for den sidste måned har boet enten på herberg, pensionat, forsorgshjem eller gaden, eller ingen bolig har haft den sidste måned. Stofmisbrugere: Som inden for den sidste måned har indtaget stoffer eller illegalt har indtaget medicin. Fattige: Der angiver, at de ofte ikke får nok mad, fordi de ikke har råd (Davidsen et al 2013: 9).

et forskelligt mønster i dødelighed blandt socialt udsatte sammenlignet med den øvrige befolkning. Næmlig at stofmisbrug- og alkoholrelaterede årsager, samt infektionssygdomme er de hyppigste dødsårsager blandt de socialt udsatte, hvorimod det drejer sig om kredsløbssygdomme og kræft i den øvrige befolkning. Undersøgelsen påviser også, at der er en overdødelighed på 7,8 for hjemløse mænd, mens den er 13,1 for hjemløse kvinder (op.cit: 15).

Når det er vigtigt politisk og samfundsmæssigt at beskæftige sig med ulighed i sundhed og forsøge at reducere den, handler det dels om at sikre vores solidariske velfærdsmodel (lige adgang og kvalitet i forhold til fx sundhedsydelse). Dels om den økonomiske belastning for samfundet, hvis en stor del af befolkningen bliver/forbliver så syge, at de ikke kan bidrage til samfundet. Dette er både dyrt i forhold til den tabte arbejdsstyrke og dyrt i forhold til sundheds-, beskæftigelses- og socialudgifter (se også Diderichsen et al 2011: 20-21). I tråd med den tidligere diskussion om ekskluderende samfundsmekanismer (jf. Larsen 2009), tænkes effektive indsatser her også rettet mod de forhold, der er medvirkende til at skabe den sociale ulighed. Samt indsatser rettet mod de helbredsmæssige forhold den sociale udsathed fører med sig:

”De socialt udsatte har en række sociale, psykiske og somatiske problemer, der betyder, at ingen af indsatserne kan stå alene, men at der skal være en tilstrækkelig koordination mellem de forskellige former for social støtte og den behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats” (Diderichsen et al 2011: 81).

Ovenstående kan siges at tale lige ind i kernen af socialsygeplejerskernes arbejde, hvilket vil fremgå af de empiriske kapitler 2 og 4.

1.4 Projektets aktualitet i en politisk kontekst og debat

Udover debatten om ulighed i sundhed har et regeringsvalg og -skifte i projektperioden aktualiseret projektet i forhold til partiernes politiske markeringer, strategier og reformer. Her kan *Hjemløsestrategien* som er et satspuljefinansieret program, der løber fra 2009-2013, nævnes:

1.4.1 Hjemløsestrategien

Strategiens målsætning er firedobbelt og langsigtet:

1. Ingen borgere skal leve et liv på gaden.
2. Ingen unge bør opholde sig på forsorgshjem, men tilbydes andre løsninger.
3. Ophold på forsorgshjem eller herberg bør ikke vare mere end 3-4 måneder for borgere, der er parate til at flytte i egen bolig med den fornødne støtte.
4. Løsladelse fra fængsel eller udskrivning fra behandlingstilbud eller sygehus bør forudsætte, at der er en løsning på boligsituationen. (Indenrigs- og Socialministeriet & Rambøll 2009: 6).

Hjemløsestrategien har ikke været direkte tænkt ind i projektet, men som det vil fremgå af antologien, arbejdede socialsygeplejerskerne på at etablere langsigtede løsninger, som på mange måder lægger sig op ad erklæringerne ovenover.

1.4.2 Metoder, der virker på narkoområdet

En anden politisk markering, som gør projektet aktuelt, er den plan social- og integrationsminister Karen Hækkerup lancerede i oktober 2012: *Metoder, der virker på narkoområdet* (Social- og Integrationsministeriet 2012). I planen indgår 10 initiativer, der helt overordnet skal være med til at sikre, at flere stofmisbrugere bliver og forbliver stoffrie. I forhold til dette projekt fremhæves her blot initiativ nr. 2:

”Initiativ nr. 2: Analyse af snitflader ifm. social misbrugsbehandling. Mennesker med misbrug har ofte komplekse problemer, som medfører, at de er i kontakt med forskellige sektorer og har behov for forskellige typer af hjælpeforanstaltninger. Det kan fx være det kommunale misbrugscenter, socialpsykiatrien eller jobcenteret. Der er behov for en mere præcis viden om de snitfaldeproblematikker, som opstår i behandlingsforløb i forbindelse med social stofmisbrugsbehandling” (Social- og Integrationsministeriet 10. oktober 2012).

Netop stofmisbrugerens komplekse problemstillinger og deraf behovet for en koordinerende indsats og tydeliggørelse af snitflader, opgavefordeling mv. er noget af det Projekt Socialsygepleje har erfaringer med og forsøgt

at finde løsninger på i praksis, hvilket denne antologi kommer med flere eksempler på.

Projektet har i projektperioden på baggrund af sin aktualitet desuden været eksponeret i medierne, som det gode eksempel på, hvad der skal til af særlig hjælp til socialt udsatte og i forhold til lighed i sundhed (fx besøg af sundhedsminister Astrid Krag på Hvidovre Hospital i maj 2012⁴, samt deltagelse med oplæg på flere konferencer om social ulighed⁵).

Sidst er projektets erfaringer også relevante i forhold til diskussionen om hvem, der i fremtiden skal stå for stofmisbrugsbehandlingen: Regionerne (under psykiatrien) eller kommunerne (som status er nu). I denne debat har hver part i løbet af 2012 fremsat hver deres bud på en løsningsmodel, som derfor kort skal refereres her. De to udspil kommenteres kort til sidst, men uddybes i øvrigt i kapitel 4.

1.4.3 KL's udspil: En styrket misbrugsbehandling

I dette udspil vil Kommunernes Landsforening (KL) højne kvaliteten af stofmisbrugsbehandlingen, styrke den faglige kompetence og forbedre organiseringen, ligesom de foreslår, at der udarbejdes nationale retningslinjer for misbrugsbehandlingen. Det understreges, at det;

"[...] ikke kun er kommunerne, der har et ansvar for at løfte kvaliteten på misbrugsområdet. Staten skal også løfte sin del af ansvaret. Derudover skal regionerne leve op til deres ansvar ift. udredning, diagnosticering og behandling af personer med et misbrug og en psykisk lidelse. Derfor er KL's anbefalinger rettet mod staten, regionerne og kommunerne samt andre centrale aktører på området" (Kommunernes Landsforening 2012:6).

Udspillet lægger sig op ad den tidligere nævnte plan *Metoder, der virker på narkoområdet*, både hvad angår ønsket om nationale retningslinjer for misbrugsbehandlingen i Danmark, brug af evidensbaserede metoder mv. KL's udspil indeholder 12 anbefalinger. Anbefalingerne omhandler fokus på misbrugerens komplekse problemstillinger og bedre håndtering af disse. I den sidste anbefaling (nr. 12) hedder det:

"Kommunerne skal sikre sammenhæng og helhed i misbrugsbehandlingen internt i kommunen. Kommunerne skal forsat forfølge intensjonerne i kommunalreformen

4)

Se: <http://www.amagerhospital.dk/topmenu/Nyheder/Nyheder/Arkiv+2012/Besoeg-af-sundhedsminister-Astrid-Krag++Amager-og-Hvidovre-Hospitaler-udnaevnt-til-modelhospital.htm>

5)

Fx konferencerne: "Ulighed i sundhed" 3. maj 2011, med oplægget: "Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb". Arrangeret af Region Hovedstaden. Sundhedsstyrelsens konference den 8. marts 2012: "Socialt udsattes sundhed - muligheder for at styrke socialt udsattes sundhedstilstand", med to oplæg: "De udsatte borgeres kontakt til hospitalsvæsenet" og "Udfordringer med socialt udsatte i psykiatrien", samt: "Ulighedens Topmøde" d. 14. marts 2012, med oplægget: "Ulighed i sundhed – forskning og praksis hånd i hånd". Arrangeret af Cevea. Derudover har projektet i 2011 modtaget Dagens Medicins lighedspris.

om én indgang for borgerne. KL anbefaler, at den enkelte kommune udarbejder en strategi for, hvordan helhed og sammenhæng for den enkelte misbruger sikres. Strategien skal blandt andet indeholde sammenhæng mellem beskæftigelsesindsatsen, socialpsykiatrien, familieafdelingen og misbrugsbehandlingen” (ibid, nr. 12).

1.4.4 Danske Regioner: To diagnoser – et menneske

I Danske Regioners udspil er formålet at styrke indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser. I forhold til dette, kan der groft opstilles tre overordnede punkter:

- At misbrug skal behandles som en psykisk lidelse og samles i psykiatrien, for at sikre et sundhedsfagligt fokus via skærpede krav til indholdet i behandlingen.
- At der skal ske en specialisering af misbrugsbehandlingen, så den bygger på standarder og evidens, så ensartede behandlingstilbud sikres.
- De sociale problemstillinger afledt af misbruget, skal fortsat afhjælpes med støtte, hjælp og omsorg efter serviceloven i borgerens kommune (Danske Regioner 2012).

Danske Regioners udspil omhandler således ønsket om at styrke et sundhedsfagligt fokus i misbrugsbehandlingen og specialisere indsatsen, samt skabe en tættere (hel) integrering af behandlingen af psykisk sygdom og misbrug. Argumentationen for at overtage misbrugsbehandlingen fra kommunerne fremgår af følgende udpluk:

”Den nuværende opgavefordeling på misbrugsområdet er en hindring for, at misbrugere behandles for både deres misbrug og deres andre psykiske lidelser. Således viser undersøgelser, dels at der sker en underbehandling af psykisk syges misbrug, dels at der ikke fokuseres på komobiditet (følgesygdomme) i misbrugsbehandlingen. Dermed vanskeliggøres både behandlingen af misbruget og af de psykiske lidelser. Behandlingsindsatsen af både alkohol- og stofmisbrug har ikke nogen stærk tradition for kvalitetsudvikling, evidens og best practice. Behandlingskompetencen er i dag spredt på mange enheder, og der er store forskelle i den kommunale indsats. Det harmonerer dårligt med, at der er tale om en gruppe af meget udsatte mennesker, som i høj grad har behov for en specialiseret og individuelt tilrettelagt behandling” (Danske Regioner 2012:5).

De to udspil viser mellem linjerne de store udfordringer, der i dag er i forhold til at yde den optimale behandling for mennesker med både misbrugsproblemer og psykisk lidelse. Begge udspil kritiserer mere eller mindre eksplicit den anden sektors manglende indsats (se også kapitel 4).

1.5 Projektets bidrag og resultater

Projektet har som nævnt i alt været involveret i 1010 patientforløb. Heraf var 704 patientforløb i somatikken og 306 patientforløb i psykiatrien (se også kapitel 4 for uddybning af forskellen i antal). I tabel 1 og 2 (bilag 2a og 2b) ses de samlede oversigter fra henholdsvis de somatiske- og de psykiatriske patientforløb.

Opsummerende kan man sige, at Projekt Socialsygepleje, som en grundlæggende kerne i socialsygeplejen, har haft fokus på respekt og forståelse for patienten, medinddragelse af vedkommende i planlægning af behandlingsforløbet, empati og omsorg, samt fokus på, hvordan viden fra den nyeste forskning om socialt udsatte og stofmisbrug kunne omsættes i praksis. Det handler for det første om en særlig indsigt i denne patientgruppes komplicerede problemstillinger. For det andet om kendskab til mulighederne og variationen i de mange forskelligartede tilbud i henholdsvis primær, sekundær og tertiær sektor.

Helt overordnet kan man sige, at socialsygepleje i bund og grund handler om god sygepleje, hvor faglig viden om stofmisbrug, socialt udsatte, somatisk og psykisk sygdom går hånd i hånd med omsorg, anerkendelse og rummelighed overfor en ofte stigmatiseret og lidet populær gruppe patienter. Når denne sygepleje bliver så vigtig, handler det i høj grad om effektiviseringen og specialiseringen af vores sundhedssystem, som udskriver patienterne så snart den helt specifikke grund til indlæggelsen er løst med en generel forventning om, at patienterne selv tager ansvar for det videre forløb. Denne forventning forudsætter implicit, at patienterne til en vis grad kan tage hånd om egen sundhed og behandling under og efter indlæggelsen: Fx følge aftaler og retningslinjer under indlæggelsen, huske at tage den ordinerede medicin og selv henvende sig til eventuel opfølgning i ambulant regi eller hos egen læge efter udskrivelsen. Dette forudsætter igen, at patienten kan læse de anvisninger, der er i forbindelse med information om undersøgelser, medicinindtagelse eller at man under indlæggelsen selv er i stand til at bestille sin mad,

som foreskrevet på hospitalet (jf. kapitel 2). Og det forudsætter, at patienterne kan forstå det samspil, medansvar, krav, regler og retningslinjer, der forventes i samarbejdet mellem patient og personale. Sidst men ikke mindst skal det påpeges, at en indlæggelse i dag implicit bygger på en antagelse om, at patienterne har nogle pårørende, som enten kommer på besøg, støtter, trøster og underholder den indlagte patient eller hjælper og drager omsorg for vedkommende i eget hjem efter udskrivelsen fx ved at hjælpe med indkøb, madlavning etc. Det sidste gælder imidlertid sjældent den patientgruppe, som Projekt Socialsygepleje var involveret i. Det fremgår af analysen af den samlede registrering, at en stor del af patienterne var indlagt uden besøg af pårørende (se bilag 2a og 2b). Som det vil fremgå af de kvalitative, empiriske kapitler (kapitel 2 og 4) har mange af disse patienter ofte kun sparsomme netværker – hvis nogen overhovedet – at trække på. I projektet var der ligefrem afsat et beløb pr. patient (de såkaldte Funny Money) til, at socialsygeplejerskerne kunne varetage en form for pårørendefunktion og fx købe et stykke chokolade eller et blad til de patienter, der ingen besøg fik.

1.5.1 Resumé af antologiens kapitler og læsevejledning

Efter dette første introducerende kapitel (kapitel 1) følger kapitlerne 2 og 3, som begge omhandler den somatiske del af projektet. I kapitel 2: *Projekt Socialsygepleje – en blivende indsats* beskriver og analyserer Ludvigsen og Brünés, hvordan projektet har fungeret i somatikken på Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler. Kapitlet omhandler dels projektets to overordnede fokuspunkter: Den gode indlæggelse og den gode udskrivelse med fokus på patientens videre forløb. Dels redegøres der for socialsygeplejerskernes arbejdsopgaver, metoder, udfordringer og løsningsforslag. Der er i dette kapitel lagt vægt på at beskrive de kerneydelser, metoder og værdier som socialsygeplejen bygger på og har videreudviklet i løbet af projektet. Kapitlet viser, hvordan socialsygeplejerskerne ved hjælp af en faglig udredning af patientens problemstillinger, forsøger at bistå personalet i at foretage en faglig og helhedsorienteret håndtering af en gruppe patienter, som ofte har flere samtidige, komplekse og behandlingskrævende problemstillinger. Helt overordnet er der tale om, at socialsygeplejerskerne bidrager med specialviden om stofmisbrug, om substitutions-, abstinens-, og smertebehandling, bidrager med viden om de barrierer og udfordringer, som ofte følger med et liv med misbrug og afhængighed, samt viden om de mange forskellige muligheder,

tilbud og samarbejdspartnere, der findes udenfor hospitalsregi til denne patientgruppe. Kapitlet viser, hvordan socialsygeplejerskerne både arbejder med at bygge bro mellem patientgruppen og personalet, et møde, der ofte er præget af gensidig utryghed og mistillid. Samt hvordan socialsygeplejerskerne bygger bro mellem primær og sekundær sektor for at sikre, at andre ved behov står klar til at hjælpe/støtte den iværksatte hospitalsbehandling.

Kapitlet baserer sig på erfaringerne med 704 patientforløb, dels ud fra projektjournalerne, som socialsygeplejerskerne systematisk førte gennem hele projektperioden. Dels ud fra den antropologiske undersøgelse midtvejs i projektet (jf. afsnit om datamaterialet). Projektjournaler anvendt i kapitlet angives med forløbsnummer og anonymiseret hospital (henholdsvis x eller y). Citater fra de kvalitative interviews er hentet fra statusrapporten, hvor der henvises til denne med sidetal.

I kapitel 3: *Ændrer socialsygepleje indlagte stofmisbrugeres forbrug af sygehusydelser?* fremlægger Iversen og Johansen fra COWI deres registerundersøgelse af den somatiske del af projektet. Kapitlet undersøger, hvilke patienter socialsygeplejerskerne kom i kontakt med på Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler, samt vurderer effekten af socialsygeplejeindsatsen. Dette gør de ved at opstille tre analysegrupper: *En interventionsgruppe* (som var den gruppe patienter socialsygeplejerskerne var involverede i), en *Ikke-interventionsgruppe* (patienter registreret i SIB, som var indlagt på Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler i projektperioden, men ikke kom i kontakt med socialsygeplejerskerne), og *Andre-gruppen* (patienter registreret i SIB og indlagt på andre hospitaler i Region Hovedstaden). På baggrund af Iversens og Johansens analyser fremgår det, at socialsygeplejerskerne var i kontakt med en mindre del af de indlagte stofmisbrugere på Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler (nemlig 15 %), men at disse patienter adskilte sig på flere parametre fra de to øvrige grupper patienter; bl.a. ved at være de mest udsatte og syge patienter med stofmisbrug, som i projektperioden var indlagt på de projekthospitaler. Med hensyn til effekten af socialsygeplejeindsatsen peger kapitel 3 på, at indsatsen direkte påvirker stofmisbrugernes compliance i forhold til behandlingen, hvilket kommer til udtryk i længere indlæggelser og/eller flere ambulante besøg. Endvidere konkluderes det, at socialsygeplejeordningen giver et kvalitetsløft i behandlingen for en meget udsat og syg patientgruppe, hvilket dermed bidrager til at udligne den sociale ulighed i behandlingen af patienter på hospitalet.

Registeranalysen bygger på en samkøring af *Register over Stofmisbrugere I Behandling* (SIB) og *Landspatientregistret* (LPR).

I kapitel 4: *Stofbrugere i psykiatrien – udfordringer og muligheder* fremlægger, analyserer og diskuterer Ludvigsen de erfaringer og udfordringer socialsygeplejerskerne havde i projektets psykiatridel. Kapitlet forsøger desuden at undersøge målgruppen af psykisk syge stof(mis)brugere tilknyttet projektet i en større kontekst, for dermed at give svar på, hvorfor den psykiatriske del af projektet ikke, som i somatikken, blev implementeret som et supplerende tilbud til disse patienter i psykiatrien. Kapitlet sammenligner derfor projektets to dele med hinanden og konkluderer dermed, at projektets model, som oprindeligt var udviklet i og for somatikken, ikke blot lader sig overføre til en psykiatrisk kontekst, hvor behandlingstraditioner, - rammer og -vilkår er nogle andre end i somatikken. Dermed ikke sagt, at socialsygeplejen ikke har noget at bidrage i psykiatrien. Tværtimod viser kapitlet, at der også her er plads til – og brug for – socialsygeplejerskernes specialviden på området, men at deres input i langt højere grad blandede sig i den psykiatriske behandling og planlægning. Dette i modsætning til somatikken, hvor socialsygeplejen mere var et supplement til den somatiske behandling. Kapitlet viser endvidere, at socialsygeplejen ikke kun nåede ”de mest syge, socialt udsatte stofmisbrugere”, som i somatikken. Snarere var patientgruppen i psykiatrien unge, og ofte unge, der (endnu) ikke hørte til ovenstående gruppe. En problemstilling i den forbindelse – og omkring patienterne i projektets psykiatridel generelt – handlede om, at skellet mellem brug, misbrug og afhængighed mere eller mindre var udvisket i personalets optik. Enhver brug af stoffer blev således ofte automatisk forstået som misbrug/afhængighed med den konsekvens, at patienten tit blev sendt videre til misbrugsbehandling. Kapitlet giver et unikt indblik i mødet mellem to kulturelle forståelsesrammer: Stofmisbrugsperspektivet (repræsenteret ved socialsygeplejerskernes argumentation og vidensdeling) og det psykiatriske behandlingsperspektiv i behandlingspsykiatrien (repræsenteret ved de erfaringer og diskussioner socialsygeplejerskerne og personalet havde med hinanden). De to kulturelle forståelsesrammer går igen i den aktuelle diskussion om, hvem der skal varetage misbrugsbehandlingen i fremtiden.

Kapitlet baserer sig på erfaringerne med 306 patientforløb, og benytter tilsvarende datakilder som i kapitel 2 blot fra den psykiatriske empiri (projektjournalerne og midtvejsundersøgelsen). Referencer til data an-

vendt i kapitlet angives som beskrevet under kapitel 2. Derudover trækkes der på en del forskellig litteratur for at understøtte de empiriske fund.

I antologiens sidste kapitel *Projektets forankring og videre anbefalinger* (kapitel 5) gør Brünés og Ludvigsen status på projektets forankring og der peges fremad i form af en række anbefalinger udformet på baggrund af projektets erfaringer og analyserne af disse. På den baggrund anbefales det, at der med fordel kan arbejdes videre med indsatsområder, der dels omhandler de fortsatte krav til socialsygeplejerskernes kvalifikationer og indsats (ansættelse og udbredelse), dels omhandler anbefalinger til opkvalificering af sundhedspersonalets viden (undervisning, etablering af nøglepersoner, udvikling af instrukser mv.), dels drejer sig om anbefalinger, der skal mindske ulighed (fælles værdier, lighedsteknologivurdering, almen praksis) og sidst men ikke mindst omhandler behovet for akutte aflastningspladser til de patienter, der stadig er svækkede efter endt indlæggelse.

Projektet er med denne antologi formelt afsluttet, men socialsygeplejerskernes arbejde fortsætter: I Region Hovedstaden er det således besluttet at fastansætte socialsygeplejersker på seks udvalgte hospitaler, samt en faglig konsulent, der overordnet skal støtte og styrke kvaliteten i socialsygeplejearbejdet, arbejde på at generelle og lokale udfordringer bliver adresseret op i systemet, at der fortsat arbejdes med udviklingen med at fremme socialt udsatte menneskers adgang til sundhed og behandling. Og ikke mindst; fortsat skal inspirere til udbredelsen af socialsygeplejen.



KAPITEL 2

SOCIALSYGGEPLEJE
I SOMATIKKEN
– EN BLIVENDE INDSATS

2

SOCIALSYGEPELJE I SOMATIKKEN - EN BLIVENDE INSATS

Af: Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brúnés

Dette kapitel omhandler socialsygeplejen i projektets somatiske del. Kapitlet beskriver, hvad det er en socialsygeplejerske kan og bidrager med i forhold til det øvrige hospitalspersonale: Dels kommer vi med eksempler på, hvordan socialsygeplejerskerne arbejder og hvilke opgaver hun løser. Dels belyser vi den særlige viden og de kompetencer en socialsygeplejerske skal have, for at kunne løfte disse opgaver. Kapitlet bygger for det første på de projektjournaler, socialsygeplejerskerne systematisk har nedskrevet på hvert af de 704 patientforløb, som de var i kontakt med i den somatiske del af projektet (jf. bilag 2a). Disse projektjournaler har vi læst omhyggeligt igennem og systematisk kategoriseret i en række overordnede tematikker. Derudover trækker kapitlet på den kvalitative undersøgelse og analyse af projektet foretaget midtvejs i forløbet (se: Ludvigsen 2011).

For at illustrere de forskellige tematikker, der behandles i dette kapitel, har vi for hvert tema valgt en case fra projektjournalerne. Disse cases er vores sammenskrivning af patientforløbet, skrevet ud fra socialsygeplejerskernes journaloptegnelser. Alle cases er valgt ud fra deres repræsentative indhold, dvs. at temaer i den valgte case går igen i flere af patientforløbene. Udsagn i citationstegn er gengivet ordret, som socialsygeplejerskerne har nedskrevet dem (jf. kapitel 1 i denne antologi).

2.1 Rummelighed og forståelse af anderledes adfærd

En 43-årig hjemløs og personlighedsforstyrret mand bliver indlagt med bylder på hjernen og en ubehandlet HIV. Han er meget svækket det første døgn. Dagen efter er han pludselig væk og personalet bliver urolige og efterlyser ham ved politiet. De finder manden i Istedgade, hvor han sidder og fixer på et gadehjørne. Politiet bringer ham tilbage til hospitalet. Socialsygeplejersken møder patienten den følgende dag på stuen, hvor han står med en kanylen i hånden. Der er andre kanyler på gulvet og hans tøj er plettet af blod. Patienten er tydeligt påvirket af kokain; han står i aparte stillinger, laver grimasser med ansigtet og skærer tænder. Mens kokainens virkning "brænder af"⁶, rydder socialsygeplejersken op på stuen og benytter lejligheden til at appellere til ham om at passe bedre på sig selv, nu hvor han er så alvorligt syg.

6)

Kokainens varighed: Påvirkningen er på sit højeste i ca. 1 time fra eufori til uro, rastløshed. Stoffet giver en følelse af energi, opstemthed og selvsikkerhed. Kokain forstærker følelserne, også følelser som irritabilitet, rastløshed, vrede og nedtrykthed. En kokainpåvirket person virker selvcentreret og hyperaktiv. Pupillerne er store og kroppens muskler anspændte. Virkningen af kokain indtræder hurtigt og er kortvarig, da kokain hurtigt udskilles fra kroppen. Rusen varer typisk 15-30 minutter for kokain, der sniffes og 5-10 minutter, når stoffet ryges i form af crack eller free-base. En lille time efter indtagelsen af kokain kommer der en nedtur, hvor man er udmattet, irriteret, nervøs og rastløs (www.stofinfo.sst.dk).

De følgende dage er præget af flere problematiske episoder: Patienten er kort for hovedet, bliver vred, er udad reagerende og råber ad personalet. Eller han ligger under dynen og svarer kun med enstavelsesord. Personalet er utrygge ved ham. De er bange for hans reaktioner og bliver akavede i kontakten til ham. Socialsygeplejersken bliver den gennemgående person i forløbet, da det øvrige personale passer patienten på skift. En morgen skal en sygeplejerske udlevere patientens morgenmetadon og vil blive på stuen og se, at han indtager den. Patienten bliver vred og siger: "Du kan bare skride ud af stuen. Kan du ikke forstå, at jeg slet ikke gider se på dig?"

Sygeplejersken beder socialsygeplejersken om hjælp, da hun både er vred og utryg over patientens opførsel. Socialsygeplejersken går ned på stuen med medicinen og beder ham tale ordentligt til sygeplejersken, da hun faktisk bare gør det, som man skal som sygeplejerske; nemlig sikre sig, at patienterne indtager den medicin, der er ordineret. Bagefter taler socialsygeplejersken med sygeplejersken og de bliver enige om, at det er overvåge, at patienten tager sin medicin, i dette tilfælde udløser en helt unødvendig konflikt. Der er ikke nogen grund til at antage, at han ikke tager sin metadon. I den følgende tid forsøger socialsygeplejersken på den måde at hjælpe personalet i deres tilgang til patienten og i at rumme ham i stedet for at konfrontere ham med, at han gør noget forkert.

Patienten er indlagt i 33 dage. Han har gode og dårlige dage. På de gode dage fortæller han socialsygeplejersken om sit liv og de har mange gode snakke. På de dårlige dage deltager hun blot ved stuegang, på lægernes opfordring, og lader ham ellers være. Personalet bliver meget rummelig og fleksibel i forhold til deres normale procedurer og regler: De lader ham fx gå i kiosken med sit CVK [centralt vene-kateter]. Og han får lov til at tage til Vesterbro, selvom der er risiko for, at han vil tage stoffer. Men patienten kommer tilbage fra turene med slik og kager til personalet - og er aldrig påvirket. Han forbliver indlagt til han er færdigbehandlet og udskrives herefter til et herberg. Mens han pakker sine ting, vender han sig om, ser på socialsygeplejersken og siger: "Det gik jo godt min ven". (Journal nr. 160y).

Ovenstående case illustrerer socialsygeplejerskernes møde med disse patienter og argumentationen overfor personalet. Rummelighed og forståelse over for denne gruppe patienter er ofte helt essentiel i forhold til at få deres behandling og indlæggelsesforløb til at lykkes. Som beskrevet i forrige kapitel er der generelt tale om en særlig udsat gruppe mennesker med komplekse sociale-, fysiske-, psykiske og medicinske problemstillinger. Dertil kommer, at mange af disse patienter nærer en stor mistro til systemet, hvorfor de allerede ved første møde kan være på vagt over for personalet. For at sikre denne patientgruppe adgang til behandling er det derfor vigtigt, at personalet bliver bedre til at rumme og forstå

denne patientgruppe og gøre hvad der er muligt, for at fastholde dem i behandlingen. Data fra såvel den kvalitative undersøgelse og projektets journalmateriale viser, at personalet oplever disse patienters adfærd som en af de største udfordringer i forhold til at gennemføre god behandling. Konsekvensen af et dårligt samarbejde mellem personale og patient forklarer en afdelingssygeplejerske således:

”Hvis de [patienter med stofbrug] blev opkørte i løbet af aftenen, så skred de, og så gik det hele i vasken. Men nu er der kigget hele vejen rundt, mere effektivt, sådan at de bliver her. Socialsygeplejersken laver aftaler, de [patienterne] selv er en del af [...]”. (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2011).

At personalet tillægger stofmisbrugerens adfærd en særlig negativ betydning går igen i flere af projektjournalerne. Det kan omhandle nogle af patienternes aggressive måde at tale/råbe til personalet på (som fx journal nr. 97y eller som eksemplet i den indledende case), eller det kan dreje sig om pludselige vredesudbrud (fx journal nr. 166y), trusler og/eller voldelig adfærd, hvor patienten i vrede kaster med ting på stuen (fx journal nr. 21y) eller der kan være eksempler på vrede protesthandling, som at tisse på gulvet (som det var tilfældet i journal nr. 28x).

Aggressive patienter er en udfordring for alle – tit også for dem selv. Men bag denne type adfærd ligger ofte en eller flere alvorlige psykiatriske problemstillinger fx personlighedsforstyrrelser kombineret med angst, mistillid og mistro til omverdenen – hvilket også gælder deres forestillinger og erfaringer med ”hjælpesystemet” (se fx Kappel 2009; Ludvigsen & Lydolph 2008; Brünés 2007). Disse patienter har som regel ikke kun udfordringer under en hospitalsindlæggelse, men udfordringer i livet generelt: De har fx karantæne fra herberger, misbrugscentre, væresteder, socialkontorer, praktiserende læger mv. Og netop denne type patienter er i stor risiko for at forlade afdelingen eller blive udskrevet før de er færdigbehandlede, hvorfor socialsygeplejerskerne er ekstra opmærksomme på måder at forebygge og løse konflikter, samt skabe dialog mellem patienten og personalet. I flere tilfælde skyldes en ophidset adfærd, uro og/eller manglende forståelse for behandlingen endvidere, at patienten har ubehandlede abstinenssymptomer eller smerter, hvilket vi vender tilbage til.

Men den udfordrende adfærd omhandler meget andet end vredesudbrud og trusler. I projektets journalmateriale er der mange eksempler på, at flere af stofmisbrugerne skiller sig ud i forhold til gængse normer

og væremåder. De opfører sig på måder, der afviger fra majoriteten af patienter og dermed også fra den måde personalet er vant til, at patienter opfører sig på. En adfærd, der umiddelbart kan være svær forenelig med hospitalets faste procedurer, rammer og regler. Det kan fx dreje sig om patientforløb, hvor patienten savner sine hunde så meget, at vedkommende får kæresten til at tage dem med ind på sengeafdelingen (fx journal nr. 85y). Eller patientforløb, hvor patienterne er parate til at forlade afdelingen på trods af alvorlig sygdom og behov for indlæggelse, fordi et kæledyr er ladt alene tilbage i lejligheden eller på gaden (fx journal nr. 160y; 337y; 365y; 205y). Først da socialsygeplejersken får arrangeret hjælp til pasning af kæledyrene fx i en hundepension, hos en kammerat eller med hjælp fra hjemmehjælpen, der indvilliger i at fodre katten (som fx i journal nr. 205y), kan disse patienter slappe af og deltage i hospitalsbehandlingen.

For socialt udsatte mennesker, kan et kæledyr være den vigtigste relation i tilværelsen og er ofte personens tro følgesvend. Derfor ligger der ikke en provokation i at tage kæledyret med på afdelingen, men en logisk handling fra patientens side, fordi vedkommende på denne måde kan fortsætte med at drage omsorg for sit kæledyr på trods af indlæggelsen. I nogle patientforløb var udfordringen, at patientens kæreste flyttede ind på hospitalet, bestilte mad fra køkkenet og sov i hospitalets vandrehal om natten (fx journal nr. 87y). Også her var der tale om en – for patienten og dennes pårørende – praktisk måde at indrette sig på, den givne situation taget i betragtning.

Projekt materialet vidner også om en patientgruppe, der kan være svære at yde behandling til, fordi disse patienter nogle gange modsætter sig undersøgelser, at få taget blodprøver, få foretaget sårskift eller modsætter sig genoptræningsforløbet (fx journal nr. 63x; 77y; 87y; 379y). Det kan også handle om patienter, der går på deres brækkede ben, selvom det ikke må belastes (fx journal nr. 23x) eller forsøger at rense en byld på kroppen med sin tandbørste (fx journal nr. 154x). Der kan være tale om patienter, som forlader afdelingen uden at sige det, for at vende tilbage den følgende dag i påvirket tilstand (fx journal nr. 7x; 223x; 21y; 67y). Andre udfordringer går på, at flere af disse patienter har en anden døgnrytme og er oppe hele natten til gene for medpatienter og personalet, for så at sove om dagen, når behandlingen skal iværksættes (fx journal nr. 13y). Det kan dreje sig om patienter, der ikke følger isolationsregimet og dermed udsætter medpatienter for smittefare (fx journal nr. 85y; 87y) eller patienter, der udsætter sig selv for fare ved fx at drikke hospitalssprit

(som i journal nr. 12x; 21x; 221y). Sidst, men ikke mindst, kan det omhandle patienter, der ikke kan lade være med at ryge cigaretter på stuen (som i journal nr. 23y; 39y; 414y) eller hash (som i journal nr. 123x; 391y; 394y) eller som giver efter for stoftrangen og derfor tager stoffer under indlæggelsen (som fx journal nr. 7x; 108x; 111x; 184x; 220x; 317y; 379y; 421y). Selvom denne type adfærd kan have logiske forklaringer set fra patientens synsvinkel, er der tale om en afvigende og uacceptabel adfærd fra hospitalets side.

De fleste personaler har oplevet – eller hørt om – stofmisbrugere, der udviser forskellige former for uacceptabel adfærd. Sådanne erfaringer præger personalets tilgang og holdning til disse patienter generelt. Rytet om, at en patient med stofmisbrug er på vej, kan således løbe forud for selve mødet med patienten og allerede der starte en akavet – og mere restriktiv – tilgang til patienten. I den kvalitative undersøgelse gav personalet imidlertid udtryk for, at der var kommet mere ro på afdelingerne i forhold til de patienter socialsygeplejerskerne var involverede i, ligesom samarbejdet blev oplevet som nemmere, efter socialsygeplejerskerne var blevet en del af hospitalets tilbud (Ludvigsen 2011). I såvel interviews som i socialsygeplejerskernes nedfældede refleksioner over patientforløbene, fremgår det, at jo flere påtaler, regler og trusler fra personalets side, des dårligere samarbejde og jo større risiko for, at patienten forlader afdelingen.

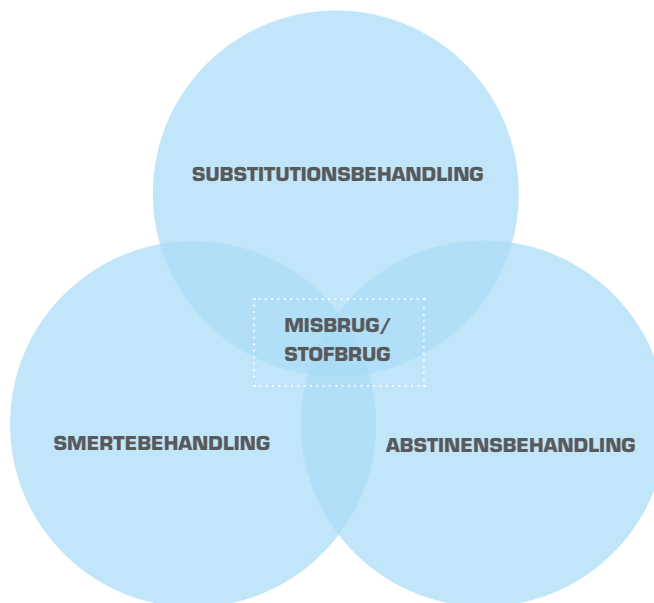
Af de 704 patientforløb socialsygeplejerskerne har været i kontakt med i den somatiske del af projektet, afbrød 55 patienter deres indlæggelse og 13 blev udskrevet før planlagt. Patienternes begrundelser for at afbryde deres indlæggelse, har hyppigst handlet om, at de ikke kunne holde ud at være indlagt længere. Det konkretiseres ikke yderligere i projektjournalerne, hvorfor disse patienter ikke kunne holde det ud, men socialsygeplejerskerne ved, at mange patienter med stofmisbrug får ”hospitalskuller” af at være indlagt (dette uddybes senere i afsnittet om socialsygeplejerskens pårørendefunktion). Andre af de patienter, som har forladt behandlingen før tid, har været udløst af stoftrang, der har været så stærk, at de måtte ud for at skaffe stoffer, uagtet givet råd om det modsatte og uagtet den igangsatte/planlagte behandling (fx journal nr. 160y). Enkelte patienter er desuden gået fra afdelingen, fordi de ikke oplevede sig ordentligt smerte- og/eller abstinenslindret (udddybes i de følgende afsnit). Og endeligt er der patienter, som indlægges via ambulance, men forlader hospitalet, så snart de er vågnet op/kommet lidt til sig selv (fx journal nr. 28x; 351y). I de fleste af disse eksempler,

har både hospitalspersonale og socialsygeplejerske gjort, hvad de kunne for at overtale patienten til at blive. I enkelte tilfælde, hvor patienten har forladt afdelingen uden personalets vidende, er patienten blevet efterlyst af politiet, fordi det ikke har været forsvarligt at afbryde behandlingen (som det eksempelvis var tilfældet i den indledende case).

Fra hospitalets side, har udskrivelser af patienter, der endnu ikke var færdigbehandlede, været begrundet med manglende samarbejde: Fx at patienten ikke ville deltage i nødvendige undersøgelser, ikke ville være med til genoptræning eller ikke ville følge den medicinske behandling (som beskrevet ovenover). I disse tilfælde blev det vurderet, om det i så fald gav mening, at patienten forblev indlagt. I enkelte tilfælde (ét med politi) har man af hensyn til personalets sikkerhed truffet en ledelsesbeslutning om at afbryde indlæggelsen (som i journal nr. 87y). I enkelte tilfælde er patienter ligeledes blevet udskrevet før tid, fordi de havde injiceret stoffer (fixet) på hospitalets stuen, men forud for disse udskrivelser var samarbejdet allerede anstrengt og problematisk (fx journal nr. 48x; 421y).

Som vi allerede kort har nævnt, er en vigtig faktor for at mindske, at denne patientgruppe forlader hospitalet i utide; en ordentlig abstinens- og smertebehandling under indlæggelsen. Som det vil fremgå af de følgende tre afsnit, er der tale om et meget komplekst område: For det første handler det om en gruppe mennesker, hvis tolerans i forhold til smertemedicin er højere end andre menneskers – dvs. at der skal andre (højere) doser til, for at en stoftilvænnet person bliver smertedækket. Derudover har forskning vist, at opioidtilvænnede personer har øget sensitivitet over for visse typer af smertestimuli (Hay et al 2009). For det andet varierer abstinenssymptomer alt efter, hvilket rusmiddel vedkommende er afhængig af. Det betyder, at man skal have en bred viden om de forskellige rusmidlers indvirkning på kroppen og gøre brug af forskellige observationer, scoringsredskaber og præparater for at udrede og afhjælpe forskellige typer af abstinenssymptomer (fx bilag 3, 4 og 5). For det tredje overlapper og væver misbrug/brug af forskellige rusmidler, substitutionsbehandling, smertebehandling og abstinensbehandling sig ind i hinanden, hvilket yderligere komplicerer hospitalsbehandlingen. I figur 1 herunder forsøger vi at illustrere de tre elementer i den sufficente behandling ved tre runde cirkler, samt misbruget/stofbruget, som cirklernes overlap i midten markerer:

I forhold til substitutionsbehandlingen skal man være opmærksom på: At effekten kan påvirkes af et illegalt forbrug (sidemisbrug), at noget medicin interagerer med substitutionsmedicin, hvordan patienten er vant til at tage sin medicin (klokkeslæt, delt dosis, form) mv.



I forhold til smertebehandling skal man være opmærksom på: Øget tolerans = behov for større doser end andre mennesker, at substitutionsbehandling ikke fungerer som smertebehandling mv.

I forhold til abstinensbehandling skal man være opmærksom på: Hvilke rusmidler og medicin bruger patienten (både det legale (ordinerede) og det illegale forbrug). Hvilke mængder? Er der tale om et blandingsmisbrug? Er der medicin, som interagerer i forhold til hinanden? Etc.

I forhold til misbruget/brugen af stoffer skal man vide: Hvilke stoffer og mængde. Hvornår og hvordan indtages de? Etc.

Figur 1.

Som det fremgår af figur 1, er der tale om en kompliceret behandling, som fordrer specialviden om hver af de tre behandlingsdele og stof(mis)brug generelt. Substitutionsbehandlingen kan mislykkes, hvis man fx overser omregningsfaktoren, når en patient, der er vant til at få intravenøs metadon, på hospitalet må nøjes med mixture/tabletform. Smertebehandlingen har ingen effekt, såfremt man tror, at den tilvænnede patient kan klare sig med de doser smertestillende medicin, personalet normalt har erfaring med at dosere. Og abstinensbehandlingen bør tilrettelægges ud fra det samlede abstinenssymptombillede – dvs. både i forhold til det legale og det illegale forbrug for at være dækkende. Sidst, men ikke mindst, er det vigtigt at vide noget om misbrug/stofbrug generelt, da måden patienten fx tager sine stoffer på, kan tegne et billede af problematikken og dermed hvilken abstinens- og/eller smertebehandling, der skal iværksættes.

I de følgende tre afsnit beskriver vi henholdsvis de udfordringer og anbefalinger, der ligger i spændingsfeltet mellem misbrug/stofbrug, substitutions-, abstinens- og smertebehandling, som vi mener, er kernen i socialsygeplejerskernes arbejdsfelt.

2.2 Substitutionsbehandling

En 56-årig kvinde indlægges til en hudtransplantation af et stort skinnebessår. Socialsygeplejersken møder kvinden, som giver udtryk for, at hun har det lidt svært i afdelingen og at hun har brug hjælp til at få sin metadon kl. 7.00 om morgenen, for ikke at få abstinenssymptomer. Socialsygeplejersken opsøger sygeplejersken i afdelingen, der dels ruller med øjnene og giver udtryk for, at hun bare ikke kan med denne patientgruppe, og dels siger: ”Ja, hvor er det bare typisk, at de skal have specialbehandling. De andre patienter må vente på at få deres morgenmedicin, når der er tid!” (Journal nr. 145x).

Substitutionsbehandling er: ”Erstatning af et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed” (Sundhedsstyrelsen 2008:11). For en stor gruppe socialt udsatte mennesker, er der her tale om en længerevarende substitutionsbehandling, også kaldet ”vedligeholdelsesbehandling”. For manges vedkommende betyder det, at de har fået substitutionsmedicin i mange år og at deres kroppe er tilvænnet bestemte doser, form (tablet, mixture, injektion), samt tidspunkt for indtagelsen. Når substitutionsmedicinen ikke gives i

korrekt dosis eller på det tidspunkt patienten er vant til at tage medicinen, begynder vedkommende at få abstinenssymptomer⁷.

Mange patienter har erfaringer med, at der kan opstå problemer med udleveringen af deres vanlige substitutionsmedicin under en hospitalsindlæggelse, som ovennævnte case illustrerede. En ændret dosis end den patienten er vant til betyder, at patienten får abstinenssymptomer. For disse patienter er det derfor utroligt vigtigt, at der er styr på deres substitutionsmedicin, og blot tanken om, at ordinationen ikke er på plads, kan skabe angst, uro og vredesudbrud hos en ellers rolig og samarbejdsvillig patient (fx journal nr. 407y). I den kvalitative undersøgelse blandt patienterne i projektet, var netop socialsygeplejerskernes hjælp i forhold til at få lavet klare aftaler om deres substitutionsmedicin, en af de ting patienterne fremhævede som positivt. En patient udtrykte det på følgende måde:

”Jeg skal ikke sidde og forklare en masse om, hvordan det har været at få metadonvedligeholdelse i 26 år. Og så er man sikker på, at man kan få den metadon, man plejer at få. Det letter den psykiske angst for, hvad de [personalet] nu kan finde på: Risikerer jeg ikke at få min metadon? Den angst for, at de [personalet] får gode ideer, den holder op. Hun [socialsygeplejersken] taler ens sag, og ved, hvad det handler om” (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2011).

Substitutionsmedicinen spiller altså en meget væsentlig rolle, når disse patienter bliver indlagt. I dette afsnit vil vi forklare, hvorfor det er så afgørende for patienten. Der er især tre problemstillinger i projektjournalerne, som springer i øjnene i forhold til substitutionsbehandlingen på de somatiske afdelinger og det er:

- Spørgsmålet om særbehandling angående udlevering af substitutionsmedicin
- Manglende forståelse og viden om substitutionsbehandling
- Tvivl og håndtering i forhold til dosering (høje doser)

7)

Abstinenssymptomer for opioid (som substitutionspræparatet metadon også tilhører) er ubehag, uro, gaben, tåreflåd, snue, nysen, svedudbrud, gåsehud, koliksmarter, diarré, rystelser, feber og hovedpine (www.medicin.dk).

2.2.1 Spørgsmålet om særbehandling

I den indledende case i dette afsnit giver sygeplejersken udtryk for, at ”det er typisk, at de [patienter med stofbrug] skal have specialbehandling”, underforstået, at det er for galt, at der skal laves særlige udleve-

ringtidspunkter for nogle patienter, når andre patienter kan vente med deres medicin til den sædvanlige medicinudleveringstid. Selvom det er få patientforløb, hvor tonen er så hård og uforstående som i ovenstående case, er det imidlertid meget hyppigt, at der er problemer med substitutionsmedicinen.

Mange stofmisbrugere, der er i vedligeholdelsesbehandling med substitutionsmedicin, er vant til at tage deres medicin tidligt om morgenen. På det tidspunkt er virkningen af den forrige dosis substitutionsmedicin ude af kroppen og de begynder at få de første tegn på abstinenssymptomer, der i takt med ventetiden vil forværres. På et tidspunkt kan de være blevet så abstinent, at de ikke længere kan tænke på andet end at få deres medicin (fx journal nr. 17x; 51y). Socialsygeplejerskerne bemærker således i projektjournalerne, at personalet i disse situationer har manglende forståelse for, at metadonen skal gives som vanligt (tidligt), samt at nogle personaler tilsyneladende ikke ved, hvad et par timers forskel kan betyde i forhold til abstinenssymptomer (fx journal nr. 54x; 112y). Den manglende forståelse synes dermed at omhandle kombinationen af manglende indsigt i substitutionsbehandling og en travl hverdag, hvor en forespørgsel om at få medicin udleveret på et "skævt" tidspunkt, opfattes som uberettiget "særbehandling" overfor en patientgruppe, man måske i forvejen oplever som besværlig og krævende (jf. forrige afsnit). I de fleste tilfælde bliver morgenproceduren omkring patientens substitutionsmedicin dog hurtigt rettet, når socialsygeplejersken forklarer personalet, at patienten får abstinenssymptomer, hvis ikke medicinen gives tidligt. I flere tilfælde aftales det, at nattevagten giver patienten sin morgenmedicin inden vagtskiftet, hvilket løser problemet (fx journal nr. 17x; 52y). Eller patienten får medicinen udleveret til selvadministration (fx journal nr. 271y).

2.2.2 Manglende forståelse og viden

Socialsygeplejersken har også været inddraget i patienternes substitutionsbehandling i andre situationer: Det kan fx dreje sig om patienter, der har kastet deres metadon op, hvor afdelingen her er i tvivl om, hvorvidt patienten skal have en såkaldt "erstatningsdosis" (fx journal nr. 76y). Eller det kan handle om patienter, der begynder at opleve abstinenssymptomer, fordi en anden igangsat medicinsk behandling påvirker effekten af metadon (fx journal nr. 285x; 78y; 375y) (uddybes i næste afsnit).

Derudover er der en del patienter med stofbrug, som holder lav profil i forhold til at bede om medicin, da de er bange for at blive mødt med den stereotype forestilling om, at stofmisbrugere kun tænker på at få flere stoffer (fx journal nr. 19x; 46x; 56x; 71y; 80y). Denne tilbageholdenhed gør sig også gældende i forhold til smertemedicin, som uddybes i næste afsnit. I forbindelse med substitutionsbehandlingen arbejder socialsygeplejersken hele tiden på at gøre personalet opmærksomme på sammenhængen mellem substitutionsbehandling og abstinenssymptomer, samt betydningen af at være velreguleret for at kunne følge den aktuelle behandling. Denne diskussion er også vigtig for, at patienterne kan slippe for at bekymre sig om mistænkeliggørelse og stigmatisering og for bekymringen om at skulle kæmpe om retten til deres substitutionsbehandling. En kamp mange af disse patienter alligevel frygter/har erfaring for at tabe.

2.2.3 Håndtering af høje doser substitutionsmedicin

Et andet problem i håndteringen af substitutionsmedicin er personalets usikkerhed og bekymring i forhold til de høje doser, som mange af disse patienter er vant til at få. I flere tilfælde finder socialsygeplejersken patienter med svære abstinenssymptomer, fordi afdelingspersonalet lige skal have bekræftet den høje dosis, før de vil udlevere medicinen til patienten (fx journal nr. 213y; 222y; 407y). Eller personalet afventer en afdelingslæge, før de vil give patienten medicin (fx journal nr. 132y). Denne påpasselighed skyldes i høj grad det ansvar, der er forbundet med at udlevere stærkt virkende morfika, da en overdosering kan være dødelig. Socialsygeplejersken besidder en specialviden på dette område og har derfor en vigtig rolle i forhold til at undersøge den korrekte dosis. I andre tilfælde står hun som garant for, at det er forsvarligt at udlevere den dosis, som patienten oplyser han får. Som en læge udtrykker det: *"Hvis det var mig, der fik den dosis, ville jeg ligge fuldstændig underdrejet"* (Journal nr. 48x).

Udover personalets påpasselighed i forhold til at udlevere doser de ved, kan slå ikke-tilvænnede mennesker ihjel, er der endvidere generelt på hospitalet stor forsigtighed med at tage denne gruppe patienters ord for pålydende. Personalet er simpelthen bange for at blive snydt og udnyttet til at give patienten en rus^B. Måske er det netop derfor, at personalet heller ikke spørger ind til disse patienters medicinbrug (altså hvad

8)

I de 704 patientforløb har der været ét forløb, hvor en patient oplyste en anden dosis end den rigtige.

de plejer at få derhjemme), fordi de i udgangspunktet er bange for, at patienten vil lyve om sin dosis. Socialsygeplejersken kunne eksempelvis meget nemt give svaret på en patients vanlige substitutionsdosis, ved at spørge patienten selv og fremvise patientens tomme metadonflasker med hans navn, dato og ordinerede dosis på. Patienten havde selv forsøgt at forklare, hvad han var vant til at få fra sit misbrugscenter, men personalet var usikre på om vedkommende virkelig skulle have en dosis på 100 mg. metadon (jf. journal nr. 330y). Personalets tvivl og forsigtighed ved at udlevere høje doser medicin, kommer således til udtryk i flere projekt-journaler. I de tilfælde, hvor socialsygeplejerskeren ikke kan overbevise personalet/lægen om dosis ud fra patientens forklaringer (hvad vedkommende normalt indtager legalt/illegalt), samt hendes faglige viden og indsigt i denne patientgruppe, kontakter hun patientens misbrugscenter, hvis patienten er tilknyttet et sådan (fx journal nr. 148x). Eller hun kontakter en misbrugslæge, som så kan komme med sin faglige vurdering ud fra gældende situation (fx journal nr. 234x). Eller hun venter til en anden læge med større lydhørhed overfor hendes faglige argumenter, er til stede i afdelingen (som fx journal nr. 63x).

Opsummerende kan man sige, at langt de fleste af patienterne, som socialsygeplejerskerne var i kontakt med i somatikken, var i en eller anden form for misbrugsbehandling, da de blev indlagt: Nemlig 527 ud af de 704 patientforløb (svarende til 75 %). Ud af disse 527 patientforløb blev der i forbindelse med 502 af patientforløbene registreret vedligeholdelsesbehandling med substitutionsmedicin. Dette var oftest med metadon. Når personalet ikke vidste, hvor vigtigt det var fx at udlevere metadonen tidligt, så var det fordi, de ikke kendte til – eller undersøgte konsekvensen af – at undlade det, men i stedet mente, at medicinen kunne udleveres, når det passede ind i afdelingens program. Men for mange af disse patienter, opleves substitutionsbehandlingen som livsvigtig og overordnet betragtet, har substitutionsbehandling også forhindret mange dødsfald blandt stofmisbrugere (Zanis & Woody 1998). I takt med socialsygeplejerskernes tilstedeværelse i afdelingerne, personalets øgede fortrolighed med og kendskab til ordinationer til opioid-tilvænnede patienter, mindskedes de situationer, hvor patienten og socialsygeplejersken skulle argumentere længe for at få patientens substitutionsmedicin. Socialsygeplejerskens opmærksomhed er dog fortsat rettet mod disse forhold, men generelt forløber ordinationerne uden de store problemer, når socialsygeplejersken er involveret i forløbet. Som vist med figur 1, overlapper stofbrug, substitutions- og abstinensbehandling hinanden. Vi har i den forbindelse været inde på de problematikker, der kan være i forhold til

manglende viden om og forståelse for substitutionsbehandling. Følgende case og afsnit om abstinenssymptombehandling uddyber spændet mellem figur 1's enkeltdele og overlap.

2.3 Abstinensbehandling

En 52-årig mand indlægges med en alvorlig lungebetændelse. Han er i substitutionsbehandling med metadon via sit misbrugscenter, men har igennem længere tid suppleret med illegal metadon, som han har købt på gaden. Da han bliver indlagt, får han udleveret den ordinerede dosis metadon. Men han kan ikke længere supplere med sit illegale sidemisbrug. Hen på eftermiddagen bliver han derfor tiltagende abstinent. Dette fortsætter den følgende dag, hvor patienten oplever større og større ubehag. Socialsygeplejersken taler med sygeplejersken om patientens samlede dosis metadon (legal som illegal) og derefter med lægen, der siger: "Jeg vil ikke belønne et misbrug ved at give yderligere metadon". Socialsygeplejersken går i dialog med lægen og forklarer, hvordan abstinenssymptomerne vil påvirke behandlingsforløbet. Lægen overbevises og ordinerer den nødvendige metadon, så patienten ikke skal have abstinenssymptomer. Patienten oplever god effekt og personalet oplyser, at de tydeligt kan mærke forandringen: "Han har fået det meget bedre" (Journal nr. 128y).

Ovenstående case beskriver en typisk situation med en patient, som udover det ordinerede substitutionspræparat har et (illegalt) sidemisbrug. I dette afsnit diskuterer vi forskellen på det faglige/somatisk fokus overfor det moralske/holdningsprægede fokus, samt argumentationen knyttet til hvert fokus vedrørende håndtering af de problematikker patienter med stofbrug kommer med.

Der er i projektets somatik-del registreret abstinenssymptomer under indlæggelsen i 232 patientforløb ud af de 613 indlagte patienter (jf. kapitel 1). Dvs. at knap 40 % har oplevet abstinenssymptomer under indlæggelsen. I gennemgangen af projektjournalerne er abstinensproblematikken endvidere et særligt tema i 114 patientforløb: Her fremgår det, hvilke forskellige udfordringer der er ved håndtering af abstinenssymptomer, samt hvilke løsninger som iværksættes på godt og ondt. De forløb, hvor abstinensproblematikken har haft særlig vægt, kan deles ind i tre overordnede tematikker og indsatsområder:

1. Viden, observation og håndtering af de forskellige typer af abstinenssymptomer.
2. Personalets holdninger og udfordringer i forhold til abstinenssymptombehandling.
3. Standardiserede procedurer i forhold til medicinering.

2.3.1 Viden, observation og håndtering af abstinenssymptomer

Det første tema, der kommer til syne i gennemgangen af projektjournalerne, drejer sig om den viden og håndtering, som personalet generelt har og udfører i relation til abstinenssymptomer. Håndtering af abstinenssymptomer er på de fleste afdelinger standardiseret og følger en gældende instruks på afdelingen. Såfremt personalet formoder, at en patient er abstinent eller hvis patienten selv giver udtryk for dette, ”scores” vedkommende i et skema og medicin ordineres herefter. På den måde kunne abstinensproblematikken være lige for at håndtere og afhjælpe. I praksis er det imidlertid ikke så ligetil: Den instruks, der typisk benyttes, er udviklet i forhold til alkoholabstinenssymptomer, ligesom den medicin der gives, er målrettet denne type abstinenssymptomer. Men langt fra alle misbrugere med abstinenssymptomer kan lindres ved behandling af alkoholabstinenssymptomer. I de 114 patientforløb, hvor abstinenssymptomer var et særligt tema, handlede 31 forløb om alkoholabstinenssymptomer, mens de øvrige 83 omhandlede andre rusmidler og dermed andre abstinenssymptomer: Seks forløb omhandlede benzodiazepin-, tre omhandlede hash-, tre omhandlede kokain-, mens de resterende 71 forløb omhandlede opioidabstinenssymptomer. Dvs. godt 70 % af de patienter, hvor abstinensproblematikken var et særligt tema, var der tale om andre typer abstinenssymptomer end alkohol!

Det er problematisk, når personalet udelukkende håndterer abstinenssymptomer, som var de alle forårsaget af alkohol. Når vi har med stofmisbrugere at gøre, er der nemlig tale om brug af en lang række forskellige rusmidler: Opioider, centralstimulerende stoffer, benzodiazepiner, hash og alkohol. Der er endvidere ofte tale om patienter med et blandingsmisbrug af forskellige stoffer og/eller stof(fer) og alkohol⁹⁾. De forskellige former for misbrug gør abstinenssymptombilledet mere komplekst og der er typisk behov for at spørge grundigere ind til patientens samlede rusmiddelbrug (jf. figur 1 vedrørende misbruget). Der er derfor også

9)

Det har ikke været muligt at udarbejde en fuldstændig oversigt over stofbruget blandt patienterne tilknyttet Projekt Socialsygepleje, da dette ikke blev registreret.

behov for flere observationsredskaber end blot instrukser for alkohol-abstinenssymptomer, ligesom der også kan være behov for andre og/eller flere forskellige præparater for at afhjælpe uudholdelige – og til tider livstruende – abstinenssymptomer (se: Sundhedsstyrelsen 2008; Rindom 2007: 51). Alle abstinensstilstande bør tages alvorligt, også selvom det ikke drejer sig om livstruende abstinenssymptomer. Får patienten ikke hjælp vedrørende sine abstinenssymptomer risikerer man, at vedkommende lider, som i den indledende case, hvilket reducerer patientens mulighed for at deltage i den aktuelle behandling (jf. journal nr. 128y). Eller man risikerer, at vedkommende tager sagen i egen hånd: Enten ved at forlade afdelingen for at skaffe stoffer på det illegale marked (fx journal nr. 44x), eller ved at få stoffer bragt ind i afdelingen for på den måde at klare sine abstinenssymptomer (fx journal nr. 16y). At tage patientens abstinenssymptomer alvorligt, handler dels om at få dem ordentligt udredt (både ved en samtale med patienten og observationer), samt handle på de informationer, man som behandler tilegner sig. Dvs. at man handler uden unødigt ventetid. Dette kan bl.a. ske ved at have klare procedurer for abstinensbehandling, så iværksættelse af behandlingen ikke forsinkes unødigt (som det fx var tilfældet i journal nr. 213y, hvor en abstinent patient ventede i mange timer, før vedkommende fik ordineret metadon for sine abstinenssymptomer). Abstinenssymptomer er meget ubehagelige for patienten og hindrer som sagt vedkommende i at deltage og samarbejde om behandlingen. Abstinenssymptomer kan endvidere være den direkte årsag til uro og rastløshed, der udover at være til gene for patienten selv også kan genere medpatienter og personale (som det fx var tilfældet i journal nr. 25y). Abstinenssymptomerne kan også være årsag til truende og/eller aggressiv adfærd, som vi har beskrevet tidligere (fx journal nr. 102y). En manglende abstinensbehandling er således potentielt konfliktoptrappende og ikke befordrende i forhold til den behandling, patienten aktuelt er indlagt for.

2.3.2 Personalets holdninger og udfordringer ved abstinenssymptomer

Det andet tema, der går igen i projektjournalerne, omhandler de udfordringer og holdninger socialsygeplejerskerne har registreret vedrørende personalets håndtering af abstinenssymptomer. Socialsygeplejerskernes arbejdsindsats vedrørende abstinenssymptomer omhandler ofte en dialog med personalet om deres udfordringer og holdninger. Det kan som

nævnt dreje sig om personalets manglende viden om de forskellige abstinenssymptomer, hvor man behandler et komplekst abstinensbillede med et præparat, der kun virker på alkoholabstinenssymptomer (fx journal nr. 81x). Men det kan også dreje sig om personalets dilemma mellem at behandle patientens abstinenssymptomer og dermed oplevelsen af at støtte et illegalt misbrug (jf. den indledende case, journal nr. 128y). Det samme dilemma gør sig gældende i personalets stillingtagen til patienter, som ikke er i substitutionsbehandling ved indlæggelsen, men er afhængige af illegale opioider (fx heroin eller metadon) eller af fx benzodiazepiner. Benzodiazepiner er et lægemiddel, der på den ene side anvendes til at behandle fx angst, nervøsitet og nogle abstinenssymptomer, mens det på den anden side ofte er et præparat, der handles illegalt for at indgå i et misbrug. Flere læger oplever således, at de er med til støtte, supplere og/eller endda øge et misbrug, hvis de har med benzodiazepiner at gøre, hvilket de ikke finder fagligt forsvarligt. Sundhedsstyrelsens vejledning (2008) gør også opmærksom på varsomhed ved ordination af benzodiazepiner i forhold til stofmisbrugere, men skriver samtidig, at en nedtrapning på et ”vanskeligt tidspunkt”, bør udsættes:

”Kontrolleret indgift bør tilstræbes. For hurtig nedtrapning kan føre til ubehagelige abstinenssymptomer. Det er individuelt hvor langsomt nedtrapningen bør foregå, men det kan være hensigtsmæssigt at strække perioden over flere måneder [...] Kommer patienten til et vanskeligt tidspunkt, kan samme dosis vedlige-holdes et par uger, men man bør så vidt muligt undgå at øge dosis...” (Sundhedsstyrelsen 2008:57).

Dilemmaet omkring benzodiazepiner – og anden misbrug – må i denne sammenhæng holdes op mod den øvrige behandling: Hvad risikerer man ved ikke at behandle disse abstinenssymptomer? Hvad vejer tungest; at patienten behandles for det vedkommende er blevet indlagt for eller for sit illegale misbrug, som hospitalspersonalet alligevel ikke har mulighed for at følge helt til dørs? En nedtrapning af fx benzodiazepiner strækker sig over flere måneder. Kan man sige, at patienten qua sin indlæggelse befinder sig i en vanskelig situation (”vanskeligt tidspunkt”), hvorfor det ikke er nu, man skal fokusere på misbrugsophør/nedtrapning? I forhold til projektets pragmatiske (skadesreducerende) tilgang, er det den aktuelle somatiske behandling, patienten er indlagt for, som her bør veje tungest og derfor også det samlede abstinenssymptombillede, man som læge bliver nødt til at forholde sig til (jf. figur 1). Som en af socialsygeplejerskerne skriver i projektjournal nr. 156x:

”Det er selvfølgelig ærgerligt, at det ikke lykkedes at få ordineret nitrazepam [et benzodiazepin præparat], så patienten fik ro på, men jeg tror ikke, at personalet forstår, hvor meget medicin fylder og betyder for patienterne. Det bliver ikke prioriteret i alle de andre problemstillinger, som personalet står med i løbet af en dag” (Journal nr. 156x).

De patienter som ved indlæggelsen har et illegalt misbrug, vil opleve abstinenssymptomer under en indlæggelse, hvis ikke de tilbydes et alternativ til deres misbrug under indlæggelsen. Der foreligger instrukser for håndtering af afhængighed på hospitalerne (se bilag 3 og 5), ligesom Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning, som personalet kan læne sig op ad (Sundhedsstyrelsen 2008). Men personalet er ofte ikke bekendte med disse og der hersker stor tvivl om, hvordan ”illegale abstinenser” skal håndteres. Dels er der usikkerhed om, hvor meget patienten skal have og hvornår, dels er det socialsygeplejerskernes erfaring, at personalet indimellem mangler forståelse for, hvor vigtigt det er at komme abstinenssymptomerne i møde.

2.3.3 Standardiserede procedurer og rutiner

Den tredje tematik vedrørende abstinenssymptomer omhandler hospitalsprocedurer og rutiner, som er medvirkende til, at nogle patienter bliver abstinente under indlæggelsen. Det drejer sig fx om patienter, der skal faste før en operation eller undersøgelse, og derfor ikke får udleveret deres substitutionsmedicin om morgenen. Resultatet bliver, at de op ad dagen er så abstinente, at operationen eller undersøgelsen må aflyses og udsættes til næste dag (fx journal nr. 54x; 51y). Men det kan også dreje sig om manglende viden om substitutionsmedicinens interaktion med andre præparater, fx patienter, der udvikler abstinenssymptomer under indlæggelse på grund af substitutionens interaktion med antibiotika (fx journal nr. 258x; 375y). Her har socialsygeplejerskeren bidraget med vigtig viden vedrørende håndtering af substitutionsmedicinens interaktion med andre præparater.

Som det fremgår, er det at få afdækket patientens abstinensproblematik vigtig, men ikke altid lige til. Socialsygeplejersken har derfor særligt fokus på dette allerede ved første kontakt med patienten, da hun erfaringsmæssigt ved, at en manglende behandling af patientens abstinenssymptomer kan komplicere relationen og samarbejdet mellem

patient og personale, og dermed hindre det egentlige indlæggelsesformål. Men afdækningen af abstinenssymptomer kræver andre faglige kundskaber udover viden om de forskellige typer af abstinenssymptomer, håndtering af disse etc.: Socialsygeplejersken er ikke blot opmærksom på at spørge ind til de forskellige typer af abstinenssymptomer, men også hvordan man spørger ind til dette. Der er patienter, som selv gør opmærksom på problemstillingen og hvad de er vant til at tage af stoffer (fx journal nr. 229x; 251x; 63y; 74y), men det modsatte er lige så typisk tilfældet: Nogle patienter kan være meget tilbageholdende med denne information, da de ikke ønsker at udstille deres misbrug, er bange for løftede pegefingre eller sanktioner fra hospital eller misbrugscenter, hvis det kommer frem, at vedkommende har taget rusmidler ved siden af det ordinerede (fx journal nr. 132y). Disse patienter bliver meget hyppigt overset og modtager derfor ikke behandling for deres abstinenssymptomer, men lider i stilhed. Det kræver derfor en særlig relation og indfaldsvinkel til emnet. Dette opnår socialsygeplejersken gennem en respektfuld og anerkendende tilgang til patienten, hvor kommunikationen foregår ligeværdigt. Hun inddrager patienten og tager vedkommendes udsagn alvorligt. Derudover trækker hun på sit kendskab til gruppens problematikker og bekymringer.

Ved at argumentere fagligt for behovet for en ordentlig abstinensbehandling og ved at vise effekten af den pragmatiske – frem for den moralske – håndtering af abstinenssymptomer, viser socialsygeplejersken, at den primære behandling bedre kan lade sig gøre, når patienten ikke er abstinent. Det fremgår i projektjournalerne, at personalet har observeret og kommenteret resultaterne af begge typer af løsningsmodeller: De har observeret patienter, der har været urolige, støjende og ikke samarbejdsvillige. Ligesom de har observeret patienter, der fra at have været meget ressourcekrævende og urolige, bliver rolige og samarbejdsvillige efter at abstinenssymptomerne er blevet sufficient behandlet. Socialsygeplejerskerne oplever, at i takt med, at de vinder faglig troværdighed på hospitalerne, så falder episoderne med utilstrækkelig abstinensbehandling. Dog udtaler en af socialsygeplejerskerne efter projektets afslutning:

"Abstinensbehandling er ikke noget problem mere. Så længe vi [socialsygeplejerskerne] er der. Ellers bliver det nemt overset".

Opsummerende kan man sige, at patienterne håndterer og påvirkes forskelligt af abstinenssymptomer: Nogle reagerer ved resignation og gemmer sig under dynen, andre reagerer med vredesudbrud og frustra-

tion, andre igen får bragt rusmidler ind udefra eller henter dem selv på gaden, som et led i en illegal abstinensbehandling, mens andre igen vælger at afbryde behandlingen og forlade afdelingen. Alt i alt håndterer patienterne abstinenssymptomerne forskelligt med forskellige konflikter og konsekvenser til følge. Konflikter personalet bruger meget tid på og som skaber en dårlig relation, dårlig kommunikation og dårligt samarbejde. Derudover fjerner både abstinenssymptomer og konflikter fokus fra den egentlige behandling, som patienten er indlagt for.

Ud af de 232 patientforløb, hvor patienter under indlæggelsen oplevede abstinenssymptomer, blev de fleste håndteret med socialsygeplejerskens hjælp. Men vi ved også, at nogle af disse patienter ikke blev lindret på trods af socialsygeplejerskens indsats, enten pga. manglende vilje og/eller opmærksomhed fra afdelingens side. I flere af disse tilfælde blev socialsygeplejersken involveret alt for sent i forløbet, hvor patienten allerede var ved at blive udskrevet eller forlade afdelingen. Generelt handler behandling af abstinenssymptomer i hospitalsregi om holdningsændringer, hvor socialsygeplejerskerne forsøger at forklare personalet, at det at komme abstinenssymptomerne i møde, er at komme patienten i møde. For det er her fundamentet for det videre gode samarbejde, den gode indlæggelse og den gode behandling lægges.

2.4 Smerter

En mand indlægges med fejlfix i begge fødder, der har udviklet sig så alvorligt, at begge ben blev amputeret fra knæ og nedefter. Patienten er blevet opereret på et andet hospital og overflyttet, da socialsygeplejersken møder ham første gang. Patienten klager over smerter og føler ikke, at der er nogen, der tager ham alvorligt. Til socialsygeplejerskeren siger han: "Jeg får sådan lyst til at ringe til en af mine venner, så han kan tage stoffer med, så jeg er smertedækket". Der er en del forvirring på afdelingen vedrørende hans smertebehandling, fordi han overgik fra en slags medicin til en anden, da han blev overflyttet fra det andet hospital. Afdelingen afventer derfor tilsyn fra smertelægerne og vil ikke foretage sig yderligere, før tilsynet har været der. Dagene går og der kommer ikke noget tilsyn. Smerterne tiltager og der går infektion i benstumperne. Patienten skal have skåret mere af begge ben. Patienten er bange, ked af det og smerteforpint. Indimellem er han også vred og frustreret på personalet. Blandt personalet falder der kommentarer om hans hyppige behov for morfin og en læge mistænker, at patienten vil have et "sus". Der er mange fagpersoner indblandet i smertebehandlingen og socialsygeplejersken forsøger at

skabe et overblik og efterlyser de faglige begrundelser for tilbageholdenhed i forhold til smertedækningen. Forholdet mellem personale og patient er meget anspændt og patienten bliver trist og indelukket. Han forsøger at sove dagene væk. En dag finder en sygeplejerske patienten siddende i sengen med en staseslange om armen og piller lagt klar til brug. Patienten udskrives øjeblikkeligt herefter til hjemmesygepleje i eget hjem (Journal nr. 48x).

Fra et socialsygeplejerskeperspektiv er ovenstående case et eksempel på et patientforløb, der kunne have haft et bedre forløb, hvis patienten havde fået en mere optimal smertebehandling. Smertebehandling til patienter med stofmisbrug er en kompliceret opgave, som væver sig ind i substitutionsbehandling, abstinensbehandling og stofmisbrug (jf. figur 1). Som nævnt er det generelt ikke i forhold til denne type patienter, hospitalet har deres spidskompetencer og rutiner. Når der fra personalets side således hersker forvirring vedrørende smertebehandlingen, tilbageholdenhed af yderligere doser smertestillende medicin, samt mistro til patientens smerteudsagn, er det både udtryk for manglende viden og rutiner i forhold til denne patientgruppe, samt normative holdninger. Denne problematik skitseres også i en artikel fra 2006 ud fra fire hyppige misforståelser vedrørende smertebehandling af patienter, der er i substitutionsbehandling (Alford et al 2006). De fire misforståelser er:

1. At substitutionsbehandling fungerer som smertebehandling.
2. At patienter i substitutionsbehandling får en overdosis, hvis der også ordineres yderligere medicin mod smerter.
3. At patienten i substitutionsbehandling slet ikke har smerter, men forsøger at manipulere personalet til at udlevere medicin for at kunne opnå en rus.
4. At patienter i substitutionsbehandling får et tilbagefald i deres illegale stofmisbrug, hvis de smertebehandles med morfin (Alford et al 2006).

I gennemgangen af projektjournalerne finder vi ligeledes eksempler på disse fire misforståelser, hvilket vi i det følgende gennemgår. Men derudover går yderligere et tema igen i projektjournalerne:

5. Patienters frygt for at blive stemplet som "typisk narkoman", hvis de gør opmærksom på deres smerter/beder om smertestillende medicin.

Artiklen fra 2006 (Alford et al) omhandler patienter i substitutionsbehandling. Vi har imidlertid valgt også at inddrage de patienter i projektet, som ikke var i substitutionsbehandling ved indlæggelsen (hvilket drejer sig om 109 patientforløb, herunder også patienter kun med alkoholmisbrug), da det er vores erfaring, at disse patienter frygter misforståelser og fordomme som patienter i substitutionsbehandling og derfor mange gange holder lav profil mht. deres afhængighedsproblematik og kontakten til behandlingssystemet (jf. også afsnittet om substitutionsbehandling).

Ud af de 613 indlæggelsesforløb i projektperiodens somatikdel, blev der registreret smerter i 226 af patientforløbene, svarende til 37 %. Det tal er i sig selv ikke overraskende: Sygdom, skader og operationer giver smerter. Men selvom ikke alle smerter kan fjernes, kan og bør de lindres. Problematikken omkring insufficient smertebehandling ligner på flere punkter problemstillingen vedrørende abstinenssymptomer: Hvis stofmisbrugere ikke får en ordentlig smertebehandling forhindres en vellykket behandling og eventuel genoptræning besværliggøres. Endvidere kan det afstedkomme nogle af de problemstillinger vi tidligere har beskrevet i de forrige afsnit: Forskellige former for kontaktforsøg (herunder vredesudbrud og trusler), uro, forsvinden fra afdelingen mv. Mange gange vil sådan en opførelse stemple patienten som besværlig eller "medicinplæderende" (som i den indledende case). Situationen spidser til og relationen mellem personale og patient bliver anstrengt. Andre smerte- forpinte patienter lider i tavshed eller vælger at få bragt stoffer ind som led i en illegal smertebehandling, (som den indledende case også var et eksempel på). Og endelig er der nogle af disse patienter, som ikke ser andre udveje end at forlade hospitalet – uden at være færdigbehandlede (se tidligere om afbrudte forløb). Smerteproblematikken har derfor, som abstinensproblematikken, socialsygeplejerskens store opmærksomhed, fordi stofmisbrugere generelt får dårligere smertebehandling end andre patienter på grund af ovenstående misforståelser, manglende viden og normative holdninger blandt personalet (Kappel 2009; Brünés 2007). Projekt Socialsygepleje har arbejdet på at forbedre dette, ved at tilføre praksis specifik viden om smerter og smertebehandling til patienter, der er tilvænnede store doser opioider qua deres substitutionsbehandling eller stofmisbrug. Den samlede gennemgang af projektjournalerne viser, at socialsygeplejersken spiller en vigtig rolle og har afgørende indflydelse på, hvorvidt patienten får sufficient smertebehandling eller ej. I det følgende beskrives de fire misforståelser i relation til projektets patientforløb.

2.4.1 Substitutionsbehandling som smertebehandling

Det første tema er en velkendt og tilbagevendende misforståelse om, at patienter der er i substitutionsbehandling er smertedækkede af den substitutionsmedicin (fx metadon), som de vanligvis får mod abstinenssymptomer (Alford et al 2006). I journalmaterialet er der således eksempler på patienter, som ikke ordineres smertestillende, fordi de allerede får metadon (fx journal nr. 43x; 415y), denne argumentation findes også i postoperative patientforløb, hvor læger ikke har ordineret smertebehandling, fordi patienten var i substitutionsbehandling (fx journal nr. 51y). I Sundhedsstyrelsens *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008), dementeres denne argumentation imidlertid meget klart:

"Substitutionsbehandling ved opioidafhængighed er ikke smertestillende, hvorfor man skal være opmærksom på sikring af sufficient smertebehandling hos denne gruppe patienter." (Sundhedsstyrelsen 2008 s. 48).

Socialsygeplejersken har i situationer, hvor personalet opfattede substitutionsbehandlingen som smertedækkende forklaret, at denne type behandling gives mod opioidafhængighed med det formål at forhindre stoftrang og abstinenssymptomer, samt at patienter i substitutionsbehandling har øget tolerance for alle opioider. Hun argumenterer således for, at substitutionsbehandlingen ikke dækker smerter. På samme vis orienterer socialsygeplejerskerne personalet om, at de sædvanlige doser, man normalt benytter i smertebehandling heller ikke er tilstrækkelige til patienter, hvis krop er tilvænnet langt højere doser opioid, (se endvidere Brünés & Siiger 2010; Sundhedsstyrelsen 2008 kapitel 8). Det betyder, at en patient, der er i fast behandling med metadon og eksempelvis har smerter i ben og ryg ikke vil have gavn af almindelige smertestillende (håndkøbs)præparater (fx journal nr. 95x). Her blev patienten først ordentligt smertedækket, da smertelægerne havde ordineret en markant højere dosis smertestillende medicin end den afdelingslægen i første omgang forsøgte sig med. At patienten herefter var sufficient smertedækket, blev også tydeligt for personalet, der gav udtryk for, at patienten faldt til ro og blev nemmere at samarbejde med (jf. journal nr. 95x)¹⁰. Udover ovenstående misforståelse er der også mangel på viden om og forståelse for, at stofmisbrugere har øget smerterespons, hvilket vil sige en nedsat smertetærskel (Hay et al 2009). De har udviklet en såkaldt smerteintolerance, hvilket betyder, at i de situationer, hvor andre patienter normalt kan nøjes med håndkøbsmedicin, skal stofmisbrugeren have stærkere

10]

Inddragelse af anæstesi-læger/smertelæger anbefales ligeledes i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofbrugere i substitutionsbehandling 2008: s. 46.

præparater for ikke at opleve smerte. Det er derfor tegn på manglende viden, når eksempelvis en patient efter en operation, hvor nogle skruer i benet er blevet fjernet, kun tilbydes paracetamol (panodi, pamol, pinex). Patienten er plaget af smerter og kan ikke imødekomme personalets ønske om at komme på benene til genoptræning. Sygeplejerskens argumentation overfor patient og socialsygeplejerske er, som i følgende eksempel, at indgrebet betragtes som ukompliceret: *"Denne operation gør ikke ondt. Jeg tror, at det er derfor, der ikke er ordineret mere smertestillende medicin til ham [patienten]. Andre patienter får bare Pinex"* (jf. journal nr. 132y). I flere tilfælde er socialsygeplejerskens faglige viden og argumentation nok til at få en bedre smertebehandling af patienten (fx journal nr. 236x; 259y). Men der er i projekt materialet også mange eksempler på afdelingslægers tilbageholdenhed i forhold til at følge socialsygeplejerskerens anvisninger og forslag (som i den indledende case). En tilbageholdenhed, der ofte kædes sammen med de to følgende misforståelser, vi vender tilbage til om lidt.

Da en af socialsygeplejerskens primære indsatsområder er at sikre en god smertebehandling for denne patientgruppe, forsøger hun ofte at forstå og finde løsninger på lægernes tilbageholdenhed. Eksempelvis trækker hun – i samråd med afdelingslægerne – på smertelæger (som fx i journal nr. 150x; 401y) eller hun kontakter eksterne misbrugs-læger, som så rådgiver afdelingslægerne (fx journal nr. 171x). Endelig er der eksempler på, at de faglige argumenter, som socialsygeplejersken forsøger at komme igennem med uden held overfor én læge, lykkes når en anden læge går stuegang (som det fx var tilfældet i journal nr. 51y). Sådanne forløb vidner om læger/personalers indbyrdes uenighed om måden at håndtere smertebehandling af patienter i substitutionsbehandling. I nogle patientforløb skinner personalets irritation og manglende forståelse overfor denne patientgruppe og deres særlige problematikker tydeligt igennem: Eksempelvis en læge, der, som svar på socialsygeplejerskens argumentation for en bedre smertebehandling, siger: *"Han kan jo tømme hele medicinskabet"* og *"Hvis patienten er utilfreds, så må han jo gå"* (jf. journal nr. 30y). Den differentierede tilgang og holdning personalet imellem er problematisk, da nogle patienter således risikerer ikke at få den nødvendige smertedækning. Sådanne forskelle på viden og holdninger, kan bedst håndteres ved at formulere overordnede standarder og retningslinjer. Projekt Socialsygepleje har således gode erfaringer med udformningen af en specifik smertebehandlingsinstruks til patienter med stofbrug, som overlæge Nan Sonne på Bispebjerg Hospital har udarbejdet i samarbejde med socialsygeplejerske Nina Brünés (se bilag 3 og 4). Formålet med denne instruks er:

"Lige adgang til optimal smertebehandling uanset misbrugets art og omfang. Af-dække og behandle abstinenser for at opnå de bedste betingelser for smertelindring" (Formål med smertebehandling af indlagte stofmisbrugere i afdeling M, Bispebjerg Hospital feb. 2010, se bilag 3).

Formålet er taget med her, fordi det i al sin enkelthed for det første understreger, at også denne patientgruppe har ret til at få en optimal smertebehandling uagtet stofbrug. For det andet underbygger citatet figur 1 i forhold til, hvordan smerte-, abstinens-, og stofbehandling skal håndteres som en helhed. Erfaringerne med ovenstående smerteinstruks har siden inspireret overlæge Thue Ørsnes til at udforme en tilsvarende smerteinstruks på Hvidovre Hospital (bilag 5).

Efterhånden som socialsygeplejerskerne bliver kendt i afdelingerne og personalet kan se effekten af en god smertebehandling, bliver det, som de to forrige behandlingsstrategier om substitutions- og abstinensbehandling, lettere at få lagt gode smerteplaner for patienterne. Dette kommer bl.a. til udtryk i følgende lægejournal citat: *"Cont. analgetika. Dosering som foreslået af socialsygeplejerske"* (citeret i journal nr. 30y).

2.4.2 Frygten for overdosis med smertebehandling

Den anden misforståelse om, at patienter i substitutionsbehandling risikerer overdosis ved samtidig ordination af morfin for smerter (jf. Alford et al 2006), gik igen i de drøftelser socialsygeplejerskerne havde med personalet, ligesom spørgsmålet hyppigt blev rejst i undervisnings-sammenhænge. Hvis en patient dagligt får 120 mg. metadon, svarer det til 600 mg. morfin, som igen er mindst 60 gange højere end de 5-10 mg. morfin en ikke-tilvænnet patient ville få mod smerter (Brünés & Siiger 2010:463). For hospitalspersonalet er sådanne doser normalt forbundet med dødelige doser, hvorfor de er utrygge ved at give patienterne mere medicin. Det kommer fx til udtryk i et patientforløb, hvor socialsygeplejersken taler med en læge om de langt højere anbefalede doser morfin i smerteinstruksen (bilag 4). Lægen er utryg ved at følge disse anbefalinger og siger: *"Det er jo nok mig, der er en kylling"* (journal nr. 51y). I teorien er der risiko for at overdosere patienten, men der findes ingen klinisk dokumentation herfor (Alford et al 2006:129). Har en patient stærke smerter, kan smerteimpulserne i sig selv ophæve noget af morfinens virkning og dermed risikoen for respirationsstop (undervisning af Nan Sonne 2011).

De høje doser skal endvidere ses i forhold til disse patienters opioid-tolerance. Patienter med stofmisbrug har, som nævnt tidligere, brug for langt større doser morfin for at opnå samme smertelindring som andre ikke-tilvænnede patienter, men da balancen mellem behandling og forgiftning ikke på forhånd kan sættes på en præcis formel, er det vigtigt at observere virkningen af de doser, der gives mod smerter. Ikke desto mindre er frykten for at komme til at give patienten en overdosis en faktor, som socialsygeplejersken har forståelse for, men som oftest kan afværges ved at trække på hendes specialekendskab om smertebehandling til opioidtilvænnede patienter. Socialsygeplejersken har derfor en vigtig formidlingsopgave her, da personalets frygt er en af de hyppigste årsager til, at patienter med stofmisbrug generelt bliver svært underbehandlede for deres smerter (Brünés 2007 ; Alford et al 2006). I smerteinstruksen fra Bispebjerg Hospital anbefales det at give morfin med korte intervaller, samt have en pn-ordination (ekstra ved behov), så personalet – og patienten – ikke behøver, at vente på en læge, når patienten har ondt (jf. bilag 4).

2.4.3 Mistænksomhed overfor patientens smerteudsagn

Den tredje misforståelse, som blandt andet går igen i de diskussioner socialsygeplejerskerne har haft med personalet, omhandler personalets holdning til disse patienters smerteudsagn. Her antages det, at stofmisbrugere, der klager over smerter, reelt ikke har smerter, men blot forsøger at snyde sig til morfin for at blive ”skæve” (fx journal nr. 177x). Erfaringerne fra projektet viser, at personalet er bange for at blive manipuleret med, hvilket er endnu en årsag til, at disse patienter ikke altid bliver ordentligt smertebehandlede. Der er imidlertid flere eksempler på patientforløb, hvor patienten har gjort sådanne antagelser til skamme. Eksempelvis en patient, der fik pn. medicin efter socialsygeplejerskens insisteren. Personalet mente der var tale om snyd fra patientens side, men da patienten ikke længere følte sig smerteforpint, stoppede han med at bede om mere ekstra medicin (jf. journal nr. 198x). Formodninger om patienters manipulation skaber konflikter og dårlig stemning (fx journal nr. 3y; 30y), men journalerne vidner ikke kun om episoder med mistænksomhed og mistillid mellem personale og patient. I flere tilfælde registrerer socialsygeplejerskerne i projektjournalerne, at personalet har en manglende forståelse for denne patientgruppes smerter og behov for lindring. Det kan fx dreje sig om, at en smerteforpint patient må vente

med at få lindret sine smerter til aftenlægen kommer til aftenstuegang (fx journal nr. 132y) eller vente på, at smertelægerne kommer på tilsyn senere (fx journal nr. 48x i den indledende case). I sådanne situationer står socialsygeplejersken med en faglig udfordring, der dels består i at informere om, hvilke (højere) doser en patient med stofbrug skal have for at være smertedækket, dels handler om at skabe en holdningsændring blandt personalet overfor denne patientgruppe. Når det er sagt, er der dog forløb, hvor socialsygeplejersken også vurderer, at patienter forsøger at snyde sig til mere medicin (fx journal nr. 155y; 174y), men det må her understreges at disse tilfælde er få. Derudover vil de tidligere nævnte observationer af smertebehandlingens virkning vise, om patienten har den ønskede gevinst af medicinen.

2.4.4 Risikoen for tilbagefald ved opstart af smertebehandling

Den sidste af misforståelserne vedrørende smertebehandling af patienter i substitutionsbehandling, er temaet om risikoen for at starte et tilbagefald hos disse patienter (jf. Alford et al 2006). Denne misforståelse var eksempelvis årsagen til, at en patient ingen smertebehandling fik, fordi personalet var bange for, at morfika i en mulig smertebehandling ville gøre patienten aktivt misbrugende (jf. journal nr. 81x). Selvom dette tema ikke er registreret så hyppigt i projektjournalerne, er det en bekymring, der er blevet italesat flere gange i den løbende undervisning socialsygeplejerskerne og projektlederen har afholdt for personalet. Risikoen for at starte et misbrugstilbagefald er, som vi allerede har været inde på, langt større, hvis patienten ikke er sufficient smertedækket. I sådanne tilfælde kan illegale stoffer blive patientens måde selv at finde smertelindring.

2.4.5 Patienters tilbageholdenhed med smertebehandling

Det sidste tema i relation til smerter, som er blevet synligt i bearbejdningen af projekt materialet, omhandler patienters egen tilbageholdenhed i forhold til at bede om smertestillende medicin eller fortælle personalet om deres smerter. Det kan fx være patienter, der er bange for at

personalet vil mistænke dem for bare at ville have stoffer (fx journal nr. 46x; 80y) eller det kan omhandle patienter, der ikke længere orker at bede om hjælp hos personalet, da de ikke føler sig taget alvorligt, når de gør opmærksomme på deres smerter (fx journal nr. 9y). I flere tilfælde bygges der bro mellem patienten og personalet ved hjælp af socialsygeplejersken, da patienten gerne vil have hjælp til at forklare personalet om sine smerter.

Men det kan også omhandle misforståelser i forhold til smertebehandling hos patienten selv. Som fx en kvinde, der ikke ville bede om smertestillende, på trods af mange smerter, da hun var i gang med en substitutionsnedtrapning før indlæggelsen (jf. journal nr. 73x). I disse tilfælde har socialsygeplejersken en opgave med både at forklare patienterne og personalet, at det er vigtigt at være sufficient smertedækket, hvis man skal klare indlæggelsen, genoptræningen, operationen etc.

I gennemgangen af såvel projektjournaler som interviews med personale og patienter, er det tydeligt, at der er sket en forbedring af smertebehandlingen på de afdelinger, hvor socialsygeplejersken har haft sin gang. Men trods den ændrede tilgang, ligger der fortsat et arbejde for socialsygeplejersken. Som vist, er der stor variation fra læge til læge og fra afdeling til afdeling i smertebehandling til stofmisbrugere – og i tilgangen og holdningen til stofmisbrugere. Derudover kommer nyt personale til og andre skifter job. Forsigtighed og tilbageholdenhed eksisterer stadig på begge hospitaler. Socialsygeplejersker kan bidrage med deres specialviden og skabe tryk og vished om korrekte ordinationer, samt hjælpe med at implementere instrukser på området. Personalet ser effekten af smertebehandlingen: Patienterne får ro og hvile – og kan begynde at samarbejde om behandlingen, genoptræne mv. Endvidere forsvinder personalets frygt for overdosering, når de ser, at patienterne er upåvirkede (det vil sige, at de ikke bliver skæve) af de store doser morfin.

2.5 Socialsygeplejerskens pårørendefunktion

En 31årig mand indlægges med en ny opdaget tuberkulose (TB). Manden har desuden leverbetændelse og er meget underernæret. Han får substitutionsmedicin og benzodiazepiner fra sit misbrugscenter, men har intet sidemisbrug. På grund af tuberkulosens smittefare er han isoleret i 14 dage. I den periode keder han sig voldsomt. Han ligger det meste af dagen i sengen og "glor", som han selv siger. Der

kommer ingen pårørende på besøg. Isolationen betyder, at han ikke selv må forlade stuen og at alle, der kommer ind til ham, først skal iføre sig hansker, maske og overtrækskittel. Det er meget tidskrævende og besværligt og betyder, at kommunikationen med personalet flere gange foregår via vinduet i døren ind til stuen. Patienten oplever, at kontakten til personalet er på deres præmisser og at de ikke rigtig "gider ham". Omvendt oplever personalet, at patienten er afvisende og svær at tale med. Socialsygeplejersken besøger ham hyppigt, nogle gange flere gange på en dag. De spiller kort sammen og har en spilleturnering i gang, mens han er indlagt. Hun medbringer tegneserier og slik. Nogle gange ser de lidt TV sammen på stuen, andre gange får hun lov til at tage ham med ud i haven og drikke kaffe. Socialsygeplejersken tager også hen til det herberg, han kommer fra og henter hans mobiltelefon, så han kan komme i kontakt med omverdenen. Under sine besøg på stuen, taler socialsygeplejersken med ham om hans helbred, hun viser ham, hvordan han bestiller mad på hospitalet og nøder ham til at spise. Hun er hele tiden opmærksom på den medicin han får mod TB, som giver bivirkninger, der kan have konsekvenser for hans øvrige problemstillinger. Eksempelvis, at bivirkningerne ved tuberkulosemedicinen er kvalme og manglende appetit, som er problematisk i forhold til hans dårlige ernæringstilstand. Eller hvordan medicinen interagerer med hans substitutionsbehandling, så han får abstinenssymptomer. Disse observationer informerer hun personalet om, så de sammen kan løse problemerne (Journal nr. 78y).

Som casen ovenover illustrerer, kan en indlæggelse blive svær og opleves meget lang, når man ikke har pårørende, der kommer på besøg og opmuntrer én, medbringer ting man mangler, hører hvordan det går etc. Det er velkendt, at stofmisbrugere ofte har sparsomme eller skrøbelige netværk og at deres kontakt til familien ofte er præget af svigt og mistillid (jf. kapitel 1). Ud af de 613 forskellige patientforløb, fik 338 af disse patienter ingen besøg af pårørende under deres indlæggelse, dvs. over halvdelen af de indlagte patienter i projektets somatikdel. Det betyder, at en indlæggelse – kort eller lang¹¹ – kan være en ensom og kedsommelig tid, ligesom disse patienters (ensomme) livssituation udstilles overfor dem selv og deres medpatienter: På medpatienternes sengeborde er der blomster og æsker med chokolade, aviser og ugeblade. Hos patienten uden pårørende er bordet tomt, der er ingen, der ringer og der er ingen, der kommer på besøg. Dette forsøger socialsygeplejersken at kompensere for ved at have omsorgsbesøg som en del af sine kerneydelser.

I det følgende beskriver vi denne centrale kerneydelse, hvori flere vigtige elementer er knyttet:

11)

Den længste indlæggelseslængde var på 64 dage, mens medianen var på 6 dage.

- Adspredelse og pårørendefunktion
- "Funny money"
- Praktisk nytteværdi
- Brobygger og bufferfunktion

2.5.1 Adspredelse og pårørendefunktion

Med omsorgsbesøgene træder socialsygeplejersken ind i en pårørende-funktion, hvor hun er den, der kommer regelmæssigt på besøg, går en tur i kiosken, spiller kort med patienten, læser avis højt etc. Denne særlige rolle handler dels om at sikre, at disse patienter har adgang til de samme fornødenheder som andre patienter: Socialsygeplejersken sørger fx for, at patienten får en avis, et Anders And blad eller et sodukuhæfte at hygge sig med (fx journal nr. 225x; 257y). Eller hun køber en is eller sodavand til patienten på en varm sommerdag eller chokolade til aftenkaffen (fx journal nr. 225x; 227y). Eller køber en lille kransekage nytårs-aften til den patient, som måtte starte et nyt år på hospitalet (fx journal nr. 174y). Socialsygeplejersken har også hjulpet med indkøb af cigaretter, enten ved at hjælpe patienten i banken for at hæve penge til cigaretkøb (fx journal nr. 121y), eller ved at søge legat til lommepege fra hospitalet (fx journal nr. 265x; 203y) eller søge penge fra kommunen (fx journal nr. 78x). Ligesom socialsygeplejersken selv har indkøbt cigaretter til uddeling (fx journal nr. 270y). For den nikotinafhængige, som ikke selv har mulighed for at skaffe cigaretter under indlæggelsen, betyder denne gestus meget. Som en patient udtrykte det: *"De kan tage min heroin og min kokain, men ikke mine cigaretter!"* (Journal nr. 262y). Udover disse småkøb, som normalt hører ind under en pårørendes visit, giver socialsygeplejersken sig også tid til at hyggesnakke med patienten om løst og fast; TV-programmer, avisnyheder og lignende (fx journal nr. 103y) eller hun tager patienten med på en lille gåtur på terrænet (fx journal nr. 165x). Præcis som pårørende ofte gør det. Men disse samtaler og handlinger kan også have et mere fagligt indhold, eksempelvis hvordan medicinen virker, hvordan det går med kvalme/appetit, om der er abstinenssymptomer etc. (som i forrige case). Eller samtalen kan handle om fortid og fremtid, og være starten på hjælp til en mere helhedsorienteret og langsigtet plan: Det kan fx dreje sig om at hjælpe en patient med at udarbejde en ansøgning til handicapkontoret vedrørende mere hensigtsmæssige boligændringer efter en benamputation (fx journal nr. 45y). Under disse samtaler i omsorgsbesøgene får socialsygeplejersken typisk

indsigt i patientens uhensigtsmæssige boligforhold, som hun så handler på i samarbejde med personalet. Sådanne faglige handlinger kan også omhandle behovet for anlæggelse af en P-stav til en ung kvinde (fx journal nr. 25y) eller ansøgning om økonomisk hjælp til nye tænder (fx journal nr. 98y). Eller det kan handle om at hjælpe patienter til at komme i kontakt med et misbrugsbehandlingssted, hvis vedkommende ønsker hjælp til det (fx journal nr. 46y) eller at få inddraget en præst, fordi en patient ønsker at skrive et testamente (fx journal nr. 176x).

I forbindelse med omsorgsbesøgene har socialsygeplejersken også fået en unik position til de patienter, som har pårørende: Fx pårørende der har fulgt deres søn/datter, kæreste eller ægtefælle til hospitalet og været vidne til misbruget, med alle de bekymringer, der følger med. Socialsygeplejersken har her haft såvel ekspertise som tid til at tage en eller flere samtaler med pårørende både på hospitalet eller via telefon (fx journal nr. 262x; 73y; 159y). I nogle tilfælde har socialsygeplejersken været inddraget som mægler i konflikter mellem patienten og dennes pårørende (fx journal nr. 109y). Mæglerrollen uddybes senere.

Det vigtigste formål med omsorgsbesøgene er dog helt overordnet at skabe tryghed og adspredelse under indlæggelsen og mindske, at disse patienter får "hospitalskuller". For netop det at have svært ved at holde ud at være indlagt, er meget udbredt blandt projektets målgruppe. Som vi tidligere har beskrevet, kan det være utroligt svært for denne patientgruppe at indordne sig under et hospitals døgnrytmer, regler og procedurer. Hvis patienten så samtidig ingen besøg får af pårørende, kan indlæggelsen blive meget lang og svær at holde ud og for nogen umulig (fx journal nr. 124x; 21y og journal nr. 64y, hvor patienten gik pga. "hospitalskuller"). Flere af de patienter, der isoleres under indlæggelsen, giver ligefrem udtryk for, at hospitalsindlæggelsen føles som – eller er værre end – et fængselsophold (fx journal nr. 45y). Socialsygeplejerskens indsats med hensyn til at mindske hospitalskuller og dermed risikoen for, at patienten afslutter behandlingen og forlader hospitalet, kan både omhandle adspredelse, men også at finde alternativer til de normale afdelingsprocedurer: Eksempelvis en patient, der var indlagt til operation og intensiv behandling af store sår på venstre fod. Patienten gav udtryk for at have "kuller" af at være indlagt og ville forlade hospitalet. Her fik socialsygeplejersken lavet aftaler med henholdsvis hospital og patientens herberg, om at give kvinden små 24 timers-orlovsperioder, så hun kom lidt væk fra hospitalet og alligevel fik hjælp til at passe den intravenøse antibiotikabehandling og sårbehandling (journal nr. 124x).

2.5.2 Funny money

Til de forskellige småindkøb, som socialsygeplejersken foretager til at forsøde disse patienters indlæggelse, har der fra projektets start været afsat et beløb til hver enkelt patient (nemlig 50 kroner pr. patient¹²), under en post kaldet: "Funny money". For socialsygeplejerskerne har mulighederne med "funny money" i mange tilfælde været af afgørende betydning for patientens samlede oplevelse af om indlæggelsen forløb godt (fx journal nr. 41x; 227y) og i nogle tilfælde været udslagsgivende for, hvorvidt vedkommende forblev indlagt som anbefalet eller ej (fx journal nr. 147x; 45y).

2.5.3 Nyttевærdi

Men det handler ikke kun om indkøb af cigaretter og aviser. I mange tilfælde indbefatter socialsygeplejerskens funktion i lige så høj grad at fremskaffe ting, patienten ikke har fået med hjemmefra: Fx læsebriller til en patient, der ikke har fået dem med ved indlæggelsen (fx journal nr. 228y; 321y), skaffe høretelefoner, så patienten kan høre lyden fra fjernsynet (fx journal nr. 154x), købe taletidskort, så patienten kan få fat på sin sagsbehandler via sin mobiltelefon (fx journal nr. 257y; 352y) eller sørge for et par sko, så patienten ikke udskrives i strømpesokker (fx journal nr. 218y). Stort set alle patienterne tilknyttet den somatiske del af Projekt Socialsygepleje er blevet indlagt akut (= 95 %). Kun i 32 tilfælde, har der været tale om planlagte indlæggelser. Det betyder, at patienten i flere tilfælde er samlet op direkte på gaden og bragt til skadestuen i en ambulance (fx journal nr. 233x; 407y). I andre tilfælde er patienten blevet bragt til skadestuen af bekymret personale fra et herberg (fx journal nr. 50y). I begge situationer kommer patienten kun med det tøj, vedkommende har på, ofte med opkast, blod og snavs på og uden penge på lommen. I disse situationer har socialsygeplejersken en helt særlig funktion, nemlig at finde nyt/rent tøj til patienten.

I forbindelse med ovenstående har der været en forskel på de to projekthospitaler: Hvidovre Hospitals optageområde inkluderer Vesterbro i København, hvor mange stofmisbrugere opholder sig og lever deres aktive (stof)liv døgnet 24 timer. Derfor kommer patienterne på Hvidovre Hospital hyppigere i det tøj, de har på kroppen og uden så meget som en tandbørste med i bagagen (fx journal nr. 339y). Det har

12)

Funny money beløbet har i gennemsnit været 26,- pr. patient i projektet. Nogle har fået lidt hver dag, andre har ikke haft behov.

betydet, at socialsygeplejersken på Hvidovre Hospital har etableret et lille depot af tøj, sko mv. Indholdet i depotet har hun skaffet fra omkringliggende herberger. I takt med det øgede kendskab og forståelse for behovet – blev depotet udvidet med aflagt tøj, sko, jakker, bæltter, parfumer, cremer og shampoos fra hospitalspersonalet. Betydningen af tøjdepotet er, at patienter ikke længere udskrives i hospitalstøj eller i gammelt, slidt, snavset eller blodigt tøj. Enten bliver det vasket eller også får patienten noget nyt, brugt tøj på ved udskrivelsen.

2.5.4 Brobygning og bufferfunktion

Pårørendefunktionen og omsorgsbesøgene kan lyde ressourcekrævende og vil også være det, for det øvrige personale. Men udover at mindske ”hospitalskuller” og ensomhed styrker disse besøg også relationen; ikke blot mellem patienten og socialsygeplejersken, men også patientens relation til det øvrige personale. For det første fungerer socialsygeplejersken som buffer i forhold til patienters frustrationer og irritation. For det andet arbejder hun som brobygger mellem parterne og forsøger at nedbryde eventuel mistillid mellem personale og patient, mens hun er på sine omsorgsbesøg. Eksempelvis patienten som oplevede, at personalet ikke ville tale med hende. Personalet oplevede omvendt, at patienten ikke var interesseret i at tale med dem, men at hun derimod var indelukket og afvisende (jf. journal nr. 84y). Socialsygeplejersken kunne ved en simpel undersøgelse opklare misforståelsen til gavn for det videre samarbejde mellem patient og personale. I en del andre tilfælde handler det også om, at personalet er generede af, at patienten virker/er påvirket af stofindtag (fx journal nr. 184x). Her går socialsygeplejersken i dialog med personalet og forklarer, at for nogle patienter med stofmisbrug, er det den måde, de håndterer stress og krise. Det indebærer også en dialog med patienten om fordelene ved ikke at være for påvirket i forhold til at kunne samarbejde om behandlingen. Det kan også dreje sig om patientforløb, hvor patienterne oplever sig forfordelt, fx ved ikke at kunne beholde ”deres” enestue (fx journal nr. 46x). Her forklarer socialsygeplejersken, at det ikke er fordi vedkommende er ”narkoman” (som patienten tænkte var forklaringen), men fordi der er dårligere patienter, som har mere brug for en enestue. Brobygningen kan også dreje sig om selve behandlingen; fx en patient, der er vred og frustreret over, at han ikke tilbydes operation (fx journal nr. 53y), hvor socialsygeplejersken må forklare, at det er for risikofyldt med en operation lige nu på grund af

en alvorlig infektion. Eller det kan handle om patienter, der føler, at personalet hurtigst muligt vil have dem udskrevet (fx journal nr. 238y). Her forklarer socialsygeplejersken, at de udskrives, fordi de er færdigbehandlede fra hospitalets side, og ikke "smides ud" fordi de er "narkomaner". Disse forklaringer er vigtige, fordi det kan have betydning for patientens tillid til systemet og vedkommendes motivation for at henvende sig om hjælp en anden gang. Og netop på denne måde styrkes patienternes tillid til systemet generelt, idet socialsygeplejersken med sin funktion tilbyder patienten en særlig omsorg og opmærksomhed, som der ellers sjældent er tid til på et travlt hospital. I det hele taget oplever socialsygeplejerskerne, at omsorgsbesøgene har stor værdi i forhold til at skabe et tåleligt rum for disse patienter, så de nemmere kan fuldføre deres behandling.

Opsummerende kan man sige, at sammenlignet med de øvrige kerneydelser, som socialsygeplejersken har, kan omsorgsbesøgene og pårørendefunktionen ses som mindre faglig og af mere personlig karakter. Men i kraft af den rolle som socialsygeplejersken indtager, som erstatning for en pårørende, samtidig med hun er en sygeplejerske i kittel, opstår der en særlig symbolik: Socialsygeplejersken træder delvist ud af den formelle og institutionelle ramme, men bibeholder stadig sit faglige ståsted og fokus (jf. kapitel 1). Stofmisbrugerne oplever at have en allieret: En person, de kan betro sig til og som kan tale deres sag. Én som har kendskab til, viden om og forståelse for det liv, de lever. Det har været tryghedsskabende og har båret vejen til et bedre samarbejde mellem personale og patient. At socialsygeplejersken har en pårørendefunktion betyder, at hun kan afsætte tid til uformelle møder med patienten på daglig basis. Samtidig giver omsorgsbesøgene særlig indsigt og viden om patienten og dennes livsforhold, som socialsygeplejersken, i overensstemmelse med patienten, videregiver i en faglig kontekst. Fx når der skal træffes beslutninger om behandling, operation eller udskrivelse. Her bidrager socialsygeplejersken til, at den rigtige beslutning træffes med sit særlige kendskab til patienten. Derfor har pårørendefunktionen også stor faglig relevans. Rollen har endvidere afgørende betydning i de situationer, hvor der opstår konflikter mellem patienten og det øvrige personale. Socialsygeplejersken har etableret en tillidsfuld relation til patienten og personalet, hvorfor hun er i en unik position som mægler og kan afbøde konflikter i pressede situationer.

2.6 Udskrivelse og ambulante forløb

Dagen før påske bliver socialsygeplejersken kontaktet af en afdeling med henblik på at hjælpe med udskrivelsen af en patient. Afdelingen har haft patienten indlagt en uge, men glemt at orientere og involvere socialsygeplejersken tidligere. Det drejer sig om en 50årig mand, som henvendte sig til skadestuen en uge tidligere med inficerede sår på begge ben. Sårene krævede IV-antibiotika behandling, hvorfor han blev indlagt. Desuden skulle han have blodtransfusion pga. en for lav blodprocent.

Da socialsygeplejersken møder ham, kan han ikke bruge sine ben. Han benytter en kørestol til at komme ud på toilettet, men er ellers selvhjulpnen, stille, stiller ingen krav og "affinder sig med alt". Patienten har ikke haft den store kontakt til personalet, og det er da også skiftende personale, som har haft med patienten at gøre. Patienten fortæller socialsygeplejersken, at han går i behandling på et misbrugscenter, hvor han får metadon. Han har ikke noget misbrug af stoffer eller alkohol. Han fortæller endvidere, at han op til indlæggelsen har boet på skift hos venner og sin kæreste. Sidstnævnte er han dog ofte uvenner med. Han har egen lejlighed, men den er tilsyneladende ubeboelig, da den er ét kaos og trænger til en stor hovedrengøring. Han har tidligere haft hjemmesygepleje til sårskift, men dette er indstillet indtil lejligheden er fremkommelig. Han har derfor fået hjælp til sårskift på sit misbrugscenter. Det er også med deres hjælp, at han har fået ansøgt – og bevilliget – en hovedrengøring af sin lejlighed.

Socialsygeplejerskeren kontakter sammen med patienten misbrugscenteret for at høre, hvordan det står til med lejligheden. Misbrugscenteret er i gang med sagen, men den står ikke klar endnu. Det er umuligt at få fat i kommunen på grund af påskeferien, så socialsygeplejersken aftaler med misbrugscenteret, at de vil varetage sårskift, når patienten udskrives, indtil hjemmesygeplejen kan overtage behandlingen igen. Det aftales, at hospitalet skal kontakte misbrugscenteret, når de udskriver patienten. Socialsygeplejersken skriver alle aftaler ned i lægejournalen, inden hun går på påskeferie.

Da hun kommer tilbage efter ferien, er patienten stadig indlagt. Han vil meget gerne udskrives. Socialsygeplejersken deltager på stuegang, og det aftales, at udskrivelsen kan ske samme dag. Patienten får sin medicin med og misbrugscenteret kontaktes med henblik på opfølgning næste dag. Patienten låner socialsygeplejerskens mobiltelefon og forsøger at kontakte kæresten om logi, da hans lejlighed fortsat er ubeboelig, men kærestens telefon er lukket. Patienten forsikrer imidlertid socialsygeplejersken om, at han nok skal få logi et eller andet sted.

Socialsygeplejersken følger patienten ud til hans cykel og hjælper ham med at læsse alle hans medbragte pakkenelliker. Hun ser ham cykle af sted i strålende humør, men noterer efterfølgende i hans projektjournal: ”Det er smadder ærgerligt, at jeg først bliver involveret i patienten dagen før påske. Personalet var ikke opmærksomme på, at jeg ikke var involveret og de var ikke opmærksomme på, at der var store sociale problemer, som vanskeliggjorde udskrivelsen. Det er svært at hjælpe patienten dagen før påskeferie, det er umuligt at få fat i kommunale samarbejdspartnere og alt går i stå. Det gode er, at patienten forblev indlagt påsken over og at han fik sufficient sårpleje gennem 12 dage og at der var tydelig bedring i hans bensår” (journal nr. 261y).

Ovenstående case er taget med, fordi den er et godt eksempel på, hvilke sociale problemer der ofte gør sig gældende i forbindelse med udskrivelsen af patienter i denne målgruppe: Manglende bolig, sårbart netværk, behov for samarbejde med eksterne samarbejdspartnere mv. Casen illustrerer endvidere betydningen af at tænke udskrivelse allerede ved indlæggelsens start, fordi vi af erfaring ved, at patienter med stofbrug har mange komplekse problemstillinger, der både har betydning for selve udskrivelsen, men også for patientens helbred og videre forløb. Dette fokus er socialsygeplejersken derfor særlig opmærksom på allerede inden første møde med patienten: Hvad er planen med indlæggelsen? Hvornår stiles der mod udskrivelse? Hvad skal være i orden for at dette kan lade sig gøre? Og når hun møder patienten første gang at undersøge: Hvordan bor vedkommende? Hvordan klarer patienten sig normalt i dagligdagen? Har/vil patientens situation ændre(t) sig under indlæggelsen (fx amputation)? Hvilket netværk (privat og professionelt) kan evt. hjælpe patienten efter indlæggelsen? Sammenfattet kan man sige, at socialsygeplejersken fra starten har fokus på følgende punkter:

- Patientens hjemlige og sociale forhold samt om patientens situation vil ændre sig under indlæggelsen (fx ved ændret funktionsniveau efter operation)
- Plan for opfølgning og samarbejdspartnere i forbindelse med udskrivelsen (generelt og specifikt i forhold til den iværksatte behandling)
- Lavpraktiske opgaver ved udskrivelsen

I dette afsnit uddyber vi ovenstående fokuspunkter, ligesom vi sidst beskriver opmærksomhedspunkter i forbindelse med ambulante patientforløb, som der har været 91 af i projektets somatiske projektdel. Derudover er der nogle særlige problemstillinger vedrørende udenbys

borgere og borgere, som opholder sig illegalt i Danmark. Dette vil også kort blive berørt.

2.6.1 Patientens hjemlige og sociale forhold

I det samlede projektmateriale fremgår det hyppigt, at hospitalspersonalet ikke altid er klar over eller opmærksomme på, hvilke problemstillinger socialt udsatte mennesker kan have. Problemstillinger som kan have stor betydning i forhold til en vellykket udskrivelse og det videre forløb. Ofte drejer det sig om at patientens bolig kan være så rodet og snavset, at hverken hjemmesygepleje eller patienten selv kan være der, som ovenstående case er et eksempel på (jf. journal nr. 261y). Der er således tale om udfordringer i forhold til de boligforhold, patienterne skal udskrives til. I flere tilfælde er det ikke fagligt forsvarligt at udskrive en ny opereret eller svækket patient til egen bolig, før boligen har fået en omfattende hovedrengøring (fx journal nr. 134x; 109y). I nogle tilfælde har igangsættelsen af en omfattende hovedrengøring betydet, at patienten først blev udskrevet til en aflastningsplads på et plejecenter, indtil boligen var klar igen (fx journal nr. 294y). Andre udfordringer i forhold til boligforhold kan dreje sig om boliger, hvor hoveddøren ikke kan lukkes, eller hvor komfur og ovn ikke virker (fx journal nr. 261y; 315y). Dette er naturligvis uhensigtsmæssigt, når patienten i forvejen er svag og underernæret (fx journal nr. 132x). I sådanne tilfælde kontakter socialsygeplejersken typisk patientens kommunale sagsbehandler eller boligkontoret for at få det bragt i orden, inden patienten udskrives og kan komme hjem (jf. journal nr. 315y). Men det kan også handle om, at patientens situation har ændret sig under indlæggelsen, fx at patienten får amputeret sine ben og bor i lejlighed uden elevator (fx journal nr. 13y). Udfordringerne omhandler også patienter, der ikke kan komme tilbage til det herberg, de boede på inden indlæggelsen: Fx et patientforløb, hvor patienten havde karantæne fra sit herberg på grund af trusler, hvorfor hun ved udskrivelsen stod til at skulle sove på gaden (fx journal nr. 132y). Eller det kan dreje sig om patientforløb, hvor patientens plejehjem ikke vil tage patienten tilbage efter indlæggelsen, da de vurderer, at personen er for syg (fx journal nr. 281x). Andre eksempler fra patientjournalerne omhandler problemer på grund af disse patienters kaotiske liv og manglende overskud i forhold til almindelige hverdagsting, der ikke er i orden: Fx at patienten ikke længere har en nøgle til sin lejlighed, hvorfor der må tilkaldes låsesmed ved udskrivelsen (fx journal nr. 84y;

288y) eller patienter, der under indlæggelsen er blevet smidt ud af deres samlever og derfor ikke længere har et sted at bo (fx journal nr. 192y), samt patienter, der er blevet sat ud deres lejligheder af foged lige inden eller i forlængelse af indlæggelsen (fx journal nr. 31x; 262y).

Boligforhold – eller mangel på samme – har derfor været et konstant fokus hos socialsygeplejerskerne i forhold til udskrivelsesplanen. Ud af de 704 patientforløb boede 101 patienter på gaden, sov på gulvet på en nat-café eller lånte en sofa hos en kammerat (svarende til 14 %, hvilket altså gælder for hver 7. patient). 68 boede på herberg. 17 patienter boede hos enten slægtninge eller kærester. Sidstnævnte registrering kan dække over en varig boform, men ofte er der tale om en meget skrøbelig og mindre holdbar boligsituation, som indledningscasen også er et eksempel på (jf. journal nr. 261y). De resterende patientforløb er registreret under ”varig boform”, hvilket dækker over forskellige former for bofællesskab, egen lejlighed, ”skæv bolig” eller plejehjem. Men selv i denne gruppe kan boligsituationen som vist ovenover være problematisk og uholdbar, fx fordi patienten er smidt ud pga. trusler eller truet med udsættelse på grund af naboklager mv. Socialsygeplejersken forsøger med denne viden og fokus at finde mere holdbare løsninger, der kan støtte op om den behandling, hospitalet har igangsat.

2.6.2 Plan for opfølgning og samarbejdspartnere i forbindelse med udskrivelsen

I forhold til udskrivelsen sikrer socialsygeplejersken sig for det første, at de rette samarbejdspartnere ved, at patienten skal udskrives, at andre dermed står klar til at tage over. Det er et tidskrævende arbejde og forudsætter en del telefonsamtaler, hvor socialsygeplejersken forsøger at etablere et sikkerhedsnet om patienten, så denne kan udskrives og den iværksatte behandling støttes/videreføres. Patienter, der allerede er tilknyttet et herberg, har den fordel, at der er en klar opgavefordeling og tydelig samarbejdspartner for socialsygeplejersken. I forbindelse med udskrivelse har patienten mulighed for at få sygepleje fra de sygeplejersker, der arbejder på herberget og hermed få hjælp til sårskift, medicinudlevering etc. (fx journal nr. 264x; 63y). For de patienter, der bor på gaden, forsøger socialsygeplejersken at få dem ind på et herberg efter indlæggelsen. Men det er ikke alle, der ønsker et sådant tilbud (fx journal nr. 57x; 242y). I disse tilfælde forsøger socialsygeplejersken så at finde ud af,

hvad patienten så er indstillet på: At få hjælp til sårskift eller lignende på en sygeplejeklinik (fx journal 51y), i et sundhedsrum (fx journal nr. 247x), ved sundhedsteamet (fx journal nr. 160x; 191y) eller måske på rådgivningscenteret/misbrugscenteret, hvor patienten henter sin metadon (fx journal nr. 176x). I den samlede registrering af somatikken patientforløb, var patienternes boligforhold ikke afklarede ved udskrivelsen i 83 tilfælde. Disse tal dækker over både indlagte patienter med og uden bolig. 8 patienter, hvis boligforhold ikke var afklaret ved udskrivelsen, havde bolig. Men boligen kunne være uegnet til ophold, hvorfor socialsygeplejerskerne har arbejdet for en anden løsning. Derudover var 75 gadehjæmløse, da de blev indlagt. Dette blev i projektet reduceret til 35 i forbindelse med udskrivelsen. Det vil sige, at for ca. halvdelen af patienterne lykkedes det for socialsygeplejerskerne at finde en boligløsning af kortere eller længere varighed. Sidst blev to svenske patienter overflyttet til Sverige og 3 overflyttet til psykiatriske afdelinger.

I forbindelse med udskrivelsen er socialsygeplejersken også særlig opmærksom på patientens medicinske behandling: I forhold til patienter i substitutionsbehandling afklarer socialsygeplejersken, hvornår og hvordan patienten skal få sin substitutionsmedicin efter udskrivelsen. Hun sikrer et overlap til misbrugscenteret på udskrivelseshverdage (fx journal nr. 172y). Hvis patienten udskrives en fredag, er det vigtigt at sørge for, at patienten får metadon med hjem til weekenden for at undgå abstinenssymptomer (fx journal nr. 79y; 242y). I det hele taget lægges der klare aftaler for, hvor og hvornår patienten kan forvente at få udleveret sin medicin næste gang og patienten får så passende doser medicin med fra hospitalet indtil da.

I projektperioden rejste der sig en generel problematik vedrørende substitutionsbehandlingen i overgangen fra hospital til misbrugscenter: Som nævnt i afsnittet om håndtering af abstinenssymptomer, er nogle stofmisbrugere sat i abstinensbehandling med metadon under indlæggelsen. Men ved udskrivelsen fra hospitalet har disse patienter ikke kunnet overgå til vedligeholdelsesbehandling med metadon, før de havde fået en tid til forsamtale og lægesamtale på misbrugscenteret med henblik på indskrivelse i behandlingen (fx journal nr. 24x; 209x). I flere tilfælde lå en dato for lægesamtale på misbrugscenteret/rådgivningscenteret typisk 14 dage efter første henvendelse. Dette er problematisk, da patienterne ikke nødvendigvis er i stand til at genoptage jagten på penge og stof efter indlæggelsen. De er færdigbehandlede, men ikke raske. Problemet med den manglende substitutionsbehandling efter udskrivelsen, blev proble-

matiseret overfor Københavns Kommunes socialoverlæge, hvor denne problemstilling gjorde sig gældende. Henvendelsen afstedkom en ændring i indskrivelsesproceduren til misbrugsbehandlingen i Københavns Kommune. Retningslinjerne er nu således, at patienter, som er startet op med abstinensbehandling på hospitalet, kan fortsætte denne behandling straks efter udskrivelse uden ventetid (se bilag 6).

Hvis patienten har brug for anden medicinsk behandling, såsom fortsat antibiotisk behandling, sørger socialsygeplejersken for, at patienten får medicin med til resten af kuren, da erfaringerne viser, at patienter med stofbrug ofte glemmer eller nedprioriterer at indløse recepten (fx journal nr. 339y) eller ganske enkelt ikke har råd til at købe den ordinerede medicin (fx journal nr. 376y). Der kan også være patienter, hvor socialsygeplejersken vurderer, at det er en fordel, at den ordinerede antibiotika/medicin bliver administreret og udleveret fra patientens rådgivningscenter/misbrugscenter for at sikre, at patienten følger sin behandling (fx journal nr. 86y). Ved langvarig medicinsk behandling for tuberkulose eller HIV bliver der truffet særlige foranstaltninger i tæt samarbejde med gadesygeplejersker (fx journal nr. 191y), sundhedsrum og sygeplejeklinikker (fx journal nr. 247x), eller rådgivnings-/misbrugscentre eksempelvis fordi patienten har brug for at få hjælp til at opbevare og/eller huske at tage sin medicin (fx journal nr. 413y).

I enkelte tilfælde fremgår det, at hjemmeplejen afviser at komme i patientens hjem pga. tidligere uoverensstemmelser (fx journal nr. 16y). I sådanne tilfælde må socialsygeplejersken finde andre løsninger; fx at patienten i stedet får hjælp til sårskift på sit misbrugscenter. I et enkelt tilfælde hjalp socialsygeplejersken hjemmeplejen med at genopbygge relationen mellem hjemmesygeplejen og patienten, ved at være til stede i patientens lejlighed, de første par gange hjemmesygeplejen kom for at overtage sårskiftningen (jf. journal nr. 147y). I flere af patientforløbene kontakter socialsygeplejerskerne sygeplejersker fra de opsøgende teams eller fra sygeplejeklinikker, som så påtager sig opgaven med den videre sårbehandling. Socialsygeplejersken sørger da for, at disse patienter får forbindelser, sårplejeplan mv. med ved udskrivelsen (fx journal nr. 264x). I særlige tilfælde, hvor hun vurderer det nødvendigt, bruger hun tid på hjemmebesøg og lignende (som i journal nr. 147y).

Som det fremgår af ovenstående eksempler på forhold omkring patientens efterbehandling, kræver det koordinerende arbejde et bredt kendskab til de udfordringer, disse patienter ofte kan have i dagligdagen, til

barrierer, der kan være i forhold til at gennemføre den fortsatte behandling, samt kendskab til mulige foranstaltninger og samarbejdspartnere, der kan trækkes på. Dette arbejde er som nævnt tidskrævende: Socialsygeplejersken bruger dels meget tid på at finde de relevante samarbejdspartnere påkrævet i den konkrete situation, dels på at tale i telefon med de forskellige samarbejdspartnere. I forbindelse med de indlagte patientforløb skal det dog her nævnes, at socialsygeplejersken i 433 forløb har haft kontakt med misbrugscentre, i 130 forløb har haft kontakt til hjemmeplejen, i 79 forløb har haft kontakt med gadeplansmedarbejdere og -sygeplejersker, 66 forløb har haft kontakt med støttekontaktperson, i 59 forløb med herberger. I 64 af forløbene var der ikke behov for at kontakte andre samarbejdspartnere. Der er ikke registeret samarbejdspartnere i de ambulante forløb.

Det er projektets erfaring, at det er vigtigt, at socialsygeplejerskerne bliver involverede så tidligt som muligt i patientforløbene, da nogle af de koordinerende og/eller nødvendige opgaver (som fx boligforholdene i den indledende case) er tidskrævende at få bragt i orden. Dette tidskrævende opsporings- og koordineringsarbejde er ikke en reel mulighed for hospitalspersonalet. I den kvalitative undersøgelse udtrykte en oversygeplejerske det på følgende måde:

Antropolog: Hvilken type situationer var det I stod med før, når I skulle udskrive disse patienter?

Oversygeplejerske: Så prøvede man efter bedste evne, vi har nogle mapper [med misbrugs- og hjemløse institutioner], som ikke er opdaterede siden 2007. Så det var et kæmpearbejde. Vi brugte tid på at finde ud af, hvor vi skulle gøre af patienterne. De har måske heller ikke fået det mest optimale tilbud, fordi vi ikke havde mulighed eller tiden til at finde ud af det.

Antropolog: Er det så viden om dét, socialsygeplejersken bidrager med?

Oversygeplejerske: Ja, absolut. Vi sparer arbejdstid, plus kvaliteten for patienten er blevet væsentlig bedre. (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2011).

2.6.3 Lavpraktiske opgaver ved udskrivelsen

I dagene op til selve udskrivelsen forholder socialsygeplejersken sig til ganske lavpraktiske, men ikke desto mindre væsentlige forhold: Det omhandler fx patientens tøjstatus og fodtøj (jf. forrige afsnit). Derudover hjælper socialsygeplejersken med at pakke patientens ting og når det er nødvendigt følger vedkommende til enten bus/cykel (som i afsnittets indledende case), eller hun hjælper i enkelte tilfælde med en taxa (fx journal nr. 295y). Flere patienter får endvidere mulighed for at benytte hospitalets kørselsordning, de såkaldte VBT-busser (fx journal nr. 109x; 339y). For mange af projektets patienter kan det være helt uoverskueligt at finde hjem på egen hånd, også selvom ”hjem” er at blive sat af ”i gaden”¹³. Det kan derfor være en støtte, at socialsygeplejersken følger patienten til rette transportmiddel (fx journal nr. 90y).

2.6.4 Udenbys borgere

En særlig udskrivelse- og opfølgningsproblematik gør sig gældende i forhold til to forskellige patientgrupper i projektet: Den ene gruppe omhandler patienter, som har bopælsadresse i kommuner uden for hospitalets normale optagerområde, fx bopælskommune i Jylland, men som opholder sig på gaden i København (fx journal nr. 374y). Eller patienter, som opholder sig i Danmark, men som ikke er danskere. Begge patientgrupper omhandler imidlertid en generel problematik med henholdsvis udenbys og udlændinge og deres adgang til hjælp og behandling. Det er velkendt i systemet, at flere udenbysborgere ikke har nem og lige adgang til den samme hjælp på grund af juridiske forhold og fortolkninger om opholdskommune og handlekommune (jf. Retssikkerhedsloven § 9). I forhold til Projekt Socialsygepleje har disse patienter givet socialsygeplejerskerne en særlig udfordring, når det gælder opfølgning og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere. Der kan omhandle problemer med at få substitutionsmedicin, hvis man fx har adresse i Jylland, men opholder sig i København (fx journal nr. 289y). Eller problemer med at få bopælskommunen i Jylland til at give plejehjemstilsagn i Københavnsområdet til en borger, de ikke har haft kontakt til i mange år, fordi han opholder sig i København (fx journal nr. 337y). Udfordringen har i nogle tilfælde også omhandlet folk fra vores nabolande, det kan fx være patientforløb, hvor patienterne kommer fra Sverige, Finland eller Polen, men lever, tager stoffer og prostituerer sig i København (fx journal nr. 15x; 25y).

13]

Når der henvises til gaden i teksten, dækker det over gadelivet, som for mange patienter med stofbrug er der, hvor de lever deres liv og i flere tilfælde bor.

I såvel patientforløb om udenbys borgere som folk fra nabolande, arbejder socialsygeplejersken på at finde den rette kontaktperson og dermed finde en løsning i forhold til deres problemstillinger (fx journal nr. 269x; 24y).

2.6.5 Ambulante patientforløb

For de patienter, der efterfølgende skal komme til ambulante kontrol, spiller socialsygeplejersken også en rolle: Inden patienten udskrives, aftaler hun med den pågældende at tage kontakt til vedkommende forud for selve dagen for den ambulante kontrol. Det kan være via sms eller ved at kontakte herberg, støttekontaktperson eller gadeplansmedarbejder, som så hjælper patienten af sted til tiden, den rette dag (fx journal nr. 372y). I de fleste tilfælde står socialsygeplejersken klar på hospitalet til at følge patienten til denne ambulante undersøgelse eller behandling (fx journal nr. 67x). I forbindelse med den kvalitative undersøgelse, kunne man således observere socialsygeplejersken hilse på og følge de ambulante patienter til undersøgelser/aftaler indimellem opgaverne med de indlagte patienter (jf. midtvejsstatus, Ludvigsen 2011).

Det kan også dreje sig om at afklare, hvilken aftaleform, der passer patienten bedst i forhold til ambulante kontroller etc., fx en aftale om, at fremtidige indkaldelser skal sendes til vedkommendes misbrugscenter fremfor hjemmeadressen (fx journal nr. 106x), eller at indkaldelser fra hospitalet skal gå via patientens støttekontaktperson (fx journal nr. 157y). At finde og aftale den rette kontaktform er vigtig, fordi disse patienter ofte ikke befinder sig regelmæssigt på deres bopæl, hvis de har en, og ikke regelmæssigt tømmer deres postkasse. Det betyder, at den normale standard for indkaldelse til ambulante kontroller sjældent fungerer for denne patientgruppe. Derudover kan nogle patienter være så kaotiske og glemsomme, at de ikke kan huske datoer for ambulante kontroller, hvorfor socialsygeplejerskens opringning nogle dage før, kan være den medvirkende årsag til, at patienten rent faktisk husker at komme (fx journal nr. 67x; 79x).

Socialsygeplejerskernes betydning i forhold til den ambulante opfølgning, understregede en overlæge, da antropologen var med socialsygeplejerskerne rundt på hospitalerne. Ifølge overlægen ser personalet nu patienterne til de ambulante kontroller, hvilket sjældent var tilfældet før socialsygeplejerskernes tilstedeværelse (fra feltnotater i forbindelse

med den kvalitative undersøgelse 2011). I forbindelse med de ambulante patienter skal det her nævnes, at hospitalet også viser stor fleksibilitet i forhold til at nå disse patienter, når de møder op til kontrol: Eksempelvis patienter, som dukker op på en forkert dato, men alligevel straks modtager behandling, fordi personalet ved, at det tidligere har været svært at få patienten til at møde op (fx journal nr. 246y; 251y). I et par tilfælde har læger også bedt socialsygeplejersken forsøge at opspore patienter, som igennem længere tid ikke er mødt op til behandling/kontrol (fx journal nr. 253y; 372y). Her trækker socialsygeplejerskerne på deres brede netværk blandt gadeplansarbejdere mv. som så får etableret kontakt til pågældende patient.

Opsummerende må det understreges, at fordi en patient er færdigbehandlet fra hospitalets side, betyder det langt fra altid, at vedkommende er blevet helt rask. Der er ofte tale om behov for efterbehandling i form af genoptræning, medicin, sårskift, ambulante kontroller, for ikke at tale om støtte og omsorg, ernæring, rekreation efter sygdom og indlæggelse. Og her spiller socialsygeplejersken en vigtig rolle, fordi hun hjælper personalet med at finde og lave aftaler med relevante samarbejdspartnere, så den videre behandling kan håndteres så optimalt som muligt.

I forhold til den gode udskrivelse handler det således om at sikre det nødvendige netværk af professionelle, som kan følge op på patientens behandling og helbred. Men det handler også om at sikre, at patienten overhovedet kan udskrives, eller om vedkommende mangler sko/tøj, om boligforholdene er i orden i forhold til patientens helbredssituation mv. Det er disse fokusområder, som projektet har haft for øje og som har vist sig, at have betydning i forhold til en vellykket udskrivelse.

2.7 Konklusioner: Socialsygeplejerskens specialviden

I dette kapitel har vi beskrevet projekterfaringerne med socialsygeplejersker i somatikken. Mange af de kerneydelser som socialsygeplejerskerne har fokus på her, handler, som nævnt i kapitel 1, grundlæggende om god sygepleje, kvalificeret med specialviden om mennesker med stofmisbrug. I dette afsnit opsummerer vi socialsygeplejerskens arbejde og den specialviden deres arbejde fordrer; fra patientens indlæggelse til udskrivelsen, samt planen for det videre forløb.

Når socialsygeplejersken møder patienten første gang, er det vigtigste at få etableret en god og tillidsfuld relation. Det gør hun ved at vise sin nytteværdi for patienten: I den kvalitative undersøgelse præsenterede socialsygeplejersken sig som én, der var ansat til at sikre, at patienter med stofbrug eller tilknyttet stofmisbrugsbehandling får en god indlæggelse, får deres substitutionsmedicin mv. Ligeledes spørger hun altid, om der er noget patienten mangler; cigaretter, noget at læse i, om patienten har fået mad mv. Hun forsøger endvidere at skabe tillid, ved at holde det hun lover, fx at komme igen senere eller få stillet spørgsmål til personalet, som patienten selv har været for nervøs til at stille (fx om vedkommende kan få noget smertestillende). Socialsygeplejersken begynder også, så hurtigt som patienten giver lov til det, at få afdækket vedkommendes:

1. Erfaringer med at være indlagt; hvordan gik det sidste gang og hvad skal der til for, at denne indlæggelse kan blive god?
2. Eventuelle abstinenser
3. Eventuelle smerter
4. Boligsituation; har vedkommende en bolig og i hvilken stand? Bor patienten på gaden? Hvad skal iværksættes og hvem skal eventuelt inddrages?
5. Andre problemstillinger; fx sociale problemer, misbrugsproblemer, samarbejdsproblemer mv.

Når socialsygeplejersken vælger at tale med patienten om erfaringer ved tidligere indlæggelser, er det fordi det giver et godt billede af, hvad patienten kan være nervøs for og på vagt overfor i den aktuelle indlæggelse, samt hvilket fokus hun og personalet dermed skal have under denne indlæggelse, for at både samarbejde og indlæggelse kan blive god. Ved den første kontakt forholder socialsygeplejersken sig også til patientens abstinenser og stiller kvalificerede spørgsmål for at få afdækket omfanget, hvilket skaber tryghed og ro hos patienten. Hun får vist patienten, at hun har en særlig viden og kendskab til gadens stoffer, til substitutionsbehandling og til misbrug. Hun taler i et sprog og om en subkultur, som patienten kender og kommer fra. Hun forholder sig pragmatisk og anerkendende til denne afklaring, uden fordømmende kommentarer eller nedladende bemærkninger. Socialsygeplejersken foretager desuden en faglig udredning og forsøger efterfølgende at få personalet til at foretage en faglig håndtering af abstinens- og smerteproblematikken. Såfremt patienten har smerter – eller kan forvente at få smerter efter fx en opera-

tion – vil socialsygeplejerskens fokus være, at der bliver lagt og ordineret en god smerteplan allerede før operationen.

Som det er beskrevet i dette kapitel, er det essentielt for det gode og tilfidsfulde samarbejde, at patienten føler sig mødt og forstået med de særlige problemstillinger, som omhandler abstinenssymptomer og smerter. Når socialsygeplejersken tager hånd om dette på patientens vegne, forsvinder mange bekymringer og der kommer en ro og tryghed hos patienten. I den kvalitative undersøgelse udtrykte de interviewede patienter netop lettelsen ved at møde et personale som socialsygeplejersken, der kender og forstår deres situation. Her handler det ikke kun om en umiddelbar lindring fra et fysisk ubehag (smerter eller abstinenssymptomer), men også om taknemmelighed og lettelse ved at møde den omsorg, der ligger i at vise forståelse for patientens situation og problemstillinger. Dette især fordi disse patienter ofte har negative erfaringer fra tidligere indlæggelser eller henvendelser til det offentlige system.

Erfaringerne fra projektet har endvidere vist, vigtigheden i at få afklaret, hvad der er patientens behov her og nu, hvilket kan adskille sig meget fra, hvad sundhedspersonalet vurderer, som det vigtigste behov og den højeste prioritet: Eksempelvis at patienten skal opereres og gøres klar til det. For patienten er det vigtigste sjældent helbredet og egenomsorgen, men derimod at nogen tager sig af vedkommendes hund under indlæggelsen eller at vedkommende bliver nødt til først at få betalt huslejen eller en gæld i gaden, før patienten kan koncentrere sig om behandlingen og det, der skal ske på hospitalet. Disse behov og prioriteringer omhandler patientens virkelighed. En virkelighed socialsygeplejersken og det øvrige personale er nødt til at forstå og forholde sig til – for ellers lykkes resten af behandlingen og patientsamarbejdet sjældent. Denne patientgruppe er vant til at klare sig selv, tage vare på eget liv og helbred ud fra nogle betingelser og prioriteringer, der kan være meget anderledes end dem mennesker uden stofmisbrug træffer. I en stofmisbrugers verden er der ikke altid ”råd til egenomsorg”. Først når huslejen/gælden er betalt og håndteret, eller en tilfredsstillende pasning er fundet til hunden, kan det videre behandlings- og patientsamarbejde indledes. Når de akutte behov, både de praktiske og de fysiske, således er håndteret, begynder socialsygeplejersken at orientere sig mod planen for udskrivelse. Erfaringerne har vist, at det ikke blot er en fordel, men også nødvendigt at få afklaret udskrivelsen allerede ved begyndelsen af indlæggelsen, uanset om det er en kort eller en lang indlæggelse, da der ofte er andre problemstillinger, der skal tages hånd om, inden patienten kan udskrives.

Noget af det, der især blev tydeligt i den kvalitative undersøgelse midtvejs i projektet, er det faktum, at socialsygeplejersken arbejder i et hospitalsvæsen, hvor effektivitet og accelererede patientforløb er i fokus. Det betyder, at patienterne udskrives, så snart det vurderes, at det problem de blev indlagt med, er færdigbehandlet fra hospitalets side (Ludvigsen 2012; 2011). Samtidig har Projekt Socialsygepleje arbejdet for, at projektets patienter ikke blev udskrevet til gaden (se også kapitel 1). Socialsygeplejersken har således forsøgt at imødekomme målsætninger og ambitioner fra begge sider.

At have fokus på udskrivelsen allerede ved indlæggelse er ikke enestående for socialsygeplejersken. Dette fokus er også kendt i forhold til andre patientgrupper, fx ældre patienter. Her er et formelt samarbejde mellem hospital og kommune etableret. Der ligger således klare aftaler og procedurer for, hvordan hospitalet udskriver ældre patienter og hvorledes hjemmepleje, egen læge mv. tager over. Der er ansat såkaldte samordningskonsulenter og følgehjems teams, så den ældre ikke slippes før en anden instans har taget over (jf. kapitel 1). Når et lignende fokus er blevet en kerneydelse for socialsygeplejersken, er det som nævnt fordi udskrivelsen for patienter med et stofbrug kan være en kompliceret og langstrakt opgave. Som beskrevet i dette kapitel, kan boligsituationen være særdeles problematisk og i mange tilfælde ikke-eksisterende. Dertil drejer det sig ofte om patienter, hvis sociale situation er ganske kaotisk, hvilket vil have betydning for, hvorvidt patienten kan følge hospitalets anbefalinger og planlagte efterbehandling. Man kunne derfor med fordel lade sig inspirere af de procedurer og aftaler, der gælder ældre patienter, når man har med hjemløse og meget udsatte patienter at gøre. I dag er det sådan, at hospitalet intet formelt samarbejde har i forhold til denne patientgruppe og personalet har kun ringe kendskab til de tilbud, der eksisterer og kan benyttes af målgruppen, samt lille kendskab (hvis noget) om, hvordan visitationsprocedurerne er til de forskellige tilbud. Indenfor hjemløse- og misbrugsområdet findes der en lang række udbydere, både kommunale, private og frivillige organisationer og aktører, som ofte ændrer sig eller lukker. Der er derfor behov for fortløbende at være orienteret og have de nødvendige og aktuelle kontakter og relationer, så arbejdsgangene bliver gnidningsfrie og effektive. Det er netop denne viden en socialsygeplejerske har (skal have) oparbejdet, ligesom hun opretholder (skal opretholde) et bredt og fagligt solidt netværk, så hun kan trække i de rigtige tråde.

I samråd med patienten kontakter socialsygeplejersken dette faglige og eksterne netværk, når patienten er indlagt. De eksterne samarbejdspartnere kan dels give en uvurderlig information om patienten, som kan være med til at kvalificere indsatsen under indlæggelsen, samt planen for udskrivelsen. I projektet har det fx omhandlet kontakt til en række nøglepersoner fra gadeplansindsatsen i hovedstadsområdet, der har hjulpet med at skabe et overblik over patientens sociale situation. Eksempelvis om patienten har et sted at bo efter udskrivelsen. Eller socialsygeplejersken har genetableret en brudt kontakt mellem patienten og hjemmepleje /gadeplansteam eller lignende, og eksempelvis har kunnet overbringe patienten gode nyheder om, at en plads på et herberg er klar efter udskrivelsen eller at en længe ventet døgnbehandling er blevet bevilget. De eksterne samarbejdspartnere har også bidraget med information om patientens habituelle tilstand og funktionsniveau: Nogle patienter har været igennem en lang og voldsom deroute forud for indlæggelsen, hvorfor mødet med hospitalet kan være starten på at bryde denne deroute, ved at få etableret støtte i hverdagen og hjælp til at komme i fx substitutionsbehandling eller hjælp til at finde en boform fremfor hjemløshed. For hospitalspersonalet er det umuligt at finde ressourcer til at holde sig ajour med de indsatser og tilbud, der findes til patienter med stofmisbrug og hjemløshed, ligesom de ikke ville have tid til at bygge bro mellem patient og hjemmepleje/gadeplansmedarbejdere mv. Socialsygeplejersken har derfor en relevant opgave her.

Det er således vigtigt at slå fast, at blot fordi patienten er færdigbehandlet i hospitalsregi, betyder det ikke, at patienten nødvendigvis er rask og klar til at genoptage sit vanlige liv. Et liv, der kan betyde at sove på gaden, skaffe penge til stoffer og/eller prostituere sig. Eller dreje sig om mere almenkendte udfordringer, som at skulle kunne komme op på 3. sal med indkøbsposer eller lignende efter en benamputation. Nogle patienter er endvidere så psykisk skrøbelige, at de ikke evner at tage vare på sig selv, hvorfor socialsygeplejersken tager initiativ til, at der bevilges en støttekontaktperson eller at gadeplansmedarbejdere fra kommunen kontaktes med henblik på intensivering af støtte og hjælp. Da stofmisbrugernes netværk er meget sparsomt, har socialsygeplejerskerne hele tiden fokus på patientens samlede situation i vurderingen af, hvorvidt patienten kan klare sig efter udskrivelse, fordi der langt fra altid er pårørende til at hjælpe. Det har betydet alt fra etablering af hjemmehjælp, hovedrengøring af lejlighed, hjælp til udbringning af substitutionsmedicin, til rekreative – og genoptræningsophold af kortere eller længere varighed mv.



KAPITEL 3

ÆNDRER SOCIALSYGGE- PLEJE INDLAGTE STOF- MISBRUGERES FORBRUG AF SYGGEHUSYDELSER?

3

ÆNDRER SOCIALSYGEPELJE INDLAGTE STOFMISBRUGERES FORBRUG AF SYGEHUSYDELSER?

- EN REGISTERUNDERSØGELSE

Af: Seniorspecialist DR MED Lars Iversen og konsulent Heidi Wiberg Johansen, COWI

Som led i evalueringen af socialsygeplejerskeforsøget på Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler har KABS bedt COWI om at gennemføre en registerundersøgelse, der skal belyse følgende spørgsmål:

1. Hvilke stofmisbrugere kommer socialsygeplejerskerne i kontakt med på Bispebjerg/Hvidovre?
2. Hvordan er stofmisbrugernes forbrug af sygehusydelser (indlæggelse, sengedage, ambulante besøg og skadestuebesøg) før og under interventionsperioden?
3. Fører kontakt med socialsygeplejerske til ændringer i forbruget af sygehusydelser?
4. Hvordan påvirkes de regionale omkostninger?

3.1 Overvejelser om undersøgelsesdesignet

Det ideelle design ikke muligt

Det ideelle design til at belyse disse spørgsmål vil være et kontrolleret, randomiseret studie, hvor stofmisbrugere på de to sygehuse på tilfældig vis opdeles i to grupper: Hvor den ene gruppe får kontakt med socialsygeplejerske, og den anden gruppe får den sædvanlige behandling på sygehusene. Hermed etableres to grupper af stofmisbrugere, hvor den afgørende forskel alene er, hvorvidt de kommer i kontakt med socialsygeplejerske eller ej. En forskel i forbrug af sygehusydelser mellem de to grupper vil herefter med stor sikkerhed kunne tilskrives kontakten til socialsygeplejersken og ikke forskelle i sammensætningen af de to grupper.

Næppe tilfældigt, hvem socialsygeplejersken kommer i kontakt med

I socialsygeplejerskeforsøget har det ikke været muligt at lave sådan opdeling i en interventionsgruppe og kontrolgruppe, og det er derfor næppe tilfældigt, hvilke stofmisbrugere, der kommer i kontakt med socialsygeplejerskerne under indlæggelsen. Det vil formentlig være stofmisbrugere, der frembyder særlige problemer under indlæggelse, måske er særligt syge, eller som har et meget synligt misbrugsproblem, hvorimod mere velfungerende stofmisbrugere nemmere kan "overses". Socialsygeplejerskerne vil heller ikke få kontakt med stofmisbrugere, der indlægges i weekenden, hvor der ikke er socialsygeplejersker. Eller stofmisbrugere, der kun er indlagt en dag, hvor socialsygeplejerskerne ikke når at få kontakt, før stofmisbrugeren har forladt sygehuset.

Selektion til og effekt af socialsygeplejerskekontakt

Forskelle i forbrug af sygehusedelser mellem stofmisbrugere, som har været henholdsvis ikke har været i kontakt med socialsygeplejerske, kan derfor bero på to forskellige mekanismer:

- **Selektion:** Socialsygeplejerskerne kommer i kontakt med en særligt selekteret - måske belastet - kategori stofmisbrugere, der bliver indlagt
- **Effekt:** Socialsygeplejerskerne påvirker direkte stofmisbrugernes compliance i forhold til behandlingen, og dette giver sig fx til udtryk i længere indlæggelser eller flere ambulatoriebesøg.

Det er vigtigt at kunne adskille disse to mekanismer, når man skal vurdere betydningen af socialsygeplejerskekontakten. Der redegøres i det næste afsnit for, hvorledes vi har søgt at gøre det inden for de rammer, som en registerbaseret undersøgelse giver mulighed for.

3.2 Undersøgelsens design og datamateriale

COWIs registeranalyse bygger på en samkøring af *Register over stofmisbrugere i behandling* (SIB) og *Landspatientregistret* (LPR)¹⁴.

14)
Fra Datatilsynet er indhentet
tilladelse til samkøring.

Register over stofmisbrugere i behandling (SIB): Register over stofmisbrugere i behandling indeholder oplysninger om: Misbrugerens stamdata (CPR-nummer, opholdskommune, nationalitet, mv.), misbrugerens socioøkonomiske karakteristika (skole- og erhvervsuddannelse, hovedindtægtskilde, boligsituation, civilstatus, børn mv.), hvilke stoffer, der indtages (hovedstof + sidestoffer), hvordan stoffet indtages (injektion, rygning, mv.), behandlingen (type og omfang).

Landspatientregistret (LPR)

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen - for eksempel i forbindelse med undersøgelse eller behandling, registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret. Oplysningerne registreres i forbindelse med indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestue.

Landspatientregisteret indeholder, for hver 'kontakt', blandt andet oplysninger om sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, evt. diagnoser og operationer.

3.2.1 Afgrænsning af undersøgelsespopulation

Socialsygeplejerskerne har registreret cpr-nummer for hver stofmisbruger, som de har været i kontakt med, og disse stofmisbrugere udgør interventionsgruppen. Med henblik på at etablere grupper af andre stofmisbrugere, som interventionsgruppen kan sammenlignes med, er der foretaget følgende:

Registersamkøring

SIB er samkørt med LPR med henblik på at identificere stofmisbrugere, der har været i behandling inden for de sidste 10 år, og som har været indlagt på Bispebjerg og Hvidovre fra 15.2 2010 til 31.12 2011 eller på et eller flere af Region Hovedstadens øvrige hospitaler i samme periode.

Fra Sundhedsstyrelsen er indhentet et udtræk fra SIB, der omfatter alle, der har været i stofmisbrugsbehandling fra januar 2001. For hver person er oplyst cpr-nummer, seneste behandlingsforløb med angivelse af indskrivningsdato, oplyst alder ved første injektion, alder ved første indtagelse med injektion samt hovedstof (opioider, hash, centralstimulerende stoffer mv.).

De tre analysegrupper

På grundlag af socialsygeplejerskernes registreringer og samkøringen mellem SIB og LPR er der etableret følgende tre analysegrupper:

- Interventionsgruppen, dvs. stofmisbrugere som socialsygeplejerskerne har været i kontakt med i 2010-2011.
- Ikke-interventionsgruppen, der er personer registreret i SIB, som har været indlagt på Bispebjerg/Hvidovre i 2010-2011, og som ikke har været i kontakt med socialsygeplejerskerne.
- Andre-gruppen, der er personer registreret i SIB, og som kun har været indlagt på andre sygehuse i Region Hovedstaden end Bispebjerg/Hvidovre i 2010-2011.

Af tabel 2-1 - se næste side - fremgår, at interventionsgruppen udgør 324 personer, ikke-interventionsgruppen 3811 personer og andre-gruppen 3491 personer. Den samlede population udgør i alt 7626 personer, heraf var der indlagt 3727 personer i interventionsperioden.

På Hvidovre/Bispebjerg er der i alt indlagt i interventionsperioden 315 i interventionsgruppen, 2075 i ikke-interventionsgruppen og 1337 i andre-gruppen. Det fremgår endvidere, at der i interventionsperioden har været indlagt i alt 2390 stofmisbrugere på Hvidovre/Bispebjerg (315 i interventionsgruppen og 2075 i ikke-interventionsgruppen), hvoraf socialsygeplejerskerne har været i kontakt med 315. Det svarer til cirka 15 % af alle indlagte stofmisbrugere i interventionsperioden.

I interventionsperioden har 286 i interventionsgruppen og 3000 i ikke-interventionsgruppen ambulante kontakter, og 274 i interventionsgruppen har skadestuebesøg mod 2784 i ikke-interventionsgruppen. Andelen blandt stofmisbrugere med ambulante kontakter eller skadestuebesøg, som socialsygeplejerskerne har været i kontakt med på Hvidovre/Bispebjerg i interventionsperioden, er cirka 10 %.

Socialsygeplejerskerne kommer således kun i kontakt med en mindre del af de indlagte stofmisbrugere på Hvidovre/Bispebjerg. I næste afsnit vil vi beskrive, hvorledes denne mindre del af stofmisbrugerne adskiller sig fra de øvrige indlagte stofmisbrugere.

Tabel 2-1. Oversigt over antallet stofmisbrugere i de tre analysegrupper, fordelt efter indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter i 2008-2009 og 2010-2011

Sygehusydelse	Samlet population	Indlagte stofmisbrugere		Stofmisbrugere med ambulante kontakter		Stofmisbrugere med kontakt til skadestue	
		2008-2009	2010-2011	2008-2009	2010-2011	2008-2009	2010-2011
Interventionsgruppe	324	197	315	239	286	225	274
Ikke-interventionsgruppe	3811	1490	2075	2290	3000	2266	2784
Andre-gruppe	3491	1170	1337	1917	2467	1963	2263
I alt	7626	3054	3727	4446	5753	4454	5321

3.3 Hvilke stofmisbrugere kommer socialsygeplejerskerne i kontakt med på Bispebjerg/Hvidovre i 2010-2011?

Socialsygeplejerskerne har været i kontakt med cirka 15 % af alle stofmisbrugere, der i interventionsperioden har været indlagt på Hvidovre og/eller Bispebjerg.

I dette afsnit beskriver vi, hvorledes interventionsgruppen adskiller sig fra ikke-interventionsgruppen og andre-gruppen med hensyn til køn, alder, år for afslutning af sidste behandlingsforløb for stofmisbrug, alder ved første injektion, hovedstof, de fem væsentligste diagnosegrupper, dødelighed i interventionsperioden samt indlæggelseslængde.

Beskrivelsen omfatter alene stofmisbrugere, der har været indlagt i interventionsperioden 2010-2011. Stofmisbrugere, som kun har haft skadestuebesøg eller ambulante besøg, indgår ikke i beskrivelsen.

Af tabel 3-1 fremgår:

- at cirka to trediedele er mænd i alle tre grupper.
- at interventionsgruppen er betydeligt ældre end de to andre grupper. Henvend tre fjerdedele er over 40 år mod to femtedele i de to andre grupper. Endvidere er ingen i interventionsgruppen under 20 år i modsætning til de to øvrige grupper, hvor knap en tiendedel er under 20 år.
- at to trediedele i interventionsgruppen er aktuelt i stofmisbrugsbehandling mod en trediedel i de to andre grupper.

Tabel 3-1. Beskrivelse af indlagte stofmisbrugere i de tre analysegrupper med hensyn til køn, alder og start på sidste behandlingsforløb

		Interventions-gruppe (N = 315)		Ikke-interventionsgruppe (N = 2075)		Andre-gruppen (N = 1337)		P-værdi ¹⁵
		N	pct.	N	pct.	N	pct.	
Køn	Mand	207	65,71	1296	62,46	895	66,94	p* = 0,2649 p** = 0,6777 p*** = 0,0076
	Kvinde	108	34,29	779	37,54	442	33,06	
Alder	< 20 år	0	0,00	111	5,35	99	7,4	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,0029
	20-29 år	20	6,35	519	25,01	322	24,08	
	30-39 år	66	20,95	559	26,94	312	23,34	
	40-49 år	114	36,19	494	23,81	319	23,86	
	50+ år	115	36,51	392	18,89	281	21,02	
Sidste beh. forløb for stofmisbrug afsluttet	Igangværende behandling	204	64,76	753	36,29	446	33,36	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,1487
	2009-2012	74	23,49	624	30,07	404	30,22	
	Før 2009	37	11,75	698	33,64	487	36,42	

P* : Interventionsgruppe kontra ikke-interventionsgruppe, P** : Interventionsgruppe kontra andre-gruppe, P*** : Ikke-interventionsgruppe kontra andre-gruppe

Mangelfulde oplysninger om alder ved første injektion

SIB indeholder ufuldstændige oplysninger om alder ved første injektion og hovedstof, hvilket fremgår af tabel 3-2. Alder ved første injektion er således uoplyst for mere end 80 % i alle tre analysegrupper. Ser man på stofbrugere, hvor injektionsalder er oplyst, er der en tendens til, at alderen har været lavere i interventionsgruppen set i forhold til de to øvrige grupper. I interventionsgruppen er 9 % under 20 år ved første injektion mod 4-5 % i de to andre grupper.

Om hovedstof

Også oplysninger om hovedstof er mangelfulde, hvilket skyldes en ændring i registreringen af hovedstof, således at det ikke siden 2007 længere har været muligt at betegne ordineret substitutionsmedicin som hovedstof. Hovedstof for stofmisbrugere med ordineret substitutionsmedicin er omkodet til uoplyst/missing. I interventionsgruppen foreligger der således ikke oplysninger for 79 %. For de to øvrige grupper er andelen af uoplyste 46-48 %. Der er en væsentlig forskel mellem interventionsgruppen og de to andre grupper på dette felt, og denne forskel dækker formentlig over, at der i interventionsgruppen er særlig mange stofmisbrugere i langvarig substitutionsbehandling. Ser man i øvrigt på fordelingen

15)

P-værdien angiver sandsynligheden for, at forskellen mellem populationerne skyldes tilfældigheder. Jo mindre p-værdien er, jo større er sandsynligheden for, at et tilsvarende resultat vil fremkomme, hvis et nyt sæt populationer blev udtrukket.

af hovedstoffer i de tre grupper, er den væsentligste forskel kategorien andet, hvor der kun er cirka 2 % i interventionsgruppen mod 26-28 % i de to andre grupper. Det er bemærkelsesværdigt, at i interventionsgruppen optræder hash ikke som hovedstof for nogen, hvorimod hash er hovedstof for op mod 10 % i de to andre grupper¹⁶.

Tabel 3-2. Alder ved første injektion og hovedstof blandt indlagte stofmisbrugere i de tre analysegrupper

		Interventions-gruppe (N = 315)		Ikke-interventionsgruppe (N = 2075)		Andre-gruppen (N = 1337)		P-værdi
		N	pct.	N	pct.	N	pct.	
Alder ved første injektion	Uoplyst	245	82,21	1859	89,59	1181	88,33	p* = 0,0004 p** = 0,0091 p*** = 0,6594
	< 15 år	11	3,69	19	0,92	13	0,97	
	15-19 år	16	5,37	65	3,13	50	3,74	
	20-24 år	11	3,69	63	3,04	48	3,59	
	25-29 år	9	3,02	38	1,83	21	1,57	
	30-34 år	4	1,34	20	0,96	13	0,97	
	35-39 år	2	0,67	5	0,24	8	0,6	
	40+ år	0	0,00	6	0,29	3	0,22	
Hovedstof	Uoplyst	234	78,52	1001	48,24	616	46,07	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,0987
	Ordineret substitutimedicin	0	0,00	18	0,87	8	0,6	
	Opioder	14	4,70	107	5,16	65	4,86	
	Centralstimulerende stoffer	41	13,76	236	11,37	135	10,1	
	Benzodiazepiner	2	0,67	26	1,25	23	1,72	
	Buprenorphin	0	0,00	0	0	3	0,22	
	Hash	0	0,00	153	7,37	118	8,83	
	Andet ¹⁹	7	2,35	534	25,73	369	27,6	

P* : Interventionsgruppe kontra ikke-interventionsgruppe, P** : Interventionsgruppe kontra andre-gruppe, P*** : Ikke-interventionsgruppe kontra andre-gruppe

Større sygelighed i interventionsgruppen og større dødelighed

Med henblik på at beskrive sygeligheden i de tre analysegrupper er der udvalgt 5 diagnosegrupper, der hver især dækker over hyppigt forekommende sygdomme blandt stofmisbrugere. Af tabel 3-3 fremgår, at alle fem diagnosegrupper optræder signifikant hyppigere i interventionsgruppen end i de to andre analysegrupper, hvor forekomsten er på nogenlunde

¹⁶⁾

'Andet' består af hallucinogener, opløsningsmidler, LSD, designerdrugs mv.

samme niveau. Sygeligheden i interventionsgruppen er således markant større, hvilket yderligere bekræftes i tabel 3-4, hvoraf fremgår, at næsten 10 % af interventionsgruppen døde i interventionsperioden mod 3-4 % i de to øvrige grupper.

Tabel 3-3. Forekomst af udvalgte diagnoser i de tre analysegrupper

	Interventionsgruppe (N = 315)		Ikke-interventionsgruppe (N = 2075)		Andre-gruppen (N = 1337)		P-værdi
	N	pct.	N	pct.	N	pct.	
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	128	40,63	256	12,34	127	9,5	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,0103
Sygdomme i kredsløbsorganer	69	21,9	168	8,1	120	8,98	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,3673
Sygdomme i åndedrætsorganer	97	30,79	252	12,14	111	8,3	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,0003
Sygdomme i hud og underhud	75	23,81	119	5,73	41	3,07	p* = 0,0001 p** = 0,0001 p*** = 0,0003
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	140	44,44	717	34,55	329	24,61	p* = 0,0006 p** = 0,0001 p*** = 0,0001

P*: Interventionsgruppe kontra ikke-interventionsgruppe, P**: Interventionsgruppe kontra andre-gruppe, P***: Ikke-interventionsgruppe kontra andre-gruppe

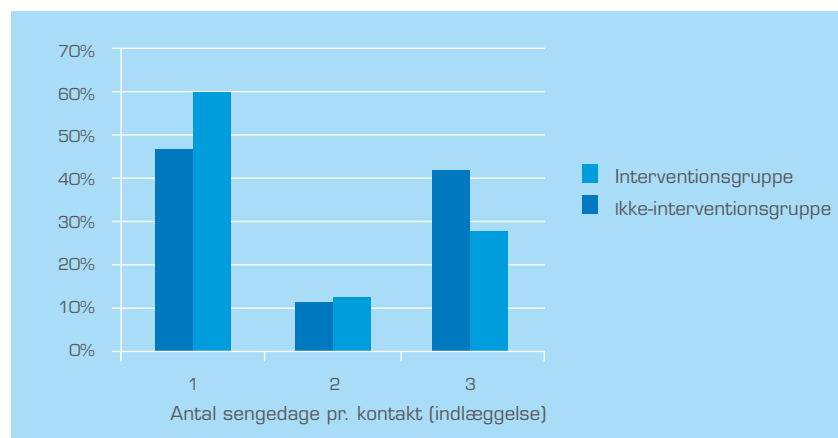
Tabel 3-4. Dødsfald i de tre grupper i 2010-2011

	Interventionsgruppe		Ikke-interventionsgruppe		Andre-gruppen	
	N	pct.	N	pct.	N	pct.
Dødsfald	30	9%	119	3%	123	4%

Færre helt korte indlæggelser i interventionsgruppen

Endelig har vi set på fordelingen af indlæggelser i interventionsperioden, opdelt efter antal sengedage. Af figur 3-1 fremgår, at 47 % af alle indlæggelser i interventionsgruppen er på en dag mod 60 % i ikke-interventionsgruppen, og at der omvendt er 42 % af indlæggelserne i interventionsgruppen på 3 eller flere sengedage mod 28 % i ikke-interventionsgruppen.

Figur 3-1. Andel indlæggelser ift. antal sengedage i interventionsgruppen og ikke-interventionsgruppen i 2010-2011



3.3.1 Sammenfatning

Konklusion med hensyn til sammensætningen af de tre analysegrupper er, at interventionsgruppen adskiller sig på flere måder fra de to øvrige grupper:

- Interventionsgruppen er ældre og langt hyppigere i aktuel stofmisbrugsbehandling.
- Data om alder ved første injektion og hovedstof er mangelfulde, men tyder på, at interventionsgruppen gennemgående var yngre ved første injektion, og at andelen med hash som hovedstof er mindre, samt at andelen på langvarig metadonbehandling er betydeligt større.
- Forekomsten af sygdomme inden for fem udvalgte diagnosegrupper er betydeligt højere i interventionsgruppen, og der er betydeligt flere dødsfald i 2010-2011 i interventionsgruppen end i de to øvrige grupper.
- Interventionsgruppen har betydeligt færre indlæggelser af en dags varighed end ikke-interventionsgruppen.

Analyserne viser således, at interventionsgruppen på flere områder er en selekteret gruppe i forhold til de to andre grupper. Socialsygeplejerskerne kommer primært i kontakt med stofmisbrugere, der er noget ældre, mest syge, og som er i aktuel stofmisbrugsbehandling og med indlæggelser, der strækker sig over flere dage.

3.4 Hvordan er de tre analysegrupper forbrug af sygehusydelse?

I dette kapitel beskrives de tre analysegrupper forbrug af sygehusydelse, hvorved forstås indlæggelser, antal sengedage, antal ambulante besøg og antal skadestuebesøg. Forbruget beskrives i 2008-2009 før interventionsperioden og i selve interventionsperioden 2010-2011.

Tabel 4-1 giver et overblik over forbruget af ydelserne i 2008-2009 og i 2010-2011. For alle tre analysegrupper er tale om et ganske betydeligt antal kontakter.

Tabel 4-1. Samlet antal indlæggelse, ambulante besøg og skadestuebesøg for de tre analysegrupper i 2008-2009 og 2010-2011

Sygehusydelse	Antal indlæggelser		Antal ambulante besøg		Antal skadestuebesøg	
	2008-2009	2010-2011	2008-2009	2010-2011	2008-2009	2010-2011
Interventionsgruppe	971	1.826	930	1.330	1.063	1.405
Ikke-interventionsgruppe	4.224	6.189	7.574	10.329	6.674	7.563
Andre sygehuse	3.091	2.889	6.162	7.460	4.613	4.846

Interventionsgruppen ligger højest i alle år

I tabel 4-2 er beregnet gennemsnit og median for indlæggelser, senge-dage, ambulante besøg og skadestuebesøg. Det ses, at interventionsgrup-pen allerede i 2008-2009 har højere gennemsnit og medianværdi for alle ydelser, men især for indlæggelser og sengedage. De to øvrige grupper ligger derimod på samme niveau.

Tabel 4-2. De tre analysegrupper gennemsnitlige forbrug af sygehusydelse 2008-2009

Sygehusydelse	Antal indlæggelser	Antal sengedage	Antal ambulante besøg	Antal skadestuebesøg
Interventionsgruppe	Gns.: 4,9 Median: 3	Gns.: 22,3 Median: 8	Gns.: 3,9 Median: 3	Gns.: 4,7 Median: 3
Ikke-interventionsgruppe	Gns.: 2,8 Median: 2	Gns.: 9,9 Median: 3	Gns.: 3,3 Median: 3	Gns.: 2,9 Median: 2
Andre sygehuse (KAS)	Gns.: 2,6 Median: 2	Gns.: 9,4 Median: 3	Gns.: 3,2 Median: 2	Gns.: 2,3 Median: 2
P-værdi	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** = 0,1713	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** = 0,5681	P* = 0,0023 P** = 0,0005 P*** = 0,2523	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** < 0,0001

P*: Sammenligner interventionsgruppe og ikke-interventionsgruppe. P**: Sammenligner interventionsgruppe og andre-gruppen. P***: Sammenligner ikke-interventionsgruppen og andre-gruppen

Forskellen mellem interventionsgruppen og de to andre grupper øges i interventionsperioden

Af tabel 4-3 fremgår forskellene mellem interventionsgruppen og de to andre grupper bliver endnu større i interventionsperiode, og at interventionsgruppen øger det gennemsnitlige antal indlæggelser fra 4,9 til 6 og medianen fra 3 til 4. Mere markant er udviklingen i antallet af sengedage, hvor gennemsnittet øges fra 22,3 til 25,6. Det er også bemærkelsesværdigt, at medianen øges fra 8 til 15 dage. Der sker endvidere mindre stigninger for så vidt angår skadestuebesøg og ambulante besøg.

De to andre grupper er niveauet i antal indlæggelser, antal sengedage, ambulante besøg og skadestuebesøg stort set uændret.

Tabel 4-3. De tre analysegruppers forbrug af sygehusedydelser 2010-2011

Sygehusedydelser	Antal indlæggelser	Antal sengedage	Antal ambulante besøg	Antal skadestuebesøg
Interventionsgruppe	Gns.: 6,0 Median: 4	Gns.: 25,6 Median: 15	Gns.: 4,7 Median: 3,5	Gns.: 5,1 Median: 3
Ikke-interventionsgruppe	Gns.: 3,0 Median: 2	Gns.: 8,4 Median: 2	Gns.: 3,4 Median: 3	Gns.: 2,7 Median: 2
Andre sygehuse (KAS)	Gns.: 2,7 Median: 2	Gns.: 8,5 Median: 2	Gns.: 3,0 Median: 2	Gns.: 2,1 Median: 1
P-værdi	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** = 0,9347	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** = 0,0768	P* = 0,0001 P** = 0,0001 P*** = 0,0001	P* < 0,0001 P** < 0,0001 P*** < 0,0001

P*: Sammenligner interventionsgruppe og ikke-interventionsgruppe. P**: Sammenligner interventionsgruppe og andre-gruppen. P***: Sammenligner ikke-interventionsgruppen og andre-gruppen

3.4.1 Sammenfatning

Konklusionen med hensyn til de tre gruppers forbrug af sygehusedydelser er:

- Interventionsgruppen har både i 2008-2009 og i 2010-2011 markant flere indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og skadestuebesøg i 2010-2011 end de to øvrige grupper.
- Ikke-interventionsgruppen og andre-gruppen adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden, hvilket tyder på, at der ikke er væsentlige forskelle mellem stofmisbrugere, der indlægges på Hvidovre/Bispebjerg og de andre sygehuse i Region Hovedstaden.
- Interventionsgruppen øger specielt antallet af indlæggelser og det gennemsnitlige antal sengedage i 2010-2011 i forhold til 2008-2009.

- De to øvrige grupper ligger på samme niveau i 2010-2011 i forhold til 2008-2009.

3.5 Hvordan påvirker kontakt med socialsygeplejerske stofmisbrugernes forbrug af sygehusydelse?

Vi har i de foregående afsnit påvist, at interventionsgruppen på flere områder adskiller sig fra de to andre analysegrupper. Når vi finder, at interventionsgruppen har markant større forbrug af sygehusydelse, kan forklaringen derfor være, at der i denne gruppe er særligt mange ældre, at de er mere syge, og at de aktuelt er i behandling for misbrug.

Kontrol for forskelle mellem de tre grupper gennem multivariat analyse

I dette afsnit vil vi gennem en regressionsanalyse søge at tage højde for disse forskelle og dermed vurdere, om kontakt til socialsygeplejerske i sig selv ser ud til at have betydning for forbruget af sygehusydelse, når der statistisk er kontrolleret for forskellene mellem de tre analysegrupper.

I analyserne indgår køn, alder, start på sidste stofmisbrugsbehandlingsforløb og de fem diagnosegrupper. Vi har derimod udeladt alder ved første injektion og hovedstof, fordi oplysningerne om disse forhold er særdeles mangelfulde i de tre grupper.

I tabel 5-1 analyseres antallet af indlæggelser, og den multivariate analyse viser, at interventionsgruppen har signifikant flere indlæggelser end de to andre grupper - også når der er kontrolleret for ovennævnte forhold.

I tabel 5-2 analyseres antallet af sengedage på tilsvarende vis, og her findes også en klar signifikant sammenhæng, der viser, at selve kontakten til socialsygeplejerske har betydning for antallet af sengedage.

I tabel 5-3 analyseres antallet af ambulante besøg, og her findes ikke nogen særskilt effekt af socialsygeplejerskekontakten.

I tabel 5-4 analyseres antallet af skadestuekontakter, hvor der findes flere skadestuebesøg i interventionsgruppen.

De multivariate analyser peger således på, at socialsygeplejerskekontakten har en selvstændig betydning for antal indlæggelser, sengedage og skadestuebesøg, men ikke for ambulante besøg.

Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at den multivariate analyse ikke viser signifikante forskelle mellem ikke-interventionsgruppen og andregruppen, hvilket tyder på, at den sædvanlige behandling af indlagte stofmisbrugere på Bispebjerg/Hvidovre ikke er forskellig fra behandlingen på regionens øvrige sygehuse. Dette resultat understøtter, at socialsygeplejerskekontakt har betydning for stofmisbrugernes forbrug af sygehusydelse.

Table 5-1. Multivariat regressionsanalyse af antal indlæggelser i 2010-2011

Variabel	Sammenligningsgruppe	Interessegruppe	Antal indlæggelser	P-værdi
Population	Ikke-interventionsgruppe	Interventionsgruppe	Flere indlæggelser i interventionsgruppen	0,0001 ***
		Andre-gruppen		0,7991
Køn	Mænd	Kvinder	Flere indlæggelser blandt kvinder	0,0024 **
Alder	30-39 år	< 20 år	Færre indlæggelser blandt <20 år	0,028 *
		20-29 år		0,0847
		40-49 år		0,137
		50+ år	Færre indlæggelser blandt <50 år	0,0142 *
Sidste behandlingsforløb for stofmisbrug afsluttet	Før 2009	Igangværende behandling		0,1651
		2009-2012		0,0844
Udvalgte diagnoser:				
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***
Sygdomme i kredsløbsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***
Sygdomme i åndedrætsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***
Sygdomme i hud og underhud	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,0029 **
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***

* angiver P<0,05, ** angiver P<0,01, *** angiver P<0,001

Tabel 5-2. Multivariat regressionsanalyse af antal sengedage i 2010-2011

Variabel	Sammenligningsgruppe	Interessegruppe	Antal indlæggelser	P-værdi
Population	Ikke-interventionsgruppe	Interventionsgruppe	Flere sengedage i interventionsgruppen	<0,0001 ***
		Andre-gruppen		0,2235
Køn	Mænd	Kvinder	Flere sengedage for kvinder	0,0318 *
Alder	30-39 år	< 20 år	Færre indlæggelser blandt <20 år	0,1583
		20-29 år		0,0476*
		40-49 år		0,1499
		50+ år	Flere sengedage for 50+ år	<0,0001***
Sidste behandlingsforløb for stofmisbrug afsluttet	Før 2009	Igangværende behandling		0,3126
		2009-2012		0,3248
Udvalgte diagnoser:				
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere sengedage, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***
Sygdomme i kredsløbsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere sengedage, hvis diagnosen forekommer	<0,0001 ***
Sygdomme i åndedrætsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere sengedage, hvis diagnosen forekommer	<0,0001***
Sygdomme i hud og underhud	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere sengedage, hvis diagnosen forekommer	0,0028 **
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere sengedage, hvis diagnosen forekommer	<0,0001***

* angiver P<0,05, ** angiver P<0,01, *** angiver P<0,001

Tabel 5-3. Multivariat regressionsanalyse af antal ambulante kontakter i 2010-2011

Variabel	Sammenligningsgruppe	Interessegruppe	Antal ambulante kontakter	P-værdi
Population	Ikke-interventionsgruppe	Interventionsgruppe		0,5114
		Andre-gruppen		0,5585
Køn	Mænd	Kvinder	Færre ambulante kontakter for kvinder	<0,0001**
Alder	30-39 år	< 20 år		0,5979
		20-29 år		0,7314
		40-49 år		0,6448
		50+ år	Færre ambulante kontakter for kvinder 50+ år	<0,0001***
Sidste behandlingsforløb for stofmisbrug afsluttet	Før 2009	Igangværende behandling		0,0854
		2009-2012		0,2917
Udvalgte diagnoser:				
Visse infektøse og parasitære sygdomme	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,0006***
Sygdomme i kredsløbsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001***
Sygdomme i åndedrætsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,1650
Sygdomme i hud og underhud	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,4234
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,1193

* angiver P<0,05, ** angiver P<0,01, *** angiver P<0,001

Tabel 5-4. Multivariat regressionsanalyse af antal skadestuekontakter i 2010-2011

Variabel	Sammenligningsgruppe	Interessegruppe	Antal ambulante kontakter	P-værdi
Population	Ikke-interventionsgruppe	Interventionsgruppe	Flere skadestuekontakter i interventionsgruppen	0,0013***
		Andre-gruppen		0,1222
Køn	Mænd	Kvinder		0,6210
Alder	30-39 år	< 20 år		0,3222
		20-29 år		0,6805
		40-49 år		0,4623
		50+ år		0,3236
Sidste behandlingsforløb for stofmisbrug afsluttet	Før 2009	Igangværende behandling		0,4615
		2009-2012		0,0107*
Udvalgte diagnoser:				
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere skadestuekontakter hvis diagnosen forekommer	0,0028**
Sygdomme i kredsløbsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,0037**
Sygdomme i åndedrætsorganer	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001***
Sygdomme i hud og underhud	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	0,0211*
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Har ikke diagnosen	Har diagnosen	Flere indlæggelser, hvis diagnosen forekommer	<0,0001***

* angiver P<0,05, ** angiver P<0,01, *** angiver P<0,001

3.6 Hvordan påvirkes de regionale omkostninger?

Socialsygeplejerskeordningen vil umiddelbart føre til merudgifter til sygehusene i forbindelse med flere indlæggelser og flere sengedage.

Det samme vil være tilfældet for kommunerne, idet den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne vil være aktivitetsbestemt, herunder antallet af sengedage.

Vi har ikke data om andre kommunale omkostninger til stofmisbrugerne og har derfor heller ikke mulighed for at vurdere, hvilken afledt betydning socialsygeplejerskeordningen kan have herfor.

Vi har haft som mål at vurdere, hvorledes omkostninger påvirkes af socialsygeplejeordningen, set i forhold til en sammenlignelig population af stofmisbrugere, der ikke har været omfattet af ordningen. Det er dog ikke muligt for os på grundlag af de foreliggende analyser at opnå rimelig sikre estimater af effekten af socialsygeplejeordningen, grundlæggende fordi interventionsgruppen er en selekteret gruppe, der adskiller sig markant fra ikke-interventions- og andre-gruppen. Havde man udført interventionen som et kontrolleret, randomiseret forsøg, ville en estimation af effekten kunne være foretaget med langt større sikkerhed.

Dermed er det ikke muligt at komme med nogenlunde sikre kvantitative skøn over forskelle i antal indlæggelser, sengedage, skadestuebesøg og ambulante besøg som følge af socialsygeplejeordningen, hvilket er en forudsætning for at sætte kroner på forskelle i omkostningerne.

3.7 Sammenfatning og perspektivering

Socialsygeplejerskeforsøget har til formål at forbedre stofmisbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt med sygehuset. Stofmisbrugere har ofte et problematisk indlæggelsesforløb, der afsluttes alt for hurtigt i forhold til de mange komplekse og behandlingskrævende problemstillinger, der er forbundet med et omfattende og mangeårigt misbrug.

Stofmisbrugere opleves ofte af hospitalspersonalet som krævende og besværlige patienter, der er vanskelige at samarbejde med inden for de

traditionelle rammer på sygehusene. Dette forværres af, at der sjældent er de fornødne kompetencer hos personalet til at håndtere de meget specielle udfordringer, der kan være forbundet med patienter, der er stofmisbrugere.

Socialsygeplejersken har til opgave at være opmærksom på alle forhold i forbindelse med stofmisbrugerens indlæggelse, der kan komplicere eller ødelægge et behandlingsforløb, skabe konflikter og eventuelt munde ud i alt for tidlig udskrivning. Socialsygeplejersken formidler således kontakten mellem den indlagte stofmisbruger og personalet og kvalificerer sygehusets behandlingsindsats ved at have særlig viden om stofmisbrugerens situation på den ene side og indsigt i sygehusets behandlingsmetoder og rammerne for en indlæggelse.

3.7.1 Selektion til kontakt med socialsygeplejerske

Socialsygeplejerskerne på Hvidovre/Bispebjerg får i interventionsperioden kontakt med 15 % af alle indlagte stofmisbrugere. Det er især de ældre stofmisbrugere med høj sygelighed og i aktuel stofmisbrugsbehandling, som socialsygeplejerskerne er i kontakt med. Derimod får de i mindre grad kontakt til stofmisbrugere, der kun har været indlagt en-to dage, hvilket kan hænge sammen med, at socialsygeplejerskerne ikke når at få kontakt, før stofmisbrugeren har forladt sygehuset eller er udskrevet. Det vil især dreje sig om indlæggelser i weekender, hvor der ikke har været socialsygeplejerske.

Resultaterne viser, at der er en selektion i forhold til, hvilke stofmisbrugere, som socialsygeplejerskerne får kontakt med. Det er de mest belastede og formentlig også mest "besværlige" stofmisbrugere. Socialsygeplejerskerne fungerer i forhold til hele hospitalet, hvor hun dels opsøger patienter ude på afdelingerne, som hun skønner hører til målgruppen, dels henvender afdelingerne sig til socialsygeplejersken, når en patient skønnes at tilhøre målgruppen.

Denne undersøgelse viser, at der gør sig en betydelig selektion gældende. Dette kan være velbegrundet, fordi socialsygeplejerskekontakten forbeholdes de mest udsatte stofmisbrugere. Selektionen kan også afspejle indarbejdede "visitationsrutiner", hvor samarbejdet i forhold til nogle afdelinger er bedre end i forhold til andre afdelinger. I så fald bør

visitationen til socialsygeplejersken tages op til nærmere overvejelse, da kontakt til socialsygeplejerske som udgangspunkt ikke kan være betinget af, hvilken afdeling stofmisbrugeren indlægges på, men snarere må baseres på en faglig vurdering af den enkelte patients behov for socialsygeplejerskekontakt.

3.7.2 Øget forbrug af indlæggelser, sengedage og skadestuebesøg

Analysen viser, at antallet af indlæggelser og antallet af sengedage ligger markant højere i interventionsgruppen set i forhold til de to andre grupper. Interventionsgruppen øger sit forbrug fra 2008-2009, før socialsygeplejerskeordningen blev indført, til interventionsperioden i 2010-2011. De to andre grupper øger derimod ikke deres forbrug af sygehusedydelser fra 2008-2009 til 2010-2011.

Forskellene i forbruget mellem interventionsgruppen på den ene side og de to andre grupper på den anden side hænger i et vist omfang sammen med, at interventionsgruppen er ældre, har flere sygdomme og der er flere, der aktuelt er i behandling for stofmisbruget. Når vi gennem multivariate analyser kontrollerer for disse forhold, har interventionsgruppen stadig et signifikant større forbrug af sygehusedydelser.

Resultaterne tyder således på, at socialsygeplejerskekontakten fører til flere og i mange tilfælde også længere behandlingsforløb, hvilket kan fortolkes som udtryk for, at kontakten bidrager til forbedret behandling og måske også til, at stofmisbrugerne i højere grad sættes i stand til at følge sygehusets behandlingsplaner.

Vores fortolkning af resultaterne fra registerundersøgelsen er derfor, at socialsygeplejerskeordningen giver et kvalitetsløft i behandlingen af en meget udsat og syg patientgruppe og dermed bidrager til at udligne den sociale ulighed i behandlingen af patienter på sygehus.



KAPITEL 4

SOCIALSYGGEPLEJE
I PSYKIATRIEN
– UDFORDRINGER
OG MULIGHEDER

4

SOCIALSYGEPLEJE I PSYKIATRIEN – UDFORDRINGER OG MULIGHEDER

Af: Kathrine Bro Ludvigsen

Flere undersøgelser i Danmark påpeger, at mennesker med samtidigt stofmisbrug og psykiske problemer sjældent får den hjælp, de har brug for (Fx: Frederiksen (red.) 2009; Merinder 2007; Vendsborg 2005). Samme problem bliver også påpeget i internationale undersøgelser (Fx: Dennison 2005; Evjen et al 2004). Og dobbelt diagnoseproblematikken er velkendt: Det psykiatriske system har svært ved at indkredse og behandle den psykiske lidelse, så længe stof(mis)bruget¹⁷ ikke er ophørt eller reduceret betragteligt (Fx: Ludvigsen 2012; Vendsborg 2005; Evjen et al 2004). Tilsvarende har misbrugsbehandlingen svært ved at komme videre med behandlingen af stof(mis)bruget, så længe personen har det psykisk dårligt (Fx: Sundhedsstyrelsen 2012a; Frederiksen 2009). Den manglende hjælp til det psykiske helbred og problemerne i forhold til stof(mis)bruget har den konsekvens, at borgeren ofte får svært ved at samarbejde om og benytte andre relevante tilbud såsom behandlingstilbud, beskæftigelsestilbud, fritidsaktiviteter, at håndtere egen bolig mv. (Fx: Greve 2012c). Konsekvensen er, at de to ubehandlede – eller ikke optimalt – behandlede lidelser (misbruget og den psykiske lidelse) påvirker alle andre faktorer i livet, der på mange måder bliver kaotisk (Fx: Johansen 2009; Rindum 2005; Evjen et al 2004). Der er altså tale om en gruppe mennesker med flere behandlingskrævende lidelser og problemer, som samtidigt er dem, der risikerer at få mindst behandling og hjælp på grund af ovenstående problematik.

17)

Dette kapitel omhandler både patienter med stofmisbrug, afhængighed og (eksperimentel) brug af stoffer. For nemheds skyld omtales stofindtagelsesgraden derfor med betegnelsen "stof(mis)brug" for at illustrere, at det både kan dreje sig om patienter, der kan betegnes som stofmisbrugere og/eller afhængige eller dreje sig om patienter, der bruger stoffer uden at være det. Dette valg af begreb adskiller sig fra den somatiske del af projektet, hvor betegnelsen stofmisbrugere anvendes: Det gjaldt fx i 71% af forløbene i somatikken, at patienterne var i substitutionsbehandling (stabiliserende vedligeholdelse) (jf. bilag 2a, samt kapitel 2).

Med Projekt Socialsygepleje ønskede KABS VIDEN i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri at undersøge om socialsygepleje også kunne bidrage positivt i forhold til patienter med stofmisbrug, der henvendte sig i psykiatrien om hjælp. Socialsygepleje havde vist sig at være en succes i forhold til indlæggelsesforløbene for somatiske patienter med stofmisbrug (Brünés 2007, se også kapitel 2 i denne antologi). Den psykiatriske del af Projekt Socialsygepleje blev således forankret på Glostrup Psykiatriske Center og på Nordsjællands Psykiatriske Center i Hillerød fra d. 1. august 2010 til 31. maj 2012. I alt var de to socialsygeplejersker i berøring med 306 patientforløb i psykiatrien. Det viste sig imidlertid tidligt i den psykiatriske projektdel, at der var nogle forskellige udfordringer i forhold til at udnytte projektets kerneydelser: For det første var disse udviklet i somatikken. For det andet var der ikke taget højde for, at psykiatrien arbejder ud fra nogle andre behandlingstraditioner, -metoder

og -rammer end somatikken, hvilket resulterede i, at forudsætningerne for at udøve socialsygepleje for patienter med stof(mis)brug i psykiatrien fik andre præmisser end i somatikken.

I dette kapitel fremlægges, analyseres og diskuteres de erfaringer og udfordringer socialsygeplejerskerne havde i projektets psykiatridel. Kapitlet forsøger desuden at undersøge målgruppen af psykisk syge stof(mis)brugere tilknyttet projektet i en større kontekst, for dermed at give svar på, hvorfor den psykiatriske del af projektet ikke, som i somatikken, tænkes implementeret som et supplerende tilbud her. Kapitlet falder derfor i to dele: Første del præsenterer de erfaringer og udfordringer, projektet havde i psykiatrien. Anden del forsøger at forstå og forklare dette ved at se mere overordnet på den psykiatriske ramme, projektet var indlejret i. Kapitlet giver et særligt unikt indblik i mødet mellem to kulturelle forståelsesrammer: Stofmisbrugsperspektivet (repræsenteret ved socialsygeplejerskernes argumentation og vidensdeling) og det psykiatriske behandlingsperspektiv i behandlingspsykiatrien (repræsenteret ved de erfaringer socialsygeplejerskerne havde med personalet).

4.1 Projektets formål og kerneydelser

Som nævnt ønskede KABS VIDEN og Region Hovedstadens Psykiatri at afprøve de gode erfaringer fra den somatiske socialsygepleje med socialsygeplejersker i psykiatrien, idet alle er enige om, at psykisk syge patienter med stof(mis)brug ofte bliver kasterbold i systemet. Men deltagerobservationer og interview i løbet af projektet, samt gennemgang af det datamateriale, der findes i socialsygeplejerskernes projektjournaler (jf. kapitel 1), vidner om udfordringer i forhold til tilrettelæggelsen og udførelsen af socialsygeplejens overordnede formål i den psykiatriske kontekst.

Det overordnede formål med socialsygeplejen vedblev at være det samme i hele projektet, selvom det oprindeligt var udformet i og med somatikken for øje:

”Formålet med projektet er at styrke det gode patientforløb ved at sikre en værdig og færdig behandling af patienter med et stofmisbrug under såvel indlæggelse som under efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi.” (Fra projektbeskrivelsen, Brünés 2009: 3).

Formålet uddybes i projektbeskrivelsen med følgende:

”Socialsygeplejersken skal bidrage med sin faglige viden og ekspertise inden for misbrugsområdet og herigennem understøtte det gode patientforløb. Under den konkrete indlæggelse vil hun støtte stofmisbrugeren og motivere ham til samarbejde samt rådgive og undervise relevant personale, således at de får de nødvendige faglige kompetencer til at håndtere de komplekse udfordringer og problemstillinger under indlæggelse. I forbindelse med udskrivelsen vil socialsygeplejersken bygge bro mellem sygehusene/centrene og de kommunale indsatser, så der sker en adækvat overlevering til de kommunale aktører såsom hjemmepleje, rehabilitering samt relevante sociale og socialpsykiatriske tilbud f.eks. misbrugsbehandling og støttekontaktperson. Således vil socialsygeplejersken styrke det tværsektorielle samarbejde og være med til at skabe et helhedsorienteret behandlingsforløb. I det kommunale regi vil socialsygeplejersken ligeledes tilbyde undervisning og sparring, således at medarbejderne får den nødvendige viden og redskaber til at håndtere stofmisbrugernes komplekse problemstillinger og adfærd” (ibid).

Selvom socialsygeplejen i psykiatrien opfyldte alle enkeltelementerne i formålet herover, løb projektet, som det vil fremgå af dette kapitel, ind i problemer i forhold til de rammer og vilkår, psykiatrien opererer ud fra. I det følgende opridses de overordnede ligheder og forskelle i projektets to dele.

Den psykiatriske socialsygepleje resulterede, som i somatikken, i:

- At socialsygeplejerskerne kendskab til og viden om rusmiddelproblematikker, de forskellige abstinenssymptomer og behandling af disse, kendskab til misbrugsbehandling generelt, samt kendskab til tilbud og instanser uden for psykiatrien giver tryghed hos de (psykiatriske) patienter, der igennem flere år har haft en stofproblematik.
- Opkvalificering af personalet gennem faglig og personlig sparring i forhold til målgruppen, samt undervisning af personalet i og håndtering af misbrugsproblematikker, problematikker vedrørende stof(mis)brugere og socialt udsatte, skadesreduktion, abstinenssymptomer, sufficient medicinering mv.
- Brobygning mellem personale og patient, samt styrkelse af det tværsektorielle samarbejde.

For begge projektdele (somatik og psykiatri) gjaldt det, at de var indlejret i et behandlingssystem, som fokuserer på specialisering, effektivitet og optimering (jf. kapitel 1). 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, bliver patienten udskrevet som færdigbehandlet, eventuelt med henblik på videre opfølgning hos andre samarbejdspartnere internt eller eksternt (uddybes senere). Såvel somatik som psykiatri er opdelt efter forskellige specialer, som gør, at effektivisering kan fungere mest optimalt i forhold til drift og givne ressourcer. Den skarpe opdeling i specialer, og dermed kategorisering af sygdomme og patienter, er imidlertid problematisk, når man har med multibelastede patienter at gøre. Som i dette tilfælde overordnet omhandler psykisk lidelse, stofproblematikker og/eller alkohol(mis)brug. Opdelingen i forskellige kategorier (diagnoser, alder, bopælskommune mv.) har betydning for, hvilke tilbud patienten får, og hvem der skal betale for behandlingen. Eksempelvis er stofmisbrug og alkoholmisbrug traditionelt delt i to behandlingssystemer (Vendsborg 2005), psykiatrien opdelt i psykotiske- og ikke-psykotiske lidelser (Poulsen 2010), og hjælpen i forhold til sociale problemer er placeret i den kommunale sociale sektor (Bengtsson 2011) i patientens bopælskommune og her håndteret i flere forskellige forvaltninger.

Samtidig – og måske netop forstærket af det effektive system – opleves og karakteriseres patienter med stof(mis)brug ofte som besværlige og svære at samarbejde med. Dette har været et fællestræk både i somatikken og i psykiatrien (se også kapitel 2): Mange af disse patienter har svært ved at indordne sig gængse behandlingsrammer og -procedurer, og de reagerer indimellem med en adfærd, der opleves svær at rumme. Dette forværres yderligere af, at personalet mangler redskaber, viden og ressourcer til at håndtere denne patientgruppe (se også Thylstrup 2008).

Ud over den psykiatriske og somatiske socialsygeplejes lighedspunkter, var der nogle overordnede punkter i det psykiatriske socialsygepleje-arbejde, som adskilte sig væsentligt fra den somatiske socialsygepleje:

- Ligesom i somatikken var der problemer med at rumme stof(mis)-brugere: I somatikken drejede det sig primært om disse patienters adfærd, mens det i psykiatrien både handlede om deres adfærd, men også om stofferne i sig selv; den psykiatriske udredning og diagnostik sløres eller forstærkes af stofindtaget. I somatikken forhindrede stofindtaget sjældent den diagnostiske udredning, men var mere en parallel problemstilling.

- I modsætning til den tilgang og de metoder projektets somatiske socialsygeplejersker benyttede 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 den psykiatriske behandling.
- Sidst, men ikke mindst, har psykiatrien – i modsætning til somatikken – stadig socialrådgivere ansat og tilknyttet de fleste afdelinger til at varetage patienternes sociale problematikker; økonomi, boligproblemer mv. samt kontakten med patienternes respektive bopælskommuner.

4.2 De multibelastede patienter

En person med samtidigt stofmisbrug og en psykiatrisk diagnose betegnes ofte som havende en ”dobbeldiagnose”. Men denne betegnelse er misvisende, dels fordi det langt fra er alle stof(mis)brugere, som er blevet psykiatrisk færdigudredt og dermed har fået en psykiatrisk diagnose. Dels har disse mennesker ofte flere komplicerede problemer at slås med end ”blot” de to hovedlidelser. Stofmisbrug og psykisk sygdom er hver for sig alvorlige lidelser, fordi de ofte har stor indvirkning på personens livskvalitet, fysiske og psykiske helbred, tilknytning til uddannelsessystemet og/eller arbejdsmarkedet, familieliv og netværk, mulighed for fritidsaktiviteter etc. Herunder beskrives de konsekvenser henholdsvis psykisk lidelse, stofmisbrug samt dobbeldiagnose får over tid.

4.2.1 Hyppige konsekvenser ved psykisk lidelse

I en ny undersøgelse foretaget af Rockwool Fondens Forskningsenhed (Greve (red) 2012a) fremgår det, at mennesker med svære psykiske lidelser¹⁸ er langt ringere uddannede end den øvrige befolkning. Således har to ud af tre mænd i alderen 25-40 år ingen kompetencegivende uddannelse (over gymnasialt niveau), mens det samme kun gælder for 30 % af den øvrige mandlige befolkning. 52 % af de psykisk syge mænd i alderen 25-40 år har folkeskolen som højeste fuldførte uddannelse, mens det samme kun gælder for 21 % for mænd uden sindslidelse. Det samme gør sig gældende for kvinder med svære sindslidelser, hvor andelen uden uddannelse er dobbelt så stor i forhold til andre kvinder (Greve 2012c)¹⁹.

18)

I undersøgelsen defineres ”svære psykiske lidelser” ud fra tre kriterier: ”Personen skal have en ikke-organisk psykotisk lidelse, skal have haft kontakt med det psykiatriske hospitalssystem eller det ambulante psykiatriske behandlingssystem i 2 år eller mere (dvs. at der skal være gået mindst 2 år fra den første kontakt til den seneste) og have en dysfunktion af en vis grad målt via den såkaldte Global Assessment of Functioning (GAF) score” (Greve 2012 b:14).

19)

Psykisk lidelse rammer begge køn nogenlunde lige hyppigt, men der er en tendens til, at psykisk lidelse bryder ud lidt senere hos kvinder end hos mænd, hvorfor kvinder kan være nået længere i henholdsvis uddannelsessystem og arbejdsmarkedstilknytning, inden sygdommen bryder ud (Greve 2012b).

Den manglende uddannelse og den psykiske lidelse påvirker begge tilknytningen til arbejdsmarkedet. Her viser undersøgelsen, at der blandt mænd med svær psykisk lidelse kun er 28 % i beskæftigelse i modsætning til 86 % af den øvrige mandlige befolkning, som derved har tre gange større beskæftigelse. Undersøgelsen viser endvidere, at svært psykisk syge mennesker mister tilknytningen til arbejdsmarkedet hele seks år før, de får den psykiatriske diagnose. Tilknytningen til arbejdsmarkedet bliver ikke senere genetableret (Greve 2012c). Den refererede undersøgelse omhandler mennesker med svær psykisk sygdom (se note 18) og dermed udelukkes de mennesker, som endnu ikke har fået stillet den psykiatriske diagnose samt dem med såkaldt "lettere" psykisk lidelse. Som det vil fremgå senere, havde socialsygeplejerskerne lige mange patienter med "svære" og "lettere" psykiske lidelser.

Sammenholder vi konsekvenserne af psykisk lidelse med omfanget af problemer knyttet til mennesker med længerevarende stofmisbrug, går flere af de samme negative parametre igen som for mennesker med svær psykisk sygdom.

4.2.2 Hyppige konsekvenser af stofmisbrug

Det er kendetegnende for mennesker med stofmisbrug, at de er marginaliserede i forhold til sociale-, bolig- og uddannelsesmæssige forhold (Sundhedsstyrelsen 2011: 69). De har oftere kortere uddannelse, svag tilknytning til arbejdsmarkedet og er hyppigere på kontanthjælp eller pension end den øvrige befolkning. Således opgjorde Sundhedsstyrelsen (2011), at kun 12 % af dem, som blev indskrevet i behandling i 2010, havde en lønindtægt, mens 66 % var på overførselsindkomst. Af samme kohorte havde 25 % gennemført en uddannelse ud over folkeskolen, og 8 % havde forladt folkeskolen før 9. klasses afgangseksamen (ibid).

Stofmisbrug fører med tiden også til en lang række sundhedsmæssige og sociale problemer, som ikke alle er direkte forårsaget af selve stofindtaget, men er en konsekvens af den livsstil og de vilkår, et aktivt stofmisbrug indbefatter:

- Stærk forhøjet dødelighed (her handler det generelt om forgiftninger, infektionssygdomme og pausedødsfald (dvs. overdosis efter afsluttet fængsels- eller døgnbehandlingsophold))

- Infektionssygdomme som HIV og hepatitis (det skønnes, at ca. 75 % af stofmisbrugerne er smittede med hepatitis C)
- Blodpropper, blodforgiftninger og hjerteklapbetændelse
- Komplikationer i form af fx ben- eller armamputationer
- Luftvejssygdomme (fx lungebetændelser, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), tuberkulose)
- Tandproblemer og tandsygdomme
- Underlivssygdomme og gynækologiske problemer samt uplanlagte og komplicerede graviditeter
- Dårlig ernæringsstatus
- Større forekomst af ulykker og andre uheld (fx trafikuheld) end den øvrige befolkning
- Større forekomst af vold og traumer end den øvrige befolkning
- Tidligere død (gennemsnitsalderen ved død er 38,2 år for mænd og 41,9 år for kvinder i 2010, desuden sker 22 % af narkorelaterede dødsfald årligt blandt unge under 30 år)
- Markant mere hjemløshed blandt stofmisbrugere end blandt den øvrige befolkning (Sundhedsstyrelsen 2012; 2011).

Stofmisbrugere i behandling karakteriseres endvidere som en socialt udsat gruppe i forhold til arbejdsmarkedstilknøytning, uddannelse, bolig-situation og socialt samliv. Fysiske og psykiske problemer medvirker til yderligere eksklusion (Sundhedsstyrelsen 2012: 68). Endvidere har stofmisbrugere en stærkt forøget forekomst af psykiatriske lidelser, ligesom psykisk syge mennesker ofte har et brug/misbrug af forskellige rusmidler (Sundhedsstyrelsen 2012; Vendsborg 2005). Sundhedsstyrelsen vurderer, at der blandt stofmisbrugere i behandling findes en psykiatrisk lidelse hos 60-70 % af dem, og at livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 % (Sundhedsstyrelsen 2012:55f; 2011:58; Sundhedsstyrelsen 2008).

For både psykisk syge og stofmisbrugere gælder det således, at de oftere er at finde blandt de økonomisk dårligst stillede, oftere begår lovbrud, oftere lever alene, ligesom der blandt disse mennesker er flere som begår selvmord eller på anden vis dør markant tidligere end den øvrige befolkning (Davidsen et al 2013; Sundhedsstyrelsen 2012 og 2011).

4.2.3 Dobbelt-op: Samtidig forekomst af psykiske problemer og stofmisbrug

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, er der således ingen tvivl om, at psykisk lidelse og stofmisbrug hver for sig har alvorlige konsekvenser for det menneske, der enten slås med det ene eller det andet problem. Har personen begge lidelser samtidigt, kan man tale om ”dobbelt op”, sådan som en norsk gennemgang af dobbeltdiagnoseområdet har betegnet deres undersøgelse.

I den norske gennemgang skitseres personer, som har en dobbeltdiagnose, med følgende karakteristiske problemstillinger:

- Hyppige skiftende lægekontakter
- Kastebold i behandlingssystemet
- Nedslidte familier og sociale netværk
- Hyppige akutindlæggelser og afgiftninger
- Oftere indlagt på tvang end andre psykiatriske patienter
- Hurtigere sygdomsudvikling (fx udvikling af psykoser) end andre psykiatriske patienter
- Høj risiko for selvmord
- Meget kontakt med politi og kriminalforsorg
- Ofte udadreagerende adfærd
- Overdødelighed
- Manglende sygdomsindsigt
- Marginal position i misbrugsmiljøet
- Lille chance for på egen hånd at stoppe misbruget
- Svært ved at gøre brug af velfærdstilbud
- Dårlig boevne (Evjen et al 2004, s. 38-39 min oversættelse)

Derudover påpeges det i den norske gennemgang, at personer med dobbeltdiagnose ofte er blandingsmisbrugere. At deres brug af stoffer er præget af et ukritisk og kaotisk misbrugsmønster, der fx viser sig ved, at de blander og bruger alt, hvad der er tilgængeligt (alkohol, stoffer, medicin). Den norske karakteristik af denne patientgruppe passer også på en tilsvarende dansk patientgruppe (fx: Frederiksen (red) 2009: 16-18 og Johansen 2009: 50-52).

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, har mennesker med henholdsvis psykisk lidelse, stofmisbrug eller begge dele ofte mange kompli-

20)

Socialsygeplejerskerne var inddraget i flere patientforløb, som ikke blev registreret i projektet, fx fordi det drejede sig om meget psykotiske patienter, som ikke kunne spørges, om de ønskede at være med i projektet eller ej. I disse tilfælde gav socialsygeplejerskerne faglig sparring til personalet i forhold til abstinensbehandling og lignende.

21)

Tallene er opgjort i forbindelse med midtvejsundersøgelsen af projektet: www.psykiatri-regionh.dk → nøgletal → behandlingspsykiatri → kapacitet → oversigtstabel → samlet kapacitet (opdateret 12. april 2010).

22)

Tal oplyst i forbindelse med midtvejsundersøgelsen: 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 → facts om hospitalet → introduktion til nyt personale aug. 2011).

23)

Fx blev projektets målsætning om at styrke det kommunale samarbejde i første omgang opfattet som indblanding i socialrådgivernes arbejdsområde.

cerede og behandlingskrævende behov. De patienter, som socialsygeplejerskerne havde med at gøre i psykiatrien, havde både misbrugsrelaterede og psykiske problemer. Når disse patienter herefter benævnes multibelastede og ikke dobbeltdiagnosticerede, har det den simple forklaring, at flere patienter netop ikke var psykiatrisk udredt og dermed diagnosticeret, men havde flere behandlingskrævende problemer at slås med.

Et andet kendetegn for disse multibelastede patienter er, at de på grund af deres stof(mis)brug, ikke har samme adgang til psykiatriens forskellige tilbud som andre psykiatriske patienter, ligesom de også udelukkes forskellige (kommunale) tilbud på grund af den manglende diagnose. På samme vis har denne gruppe patienter heller ikke altid samme adgang til misbrugsrelaterede tilbud som andre stof(mis)brugere, fordi de på grund af deres psykiske symptomer og problemstillinger er svære at rumme. Denne problematik er velkendt inden for dobbeltdiagnosefeltet, men indgår også i dette kapitel, da den har betydning for den psykiatriske socialsygepleje. Som det vil fremgå af dette kapitel, står patienten ofte dårligere i forhold til adgang til hjælp på grund af en manglende psykiatrisk diagnose.

4.3 Projektets erfaringer med behandlingen af psykisk syge patienter med stof(mis)brug

Socialsygeplejerskerne var i psykiatrien i alt involverede i 306 patientforløb²⁰. Det, der i første omgang sprang i øjnene, når de to projektdele blev holdt op mod hinanden, var, at mens projektets somatikdel omfattede 704 patientforløb, var socialsygeplejerskerne i projektets psykiatridel involverede i et væsentligt mindre antal. Forskellen kunne imidlertid forklares: For det første var det forventeligt, at psykiatrien ville have færre patienter i 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 (i alt: 302 sengepladser)²¹. Til sammenligning har Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler en samlet kapacitet på 1037 sengepladser²². For det andet fik projektets psykiatridel en langsom start, da det tog længere tid at introducere projektet og synliggøre socialsygeplejerskernes funktion og berettigelse²³. For det tredje dækkede de to psykiatriske centre flere kommuner, hvorimod de to projekthospitaler hovedsagligt havde Københavns Kommune som optagerområde. Det betød, at socialsygeplejerskerne i de to psykiatriske

centre skulle orientere sig (og bruge mere tid) i forhold til de forskellige kommuner, deres forskellige samarbejds- og sundhedsaftaler, hvilke tilbud hver kommune havde i forhold til deres borgere, eller hvis de ingen havde, om de så havde indgået aftaler med andre kommuner etc. For det fjerde var der færre patienter til målgruppen i det ene center end forventet, hvilket resulterede i, at man i marts 2011 udvidede målgruppen her til også at inkludere socialt udsatte psykisk syge med et misbrug udelukkende af alkohol.

Ud over ovennævnte forklaringer på det lavere antal patientforløb i projektets psykiatridel, er det imidlertid efter projektets afslutning blevet muligt at sammenholde projektets patientforløb i forhold til antallet af unikke individer. Når man ser på opgørelserne på individniveau fremgår det, at forskellen på antallet af unikke patienter, knyttet til henholdsvis projektets somatikdel versus psykiatridel, kun drejer sig om 85 patienter: De 704 patientforløb i somatikdelen fordelte sig nemlig på 324 forskellige unikke individer (dvs. forskellige cpr.nr), mens psykiatridelens 306 patientforløb fordelte sig på 239 unikke individer (se tabel 1). I psykiatridelen drejede det sig kun om 37 unikke patienter, som fik mere end én kontakt (= forløb) med socialsygeplejerskerne (se tabel 2). Dette svarer til 15 % af de patienter, som socialsygeplejerskerne var involverede i i psykiatrien. I somatikken havde 100 unikke patienter mere end ét forløb med socialsygeplejerskerne, hvilket svarer til 31 % af alle de patienter i somatikken, som socialsygeplejerskerne var involverede i. De psykiatriske socialsygeplejersker havde således oftere en ny patient, som de skulle forholde sig til end socialsygeplejerskerne i somatikken.

Tabel 1. De to projektdeles antal patientforløb og antal unikke individer

Psyk.Center	Antal patientforløb	Antal individer
PC Hillerød	173	141
PC Glostrup	133	98
I alt	306	239
Hospital	Antal patientforløb	Antal individer
Bispebjerg	281	157
Hvidovre	423	167
I alt	704	324

De somatiske socialsygeplejersker havde således flere patientforløb med de samme patienter (genindlæggelser, opfølgning og ambulante kontroller), hvorimod dette ikke i samme omfang var gældende i psykiatrien, hvor størstedelen kun havde ét forløb med socialsygeplejerskerne (jf. tabel 2).

Tabel 2. Antal kontakter fordelt pr. patient i psykiatridelen

Antal kontakter til socialsygeplejersker	
	Antal patienter
1 kontakt	202
2 kontakter	23
3 kontakter	8
4+ kontakter	6

Tabel udregnet på individniveau

Det var desværre ikke muligt for COWI at gennemføre en registeranalyse af projektets psykiatridel. Spørgsmålet om, hvordan det gik de patienter, som socialsygeplejerskerne havde kontakt med i psykiatrien i forhold til deres videre forløb eller i forhold til fx genindlæggelser, kan derfor ikke besvares. Vi ved altså ikke, i hvilket omfang patienterne dukkede op andre steder i det psykiatriske behandlingssystem, som på mange måder er mere geografisk fragmenteret end de enkelte hospitaler. Vi ved heller ikke, om patienterne efter udskrivelsen fra psykiatrien senere dukkede op i misbrugsbehandlingen eller på et hospital. Socialsygeplejerskerne har, i de tilfælde det var muligt, noteret, hvis patienten påbegyndte anden behandling efter udskrivelsen, ligesom de har noteret, hvem patienten blev overdraget til ved udskrivelsen (jf. kapitel 1). Dog er det i gennemgangen af projektjournalerne blevet synligt, at de patienter, som blev tilknyttet Projekt Socialsygepleje, tit omhandlede patienter, der havde ét eller flere psykiatriske indlæggelsesforløb bag sig. I det omfang det er oplyst i journalerne, er det langt over halvdelen af patienterne, som har haft tidligere indlæggelser/henvendelser til behandlingspsykiatrien. I nogle tilfælde handler det om unge, som tidligere har haft forløb i børne-/ungdomspsykiatrien (fx journal nr. 16y). I andre tilfælde omhandler det korte indlæggelser med afrusning for øje, hvor patienten vender tilbage igen kort tid efter udskrivelsen (fx journal nr. 12y). I andre tilfælde drejer det sig om patienter, som er tilknyttet fx distriktpsykiatrien eller et bosted for

psykisk syge, hvor personalet her vurderer patienten tiltagende dårlig og med behov for indlæggelse (fx journal nr. 68x).

I somatikdelen af projektet, hvor COWI gennemførte en registeranalyse (jf. kapitel 3), fremgik det, at den gruppe patienter, som socialsygeplejerskerne her var involverede i, var de mest syge indlagte patienter med stofmisbrug. Patienter som ofte havde flere helbredsmæssige (og behandlingskrævende) problemer. Nogle af genindlæggelserne i denne del af projektet omhandlede derfor forskellige helbredsproblemer, som krævede nye indlæggelsesforløb eller opfølgning på en tidligere indlæggelse (= nyt patientforløb, men samme patient). Det kunne også dreje sig om forløb, hvor patienten havde afbrudt behandlingen og kom/blev fulgt tilbage til hospitalet (jf. kapitel 2). Selvom vi ikke kender til omfanget af genindlæggelserne på samme måde i psykiatrien, kan vi alligevel udlede noget af de genindlæggelser, som socialsygeplejerskerne var involverede i i psykiatridelen (enten hvor patienten dukkede op på samme psykiatriske center igen eller omhandlede patienter, som var kendt i de psykiatriske afdelinger fra tidligere). Disse genindlæggelser kan groft inddeles i tre henvendelsesårsager:

1. Tilbagevendende indlæggelser, hvor afrusning var den såkaldte "aktionsdiagnose"
2. Genindlæggelse som følge af kaos i forhold til stofindtag, psykiske symptomer og patientens manglende mestring af dagligdagen
3. Genindlæggelse som følge af håbløshed med selvmordstanker/-forsøg

Ovennævnte kategorier karakteriserer generelt størstedelen af projektets patienter i psykiatrien og de problemstillinger, disse patienter sloges med. Dertil kommer endnu en kategori af unge (mellem 18 og 34 år), hvoraf flere var personer, som henvendte sig første gang til systemet for hjælp på grund af en af ovenstående problematikker (fx journal nr. 6x; 15x; 67x; 92x; 17y).

Ungegruppen udgjorde 43 % af den samlede projektgruppe i psykiatrien (jf. tabel 3). Den tilsvarende procentdel i somatikken udgjorde 14,8 % unge (= 91 patientforløb (i alderen 18-34 år) ud af 613 indlæggelser).

Tabel 3. Fordeling af alder og køn på individniveau i psykiatrien

Køn og alder			
	Mænd	Kvinder	I alt
18-24 år	39	16	55
25-34 år	41	7	48
35-44 år	50	18	68
45-54 år	28	13	41
55-64 år	18	5	23
65+ år	2	2	4
I alt	178	61	239

Alder er opgjort ved første kontakt med socialsygeplejersken

Netop ungegruppen er vigtig at være opmærksom på i psykiatrien, fordi der kan være tale om første henvendelse til behandlingssystemet med ønsket om hjælp. De fleste unge ser ikke stofindtaget som deres væsentligste problem, måske opleves det tværtimod som en meningsfuld strategi i deres liv (Vind & Pedersen 2010: 103). De vil derfor sjældent henvende sig i misbrugsbehandlingen, før problemerne er blevet betydeligt større – og dermed også sværere at løse (Fx: Ohlmeier et al 2011; Pedersen 2005). Undersøgelser viser endvidere, at der typisk går mellem 10-20 år fra debut med henholdsvis kokain og hash, til man søger stofmisbrugsbehandling første gang (Fx: Pedersen 2010)²⁴. Henvendelsen i psykiatrien kan altså være den første kontakt, hjælpesystemet får med den unge. Får den unge ikke den fornødne opmærksomhed ved den første henvendelse, risikerer man at miste muligheden for at iværksætte og yde en tidlig behandlingsindsats, der kan støtte og hjælpe vedkommende, inden problemerne vokser sig store og massive (jf. den tidligere gennemgang af hyp-pige konsekvenser af såvel psykisk lidelse som stofmisbrug).

24)

Dette blev også målt i KABS, Stjernevang (en specialafdeling for sårbare unge med stofproblematikker); på en given indskrevet gruppe unge (30 brugere) var den gennemsnitlige debutalder for hash 12,6 år, mens gennemsnitsalderen for første henvendelse i misbrugsbehandlingen var 20,7 år (maj 2013).

For at illustrere de problemstillinger, patienterne i projektets psykiatridel havde, følger først en udvalgt case fra projektjournalerne. Casen er min sammenskrivning af patientforløbet, skrevet ud fra socialsygeplejerskens journaloptegnelser (fra to forløb). Udsagn i citationsteget er gengivet ordret som socialsygeplejersken har opfattet og nedskrevet det. Casen er valgt ud fra kriteriet om repræsentativitet i forhold til det samlede datamateriale. Det vil sige, at den valgte case illustrerer tematikker, som går igen i et stort flertal af projektets samlede patientforløb og derfor tjener som grundlag for den videre diskussion.

Men før patienterne fra projektets psykiatridel beskrives nærmere, skal det allerførst slås fast, at der er forskel på 1) brug af stoffer/rusmidler 2) misbrug og 3) afhængighed af stoffer/rusmidler (se definition kapitel 1). Når det er vigtigt at understrege, er det fordi rusmidler²⁵ – ikke mindst stoffer– tillægges stor betydning i psykiatrien og i en sådan grad, at andre problemer glider i baggrunden. Skellet mellem de forskellige indtagelsesgrader synes således at være udvisket, når personalet i psykiatrien involverede socialsygeplejerskerne i nogle patientforløb, som socialsygeplejerskerne vurderede ikke hørte til målgruppen, idet deres brug af rusmidler var så minimal, at det var uden betydning (jf. projektets målgruppe).

Ovenstående tema uddybes senere, her skal det blot bemærkes, at det samlede datamateriale efterlader indtrykket af, at personalet automatisk opfattede patienten som stofmisbruger, hvis de blev bekendt med, at vedkommende brugte stoffer. Som det vil fremgå, har denne opfattelse betydning i forhold til det, psykiatrien har at tilbyde patienten.

4.3.1 Case: Afrusning og genindlæggelser

En 43-årig mand genindlægges akut med aktionsdiagnosen: "Overdosis multipelt misbrug". Patienten har alkoholabstinenssymptomer med tremor. Han er endvidere syns- og hørehallucineret, ligesom han føler, at han har dyr kravlende under huden. Den læge som optager journal ved indlæggelsen, opfatter patienten som en alkoholiker, der skal afruses og herefter udskrives. Lægen lægger således en plan for afrusning af tre dages varighed på lukket afdeling, hvorefter patienten forventes udskrevet.

Socialsygeplejersken opsøger patienten på afdelingen for at høre, hvad der er sket efter sidste udskrivelse (dagen før), og hvad der er sket med de aftaler, patienten havde med en misbrugsinstitution. Patienten fortæller, at han efter udskrivelsen havde mødt nogle "gadedrenge", som han havde taget stoffer med. Han havde først forsøgt at injicere heroin, men det var ikke lykkedes. I stedet havde han taget "free-base" [kokain blandet med opløsningsmiddel²⁶], som yderligere var iblandet noget mere, han ikke vidste, hvad var. Under samtalen med socialsygeplejersken og stuegangslægen græder patienten meget og giver udtryk for suicidal tanker pga. sit "lorteliv". Lægen ordinerer Fenemal for abstinenssymptomer [barbiturat med en beroligende og krampestillende virkning, som bruges til behandling af epilepsi og alkoholabstinenssymptomer]. Socialsygeplejersken kommer med yderligere forslag,

25)
Rusmidler dækker i denne antologi både alkohol og stoffer.

26)
For nærmere forklaring se Rindom 2007.

hvis denne ordination viser sig ikke at dække alle abstinenssymptomerne.

Næste dag har patienten stadig abstinenssymptomer og fortæller, hvordan han forsøger at holde facaden, men føler sig deprimeret og plaget af gentagne angstanfald. Han har også problemer med at være i sin lejlighed. Socialsygeplejersken videregiver oplysningerne på behandlingskonferencen og skriver efterfølgende i projektjournalen: "Der findes ingen velvilje til at beholde ham, skønt jeg fagligt argumenterer for at varetage de underliggende problematikker for misbrug og genindlæggelse om lidt. Jeg får at vide, at der så er tale om en "social indlæggelse", som der ikke er mulighed for pga. manglende sengepladser". Kompromisset bliver dog at overføre patienten til en åben afdeling weekenden over.

På den nye afdeling gør socialsygeplejersken personalet opmærksomme på patientens angstproblematik. Personalet kender patienten fra flere tidligere indlæggelser og giver udtryk for, at de har givet op i forhold til patienten. Han har været indlagt 17 gange de sidste to år og er ofte gået fra afdelingen. Personalet oplever imidlertid patienten som mere motiveret for behandling denne gang end tidligere, hvor han var svær at holde på. Indlæggelsesplanen ændres derfor med henblik på udredning og eventuel henvisning til Skt. Hans for videre behandling. Patienten sættes i antipsykotisk behandling og har god effekt af dette. Han synes også det dæmper det tankemylder, han normalt er plaget af. Han fortæller endvidere, at angstanfaldene går tilbage til ungdomsårene, hvor han følte sig forkert i sociale sammenhænge.

Under indlæggelsen er der flere episoder, hvor han drikker alkohol, hvilket påtales, men rummes. Socialsygeplejersken forsøger at få ordineret benzodiazepiner i forhold til patientens alkoholtrang uden held. Socialsygeplejersken giver patienten et angstregistreringsskema og sætter personalet ind i brugen af dette. Patienten registrerer 4 stærke angstanfald på et døgn, hvilket gennemgås med lægen på stuegang. Under indlæggelsen diskuteres det, hvortil og i hvilket regi patienten skal overgå efter udskrivelsen. Patienten bliver ikke indstillet til Skt. Hans eller KASA [dobbelt-diagnoseafdeling i KABS], da man "fra lægesiden ikke vurderer, der er noget at komme efter". Blå Kors vurderer ham til gengæld for syg og for farlig til, at de vil modtage ham.

I forhold til socialsygeplejerskens og patientens anmodning om at få udredt angstproblematikken og andre psykiske problemer skærer en stuegangslæge efter 43 dages indlæggelse igennem: "Stort set alle misbrugere, jeg møder, er jo angste eller har noget angstrelateret, så det er ikke vores bord. Det er misbrugsrelateret, og vi sender dig videre". Lægen påpeger, at hun ville have udredt patienten meget hurtigere, hvis hun havde set ham tidligere, men at indlæggelsen nu er slut. Lægen vil dog sende en henvisning til egen læge, og her anbefale udredning hos psykiater. Socialsygeplej-

ersken når inden udskrivelsen at tage kontakt til det misbrugscenter, patienten ved forrige udskrivelse blev henvist til, og får et nyt møde i stand, hvor patienten og hun selv deltager. Her lægges en plan for den videre udredning og opfølgning af patientens problemer” (Journal nr. 5 og 7 x).

Ovenstående case eksemplificerer flere af de tematikker/problematikker, der tegner sig i materialet fra projektets indsats i psykiatrien. I de følgende afsnit vil dette blive udfoldet i forhold til nedenstående punkter, for derefter at blive diskuteret i forhold til den overordnede ramme projektet var indlejret i:

1. Patientgruppen
2. Personalet
3. Socialsygepleje i psykiatrien

4.3.2 Patientgruppen

Casen illustrerer for det første noget om flere af projektpatienternes generelle problematikker, når de henvender sig i psykiatrien. Som beskrevet i forrige afsnit om de multibelastede patienter, så er der ofte hos disse patienter tale om et stof(mis)brug af kaotisk art, forstået sådan, at forskellige rusmidler og mængder ukritisk blandes. Man tager simpelthen det, der er til rådighed på et(hvert) givet tidspunkt. Dette er casen ovenover også et eksempel på; patienten får lige efter udskrivelsen tilbudt heroin, da dette ikke lykkes at injicere, tager han i stedet ”free-base” blandet med noget, han ikke ved, hvad er. Ud over indtagelse af forskellige stoffer, drikker han flere genstande om dagen. Han har på den måde haft gentagne akutindlæggelser i psykiatrien pga. forgiftninger, hvor behandlingen har været afgiftning/afrusning. Ved udskrivelse har det været forsøgt at få ham til at henvende sig på et misbrugscenter, men der er han aldrig mødt op. Som nævnt under gennemgangen af den norske undersøgelse af patienter med dobbeltdiagnose, har disse patienter sjældent strategier til at sige nej til stoffer, ligesom chancen for, at de selv kan stoppe misbruget på egen hånd, er lille.

Flere af patienterne tilknyttet socialsygeplejerskerne gav udtryk for, at deres brug af stoffer var en form for ”selvmedicinering”²⁷. Det vil sige, at patienterne benyttede stoffer og/eller alkohol til at håndtere forskellige generende psykiske symptomer. Eksempelvis angst, socialfobi og

27)

Mads Uffe Pedersen forholder sig kritisk til begrebet ”selvmedicinering” i bogen *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler* (2005: 56-58).

tankemylder (som i den indledede case, hvor patienten siden ungdommen havde drukket, fordi han følte sig forkert i sociale sammenhænge), depression, opgiveness og selvmordstanker (fx journal nr. 119y; 153y), eller i forhold til hallucinationer og vrangforestillinger af forskellig art (fx journal nr. 25x; 36x). Selvom ikke alle patienter, der blev henvist til socialsygeplejerskerne, var misbrugere/afhængige, var der ofte tale om et mere eller mindre kaotisk/tilfældigt stof(mis)brug, som ofte bestod af mere end én type rusmidler.

Ved projektets afslutning påtog socialsygeplejerskerne i psykiatrien sig at gå samtlige patientforløb igennem og gruppere dem i forhold til fem kategorier af misbrugstype og grad af psykisk lidelse (inspireret af Socialt Udviklingscenter SUS 2011) til brug for denne analyse.

Registreringen blev lavet på baggrund af de lægelige diagnoser beskrevet i patienternes hospitalsjournaler, samt de rusmidler patienterne havde nævnt²⁸. De fem kategorier er:

- *Kategori A:* Patienter med "svære" psykiske lidelser (fx skizofreni og andre psykotiske tilstande) + et skadeligt brug af stoffer og eventuelt alkohol
- *Kategori B:* Patienter med "svære" psykiske lidelser (som i kategori A) + alkoholmisbrug
- *Kategori C:* Patienter med "lettere" psykiske lidelser (fx depression, personlighedsforstyrrelser, angst mv.) + et skadeligt brug af stoffer og eventuelt alkohol
- *Kategori D:* Patienter med "lettere" psykiske lidelser (som i kategori C) og alkoholmisbrug
- *Kategori E:* Patienter med psykiske lidelser uden brug af rusmidler (socialt udsat)

Tabel 4. Patienter fordelt på kategorierne og køn

	Mænd	Kvinder	Samlet
Kategori A	101	20	121
Kategori B	6	2	8
Kategori C	76	45	121
Kategori D	40	15	55
Kategori E	1	0	1
I alt	224	82	306

Tallene i tabellen er på individniveau

28)

Konsulent Heidi Wiberg Johansen, COWI var behjælpelig med at omsætte socialsygeplejerskernes journalregistrering til et anonymt tabelregneark.

misbrugstypen kun drejer sig om alkohol (kategori B og D), da det som udgangspunkt ikke var projektets målgruppe. Derimod er det interessant, at patienterne i projektet fordeler sig lige mellem kategorierne A og C. Ser man på, hvordan rusmidlerne fordeler sig på de forskellige hovedstoffer, ser det ud som tabel 5 herunder.

Tabel 5. Kategorier fordelt på rusmidler

	Opioider	Centralstimulantia	Cannabis	Benzodiazepiner	Alkohol	Intet forbrug	Andet
A	22	42	85	11	29	4	12
B	1	1	1	1	6	0	0
C	26	43	64	26	52	2	10
D	2	1	0	4	53	0	0
E	0	0	0	0	0	1	0

Tabellen er lavet på individniveau, men nogle patienter bruger flere typer rusmidler, de tæller derfor med flere steder.

Ser man samlet på antallet af rusmidler i tabellen, er C-kategorien registreret 223 gange, sammenlignet med A-kategorien, der i alt registreres for 205 rusmidler. Det fremgår endvidere, at både patientgruppe A og C bruger lige mange forskellige slags rusmidler, dog benytter de patienter, som hører til de lettere psykiske lidelser (kategori C), hyppigere alkohol end patienterne med de tungere psykiatriske lidelser (kategori A). Omvendt er det med cannabis. I en forskningsoversigt over sindslidelser og typer af misbrug findes ligeledes samme tendens i ét studie. Dog konkluderes det, at det er vanskeligt at tegne et entydigt billede af sammenhængen mellem patientkategorierne og typer af misbrug (SUS 2011:19).

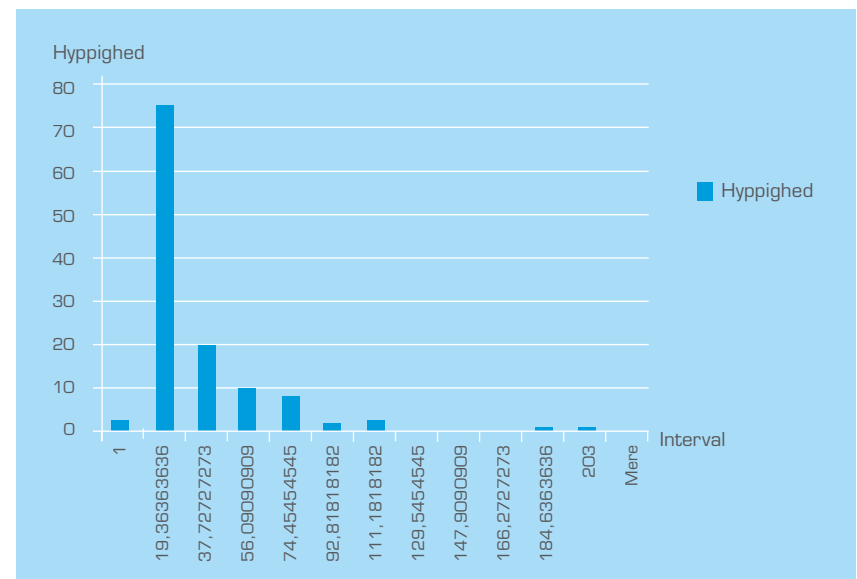
En sidste tabel over patientkategorierne omhandler længden af indlæggelsesdage fordelt på de forskellige kategorier (tabel 6).

Tabel 6. Kategorier fordelt på gennemsnitlig og middel indlæggelseslængde i dage

	Gennemsnit	Median	N
A	23,4	12	121
B	29,5	20	8
C	11,1	4	121
D	5,6	3	55
E	6,0	6	1
I alt	15,5	5	306

Tallene i denne tabel er på forløbsniveau

Det fremgår af tabel 6, at patienterne i kategori A og C har en væsentlig forskel i gennemsnitlig indlæggelseslængde. Men de to kategorier har også hver især en median, der viser, at spredningen på indlæggelseslængden for hver kategori er stor. Derfor er det nødvendigt at se nærmere på A og C kategoriernes indlæggelser for at kunne sammenligne dem med hinanden. Dette sker ved hjælp af histogrammer for de to kategorier (jf. figur 1 og 2 herunder)²⁹.

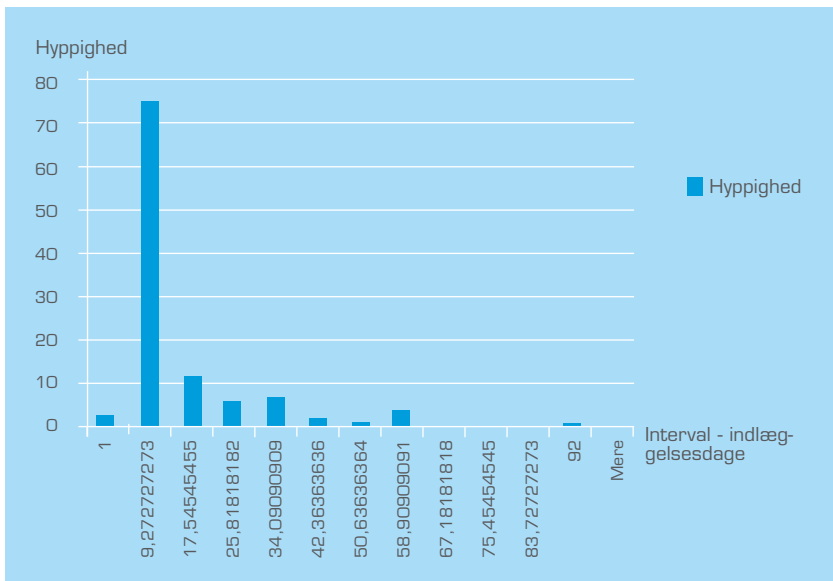


Figur 1. Histogram kategori A

29)

Tak til specialkonsulent Rasmus Axelson i KABS for hjælp til at udarbejde disse histogrammer.

Som det fremgår af histogrammet for kategori A, er fordelingen af observationer venstreskæv, hvilket giver den store forskel mellem gennemsnit og median i tabel 6. For at få en mere valid gennemsnitsberegning, medtages derfor kun de 75 % korteste indlæggelser. Når gennemsnittet således beregnes ud fra de første 3 intervaller (n=97), bliver den gennemsnitlige indlæggelseslængde 11,3 dage. Dermed er der næsten overensstemmelse mellem median og middelværdi. På samme måde undersøger vi histogrammet for kategori C (figur 2).



Figur 2. Histogram kategori C

Her er fordelingen også venstreskæv, og man kan da overveje, hvor meget man ønsker, at de lange forløb skal vægte i forhold til at sige noget validt om indlæggelseslængden for gruppen. Hvis man beregner gennemsnittet for de første tre intervaller (n=99), så bliver gennemsnitslængden 5,1 dage. Dermed kan man sige, at indlæggelseslængden sandsynligvis er dobbelt så lang for patienter i kategori A, end den er for dem, der tilhører kategori C.

Tager vi atter udgangspunkt i den indledende case, er det kendetegnende for en del af projektets patienter, at mange forsøger ”at holde facaden”. Flere af de patienter, socialsygeplejerskerne havde kontakt med, brugte forskellige rusmidler til at opretholde en facade udadtil, selvom alt føltes som kaos indeni (fx journal nr. 29x; 136x). Derudover forsøgte nogle af disse patienter også at holde facaden over for personalet, fordi de ikke kunne gennemskue konsekvenserne af at fortælle, hvordan det i virkeligheden forholdt sig (fx journal nr. 138y; 173y). Dette forsvar eller ”hold-en-lav-profil” gjorde sig også gældende i den somatiske del af projektet, hvor frygten for fordømmelse pga. stofmisbrug fik patienter til at fortie problemer, som de ellers havde brug for hjælp til (jf. kapitel 2). For nogle af de psykiatriske patienter handlede det ligefrem om at skjule stof(mis)bruget, for at få hjælp til de psykiske problemer, der havde fået dem til at henvende sig i psykiatrien (jf. fx journal nr. 138y; 173y). En patient sagde eksempelvis til socialsygeplejersken, at hun oplevede, at personalet havde mere fokus på, at hun var ”misbruger” end på, at hun havde det psykisk dårligt (jf. journal nr. 36x). En del af patienterne så således ikke deres (mis)brug som deres primære problem, men som en hjælp i mangel af bedre: Stofferne kunne være en måde at få adgang til et socialt fællesskab (fx journal nr. 81y; 109y). For andre kunne (mis)bruget være en løsning og flugt fra uoverskuelige problemer eller en måde at være i en social kontekst overhovedet. Som en 23årig kvinde selv udtrykte det, ville hun ikke være i stand til at undvære rusmidlerne, før hun fik en anden løsning på sine mange problemer af både psykisk og social karakter (angst, social fobi, depression og selvskadende adfærd, manglende bolig, problemer med sit netværk og sit job) (jf. journal nr. 119y). Men mens rusmidlerne lindrer nogle psykiske symptomer og problemer, fremmer, forstærker eller forværrer de andre, hvilket uddybes i anden del af kapitlet.

Ud over de allerede skitserede karakteristika ved patientgruppen, registrerede socialsygeplejerskerne også patienternes forsørgelsesgrundlag og boligsituation (se tabel 7).

Tabel 7. Forsørgelsesgrundlag og boligsituation

Forsørgelsesgrundlag	
	Antal
Lønarbejde	29
Kontanthjælp	142
Førtidspension	89
Andet	41
Uoplyst	5
Boligsituation	
	Antal
Selvstændig bolig	191
Herberg	15
Forsorgshjem	4
Natcafe	1
Kammerat	8
Familie	25
Gaden	28
Bofællesskab	13
Andet	21

Tabellen er opgjort på patientforløb

Patienten i indledningscasen havde selvstændig bolig, som 191 af de øvrige patientforløb (svarende til 62 % af forløbene). Han var derudover på kontanthjælp, som i 142 patientforløb (svarende til 46,4 %). Men under indlæggelsen fremgik det, at hans situation var uholdbar, da han dels ikke opholdt sig i sin lejlighed, fordi han var bange for at være der alene. Dels havde han massive problemer af psykisk som social art, som reelt betød, at han ikke stod til rådighed for arbejdsmarkedet, da disse problemer ville forhindre ham i at passe et ordinært arbejde. Dette er en væsentlig pointe, idet flere psykisk syge patienter på papiret kan fremstå bedre, mere ressourcestærke end de i virkeligheden er. (En pointe, der også fremhæves i Århus projektet: *Projekt Bedre Udredning*, Frederiksen (red) 2009: 13).

I den psykiatriske projektdel fremgår det således, at 46,4 % af patienterne modtog kontanthjælp og stod således til rådighed for arbejdsmarkedet. I modsætning hertil fik kun 28,6 % kontanthjælp i den somatiske del af projektet, mens 66 % modtog førtidspension. I psykiatrien drejede det sig om 29 % som fik førtidspension. I psykiatri-patientforløbene havde 62,4 % selvstændig bolig, mens det gjaldt 55,8 % i somatik-patientforløbene. Med hensyn til decideret hjemløshed drejede det sig om 10,7 % i somatik-patientforløbene og 9 % i psykiatri-patientforløbene (jf. bilag 2a og 2b). Projektets psykiatripatienter ser således på papiret ud til at have flere sociale ressourcer end patienterne i den somatiske del. Som det tidligere blev påpeget tilhørte en større del af psykiatri-patientforløbene gruppen af unge. Nogle af dem boede stadig hjemme, havde netværk (fx forældre) mv. Dette betyder, at de (endnu) ikke vejer så tungt i statistikken. Derudover kan det mindre antal på førtidspension og flere på kontanthjælp dog også indikere, at nogle af disse patienter ikke har en særlig tæt kontakt med systemet og dermed ikke er tilstrækkeligt udredt i forhold til deres problemer. Og selvom mange af patienterne har en selvstændig bolig, er dette heller ikke ensbetydende med, at de alle magt-er/kan opholde sig i den (fx journal nr. 104y).

I gennemgangen af projektjournalerne i psykiatrien tegner der sig således et billede af en gruppe patienter, som på trods af at en stor procentdel havde selvstændig bolig, og på trods af at kun et mindre antal var førtidspensionister, havde mange komplekse problematikker og tegn på kaotiske liv. Derudover ved vi dels fra undersøgelser på området (se tidligere), dels erfaringer med målgruppen i praksis, at deres problemstillinger af såvel psykisk som misbrugsmæssig karakter forstærker hinanden i stigende grad: Jo længere tid der går, uden de får en sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, jo mere massive bliver problemerne og jo dårligere prognose (Dennison 2005; se også Hesse & Thylstrup 2012).

4.3.3 Personalet

Ud over at den indledende case i dette kapitel giver et indtryk af de problematikker, denne patientgruppe slås med, illustrerer casen også de diskussioner socialsygeplejerskerne og personalet havde i forhold til patientgruppen. Allerførst beskriver casen årsagen til patientens indlæggelse: Han har abstinenssymptomer med en eller anden grad af kramp-er. Lægen sætter en abstinensbehandling i gang med Fenemal, som på

daværende tidspunkt oftest blev brugt til alkoholabstinenssymptomer. Socialsygeplejersken kommer med forslag til andre præparater end Fenemal, fordi patienten fortæller, at han har taget ”free-base” og beskriver ”dyr der kravler under huden”, hvilket peger på kokainabstinenssymptomer og kaldes ”cocaine bugs” (fx Rindom 2007:94). Men det handler også om, at barbiturater (Fenemal) har flere bivirkninger end benzodiazepiner, som også kan anvendes til alkoholabstinenssymptomer (jf. Sundhedsstyrelsen 2008). Derudover findes der heller ingen modgift (antidot) til barbiturater, hvilket betyder, at en eventuel overdosering kan blive fatal, fordi der ikke kan gives en modgift. Derimod findes der en modgift til overdoser af benzodiazepiner.

Ovenstående eksempel går igen i datamaterialet. Generelt fremgår det, at personalet har mere viden om alkoholisme end om stofmisbrug. Dette forklares flere steder med, at førstnævnte gruppe patienter traditionelt har hørt til under behandlingspsykiatrien (fx Vendsborg 2005). Denne viden om alkoholisme trækker personalet på, når de har med misbrugere at gøre generelt, hvilket har den konsekvens, at mange abstinenssymptomer opfattes og behandles som alkoholabstinenssymptomer (se også afsnittet *Alkoholikeren som den klassiske patient* senere i kapitlet).

Hen mod slutningen af projektets psykiatridel udsendte Region Hovedstaden en ny VIP instruks for alkohol abstinensbehandling, hvor der tages højde for ovenstående problemstilling:

”Barbiturater og benzodiazepiner har formentlig en ligeværdig effekt i relation til behandling af abstinenssymptomer, men effekten af benzodiazepiner er betydeligt bedre undersøgt end barbituraternes. Benzodiazepiner har flere fordele, især i form af færre bivirkninger og risici, ligesom der findes en specifik antidot i tilfælde af forgiftning. Benzodiazepiner bør derfor være førstevalgspræparat. Det er hensigtsmæssigt at vælge et benzodiazepin med så lille misbrugspotentiale som muligt og en lang halveringstid, som f.eks. chlordiazepoxid.” (Region Hovedstaden, gældende fra d. 12. maj 2012: www.vip.regionh.dk)

Denne instruks blev herefter implementeret på de psykiatriske afdelinger.

En af socialsygeplejerskernes tilbagevendende opgaver var således at rådgive og vejlede personalet angående identificering af forskellige typer af abstinenssymptomer (fx undervisning i scoringsredskaber til identificering af andre abstinenssymptomer end alkohol) og håndtering og forebyggelse af disse. Derudover omhandlede undervisningen viden i forhold

til høje doser substitutionsmedicin, samt hvad metadon er for et præparat. Dette illustrerer følgende case:

"Socialsygeplejersken finder en mandag morgen en patient svær abstinent i sin seng. Han er blevet indlagt om lørdagen efter at være sprunget ud af et vindue, fordi han troede han kunne flyve. Han bekræfter over for socialsygeplejersken, at han har abstinenssymptomer. Socialsygeplejersken opsøger den sygeplejerske, som har ansvaret for patienten, for at forhøre sig om metadonudleveringen. Sygeplejersken siger, at patienten har fået sin medicindosis, men da socialsygeplejersken fastholder, at patienten er abstinent, indvilliger sygeplejersken lettere irriteret i at score patienten ("hun ruller med øjnene"). Sygeplejersken scorer patienten for alkoholabstinenssymptomer, som patienten viser sig ikke at have. Dog konstaterer sygeplejersken, at patienten har lav puls og er svedende. Hun beder derfor lægen prioritere ham hurtigst muligt. Det viser sig, at patienten kun har fået den halve dosis metadon og en betydelig mindre dosis benzodiazepin, end han plejer at få. Begge præparater øges betragteligt. Metadondosis bliver givet i to doser, fordi lægen vil sikre sig, at patienten kan tåle den fulde dosis. Først om eftermiddagen begynder patienten at have det bedre. Senere opsøger sygeplejersken socialsygeplejersken, fordi hun gerne vil vide, hvad det var for abstinenssymptomer patienten havde. Socialsygeplejersken viser sygeplejersken på et skema, hvilke abstinenssymptomer morfinpræparater giver. Sygeplejersken undrer sig og siger: "Jamen han fik da ikke morfin?". Hun bliver meget overrasket over at høre, at metadon ligesom morfin hører til gruppen af opioider." (Jf. journal nr. 108y).

Ovenstående case er langt fra enestående. I flere tilfælde blev der lavet fejl med doseringen af substitutionsmedicin, enten fordi de præparater patienten var vant til at få, ikke var de samme som dem, man benytter i psykiatrien, hvorfor der skal tages højde for en omregningsfaktor. Eller der blev begået fejl pga. manglende viden om abstinenssymptomer og substitutionsmedicin mv. Den forrige case var et eksempel på begge dele: Det benzodiazepinpræparat patienten havde fået ordineret fra sit misbrugscenter af en bestemt styrke, fandtes i et andet præparat og styrke i psykiatrien. Omregningsfaktoren blev i første omgang udregnet forkert, hvorfor patienten fik abstinenssymptomer. Dosis skulle øges 5 gange før det til sidst svarede til den ordination, han var vant til (jf. journal nr. 108y). Det samme problem gjorde sig ligeledes tit gældende i forhold til metadondoseringen, som casen også var et eksempel på. I misbrugsbehandlingen kan patienter få metadon som mixture, tablet eller injektion. Da de forskellige præparater har forskellig styrke, er der også her en omregningsfaktor, som altså ofte gav fejludregninger og dermed forkert

dosis i psykiatrien.

Selvom stof(mis)brug er velkendt blandt psykiatriske patienter, er det ikke et emne psykiatrien har særlig meget fokus på, da stoffer og stof(mis)brug typisk er blevet tænkt som hørende til i stofmisbrugsbehandlingen. Erfaringerne er imidlertid, at flere af patienterne med stof(mis)brug lades i stikken på grund af den manglende viden om disse emner (både i somatik og psykiatri). Nogle patienter får decideret forkert behandling på den konto. Eksempelvis en psykiatrisk patient, som socialsygeplejersken vurderede var abstinent. Socialsygeplejersken forsøgte at få personalet til at behandle patientens abstinenssymptomer, hvilket ikke blev efterkommet i tilstrækkelig grad. I aftenvagten tilkaldes en vagtlæge, fordi patienten begynder at klage over dårlig mave, hun har diarré, højt blodtryk og puls. Den vagthavende mener, der er tale om en gastritis (maveinfektion) og ordinerer Emperal (et middel mod kvalme og opkastning). Det viser sig imidlertid senere at omhandle opioidabstinenssymptomer (jf. journal nr. 80y). Episoden medførte efterfølgende et ønske blandt lægerne om undervisning i stoffer og abstinenssymptomer, hvorfor socialsygeplejersken fandt en misbrugs læge, der kunne efterkomme et sådant ønske. Såvel deltagerobservationer, interviews og socialsygeplejerskernes projektregistreringer peger på, at der generelt er et stort behov for viden om stof-fernes virkninger, om abstinenssymptomer og behandling af disse, om substitutionsbehandling etc. Dette behov var også gældende i somatikken (læseren henvises til kapitel 2 her i antologien, hvor disse emner udfoldes yderligere).

Noget af det, som går igen i projektjournalerne og de kvalitative interviews, er et generelt ønske blandt personalet om at rette og lære af begåede fejl. Men det kræver i første omgang, at nogen opdager og påpeger fejlene og eventuelt ser, at der er et mønster i dem. Dette gælder ikke mindst patientgrupper, der af den ene eller den anden grund opfattes som mindre interessante eller besværlige. I de to ovenstående cases blev den behandling, man havde igangsat, opfattet som korrekt og fyldestgørende – hvorimod socialsygeplejersken, som insisterede på, at den ikke var det, blev opfattet som anstrengende og irriterende. Men da fejlene blev opdaget, resulterede det i et ønske fra personalet om at rette dem: I casen med den abstinente kvinde, som fik en forkert diagnose og dermed behandling, ønskede lægerne at forhindre en lignende situation og fik derfor undervisning i forhold til problemet. I forrige case om den forkerte medicindosis og efterfølgende abstinente patient, vendte sygeplejersken tilbage til socialsygeplejersken for at blive bedre rustet til at identificere

forskellige abstinenssymptomer fremover. For mig at se, var socialsygeplejersken her en utrolig vigtig medspiller, fordi hun var den person, som kunne påpege fejl, se mønstre i gentagende fejl (fx hvordan de opstod) og tilbyde undervisning i forhold til at minimere risikoen for lignende gentagelser. Som en af socialsygeplejerskerne noterer det: *”Når abstinenser bliver påtalt, er der stor lydhørhed, ellers glider det i baggrunden”* (journal nr. 92x). I socialsygeplejerskernes undervisning var det ofte håndtering af patienternes medicin (eller mangel på samme), der blev diskuteret. Her trak socialsygeplejerskerne på Sundhedsstyrelsens *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (Sundhedsstyrelsen 2008), hvor såvel abstinenssymptomer, håndtering af disse, substitutionsmedicin og hvad der interagerer med medicin osv. er beskrevet. Eller de indhentede rådgivning og ekspertise fra misbrugslæger eller fra Giftlinjen (Bispebjerg Hospitals landsdækkende telefonrådgivning). Med sig rundt på afdelingerne havde socialsygeplejerskerne desuden en oversigt over de forskellige abstinenssymptomer, som de brugte i den faglige sparring af personalet (se bilag 3 og 4).

En anden problemstilling, som gør sig gældende i materialet, er et manglende kendskab til/adskillelse af begreberne; *brug, misbrug og afhængighed* (for definitioner se kapitel 1). I gennemgangen af det samlede datamateriale får man det indtryk, at blot det, at patienten nævner brug af stoffer, træder fokus på stofferne i forgrunden, mens andre problematikker/symptomer glider i baggrunden. Det er imidlertid problematisk at gøre alt til et misbrugsproblem, ikke mindst i forhold til de unge, der for det første sjældent ser stofbruget som deres (primære) problem, men mere opfatter det som en del af deres ungdomsliv/fællesskab eller som en måde at dulme/flygte fra andre problemer (se fx Vind & Pedersen 2010). De unge henvender sig netop i psykiatrien og ikke i misbrugsbehandlingssystemet, fordi det er andre problemer end stof(mis)bruget, der fylder. For det andet kan stofferne, som nævnt tidligere, være en form for ”selvmedicinering”, der dækker over psykiske problemer (Hesse & Thylstrup 2012; Dennison 2005).

For patienterne får det konsekvenser, at der ikke skelnes mellem grader af brug af stoffer/rusmidler, fordi alle former for stofbrug bliver indikation på at tænke stofmisbrugsbehandling og bevirker, at de mange gange viderehenvises hertil. Der er således flere eksempler i projekt materialet på, at (mis)brugere udskrives fra psykiatrien med et råd om at henvende sig i et misbrugscenter/alkoholambulatorium og få hjælp der. Mange gange dukker patienterne aldrig op der, enten fordi de ikke magter det

(fx journal nr. 39x), eller fordi de ikke ser sig selv som misbrugere eller oplever at rusmidlerne er deres primære problem (fx journal nr. 48y). Materialet vidner til gengæld om, at flere patienter dukker op i psykiatrien igen (som den indledende case også var et eksempel på).

Stofferne får i mange tilfælde det største fokus og kommer til at præge den behandling, vedkommende tilbydes i psykiatrien. Samme fokus præger personalets oplevelse af, at denne patientgruppe er ”besværlig” og ikke rigtig hører til i psykiatrien. I de kvalitative interviews midtvejs i projektet beskrev personalet, hvordan de indimellem kunne føle irritation over patienternes rusmiddel(mis)brug. Dels var al rusmiddelbrug under indlæggelse en overtrædelse af reglerne, men irritationen dukkede også op i forhold til patienter, der kom igen og igen uden at have ændret deres brug af rusmidler. En sygeplejerske beskrev denne oplevelse således:

”[...] Man kan mange gange også selv komme til at tænke: ”Hvorfor lader du [patienten] ikke bare være? Altså, hvorfor stopper du ikke [med stofferne]? Når du kan se, hvad det gør ved dig” (interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012).

Citatet afspejler antagelsen om, at hvis patienten bare stopper med at tage stoffer, vil alt være løst. Et lignende eksempel er en case, hvor en patient er indlagt til observation for begyndende skizofreni. På et tidspunkt går patienten amok, er voldsom og truende, smadrer møbler og bliver bæltefikseret. Det viser sig, at han har taget forskellige stoffer, hvilket medfører øjeblikkelig udskrivelse. Lægen siger til socialsygeplejersken, at *”det drejer sig om et massivt misbrug og det er ikke vores bord”*. Herefter skriver lægen i lægejournalen: *”Patient anbefales at kontakte misbrugscenter og lade være med at anvende stoffer, da han så kan blive farlig”* (jf. journal nr. 56y). Stofferne bliver således dominerende i forhold til hvilke observationer, behandling og indlæggelseslængde, der iværksættes. Ligesom der implicit i antagelsen om, at hvis patienten ophører med sit stof(mis)brug, bliver problemerne løst, til en vis grad også ligger en oplevelse af, at disse patienters problemer er selvforskyldt, fordi de ”bare kan lade være”.

Når sådanne antagelser kom til udtryk, forsøgte socialsygeplejerskerne at bidrage med andre input, hvilket på mange måder har båret frugt i projektperioden. For eksempel forklarede samme sygeplejerske som i forrige citat, hvordan socialsygeplejerskens tilgang til denne patientgruppe har udvidet hendes forståelse for ”de besværlige patienter”:

"[...] Man lærer også utrolig meget af at være med til hendes [socialsygeplejerskens] 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". (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 17).

Som det fremgår af ovenstående citat, opfattes socialsygeplejerskernes tilgang til "de besværlige patienter", som præget af en "dybdegående forståelse". Senere i interviewet spørger jeg sygeplejersken, om hun oplever en effekt af denne tilgang, hvortil hun svarer:

"Ja meget! De [patienterne] 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." (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 15).

Egentlig er det at skabe et tillidsfuldt rum, hvor patienter kan føle sig mødt, hørt, set og taget alvorligt, alle elementer i, hvad man ofte tænker hører til god sygepleje og omsorg for patienten. Når socialsygeplejerskernes tilgang alligevel opfattes som noget særligt, kan det muligvis (også) forklares med organiseringen af vores moderne sundhedssystem (jf. kapitel 1). I takt med ønsket om og implementeringen af den øgede specialisering, er diagnosticering og det specifikke fokus på gældende speciale opprioriteret. Det har blandt andet betydet et skift i personalebemandingen, så varetagelse af diagnostik og behandling kan gennemføres. Dette har betydet en stigning i opnormeringen af læger og psykologer, mens ansættelser af plejepersonale er nedprioriteret til fordel for det mere behandlingsrettede personale. Med denne ændring reduceres ressourcer til omsorg, pleje og helhedssyn (Ebsen & Greve 2012: 32-34). Socialsygeplejerskernes undervisning og faglige sparring kommer derfor til at handle om mere end blot faktuelle emner som stof, brug/misbrug, substitutionsmedicin mv., nemlig om måden at møde disse patienter på, at nuancere de forudindtagede holdninger, der ofte gør sig gældende i forhold til patienter med stof(mis)brug, samt vise måder at drage omsorg og skabe tillid til denne patientgruppe.

I forhold til de patienter, som socialsygeplejerskerne ikke mente skulle betegnes som stofmisbrugere eller afhængige, forsøgte de især at få personalets fokus ledt hen på forhold relateret til den psykiatriske udredning (fx journal nr. 57x). Det samme gjorde sig for så vidt også gældende i forhold til patienter, der tilhørte gruppen af stofmisbrugere og stofafhængige. Det vil sige at få fokus på eventuelle bagvedliggende (psykiske)

problemer i stedet for kun at fokusere på selve stof(mis)bruget. Socialsygeplejerskerne har således søgt at afdække omfanget og brugen af patientens stofindtag: Hvor længe det har stået på, hvad stofferne gør for patienten (giver ro, fjerner hæmninger, dulmer gener) etc. Dette som et supplement til misbrugsanamnesen, som dermed kunne understøtte og kvalificere den efterfølgende psykiatriske diagnostik. I flere tilfælde fik socialsygeplejerskerne insisteret på at udvide fokus til mere end stofindtaget, betydning i forhold til lægernes diagnostik og dermed også i forhold til det videre behandlingsforløb for patienten. Dette illustreres i følgende case:

En 22årig ung mand bringes til skadestuen af sine forældre svært forpint, psykotisk og paranoid. I skadestuen får han indlæggelsesdiagnosen: "Akut paranoid psykose, muligvis stofudløst". Patienten har de sidste fire år taget forskellige stoffer, især kokain og hash. De sidste tre uger har han ikke taget noget, da han er blevet tiltagende angst og paranoid. Han turde ikke være i sin lejlighed og flyttede hjem til sine forældre.

Ved morgenkonferencen oplever socialsygeplejersken, at patientens problemer udelukkende opfattes og omtales som misbrugsrelaterede: "Før nogen havde talt med patienten, blev det vurderet, at han formentlig skulle behandles i misbrugscenter, da hans problem var misbrug". Der bliver også talt om, at hans angst nok skyldes, at han har gjort sig uvenner med folk i misbrugsmiljøet. Efter morgenkonferencen opsøger socialsygeplejersken patienten og dennes forældre. Hun afdækker stofindtaget, herunder hvilke, hvorfor, hvornår og hvad stofferne gør for ham. Hun får også informationer fra forældrene. Socialsygeplejersken finder patienten meget paranoid og angst. Hun videregiver alle informationer til lægen og argumenterer for, at der kunne være tale om "selvmedicinering" hos en psykisk syg ung mand og ikke blot en stofudløst psykose. De følgende dage bliver det mere og mere tydeligt, at patienten er psykotisk og det beslutes, at han skal overflyttes til en anden psykiatrisk afdeling for videre udredning. (Journal nr. 59y).

Ud over både at opfordre og inspirere personalet til at fokusere på stofindtaget (ved at foretage en grundig misbrugsanamnese), samt fokusere på andet end stofferne (også de psykiske symptomer), så introducerer socialsygeplejerskerne også den *skadesreducerende tilgang* og et fokus på pragmatiske løsninger. Dette kommer især i spil i forhold til at forebygge og nedtrappe konflikter og derved forbedre indlæggelsen for patienter, der ellers har mange konflikter med personalet. Den skadesreducerende tilgang drejede sig eksempelvis om en patient, der var HIV-smittet og gav seksuelle ydelser til medpatienter mod andre goder. Personalet

konfiskerede en pakke kondomer på patientens stue, fordi *"sex var forbudt på afdelingen"*. Socialsygeplejersken påpegede risikoen for en gravid stof(mis)bruger og en/flere HIV-smittede medpatient(er), men personalet fastholdt forbeholdet. Trods forskellige kontrolforanstaltninger fortsatte akten, men da patienten en dag bad om en graviditetstest, fik socialsygeplejersken overbevist personalet om, at det var bedre at udlevere kondomer end blot at forsøge at opretholde forbuddet. Et lignende eksempel var konfiskering af sterilt injektionsudstyr, som personalet i første omgang så som opmuntring til forbudt og helbredsmæssig dårlig adfærd. Her argumenterede socialsygeplejersken for, at det var bedre, at patienten havde rene sprøjter og kanyler, end at vedkommende fandt andre mere uhensigtsmæssige løsninger. Den skadesreducerende tilgang var ny for personalet, men indtrykket er, at den blev hilst velkommen. Som en ledende sygeplejerske forklarede:

"Sådan noget som skadesreduktion, det er vi heller ikke så meget inde over her, vel. Det er en helt ny måde at tænke på. Vi havde en meget misbrugende patient, der kom ind her i starten, da socialsygeplejersken var ny. Han havde en plasticpose 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." (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 16).

Som nævnt indledningsvist er en kerne i socialsygeplejen at bygge bro mellem patienter og personale og dermed støtte, at indlæggelsen bliver så god som mulig. I den forbindelse bidrager socialsygeplejerskerne med forslag til, hvordan konflikter kan mindskes. Det kan fx dreje sig om at slække på afdelingens regler og procedurer, som fx at overholde bestemte spisetider, hvorvidt man må sove med tv'et tændt eller ej og spørgsmålet om urinkontroller pga. mistanke om stofindtag (fx journal nr. 23x; 81x). Der er mange eksempler på patienter, der tog stoffer under indlæggelsen (fx journal nr. 2y; 36x). Generelt er stof(mis)brug som nævnt forbudt under indlæggelsen, og indtagelse kan medføre øjeblikkelig udskrivelse (som fx journal nr. 56y). Socialsygeplejerskerne forsøgte imidlertid at få personalet til i stedet at benytte sådanne anledninger til at tale med patienterne om, hvad der fik vedkommende til at tage stoffer, for derigennem at få en snak om, hvad der skal til næste gang for at minimere risikoen. Det fremgår af både interviews og projektjournaler, at personalet med tiden blev mere rummelig over for sådanne episoder.

Erfaringen fra projektet er generelt, at jo flere kontrolforanstaltninger og sanktioner i forhold til overskridelse af afdelingernes regler og procedurer, jo dårligere samarbejde, jo mere uro og vredesudbrud, som igen genererer sanktioner og indimellem udløser tvangsforanstaltninger, hvilket uddybes senere.

En anden form for holdningsbearbejdning, som kom til udtryk i projektet, var socialsygeplejerskernes forsøg på at ændre personalets måde at omtale patienterne på. Eksempelvis korrigerede socialsygeplejerskerne personalet, når de sagde *"patienten er medicinplæderende"* til *"patienten er forpint"* (fx journal nr. 76x; 42y; 80y). Dette er et smart kneb, da sproget genererer handlinger. Ved at reformulere sætningen, ændres sproget fra at omhandle en negativ forståelse af patientens adfærd til at skabe et udsagn, der appellerer til personalets forståelse og hjælp. Gennem reformuleringen forsøger socialsygeplejersken ikke blot at give personalet et nyt sprog, men også at udvide deres forståelse for disse patienter og se patient og problematik fra et andet perspektiv.

Altovervejende er der positive tilkendegivelser fra personalet (både i interview og beskrivelser fra projektjournalerne) om socialsygeplejerskernes bidrag til forståelsen af en patientgruppe, der ellers opleves som besværlige. Men der er også eksempler på personale, der har givet udtryk for irritation over socialsygeplejerskens behandlingsforslag og forslag til måden at omgås disse patienter. Det kommer fx til udtryk, når personalet *"ruller med øjnene"* over socialsygeplejerskernes forslag (som i casen journal nr. 108y) eller i en replik socialsygeplejersken blev mødt med fra et personalemedlem, da hun kom med forslag til en mere rummelig tilgang til en patients stofindtagelse:

"Hvis jeg gerne ville arbejde med misbrugere, så arbejdede jeg på et misbrugscen-ter". (Journal nr. 2y).

Der er ligeledes indimellem eksempler på en meget nedsættende tone og holdning i forhold til denne patientgruppe. Når det påpeges her, er det fordi, det er en tone mange patienter med stof(mis)brug generelt har erfaring med fra social- og sundhedssystemet. Det er altså ikke kun et sprog, som forekommer i psykiatrien, men også andre steder – selv i misbrugsbehandlingsinstitutioner, hvor personalet aktivt har valgt at arbejde med mennesker med et misbrug (Fx Hesse & Tylstrup 2012; Ludvigsen & Lydolph 2008). I dette materiale er det fx udsagn som: *"Har du data på ham drukmåsen?"* (Journal nr. 138y), *"Hvis der bliver vrøvl med ham, så*

udskriv ham” (Journal nr. 84y). Eller: ”Han skal bare tage sig sammen. Det hjælper jo ikke noget, han er her” (Journal nr. 55x). Sidstnævnte eksempel angik en patient med selvmordstanker, periodevise depressioner, flere genindlæggelser, hashmisbrug og hjemløshed. Et andet eksempel omhandlede en patient – ligeledes med gentagende indlæggelser bag sig – som af et personale var blevet bedt om at ”skrubbe af” (journal nr. 18x). I en samtale forklarede patienten socialsygeplejersken, at han skammede sig over hele tiden at returnere til psykiatrien, hvor han naturligt nok heller ikke følte sig velkommen, og han undskyldte for sin opførsel. Patienten var katebald i systemet mellem hospital og psykiatri, misbrugscenter og kommunale sagsbehandlere. Socialsygeplejersken fandt i denne case en plads på et herberg og fik kontakt med patientens kommune og argumenterede for en døgnbehandlingsplads, da patienten var for dårlig til at møde i ambulans behandling, samt havde et misbrug af alkohol og stoffer, der var ved at tage livet af ham. Der blev således lagt en plan og spændt et sikkerhedsnet ud omkring patienten, inden han på tredjedagen efter afrusning blev udskrevet (igen).

Opsummerende var socialsygeplejerskerne med til at forbedre indlæggelsen for de fleste af projektets patienter, både ved at give faglig sparring til personalet og ved at møde patienterne med omsorg og specialviden om stof(mis)brug og forståelse for, hvad det kan have af fordele og ulemper for patienten. Socialsygeplejerskerne har også bidraget til, at holdningen til stof(mis)brug og de patienter, som har et sådant, bliver nuanceret blandt personalet, og de har vist måder at komme ”de besværlige patienter” i møde, mindske konflikter ved at komme med forslag til at gøre afdelingerne mere rummelige og slække på procedurer og regler, der ikke i alle situationer er lige hensigtsmæssige at håndhæve. Derudover har de været med til at sikre, at fejl i forhold til abstinenssymptomer, medicinering etc. blev opdaget og rettet.

4.3.4 Socialsygepleje i psykiatrien

De to forrige afsnit har på forskellige måder vist, hvad socialsygeplejerskerne bidrog med i psykiatrien. I dette afsnit undersøges socialsygeplejerskerens kerneydelser, og hvor de kom til kort i forhold til en psykiatrisk kontekst. Der tegner sig et lidt forskelligt mønster i forhold til de opgaver og udfordringer socialsygeplejerskerne havde afhængig af typen af indlæggelse, hvorfor de forskellige indlæggelsestyper også bliver beskrevet her.

Akutte indlæggelser er generelt den hyppigst forekommende indlæggelsestype i psykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri 2010). Dette gør sig også gældende blandt de patienter, som var tilknyttet projektet, hvilket fremgår af tabel 8 herunder.

Tabel 8. Indlæggelsestyper

Indlæggelsestype	Antal
Akut indlæggelse	252
Planlagt indlæggelse	7
Rød tvang	14
Gul tvang	9
Surrogat	7
Dom til behandling	16
Uoplyst	1

Indlæggelsestyper er fordelt på patientforløb

Det fremgår af journalmaterialet, at socialsygeplejerskerne især havde fokus på at bidrage til en grundig udredning af såvel psykiske symptomer som misbrugsmønstre og -adfærd i relation til de akutte indlæggelser. Som i somatikkenes socialsygepleje, forsøgte socialsygeplejerskerne også i psykiatrien at få fokus på og bidrage til en helhedsorienteret plan, der kunne række ud over udskrivelsen (fx kapitlets indledende case). Derudover omhandlede socialsygeplejerskernes opgaver især at bidrage til at identificere, forebygge eller håndtere abstinenssymptomer ved fx at sikre, at patienten fik sin substitutionsbehandling til tiden, i korrekt mængde og at forskellige stofabstinenssymptomer ikke blev behandlet som alkoholabstinenssymptomer. Som nævnt har en af socialsygeplejerskernes opgaver været at undervise og vejlede personalet i forhold til dette.

For nogle patienter bliver den akutte henvendelse til en kort indlæggelse (fx i form af (alkohol)afrusning, hvor patienten oftest udskrives efter de 3 dage, som afrusningen tager). Socialsygeplejerskerne argumenterede i flere patientforløb for længere indlæggelser med henblik på en psykiatrisk udredning af patienternes symptomer og bagvedliggende forhold. Forhold som kunne være årsag til stof(mis)bruget og/eller indikere snarlig genindlæggelse (fx journal nr. 87y). Socialsygeplejerskernes faglige argumenter blev især taget til efterretning, hvis de kunne

præsentere en plan for det videre indlæggelsesforløb med henblik på udskrivelsen. I flere tilfælde var lægerne således villige til at fortsætte indlæggelsen, hvis der forelå en fornuftig plan og et gyldigt formål for en udvidelse af indlæggelsen. Accepten af en udvidelse af indlæggelsen var især positiv, hvis socialsygeplejerskerne plan indebar et samarbejde med eller en overdragelse af patienten til et andet system. Eksempelvis hvis udskrivelsen kunne munde ud i en plads på et herberg, fremfor udskrivelse til gaden (fx journal nr. 15y). Eller at patienten kom direkte videre til misbrugscenter (fx journal nr. 14y). Forventningen til et sådant samarbejde og plan er, at en helhedsorienteret løsning mindsker risikoen for sygdomstilbagefald/genindlæggelse. I de kvalitative interviews blev betydningen af denne indsats formuleret sådan her af personalet:

"[...] Konsekvensen før var, at vi så patienten hyppigere, svingdørpatienter, 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 erindrer, at de gjorde før". (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 9).

Et gennemgående træk i psykiatrien er dog kravet om accelererede patientforløb og patientflow for at skabe plads til alle akutte henvendelser (uddybes senere). I den forbindelse kunne socialsygeplejerskerne argumentation for patienters fortsatte indlæggelse og yderligere udredning, godt blive fejlet af bordet med beskeden: *"Vi har pladsmangel og der er ikke plads til sociale indlæggelser"* (fx journal nr. 31x), eller som tidligere nævnt beskeden om, at; *"det er ikke vores bord, det er misbrugsrelateret"* (fx journal nr. 88x). Der har således været tale om benhårde forhandlinger, når lægerne kom tilbage fra lægekonference med besked om at udskrive x antal patienter for at skabe plads til nytilkomne. Her udtrykte socialsygeplejerskerne indimellem frustration over, at de i nogle tilfælde slet ikke nåede at se patienten, før vedkommende var udskrevet igen (fx journal nr. 12y).

For andre patienter kunne indlæggelsen blive væsentlig længere (jf. figur 1 og 2). I somatikken havde socialsygeplejerskerne i forhold til de længere indlæggelser en vigtig opgave med at adspredde og underholde patienterne, så de undgik "hospitalskuller" og ikke forlod behandlingen før tid. En karakteristik af patienterne i somatikken var, at disse ofte ikke havde pårørende på besøg, hvorfor indlæggelsen kunne opleves som meget langtrukket og svær at udholde (jf. kapitel 2). I psykiatrien kunne indlæggelserne også blive lange og svære at udholde for patienterne.

Ligesom i somatikken havde mange af patienterne ikke besøg (i over halvdelen af forløbene var der ingen besøg³⁰). Selvom socialsygeplejerskerne i psykiatrien også havde et beløb til rådighed (de såkaldte "funny money") til at købe cigaretter, invitere på en is mv., blev det meget sjældent brugt sammenlignet med somatikken socialsygepleje. Det samme gjaldt de såkaldte "omsorgsbesøg", hvor socialsygeplejerskerne og patienterne i somatikken spillede kort, gik ture etc. I somatikken var det en adspredende aktivitet, som blot skulle planlægges i forhold til afdelingens tilrettelæggelse af undersøgelser/stuegang/behandling osv. (jf. kapitel 2). I psykiatrien var sådanne aktiviteter imidlertid en del af selve behandlingen. Fx når en patient fik "terrænfrihed med følge" eller skulle aktiveres i forhold til ophold i fællesstuen eller lignende. I flere af projektjournalerne beskriver socialsygeplejerskerne således, at de trak sig i den tætte patientkontakt, for at give plads til personalets relationsopbygning med patienten (fx journal nr. 69x). Med hensyn til de såkaldte "funny money" blev det også problematiseret af personalet i mindst ét tilfælde, hvilket socialsygeplejersken har noteret sådan:

"Personalet undrer sig over, hvorfor jeg vil tilbyde patienten cigaretter, og siger: "Patienten skal jo ikke blive forvent, her har vi en regel om, at de selv skaffer cigaretter, ellers tror han bare han kan få dem, når det passer ham og truer os". Jeg forklarer, at der er tilgængelige midler i projektet til i enkelte tilfælde at hjælpe patienter. Desuden vil der være fare for, at han stifter gæld eller låner fra medpatienter alligevel. Jeg må garantere patientens kontaktperson, at jeg forklarer dette, så han ikke misforstår det" (Journal nr. 11x).

En anden væsentlig forskel mellem somatikken og psykiatrien er psykiatriens mulighed for tvangstilbageholdelse og tvangsforanstaltninger. I somatikken kunne patienterne i langt de fleste tilfælde forlade afdelingen (med mindre de af helbredsmæssige årsager var forhindrede). I nogle tilfælde var det, at patienterne i somatikken forlod behandlingen, så alvorligt, at politiet blev kontaktet for at bringe patienten tilbage. Men derudover kunne en patient gå, hvis vedkommende ville (jf. kapitel 2). I psykiatrien er dørene nogle gange låst, og der er som bekendt forskellige muligheder for tvangstilbageholdelse af psykisk syge patienter, ligesom patienter kan være indlagt under termen "dom til behandling" eller i "surrogat fængsling". Det var således ikke alle patienter, som kunne forlade behandlingen, selvom de ville.

I forhold til de psykotiske patienter var socialsygeplejerskernes rolle ofte på sidelinjen, fordi patienterne kunne være for dårlige til dialogen

30)

I 169 af patientforløbene var der ingen kontakt til pårørende under indlæggelsen, i 136 af patientforløbene var der ét til flere besøg under indlæggelsen, i ét forløb var det ikke oplyst.

med socialsygeplejerskerne (fx journal nr. 25x; 113x; 33y). I disse situationer gav socialsygeplejerskerne i stedet faglig sparring til personalet fx i forhold til optimal abstinensbehandling, eller de indhentede informationer fra misbrugssystemet/herberg/kommunal støttekontaktperson mv. vedrørende patientens eventuelle substitutionsbehandling og generelle situation. I forhold til patienter, som var indlagt ”med dom til behandling” eller i ”surrogat fængsling”, kunne disse patienters indlæggelser også være langvarige. Her handlede det, især for den ene socialsygeplejerske, om at støtte eller være patientens talerør i relation til lægebeslutninger om (tvangs)nedtrapning kontra vedligeholdelse af substitutionsbehandling under indlæggelsen. Her anså fortalerne for stofrihed substitutions- og stofnedtrapning som den bedste hjælp for patienten, når vedkommende alligevel var tvunget til at være i behandling (fx journal nr. 2y; 139y). I modsætning hertil argumenterede socialsygeplejerskerne for abstinensbehandling og lempelse af regler og krav til patienterne (fx journal nr. 47x). I projektmaterialet er der flere eksempler på patienter, der blev bæltefikseret, visiteret, fik udgangsforbud, blev ”skærmet fra andre patienter” etc. I langt de fleste tilfælde omhandlede disse foranstaltninger stofproblematikker: Enten fordi patienten kom med trusler, voldsomme vredesudbrud og -handlinger fx i forbindelse med personalets ransagning af patientens stue/ting – for at tjekke for stoffer (fx journal nr. 92y) eller konfrontering af patientens stofindtag fx ved hjælp af urinkontroller og følgende sanktionering (fx journal nr. 3x). Fra personalets perspektiv er det nødvendigt med et skærpet fokus og indgriben i forhold til stofindtagelse og stoffer på afdelingerne af hensyn til medpatienter og såkaldt ”svage patienter”, der måske presses til at udlevere medicin til mere dominerende patienter med stoftrang. Men det er også af hensyn til patienten med stof(mis)brug, fordi stofindtag påvirker/forstærker de psykiske symptomer. I perioder var nogle afdelinger, ifølge socialsygeplejersker og personale, voldsomt plagede af indsmuglede stoffer, hvilket havde negativ indflydelse på behandlingsatmosfæren og på samtlige patienter og personale (fx journal nr. 20y). I disse perioder blev forskellige kontrol- og tvangsforanstaltninger også taget i brug (fx brug af politihunde til at finde stofferne, adskillelse af patienter etc.). Socialsygeplejerskerne henlede i disse episoder opmærksomheden på, om patienten var sufficient medicineret i forhold til abstinenssymptomer og stoftrang ud fra en tanke om, at en manglende sufficient behandling kunne føre til eller være årsag til frustrationer, vredesudbrud og aggressivitet (fx noteret i journal nr. 33y).

I forbindelse med samarbejdspartnere var socialsygeplejerskerne i somatikken en velkommen hjælp i en travl hverdag, hvor plejepersonalet ikke havde den fornødne tid til at holde sig opdaterede til med forskellige kommunale og private tilbud til stofmisbrugere/socialt udsatte mennesker. I psykiatrien var socialsygeplejerskernes viden om eksterne samarbejdspartnere og -tilbud også en værdsat viden, men her skulle det omhyggeligt koordineres med afdelingernes socialrådgivere, som normalt tog sig af patienternes sociale og økonomiske problemstillinger og af kontakten til forskellige samarbejdspartnere. I starten brugte socialsygeplejerskerne meget tid på at følge patienter hen til tilbud, der kunne være relevante for patienterne efter udskrivelse (fx misbrugscentre), sådan at der blev bygget bro mellem patienten og det nye tilbud. Denne ordning syntes god i forhold til, at mange af disse patienter har svært ved selv at tage den første kontakt og møde op. En opgave det psykiatriske personale ikke selv har tid til. Men indsatsen blev indimellem anfægtet, da forskellige kommuner har forskellige samarbejdsaftaler med bestemte tilbud (jf. sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler), hvorfor socialsygeplejerskerne utilsigtet kunne komme til at præsentere patienten for tilbud, vedkommendes kommune ikke (længere) samarbejdede med. Denne del af socialsygeplejerskernes indsat blev derfor til sidst nedprioriteret.

Opsummerende kan man sige, at nogle af socialsygeplejens kerneydelser fik svære odds i psykiatrien, fordi de kulminerede med psykiatriens behandling. Således fremgår det, at den tætte kontakt med patienterne, som var en vigtig forudsætning i somatikken for, at patienterne kunne udholde indlæggelsen, var vanskelig at udføre i en psykiatrisk kontekst. Kontakten til eksterne samarbejdspartnere skulle også i langt højere grad koordineres med personalet i psykiatrien, hvorimod det var en supplerende indsats og aflastning i somatikken. Derudover var en tilbagevendende udfordring for socialsygeplejerskerne i psykiatrien holdningen til stoffer. For det første at stofindtag generelt i psykiatrien ses som en barriere for at komme videre med den psykiatriske udredning og behandling. For det andet den tidligere nævnte antagelse om, at stoffrihed er det ultimative mål og løsningen på alle patientens problemer. For en stor gruppe af patienterne vil deres problemer ikke forsvinde, selvom de skulle blive stoffrie. Nogle bruger stoffer som en form for selvmedicinering (mod smerter/depression/angst/stemmer/tankemylder mv.), andre som en form for overlevelse (i forhold til marginalisering, stigmatisering, fattigdom, arbejdsløshed, vold, traumer, for at glemme), eller som en del af/adgang til et fællesskab (fester, venner, mod kedsomhed og ensomhed, som redskab til inklusion). Idéen om stoffrihed kulminerede end-

videre med socialsygeplejens kerne, som grundlæggende baserer sig på den skadesreducerende tilgang, der ikke sætter stoffrihed som det eneste mål. Socialsygeplejerskerne forsøger på at implementere socialsygeplejens kerneydelser i psykiatrien kom således på mange måder til at blande sig i psykiatriens behandlingsindsats. Eksempelvis når socialsygeplejerskerne forsøgte at rette fokus på de psykiatriske symptomer i stedet for udelukkende at fokusere på stofferne. Eller når de anvendte scoringsredskaber til fx at afdække patienters angstanfald. Med andre ord fungerede socialsygeplejen i somatikken som en supplerende indsats parallelt med hospitalets behandling, mens den i psykiatrien greb ind i den psykiatriske behandling.

4.4 Psykiatriens organisering og forståelsesramme

For at forstå nogle af de problematikker, som er beskrevet i de forrige afsnit, inddrages i de følgende afsnit analyser af de rammer, vilkår og traditioner som psykiatrien bygger på. Det første er det springende punkt om stofmisbrug versus psykisk lidelse.

4.4.1 En tilbagevendende diskussion: Hvad kom først?

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er som nævnt velkendte, men der er imidlertid flere patienter med psykiske symptomer og stof(mis)brug, som pga. stofferne endnu ikke er færdigudredt psykiatrisk, fordi et aktivt brug af stoffer kan sløre eller fremme psykiske symptomer. I et af de kvalitative interview blev denne problematik italesat således:

”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 fx 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”. (Interview fra den kvalitative undersøgelse: Ludvigsen 2012: 6).

Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er en tilbagevendende kompleks og uafklaret diskussion (fx Knop 2010: 290; Dennison 2005: 904). Som nævnt henvises psykiatriens patienter med stof(mis)brug ofte til misbrugsbehandlingen for at blive stoffri, før psykiatrien kan gøre yderligere i forhold til den diagnostiske udredning og videre psykiatriske behandling. Men det er langt fra alle patienter, der kan blive stoffrie (Dennison 2005: 904). Som tidligere nævnt får disse patienter derfor ikke den optimale hjælp, fordi problemernes modsatrettethed; altså at stofbruget forhindrer den psykiatriske behandling og de psykiatriske problemer forhindrer misbrugsbehandlingen, gør, at de falder mellem disse to behandlingssystemer, og udelukkes fra forskellige tilbud og støtteforanstaltninger på grund af den manglende (adgangsgivende) diagnose (jf. tidligere gennemgang).

Projekt Socialsygepleje havde et overordnet mål om at sikre patienter med stofmisbrug lige adgang til behandling og helbredsfræmmede tilbud. Den psykiatriske diagnose er central i forhold til, hvilken behandling og tilbud patienten får. Men diagnosticeringen har både fordele og ulemper: Fordelene ved en psykiatrisk diagnose er helt overordnet, at behandlingen hermed kan målrettes den/de konkrete lidelse(r). Ligesom diagnosen, som nævnt, er adgang til relevante tilbud og støtteforanstaltninger. Derudover betyder det også i mange tilfælde, at patientens symptomer tages mere alvorligt og ikke blot (bort)forklares med patientens stof(mis)brug (fx journal nr. 73y). Opfattelsen af patientens stof(mis)brug vil da mere blive anset for at være en form for ”selvmedicinering”, end at blive opfattet som ”selvforskyldt” eller som et (forkert) valg vedkommende bør stoppe. For patienterne selv kan fordelene ved at få en psykiatrisk diagnose være lettelsen ved at få en forklaring på symptomer/problemer som vedkommende måske igennem længere tid har lidt under og eventuelt håndteret med stoffer. Ulemperne i forhold til diagnosticeringen omhandler den tidligere diskussion; at stofpåvirkning slører det kliniske billede, så man risikerer at fejldiagnosticere patienten (Mors 2010:65-67). Ulemperne kan også omhandle patienters oplevelse af stigmatisering og objektgørelse ved at få en bestemt diagnose. Ligesom det på en konference blev påpeget, at psykiatriske diagnoser kan få alvorlige konsekvenser for patienter i form af sanktioner eller eksklusion fra forskellige muligheder i det kommunale system (fx i relation til samvær med sine børn eller bevilling af revalidering)³¹.

31)

Påpeget af gadejurist Nanna W.

Gotfredsen under debat på misbrugs-konferencen 2013 i Vejle, arrangeret af KABS VIDEN. Derudover skal det her nævnes, at der i øjeblikket pågår forsøg med en relations- og netværksbaseret tilgang kaldt *Åben dialog* i flere danske kommuner. Den åbne dialog skal mindske brugen af tvang, men søger også at minimere diagnosticering og medicinering. Resultaterne ser lovende ud. Dog kræver en sådan tilgang, at den psykisk syge tages alvorligt og at systemet er villigt til at yde og tilbyde hjælp og støtte uden bestemte diagnoser. (For mere information se Rådet for Socialt Udsatte 2012)

4.4.2 Tre måder at organisere behandling på

Men diagnosticering er ikke den eneste udfordring i forhold til patienter med samtidig stofmisbrug og psykisk lidelse. Det handler også om måden behandlingen er organiseret på og hvordan de forskellige indsatser koordineres. Når man beskæftiger sig med dobbeltdiagnoseproblematikken i et behandlingsøjemed, skitseres der i litteraturen tre overordnede organiseringsmåder eller behandlingsstrategier i forhold til håndteringen af samtidig forekomst af psykiatrisk lidelse og stofbrug (fx Ross 2008; Dennison 2005):

1. Sekventiel behandling
2. Parallel behandling
3. Integreret behandling

Den sekventielle (også kaldet seriel) behandling er kendetegnet ved, at patienten først bliver behandlet for den ene lidelse det ene sted og siden får behandlet den anden lidelse det andet sted. Oftest er det misbruket, som i denne behandlingstilgang først forsøges behandlet (Dennison 2005: 905-906). Denne tilgang er den dominerende praksis af håndteringen af patienter med stof(mis)brug i psykiatrien og er som oftest dermed også tilstede i misbrugsbehandlingen. Forklaringen på at stof(mis)bruget tænkes først behandlet, set fra et psykiatriperspektiv, hænger sammen med den forrige diskussion om, hvad der kom først; stofferne eller de psykiatriske symptomer.

Den parallelle behandlingsstrategi, som er karakteriseret ved, at patienten er i behandling to forskellige steder samtidigt, var også synlig i forbindelse med projektpatienterne: Det kunne fx dreje sig om patienter, som var tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, men som nu havde henvendt sig i psykiatrien pga. suicidalforsøg/tanker (fx journal nr. 85y). Eller det kunne dreje sig om patienter, som var henvist til privatpraktiserende psykiatere eller forskellige tilbud i distriktpsykiatrien i forhold til deres psykiatriske lidelse og samtidig gik i misbrugsbehandling for deres stof(mis)brug (fx journal nr. 36x). Set fra et brugerperspektiv er den parallelle indsats krævende, da patienten dels skal forholde sig til to forskellige systemer med alt, hvad det indbefatter (forskellige personalegrupper, behandlingsplaner, regler, krav, transport mv.), dels ikke kan være sikre på, at behandlingsindsatsen de to forskellige steder bliver tilstrækkeligt koordineret med hinanden, og derfor vil opleves (og være) fragmenteret og løsrevet fra hinanden (Dennison 2005: 906).

I den sidste behandlingsstrategi; integreret behandling, arbejdes der med stofmisbruget og den psykiske lidelse samtidig og på samme sted. Begge lidelser betragtes her som primære og håndteres derfor samtidigt. Der hersker bred enighed i forskningen om, at denne tilgang er at foretrække (jf. fx Johansen 2009; Dennison 2005). Der er efterhånden flere forsøg på at etablere mere integreret behandling og med god effekt. Eksempelvis har man i KABS tilknyttet tre psykiatere, som tilsammen dækker fire dage om ugen til at udrede, diagnosticere og behandle stofmisbrugeres psykiske lidelser, samtidig med at disse modtager behandling for deres misbrugsproblematikker samme sted. I en intern brugerundersøgelse blandt unge med samtidig stofmisbrug og psykisk lidelse, var det netop det, at tilbuddet var samlet ét sted (i dette tilfælde på Specialafdelingen Sjernevang i KABS), som de unge fremhævede som positivt³². I KABS findes ligeledes et ambulans specialtilbud for psykisk syge stofmisbrugere kaldet KASA, hvor både den psykiatriske lidelse og stofmisbruget behandles samtidigt. Afdelingen blev etableret, fordi man i KABS havde svært ved at behandle stofmisbruget på grund af disse brugeres psykiske symptomer og fordi man oplevede, at de ikke fik tilstrækkelig hjælp andetsteds. Erfaringerne med den integrerede indsats i KABS er, at det bliver lettere at håndtere og stabilisere patienternes samlede problemkompleks. For det første ved at kunne sætte ind over for et ofte kaotisk stofmisbrug og svære psykiatriske symptomer samtidigt i forhold til nogle brugere, som tidligere havde en ubehandlet psykisk lidelse. For det andet ved at fungere som en gennemgående case manager for patienten og dermed også være koordinerende i forhold til eksterne samarbejdspartnere (kommunale støttekontaktpersoner, forskellige sagsbehandlere, kriminalforsorg mv.) (Johansen 2009, samt interview i KASA). Erfaringerne fra *Projekt Bedre Udredning – kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere i Århus* (2006-2009) viste ligeledes gode resultater med at nå en hårdt belastet gruppe brugere, som tidligere ingen behandling havde fået for deres psykiske lidelser. Projektet sikrede, at disse brugere blev psykiatrisk udredt, diagnosticeret og modtog behandling for deres psykiske lidelser. For en stor del af brugernes vedkommende betød det et større psykisk velvære og bedre kompliance. Derudover gjorde den målrettede behandlingsindsats brugerne i stand til bedre at indgå i misbrugsbehandling, beskæftigelsestilbud mv. I forhold til misbruget var 43 % af brugerne stoffrie op til et år efter udredningen, 36 % havde reduceret deres misbrug, 17 % havde taget det samme/mere (Frederiksen (red) 2009: 27). Udover de positive resultater for brugerne i projektet, oplevede personalegrupperne i de involverede institutioner, at deres viden og tilgang til denne brugergruppe blev opkvalificeret (viden om psykisk

32]

Intern brugerundersøgelse i KABS, Ludvigsen 2010.

lidelse, adfærd og reaktionsmønstre mv.). Derudover konkluderes det i evalueringen af projektet:

”Overordnet viser projektet, at dette er en god måde at organisere en indsats for de dobbeltdiagnosticerede, som både giver mulighed for en virkelig god indsats, der er billig, og som giver mulighed for at få mere viden om denne brugergruppe” (op. cit: 29).

4.4.3 Aktionsdiagnoser og accelererede patientforløb

Som nævnt blev socialsygeplejerskernes forespørgsler om yderligere psykiatrisk udredning flere gange afvist med argumenter om, at der ikke var plads til *”sociale indlæggelser”*, eller at patientens problem udelukkende var misbrugsrelateret. Når denne diskussion blev så central, handler det bl.a. om, at vores sundhedssystem, som nævnt, i dag er kendetegnet ved specialisering og effektivisering. I psykiatrien opererer man således med begreber som *”accelererede patientforløb”* og *”aktionsdiagnoser”* (Region Hovedstadens Psykiatri 2010). Disse begreber er en del af en tid, hvor en skærpet monitorering af ressourcebehovet omkring hver patient hører til den overordnede politik på området. Accelererede patientforløb skal bl.a. sikre, at ingen forbliver unødigt indlagt, og at der er et flow i hospitalspsykiatrien, så der er let adgang til akutte psykiatriske patienter døgnet rundt uden ventetid. Aktionsdiagnosen er den (aktuelle) diagnose/årsag til indlæggelsen. Når aktionsdiagnosen vurderes forsvarligt håndteret, er patienten i princippet færdigbehandlet fra den (specialiserede) akutte psykiatri, som herefter kan afslutte og udskrive patienten. Eventuelt med anbefaling om at henvende sig til andre instanser. Denne praksis forklares på følgende måde i et af de kvalitative interviews:

”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”. (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 7).

Gruppen af indlagte mennesker i psykiatrien er i de sidste 30 år blevet mindre i takt med, at antallet af sengepladser er reduceret (Ebsen &

Greve 2012; Bengtsson 2011). Det betyder, at man i dag skal være hårdere ramt af sindslidelse end tidligere, for at være indlagt. Det er derfor en stadig mere speciel (og belastet) gruppe psykisk syge, der bliver indlagt i forhold til tidligere (Ebsen & Greve 2012). Spørgsmålet er om den udvikling får som konsekvens, at udredningen af de forskellige psykiske lidelser får forskellig status? Sådan forstået, at de diagnoser, som behandlingspsykiatrien tager sig mest af, er dem der er fokus på, mens de "lettere" psykiske lidelser, samt psykisk syge med misbrugsproblematikker anbefales at gå til andre instanser?

Hvorom alting er, er der nogle ulemper ved effektiviseringen og specialiseringen i forhold til denne patientgruppe: For det første, at patientgruppens komplekse problemstillinger og multibelastning som nævnt ikke rummes i ét system, men bliver fragmenteret i flere specialer og systemer på grund af social- og sundhedssystemets organisering. For det andet, at patienter prioriteres i forhold til hvem, der hører til hvor, og sendes videre til andre systemer, hvis de ikke opfylder et givent speciales kriterier. Dette for at leve op til krav om effektivisering, patientflow og økonomi. En tredje ulempe ved vores effektive system er, at det er baseret på en forventning om, at patienten tager ansvar for eget helbred og aktivt deltager i sin behandling, før, under og efter indlæggelsen. Men for de multibelastede patienter kan det være svært, for nogen umuligt, at leve op til kravet om ansvar for egen behandling og sundhed (fx selv at kunne henvende sig i et misbrugscenter). Denne problematik er velkendt blandt psykiatrispersonalet, som det fremgår i følgende citat:

"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 udskriver 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 lænkeambulatoriet og de får ikke mere end den antabus, vi har givet dem. De kan begynde at drikke allerede et par dage efter". (Interview fra den kvalitative undersøgelse; Ludvigsen 2012: 9).

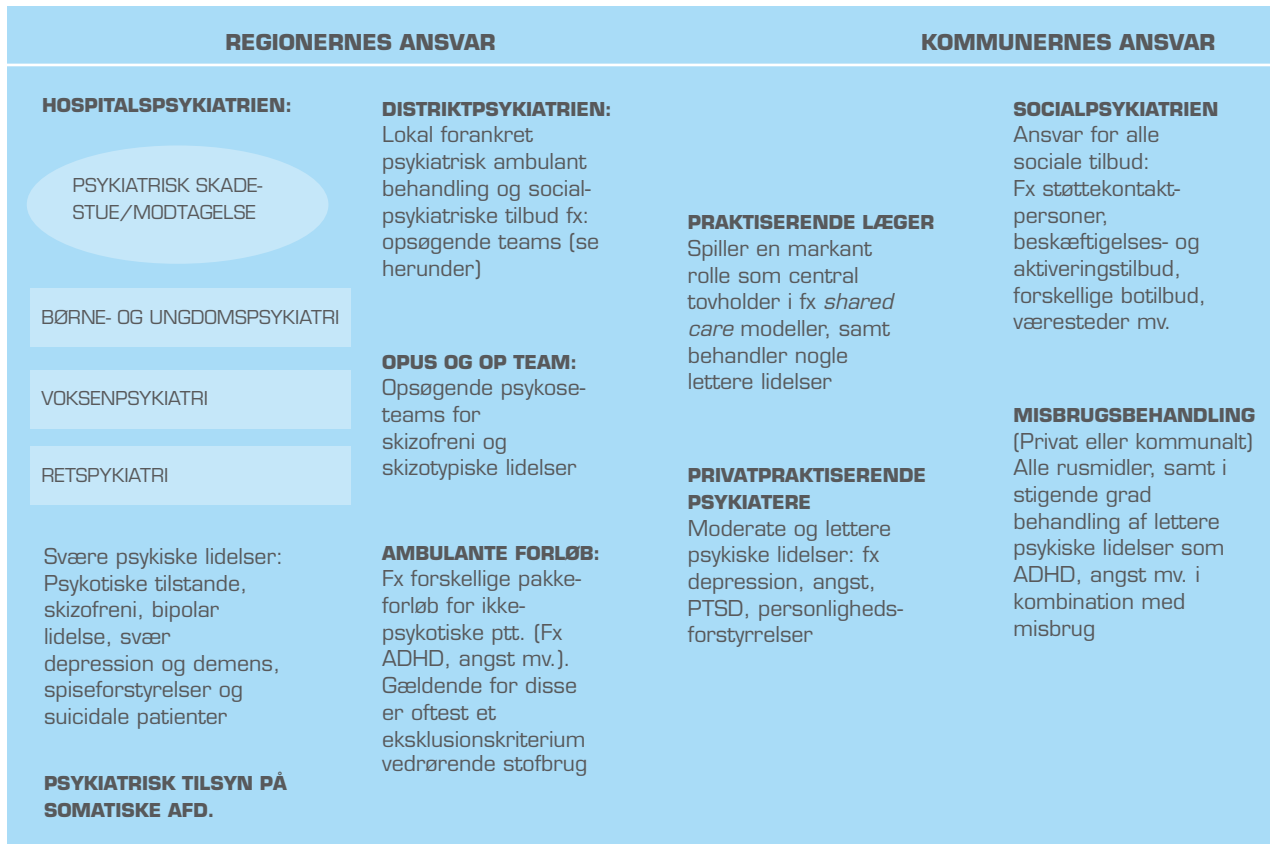
Udover de påpegede udfordringer i forhold til håndtering af disse multibelastede patienter, blev en anden problematik meget synlig i bearbejd-

ningen af projektjournalerne og i den kvalitative undersøgelse: Næmlig psykiatriens fokus på alkoholpatienten, når man taler om patienter med misbrug. I de kvalitative interviews blev der spurgt direkte ind til udfordringer og erfaringer med patienter med stof(mis)brug, men når personalet skulle konkretisere deres erfaringer, omhandlede deres eksempler alkoholpatienter (som i forrige citat). Det interessante i denne observation er, at personalet viste en langt større interesse og indsigt i patienter med alkoholmisbrug end i patienter med stof(mis)brug og at deres viden om alkoholisme flere gange pr. automatik blev omsat til stof(mis)brugere (fx brug af scoringsredskaber for alkoholabstinenssymptomer). Noget af forklaringen er, at personalet har flere implementerede retningslinjer, redskaber og viden i forhold til patienter med alkoholmisbrug end det samme er gældende for patienter med stof(mis)brug (samme tendens gjorde sig gældende i somatikken). I de kvalitative interviews forklarede personalet, at alkoholabstinenssymptomer kan være livsfarlige, hvorfor sådanne patienter kræver indlæggelse i psykiatrien. Endelig indvirker opfattelsen af ”de tungere” versus ”de lettere” psykiatriske lidelser på opdelingen af patienterne og deres behandling. I følgende afsnit skitseres denne opdeling.

4.4.4 Opdelingen af psykiatriske lidelser, opgavefordeling og samarbejde

I psykiatrien skelnes der som sagt mellem ”tungere” og ”lettere” psykiske lidelser (Poulsen 2010). Hvor den første kategori hovedsagligt omfatter svære psykotiske tilstande (fx skizofreni), samt svære recidiverende depressioner og bipolar lidelse, svære spiseforstyrrelser, svære personlighedsforstyrrelser og demens. Mens den anden kategori indbefatter ikke-psykotiske tilstande; lidelser som angst, personlighedsforstyrrelser, lettere depressioner, Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) etc. (Poulsen 2010; Sundhedsstyrelsen 2008). Skellet mellem de tunge/svære og lettere psykiske lidelser går igen i måden psykiatrien er organiseret på, hvor specialisering igennem en årrække har været formålet (Bengtzen 2011; Sundhedsstyrelsen 2008). Antallet af sengepladser i psykiatrien er fra 1950'erne til nu reduceret markant. Dels som følge af den medikamentelle udvikling, dels ved at udvide og udvikle den ambulante behandling og distriktspsykiatrien (Bengtzen 2011: 38-40). Med kommunalreformen i 2007 blev psykiatrien underlagt de fem regioner i Danmark, samtidig

med at socialpsykiatrien blev skilt fra psykiatrien og udelukkende blev et kommunalt ansvar (Bengtson 2011:9). Hospitalspsykiatriens målgruppe er hovedsagligt patienter fra den første kategori beskrevet herover, mens det markante flertal af patienter med lettere til moderat psykisk sygdom i dag behandles – eller forventes behandlet – i kommunalt regi (socialpsykiatrien) og hos privatpraktiserende psykiatere eller de almenpraktiserende læger. I figur 3 er denne opdeling forsøgt skitseret, udarbejdet på baggrund af forskellige kortlægninger af psykiatrien (Madsen et al 2011; Bengtson 2011; Poulsen 2010; Vendsborg 2005), og herefter sammenfattet i nedenstående figur:



Figur 3. Organisering af indsatsen vedrørende psykiske lidelser:

Figuren skitserer den komplekse størrelse behandlingen af og samarbejdet omkring mennesker med psykiatiske lidelser er. Tilbud til mennesker med psykiske lidelser er altså organiseret i henholdsvis regioner, kommuner, og privatsektoren med forskellige målgrupper og ansvarsområder. Regionerne varetager diagnostik og psykiatrisk behandling, som overordnet er organiseret i hospitalspsykiatri (sengeafsnit), ambulante behandling (distriktspsykiatri, pakkeforløb, opsøgende teams etc). Den psykiatiske skadestue er åben for alle henvendelser, men sengeafsnittene er hovedsagligt forbeholdt patienter til fare for sig selv/andre (Madsen et al 2011). Distriktspsykiatrien er lokalt forankret ambulant psykiatribehandling i tæt samarbejde med lokale aktører (egen læge, socialforvaltning, støttekontaktpersoner mv.). Tanken med distriktspsykiatrien var oprindeligt, at alle kunne henvende sig her for hjælp, men i praksis blev målgruppen de ”svære” lidelser (Bengtsson 2011: 26). Samme målgruppe har de opsøgende teams. Til de regionale aktører hører også praktiserende læger og psykiatere. Begge kan diagnosticere, samt behandle ikke-psykotiske (”lettere” til ”moderate”) psykiske lidelser. Praktiserende læger er desuden den primære indgang til såvel behandlingspsykiatrien som til praktiserende psykiater og tilbud i socialpsykiatrien (Madsen et al 2011). Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det samlede myndighedsansvar- og finansiering for alle sociale tilbud. Deres opgaver i relation til mennesker med psykiske lidelser er således primært af social karakter (rådgivning, forebyggelse, tilgodese forskellige behov), samt ansvar for udvalgte opgaver på sundhedsområdet fx alkohol- og misbrugsbehandling (Madsen et al 2011). Kommunerne har også ansvaret for alle boformer, væresteder, beskyttet beskæftigelse mv. Dette område kaldes socialpsykiatri.

Som det fremgår, er der nogle helt principielle forskelle i opgavevaretagelsen: Nemlig forskellen mellem diagnosticering og behandling versus socialt arbejde og støtte. Flere påpeger således de udfordringer, der er i forhold til samarbejdet mellem psykiatri og socialpsykiatri fx i SFI's publikation *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier* (Bengtsson 2011):

”Fra psykiatriens side har man det indtryk, at kommunerne ikke stiller de tilbud til rådighed, som de burde. Fra kommunernes side oplever man, at der sker en ”opgaveglidning”, hvor patienterne bliver hurtigere færdigbehandlet, men at der til gengæld stilles større krav til den sociale indsats. Desuden oplever man, at den støtte, kommunerne tidligere fik fra distriktspsykiatrien til de kommunale boformer, nu er forsvundet” (Bengtsson 2011: 40).

De gensidige beskyldninger om utilfredsstillende opgavevaretagelse viser sig også i henholdsvis Danske Regioners og Kommunerne Landsforenings seneste udspil på misbrugsområdet, hvor begge instanser kæmper om retten til at varetage stofmisbrugsbehandlingen (Danske Regioner: 2012; Kommunernes Landsforening 2012). I Danske Regioners udspil påpeges det allerede i forordet, at;

"Misbrug er en psykisk sygdom og bør derfor behandles i det specialiserede sundhedsvæsen [...] Misbrugere har fortjent en kompetent indsats – ikke bare for de afledte sociale problemer men også deres psykiske lidelse"(Danske Regioner 2012: 3).

I regionernes udspil kritiseres den nuværende opgavefordeling på misbrugsområdet for at være en hindring for, at misbrugere både får behandlet deres misbrug og deres øvrige psykiske lidelser. I dag varetages misbrugsbehandling under psykiatrisk indlæggelse af regionerne, mens misbrugsbehandlingen er kommunernes ansvar, når patienten udskrives og/eller følges i ambulant psykiatrisk regi; *"Således viser undersøgelser, dels at der sker en underbehandling af psykisk syges misbrug, dels at der ikke fokuseres på kormorbiditet (følgesygdomme) i misbrugsbehandlingen"* (op.cit: 5). Regionerne peger på, at der aldrig har været tradition for en systematisk kvalitetsudvikling og standardisering i misbrugsbehandlingen, men at den kommunale misbrugsbehandling foregår mange steder og med stor variation (*"selv meget små kommuner driver deres egne tilbud"* (op.cit:)). Opdelingen på misbrugsområdet er ifølge oplægget også uhensigtsmæssigt for patienten, som skal forholde sig til to myndigheder og behandlingssystemer. Videre står der *"giver opdelingen rent fagligt heller ikke mening for lægerne, fordi den betyder, at de kun skal behandle patienten for andre psykiske lidelser, men ikke for misbruget som håndteres et andet sted"* (op.cit: 7). Regionernes oplæg er et argument for et styrket sundhedsfagligt fokus, en tættere integrering af behandling af psykisk sygdom og misbrug, samt en sundhedsfaglig specialisering af indsatsen:

"Misbrugsbehandling består i medicinsk og terapeutisk sundhedsfaglig behandling og forudsætter, som ved behandling af andre psykiske lidelser, grundig psykiatrisk udredning og specialiseret diagnosticering" (op.cit: 6).

Med specialiseringen forklares det, *"at indsatsen målrettes en bestemt målgruppe og ydes af personale med særlige kompetencer og specialviden"* (op.cit: 9). Specialiseringen forudsætter endvidere, at der er en vis volumen tilknyttet indsatsen. Udspillet peger dog på, at der fortsat vil være behov for social støtte, hjælp og omsorg i forhold til disse patienters sociale pro-

blemer, og her er det stadig opfattelsen, at den indsats er bedst forankret i patienternes respektive kommuner.

Kommunernes udspil fokuserer også på at styrke indsatsen på misbrugsområdet, idet misbrug har store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Også i dette udspil beskrives personer med samtidigt misbrug og psykiske lidelser, og det påpeges at; *"misbrugere med psykisk lidelse ikke i samme grad profiterer af misbrugsbehandlingen, hvis ikke de sideløbende/samtidigt modtager behandling for deres psykiske lidelse"* (KL 2012: 3). Videre understreges det, at:

"[...] borgere med psykiske lidelser og et misbrug i gennemsnit er indlagt i 12 dage, mens borgere med psykiske lidelser uden et misbrug i gennemsnit er indlagt i 28 dage. Til gengæld genindlægges de patienter, der også har et misbrug dobbelt så ofte. Dette er stærkt problematisk, idet det viser, at borgere med både et misbrug og en psykisk lidelse modtager mindre behandling på trods af større kompleksitet" (ibid).

Derudover henvises der til, at denne borgergruppe også ofte har tunge sociale problemer. At kommunerne varetager dette område, betyder, ifølge oplægget, at borgerne vil kunne opleve sammenhæng og helhed i indsatsen. Det vil sige, at både misbrugsproblemerne og de sociale problemer varetages i borgerens nærmiljø (op.cit: 4). Kommunernes udspil opstiller en række udfordringer: At få og fastholde flere i misbrugsbehandling, at få større fokus og behandling af disse personers psykiske lidelser, og koordinere de mangeartede indsatser internt i kommunen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere. Derudover opstilles nogle mål for en styrket indsats på misbrugsområdet: At misbrugsbehandlingen virker, at pårørende inddrages i behandlingen, at behandlingen gives i nærmiljøet hvis muligt, at der arbejdes ud fra en inkluderende og rehabiliterende tilgang og at indsatsen opleves som sammenhængende og fleksibel og omfatter udredning og opfølgning, samt til sidst, at *"misbrugsindsatsen er opsøgende og finder sted dér, hvor misbrugerne er"* (op.cit: 5). Det understreges at disse mål fordrer en koordineret indsats, hvor såvel stat, regioner og kommuner hver især lever op til deres ansvar. Udspillet indeholder derfor 12 anbefalinger til kvalitetsløft i misbrugsbehandlingen, som involverer alle tre parter. Tre anbefalinger i udspillet omhandler helt specifikt personer med samtidigt misbrug og psykiske problemer. Den ene er en anbefaling om at udarbejde forløbsprogrammer, som tager højde for såvel behandlingsindsats, som koordinering af samarbejdet med tredjepart og således tage højde for borgere med forskellige belastningsgrader, herunder psykiske lidelser (anbefaling 4; s. 7). En anden

anbefaling omhandler systematiske screeninger for psykiatriske lidelser udover misbruget (anbefaling 10; s. 8), samt anbefaling nr. 11, der lyder:

”Regionerne skal løfte deres ansvar i forhold til udredning, diagnosticering og behandling af psykiske lidelser. [...] En basisscreening i kommunalt regi er ikke i sig selv tilstrækkeligt – der skal følges op på resultaterne af screeningen i form af en egentlig udredning. Udredningen skal sikres enten i regionalt regi eller i almen praksis. Den psykiatriske behandling skal ske samtidig med misbrugsbehandlingen. KL vil igen rette henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner med henblik på, at regionerne løfter opgaverne” (Anbefaling nr. 11, KL 2012, s. 8).

Som det fremgår af de to udspil, er der kamp om opgavevaretagelsen. Begge udspil viser hver især forskellige områder, der ikke fungerer godt nok i dag på trods af sundheds- og samarbejdsaftaler og på trods af gældende lovgivning. Flere af ovenstående områder har også vist sig som forskellige barrierer i socialsygeplejerskernes arbejde med de multibelastede patienter i psykiatrien. Som freelancejournalist Marianne Bækbøl tørt konstaterer i en artikel over udspillene:

”Kun ved særlige lejligheder er der rift om stofbrugere. Offentliggørelsen af en evaluering af kommunernes indsats på udvalgte områder siden 2007 har udviklet sig til en sådan situation. [...] På sidelinjen står stof- og alkoholbehandlingscentrene, som i forvejen oftest rummer dobbeltdiagnoserne. De ønsker sådan set bare at få tilført flere psykiatriske ressourcer, så de kan varetage den opgave ordentligt, som ingen andre indtil nu for alvor har villet tage på sig.” (Bækbøl 2012:144).

4.5 Konklusioner på socialsygepleje i psykiatrien

Som det fremgår af dette kapitel, fik socialsygeplejen nogle udfordringer i psykiatrien, som ikke på samme vis gjorde sig gældende i somatikken. Den helt overordnede forskel på de to typer af socialsygepleje, var, at mens socialsygeplejerskerne i somatikken kunne tilbyde en supplerende indsats, blandede socialsygeplejerskernes indsats i psykiatrien sig i den psykiatriske behandling. I somatikken ønskede hospitalerne desuden at finde løsninger, der fastholdt patienterne med stofmisbrug i behandlingen, mens stof(mis)bruget i psykiatrien gjorde, at man her helst ville sende dem videre. At insistere på, at patienter med stof(mis)brug, skulle blive i behandlingspsykiatrien var således op ad bakke i et effektiviseret

og specialiseret behandlingssystem med begrænsede antal sengepladser. Analysen af Projekt Socialsygepleje i psykiatrien peger på en række centrale områder, hvor mennesker med samtidigt stof(mis)brug og psykisk lidelse er særligt udsatte. Hvor de enten falder ud eller imellem systemerne og dermed ikke får den optimale hjælp. Der er dels tale om, at psykiatrien tillægger diskussionen om, hvad der kom først – misbruget eller den psykiske lidelse – en central betydning i forhold til spørgsmål om sygdommens ætiologi (oprindelse) og behandlingsansvar. Dels tale om, at specialiseringen har opdelt psykiatriske patientgrupper, sådan at patienter med stof(mis)brug og de såkaldte ”lettere psykiatriske lidelser” sendes videre til den kommunale socialpsykiatri og misbrugsbehandling. Analyserne peger også på, at de accelererede patientforløb risikerer at udstøde de patienter, som ikke passer ind i de planlagte forløb og at denne patientgruppe ofte ikke gør det.

Et andet punkt, som også blev synligt i dette projekt, er det problematiske i, at behandlingen er organiseret i parallelle forløb, hvor det ofte overlades til det multibelastede menneske selv at koordinere enkeltdelene i behandlingen. I analyserne af socialsygeplejeindsatsen i psykiatrien synes et paradoks endvidere at komme til syne, idet nogle af socialsygeplejerskernes kerneopgaver allerede blev varetaget af det psykiatriske personale (fx at der var socialrådgivere ansat på hver afdeling). Man kunne tro, at det betød fælles fodslag i forhold til, hvilke behov patienterne havde, men i stedet kom en større kulturel kløft til syne, båret af ideen om hvem, der skulle løfte opgaven omkring de multibelastede patienter, snarere end hvilken opgave, der skulle løses. Socialsygeplejerskerne mente, at det var behandlingspsykiatrien, mens man her mente, det var nogle andre. At placere et eksternt projekt (Projekt Socialsygepleje) i en værtsorganisation (behandlingspsykiatrien), hvor begge parter er drevet af forskellige interesser og principper, som er forankret i de vilkår og rammer systemerne hver især er underlagt, blev den kulturelle kløft meget tydelig. Samtidig blev det en væsentlig faktor for, at projektet var nødt til at redefinere sin rolle da projektets forudsætninger ganske enkelt ikke passede ret godt til behandlingspsykiatriens behandlingssetup. Ikke desto mindre viste projektet en lang række gode resultater: Det lykkedes ofte at forlænge behandlingsforløb efter endt indlæggelse (fx afrusning) med ambulant behandling. Ligeledes lykkedes en vis kvalitetssikring i form af faglig sparring på misbrugsområdet, som gav personalet indsigt i andre metoder til at rumme og forstå denne patientgruppe i psykiatribehandlingen. Socialsygeplejerskens viden om og forståelse for den multibelastede patients adfærd gav anledning til en mere fokuseret ind-

sats og til at se mere nuanceret på de psykiatriske symptomer desuagtet stof(mis)bruget. Der blev altså åbnet op for et alternativ til diskussionen om, hvad der kom først hønen eller ægget / stofferne eller de psykiske symptomer, ved at forsøge at integrere begge dele. Det skadesreducerende og omsorgsfokuserede fokus i socialsygeplejen gik her på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien og forsøgte at bygge bro over de kulturelle og strukturelle kløfter mellem systemerne. Socialsygeplejerskerne repræsenterede her en mere pragmatisk tilgang, hvor behandlingen af de pågældende patienters egne oplevelser af deres problemer og behov, stod centralt.

Sidst, men ikke mindst, synes psykiatriens erfaring og rutiner med alkoholmisbrugere nogle gange at danne præcedens for det arbejde, der trods alt gøres med dobbeltdiagnosepatienter, hvilket ikke altid var hensigtsmæssigt, når det drejede sig om patienter med stof(mis)brug. Erfaringerne fra projektet har synliggjort behovet for en faglig opgradering i psykiatrien i forhold til stofmisbrugsområdet – både i forhold til konkret viden hos de professionelle og i forhold til udarbejdelsen af vejledninger og instrukser. Ligesom der er brug for et skarper skel mellem brug, misbrug og afhængighed. Dette er ikke mindst vigtigt i forhold til ny-henvendelser og unge, der ellers risikerer at falde ud af behandlingssystemet, for først at dukke op, når problemerne er blevet meget større og massive, og dermed langt sværere at løse.

Kapitlet har således vist, at der (stadig) er plads til forbedringer, og her er de overordnede rammer helt centrale. Den integrerede behandling for multibelastede patienter er at foretrække, hvilket flere studier og erfaringer peger på. Når det er så svært at iværksætte, handler det om måden vores sundhedssystem har udviklet sig på. Da opgaveløsningen skal være så effektiv, levnes der ikke ressourcemæssige muligheder i en sådan grad, at det kan tilgodeses multibelastede patienter. Der er ganske enkelt ikke plads. Spørgsmålet er da, hvor pladserne til disse patienter så er henne? Socialsygepleje som en fremskudt konsulentbistand vedrørende misbrugs-ekspertise i psykiatrien har vist gode resultater, også selvom dette har forlænget nogle indlæggelser. Den forlængede indlæggelse har åbent op for alternative løsninger til tilbagevendende genindlæggelser, fordi der kunne lægges en plan, der tog højde for flere af patientens mange problematikker. Ligesom en forlænget indlæggelse i forhold til unge / ny-henvendelser har gjort det muligt at se på problematikker udover stof(mis)bruget.

Socialsygeplejerskernes viden fra misbrugsområdet blev således trukket med ind i psykiatrien og bidrog dermed til opkvalificering af psykiatripersonalets viden om misbrug og misbrugsrelaterede emner. En viden der kom patienterne og samarbejdet mellem personale og patienter til gode. Men socialsygeplejeindsatsen bør fremadrettet ikke løftes af en socialsygeplejerske alene, hvis psykiatrien skulle få mod på mere socialsygepleje udefra. Derimod ville et fremskudt specialteam bestående af både socialsygeplejerske og speciallæge med erfaring indenfor misbrugsområdet stå stærkere. Eksemplerne på integreret behandling i form af fremskudt psykiatrisk konsulentbistand i misbrugsbehandlingen, har således vist gode resultater i form af opkvalificering af misbrugspersonalets viden om psykiatiske lidelser og behandling af dette, samt forbedret behandlingsindsatsen af de multibelastede mennesker her. At bringe psykiatrien ind i misbrugsbehandlingen og misbrugsbehandlingen ind i psykiatrien vil således udviske kløfter og gøre systemerne klogere på hinanden til gavn for alle. Erfaringerne har vist, at det er muligt med fremskudte konsulentteams. Disse løsningsmodeller løber dog ind i problemer med finansieringen, hvilket der i så fald må findes en løsning på.



KAPITEL 5

PROJEKTETS FORANKRING OG VIDERE ANBEFALINGER

5

PROJEKTETS FORANKRING OG VIDERE ANBEFALINGER

Af: Nina Brúnés og Kathrine Bro Ludvigsen

34)

I antologien anvendes både betegnelserne stofmisbruger, stof(mis)bruger og socialt udsat om projektets patienter i henholdsvis somatik og psykiatri. I somatikken udgjorde stofmisbrugere med tilknytning til stofmisbrugsbehandling langt den største del af patientgruppen tilknyttet socialsygeplejeindsatsen. Langt størstedelen af disse patienter var endvidere i substitutionsbehandling ved indlæggelsen (71 %). I psykiatrien var patientgruppen mere blandet: Her var både en gruppe af ældre patienter tilknyttet misbrugsbehandling, mens en anden gruppe patienter var unge (43 %), der ikke alle var tilknyttet misbrugsbehandlingssystemet, og ikke alle kunne betegnes som misbrugere/afhængige af rusmidler. Betegnelsen stof(mis)bruger dækker således både over dem, som er misbrugere/afhængige og dem, som bruger stoffer eksperimenterende/rekreativt, samt dækker over mennesker, som er i stabil substitutionsbehandling uden "sidemisbrug". Betegnelsen socialt udsat dækker både over psykisk syge, stof(mis)brugere og patienter med skadeligt alkoholforbrug, men understreger derudover tunge, sociale problemstillinger som fx hjemløshed.

Erfaringerne med og analyserne af projektet har vist, at der er en lang række udfordringer, når stofmisbrugere og andre socialt udsatte patienter indlægges i somatikken. Her er der ofte tale om en patientgruppe, der har vanskeligt ved at indordne sig de regler, rutiner og procedurer, der er på et hospital, hvilket forværres af deres manglende egenomsorg og ringe kompliance (jf. kapitel 2 og 4). På samme vis er der udfordringer i forhold til socialt udsatte og sårbare multibelastede patienter med stof(mis)brug³⁴ i psykiatrien. For psykiatriens vedkommende er der også indimellem tale om patienter, som har svært ved at indordne sig de gængse regler og rammer, men mere markant er der tale om en gruppe multibelastede patienter, som falder mellem flere stole og derfor ikke får den optimale behandling (jf. kapitel 4).

For begge patientgruppers vedkommende har patienterne tit dårlige erfaringer med det offentlige system generelt. Det betyder dels, at de først henvender sig i sundhedssystemet, når problemerne har vokset sig store (massive/akutte). Dels påvirker de dårlige erfaringer tilliden til og samarbejdet med de professionelle. På samme vis møder personalet ofte mennesker med stof(mis)brug og andre socialt udsatte med en række forforståelser og forudindtagede holdninger, hvilket kan komplicere samarbejdet yderligere. Dertil har personalet ikke altid den nødvendige specialiserede faglighed, viden og ressourcer til at yde en sufficient behandling eller lægge en god og holdbar plan for det videre forløb efter udskrivelsen.

5.1 Forankring af socialsygeplejerskeindsatsen

I dette lys besluttede Regionsrådet i Region Hovedstaden ikke blot at fastansætte socialsygeplejerskerne fra Projekt Socialsygepleje, men også at udvide funktionen ved at ansætte socialsygeplejersker på fire øvrige hospitaler i Region Hovedstaden. Her anså man en indsats med en socialsygeplejerske på det enkelte hospital, som et nødvendigt tiltag for at imødekomme udfordringerne skitseret ovenover og mindske ulighed i sundhed.

I 2013 er socialsygeplejerskeordningen således implementeret på Bispebjerg-, Hvidovre-, Nordsjællands-, Herlev- og Glostrup Hospitaler samt på Rigshospitalet. I forlængelse heraf besluttede Regionsrådet, at der skulle tilknyttes en faglig konsulent til socialsygeplejeordningen. Den faglige konsulent har blandt andet til opgave at hjælpe det enkelte hospital med rekruttering, ansættelse og oplæring af den enkelte socialsygeplejerske, så vedkommende bliver i stand til at bestride funktionen. Endvidere skal den faglige konsulent understøtte socialsygeplejerskernes arbejde ved at give faglig sparring og ved etablering af et fagligt netværk. Socialsygeplejerskerne forventes at repræsentere den nyeste viden på området i deres daglige virke og her har den faglige konsulent til opgave løbende at opdatere og ajourføre socialsygeplejerskerne. Derudover skal den faglige konsulent synliggøre socialsygeplejerskeordningen fx til de øvrige regioner, samt udbygge samarbejdet med kommunerne.

For psykiatriens vedkommende oplevede man i praksis, at projektet bidrog med vigtig viden i forhold til substitutionsbehandling, viden om abstinenssymptomer og håndtering af disse, samt indblik i andre måder at anskue patienter med stof(mis)brugsproblematikker (fx skadesreduktion og mere fokus på forskellen mellem brug, misbrug og afhængighed). Dog har projektet ikke ført til ansættelser af socialsygeplejersker eller andre tiltag i psykiatrien (se endvidere kapitel 4).

5.2 anbefalinger

Lige adgang til sundhed handler ofte om en ”skæv” tilgang, der finder pragmatiske og alternative løsninger til de almindelige regler og procedurer for dermed at fastholde og hjælpe denne patientgruppe i behandlingen. Med afsæt i de erfaringer og analyser, som er fremlagt i denne antologi, vil vi pege på en række tiltag og anbefalinger, der med fordel kan arbejdes videre med, såfremt man fremadrettet ønsker at skabe lige adgang til sundhed og imødegå den stigende ulighed i sundhed.

1. Ansættelse af socialsygeplejersker i somatikken
2. Nøglepersoner
3. Undervisning af sundhedspersonale
4. Smertebehandling
5. Abstinensbehandling
6. Fælles værdier

7. Lighedsteknologivurdering
8. Akutte aflastningspladser
9. Almen praksis
10. Socialsygepleje

5.2.1 Ansættelse af socialsygeplejersker i somatikken

Sygeplejerskerne skal rekrutteres fra misbrugs – og hjemløsesektoren, for at sikre, at sygeplejersken har den viden, erfaring og ballast, der kvalificerer vedkommende til at være socialsygeplejerske.

Titlen som socialsygeplejerske er ikke beskyttet. Dog kræver det nogle særlige kompetencer at kunne bestride funktionen. Dette kvalificerer man sig snarere til i praksis end i teorien. Socialsygeplejersken skal således have en bred erfaring indenfor og viden om: Stofmisbrugere og andre socialt udsattes hverdagsliv og levevilkår, misbrugsområdet, hjemløseområdet og socialpsykiatrien og/eller psykiatrien. Desuden skal vedkommende have viden om de tilbud, der findes her, samt i den øvrige sociale sektor. Her er det en fordel at have opbygget et bredt fagligt netværk på området. Af andre kvalifikationer skal socialsygeplejersken være tillidsvækkende, rummelig, opsøgende og selvstændig. Socialsygeplejersken skal være vedholdende og kunne sætte sig igennem ved hjælp af faglig argumentation, hvilket kræver teoretisk specialviden. I forhold til at støtte det gode patientforløb skal socialsygeplejersken evne at søge kreative og pragmatiske løsninger på umiddelbare fastlåste problemstillinger.

Ovenstående er en forudsætning, hvis man ønsker en optimal og kvalificeret socialsygepleje. At denne funktion skal bestrides af en sygeplejerske handler om, at sygeplejersken har de nødvendige faglige kundskaber i plejen af patienten. Endvidere er det en fordel, fordi en sygeplejerske kender hospitalets rutiner, arbejdsgange og terminologi. Derudover skaber det troværdighed overfor personalet og for patienter på hospitalet. At være socialsygeplejerske er en specialistopgave.

Socialsygeplejerskeordningen vil med fordel kunne implementeres på de resterende hospitaler - ikke blot i Region Hovedstaden - men også i de øvrige regioner i landet. Ligeledes mener vi, at socialsygeplejerskerne burde implementeres i psykiatrien. Men her er der dels brug for at tilpasse socialsygeplejens kerneydelser til en psykiatrisk kontekst, ligesom man i

psykiatrien bør udvide socialsygeplejeindsatsen med et specialteam, da en socialsygeplejerske har svært ved at løfte opgaven alene. Specialteamet bør bestå af både socialsygeplejerske og en læge med erfaring indenfor misbrugssektoren og dobbeltdiagnoseproblematikken (se kapitel 4).

5.2.2 Nøglepersoner

Implementeringen af socialsygepleje er betinget af en vedholdende langsigtet indsats i bredden og dybden, med den ambition, at socialsygepleje ikke forlader sig på en enkelt sygeplejerskes ad hoc disciplin og alene hviler på socialsygeplejerskens skuldre. Derfor vil efteruddannelse af nøglepersoner på hver afdeling være en fordel. Nøglepersonerne rekrutteres fra det sundhedsfaglige personale og skal undervises i emner som smerte-, abstinens-, og substitutionsbehandling, viden om socialt udsatte mennesker, stofmisbrug mv. Etableringen og uddannelsen af nøglepersoner handler ikke om at gøre alle til socialsygeplejersker, men om at sikre, at hver afdeling har ressourcepersoner med viden om de mest grundlæggende problematikker og en basal viden om denne patientgruppe. Således at socialsygeplejerskerne aflastes og andre kan agere, når socialsygeplejerskerne ikke er på arbejde. Endvidere vil uddannelse af nøglepersoner være med til at understøtte et fælles fodslag i tilgangen og behandlingen af denne patientgruppe. Brug af nøglepersoner er allerede kendt på andre områder i sundhedssystemet. Denne ambition ville også være gavnlig i psykiatrien.

5.2.3 Undervisning af sundhedspersonale

Som denne antologi illustrerer, er der behov for et generelt vidensløft om social udsathed specifikt og rusmiddel(mis)brug generelt. Det handler helt konkret om, at personalet har brug for mere viden om de forskellige rusmidler og abstinenssymptomer, om substitutionsbehandling og smertebehandling til mennesker med afhængighed, om alkoholafhængighed, hjemløshed og dobbeltdiagnoseproblematikker. Det handler om at få øget viden om og forståelse for socialt udsatte og sårbare gruppers hverdagsliv, levevilkår og ikke mindst sundhedsadfærd.

I takt med en stigende ulighed i sundhed, vil vi se flere socialt udsatte blive syge og få brug for indlæggelse og behandling. Derfor kan man med fordel implementere flere fag om ovenstående emner på grunduddannelserne som medicinstudiet og sygeplejerskeuddannelsen, hvor det i dag ikke er tillagt særlig betydning.

En øget viden om denne målgruppe vil gøre personalet i stand til at tilbyde en bedre kvalitet i behandlingen, og samtidig øge forståelsen og dermed skabe en mere værdig tone og holdning til en særligt udsat og sårbar gruppe mennesker, som ofte føler sig dårligt behandlet og misforstået i sundhedsvæsenet. For psykiatriens vedkommende vil en skærpet interesse for såvel ny-henvendelser som gengangere af patienter med stof(mis)brug, hjælpe med at finde mere holdbare løsninger og på den måde minimere risikoen for, at patientens forskellige problemer ikke udvikler sig til at blive for massive og dermed vanskeligere at løse/afhjælpe.

5.2.4 Smertebehandling

Et af indsatsområderne for socialsygeplejerskerne har været smertebehandling til stofmisbrugere. Det er et meget komplekst område, hvor faglige argumenter og personlige holdninger tit kommer i spil, når en stofmisbruger skal smertevurderes og -behandles. På begge somatiske hospitaler i projektet er der blevet udarbejdet smertevejledninger, som har været vigtige instrumenter i arbejdet med at sikre en sufficient smertebehandling til opioidafhængige.

Flere hospitaler har efterspurgt lignende vejledninger og projektet har fået henvendelser fra sygeplejersker fra flere steder i landet, der har efterspurgt hjælp og faglige argumenter i forhold til deres dialog med lægen om korrekt smertebehandling til opioidafhængige. Det Sundhedsfaglige Råd for anæstesiologi i Region Hovedstaden har nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en instruks gældende for alle regionens hospitaler.

Fremadrettet vil vi anbefale, at instruksen bliver implementeret på alle landets hospitaler og at der skabes større bevågenhed omkring denne problematik. Yderligere kunne der med fordel afsættes midler til forskning, for dermed at sikre øget evidens på området. Stofmisbrugere bliver generelt misforstået, fejl vurderet og underbehandlede for smerter. Dette faktum må der ændres på. Det er diskriminering og fejlbehandling.

5.2.5 Abstinensbehandling

Erfaringer fra projektet har vist, at der er fokus på patientens abstinenssymptomer om end der generelt blandt personalet både i somatikken og psykiatrien er mangel på viden. Traditionelt opfattes abstinenssymptomer begge steder som alkoholabstinenssymptomer og behandlingen iværksættes ud fra denne forståelse. Stofmisbrugere og andre socialt udsatte abstinenssymptomer er langt mere komplekse, da symptomerne kan være udløst af mange forskellige slags rusmidler og kræver derfor forskellige abstinensbehandlinger. Der er behov for øget viden og instrukser til specifik abstinensbehandling for de forskellige rusmidler, legale såvel som illegale rusmidler.

5.2.6 Fælles værdier

Stof(mis)brugere og socialt udsatte efterlyser menneskelighed, omsorg og interesse i mødet med hospitalet og psykiatrien. Disse mennesker har grundlæggende de samme basale behov som andre patienter, hvad angår imødekommenhed, forklaringer, information, en værdig og medinddragende dialog. Som nævnt har mange af disse patienter imidlertid erfaringer med at blive talt til i en hård og nedladende tone, samt mødt med mistillid og mistro, hvilket denne antologi har vist eksempler på.

Inspireret af rapporten: *Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social – og Integrationsministeriet 2012) anbefaler vi, at der udarbejdes og implementeres et sæt fælles værdier og etik i arbejdet med socialt udsatte, som kan fungere som en referenceramme i mødet mellem de socialt udsatte og sårbare patienter og sundhedspersonale, således at kontakten og relationen forbedres.

Anerkendelse er en forudsætning for relationen og for patientoplevelt kvalitet. Anerkendelse indebærer, at sundhedspersonalet lytter til patienten, tager vedkommende alvorligt og undlader at træffe beslutninger uden at inddrage patienten. Hvis patientens muligheder for at have indflydelse og blive medinddraget i egen behandling tilsidesættes af regler og procedurer, der gør dette umuligt, bør ansatte og ledere reagere. Lederens særlige ansvar er at skabe en åben og læringsorienteret debatkultur, hvor

etiske og værdimæssige spørgsmål kontinuerligt diskuteres og debatteres. At ledelsen går i dialog med medarbejderne om, hvordan vi taler til og om patienterne, vil give et værdiløft og således et kvalitetsløft i praksis (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social – og Integrationsministeriet 2012).

5.2.7 Lighedsteknologivurdering

I regeringens nye sundhedspolitiske udspil er der afsat 20 mio. kr. til et "lighedstjek" (Regeringen 2013). Lighedstjekket skal blandt andet indsamle mere viden om, hvad der skal til for at understøtte større lighed i sundhed.

I denne forbindelse kunne et lighedstjek indeholde en form for teknologivurdering – en "lighedsteknologivurdering". Denne vurdering skulle gennemgås hver gang en ny procedure ønskes iværksat. Eksempelvis kunne man med fordel have "lighedsvurderet" beslutningen om, at patienter selv skal bestille kørsel til og fra hospitalet eller beslutningen om, at patienter selv skal bestille mad i hospitalskøkkenet. Her ville en sådan vurdering have set på konsekvenserne for dem, der ikke formår at ringe efter kørsel eller konsekvenserne for dem, der ikke kan læse menukortet og dermed selv finde ud af at bestille deres mad (jf. kapitel 2).

En lighedsteknologivurdering kunne ligeledes benyttes ved indgåelse af nye sundhedsaftaler fx i forhold til psykiatriske patienter, for på den måde at undersøge forudsætningerne for og konsekvenserne af forskellige aftaler mellem kommune og region.

5.2.8 Akutte aflastningspladser for somatiske patienter

Ved at ansætte socialsygeplejersker i somatikken har både patientmålgruppen og personalet fået en kvalificeret sparringspartner, der hjælper til at understøtte kvaliteten i behandlingen, øger patienttilfredshed og øger flere vellykkede udskrivelser.

Imidlertid er selv den bedste indsats og de bedste intentioner ikke altid tilstrækkelige. Socialsygeplejerskerne står fortsat ofte med et stort og til

tider uløseligt problem, når den socialt udsatte patient skal udskrives. I takt med den øgede effektivisering udskrives sekundær sektor patienter hurtigere end tidligere. Det betyder, at så snart det vurderes, at patienten er færdigbehandlet, bliver patienten udskrevet (jf. kapitel 1). Men som denne antologi har vist, er det ikke ensbetydende med, at patienten er rask (jf. kapitel 2 og 4). For en ressourcestærk og velfungerende patient behøver de accelererede indlæggelsesforløb ikke at volde store problemer. Men for den socialt udsatte patient kan konsekvensen være, at vedkommende udskrives til gaden eller til en ganske uholdbar situation i eget hjem. Det kan dreje sig om somatiske patienter, der netop har gennemgået en større hofteoperation eller har været indlagt med en alvorlig lungeinfektion. Eller handle om psykiatiske patienter, som dagen i forvejen blev indlagt efter et selvmordsforsøg. I alle tilfældene er patienterne færdigbehandlede, men er fortsat svækkede og har i flere tilfælde brug for omsorg og/eller sygepleje, samt i mange tilfælde brug for at komme til kræfter i nogle rolige omgivelser. Det behov kan hverken gaden eller et herberg imødekomme. Det er vanskeligt at genoptage gadelivet på krykkestokke og der er stor risiko for, at den fortsatte tabletbehandling for lungeinfektionen glemmes eller at pillerne mistes, ligesom lysten til at leve atter forsvinder, når patienten udskrives til gaden. Derudover har socialt udsatte patienter ofte ikke familie eller andet netværk til at hjælpe, støtte eller give omsorg, så de kan komme sig oven på en indlæggelse. De er alene, hvilket skal med i overvejelserne, når udskrivelsen planlægges.

Der findes i dag en række aflastningspladser, men disse pladser er forbeholdt patienter over 65 år. Enkelte steder i Københavns Kommune findes der få aflastningspladser til borgere under 65 år, men økonomi, visitationsregler, procedurer og lokale husregler betyder, at der fortsat er en gruppe socialt udsatte patienter, som ikke kan benytte disse tilbud og derfor fortsat står til at blive udskrevet til gaden efter behandling på hospitalet/psykiatrien.

Erfaringerne fra projektet har vist, at sundhedssystemet forsøger at strække sig i forhold til denne patientgruppe, enten for at patienten kan komme til hæfterne eller ventetiden til en aflastningsplads får lov at bruges på pågældende afdeling. Men på grund af mangel på sengepladser er det ikke altid muligt at tilbyde patienten at forblive indlagt, hvorfor afdelingen ser sig nødsaget til at udskrive patienten til en uholdbar situation. En situation, som (i bedste fald) kan medføre genindlæggelse.

Erfaringerne fra projektet viser således, at der er et akut behov for akutte aflastningspladser til socialt udsatte borgere, som udskrives fra såvel hospitalet som psykiatrien. En anbefaling der også bringes frem af Rådet for Socialt Udsatte (Rådet for Socialt Udsatte 2012)

5.2.9 Almen praksis

I en erkendelse af den fortsatte specialisering og effektivisering af sekundær sektor vil kommunerne og almen praksis skulle løfte en større opgave. Når patienten udskrives, sker det i en forventning om, at de opsøger egen læge ved problemer eller i forhold til opfølgning på den igangsatte behandling

Københavns Kommunes SundhedsTeam har lavet en opgørelse på deres population, som omfatter over 1.000 socialt udsatte patienter. I denne gruppe har 91 % ikke – og har aldrig haft – en fungerende kontakt med almen praksis (jf. Thiesen 2013).

Stort set alle patienterne i Projekt Socialsygepleje blev akut indlagt (både i somatik og psykiatri). I mange tilfælde bliver patienterne i somatikken indlagt med sygdomme, som kunne være blevet behandlet tidligere ved egen læge og dermed kunne indlæggelse være undgået. I psykiatrien peger hyppige genindlæggelser på, at der ikke er fundet en holdbar løsning ved forrige indlæggelse.

Det er derfor også nødvendigt at rette fokus mod almen praksis og sikre, at der tages skridt til at forbedre rammerne og adgangen til praktiserende læge.

5.2.10 Socialsygepleje

Socialsygepleje er dannelsen af et nyt speciale med en ny faglig specialviden om udsatte grupper. Socialsygepleje er en skadesreducerende og ressourcetænkende tilgang, der tager afsæt i at anerkende og respektere menneskets brug af stoffer/rusmidler og søge at minimere de skader, der er forbundet hermed. At kunne omsætte denne tilgang til praksis, indebærer blandt andet en viden om socialt udsatte patienters livshistorie og hverdagsliv og viden om den enkeltes fordele ved at indtage

forskellige rusmidler (fx "selvmedicinering", flugt fra psykiske og sociale problemer mv.). Det kræver også viden om patientens ressourcer og handlemuligheder og evnen til at søge pragmatiske og alternative løsninger for og med patienten. Socialsygepleje tager afsæt i sundhedsfremme for socialt udsatte og psykisk sårbare mennesker, hvor det sundhedsfremmende skal ses i relation til samfund, hverdagsliv og patienten selv. Det er netop forbindelsen herimellem, der skal sikre, at den sundhedsfremmende indsats ikke overlades til disse patienters individuelle ansvar alene eller at behandlingen blot gøres til en strukturel indsats uden forståelse for, hvordan disse mennesker lever med sundhed og sygdom. Socialsygeplejen forholder sig til multibelastede og multisyge patienters ofte ringe indlæggelsesforløb, som en dobbelt problematik og udfordring, der både skabes og løses i relationen mellem patienten, personalet og i den kontekst, hvor dette møde finder sted. Forudsætningen for implementeringen af socialsygepleje er dermed et indgående fokus på de betingelser, hvorunder den skal ydes og virke.

REFERENCER

REFERENCER

Alford, P. Daniel, Peggy Compton, Jeffrey H. Samet (2006)

Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. I: American College of Physicians: p. 127-135.

Bengtsson, Steen (2011)

Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. 11.30: SFI - Det Nationale Forskningscenter for velfærd.

Brasch, Birgitte Bækgaard, Ivan Christensen, Jesper Henriksen, Louise Boye Larsen, Anne Sørensen & Christoffer Zeuthen (2011)

Vidensbase – Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS.

Brünés, Nina (2009)

Projekt Socialsygeplejerske – det gode patientforløb. Projektbeskrivelse. November, KABS VIDEN.

Brünés, Nina (2007)

Projekt Socialsygeplejerske - fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. København, projekt UDENFOR.

Brünés, Nina og Charlotte Siiger (2011)

Sygepleje til stofmisbrugere. I: Sygeplejebogen 3. Teori og metode. Af: Birthe Kamp Nielsen (red.). Gads Forlag. Kapitel 17: 443-469.

Buch, Martin Sandberg (2012)

Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. Dansk Sundhedsinstitut.

Bækbøl, Marianne (2012)

Kampen om klienterne. I: STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 20; s. 144-149.

Danske Regioner (2012)

To diagnoser – et menneske. En faglig og effektiv misbrugsbehandling. Maj 2012.

Daidsen, Michael, Pia Vivian Pedersen, Maria Holst & Knud Juel (2013)

Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012.

Rådet for Socialt Udsatte, København.

Deloitte (2013)

Analyse af de medicinske afdelinger. En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse.

Dennison, Sylvia J. (2005)

Substance use Disorders in Individuals with Co-Occuring Psychiatric Disorders.

I: Joyce H. Lowinson et al (ed.): Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, Chapter 56, p. 904-912.

Diderichsen, Finn, Ingelise Andersen & Celie Manuel (2011)

Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, København.

Ebsen, Frank & Jane Greve (2012)

Behandling af personer med sindslidelse – institutionsstruktur og sygehusbehandling. I: Greve et al (red.) 2012: Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser. Kapitel 2: s. 20-65. Rockwool Fondens Forskningsenhed & Syddansk Universitetsforlag.

Evjen, Reidunn, Tone Øiern & Knut Boe Kielland (2004)

Dobbelt Opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget, Oslo.

Frederiksen, Kirsten (red) (2009)

Projekt Bedre Udredning – Kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, Social- og Beskæftigelsesforvaltningen, Center for Misbrugsbehandling & Center Basen, maj 2009.

Greve, Jane (red.) (2012a)

Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser, Rockwool Fondens Forskningsenhed & Syddansk Universitetsforlag.

Greve, Jane (2012b)

Introduktion: Omkostninger ved et liv med svære sindslidelser.

I: Jane Greve (red): Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser. Kapitel 1 s. 11-19. Rockwool Fondens Forskningsenhed & Syddansk Universitetsforlag.

Greve, Jane (2012c)

Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse. I: Jane Greve (red): Et liv i periferien Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser. Kapitel 3: s. 89-117. Rockwool Fondens Forskningsenhed & Syddansk Universitetsforlag.

Hesse, Morten & Birgitte Thylstrup (2012)

Psyken og rusmiddelbrug – Ti års forskning i misbrug og psykiske problemer. I: STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 20 s. 46-47.

Hay et al (2009)

Hyperalgesia in opioid-managed chronic pain and opioid-dependent patients. J. Pain; 10(3), s. 316-322.

Indenrigs- og Socialministeriet & Rambøll (2009)

Regeringens Hjemløsestrategi – En strategi til at nedbringe hjemløshed i Danmark. 2009- 2012. oktober.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002)

Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere. Februar.

Johansen, Katrine Schepelern (2009)

Dobbelt Diagnose – Dobbelt Behandling. KABS VIDEN.

Juel, Knud, Michael Davidsen, Pia Vivian Pedersen & Tine Curtis (2010)

Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for Socialt Udsatte.

Juul, Søren & Erik Riiskjær (2012)

Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social – og Integrationsministeriet.

Jöhncke, Steffen, Mette Nordahl Svendsen & Susan Reynold Whyte (2004)

Løsningsmodeller. I: Kristen Hastrup (red): Viden om verden. En grundbog i antropologisk analyse. Kapitel 19: s. 385-408. Hans Reitzels Forlag.

KABS (2009)

Socialsygepleje- det gode patientforløb for socialt udsatte på somatiske hospitaler og psykiatriske centre i Region Hovedstaden. Projektansøgning til Sundhedsstyrelsens satspulje: Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper, februar 2009.

Kappel, Nanna (2009)

Udfordrende møder. En undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger. Ph.d. afhandling fra Forskerskolen i Livslang Læring, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.

Knop, Joakim (2010)

Misbrug. I: Henrik Day Poulsen (red): Basisbog i psykiatri. Kapitel 10: s.285-310. Munksgaard Danmark.

Kommunernes Landsforening (2012)

En styrket misbrugsbehandling. 12. december, 2012.

Krøll, Lea Trier (2012)

Nattens drømmespil – teenagepiger i nattelivet.
I: STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 20: s. 18-23.

Larsen, Jørgen Elm (2009)

Forståelser af begrebet social udsathed I: Udsat for forståelse. Antologi om socialt udsatte. Kapitel 2: s. 17-41. Rådet for Socialt Udsatte.

Lauridsen, Mette L; Mette Kronbæk & Peter Sindal Lundsberg (2010)

Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv. Servicestyrelsen.

Ludvigsen, Kathrine Bro (2012)

Projekt Socialsygepleje – i psykiatrien. Januar, KABS VIDEN
(kan findes på: www.kabs.dk).

Ludvigsen, Kathrine Bro (2011)

Projekt Socialsygepleje (midtvejsstatus over projektets somatiske del).
Juni, KABS VIDEN (kan findes på: www.kabs.dk).

Ludvigsen, Kathrine Bro & Tine Lydolph (2008)

At blive taget alvorligt – første delrapport fra Projekt Kvindeeducation:
Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABS VIDEN
(kan downloades fra: www.kabs.dk).

Madsen, Marie Henriette, Anne Hvenegaard & Eskild Klausen Fredslund (2011)

Opgaver på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. Dansk Sundhedsinstitut.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011)
Øget fokus på gode resultater og bedste praksis på sygehusene.

Mors, Ole (2010)
Generel psykopatologi og diagnosticering. I: Henrik Day Poulsen (red):
Basisbog i psykiatri. Kapitel 2: 33-70. Munksgaard Danmark.

Ohlmeier, Martin D. et al (2011)
Alcohol and drug dependence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder:
Data from Germany I: Eur. J. Psychiat. Vol. 25, no. 3, p. 150-163.

Pedersen, Dorrit (2010)
Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug – målgrupper,
metoder og resultater. Socialforvaltningen, Københavns Kommune.

Pedersen, Flemming Steen (2012)
Effektive sygehuse sparer milliarder. Berlingske, torsdag d. 11. oktober 2012.

Pedersen, Mads Uffe (2005)
Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Center for Rusmiddelforskning,
Aarhus Universitetsforlag.

Pedersen, Pia Vivian (2007)
Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelser af eget liv og sundhed.
Statens Institut for Folkesundhed & Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, Pia Vivian, Anne Illemann Christensen, Ulrik Hesse & Tine Curtis (2007)
SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007.
Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte.

Poulsen, Henrik Day (2010)
Introduktion til psykiatri. I: Henrik Day Poulsen (red): Basisbog i psykiatri.
Kapitel 1: s. 21-32. Munksgaard Danmark.

Regeringen (2013)
Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012/2013: 24.

Region Hovedstadens Psykiatri (2010)
PsykiatriNyt. Særnummer: Virksomhedsplan 2011.

Retssikkerhedsloven: LBK nr. 930 af 17/09/2012.

Rindom, Henrik (2007 [2004])

Rusmidlernes Biologi – om hjernen, sprut og stoffer.
København, Sundhedsstyrelsen.

Rindom, Henrik (2005)

Jens' onde cirkel – om rusmidler og hjernen. I: Kristian Wedel Andersen & Dorthe Perit (red): Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Kapitel 1: s. 9-18. Socialt Udviklingscenter SUS.

Ross, Stephen (2008)

The Mentally Ill Substance Abuser. I: Marc Galanter og Herbert D. Kleber (ed):
The Textbook of Substance Abuse Treatment. Chapter 38 p. X, American
Psychiatric Publishing, Inc. London, England.

Rådet for Socialt Udsatte (2012)

Årsrapport 2012. København, Rådet for Socialt Udsatte.

Rådet for Socialt Udsatte (2009)

Rådet for Socialt Udsatte – socialpolitisk grundlag.

Social- og Integrationsministeriet (2012)

Metoder, der virker på narkoområdet. Offentliggjort d. 10. oktober 2012.

Storgaard, Lau Laursen (2000)

Konstruktionen af dansk narkotikakontrolpolitik siden 1965. Jurist- og
Økonomiforbundets Forlag.

Sundhedsstyrelsen (2012)

Narkotikasituationen i Danmark 2012. København, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011)

Narkotikasituationen i Danmark 2011. København, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2008)

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.
København, Sundhedsstyrelsen.

Thiesen, Henrik (2013)

Overlæge og leder af det opsøgende SundhedsTeam i Københavns Kommune i paneldebatten: Mange socialt udsatte borgere taler aldrig med deres praktiserende læge på trods af stort behov for lægehjælp – hvordan får vi genskabt kontakten mellem de to? Folkemødet på Bornholm, 15. juni 2013.

Thylstrup, Birgitte (2008)

Misbrugerens personlighedsforstyrrelser og behandleres følelsesmæssige reaktioner. I: STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 11 s. 49-50.

Vendsborg, Per (2005)

Indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose. I: Kristian W. Andersen og Dorthe Perit (red): Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Kapitel 2: s. 19-36. Socialt Udviklingscenter SUS.

Vind, Leif (2008)

Unge og Risikoadfærd. I: STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 11: s. 51-54.

Vind, Leif & Mads Uffe Pedersen (2010)

Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler: Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Zanis, David A. & Woody, George E. (1998)

One-year mortality rates following methadone treatment discharge. Drug and Alcohol Dependence 52: p. 257-260.

BILAGSLISTE

BILAG 1

Projektjournal til indlagte patiente

BILAG 2a

Statistik over projektjournaler i somatik

BILAG 2b

Statistik over projektjournaler i psykiatrien

BILAG 3

Vejledning om smertebehandling af indlagte stofmisbrugere i afdeling M, BBH

BILAG 4

Instruks om smerte og abstinensbehandling for indlagte stofmisbrugere, afd. M, BBH.doc

BILAG 5

Hvidovre Hospital

BILAG 6

Særaftale med Københavns Kommune

Ved indlæggelse

Patientnr.	
Sygehus	
Navn	
Cpr.nr.	
Adresse	
Alder	
Køn	

Ønsker patienten at deltage? (sæt kryds)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej, angiv begrundelse:	<input type="checkbox"/>

Indlæggelsesdato

Indlæggelsesdato	
------------------	--

Patientens fødeland (sæt kryds)

Danmark af danske forældre	<input type="checkbox"/>
Danmark af udenlandske forældre	<input type="checkbox"/>
Andet land, skriv hvilket:	<input type="checkbox"/>

Har patienten varig opholdstilladelse?
 (sæt kryds)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Indlagt på hvilke(n) afdeling(er)?

Indlæggelsesafdeling	
Overført til afdeling	

Indlæggelsestype (sæt kryds)

Akut indlæggelse	<input type="checkbox"/>
Planlagt indlæggelse	<input type="checkbox"/>

Indlæggelsesdiagnoser (afskrives fra journalen)

--

Udskrivningsdiagnoser (afskrives fra journalen)

Aktionsdiagnoser	
Bidiagnoser	

Socialsygeplejefjournal - indlæggelse

Boligsituation (sæt kryds)

Selvstændig bolig	
Herberg	
Forsorgshjem	
Natcafe	
Kammerat	
Familie	
Gaden	
Andet (skriv hvad)	

Forsørgelsesgrundlag (sæt kryds)

Lønarbejde	
Kontanthjælp	
Førtidspension	
Andet (skriv hvad)	

Har patienten kontakter til den sociale sektor? (sæt gerne flere krydser)

Misbrugscenter	
Gadesygeplejerske	
Gadeplansmedarbejder	
Sundhedsteam	
Sygeplejeklinik	
Kontaktperson	
Støttekontaktperson	
Opsøgende psykoseteam	
Andet (skriv hvilke)	

Etablering af kontakt til socialsygeplejerske (sæt kryds)

Henvendelse fra afdeling angående patient	
Socialsygeplejerske har selv opsøgt patient i afdelingen	
Henvendelse fra primær sektor angående patient, skriv hvorfra:	

Socialsygeplejefjournal - indlæggelse

Under indlæggelse

Daglige observationer

Dato	
Smerter og abstinenser, medicin	
Trivsel	
Kommunikation med personale	
Plan for udskrivning	
Socialsygeplejerskehandling	
Andet	

Der kopieres og indsættes skemaer for flere dage efter behov.

Socialsygeplejejournal - indlæggelse

Smertes og substitutionsbehandling (præparat/dosis)

Dato	Substitutionsbehandling	Smertebehandling

Type substitutionsbehandling (sæt kryds)

Vedligehold	<input type="checkbox"/>
Igangsæt abstinensbehandling	<input type="checkbox"/>

Smerteårsag

--

Smertes (VAS-score det sidste døgn)

Dato	Aktuel VAS	Minimum VAS	Maksimum VAS	Kommentar

Aktuel VAS: Patientens VAS-score på besøgstidspunktet.

Minimum VAS: Patientens laveste VAS-score inden for det seneste døgn.

Maksimum VAS: Patientens højeste VAS-score inden for det seneste døgn.

Der tilføjes yderligere linjer/dage efter behov

Socialsygeplejefjournal - indlæggelse

Udskrivning

Udskrivelsesdato

Udskrivelsesdato	
Antal indlæggelsesdage i alt	

Udskrivning (sæt kryds)

Planlagt og færdigbehandlet	
Færdig og har afventet udskrivelse	
Patienten er gået før planlagt	
Patienten er udskrevet før planlagt	

Evt. kommentar:

--

Har patienten haft smerter under indlæggelsen? (sæt kryds)

Nej	
Ja, der er drøftet smertebehandling med personalet	
Ja, men der er <u>ikke</u> drøftet smertebehandling med personalet	

Har patienten haft abstinenser under indlæggelsen? (sæt kryds)

Nej	
Ja, der er drøftet abstinensbehandling med personalet	
Ja, men der er <u>ikke</u> drøftet abstinensbehandling med personalet	

Kontakt til pårørende/venner under indlæggelsen (sæt kryds)

Ingen kontakt	
1-2 besøg	
3 eller flere besøg	

Er boligforhold afklaret? (sæt kryds)

Ja	
Nej	

Er hjemmepleje afklaret? (sæt kryds)

Ja	
Nej	
Ej relevant	

Socialsygeplejejournal - indlæggelse

Hvilke samarbejdspartnere overdrages patienten til ved udskrivelse?
(sæt gerne flere kryds)

Ingen	
Misbrugscenter	
Hjemmepleje	
Støttekontakt-person	
Herberg	
Forsorgshjem	
Gadesygepleje	
Sygeplejeklinik	
Sundhedsteam	
Omsorgstilbud	
Andet (skriv hvilke)	

Hvis ingen, hvorfor ikke? (sæt kryds)

Der var ikke behov	
Patienten ønsker ikke denne hjælp/dette tilbud	
Der var ikke plads/ ikke muligt trods behov	

Epikrise

Epikrisen skal være et resumé af indlæggelsesforløbet indeholdende følgende overordnede og opsummerende betragtninger, og sammenfattes i tekst:

- Sidemisbrug under indlæggelse
- Smerter
- Abstinenser
- Patientens motivation for samarbejde
- Patientens oplevelse af indlæggelsen (følt sig velkommen i afdelingen, følt sig velinformeret)
- Personalets håndtering af patienten
- Problemer og konflikter
- Kontakt til samarbejdspartnere: Misbrugscenter, støttekontaktperson, sagsbehandler, gadesygeplejerske, sygeplejeklinik, opsøgende gadeplansmedarbejdere, andet
- Samlet vurdering af indlæggelsesforløb (hvad var godt, hvad var knap så godt, hvad kunne være gjort anderledes)

Dato

Opfølgning efter udskrivelse

Dato

Sygehus			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
BBH	263	18	281
HVH	350	73	423
I alt	613	91	704

Forløbstype			
	Antal		
	Akut	Elektiv	I alt
Type forløb	581	32	613

Køn			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Mænd	405	74	479
Kvinder	208	17	225

Alder			
	År		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Yngste	20	20	20
Ældste	71	62	71
Gennemsnit	45,8	44,3	45,6

Fødeland			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Danmark af danske forældre	522	11	533
Danmark af udenlandske forældre	4	0	4
Andet land	85	0	85
Uoplyst	2	80	82

Indlæggelseslængde	
	Antal dage
Korteste	1
Længste	64
Gennemsnit	8,9
Median	6,0

Boligsituation			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Selvstændig bolig	393	60	453
Herberg	51	17	68
Forsorgshjem	1	0	1
Natcafe	13	0	13
Kammerat	7	3	10
Familie	7	0	7
Gaden	70	5	75
Bofællesskab	27	0	27
Andet	26	4	30
Plejekollektiv	9	0	9
Kæreste	9	1	10
Uoplyst	0	1	1

Forsørgelsesgrundlag			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Lønarbejde	8	2	10
Kontanthjælp	169	33	202
Førtidspension	411	55	466
Andet	19	1	20
Uoplyst	6	0	6

Kontakter til den sociale sektor			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Har haft kontakt til socialektoren	572	90	662
Har ikke haft kontakt til socialektoren	41	1	42

Specificering af kontakt til den sociale sektor

	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Misbrugscenter	468	59	527
Gadesygeplejerske	23	3	26
Gadeplansmedarbejder	56	12	68
Sygeplejeklinik	41	16	57
Kontaktperson	85	21	106
Støttekontaktperson	51	19	70
Opsøgende psykoseteam	6	0	6
Egen læge	24	13	37
Herberg	8	1	9
Hjemmepleje	41	7	48
Aflastningsplads	2	3	5
Plejekollektiv	1	0	1
Andet	24	2	26

**Etablering af kontakt til
 socialsygeplejerske**

	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Henvendelse fra afdelingen	322	18	340
Socialsygeplejerske har opsøgt pt.	168	24	192
Henvendelse fra primær sektor	106	18	124
Pt. har selv taget kontakt	17	31	48

Type substitutionsbehandling

	Antal
	Indlæggelse
Vedligehold	502
Igangsæt abstinensbehandling	63
Intet	46
Uoplyst	2

Udskrivelse	
	Antal
	Indlæggelse
Planlagt og færdigbehandlet	496
Færdig og har afventet udskrivelse	4
Pt. gået før planlagt	55
Pt. udskrevet før planlagt	13
Overflyttet til andet hospital	37
Død	8

Smerter under indlæggelse	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	226
Nej	385
Uoplyst	2

Abstinenser under indlæggelse	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	232
Nej	379
Uoplyst	2

Kontakt til pårørende	
	Antal
	Indlæggelse
Ingen kontakt	338
1-2 besøg	105
3 eller flere besøg	168
Uoplyst	2

Boligforhold afklaret	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	522
Nej	83
Uoplyst	8

Hjemmepleje afklaret	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	146
Nej	12
Ej relevant	451
Uoplyst	4

Samarbejdspartner	
	Antal
	Indlæggelse
Ingen	64
Misbrugscenter	433
Gadesygepleje	25
Gadeplansmedarbejder	54
Sygeplejeklinik	40
Kontaktperson	4
Støttekontaktperson	66
Opsøgende psykoseteam	2
Egen læge	14
Herberg	59
Hjemmepleje	130
Aflastningsplads	34
Plejekollektiv	6
Forsorghjem	4
Bofællesskab	20
Boligrådgiver	3
Distriktspsykiatrien	2
Andet	47

Sygehus			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
PCH	173	0	173
PCG	133	0	133

Forløbstype			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Type forløb	306	0	306

Indlæggelsestype	
	Antal
	Indlæggelse
Akut indlæggelse	252
Planlagt indlæggelse	7
Rød tvang	14
Gul tvang	9
Surrogat	7
Ikke oplyst	17

Køn			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Mænd	224	0	224
Kvinder	82	0	82

Alder			
	År		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Yngste	18	0	18
Ældste	70	0	70
Gennemsnit	37,3	0	37,3

Fødeland			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Danmark af danske forældre	260	0	260
Danmark af udenlandske forældre	26	0	26
Andet land	20	0	20
Uoplyst	0	0	0

Indlæggelseslængde	
	Antal dage
Korteste	1
Længste	203
Gennemsnit	15,5
Median	5,0

Boligsituation			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Selvstændig bolig	191	0	191
Herberg	15	0	15
Forsorgshjem	4	0	4
Natcafe	1	0	1
Kammerat	8	0	8
Familie	25	0	25
Gaden	28	0	28
Bofællesskab	21	0	21
Andet	13	0	13

Forsørgelsesgrundlag			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Lønarbejde	29	0	29
Kontanthjælp	142	0	142
Førtidspension	89	0	89
Andet	41	0	41
Ikke oplyst	5	0	5

Kontakter til den sociale sektor			
	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Har haft kontakt til socialektoren	199	0	199
Har ikke haft kontakt til socialektoren	107	0	107

Specificering af kontakt til den sociale sektor

	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Misbrugscenter	104	0	104
Gadesygeplejerske	0	0	0
Gadeplansmedarbejder	3	0	3
Sundhedsteam	0	0	0
Sygeplejeklinik	1	0	1
Kontaktperson	20	0	20
Støttekontaktperson	40	0	40
Opsøgende psykoseteam	14	0	14
Egen læge	6	0	6
Kriminalforsorgen	8	0	8
Distrikpsykiatri	41	0	41
Herberg	1	0	1
Hjemmepleje	4	0	4
Andet	63	0	63

Etablering af kontakt til socialsygeplejerske

	Antal		
	Indlæggelse	Ambulant	I alt
Henvendelse fra afdelingen	178	0	178
Socialsygeplejerske har opsøgt pt.	121	0	121
Henvendelse fra primær sektor	6	0	6
Pt. har selv taget kontakt	1	0	1

Type substitutionsbehandling

	Antal
	Indlæggelse
Vedligehold	73
Igangsat abstinensbehandling	122
Intet	111

Udskrivelse	
	Antal
	Indlæggelse
Planlagt og færdigbehandlet	248
Færdig og har afventet udskrivelse	2
Pt. gået før planlagt	25
Pt. udskrevet før planlagt	10
Overflyttet til andet hospital	21

Smerter under indlæggelse	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	15
Nej	291

Abstinenser under indlæggelse	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	210
Nej	96

Kontakt til pårørende	
	Antal
	Indlæggelse
Ingen kontakt	169
1-2 besøg	71
3 eller flere besøg	65
Ikke oplyst	1

Boligforhold afklaret	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	274
Nej	31
Ikke oplyst	1

Hjemmepleje afklaret	
	Antal
	Indlæggelse
Ja	9
Nej	0
Ej relevant	297

Samarbejdspartner	
	Antal
	Indlæggelse
Ingen	19
Misbrugscenter	179
Hjemmepleje	7
Støttekontaktperson	49
Herberg	18
Forsorgshjem	2
Gadesygepleje	1
Sygeplejeklinik	0
Sundhedsteam	0
Omsorgstilbud	5
Gadeplansmedarbejder	2
Bofællesskab	13
Boligrådgiver	0
Distriktpspsykiatrien	45
Egen læge	4
FHV	0
Plejekollektivt	0
Andet	126

Smertebehandling af indlagte stofmisbrugere i afdeling M, Bispebjerg Hospital

Ved overlæge Nan Sonne og socialsygeplejerske Nina Brúnés 11. februar 2010

Formål

Lige adgang til optimal smertebehandling uanset misbrugets art og omfang.
Afdække og behandle abstinenser for at opnå de bedste betingelser for smertelindring.

Målgruppe

Læger og plejepersonale

Omfatter

Indlagte stofmisbrugere, som er i substitutionsbehandling med metadon og/eller har et illegalt misbrug af opioider.

Omfatter ikke

Patienter i substitutionsbehandling med buprenorphin.

Definitioner

- Opioidtolerans: stigende dosis for at opnå samme effekt
- Fysisk afhængighed: en fysiologisk tilpasning, hvor pludseligt ophør medfører abstinenssymptomer
- Misbrug: ukontrollerbart forbrug og medicinkrævende adfærd trods risiko for skadevirkninger
- Pseudomisbrug: medicinkrævende adfærd hos underbehandlet patient
- Narkomani: misbruget når et omfang, som er skadeligt for personen fysisk, psykisk og socialt og kan bringe vedkommende i farlige situationer (kriminalitet)
- Smertetærskel: stofmisbrugere tolererer dårligere smerte end andre ved kuldestimulationstest

Fremgangsmåde

1. Vurder smertens årsag ex fraktur, sår, absces, DVT, iskæmi
([link til "smertevurdering og dokumentation"](#))
2.
 - i. Mål VAS i hvile
 - ii. Informer patienten om smertebehandling
3. Misbrugsanamnese: Både substitutionsbehandling og illegalt misbrug
 - i. Total døgndosis af opioid ([link til omregningstabel i www.medicin.dk](#))
4. For at imødegå abstinenssymptomer gives fast metadondosis som vanligt. Denne substitutionsbehandling er alene mod abstinenssymptomer og ikke mod akutte smerter
5. Patienter, der ikke er i substitutionsbehandling, skal tilbydes startdosis metadon 10 mg x 4. Denne dosis kan ved utilstrækkelig effekt øges til 20 mg x 4 (max. 30 mg x 4) (ref. Sundhedsstyrelsen)
6. Der observeres effekt i hver vagt. Ved overdoserings symptomer (sedation, respirationsfrekvens < 8) pauseres og lægelig vurdering mhp. dosisreduktion
7. Der tages EKG ved behandling med 120 mg metadon eller derover samt ved kendt hjertesygdom på grund af risiko for hjertearytmi/hjertestop. Ved QTc > 450 msek reduceres metadondosis eller skiftes til Contalgin (faktor 1:2)
8. Ved stærke smerter ex. fraktur, gangræn, operation gives om muligt regional anæstesi.
9. P.n. morfin doser fastsættes ud fra fast døgndosis opioid (legalt + illegalt). Metadon: morfin = 1:5 dvs 100 mg metadon svarer til 500 mg morfin
([link til skema. vejledende doser](#))

1. Der suppleres med paracetamol og evt. NSAID
2. Ved neuropatiske smerter gives gabapentin 300 mg x 2-3 og /eller imipramin 10 mg x 3. Ved QTc > 450 msek undlades imipramin,
3. Nonfarmakologisk smertebehandling eksempelvis lejring, bandagering, sår behandling, transkutan nervestimulation m.m.
4. Stofmisbrugere udskrives uden p.n. morfin
5. Ved kronisk smerteproblematik kontaktes om muligt misbrugscenter/misbrugslæge alternativt egen læge, når dato for udskrivelse kendes

Abstinens symptomer

Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Tåre flod / løbenæse	Dilaterede pupiller	Hurtig puls	Diarré / opkastning
Rigelig sveden	"gåsehud"	Forhøjet blodtryk	Dehydrering
Gaben	Muskelspasmer	Hurtig vejtrækning	Hyperglycæmi
Rastløshed	Muskelsmerter	Feber	Blodtryksfald
Søvnløshed	Ledsmerter	Madlede / kvalme	Lægger sig evt. i fosterstilling
	Mavesmerter	Kraftig rastløshed	

Abstinens behandling (se også retningslinje fra psykiatrisk afdeling)

Abstinenssymptomer forebygges med metadon (10-20 mg x 4) eller andet langtidsvirkende opioid (eksempelvis Contalgin 30-60 mg x 3)

Ved abstinenser gives morfin peroralt eller parenteralt

Catapresan = Clonidin er en alfa2-agonist, som virker på noradrenalin-receptorer og dæmper sympatikusreaktionen ved abstinenser

Mod abstinenser kan gives tbl Catapresan à 25 mikrogram, dosis 50 ug x 3

Rigelig væsketilskud

Kriterier for smertetilsyn under indlæggelse

1. Insufficient smertelindring trods p.n. doser efter skema
2. Uafklaret abstinensproblematik
3. Skift af Metadon til Contalgin ved QTc < 0,450 sek
4. Buprenorphin (Subutex/Suboxone) vedligeholdelsesbehandling
5. Optimering af smertebehandling ex. neuropatiske smerter

Henvisninger:

Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. *Ann Intern Med.* 2006; 144: 127-134

Sjøgren P, Rindom H. Den medicin og stofmisbrugende patient. *Ugeskrift for læger* 2006;168:4317-4319

Mehra V, Langford RM. Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia* 2006; 61: 269-276

Mitra S, Sinatra RS. Perioperative Management of Acute Pain in the Opioid-dependent Patient. *Sanesthesiology* 2004; 101: 212-227

locolano CF. Perioperative pain Management in the Chemically dependent Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2000; 15: 329-347

Declan TB. Pain and substance-related pain reduction behaviours among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment: An exploratory study. *Am J Addict* 2009; 18: 117-121

Fanoë S. Syncope and QT prolongation among patients treated with methadone for heroin dependence in the city of Copenhagen. *Heart* 2007; 93: 1051-1055

Sundhedsstyrelsen, 8. juni 2007: Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed

Smertebehandling af indlagte stofmisbrugere i afdeling M, Bispebjerg Hospital

Udarbejdet af overlæge Nan Sonne og socialsygeplejerske Nina Brünés, februar 2010

Fremgangsmåde

1. Vurder smertens årsag ex fraktur, sår, absces, DVT, iskæmi.
2.
 - i. Mål VAS i hvile.
 - ii. Informer patienten om smertebehandling.
3. Misbrugsanamnese: Både substitutionsbehandling og illegalt misbrug.
 - i. Total døgndosis af opioid.
4. For at imødegå abstinenssymptomer gives fast metadondosis som vanligt. Denne substitutionsbehandling er alene mod abstinenssymptomer og ikke mod akutte smerter.
5. Patienter, der ikke er i substitutionsbehandling, skal tilbydes startdosis metadon 10 mg x 4. Denne dosis kan ved utilstrækkelig effekt øges til 20 mg x 4 (max. 30 mg x 4) (ref. Sundhedsstyrelsen).
6. Der observeres effekt i hver vagt. Ved overdoseringssymptomer (sedation, respirationsfrekvens < 8) pauseres og lægelig vurdering mhp. dosisreduktion.
7. Der tages EKG ved behandling med 120 mg metadon eller derover samt ved kendt hjertesygdom på grund af risiko for hjertearytmi/hjertestop. Ved QTc > 450 msek reduceres metadondosis eller skiftes til Contalgin (faktor 1:2).
8. Ved stærke smerter ex. fraktur, gangræn, operation gives om muligt regional anæstesi.
9. P.n. morfin doser fastsættes ud fra fast døgndosis opioid (legalt + illegalt). Metadon: morfin = 1:5 dvs 100 mg metadon svarer til 500 mg morfin.
10. Der suppleres med paracetamol og evt. NSAID.
11. Ved neuropatiske smerter gives gabapentin 300 mg x 2-3 og /eller imipramin 10 mg x 3. Ved QTc > 450 msek undlades imipramin.
12. Nonfarmakologisk smertebehandling eksempelvis lejrning, bandagering, sår behandling, transkutan nervestimulation m.m.
13. Stofmisbrugere udskrives uden p.n. morfin.
14. Ved kronisk smerteproblematik kontaktes om muligt misbrugscenter/misbrugs læge alternativt egen læge, når dato for udskrivelse kendes.

Akut smertebehandling af opioidbrugere/stofmisbrugere, vejledende doser!

Fast dosis:						
Døgndosis opioid hjemmefra skal gives!						
Metadon	< 40mg	40-80 mg	80-120 mg	120-160 mg*		> 160 mg*
Contalgin	< 120 mg	120-240 mg	240-360 mg	360-480 mg*		> 480 mg*
Durogesic	25-50 µg/t	75-100 µg/t	125-150 µg/t	175-200 µg/t*	>200*	> 200 mg µg/t*
Oxycontin	< 80 mg	80-160 mg	160-240 mg	240-360 mg*	>360*	> 360 mg*
p.n. dosis:						
Morfin s.c./i.v.	2,5-5 mg max. X 8	5-10 mg max. X 8	10-15 mg max. X 8	15-20 mg max. X 8*	20-30 mg max. X 8*	20-30 mg max. X 8*
Morfin tabl.	10-15 mg max. X 6	15-30 mg max. X 6	30-45 mg max. X 6	45-60 mg max. X 6*	60-90 mg max. X 6*	60-90 mg max. X 6*
Oxynorm tabl.	5-10 mg max. X 6	10-20 mg max. X 6	20-30 mg max. X 6	30-40 mg max. X 6*	40-60 mg max. X 6*	40-60 mg max. X 6*

*Der rekvireres evt. smertetilsyn.

s.c./i.v. Morfin de første 1-2 postoperative døgn, derefter p.o. Morfin.

Eksempel: ved Metadon 100 mg per døgn gives p.n. tbl Morfin 30-45 mg max. x 6

Effekt af p.n.-dosis skal dokumenteres.

Nan Sonne afd. Z. Feb 2010

Patienter der før indlæggelsen har været i fast behandling med opioider og /eller haft aktivt illegalt forbrug af opioider, frembyder særlige problemer når de bliver indlagt med lidelse, der giver stærke akutte smerter.

Disse patienter har behov for højere doser opioid i forbindelse med behandling af nyttilkomne akutte smerter.

Døgndosis opioid hjemmefra skal altid gives som vanligt.

Pt. der hjemmefra får Oxycontin, skal i stedet have Morfin/Contalgin i henhold til skemaet nedenfor.

Herudover skal der gives p.n. doseringer, for at finde frem til det aktuelle behov. Det er muligt at p.n. doseringerne i starten må gives hyppigt, og i nogle tilfælde må det overvejes at øge p.n. doseringen i fald der ikke er tilstrækkelig effekt.

Der skal altid konfereres med smerteklinikken så snart der mulighed for det, med henblik på den videre behandling. Eventuelt må bagvagt fra anæstesiaafdelingen kontaktes.

Som udgangspunkt kan skemaet nedenfor anvendes til bestemmelse af p.n. doseringer.

	Døgndosis (alt i mg)			
Præparat:				
Morfin	50-100	100-300	300-500	500-750
Metadon	10-20	20-60	60-100	100-150
Contalgin	50-100	100-300	300-500	500-750
Som p.n. ordination gives :				
Morfin iv	2,5-5x8	5-10x8	10-20x8	20-25x8
Morfin po	10-15x6	15-45x6	30-60x6	50-75x6

I øverste del af skemaet er anført forskellige intervaller for døgndoseringer: For morfin 50-100 mg/døgn, 150-300 mg/døgn, osv. Dette svarer til Metadon 10-20 mg /døgn, 20-60 mg/døgn, osv.

I nederste del af skemaet er anført, hvad der bør gives som pn dosering , i relation til døgndosis af opioid før indlæggelsen.

Eksempel:

En patient får hjemmefra Metadon 100 mg daglig. Dette svarer til ca. 500 mg Morfin. I nederste del af skemaet kan man se, at der mod akutte smerter må gives tbl. Morfin 60 mg op til 6 gange daglig. Som i.v. må der gives Morfin 20 mg i.v op til 8 gange dgl.

Skemaet viser ækvipotens mellem de forskellige opioider. Hvad angår Metadon er det svært at angive ækvipotensen, da den er yderst variabel og afhængig af bl.a. døgndosis. I skemaet er anvendt ækvipotens på 5.

Opioid	Peroralt (ca værdier)	S.C./ (ca. værdi)	I.V /I.M.(ca. værdi)	P.N værdier p.o.
Morfin	30 mg	15 mg	10 mg	30 mg
Metadon *	6 mg	3 mg	2 mg	6 mg
Contalgin	30 mg			4 – 7,5 mg
Oxycontin/oxycodon	20 mg	15 mg		2 – 5 mg

For patienter som er i behandling med smerteplastre, kan nedenstående skema anvendes.

Plaster	Morfin ækvipontens:	P.O. pn. Doser		
Durogesic 25 µ/t	60 mg/døgn	5 – 15 mg Morfin		
Durogesic 50 µ/t	120 mg/døgn	10 – 30 mg Morfin		
Durogesic 75 µ/t	180 mg/døgn	15 – 45 mg Morfin		
Durogesic 100 µ/t	240 mg/døgn	20 – 60 mg Morfin		
Transtec 35 mg	30 – 60 mg/døgn			
Transtec 52,5 mg	60 – 90 mg/døgn			
Transtec 70 mg	90 – 120 mg/døgn			
Norspan 5 µ/t	Ca. 6 mg/døgn			
Norspan 10 µ/t	Ca. 12 mg/døgn			
Norspan 20 µ/t	Ca. 24 mg/døgn			

Transtec og Norspan plastre indeholder buprenorfin. Dette ophæver virkningen af Morfin og der skal her gives andet præparat med buprenorfin, f.eks. Temgesic, men der må oftest gives meget høje doser af dette i forhold til den vanlige dosering. Kontakt smerteklinik/narkosebagvagt.

København

Juni 2010

Videreførelse af allerede iværksat medikamentel behandling

Af og til henvender brugere som allerede er sat i stabiliserende behandling for opioidafhængighed sig på vores Rådgivningscentre. Behandlingen er ofte iværksat i en af Kriminalforsorgens institutioner eller i sygehussektoren. I langt de fleste tilfælde har der før start på den stabiliserende medikamentelle været en forudgående kontakt til Rådgivningscentret, men af og til har det af den ene eller anden grund ikke været muligt at etablere denne forudgående kontakt.

Det er vigtigt at brugere med igangværende medikamentel behandling kan fortsætte denne når de overgår fra et behandlingssystem til et andet. Hvis den iværksatte behandling afbrydes er der risiko for tilbagefald i misbrug.

Vi skal i Rådgivningscenter København kunne tilbyde at videreføre iværksat medikamentel behandling umiddelbart. Dette indebærer, at en bruger indskrives før der er afholdt en visitationssamtale og et visitationsmøde, men lægen skal indover mhp videreførelse af ordinationen, som skal indføres i brugerjournalen. Det bør være lægen ved den pågældende modtagenhed som viderefører ordinationen, men anden læge ansat i behandlingssystemet kan også videreføre ordinationen. Ordningen må betragtes som en kortvarig nødløsning, og skal hurtigst muligt ledsages af lægesamtale og et ledsagende socialfagligt behandlingstilbud.

Brugeren bør inden 14 dage have tid til lægesamtale med henblik på justering af den medikamentelle behandling.

Peter Ege & Christian Hvidt

KABS VIDEN



KABS
Bakken 3
2600 Glostrup

Tlf. 45117500
kabsviden@glostrup.dk
www.kabsviden.dk

ISBN 978-87-92418-15-9