

# **Evaluering af socialsygeplejerskeordningen**

## **Aarhus Universitetshospital**

### **Hovedrapport**

Sammenfatning af evalueringen

Maj 2015

Akutcentret & Center for Akutforskning

Aarhus Universitetshospital



*Aarhus Universitetshospital*

**midt**  
regionmidtjylland

## Indholdsfortegnelse

---

Forord.....	side 3
Baggrund.....	side 4
Formål.....	side 4
Organisering.....	side 5
Metoder.....	side 5
Resultater.....	side 7
<i>Kobling af resultater og formål med socialsygeplejerskeevalueringen.....</i>	<i>side 9</i>
<i>Forventninger versus erfaringer – interviewundersøgelser.....</i>	<i>...side 10</i>
Kommentarer til metoder og resultater.....	side 11
Opsamling og anbefalinger.....	side 11
Referencer.....	side 13

### Eksterne bilag:

---

Bilag 1) CFK: Første evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Aarhus Universitetshospital (Interview september 2014)

Bilag 2) CFK: Anden evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Aarhus Universitetshospital (Interview marts/april 2015)

Bilag 3) CFK: Evalueringen af socialsygeplejerskeordning på Aarhus Universitetshospital – Opsamling på interviewundersøgelserne

Bilag 4) Socialsygeplejerskeordningen i tal, ydelser og patientkarakteristiska (supplerende resultater vedr. socialsygeplejerskeordningen)

## Forord

På baggrund af projektbeskrivelse fra Akucentret og med opbakning fra Hospitalsledelsen på Aarhus Universitetshospital (AUH) besluttede Region Midtjylland i marts 2014 at finansiere etablering af en socialsygeplejerskeordning på AUH under forudsætning af, at ordningen blev evalueret i henhold til projektbeskrivelsen (1). Desværre var det ikke juridisk muligt at indhente de nødvendige tilladelser til videregivelse af data fra EPJ hos patienter indlagt før implementering af ordningen, hvorfor før- og efterundersøgelsen af socialt udsattes forbrug af sundhedsydelser ikke kunne gennemføres. Koncerndirektør Christian Boel blev i januar 2015 orienteret om dette.

Denne rapport sammenfatter resultaterne af den øvrige sundhedsfaglige evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Aarhus Universitetshospital (AUH) og omfatter perioden 1. juli 2014 til 31. marts 2015.

Rapporten beskriver evalueringens hovedfund med fokus på de tre formål for socialsygeplejerskeordningen og afledt heraf, anbefalinger til fremtidig drift af ordningen. Uddybende viden om evalueringens enkeltdele kan findes i de fire bilagsdokumenter:

- Første evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Aarhus Universitetshospital (før)
- Anden evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Aarhus Universitetshospital (efter)
- Evalueringen af socialsygeplejerskeordningen – opsamling på interviewundersøgelserne
- Socialsygeplejerskeordningen i tal og ydelser inklusiv karakteristisk af patientgruppen

God læselyst!

Marianne Lisby  
Ansvarlig for evaluering  
Post doc, Ph.d., MHSc, sygeplejerske  
Aarhus Universitetshospital

Anette Schouv Kjeldsen  
Projektleder  
Centerchef, Akutcentret  
Aarhus Universitetshospital

## Baggrund

---

Ansættelse af socialsygeplejersker skal medvirke til at skabe lighed i sundhed og bedre sundhedstilbud til socialt udsatte, der kommer i kontakt med hospitalsvæsnet. Socialt udsatte er en kompleks gruppe af borgere, der qua sociale forhold, misbrugsproblemer og ofte samtidige psykiske lidelser (boks 1) har forringet sundhed og en levetid, der er ~22 år kortere end gennemsnitsdanskerens (2-4).

### *Boks 1: Definition af socialt udsatte*

Ved socialt udsatte tænkes især på hjemløse, stofmisbrugere, alkoholmisbrugere, mennesker med sindslidelse, mennesker i prostitution, mennesker ramt af fattigdom eller andre store og sammensatte sociale problemer, der er forbundet med eller kan føre til social udsathed.

*Rådet for socialt udsatte*

Socialt udsatte, der indlægges på hospitaler, udgør en stærkt stigmatiseret og uønsket patientgruppe (5-7). Den foreliggende danske viden på området beskriver følgende problemstillinger i socialt udsattes møde med hospitalet:

- stigmatiseret patientgruppe
- behandles ikke med samme respekt og værdighed som andre patientgrupper
- forlader ofte hospitalet før de er somatisk færdigbehandlede
- misforståelser i kommunikation og handlinger mellem personale og patienter
- rammer, struktur og arbejdsformer på hospitaler kolliderer med socialt udsattes adfærd og psyke
- ønsker ikke at komme på hospitalet

(5-7)

Som strategisk indsats til at forbedre kvaliteten af pleje, behandling og opfølgning samt øge socialt udsattes tryghed og tilfredshed med indlæggelsesforløbet blev der i maj 2014 ansat to socialsygeplejersker på AUH. I samarbejde med Aarhus Kommune og Psykiatrisk Hospital skulle værdien af ordningen afprøves over en 1-årig pilotperiode. Endvidere skulle pilotperioden bidrage til at skræddersy funktionen mhp. fremtidig drift samt optimere de tværsektorielle og tværfaglige samarbejdsrelationer, der involverer socialt udsatte. Et initiativ, der ligger helt i tråd med Region Midtjyllands Social Strategi fra 2013 (8).

## Formål

---

Det overordnede formål med pilotperioden var at undersøge, hvordan socialsygeplejerskeordningen fremover skal udformes, så den bidrager til "værdig og færdig" behandling af socialt udsatte – i form af:

- højere behandlingskvalitet i form af flere færdigbehandlede patienter og færre genindlæggelser/kontakter til hospitalet
- at sundhedsfagligt personale får øget opmærksomhed på og kompetencer til at udføre professionel og værdig behandling af socialt udsatte
- forbedret oplevelse af indlæggelsesforløbet set fra både patientens og det sundhedsfaglige personales perspektiv

## Organisering

---

Socialsygeplejerskeordningen består af to sygeplejersker med erfaring inden for psykiatri, somatik og gademiljøet. Herudover har der i perioden fra august 2014 til januar 2015 været tilknyttet en læge til ordningen (7½ time/uge) med det formål at bistå socialsygeplejerskerne i smerte- og abstinensbehandling samt udarbejde klinisk retningslinje for smertebehandling af socialt udsatte med misbrugsproblemer. I januar 2015 fik ordningen tilknyttet en akutlæge (7½ time/uge) med almen- og socialmedicinsk baggrund og erfaring fra bl.a. Misbrugscentret. Akutlægen fungerer, sammen med en afdelingssygeplejerske i Fælles Akutafdeling, som funktionsleder for socialsygeplejerskerne. Centerchef for Akutcentret, Anette Schouv Kjeldsen, er overordnet ansvarlig for socialsygeplejerskeordningen på AUH.

I evalueringsperioden var socialsygeplejerskeordningen afgrænset til Fælles Akutafdeling samt tre kirurgiske og syv medicinske afdelinger tæt koblet til Akutafdelingen, jf. anbefalinger fra Herlev Sygehus (7). Endvidere samarbejdede socialsygeplejerskerne med relevante samarbejdspartnere i Aarhus Kommune, hvor dette var relevant for at sikre et optimalt patientforløb.

I foråret 2014 blev der nedsat en følgegruppe og en arbejdsgruppe bestående af centrale aktører fra Psykiatrisk Hospital i Risskov; Aarhus Kommune og AUH. Disse fora har til formål at skabe brobygning for socialt udsattes forløb på tværs af sektorer ved bl.a. at sikre, at beslutningstagning foregår i et tæt samarbejde mellem det sociale og sundhedsfaglige område, jf. Region Midtjyllands strategi for socialt udsatte (8). Centerchef Anette Schouv Kjeldsen er formand for følgegruppen.

Socialsygeplejerskeordningen på AUH følger den model, som socialsygeplejerske og konsulent, Nina Brünès, har udviklet, implementeret og nu er konsulent for alle hospitaler i København. Hun har derfor fungeret som konsulent i de første måneder af pilotperioden og deltaget som ad hoc medlem af følgegruppen. Endvidere har Nina Brünès tilvejebragt et uddannelses- og oplæringsprogram for socialsygeplejerskerne i pilotperiodens første måneder.

## Metode

---

Evalueringen er et kvalitetssikringsprojekt baseret på følgende materiale:

1. Kvalitative interviews foretaget på to forskellige tidspunkter i forløbet: september 2014 og marts/april 2015
2. Socialsygeplejerskernes løbende registrering af de ydelser, som de leverede til patienter og personale i pilotperioden samt karakteristika af patientgruppen

Begge undersøgelser er godkendt af Datatilsynet i Region Midtjylland [1-16-02-512-14].

### *1. Interviewundersøgelserne*

Interviewundersøgelserne havde primært til formål at belyse forandringer i perioden mellem "før og efter" implementering af socialsygeplejerskeordningen med fokus på forventninger til ordningen i den indledende fase af implementeringen (før) sammenholdt med erfaringer 6-8 måneder efter implementeringen inklusiv ordningens værdi for patienterne (efter). Deltagerne blev udvalgt efter bestemte kriterier med bl.a. repræsentation af 1 afsnitsleder og 1 kliniker (sygeplejerske) fra hver deltagende enhed. Det blev tilstræbt,

at de samme informanter deltog i begge interviewrunder for at opnå bedst mulige grundlag for vurdering af en forandring i pilotperioden. Følgende typer af interviews blev gennemført:

- Fokusgruppeinterview med personale i fire medicinske afdelinger, to kirurgiske afdelinger, Fælles Akutafdeling, tre psykiatriske afdelinger (før) samt Magistrat for Sundhed og Omsorg (MSO) og Magistrat for Sociale forhold og Beskæftigelse (MSB) i Aarhus Kommune – svarende til fem fokusgruppeinterviews i "før-perioden" og fire i "efter-perioden". Psykiatrien deltog ikke i 2. runde, da de ikke havde konkrete erfaringer med ordningen
- Enkeltpersonsinterview med fem patienter og én pårørende i perioden september 2014 til april 2015
- Enkeltpersonsinterview (før-perioden) og gruppeinterview (efter-perioden) med socialsygeplejersker
- Enkeltpersonsinterview med akutlægen ansat i januar 2015

Den kvalitative del af undersøgelsen blev gennemført af Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) i Region Midtjylland og foregik i samarbejde med post doc, Marianne Lisby, og centerchef, Anette Schouv Kjeldsen.

## *2. Socialsygeplejerskeordningen i tal og ydelser*

Socialsygeplejerskerne registrerede følgende oplysninger i en Access database (Access 2003) oprettet til formålet:

- Patientgruppen - køn, alder, bopælsform, nationalitet, kontakt til sociale myndigheder, forsørgelsesgrundlag, pårørende, misbrug og misbrugstype
- Smerter og/eller abstinenser under indlæggelse/kontakt
- Hvordan og hvem tog kontakt til socialsygeplejerskerne
- Udskrivelse - mangler ved udskrivelsen og udskrivelsestype
- Ydelser – rådgivning, omsorg, smerte- og abstinensbehandling, udskrivelse, koordination med kommunen og psykiatrien

Databasen er oprettet til registrering af data i pilotperioden og vil blive lukket efter afslutning af evalueringen. Alle data er indtastet i anonym form dvs. vha. løbenumre (ingen cpr. nr.).

### *Præsentation af data*

Resultatafsnittet indledes med karakteristik af patientgruppen samt mulige prædiktorer for gengangere, dvs. socialt udsatte, der i forløbet har været indlagt eller i kontakt med AUH flere gange. Resultaterne præsenteres som antal og procenter; median med interkvartile range og minimum maximumsværdier eller gennemsnit med tilhørende 95 % sikkerhedsintervaller. Prædiktorer for gengangere er baseret på univariate logistiske regressionsanalyser. Supplerende resultater er vist og beskrevet i bilag 4.

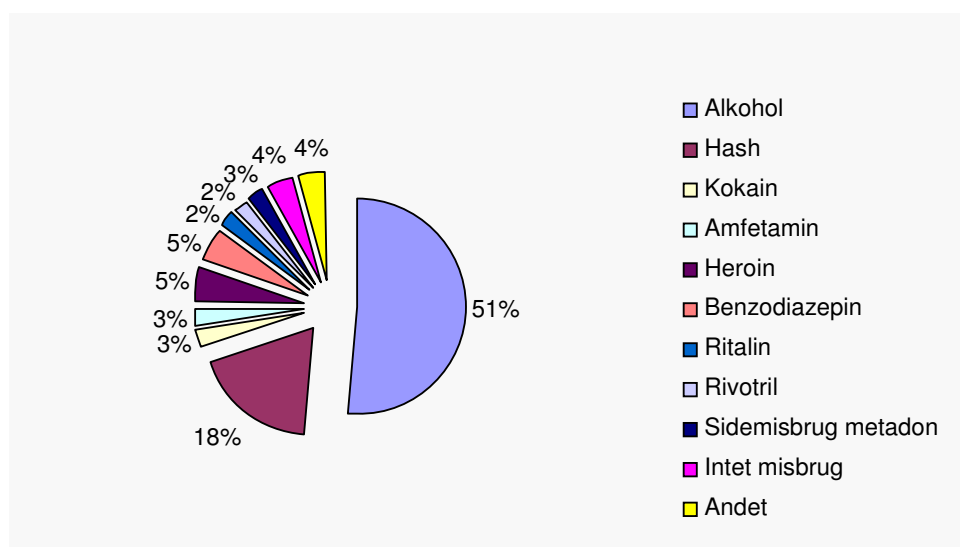
Herefter følger en skematisk oversigt, hvor relevante resultater fra den kvalitative efter-undersøgelse og den kvantitative registrering kobles til de tre formål med socialsygeplejerskeordningen. Der afsluttes med en kort beskrivelse af personalets forventninger fra før-interviewene med deres erfaringer fra efter-interviewene baseret på identificerede temaer i interviewene. Interviewene kan læses i bilag 1-3.

## Resultater

I perioden fra 1. juli 2014 til 31. marts 2015 var socialsygeplejerskerne i kontakt med 388 socialt udsatte patienter fordelt på 299 forskellige patienter. Af disse havde 49 patienter mere end 1 kontakt/indlæggelse varierende fra 2-9 kontakter/indlæggelser. Kontakten til socialsygeplejerskerne foregik primært gennem henvendelse fra afdelingerne 196/388 (51 %). I godt 1/3 af forløbene var socialsygeplejerskerne selv opsøgende, fortrinsvis i Fælles Akutafdeling og afdelinger på Nørrebrogadematriklen. I færre tilfælde var det Aarhus Kommune 25/388 (6 %) eller socialt udsatte 7/388 (2%), der telefonisk kontaktede socialsygeplejerskerne.

Af de 299 patienter tilkendegav 142 (48 %), at de havde en pårørende. Forældre var den hyppigst nævnte type af pårørende (35 %) efterfulgt af ægtefælle/samlever (26%) og anden familie (29%), oftest søskende.

**Figur 1: Fordeling på misbrugsstoffer i 315 patientforløb**



Missing: 73

Figur 1 viser, at alkohol var det hyppigste rusmiddel efterfulgt af hash. Det samme billede viser sig, når data opgøres på enkeltmisbrug og kombinationsmisbrug, hvor halvdelen af forløbene alene omhandlede misbrug af alkohol, mens 35 % var kombinationsmisbrug, dvs. alkohol kombineret med andre rusmidler og misbrugsstoffer.

Tabel 1 viser fordelingen af de 299 forskellige patienters demografiske forhold inklusiv bopæl, forsørgelsesgrundlag og kontakt til offentlige instanser i kommunalt og regionalt regi. Den gennemsnitlige alder for patientgruppen var 49 år, og størstedelen var mænd. Knap 2/3 af patienterne havde egen bolig og hos de 43 % af patienterne, hvor forsørgelsesgrundlag var oplyst, klarede hovedparten sig vha. offentlig pension og kontanthjælp. I alt havde 2/3 af patienterne kontakt til offentlige instanser, hvor gademedarbejdere og hjemmeplejen var blandt de hyppigste.

Statistiske analyser af mulige prædiktorer for genindlæggelser/nye kontakter indikerede, at have en pårørende, egen bolig og at være født i Danmark var beskyttende faktorer mod genindlæggelse/ny kontakt, hvorimod "gået før færdigbehandlet" eller "udskrevet før færdigbehandlet" øgede sandsynligheden herfor.

**Tabel 1: Patient karakteristika**

Patient karakteristika	N=299	Supplerende information
<b>Køn - Antal</b>		
▪ Mænd	221 (74)	
▪ Kvinder	78 (26)	
<b>Alder – År</b> (CI95%) (Min/Max)	49 (46.9-49.4) (18/83)	
<b>Fødeland - Antal (%)</b>		<b>Andet land:</b>
▪ Danmark	241 (81)	▪ Europa: 11
▪ Grønland	26 (9)	▪ Afrika: 6
▪ Andet land	21 (7)	▪ Mellemøsten: 2
▪ Uoplyst	11 (4)	▪ Asien: 2
<b>Boligsituation - Antal (%)</b>		<b>Anden bolig:</b>
▪ Egen bolig	196 (66)	▪ Skoven:1
▪ Herberg/forsorgshjem	18 (6)	▪ Reden: 3
▪ Funktionel hjemløs	12 (4)	▪ Vandrehjem: 1
▪ Gaden	40 (13)	
▪ Bofællesskab	12 (4)	
▪ Familie/venner	8 (3)	
▪ Anden bolig	5 (2)	
▪ Uoplyst	8 (2)	
<b>Forsørgelsesgrundlag – Antal (%)</b>		<b>Andet forsørgelsesgrundlag:</b>
▪ Løn	3 (1)	▪ Ingen hjælp: 5
▪ Kontanthjælp	12 (4)	▪ SU: 6
▪ Førtidspension	83 (28)	▪ Dagpenge/sygedagpenge: 3
▪ Anden pension	16 (5)	▪ Militæret: 1
▪ Andet	16 (5)	▪ Prostitution: 1
▪ Uoplyst	169 (57)	
<b>Kontakt myndigheder - Antal (%)</b>		
▪ Ja	197 (66)	
▪ Nej	79 (26)	
▪ Uoplyst	23 (8)	
<b>Typer af kontakter – Antal "Ja"/299</b>		<b>Eksempler andre typer kontakter:</b>
<b>Socialområdet</b>		▪ Varmestuen: 2
▪ Misbrugscentret	34 (11)	▪ Grib hverdagen: 2
▪ - Kontakthuset	21 (7)	▪ Den grønne elevator: 1
▪ Alkoholbehandlingen	19 (6)	▪ Naapifik: 2
▪ Gademedarbejder	44 (15)	▪ Mentorordninger: 2
▪ Bostøtte	40 (13)	
▪ URS	1 -	
▪ Forsorgshjem	29 (10)	
▪ Center for Myndighed	10 (3)	
<b>Sundhedsområdet</b>		
▪ Hjemmeplejen	51 (17)	
▪ Praktiserende læger	30 (10)	
<b>Andre områder</b>		
▪ Kriminalforsorgen	8 (3)	
▪ Psykiatri-relaterede	10 (3)	



## Kobling af resultater og formål med socialsygeplejerskeordningen

Tabel 2: Kobling af evalueringens resultater og formål med socialsygeplejerskeordningen

Formål	Resultater fra interviews	Opgørelse fra Access databasen
<p><b>Højere behandlingskvalitet ved:</b></p> <p><b>1) flere færdigbehandlede patienter</b></p>	<p><b>1)</b> Generelt tyder erfaringerne fra interview runde 2 på, at socialsygeplejerskerne har medvirket til at flere patienter blev færdigbehandlet</p>	<p><b>1) Udskrivelse (udvalgte resultater):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Færdigbehandlet: 249/360 (69%)</li> <li>Gået før planlagt: 35/360 (6%)</li> <li>Udskrevet før planlagt: 6/360 (2%)</li> </ul> <p><i>Uoplyst eller ikke relevant i 18 forløb</i></p>
<p><b>2) færre genindlæggelser/kontakter til hospitalet</b></p>	<p><b>2)</b> Personalet indikerer at socialsygeplejersker mindsker risiko for genindlæggelse</p>	<p><b>2)</b> Kan ikke besvares i tal – ingen data fra før-periode</p>
<p><b>3) længere indlæggelsestid</b></p>	<p><b>3)</b> Ikke direkte belæg i interviewdata til at besvare disse spørgsmål</p>	<p><b>3) Indlæggelsestid:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eksklusiv skadestueophold: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gennemsnit: <b>5.2 dage</b> (95% CI: 4.3-6.1)</li> </ul> </li> <li>Inklusiv skadestueophold: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gennemsnit: <b>4.4 dage</b> (95%CI: 3.6-5.2)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>72 forløb omhandlede kun skadestuekontakt</i></p>
<p><b>Sundhedsfagligt personale får øget opmærksomhed på og kompetencer til at udføre professionel og værdig behandling af socialt udsatte</b></p>	<p>Personalet føler sig bedre til at håndtere patientgruppen. Oplever at socialsygeplejerskers tilgang har en positiv afsmittende effekt på personalets adfærd</p> <p>Nogle savner gennemsigtighed, synlighed og forventningsafstemning i forhold til opgavedeling med socialsygeplejersker</p> <p>Socialsygeplejersker oplever, at de pga. opgavemængden er gået fra kompetenceudvikling til opgaveløsning, herunder rådgivning</p>	<p><b>Socialsygeplejerskeydelser:</b> (Andel "Ja"/388)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rådgivning personale: 127/388 (33%)</li> <li>Anden rådgivning<sup>1</sup>: 202/388 (52%)</li> <li>Patientomsorg<sup>2</sup>: 261/388 (67%)</li> <li>Koordination kommune: 157/388 (40%)</li> <li>Koordination psykiatri: 23/388 (6%)</li> </ul>
<p><b>Forbedret oplevelse af indlæggelsesforløbet set fra både patientens og det sundhedsfaglige personales perspektiv</b></p>	<p><b>Patienternes oplevelse (ptt.):</b></p> <p>Socialsygeplejerskerne har afgørende betydning for deres indlæggelse. De har følt sig velkomne og imødekommet, og oplevet, at der er taget hånd om deres problemstillinger også forhold uden for hospitalet</p> <p><b>Personalets oplevelse:</b></p> <p>Socialsygeplejerskerne har skabt tryghed hos ptt. De føler sig set, hørt og forstået. De behandles etisk korrekt og med naturlig diskretion. Socialspl. medvirker også til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bedre udskrivningsforløb</li> <li>bedre smertebehandling</li> <li>mindre grad af stigmatisering</li> <li>øget lighed i sundhed</li> </ul>	<p><b>Socialsygeplejerskeydelser:</b> (Andel "Ja"/388)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patientomsorg<sup>2</sup>: 261/388 (67%)</li> <li>Abstinensbehandling: 199/388 (51%)</li> <li>Smertebehandling: 21/388 (21%)</li> <li>Anden rådgivning<sup>1</sup>: 202/388 (52%)</li> <li>Udskrivelse: 134/388 (35%)</li> </ul>

<sup>1</sup>Anden rådgivning inkluderer også rådgivning af patienter

<sup>2</sup>Patientomsorg er en samlet betegnelse for sociale- og sygeplejefaglige opgaver i samråd med patienten

Sammenstilling af resultater i tabel 2 viser med al tydelighed, at formålet om forbedret oplevelse af indlæggelsesforløbet, set med både patienters og sundhedsfagliges øjne, er blevet opfyldt. Ligeledes synes formålet om øget opmærksomhed på socialt udsatte patienter samt øgede kompetencer til at kunne varetage professionel og værdig behandling af disse patienter at være godt på vej. Dette på trods af en mere indirekte og observerende indsats. Der er således basis for at supplere den aktuelle indsats med en målrettet og direkte kompetenceudvikling i de enkelte afdelinger.

Evalueringen giver ikke et direkte svar på formålet, om ordningen bidrager til højere behandlingskvalitet, herunder 1) motiverer patienter til at forblive indlagt til de er færdigbehandlede, 2) reducerer forbruget af sundhedsvæsnets ydelser og 3) forlænger indlæggelsestiden. Dog tyder personalets erfaringer på, at det har en gavnlig effekt på færdigbehandling af patienter.

### *Forventninger versus erfaringer – interviewundersøgelser*

I første interviewrunde var fokus rettet mod deltagernes erfaringer med socialt udsatte, de væsentligste problemstillinger forbundet med denne gruppe samt forventninger til etablering af socialsygeplejerskeordningen (bilag 1). I anden interviewrunde blev der indsamlet viden om positive og negative erfaringer med ordninger, forslag til ændringer samt den oplevede værdi af ordningen for patienterne (bilag 2). I nedenstående tabel 3 sammenholdes personalets forventninger med erfaringer fra 2. interviewrunde samt underbygges med socialsygeplejerskernes ydelser i den kvantitative opgørelse.

**Tabel 3: Sammenstilling af forventninger og erfaringer med socialsygeplejerskeordningen**

	Forventninger 2014	Erfaringer 2015	Kommentarer
På afstand af afdelinger	Rådgivende funktion – telefonisk	+++	Stor del af socialspl. funktionen er overgået til rådgivning pga. flere ptt.
	Tilkaldefunktion	++	Ønskes udvidet til at dække aften/nat og weekender
	Tovholder mellem sektorer	++	Samarbejdet med Aarhus Kommune fungerer meget godt
	Brobyggende funktion – følger op efter udskrivelse og informere fx gadespl.	++	Socialspl. følger op på udskrevne ptt. og koordinerer forløb med gadespl.
	Holde sig orienteret om det psykiatriske felt	(+)	Meget begrænset kontakt i pilot-perioden pga. få patientforløb.
Tæt på afdelinger	Deltage i indlæggelses- og udskrivelsesforløb	+++	Primært involveret under i forløb under indlæggelsen og ved udskrivelsen
	Indsamle viden om bl.a. patientens sociale baggrund	++	Følger patienten via journaler og direkte kontakt. Supplerer spl. viden
	Formidle viden om patienten/forløbet til personalet	++	Der efterspørges mere viden om deres opgaver
	Planlægge indlæggelsesforløb	+++	Forventning er indfriet
	Integreret del af afdelingen – synlighed	(+)	Pga. af opgavemængden varierer dette mellem afdelinger og matrikler – flere afdelinger ønsker mere synlighed
Patientnære opgaver	Følge patienten - fra afdeling til afdeling	++	Fungerer primært fra akutafdeling til sengeafdeling, og når det er nødvendigt
	Holde øje med patienten	+	Meget begrænset omfang – ikke formålet med ordningen
	Tilbyde aktiv hjælp i patientbehandlingen	+	
	Patientens advokat – deltage i beslutninger vedr. behandlingsformer	+++	Alle oplever, at socialspl. i høj grad er patientens advokat

+ = begrænset omfang; ++ = rimeligt omfang; +++ = stort omfang ; Forkortelsen spl. = sygeplejerskerne

Overordnet tyder tabel 3 på, at en stor del af personalets forventninger til socialsygeplejerskeordningen er delvist eller helt indfriet i pilotperioden. Det er urealistisk at forvente, at socialsygeplejerskerne skal indgå i daglig pleje og behandling af patienterne i de enkelte afdelinger og være en integreret del, men det udelukker ikke, at de kan påtage sig ad hoc opgaver som fx hjælp til bad, hvis dette viser sig muligt. Som følge af den stigende efterspørgsel på socialsygeplejerskernes hjælp og ydelser, har deres opgaver ændret sig henover året fra en mere direkte og tæt kontakt med afdelingerne til rådgivende ydelser, hvilket også underbygges af de registrerede ydelser. Det er et ønske fra flere afdelinger, at ordningen udvides til at omfatte aften/nat og weekender, alternativt som tilkaldefunktion fra hjemmet. Ligeledes ser det ud til, at afdelingerne har behov for forskellige typer af ydelser fra socialsygeplejerskerne, hvilket understreger betydningen af forventningsafstemning med enkelte afdelinger og afledt heraf; prioritering af opgaver.

På trods af stort ønske om at socialsygeplejerskerne deltager i udskrivelser og det reelt også er en af deres kerneopgaver, har det givet anledning til diskussioner og frustrationer i enkelte afdelinger. En af årsagerne har været divergerende opfattelser af, hvornår en patient var klar til udskrivelse, vurderet i forhold til patientens samlede situation. Ifølge registreringerne vurderede socialsygeplejerskerne, at 109/388 (28%) patienter i pilotperioden havde behov for en omsorgsplads ved udskrivelsen. Det må derfor antages, at tilgængelighed af omsorgspladser eller tilsvarende løsninger vil kunne løse denne problemstilling og samtidig spare hospitalet for indlæggelsesdage, der ikke er direkte sundhedsrelaterede. Endelig er der jf. evalueringen behov for et øget fokus på samarbejdet med psykiatrien.

## Kommentarer til metoder og resultater

---

Evalueringen er baseret på to interviewrunder med sundhedsfagligt personale på AUH, Psykiatrisk Hospital i Risskov og Aarhus Kommune; fem interviews med patienter; én pårørende; én læge og to socialsygeplejersker. Rapporten repræsenterer således deres erfaringer og oplevelser med socialsygeplejerskeordningen og er, qua undersøgelsens størrelse, ikke nødvendigvis almengyldig for de grupper, de repræsenterer. Interviewene afspejler dog både variationer og sammenfald i de fremkomne temaer, hvilket øger troværdigheden af fundene. Endvidere understøttes de kvalitative fund af flere af de oplysninger, der er registreret om udskrivelser og ydelser i pilotperioden. Endelig er nærværende evaluering i overensstemmelse med erfaringerne fra en sundhedsfaglig evaluering af socialsygeplejerskeordningen på Herlev Sygehus (7).

## Sammenfatning og anbefalinger

---

Evaluering af pilotperioden i socialsygeplejerskeordningen viser, at ordningen i høj grad har medvirket til værdig behandling af socialt udsatte, der indlægges på eller kommer i kontakt med AUH. Det er uklart i hvilket omfang, ordningen "talmæssigt" bidrager til færdigbehandling af patienterne, men udsagn fra personale, patienter, den pårørende og socialsygeplejersker indikerer, at de oplever færre patienter, der forlader hospitalet, før de er færdigbehandlede. Ordningen må således betragtes som en betydelig sundhedsfaglig gevinst for socialt udsatte, der indlægges på eller kommer i kontakt med AUH og dermed en vigtig kilde til større lighed i sundhed. På baggrund af den samlede evaluering, herunder subfund som ikke er vist i denne sammenfatning, har følgegruppen en række anbefalinger til den fremtidig daglige drift af socialsygeplejerskeordningen – se nedenstående tabel 4.

**Tabel 4: Anbefalinger til fremtidig drift og udvikling af socialsygeplejerskeordningen på AUH**

	<b>Problem/ønske</b>	<b>Anbefalinger</b>
<b>Lokalt / AUH</b>	Udbredelse af ordningen til flere afdelinger på AUH, flere timer i døgnet og weekenddækning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvide funktionen til eksempelvis kl. 20 på hverdage og til dækning af lørdage (dagtid)</li> <li>• Prioritere opgaver</li> </ul>
	Øget fokus på kompetenceudvikling af personale i afdelinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelægge og evaluere undervisningsforløb for personale på AUH's afdelinger</li> </ul>
	Forventningsafstemning af opgaver og samarbejde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventningsafstemme med afdelinger ved udvidelse af ordningen</li> </ul>
	Større synlighed i afdelinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I relevant omfang skal socialsygeplejerskerne deltage i personalemøder, morgenkonferencer o. lign.</li> </ul>
<b>Aarhus området</b>	Øget fokus på samarbejde med Psykiatrisk Hospital om socialt udsatte patienters forløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejds møder, forventningsafstemning og fokusområde i følgegruppens fremadrettede arbejde</li> </ul>
	En kontaktperson i Aarhus Kommune, svarende til socialsygeplejerskeordningen på AUH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering af en kontaktpersonsordning i Aarhus Kommune mhp. at sikre kontinuitet i forløb, der går på tværs af kommunens magistrater</li> </ul>
<b>Regionalt</b>	Omsorgspladser til socialt udsatte, der kortvarigt har behov for ekstra omsorg og en seng efter udskrivelse fra hospitalet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oprettelse af omsorgspladser eller tilsvarende løsning i gråzonen mellem AUH og Aarhus Kommune mhp. at give socialt udsatte mulighed for restitution efter hospitalsbehandling</li> </ul>
	Kvalitetsmonitorering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muliggøre kvalitetsmonitorering af socialsygeplejerskeordningen så udvikling kan følges over tid eksempelvis i form af SFI'er i EPJ eller diagnosekoder i Landspatientregistret (LPR)</li> </ul>
<b>Nationalt</b>	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igangsætte relevant forskning inden for socialsygeplejerskeområdet forankret i Center for Akutforskning og i samarbejde med andre centrale forskningsinstanser og/eller aktører</li> </ul>

## Referencer

---

- 1) Projektbeskrivelse: Ansættelse af socialsygeplejersker på Aarhus Universitetshospital – en sundhedsfaglig og tværsektoriel intervention for socialt udsatte. Juni 2014, 1. rev. version
- 2) Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012: Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager. Davidsen M, Pedersen PV, Holst M, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. Rådet for Socialt Udsatte, København, 2013
- 3) Diderichsen, F, Andersen, I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011
- 4) Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol – en registerbaseret analyse af kommunernes meromkostninger til overførselsindkomster, medfinansiering i sundhedsvæsnet og andre støttende foranstaltninger. Sundhedsstyrelsen 2012
- 5) Mørkenborg Bove, H. Et møde på egne præmisser – en fænomenologisk undersøgelse af gadeklinikken i Aarhus. Kandidatafhandling ved Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. ”2013
- 6) Ludvigsen BL, Brünès N (red.). Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringer fra Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb. KABS Viden. 1. udgave, 1. oplag. Tryk Team Svendborg A/S. 2013. (ISBN 978-87-92418-15-9)
- 7) Socialsygeplejerske for lighed i sundhed: Evaluering af projekt ”Socialsygeplejerske”. Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Herlev Hospital, Region Hovedstaden, 2013
- 8) Social strategi: Nødvendig viden – målrettet indsats – bedre liv – til flere. Udvikling af det specialiserede socialområde i region Midtjylland. 2013. [www.socialstrategi.rm.dk](http://www.socialstrategi.rm.dk)