



SYGEHUS**SOCIALRÅDGIVERNE**
...FAGLIGHED, VIRKE OG INDSATS

1 SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES **FAGLIGHED**

- 1.1 En socialmedicinsk viden om specifikke sygdomme / **s7**
- 1.2 En socialfaglig viden / **s8**
- 1.3 Systemkendskab / **s11**

2 SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES **VIRKE**

- 2.1 Rådgivning og vejledning af patienter og pårørende / **s13**
 - 2.1.1 Konkrete rådgivningsopgaver / **s15**
- 2.2 Vejledning og undervisning af sygehusets øvrige personale / **s16**
- 2.3 Sygehussocialrådgiverens patientkontakt igennem et sygdomsforløb / **s17**

3 SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES **INDSATS**

- 3.1 Den sociale dimension af et sygdomsforløb / **s21**
 - 3.1.1 Sikring af patientens sociale rettigheder / **s23**
 - 3.1.2 De sociale problemer kan blokere for helbredelse / **s23**
- 3.2 Sammenhæng mellem sundheds- og socialindsatsen / **s24**
 - 3.2.1 Brobygning mellem sygehus og kommune / **s25**

4 DET **TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE** PÅ SYGEHUSENE

- 4.1 Samarbejdet om patienten / **s27**
 - 4.1.1 Forskellige samarbejdsformer / **s29**
- 4.2 Opgavedeling mellem sygehussocialrådgiverne og det øvrige personale / **s30**

5 KONKLUSION

4 Som samfund står vi over for en række sundhedsudfordringer, der skal løses i de kommende år. Langt flere borgere end tidligere lider af kroniske sygdomme¹, samtidig med at stadig flere ældre² lægger pres på social- og sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at mange borgere har sammensatte og komplekse problemer af både helbredsmæssig, social og beskæftigelsesmæssig karakter³, som kræver mere end blot behandling af deres sygdom, for at komme videre i livet.

En løsning på disse udfordringer bliver bl.a. at skabe mere sammenhæng i indsatserne over for syge og socialt udsatte borgere, end vi ser i dag. Det gælder både på tværs af den primære og sekundære sektor, men også på tværs af sundhedsindsatserne og de sociale, beskæftigelses- og uddannelsesmæssige indsatser for borgere, der bliver udsat for kronisk, langvarig og/eller kritisk sygdom. I arbejdet med at skabe mere sammenhæng i indsatserne spiller sygehuset en central rolle. Tidligt i komplicerede patientforløb med kroniske, kritiske eller langvarige sygdomme, allerede under sygehusets behandling, er det vigtigt at få skabt forpligtende samarbejder på tværs af sektorer, indsatser og faggrupper, for at patienten på bedst mulig vis kan hjælpes tilbage til arbejdslivet og familielivet efter og/eller med sygdommen. Det er et vigtigt element i en bred og helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, der bidrager til at imødegå fremtidens sundhedsudfordringer.

På omkring 30⁴ af landets sygehuse⁵ er der ansat socialrådgivere på de forskellige afdelinger. Sammen med sygehusets øvrige personale er de medvirkende til, at der skabes sammenhængende patientforløb og helhedsorienterede rehabiliteringsindsatser. De er det socialmedicinske bindeled, der binder patient, sygehus og

kommune sammen. På denne måde bidrager de til, at der tidligt i patientforløbet bliver skabt en sammenhæng mellem sundhedsindsatsen og de sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser samt, at patienten, hvis der er behov for det, får en god start i det kommunale system efter udskrivelse fra sygehuset.

5 Langt fra alle sygehuse har dog ansat socialrådgivere. Som inspiration for andre sygehuse vil denne rapport derfor sætte fokus på sygehussocialrådgivernes rolle og indsats i det sammenhængende patientforløb. Rapporten er lavet i et samarbejde mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RTLN) og Dansk Socialrådgiverforening (DS) aftalt i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2008. Projektets formål er at beskrive sygehussocialrådgivernes faglighed, virke og indsats. Det skal skabe klarhed over, hvilke opgaver sygehussocialrådgiveren løfter samt hvordan disse bidrager til at indfri målsætningen om at skabe sammenhængende patientforløb. Projektet er hermed et afsæt for, at sygehussocialrådgivernes arbejde kan kvalificeres nu og i fremtiden, da det skal inspirere til, hvordan socialrådgiverfunktionen kan anvendes på de forskellige sygehuse samt hvordan sygehussocialrådgiverne skaber vigtige resultater igennem patienternes sygdomsforløb.

Projektet tager udgangspunkt i to sygehuse, Aalborg sygehus og Odense Universitetshospital. På de to sygehuse er der i alt blevet interviewet 13 sygehussocialrådgivere, læger, plejepersonale, patienter og pårørende. Det er deres fortællinger om sygehussocialrådgivernes faglighed, indsats og virke, der danner rammerne for denne rapport. Se METODE [s34] for yderligere metodiske overvejelser.

¹ Sundhedsstyrelsens Sundhedsdata

² Danmarks Statistik, Befolkningsfremskrivning 2009-2050

³ Der sker en stigning af borgere i matchgruppe 3. Analyse foretaget af Ugebrevet A4.

⁴ Kilde: Dansk Socialrådgiverforenings medlemsarkiv

⁵ Igennem rapporten bruges ordet sygehus. Det dækker både over sygehuse og hospitaler.

"Socialrådgiverne, de kan lige præcis det, vi ikke kan." (Overlæge, OUH, 2011).

Kerneelementerne i sygehussocialrådgivernes faglighed er:

- En socialmedicinsk viden om specifikke sygdomme og deres sociale konsekvenser.
- En socialfaglig viden om lovgivning, sociale og beskæftigelsesmæssige problemer mv.
- Et kendskab til både det kommunale system og sundhedsvæsenet.

Sygehussocialrådgiverne har således en faglighed, der på vigtige områder komplementerer den medicinske og fysiologiske faglighed hos det øvrige sygehuspersonale. De bidrager med en socialfaglig vinkel på patientens helbredsmæssige situation, der er vigtig for at skabe en helhedsorienteret hjælp til dem, der rammes af sygdom. Ligesom det øvrige sygehuspersonale er sygehussocialrådgiveren en vigtig brik i det tværfaglige samarbejde om patienten og dermed et vigtigt bidrag til at skabe sammenhængende patientforløb, hvor der både bliver taget hånd om patientens helbred, pleje og genoptræning og sociale følger af en sygdom.

1.1 EN SOCIALMEDICINSK VIDEN OM SPECIFIKKE SYGDOMME

Sygehussocialrådgiverne har en grundig viden om specifikke sygdommes sociale konsekvenser for patienten og de pårørende. De kombinerer deres socialfaglige viden med en viden om sygdommes forløb, prognoser og behandlingsmuligheder og kan herudfra rådgive patienten om livet med sygdommen og hermed sætte dem i stand til at tackle deres nye livssituation.

"Det, der er så vigtigt ved at have socialrådgivere her på stedet er, at de har kendskab til de forskellige sygdomme og hvad de har af behov i forhold til det sociale" (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011)

"Det er altid vigtigt at gå lidt videre og sige, hvad betyder sygdommen helt konkret for patienten i dagligdagen. Hvorfor er det, vedkommende ikke kan fungere og har problemer i forhold til arbejdsmarkedet eller i forhold til at være familiefar? Jeg synes, at vi får omsat sygdom og behandling til noget, der kan bruges i forhold til patientens liv og hvordan vedkommende fungerer" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011)

Sygehussocialrådgiverens faglighed svarer således til kernen i den socialmedicinske indsats,

hvor fokus er på de sociale årsager og konsekvenser af en sygdom. Et særligt kendetegn, der adskiller sygehussocialrådgiverne fra de kommunale sagsbehandlere. Mens de kommunale sagsbehandlere er organiseret omkring særlige forvaltningsområder, tager sygehussocialrådgiverne udgangspunkt i den enkelte patients sygdom. Det medfører, at den socialfaglige indsats, der ydes af sygehussocialrådgiveren, i mange tilfælde er mere specifik i forhold til den enkelte patients sygdomssituation, da sygehussocialrådgiveren kender til de sociale, økonomiske og beskæftigelsesmæssige problematikker, som en specifik sygdom kan medføre. Det er derfor vigtigt, at have en socialfagligt uddannet person på sygehuset, der samtidig har en specialistviden om den enkelte sygdom, for at sikre, at patienten får en målrettet hjælp igennem sygdomsforløbet.

8 "Alle de småregler, der findes om lige præcis en bestemt patientgruppe, er vigtige at kende. Jeg har siddet i en sygedagpengeafdeling i en kommune indtil for halvandet år siden, og der kan jeg da se, at der er en masse ting af relevans for gigtpatienter, som jeg ikke kendte dengang, fordi der skulle jeg bare varetage opfølgningen i alle type sygesager" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

"Hendes rådgivning handlede jo om sygdommen og behandlingen og hvad der følger med der. En eller anden tilfældig rådgiver ville aldrig have givet det samme som en socialrådgiver, der sidder på sygehuset. Hun kender stedet og er inde i miljøet. De ved, hvad det er for nogle mennesker, de møder, og hvordan de skal møde dem og hvordan vi kan være påvirkede hver i sær" (Pårørende, OUH, 2011).

1.2 EN SOCIALFAGLIG VIDEN

Når man bliver syg, er der mange ting i ens liv, der ændrer sig. Sygdom kan have konsekvenser for familieliv, arbejde, fritidsinteresser, økonomi og boligsituation. Samtidig bliver mange psykisk påvirket, da sygdom ofte medfører en ændring i de daglige roller. Der er således mange ting, der skal reorganiseres, før patienten fortsat kan leve sit dagligdagsliv - efter og/eller med sygdommen.

"Det er vigtigt, at de bliver klædt på til at tackle den nye situation, som det ofte vil være, hvis man f.eks. kommer i dialyse. Det er meget indgribende i patientens og familiens liv. Der er mange ting, man ikke længere kan arbejdsmæssigt, og man ændrer roller og oplever nogle psykiske bekymringer osv. Så det er vigtigt, der også bliver taget hånd om det, så patienten får det bedre både fysisk, psykisk og socialt" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgivernes socialfaglige viden spiller her en vigtig rolle. De kender til lovgivningens muligheder, det kommunale system samt hvilke tilbud, der eksisterer for sygemeldte. Med udgangspunkt i dette arbejder de med alle dele af patientens livssituation, og hvordan sygdommen påvirker disse (økonomi, arbejde, bolig, familie, netværk, uddannelse mv.). Ved at rådgive patienten om de muligheder, patienten har ifølge den sociale lovgivning om ydelser, hjælpemidler, tilskud, beskæftigelsestilbud mv. og formidle

kontakt til relevante instanser og samarbejdspartnere, hjælper sygehussocialrådgiveren patienten til at afklare sine problemer og mestre sin nye livssituation. Sygehussocialrådgiveren spiller således en vigtig rolle i patientens rehabilitering.

"Der hvor vi har viden om menneskets anatomi og fysiologi, der er socialrådgiveren ressourceperson i forhold til viden om regler, love og paragraffer, fonde og legater. Alt sådan noget, som vi ikke går og har i vores hoveder hele tiden" (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

"Socialrådgiveren har en faglig indsigt i nogle andre mekanismer omkring det at være sygemeldt. Hvad er der af støttemuligheder?..."

...Hvilke spørgsmål skal man stille for at afdække, hvordan det fungerer med arbejdet og familien osv.? Og så har hun jo indsigt i lovgivningen, som jeg ikke har" (Fysioterapeut, Aalborg sygehus, 2011)

10 "Hun hjalp mig med alt muligt. Min fremtid, mit job, min familie og mit videre liv... Hun tog sig af alle de dele af mit liv, der ligger udenfor sygehuset" (Patient, OUH, 2011).

1.3 SYSTEMKENDSKAB

Sygehussocialrådgiverne har et indgående kendskab til både sundhedsvæsenet og det kommunale system. Sygehussocialrådgiverne får således mange steder automatisk en brobyggerfunktion i samarbejdet mellem den primære og sekundære sektor, da de med indsigt i begge systemer er med til at skabe en god overgang fra sygehusets behandling og pleje til kommunens opfølgning og sociale og beskæftigelsesrettede indsatser.

Sygehussocialrådgiverne kender det kommunale system og den sociale lovgivning. De ved, hvem de skal kontakte hvornår, hvad der kan ansøges om, hvilke muligheder og begrænsninger, der er ifølge lovgivningen etc. Med denne viden kan de både sikre, at patienten guides det rette sted hen i kommunen og får den hjælp, patienten har ret til, samt at patienten forberedes til møder med det kommunale system. I mange tilfælde hjælper sygehussocialrådgiveren patienten med at udfylde ansøgninger, erklæringer mv. samt "oversætte" kommunens breve og øvrige kommunikation til patienten.

"Når patienterne kommer ind i kommunen, kan det være vældigt svært for dem at overskue. Det er stort og uoverskueligt, for de er meget specialiserede i kommunen, så borgeren kan have svært ved at finde ud af, hvem er det lige, jeg skal snakke med? Og der kan jeg være behjælpelig med et navn og et direkte telefonnummer og få fortalt, hvornår man kan træffe vedkommende" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne er placeret tæt på lægerne og plejepersonalet, hvilket giver mulighed for et tæt samarbejde om den enkelte patient. De kender sygehuset indefra og kan hurtigt få fat i relevante oplysninger om patientens sygdomsforløb og behandling, der både kvalificerer hendes rådgivning til patienten men også hendes samarbejde med kommunen.

"Socialrådgiveren på sygehuset er jo klods op ad det, der faktisk sker, det vil sige, hun kender de procedurer, vi har, hun kender retningslinjerne for, hvem gør hvad, hun ved, hvem det er, hun skal i kontakt med i forhold til forskellige ting. Hun kender udviklingen inden for specialet, hvad tendenserne inden for behandling er osv." (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

"Det allervigtigste er, at få klarhed over, hvilke muligheder, patienten har, og hvilke valg, hun kan træffe..."

...At gøre patienten bevidst om, hvilke valg, hun har truffet og hvilke valg hun træffe på nuværende tidspunkt" (Socialrådgiver, OUH, 2011).

Sygehussocialrådgiveren inddrages i et patientforløb, når en patients livssituation ændres på grund af alvorlig, langvarig, livstruende eller kronisk sygdom, som ofte medfører sociale og beskæftigelsesmæssige problemer samt psykisk belastning. I en sådan situation afhjælper sygehussocialrådgiveren sociale og psykosociale problemstillinger, der er opstået som følge af sygdommen og indlæggelse. Patientforløb, som typisk involverer sygehussocialrådgivere er: syge børn, kritisk/terminal sygdom, stærkt traumatiserede patienter, specialiserede genoptrænings- og rehabiliteringsforløb samt kroniske patienter. Sygehussocialrådgiveren kan dog også inddrages i andre former for patientforløb, hvis der er behov for det. Typiske indikatorer er her patienter, der er truet på deres forsørgelse eller har andre økonomiske problemer, enlige forsørgere med yngre børn, unge familier mv. Igennem patientforløbet varetager sygehussocialrådgiveren en række forskelligartede opgaver. Overordnet set kan disse inddeles i to kategorier:

- Rådgivning og vejledning af patienter og pårørende, herunder kontakt til primærsektoren og andre relevante aktører.
- Vejledning og undervisning af sygehusets øvrige personale.

2.1 RÅDGIVNING OG VEJLEDNING AF PATIENTER OG PÅRØRENDE

Sygehussocialrådgiverne giver vejledning, rådgivning og støtte til patienter og pårørende, når de enten henvises til dem via lægerne eller plejepersonalet eller selv tager kontakt til sygehussocialrådgiveren. Ofte følger der ikke noget mandat med henvisningen, men blot en bekymring om patientens situation, som sygehussocialrådgiveren må forsøge at afdække og herefter afhjælpe. Patientvejledning og rådgivning sker således som et led i behandlingen eller som en del af udskrivningen.

Igennem samtaler udreder sygehussocialrådgiveren patientens problemstillinger og behov og rådgiver herudfra patienten om de rettigheder og muligheder, patienten har. Mange af sygehussocialrådgiverens opgaver er således af økonomisk og juridisk karakter. Herudover vejleder hun om løsningen af sociale problemer, der er opstået som følge af sygdommen, eksempelvis hvis en patient som følge af sygdommen står uden forsørgelsesgrundlag og/eller mangler penge til transport til og fra sygehuset eller medicin. Sygehussocialrådgiveren spiller således en vigtig rolle i patientens rehabilitering, da hun hjælper patienten med at genvinde sin sociale og beskæftigelsesmæssige funktionsevne under og efter sygdomsforløbet, så patienten fortsat kan deltage i samfundslivet på lige fod med andre.

”Jeg bruger meget tid på at rådgive og formidle. Det drejer sig om at hjælpe med at skabe overblik i det kaos, mange oplever, specielt hvis det er en livstruende sygdom. Det de plejer at have styr på, har de ikke længere styr på. De har ikke overskud til at gå ind og undersøge nogle, måske for os, elementære ting, så i alt det, hjælper det rigtig mange, at der er nogle, der tager over” (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

”Hun kan hjælpe dem med at få deres liv ind i rammer, så de kommer videre uden overraskelser. Så det bliver overskueligt for dem” (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne har ikke nogen myndighedskompetence. Deres rådgivningsopgave består derfor i at guide patienten hen til instanser, der kan hjælpe patienten videre i livet samt undersøge og viderefordre de muligheder for hjælp, patienten har. Udgangspunktet for sygehussocialrådgiverens rådgivning er således hjælp til selvhjælp – med opmærksomhed på, at myndigheden ligger i kommunen. Hun arbejder derfor tæt sammen med de kommunale sagsbehandlere og en række andre aktører, der kan være inde over en patients sygdomsforløb (pensionskasse, a-kasse, jobcenter etc.). Meget af arbejdstiden går derfor med at koordinere patientens forløb og være tovholder for alle de involverede aktører ved at indhente og videregive relevant information om patientens tilstand og muligheder.

”Patienten ved, at der er et sted, de kan gå hen og sige, når jeg nu har den her sygdom og det her problem, er der så nogle muligheder for at få hjælp til at få løst det problem og hvor skal jeg henvende mig?” (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

”I løbet af en normal arbejdsdag vil jeg typisk have kontakt til en samarbejdspartner. Det kan være en kommunal sagsbehandler, det kan være en visitator, der sidder i kommunen eller det kan være en pensionskasse, som jeg har brug for at tage kontakt til for at afklare nogle private pensionsforhold” (Socialrådgiver, OUH, 2011).

Samarbejdet med kommunen sker altid med patientens samtykke. Hvis der er noget, patienten er i tvivl om i forbindelse med sin sag, kan sygehussocialrådgiveren tage kontakt til kommunen og få det afklaret. Er der samtidig nogle oplysninger om patientens sag, som sygehussocialrådgiveren har brug for i sit videre arbejde, kan hun også kontakte kommunen. Det er typisk jobcenteret, socialforvaltningen, borgerservice, voksenhandicap, misbrugscenteret, ydelseskantoret, ældreplejen og genoptræningsafsnittet, sygehussocialrådgiveren kontakter. Har patienten brug for hjælp til at udforme ansøgninger, støtter sygehussocialrådgiveren også her.

Samarbejdet går også den anden vej. De kommunale sagsbehandlere kontakter sygehussocialrådgiverne på sygehuset, hvis de har brug for oplysninger om patienters behandlingsforløb, sygdommes prognoser, patienters støttebehov etc. Videreformidlingen af patientens helbredsoplysninger til kommunen er vigtig i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb. Kontakten til sygehussocialrådgiveren er brugbar for mange kommunale sagsbehandlere, da sygehussocialrådgiverne ofte er indgangen til lægerne og det øvrige sygehusvæsen for de kommunale sagsbehandlere. Sygehussocialrådgiverne taler

samme sprog som de kommunale sagsbehandlere og de kan derfor bedre formidle til kommunen, hvordan patientens situation ser ud.

”Når sygehussocialrådgiveren ringer til den kommunale socialrådgiver, kommer der tit en anden vinkel på. Hun ved bedre, hvad hun skal stille af spørgsmål, for det gælder om at få sagt de rigtige ting på det rigtige sted, ellers løber man panden mod en mur i det kommunale regi” (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne rådgiver og vejleder også patienterne igennem undervisning på patientskoler. Stort set alle sygehuse har faste patientskoler for patienter, der diagnosticeres med kroniske og/eller livstruende sygdomme, såsom diabetes, KOL, nyrepatienter, gig, kræft etc. På disse skoler undervises patienterne i at leve med sygdommen. De får en viden om de fysiske (bivirkninger, følgesygdomme etc.), psykiske (problemer med daglige roller etc.) og sociale (nedsat arbejdsevne, ydelser, lovgivninger, tilskud etc.) følgevirkninger, en given sygdom kan have og lærer hvordan, de kan håndtere disse. Patientskolerne har således et rehabiliterende sigte, da formålet er at få patienterne til at mestre deres nye livssituation ved at tage højde for kombinationen af sundheds-, beskæftigelsesmæssige, psykiske og sociale problemstillinger.

På patientskolerne bidrager sygehussocialrådgiverne typisk med:

- Specifik socialfaglig indsigt og viden om de sociale konsekvenser af sygdommes symptomer og forløb.
- Viden om og indsigt i forskellige lidelsers psykosociale og økonomiske konsekvenser.
- Dialogbaseret undervisning med inddragelse af patienters spørgsmål og bekymringer.
- Forskellige sygdommes afledte tilskuds- og støttemuligheder og restriktioner.
- Muligheder for en fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet.

2.1.1 KONKRETE RÅDGIVNINGSOPGAVER

Sygehussocialrådgiverens rådgivning er således utrolig bred og rummer mange forskellige facetter, da den tager udgangspunkt i den enkelte patients og pårørendes situation. Den kan handle om alt fra medicintilskud over råd om tilbagevenden til arbejdsmarkedet til mere personlige samtaler om de psykiske påvirkninger, sygdommen og uvisheden om fremtiden kan medføre. Sygehussocialrådgiveren skal således have et bredt indblik i forskellige lovgivninger, kommunale som private tilbud, økonomiske forhold mv. for optimalt at kunne vejlede og rådgive patienten.

Nogle eksempler på sygehussocialrådgivernes mange rådgivningsopgaver:

- Medicintilskudsregler
- Regler i sygedagpengeloven, lov om social pension mv.
- Vejlede og koordinere sygemelding med arbejdsgiver og sygedagpengeafdeling i kommunen
- Pensionsordninger, fx sum ved kritisk sygdom, tab af erhvervsevne mv.
- Forsikringer: rejseforsikring, livsforsikring, ulykkesforsikring etc.
- Hjælpemidler/boligændringer og merudgiftsydelser
- Særlige botilbud, f.eks. ældrevenlige boliger, plejebolig, alternative plejehjem mv.

- Dialog med pårørende om deres bekymringer og muligheder
- Kørselsordninger ved hyppige sygehusbesøg som led i behandlingen
- Mulighederne for støtte til fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet
- Diverse kørekortsregler
- Terminalerklæringer
- Plejeorlov
- Fri medicin (terminaltilskud)
- Hjælp fra hjemmesygeplejen
- Aflastningsbolig i kommunalt regi
- Testamenter
- Bistår personalet efter behov mv.

2.2 VEJLEDNING OG UNDERVISNING AF SYGEHUSETS ØVRIGE PERSONALE

Sygehussocialrådgiverne har også en vejlednings- og undervisningsopgave, der retter sig mod sygehusets øvrige personale. De er en støttefunktion til de kliniske afdelinger i deres arbejde med patienterne, der primært handler om sociale og lovgivningsmæssige spørgsmål. De vejleder lægerne og plejepersonalet om lovgivningens muligheder og begrænsninger – både i forhold til lægerne og plejepersonalets virke som fagprofessionelle (eks. den skærpede underretningspligt) og med henblik på at optimere behandlings- og udskrivningsforløbet. Sidstnævnte handler særligt om at sikre sammenhæng mellem lovgivningens frister (eksempelvis i sygedagpengeloven) og behandlingens progression samt at forberede personalet på at viderebringe nødvendig information til eksterne samarbejdspartnere, primært kommunen. Sygehussocialrådgiverne opdaterer personalet med relevante lovændringer, principafgørelser mv., der har direkte indflydelse på personalets arbejde (eks. regler om tolkebistand, opfølgninger i sygedagpengesager, speciallægeerklæringer mv.).

”Jeg har sådan en slags konsulentrolle i forhold til personalet. Jeg holder dem opdateret, hvis der sker noget nyt med sociallovgivningen eller sundhedslovgivningen eller andet, som jeg tænker kunne være relevant for dem at vide” (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

”Sygehussocialrådgiveren underviser også lægerne (...). Hun underviser i pensionsforhold generelt, tilskudsregler til medicin og sådan nogle ting, hvor hun tit har en mere præcis viden, end vi har” (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne vejleder også personalet om eksterne samarbejdspartneres organisation, procedurer og sagsgange. Med deres grundige kendskab til kommunernes organisering kan de rådgive lægerne og plejepersonalet om ansøgningsprocedurer mv. i deres kontakt med det kommunale system. Samtidig hjælper de personalet med at ”oversætte” henvendelser fra kommunen (deres betydning og formål) samt assisterer lægerne med at udfylde statusattester mv., så misforståelser undgås.

”Hvis der er nogle specielle erklæringer, der skal udfyldes efter anmodning fra patientens hjemkommune, så bruger jeg nogen gange hendes viden, så jeg ved præcis, hvad de efterspørger.

Så det bliver formuleret korrekt. Der er hun god til lige at vide, hvordan tingene skal skrives.” (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne assisterer også lægerne og plejepersonalet i særlige komplekse udskrivningsforløb, hvor patienten typisk har sammensatte problemstillinger af medicinsk, psykologisk, social og beskæftigelsesmæssig art. Sygehussocialrådgiverne kan være med til at koordinere udskrivningsforløbet ved at tage kontakt til alle relevante parter med den nødvendige information om patientens tilstand, før patienten udskrives. Det er særligt kommunen, der i god tid før udskrivningen, skal gøres opmærksom på patientens særlige omstændigheder og være klar med de relevante foranstaltninger.

2.3 SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES PATIENTKONTAKT IGennem ET SYGDOMSFORLØB

Sygehussocialrådgiverne møder patienterne på mange forskellige tidspunkter i deres sygdomsforløb. Socialrådgivning er et tilbud, der gives til patienterne og de pårørende, og der er derfor sjældent faste procedurer for, hvornår sygehussocialrådgiveren skal inddrages i et patientforløb. Det afhænger af lægernes og plejepersonalets vurdering af patientens behov eller patientens egen aktive kontakt til sygehussocialrådgiveren. Sygehussocialrådgiverne har således en række forskelligartede opgaver igennem sygdomsforløbet alt afhængig af, hvornår i forløbet de inddrages.

Diagnosespecifikke henvisninger. På nogle sygehuse er der særlige sygdomsgrupper, der automatisk henvises til sygehussocialrådgiveren, når diagnosen stilles. Det er typisk diagnoser, hvor man af erfaring ved, at patienterne vil få sociale, psykiske eller beskæftigelsesmæssige problemer i løbet af deres sygdomsforløb og derfor har behov for en tidlig indsats. Det er samtidig grupper, der automatisk har behov for at søge om tilskud til medicin, hjælpemidler mv. og derfor har brug for rådgivning i forhold til deres rettigheder og ansøgningsprocedurer. På Aalborg sygehus er det alle nydiagnosticerede diabetikere, der henvises til sygehussocialrådgiveren med det samme, mens det på Odense Universitetshospital er patienter med aggressiv hjernetumor.

”Der er nogen afdelinger, hvor man har aftale om diagnose-specifikke henvisninger, eksempelvis hjernetumorpatienterne. Her kommer alle nyhenviste familier i den erhvervsdygtige alder forbi en socialrådgiver, fordi der altid kommer nogle meget store spørgsmål og nogle kognitive påvirkninger, som gør, at tingene ikke hængersammen for disse familier, så her skal vi gribe tidligt ind.” (Socialrådgiver, OUH, 2011).

”Hver gang der er en nyopdaget diabetiker, så skal der jo en ansøgning til kommunen i forhold til hjælpemidler, i forhold til den medicin de får og der skal tilskudsansøgninger til. Det tager sygehussocialrådgiveren sig af med det samme. Hun taler med den nydiagnosticerede og får lige fornemmelsen af, hvordan det er med arbejdssituationen, hvilke regler, der gør sig gældende, så de er vejledte fra start af.” (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

Ny diagnosticerede patienter. Opstår der sociale og/eller beskæftigelsesmæssige problemer som følge af en patients sygdom, er det ofte nødvendigt, at der gribes ind med en socialfaglig indsats tidligt i patientforløbet. Både for at sikre, at de sociale problemer ikke spænder ben for patientens behandlingsforløb og ikke eskaleres under sygdomsforløbet. En tidlig socialfaglig indsats er, i mange patienters tilfælde, vigtig for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet, anskaffelse af nødvendige hjælpemidler, håndtering af ændrede familiemønstre mv. På nogle afdelinger er tilbuddet om socialrådgivning derfor en del af det standardskema, patienterne skal udfylde ved indskrivningen. .

18 "Alle nystartede patienter i vores afdeling har mulighed for, når de giver standardoplysninger fra start af, at krydse af, om de ønsker at tale med en socialrådgiver. Men der er ikke særlig mange, der krydser af på det tidspunkt. Så det vil ofte være senere i forløbet, at vi møder patienterne" (Socialrådgiver, OUH, 2011).

Nogle læger forsøger at inddrage sygehussocialrådgiverne, så snart det bliver klart, at sygdommen vil få sociale og beskæftigelsesmæssige konsekvenser. En tidlig henvisning fremmer ofte sygehussocialrådgivernes indsats, da de har mulighed for, i samarbejde med patienten, at arbejde konstruktivt med problemerne, fremfor blot at slukke ildebrande.

"Der er nogen læger, der bruger mig tidligt i forløbet og er sådan lidt forebyggende..."

...De kan se, at den her sygdom, den vil give nogle problemer arbejdsmæssigt. Og det er bare rigtig dejligt, når lægerne er tidligt ude, fordi så kan man nå at få sat tingene i værk inden det går helt galt og patienten oplever, at det hele brænder på" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

"Men vi er faktisk i højere grad begyndt at bruge sygehus-socialrådgiveren fra starten af, for der er rigtig, rigtig mange ting, der kan nå at gå galt, hvis man ikke tager fat om det fra starten af. Det kan være forlængelse af sygedagpengeperioden og sådan nogle ting og sager. Så vi er i højere grad begyndt at have fokus på at få socialrådgiverne ind så tidligt som overhovedet muligt" (Overlæge, OUH, 2011).

Indskrevne og ambulante patienter. Sygehussocialrådgiverne varetager en række forskelligartede opgaver i forbindelse med sygehusets sengeliggende patienter alt afhængig af sygdommens karakter, behandlingen mv. Ofte er der tale om en enkelt samtale, hvor patienten har brug for at få afklaret nogle ting angående sygemelding/sygedagpenge, afklaring af økonomiske forhold, ansøgning om medicintilskud mv., mens der i andre tilfælde er tale om længerevarende samtaleforløb. Herudover er der ofte en række opgaver i forbindelse med terminale patienter, der kræver en socialfaglig indsats. Her spiller særligt de palliative teams en stor rolle i forhold til smertelindring, psykosocial støtte til patienter og pårørende, testamentar, plejeorlov mv. Mange af de kroniske patienter har langvarige ambulante forløb på sygehuset med kontroller, opfølgninger og/eller ambulante behandlinger. Det er typisk ved de kroniske sygdomme, at der opstår langvarige og komplekse forløb, hvor der er behov for socialfaglig udredning og assistance. Mange af sygehussocialrådgivernes rehabiliteringsopgaver ligger således i denne del af sygdomsforløbet, hvor patienten skal sættes i stand til at mestre sin nye livssituation. Herudover kan der efter flere års sygdom dukke nye sociale problemer op, typisk som en konsekvens af sygdommens senfølger.

19 "Hvis nogle af de andre faggrupper, der er inde over patienten tænker, her er der et behov, så henviser de til mig. Så jeg får henvisninger til både dem, der ligger på sengeafdelingerne og på rigtig mange af de ambulante patienter. Nogle af de ambulante patienter har været syge i flere år, men så dukker der alligevel nogle spørgsmål og problemer op" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

"Jeg laver ofte en mental leg og siger, hvis vi kunne tage ryg-smerterne væk med et trylleslag, var patienten så tilbage på arbejde i næste uge?..."

...Nej, det tror jeg ikke, for der nogle andre ting med familie-situationen, arbejdssituationen, økonomien osv., som der skal tages hånd om først" (Fysioterapeut, Aalborg sygehus, 2011).

Med afsæt i deres faglighed og de arbejdsopgaver, sygehussocialrådgiverne løfter, yder de en særlig indsats, der bidrager til de sammenhængende patientforløb. Ifølge det øvrige personale og sygehussocialrådgiverne selv, kan denne indsats inddeles i to overordnede dele: fokus på den sociale dimension af et sygdomsforløb og en brobygning mellem sygehuset og den kommunale sundheds-, beskæftigelses og socialindsats. Sygehussocialrådgiverne er således med til at sikre, at der tages hånd om den del af patienternes livssituation, der ligger udover sygdommen, behandlingen, træningen og plejen, som de øvrige faggrupper har ansvaret for.

Sygehussocialrådgiverne spiller hermed en vigtig rolle i rehabiliteringen af den enkelte patient. Særligt i forhold til at skabe sammenhæng i patientens forløb på tværs af sygehusets indsats og den kommunale indsats, og i forhold til at sikre, at den sociale og beskæftigelsesmæssige del af patientens rehabilitering inddrages allerede tidligt i sygdomsforløbet.

3.1 DEN SOCIALE DIMENSION AF ET SYGDOMSFORLØB

Mange patienter med kroniske og/eller kritiske sygdomme oplever, at deres liv ændrer sig markant som følge af sygdommen. Pludselig kan de ikke de samme ting som før, og de bliver i værste fald truet på deres arbejdsevne, økonomi og familiære forhold. For mange kommer dette til udtryk i en følelse af kaos og manglende overblik over egen livssituation og handlemuligheder. Sygehussocialrådgiverne hjælper her patienterne med at genskabe overblikket over deres situation. Igennem samtaler hjælper de med at udrede de sociale problemstillinger, der enten kan være opstået som følge af eller forværres af patientens sygdom.

Med deres indblik i den sociale lovgivnings muligheder kan sygehussocialrådgiverne rådgive patienterne og de pårørende om de handle- og støttemuligheder, de juridisk set har, og støtte dem til at bruge disse muligheder. Sygehussocialrådgiverne hjælper patienterne med at lægge en plan for, hvordan de kommer videre i livet efter indlæggelsen eller det ambulante forløb.

"Jeg arbejder på en nyreafdeling og det betyder, at vi får patienter ind, som fra den ene dag til den anden bliver erklæret syge. De bliver truet på deres erhverv, økonomi og bolig. Der har vi stor gavn

af at kunne trække på socialrådgiveren, som kan komme ind og rede deres hjemlige forhold, økonomi og videre arbejdsformåen ud og vurdere, hvad der er af muligheder, så de kan se lyset for enden af gangen. Vi fortæller om sygdommen og behandlingsmulighederne, men det er jo kun en del af det. Det sociale fylder ligeså meget i patientens hoved." (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

"Jeg tror aldrig, at jeg var kommet i tanker om at have ringet til en sygeplejerske for at spørge om et nødkald, f.eks., eller omkring økonomien, hvad man kunne søge af pensionsordninger, tabt erhvervsevne osv. Det var socialrådgiveren, der sagde "det skal vi lige have kigget på". Sådan noget havde jeg aldrig nogensinde spurgt en læge eller en sygeplejerske om. Aldrig." (Pårørende, OUH, 2011).

At få skabt et overblik over sin livssituation med/og efter sygdommen, skaber en ro og tryk hos patienten. For mange patienter er det vigtigt for, at de overhovedet har overskud til og/eller mulighed for at tage sig af problemerne og gøre noget ved dem. I sådanne tilfælde er det derfor nødvendigt, at sygehussocialrådgiverne kommer ind over og guider og støtter patienterne i de mange valg, de skal træffe som følge af sygdommen.

"Hvis du har en kronisk sygdom, så fylder den ret meget i dit liv (...).

...Man har faktisk næsten ikke overskud til mere. Det er nødvendigt for patienten at have en, der kan tage hånd om det sociale, at få hjælp til at komme videre. Med andre ord sætte tingene i rammer, så det ikke virker så uoverskueligt. Patienten har hverken overskud eller kræfter til at tage hånd om det hele" (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

3.1.1 SIKRING AF PATIENTENS SOCIALE RETTIGHEDER

Ved at skabe det nødvendige overblik over patientens situation samt vejlede om de handlemuligheder, patienten har ifølge den sociale lovgivning, sørger sygehussocialrådgiveren for, at patienten bliver bekendt med sine sociale rettigheder (muligheder for tilskud, hjælpemidler, rådgivning, beskæftigelsestilbud mv.) og sat i stand til at udnytte dem. Som en overlæge beskriver det, så betragtes sygehussocialrådgiverne "i høj grad som patienternes sociale advokat" (Overlæge, OUH, 2011).

"Hun er med til at sikre, at patienten, mens det hele står på, ikke kommer i klemme i systemet og får den bedst mulige support og understøtte fra det offentlige, som overhovedet muligt." (Overlæge, OUH, 2011).

Sygehussocialrådgiverne kan med deres systemkendskab og viden om den sociale lovgivning spotte eventuelle uudnyttede muligheder i patienternes situation og yde hjælp til selvhjælp, guide og vejlede patienterne, så de kan gøre brug af dette potentiale. Det kan være muligheder for tilskud, ansøgning om orlov, hjælpemidler, bolig mv., muligheder for netværk, inddragelse af pårørende og meget mere. Det er ofte rettigheder, patienterne og deres pårørende ikke i forvejen kender til, da de sjældent har kendskab til den sociale lovgivnings muligheder. Det er derfor en vigtig viden for patienterne og de pårørende i forhold til at sikre deres videre liv efter indlæggelsen. Sygehussocialrådgivernes faglighed og virke er således afgørende for at få sat forskellige sociale tiltag i gang, der har betydning for patientens videre sygdomsforløb.

"Det var faktisk hende, der gjorde mig opmærksom på, at jeg kunne få 100.000 kroner udbetalt pga. kritisk sygdom. Det havde jeg overhovedet ikke overskud til at finde ud af selv. Men der gik lige en uge, så havde jeg pengene på kontoen. Hun gjorde mig opmærksom på, at jeg kunne fortsætte i pensionskassen. Der reddede hun mig på stregen." (Tidligere patient, OUH, 2011).

3.1.2 DE SOCIALE PROBLEMER KAN BLOKERE FOR HELBREDELSE

Til tider kan patienternes sociale problemstillinger og/eller bekymringer spænde ben for deres videre behandlingsforløb, genoptræning og rehabilitering. En patients udsigt til at falde for varighedsbegrænsningen på sygedagpenge eller angst for at miste sin arbejdsevne på grund af sygdom kan skabe bekymring for den fremtidige økonomi, der negativt kan påvirke motivationen for og/eller overskuddet til at indgå i behandling mv. Samtidig kan en manglende afklaring om pårørendes plejeorlov eller nødvendige hjælpemidler udskyde en videre behandling og/eller udskrivning.

Ved at hjælpe patienterne til at afklare deres sociale bekymringer og problemer, er sygehussocialrådgiverne med til at sikre, at patienternes sociale problemstillinger ikke blokerer for helbredelse og/eller den videre behandling. Det kan i mange tilfælde være afgørende for, at det øvrige personale effektivt kan udføre deres arbejde med at behandle patienterne. Sygehussocialrådgiverne bidrager her til, at behandlingen får den rette effekt inden for den planlagte tidsramme.

"Folk er i en situation, hvor de er uafklarede. Jeg er sygemeldt og hvad søren har jeg så af muligheder, hvilke støttemuligheder er der, hvordan kommer jeg tilbage til arbejdet, hvad er der af lovgivning og alt det der. Det kan hun give dem en information om, som får nogle bekymringer til at lette en smule. Hun kan lette nogle blokeringer, som gør, at vi ellers ikke ville komme videre med vores optræning, fordi folk er super bekymrede for økonomi og arbejde og alt muligt." (Fysioterapeut, Aalborg sygehus, 2011).

"Patientens sociale situation skal ikke have indflydelse og fjerne fokus fra deres behandling. Hvis der er noget, jeg overhovedet kan hjælpe med at afklare, så de kan have fokus på deres behandling og deres familie og det liv, som de skal leve videre, så er det vigtig for mig at gøre. De skal ikke bruge unødigt krudt på ting, de ikke behøver, så de kan være til stede i deres liv, der hvor de har brug for at være." (Socialrådgiver, OUH, 2011).

3.2 SAMMENHÆNG MELLEM SUNDHEDS- OG SOCIALINDSATSEN

En vigtig forudsætning for, at en patient med en kronisk, langvarig og/eller kritisk sygdom kommer ordentlig igennem et sygdomsforløb samt oplever et sammenhængende patientforløb undervejs fra første indlæggelse til efterfølgende rehabilitering er, at der sikres sammenhæng mellem sundheds- og socialindsatserne samt den primære og sekundære sektor. Patienten skal både opleve sammenhæng under selve behandlingsforløbet på sygehuset, men særligt også i overgangen fra sygehus til kommune. Samtidig skal der skabes et forløb, der inddrager hele patientens livssituation og hvordan sygdommen påvirker denne, hvis patienten optimalt set skal opleve sygdomsforløbet som sammenhængende.

Sygehussocialrådgiverne spiller en vigtig rolle i opgaven med at skabe sammenhæng i patientforløbet samt koble sundhedsindsatsen med nødvendige sociale indsatser. De skaber flow i patientforløbet ved at sikre, at der bliver taget vare på en række opgaver, der rækker ud over selve behandlingen af sygdommen. De kan sikre, at patienten allerede ved sygdomsforløbets start rådgives om sine muligheder både under og efter sygehusets behandling, hvilket medfører, at patienten hurtigere kan vende tilbage til sit arbejds- og hverdagsliv.

Sygehussocialrådgiverne har her en vigtig koordinatrorolle. Igennem patientens behandlingsforløb koordinerer de forskellige tiltag og aktører, der skal involveres for at sikre, at patienten kommer videre i livet efter behandlingen. De sørger for, at alle parter omkring patienten er bevidste om lovgivningen (eksempelvis varighedsbegrænsningerne i sygedagpengeloven) og den specifikke sygdoms prognoser, så behandlingen af sygdommen og kommunens arbejde med patienten stemmer overens og ikke spænder ben for hinanden.

"Men det skal gerne spille sammen, sådan at man ikke sætter folk i gang med noget praktik, som de egentlig ikke kan klare og derfor ødelægger den indsats, folk får herfra. Det er jo ikke det, der er hensigten og det er der ingen, der er interesseret i. Så nogle gange handler det om at få koordineret, hvornår er det, det er hensigtsmæssigt at gå i gang, og hvad er det for nogle hensyn, der skal tages." (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

3.2.1 BROBYGNING MELLEM SYGEHUS OG KOMMUNE

En af sygehussocialrådgivernes vigtigste opgaver er således at være socialmedicinsk bindeled mellem patient, sygehus og kommune. Ud fra deres kendskab til både sygehusvæsenet og kommunernes sociale, pleje-, sundheds- og beskæftigelsesmæssige tilbud har de faglige kompetencer til at bygge bro mellem den primære og sekundære sektor ved udskrivningen fra sygehuset. De sørger for, at de nødvendige kontakter mellem patienten og de relevante kommunale forvaltninger er formidlet og etableret allerede inden udskrivningen. Samtidig sikrer de, at vigtige socialmedicinske oplysninger overleveres fra sygehuset til den pågældende kommune, så der kan ske en hurtig overlevering af patientens sag fra den ene sektor til den anden. Begge ting, der skaber et godt forløb i det kommunale system for den enkelte patient.

"Socialrådgiveren kan formidle kontakt til patienternes hjem-kommune, så de kan få det, de har krav på. Der er jo en hel masse ting, der træder i kraft, når de har fået stillet diagnosen diabetes, bl.a. skal de have tilskud til teststrimler og remedier. Det kan også handle om deres jobsituation. Nogle af dem skal til at starte insulin og så har de måske et erhverv, hvis de for eksempel er taxa chauffører eller noget andet, som gør, at de ikke længere kan have det job, så hjælper hun dem også med det." (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

Sygehussocialrådgiverne er her med til at sikre en hurtigere udskrivning fra sygehuset ved at skabe en god overlevering af patienten fra sygehus til kommune. De kan identificere sociale problemstillinger, der kan hindre eller udskyde udskrivningen (uhensigtsmæssige boligforhold, behov for hjælpemidler, hjælp til praktiske gøremål mv.) og allerede under indlæggelsen forsøge at afhjælpe disse ved at sørge for, at patienten får den nødvendige hjælp allerede før udskrivningen. Patienter med alvorlige problemstillinger, der ofte er i krise over deres nye livssituation, oplever her en trykthed i forhold til deres videre situation, da de oplever, at der bliver taget hånd om dem – også når sygehuset slipper dem.

"Det er en vigtig funktion, hun har for os, fordi vi står med de her patienter i krise i afdelingen og har svært ved at komme videre uden hendes hjælp. Der kan være nogle misbrugsting, hvor hun er inde over, nogle misbrugere og alkoholikere, der ikke har noget hjem og sådan nogle ting. Her kan hun hjælpe med at få patienterne ud herfra til de forskellige institutioner, så de kommer et ordentligt sted hen, hvor der er nogle, der kan tage vare på dem." (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

"Jeg oplever, at vi gensidigt giver hinanden noget, fordi vi er så forskellige faggrupper..."

...Sammen kommer vi rundt omkring de forskellige problemstillinger, patienten har" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

En afgørende forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb samt sikre en helhedsorienteret rehabilitering af patienterne under og efter deres sygdom er et vel-fungerende tværfagligt samarbejde. Kernen i rehabilitering er netop den koordinerede, uafbrudte samarbejdsproces, hvor patienten er midtpunkt for en række aktiviteter, der involverer forskellige faggruppers ekspertise. Igennem forløbet bidrager de forskellige faggrupper med deres specifikke viden, metoder og indsatser og skaber tilsammen forudsætningerne for patientens behandling, pleje og rehabilitering.

Formålet med det tværfaglige samarbejde er således at koordinere og strukturere forløbet for den enkelte patient og sikre en plan, der retter sig mod de sygdomsmæssige, færdighedsmæssige, kognitive og sociale problemer, der observeres hos patienten. Særligt hos patienter, hvor de medicinske problemstillinger er kompliceret af funktionstab, sociale og plejemæssige problemer, er der behov for et tæt tværfagligt samarbejde.

4.1 SAMARBEJDET OM PATIENTEN

I det tværfaglige samarbejde på sygehusene arbejder sygehussocialrådgiverne typisk sammen med lægerne og plejepersonalet. De supplerer hinanden i det daglige arbejde, så der både tages hånd om patientens medicinske, fysiske, psykologiske og sociale situation. Ofte er den ene faggruppes viden og virke en forudsætning for den anden faggruppes indsats over for patienten og vice versa.

Lægerne og plejepersonalet giver sygehussocialrådgiverne den nødvendige medicinske, fysiske (funktionsevne mv.) og behandlingsmæssige (prognoser, følgevirkninger mv.) viden om en given sygdom. Denne viden bruger sygehussocialrådgiverne i samtalen med patienten, så de forud for samtalen kender til sygdomsforløbet og behandlingsmulighederne, hvilket kvalificerer arbejdet med patientens sociale og beskæftigelsesmæssige problemstillinger. Herudover bruger sygehussocialrådgiverne denne viden i kommunikationen med kommunen om detaljer i patientens sygdomsforløb.

"De oplysninger, som både lægerne og sygeplejerskerne kommer med, giver mig en bedre forståelse for patientens situation og det kan jeg bruge i mit arbejde – både i samarbejdet med patienten og i forhold til at få patientens situation beskrevet overfor kommunen. (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

"Kendskabet til prognoserne og behandlingerne er rigtig vigtig for mig at kende, for at kunne vejlede patienterne og de pårørende bedst muligt. Det gavner også den bedst mulige dialog med kommunerne. Der skal jeg have en fornemmelse for prognosen, som ligger langt udover, hvad patienterne selv har" (Socialrådgiver, OUH, 2011).

På den anden side giver sygehussocialrådgiverne lægerne og plejepersonalet en viden om den sociale lovgivnings muligheder og begrænsninger samt en viden om det kommunale system. Lægerne og plejepersonalet opnår her en indsigt i, hvad der ligger til grund for kommunens forskellige beslutninger, hvilke muligheder der er kommunalt for at understøtte patientens behandling, hvem de skal kontakte i kommunen etc. Denne viden støtter lægerne i deres kontakt til kommunen, særligt i forbindelse med udfyldelse af statusattester, erklæringer mv. om patienterne til kommunen – informationer, der er vigtige for patientens videre forløb.

"Et andet eksempel er, hvis patienterne for eksempel får et fodsår, der er hun også rigtig god til at formidle, hvis kommunerne for eksempel skal have en LÆ 165 eller noget andet. Der bruger jeg meget hendes viden engang i mellem, når jeg skal udfylde de her erklæringer." (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

Her ud over kan sygehussocialrådgiverne støtte lægerne og plejepersonalets arbejde med oplysninger om eventuelle sociale, økonomiske, psykologiske og beskæftigelsesmæssige problemstillinger hos patienten, der på forskellig vis kan spænde ben for patientens deltagelse i behandling og/eller genoptræning (manglende motivation, bekymringer der spænder ben for deltagelse etc.). Med en fælles viden om sygdommens eventuelle sociale komplikationer kan sygehussocialrådgiveren, lægen og plejepersonalet i fællesskab tilrettelægge et forløb, der tager højde for hele patientens situation.

"Man kan spørge sig selv: hvornår er man et helt menneske?..."

...Det er man, når man har det fysisk, psykisk og socialt godt. Så det er de tre ting, der skal gå op i en højere enhed." (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

4.1.2 FORSKELLIGE SAMARBEJDSFORMER

Tværfagligt samarbejde dækker over mange forskellige tiltag lige fra et stærkt formaliseret teamsamarbejde til bredt at omfatte hele samarbejdet på et afsnit. Formen varierer typisk fra sygehus til sygehus og fra afsnit til afsnit afhængigt af, hvordan arbejdet er organiseret de forskellige steder. Undersøgelsens informanter har beskrevet forskellige former for tværfagligt samarbejde på henholdsvis Aalborg sygehus og Odense Universitetshospital. Beskrivelserne er ikke udtømmende, der foregår sideløbende hermed en masse uformel sparring og samarbejde.

På nogle afsnit afholder lægen og sygehussocialrådgiveren fælles stuegang og/eller samtaler med patienten, typisk hvis sygdommen har sociale konsekvenser. En fælles samtale giver et fælles udgangspunkt for det videre arbejde; sygehussocialrådgiveren får indblik i lægens vurdering af situationen og lægen bliver gjort opmærksom på eventuelle sociale følgevirkninger af sygdommen. Der kan samtidig blive lavet fælles aftaler om, hvordan der arbejdes videre efter samtalen. Det kan ofte være en gevinst for sygehussocialrådgiveren at deltage i patientens samtale med lægen, da hun efterfølgende er bedre i stand til at bearbejde samtalens indhold og konsekvenser sammen med patienten. En fælles samtale om patientens situation afholdes altid kun med patientens samtykke.

"Nogle patienter siger, at det egentlig ville være rart, hvis jeg er med til samtalen med lægen. Det har jeg gjort i nogle situationer og fordelen ved det kan være, at jeg hører det samme som patienten hører, så vi har et fælles udgangspunkt for den samtale, som vi efterfølgende har, der går mere på, hvad det så betyder for patientens sociale situation." (Socialrådgiver, OUH, 2011).

Er der tale om særligt komplicerede patientforløb med mange forskellige aktører og samarbejdspartnere involveret, praktiserer nogle afsnit at afholde netværksmøder for alle involverede parter i et patientforløb. Det er som regel sygehussocialrådgiveren, der indkalder til netværksmøderne og inviterer patienten, de pårørende, lægen, sygeplejersken, øvrigt relevant plejepersonale, den kommunale sagsbehandler samt andre relevante samarbejdspartnere. På mødet diskuteres patientens situation og der bliver lagt en fælles plan for, hvilke tiltag der skal til, for at patienten kan komme videre i sin behandling samt livssituation generelt. Patienten får mulighed for at beskrive sine ønsker og behov og på baggrund heraf kan der opnås en fælles forståelse for patientens situation blandt de forskellige fagprofessionelle, der danner grundlag for fælles handling. Netværksmøderne afholdes kun med patientens samtykke og praktiseres hyppigst på børneområdet.

"Jeg foreslår ofte at lave et netværksmøde, hvis patienten ønsker det. Så inviterer jeg alle relevante parter, rådgivere fra kommunen eller andre samarbejdspartnere, til at komme ind og deltage i et møde på hospitalet, hvor lægerne, sygeplejerskerne, patienten og familien også er med. Mødet giver en bedre forståelse hos alle parterne for patientens situation. Vi får lagt en plan for, hvad det er vi vil fremover med patienten og der bliver lavet aftaler om, hvem gør hvad." (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

Det er forskelligt fra sygehus til sygehus, hvorvidt sygehussocialrådgiverne skriver i lægernes patientjournaler. På Aalborg sygehus har sygehussocialrådgiverne mulighed for at

lægge en kopi af eget journalnotat ind i lægens patientjournal, hvis de skønner det vigtigt, mens sygehussocialrådgiverne på Odense Universitetshospital siden 2008 har haft mulighed for at skrive deres journalnotater direkte ind i den elektroniske patientjournal på lige fod med det øvrige tværfaglige personale. Ligeegyldigt i hvilken form, giver deling af journalnotater mulighed for vidensdeling på tværs, da de forskellige faggrupper kan få indblik i hinandens arbejde med patienten.

30 "Vi har den elektroniske patientjournal. Jeg skriver direkte i den, så der er et rigtig godt informationsflow. Det er vigtigt for vores samarbejde, at vi sørger for at informere hinanden. Vi har mulighed for at sende journalnotater videre til hinanden. Hvis jeg har haft en samtale med en patient, sender jeg en besked videre til den læge om "kunne du lige gøre sådan og sådan" eller "du skal lige være opmærksom på". (Socialrådgiver, OUH, 2011)

Det er meget forskelligt, hvorvidt sygehussocialrådgiverne deltager i lægekonerferencerne eller de tværfaglige konferencer. Det afhænger igen af, hvordan arbejdet er organiseret på de forskellige afdelinger. Nogle deltager fast en gang ugentligt på de tværfaglige konferencer, andre deltager flere gange på de daglige læge-konferencer og nogle deltager slet ikke. På konferencerne finder den løbende overlevering af informationer om de enkelte patienters situation og udvikling sted, og de er derfor et vigtigt rum for vidensdeling faggrupperne i mellem. Samtidig er konferencerne et forum til at lave hurtige aftaler om, hvad der skal ske med patienten og hvem, der skal ind over den enkelte patient.

4.2 OPGADELING MELLE M SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNE OG DET ØVRIGE PERSONALE

På de afdelinger, hvor der er ansat sygehussocialrådgivere, bliver de opgaver, der traditionelt ligger inden for socialrådgivernes hovedekspertise varetaget af socialrådgiverne. Det frigiver både tid til det øvrige personale til at varetage deres hovedekspertise samtidig med, at opgaverne løses kvalificeret, da sygehussocialrådgiverne er uddannet til at varetage disse opgaver.

Konkret varetager sygehussocialrådgiverne en lang række opgaver, som det øvrige personale ellers skulle udføre. Det gælder: kontakt til kommunen, ansøgninger om hjælpemidler, medicintilskud, terminaltilskud, plejeorlov mv., vejledning af patienter og pårørende i sociale og beskæftigelsesmæssige spørgsmål, kontakt til øvrige samarbejdspartnere (pensionskasser mv.) etc. Ved at varetage disse arbejdsopgaver er sygehussocialrådgiverne med til at sikre, at afdelingens personaleressourcer udnyttes mest effektivt.

"Hun kender situationen og er ligesom med på, hvad er det egentligt der foregår, så man sparer virkelig mange samtaler, mange arbejdsgange, meget papirusseri, meget oplæsning" (Sygeplejerske, Aalborg sygehus, 2011).

"Hvis de ikke var her på afdelingen, så ville det selvfølgelig være en sygeplejerske eller en læge eller en sekretær, som skulle varetage nogen af deres funktioner og det er vi jo ikke uddannet til.

31 ...Vi har slet ikke den specialviden, som de har." (Overlæge, Aalborg sygehus, 2011).

"Jeg betragter min faglighed som en lille brik i et stort puslespil. Specielt i forhold til de kroniske patienter, som er i systemet i mange år...

...Det er vigtigt, for at de får et liv, der er rimeligt fornuftigt både for dem selv og deres familie, at man har været hele vejen omkring. Det er ikke nok kun at behandle dem for deres fysiske lidelse, man skal også have den sociale dimension med" (Socialrådgiver, Aalborg sygehus, 2011).

Mange patienter med kroniske og/eller kritiske sygdomme oplever, at deres liv ændrer sig markant som følge af sygdommen. Sygdommen kan have konsekvenser for deres familieliv, arbejde, fritidsinteresser, økonomi, boligsituation mv. Pludselig kan de ikke de samme ting som før, og de bliver i værste fald truet på deres arbejdsevne, økonomi og familiære forhold. Samtidig bliver mange psykisk påvirket, da sygdommen ofte medfører en ændring i de daglige roller.

Skal patienterne vende tilbage til arbejdslivet og hverdagslivet hurtigst muligt efter sygdommen, er det vigtigt, at der tages hånd om disse problemstillinger tidligt i patientforløbet. Der skal etableres tætte samarbejdsrelationer på tværs af sundhedsindsatsen og de sociale indsatser, herunder et velfungerede tværsektorielt samarbejde mellem sygehuset og den enkelte kommune. Det er med til at sikre, at patienterne oplever et sammenhængende patientforløb, hvor der bliver taget hånd om hele deres livssituation.

Sygehussocialrådgiverne hjælper med at tage hånd om de sociale konsekvenser, en sygdom kan medføre, og som for en del patienter spiller en stor rolle igennem deres sygdomsforløb. Ved at rådgive patienterne og de pårørende om handlemuligheder og sociale rettigheder i deres givne situation, hjælper sygehussocialrådgiverne patienterne og de pårørende videre i livet og med at genvinde patienternes sociale og arbejdsmæssige funktionsevne. Sygehussocialrådgiverne spiller således en vigtig rolle i patienternes rehabilitering. De bidrager til den nødvendige sammenhæng mellem sundhedsindsatserne og de sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser og kan med deres kendskab til både kommune og sygehusvæsen bygge den nødvendige bro mellem den primære og sekundære sektor, der skal til for at rehabiliteringen kan lykkes.

Rapporten har igennem analyse af 13 interviews med sygehussocialrådgivere, læger, plejepersonale, patienter og pårørende beskrevet sygehussocialrådgivernes faglighed, virke og indsats. En sammenfatning af disse beskrivelser kan ses nedenfor. Rapporten har illustreret, at sygehussocialrådgiverne bidrager med en vigtig socialfaglig ekspertise på sygehuse, særligt i forbindelse med komplicerede patientforløb. Afdelinger med kroniske, livstruede og terminale patienter samt patienter med langvarige sygdomsforløb kan således have brug for socialfaglig bistand, der sikrer, at patienterne kommer videre i livet efter sygdommen.

SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES FAGLIGHED

Kerneelementerne i sygehussocialrådgivernes faglighed er: en socialmedicinsk viden om specifikke sygdomme og deres sociale konsekvenser, en socialfaglig viden om den sociale lovgivning, mulige sociale og beskæftigelsesmæssige tilbud mv. samt kendskab til det kommunale system og sundhedsvæsenet. Særligt sygehussocialrådgivernes specialistviden om specifikke sygdommes sociale konsekvenser kendetegner deres faglighed og det er bl.a. denne viden, sygehussocialrådgiverne bidrager med i det tværfaglige samarbejde.

Med udgangspunkt i denne faglighed, rådgiver sygehussocialrådgiverne patienterne og de pårørende om livet med sygdommen samt udstikker nogle handlemuligheder til at håndtere deres nye livssituation med. Den socialfaglige indsats, sygehussocialrådgiverne yder, er således ofte mere relateret til patienternes specifikke sygdom end den kommunale rådgivning, da sygehussocialrådgiverne kender til hvilke sociale og beskæftigelsesmæssige konsekvenser, patienternes sygdomme kan skabe. Samtidig kan de guide og støtte patienterne og de pårørende i deres kontakt med kommunen samt formidle kontakt til andre aktører uden for sygehuset, eks. a-kasser, pensionskasser mv.

SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES VIRKE

Sygehussocialrådgivernes opgaver kan typisk inddeles i to kategorier: rådgivning og vejledning af patienter/pårørende og vejledning og undervisning af sygehusets personale. I forhold til den første kategori løser sygehussocialrådgiverne en række forskelligartede opgaver igennem patientforløbet alt afhængig af, hvilke behov patienterne og de pårørende har.

Rådgivningsopgaven består typisk i at skabe overblik over patientens situation, guide patienten videre til de rette instanser, samt undersøge og videreformidle de muligheder for hjælp, patienten og de pårørende har. Sygehussocialrådgiverne kan hjælpe patienterne og pårørende med konkrete ansøgninger, tage kontakt til kommunen, give psykosocial støtte til de ting, der er svære mv. Sygehussocialrådgiverne har ikke nogen myndighedskompetence. Meget af arbejdstiden går derfor med at koordinere patienternes forløb og være tovholder for alle de involverede aktører ved at indhente og videregive relevant information om patientens tilstand og muligheder.

Herudover har sygehussocialrådgiverne en konsulentrolle over for det øvrige personale. De vejleder personalet om lovgivningens muligheder og begrænsninger og støtter således personalet i sociale og lovgivningsmæssige spørgsmål, de støder på i deres kontakt med patienten. Konkret kan sygehussocialrådgiverne bl.a. assistere lægerne med at udfylde statusattester mv. Sygehussocialrådgiverne underviser i øvrigt på patientskolerne sammen med det øvrige personale.

SYGEHUSSOCIALRÅDGIVERNES INDSATS

Med udgangspunkt i deres faglighed og de konkrete opgaver, de løfter igennem patientforløbet, bidrager sygehussocialrådgiverne med nogle vigtige indsatser i det sammenhængende patientforløb. De sørger for, at der tages hånd om den del af patientens livssituation, der ligger ud over sygdommen, behandlingen, træningen og plejen, som de øvrige faggrupper har ansvaret for. De formidler den nødvendige kontakt til de relevante kommunale forvaltninger og sørger på denne måde for, at patienterne får et godt forløb i det kommunale regi efter indlæggelse eller ambulante forløb. Deres vigtigste indsats er

således at sikre den sociale dimension af et sygdomsforløb samt bygge bro mellem den primære og sekundære sektor.

Med deres indsigt i den sociale lovgivnings muligheder skaber sygehussocialrådgiverne i samarbejde med patienterne et overblik over patienternes livssituation og handlemuligheder. Igennem rådgivning af patienterne, sørger sygehussocialrådgiverne for, at patienterne bliver bekendte med deres sociale rettigheder og sat i stand til at gøre brug af dem. På denne måde er sygehussocialrådgiverne med til at afhjælpe nogle af de sociale problemer i patienternes liv, der i værste fald kan blokere for sygehusets behandling og/eller udskrivningen af patienten. Sygehussocialrådgiverne er her med til at give behandlingen den rette effekt, sikre en hurtig udskrivning samt skabe rum for, at det øvrige personale kan varetage deres behandlings-, pleje og træningsopgaver.

DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE PÅ SYGEHUSENE

En afgørende forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb samt sikre en helhedsorienteret rehabilitering af patienterne under og efter deres sygdom er et velfungerende tværfagligt samarbejde. Sygehussocialrådgiverne deltager, ligesom sygehusets øvrige personale, i det tværfaglige samarbejde omkring patienten.

I det daglige virke, giver lægerne og plejepersonalet sygehussocialrådgiverne den nødvendige medicinske, fysiske (funktionsevne mv.) og behandlingsmæssige (prognoser, følgevirkninger mv.) viden om en given sygdom. Denne viden bruger sygehussocialrådgiverne i samtalerne med patienterne samt i kommunikationen med kommunen om detaljerne i patienternes sygdomsforløb. På den anden side giver sygehussocialrådgiverne lægerne og plejepersonalet en viden om den sociale lovgivnings muligheder og begrænsninger samt en viden om det kommunale system. Denne viden støtter lægerne og plejepersonalet i deres kontakt til kommunen, f.eks. i forbindelse med patienternes udskrivning, lægernes udfyldelse af statusattester, erklæringer mv. til kommunen. Det tværfaglige samarbejde foregår typisk igennem fælles samtaler med patienterne (fælles stuegang), netværksmøder, deling af journalnotater og de tværfaglige konferencer.

METODE

36

Projektet tager udgangspunkt i to cases: Aalborg sygehus og Odense Universitetshospital (OUH) og er således et såkaldt casestudie. Henholdsvis onkologisk afdeling på OUH og endokrinologisk, nyremedicinsk og reumatologisk afdeling på Aalborg sygehus har deltaget i projektet. Rapportens fokusområde er således voksenområdet. Børneafdelingerne er ikke medtaget i rapporten, hvilket gør det til et oplagt område for videre undersøgelser.

Aalborg sygehus. Der er ansat 12 sygehussocialrådgivere på Aalborg sygehus. De er ledelsesmæssigt organiseret under henholdsvis medicinsk center (3 sygehussocialrådgivere), hoved-orto-hjertecenter (2 sygehussocialrådgivere), onkologisk afdeling (1 sygehussocialrådgiver), børneafdelingen (2 sygehussocialrådgivere) og satellitledelserne (4 sygehussocialrådgivere), men fungerer dagligt under flere forskellige afdelingsledelser. Det betyder i praksis, at hver enkelt sygehussocialrådgiver er tilknyttet en eller flere afdelinger. Lægerne og plejepersonalet på den specifikke afdeling har således en fast sygehussocialrådgiver at relatere til.

Det er forskelligt fra afdeling til afdeling, hvordan sygehussocialrådgiverbetjeningen benyttes, da det er op til hver enkelt sygehussocialrådgiver i samarbejde med afdelingen at tilrettelægge arbejdets udførelse. Det er således forskelligt, hvornår sygehussocialrådgiveren inddrages i forløbet, hvordan der henvises til sygehussocialrådgiveren, om sygehussocialrådgiveren deltager i konferencer, om der skrives journal etc. alt efter hvilken afdeling, det drejer sig om. Fællestrækkene er sygehussocialrådgivernes kerneområder: de sociale og beskæftigelsesmæssige konsekvenser af en sygdom samt arbejdsmetoderne: rådgivning, vejledning og undervisning.

Odense Universitetshospital. Der er ansat 18 sygehussocialrådgivere på Odense Universitetshospital. Sygehussocialrådgiverne er ansat decentralt på de enkelte afdelinger. 6 af sygehussocialrådgiverne hører organisatorisk til under onkologisk afdeling. Af de 6 er inkluderet en fuldtidsstilling i det palliative team, kræft på andre afdelinger, herunder hæmatologisk afdeling, samt socialfaglig vejledning til det kliniske personale, som betjener patienter med nonmaligne diagnoser. 3 sygehussocialrådgivere er ansat på børneafdelingerne på OUH og dækker også børn under 15 år på de øvrige afdelinger. 4 sygehussocialrådgivere er ansat på smertecenteret og 2 sygehussocialrådgivere er tilknyttet familieambulatorierne. Herudover er der ansat 1 sygehussocialrådgiver på indvandrermedicinsk klinik, 1 sygehussocialrådgiver i en personalerådgivningsfunktion samt 1 sygehussocialrådgiver, der arbejder med respirationspatienter.

Ligesom på Aalborg sygehus arbejder sygehussocialrådgiverne typisk sammen med de læger og sygeplejersker, der er på afdelingen. Det er på samme måde også forskelligt, hvordan sygehussocialrådgiverfunktionen er organiseret fra afdeling til afdeling.

Casestudiet er blevet indledt med et todages observationsstudie på Aalborg sygehus. Her

37

har rapportens forfatter fulgt sygehusets 8 sygehussocialrådgivere igennem to arbejdsdage til konferencer, møder, samtaler, undervisning på patientskoler mv. Observationsstudiet har haft til formål at kvalificere den videre undersøgelse af sygehussocialrådgivernes faglighed, virke og indsats. Konkret har det dannet rammen for udarbejdelsen af spørgeguiden til undersøgelsens interviews.

Projektet har andre faggrupperes oplevelser af sygehussocialrådgiverens faglighed, virke og indsats som sit omdrejningspunkt. Projektets primære empiriske grundlag er således 13 kvalitative interviews med læger, sygeplejersker, sygehussocialrådgivere, patienter, pårørende og andet tværfagligt personale. Der er i alt blevet interviewet 4 sygehussocialrådgivere, 3 overlæger, 3 sygeplejersker, 1 fysioterapeut, 1 pårørende og 1 tidligere patient.

Odense Universitetshospital

Sygehussocialrådgiver, onkologisk afd.
Sygeplejerske, onkologisk afdeling
Overlæge, onkologisk afdeling
Tidligere patient, onkologisk afdeling
Pårørende, onkologisk afdeling

Aalborg sygehus

Overlæge, endokrinologisk afdeling
Sygeplejerske, endokrinologisk afdeling
Sygehussocialrådgiver, endokrinologisk afd.
Overlæge, nyremedicinsk afdeling
Sygeplejerske, nyremedicinsk afdeling
Sygehussocialrådgiver, nyremedicinsk afd.
Fysioterapeut, reumatologisk afdeling
Sygehussocialrådgiver, reumatologisk afd.

Der er blevet anvendt fire forskellige interviewguides i interviewene, en for sygehussocialrådgivere, en for de øvrige faggrupper, en for patienter og en for pårørende.

Interviewguidene er bygget op om samme temaer, men varierer i mængden og ordlyden i spørgsmålene alt afhængig af, hvilken målgruppe guiden er henvendt til. Alle 13 interviews er blevet transskriberet. Det er ikke muligt at anonymisere rapportens interviewpersoner fuldt ud, da de ud fra de oplysninger der gives i interviewene, er for lette at spore. Dog er alle navne slettet fra transskriberingerne. Interviewpersonerne er bekendte med, at de ikke kan fremstå fuldt ud anonyme i rapporten.

Interviewene er blevet tematisk kodet ud fra fire overordnede temaer: socialrådgivernes faglighed, socialrådgivernes virke, socialrådgivernes indsats og det tværfaglige samarbejde på hospitalerne. Hvert hovedtema har haft en række undertemaer, der yderligere har detaljeret indholdet i interviewene. Det er på denne måde interviewenes bærende temaer, rapporten er bygget op om. Alle rapportens udsagn bliver således understøttet af citater fra interviewene, hvilket understreger, at rapportens konklusioner er opstået på baggrund af interviewenes indhold.

Rapporten er udarbejdet af Dansk Socialrådgiverforening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Tekst: Mette Hornshøj Bertelsen

Oplag: 500

Grafisk tilrettelæggelse: Anne Solmer

Tryk: Rosendahls

Papir: Munken Pure

Rapporten er sat med Guardian Sans



CO2-NEUTRALISERET TRYKSAG FRA ROSENDAHLS
Klimapåvirkningen ved fremstillingen af denne tryksag er neutraliseret ved at støtte klimaprojekter i udviklingslandene, der resulterer i en tilsvarende CO2-reduktion

DANSKE
REGIONER



Dansk Socialrådgiverforening