

# **Hverdagsfortællinger**

**Sygepleje på Hjuls oplevelser med gadens folk**

Nina Brünés, Line Ervolder og Charlotte Siiger

Nr. 3 i Sygepleje på Hjuls pamfletserie

## **Indhold**

Forord	3
Hjemløshed	5
For og imod kategoridannelsen "brugergrupper"	8
Stofmisbrugere	13
Alkoholikere	15
Sindslidende med misbrug	16
Sindslidende uden misbrug	17
Brugere med fælles træk i adfærd eller tilhørsforhold	17
Et miljø med plads til at være anderledes	20
Campingbyen	21
Bemærkninger om fortællinger	25
Adam	26
Bent	27
Bulder	29
Ellen	30
Lennart	31
Lisbeth	32
Mette	33
Ole	33
Ove	35
Simon	37
Svend	38
Sune	39
Thomsen	40
Mening med gadesygepleje	42
Litteratur	45

Forsidefoto: Christian Gadgaard  
Tryk: Burgundia tryk, Rønne

## Forord

Efter fire års arbejde som sygeplejersker i Sygepleje på Hjul, der er et delprojekt af Projekt Udenfor, er tiden kommet dertil, hvor vi - Nina Brünés og Line Ervolder - på skrift videregiver vores erfaringer med den sociale og sundhedsmæssige indsats på gadeplan til de mennesker, der er massivt udstødte af vores samfund. Derfor har vi i samarbejde med sygeplejerske og specialestuderende ved Institut for Antropologi Charlotte Siiger i efteråret 2002-foråret 2003 skrevet fem pamfletter. Leder af Projekt Udenfor, dr. med. Preben Brandt, har bidraget til den løbende diskussion og foreslået redigeringer. De fem pamfletter er det første systematisk fremstillede materiale fra vores hånd om Sygepleje på Hjul.

Pamfletterne er nummererede i en logisk rækkefølge, som er tænkt som en læservejledning. De er ganske vist skrevet på en måde, som giver mening, hvis de læses uafhængigt af hinanden. Men de må læses alle sammen, hvis man vil have et samlet billede af, hvem vi er og hvordan vi arbejder.

Vi er Egmont Fonden stor tak skyldig, for finansieringen af Sygepleje på Hjul gennem fire år.

Denne pamflet: *Hverdagsfortællinger. Sygepleje på Hjuls oplevelser med gadens folk* er nr. 3 i pamfletserien. I den har vi fokus på brugerne. Eftersom de alle er hjemløse, indleder vi med en analyse af, hvem de er og hvad der ligger i betegnelsen "hjemløshed". Vi fortsætter med en diskussion af "brugergrupper" som kategori og efterfølgende et afsnit om de brugergrupper, som Projekt Udenfor opererer med. Derefter når vi til denne pamflets egentlige indhold: Fortællingerne. Først en fortælling om et brugermiljø: "Campingbyen". Derefter 13 individuelle brugerfortællinger, hvor den sygepleje vi har ydet til den enkelte bruger er flettet ind i fortællingerne.

Vores sygepleje adskiller sig væsentligt i sin kompleksitet fra den kliniske sygepleje, sådan som vi kender den i fx hospitalsregi. Det er vores hensigt at denne kompleksiteten træder frem i fortællingerne, som er mønstergyldige eksempler på problematikker, som vi ofte støder ind i. Vi afrunder med en analyse af de 13 fortællinger, hvor vi trækker generelle aspekter frem.

Pamflet nr. 1: Ideologisk ramme. *Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* forklarer den tænkning, der ligger bag vores

arbejdsmetoder. Her kan man læse, hvorfor Projekt Udenfor arbejder med målgruppen af massivt udstødte i lyset af begreberne normalisering og integration, og hvordan denne målgruppes handlinger kan forstås som taktik - de svages modstandsform. Samfundets udstødellesmekanismer kan endvidere fortolkes som en konsekvens af, at samfundet i sidste instans er opdelt mellem de dominerende og de dominerede. Pamfletten beskriver Projekt Udenfor som en organisation, hvor den enkelte medarbejder har stor indflydelse på og ansvar for eget arbejdsområde og endelig som en institution med en skadesreducerende og en - i det hele taget - pragmatisk tilgang.

I pamflet nr. 2: *Fire år efter. Sygepleje på Hjuls erfaringer med at organisere en social - og sundhedsmæssig indsats på gadeplan* beskriver vi i en form for (selv) evaluering, hvordan vi som sygeplejersker organiserede Sygepleje på Hjul fra begyndelsen og op til i dag. Den indeholder løbende diskussioner af, hvorfor der skete ændringer undervejs i Sygepleje på Hjuls måde at organisere arbejdet på.

Pamflet nr. 4: *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udstødte borgere* er langt overvejende forfattet af Nina Brünés og Line Ervolder, som beskriver og begrunder deres metoder, så andre der udfører eller planlægger at udføre et lignende arbejde kan drage nytte af deres erfaringer. De kommer ind på vidt forskellige metoder - fra sårpleje over følgeskab til samarbejde med pressen - der vidner om den spændvidde deres arbejde har. Ganske vist beskriver de gængse sygeplejeopgaver som at skifte en sårforbinding og uddele medicin. Men disse beskrivelser har et ganske bestemt fokus, nemlig de særlige forhold man med fordel kan være opmærksom på, når man arbejder på gaden.

I pamflet nr. 5: *Som vi ser det. Sygepleje på Hjuls anbefalinger efter fire års indsats på gadeplan* samler vi de anbefalinger sammen, der står mere eller mindre eksplicit i de fire andre pamfletter. Den indeholder i kortfattet form de råd, som Sygepleje på Hjul gerne vil give videre efter fire år som sygeplejersker på gaden. Den indeholder ikke ret mange argumenter eller forklaringer. Dem må man finde i dens "søsterpamfletter".

Nina Brünés, Line Ervolder og Charlotte Siiger  
Februar 2003

## Hjemløshed

I pamfletten *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* er vores målgruppe defineret til at være de massivt socialt udstødte. Denne brede betegnelse er et udtryk for, at vi i Projekt Udenfor gerne vil nå de mennesker som er faldet "mellem stolene i vores social - og sundhedssystem" (Bømler 2000: 75) uanset hvilke problemer de i øvrigt måtte have. I realiteten kunne vi dog ligeså godt definere vores målgruppe til at være "de hjemløse", idet kategorierne "massivt udstødte" og "hjemløse" i vores projekt, som foregår "udenfor", er særdeles overlappende - for ikke at sige decideret sammenfaldende. Da hjemløshed ikke er defineret nærmere i ovennævnte pamflet er det derfor på sin plads, at vi benytter denne lejlighed til at dvæle lidt ved fænomenet. I daglig tale - og i denne pamflet - benytter vi dog hverken betegnelsen "hjemløs" eller "udstødt", men siger "brugere" om alle, der falder ind under vores målgruppe uafhængigt af deres øvrige situation.

Det er vanskeligt præcist at beskrive, hvem de hjemløse egentlig er. Det drejer sig ikke om en homogen masse, men om en heterogen gruppe, der alene har det til fælles, at de er hjemløse. Ifølge Preben Brandt er de hjemløse således "forskellige mennesker med helt individuelle behov og problemer" dog sådan, at de samtidig er "mennesker, der tilhører forskellige grupper" (Brandt 1992: 9). Med følgende beskrivelse giver han et nuanceret billede af, hvem de hjemløse er:

" ... det drejer sig om unge og om gamle, om mænd og kvinder, om fysisk og psykisk syge og om raske, om dårligt begavede og om velbegavede, om alkoholmisbrugere og narkomaner og om mennesker, der lever på institutioner for hjemløse. Om mennesker der kan tage vare på deres egne fornødenheder og om mennesker, der har brug for hjælp fra andre for at klare sig gennem dagen" (Brandt 1992: 9).

Som det ser ud i dag tilslutter de fleste forskere og praktiskere på hjemløseområdet sig en bred definition, der pointerer, at hjemløshed er meget mere end fravær af en bolig. En hjemløs kan måske nok have en bolig, men den bruges ikke til det vi kan kalde et egentligt hjem, forstået på den måde, at den hjemløse ikke har et familieliv eller andre former for socialt netværk i "traditionel" forstand. Endvidere formår han ikke at foretage de handlinger, der er

med til at opretholde et "hjem". Regninger bliver ikke betalt, der bliver ikke gjort rent, der bliver ikke købt ind, boligen indrettes ikke med møbler m.v. Boligen er ikke stabil og blivende. Den hjemløse bruger den meget lidt eller måske slet ikke. I stedet tilbringer han en stor del af sin tid på gaden i kredsen af venner eller bekendte hos hvem han også overnatter. Eller også bruger han sin bolig, men har et konstant rend af folk han kender fra gaden. Efterhånden sker der det, at han mister sin bolig, fordi han ikke betaler husleje eller fordi naboerne klager over, at han og hans gæster er til gene (jf. Brandt 1992: 13, jf. Jensen 1995: 11).

Når den hjemløse ikke etablerer et hjem, kan det være fordi boligen ikke lever op til hans behov. Han kan måske ikke holde ud at være der - fx pga. en psykotisk tilstand, ensomhed, isolation og/eller manglende beskæftigelse (jf. Brandt 1992: 158, Jensen 1995: 20-21). Med dette har vi ikke sagt, at det er uproblematisk at skaffe sig en bolig i disse tider, hvor der er en generel boligmangel i København og andre steder i landet, og hvor en hjemløs næppe står øverst på udlejerens prioriteringsliste pga. det stigma, der er klæbet til ham. Kun er manglen på en bolig ingeniunde det eneste problem ved at være hjemløs.

Uden bolig er de hjemløse henvist til at bo på gaden eller de har mulighed for at bo i en såkaldt § 94 boform<sup>1</sup>. Servicelovens § 94 afløste § 105 i bistandsloven i 1998. Med denne ændring blev institutionsbegrebet på voksenområdet afskaffet i lovgivningen, hvorved forsorgshjem, pensionater, herberger etc. blev til boformer. Det nye er bl.a., at den hjemløse får tilbudt en midlertidig bolig og samtidig også "aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp". Til forskel fra bistandsloven § 105 er det nu eksplicit formuleret, at den hjemløse skal støttes i at komme væk fra boformen og ud i en almen bolig. Dette kan gøres gradvis som et planlagt forløb, der nedfælles i en handleplan aftalt mellem den hjemløse og personalet på boformen (se fx Bekendtgørelse af lov om social service).

Imidlertid løser dette ikke de hjemløses behov for en varig bolig. Derfor oprettede det nu nedlagte by- og boligministerium en

1. I lov om social service § 94 står: "Amtskommunen sørger for, at der er det nødvendige antal pladser til midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp" (bekendtgørelse af lov om social service)

særlig forsøgspulje som siden ultimo 1999 har ydet økonomisk tilskud til etableringen af varige boliger under betegnelsen "skæve boliger til skæve eksistenser". Disse er kendetegnende ved at være indrettet på en måde, der levner plads til, at den hjemløse kan være i fred, hvis det er det han vil, ligesom han i vid udstrækning kan sætte sit præg på det sted han bor. Der gælder samme lejevilkår som i de almene boliger. Dvs. at beboeren betaler husleje, og kan smides ud hvis han ikke overholder de gældende betingelser. Der er en social vicevært ansat ved hvert "skæv bolig" projekt. Han fungerer som almindelig vicevært, men derudover har han også til opgave at støtte og hjælpe beboerne ("Den særlige balancekunst at bo" og "Oversigt - Skæve Huse Projekter").

På trods af tilbud om boformer og skæve boliger er det vores erfaring, at der er en hel del hjemløse, der ikke har en bolig og kun benytter herbergerne i kortere perioder. Ellers klarer de sig gennem natten på natcaféer, i trappeopgange, på offentlige toiletter, på banegårde, på S-togsstationer, i lystbåde, i parker, i S-tog, på gaden etc. Der kan være forskellige grunde til dette. Måske har de karantæne fra herbergerne, måske bor der nogen på herbergerne, de vil undgå, fordi de er uvenner med dem eller skylder dem penge eller også vil de spare de små beløb, det trods alt koster at bo på et herberg eller et pensionat. Desuden kan det skyldes, at de ikke magter eller ikke har lyst til at indordne sig under de regler, der eksisterer på institutionerne<sup>2</sup>.

At sætte et præcist tal på, hvor mange hjemløse der er i Danmark er vanskeligt. Både forstået som antallet af hjemløse i dag og som et sammenligningsgrundlag mellem forskellige tidsintervaller. Sociolog og pol.dr. Margaretha Järvinen har analyseret opgørelserne i forskellige forskningsrapporter og undersøgelser samt nogle af hjemløseinstitutionernes årsrapporter og statistikker. Hun finder frem til, at de forskellige rapporter og statistikker ikke kan sammenlignes bl.a. fordi de opererer med forskellige kriterier for, hvilke grupper af mennesker man tæller med. Man opererer fx med forskellige betegnelser som pjalteproletariat, mennesker med absolutte fattigdomstræk eller socialt udstødte til forskellige tider. Hun

2. For et yderligere bud på, hvorfor brugerne ind i mellem holder sig væk fra institutionerne: Se vores pamflet *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor*.

efterlyser en mere udførlig statistik og en begrebsafklaring på hjemløseområdet og fokuserer sin analyse på at klargøre, hvordan tallene er blevet til snarere end at nå frem til et endegyldigt antal hjemløse<sup>3</sup> (Järvinen 1993: 28-46). Det vil vi da også afholde os fra her uden, at vi tager stilling til, om der er sket en forbedring siden Järvinen fremførte sin kritik for 10 år siden. Blot vil vi nævne, at de sidste tal fra Den Sociale Ankestyrelse melder om 8.341 registrerede brugere og 20.514 indskrivninger på landets 67 § 94-boformer i 2001 ("Den sociale database").

## **For og i mod kategoridannelsen "brugergrupper"**

Det at ordne mennesker i "slags", kategorier eller idealtyper er en måde, hvorpå mennesker forholder sig til omgivelserne. Sociologen Georg Simmel forklarer det med, at det billede, som det ene menneske danner af det andet gennem personlig kontakt er betinget af visse forskydninger. Vi kan aldrig nogensinde se den anden i hans eller hendes rene individualitet, men er altid henvist til en eller anden form for generalisering, hvor det enkelte menneske vi møder bliver set som en type eller som tilhørende en kategori (Simmel 1998: 383-384). Når vi i Sygepleje på Hjul har inddelt brugerne i grupper af samme slags, så er det til dels et udtryk for en almenmenneskelig foreteelse for at kunne forholde sig til andre mennesker - man kan så at sige ikke komme uden om det. Men det er derudover nogle valg vi har truffet, baseret på erfaringer i mødet med brugerne, fordi vi finder, at netop disse bestemte brugergrupper er relevante og hensigtsmæssige at inddrage som en del af vores overvejelser, når vi planlægger og udfører vores sygepleje.

Som der står i vores pamflet *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* skal det at kategorisere gøres med forsigtighed bl.a. fordi kategoriseringer har en tendens til at påvirke folk, så de begynder at opføre sig i overensstemmelse med det, der forventes af dem, når de placeres i en bestemt kategori. Og at når vi opererer med kategorier, er det overvejende for at kunne kommunikere om brugernes komplekse forhold på en af pædago-

3. Det er i øvrigt tankevækkende, at alle tal om hjemløse baserer sig på optegnelser fra hjemløseinstitutionerne. Der er så vidt vi ved ingen offentliggjorte tal på, hvor mange hjemløse, der sover i byens offentlige rum og på gaden.



giske grunde forenklet måde<sup>4</sup>. Som antydnet ovenfor så ligger der dog flere gevinster i det. Også i vores daglige aktiviteter har vi bruger-kategorierne in mente.

Vi taler dog ikke om "kategorier", men om "grupper". I antropologisk forståelse gør dette en forskel, idet ordet "kategori" refererer til, at de mennesker vi taler om defineres *udefra* som mennesker af samme slags, og ordet "gruppe" refererer til at de selv - *indefra* - definerer sig som værende af samme slags. Hvorvidt identifikationsprocesserne foregår udefra eller indefra er dog som regel ikke et spørgsmål om et rendyrket enten - eller. Snarere påvirker de to processer hinanden således, at mennesker der identificerer sig selv som en gruppe har tendens til også at blive kategoriseret som en sådan, og at de mennesker der placeres i samme kategori kan begynde at føle sig som en gruppe (Jenkins 2002: 23).

De brugergrupper vi opererer med er overlappende og omfatter stofmisbrugere, blandingsmisbrugere, alkoholikere, sindslidende med misbrug, hjemløse, grønlændere, posefolk, prostituerede, psykisk syge, landevejsriddere, mennesker med anden etnisk baggrund, personer fra andre nordiske lande og de meget vanskeligt omgængelige. De fleste af disse grupper er defineret tidligt i Projekt Udenfors 6-årige historie allerede inden Sygepleje på Hjul kom til og mange af dem er de samme, som andre behandlings- og omsorgssystemer arbejder med. Forskellen er, at vi har et gadeplansperspektiv på de forskellige grupper. Når vi beskriver dem og den sygepleje vi yder er det udfra den måde vi oplever folk på, når vi møder dem på gaden og på hjemløseinstitutionerne.

Man kan så diskutere, hvad det er der berettiger os til at operere med netop disse brugergrupper, idet idehistorikeren Erik Holien sikkert har fat i en pointe, når han opfordrer til et opgør med de "pasientbefengte" begreber "alkoholiker" og "narkoman." Han påstår, at "alkoholisme som en bevirkende avhengighetsskapende årsak og derav alkoholikere, som sådan, ikke finnes, men er en språklig konstruksjon med et kunstig og forenkende innhold". Derimod findes der en række individuelle problematikker, der relaterer sig til alkohol, men hvor alkoholisme "utgør en *sekundær* forlængelse av et annet *primært* problem". Han peger på, at disse indi-

4. Se endvidere diskussionen om kategorier i Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor.

viduelle problemer er af så forskellige art, at de medicinsk eller psykisk ikke har noget til fælles der retfærdiggør, at mennesker bliver underlagt samme diagnostiske kategori "rent bortsett fra den til lærte klientrollen som hjælpeapparatet velsigner dem med" (Holién 1999: 246). Bemærk, at Holién taler om de individuelle problemer. Han afviser ikke, at alkohol i store mængder har en skadelig virkning på kroppen, sådan som det påviseligt har.

At behandlingssystemet er indrettet med hver deres specialister på henholdsvis alkohol- og narkotikaområdet er en virkelighed vi forholder os pragmatisk til. I det konkrete møde støtter vi brugeren i at benytte behandlingsinstitutionerne på basis af de kategorier, der nu engang gælder samtidig med, at vi arbejder på, at institutionerne tager godt i mod "vores" brugere og ser dem som personer og ikke primært som "alkoholikere" eller "narkomaner". Om en dekonstruktion af begreberne "alkoholisme" og "narkomani" i behandlingssystemet på længere sigt er vejen frem til at mindske systemets udstødelsesmekanismer, vil vi lade stå åbent.

Det er netop "alkoholikere" og "stofmisbrugere" samt et par enkelte andre brugergrupper, vi nok mest kan kritiseres for at operere med. Disse brugergrupper er - sådan som Holién antyder - snarere et resultat af behandlingssystemets trang til at diagnosticere og kategorisere end de er et udtryk for, at brugerne selv føler sig som tilhørende den ene eller den anden gruppe. Eller rettere: Sådan var det nok en gang. Vores erfaring med alkoholikerne er, at de i hvert fald ind i mellem føler sig som en gruppe med en form for fælles identitet, der adskiller sig fra fx stofmisbrugerens. Det kommer bl.a. til udtryk i den foragt overfor stofmisbrugere vi igen og igen har oplevet som et fælles træk ved alkoholikerne (som vi dermed selv har sat i bås).

Man kan med rette indvende, at vi ikke imødekommer Holiéns opfordring til et opgør med kategorierne, når vi blot reproducerer de samme som behandler systemet bruger. For så vidt kunne kategorierne vel se helt anderledes ud? Som det er nu sendes folk i stor udstrækning i behandling for deres sekundære problem, mens man overser de primære. Kunne man fx forestille sig at kategorisere brugerne ud fra deres primære problemer forbundet med omsorgssvigt i barndommen i stedet for ud fra det rusmiddel (inklusive alkohol) de misbruger? Når vi på trods af disse uafklarede spørgsmål alligevel opererer med begreberne "alkoholiker" og "stof-

misbruger", skyldes det dels de allerede nævnte pragmatiske grunde i samarbejdet med behandlingsinstitutionerne, dels af mangel på bedre indtil videre, og endelig fordi vi "ude i virkeligheden" rent faktisk kan konstatere, at der er visse former for adfærd, problemer og aktiviteter, som er "typiske" for de enkelte grupper, hvad enten disse fællestræk kan føres tilbage til nogle påvirkninger udefra, indefra, begge dele eller noget helt fjerde.

Der ligger også nogle andre fordele ved at vi identificerer og beskriver mennesker som tilhørende en gruppe med nogle fællesstræk, fordi vi rent konkret har et redskab at observere med, når vi går rundt på gaden og fordi vi kan udvikle nogle særlige metoder til at tackle netop deres problemer. Endvidere gør disse gruppeinddelinger det muligt at planlægge overordnede strategier for vores indsats, hvilket bl.a. omfatter at gøre det omgivende samfund opmærksom på, at der er nogle grupper som er udstødte, og som endnu ikke har fx mediernes og politikernes bevågenhed. Det kan være fordi de er nye i gadebilledet, det kan være de har eksisteret i længere tid i ubemærkethed eller de kan have ændret adfærd og fremtoning.

Der ligger et indbygget paradoks i vores måde at kigge efter bestemte tegn på. På den ene side skærpes vores blik, når vi kigger i bybilledet efter folk med fx hullede sko og nettoposer, som sidder længe det samme sted, men på den anden side gør det os blinde for de tegn på udstødelse vi ikke kender. Vi forholder os derfor åbne overfor de forandringer, der sker og som kan foranledige, at vi identificerer nye brugergrupper eller tager andre op til revision. Metodisk betyder det en evig proces mellem at bruge kendt viden og samtidig sætte spørgsmålstejn ved om denne viden stadig holder i forhold til en virkelighed, der hele tiden ændrer sig.

Brugergrupperne identificerer vi i Projekt Udenfor på trods af, at "gruppemedlemmerne" ikke selv opfatter sig som tilhørende en gruppe. Her er posefolket et godt eksempel. Vi ved, at der for deres vedkommende "... synes at være [...] et ret ensartet sæt af direkte årsager til udstødelsen og hjemløsheden." (Pilely og Brandt 1989: 12). Men vi er ikke i tvivl om, at de ikke selv føler sig som en gruppe med fælles karakteristika og interesser. I det lys kan vi måske kritiseres for, at selv om vi bidrager til en kategorisering, der forhåbentlig er til gavn for brugerne, så indeholder denne kategorisering nogle risici af samme type, som dem der forekommer, når behandlingssystemet kategoriserer alkoholikere og narkomaner.

Når vi har valgt at gøre det alligevel, er det fordi, det er vanskeligt systematisk at udvikle og kommunikere om vores metoder, hvis vi ikke også trækker nogle generelle karakteristika frem om de brugergrupper, vi mener at kunne inddele folk i.

Dette skal ikke forstås sådan, at det enkelte individ entydigt kan placeres i en bestemt brugergruppe. Dertil er den enkelte brugers situation alt for kompleks - vi kan ikke gå ud på gaden og finde en person, der passer præcist ind i en bestemt brugergruppe. Vi forstår brugergrupperne som abstrakte kategorier vi kan tænke med, når vi analyserer og reflekterer over vores sygepleje. Som en forforståelse vi trækker på, og som vi samtidig udfordrer i forhold til vores oplevelser, når vi står i de konkrete møder med brugerne. En bruger kan således uden problemer kategoriseres som tilhørende flere forskellige brugergrupper. Her benytter vi os af den viden, vi har om de forskellige brugergrupper og trækker på den i den aktuelle situation, som så danner udgangspunkt for, hvordan vi prioriterer vores handlinger. Det kan fx dreje sig om, at en stofmisbruger har sår, hvor vores generelle viden om denne gruppe gør, at vi mistænker at såret skyldes hans stofmisbrug (brugergruppe: "stofmisbruger"), men samtidig må vi spørge om det kan skyldes, at vedkommende har ændret vaner og er begyndt at drikke store mængder "pullimut" (brugergruppe: "alkoholiker"), som er et slangudtryk for hedvin med smagsstoffer af kirsebær eller kiwi. Ved at stille os selv dette spørgsmål trækker vi på en anden generel viden, nemlig en erfaringsbaseret viden som vist nok ikke er undersøgt videnskabeligt, om at folk der drikker meget pullimut har en tendens til at udvikle små, kløende sår på kroppen.

På lignende vis er det ikke alkoholikeren Søren eller den prostituerede Mette vi yder sygepleje til, men personen Søren der måske har en række alkoholrelaterede problemer, hvor alkoholismen er sekundært til andre primære problemer (jf. Holien). Eller det er personen Mette, der er blevet voldtaget, og som vi vurderer har behov for krisehjælp indtil hun fortæller os, at for hende er problemet, at hun er for sent på den til at nå at hente sin metadon.

I samme boldgade har vi fx en vis erfaring med, at grønlændere som er kategoriserede som en gruppe for sig, har en tendens til at tale på en måde, som vi opfatter som kommanderende, hvilket måske - måske ikke - skyldes deres kulturelle baggrund. Dermed ikke være sagt, at alle grønlændere taler kommanderende, blot at vi

i Sygepleje på Hjul anser det for en adfærd, som i grønlandske øjne er ganske normal, og som vi som danskere derfor ikke behøver at føle os stødt over. Vi giver denne erfaring videre til de institutioner, som har til opgave at hjælpe fx alkoholikere, hvoraf nogle er grønlændere, og dermed kan vi måske undgå, at den enkelte grønlænders måde at kommunikere på bliver betragtet som ubehøvet, uden at han selv er klar over det, med de misforståelser dette kan medføre.

Inddelingen i brugergrupper tjener altså tre formål. Med dem in mente kan vi trække på en generel viden i det konkrete møde med brugeren, vi kan udvikle metoder og kommunikere om dem, og vi kan lægge overordnede strategier for vores indsats. Men det er altid brugerens individuelle situation vi tager udgangspunkt i, når vi møder ham eller hende på gaden, og brugergrupperne skal både i form og sammensætning i højere grad forstås som i stadig forandring end som stationære, idet nye kan dukke op og andre forandre sig eller helt udspille deres rolle som en kategori.

I det følgende beskriver vi hver enkelt brugergruppes generelle sundheds- og sygdomsmæssige samt sociale karakteristika, hvor vi lægger vægt på, hvordan vi oplever folk på gaden og ikke på, hvad der ellers er at sige om gruppen. Beskrivelserne er ikke fyldestgørende, hvis man ønsker at vide noget generelt fx om kulturelle forhold og vilkår i Danmark for hjemløse grønlændere eller svenskere. Til gengæld beskriver vi de forhold, vi kender til via vores møde med dem på gaden, og som har betydning for, hvordan vi forsøger at etablere en kontakt og tilbyde sygepleje.

Først beskriver vi de brugere som har et misbrugsproblem eller flere i form af alkohol eller andre stoffer og dem, der er sindslidende med og uden et misbrug. Dernæst følger en beskrivelse af brugerne som den brogede flok, vi møder på gaden. Vi siger her lidt om de fælles træk, der dukker op i brugernes adfærd og om deres behov for sygepleje. Dette på tværs af deres individuelle forskelle der betyder, at de ikke nødvendigvis har andet til fælles end en problematik knyttet til en bestemt adfærd eller et bestemt etnisk, kulturelt eller nationalt tilhørsforhold.

## **Stofmisbrugere**

De stofmisbrugere som Sygepleje på Hjul har kontakt til, har foruden deres afhængighed også store sociale og psykiske problemer.

Som andre hjemløse bor og opholder de sig på botilbud, på gaden, hos bekendte etc. Dog "bor" en stor del i fængslerne i længere eller kortere tid igennem deres misbrugskarriere. De fleste har deres færden i bestemte områder af byen især der, hvor stofferne handles og indtages, men vi opsøger dem også andre steder i København.

De hjemløse stofmisbrugerne er henvist til at indtage stofferne i det offentlige rum. Det kan forårsage stress ved injektionerne, fordi der er risiko for at få stoffet konfiskeret eller blive idømt bøder. Desuden er stofferne ofte af meget uren karakter. I selve stoffet kan der forekomme store bakteriekoncentrationer, endvidere kan det være blandet med alt fra hovedpinepiller og vaskepulver til rottegift. Urene stoffer som indtages under uhygiejniske forhold, giver selvsagt øget forekomst af generelle infektioner, bylder, blodpropper og sår. Der er også stor forekomst af leverbetændelse og mange er smittede med hiv. Stofmisbrugere har generelt en dårlig tandstatus, er fejlernærede og plages af hyppige lungebetændelser.

Det synes som om, at jo dårligere socialt stillet stofmisbrugeren er, jo større er sandsynligheden for, at han pådrager sig fysiske skader og sygdomme. Muligheden for at indtage stofferne hjemme er udelukket og muligheden for at handle med en dealer, der sælger den "rene vare" er yderst forringet. De fleste stofmisbrugere har oplevet at få en overdosis. Mange har oplevet at blive genoplivet et utal af gange. Det skyldes, at stofmisbrugeren ikke kender stoffets koncentration og derfor kommer til at tage for meget.

De fleste af de stofmisbrugere vi kender er i metadonbehandling. Det er almindeligt, at de injicerer deres metadon, hvis de får mulighed for det, selv om den er beregnet til at drikke. Vi oplever, at mange supplerer deres metadon med alkohol eller kokain. Dette forringer deres fysiske tilstand betragteligt, men også deres sociale omgang med andre kompliceres.

*Blandingsmisbrugere* er den gruppe, vi typisk har mest kontakt til. Deres fysiske skader er både stof- og alkoholrelaterede, men for os ser det ud som om, at deres alkoholforbrug overskygger deres stofafhængighed og de fleste af deres sundhedsproblemer er relaterede til alkoholforbruget. Til forskel for de mennesker, som kun er afhængige af alkohol, så har stof- og blandingsmisbrugerne den fordel, at de oftest er knyttede til en behandlingsinstitution, hvorfor de har en relativ hyppig kontakt til professionelle. Derfor har de et langt større fagligt netværk omkring sig i hverdagen. Der eksisterer

mange behandlingsformer og behandlingstilbud til stofmisbrugere, også når de har et alkoholforbrug. Det samme gælder ikke for alkoholikerne.

## **Alkoholikere**

Karakteristisk for de alkoholikere som vi i Sygepleje på Hjul har kontakt til, er, at deres massive alkoholforbrug er forbundet med store sociale problemer. Hjemløse alkoholikerne er særdeles synlige i det offentlige rum, hvor de samler sig i grupper på byens torve, pladser, parker, S-togsstationer etc. Her sidder de for at dyrke socialt samvær og drikke. De færreste har kontakt til deres familie, hvorfor deres drikkende venner og bekendte udgør deres eneste sociale netværk. De tilbringer natten enten i egen bolig, på et herberg eller hos en bekendt. Eller de sover under mere beskedne former som på en natcafé eller på selve gaden.

Da alkohol er et legalt rusmiddel behøver de - i modsætning til stofmisbrugerne - ikke nødvendigvis at begå kriminalitet for at skaffe deres "stof". Det betyder dog ingenlunde, at de slipper for kontakt med ordensmagten. I følge de fleste politivedtægter er det forbudt at opholde sig på offentlige steder, hvis adfærden er til gene eller medfører ulempe for forbipasserende. Disse vedtægter er det omtrent umuligt for hjemløse alkoholikere at overholde, derfor får de hele tiden bøder.

Der opstår ikke sjældent konflikter, når nogle har drukket for meget. Konflikter der kan udløse voldsepisoder. Det er også almindeligt, at alkoholikere pådrager sig traumer efter fald eller uheld i trafikken. Desuden ses blandt hjemløse alkoholikere en lang række bestemte gener og sygdomme. De mest almindelige er halsbrand, mavesår, kroniske sår, dårligt blodomløb, vitaminmangel og leverskader. Desuden ser vi folk med tuberkulose. Og vi finder folk med sukkersyge og begyndende alkoholholdemens.

Vores sygepleje til brugere med et alkoholmisbrug er skadesreducerende. Vores hjælp forudsætter ikke en motivation for varig afholdenhed. En pause fra gadens hårde liv og i drikkeriet kan også have stor værdi. Det kan være en kortere afrusning på nogle få dage, der aflaster leveren for en stund. Eller det kan være 14 dages indlæggelse, som består mere af omsorg end af behandling.

Det kan være forbundet med store vanskeligheder at finde afrusningspladser til de mest udsatte alkoholikere. Til forskel for

stofmisbrugerne, som ofte er tilknyttede en behandlingsinstitution og dermed har et fagligt netværk, har mennesker med et alkoholmisbrug ikke i samme grad et fagligt netværk. Netværket og dermed hjælpen er betinget af at være indskrevet på et § 94 botilbud, ellers kan hjælpen måske hentes på væresteder og ved kontakt til sagsbehandler. Men selv hvis kontakten etableres og brugeren gerne vil i behandling, så er udbudet af behandlings - og omsorgstilbud bekymrende sparsomt.

Vi støder ofte på det problem, at et behandlingssted opfatter "vores" brugere som et "tungt" klientel, der er så godt som umulige at behandle, hvorfor de retter tilbuddene mod de mere velfungerende alkoholikere uden de store sociale problemer. Her er der angiveligt større chance for, at afrusningen lykkes.

### **Sindslidende med misbrug**

På gaden findes flere mennesker med psykiatriske lidelser, som samtidig har et forbrug af enten alkohol eller stof. Ikke alle har haft kontakt til behandlingssystemet og derfor er de hverken diagnosticerede eller medicinerede. Det er en almindelig opfattelse, at en del af dem bruger rusmidlerne til selvmedicinering,

Det er vores fornemmelse, at deres afhængighed af rusmidler er af en anden art end andre stofmisbrugere, idet de bruger rusmidlerne mere eller mindre bevidst i et forsøg på at dæmpe deres symptomer, som hallucinationer og andre former for ubehag, der er knyttet til deres psykiatriske lidelse. Det kan sløre fagpersonalets observationer, hvilket kan betyde, at endnu flere går rundt med uopdagede psykiatriske lidelser uden, at de får den fornødne hjælp.

Sindslidende med misbrug befinder sig i et slags gråzoneområde. Mange institutioner tager sig kun af misbrugere og andre kun af sindslidende. Der findes kun få tilbud, der rummer og favner dobbeltdiagnosticerede. Ofte har disse mennesker mange, men sporadiske kontakter indenfor hjælpesystemet. Behandlingstilbuddene bliver derved ukoordinerede og går i mange forskellige retninger. På gaden bliver de ofte udstødte, da deres adfærd kan være uforståelig og vanskelig at rumme for de andre hjemløse.

Sindslidende med misbrug må, som andre med et illegalt misbrug, tit ernære sig ved kriminalitet eller prostitution. Oven i deres lidelse har systemerne tilmed sværere ved at tilpasse sig denne gruppe mennesker, så derfor lever mange forhutlede på ga-



den. Dertil er de ofte sky og afvisende, dels på grund af deres psykiske lidelse og dels fordi de er bange for at blive tvangsindlagte. På denne baggrund er de ekstra sårbare og marginaliserede. Det er mere tidskrævende og vanskeligere at få og vedligeholde kontakten med dem end med de andre hjemløse.

## **Sindslidende uden misbrug**

Svært psykisk syge, der lever isolerede på gaden døgnet rundt med deres få eller mange ejendele, kaldes posefolket med henvisning til, at mange af dem bærer rundt på alle deres ejendele i plastikposer. De henvender sig aldrig selv til systemerne efter hjælp, hverken social - eller sundhedsvæsenet, i hvert fald ikke for at få det, som vi ville opfatte som en rationel hjælp. Vi diskuterer vedvarende i Projekt Udenfor, om vi skal blande os i deres liv og i hvilket omfang.

Posefolket har foruden deres psykiatriske lidelse ind i mellem også fysiske sundhedsproblemer, som man ikke bare kan lade dem leve med. Derfor bliver man i forhold til denne særlige gruppe nødt til at spørge sig: "Skal vi lade dem være dér i fred, disse mennesker, der vel ved hele deres afvisende facon synes at bede om, at vi ikke blander os - eller skal vi gå ud og møde dem? Og måske endda gribe ind i deres tilværelse?" (Pilely og Brandt 1989: 24)

Sygeplejearbejdet på gaden i forhold til denne gruppe er først og fremmest et supplement til det socialpsykiatriske arbejde ved, at vi tilbyder fysisk pleje og hjælp til behandling.

## **Brugere med fælles træk i adfærd eller tilhørsforhold**

De *grønlændere* vi møder på gaden, er dem der har massive sociale og sundhedsmæssige problemer. De fleste er boligløse og de få grønlandere, der har en bolig, giver husly til flere af grønlanderne uden bolig. De forbruger store mængder alkohol og ryger hash. Deres fysiske problemer er de samme som andre med et stort alkoholforbrug, dvs. at deres sundhedstilstand som regel er meget ringe. Vi oplever en overrepræsentation af tuberkulose tilfælde blandt grønlanderne. Grønlanderne hænger ud på byens pladser, hvor de oftest sidder i en samlet flok.

De grønlandere, som vi har kontakt til, taler dårligt dansk og vi har svært ved at vurdere, om de forstår os. Vi har endnu ikke oplevet at få tilbudt tolkebistand i forbindelse med et møde hos en

sagsbehandler. Retsligt betragtes grønlænderne som danskere; de er danske statsborgere og bliver som følge deraf ikke tilbudt integrationshjælp og tolkebistand på linje med den som flygtninge og indvandrere tilbydes. Spørgsmålet er, om denne lighedsideologi i virkeligheden er et misforstået hensyn, der gør dem ekstra udstødte, fordi man overser deres kulturelle og sproglige egenart.

På gaden træffer vi hjemløse, der kommer fra de øvrige *nordiske* lande, først og fremmest nordmænd og svenskere. De holder almindeligvis sammen i grupper, men enkelte går rundt alene. Mange ernærer sig ved tiggeri. Vi kan ikke vurdere, om der i løbet af årene er kommet flere, men de er i hvert fald blevet mere synlige.

Flertallet af de hjemløse fra andre nordiske lande har et misbrug, enten af alkohol, stof eller begge dele, og dermed også samme slags helbredsmæssige problemer som andre brugere af rusmidler. Enkelte har psykiatriske lidelser.

Det er værd at huske på, at disse hjemløse ikke har de samme rettigheder som danske statsborgere, hverken socialt, økonomisk eller sundhedsmæssigt, men at deres behov for sundhedsydelse naturligvis er de samme som andre med lignende helbredsproblemer. Dvs. de har behov for vores basale tilbud om sygepleje. Men derudover hjælper vi dem også ved at betale for lægekonsultationer og medicin.

Der er forskellige private og offentlige institutioner, som interesserer sig for at hjælpe denne særligt udsatte gruppe. Derfor er det relevant at lære dem at bruge det netværk, der potentielt er omkring dem. Dog kan de være forbeholdne overfor at komme i kontakt med mere etablerede systemer, fordi de er angste for at blive identificerede og sendt hjem til noget, som de ikke ønsker. Af samme grund er de også forbeholdne overfor os, indtil de lærer os at kende, fordi de frygter, at vi vil indberette dem. Dette kan betyde, at de går rundt med sundhedsproblemer, som de ikke får hjælp til at løse.

Personer af *anden etnisk baggrund* er generelt i en marginal position og de er sandsynligvis dermed særligt udsatte for at blive massivt udstødte. Herbergerne i København melder om, at op til 50% af deres beboerne tilhører en etnisk minoritet.

Det er derimod sjældent, at vi møder mennesker af anden etnisk oprindelse end danske, der lever på gaden som hjemløse. De er der i et eller andet omfang, men hvor mange ved vi ikke. De

enkelte vi har mødt, har været svære at komme i kontakt med, og de var ikke øjenfaldende efter de kriterier, vi kender fra andre hjemløse.

De få vi har mødt, har været hjemløse af de samme grunde som andre hjemløse, nemlig på grund af misbrug og psykisk sygdom. Men vi er og bør fortsat være opmærksomme på, at nogle kan blive hjemløse af helt andre grunde. Selvom det er få, vi har været i kontakt med, er det vores indtryk, at de har været mere bekymrede for at fortælle åbent om deres identitet og problemer, end vi ellers er vant til.

De *prostituerede* som Sygepleje på Hjul har kontakt til er alle stofmisbrugere og alle over 18 år. De finansierer deres misbrug ved at prostituere sig. De opholder sig i et afgrænset område, og er dermed relativt nemme at opsøge, men til gengæld er de ofte på arbejde, når vi ønsker at etablere kontakt eller hjælpe dem med konkret sygepleje, hvilket selvfølgelig komplicerer kontakten en smule.

Kvinderne er generelt ekstra sårbare i denne subkultur. De trues ofte og vold er ikke en sjældenhed. Med jævne mellemrum verserer der rygter om, at især de helt unge kvinder må betale beskyttelsespenge for at bevæge sig i de mest belastede kvarterer.

I vores sygepleje til kvinder der prostituerer sig, har vi fokus på forebyggelse af seksuelt overførte sygdomme og graviditet. Deres stofmisbrug medfører, at de har samme sygdomme eller risiko for smitte som andre stofmisbrugere.

*Landevejsriddere* er en gruppe mennesker der tilsyneladende, ud fra hvordan de selv gør opmærksom på det, har valgt at leve på gaden som en livsstil. De fleste har et stort forbrug af alkohol. Det er vores erfaring, at for nogle bliver alkoholforbruget så stort, at de ikke formår at komme på landevejen igen efter en "overvintring". Stofmisbrug finder de uacceptabelt.

Sygepleje på Hjul har kontakt til mange *nyvagabonder*, som vi kalder dem. De kommer aldrig uden for bymuren, men bærer stadig landevejsriddernes karakteristiske uniform; jakker med medaljer, hatte, vogne - muligvis for at vise omverden, at de har truffet "det frie valg".

Der er ganske få - vel en lille håndfuld - af hjemløse, som har en adfærd, der gør, at de er meget *vanskelige at omgås*. I hele deres adfærd og i alle deres handlinger er der en konstant uro og en måde

at reagere på, som er vanskelig at føle sig ind i. Deres adfærd er mere uforudsigelig og afvigende end den vi oplever blandt andre brugere. De skaber usikkerhed og utryghed. Man ved aldrig, hvornår de pludselig falder over de andre brugere eller os verbalt eller fysisk.

Vi oplever, at denne gruppe er meget svære at rumme, ikke kun af os som professionelle, men også af de andre hjemløse. De lever en ensom tilværelse i eller tæt på gruppen. Det er en udfordring at give disse mennesker et sufficient tilbud.

Det er karakteristisk, at vores kontakt med denne gruppe er sporadisk og for kortere perioder ad gangen. Ofte fordi de selv vælger at afbryde den. Kontakten genetableres stort set altid - for så på ny at blive afbrudt. Det betyder, at de ofte ikke bliver færdigbehandlede eller at behandlingen er utilstrækkelig.

### **Et miljø med plads til at være anderledes**

Der er steder i byen, hvor man slet ikke møder hjemløse. Og andre steder, hvor man kan være næsten sikker på at møde dem. Det er vores indtryk, at det vil være for nemt at forklare det med tilfældigheder. Der er steder, hvor byen og dens rum skaber de betingelser som kræves for, at man som hjemløs eller udstødt foretrækker dette sted frem for et andet. Mange forhold spiller ind. At være hjemløs betyder ikke for dem, der lever på gaden et behov for at skjule sig. Man må godt blive set. Man vil gerne være tæt på, nogle gange meget tæt på "de andre". For de mere ensomme ser vi, at der på samme måde sker en udvælgelse af de trafikerede gader som opholdssted i pauserne fra bevægelsen. De pæne stille gader bliver af sig selv fritaget for de udstødte. De travle pladser, banegårdene og lignende bliver opholdssteder.

Når hjemløse skal foretage den meget omfattende bevægelse fra boligløshed til at have en bolig spiller rummet en betydelig rolle. At placere et botilbud på et isoleret sted, må opfattes som en - formentlig oftest ubevidst - strategi for beskyttelse. Derimod at placere det, hvor der er det liv og den aktivitet som de boligløse hjemløse foretrækker, kan være en måde at respektere deres livsform og anderledeshed.

"Campingbyen" er et botilbud, der er placeret i byen. Den ligger på en plads, hvor der ganske vist passerer en livlig trafik af biler, men stedet kan næppe siges at være et decideret knudepunkt

på linje med banegårde og S-togsstationer for menneskers bevægelser. Dens beliggenhed rammer tilsyneladende et balancepunkt mellem at være i byen og samtidig så tilpas isoleret, at omgivelserne ikke opfatter dens eksistens som generende.

Efterfølgende fortælling om Campingbyen illustrerer, hvordan vi arbejder med projekter i samarbejde med andre private organisationer. Desuden illustrerer den, at selv om vores arbejde hovedsageligt tager udgangspunkt i problematikker omkring den enkelte person, som en del af et netværk af venner og bekendte, så påtager vi os også gerne arbejdsopgaver, der har et helt miljø som udgangspunkt. Der er tale om en niveauforskel mellem det individ- og sagsorienterede og det miljøorienterede i vores arbejde.

## **Campingbyen**

I november måned 2000 fik De Hjemløses Hus<sup>5</sup> den ide at kontakte forskellige campingpladser for at høre, om de havde nogle efterladte campingvogne stående. Det viste sig faktisk af være tilfældet. Campingvognene blev foræret til De Hjemløses Hus, som så det som en kærkommen mulighed for at kunne tilbyde nogle af de hjemløse ly for vinteren. På en ubenyttet grund på Amager, ud til en trafikeret gade, hvor nærmeste nabo var nogle kolonihavehuse, blev der en kold decemberdag stillet 10 campingvogne op. Nogle var i fin stand, andre manglede et par hjul eller dækkene var flade, så vognene hældede lidt til den ene side. Dette skulle vise sig at være den spæde begyndelse til et nyt projekt "Skæve boliger til skæve eksister". Og skæve var de - begge parter.

Efter en del tovtrækkeri gav Københavns Kommune tilladelse til, at campingvognene kunne blive stående på grunden. Betingelsen var, at både vogne og brugere skulle være væk 1. maj 2001. Og at grunden skulle efterlades i samme stand. Mange har siden moret sig over den sidste bemærkning. Der lå flere tons affald

5. De Hjemløses Hus er samlingssted for Københavns Hjemløse Radio, SAND, hjemløse-avisen Hus Forbi samt et tv-værksted. Huset er siden starten af august 2000 blevet drevet af Dansk Røde Kors i samarbejde med Københavns Hjemløse Radio. Omkring 30 frivillige medarbejdere fra studerende til efterlønsmodtagere hjælper til i det daglige.

De hjemløses Hus er et sted, hvor hjemløse kan mødes i dagtimerne. Her kan man spise i caféen, tale med hinanden i ro og fred og få hjælp til små og store ting.

på grunden, da beboere i omegnen brugte grunden som losseplads. Der blev brugt mange timer og mange hjemløsekræfter på at få fjernet alt det affald. Bekymringen var stor, for hvordan skulle de få genanskaffet alt det affald, når grunden skulle efterlades!

Sygepleje på Hjul blev kontaktet af De Hjemløses Hus og blev spurgt om vi ville deltage i dette projekt. Således var vi med til at finde og vurdere, hvem der skulle have tilbudt en campingvogn for vinteren. Vores sigte blev at finde de dårligst fungerende blandt de hjemløse. Dem, som ikke havde mulighed for at bo andre steder og derfor overnattede på gaden. Den sidste beboer fandt vi lillejuleaften sovende op ad sin barnevogn med alle sine ejendele. Begge kom ind i sygeplejebilen og kørte ud til Campingbyen, som nu havde fået tilnavnet "Vinterly".

Julen over var der en del praktisk arbejde. Der var kommet flere campingvogne til og de campingvogne, der var i dårlig stand, skulle have en kærlig hånd og knuste ruder blev erstattet af nye. Vinden susede ind af revner og sprækker og på trods af, at brugerne var vant til kulde, så var det ulidelig koldt, så hver vogn fik installeret en elektrisk varmeovn. Medarbejdere og frivillige fra De Hjemløses Hus og nogle af brugerne udførte et kæmpe stykke arbejde, så det hele kunne komme til at fungere. Forskellige sponsorer støttede "Vinterly" økonomisk eller praktisk.

Der var ikke adgang til hverken vand, bad eller toilet, så der blev stillet en stor toiletskurvogn til rådighed. Her hentede brugerne vand til kaffen, vaskede brugte kopper og tallerkener, forrettede deres nødtørft, tog bad i ny og næ - og lagde brugte sprøjter og kanyler på gulvet. Det var kaos; det skabte konflikter brugerne imellem - og sundhedsmæssigt var det uacceptabelt. Samtidig var en af brugerne smittet med leverbetændelse A og Sygepleje på Hjul spurgte embedslægen til råds. Hurtigt derefter blev der stillet endnu en skurvogn til rådighed, som skulle benyttes til madlavning og opvask. Vi indkøbte spande og koste og stillede kanylebokse op. Samtidig blev alle brugerne og diverse medarbejdere vaccineret mod leverbetændelse A.

Det viste sig at være en større opgave at få folk vaccineret. Ikke fordi brugerne var afvisende overfor at blive stukket med en nål(!), men fordi kredsen af brugere rakte langt ud over de ca. 15, der nu havde fast bolig i Vinterly. Mange havde jo deres venner på besøg og mange af disse overnattede i en kortere eller længere perio-

de. De skulle jo også findes og vaccineres. Og vaccinen skulle ordineres af en læge. Men det lykkedes, blot for at konstatere, at nu havde flere af dem også fået lus. Så vi gik i gang igen med at fin-kæmme brugernes hårpragt.

En anden problematik skulle vise sig at være de mange hunde. På et tidspunkt optalte vi, at der opholdt sig 25 mennesker og ligeså mange hunde og hundehvalpe. Og hver hund skulle skabe sit eget, individuelle territorium. Det gjorde de ved evindelige slåskampe, hvor ejerne ofte blev involverede. Tit kunne der ikke skelnes i slåskampen. Var det ejerne der sloges indbyrdes, var det hundene eller var det dem alle? For Sygepleje på Hjul blev det til, at vi måtte følge mange til skadestuer og på Landbohøjskolens dyrehospital. Og mange efterfølgende sårforbindinger på både mennesker og hunde. Optimistisk indkøbte vi hundemundkurve til hele banden, men de blev aldrig taget i brug.

På et tidspunkt opstod der en epidemi - en "antabusepidemi". Først ville én i antabusbehandling, så fulgte flere trop. Epidemien spredte sig som ringe i vandet og kun få undgik den. I kølvandet på denne epidemi opstod endnu én. Måske var det i forlængelse af den første, da mange stofmisbrugere erstatter en slags sidemisbrug med et andet, men måske var det af helt andre årsager. Rygterne siger, at det var rockerne der placerede den. Det var kokain. Og det blev en bombe, der forårsagede store skader både på vogne, inventar, venskaber og på menneskene selv. Det var og er et stort problem. Der findes ingen reel behandling. Misbruget er kun blevet løst ved, at brugerne kom i fængsel for den kriminalitet, de begik i forsøget på skaffe penge til stof eller til at tilbage en stor gæld.

Når man har boet på gaden i en længere årrække, har man dagligt haft konflikter tæt inde på livet. Konflikter som let opstår i kølvandet på alkohol og stofmisbrug og som bliver løst internt i subkulturen. Sådanne konflikter ophører ikke nødvendigvis, fordi man har fået en bolig. Vi har været vidne til meget ubehagelige episoder og har måttet ringe 112 flere gange. På trods af dette, har vi aldrig overvejet at holde os væk derfra, selv ikke da en bruger, der har en tendens til at blive psykotisk, truede en af os sygeplejersker med et hjemmelavet våben. I stedet forsøgte vi at få ham indlagt på psykiatrisk afdeling. Dette lykkedes dog ikke, da afdelingen ikke mente han tilhørte deres målgruppe. Så dér stod vi med en psykotisk

mand på gaden - mens der samme dag, på den anden side af jorden styrtede to tårne, da to fly fløj ind i de høje bygninger.

På grund af de mange konflikter der opstod og som ofte opstår, når mange af brugerne samles, blev der med støtte fra KAB<sup>6</sup> ansat en social vicevært. Han havde til opgave at bistå med de mange praktiske gøremål, eksempelvis erstatte de nyindsatte, men nu knuste ruder med nye. Han havde også til opgave at mægle mellem parterne. Dette var ikke nogen nem opgave, hvilket også afspejles i de mange forskellige sociale viceværter, der har forsøgt at bestride opgaven.

Snart var det 1. maj og dermed nærmede sig tiden, hvor de hjemløse skulle opgive deres vinterly og finde ud på gader og stræder. Takket være en ihærdig indsats fra De Hjemløses Hus, KAB, journalister og andre lykkedes det at overtale Københavns Kommune til at betale for permanent byggeri på grunden. KAB stod for selve byggeriet og dermed blev Vinterly til endnu et af projekterne om "Skæve boliger til skæve eksistenser" og blev omdøbt til "På sporet".

I dag står der 12 "skurvogne" på grunden. Det er fine, små huse med køkken og eget bad og toilet. Der hænger en postkasse ved siden af hver hoveddør, hvorpå navnene står på de 12 personer, der stod last og brast om projektet, og som i dag har deres egen bolig. Der er stadig tilknyttet en social vicevært. Ligeledes har de fleste af brugerne også tilknyttet en "SKP"<sup>7</sup>er, en støttekontaktperson. Hjemmeplejen, som støttede projektet helt fra begyndelsen og aflastede og supplerede Sygepleje på Hjul, har deres daglige gang derude. Hver tirsdag kommer der to socialrådgivere fra det lokale socialkontor. Alle er de med til at få "På sporet" til at køre på skinner...

Hvis man vil gøre sig den ulejlighed at slå et smut forbi Campingbyen, vil man tro, at man er havnet i et bedre parcelhus-

6. KAB - Bygge-og boligadministration er et beboerstyrer forretningsførselskab, der ejes af en række storkøbenhavnske boligorganisationer.

7. I 2001 afsatte Socialministeriet et beløb til et 2-årigt forsøgsprojekt med støttekontaktpersoner til hjemløse i 3 kommuner; København, Aalborg og Sakskøbing. Støttekontaktpersonerne har til opgave at tilbyde praktisk hjælp og støtte i et tæt og kontinuerligt forløb med den enkelte. Målgruppen er de svært stillede, marginaliserede hjemløse. Projektet evalueres og afsluttes (eller fortsættes) i 2003.



kvarter i en forstadskommune. Om foråret vil man kunne se beboerne gå rundt i deres små haver, hvor de enten maler stakit i friske farver eller planter stauder. Om sommeren griller de på fællespladsen, mens musikken lyder fra de åbne vinduer og fortøner sig med lyden af klirrende ølflasker og gøende hunde. De går og nipper skud på deres tomatplanter, mens de drikker kirsebærvin og byder på en tår og en friskplukket tomat.

## **Bemærkninger om fortællinger**

"Typiske" sygeplejehandlinger, sådan som vi beskriver dem i vores pamflet *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udsatte borgere* kan være ganske gode som generelle anvisninger. Men de siger ikke ret meget om de komplekse forhold, som spiller ind i vores omgang med den enkelte bruger. Derfor inddrager vi en række fortællinger i en bestræbelse på at fremstille vores brugere som levende mennesker med individuelle personligheder, følelser, oplevelser med "systemet" og måder at tackle tilværelsen på. Vi lader personerne fremstå som de er, ikke i kategorier som "stofmisbrugere" eller "alkoholikere". Dette med henblik på at bibringe læseren en forståelse for, hvordan verden ser ud fra den enkelte brugers synsvinkel og samtidig også, hvorfor vores sygepleje ikke kan sættes på en entydig formel. Vi vil altså gerne være den enkeltes talerør samtidig med, at vi gerne vil viderebringe budskabet om, hvor kompleks den enkelte brugers situation er og dermed også, hvor kompleks vores sygepleje nødvendigvis må være. Det er vores ambition at formidle, hvad denne kompleksitet handler om.

Fortællingerne viser samtidig også forhold, der er almenlydige i vores arbejde og netop derfor er valget faldet på dem. Vi trækker bestemte aspekter frem, fordi de er af særlig betydning for gadesygepleje som et sygeplejefagligt speciale og fordi de afspejler problematikker, som vi ofte støder ind i. Nogle af fortællingerne er som følge heraf længere end andre.

I fortællingerne fremstår vores sygepleje som specifik, og viser kun i begrænset omfang, at vi trækker på vores generelle viden og erfaring. Den interesserede læser vil kunne finde beskrivelse af og begrundelse for de generelle sygeplejemetoder, der er specielle for arbejdet med hjemløse i pamfletten: *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udsatte borgere*.

## Adam

Adam er en mand i begyndelsen af halvtredserne. Han kommer fra Grønland, men har ikke været der siden han var barn. Hvis Grønland bliver nævnt i en samtale, bliver han meget aggressiv og derfor er det sparsomt, hvad vi egentlig ved om hans fortid. Han har sejlet i mange år og har mange spændende historier at fortælle fra de syv verdenshave. Adam afmønstrer skibet og har forskellige jobs rundt omkring. Her begynder alkoholmisbruget at tage til og i dag drikker han massivt. Adam taler flydende dansk. Vi kan ikke vurdere om han også taler flydende grønlandsk.

Projekt Udenfor har haft kontakt til Adam siden projektets begyndelse. På daværende tidspunkt opholder Adam sig i indre by dagen igennem og sover på et offentligt toilet om natten. Han er meget svær at komme i kontakt med; oftest aggressiv og gnaven og vil absolut ikke have kontakt med kvinder. Derfor begrænser kontakten de første år sig til, at vi vasker hans tøj, giver ham en sovepose i ny og næ og skænker ham en kop kaffe.

På et tidspunkt begynder Adam at skrante alvorligt. Vi er bekymrede fordi han er gul i øjnene og vi forsøger at få ham til læge. Men hver gang vi opsøger ham, er han så beruset, at det er umuligt at følge ham nogen steder, da han hverken kan gå eller stå. Vi taler med Adam om dette og kommer frem til, at vi må finde ham tidligt på morgenen, hvor han endnu ikke er for beruset. Vi kontakter den nærmeste skadestue, der indvilger i at modtage ham kl. 06.00 for at kunne tage blodprøver og et røntgenbillede af lungerne for at udelukke tuberkulose. Arrangementet forløber fint. Adam får taget prøverne. De viser desværre, at Adam har leverbetændelse.

Adam får som en af de første en campingvogn i Campingbyen. Dette er både lykkeligt og en smule problematisk, da han er smittebærer af leverbetændelse. Han begynder at komme dagligt i Ørstedsparken<sup>8</sup>. En dag har han slået ryggen, har voldsomme smerter og vi kører ham på skadestuen. Herefter ændres forholdet. Det er vores klare fornemmelse, at Adam har fået tillid til os og opsøger os, når han har brug for hjælp. I den følgende tid hjælper vi Adam til mange undersøgelser, da han har mange sundhedsmæssige problemer. Her kan blot nævnes tarmlidelser, gigt, en sprunget trommehinde og hoftebrud. Vi hjælper ham også til tand-

8. Ørstedsparken er en af vores daglige holdepladser med Sygepleje på Hjul. Her ved folk, at de kan træffe os, hvis de har behov for sygepleje.

lægen, da han har behov for protese. Adam klager over kløe i hovedbunden og det viser sig, at håret nærmest er levende af lus. Af flere omgange forsøger vi at afluse ham, og må til sidst konstatere, at den eneste mulighed er, at vi fjerner alt håret, hvilket han indvilger i.

I den sidste tid har Adam fået det mærkbart bedre. Vi ser ham sjældnere og sjældnere, men når han kommer og besøger os i Ørstedparken er han glad og oftest ædru. Han fortæller om sit lille hus og om sin støttekontaktperson, som han er meget glad for og også meget afhængig af, da han ikke er i stand til at varetage praktiske opgaver selv. Han har hjemmehjælp og muligvis skal han tilsluttes en madudbringningsordning. Alkohol og de mange år på gaden har sat sine spor og uden massiv hjælp og støtte vil Adam ikke være i stand til at klare sig selv.

## **Bent**

Bent er en 35-årig mand, der har et massivt forbrug af heroin, metadon, hash, nervepiller og alkohol. Hans mor døde, mens han endnu var barn og han og hans 2 brødre voksede op hos faderen. Bent fortæller, at de var lidt af nogle ballademagere og tidligt havde omgang med stoffer. Faderen er nu død. Således også den ene bror, der døde af en overdosis. Den anden bror afsoner en længere fængselsdom for handel med narkotika. Bent har aldrig haft et almindeligt job og gik tidligt ud af skolen. Til trods herfor er han meget belæst og har altid gang i en ny bog, som han ivrigt fortæller om.

Sygepleje på Hjul møder Bent i oktober 1999, hvor han bor i en aflagt togvogn. Vi blev gjort opmærksomme på dette, af en anden hjemløs, som mente han trængte til sygepleje. Han har nogle sår, der ikke vil hele. I en periode på tre måneder besøger vi ham jævnligt. Men togvognen bliver fjernet og dermed Bents bopæl og vi mister kontakten til ham.

Vi møder Bent igen ude i Campingbyen, hvor han er en af de første, der har fået tildelt en vogn. Bent er faldet og har fået en flænge i hovedet, er blevet syet og skal have fjernet stingene. Herefter går det slag i slag. En stor flænge i tåen, der kræver daglige fodbad og forbindelse. Samtidig falder Bent med en flaske i hånden og skærer sig dybt. Han bliver indlagt på hospital til operation og fortsætter i ambulans behandling, hvor vi følger ham dagligt. Der hersker ingen tvivl; hvis vi ikke følger ham, så kommer han ikke af sted. Han er så dårligt fungerende og konstant påvirket, at vi i

perioder har svært ved at kommunikere med ham, og han er simpelthen ikke i stand til at overholde de aftalte tider.

I den mellemliggende periode får Bent en infektion i øjet og oveni en herpesinfektion, også i øjet. Dette kræver igen indlæggelse. Vi besøger Bent dagligt, mens han er indlagt. Ved udskrivelsen bliver Bent ordineret ti daglige øjendrypninger. Sygepleje på Hjul må finde på en løsning, da det er urealistisk for Bent at dryppe øjnene så mange gange. Vi kontakter den lokale hjemmepleje, der er meget imødekommende og interesseret i at løse problemet. Lægen ændrer ordinationen til tre daglige øjendrypninger og hjemmeplejen overtager behandlingen. Nogle dage lykkes det at finde Bent og andre dage har de vanskeligheder med at finde ham. Vi sørger for altid at have øjendråber på os, og når vi så møder ham på gaden, så drypper vi dem efter aftale med hjemmeplejen. Vi fortsætter med at følge Bent til kontrol på hospitalet. Ofte må vi aflyse aftalen, da vi enten ikke kan finde Bent eller ikke kan få ham overtalt til at tage med. Resultatet er desværre blevet, at Bent næsten har mistet synet på det ene øje.

Vi forsøger at få Bent til en helbredsundersøgelse med henblik på at søge pension. Det tager lang tid før det lykkes at få ham til lægen og endnu længere tid før han får godkendt pension. I perioder stiger Bents alkoholforbrug så voldsomt, at han ifølge ham selv "ikke kan følge med". Flere gange forsøger vi at få ham indlagt til afrusning. Dette kan dog ikke lade sig gøre, da Bent har hund, som ikke kan komme med og den vil han ikke være foruden.

Vi forsøger at få ham til tandlæge, men der kommer hele tiden et akut sygdomsproblem i vejen, så dette er ikke lykkedes endnu.

Vi er vedholdende og tålmodige med Bent. Vi er af den overbevisning, at vi må vurdere den enkeltes ressourcer og møde ham dér, selvom det kræver en stor indsats og mange ressourcer uden nogle målbare resultater. I vores arbejde fastholder vi kontakten med brugeren, selvom de ikke overholder aftaler eller har vanskeligt ved at følge en plan.

På nuværende tidspunkt har Bent fået tildelt bolig og en støtte-kontakt person. Han skifter mellem forholdsvis stabile perioder på antabus og andre perioder med et massivt blandingsmisbrug. Han planlægger for tiden en længere ferie med en kammerat i udlandet, hvor hans hund naturligvis skal med.

## Bulder

Bulder er en usædvanlig mand med "usædvanlige" evner. Han kan skabe så meget røre omkring sin person, at de andre hjemløse lige så stille fordufter, når han viser sig. Han har københavnsrekord i karantæner fra forskellige institutioner. Bulder har en så udadretterende adfærd, at han kan være svær at fastholde i et forløb, da han ofte skaber kaos omkring sig. På gode dage, hvor han er i godt humør er han vellidt og spreder god stemning med musik og sang.

Bulder har sin helt egen mening om, hvordan tingene burde være. Han er ikke bleg for at true sig til et godt tilbud hos socialforvaltningen. Såfremt han oplever, at han fejler det mindste, er han af den overbevisning, at han nærmest dør, hvis ikke han bliver indlagt omgående, og ve den, der vover ikke at samtykke. På den konto har vi fået mangt en bule i vores bil.

Han er en verdensmand. Når han har penge på lommen, bliver der delt barmhjertigt ud til højre og venstre. På et tidspunkt skal han selv administrere en penicillinkur. Her deler han gavmildt med de andre hjemløse, som han mener har behov for penicillin, ud fra devisen om, at man bør hjælpe, hvor der hjælpes kan. Vi forsøger at forklare ham, at medicinen er beregnet til ham, hvorefter han nikker forstående og indtager en håndfuld tabletter på en gang - og skyller den ned med en årgangsøl. Den tomme pakke bliver resolut smidt i skraldespanden og da han har tørret sig om munden proklamerer han: "Man skal ikke være så lang tid om så lidt".

Bulder har boet på gaden i mange år og kender derfor mange mennesker, der opholder sig i det offentlige rum. Med jævne mellemrum kommer han stolt og fortæller, at han fået tilbudt småjobs med at asfaltere veje m.m. og vi har da også flere gange set ham komme gående i en kedeldragt med Københavns Kommunes logo på ryggen, men om det betyder, at han har et egentligt job, må stå hen i det uvisse.

Bulder har fået enkelte tilbud om bolig i de år, vi har kendt ham og han er da også flyttet ind med entusiasme og store armbevægelser. Desværre er han flyttet lige så hurtigt ud igen med tilsvarende store armbevægelser - her var det blot naboerne, der svingede armen.

Hans situationen i dag er uændret. Han bor på gaden, er isoleret fra de andre hjemløse, vi ser ham med jævne mellemrum og fulgte ham forleden på skadestuen på grund af smerter i hjertet.

## Ellen

Ellen er en ung narkoprostitueret kvinde. Hun er indlagt på medicinsk afdeling med en svær infektion. Afdelingens personale kontakter os, fordi de er bekymrede for hende. Hun har flere gange forladt behandlingen i utide og hun har ikke noget sted at bo, og de er bange for, at hun skal blive svært syg ved at gå rundt på gaden med en ikke færdigbehandlet infektion.

På det tidspunkt, hvor de kontakter os, er hun lige blevet indlagt for anden gang og de frygter, at hun igen vil forlade hospitalet før tid. Vi tager derud for at tale med hende om, hvilke muligheder der er for at få hjælp, også selv om hun har forladt en behandling af egen "fri vilje".

Ellen kender kun til miljøet omkring Vesterbro, hun har jævnligt kontakt til et projekt, hvor hun kan være nogle dage om ugen, men kun i dagtimerne. Efter en længere samtale går det op for os, at Ellen kun har været i miljøet i ganske kort tid og det undrer os, at hun allerede har pådraget sig en så alvorlig infektion, som vi normalt kun oplever hos stofmisbrugere, der har været aktive i mange år. Dette giver os mistanke om, at hun måske ikke ved, hvordan hun skal injicere stoffet på den mest forsvarlige måde. Derfor formoder vi, at hun har et presserende behov for en grundig vejledning i fixeteknik. Vi underviser hende i, hvordan hun kan tilberede sine stoffer, injicere dem på en forsvarlig måde og hvordan hun kan undgå at overdosere.

Ellen fortæller, at selvom hun får metadon under indlæggelsen, så har hun stoftrang hele tiden og må forlade afdelingen for at skaffe sig stoffer. Hun er meget fascineret og tiltrukket af det "heftige" gadeliv. Det er derfor usandsynligt, at hun forbliver indlagt indtil hun er færdigbehandlet. Vi indleder et samarbejde med afdelingens personale, der beslutter at øge hende i metadon for at mindske hendes stoftrang. De sørger for, at hun har de samme sygeplejersker til at passe sig, hver gang hun er indlagt, så der er kontinuitet i plejen.

Vi arrangerer, at når Ellen ikke længere er indlagt, kan hun komme på et rådgivningscenter<sup>9</sup> og hente metadon, så hun ikke behøver at prostituere sig for at få penge til stoffer. Hun får lovning

9. For at kunne få udleveret metadon i København skal man via et rådgivningscenter.

på et værelse på et herberg, hvor der er ansat sygeplejersker, som vil tage sig af hende. Imidlertid bliver vi fra anden side gjort opmærksomme på, at et andet projekt stiler imod at få hende i stof-fri døgnbehandling. Det går op for os, at hun har indgået uoverensstemmende arrangementer med forskellige projekter. Derfor etablerer vi et samarbejde med herberget og det projekt, som hun allerede er tilknyttet, for at koordinere vores indsatser. Aftalen bliver, at Sygepleje på Hjul fremover holder lav profil vedrørende al "stofbehandling" og sagsbehandling.

Ellen lever en omskiftelig tilværelse, mellem at være indlagt, i metadonbehandling, i familiepleje, i stoffri døgnbehandling eller på gaden. Vi fungerer som Ellens primære netværk. Vi besøger hende, når hun er indlagt, vi går på cafe, når hun lever det heftige gadeliv og står i det hele taget til rådighed, når hun synes, hun har brug for os.

## **Lennart**

På vores opsøgende ture igennem byen bliver vi opmærksomme på en gruppe af mennesker, der dagligt sidder nede ved flyvebådene. Vi præsenterer os og kommer i snak med dem. De viser sig at være nordmænd og svenskere. Vi fortsætter med jævnlige opsøge dem, tilbyde dem kaffe og andre forfriskninger fra sygeplejebilen samt rense nogle småår, alt i mens vi forsøger at danne os et overblik over gruppens generelle helbredssituation.

En af de første vi får kontakt med er Lennart, der er svensker. Han sidder i Nyhavn hver dag, hvor han drikker og lever af at tigge penge af sine landsmænd, der er på sviptur til København. Han fortæller, at han har opholdt sig på gaden i København i over ti år. Han modtager ingen økonomisk hjælp og har i alle årene levet af at samle flasker og tigge.

Lennart er i begyndelsen lidt mistroisk over for os, fordi han er i tvivl om, hvorvidt vi kommer fra myndighederne. Han er bange for at blive udvist. Vi spørger, hvorfor han opholder sig i Danmark og han fortæller, at han bliver jagtet af både politiet og militæret i Sverige. Han viser os en masse ar, som han har på kroppen og som han angiveligt har fået i en krig, som vi aldrig har hørt om. Han klager over smerter på grund af jernsplinter, som han fik i låret under krigen. Vi får ham på skadestuen, hvor et røntgenbillede viser, at der ikke er noget abnormt. Dette, sammenholdt med hans øvrige

fortællinger, gør, at vi bliver klar, at der kan være tale om paranoide forestillinger.

Lennart har et stort ønske om at komme i afrusning. Vi følger ham hen til en alkoholenhed, hvor han bliver tilbudt antabus-behandling samt en afrusning på Fenemal. Men de kan ikke tilbyde ham et længerevarende ophold på en institution, da han ikke er indskrevet i det danske system.

Der følger nu en periode, hvor Lennart er skiftevis på korte afrusningsophold og på gaden, hvor han drikker. Han har stadig tanker om, at han bliver forfulgt, hvilket betyder, at han nødig vil oplyse om sine personlige forhold. Derfor er det svært at hjælpe ham dels med økonomiske forhold og dels med hjælp til længerevarende behandling, da vi ikke har nogen steder at kunne henvende os, når vi ikke har fyldestgørende data.

Til folk fra andre nordiske lande kan vi blot tilbyde basal sygepleje, en kop kaffe og en sovepose. Da de ikke er danske statsborgere, har de ikke automatisk ret til de samme ydelser. I stedet forsøger vi at inddrage Københavns Kommunes socialarbejder, der er ansat til særligt at tage sig af udlændinge. Denne socialarbejder har nu overtaget hans sag. Sideløbende med dette initiativ opsøger vi fortsat Lennart med jævne mellemrum.

## **Lisbeth**

Lisbeth henvender sig til os en dag, hvor vi holder med sygeplejebilen ved en af vores holdepladser. Hun er ung, men ser slidt ud. Hun trækker os lidt til side og fortæller, at hun har fixet brun heroin og fremviser to store bylder i hver side af lysken. Vi bliver rystede og bekymrede og vil straks have hende med på skadestuen. Hun fortæller, at hun selv var taget derhen dagen forinden, men måtte vente så længe, at hun var blevet abstinent og derfor måtte forlade skadestuen, før hun var blevet tilset af en læge. Nu vil hun ikke opleve det samme igen i dag. Hun vil meget gerne have én af os med, men beder os om at vente en lille time, da hun lige skal have en kunde først, så hun kan få råd til at købe stof, som hun kan have med i tilfælde af lang ventetid.

Da vi hverken kan garantere for kortere ventetid eller garantere, at vi kan få en læge til at give hende abstinensbehandling i ventetiden i skadestuen - giver vi hende et par hundrede kroner og foreslår at hun køber noget, så hun kan holde ventetiden ud i ska-



destuen. Derefter tager vi med Lisbeth på skadestuen, hvor hun bliver indlagt efter få timers ventetid.

## **Mette**

Sygepleje på Hjul har kendt Mette igennem 4 år. Hun er en ung kvinde, rimelig velfungerende og har kontakt til sin familie. I perioder har hun lejlighed, i perioder er hun boligløs, hvor hun sover hos forskellige mænd, som er kærester eller kunder. Hun er stofmisbruger og tjener sine penge til stof ved at prostituere sig. Hun fortæller, at hun ikke kan finde ud af at stjæle, fordi hun får så dårlig samvittighed. Derfor har hun "valgt" prostitution som indtægtskilde.

Mette har røget heroin i en lang periode. Dog synes hun, at det bliver for dyrt i længden. Det skyldes, at når man ryger heroin frem for at injicere det, skal man bruge væsentligt mere, for at opnå den samme effekt. Jo mere heroin der skal bruges, jo flere penge og dermed flere kunder. Mette begynder at injicere heroinen i stedet. Vi møder hende flere gange, hvor hun har fejlfixet, fordi hun simpelthen ikke kan finde ud af at ramme en vene. Hun får af og til hjælp af andre stofmisbrugere, men når hun er alene, må hun klare det selv. Vi har flere samtaler med Mette om denne problematik og efter overvejelse, lærer vi hende, hvordan hun kan indtage heroinen, hvad hun skal være opmærksom på og hvordan hun kan passe bedst på sig selv.

Mette har længe været afvisende overfor at komme i metadonbehandling. Som mange andre oplever hun det som et nederlag og frygter, at hun dermed aldrig vil komme ud af sit stofmisbrug. Hun har været i stoffri døgnbehandling mange gange, men det er ikke lykkedes hende at blive stoffri endnu.

## **Ole**

Ole er en midaldrende mand med et stort alkoholforbrug. Han har boet på gaden i København i flere år, men har været tilknyttet en anden kommune, hvor han har fået udbetalt sin kontanthjælp. Han hænger ud med en større gruppe hjemløse i den indre by og kommer dagligt i Ørstedsparken, for at hyggesludre og få rensset sår efter forskellige fald.

Den gruppe af hjemløse som Ole har været en del af, har været til stor frustration for politiet, da de har opholdt sig på offent-

lige pladser hele dagen igennem og holdt deres egen lille fest. Politiet har ofte følt sig nødsaget til at få dem til at finde et andet sted at opholde sig på grund af klager over deres tilstedeværelse. Men da brugerne foretrækker at opholde sig på byens travle steder, der hvor andre mennesker passerer forbi, er de ikke sådan at få til at forsvinde. Politiet har så den mulighed at give folk bøder. På denne måde har Ole fået tildelt mange bøder og har flere gange skullet i fængsel for "at sidde bøder af". En overgang følte han sig nærmest forfulgt af politiet, efter at han havde været i konflikt med en enkelt politimand. Han fortæller, at han fik flere bøder dagligt, også hvis de bare så skyggen af ham.

Ifølge politivedtægterne kan man få tilhold og derefter bøder af kr. 400,- for at "forstyrre den offentlige orden". Bøderne kan konverteres til frihedsstraf, hvis man ikke kan betale. Det betyder reelt, at sanktionen for den samme forseelse afhænger af den enkeltes økonomiske formåen. Således sidder mange hjemløse, der ikke har begået noget kriminelt i fængsel, simpelthen fordi de ikke har mulighed for at betale bøderne. Og det kan blive til mange bøder på en måned.

En dag falder Ole, mens han går på gaden. Han bliver indlagt og sygehuset formoder, at han har sclerose. Fordi Ole har folkeregisteradresse i en anden kommune vil de overflytte ham til hospitalet i denne. Ole afviser fuldstændigt. Sygepleje på Hjul forsøger igennem længere tid at få ham på herberg, hvilket endelig lykkedes og i den anledning får han flyttet adresse til København og bliver samtidig tilknyttet et sygehus i København, sådan som han ønsker det.

Vi bliver hurtigt opmærksomme på, at den måde vi bedst kan hjælpe Ole på, er ved at løse hans problematiske boligsituation. Vi hjælper ham med at søge pension og beskyttet bolig. Efter en meget lang proces; meget skrivearbejde, mange samarbejds møder med hjemmeplejen og socialforvaltningen lykkes det endelig og Ole bliver tilkendt både pension og en beskyttet bolig.

Samtidig med, at Ole går til udredning for sin sclerose sker det ofte, at benene forsvinder under ham og han falder. Han får sjældent hjælp af forbipasserende, "fordi de bare tror, at jeg er skide fuld". En dag, hvor han er på besøg hos sin søster, falder han ned i en gulv vase og skærer pulsåre, sener og nerver over i armen. Han indlægges akut. Armen bliver lagt i gips, men der går infektion i

såret, og Ole bliver opereret af flere omgange. Han udskrives til ambulans behandling med daglige forbindskiftninger. Efterhånden er Ole ved at få "hospitalskuller". Vi erfarer, at hvis vi ikke dagligt tager med ham, så kommer han ikke derhen. Samtidig bliver han indkaldt til en rygmærvsprøve, men han er meget nervøs for dette indgreb og vi må ringe og aflyse 3 gange. Den tredje gang oplyser hospitalet, at Ole er blevet udskrevet fra ambulans behandling, da han er udeblevet. Dette på trods af, at vi faktisk har ringet hver gang og aflyst. Hvis han ønsker at blive tilknyttet ambulatoriet igen, må det ske via henvisning fra egen læge. Derefter går der næsten et år, før Ole bliver indkaldt igen.

På nuværende tidspunkt er såret i armen helet op. Han har sparsom funktion af fingrene i venstre hånd på grund af varig nerveskade. Han går til ambulans kontrol for sin sclerose og har fysioterapeut, der kommer i hans hjem, to gange om ugen. Han går dårligt, men afviser alle former for hjælpemidler. Han opholder sig i sin bolig og klarer selv alle de praktiske ting i hjemmet. Han fortæller, at i begyndelsen var de ældre beboere bange for ham og hans venner, som han ofte har med sig hjem, men over tid er de blevet meget glade for ham, da han hjælper dem med forskellige ting. Hans alkoholforbrug er reduceret markant og han har genoptaget kontakten til sin søn.

## **Ove**

Ove er en mand på 44 år. Han er opvokset i Jylland hos sin familie og 3 søskende. Hans baggrund er lidt uklar, men vi ved, at han har været gift og fået 2 børn, som han ikke har kontakt til mere. Det var efter skilsmissen, at Ove "gik på landevejen" og blev landevejsridder. Det har han nu været i 15 år. Han oplyser, at han altid har drukket. I de mange år Ove har gået på landevejene, har han ernæret sig ved at slibe knive på gårde og på kræmmermarkeder. Han har levet det frie liv, og ønsker fortsat at leve på denne måde. Når bolig eller herberg kommer på tale, afviser han altid fordi "livet skal leves på gaden". Men livet på gaden er også hårdt for Ove og det massive alkoholforbrug slider på kroppen.

Da det er ved at være fysisk umuligt for Ove at gå på landevejene, bosætter han sig på gaden i København, hvor Sygepleje på Hjul møder ham på en af vores opsøgende ture rundt i byen. De første par gange taler vi blot om løst og fast. Da han sidder i en lille

flok med andre hjemløse, som kender os i forvejen, baner de vejen ved at præsentere os og kommer med eksempler på, hvad vi har hjulpet dem med. Ved en sådan lejlighed oplyser Ove, at han har smerter i maven og ønsker vores hjælp.

Vi følger ham til lægen, som formoder det drejer sig om mavesår, der skyldes et massivt alkoholforbrug. Han får ordineret medicin, men symptomerne fortsætter og han er forpint af smerter. Dette står på over længere tid og vi aner ikke, hvad vi skal stille op, da Ove bestemt giver udtryk for, at han ikke ønsker at holde op med at drikke. I denne periode opsøger Ove os næsten dagligt i Ørstedsparken. En dag, hvor han beklager sig over smerterne, fortæller han henkastet, at han i øvrigt har sådan en underlig bule i lysken. Først da bliver vi klar over, at han har gået rundt med et stort brok.

Ove bliver opereret. Efter sin udskrivelse accepterer han at flytte på herberg, hvor der er sygeplejersker tilknyttet - men kun indtil foråret, så skal han på gaden igen. Sygeplejerskerne passer ham godt, men han er ikke glad for at bo der, fordi "der er alt for mange junkier" og Ove ender på gaden igen. Hans tilstand forværres og han taber sig synligt.

I forbindelse med en fokusuge<sup>10</sup> måler vi Oves blodsukker, der viser sig at være langt over normalværdien.

Ove får konstateret sukkersyge og samtidig konstaterer lægen, at hans stærke smerter skyldes en kronisk betændelsestilstand i bugspytkirtlen. Han får tabletter mod sukkersygen og hans smertestillende medicin øges i dosis. Vi forsøger indledningsvist at dosere medicinen til ham for et par dage ad gangen. Det skaber nogle problemer. Han dukker ikke op, som vi aftaler og vi kan ikke altid finde ham. Dette betyder, at enten får Ove ikke sin medicin i op til flere dage eller også bruger vi uforholdsvist megen tid på at finde ham. I samråd med Ove kommer vi frem til, at han får medicinen for to uger ad gangen, men at vi altid opbevarer ekstra i til-

10. Sygepleje på Hjul har haft såkaldte "fokusuger". En uge, hvor vi har prioriteret at have særligt fokus på et specifikt sundhedsproblem, som vi kunne formode brugerne havde. Det har bl.a. været, at få brugerne undersøgt for tuberkulose. En anden uge var det at måle blodsukkeret på alle de brugere vi mødte. Se pamflet nr. 4: *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udsatte borgere*, hvor der står mere om fokusuger.

fælde af, at han mister den. Vi tvivler på, at han tager medicinen som foreskrevet, men vi har ikke kunnet finde en bedre løsning.

Udover at vi følger Ove til lægen jævnligt med henblik på at holde kontrol med sukkersygen, supplerer han sin tabletbehandling ved at stikke sig med en insulinpen tilhørende en anden hjemløs med sukkersyge. Vi har store vanskeligheder med at få Ove til at forstå, at det ikke er hensigtsmæssigt, at det sågar kan være livsfarligt.

Sideløbende forsøger vi at motivere Ove til at modtage et tilbud om bolig. Han mener selv, at han nok er ved at være moden til at komme inden for. Men han er alligevel ikke helt klar endnu. Ove drømmer stadig om livet på landevejene og frygter måske, at han ikke vil føle sig tilpas indenfor. Det kan være, at hans identitet er så nøje forbundet med det at være landevejsridder, at opgiver han at leve på gaden, opgiver han den sidste rest af det, der giver ham en meningsfuld tilværelse.

## **Simon**

Simon er en grønlænder, der har boet i København i et års tid. Han kom herved for at besøge noget familie og for at se om han kunne få arbejde. Han synes, at tilstandene på Grønland var så perspektivløse, at han håbede på, at han kunne skabe sig et bedre liv her nede.

Sådan gik det ikke. Efter blot to uger i København er han begyndt at drikke massivt. Han sover på gaden sammen med de andre grønlændere. Hans sidste folkeregister adresse er på Grønland, så hans kontanthjælp bliver stoppet, da den grønlandske hjemkommune ikke har set ham i et stykke tid. De andre grønlændere tager ham med ned i Ørstedsparken for at bede om hjælp.

Simon taler meget dårligt dansk og vi forstår ham ikke. Han er sammen med sin fætter, der oversætter for os, så godt han kan. Vi tager Simon med på et socialcenter med henblik på at få afklaret hans situation. Han får bevilget kontanthjælp, hvorefter han giver udtryk for at være tilfreds og der går lidt tid før vi ser ham igen.

En dag kommer hans fætter ned i Ørstedsparken og fortæller, at de begge er blevet smittede med tuberkulose og at de har mistet al deres medicin. Vi kontakter det sygehus, hvorfra de har fået udleveret medicinen og det viser sig, at det er lang tid siden sygehuset sidst har set dem. Vi bliver i tvivl om, hvorvidt de kan

administrere deres medicin som foreskrevet. Derfor holder vi tæt kontakt med dem og sørger for, at de husker at tage tabletterne.

En dag er Simon forsvundet. Fættereren oplyser, at han er taget til Esbjerg og har efterladt sine tabletter hos fættereren. Simon følte sig ikke længere syg og kunne derfor ikke se fornuften i at fortsætte med tabletbehandlingen. Vi beder fættereren om at ringe til Simon og forklare, at han skal fortsætte med sin behandling mange måneder endnu og vi aftaler at sende tabletterne til Esbjerg.

Da Simon kommer tilbage efter et par uger, viser det sig, at han ikke taget den tilsendte medicin. Det lykkes at få et botilbud, så han kan få lidt struktur på sin ellers meget kaotiske hverdag. Den eneste grund til, at han samtykker, er, at der bor mange andre grønlændere. Personalet på stedet hjælper ham med at huske at tage sin medicin. De dage han ikke til stede, kontakter de os og vi forsøger at finde ham i byen. Ved hjælp af denne metode bliver Simon efterhånden rask.

## **Svend**

Svend er en midaldrende mand med et massivt alkoholforbrug. Han har levet på gaden i mange år og har det meste af tiden også overnattet på gaden. Han er absolut ikke interesseret i at komme på herberg og begrundet det med alle de stofmisbrugere, der bor der. Han har fået tilbudt bolig, men har af forskellige grunde afvist dette. Det sidste tilbud han fik, var en "skæv bolig", hvor han faktisk også flyttede ind, men kun boede i få dage. Han forklarer, at første dag, hvor han trådte ud over sit nye dørtrin, lå der en brugt kanyle og det blev ham for meget og han måtte flytte.

Svend er tidligere stofmisbruger, har været i metadonbehandling og har selv trappet sig ud. I takt med nedtrapningen af metadon har han angiveligt optrappet sit alkoholforbrug, som han meget gerne vil have hjælp til at komme ud af.

Sygepleje på Hjul får kontakt til Svend, fordi han ernærer sig ved tiggeri og vi møder ham på en af vores opsøgende ture. Han er dygtig til det, har altid en blomst på skrå i sin kande og en venlig bemærkning til de forbipasserende. På denne måde kender han mange mennesker i byen og har altid en sjov oplevelse at berette om.

Med tiden opsøger Svend os i Ørstedsparken, når han har brug for vores hjælp. Primært består hjælpen i at forsøge at få ham afruset. Det forvolder os og ikke mindst Svend mange kvaler. Han

har været indskrevet på forskellige kommunale og amtslige institutioner et par gange, men har forladt stederne før tid, da han syntes der var for mange regler, han har skullet indordne sig under. Svend har været indlagt et utal af gange til afrusninger på hospital. Ofte har vi kørt ham rundt til flere hospitaler, før der endelig var nogle, der indvilgede i at indlægge ham. Han føler sig som en kasterbold mellem de forskellige systemer. Faktisk i sådan en grad, at han fuldstændig har mistet tilliden til systemet og har affundet sig med, at han ikke kan få hjælp til en afrusning.

De gange, hvor det er lykkedes at få ham indlagt, har afrusningen været af så kort varighed, at han oplever, at han er blevet udskrevet abstinent til gaden. Problemet er også, at selv med en succesfuld afrusning har Svend måttet fortsætte sit liv på gaden og er efter kort tid påbegyndt sit misbrug igen. Det er endnu ikke lykkedes for Sygepleje på Hjul at finde et egnet sted til Svend efter afrusningen.

Med en mand som Svend har vi haft mange overvejelser om, hvad der skulle til for, at han kunne føle sig tilfreds. Vi har gentagne gange måtte stille os selv det spørgsmål om Svend egentlig ønsker at blive afruset. Det er det han siger, men ønsker han i virkeligheden noget helt andet, som vi endnu ikke har forstået og derfor ikke har kunnet imødekomme? Og i vores ønske om at tilbyde den hjælp, som han konkret beder om, kommer vi måske til at overse nogle helt andre behov.

## **Sune**

Sune er stofmisbruger igennem mange år. Hele sit voksne liv har han dagligt fixet heroin og røget hash. De sidste par år er han også begyndt at drikke meget, mest kirsebærvin, da det er den billigste form for alkohol, oplyser han. Han har haft bolig igennem flere perioder i sit liv, men de sidste fire år har han boet og opholdt sig på gaden. Han finder nye sovepladser med jævne mellemrum og opbevarer alle sine ejendele i en indkøbsvogn. Han ønsker ikke at komme på herberg og er ikke skrevet op til nogen bolig. Han henter sin metadon dagligt på et rådgivningscenter, men får ikke yderligere hjælp derfra.

Første gang vi møder Sune, viser han os en stor byld på den ene tå. Han er forpint af smerte og vi kører ham på skadestuen med det samme. En af hans kammerater tager med.

På skadestuen behandler de Sune og tilbyder, at han kan komme dagligt, da de kan forstå, at hans muligheder for skift af forbindelse andre steder ikke er de bedste. Sune takker nej. Forbindingen er så stor, at han ikke kan have støvle på og han synes, at turen til skadestuen er for lang uden fodtøj. Hans kammerat tilbyder, at han kan sove hos ham og vi tilbyder at komme til Sune dagligt og tilse tåen. Sune tager imod begge tilbud.

Vi foreslår hans rådgivningscenter, at de i en periode indtelefonerer metadonen på et apotek tæt på dér, hvor Sune opholder sig, så han selv eller kammeraten kan hente det. Desværre er centret afvisende overfor dette. Sune skal fortsat komme hver dag og indtage metadonen på stedet. Sune opholder sig på nuværende tidspunkt i den ene ende af byen og centeret er i den anden. Flere dage når han ikke frem i åbningstiden eller han må helt opgive at hente den.

Efter flere samtaler indvilger centeret i, at vi henter metadonen dagligt og bringer den til Sune. Såret er længe om at hele op, så forløbet strækker sig over mange uger.

Sune bliver mere og mere utilfreds med centret samtidig med, at vi fortsat forsøger at få centret til at indtelefonere det på et apotek i nærheden. Dette lykkes dog aldrig. I dag er Sune blevet overflyttet til et andet center. Han har fået oplyst, at årsagen var hans "utilstedelige adfærd".

## **Thomsen**

Thomsen er en ældre posemand, der lever i Københavns indre by. Gadeplansarbejderen i Projekt Udenfor får en god kontakt til Thomsen og opsøger ham et par gange om ugen. Hans hygiejne er ringe, han har store skinnebenssår og selvom det er vinter, går han i shorts og sårene væsker og er ildelugtende. Han opholder sig det meste af dagen på biblioteker, men bliver ofte bedt om at gå, da hans fremtoning angiveligt støder kunderne. Sygepleje på Hjul bliver involveret med henblik på sårpleje.

Han vil meget gerne snakke, men er afvisende over for vores tilbud. Han forklarer, at han tidligere fik skiftet sine forbindelser på et sygehus, men han "gennemskuede" hurtigt, at personalet ikke skiftede dem ens og han følte sig nødsaget til at afslutte samarbejdet.

Vi udtrykker fortsat bekymring og efterhånden som han



lærer os at kende, får vi lov til at pleje hans sår og er selvfølgelig opmærksomme på at gøre det på samme måde hver gang.

I begyndelsen skifter vi forbindingerne på en trappeafsats. Forholdene er meget vanskelige. Thomsen ben er sorte af snavs, hans sår fylder det meste af skinnebenet og han piller i dem med meget beskidte fingre, mens vi forsøger at rense dem. Vi får ham overtalt til at komme ind i vores bil, og det viser sig, at han bliver begejstret for at kunne sidde ugenert. Og for os betyder det en klar forbedring af de hygiejniske forhold.

Vi ser gerne, at han bliver tilset af en læge, fordi vi mener, der er infektion i sårene, men det vil Thomsen ikke høre tale om. Så vi må fortsætte med vores pleje for, at de i det mindste ikke forværres. Vi må gå langsomt til værks for ikke at risikere, at han fravælger vores sygepleje. Vi prøver at overtale ham til at køre med os på sygehuset, for at blive tilset af specialister, men Thomsen synes ikke det er nødvendigt. Han har sine egne meninger om sårpleje, så vi må finde en metode, som vi synes er både sygeplejefagligt forsvarlig og som han også kan acceptere. I øvrigt vil han hellere tale om alle de ideer han har til nye opfindelser, der kun ligger og venter på, at nogen skal opdage dem og sætte dem i produktion.

Thomsen bliver tilbudt en herbergsplads og til vores overraskelse takker han ja. Hans ben får det langsomt bedre, da han nu ligger ned og sover, i modsætning til tidligere, hvor han sad op hele natten på en mælkekasse. Såret er i bedring og Thomsen meddeler os højtideligt, at nu vil han gerne udskrives. Han fortsætter dog sine ugentlige møder med Projekt Udenfors gadeplansarbejder og på denne måde kan vi holdes orienteret, hvis sårene forværres.

## **Mening med gadesygepleje**

De 13 fortællinger om brugerne er et vidnesbyrd om, hvor heterogen gruppen af "massivt socialt udstødte" er og hvor kompleks den enkeltes situation er. Det er unge og gamle, det er mænd og kvinder. Det er danskere, grønlændere og folk fra andre nordiske lande. De kan være glade, festlige og imødekommende eller afvisende, triste eller aggressive. De er vokset op under barske betingelser. Kun meget få har kontakt til deres familie.

Alle brugerne har sociale problemer. De er hjemløse, de har enten ingen sygesikringsbevis, eller de er tilmeldt en kommune et andet sted i landet, og har derfor problemer med at blive serviceret af den kommune og det amt, som de aktuelt befinder sig i. De har ikke penge nok til at købe rusmidler, medicin, mad, tøj og sko. De er optagede af at få tilfredsstillede deres basale behov som at skaffe sig mad og rusmidler og et sted at sove for natten. Det er vanskeligt og uoverkommeligt for dem at lægge planer lidt længere end nogle timer frem.

Alle 13 - undtagen én - er misbruger af et eller flere rusmidler. De har massive helbredsmæssige problemer, som regel flere på en gang. De lider af alvorlige kroniske sygdomme som fx sukkersyge, dissemineret sclerose, betændelse i bugspytkirtlen, psykose eller kroniske helbredsproblemer, som de har pådraget sig som følge af deres (misbrugs)adfærd. Det er almindeligt, at de pådrager sig akutte skader som følge af deres adfærd eller kroniske sygdom. Et stort antal lider af stærke kroniske eller akutte smerter. Det er påfaldende hyppigt, at brugerne i vores fortællinger er invaliderede af deres kroniske sygdomme, smerter eller andre gener, som gør det vanskeligt for dem at bevæge sig rundt i det offentlige rum og til sociale og sundhedsmæssige tilbud. Dette til trods for, at netop det at skulle eller ville bevæge sig rundt fylder meget af deres dag.

Et flertal af de 13 brugere føler sig utilpas ved "systemet". De værger sig ved at komme ind under faste rammer. De afviser sygehusets tilbud om indlæggelse, de afviser den bolig, de omsider er blevet tilbudt, de går fra et ambulatorium eller en skadestue, fordi ventetiden er uudholdelig. Ofte bliver de kastebold mellem flere forskellige systemer, fordi de ikke rigtig "passer" nogle steder, hverken set i deres eget eller "systemets" optik.

Vores første kontakt med de 13 brugere er blevet etableret på mange forskellige måder. Enten har vi selv henvendt os på vores

opsøgende runder, hvor vi ikke decideret har ledt efter en bestemt person. Eller vi har bevidst ledt efter en bestemt bruger, fordi de andre hjemløse eller vores kolleger har fortalt, at en person havde behov for sygepleje. Det kan også være, at en brugers bekendte har opfordret ham til at opsøge os og selv har fulgt ham hen til os eller at brugeren er mødt op sammen med den øvrige flok på en af vores holdepladser, og vi lidt tilfældigt har talt med vedkommende, der så viste sig at have behov for hjælp. Endelig er vi blevet kontaktet af et sygehus.

Vi møder meget forskellige reaktioner fra brugernes side, når vi kontakter dem. Nogle er mistroiske og afvisende eller "bare" ligeglade, andre glæder sig over den opmærksomhed vi tildeler dem. Men generelt er de beskedne. Selv de, der beder om hjælp, forventer i langt overvejende af tilfældene ikke særlig meget af os.

De 13 fortællinger viser, hvordan vi samarbejder med hjemmepæle, sygehuse, alkoholenheder, det nu lukkede kollektiv for grønlændere på Sundholm, i projekter med andre organisationer mv. Fortællingens form gør, at detaljerne i samarbejdet træder frem, og den betydning et velfungerende samarbejde har for den enkelte bruger bliver synlig. Disse detaljer forsvinder i vores generelle metodebeskrivelser. Et af de fællestræk, der er i fortællingerne, og som peger hen mod en generel tendens er, at hver gang en bruger får en støttekontaktperson tilknyttet, så bedres vedkommendes tilværelse.

Selv om vi tager udgangspunkt i den enkelte persons situation, så giver fortællingerne også eksempler på, at vi involverer os i et helt miljø. Det kan være som aktive medskabere i selve etableringen af et miljø som Campingbyen, hvor også vores mere konkrete sundhedsindsats var rettet mod hele miljøet. Det kan også være, at vi opsøger et miljø uden det nødvendigvis er formålet at få kontakt til enkelte, bestemte personer, som vi gør det i Nyhavn.

Vores samarbejde med brugerne har generelt et ustabil forløb. Men vi holder kontakten med dem og er årvågne og parate til at handle og lægge planer, hvis de ønsker vores hjælp til det. Mange bryder sig ikke om planer eller de prioriterer andre aftaler og gøremål højere end det at overholde en plan med os. De forsvinder måske i en periode, hvor vi leder efter dem, for så pludseligt at dukke op igen. Alligevel kan det lade sig gøre at forbedre deres situation. Det går bare ikke altid trinvis fremad, hvor den ene bygges-

ten bliver lagt oven på den anden til et bedre liv. Nærmere går det to skridt frem og et tilbage eller et skridt frem og derefter et i en helt anden og uventet retning. Men en dag får brugeren måske nok af det hårde liv på gaden, og vil gerne have en bolig. Så er det en fordel at have en så god sundhedstilstand som muligt, og at have nogen man kender, som står til rådighed for at mobilisere det "system", der har til opgave at træde til. I de 13 fortællinger fremgår det, at vores indsats resulterer i enten beskedne forbedringer for den enkelte eller et uafsluttet forløb, hvor personens situation tilsyneladende er uændret. Men det samlede billede af de 13 fortællinger er, at brugernes situation er lidt bedre end før, vi fik kontakt med dem. Det betyder dog ikke, at vi påstår, at de 13 historier er repræsentative, og dermed statistisk set kan bruges som mål for om vores arbejde nytter noget. Trods alt har vi selv udvalgt dem, så den kritiske læser kan med rette indvende, at de næppe er egnede til en objektiv vurdering af vores generelle indsats.

Men det er heller ikke formålet med fortællingerne. Formålet er derimod at give et indblik i, hvordan livet leves på det, som mange opfatter som livets skyggeside, og den kompleksitet, vi som gadesygeplejersker må forholde os til. Fortællingerne yder ikke "vores" brugere fyldestgørende retfærdighed, da de kun løfter en lille flig af sløret for, hvordan deres tilværelse former sig. Men de skulle gerne give en forståelse for alt det, der er svært at sætte ord på i vores generelle metodebeskrivelser i pamfletten *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udsatte borgere*. De viser, at vi af og til er i tvivl i de konkrete situationer, vi står i. Fortællingerne puster liv i vores beskrivelser af sygeplejen og formidler, hvorfor vi mener vores arbejde har værdi og giver mening.

## Litteratur

Bekendtgørelse af lov om social service

<http://www.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/A2002/0075529/htm>

Brandt, Preben

1992 *Yngre hjemløse i København. Belyst ved en undersøgelse af de socialpsykiatriske forhold hos de 18-35 årige brugere af institutionerne for hjemløse i København.* Doktorafhandling. FADL's Forlag. København, Århus, Odense.

Bømler, Tina Ussing

2000 *Når samfundet udstøder.* Nordisk Forlag A/S. København.

Den sociale database

<http://www.dsa.dk/analyse/>

Den særlige balancekunst at bo

<http://www.oebm.dk/publikationer/skaeve01/index.asp>

Holien, Erik

1999 *Iskariots død og andre fortellinger. Om rus(mis)bruk og kunsten å (re)habiliterer.* Pax Forlag A/S. Oslo.

Jensen, Mogens Kjær

1995 *Hjemløse med og uden egen bolig.* Socialforskningsinstituttet. København

Jenkins, Richard

2002 *Social Identity.* Routledge. USA og Canada.

Järvinen, Margaretha

1993 *De nye hjemløse.* Forlaget SOCPOL. Holte.

Oversigt - Skæve Huse Projekter

<http://www.oebm.dk/bypolitik/skaevehuse/projekter/oversigt.asp>

Pilely, Torben og Preben Brandt

1989 *Posefolket.* Projekt UDENFOR.

Simmel, Georg

1998 *Hvordan er samfund muligt? I: Det videnskabelige perspektiv. Videnskabsteoretiske Tekster.* Lars-Henrik Schmidt (ed). Akademisk Forlag. København.





