

Flere veje at gå

**Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med
samfundets mest udsatte borgere**

Nina Brünés, Line Ervolder og Charlotte Siiger

Nr. 4 i Sygepleje på Hjuls pamfletserie

Indhold

Forord	3
Bemærkninger om gadesygepleje	5
En mobil sundhedsklinik	6
Opsøge og skabe kontakt	8
Sårpleje	10
Medicinsk behandling	12
Fokusuger	15
Skadesreduktion til stofmisbrugere	16
Brobygning	18
Følgeskab	20
Netværksarbejde	21
Besøg under indlæggelse	24
Formidling	28
Perspektiver	29
Litteratur	31

Forsidefoto: Martin Lehmann
Tryk: Burgundia tryk, Rønne

Forord

Efter fire års arbejde som sygeplejersker i Sygepleje på Hjul 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.

Vi er Egmont Fonden stor tak skyldig, fordi de har finansieret Sygepleje på Hjuls tilblivelse og fortsatte eksistens gennem fire år.

Pamfletterne er nummereret 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 Sygepleje på Hjul er og hvordan vi arbejder.

Denne pamflet *Flere veje at gå. Sygepleje på Hjuls arbejde på gaden med samfundets mest udstødte borgere* er nr. 4 af de fem pamfletter. Den er langt overvejende forfattet af Nina Brünés og Line Ervolder. Vi beskriver og begrundet vores metoder, så andre der udfører eller planlægger at udføre et lignende arbejde kan drage nytte af vores erfaringer. Vi kommer ind på vidt forskellige metoder - fra sårpleje over følgeskab til samarbejde med pressen - der vidner om den spændvidde vores arbejde har. Ganske vist beskriver vi gængse sygeplejeopgaver som at skifte en sårforbinding og uddele medicin. Men disse har et ganske bestemt fokus, nemlig de særlige forhold der gør sig gældende, når man arbejder på gaden.

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 konse-

kvens 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. 3: *Hverdagsfortællinger. Sygepleje på Hjuls oplevelser med gadens folk* har fokus på brugerne. I den indleder vi med en analyse af, hvem de hjemløse er og hvad der ligger i betegnelsen "hjemløshed". Vi fortsætter med en beskrivelse og diskussion af betegnelsen "brugergrupper" og de generelt gældende forhold for de brugergrupper vi med forsigtighed kategoriserer de hjemløse i. Hovedvægten i pamfletten ligger på en række fortællinger om brugere og den sygepleje vi har ydet til dem.

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

Bemærkninger om gadesygepleje

De sygeplejemetoder vi beskriver og begrundet i denne pamflet er ikke dækkende for al den sygepleje vi yder. Fokus er på de metoder, som fylder særlig meget i vores arbejde og som adskiller sig fra andre former for sygepleje. Mange af de metoder vi benytter i det daglige arbejde er generelt gældende for socialt arbejde på gadeplan uafhængigt af faglig baggrund. Nogle af vores metoder er derfor anvendelige for andre end gadesygeplejersker, men som regel vi holder os til de metoder, som specifikt fordrer en sygeplejefaglig baggrund.

At være gadesygeplejerske er anderledes end at arbejde på et sygehus eller under andre institutionelle former. Vi arbejder i brugernes eget miljø, hvor der ikke lige er en læge ved hånden, hvor vi måske ikke lige har det sygeplejestyre i nærheden, som vi ideelt set har brug for og hvor hver dag er uforudsigelig.

De brugere vi har med at gøre lever nogle helt andre slags liv og opfører sig anderledes end folk "normalt" gør. Vi kan ikke regne med, at brugerne følger "normalsamfundets" spilleregler, og vi bliver nødt til at lære deres miljø og de gældende spilleregler at kende for at kunne bære os.

Det er os, der er "de fremmede" og brugerne, der er på hjemmebane. For overhovedet at "få lov" til at yde sygepleje må vi blive accepteret som en del af miljøet. Ikke på lige fod med brugerne, men som et sygeplejetilbud midt i miljøet. Denne deltagende tilgang betyder, at vi har lettere ved at opnå en tæt kontakt til folk - ikke bare som enkeltstående individer, men som personer, der er en del af et bestemt miljø, hvis særtræk vi må forstå og tage hensyn til i vores arbejde.

Vores arbejde er altså i høj grad på brugernes præmisser. Vi stiller ikke krav til brugerne, vi har ikke regler for, hvordan de skal opføre sig og vi har ingen sanktionsprocedurer. Hvis der en sjælden gang er brugere, der opfører sig på en måde, som overskrider vores grænser fx ved at true os, så er det os, der må trække os midlertidigt tilbage - ikke dem.

Af mange forskellige grunde er brugerne ikke altid interesserede i eller motiverede for, at vi blander os i, hvordan de tackler deres sundhedsproblem. Eller måske vil de gerne have vores hjælp, men på deres egne betingelser. Derfor er vores sygepleje karakteristisk ved, at vi må gå forsigtigt til værks og være åbne for kreati-

ve løsninger, hvilket er grunden til denne pamflets hovedtitel "*Flere veje at gå.*" Når den ideelle løsning, set fra et sundhedsmæssigt perspektiv, ikke er mulig, hvad findes der så af alternativer?

Vores sygepleje er rettet mod mennesker, der er særligt udsatte og sårbare. Mange har massive fysiske helbredsproblemer. Andre er stærkt forpinte pga. en psykose. Disse socialt udstødte personer lever under vanskelige betingelser med sygdomme og skavanker, der kunne helbredes eller lindres, og som vi andre ikke ville acceptere at leve med og for længst ville have søgt hjælp for. På trods af, at brugerne så åbenlyst har behov for hjælp, så opsøger de den ikke, og "den" opsøger ikke dem. Som sygeplejersker stiller vi vores faglighed til rådighed for denne særligt udsatte og sårbare gruppe mennesker.

De metoder vi beskriver og begrundet i denne pamflet har vi udviklet gennem fire års arbejde på gaden. Der har ikke været nogle sygeplejefaglige rollemodeller at trække på, så vi har selv måttet indhøste viden, reflektere over egen praksis og gøre os egne erfaringer for at kunne nå frem til nogle deciderede metoder for sygepleje på gadeplan.

Men inden vi beretter om metoder som sårpleje, medicinsk behandling, fokusuger mm. slår vi et smut indenom det, der var Sygepleje på Hjuls udgangspunkt og primære eksistensberettigelse: At være på hjul i form af en mobil sundhedsklinik¹.

En mobil sundhedsklinik

"En mobil sundhedsklinik er en måde at nå ud til de hjemløse på, der hvor de opholder sig, og tilbyde kvalificeret sygepleje. Når folk ikke selv formår at opsøge hjælp, må hjælpen komme til dem på deres præmisser og i deres miljø".

Tanken med en mobil sundhedsklinik er, at når folk ikke formår at opsøge hjælp, må hjælpen komme til dem. Da de hjemløse bevæger sig rundt i det offentlige rum og løbende finder nye opholdssteder, må vi bevæge os de samme steder hen.

Vi tror ikke på et fast tilholdssted, en fast sygeplejeklinik. Faren for at blive "opslugt" af en institution med de implikationer

1. I vores pamflet nr. 2: *Fire år efter. Sygepleje på Hjuls erfaringer med at organisere en social - og sundhedsindsats på gadeplan* er der en omfattende diskussion om fordele og ulemper ved en mobil sundhedsklinik.

dette indebærer², har siden de allerførste overvejelser omkring Sygepleje på Hjul været et af de bærende argumenter for, at sygeplejen skal udføres på gaden netop der, hvor kontakten bliver etableret.

Vores bil har skuffer og skabe til opbevaring af sygeplejeudstyr. Der er ståhøjde, så vi kan arbejde ubesværet og der er en bænk, som brugeren kan ligge eller sidde på ved eksempelvis skiftning af en sårforbinding.

Ud over konkret sygepleje, tilbyder vi samtale, vejledning, en sovepose, rent tøj, en kop kaffe mm. Den mobile sygeplejeklinik fungerer som brugernes fristed - også hvis de ikke direkte har brug for sygepleje. Her må de ryge, drikke og tage deres hunde med. Den er omdrejningspunkt for social aktivitet, idet brugerne mødes omkring den mobile kliniks holdested, som for mange udgør et fast punkt på programmet i deres dagligdag.

Når vi opholder os på en holdeplads, kan der gå en time eller mere, hvor vi tilsyneladende ikke foretager os noget. I hvert fald målt efter de effektivitetskriterier for sygepleje vi kender fra andre arbejdspladser. Men den tid vi investerer ved at tale med og lytte til folk, skænke kakao og blot være til stede viser sig at være godt givet ud. For "kakaosnakken" bliver til en omsorgssnak, idet vi gennem samtaler kan vurdere en brugers behov for hjælp. Det er nemlig kendetegnende for "vores" brugere, at de langt fra altid melder klart ud om deres problemer³.

Brugerne tager hinanden med hen til den mobile klinik. Vi har erfaring for, at der i blandt dem pludselig er en person, der ellers ikke ville opsøge os på trods af, at han har behov for sygepleje, men som nu vover sig frem på scenen. At have kontakt til brugere, som måske ikke selv behøver vores hjælp, kan derfor være gavnlig, fordi vi via dem får kontakt til andre, der virkelig har brug for vores hjælp, men som holder sig tilbage.

Men der findes også dem, vi ikke når ved de faste holde-

2. Se vores pamflet nr. 1: *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* for en forklaring på, at Sygepleje på Hjul undgår at etablere sig i alt for faste institutionelle rammer.

3. Se vores pamflet nr. 2: *Fire år efter. Sygepleje på Hjuls erfaringer med at organisere en social - og sundhedsmæssig indsats på gadeplan* om brugernes uarticulerede behov.

pladser. Måske fordi de ikke magter at opsøge hjælpen, måske fordi de ikke har lyst, måske fordi de ikke er klar over, at de bærer rundt på en sygdom og har brug for behandling, måske fordi de negliger deres symptomer af angst for at være syg, måske fordi de er upopulære i gruppen og må holde sig væk, måske fordi de er psykotiske, måske fordi de er af anden etnisk oprindelse og endda ulovlige flygtninge eller måske af flere eller helt andre grunde.

Opsøge og skabe kontakt

"Med gadesygepleje ønsker vi at vise de mennesker, som hele livet igennem er blevet afvist og selv har været afvisende, at de og deres problemer også tages alvorligt. Det betyder, at sygeplejersken må bevæge sig helt derud, hvor de opholder sig og forsøge at skabe den tillid, der er en forudsætning for det videre sundhedsarbejde".

For at kunne flytte sygeplejearbejdet ud på gaden, må vi først etablere kontakten ved at opsøge dem i deres eget miljø, lære dette at kende og skabe et tillidsforhold mellem dem og os.

Derfor er det nødvendigt at bevæge sig ud til gruppen af hjemløse. Det gør vi på flere forskellige måder. En måde er at sidde og vente steder, hvor vi har en formodning om, at hjemløse opholder sig og observere, hvem der kommer og hvad der sker. En anden måde er at bevæge sig rundt i byen for at danne os et indtryk af, hvor de hjemløse "bor", opholder sig og hvordan de lever. Man må, som professionel "vove pelsen" og bevæge sig helt derud, hvor man næsten ikke kan forestille sig, at de befinder sig. Man må lade en del af sin arbejdsdag gå med at være til stede og bevæge sig rundt uden at have synlige gøremål.

Vi arbejder med en bestemt målgruppe, og det er med den for øje vi bevæger os ud i det offentlige rum. Det er de mest marginaliserede grupper som bl.a. omfatter de hjemløse, de sindslidende med og uden misbrug, de prostituerede kvinder på gaden, de stofmisbrugende og de alkoholiserede. Det vil sige dem, der på baggrund af deres livsbetingelser har helbredsmæssige problemer og som enten slet ikke eller kun delvis får hjælp til at få løst disse. Men vi skal være forsigtige med at indsnævre vores synsfelt for meget. Samtidig med at vi kigger efter kendte "tegn" på udstødelse, må vi være opmærksomme på, at nye grupper dukker op eller at kendte grupper forandrer sig, hvilket kræver en åbenhed overfor nye og hidtil ukendte "tegn". Desuden må vi være opmærksomme på, at

selv om det som regel er åbenlyst, hvem der er hjemløse, så finder vi ind i mellem nogle, der formår at holde en facade, der skjuler vedkommendes sociale position.

Vi ser det som vores opgave systematisk at færdes i de områder, hvor vi forestiller os, at brugerne holder til. Og være klar til at bevæge os nye steder hen, fordi de hjemløse flytter sig rundt. Vi må vide, hvor dem der drikker kan stå i fred, hvor der sælges stoffer, hvor mænd der køber sex finder kvinderne. Vi må også vide, hvilke ruter de hjemløse følger, når de benytter varrestuer, natcafeer og andre sociale tilbud. Vi tilstræber at lære byen og dens rytme at kende, sådan som den ser ud fra de hjemløses perspektiv. Og vi forsøger at forstå, hvordan denne rytme influerer på deres hverdagsliv.

Det er vores erfaring med sundhedsarbejde på gaden, at man forstår den hjemløse bedre, hvis man sætter sig tilnærmelsesvis i den samme situation, som han er i. Det kan fx være ved at gå på gaden en kold regnvejrsaften eller at sidde på en bænk og vente, mens alle andre farer travlt forbi. I glimt får vi lov at føle noget af det samme, som en hjemløs føler.

Da vi udfører vores arbejde på gaden i brugernes miljø, oplever vi nogle af de samme besværligheder som brugerne, hvilket gør, at der opstår en form for gensidig forståelse over for hinandens muligheder og begrænsninger. Vilklårene for vores arbejde ligner dem, som brugerne lever under. Det, at vi bevæger os rundt og bruger tid til at følge byens dynamik, kan man godt kalde vores for-forståelse for det egentlige kontaktskabende arbejde.

Flere af de brugere vi arbejder med er en del af en "her og nu" kultur. De har en anden opfattelse af begrebet tid end den, som de fleste mennesker i vores samfund er bundet op af. Da meget af deres tid går med at få dækket de basale behov, vil der i mødet være et uartikuleret krav om, at vi forstår dette og kan handle på deres problemer allerede ved den første kontakt. Vi prøver som det første at imødekomme det behov for hjælp, som de er mest optagede af. Vi bliver i kraft af vores mulighed for at handle med det samme i situationen også en slags katalysator i processen hen i mod, at brugeren modtager hjælp fra mere permanente institutioner.

Den første kontakt til den enkelte er naturligvis lige så individuelt forskellig, som de mennesker vi møder er det. Vi anerkender den enkelte som en unik person med en selvstændig problem-

stilling, selvom han tilhører en gruppe med nogle fælles karaktertræk. Derudover kan de fælles karaktertræk godt danne en ramme for, hvilken tilgang vi har til en bruger. Et menneske der er åbenlyst psykotisk og som udviser stor mistro til sine omgivelser, nærmer vi os med den største forsigtighed. Hvorimod den første kontakt sagtens kan være meget direkte over for en person, der med hele sin adfærd viser, at han er åben over for kontakt. Vi er rummelige over for det socialt anderledes og giver brugeren signal om, at vi accepterer vedkommende som han er. Det betyder dog ikke, at vi lader os forulempe groft.

Vi benytter os af konkrete hjælpemidler for at skabe kontakt. Når vi er til fods, sørger vi for at kunne tilbyde en kop varm kaffe fra vores termokande eller en cigaret. Det gør ofte, at situationen bliver mindre "anmassende". Som sygeplejersker kan vi udtrykke en faglig bekymring for eventuelle somatiske lidelser, der åbenlyst generer brugeren og på den måde få skabt en dialog. Vi har stort set altid vores sygeplejetasker ved hånden, og vi kan derfor tilbyde et plaster eller andet, der kan lindre lidt.

Sundhedsarbejdet på gaden tager sit udgangspunkt i, at der ikke stilles krav om ændring i den enkeltes livsførelse som kvittering for at modtage hjælp. Og vi må acceptere, at ikke alle de korrekte hygiejniske forudsætninger er til stede, når vi plejer et sår. Brugeren skal ikke føle sig underlegen eller fløv. Derfor hviler der et ansvar på os for, at kontakten "lykkes" og at brugerne oplever den som positiv. Såfremt dette mislykkes, kan vi ufrivilligt komme til at skade en brugers fremtidige lyst til at søge hjælp.

Sårpleje

"Når man ønsker at skabe kontakt til hjemløse har sygeplejersken den fordel, at hun har noget konkret at tilbyde, som den hjemløse umiddelbart kan drage nytte af. At skifte en sårforbinding bliver derfor en enestående mulighed for at skabe en god og tillidsfuld kontakt".

De mennesker der lever og opholder sig på gaden har flere hudproblemer end normalbefolkningen. Hudproblemerne viser sig for det meste som sår. Det kan være store åbne skinnebessår, hudafskrabninger, en afreven vabel som der er gået betændelse i, kradsemærker efter kløe, sår efter fald eller slåskamp, bylder på grund af fejlfix eller en flænge på en kno.

Hvis en sårhelingsproces skal forløbe optimalt fordrer det fx et godt blodomløb, sufficient kost herunder vitaminer, mineraler og proteiner, rigelig væskeindtagelse, en god personlig hygiejne og selvfølgelig korrekt pleje af såret.

De mennesker Sygepleje på Hjul har kontakt til, har betydelig dårligere forudsætninger end andre for, at et sår kan hele ukompliceret. Livet på gaden byder ikke umiddelbart på de forhold, der skal til for, at et sår kan hele op. Kulde og alkohol komplicerer sårhelingen. Hygiejnen er vanskelig at opretholde, når livet i øvrigt er kaos og adgang til vand og sæbe er en luksus, hvilket betyder, at der ofte går infektioner i selv små, tilsyneladende ubetydelige sår og skrammer. Dertil eksisterer der blandt brugerne udtalte myter om kroppens funktion og dermed også forestillinger om, hvad der virker fremmede på sårets helingsproces. Som i store dele af befolkningen i øvrigt er der også blandt brugerne bred enighed om, at et sår skal have luft, selv om det i virkeligheden heler bedre, når det er beskyttet af en forbindelse.

Til forskel fra andre faggrupper, der i arbejdet på gaden søger at skabe kontakt til hjemløse, har sygeplejerskerne den fordel, at vi kan tilbyde et konkret håndværk. Sygeplejen bliver dermed indgangsporten til kontakt. Den er synlig og har umiddelbar nytteværdi. Den fysiske berøring er legal og i sårseancen opstår der ofte et intimt rum, der giver mulighed for at komme ind på emner, der ellers ikke er nemme at tale om. Samtalen tager udgangspunkt i såret, men for det meste drejer den sig hen i mod andre problemer, som brugeren går og tumler med. På den måde bliver forbindsskiftningen en enestående mulighed for at skabe en god kontakt og et tillidsfuldt forhold.

Vi underviser i kroppens fysiologi, vi fortæller om hygiejniske principper, vi forklarer hvordan såret bedst kan hele op. Vi inddrager brugeren i plejen og kommer med løsningsforslag til, hvad han selv kan gøre ud fra den virkelighed han lever i. Selvom brugeren har et oprigtigt ønske om at få skiftet såret dagligt, har vi erfaret, at det ikke altid bliver en realitet. Derfor viser vi ham, hvordan han selv kan skifte sårforbindingen og udleverer de nødvendige sygeplejeartikler.

Vi plejer sår på bænke, på trappeafsætser og i varmemestuer. Vi skifter forbindninger i vores bil. Vi forsøger at inddrage herbergsklinikkerne, hjemmeplejen eller narkoambulatorierne. Hvis en bruger

bliver sat i fængsel, får vi fængselssygeplejerskerne til at overtage en specifik behandling, som vi har haft god erfaring med hos netop denne bruger. I særlige tilfælde kører vi brugeren direkte på skadestuen.

Som i mange andre situationer i vores arbejde tager vi afsæt i en skadesreduktionstankegang⁴. Mange gange ville det være bedst, hvis brugerens sår blev tilset af en læge, evt. en decideret sårspecialist, men de optimale løsninger er ikke altid mulige og vi søger i stedet realistiske mål. Dette indebærer, at vi på kortere eller længere sigt tilstræber, at en læge bliver inddraget, men at vi i den mellemliggende periode selv vurderer såret og tager os af plejen.

Det kan være, at et sår burde skiftes dagligt, men at det er urealistisk i praksis. Også her må plejen tilpasses en anden virkeligheden. Det vigtigste er, at kontakten til brugeren fastholdes og at såret bliver tilset og forbindingen skiftet - i det mindste med jævne mellemrum.

Medicinsk behandling

"Også når man bor på gaden, kan man have behov for at blive tilset af en læge eller have behov for medicin. Hvad der for andre måske kan forekomme ganske givet, kan for den hjemløse udvikle sig til at være yderst kompliceret".

En af Sygepleje på Hjuls mange opgaver er at hjælpe brugeren, når han er syg og skal have medicin. Det første skridt er at få brugeren til læge. Allerede her kan vi støde på de første forhindringer. Flere af brugerne har ikke nogen læge, fordi de aldrig har fået et sygesikringsbevis. Andre har mistet sygesikringsbeviset og ved ikke hvem deres læge er. Endnu andre kommer fra en anden kommune, som kan ligge langt fra København. Og endelig kan brugeren være fuldstændig afvisende for at opsøge egen læge, til hvem han mener at have så dårlig en kontakt, at han ikke vil derhen, selv hvis vi tilbyder at tage med.

Problemer med, at brugeren ikke har noget sygesikringskort, ikke har egen læge eller forholdet til lægen er dårligt, kan tage noget tid at løse. I mellemtiden prioriterer vi, at brugeren bliver tilset af en læge, så en evt. behandling bliver sat i gang. Der er i før-

4. Se i vores pamflet nr.1: *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* om skadesreduktion.

ste omgang flere alternativer til praktiserende læge. Men disse alternativer er en form for nødløsninger. Det er vores ideologi, at brugeren bør sygesikres og have egen læge, og dermed adgang til de samme lødige tilbud som alle andre borgere i samfundet.

Efterhånden har vi oparbejdet et "beredskab" så vi ved, hvordan vi skal tackle de forskellige forhindringer. Ofte kan det klares med et telefonopkald til folkeregistret, hvor de kan oplyse navnet på brugerens læge. Hvis det ikke er muligt at få denne oplysning eller brugeren ikke vil hen hos sin egen læge, så kan vi henvise til et særligt lægehus, hvor vi har etableret et godt samarbejde. Disse læger er villige til at tilse og hjælpe vores brugere - uden lang varsel. Det sidste års tid har vi også haft et samarbejde med Københavns Kommunes nyansatte "hjemløselæge", som både tilser brugerne på de forskellige herbergsklinikker og opsøger den enkelte, når der er behov for dette. En sjældnen gang trækker vi på vores chef, som er læge eller vi henvender os med brugeren på skadestuen. Vi har i et enkelt tilfælde brugt lægeambulancen, da denne gjorde ophold på gaden. Her fik vi lægen til at tilse brugeren.

Mange af brugerne er tilknyttet en behandlingsinstitution i og med, at de er i metadonbehandling. Til disse institutioner er der en fast tilknyttet læge. Men på de fleste af disse institutioner er lægerne ikke ansat til at tilse brugeren, når det drejer sig om somatiske lidelser.

De hyppigste årsager til, at brugeren skal tilses af en læge er lungelidelser, mavelidelser, hudproblemer eller infektioner. I mange tilfælde munder besøget ud i en ordination af medicin. Her møder vi ofte de næste forhindringer. Hvis lægen udskriver en recept, skal den jo indløses. Det er sjældent, at brugerne selv har penge til at betale for medicinen, så vi indløser og betaler den gerne.

I begyndelsen gav vi brugeren medicinen i den tro, at han selv kunne administrere den og fordi vi ikke ville være formynderiske. Men vi erfarede, at frygten for formynderi udmøntede sig i undladelsessynd. Vi oplevede at udlevere et glas antibiotikatabletter til en bruger, hvorefter han tog dem alle i en mundfuld: "Så kan bakterierne få sig et chok". Vi oplevede, at brugerne af et godt hjerte og på grund af manglende viden delte ud af deres medicin, hvis de syntes, at en anden bruger også trængte til lidt; helt i tråd med, hvordan de ellers deler deres øl, metadon, hash og cigaretter. Men mange gange hænder det, at de mister deres medicin, fx ved at have for-

lagt deres jakke med medicinen i lommen eller ved at de er blevet bestjålet, mens de lå og sov. Tabletter er som regel efterstræbelsesværdige blandt brugerne. Endeligt, som i befolkningen i øvrigt, har også brugerne vanskeligt ved at huske at indtage deres medicin på rette tidspunkt og i korrekt dosis. På grund af alle disse vanskeligheder omkring medicinen og dens administration, måtte vi erkende, at det var for optimistisk blot at aflevere al medicinen på en gang.

Vi prøver at finde ud af, om den enkelte er i stand til selv at administrere sin medicin ud fra hans livsstil og færden på gaden. På grundlag heraf finder vi frem til, hvilken løsning, der er den optimale under de givne omstændigheder. Den optimale løsning betyder ikke altid, at brugeren får sin medicin som foreskrevet. Men sådan er virkeligheden nu engang. Vi finder frem til en løsning der betyder, at han får medicinen så tæt på det korrekte som muligt. For det meste har brugeren selv en forestilling om, hvad der er realistisk.

I forsøget på at finde frem til en måde, hvorpå brugeren får sin medicin som (næsten) ordineret, finder vi ud af, hvor han og hans venner mest opholder sig for tiden. Nogle af brugerne færdes vidt og bredt i København, mens andre bevæger sig inden for en mindre radius. Vi inddrager hans netværk, hvis han selv ønsker det. Af og til påtager en af hans venner sig at administrere medicinen. Andre gange varetager væresteder, varmestuer eller herberger opgaven. Vi inddrager evt. hjemmeplejen til dem, der har bolig, eller støttekontaktpersoner til dem, der har en sådan tilknyttet. De frivillige i Projekt Udenfor får ind i mellem til opgave at uddele medicin, når de kører deres aftenture med den Mobile Café⁵. I de tilfælde, hvor en bruger får udleveret metadon fra et narkoambulatorium, sker det, at ambulatoriet overtager opgaven.

Tidligere tog vi selv opgaven på os. Men det resulterede alt for ofte i, at vi brugte hele dagen på at finde brugeren, så han kunne få sin medicin. Oven i vores andre gøremål, viste dette sig at være umuligt at overkomme, især i de perioder, hvor der var flere, vi skulle uddele medicin til. I den konkrete situation vurderer vi derfor brugerens ressourcer, hans netværk, hans færden og udfra

5. Se vores pamflet nr. 1: *Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* om den Mobile Café.

denne anamnese beslutter vi, hvad der skal til for, at han får sin medicin.

Fokusuger

"Vi afholder med jævne mellemrum såkaldte "fokusuger". Dvs. at vi i en uge eller flere sætter fokus på en sundhedsmæssig problemstilling, som vi mener behøver særlig opmærksomhed"

Ideen til fokusuger udsprang af en konkret forespørgsel fra en lille gruppe tandplejestuderende, der ønskede at undersøge og tilbyde tandpleje til hjemløse i forbindelse med deres afsluttende eksamensopgave. Vores mobile sundhedsklinik blev ommøbleret; der blev installeret en mobil enhed, hvorfra der var instrumenter til at rense tænder, der stod kasser med tandbørster og tandpasta - og en lille skål med frugt placeret på et bord med stearinlys, som skulle være med til at imødekomme den angst, der ellers ofte er forbundet med at opsøge tandlægen.

Imod vores forventninger blev det et stort tilløbsstykke. Brugerne var meget begejstrede for tilbuddet, og de fleste satte sig i stolen og lod sig grundigt undersøge og behandle af de tandplejestuderende. Selvom de fleste, i overensstemmelse med deres egne forventninger fik at vide, at de skulle opsøge en tandlæge, da deres tandstatus var så dårlig, at de skulle have skiftet tænder ud, udfyldt huller eller måske endda have protese, så var der faktisk også brugere, der blev glædeligt overraskede over, at det slet ikke var så slemt, som de havde frygtet og de fik mod på at opsøge en tandlæge.

I de efterfølgende måneder prioriterede vi at følge op på de meldinger, hver enkelt bruger havde fået fra de tandplejestuderende og fulgte derfor mange af brugerne til tandlægen, søgte om tilskud til behandlingen eller om tilskud til at få protese. At tage sig af tandproblemer er nu en integreret del af vores sundhedsarbejde med de hjemløse.

Ved siden af selve tandplejen fik brugerne også information om mundpleje, tandbørstning, kost, vitaminer m.m. Vi lagde mærke til, at de var meget interesserede i denne information og meget spørgelystne. Derfor besluttede vi os til at fortsætte med det, der efterhånden fik navn af fokusuger. Vi gentager fokusugerne med jævne mellemrum, dels fordi der hele tiden kommer nye brugere til og dels fordi folk husker bedre, når informationen gentages. Endelig kan

der være behov for at gentage en undersøgelse, fordi brugerne i den mellemliggende periode kan have pådraget sig en sygdom, som tidligere undersøgelser afviste, at han havde.

Fokusugerne er med tiden blevet udbygget til at indeholde bl.a. blodtryksmåling, blodsuktermåling, undersøgelse for tuberkulose, kost og ernæring, uddeling af sterilt vand til opløsning af heroin ved injektioner, fokus på forebyggelse af uønskede graviditeter og seksuelt overførte sygdomme. I nærmeste fremtid vil vi sætte særligt fokus på øjen - og synsproblemer.

Skadesreduktion til stofmisbrugere

"En pragmatisk tilgang er en forudsætning i arbejdet med de udstødte. Man må være villig til at tage udgangspunkt i brugerens praksis og bevæge sig ud i grænseområder i ønsket om at forebygge og minimere de skader, der er forbundet med et misbrug".

I pamfletten *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* skriver vi om tankegangen bag skadesreduktionsbegrebet som en pragmatisk tilgang til stofmisbrug, hvor der tages udgangspunkt i konsekvenserne af at indtage rusmidler. Det vil sige, at man forsøger at reducere de skader, der følger i kølvandet på et stofmisbrug og erkender, at et ophør med misbrug, hverken er realistisk eller ønskværdigt for alle. Vores sygepleje tager udgangspunkt i dette faktum i mødet med den enkelte stofmisbruger.

Sygepleje er en generalist uddannelse. Sygeplejersken har nogle forudsætninger for at kende til skadesreduktionstiltag, fordi hun qua sin uddannelse har viden om eksempelvis hygiejniske principper, medicins indvirkning på kroppen og injektionsteknik. Dette kombineret med en humanistisk indsigt, hvor tillid og omsorg er bærende elementer i mødet med medmennesket.

Gadesygepleje er skadesreducerende og kræver en specialviden, som ikke er en del af pensum på sygeplejeskolerne. Derfor har vi været forpligtede til selv at indhente den fornødne viden for at kunne arbejde skadesreducerende. Vi har bevæget os ud i grænseområder, hvor vi har måttet reflektere særligt over praksis og har haft mange etiske overvejelser. Eftersom vi har været blandt de første sygeplejersker, der arbejder på gaden, har mulighederne for faglig sparring været begrænsede. Der har ikke været sygeplejefaglige eksperter at ty til i det praktiske arbejde - kun stofmisbrugerne selv.

Vores meget konkrete viden om skadesreduktion er blevet til ved at tage udgangspunkt i brugerens praksis. Eksempelvis har vi spurgt brugerne, hvordan de bærer sig ad med at injicere og efterfølgende fået lov at observere, imens de har forberedt og indtaget deres fix. Derved har vi fundet ud af præcis, hvad det er for handlinger, der kan være skadelige for kroppen. Og vi har også kunnet identificere, hvilke myter der flourer blandt brugene som fx, at det at slikke på nålen gør, at den glider lettere gennem huden eller at saltvand kan bruges som modgift ved en overdosis. Brugernes praksiserfaring og myter kombineret med vores generelle sygeplejefaglige viden har gjort os i stand til at arbejde målbevidst med skadesreduktion. I den konkrete situation er både brugerne og vi blevet en tand klogere. Begge parter har bidraget til den fælles læringsproces. Men også andre har bidraget til denne specialviden. Vi har indhentet viden fra bl.a. BrugerForeningen⁶, internettet⁷, speciallæger, faglitteratur og samarbejdspartnere i udlandet. Vi har altså brugt mange ressourcer på at indhente viden både om meget konkrete og om mere teoretiske forhold og kombineret dette på en kreativ måde for at kunne finde frem til, hvordan skadesreducerende sygepleje til stofmisbrugere må tage sig ud. Denne viden er aldrig endelig - vi følger hele tiden med i den vidensproduktion om skadesreduktion, der foregår både herhjemme og i udlandet.

Detaljerne i vores skadesreducerende arbejde vil være alt for vidtgående at beskrive her. Det vi kan anbefale er, at sygeplejersken gør en indsats for at få en viden om helt konkrete forhold. Her kan der være en værdimæssig barriere der skal overskrides, hun må være villig til at turde komme brugeren i møde midt i fixet. Rent fak-

6. Foreningens fulde navn er *BrugerForeningen - For aktive stofbrugere*. Den varetager (mis)brugernes rettigheder inden for behandlingsmæssige, juridiske og sociale områder bl.a. ved at være talerør for stof- og metadonbrugere i medierne og gennem kontakter til myndigheder, behandlere og politikere. Desuden rådgiver de i individuelle sager, yder besidderassistance, laver opsøgende gadeplansarbejde og arrangerer sociale aktiviteter som fx fælles udflugter, museumsbesøg og madlavning. Endelig arrangerer de foredrag med sigte på at ændre folks fordomsfulde holdninger til (mis)brugere og på at forebygge stofmisbrug (update: *BrugerForeningen - For aktive stofbrugeres brochure*).

7. For en meget konkret og detaljeret vejledning i fixeteknik kan vi anbefale: *Bli hög på rätt sätt: En säkerhetsmanual för sprutnarkomaner* på www.angelfire.com/home/fajaf/hr/boken.html.

tisk at få lov til at kigge på, mens brugeren foretager en handling, som kan stride mod det, som sygeplejersken finder rigtigt. Vi har gode erfaringer med at blotte vores uvidenhed og gå i åben dialog med brugerne. Når vi fordomsfrit og nysgerrigt spørger brugerne om deres vaner oplever vi, at de responderer ærligt. De er vant til, at deres misbrug er omgærdet med foragt, fordømmelse og kontrolforanstaltninger fra omgivelsernes side. Det er usædvanligt, at fagpersoner har en oprigtig interesse og et ønske om at vejlede dem i at fixe, og når de møder dette reagerer de med alt fra lettelse over forundring til begejstring. Dette er en helt unik mulighed for at skabe det rum af tillid og fortrolighed, som er en forudsætning for at kunne yde god sygepleje.

Det er en fortløbende diskussion blandt personale, der har med stofmisbrugere at gøre, om man skal vejlede stofmisbrugere i injektionsteknik eller ej. Vores holdning er, at det skal man, fordi alternativet kan være katastrofalt for den enkelte. Det er en kendsgerning at de fixer, og så længe de gør det, er vi forpligtede til at vejlede dem. Hvis de en dag vælger at lægge nålen på hylden, så er de langt bedre stillede med arme og ben i behold.

En anden af vores skadesreducerende metoder er at uddele rent "værktøj" (sprøjter og kanyler). Dette er med til at forebygge smitte, men rækker videre end som så. Det har også en symbolsk funktion, idet det viser vi anerkender brugernes praksis og det er en særlig lejlighed til at skabe kontakt mellem dem og os. Vi udleverer ikke blot "værktøj" uden kommentarer, men bruger det som en anledning til at gå i dialog. Det samme er tilfældet, når vi udlever vand, som de ikke har nem adgang til, og som de skal bruge til at opløse deres stof i.

Sygepleje på Hjuls skadesreducerende arbejde omfatter andre brugere end blot stofmisbrugere. I pamfletten *Ideologisk ramme. Sygepleje på Hjul - en del af Projekt Udenfor* beskrives skadesreduktion som en del af vores ideologi og metode med enkelte alkoholrelaterede eksempler.

Brobygning

"I en erkendelse af den kulturforskel, der eksisterer mellem brugerne på gaden og de ansatte i hjælpesystemerne, arbejder vi for en bedre kommunikation og større forståelse menneskerne imellem".

Ved det at bygge bro forstår vi at fremme en proces, hvor brugere og de etablerede systemer finder vej til hinanden og forstår hinanden. Vi ser det som et møde mellem to forskellige kulturer, som må finde ud af at kommunikere, hvor vi forsøger at medvirke ved at sætte en proces i gang. Processen går ud på at få folk fra gaden ind i de eksisterende systemer eller omvendt: få medarbejdere i systemerne til at gå ud på gaden. Om ikke i bogstavelig forstand så i overført betydning. Vi så gerne, at omsorgs- og behandlingspersonale i de offentlige systemer i deres ånd satte sig ind i, hvordan folk lever på gaden.

Vi trækker på elementer af etnografisk metode, idet vi forholder os undersøgende, undrende og spørgende til praksis - både på gaden og i vores kontakt med behandlings- og omsorgsinstitutioner. En vigtig del af brobygningen handler nemlig om at kunne forstå og tale begge kulturers sprog - hvor vi ved sprog tænker både i konkret og i overført betydning.

Vi har i løbet af vores fireårige projektperiode bestræbt os på at lære brugernes kultur at kende. Som vi skriver i pamfletten *Hverdagsfortællinger. Sygepleje på Hjuls oplevelser med gadens folk*, så har brugerne forskellige livsbetingelser, som vi tager udgangspunkt i når vi arbejder. Disse livsbetingelser og den sociale gruppe af venner og bekendte er med til at skabe en ganske speciel form for subkultur.

Vi arbejder i byens offentlige rum; det selv samme rum som brugerne bor og opholder sig i. Det betyder, at vi yder sygepleje inden for tilnærmelsesvis de samme rammer som brugerne lever under. Det, at vi fysisk er til stede, gør det muligt for os at nærme os en forståelse af deres univers - med det forbehold, at vi ikke tror på, at det er menneskeligt muligt at forstå andres univers til fulde. Men ved at være tæt på brugerne i dagligdagen kan vi bedre forstå, hvordan verden ser ud fra deres perspektiv.

Vi er på gaden hver dag året rundt og til tider på forskellige tidspunkter af døgnet. Vi er dagligt vidner til de konflikter og besværligheder det medfører at leve et sådant liv. Når vi sidder ved siden af brugerne på bænken ser vi de nedladende, patetisk medlidende, nysgerrige eller foragtende blikke, som de forbipasserende sender. Vi ved hvor svært det kan være at passe og pleje et sår, når man ikke har let adgang til rent vand og andre praktiske fornødenheder.

Dette giver os en forståelse for de vanskeligheder, der er forbundet med at leve på gaden. Det er den forståelse vi bruger, når vi laver brobygning imellem det etablerede system og de mennesker der lever på gaden og det er den viden vi bruger, når vi prøver at få et netværk omkring brugerne til at fungere. Samtidig har vi via vores uddannelse og erfaring en viden om, hvordan de forskellige systemer arbejder og kan derfor bedre gennemskue baggrunden for de muligheder og begrænsninger som systemet opererer med.

Det er med udgangspunkt i disse forståelser og det at vi taler begge kulturers "sprog", at vi prøver at bygge bro over den kulturkløft, vi mener der er. Formålet er, at begge parter får en øget indsigt i, hvordan det fungerer på den anden side.

Følgeskab

"Det er ikke nok at anbefale en bruger at tage på skadestuen. Vi må ofte tage med for at sikre, at behandlingen tilbydes og modtages".

For de fleste af os er det uproblematisk at møde til en aftalt tid på et aftalt sted for fx at få en sårforbinding skiftet eller lungerne røntgenfotograferet. Men sådan forholder det sig ikke for de mennesker vi kender fra gaden. For deres vedkommende er det mere almindeligt, at den slags aftaler glipper end at de overholdes. Det er der mange årsager til. Men uanset hvilke årsager, der ligger til grund, så er det til skade for personen, når undersøgelser og behandlinger ikke bliver til noget.

Udfra den forståelse af de kulturforskelle, som vi har beskrevet i afsnittet om brobygning, er følgeskab derfor en uomgængelig sygeplejemetode til at sikre, at den nødvendige behandling bliver givet - og modtaget.

I arbejdet med hjemløse er grænserne mellem egentligt sundhedsarbejde og socialt arbejde ofte noget udviskede, hvorfor vi følger brugeren uafhængigt af, hvorvidt han besøger socialcentre, socialforvaltninger, skadestuer, praktiserende læge, tandlæge, laboratorium eller hvad det nu kan være af offentlige institutioner. Vi tilstræber, at den enkelte kontakt bliver til noget og at der er kontinuitet i sagsbehandlingen.

Det, at vi følger folk kan forebygge konflikter, ubehagelige episoder eller at den hjemløse bliver behandlet på en måde, han kan opfatte som nedladende (og som ind imellem også er det). Det er en velkendt problematik, at nogle føler sig kasserede eller klemmt

i det offentlige system. Eller at de ikke kan gennemskue de formelle og uformelle spilleregler.

Vi mennesker lærer allerede i barndommen, hvordan vi skal håndtere konflikter og hvordan vi skal agere i mellem menneskelige relationer. Omgivelserne fortæller os, hvad der er passende og upassende adfærd og de fleste af os indretter os efter de gængse normer, der er i samfundet. Men hvad hvis de rollemodeller man har haft i opvæksten ikke har været i stand til at lære en det? Hvordan skal man så kunne forstå disse spilleregler?

Følgeskab er ikke blot at sikre, at brugeren rent faktisk kommer af sted til skadestuen, til møder med sagsbehandleren o. lign., men også at forberede ham til den situation han er på vej ind i. Vi taler om, hvad der sandsynligvis vil ske og hvad der er realistisk, så hans forventninger ikke overstiger de faktiske muligheder. Vi prøver at give ham en forståelse for de regler, der nu engang gælder i det system, han skal i kontakt med, så de ikke er alt for fremmede for ham. Vores hensigt er at give brugeren mulighed for at få indflydelse på sin egen tilværelse ved, at han på forhånd har formuleret nogle tanker om, hvad han ønsker at opnå i den pågældende situation. Vi kender som regel brugeren og hans livsbetingelser i forvejen og kan derfor bedre forudse, hvilke problemer der vil kunne opstå.

Har vi muligheden prøver vi også at forberede den person, som brugeren skal til samtale, undersøgelse eller behandling hos, om den hjemløses særlige livsform, og hvorfor nogle af de krav systemet stiller, kan være umulige for ham at opfylde.

Netværksarbejde

"De hjemløses egne netværk. Vores netværk med andre professionelle. Det netværk vi indgår i med brugerne. Sådan kan de netværk, man deltager i være grundlæggende forskellige og samtidig så "naturlige", at man ikke skænker dem en tanke i hverdagen. Men de har stor betydning for planlægningen og udførelsen af Sygepleje på Hjuls arbejde".

Følgende citat siger med al tydelighed, hvorfor vi beskæftiger os med socialt netværk i denne pamflet:

" [Alle] mennesker har brug for at føle sig som en del af et socialt system, føle sig tilknyttet andre mennesker og få anerkendelse,

tryghed og kærlighed. Samværet med andre er afgørende for den enkeltes selvopfattelse og identitet, og følelsen af værdi er afhængig af, hvordan vi udfylder de roller vi definerer os selv i forhold til. Det at have tilknytning til andre må således betragtes som et fundamentalt menneskeligt behov, som, hvis det ikke bliver opfyldt, bl.a. kan føre til dårlig trivsel". (Plate 1994: 60).

Et socialt netværk består af personer, som er forbundet med hinanden. Personer i netværket hjælper hinanden og er i løbende kontakt med hinanden. For de fleste af os udgør familien en betydningsfuld del af netværket, den er med til at skabe vores følelse af identitet og tilhørsforhold, og det er også herfra vi forventer den største hjælp. Ligeledes har venskaber stor betydning for os. Det er igennem venskabet, vi oplever intimitet og social integration samt støtte og omsorg. Vores venner bekræfter vores værd som mennesker og giver os en følelse af, at der er nogen vi kan stole på. De fungerer også som vejledere i personlige spørgsmål. Men der er også i venskabet en stor risiko. Svigter en ven, opleves det meget hårdt.

Det er en almindelig opfattelse, at vi selv vælger vores venner. Dette er dog en sandhed med modifikationer, for disse valg kan næppe siges at være frie. Sådanne omstændigheder som vores sociale position, økonomiske muligheder og opvækstbetingelser har betydning for ikke bare, hvem vi vælger, men også hvem vi reelt har mulighed for at vælge i mellem. De mest velfungerende venskaber er dem, vi har etableret med mennesker, der ligner os selv med hensyn til social position, interesser, holdninger og værdier.

Den hjemløse har for langt de flestes vedkommende, ingen eller uendelig lidt kontakt med deres familie. Derfor betyder deres venner særlig meget. Som alle andre mennesker etablerer de venskaber med folk af samme slags som sig selv. Dog måske med posefolket⁹ som en nævneværdig undtagelse.

Eftersom gruppen af massivt socialt udstødte i samfundet er en særdeles heterogen gruppe, opererer de med indbyrdes hierarkiske regler for, hvem man omgås og hvem man undgår. Brugerne finder sammen i venskabsgrupper, som sidder sammen og som følges ad rundt i byen. Til tider er de måske 5-6 stykker, andre gange er de måske kun to. De er om muligt mere afhængige end os andre

9. Dvs. psykisk syge mænd og kvinder, der lever på gaden med alt, hvad de ejer og har.

af det sociale netværk som vennerne udgør. Dels fordi de ikke har nogen familie og dels fordi livet på gaden er hårdt, og de derfor har brug for al den hjælp og støtte, de kan få fra deres venner. Endvidere er deres muligheder for at vælge nye venner begrænsede til en lille folk, idet venner vælges blandt folk med en social position, der ligger tæt på ens egen. Alt dette betyder, at vores brugere er særligt sårbare overfor risikoen ved, at venskaber brydes.

De mere formelle relationer udgør - reelt eller potentielt - et betydeligt netværk for "vores" brugere. Dette netværk består af personale på hjemløseinstitutioner, sygehusafdelinger, ambulatorier, frivilligorganisationer, projekter som os selv etc. Ved at benytte netværket kan brugerne få støtte, omsorg og behandling fra fagpersoner og frivillige, der arbejder i diverse organisationer. Via disse personer får de endvidere adgang til viden, rådgivning og anden information, som de ellers ikke kan få. Det kan somme tider dreje sig om tilsyneladende banale oplysninger som væresteders åbningstider eller hvor man for tiden kan få gratis mad, tøj og soveposer. Selv om disse oplysninger kan virke banale, så har de stor betydning for mennesker der bor på gaden¹⁰.

Vores netværksarbejde foregår på kryds og tværs. Det handler om, at vi benytter os af brugernes indbyrdes personlige netværk. Det handler om, at vi opsøger og vedligeholder vores egen viden om de eksisterende institutionelle netværk og bruger denne viden til gavn for brugerne. Det handler også om, at vi etablerer eller udbygger det institutionelle netværk omkring den enkelte bruger. Og endelig handler det om, at vi selv arbejder i netværk. Alle disse netværksrelationer griber ind i hinanden i praksis, hvor de ikke kan ses adskilt, men foregår på en og sammen tid.

Via brugernes allerede eksisterende personlige netværk baseret på bekendtskaber og venner hører vi om og finder frem til mennesker, der har behov for sygepleje og som måske ikke selv magter at gøre noget aktivt for at få hjælp. Desuden bruger vi netværket til at udveksle information.

Brugernes indbyrdes netværk udgør et formidabelt mund-til-mund kommunikationssystem, som vi selv indgår i og benytter os af. Her udgør specielt vores daglige holdeplads med sygeplejebi-

10. Dette indledende afsnit om netværk er inspireret af Christine Plate (1994: 39-64).

len et knudepunkt for udveksling af information. Det er via bruger-nes netværk, vi får fat i en bestemt person fx fordi vi har fået en tid til ham hos egen læge, men ikke aner hvor han befinder sig. Og det er via netværket vi får at vide, at den eller den har det dårligt for tiden, og som så kan hjælpe os med at opspore vedkommende.

En del af netværksarbejdet går ud på at opsamle, udbrede og modtage information og viden. Det er, når vi skaffer os viden om love og bekendtgørelser på det sociale og sundhedsmæssige område og giver den videre til brugerne. Det er, når vi udbreder kendskabet til visitationsregler og målgrupper for de enkelte institutioner fx sygehuse, socialcentre, herberger, døgninstitutioner etc. Det er, når vi informerer om de forskellige socialcentre og distriktscentres åbningstider. Det er, når vi stiller vores viden til rådighed for brugerne om, hvilke specialer der findes på de forskellige sygehuse, hvilke optageområder de har, og hvordan socialvæsenets netværk er opbygget fra det overordnede niveau til den enkelte sagsbehandler, støttekontaktperson og boligsociale medarbejder. Den viden og information vi giver videre, har vi fået via brugerne selv eller vi skaffer os den via mere formelle kanaler. Da love og regler fortolkes forskelligt af den enkelte medarbejder på en institution eller i en forvaltning, opfordrer vi gerne brugerne til at henvende sig der, hvor en eller flere medarbejdere erfaringsmæssigt fortolker i brugernes favør.

I hele dette netværksflow af viden og information tilstræber vi at holde os ajour med de løbende ændringer der sker. Al denne udveksling skulle gerne være med til at lette brugernes hverdag, så de undgår at gå forgæves fra sted til sted og så de er bedre rustede, når de fx skal møde op i en socialforvaltning.

Der er for os ingen tvivl om, at netværket i sig selv er betydningsfuldt på mange niveauer ved sundhedsarbejde på gaden. Men der er heller ingen tvivl om, at det kunne bruges endnu mere og bedre til fx forebyggende arbejde.

Besøg under indlæggelse

"Ensomhed, angst, marginalisering, abstinenser, økonomiske problemer, konflikter med personalet, skrevne og uskrevne regler kan være grunde til, at brugeren lader sig udskrive eller udskrives fra et sygehus før han er færdigbehandlet. Derfor prioriterer vi at besøge brugeren under indlæggelse".

Den gruppe mennesker som Sygepleje på Hjul har kontakt til, har en markant dårligere sundhedstilstand end den øvrige befolkning. Der er flere både personlige og samfundsmæssige faktorer, der har indflydelse på denne ringere sundhedstilstand.

At tage vare på egen sundhed er den enkeltes ansvar. Men i det øjeblik sygdom indtræder og behovet for behandling og omsorg opstår, bliver ansvaret fordelt. Den syge har krav på behandling og systemet har pligt til at imødekomme dette krav bedst muligt.

Man skulle tro, at de brugere som vi har kontakt med, oftere ville drage fordel af samfundets behandlingstilbud i kraft af deres ringere sundhedstilstand. Dette er imidlertid ikke vores erfaring. Mange beretter om traumatiske, nedværdigende og angstprovokerende oplevelser i mødet med systemet, hvorfor de for enhver pris ønsker at undgå denne kontakt.

I sundhedssystemet er der en tendens til at forvente, at patienter er motiverede til at bedre deres sundhed. En motivation som bl.a. kommer til syne ved, at patienten er interesseret i at samarbejde og evt. ændre adfærd, hvis det kan bedre hans tilstand eller forebygge at den forværres. Af multifaktorielle grunde er brugerne ofte ikke i stand til at imødekomme disse forventninger om samarbejde og adfærdsændring. Sundhedspersonalet reagerer måske med at bebrejde brugeren, at "det er hans egen skyld", og dermed sætte hele hans livsstil under anklage. I det hele taget kan brugerens adfærd være svært forenelig med den kultur, de normer og regler, der eksisterer på et sygehus. Derfor prioriterer vi højt at besøge brugeren, når han er indlagt på sygehus. Erfaringen har vist os, at mange lader sig udskrive eller bliver udskrevet før tid, så det overordnede formål med vores besøg er, at brugeren forbliver indlagt til han er færdigbehandlet.

Vi forsøger at skabe et tæt samarbejde med personalet. Vi deler gerne vores erfaringer med dem om livet og forholdene på gaden i håbet om, at de kan forstå og acceptere, at brugerne opfører sig anderledes end "normale" patienter. Vi har indtryk af, at personalet ofte har stor respekt for vores arbejde, så selvom de betragter brugeren som en "besværlig patient", så vil de gerne samarbejde. Tillige, i vores egenskab af både at have arbejdet indenfor sundhedsvæsenet som sygeplejersker og som gadesygeplejersker, kender vi sproget i begge subkulturer og kan derfor hjælpe dem med at forstå hinanden. Mange misforståelser og konflikter kan forebygges på denne måde.

Ensomhed, angst, marginalisering, smerter, abstinenser, økonomiske problemer, konflikter med personale og måske flere faktorer, som vi ikke kender til, er grunde til, at brugeren lader sig udskrive eller udskrives før han er færdigbehandlet.

De fleste brugere bliver indlagt akut. Det betyder, at de ikke har haft mulighed for at forberede indlæggelsen; ingen toilettaske, ingen rent tøj, ingen penge og ingen cigaretter. Når vi kommer på besøg, medbringer vi nogle af disse ting, som man ellers kunne forvente, at pårørende ville komme med. Som regel er vi de eneste besøgende han får.

Mange af brugerne har nogle komplicerede økonomiske forhold. Pengene rækker ikke langt og de supplerer måske deres overførselsindkomster ved at samle flasker, tigge, prostituere sig eller begå kriminalitet. Dette bliver noget besværligt, når man er indlagt. Vi forsøger at afhjælpe dette ved at give dem lidt penge.

Abstinensbehandling kan skabe større konflikter. Mange af brugerne med et alkoholmisbrug har den oplevelse, at de ikke får tilstrækkelig med medicin. Når de forlader sygehuset, før de er færdigbehandlede, er dette netop en af forklaringerne, men vi er opmærksomme på, at årsagerne også kan være andre. Nogle afdelinger ordinerer øl til mennesker med et stort alkoholforbrug. Disse afdelinger er særligt populære. Måske ikke kun fordi det giver mulighed for at beruse sig under indlæggelsen, men også fordi det signalerer anerkendelse og accept.

Smertebehandling kan også være et konfliktfyldt emne. Flere af de mennesker der i forvejen er stofafhængige oplever, at de ikke kan få tilbudt medicin mod deres smerter. Forklaringerne kan være forskellige, men kan samles i to overordnede kategorier. Den ene er holdningsbaseret, hvor personalet af overvejende moralske grunde ikke ønsker at støtte et misbrug. Den anden er baseret på en fejlagtig viden om, at de brugere, der i forvejen får ordineret metadon, ikke behøver yderligere smertestillende medicin, idet metadonen også skulle kunne lindre de nyopståede smerter. I begge tilfælde kan det føre til den ulykkelige situation, at brugeren må forlade afdelingen eller må få en kammerat til at bringe smertestillende medicin fra det illegale marked.

På den anden side er der også afdelinger, der bevidst vælger at øge dosis - "så hatten passer", netop ud fra den argumentation at fastholde brugeren under indlæggelse. Vores erfaring med denne

metode er, at brugerne langt oftere forbliver indlagte, til de er færdigbehandlede og har oplevet indlæggelsen mere positivt. Har afdelingen en holdning til smertebehandling, der er i patientens favør, skabes der ro. Brugerens angst for ikke at blive smertelindret forsvinder og samtidig undgår personalet en plæderende patient.

På flere sygehuse eksisterer der særlige skrevne regler, som gælder for stofmisbrugere. Regler, der varierer fra afdeling til afdeling og fra sygehus til sygehus. Som udenforstående kunne det se ud som om, at reglerne er tilfældigt opstået mere end de er egentligt evidensbaserede. Og at visse sygeplejersker afviser at efterleve dem, måske fordi reglerne strider mod deres moral.

Reglerne foreskriver eksempelvis, at stofmisbrugere ikke må forlade afdelingen under indlæggelsen, og at de ikke må få besøg - uden særlig tilladelse. Hvis reglerne overtrædes risikerer patienten udskrivelse og dermed udelukkes han fra behandling. Andre steder bliver misbrugerne placerede på isolationsstuer og får forbud mod at forlade stuen. Vi har sågar oplevet, at en psykiatrisk afdeling generelt afviste at udlevere metadon. Dette betød, at vi i et særligt tilfælde måtte hente metadon hver morgen på det narkoambulatorium, som brugeren var tilknyttet og bringe det til ham på afdelingen.

Vi finder det betænkeligt, at sådanne regler eksisterer, ligegyldigt om de så håndhæves eller ej. At udarbejde regler for en særlig gruppe mennesker i dette samfund er ikke blot diskriminerende - det tangerer et brud på FN's menneskerettighedserklæring¹¹. Ydermere er det i uoverensstemmelse med den sygeplejeetiske retningslinje: "Sygeplejersken skal i sit arbejde udvise respekt for patientens egenverdi samt respektere personens individuelle behov og valg"¹².

For det meste oplever vi dog et ganske fint samarbejde med personalet. Og ved at have tæt kontakt med bruger og personale under indlæggelsen har vi tidligt i forløbet kunnet forberede udskrivelsen. I nogle tilfælde er det ikke et problem, at brugeren udskri-

11. I Verdenserklæring om menneskerettighederne, Artikel 2, står der: "Enhver har krav på alle de rettigheder og friheder, som nævnes i denne erklæring, uden forskelsbehandling af nogen art, f.eks. på grund af race, farve, køn, sprog, religion, politisk eller anden anskuelse, national eller social oprindelse, formueforhold, fødsel eller anden samfundsmæssige stilling" [1948].

12. Sygeplejeetiske retningslinjer punkt 1 (2003).

ves til gaden, da han ikke har behov for videre behandling og han ikke er ringere stillet end da han blev indlagt. Men andre gange skal eksempelvis en sårbehandling eller en medicingivning løbe over en længere periode. I sådanne tilfælde trækker vi på vores viden om og erfaringer med de tilbud, der eksisterer til hjemløse, så vi i samråd med bruger og personale kan finde frem til den mest optimale og realistiske løsning at udskrive brugeren til. Det kan fx være til et herberg eller en sygeafdeling for hjemløse. Eller det kan være, at brugeren kan bo hos en kammerat, hvor hjemmeplejen er villig til at møde op. I alle tilfælde er det hensigtsmæssigt at være i god tid med at arrangere udskrivelsen, så brugeren ikke ender på gaden. I nogle tilfælde lykkes det ikke at finde frem til relevante tilbud og brugeren udskrives så til gaden og vores pleje. Det gør det lidt mere besværligt at give en optimal pleje og behandling, men med lidt fleksibilitet og realitetssans kan meget alligevel lade sig gøre.

Formidling

"Vi føler os etisk forpligtede til at formidle vores viden og erfaringer, i en bestræbelse på at påvirke holdningerne hos såvel professionelle som hos andre mennesker hen i mod en større forståelse for de udstødtes liv. Vi tror på, at vi derved på længere sigt kan medvirke til, at deres vilkår bedres".

Vores formidlingsopgaver omfatter undervisning og foredrag fx på kurser og uddannelsesinstitutioner, i humanitære organisationer og foreninger samt til samarbejdspartnere. Derudover lader vi os interviewe til pressen og vi skriver af og til debatindlæg og læserbreve. I store træk bruger en sygeplejerske i Sygepleje på Hjul gennemsnitligt en dag hver anden uge på formidling, inkl. forberedelse. Dette kan variere, da der er nogle perioder, der er mere intensive end andre.

Henvendelserne udspringer af en nysgerrighed for hjemløshed og udsatte menneskers levevilkår. For de fleste ligger der et ønske om at forstå det anderledes og få en øget indsigt. For nogle handler det helt konkret om at få nogle redskaber, fordi de møder de udstødte qua deres arbejde. Vi får forespørgsler om specifikke emner som eksempelvis stofmisbrug, gadesygepleje, posefolk eller hjemløshed.

Udover at vi gerne vil imødekomme folks forespørgsler og udbrede kendskabet til vores metoder, så har vi også et ønske om

at formidle vores forskellige budskaber. Konkret forsøger vi at afli-ve myter som, at stofmisbrugere er ufølsomme tyveknægte, der mangler ryggrad til at blive stoffrie eller at posefolk selv frit har valgt at leve på gaden. Vi stræber mod at ændre folks holdninger hen i mod en større forståelse for de udstødtes liv og dermed på længere sigt at opnå, at deres vilkår bedres. Endvidere giver denne gensidige udveksling af synspunkter os en indsigt i, hvad folk går og tænker, så vi ved, hvad vi skal tage udgangspunkt i, når vi ønsker at påvirke folks holdninger.

Sygepleje på Hjul havde nyhedsværdi for pressen lige fra begyndelsen. I dag er der mere fokus på brugerne end på projektet Sygepleje på Hjul. Vi bliver brugt som eksperter til at belyse eller nuancere temaer, der har politisk bevågenhed. Pressen bruger os også til at formidle kontakt til en enkelt bruger, som skal udtale sig om begivenheder, der vedrører hans og de andre brugeres hverdagsliv.

Det er altid en balancegang både for os og brugerne at udtale sig til pressen, fordi nuancerne kan risikere at forsvinde i en artikel. Eller et indslag i en tv-udsendelse klippes på en måde så budskabet fordrejes. Eksempelvis blev en tigger vi kender interviewet om, hvor mange penge han tjente om dagen. Han fortalte med glæde, at han ved juletid havde tiggert sig til flere tusinde kroner. Der var tale om en exceptionel indtjening på en enkelt dag, men journalisten refererede, at han i gennemsnit lavede flere tusinde kroner dagligt. Flere andre brugere, der ernærede sig ved tiggeri, blev meget vrede på pågældende, fordi det vakte forargelse i befolkningen og reducerede deres indtjeningsmuligheder. Dette gav ham mange problemer i hans omgangskreds.

På den anden side er pressen med til at udbrede kendskabet til de udstødtes problemer. Det kan være det første skridt på vejen til, at der er nogle forhold, der bliver forbedret for målgruppen. Når journalister henvender sig til os for at få kontakt med en hjemløs, oplyser vi gerne, hvilke offentlige opholdssteder brugerne benytter sig af, men vi formidler sjældent kontakten direkte. Dette for at undgå, at brugerne føler sig pressede af os til at udtale sig.

Perspektiver

Vi så gerne, at formidlingen i denne pamflet af vores metoder, som er baseret på refleksioner over egen praksis, kunne være det første

skridt til en egentlig model- og teoriudvikling for sygepleje til massivt socialt udstødte. Måske kunne metoderne i første omgang give anledning til fælles refleksioner i et større forum i efteruddannelsen af sygeplejersker? Måske kunne elementer af vores metoder berige andre sygeplejefaglige specialer? I princippet dukker "vores" brugere op, hvor som helst i sundhedssystemet, så det ville være gavnligt, hvis sygeplejersker generelt havde metoder til at tackle de situationer, der opstår i mødet med denne gruppe mennesker. Måske kunne det udgangspunkt vi har om at arbejde temmelig betingelsesløst på brugernes præmisser endda give anledning til nogle mere generelle overvejelser om, hvordan vi som sygeplejersker i det hele taget tager imod mennesker der møder "systemet"?

Vores metoder er ikke endegyldige. Selv om de er ganske velafprøvede, så må de betragtes som midlertidige og står derfor åbne til diskussion. Vi gør os til stadighed nye erfaringer, som giver anledning til at justere og udvikle vores metoder. Dertil kommer, at der i samfundet hele tiden sker forandringer, som påvirker vores metoder. I løbet af det sidste årti, har der været en øget tolerance og vilje blandt politikere og samfundets institutioner til at gøre noget for at bedre vilkårene for de socialt udsatte. Det betyder, at der sker nogle forbedringer for en del af de mennesker, vi har med at gøre, men erfaringsmæssigt betyder det også, at andre glemmes. Eller at nye problemer dukker op. Vi følger med i disse forandringsprocesser, så vi enten kan tilpasse vores metoder i takt hermed eller også finde helt nye veje at gå.

Litteratur

Bli hög på rätt sätt: En säkerhetsmanual för sprutnarkomaner på
www.angelfire.com/home/fajaf/hr/boken.html.

BrugerForeningen - For aktive stofbrugere. Brochure fra BrugerForeningen - For aktive stofbrugere. Kan skaffes på telefon 35 36 01 50 eller e-mail info@brugerforeningen.dk. Udateret.

Plate, Christin

1994 *Mennesker imellem: Sundhedsplejerskers gruppeaktiviteter set i forhold til sociale netværk.* Specialeafhandling, skriftserie fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole nr. 13. Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, Aarhus.

Sygeplejeetiske retningslinjer

2003 Håndbog 2003. Dansk Sygeplejeråd. København

Verdenserklæringen om menneskerettighederne

[1948] De Forenede Nationers informationskontor for de nordiske lande.
København.

