

Sygepleje blandt stofmisbrugere

Erfaringer fra arbejdet som gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København 1998 og 1999

Københavns Kommune
Familie-og arbejdsmarkedsforvaltning

Udarbejdet af:
Charlotte Fich og Nina Brünés
Finansieret af Specialinstitutionen på Forchammersvej og Sygekassernes Helsefond

Indholdsfortegnelse:

Forord til 2. udgave	4
Indledning	6
Mål:	7
Metode:	7
Vores teoretiske værktøj	8
Miljøet på og omkring Maria Kirkeplads	11
Menneskene	11
Hygiejnen	12
Kriminalitet og prostitution	13
Politiet	13
Mariatjenesten	14
Sygeplejeklinikken	14
Brugergruppens problemer og sygdomme	14
De fysiske problemstillinger	14
Hepatitis	15
Hiv og AIDS	15
Andre alvorlige infektioner	15
Hjerte-karsygdomme	15
Fysiske handicap	16
Mave-tarmproblemer	16
Kønssygdomme	16
Tandstatus	16
Hudsygdomme, såsom eksem og andet udslæt og sår	17
De psykiske problemstillinger	18
De psykiatriske lidelser	19
De psykotiske	19
Borderline	19
Psykopaterne	19
De sociale problemstillinger	20
Stigmatisering	20
Manglende uddannelse	20
Hjemløshed	20
Det åndelige problemområde	21
Det daglige arbejde	21
Eksempler på konkret sårpleje	22
Smittebegrænsning	22
<i>Andre skadesreducerende arbejdsopgaver</i>	22
Formidling	23
Fængselsbesøg	23
Førstehjælp	23
Information	23
To spørgeskemaundersøgelser	24

Interviewsituation	24
<i>Resultater og tal fra de to undersøgelser:</i>	25
Undersøgelse A	25
Undersøgelse B	31
Konklusion	37
Tilstandens ulidelige elendighed.....	39
Sygdomsfremkaldende stresskampagner	40
Misbrug og behandling	40
Fleksibilitet betaler sig	41
Perspektivering	41
Casestories	43

Forord til 2. udgave

Der er nu gået knapt 2 år siden denne rapport er blevet publiceret. Der har været stor efterspørgsel på rapporten og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen har besluttet at genoptrykke publikationen. Vi har rettet en smule i teksten, uden dog at ændre i indholdet. På trods af, at vores viden og indsigt i stofmisbrugsproblematikken nu er mere nuanceret end det fremgår i denne rapport, har vi valgt at lade den fremstå, som det tidsbillede den illustrerer. Vi finder det dog relevant kort at fremhæve visse tiltag, der har fundet sted i den forløbne periode.

Gadesygepleje i den form vi har praktiseret, blev i foråret 2000 afløst af en ny struktur. Københavns kommune har etableret fremskudte sygeplejeklinikker tre forskellige steder i København. Fem sygeplejersker er fordelt på henholdsvis Mændenes Hjem på Vesterbro, herberget i Hillerødgade og på Sundholm. Specialinstitutionen på Forchhammersvej fungerer som det koordinerende bagland med tilbud om lægetilsyn og mulighed for indlæggelse på institutionens sengeafdeling. Hertil er tilbudet yderligere udbygget i 2001 med et tværfagligt opsøgende team bestående af socialrådgivere, pædagoger og gadesygeplejersker. Den lille klinik i Mariakirken er lukket.

Dette stort anlagte netværk af social- og sundhedstilbud er sat i stedet for den skadestue vi i rapporten foreslog oprettet. Vi problematisere allerede dengang det stigmatiserende element ved oprettelse af en skadestue specielt henvendt til stofmisbrugere og vi er enige i Københavns kommunes beslutning om ikke at etablere ”andenrangs” tilbud, men derimod opfordre det etablerede system til også at rumme de marginaliserede befolkningsgrupper.

For at støtte dette synspunkt arbejder vi på at udvikle ”sygepleje til stofmisbrugere” til et speciale på lige fod med andre sygeplejefaglige specialer. Dels ved at oprette en faglig sammenslutning for sygeplejersker beskæftiget med afhængighed og misbrug af rusmidler og dels ved, at vi har forfattet et kapitel om emnet. Et kapitel, der vil indgå i et større værk om sygepleje, der forventes udgivet i efteråret 2002 af GAD’s forlag.

Siden begyndelsen af år 2000 har Københavns kommune forbedret indholdet af de værktøjssæt, samt udbygget varesortimentet af sprøjter og kanyler, der udleveres gratis rundt omkring i byen. Der er dog med stor beklagelse stadig ikke kommet rent vand i sættene.

J-Kie Cards, en ny type vidensformidling (kort omtalt i rapporten), kom ligeledes på gaden i år 2000. En efterfølgende evaluering viste en samlet positiv effekt af denne form for formidling. Evalueringen anbefalede en opfølgning, hvilket har resulteret i, at der vil blive distribueret yderligere 50 nye J-Kie-Cards i den nærmeste fremtid.

Desværre er der stadig ikke opnået politisk enighed om oprettelse af fixerum, ej heller er det blevet muligt for misbrugere indsat i fængsler at få adgang til rent værktøj. Disse tiltag ville, efter vores mening, markant kunne begrænse smittespredningen af især hiv og hepatitis samt nedbringe de hyppige tilfælde af overdoser til gavn for både den enkelte som for samfundet som helhed. Åbenhed i forhold til problematikken omkring det intravenøse indtagelsesmønster vil kunne skabe dialog i stedet for afstand. Og da det seneste politiske budskab handler om, at stofmisbrugerne skal integreres i det øvrige samfund, er det piske nødvendigt med denne dialog.

Det er blandt andet denne dialog, der kommer på prøve i et nyt forskningsprojekt, hvorunder en population på omkring 40 stofmisbrugere på ambulatoriet ”Stæren”, får tilbudt injicerbar metadon. I sommeren 2001 begyndte optagelsen af deltagerne, der i en følgende treårige periode vil blive observeret og vurderet ud fra fysiske, psykiske og sociale parametre.

De, med jævne mellemrum, til tider heftige debatter, omkring hvorvidt Danmark skal etablere heroinforsøg, har omsider medført, at der ligeledes i sommeren 2001 er nedsat et udvalg til at se på indsatsen overfor de svageste af landets stofmisbrugere. En ekspertgruppe skal hermed tage stilling til hvilke tiltag, inklusive lægeordineret heroin, der kan øge livskvaliteten for de hårdest belastede og uhelbredelige misbrugere. Resultatet af gruppens arbejde vil foreligge ved udgangen af 2001.

Det er vores vurdering, at samfundet i større og større grad bevæger sig i en retning af afkriminalisering snarere end en vedligeholdelse eller endog oprustning af krigen imod narkoen. De nye toner handler om omsorg for det lidende menneske og om at støtte og beskytte i stedet for at straffe og fængsle.

Begrebet ”skadesreduktion” har fået fodfæste i Danmark. Principperne om en accept af menneskets beslutning om at anvende stoffer, en respekt for at det enkelte menneske er ansvarlig for sin adfærd og en neutralitet i forhold til stoffrihed, er principper der vinder indpas i den samlede narkotikapolitik. Sammenholdt i indsatsen med forebyggelse, behandling og kontrol har skadesreduktion åbnet for nye muligheder i arbejdet med denne for menneskeheden alvorlige lidelse. Problemstillingerne kan nuanceres yderligere, hvilket skaber et klarere sigte og hermed mulighed for bedre resultater både for den enkelte og for de mange. Der er dog lang vej endnu og hårdt arbejde forude. I skrivende stund er:

Nina Brünès ansat i Projekt Udenfor i ”Sygepleje på hjul”
Mobil: 28267507

Charlotte Fich er ansat på ambulatoriet ”Stæren”
Tomsgårdsvej 17
2400 KBH NV
Tlf: 33178610
Mobil: 26208998

Indledning

Denne rapport er baseret på to års sygepleje blandt stofmisbrugere og andre udstødte i deres eget miljø. Geografisk strækker miljøet sig på den ene led fra Hovedbanegården, langs Istedgade, ned til Gasværksvej, og på den anden led fra Skelbækgade, over Halm-torvet, via alle de små sidegader til Vesterbrogade. Området rummer alle de elementer af kriminalitet, sexindustri, stofhandel og -misbrug, der ses i andre storbyer.

Det er i dette miljø, at vi har udført og udviklet vores sygepleje. I samarbejde med Mariatjenesten har vi etableret en sygeplejeklinik inde i Mariakirken på Istedgade.

Vi er fra begyndelsen blevet godt modtaget, bliver stadig brugt flittigt og er nu fuldt integrerede og anerkendte i misbrugsmiljøet som en del af deres subkultur. Med andre ord har vi nu opnået ét af vores mål, nemlig den integration, der er det nødvendige udgangspunkt for at nå ind under huden på folket.

Det er denne integration, der gør os i stand til at observere det ellers usynlige, at handle på det ellers uforståelige og opnå resultater der ellers er uopnåelige.

Vores bevæggrunde for at arbejde med disse mennesker i deres eget miljø, er opstået ud fra forskellige oplevelser og erfaringer med misbrugere i kontakt med systemet.

Vi har begge været vidne til uretfærdighed og er dybt indignerede. Vores engagement bunder i, at menneskerettighederne også skal gælde for stofmisbrugerne.

Vi har ønsket at forstå, hvorfor mange misbrugere ikke benytter sig af det etablerede systems tilbud om sygepleje. Hvorfor en del af dem ikke bliver færdigbehandlede, når de er indlagte på hospital. Hvorfor politi og Vesterbros borgere ønsker dem der hen hvor peberet gror, og hvorfor der ustandselig opstår en skyttegravskrig der, hvor der ellers er behov for frugtbart samarbejde.

En kontinuerlig konflikt uden vindere og til evig frustration for alle parter.

Vi har ønsket at undersøge subkulturen, for at få afklaret forhold, der kunne være medvirkende årsager til disse mange problemer og sammenstød. Vores middel er sygepleje og vores kald er sygepleje til stofmisbrugere.

Charlotte Fich begyndte arbejdet i februar 1998, som et pilotprojekt af en varighed på 2 måneder. Behovet for sygepleje viste sig at være meget omfattende, og derfor blev projektet forlænget og endog udvidet med endnu en sygeplejerske, Nina Brünés i marts 1999. Dette har været muligt takket være Sygekassernes Helsefond, der har været med til at yde betydelig økonomisk støtte. Den resterende finansiering har Specialinstitutionen på Forchhammersvej stået for.

Vi er begge tilknyttet Specialinstitutionen på Forchhammersvej. Institutionen behandler hiv-positive og AIDS-syge stofmisbrugere i København. Denne indsats er tværfaglig, hvor de øvrige faggrupper er pædagoger, læger, psykologer og socialrådgivere. De udgør vort faglige bagland og er vores sparringspartnere.

Vi modtager supervision dels fra psykolog, dels fra vores chef Svend Aage Germannsen.

Mål:

Med udgangspunkt i den enkeltes behov for omsorg er det vores mål:

- at hjælpe dem, som ønsker at komme ud af deres stofmisbrug
- at motivere folk til behandling
- at fremme sundhed og forebygge sygdom
- at forebygge spredning af infektionssygdomme, såsom hiv, hepatitis B og C
- at reducere skaderne i forbindelse med stofmisbruget (Harm Reduction), for den enkelte, for gruppen og for samfundet som helhed
- at afdække årsagerne til, at de udstødte er udstødte
- at afdække behovet for støtte og behandling i misbrugernes eget miljø. Både for den enkelte og for subkulturen som helhed
- at foretage en statistisk registrering, der kan øge vores indsigt i de faktuelle forhold i miljøet, for herigennem at kunne forbedre vores indsats
- at afdække den kulturelle kode i miljøet med henblik på at nedbryde de stereotypede opfattelser og mytedannelser
- at viden forpligter og derfor omsætte denne viden til konkrete tiltag, herunder videreformidling og udvikling af koncepter til forbedring af stofmisbrugernes vilkår

Metode:

Vores arbejdsmetode er Primary Health Care (PHC).

Vores sygepleje ydes i lokalmiljøet, hvor vi møder mennesket der, hvor det lever (og dør). Vi skaber det rum, der gør det muligt for den enkelte at føle den tillid, som er nødvendig for, at han/hun kan formulere behov, som vi kan handle på og således styrke til egenomsorg. Det er ud fra dialogen med den enkelte, at vores bevidstgørende sundhedspædagogik tager form, så vi kan give den information og yde den behandling, der er nødvendig for at fremme sundhed og forebygge sygdom.

Ud over kontakten til den enkelte stofmisbruger eller til gruppen som helhed, forsøger vi at fungere som vejleder og koordinatore i systemet. Vi arbejder målrettet på at opbygge et netværk af samarbejdspartnere til gavn for alle.

I vid udstrækning er vi katalysatorer mellem den udstødte og det etablerede system. Det spænder lige fra at følge med den enkelte til eksempelvis hospital eller misbrugsbehandlingscentre, over samarbejde med foreninger og behandlere nationalt såvel som internationalt, til undervisning af behandlere, pædagoger, sygeplejersker, studerende m.m.

Desuden bidrager vi med information til pressen og deltager aktivt politisk. Vi har udviklet informationsmateriale, der er specifikt målrettet til stofmisbrugskulturen. Et kon-

cept København og Frederiksberg kommuner har købt, og som vil blive lanceret i nærmeste fremtid.

Alt dette på baggrund af vores holdning til at viden forpligter. Vi arbejder frem mod en samfundsmæssig holdningsændring til de udstødte.

Denne form for "gadesygepleje" har foruden de konkrete sygeplejetiltag, indhentet hidtil ukendt viden. Den er i sin vorden, men det er vores overbevisning, at den kan blive en vigtig del af fremtidens sundhedsvæsen. Derfor ser vi det som en væsentlig opgave at fortsætte med at yde sygepleje på gadeplanet, og desuden få mulighed for at udvikle dette speciale til gavn for den enkelte, for gruppen og for samfundet som helhed.

Skadesreduktion: Vores konkrete sygeplejehandlinger tager udgangspunkt i skadesreducerende principper. Principperne bag skadesreduktionsstrategien er kendetegnet ved ikke at være en på forhånd given størrelse. De udvikles derfor løbende ud fra de konkrete erfaringer og situationer vi møder.

Se eksempler på skadesreducerende tiltag i case nr. 6 og 7

Vores teoretiske værktøj

Vores indfaldsvinkel til arbejdet er sygeplejefagligt baseret. Vi fremhæver her de teoretiske hjørnesten, der er fremherskende i vores daglige arbejde.

Kari Martinsen: Omsorg og tillid

Kari Martinsen er en norsk sygeplejeteoretiker, som har haft stor indflydelse på udviklingen af sygeplejen i Skandinavien. Hendes beskrivelse af sygepleje er baseret på et kollektivistisk menneskesyn - det forhold, der eksisterer mellem et individ og et andet - med omsorgsbegrebet i centrum.

Kari Martinsens arbejde er særdeles omfattende, og vi har valgt at give en kort oversigt over hendes omsorgsbegreb og tillidsbegreb.

Kari Martinsen fremhæver tre vigtige dimensioner ved omsorgsbegrebet:

- det relationelle
- det praktiske
- det moralske

Omsorg som relationelt begreb er ifølge Kari Martinsen et medmenneskeligt forhold mellem to personer baseret på en form for gensidighed, fællesskab og solidaritet. Forståelse for den andens situation er en forudsætning for at kunne handle omsorgsfuldt, og denne forståelse vokser ud af fælles erfaringer. Omsorg indebærer også, at sygeplejersken ikke forventer at få noget til gengæld for omsorgsydelsen.

Omsorg er også praktisk handling. Handlingerne er baseret på en helhedsforståelse af situationen, hvor sygeplejersken kan prioritere.

Omsorgens moralske dimension betyder noget, i og med, at forholdet mellem mennesker er præget af magt og afhængighed, og moral spiller en rolle i forvaltningen af magt og afhængighed. Kari Martinsen forbinder det moralske aspekt af omsorgen med det at

handle "fornuftigt". At forene følelsesmæssige og rationelle overvejelser, tage hensyn til situationen, de involverede parter og til etiske værdier og normer.

Kari Martinsen siger videre, at i ethvert forhold mellem mennesker indgår begrebet tillid. At vise tillid betyder at udlevere sig, vove sig frem, for at blive imødekommet.

Tillid er elementært i enhver relation og i vores holdning til den anden. I relationen udleverer man sig. Det vil sige: Jeg kan med min holdning gøre den anden truende eller tryk. I begyndelsen vil tilliden være præget af gensidig forbeholdenhed. Vi må derfor have respekt for hinanden og bruge af de konventionelle normers beskyttelse. Den forbeholdne tillid patienten viser sygeplejersken, må hun vise sig værdig til at modtage. Først da vil patienten vove sig frem og give nogle af sine problemer i hendes hånd.

Som menneske står vi altid i et dilemma mellem åbenhed (sårbarhed) og beskyttelse i sociale relationer. Det gør vi også som fagfolk. Sygeplejersken kan overskride patientens grænser i flere retninger. For eksempel kan omsorgen blive sentimental eller den kan blive paternalistisk. I den sentimentale omsorg er min deltagelse i den andens lidelse begrænset til mine egne følelser. Situationen bliver væk. Den bliver også væk på en anden måde, hvis sygeplejersken distancerer sig og objektiviserer patienten gennem paternalistisk adfærd.

For at opbygge et tillidsforhold mellem patient og sygeplejerske, skal der ifølge Kari Martinsen være to forudsætninger tilstede:

- at der i relationen er en autoritetsstruktur. Sygeplejersken har en nødvendig kundskab, som patienten ikke har.
- en svag paternalisme, som må overordnes princippet om patientens autonomi.

For at tage imod den andens udleveringer, behøver sygeplejersken en faglig vurdering, som balancerer mellem nærhed og afstand i relationen ud fra den konkrete situations krav. Vurderingen holder os fast, så vi ikke vipper over i omsorgens yderpunkter; paternalisme eller sentimentalisme, netop ved, at den kræver en situationsanalyse med en villighed til at sætte sig ind i den andens situation og lære af dennes erfaringer.

Aaron Antonovsky

Vores daglige arbejde er baseret på en mestringsteori, der er udviklet af sociologen og socialmedicineren Aaron Antonovsky.

Han går ind og stiller spørgsmålet: Hvad er det der gør mennesker raske?

En salutogenetisk synsvinkel i forhold til den gængse patogenetiske vinkel, hvor spørgsmålet er: Hvorfor bliver man syg?

Antonovsky sætter fokus på en anden population, den raske, og herved opstår der nye spørgsmål med nye svar.

Han forestiller sig videre en linie (kontinuum), hvor den ene ende repræsenterer det raske og den anden ende repræsenterer det syge og han hævder, at alle mennesker befinder sig et sted på linien.

Antonovsky introducerer begrebet Generelle Resistens Ressourcer (GRR) om de ressourcer, der tages i anvendelse for at fastholde en relativ sundhed eller hindre en reelt opstået sygdom i at accelerere. En GRR er en ressource, der karakteriserer et individ, en gruppe eller en subkultur og som har vist sig effektiv i dennes måde at undgå eller bekæmpe belastninger på (f.eks. angst).

GRR opfattes primært som potentialer, der kan spilles ud i belastningssituationer. De kan naturligvis i visse forhold fungere som dårlige eller uanvendelige potentialer eller snarere som bremser for en vellykket rehabilitering.

Der er tale om følgende GRR:

- fysiologiske og biokemiske forhold
- materielle forhold
- kognitive og emotionelle forhold
- værdi og holdningsmæssige forhold
- interpersonelle relationer
- macro-kulturelle forhold

Antonovsky har endvidere udviklet begrebet Sense of Coherence (SOC) eller på dansk: Følelsen af sammenhæng. Mennesker, der ser deres handlinger som meningsfyldte, har lettere ved at mestre deres liv og forblive friske.

Der er tre komponenter, der indgår i SOC:

- begribelighed: Hvor meget synes man at forstå af det, der sker rundt om én?
- håndterbarhed: Hvordan kan man påvirke sin situation, og hvilke handlemuligheder har man?
- meningsfuldhed: Hvorvidt man finder, at det man gør har en mening?

Meningsfuldheden, siger Antonovsky, er det vigtigste, da det derved indebærer, at man ser en sammenhæng og dermed kan påvirke det der sker.

Udviklingen af SOC begynder i den tidlige barndom, således, at oplevelser af forudsigelighed lægger grunden til komponenten begribelighed. En tilpas belastningsbalance lægger grunden til komponenten håndterbarhed. Delagtighed i erfaringsprocessen og resultatet af denne, lægger grunden til komponenten meningsfuldhed. At være delagtig i erfaringsprocessen vil sige, at man har medbestemmelse i forhold til de opgaver der skal løses og at man herved er med til at formulere reglerne og hermed delagtig i resultatet.

Har man op igennem opvæksten haft balance i forholdet mellem ressourcer og stress, vil resultatet være et stærkt selv, med en stærk identitet og hermed stærk SOC. Har det omvendte derimod været gældende, vil man se et svagt selv, med svag identitet og hermed svag SOC.

Det væsentlige i Antonovskys teori er ikke, hvordan de enkelte GRR virker hver for sig, men hvordan de spiller sammen. Det er SOC begrebet, der bliver afgørende for, hvordan GRR spilles ud og virker sammen i den samlede belastningssituation. SOC er en dynamisk størrelse som skærpes, modificeres og udvikles livet igennem. GRR og SOC er altså variable i stressfyldte situationer. Antonovsky siger:

"at utan mycket betydande, ganska radikala förändringar i de institutionella, sociala och kulturella miljöer som formar människors livserfarenheter, är det en utopi att förvänta sig att ett möte, eller till och med en serie av möten, mellan en klient och behandlare kan förändra KASAM (=SOC) i någon nämnvärd omfattning. Ens hållning till världen, formad under årtiondens lopp, är et alldeles för djupt rotat fenomen för att kunna förändras i sådana möten."

Antonovsky siger dog videre, at folks SOC kan blive ændret på tre måder. Den første er uventede hændelser, som pludselig vender op og ned på det hele. Dette er kun en forbigående tilstand og man vil vende tilbage til sin tidligere grad af SOC.

Den anden er måden en besked bliver givet på. Her er det ikke indholdet, som er det vigtigste, men den kæde af hændelser, som budskaber sætter i bevægelse eller symboliserer. Dette er ikke nødvendigvis afgørende på lang sigt, men det kan skade patienten/klienten i en kortere eller længere periode og kan bl.a. komme til udtryk, som et øget behov for medicin eller et forlænget hospitalsophold.

Den tredje måde, hvorpå man kan ændre menneskers SOC er planmæssigt at søge SOC-forhøjende erfaringer inden for rammerne af deres liv. Dette kræver et længerevarende terapeutisk forhold, hvilket gør dette punkt særligt relevant for arbejdet med stofmisbrugere.

Via vores indgående kendskab til den enkelte stofmisbruger, forsøger vi at styrke deres SOC.

Miljøet på og omkring Maria Kirkeplads

Menneskene

Her handles med alle slags stoffer. På Maria Kirkeplads er den vigtigste handelsvare hvid heroin, men her omsættes også brun heroin, kokain, amfetamin, Ketogan, nerve- og sovemedicin, metadon og hash.

Alle aldersklasser og typer er repræsenterede. Der er den faste kerne, der varierer lidt afhængigt af, hvem der for tiden er i fængsel, indlagt på hospital eller i døgnbehandling. Der er en jævn strøm af nye. Der er "weekendjunkierne" - dem, der kommer ind med toget om fredagen, for igen at tage hjem om søndagen. Der er folk, der har arbejde de skal passe, og som bruger frokostpausen til at få "tanket" op i.

Så er der pusherne. Der er ham eller hende, begge selv afhængige af stoffer, men de har valgt at finansiere eget forbrug ved at sælge. De har valgt berigelseskriminalitet og prostitution fra. Der er ham, der ikke selv er afhængig af stoffer, men af penge. Socialt understøttet af samfundet, men hernede er han den øverste i hierarkiet. Der er de såkaldte "transportere", der får pengene, lister af sted til hemmelige adresser, for igen at vende tilbage med stoffet. Der er "skafferne". De skaffer mod betaling et x - antal kunder til pusheren. Der er den skrupelløse, der kan finde på at sælge hvad som helst. Alt fra knu-

ste hovedpinetabletter, over mælke- eller vaskepulver til rottegift. Der er ham med de anstændige pakker, som altid sælger den samme vare. Der er den pæne, ældre pensionist, der supplerer pensionen med ekstra indtægter fra salg af sin lægeordinerede medicin.

Alle har de en bagmand, de skal stå til regnskab overfor.

Der er nogle bestemte folk, primært alkoholikerne, der har sat sig på handlen med værktøj (slang for de kanyler og pumper der anvendes til injektion). De tager dagligt turen ned forbi brandmændene i Kanylebussen og får udleveret så mange sæt som muligt. Så står de på Maria Kirkeplads og tjener til øllerne og cigaretterne. Et sæt koster 10 kr. og dagens fortjeneste kan blive temmelig stor.

Hygiejnen

Alkoholikerne er ikke altid lige stabile som "forretningsdrivende", så indimellem fungerer det ikke, og hvis automaten længere nede ad gaden heller ikke fungerer (hvilket er ofte), er der ikke rent værktøj på pladsen. Så bruger man det der er, beskidt eller ej. På pladsen er der opstillet et par gule returbokse til det brugte værktøj. De er tit fyldt til bristepunktet og er medvirkende årsag til, at der ligger beskidt værktøj og flyder rundt omkring. Værktøj inficeret med dødbringende sygdomme. Værktøj der bliver genbrugt i mangel på rent.

Brugerforeningen råder over en "Sprøjtepatrulje" der har påtaget sig opgaven, at med jævne mellemrum at fjerne det brugte værktøj, der ligger og flyder i området. Et Sisysofarbejde, men trods alt af stor betydning, da det kan have en pædagogisk positiv indflydelse på nogle, at brugere rydder op efter brugere.

Der findes ingen vandpost på pladsen. Derfor ses det, at misbrugerne bruger vandpytter, øl eller sodavand både til at rense snavset værktøj i, men også til at opløse stoffet de injicerer. Her findes ingen toiletter, så der bliver urineret rundt omkring. Urin der løber ned i vandpytterne.

De fixer på pladsen. I armene, hænderne, på benene. Trækker bukserne ned og stikker sig i lysken. De lægger sig på den bare asfalt og bliver fixet i halsen af en kammerat. Der er en frygtelig mangel på hygiejne, men de ved, at det handler om at få placeret nålen i venen så hurtigt som muligt. Sidder den først der, får de lov til at fixe færdig, selvom politiet kommer til stede.

I et forsøg på at gøre det til en privat sag, ses stofmisbrugere indtage deres stof i fiktive kabiner, såsom nede mellem parkerede biler, kældernedgange eller bag "tissetræt". Her kan man så finde folk, der har fået en overdosis, flyde rundt i brugt værktøj, bræk, blod og urin.

Andre udstiller deres misbrug fuldstændigt i en form for ekshibitionisme. De står i det åbne rum, med bukserne nede eller med blottede bryster.

Beboerne fra deres vinduer og andre der passerer pladsen, kan utilslørede følge med i hele sceneriet.

I efteråret '99 blev der sat et hegn op langs muren ad Maria Kirken. Meningen er, at dette hegn skal bremse for den aktivitet stofmisbrugerne udøver på pladsen. Aktiviteten er ikke blevet mindre, blot mere presset sammen.

Kriminalitet og prostitution

Vi har været vidne til en hel del kriminalitet. Det kan ikke undgås, når man opholder sig i miljøet. Der foregår ustandselig handel med stoffer og stofferne indtages ligeledes i store mængder i området. Vi har ikke oplevet, at der har været mangel på stoffer i længere tid af gangen. Langt hovedparten af pusherne er stofafhængige og sælger for at finansiere deres eget forbrug. Vi hører om, hvordan man på ulovlig vis skaffer pengene til stofferne og vi ser hælervarer skifte hænder. Kvinder (og mænd) sælger sex og udsætter sig selv og andre for overgreb og sygdomme. Vi ser alfonsen og bagmanden. Vi ser voldsepisoder udspille sig blandt brugerne på pladsen og vi hører om vold, der er blevet begået rundt omkring i byen. Der eksisterer et hierarki med indbygget selvjustits. Unge piger der må betale beskyttelsespenge. Folk der tvinges til at betale af på gæld, de allerede har betalt. Et hierarki hvor man bliver banket på plads.

Politiet er meget til stede hernede og forsøger at rydde op. Betjentene gør deres arbejde ifølge loven og begrænser sikkert en del af kriminaliteten, men deres indgriben og kontrolpolitik i miljøet har desværre også store negative konsekvenser for den enkelte stofmisbruger. Politiet konfiskerer stof hos misbrugeren på Maria Kirkeplads, hvilket ikke medfører, at den enkelte stofmisbruger nedsætter sit forbrug. Derimod reagerer vedkommende med prompte at begive sig af sted for at skaffe penge til nyt stof. Dette sker som bekendt oftest via kriminalitet. Abstinenser som følge af konfiskeret stof, udløser heller ikke sjældent desperation med voldelig/truende adfærd over for uskyldige til følge.

Politiet

Jo længere man skal bevæge sig væk fra pladsen med stof på lommen, jo større risiko er der for, at man får stoffet konfiskeret af politiet. Politiet er væsentlige medaktører i hele scenariet.

- "Den blå bus"(det rullende arkiv bemanded med op til tre betjente), kommer jævnligt kørende ind på pladsen, hvilket får brugerne til at forsvinde som kakerlakker, når man tænder et lys. Brugerne må ikke opholde sig på pladsen. En meget stor del af dem har et decideret opholdsforbud, men alle bliver gennet væk når "bussen" kommer. Selv os sygeplejersker skal forlade området, medmindre vi er i gang med at yde førstehjælp. Valget står mellem at gå ind i Mariakirken eller at forlade området. Der bliver udstedt mange bøder i løbet af en dag.
- "Reklamebilen" (den hvide politibil), patruljerer rundt i kvarteret og er med sine sirener med til at præge lydbilledet i miljøet.
- "Undercover Volvoen" (uropatruljen på hjul), slår til på pladsen og uden varsel skal folk vende lommer.
- "Barfodsuroér" (gående uroér) har samme funktion.
- "Raketterne" (civile betjente), har til opgave at finde eftersøgte personer i miljøet. De interesserer sig ikke for lommernes indhold.

Mariatjenesten

Når kirkens våbenhus med ét fyldes med folk ved vi, at politiet er til stede på pladsen.

Her har Mariatjenesten åbnet sine døre for alle. Mariatjenesten består af en lille gruppe fastansatte og en større gruppe frivillige medarbejdere. Institutionen har eksisteret i 25 år, og de beskriver situationen for den aktive stofmisbruger som uændret igennem alle årene.

Selve våbenhuset er ganske spartansk indrettet. En opslagstavle, en hylde med kirkeblade og røde træbænke er det eneste inventar. Der er et aflåst køkken, hvorfra tjenestens personale sælger kaffe og te samt uddeler vand. I disse omgivelser er det muligt for brugerne at tale med personalet, få sig en lur på stengulvet eller på en bæk, være skæv under opsyn, låne telefonen samt vente på at komme til hos sygeplejerskerne. I den forbindelse er det vigtigt at nævne, at Mariatjenesten har en regel der siger: Hvis der observeres handel med stoffer, indtagelse af stoffer eller hvis der opstår vold eller blot trusler om vold inde i kirken, bliver kirken lukket for resten af dagen. Det har også betydning for vores arbejde, da brugerne derfor også bliver afskåret fra at besøge sygeplejeklinikken.

Sygeplejeklinikken

Vores lille "klinik" er ca. 6 kvadratmeter stor. Der er rindende vand, elektrisk lys, et bord og 4 stole. Der er skabsplads og en reol. Et mindre lager af sygeplejeartikler og informationsmateriale. For at komme til klinikken må man gå gennem Maria Kirkens våbenhus. Væggene i klinikken er hen ad vejen blevet udsmykket med tegninger, fotos, postkort og plakater, som vi har fået forærende af brugerne. Ligeledes har de prydet vores hylde med figurer, blomster og sten med magiske kræfter. Rummet fyldes af eksotiske dufte fra aromalamper. Vi har stearinlys og musik, så klinikken er efterhånden kommet til at ligne en marskandiserforretning. Den adskiller sig herved betydeligt fra en traditionel klinik; men det er sådan brugerne kan lide det. Det er ligeledes vores opfattelse, at denne indretning er med til at skabe en stemning af tryghed hos brugerne. Mange giver udtryk for, at det ikke er så skræmmende at blive behandlet i vores omgivelser til forskel fra et klinisk indrettet hospitalsmiljø. Den angst, der ofte opstår ved mødet med det kliniske hospital, kan således være én af årsagerne til flere af de uheldige episoder, vi har erfaret i mødet mellem bruger og hospitalssystemet.

Brugergruppens problemer og sygdomme

De fysiske problemstillinger

Sygdomsbilledet blandt brugerne er mangesidigt. De hyppigst forekommende sygdomme er som følger:

Hepatitis

Blandt brugerne hersker der stor uvidenhed omkring hepatitis. Hvordan den smitter, symptomerne omkring sygdommen og hvilken indflydelse den har på deres liv. Da det er en kendsgerning, at en meget stor del af brugergruppen er testet og fundet positive for hepatitis C, er det problematisk at erfare, at brugerne ikke selv har modtaget adækvat information og således fået mulighed for at forholde sig mere fornuftigt/realistisk til, at de bærer en så alvorlig sygdom. En undersøgelse for et par år siden blandt de københavnske stofmisbrugere viste, at 75% allerede er smittede med hepatitis C og eksperter antager, at vi når op på 100% i løbet af ganske få år. En undersøgelse har vist, at halvdel af nye i.v.- stofmisbrugere allerede efter et år, er smittede med hepatitis C.

Hiv og AIDS

Både blandt de hivsmittede og dem der mener, at de ikke er smittede, ser det ud til, at budskabet om, at man kan sprede smitten, hvis man deler værktøj med andre, er forstået. Ligeledes kender de fleste til sikker sex. Men det er ikke ensbetydende med, at de altid overholder forskrifterne. Der er stor variation i den mere specifikke viden om sygdommen blandt de hivsmittede. Nogle er meget velinformerede. De er for de flestes vedkommende tilknyttet Specialinstitutionen på Forchhammersvej. Andre uden tilknytning til narkobehandlingssystemet har en betydelig ringere indsigt. Dette på trods af, at de møder til kontroller på diverse hospitaler. Vi observerer hivsmittede med opportunistiske sygdomme. Vi har set kraftige vægttab, lungebetændelser, svamp og diverse udslæt.

Andre alvorlige infektioner

Hyppigt ses folk med vejrtrækningsproblemer, feber, smerter og dårlig almentilstand. Der har ofte været tale om lungebetændelser og/eller andre alvorlige infektioner, f.eks. betændelse på hjerteklapperne. Vi har set alvorlige betændelsestilstande overalt på kroppen, men oftest i lysker, ben og arme, øjne og ører. En hyppig forekommende infektion er rosen.

Blandt kvinderne er der hyppige underlivs- og urinvejsinfektioner.

Hjerte-karsygdomme

En del brugere har haft blodpropper. Mange har et ødelagt blodomløb. De har hævede, smertefulde ben og er gangbesværede. Mange har vanskeligt ved at finde vener, som de kan injicere i og søger efter brugbare vener i kroppen, der er placerede i områder, der øger risikoen for alvorlige skader. Her tænker vi f.eks. på lysken og i halsen, men også i kønsorganerne og i mundhulen, for at tage nogle af de mere sjældne tilfælde. Årsagerne til at venerne bliver ødelagte ligger i de urene stoffer på det illegale marked samt dårlig injektionsteknik. Et årelangt i.v.misbrug afkorter også venens levetid. I forbindelse med undersøgelser og hospitalsindlæggelser er det ofte et problem for personalet at finde

vener, der kan anvendes til blodprøvetagning eller medicingivning. Det ender ofte med, at brugeren selv tager de nødvendige blodprøver.

Fysiske handicap

For nogle af brugerne på pladsen har de ovennævnte sygdomme resulteret i f.eks. amputerede ben og arme eller i neurologisk betingede bevægelses-handicap, såsom spastiske lammelser. Vi ser en del med dropfod, der er resultatet af at ligge eller sidde i den samme stilling i al for lang tid. En såkaldt "koksefod". Nogle har haft brud, der aldrig er vokset korrekt sammen og har derfor nedsat bevægelsesfrihed.

Mave-tarmproblemer

Mange klager over problemer med afføringen. De lider enten af diarre eller har hård mave, som i den forbindelse giver dem smerter. En del af disse gener er direkte forbundet med stofbruget, men skyldes formodentlig også dårlig ernæring. Det er vores klare indtryk, at brugere har ringe kostvaner. Ensidig fastfood, for meget kaffe og for lidt postevand. Der er ingen tvivl om, at de lider af vitaminmangel og andre ernæringsbetingede sygdomme. Mulighederne for alsidig kost er minimal, da et liv på gaden ikke fordrer de store kulinariske middagsanretninger. Stofferne minimerer sult- og tørstfølelsen, og når man lever et kaotisk, fortravlet og forjaget liv, er mad ikke det man tænker på først. Stofferne kommer altid i første række.

Kønssygdomme

Indimellem har folk henvendt sig med udflåd, kløe, svien og knopper på kønsorganerne. Mange af kvinderne, men også nogle af mændene, skaffer penge til stof ved prostitution, så det er en nærliggende tanke, at de derfor har en øget risiko for at få kønssygdomme.

Vi hører ofte, at kunderne vil betale mere for ydelserne, hvis de kan få dét uden brug af kondom. Det er vores opfattelse, at mange accepterer dette tilbud. Færre kunder, samme indtjening. En del af brugerne oplever, at de ikke behøver at beskytte sig, da de allerede er smittede. At yde sex uden at bruge kondom er dog yderst tabubelagt i miljøet.

Tandstatus

Stort set alle brugerne har en forfærdelig tandstatus. Det skyldes dels at stofferne ændrer på enzymbalancen i mundhulen, dels den dårlige mundhygiejne og dels de sjældne tandlægebesøg.

Hudsygdomme, såsom eksem og andet udslæt og sår

Brugerne har mange sår. Hovedparten af disse sår er opstået enten direkte eller indirekte på grund af deres misbrug.

De direkte sår, såsom bylder og fixeskader, kan være opstået på baggrund af mange faktorer. Bl.a.:

- manglende kompetence og viden blandt brugerne
- manglende hygiejne i forbindelse med injektionen af stoffet. Eksempelvis urent værktøj, uhumske omgivelser, manglende remedier til rengøring af indstiksstedet, snavsede hænder, mangel på adgang til rent vand
- manglen på relevant værktøj. Indtil for ganske nylig var 20 ml. pumper ikke så lette at få fat på. De anvendes ved injektion af metadonmikstur, metadontabletter eller Ketogan. Anvendes der mindre pumper til disse stoffer, øges risikoen for skader betydeligt
- mangel på ro og fred til at foretage injektionerne. Hastværk er lastværk
- selve stoffets renhed og karakter. Stofferne på det illegale marked er af ukendt renhed og styrke. Især ses der store skader i forbindelse med injektion af f.eks. Ketogan på grund af de vævsnedbrydende komponenter i stoffet. Mange får voldsomme bylder efter at have fixet den brune heroin
- antallet af fix. De mennesker der er meget afhængige af kokain, fixer dette stof så mange gange dagligt, kan man iagttage 10 - 20 cm lange "symaskinesygninger" op langs armene. Disse mange indstiksteder udvikler sig ofte til irriteret hud og betændelse

De indirekte sår opstår som følge af ulykker i forbindelse med det at være skæv og påvirket. F.eks:

- skader på grund af manglende orienteringsevne
- faldulykker
- brandsår
- slagsmål eller overfald
- trafikuheld
- sår der har været til behandling andet sted, hvor vi f.eks. fjerner suturer eller fortsætter den igangsatte behandling
- skader opstået i forbindelse med OD'er(Overdoser)
- bizarre handlinger. F.eks. fænomenet "speedfnidder", hvor brugeren tror, at der er dyr i huden, og derfor i et forsøg på at fjerne disse dyr, kradser så voldsomt i huden, at der opstår adskillige sår, der hyppigt går infektion i

De kroniske sår der opstår på baggrund af kroppens nedslidning. F.eks:

- dårligt blodomløb
- ved brug af samme indstikssted i længere tid
- sår på baggrund af infektioner, der ikke lader sig helbrede f.eks. på grund af nedsat
- immunforsvar eller på grund af resistente bakteriestammer
- psykosomatiske sår
- sår på grund af hjemløshed. Især på fødderne. Sår der kunne hele, hvis personen havde en bolig. Stort set alle lider af fodsvamp

I perioder er der lus og fnat. Mange tilfælde af eksem og psoriasis.

De psykiske problemstillinger

De mennesker, der opholder sig i eller omkring kirken, har tydelige psykiske lidelser.

Generelt gælder det for de fleste af dem, at deres familieforhold er meget problemfyldte. I reglen har de enten ingen kontakt til familien eller også er den kontakt de har meget ringe, sporadisk og konfliktfyldt. Opvækstvilkårene har været problematiske, ofte af særdeles voldsom karakter. Her tænker vi især på de mange, der har været udsat for incest, vold, misbrugende forældre og lignende massiv omsorgssvigt. Der har været mange problemer i forbindelse med skolegangen. De har haft mange og lange fængselsophold. De har livet igennem været i kontakt med adskillige institutioner og behandlingstilbud. De udviser massiv mistillid til både mennesket, systemet og selve tilværelsen i frygt for yderligere tab og krænkelser af selvfølelsen.

Ensomhedsfølelsen er stor hos den enkelte, og de er i udpræget grad jeg- og kontaktsvage. De fleste lever isolerede i en singletilværelse, og blandt dem der indgår parforhold, er der ofte så mange problemer, at det hurtigt ender med et brud.

De færreste har rigtige venner. Begrebet bruges, men indeholder ofte ikke, hvad det lover og mange af relationerne er derfor overfladiske og bygget op omkring stofferne.

De bærer præg af lavt selvværd og manglende selvtillid. De er paranoide. En del af denne paranoide tilstand er formodentlig relateret til de forskellige stoffer, men vi kan ikke komme uden om, at brugerne konstant bliver forfulgt, mistænkeliggjort og udsat for overgreb. De lider alle af stresssymptomer, udviser rastløshed og er let antændelige i både depressiv og aggressiv retning.

Angst lurer hele tiden lige under overfladen. Resultatet af denne angst ses tydeligt hver dag nede på Maria Kirkeplads. Når de psykiske forsvarsmekanismer ikke er tilstrækkelige til at håndtere angsten, søges regression opnået via stofferne. En pause. Men kun en pause.

De psykiatriske lidelser

De psykotiske

Der er en gruppe, der er klart psykotiske og de er meget sårbare i miljøet hernede. Deres psykotiske adfærd kan præge miljøet i en sådan grad, at de andre brugere bliver påvirkede og situationer med aggression og/eller vold opstår. Ligeledes er de meget udsatte for at blive misbrugt og udnyttet af de andre brugere. Generelt må man konstatere, at de er socialt isolerede fra de andre brugere. Vi har været i kontakt med en del psykotiske syge mennesker hernede. De har været meget præget af angst og burde befinde sig i mere beskyttende omgivelser, men de har som alle andre behov for socialt samvær og eventuelt også haft stofhunger. Det er vores oplevelse, at deres stofbrug/behov har en anden karakter end den gængse. Tilsyneladende får de ikke abstinenser, som man kunne forvente. Det kan skyldes, at dem vi har haft kontakt med ikke har været dybt afhængige af stof, men det kunne også tænkes, at et menneskes psykiske tilstand har indflydelse på oplevelsen af fysisk afhængighed i højere grad end hidtil antaget.

Borderline

Det påstås at der er en overrepræsentation i forhold til det øvrige samfund af mennesker med Borderline- personlighedsforstyrrelser blandt stofmisbrugere. Der er for os at se meget der kunne tyde på, at det passer. Hernede på pladsen har mange en adfærd, der harmonerer med kriterierne ifølge DSM-III-R.

Der er formodentlig mange af brugerne, der ikke er blevet diagnosticerede, og derfor heller ikke har fået den korrekte behandling, som mennesker med en så alvorlig lidelse har brug for. Her kan svaret på mange mislykkede behandlingsforsøg ligge.

Psykopaterne

Med jævne mellemrum har vi blandt brugerne observeret psykopatiske karaktertræk, både i handling og ord.

På pladsen kender vi nogle stykker som er diagnosticerede psykopater. I et af tilfældene udgør personen en daglig trussel for alle hernede. Der er adskillige tilfælde af meget truende og voldelige episoder, hvor han er ophavsmanden. Han har siddet i fængsel for sexovergreb og vold af særlig farlig karakterer. Han er uberegnelig og stort set alle er bange for ham. Hans tilstedeværelse har derfor stor betydning for, hvordan stemningen er hernede. Han hører til blandt dem, der kan være årsag til, at kirken må lukke dørene for resten af dagen. Han er ikke afhængig af stoffer, men er bagmand for et mindre pusherkorps. Det er i øvrigt karakteristisk, at de pushere der holder til på pladsen og som ikke selv er afhængige af stoffer, har markant psykopatisk adfærd.

De sociale problemstillinger

Stigmatisering

Kendskabet til stofmisbrugerne i den almindelige befolkning er præget af myter og medierne holder flittigt liv i disse myter.

Brugerne oplever sig selv som et udstødt folk. De har accepteret det øvrige samfunds negative holdninger og forventninger til dem og har alle påtaget sig rollen, som den onde, ubrugelige samfundsborger, der ikke fortjener at blive behandlet som et ligeværdigt menneske. Dette negative syn på sig selv møder vi ofte i udtalelser som: "Sådan nogen som os, er der da ingen normale mennesker, der vil have noget at gøre med". Eller: "Jeg fatter ikke, at I gider være hernede og arbejde med os og vores problemer. Vi står jo ikke til at redde". Eller: "En gang narkoman altid narkoman". Deres forventninger til aldrig at blive accepterede af den almindelige befolkning er en medvirkende faktor til, at stofmisbrugerne har vanskeligt ved at finde motivation til at ændre adfærd. Heri ligger den paradoksale modsætning i stofmisbrugeren. Den uendeligt nøjsomme, meget selvudslettende person kombineret med den utroligt krævende og dominerende person. Denne personlighedsstruktur gør misbrugerne særligt sårbare og udsatte for udstødelse, og fremfor alt fastholder det dem i rollen som syndebukke i et samfund der bygger på kontrol.

Manglende uddannelse

En stor del af brugerne har ringe skolekundskaber. Vi er stødt på analfabetisme og andre svære læseproblemer. Dette har afgørende betydning for den enkeltes sundhed. Mange har vanskeligt ved at forstå den skrevne information samfundet udbyder. Vi har set eksempler på, at folk ikke har overholdt deres aftaler, simpelthen fordi de ikke kunne læse dato m.m. på tidsbestillingskortet, vejskiltet eller sågar navnet på S-toget. De oplever det meget ydmygende, bortleder ofte det egentlige problem og modtager den ene reprimande efter den anden uden at knytte til andre end os.

Hjemløshed

Hjemløshed er et problem for mange. Der er dem, der af forskellige grunde opholder sig i København, selv om de har folkeregisteradresse andre steder i landet. Der er dem, der er københavnere, men som af forskellige grunde er smidt ud af deres boliger. Og så er der dem, der nok har en folkeregisteret adresse i København, men hvor de alligevel ikke kan opholde sig. Måske af psykiske årsager eller måske på grund af frygt for repressalier af forskellig art.

Nogle har fortalt, at de ikke har kunnet få den nødvendige behandling i deres hjemkommune. Andre ønsker ikke at komme i behandling og søger hen, hvor stofferne er lette at få fat på. Andre igen har fortalt om ulykkelige omstændigheder, der har betydet, at de er flygtet hjemmefra.

De forskellige herberg rundt om i København er ikke i stand til at huse samtlige husvilde. Derfor er der en del, der er nødt til at overnatte rundt omkring i byen på offentlige

bænke, trappeopgange, toiletter, lystbåde og lignende. De bærer på deres få ejendele i poser eller tasker, - og de fryser. De får sovet for lidt, kosten er underlødige og hygiejnen er dårlig. Deres misbrug foregår selvsagt derfor også i det offentlige rum. Konsekvenserne af hjemløshed viser sig i form af tegn på underernæring og en øget sygelighed. De er oftere undervægtige, føler udmattelse, har inficerede sår, svamp på fødderne, er depressive, føler sig desperate og magtesløse. De er ekstra truede i forhold til at få tuberkulose.

Det åndelige problemområde

Håb og tro på livet og fremtiden

Vores arbejde på Maria Kirkeplads har givet os en indsigt i, hvordan virkeligheden for de aktive stofmisbrugere er. For os at se er situationen temmelig sørgelig.

Karakter-, intelligens-, alders- og ressourcemæssigt er de vidt forskellige - som samfundet i øvrigt. Kun få kan formulere deres behov og visioner, men der findes ingen steder, hvor disse kan imødekommes. For de fleste handler det bare om her og nu at finde en kemisk balance, der kan udfylde tomheden og lindre på angsten. Fælles for dem alle er deres søgen efter en følelse af sammenhæng og mening med livet. Den følelse af sammenhæng, som er fundamentet for alle menneskers evne til at opleve livet som en række meningsfyldte handlinger. Men stofmisbrugeren har meget dårlige forudsætninger og muligheder for at opnå denne følelse af sammenhæng. Meget af det der foregår og har foregået omkring dem, er ikke forstået på et dybere plan. Deres forståelse af, hvad der sker rundt om dem er en anden end vores. De har aldrig lært at håndtere tilværelsens opgaver konstruktivt, og har derfor svært ved at påvirke deres situation positivt og overskue hvilke handlemuligheder der findes. Handlingerne bliver destruktive og meningsløse. Den følelse af sammenhæng, der for alle mennesker er det vigtigste udgangspunkt for at opleve livet som meningsfuldt, er for stofmisbrugeren ikke eksisterende eller så svag, at kun håbet om en anden tilværelse er tilbage. Håbet er i bedste fald passivt og afventende. Håbløshed præger billedet hernede og er måske den vigtigste faktor i det totale sygdomsbillede.

Det daglige arbejde

Med udgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori etableres et tillidsforhold, der giver os mulighed for at anvende Antonovskys mestringsteori i en skadesreducerende behandling. En af vore meget konkrete/markante arbejdsopgaver er at behandle de sår, der opstår som følge af misbruget. Sårplejen er ofte indgangsporten til kendskabet og forståelsen af brugerens samlede situation. Under en sårseance forsøger vi at skabe en så rar stemning som muligt, - uden løftede pegefingre eller fordomme. Vi mødes "midt i fixet".

Det er legitimt for sygeplejersken at røre ved den nøgne hud og krop. Ved denne tætte, fysiske kontakt har sygeplejersken en enestående mulighed for at etablere en relation, der er essentiel for at tillid opstår og for et videre frugtbart samarbejde. Ved et hvert møde bestræber vi os på, at denne relation udvikler sig. Vi forsøger at finde de veje, der for den enkelte fremover kan betyde færre skader og lidelser.

Vi kan tale om følelser og andre eksistentielle problemer. Vi kan tale om oplevelser der har betydning. Vi kan berøre bekymringerne og angsten for fremtiden. For blot at nævne nogle emner.

Vi lægger øre til og lader dem bruge os som sparringspartnere eller som nogen der forstår og trøster.

Med udgangspunkt i brugernes generelle jeg-svaghed benytter vi i rigt mål de jeg-styrkende sygeplejeprincipper. De anerkendes inden for psykiatrien som værende det bærende element i behandlingen af mennesker med kaos i tilværelsen. Vi opfattes i situationerne som reservemor, hvor omsorgen består af rummelighed og tolerance, og som reservefar, hvor omsorgen er præget af udfordring til proces.

Eksempler på konkret sårpleje

På baggrund af en samtale og en undersøgelse af såret vurderer vi problemet og planlægger en strategi for det videre forløb, og hvordan den konkrete behandling af såret skal foregå. Vi forklarer hvorfor vi behandler som vi gør, og hvad der er brug for af fremtidig behandling. Vi vejleder brugeren i, hvordan han/hun selv kan forholde sig til skaden. Er der tale om en fixeskade forklarer vi, hvorfor skaden er opstået og vejleder i, hvordan en lignende skade fremover kan undgås. Vi vejleder i fixeteknik, herunder hygiejne, værktøj, tilberedningen af et fix og vi informerer om stoffer og deres kemiske indflydelse på organismen. Vi underviser i anatomi og fysiologi.

Smittebegrænsning

En anden væsentlig arbejdsopgave er at begrænse smittespredning af infektionssygdomme. Især hiv og hepatitis B og C.

Det er derfor vigtigt, at vi er grundige med hensyn til at vurdere den enkeltes indsigt og forståelse af disse sygdomme. Ud fra en sådan vurdering planlægger vi vores undervisning. Her tegnes og fortælles. Vi fortolker udtalelser de har hørt, men ikke har forstået. Vi afliver myter. Forklarer de forskellige behandlingsmuligheder. Vi vejleder i sikker sex og sikker fixeteknik. Vi opfordrer dem, som vi vurderer har brug for det, til at opsøge læge, få foretaget en hiv- og/eller hepatitistest.

Andre skadesreducerende arbejdsopgaver

Af andre opgaver kan vi nævne kostvejledning og anden hjælp til selvhjælp. F.eks. tilskynder vi dem, der efter en stoffri periode er på vippen til et tilbagefald, til ikke at fixe alene. De undervurderer ofte deres krops tolerance i forhold til stoffets styrke, og risikerer derfor at få en overdosis.

Formidling

Vores arbejdsopgaver indbefatter yderligere at fungere som katalysatorer mellem den enkelte og systemet. Det vil sige, at vi dels forsøger at opbygge stofmisbrugernes tillid til det system, som de ellers har for vane at betragte som "tilbud, der ikke gælder for narkomaner", og dels støtter vi systemet i at få et øget kendskab til stofmisbrugeren.

Vi formidler kontakten til eksempelvis skadestuer, narkobehandlingsinstitutioner, egen læge, tandlæge etc. I den konkrete situation vurderer vi, hvorvidt den enkelte er i stand til at klare sig på egen hånd eller hvorvidt vi skal følge med. (Se case nr.1). Katalysatorfunktionen indbefatter ligeledes hospitalsbesøg, hvor vi optræder som konsulenter for etableringen af et godt indlæggelsesforløb. (Se case nr.3).

Fængselsbesøg

De fleste stofmisbrugerens liv foregår i en cirkel. Fra gadelivet, til fængselsophold og til gadeliv igen. Eller fra gadelivet, over stoffri døgnbehandling og til gadelivet igen. Vi forsøger ved fængselsbesøg at motivere den enkelte til at bryde denne cirkel.

Førstehjælp

Ved et overdosistilfælde yder vi den førstehjælp, der er nødvendig. Vi er udstyret med en Rubensballon og er dermed i stand til at ventilere (give kunstigt åndedræt). Vi har erfaret, at denne indsats i mange tilfælde betyder, at det ikke har været nødvendigt at tilkalde lægeambulancen. Det viser sig, at ventilationen i disse tilfælde har været tilstrækkelig, således at forstå, at personen kan overleve uden modgift.

I de tilfælde, hvor det er nødvendigt med modgift og personen efter opvågningen ikke bliver taget med på skadestuen, men efterladt på pladsen, er det vores opgave at følge op på de psykiske og fysiske problemstillinger, der er forbundet med en tilbagevenden til livet og abstinenserne. Her tænkes især på vigtigheden i at forhindre personen i prompte at indtage nyt stof med fare for ny overdosering, men også at yde den omsorg et menneske har behov for efter en så alvorlig oplevelse.

Af andre ulykker der kræver førstehjælp, kan eksempelvis nævnes arterieblødninger efter fejlfix, trafikuheld og skader opstået på grund af vold.

Information

Alt imens vi knytter båndene til misbrugerne, bliver vi klogere på deres kultur og vaner. Vi opdager hidtil ukendte problemer. Et eksempel har været folk, der slikker på nålen inden de injicerer, fordi de troede, at nålen så gled lettere igennem huden. (Endnu en væsentlig årsag til, hvorfor infektioner opstår). Vi underviser og informerer for at ændre på sådanne dårlige vaner og opfordrer misbrugerne til at viderebringe den nye viden til andre brugere. På den måde får vi dem til aktivt at medvirke i en fælles indsats for at forbedre forholdene i miljøet. Vi tilskynder dem, der sælger værktøj på pladsen til også

at have spritservietter og rent vand med i varesortimentet. I det hele taget er det vores hensigt at øge fællesskabsfølelsen misbrugerne imellem. Det er blevet klart for os, at manglen på netop denne følelse af fællesskab er en væsentlig årsag til, at gruppen som helhed har svært ved at stille krav om kvalitet i behandlingen. Øget viden giver følelsen af øget selvværd. Oplevelsen af at kunne håndtere sit liv giver misbrugeren flere handlemuligheder.

To spørgeskemaundersøgelser

Sideløbende med det daglige arbejde har vi gennemført to brugerundersøgelser.

Brugerundersøgelse A og brugerundersøgelse B.

Ved brugerundersøgelse A deltog 75 personer i perioden marts 1998 til september 1998.

Ved brugerundersøgelse B deltog 52 personer i perioden maj 1999 til august 1999.

Respondenterne er i begge undersøgelserne stofmisbrugere.

Spørgeskemaernes udformning er vedlagt som bilag og de udfyldte spørgeskemaer kan rekvireres, hvis det ønskes.

I det følgende vil begge undersøgelses resultater blive præsenteret med ledsagende kommentarer.

Interviewsituation

De fysiske rammer: Stort set alle besvarelserne er foretaget inde i det lille sygeplejerum. Enkelte er besvaret udendørs på Maria Kirkeplads. Et enkelt er besvaret på hospitalet i forbindelse med en indlæggelse og et enkelt er besvaret under et fængselsbesøg.

Problemer forbundet med at få skemaerne udfyldt: Enkelte interview har været præget af megen travlhed. Dette på grund af at andre brugere har haft akut brug for vores hjælp eller, at den interviewede selv har haft travlt med at komme videre.

Der har ligeledes også været forskellige grader af påvirkethed hos den enkelte bruger.

Resultater og tal fra de to undersøgelser:

Undersøgelse A

1. Køn

50 mænd og 25 kvinder har besvaret spørgeskemaet.

2. Alder

Mændenes alder på interviewtidspunktet varierede fra 22 år til 48 år.

26 % var i alderen 22 til og med 30 år

48 % var i alderen 31 til og med 40 år

26 % var i alderen 41 til og med 48 år

Gennemsnitsalderen for mændene var 36 år.

Kvindernes alder på interview tidspunktet varierede fra 22 år til 49 år.

16 % var i alderen 22 til og med 30 år

60 % var i alderen 31 til og med 40 år

24 % var i alderen 41 til og med 49 år

Gennemsnitsalderen for kvinderne var 35 år.

3. Det første fix

Spørgsmålet: Hvor gammel var du, da du tog dit første fix?

For mændenes vedkommende varierede alderen for første fix fra 8 år til 42 år.

66% af mændene var under 20 år, da de tog deres første fix

30% var mellem 20 og 30 år

4% begyndte først omkring 40-års alderen

For kvindernes vedkommende varierede alderen for første fix fra 14 år til 31 år.

48% af kvinderne var under 20 år, da de tog deres første fix

40% var mellem 20 og 30 år

12% var over 30 år før de fixede første gang

Alle, på nær et par få, svarede hurtigt og sikkert på spørgsmålet om alder for første fix. Det første fix er et væsentligt øjeblik for den enkelte. Nogle omtalte det som en slags indvielse. Det var forbundet med spænding og manglende indsigt i følgerne. For dem, der var begyndt med rygeheroin, var det mere et spørgsmål om en erkendelse af afhængigheden, og derfor blev første fix oplevet, som et større eller mindre grad af nederlag. Endelig var der dem, der udmærket havde været klar over, hvad de gjorde. For dem, var

det første fix som regel en reaktion på nogle omstændigheder, de oplevede som uoverskuelige.

Spørgsmålet blev stillet for at få mulighed for at vurdere længden af stofkarrieren contra tilknytning til behandlingssystemet. Se senere.

4. Snavset Værktøj

Spørgsmålet: Sker det at du bruger urent værktøj?

52% af kvinderne svarede ja

44% svarede nej til aldrig at bruge urent værktøj. Heriblandt var 8% af kvinderne konstaterede hivsmittede

4% indtager stoffet på anden vis

56% af mændene svarede ja, mens 44% svarede nej til aldrig at bruge urent værktøj. Heriblandt var 8% konstaterede hivsmittede.

Alle dem, der var hivsmittede mente, at de havde fået sygdommen seksuelt overført.

Den almindelige opfattelse blandt brugerne var, at der ikke var nogen risiko forbundet med at genanvende sit eget værktøj. De vidste ikke, at selv små blodrester var grobund for bakterier. Mange gemte det brugte værktøj for ikke at komme i den situation, at de havde stof, men intet værktøj. Andre gemte deres værktøj, fordi det var specialværktøj af en type, der ikke var let at få fat på. Det kunne f.eks. være 20 ml pumper. De anvendes til injektion af piller og metadon. Ligeledes er der også behov for andre nåle end dem, der er i de sædvanlige værktøjssæt. Vi har iagttaget brug af de helt tynde brune nåle, de lange og korte blå nåle og de grønne lange nåle.

5. At dele værktøj

Spørgsmålet: Sker det at du *deler* værktøj med andre?

Hertil svarede 36% af de interviewede kvinder ja. Blandt disse kvinder var der 8% der oplyste, at de var hivsmittede.

60% svarede nej aldrig. Her oplyste ligeledes 8%, at de var hivsmittede.

1/3 af mændene oplyste, at de delte værktøj med andre. Blandt disse mænd var der 8% der oplyste, at de var hivsmittede.

2/3 af mændene svarede nej aldrig. Her oplyste 4% af mændene, at de var hivsmittede.

I alt oplyste 12% af mændene og 16% af kvinderne, at de var hivsmittede. Da det ikke var et spørgsmål i skemaet, var disse oplysninger spontane og frivillige og det er derfor muligt, at der er flere hivsmittede blandt de 75 brugere i undersøgelsen. Det er dog en kendsgerning, at der ifølge skemaerne er 16% af kvinderne og 12% af mændene, der trods deres hivstatus deler værktøj med andre.

Det er en kendsgerning, at over 1/3 af de interviewede vedgår, at det sker, at de deler værktøj med andre.

Brugerne ved godt, at man kan blive hivsmittet, hvis man deler værktøj, men på trods af denne viden, sker det ikke så sjældent endda. Det hænder, at der ikke er rent værktøj på pladsen og så er det for nogen nok med en mundtlig bekræftelse på, at den man låner værktøj af ikke er smittet. Det er i øvrigt ikke sagen at offentliggøre en positiv hivstatus. Det er forbundet med fare for udstødelse. Der foregår en del sladder og hvis én vides smittet med hiv, bliver det fortalt videre.

Det er straks mere kompliceret med hepatitis B og C. Der hersker stor uvidenhed om disse sygdomme. Her er det ikke nok, at man ikke deler værktøj med nogen.

6. At fixe offentligt

Spørgsmålet: Hvor mange gange har du fixet på gaden, toilet, trappegang gennem den sidste uge?

Knap halvdelen af kvinderne svarede ja med disse antal:

1 svarede 1 gang i løbet af sidste uge

5 svarede ca. 14 gange

1 svarede ca. 20 gange

2 svarede ca. 21 gange

1 svarede ca. 25 gange

1 svarede ca. 40 gange

1 svarede ca. 100 gange

Kvinderne vurderede antallet ud fra, hvor mange fix de tog dagligt.

Kvinderne, der tog henholdsvis 40 og 100 fix den sidste uge brugte store mængder kokain.

Halvdelen af de interviewede kvinder tog ca. 298 fix på gaden eller i andet offentligt regi i løbet af en uge.

60% af de interviewede mænd svarede ja med disse antal:

3 svarede 1 gang

7 svarede 2 gange

4 svarede 3 gange

2 svarede 7 gange

1 svarede 10 gange

3 svarede 14 gange

1 svarede ca. 15 gange

3 svarede ca. 20 gange

2 svarede ca. 21 gange
1 svarede ca. 25 gange
1 svarede ca. 50 gange
1 svarede ca. 60 gange
1 svarede ca. 70 gange

Mændene vurderede antallet ud fra, hvor mange fix de tog dagligt.

Igen ses de største antal blandt dem, der er meget afhængige af kokain.

30 mænd tog ca. 420 fix på gaden eller i andet offentligt regi i løbet af en uge.

I alt tog 56% af respondenterne ca. 718 fix offentligt i løbet af en uge.

Det er kun en brøkdel af det totale antal fix i offentligt regi.

De fleste af respondenterne er tilknyttet en behandlingsinstitution, hvor de tildeles metadon.

7. Fixeskader

Spørgsmålet: Har du nogensinde haft fixeskader. F.eks. bylder, venebetændelse, hjerte-klapbetændelse?

Hertil svarede 80% af kvinderne ja.

20% svarede nej. De havde tilsvarende en noget kortere karriere bag sig.

Hertil svarede 72% af mændene ja.

28% svarede nej, dels pga. en kortere karriere eller længerevarende pauser i stofkarrieren.

I alt havde 74% af brugerne haft fixeskader.

8. OD

Spørgsmålet: Er du nogensinde blevet genoplivet?

Hertil svarede halvdelen af kvinderne ja.

4 kvinder havde oplevet det 1 gang, mens resten svarede, at de havde modtaget livredende behandling adskillige gange.

Hertil svarede 58% af mændene ja.

1/4 havde oplevet det 1 gang, mens resten, i alt 3/4 af mændene havde modtaget livredende behandling adskillige gange. Knap halvdelen havde, via behandling med modgift, overlevet 6 eller flere OD'er.

En enkelt påstod, at det var sket så mange gange, at det var umuligt for ham at huske antallet.

9. Hiv

Spørgsmålet: Er du nogensinde hivtestet, hvis ja - årstal for sidste test?

Alle, på nær 3, bekræftede at have fået foretaget en hivtest.

11% af respondenterne havde fået seneste test foretaget inden 1990

10% havde fået foretaget seneste test i tidsrummet 1993-1996

Godt halvdelen havde fået foretaget seneste test i 1997

20% havde fået foretaget seneste test i 1998

10. Hepatitis

Spørgsmålet: Er du nogensinde testet for leverbetændelse, hvis ja årstal for sidste test?

Alle, på nær 4, svarede bekræftende på spørgsmålet.

De fleste mente nok, at de havde fået taget hepatitistesten samtidig med hivtesten, men usikkerheden var stor. I det hele taget herskede der stor uvidenhed på området. Mange mente de havde eller havde haft leverbetændelse, men hvorvidt det var A, B eller C, var ofte ukendt. Vi hørte udtryk som: *"Den er indkapslet nu"*. *"Jeg har haft den, der smitter"*. *"Jeg har haft den, der ikke smitter"*. *"Den jeg har smitter ikke"*. *"Jeg har aldrig haft leverbetændelse"*.

11. Kontakten til egen læge

Spørgsmålet: Hvornår har du sidst haft kontakt til egen læge?

13% havde overhovedet ikke set egen lægen indenfor de sidste 5 år

Resten fordelte sig således: 7% havde ikke set egen læge siden 1995

15% havde ikke set egen læge siden 1996

15% havde ikke set egen læge siden 1997

Resten, svarende til 50% havde ikke set egen læge siden 1998

Mange udtrykte, at de havde et anstrengt forhold til deres læge. De oplevede, at lægen ikke interesserede sig nok for deres problemer, ikke tog sig tid til dem og let blev irriteret på dem.

12. Behandling

Spørgsmål: Er du tilknyttet en behandlingsinstitution?

53 personer svarede ja, hvilket vil sige at 70% af de personer, der fik hjælp og behandling på klinikken, var tilknyttet et behandlingssystem.

Et gennemgående svar på spørgsmålet om, hvorfor de ikke brugte sygeplejerskerne på de respektive centre og ambulatorier var, at brugerne var bange for konsekvenserne. Deres erfaringer eller blot forventninger til hvorledes centrene ville reagere, hvis de kendte til sidemisbruget hos brugerne, afholdt mange fra at være ærlige omkring deres problemer. Dels frygtede man, at der ville blive pillet ved metadondosis og anden medicin, dels frygtede man inddragelse af frihedsgraden og dels frygtede man lange moralprædikener, der først endte ved den løgn, der lød bedst.

Flere, der kunne berette om forsøg på at få oplysninger, der kunne mindske skader ved stofmisbrug blev mødt med: *"Det behøver du ikke at vide, for det skal du jo overhovedet ikke beskæftige dig med"*.

Mag.scient. Steffen Jöhncke har i en rapport beskrevet væsentlige problemstillinger i de københavnske distriktscentrers og ambulatoriers arbejde med stofmisbrugere. Vi kan tilslutte os hans analyser fuldstændigt. Brugeren holder kortene tæt ind til kroppen, og undlader at benytte sig af den hjælp, som de faktisk har krav på og som er institutionens opgave. Hvorfor?

Traditionelt set er institutioner en opdragende og adfærdskorrigerende foranstaltning. De spiller en forælderrolle. Denne forælderrolle har slagside i kontrollerende retning og bygger på et regelsæt, der forudsætter en indre forståelse og oplevelse af at være en del af helheden. Men der er i bogstaveligste forstand en skranke mellem dem og os. I kølvandet på kontrollen kommer konsekvenserne. En magtmanifestation som alt for let bliver til en rigid størrelse i institutionens navn. Men på trods af dette, søger mange misbrugere at komme ind på en institution. Livet som løsgænger på gaden er så hårdt, at der for de fleste kommer en dag, hvor de giver op. Det handler først og fremmest om at få metadon, og man vil skrive under på hvad som helst for at få den metadon. En kontrakt der forpligter stofmisbrugeren til at efterleve et reglement, mod så til gengæld at kunne modtage metadon. Vi har i vores tid på gaden hørt om mange konflikter i den forbindelse. F.eks. kan der nævnes tilfælde, hvor personer ikke har kunnet få deres metadon, fordi de er kommet for sent. Tilfælde hvor personer har kastet deres metadon op og ikke har kunnet få den erstattet. Andre konsekvenser kan være regulering af metadondosis og inddragelse af frihedsprivilegier, hvis man møder påvirket eller har sidemisbrug. Vi er blevet informeret om, at et amt har praktiseret at komme mavesårsmedicin i den metadon klienterne har fået med hjem til weekenden. Således har man via urinprøver kunnet spore, hvorvidt klienten selv har indtaget metadonen eller eventuelt solgt den. Mavesårsmedicinen blev blandet i metadonen uden klientens viden.

Endelig kan man bortvise fra fællesskabet og påføres en tvungen nedtrapning via apotek. En sådan "straf" udløses som regel på grund af voldelig adfærd eller blot trusler om vold. Denne straf rammer oftest de mest anspændte og let antændelige. Med andre ord de brugere, der er mest sårbare på gaden.

22 personer, det vil sige 30% svarede nej til spørgsmålet om de på interviewtidspunktet var tilknyttet en behandlingsinstitution. Af dem havde over halvdelen en stofkarriere på over 10 år. Her var en variation i længden af stofkarrieren fra 10 til 30 år, med et gennemsnit på 19 år.

Samtlige 30% uden tilknytning til behandlingssystemet var særdeles aktive misbrugere. Nogle sågar afhængige af metadon, som de erhvervede sig på det illegale marked. Årsa-

gerne til, at de ikke søgte hjælp var mangesidige og fortjener en grundigere undersøgelse, men mange udtrykte stor utilfredshed med de behandlingsmuligheder der tilbydes. Foruden de ovenfor nævnte problemstillinger, supplerede de med udsagn som: "*Jeg vil ikke sættes i bås (stigmatisering)*". "*Minnesota er ikke noget for mig (frelsthed)*". "*Jeg vil ikke også være afhængig af metadon*".

13-14-15. Sygepleje

Ud af de 75 forskellige personer i undersøgelse A har de 50 fået foretaget en sårplejehandling mindst 1 gang. Mange har fået gentagne behandlinger indtil deres sår var helet op. Der hvor der er tale om kroniske sår, er der ligeledes tale om jævnlig sårpleje, der om ikke andet kan forhindre en forværring. Under arbejdet med at behandle et sår foregår der altid oplysning og undervisning i forbindelse med det aktuelle sår. Ved samtlige kontakter er der foregået en eller anden form for vejledning.

Vi har ikke tal på, hvor mange katastrofesituationer vi har været involveret i, men det er ikke så få. Både overdoseringstilfælde og andre ulykker er dagligdag hernede.

Undersøgelse B

1. Køn

I undersøgelsen medvirkede 38 mænd og 14 kvinder.

2. Alder

Mændenes alder på interviewtidspunktet varierede fra 20 år til 50 år.

Kvindernes alder på interviewtidspunktet varierede fra 25 år til 50 år.

3. Boligforhold

31 af respondenterne er hjemløse, svarende til 60%. Ifølge "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen - Register over stofmisbrugere i behandling 1997" kunne knap 40 % af de i 1997 indskrevne i behandling ikke siges at have selvstændig bolig. Under forudsætning af, at det er lykkedes at interviewe et repræsentativt udsnit af brugerne, betyder det, at klientellet på Maria Kirkeplads er markant ringere stillet end de i behandling indskrevne.

Godt en tredjedel af kvinderne er hjemløse, mens godt 2/3 af mændene er uden bolig. 21 pct. af de hjemløse oplyser at bo på gaden. 17 pct. af de hjemløse opholder sig på herberg. Mindre grupper har sovemulighed hos venner / bekendte eller familie, på offentlige toiletter, i opgange eller i pornoforretninger.

Godt 3/4 af de hjemløse har været uden bolig i mere end 3 måneder, 2/3 har været hjemløse i mere end et halvt år, over halvdelen har været hjemløse i mere end 1 år, mens knap 1/3 har været det i 3 år eller længere tid.

Når man har lejlighed, har man oftest sit eget navn på lejekontrakten. Kun ganske få oplyser at have fast bopæl i en andens lejlighed.

4. Kommune-tilhørsforhold

56 % af respondenterne oplyser at tilhøre Københavns kommune, mens 8 % kommer fra Frederiksberg kommune. 1/4 af respondenterne tilhører kommuner i Storkøbenhavn. Fem respondenter repræsenterer det øvrige Sjælland, mens en enkelt har taget turen fra det sønderjyske.

Respondenter som ikke bor i Københavns kommune blev spurgt om årsag til at opholde sig her. Enkelte svarer, at de er her for "at lave penge", men hovedparten svarer, at de tager til "Gaden", dels for det sociale samværs skyld, dels for at handle stoffer.

5. Behandling

Spørgsmålet: Er du i behandling?

71% er i metadonbehandling på interviewtidspunktet.

Spørgsmålet: Hvilken type behandling?

Hovedparten er i behandling på rådgivningscenter eller ambulatorium. De resterende, især kvinderne er her repræsenterede, henter metadon på apotek.

Spørgsmålet: Har du tidligere været i behandling?

75% af de interviewede har tidligere, ofte gentagne gange, været i behandling. Prøvet behandling spænder over alt fra metadonbehandling, døgnbehandling, familiepleje samt forskellige nedtrappingsformer.

På spørgsmålet om hvilken eller hvilke behandlinger man oplever er lykkedes for én, svarer knap 70% "ingen". Tværtimod udtrykker en del, at de for hvert mislykket behandlingsophold, oplever ringere selvværd. At få et tilbagefald er fyldt med skyldfølelse og skam. Et væsentligt element i f.eks. Minnesotamodelen er, at "*en clean junkie er et godt menneske, én der tager stoffer er et dårligt menneske*".

Den mindre gruppe, som *har* oplevet succes med behandlingssystemet, specificerer primært med metadon- eller stoffri døgnbehandling. Dog er tallene herfor meget små.

Under interviewene gav stort set alle udtryk for enten skepsis eller stærk beskedenhed i forhold til ønsker til behandlingsstedet.

Int.: "Kunne du tænke dig, at der var kæledyr på rådgivningscenteret?"

Resp.: "Hold op; det går de da aldrig med til!!!"

Det kostede store anstrengelser overhovedet at få respondenterne til at forestille sig, at intentionen med spørgsmålet var, at de selv skulle skabe det optimale behandlingssted.

Et behandlingssted som tilpasser sig brugerens behov og ikke ét der kræver, at brugeren tilpasser sig.

1/3 af respondenterne lod spørgsmålet være ubesvaret, eller sagde direkte, at de ingen ønsker havde, men blot ville hente medicinen.

Over halvdelen af respondenterne udtrykte ønske om, at behandlingsinstitutionerne udviste større fleksibilitet i forhold til for eksempel "længere åbningstid", "medbestemmelse", "tilstrækkelig medicinering" m.v. Øvrige ønsker er spredte. En del kunne godt tænke sig, at institutionen var behjælpelig med at skaffe bolig, en del ønskede, at der kunne tilbydes sygepleje, nogle ville gerne have flere samtaler med behandlerne, hjælp til at komme i gang med en uddannelse eller få et job.

6. Fixeforhold

Spørgsmålet: Hvor fixer du?

3/4 af respondenterne fortæller, at de fixer "hvor som helst", dvs. på Maria Kirkeplads, i "Gaden", på "Volden" m.v. Kun en enkelt oplyser at opsøge offentlige toiletter, mens en enkelt oplyser at bruge pornoforretningernes kabiner. Man ved, at netop brug af sidstnævnte er udbredt. Dog kræver det en rimelig økonomisk situation. En halv time i en kabine koster nemlig kr. 50,-.

Knap 70% fortæller, at de "har noget imod at fixe offentligt".

90% svarer ja på spørgsmålet om, hvorvidt de gerne vil have fixerum. De få som *ikke* ønsker sig fixerum, begrundes primært med frygten for, at politiet vil stå lige udenfor og konfiskere stoffet, mens enkelte svarer, at de helst ikke vil ses opsøge "*sådan et sted*".

Når man gerne ser etablering af fixerum, begrundes det især med "*blufærdighed*". Det findes uværdigt og nedværdigende at være henvist til at fixe offentligt. At fixe er en privat sag. En næsten lige så ofte forekommende forklaring er hensynet til andre, dvs. borgerne på Vesterbro. "*Andre skal ikke tvinges til at se på, at jeg fixer.*" Enkelte begrundes ønsket om etablering af fixerum med muligheden for bedre hygiejne og nedsat smitterisiko, mens andre henviser til "*mindre stress*" og "*fred for politiet*".

Under forudsætning af, at man *ikke* konfronteres med politiet undervejs, er stort set alle indstillet på at skulle gå endog et stykke vej for at gøre brug af fixerummet. De fleste vil for eksempel gerne gå en afstand svarende til afstanden fra Maria Kirkeplads til Rådhuspladsen. Enkelte lader det dog afhænge af, hvor abstinente de er.

Anvendelsen af fixeværktøj

Københavns kommune udleverer værktøj. I bestemte tidsrum kan der afhentes værktøj gratis i Kanylebussen i Skelbækgade. Ud fra et skadesreducerende synspunkt er det positivt, at en gruppe (som tidligere nævnt alkoholikerne) har påtaget sig opgaven at hente værktøj ved Kanylebussen i disse tidsrum og afsætte det på Maria Kirkeplads. Det betyder nemlig, at der for det meste *er* adgang til rent værktøj.

Ved spørgsmålet om: Hvornår brugte du sidst *ikke* rent værktøj? Svarede alligevel knap halvdelen af respondenterne, at de havde anvendt brugt værktøj indenfor den seneste uge. De fleste hævder dog, at det er mange år siden, at de har brugt *andres* værktøj. Budskabet om *ikke* at dele værktøj *er* nået ud. Man ved i hvert fald, at det er sådan man *bør* sige. Rygterne går dog livligt om, at man gerne tager værktøj fra de overfyldte gule bokse, når der ikke er værktøjssælgere på Maria Kirkeplads. Den høje procentandel der

har anvendt brugt værktøj indenfor den seneste uge, er dermed primært udtryk for, at man har genbrugt sit eget værktøj. Som tidligere nævnt er man således ikke klar over, at risikoen for infektioner m.v. ved denne praksis er høj. Tilsyneladende er en del af stofbrugsritualet at gemme det netop brugte værktøj i lommen, i stedet for at smide det væk. Bare for en sikkerheds skyld ...

Kun 6% af informanterne oplyser, at de *aldrig* har brugt urent værktøj.

7. Stofbruget

Hvilke stoffer er dine foretrukne?

Heroin er en klar vinder. Mere end 80% nævner heroin som det fortrukne stof. En tredjedel nævner enten også eller alene kokain som det fortrukne stof. Af kokaintilhængerne er stort set alle i metadonbehandling. Problematikken er, at det ganske enkelt er for dyrt at blive påvirket af heroin, når man får metadon. Man tyer derfor til kokain (enkelte dog til Ketogan eller andre stoffer) for at *"bryde metadon-muren"*.

I løbet af de to år, vi har været på pladsen, har vi oplevet en markant stigning i brugen af kokain.

Når man foretrækker heroin frem for andre stoffer, begrundes man oftest med, at *"det er dejligt"*. En del vender dog svaret negativt. Man kan sige, at de *har lært*, at brug af stoffer ikke må være hedonistisk. De svarer således, at de foretrækker heroin for *"ikke at få nedtur"*.

Nogle definerer det positivt, andre negativt. Enkelte begrundes hangen til heroin med at *"lægge låg på problemer"* eller *"psykisk smertelindring"*, *"flugt"*, *"fysisk smertelindring"* og *"øget selvværd"*.

Når man foretrækker kokain frem for andre stoffer, nævnes *"rusen"* og *"øget selvværd"*. Mange og lange samtaler med kokainmisbrugere har givet indtrykket af, at man ofte bruger kokain til at hærde sig med. *"12 voldelige kunder i Skelbækgade på en enkelt nat, kræver en vis styrke og distance. Det giver kokainen"*. Det er vanskeligt og ekstremt tidskrævende at lave penge. I perioder er arbejdsdagen på 24 timer. Man har ikke tid til at sove. Det problem løser kokainen. Kun en enkelt svarer selv, at metadonbehandling forårsager brug af kokain.

Indenfor den seneste uge har informanterne indtaget en mangfoldighed af forskellige stimulanser. Heroin er, ikke overraskende, også her dominerende. Halvdelen har dog også indtaget kokain, næsten lige så stor en gruppe har brugt alkohol. Knap halvdelen har suppleret med nervepiller/sovemedicin, præparater der i stigende grad ryges og injiceres. En lidt mindre gruppe har brugt hash, mens enkelte nævner Ketogan, speed og Contalgin.

8. Holdning til heroinforsøg

På baggrund af den livlige samfundsdebat om heroinforsøg, fandt vi det relevant også at undersøge brugernes egne holdninger. Derfor stillede vi dem spørgsmålet: Hvis vi fik heroinforsøg, ville du så gerne deltage?

3/4 af de interviewede vil gerne deltage i et eventuelt heroinforsøg. De er henvist til at købe stof, der er blandet op med alt fra knuste piller eller vaskepulver til rottegift og de kender aldrig stoffets koncentration og dermed ej heller dets virkning. Således fremhæver mange, at man i et heroinforsøg, ville få "*den rene vare*". Derudover er brugerne stort set ligeså nuancerede i deres øvrige begrundelser for at medvirke i et heroinforsøg, som den danske befolkning.

Mange henviser til dels fald i følgekriminaliteten, dels fraværet af stigmatisering og kriminalisering under heroinunderstøttet behandling. Andre fremhæver, at de vil få et mere værdigt liv, et liv væk fra "Gaden", uden prostitution og andre ydmygende konsekvenser af afhængigheden. Indtagelse af rent stof i rene omgivelser nævnes som vejen til forbedret sundhedstilstand og nedsat smitterisici.

En gruppe nævner, at forsyningssikkerhed i forhold til heroin vil kunne give anledning til anden administrationsform (dvs. sniffe eller ryge i stedet for at fixe). En af årsagerne til, at nogle vælger at fixe sit stof er, at stoffet udnyttes optimalt. Hvis man ønsker samme effekt ved at sniffe eller ryge, behøver man en større mængde, da der er spild forbundet med disse indtagelsesmetoder.

Andre mener, at heroinbehandling vil kunne hjælpe dem på vej til stoffrihed, bl.a. under henvisning til, at heroin er nemmere at udtrappe fra end metadon.

1/4 ønsker ikke at deltage i et eventuelt heroinforsøg. For de yngre gælder det, at man har en forestilling om, at man jo "*ikke er hooked*" og snart skal være stoffri. Andre forestiller sig massive kontrolforanstaltninger, som de ikke ønsker at blive underlagt. To er tilfredse med metadonbehandling.

9. Kontakten til sundhedsvæsenet

Det har længe været kendt, at stofmisbrugerne generelt har en betydelig ringere sundhedstilstand, samt en overdødelighed i forhold til den øvrige del af befolkningen. En del af årsagerne er en direkte følge af stofmisbrugerens liv og adfærd, men det er vores opfattelse, at der er andre grunde, der også har indflydelse på deres sundhedstilstand. Disse grunde er der derimod ikke forsket så meget i.

I miljøet møder vi mange mennesker, der har behov for lægehjælp, men de opsøger ikke denne hjælp. Først meget sent, til tider for sent, henvender disse mennesker sig til det etablerede sundhedssystem.

Til eksempel kan nævnes Brian. Han gik rundt på pladsen, banket blå og sort over hele kroppen, en brækket underarm og med åbent kraniebrud. Han kunne ikke tage af sted til skadestuen før han havde skaffet det stof han behøvede. Da han langt om længe nåede frem til skadestuen, bad han personalet om at lægge gipsen om hans arm således, at han fortsat var i stand til at fixe, (der var nemlig kun ét sted han kunne finde en brugbar vene). Personalet respekterede ikke dette ønske og lagde en gipsforbinding, der dækkede hele armen. De sendte ham ud af døren med den besked, at det jo var en god ting, at han

nu var afskåret fra at kunne fixe. Brian knækkede forbindingen af umiddelbart efter udskrivningen.

Eller historien om Leif, der udsætter lægebesøg så længe, at det efter uendelige lidelser ender med en indlæggelse, der varer flere måneder. Han undgik kun med nød og næppe at miste sit ben.

Vi oplever ofte, at vi må henvise folk til skadestuen. Her er det mere reglen end undtagelsen, at brugeren afviser at følge vores råd.

Et typisk svar fra en bruger med symptomer, der egentlig skulle vurderes og handles på af et avanceret sundhedssystem: *"Det nytter alligevel ikke noget. Jeg bliver smidt ud igen, fordi de tror, at jeg bare kommer for at plædere for mere smertestillende. En narroman kan ikke være syg"*.

Vi besluttede derfor at undersøge stofmisbrugernes kontakt til sundhedsvæsenet.

Kontakten til praktiserende læge:

13% oplyser ikke at have en læge. Lige så mange fortæller, at de ikke har kontakt til lægen. Godt 1/3 af de informanter, der har kontakt med den praktiserende læge, opfatter kontakten som værende "god". En mindre gruppe karakteriserer kontakten som "nogenlunde", mens hele 55% opfatter kontakten som "dårlig".

Knap en tredjedel erindrer ikke den seneste kontakt eller har slet ikke haft kontakt med den praktiserende læge. 40% oplever seneste kontakt som "acceptabel", mens 29% karakteriserer den som "uacceptabel".

Kontakten til centerlæge

Blandt de informanter, der er i metadonbehandling på et rådgivningscenter eller ambulatorium karakteriseres kontakten til lægen dér som "god" af 43%, mens 36% oplever kontakten som "nogenlunde". Således opleves kontakten til lægen på rådgivningscenteret eller ambulatoriet som "dårlig" af 21%.

Det er praksis, at center/ambulatorielæge kun skal håndtere medicineringen vedrørende misbrugsproblematikken. Således skal klienten opsøge egen læge, når det gælder helbredsmæssige problemer.

Kontakten til skadestue

Kun 10% svarer, at de aldrig har opsøgt skadestue, mens 42% oplevede seneste kontakt med skadestue som "acceptabel". Hele 48% karakteriserer seneste kontakt som "uacceptabel".

Vedrørende seneste hospitalsindlæggelse

15% har aldrig været indlagt. I denne gruppe er især de yngre repræsenterede. 60% definerede den seneste indlæggelse som "acceptabel", mens 25% oplevede indlæggelsen "uacceptabel".

På spørgsmålet om behandlingen blev afbrudt "før tid", svarede 59% nej. Det betyder, at hele 41% af de indlagte ikke var færdigbehandlede ved udskrivelsen. Stort set alle forklarer, at de blev udskrevet "før tid" pga. konflikt med sundhedspersonalet. Enkelte svarer, at de var abstinente.

På baggrund af ovenstående svar, kunne det være interessant at undersøge årsagerne til det ringe samarbejde mellem stofmisbruger og sundhedsvæsen. Det er ikke utænkeligt, at en sådan undersøgelse kunne blottlægge årsager, og således få rettet op på en problematik, der er kostbar for både den enkelte og for samfundet som hele.

Man kunne forestille sig, at pigen med en alvorlig byld i lysken, der straks henvender sig på skadestuen undgår lang tids indlæggelse, amputation, tilskud til hjælpemidler, førtidspension m.m.

10. Overdosering

Spørgsmålet: Har du haft en OD indenfor det seneste år?

Knap 1/3 har haft en eller flere overdoser indenfor det seneste år. De fleste har "kun" haft en enkelt OD. Dog har seks informanter haft to eller flere.

Konklusion

Hvorfor Gadesygepleje?

Man har fra mange sider førhen prøvet at få stofmisbrugere i tale på gadeplan. Pædagoger og andre har forsøgt sig, men succesen har været begrænset, da stofmisbrugerne ikke opfattede henvendelserne som tilstrækkeligt relevante. Imidlertid er der med dette pilotprojekt, med netop sygeplejersker på gadeplan, opnået den vigtige kontakt og tillid, da sygeplejerskens tilbud opleves som værende af umiddelbar gavn og nytte.

Vi har undret os over, hvorfor brugerne vælger at lade os behandle dem, trods vores ringe fysiske forhold. De kommer både med akutte behov, tillige med det opfølgende, samt det livslange behov.

Godt 70% af de brugere der opsøger vores hjælp, er allerede i en eller anden form for behandlingssammenhæng. Det er mennesker der får metadon, enten på distriktscentre, ambulatorier eller på apotek. Vi ved, at der bortset fra apoteket, er ansat sygeplejersker på langt de fleste ambulatorier og på alle centrene.

Men brugerne har fordomme i forhold til institutionen. Ved flere lejligheder har vi spurgt, hvorfor den enkelte ikke har søgt hjælp hos centrets sygeplejerske med problemer som f.eks. fejlfix.

Som tidligere beskrevet frygter brugerne repressalier af forskellig art. Det er vores indtryk, at mange af brugerne har brug for - og efterspørger - skadesreducerende vejledning. De mange brugere, der har et sidemisbrug (fra tid til anden dem alle sammen) oplever ikke, at institutionerne er det rette forum for dette. Her er man klient og modtager af den behandling institutionen tilbyder. En behandling der ensidigt peger i en retning væk fra brug af illegale stoffer. En enten/eller holdning som ikke altid er virkeligheden

for en stofmisbruger. Brugeren selv er klar over, at han formodentlig ikke stopper sit sidemisbrug her og nu. På egne præmisser vil han gerne modtage en skadesreducerende hjælp. Dette skadesreduktionstilbud har vi. Vi informerer brugerne om hygiejne og korrekt injektionsteknik og taler åbent om de problemer, der er forbundet med at perforere huden. Med andre ord møder vi dem "midt i fixet", teoretisk såvel som praktisk.

Brugerne har tillid til, at vi åbent anerkender kompleksiteten i deres virkelighed, og at vi netop søger at skabe rummet for dialog om en både/og holdning.

Brugeren efterlyser anonymitet.

"Hvis centersygeplejersken får at vide, at jeg fixer, fortæller hun det til de andre medarbejdere. Det er ikke rart". En anonymitet der ikke eksisterer på et center, hvor behandlingen er bygget på et tværfagligt teamarbejde. Hos os er der ingen krav om registrering og vi giver ligeledes tavshedslofter, som vi aldrig bryder. Ingen kender til indholdet af vores møde, med mindre brugeren selv ytrer ønske herom.

Vi behandler også sår, der ikke er akut opstået, så som kroniske sår. Disse problemer er kendte på de respektive ambulatorier og centre, men her mener vi også at kunne pege på årsager til, at brugerne benytter sig af vores tilbud.

Centersygeplejersken står for udleveringen af medicinen. Først når dette arbejde er færdigt hen ad formiddagen, kan hun tage sig af andre sygeplejeopgaver som f.eks. sårpleje.

Hvis man som bruger henter sin metadon klokken 9 om morgenen, og der ikke er andre gøremål på centret end at vente på at kunne få skiftet sine skinnebensår efter klokken 12- 12.30, så er det muligt, at han ikke orker at vente på denne service. En del brugere mangler den grad af tålmodighed, der behøves her og en del besidder en uregerlighed, der ikke altid harmonerer med institutionens planlægning. Institutionerne har måske heller ikke et tilbud om rare og interessante ophold og ventemuligheder, så som cafe eller hobbyrum.

Brugeren har måske under alle omstændigheder tænkt sig at tage på Vesterbro og han ved, at han kan få sit sår behandlet hos os.

Vi er ikke en institution, men et tilbud ude i det pulserende samfund. Vi promoverer os selv med et tilbud om en kundeservice der er tiltrækkende. Lidt ligesom det private erhvervsliv: god kundepleje giver mange kunder. Vi hygger, tager os god tid, er omhyggelige og følger med i den enkeltes livshistorier.

Maria Kirkeplads er central for stofmisbrugeren i de perioder, hvor han har et sidemisbrug. Her har han sit "kaos" og her vil han gerne behandles. Det er på trods eller rettere på grund af dette "kaos", at han har brug for vores tilbud.

Sundhedssystemets andre tilbud, hospitalerne og skadestuerne, har vanskeligt ved at rumme disse mennesker. To verdener mødes og indbyrdes opstår der kaos i en blanding af uvidenhed, angst, manglende tolerance og forståelse.

Den adfærd der er nødvendig for at overleve som stofmisbruger på gaden, er ikke brugbar på et hospital, men der er heller ikke nogen grund til at tilegne sig en ny adfærd, da man skal ud igen til de samme præmisser. Desuden har man måske aldrig "lært" andet. Gode rollemønstre har været sparsomme.

På den anden side bærer systemet ligeledes sin del af ansvaret. Deres opgave består blandt andet i at håndtere en sådan problemstilling. Identificere problemet, imødekomme det og handle på det. Ikke som det ofte sker; skubbe problemet fra sig allerede inden mødet. De forventninger man møder et andet menneske med, skal nok blive indfriet.

Vi har måttet indrette vores klinik efter "de fornødne søms princip". Vi er gæster i Mariakirken og vi er ligeledes gæster i "miljøet". Derfor har klinikken ikke et klinisk udtryk. Men dette har vist sig også at rumme en anden væsentlig detalje. Nemlig dette, at den "hjemlige hygge" har været befordrende for tryghed og tillid og absolut ikke hæmmende for, at vi har kunnet yde sygepleje af høj kvalitet.

At arbejde som sygeplejerske i dette miljø, stiller krav om tolerance og fordomsfri tilgang til sine medmennesker. Det handler om at være i stand til at opbygge en relation, på tværs af normforskelle og stadigvæk bevare respekten for menneskets frie valg. At kunne skelne mellem menneskets selv og dets handlinger. Man skal kunne befinde sig midt i kaos uden at tabe overblikket, bevare fatningen og handle fornuftigt. Der er ingen fortrydelsesret.

Tilstandens ulidelige elendighed

Dagligt har vi kunnet iagttage den kaotiske situation blandt de aktive misbrugere i miljøet. Her hersker en høj grad af sygelighed. De er befængt med sår og bylder og andre alvorlige infektioner. 14% af de københavnske stofmisbrugere er hivsmittede. Trods budskabet om ikke at dele sprøjter er nået ud blandt brugerne, sker det alligevel ikke så sjældent. Hvad angår hepatitis C er ca. 75% af stofmisbrugerne allerede smittede, og hvis der ikke skrives ind, vil vi nå 100% i løbet af meget få år.

I den senere tid har der været tænkt mulige smitekilder. Den oplagte har været delt værktøj, samt deling af vand og andre remedier i forbindelse med stofindtag. Endnu en oplagt årsag er det faktum, at mange mellemhandlere "cutter" stoffet under yderst sterile forhold. De fixer måske oven i købet imens de håndterer det stof, de skal videresælge på gaden. Virus kan overleve i lang tid i de små pakker.

Der er blandt brugerne fatal mangel på viden i forhold til denne sygdom, der kræver langt større påpasselighed end hvad der skal gøres for at undgå AIDS. Der er brug for meget mere information omkring hepatitis B og C.

Brugerne har deltaget i en undersøgelse for at man kunne kortlægge, hvor mange der var smittede med hepatitis, men de smittede har efterfølgende ikke modtaget nogen information og/eller støtte i forhold til at bære denne sygdom. Det er et svigt og uansvarligt.

Herudover findes et væld af andre sygdomme af både medicinsk og psykosocial karakter. Især har misbrugerne med psykiatriske lidelser forfærdelige betingelser. Elendigheden er stor og alle misbrugernes muligheder for at tage vare på sig selv er meget begrænsede. Sygeligheden er størst blandt de mange hjemløse brugere, men håbløsheden og meningsløsheden er massiv og den afgørende faktor for et fortsat misbrug for de fleste. Der er tale om et kolossalt misbrug for åbent tæppe. Der er tale om et miljø, der er til stor gene for de omkringboende og forbipasserende. Der er desperat brug for en løs-

ning. Politiet har skærpet sin indsats på Maria Kirkeplads, men hvorvidt handlen med de illegale stoffer af den grund generelt er dalet eller blot er flyttet til andre lokaliteter i nærheden, kan der med rimelighed sættes spørgsmålstejn ved. Der er masser af stof på pladsen og det indtages åbenlyst døgnet rundt.

Sygdomsfremkaldende stresskampagner

At også den skærpede politikontrol med "stresskampagner" har negative helbredsmæssige konsekvenser for stofmisbrugeren, har vi været øjenvidner til i de forgangne år. For hvad sker der i virkeligheden, når stofmisbrugeren udsættes for stress og øget politikontrol?

Den øgede risiko for at få sit stof konfiskeret, presser misbrugeren til hurtigt at injicere stoffet på gaden umiddelbart efter erhvervelsen. Det vanskeliggør i betydelig grad muligheden for at skaffe sig rene og relevante sprøjter og kanyler. Det levner ikke tid til at sørge for fornuftige hygiejneforhold med det fornødne lys, rent vand og lign. Det udelukker den ro, der kan bidrage til, at injektionen foretages korrekt, for slet ikke at tale om tid nok til at kunne vurdere stoffets beskaffenhed og styrke. Resultatet af disse stressende omstændigheder er en øget risiko for smittespredning af de alvorlige infektioner - herunder hiv og hepatitis og risiko for injektionsskader eller livstruende overdoseringer.

Misbrug og behandling

Nogle mener, at politiets stresskampagne er nyttig, fordi det formodes at få mange stofmisbrugere i behandling. Problemet er blot, at misbruget fortsætter på gadeplan samtidig med behandlingen. Vores spørgeskemaundersøgelser afdækker, at hele 70% af de aktive stofmisbrugere på Maria Kirkeplads allerede er i behandling for deres misbrug på en behandlingsinstitution.

Dette rejser også et andet spørgsmål, - nemlig om behandlingsinstitutionerne kan gøre mere for at motivere misbrugere i behandling til at undgå gademiljøet.

Blandt brugerne er der en del, der udtrykker stor utilfredshed med behandlingssystemet som det fremtræder i dag. De har ganske enkelt ikke tillid til det. Og hvad værre er: Behandlingssystemet har heller ikke tillid til brugerne. I denne fastlåste stilling kan de involverede parter ikke nå hinanden. Systemet bygger på kontrol, en kontrol der avler mistillid. Den anvendes over for mennesker, der har et andet udgangspunkt og verdensbillede. De kommer ikke fra Mars, men et liv på stoffer, kriminaliserede og udstødte, skaber mennesker med behov for rummelighed, som behandlingsinstitutionerne ikke altid formår at etablere.

Vi tvivler på at institutionerne, i deres nuværende form, formår at ændre på dette og skabe den fornødne tillid. Den tillid, der er forudsætningen for, at misbrugere kan bevæge sig i en positiv retning.

Mistillid er hovedårsagen til, at mange fravælger institutionernes tilbud om behandling. Nogle har kapacitet til at stå udenfor i mange år. Spørgeskemaundersøgelse A viser, at

30% foretrækker at undvære nogen form for behandling. Over halvdelen af disse har klaret sig selv i gennemsnitligt 19 år.

Vi mener, at behandlingsinstitutionerne fremover bliver nødt til at se på sig selv og ændre radikalt på flere områder. Institutionerne må indrette sig efter brugernes behov. Ikke omvendt.

Fleksibilitet betaler sig

Narkomani er en fysisk/psykosocial sygdom, hvor stofmisbrugerens fornuft og frie vilje er suspenderet til fordel for et overvældende behov. For udenforstående beslutningstagere kan det måske være meget svært at acceptere narkomani som en sygdom og stofmisbrugere som patienter, fordi misbrugerne tilsyneladende selv ønsker at forblive syge frem for at blive helbredt. Når det drejer sig om afhængighed af alkohol og tobak, er accepten langt større, uanset at der - fra et klinisk synspunkt - er mange lighedspunkter. Så selv om det kan forekomme helt urimeligt at anlægge et "tolerant og fleksibelt" syn på stofmisbrugere, synes det ikke desto mindre at være en absolut fordel for så vel brugeren som for samfundet. Jo vanskeligere stofmisbrugerens tilværelse gøres, jo mere kriminalitet og sygdom afstedkommer det. Al forskning og alle undersøgelser peger på, at sanktioner heller ikke giver færre stofmisbrugere. Og stofmisbrugernes forværrede situation med dårligere helbred og øget kriminalitet betyder flere politi- og ambulanceudrykninger, flere indlæggelser på hospitalerne, flere lægebesøg og længere behandlingsforløb, flere forhør, kriminalundersøgelser og rapportoptagelser, flere retssager, osv.

Endnu en pointe er det, at de ringe forhold giver hurtigere spredning af infektionssygdomme. Ikke kun mellem stofmisbrugerne, men også i den brede befolkning. Jo flere smittede, jo flere er der til at smitte andre.

Perspektivering

Tiltag der vil kunne forbedre den nuværende situation

Københavns kommune har forlængst erkendt, at hvis man vil forbedre stofmisbrugerens helbredstilstand og forhindre spredningen af dødelige sygdomme, må man sørge for, at der er en relativ let tilgang til rent værktøj. Desværre har man ikke nået samme erkendelse i de danske fængsler trods det faktum, at der bag murene er rigeligt med stoffer, men kun et sæt værktøj til deling.

Vi har i rapporten påpeget nogle af problemerne i forbindelse med det værktøj, der er tilgængeligt. Især mener vi, at manglen på små vandbeholdere i sættene er et væsentligt problem. Der *skal* anvendes vand ved et fix. Stofmisbrugereren perforerer hudbarrieren og øger hermed markant risikoen for alvorlige infektionssygdomme. Vi mener, at der må skabes de bedst mulige forhold for at undgå denne situation. Det er en kendsgerning, at mange stofmisbrugere bliver indlagt på hospital med endocarditis (betændelse på hjerteklapperne). Det er en dyr affære, både menneskeligt for den enkelte, men så sandelig også for samfundet som helhed. Et hospitalsforløb med en behandling af endocarditis

koster ca. 400.000 kroner. For det samme beløb kan man forsyne samtlige værktøjssæt med vandbeholdere i et år. Så hvis man blot undgår ét tilfælde af endocarditis om året, er disse penge tjent ind igen.

Selvfølgelig er det ikke gjort med vand alene. Det er også vigtigt, at stofmisbrugerne får øget indsigt i og forståelse for, hvad de går og foretager sig. Derfor er det yderst påkrævet, at vi sørger for adækvat information til denne gruppe af borgere.

Det er på baggrund af vores indgående kendskab til disse mennesker, deres problemer og behov, at ideen og udviklingen af konceptet "J- Kie Cards" er blevet til. I samarbejde med Københavns og Frederiksbergs kommune er der nu et informationsfremstød klar til start. Fremover vil værktøjssættene indeholde informationsmateriale, der tager højde for gruppens ganske særlige egenart.

I al sin enkelhed består dette materiale af 100 forskellige kort. På den ene side af kortet er der et smukt billede og et spørgsmål og på den anden side kan man læse svaret. Spørgsmålene på kortene er enten blevet stillet os direkte eller formuleret ud fra observationer, som vi har gjort os. Spørgsmål som det etablerede system sjældent eller aldrig havde fået kendskab til på grund af afstanden de to kulturer imellem.

Den mest hensigtsmæssige løsning vil dog være at tilvejebringe hygiejniske rum, hvor stofmisbrugeren har mulighed for at indtage sit stof i trygge omgivelser. Hvor der udleveres rent værktøj og sikres en korrekt bortskaffelse af det brugte værktøj. Som det er nu, udleveres der omkring én million engangssæt hvert år uden sikkerhed for, at de efter brug bliver forsvarligt afhændet. Dette vil dog være afhængigt af, at man reviderer "Pusherloven".

Vores erfaringer fra arbejdet på gaden peger også på nødvendigheden af uddannet sundhedspersonale i tæt tilknytning til misbrugsmiljøet. Der er behov for denne form for lavtærskeltilbud, hvor kravene begynder ved nulpunktet eller "midt i fixet", som vi kalder det. Der er brug for steder, hvor de gerne må være. Der er et kolossalt behov for omsorg og den omsorg har mange sygeplejefaglige aspekter.

Vi ved, at der netop i denne tid er ved at blive etableret sygeplejeklinikker i forbindelse med de tre herberg i København. Her kunne man passende slå dørene op og byde resten af den brogede skare af forbudte mennesker ind.

For mange kan det blive begyndelsen på en tillidsfuld kontakt der, når den bygges på respekten for den enkelte i et miljø de kender, kan udvikle sig til en positiv proces fremover.

Vi må dog understrege, at det er væsentligt at fastholde sygepleje på gadeplanet. De mest udstødte må man nemlig ud på gaden og hente. Der er mennesker, der aldrig kunne drømme om selv at opsøge hjælp. Mennesker, hvis tillid til systemet er lig nul. I disse situationer har vi erfaret, at vi som gadesygeplejersker, med omsorg og tålmodighed, har kunnet vende denne mistillid til en tro på, at samfundet også vil dem det godt. Et andet element er, at vi har at gøre med et "her og nu" folk. Ofte har vi kunnet intervenere, netop fordi vi var der mens tingene skete.

God omsorg og hygiejniske forhold kan få stor betydning for den enkelte samt for gruppen som helhed. Det vil kunne forebygge sygdomme med færre hospitalsindlæggelser til følge. Indlæggelser der er så problematiske at håndtere. Både for misbrugeren, men også for hospitalsvæsenet.

Her må vi konstatere, at der er brug for oplysning og uddannelse af hospitalspersonalet. Mange uheldige episoder kunne have været undgået, hvis personalet havde handlet anderledes. Det er et spørgsmål om viden, metode og lyst.

Hvis hospitalerne ikke magter at rumme disse mennesker foreslår vi, at der oprettes en skadestue i miljøet. En lægebemandet enhed med lyst til netop dette speciale. Vi er ikke blinde for, at et sådant tiltag rummer risiko for yderligere stigmatisering af disse mennesker, men det modsatte kunne også tænkes. Behandler man disse mennesker med respekt, får man det tifold igen. Og ikke nok med det. Man oplever, at man har stor indflydelse på, hvorvidt en stofmisbruger kan bevæge sig fremad i en positiv retning eller ej.

Dette bringer os frem til det meget kontroversielle og omdiskuterede emne: Skal vi begynde et heroinforsøg? Vi har med to års erfaring i miljøet den holdning, at intet bør være uprøvet. Mennesker er forskellige og må derfor ligeledes behandles forskelligt. Der er brug for forskning på området. Et forsøg med heroin kunne meget vel være et interessant forskningsprojekt. Det synes man også ude i den store verden. Desuden ser vi signalværdien som et meget væsentligt moment. Der er en uhyggelig tendens til, at mennesker der tager forbudte stoffer også hermed er forbudte som mennesker. Bliver heroin ordineret af læger, vil dette kunne rykke betydeligt ved denne holdning. Når alt kommer til alt er stofmisbrugernes største problem i virkeligheden, at de ikke kan blive integrerede i det øvrige samfund. Kan en heroinunderstøttet behandling ændre på denne tragiske situation vil meget være vundet.

Håbet er tømmerflåden på havet. Det sidste bærende element før undergangen. Et tegn om hjælp giver håbet fornyet styrke og skaber troen på, at det kan blive bedre. Troen har en mere aktiv karakter, en fremadrettet følelse, som er forudsætningen for udvikling. Brugerne har, som os alle, brug for kærlighed, omsorg og respekt, men møder desværre oftest det modsatte.

Sådan som systemet er nu, fortsætter vi den omsorgssvigt, som er udgangspunktet for hele miseren. Vi stresser dem, fordømmer dem og i behandlingen fornædrer vi dem og spiller dem ud mod hinanden. Med andre ord - vi forbyder dem.

Resultatet bliver håbløshed.

Casestories

1) Albert er en mand sidst i trediverne, hjemløs, stofmisbruger og hivsmittet. Han er blevet smittet for ca. 15 år siden. Han opsøger vores klinik, fordi han har en mindre

byld. Herefter opsøger han klinikken regelmæssigt. Dels for at få færdigbehandlet bylden, dels for at have nogen at vende sine problemer med. Albert er afhængig af heroin og ønsker ikke at komme i metadonbehandling. Hans argument er, at metadon er meget mere vanedannende end heroin. Han finansierer sit misbrug ved butikstyveri og har haft flere fængselsophold af relativ kort varighed. Hver gang har han valgt at tage en "kold tyrker".

Han går til kontrol på hospital pga. sin hiv. Han oplever at personalet ikke interesserer sig for ham og hans problemer i samme grad, som de interesserer sig for mange af hans homoseksuelle venner. Han mener selv, at det skyldes, at han er stofmisbruger. Albert fortæller, at han igennem årene har forsøgt at fortrænge, at han er smittet med en dødelig sygdom. Han begynder under sine besøg hos os at åbne sig, tale om sin sygdom og de bekymringer og problemer, der er forbundet med den. I takt med at kontakten og tilliden til os udvikles, kommer Albert til den erkendelse, at han gerne vil i metadonbehandling. Han bliver klar over, at hvis han skal kunne håndtere sin sygdom, bliver han nødt til at etablere en roligere hverdag. Vi hjælper ham med at komme i metadonbehandling og kommunen skaffer ham en bolig.

Det går godt en tid. I en længere periode ser vi ham ikke, men så kommer han igen. Denne gang har han nye alvorlige problemer og har i rum tid ikke passet sine kontroller på hospitalet. Han har fået en sidemisbrug med kokain og har tabt sig meget (ca. 25 kg). Han har voldsomme vejrtrækningsproblemer, synkebesvær og diarre. Han kan næsten ikke slæbe sig af sted, endsige hente sin metadon. Vi kontakter Specialinstitutionen på Forchhammersvej med henblik på at få ham indlagt på institutionens plejeafdeling. På baggrund af en visitationssamtale og forundersøgelse, bliver der planlagt indlæggelse. Under sin 3 uger lange indlæggelse kommer han ud af sit sidemisbrug, bliver behandlet for sine opportunistiske sygdomme (hiv-relaterede sygdomme), får genoptaget sine kontroller på hospital, får påbegyndt kombinationsbehandling for hiv, øger sin vægt med 9 kilo, får genetableret kontakten til sin familie og får livsmødet tilbage.

Efter udskrivelsen er han meget optimistisk med hensyn til fremtiden. For tiden har han intet misbrug. Han fungerer godt på sin daglige metadondosis, han kan håndtere sin hiv-medicin og er motiveret for at leve et sundere liv. Albert er dog så realistisk, at han nævner muligheden for tilbagefald. Men nu ved han, at der også er et sikkerhedsnet for ham, og at han altid kan få den fornødne hjælp.

2) Angel er midt i trediverne, stofmisbruger og hjemløs. Det første møde syntes at være en "banal sag" (vabler på fødderne), men udviklede sig til en yderst kompliceret, meget problemfyldt sag. Det er vores fornemmelse, at Angel benyttede det første besøg til at afprøve os. Da han fandt os værdige, lukkede han op for posen. Angel har fra tidlig barndom været udsat for groft seksuelt misbrug. Dette foregik i mange år. Derudover var hans opvækst præget af massiv vold, som man stadig kan se spor af på hans krop. Et evigt minde om sakse, knive, kæder, flasker mm. der har været brugt flittigt og efterladt mange ar. Han blev tvangsfjernet som 12-årig og begyndte sit intravenøse heroinmisbrug som 13-årig. Dengang fik han ikke noget tilbud om at få bearbejdet alle sine traumatiske oplevelser, tværtimod medvirkede man til at få lagt låg på og i stedet se at komme videre. Heroinen blev Angels "terapeut".

Angels liv svinger fra stoffri perioder, hvor han fungerer på samfundets præmisser (studerer på universitet), til misbrugsperioder, hvor han ernærer sig ved kriminalitet.

Han får et barn med en autistisk skizofren kvinde. Barnet bliver tvangsfjernet ved fødslen. Moderen forsøger selvmord og Angel begynder et massivt misbrug.

Angel er nu så ulykkelig og lever et fuldstændig kaotisk liv.

Vi har daglig kontakt med ham. Når han føler afmagt, kan han finde på at kravle rundt på gulvet, slå hovedet ind i væggene, ligge i fosterstilling under vores bord alt imens han beretter om sine forfærdelige opvækstvilkår. Når han er fattet analyserer og reflekterer han over sin situation. Han udtrykker, at det er første gang i sit liv, at han oplever, at han kan tale om de forfærdelige overgreb, der er blevet begået imod ham.

I samarbejde med en socialarbejder, lykkedes det at skaffe Angel et værelse på et herberg, og han bliver skrevet op til en lejlighed. Samtidig bliver han indskrevet på et rådgivningscenter, så han kan få metadon. Ydermere begynder vi målrettet at arbejde på, at Angel kan få lov til at besøge sin datter. Et besøg der nu er sat dato på. Vi har skaffet ham en advokat, der undersøger de juridiske aspekter vedrørende barnesagen. Ligeledes arbejder vi på, at Angel kan få psykologbistand på et specialcenter for seksuelt misbrugte.

Angel har ikke tillid til systemet og rager hurtigt uklar med sit rådgivningscenter. Han henter ikke sin metadon, og det bliver derfor besluttet, at vi varetager udlevering af hans metadon, da vi i forvejen har daglig kontakt med ham. Vi repræsenterer ikke systemet, men har den fornødne ekspertise og vigtigst af alt er vi i miljøet, hvor vi møder ham på hans præmisser. Der er ingen tvivl om at der er lang vej endnu, men processen er begyndt.

3) Anne er i begyndelsen af fyrrerne, clean stofmisbruger på tredje uge. (Har selv trappet sig ud). Hun er indlagt med betændelse på hjerteklapperne og en dobbeltsidig lungebetændelse. Hun er meget smerteforpint og appellerer til afdelingens personale om at smertedække hende. De forsøger at imødekomme dette ved at give Panodil, men det oplever hun kun som en hån og det optrapper til konflikt. Vi bliver kontaktet af en sygeplejerske fra afdelingen, der ønsker vores hjælp til at takle problemet og vurdere, hvordan de kan håndtere smertelindringen bedst muligt. Personalet føler, at de står i et dilemma, idet de ikke vil være indirekte årsag til, at hun kommer ud i et misbrug igen. På den anden side ønsker de også at færdigbehandle kvinden, og er bekymret for at hun vil lade sig udskrive.

Vi besøger Anne og har en lang samtale med hende. Hun fortæller om sit liv, om sit ønske om at forblive stoffri og om hvor mange smerter hun har. Hun føler at personalet ikke vil give hende morfin, fordi hun er narkoman og føler sig fuldstændig magtesløs i den forbindelse. Hun oplever det som et overgreb, at andre mennesker vil bestemme over hendes liv og ikke tror på hende. Hun fortæller også, at hun er begyndt at medicinere sig selv med stoffer, hun får bragt ind fra det illegale marked. Hendes medpatient er ikke stofmisbruger, men har også betændelse på hjerteklapperne. Hun får al den smertelindring, i dette tilfælde morfin, som hun ønsker.

Efter samtalen med Anne, har vi et møde med læge og sygeplejersker, hvor vi beskriver vores opfattelse af situationen. Vi klarlægger problemstillingen som følgende: Enten medicinerer Anne sig selv, eventuelt bliver hun udskrevet, måske lader hun sig udskrive eller også sørger afdelingen for sufficient smertelindring og får hende færdigbehandlet.

Personalets bekymring for, at Anne skulle blive afhængig af morfin igen er forståelig nok, men det er vores klare indtryk, at Anne i den givne situation ikke var interesseret i at blive påvirket, men blot at blive fri for smerterne. Det, at Anne var begyndt at selvmedicinere sig, oplever vi som værende betydelig mere risikabelt for udvikling af ny afhængighed. Hun bliver fastholdt i rollen som stofmisbruger. Hun oplever ikke, at de har tillid til hende og kan derfor let få den holdning, "at så kan det hele også være lige meget". Hun bevæger sig igen ind på det illegale marked med alle de følger det indebærer. Fristelser, gæld og urent stof, som er særdeles farligt for hjerteklapperne.

Resultatet af vores "konsulentbistand" bliver, at Anne får ordineret sufficient smertebehandling. I takt med at smerterne bliver mindre, vælger Anne at trappe ud af morfinen. Da vi besøger hende igen, er hun færdigbehandlet, skal udskrives dagen efter og får efter eget ønske ikke morfin længere.

4) Sailor er i slutningen af fyrrerne, stofmisbruger og hjemløs. Han har aldrig ønsket at få metadon. Han vil kun have den "rene vare" og sælger derfor heroin for at kunne finansiere sit eget forbrug. Sailor er blevet opfordret af en af de andre brugere til at opsøge os for, at vi kan hjælpe ham med hans ben. Begge hans ben er voldsomt hævede og der er adskillige betændte sår af forskellig størrelse fordelt på underbenene. Han har bylder på lårene og er voldsomt angrebet af svamp på fødderne.

Ved første møde plejer vi sårene. De er så alvorlige, at vi får arrangeret tid til en konsultation hos lægen på Forchhammersvej den efterfølgende dag. Her bliver der podet og påbegyndt antibiotisk behandling. Han fortsætter med at få plejet sine sår i vores klinik de følgende måneder. Vi har haft god tid til også at tage fat i andre faktorer, der har indflydelse på hans tilstand. Bl.a. hans fixeteknik, specielt i forhold til hygiejne, ernæringslære og venepumpeøvelser. Sailor har udvist høj grad af motivation til egenomsorg og resultatet har da også været, at sårene er næsten helede og at han nu skal til at gå med støttestrømper.

5) Stonie er en mand midt i tredverne. Han er stofmisbruger og finansierer sit forbrug ved at være mellemhandler for en "dealer".

Da vi møder Stonie første gang er han "næsten" hjemløs, hvilket vil sige, at han kort tid forinden er blevet smidt ud af sin lejlighed. Han opholder sig dog illegalt i lejligheden om natten. Dette er dog temmelig uholdbart og kun et spørgsmål om kort tid før det bliver opdaget. Stonie har været stofmisbruger siden teenageårene. Hans foretrukne stoffer er opiater og benzodiazepiner. Igennem mange år har han injiceret Ketogantabletter og har derved fået ødelagt sit blodomløb i en sådan grad, at han har kroniske skinnebensår på begge underben. Benene er voldsomt hævede, der ses eksem og misfarvning samt der er en del smerter. Det er på baggrund af disse problemer, at Stonie opsøger os. Stonie ønsker ikke at komme i metadonbehandling. Han er bange for at bli-

ve afhængig af endnu et stof. Han møder hos sin praktiserende læge én gang månedligt, hvor han får fornyet sin recept på benzodiazepiner. Vi får hurtigt etableret en regelmæssig behandling af skinnebenssårene. Det betyder 2 til 3 sårskift pr. uge. Stonie passer vores aftaler og resultatet viser sig hurtigt ved at sårene bliver mindre. Desuden standser Stonie med at injicere Ketogan. Han spiser dem i stedet.

Forude venter en fængselsdom og Stonie frygter den "kolde tyrker". Dette faktum plus det, at han omsider er blevet rigtig hjemløs og ydermere er underernæret, gør det muligt for os at motivere ham til at gå i metadonbehandling. Han bliver indskrevet på Specialinstitutionen på Forchhammersvej, hvor der foruden metadonbehandling også er et tilbud om sårpleje. Under sit fængselsophold får Stonie således den ordinerede metadon og efter afsoningen får han en plads i Forchhammersvejs pensionat. Her bor Stonie indtil han får tilbudt en bolig ude i byen.

I løbet af hele denne periode, på nær under fængselsopholdet, veksler Stonie med at få passet sine sår, dels på institutionen og dels i vores klinik. Vi har etableret en relation som Stonie holder meget af at bevare. Han bruger os som sparringspartnere, når der er problemer, men kommer også for hyggens skyld.

Under sit ophold på Forchhammersvej fik Stonie et betydeligt løft i form af en bedre ernæringstilstand og et mindsket sidemisbrug, men desværre har han ikke formået at vedligeholde dette efter, at han har fået egen bolig og nu er han igen meget tynd. Vores fremtidige arbejde med Stonie vil foruden sårplejen, bestå i at hjælpe ham med at blive bedre etableret i den nye bolig, (vi er dog af den opfattelse, at han i virkeligheden egner sig bedre til et bofællesskab) samt arbejde med at motivere ham til at nedtone sit voldsomme sidemisbrug af benzodiazepiner.

6) Dolly opsøger os for at få kigget på en betændelsestilstand i lysken. Under samtalen kommer det frem, at hun fixer sin metadonmikstur. Uden løftede pegefingre forklares konsekvensen af denne praksis. Hun tilrådes at fortynde mixturen med så meget vand som muligt og desuden skifte indstikssted. Få dage senere kommer hun glædestrålende og fortæller, at for første gang i flere år, har hun drukket sin mikstur.

Dolly fik indsigt i sin situation. Hun traf selv beslutningen om at ændre sin adfærd.

7) Kate opsøger os for at få råd og vejledning. Hun kan ikke finde flere vener, som hun kan fixe i. Langt de fleste stofmisbrugere kommer før eller siden i denne situation. Vi fortæller om andre administrationsformer, her iblandt den såkaldte "dyt i numsen" teknik. (Det tilberedte stof skydes uden nål op i endetarmen).

Et par måneder senere kommer Kate og fortæller, at hun er meget tilfreds med rådet og at hun tillige foreslår andre at gøre det samme.