

Socialudvalget  
SOU alm. del - bilag 412  
Offentligt

Projekt UDENFOR  
Ravnsborggade 2-4, 3. sal  
2200 København N  
Tlf. 33 42 76 00  
Fax 33 16 35 40  
projekt@udenfor.dk  
www.udenfor.dk

Folketingets Socialudvalg  
Christiansborg  
1240 København K

Note: (fra udvalgssekretariatet)  
Udvalget har modtaget et eksemplar af rapporten:  
"Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt  
stofmisbruger til indlagt patient". Rapporten er  
fremlagt til udlån og kan rekvireres v/ henvendelse til  
Lone Klinke 5542 eller findes elektronisk på alm. del  
– bilag 412.

*Projekt UDENFOR kombinerer  
gadeplansarbejde med forskning  
i hjemløshed og udstødelse.*

Nørrebro den 17. september 2007

### **Fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient.**

Vi sender denne rapport, fordi vi har vurderet, at det projekt som beskrives i rapporten kan have en bred interesse.

Projektet blev gennemført på baggrund af den viden, at sundhed er ulige fordelt og at socialt udsatte grupper kan have svært ved at benytte de almene sundhedstilbud, med de følger, at megen tid i sundhedsvæsenet bliver brugt på at løse konflikter, at socialt udsatte ikke bliver behandlet optimalt og at det så igen medfører yderligere sygelighed.

Det bliver så heller ikke bedre af, at det alt for ofte er svært for sundhedsvæsenet og de forskellige sociale tilbud at samarbejde – ikke af uvilje, men på grund af forskellige traditioner.

Disse problemer rammer alle socialt udsatte, men ikke mindst stofmisbrugere.

I "Projekt Socialsygeplejerske" har ortopedkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital, hvor der almindeligvis er én til flere stofmisbrugere indlagt, og den sociale, selvejende organisation projekt UDENFOR samarbejdet om at lade en socialsygeplejerske indgå som vidensperson, som såvel personalet i afdelingen, patienterne og narkobehandlingsystemet kunne bruge og som bygger bro mellem de forskellige aktører.

I løbet af projektperioden er der på baggrund af socialsygeplejerskens tidligere erfaringer og den viden, der er indsamlet under forløbet udviklet nogle interessante metoder.

De erfaringer, som er gjort i projektet, peger klart på, at alle parter drager fordel af denne indsats og at indsatsen som metode med fordel vil kunne forsøges afprøvet i forhold til andre udsatte grupper.

Vi håber, at man andre steder vil kunne lade sig inspirere til at forsøge samme form for socialt sygeplejearbejde.

Ved yderligere uddybning kan socialsygeplejerske Nina Brünés kontaktes på tlf. nr. 28 26 75 07 eller på e-mail: nb@udenfor.dk.

Med venlig hilsen

Preben Brandt  
formand for projekt UDENFOR

PROJEKT  
**udenfor**

# Projekt Socialt Arbejde plejerske

- fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient

af Nina Bringer

FOREBYGGE  
KONFLIKTER

SPARRINGS-  
PARTNER

FRA MISTRO  
TIL TILLID

SAMARBEJDE

VÆRDIGHED

BINDELED

OPTIMEREDE  
INDLÆGSELSE

OPLYSNING

ETIK

SMERTE-  
BEHANDLING

DIALOG OG  
DISKUSSION

ABSTINENS-  
BEHANDLING

AFLESTNING I  
HVERDAGEN

VELLYKKEDE  
UDSKRIVELSE

ØGET VIDEN

HJEMLØSHED

BRØBYGNING

FIXETEKNIK

SIDEMISBRUG

Et 2-årigt projekt i samarbejde mellem  
Afdeling M4, Mmo og projekt UDENFOR i  
2006 og 2007



**Bispebjerg  
Hospital**

Titel	Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient
ISBN	87-987909-7-8
Udgiver	projekt UDENFOR, Ravnsborggade 2-4, 3 sal, 2200 København N Tlf.: 33 42 76 00, fax: 33 16 35 40, e-post: info@udenfor.dk Hjemmeside: <a href="http://www.udenfor.dk">www.udenfor.dk</a> Trykt og udgivet i september 2007
Forsidefoto	Martin Lehmann
Forsidedesign	Forsiden er en poster, der blev præsenteret på Bispebjerg Hospitals Sygeplejesymposium maj 2007. Fotoet er taget en sen nat i en baggård på Vesterbro. Den hjemløse kvinde har taget kokain og står og hiver imaginære orme ud af armen.

Rapporten er udarbejdet af Nina Brúnés, sygeplejerske i projekt UDENFOR.

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	5
Målgruppe for denne rapport.....	9
Indledning.....	9
Formålet med Projekt Socialsygeplejerske.....	11
Opstartsfasen.....	11
Patienternes vej ind i projektet.....	13
Karakteristik af de indlagte stofmisbrugere inkluderet i projektet.....	14
- Kvantitative data.....	14
- Kvalitative data.....	17
Karakteristik af afdeling M4.....	20
- Personalets beskrivelse af stofmisbrugere.....	23
- Smertestillende medicin – en kilde til konflikt.....	24
- Patientinformationsfolder til stofmisbrugere – et særligt regelsæt.....	25
Projektets fokusområder.....	27
- Formidling af den skadesreducerende ideologi.....	27
- Tid, aflastning, anvendelse af specialeviden om stofmisbrug og brobygning i hverdagen.....	34
- Videregivelse og anvendelse af viden om misbrugssektorens tilbud.....	40
Opsummering og konklusion.....	45
Anbefalinger.....	49
English summary.....	51
Bilag 1            Samarbejdskontrakt.....	57
Bilag 2 (a+b)    Socialsygeplejediagnoseark.....	61
Bilag 3            Patientinformationsfolder.....	63
Bilag 4            Samtykkeerklæring.....	65
Bilag 5            Registreringsskema.....	67
Bilag 6            Akut smertebehandling af opioidbrugere.....	69



## Resumé

Projekt Socialsygeplejerske er et toårigt forsøgsprojekt på de ortopædkirurgiske sengeafdelinger M4 og MMO på Bispebjerg Hospital. Dataindsamlingen i forbindelse med det eksperimenterende arbejde er foregået i en etårig periode fra maj 2006 til maj 2007. Projektet udgår fra og er finansieret af projekt UDENFOR og gennemføres af sygeplejerske Nina Brünés.

Projektet udspringer af de erfaringer, som blandt andre Nina Brünés har draget i de år, hun har arbejdet som gadesygeplejerske. Her erfarede hun, at mange stofmisbrugere var tilbageholdende med at opsøge læger og skadestuer. De kunne fortælle om nedværdigende og ydmygende oplevelser i kontakten med sundhedsvæsenet. Når stofmisbrugerne endelig lod sig indlægge, opstod der en række konflikter med personalet, hvilke ofte betød, at stofmisbrugerne enten selv forlod afdelingen eller blev udskrevet før de var færdigbehandlede. Dette er et særligt problem, idet forekomsten af sygdomme er markant højere end i den øvrige befolkning og stofmisbrugere har en gennemsnitslevealder på 41,2 år.

Projektet blev udarbejdet og gennemført med det formål at skabe lige adgang til sundhed for stofmisbrugere ved at sikre dem en værdig og færdig behandling under indlæggelse.

Socialsygeplejersken var til stede i afdelingen, når der var stofmisbrugere indlagt og stillede sin tid og ekspertise til rådighed for både personale og patient.

Fokusgruppeinterview med personalet og løbende observationer tydeliggjorde, at de særlige konflikter, der kunne optræde på M4 og MMO omhandlede følgende overordnede temaer: Stofmisbrugernes adfærd, deres tilbagevendende behov for smertestillende medicin samt en særlig patientinformationsfolder til stofmisbrugere. Denne folder indeholdt blandt andet et forbud mod at forlade afdelingen under indlæggelse. Derudover oplevede personalet at mangle viden om og redskaber til at tackle stofmisbrugerens komplekse situation. Deres tunge sociale problemer kombineret med en travl hverdag for personalet var i sig selv en kilde til konflikt.

Socialsygeplejerskens indsatsområder for henholdsvis de indlagte stofmisbrugere og personalet kom til at omhandle følgende: Først formidling af den skadesredu-

cerende ideologi, som tager udgangspunkt i en pragmatisk tilgang. Dernæst tid, aflastning og anvendelse af specialeviden om stofmisbrug og brobygning i hverdagen. Endeligt videregivelse og anvendelse af specialviden om misbrugssektoren\*.

Den traditionelle naturvidenskabelige og operationelle tilgang blev kombineret med en pragmatisk tilgang med afsæt i den skadesreducerende tankegang. I kraft af, at afdelingerne oplevede, at de kunne gøre det bedre, foruden et ønske om at imødekomme stofmisbrugerne på en ny måde, blev den eksisterende og konfliktfyldte patientinformationsfolder ophævet. Det betød, at stofmisbrugere nu var indlagt på de samme vilkår som alle andre patienter. Nye smertestandarder blev udformet, hvilket indebar mærkbart højere og tilfredsstillende doser til stofmisbrugere. Det betød, at stofmisbrugerne ikke længere skulle være smerteforpinte. Personalet fik viden og redskaber til at takle, forstå og imødekomme stofmisbrugernes ofte anderledes adfærd. Det betød, at stofmisbrugeren blev den interessante patient frem for den besværlige patient og det medførte, at stofmisbrugerne fik tillid til personalet; de følte sig velkomne i afdelingen og blev motiverede til samarbejde.

Stofmisbrugerne blev opfattet som - og er en meget tidskrævende patientgruppe. De blev opfattet som mere opmærksomhedskrævende end andre patienter og det var vanskeligt at lave vellykkede udskrivelser, fordi personalet ikke kendte til eksisterende tilbud og arbejdsgange i misbrugssektoren. Socialsygeplejersken havde den tid og den ekspertise, der kunne afhjælpe personalet i en travl hverdag. Hun kunne afsætte den tid, som stofmisbrugerne reelt havde brug for, hvilket betød, at de blev trygge og rolige i afdelingen. Hun kunne hjælpe med at omsætte stofmisbrugernes frustrationer til formulerede behov. I kraft af hendes kendskab til og netværk i misbrugssektoren kunne hun være behjælpelig med at sikre vellykkede udskrivelser.

\* Misbrugssektoren dækker i denne sammenhæng over alt fra forsorgshjem, herberger, væresteder, varmestuer, natcafeer, gadesygeplejersker, sygeplejeklinikker, ambulatorier, rådgivningscentre, behandlingshjem, opsøgende gadeplansmedarbejdere, misbrugs læger og mange flere.

25 patienter med et stofmisbrug deltog i projektet i den ét-årige dataindsamlingsperiode. Alle stofmisbrugere, der fik tilbuddet om besøg af socialsygeplejersken, takkede ja. Ingen af disse forlod afdelingen eller blev udskrevet, før de var færdigbehandlede. Både patienterne og personalet har kun haft positive tilkendegivelser over for socialsygeplejerskeindsatsen og for indlæggelsesforløbet. Derfor må Projekt Socialsygeplejerske vurderes at være en succes!

Den ekstra tid og opmærksomhed til den indlagte stofmisbruger, det særlige kendskab til både stofmisbrugere, stofmisbrugerens hverdagsliv og misbrugssektoren er en ekspertise, der ikke kan overleveres til personalet. Derfor bør indsatsen som socialsygeplejerske forankres og kan med fordel udvides til andre afdelinger og sygehuse, hvor der hyppigt indlægges stofmisbrugere, og give inspiration til tilsvarende eller lignende projekter.





## Målgruppe for denne rapport

Denne rapport henvender sig til direktions, ledelse og beslutningstagere på landets sygehuse og i regionerne. Den henvender sig også til sundhedspersonale og studerende, der ønsker at medvirke til en forstærket indsats overfor en særlig og udsat patientgruppe. Samtidig er det mit håb, at rapporten også vil have interesse for personer, der er beskæftiget indenfor misbrugsområdet.

## Indledning

I 2006 og 2007 forløber Projekt Socialsygeplejerske i de ortopædkirurgiske sengeafdelinger M4 og MMO på Bispebjerg Hospital. Projektet er et forsøgsprojekt og bliver gennemført af undertegnede, sygeplejerske Nina Brünés, der er ansat i projekt UDENFOR<sup>1</sup>. Projekt UDENFOR er en selvejende institution, der kombinerer gadeplansarbejde blandt hjemløse, udstødte og marginaliserede grupper med undervisning, formidling og forskning. Projekt UDENFOR er eksperimenterende og nytænkende i forhold til at sætte initiativer i værk, hvor det erfarer, at der er brug for en særlig hjælp i forsøget på at forbedre forholdene for nogle af samfundets aller- mest udstødte.

Grundtanken med Projekt Socialsygeplejerske er, at indsatsen skal foregå indenfor det system, der er med til at udstøde, for herved at reducere udstødelse. I et velfærdssamfund bør det løbende tilstræbes, at det system, der er til for alle, også har kompetencer til at tage sig af de anderledes, de skæve og de besværlige. Vi må ikke acceptere, at der er mennesker i vores samfund, som ekskluderes af det etablerede system, uden værdige forsøg på det modsatte. I så fald opgives og overlades denne gruppe til knopskydninger af parallelle tiltag, der nok så velmenende favner, men i en parallel og marginaliseret verden.

Ideen til Projekt Socialsygeplejerske udsprang af de konkrete erfaringer som Sygepleje på Hjul<sup>2</sup> gjorde sig i årene 1999-2003, hvor en tidligere sengeambulance bemandede med to sygeplejersker opsøgte hjemløse, stofmisbrugere, alkoholikere,

<sup>1</sup> Projekt UDENFOR er et tværfagligt team af professionelle og ca. 30 frivillige, der arbejder med udstødte. Fonden projekt UDENFOR finansieres af private fonde og statslige midler. Læs mere på [www.udenfor.dk](http://www.udenfor.dk)

<sup>2</sup> Sygepleje på Hjul var et projekt i projekt UDENFOR, hvor blandt andre socialsygeplejerske Nina Brünés var ansat i en årrække.

prostituerede, sindslidende og andre udsatte i deres eget miljø. Projektet tilbød konkret sygepleje på gaden såvel som følgeskab til videre behandling i relevant regi. I de år Sygepleje på Hjul kørte rundt i de københavnske gader erfarede vi blandt andet, at stofmisbrugernes sundhedstilstand var markant ringere end den øvrige befolknings. Vi erfarede, at stofmisbrugere sjældent opsøgte læge eller skadestue, fordi de ikke magtede det og fordi de ikke følte sig velkomne. De kunne alt for ofte berette om problematiske og angstprovokerende oplevelser i mødet med sundhedssystemet. De blev ofte udskrevet eller lod sig udskrive før tid, hvilket betød, at de ikke var færdigbehandlede og dermed gik rundt på gaden med eksempelvis sår eller knoglebrud, der endnu ikke var helede, alvorlige lungebetændelser, tuberkulose eller hjerteklapbetændelser, for blot at nævne nogle af de sundhedsproblemer, som Sygepleje på Hjul stødte på hos denne gruppe.

Det er alment kendt, at den mest dominerende metode i hospitalsregi er funderet i en naturvidenskabelig tænkning, hvilket blandt andet kommer til udtryk i et højt prioriteret fokus på biologiske processer og problemer. Men dette sker ofte på bekostning af eksempelvis sociale og psykologiske forståelser og tolkninger. Med andre ord, det, der ikke passer ind i denne forståelsesramme, får ikke den nødvendige opmærksomhed.

Problemet med denne blindhed overfor helheden, overfor det fremmede og det anderledes, det, der ikke passer ind i profilen af en gennemsnitsborger, viser sig særligt, når patienten er stofmisbruger. Og problemet forstærkes yderligere af, at ansatte i det danske sundhedsvæsen må løbe hurtigere og hurtigere i forsøget på at leve op til de krav, der stilles om endnu højere grad af effektivitet, målrettethed, resultater og ressourcebesparelser. Sundhedspersonalet er ofte spændt for i sådan grad, at forudsætningen for et optimalt behandlingsforløb, i takt med denne udvikling, kræver samarbejde, motivation, ansvarlighed, selvstændighed og vilje fra patientens side. At skulle pleje og behandle en stofmisbruger kan derfor udløse store frustrationer og en magtesløshed, idet der i kølvandet på patientens primære lidelse, altså årsagen til indlæggelsen, ofte udfolder sig en vifte af mangeartede problemstillinger, der både kan være vanskelige at håndtere og desuden særdeles tidskrævende.

Set i lyset af ovenstående, er det ikke bemærkelsesværdigt, at vi i Sygepleje på Hjul erfarede, at personalet oplevede dårlig kontakt med stofmisbrugerne og blev begrænset i deres muligheder for at yde en ordentlig og tilfredsstillende pleje og behandling. Der herskede en høj grad af manglende gensidig forståelse i mødet mellem de to kulturer, hvor sundhedspersonalet stod på den ene side og stofmisbrugerne på den anden.

### **Formålet med Projekt Socialsygeplejerske**

Formålet med Projekt Socialsygeplejerske er at forebygge de konflikter og imødegå den tvivl og de problemer, der ofte opstår i mødet mellem den indlagte stofmisbruger og sundhedspersonalet. Socialsygeplejersken har både fokus på den indlagte patient med et stofmisbrug såvel som på sundhedspersonalet, samt samarbejdet mellem disse to parter. Socialsygeplejersken skal fungere som sparringspartner og brobygger – "en subkulturel mediator". Det overordnede mål er, at den viden og erfaring, der skabes i afdelingerne, bliver en del af den daglige pleje og behandling efter projektets afslutning. Populært sagt er målet, at der skabes "Ilgø adgang til sundhed" for indlagte stofmisbrugere ved et tilbud om værdig og færdig behandling - i det etablerede system.

### **Opstartsfasen**

Forud for selve indsatsen på afdelingerne blev der nedsat en styregruppe<sup>3</sup>, der skulle varetage strategien for projektets indhold, stå som garant ved væsentlige ændringer og sikre eventuel forankring. Der blev udarbejdet en samarbejdskontrakt mellem projekt UDENFOR og afdeling M (bilag 1). Flere nøglepersoner<sup>4</sup> i afdelingerne blev udpeget, som skulle være socialsygeplejersken behjælpelig med projektets udførelse i hverdagen, herunder udvikling af dokumentations- og informationsmateriale og samtykkeerklæring (bilag 2, 3 og 4). Endeligt blev der nedsat en referencegruppe<sup>5</sup>, som skulle fungere som sparringspartner igennem projekt-

---

<sup>3</sup> Styregruppen bestod af ledende oversygeplejerske Kim Bo Christensen, afdelingssygeplejerske Rosa Hansen, faglig konsulent i projekt UDENFOR Preben Brandt, sekretariatschef Ninna Hoegh og socialsygeplejerske Nina Brünés.

<sup>4</sup> Nøglepersonerne var afdelingslæge Thue Ørsnes, kliniske sygeplejespecialister Anne-Marie Elholm og Sara Pedersen og oversygeplejerske Ole Henriksen.

<sup>5</sup> Referencegruppen bestod af antropolog og Ph.d.-studerende Charlotte Siiger, centerchef Jan Bartholomæussen og medarbejder på "Hotellet" Mogens Drulör.

perioden. Gruppen var nøje udvalgt ud fra særlige faglige og personlige kvalifikationer.

Personalet blev ved en temadag introduceret til projektet og fik samtidig en introduktion til stofmisbrug og stofmisbrugernes hverdagsliv.

Inden projektet begyndte, blev der udformet et udkast til en dynamisk metode. Fundamentet for indsatsen skulle tage afsæt i en undersøgende, nysgerrig og åben tilgang og derfor var metoden ikke fastlagt på forhånd. I det følgende afsnit præsenteres en karakteristik af stofmisbrugerne og personalet, som var inkluderet i projektet. Og således, hvad der blev styrende for socialsygeplejerskens metode perioden igennem, det vil sige, hvad metoden kom til at hvile på. Indsatsen blev løbende justeret, tilpasset og konkretiseret i takt med den udvikling og forandring der skete i afdelingen.

Dataindsamlingen er foregået i perioden fra maj 2006 til maj 2007. Det vil sige, at materialet til denne rapport er baseret på et års indsats. I denne periode har jeg skrevet feltnoter, med kvalitative beskrivelser af den daglige og konkrete indsats rettet mod patienten og personalet, samt observationer af hver af de to målgrupper - stofmisbrugerne og personalet - og interaktionen mellem dem. Feltnoterne indeholder også gengivelser af diskussioner i afdelingen, samtaler med patienterne og mine refleksioner over egen praksis med henblik på at udvikle, kvalificere og justere socialsygeplejerske-indsatsen som metode. Et særskilt journalark i afdelingens sygeplejejournal har lettet kommunikationen mellem socialsygeplejersken og personalet og samtidig sikret den nødvendige dokumentation. I forbindelse med evalueringen af indsatsen er der lavet fokusgruppeinterview med personalet både før projektstart og ved dets afslutning. For det kvantitative overblik er alle patienterne blevet registreret med køn, alder, boligforhold, økonomiske forhold, stofforbrug, årsag til indlæggelse, antal indlæggelsesdage, antal besøg af socialsygeplejerske m.m. (bilag 5). Dokumentationsmaterialet danner baggrund for denne rapport.

## Patienternes vej ind i projektet

Når en patient ved indlæggelsessamtalen oplyste, at han havde et stofmisbrug, var det personalets opgave at informere om Projekt Socialsygeplejerske og tilbyde patienten at indgå i dette. Sammen med det mundtlige tilbud og information blev der udleveret min skriftlige patientinformationsfolder (se bilag 3). Når patienten indvilgede i at indgå i projektet, blev jeg kontaktet. Der blev underskrevet en samtykkeerklæring, som gav tilladelse til at udveksle information med personalet i afdelingen og tilladelse til at tage kontakt til eksterne samarbejdspartnere med henblik på eksempelvis at arrangere en tilfredsstillende opfølgning ved udskrivelse.

Jeg kom på besøg i afdelingerne, når patienten havde takket ja til tilbuddet og stillede mig til rådighed under hele indlæggelsesforløbet. Jeg var primært til stede i dagtimerne, men efter behov også i aftenvagter og weekender. Jeg tilbød telefonisk rådgivning i situationer, hvor det ikke var muligt fysisk at indfinde sig i afdelingen. Jeg deltog ikke i den somatiske pleje af patienten.

I første omgang viste det sig sværere end ventet at få patienterne til at deltage i projektet. Det var personalet, der havde til opgave at introducere patienten for ideen med Projekt Socialsygeplejerske og spørge patienten, om det var noget, som de kunne være interesseret i og dernæst udlevere min patientinformationsfolder. Flere afslog ved første forespørgsel: *"Det er den fedeste idé. Mange andre kan have brug for det. Bare ikke mig"*. Flere havde en vis skepsis: *"Er det fordi, jeg er ensom?"* Eller andre: *"Er det for at få mig i stoffri behandling?"*

Folderen i sig selv har nok været for stigmatiserende og stofmisbrugerne har ikke ønsket at blive sat i bås, som "én af dem". Vi måtte finde en anden metode. Vi fandt frem til, at personalet i stedet fortalte meget kort om projektet og foreslog, at de lige kunne møde mig og så kunne jeg uddybe. Dette viste sig at være en god løsning for alle parter og der var ikke flere, der indledningsvist afslog. Ingen patienter trak sig fra tilbuddet, da de først havde taget i mod det. Kun en eneste patient takkede nej, men efter nogle ugers indlæggelser henvendte hun sig og ville alligevel gerne have min hjælp. Det vil sige, at alle patienter, der fik tilbuddet, tog i mod det. Flere patienter nåede jeg dog ikke at møde, før de planmæssigt var blevet

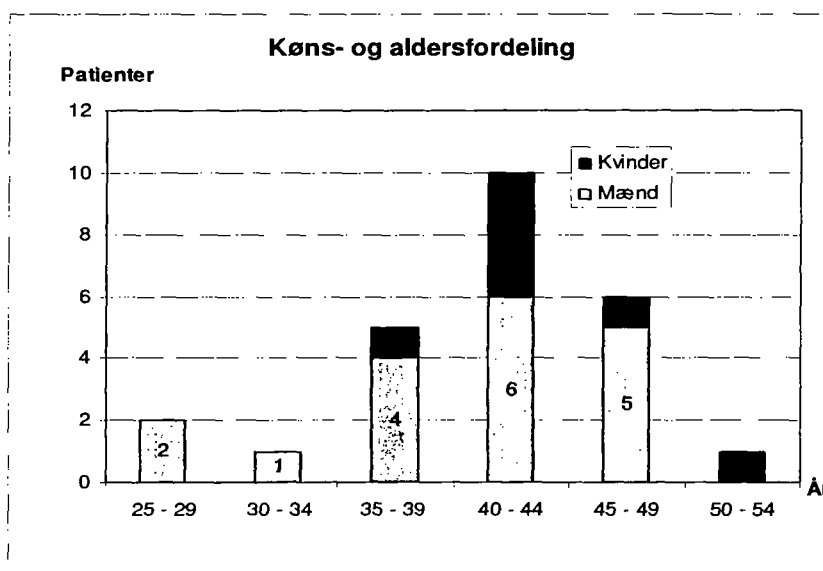
udskrevet og derfor har der i projektperioden været flere stofmisbrugere indlagt på afdeling M4 end dem, der har deltaget i projektet.

Jeg valgte at bære kittel. Kitlen havde symbolsk betydning, idet den signalerede, at jeg var en del af afdelingen og en del af det system, som stofmisbrugerne havde skepsis over for. Kitlen skulle støtte patienten i, at det etablerede system godt kan have en anden tilgang. Med andre ord; kitlen skulle bygge bro og skabe tillid til personale i hvide kitler.

## Karakteristik af de indlagte stofmisbrugere inkluderet i projektet

### **Kvantitative data**

Der deltog 25 stofmisbrugere i projektet; 18 mænd og 7 kvinder. Den yngste var 28 år og den ældste 52 år. De fleste var i aldersgruppen 40-44 år. Sammenlignet med stofmisbrugere generelt var de forholdsvis gamle. Gennemsnitslevealderen blandt stofmisbrugere i Danmark er 41, 2 år<sup>6</sup>.



Årsagen til indlæggelserne har i få tilfælde været med henblik på amputation af ben eller tæer og i de fleste tilfælde på grund af bylder<sup>7</sup>. Bylterne har varieret i størrelse og placering. Nogle har siddet på en finger, andre på en overarm. Men over halvdelen har været i lysken, og i de tilfælde har det været mere komplice-

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen, 2005 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA BY THE REITOX NATIONAL FOACL POINT.

<sup>7</sup> Mange stofmisbrugere pådrager sig bylder. Det kan eksempelvis være på grund af urene stoffer, uhygiejniske indtagelsesmåder eller på grund af stoffer, der ikke er egnet til at injicere.

rede indlæggelser og længere indlæggelsesforløb. Af denne gruppe havde alle på nær én fixet metadonmikstur i lysken.

Ud over indlæggelsesårsagen led alle de 25 stofmisbrugere i projektet tilsammen også af mindst én af følgende sygdomme eller lidelser: Leverbetændelse B eller C, epilepsi, amputationer, diskusprolaps, migræne, dårligt kredsløb, ødemer, hjerte-klapbetændelser, blodpropper, blodmangel, depressioner, testikelkræft, kronisk bronkitis, rygerlunger, paranoid skizofreni, HIV, lungebetændelse, skrumpeliver, kroniske skinnedensår, vitaminmangel, kronisk betændelse i bugspytkirtlen, forhøjede levertal, hjertearytmier, rosen og drophånd.

20 patienter var i metadonbehandling. Dette svarer til 80%. Blot 1 (4%) var i buprenorphinbehandling<sup>8</sup>. 4 (16%) var ikke i nogen form for behandling.

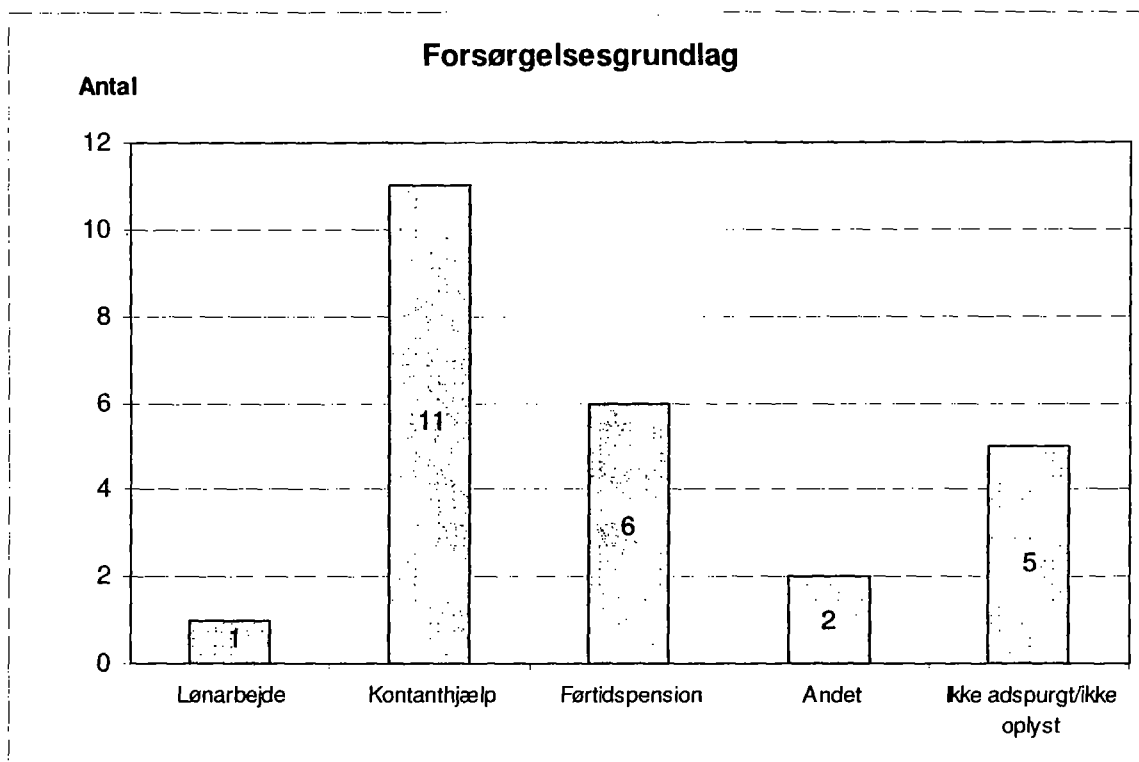
Alle stofmisbrugerne tog inden indlæggelsen stoffer ved siden af den ordinerede substitutionsbehandling. Sidemisbruget omfattede alt fra nervepiller, kokain, heroin, ketogan og metadon, til hash og alkohol. Indtaget varierede både i stof og i mængde. Nogle tog det sjældent, andre ofte og andre igen hver eneste dag. Nogle røg udelukkende hash, mens andre udelukkende fixede metadon. Alle patienterne havde en markant øget tolerance overfor opioider, hvilket betød, at de havde brug for væsentligt højere doser end andre patientgrupper, for at opnå samme virkning og effekt af smertestillende medicin.

Langt hovedparten af stofmisbrugerne var enten på kontanthjælp eller fik førtidspension. Blot én havde arbejde, men var på sygedagpenge og en anden levede udelukkende af salget fra hjemløseavisen Hus Forbi. Det var primært de "ældre", der fik pension. Flere, som var kronisk syge og plaget af deres tilstand fik dog kun kontanthjælp. Andre havde søgt pension igennem flere år, uden at ansøgningen endnu var færdigbehandlet (se graf næste side).

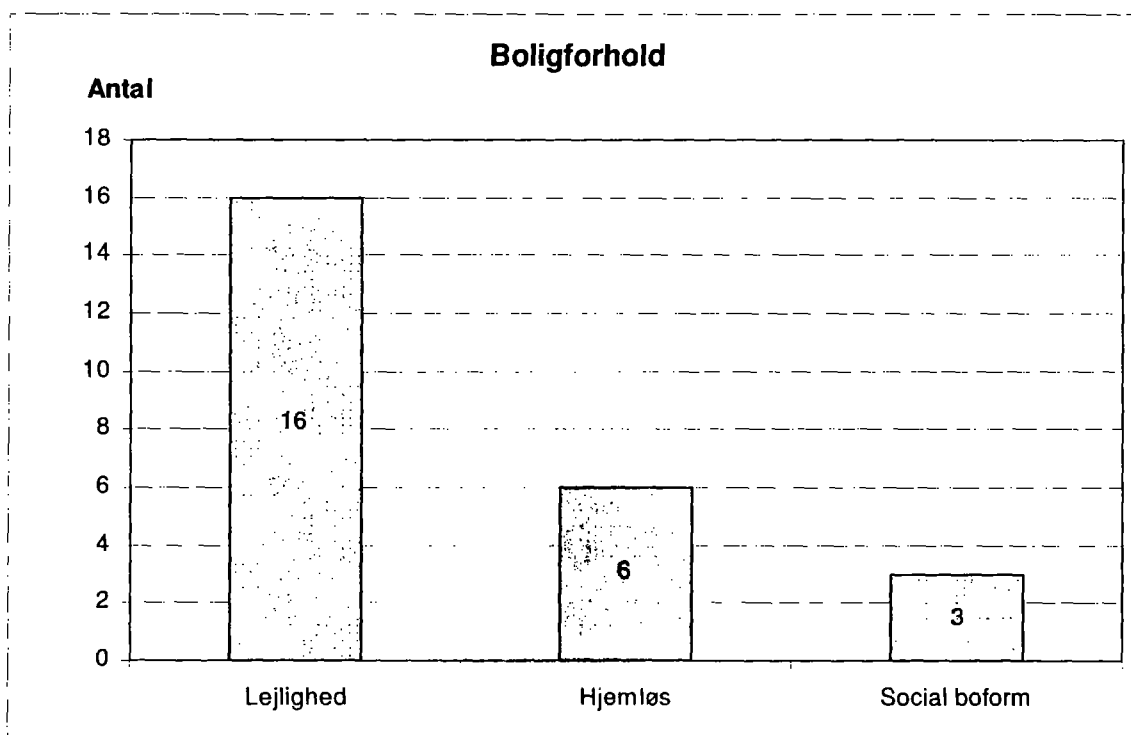
---

<sup>8</sup> Buprenorphin er et substitutionspræparat som metadon. Det anvendes mere og mere i behandlingen af stofmisbrugere, som et alternativ til metadon.

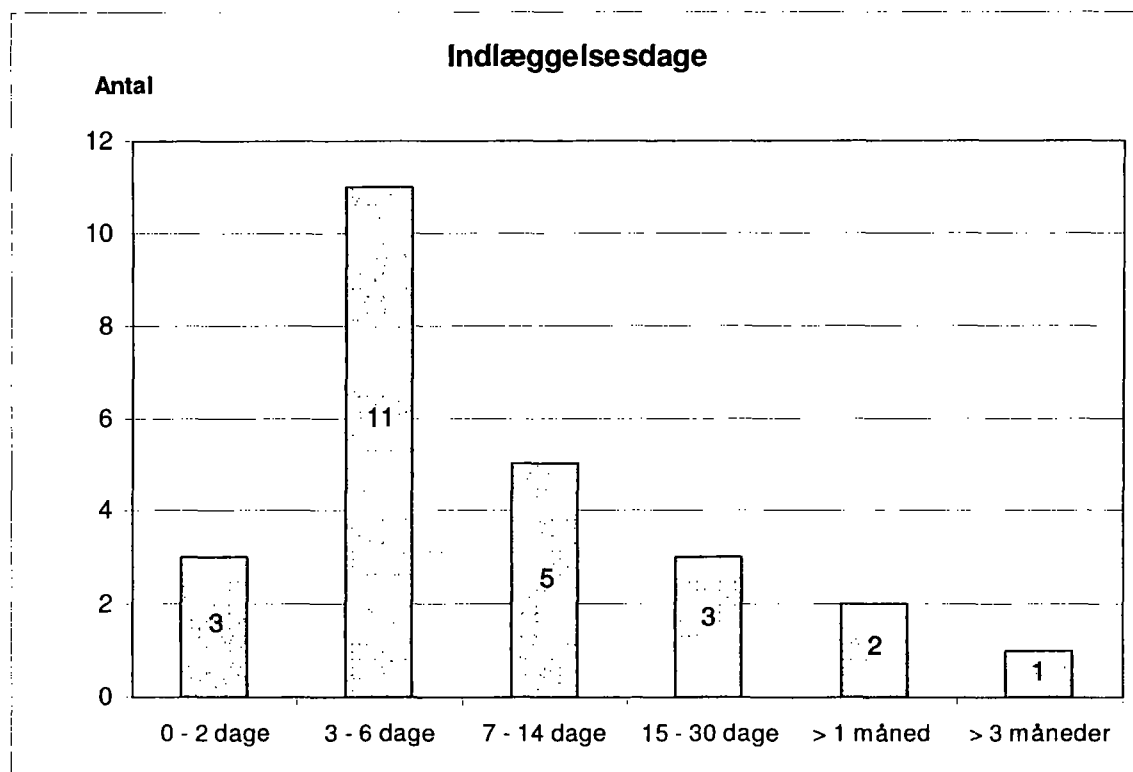




16 stofmisbrugere havde egen bolig og 3 boede på en social boform, såsom alternativt plejehjem. Det betyder, at 6, svarende til 1/4 af stofmisbrugerne, var hjemløse.



Indlæggelsestiden varierede fra 1 døgn til over 3 måneder. De fleste indlæggelser varede mellem 3 - 6 dage.



### Kvalitative data

De fleste af patienterne i projektet kunne fortælle om en opvækst med omsorgs- svigt. Lige fra de meget subtile svigt, såsom mangelfuld interaktion mor og barn imellem, henover forskellige grader af negligering, til ekstreme forhold med over- greb i form af vold og incest. Baseret på deres fortællinger, stod det klart, at de i en al for tidlig alder havde fået ansvaret for egen udvikling. De havde manglet sunde rollemodeller, hvad enten de havde boet hjemme eller været anbragt på børnehjem eller i plejefamilie. Følgende to eksempler er hentet fra mine feltnoter<sup>9</sup>.

*"Han var slidt og så hærgnet ud. Han havde flere store ar på armen, kunne jeg se, men jeg ved ikke, om det var fra tidligere fejlfix eller fra knivstik, måske. Hans tænd- er var dårlige og der manglede i hvert fald en fortand. Han var 28 år.*

*Han fortæller om sin rå barndom og om livet på gaden. Om fængsler og dårligt selskab. Om en mor, der aldrig har villet kendes ved ham, og om en far, der gik på*

<sup>9</sup> Patienternes navne er opdeltet og sågar anonymiseret.

værtshus, og Kim selv, der kiggede på og drak sodavand imens. Om fogeden, der havde sat dem ud af deres lejlighed tre gange, så de stod på gaden med deres kasser og møbler og alting – ligesom på en film, siger han. Om vold og om mobning. Om efterskole og hvordan han lærte at blive den stærke og slå fra sig.

Kims mor har også drukket. Han er intellektuelt godt med, men ligner en med føtal alkohol syndrom. Han fortæller, at han er blevet mobbet med sit udseende - altid. At han skulle blive 17 år, før han kunne holde ud at kigge sig i et spejl. Jeg spurgte om han vidste, om hans mor havde drukket under sin graviditet, men det vidste han ikke og jeg tror ikke, han forstod, hvorfor jeg spurgte"

"I dag talte vi om Pouls barndom. Det var ham selv, som spontant begyndte at fortælle. Gruopvækkende. Vold og seksuelt misbrug. Plejefamilier og børnehjem. Kastebold mellem hjemmet og forskellige institutioner og smerten ved igen og igen at skulle adskilles fra sin lillesøster, som han havde passet siden hun var 3 måneder og han var 6 år. Han lærte tidligt at skifte ble, fortæller han. Men han lærte også at gå sulten i seng. Når han boede hjemme, blev han misbrugt af gæsterne i hjemmet. Det var en drukkule og ingen tog sig af børnene, med mindre det var til egen tilfredsstillelse".

Blandt stofmisbrugere i projektet, tegnede sig et billede af en gruppe mennesker, der fremstod sølle med høj sygelighed og ringe egenomsorg, til tider decideret selvdestruktive. Deres evner til at følge og deltage i behandlingen varierede, eksempelvis kunne det være problematisk at overholde fasten inden operation eller ikke at støtte på et brækket ben. Flere må opfattes som værende jeg - og kontaktsvage, selvom de ofte fremstod som det modsatte. Til tider var de selvcentrerede, men allermest var de blot opmærksomhedskrævende. De bar præg af lavt selvværd og manglende selvtillid, og var desuden paranoide og mistroiske overfor personalet. Den paranoide tilstand var formodentligt relateret til visse rusmidler, men de fleste kunne også berette om tidligere oplevelser af nedværdigende og ydmygende karakter både indenfor og udenfor sygehuset. De oplevede sig mistænkeliggjort og kontrolleret af alt fra sagsbehandler, misbrugsbehandler til politi og pædagog. Stofmisbrugere befinder sig typisk i en "her og nu-kultur", hvilket betød, at hvis en procedure blev udsat eller afdelingen ikke var i stand til at give et

nøjagtigt tidspunkt for, hvornår patienten skulle til operation, så kunne der udspille sig en dramatisk scene, hvor trusler og fysiske genstande fløj gennem i luften i klar overbevisning om, at de udelukkende blev udsat for denne behandling, fordi de var stofmisbrugere. Det var tydeligt, at flere af de indlagte stofmisbrugere led af stresssymptomer. De udviste rastløshed og var let antændelige i både depressiv og aggressiv retning. De oplevede sig anderledes og uønskede. De havde svært ved at forstå og rumme de mange informationer. Således havde en patient fejlagtigt forstået på lægen, at han skulle have amputeret sit ben og gik med denne forestilling længe, før han tog mod til sig og spurgte, hvornår de egentlig havde tænkt sig at amputere det. En anden patient havde forstået, at der var stor risiko for, at han ville forbløde fra sit sår i lysken. Han turde ikke at falde i søvn, da han frygtede at forbløde, inden nogen opdagede det.

Ensomhedsfølelsen var stor og de fleste oplevede at leve isoleret blandt mennesker, uanset om de fik besøg eller ej. Nogle fik besøg af en tvivlsom kammerat, mens andre fik besøg af nærmeste familie.

På trods af et forarmet indre miljø gjorde patienterne sig umage med ikke at falde igennem som stofmisbrugere. Således var hovedparten tilbageholdende med at give udtryk for, hvor ondt de reelt havde. De ville ikke leve op til den stereotyp forestilling om, at "narkomaner" plæderer for medicin, fordi de har stoftrang og vil være skæve. Så ville de hellere bide smerterne i sig. Få patienter fik dog illegale stoffer bragt ind udefra til smertedækning eller som led i egen abstinensbehandling eller på grund af stoftrang. Flere måtte finde kreative måder at ryge hash på og enkelte blev afsløret – uden at det dog fik konsekvenser.

Vanskeligheden ved at finde en åre at tage blodprøver i udstillede patientens mangeårige misbrug. Dette betød, at situationen ofte blev en prekær og blufærdighedskrænkende oplevelse. Det var ikke til at holde skjult. Misbruget blev udstillet. Stofmisbrugeren selv blev udstillet. Og situationen blev forværret af medpatienters tilstedeværelse på stuen. En patient udtrykte direkte efter utallige forsøg på at få taget en blodprøve, at hun følte sig som "*en udstillet og hullet si*". Mange af patienterne brugte meget energi på at skjule, at de var stofmisbrugere. En kvinde, der igennem 20 år havde været stofmisbruger, blev indlagt og kom i narkose uden

at oplyse, at hun var stofmisbruger. Først på 4. dagen, da hun ikke havde mere medbragt metadon tilbage og abstinenserne for alvor meldte sig, måtte hun gå til bekendelse. Hun havde håbet og satset på at blive udskrevet, inden hun måtte fortælle, at hun var stofmisbruger.

Flere af stofmisbrugerne må opfattes som personlighedsforstyrrede. De havde en afvigende adfærd og til tider en opførsel, der var grænseoverskridende overfor personalet. Det er en almen faldgrube, at omgivelserne foranlediges til at tro, at denne adfærd er selvalgt og at den skyldes stofferne, mens der snarere er tale om en patient med en patologisk lidelse med behov for en særlig indsats.

Flere af de stofmisbrugere, der levede på gaden eller i nær tilknytning til gaden levede generelt ikke op til normerne for "passende opførsel". De har i deres opvækst ikke lært, hvordan "man gør". De kender ikke til de formelle og uformelle spilleregler, der eksisterer. Deres livshistorie taler sit eget tydelige sprog. De er mærket på krop og sjæl. De har ikke kunnet udvikle sig til "normalt" fungerende samfundsborgere. Deres hverdag er præget af ensomhed, angst, sorg, marginalisering, abstinenser, økonomiske problemer blandt meget andet og dette har de bragt med sig ind på afdelingen. Omvendt evnede mange af de indlagte stofmisbrugere også at tilpasse sig systemets præmisser og fravalgte helt bevidst at fortælle om smerter og andre bekymringer, der plagede dem under indlæggelsen, angiveligt fordi de ikke ville volde unødigt besvær og give et dårligt indtryk af sig selv. Flere udtrykte direkte, at de selv var skyld i deres situation.

#### **Karakteristik af afdeling M4**

I det følgende vil jeg præsentere afdeling M4, som den tog sig ud maj 2006, da projektet begyndte og den optik, der var på stofmisbrugerne på dette tidspunkt. Det var fra projektets begyndelse intentionen at tilbyde min indsats på både afdeling M4 og afdeling MMO<sup>10</sup>, men da MMO igennem en længere periode var underbemandet, blev alle stofmisbrugere, der skulle indlægges visiteret direkte til M4. Først efter 8 måneder fulgte jeg flere patienter på denne afdeling. Patienterne indgår i mit materiale, herunder patientforløb og enkelte citater fra personalet,

---

<sup>10</sup> MMO er et akut modtagerafsnit for patienter med ortopædiskkirurgiske lidelser.

men ikke observationer af og refleksioner over selve personalet, hvorfor det ikke vil være korrekt at give en karakteristisk af afdeling MMO som hele.

Afdeling M4 er en ortopædkirurgisk sengeafdeling på Bispebjerg Hospital (BBH). Afdelingen er normeret til 19 patienter, som behandles og plejes for ortopædkirurgiske infektioner. En del bliver indlagt til amputationer, andre har kroniske liggesår. Der ses en del med venøse bensår, koldbrand, inficerede hofte- eller knæproteser, diabetiske fodsår m.m. På M4 indlægges også stofmisbrugere, der har fået en byld, som enten skal fjernes kirurgisk og/eller behandles med intravenøs antibiotika.

På baggrund af afsnittes specialer, er der stor variation i patientklientellet og der indlægges folk i alle aldre, dog med en overvægt af ældre mennesker. Da BBH ligger i Københavns nordvestkvarter, er optageområdet mere belastet end andre steder i landet. Her bor mange, der lever af overførselsindkomster og mange er misbrugere af stof, piller eller alkohol.

Som i det øvrige sygehusvæsen er M4 en afdeling, der er præget af travlhed. Denne travlhed afspejler sig selvsagt i den tid – eller mangel på samme – der er til rådighed til den enkelte patient. Da mange af patienterne er ældre og "plejjetunge", må der prioriteres og det betyder, at der er begrænset tid til at tale med og lytte til de patienter, der ikke er så plejkrævende.

Sammen med den velkomstpjece, som alle patienter får udleveret, fik stofmisbrugerne også udleveret en særlig informationsfolder med et regelsæt (se næste side), som de skulle følge under indlæggelsen. Informationsfolderen har eksisteret og var blevet udleveret siden 1996. Ledelsen fortæller, at efter en længere periode med pushere, der stod på bagtrappen og solgte stoffer til de indlagte stofmisbrugere, så man ingen anden udvej end at lave dette regelsæt. Som det fremgår nedenfor, så opfattes denne klare aftale med stofmisbrugeren, som en forudsætning for den succesfulde pleje og behandling – ikke mindst fordi de ellers vil blive udskrevet.

## **Information til stofmisbrugere indlagt på Afdeling M \_\_\_\_\_**

### **Samarbejdsaftaler**

Det er vigtigt for os, at du får den bedste behandling og pleje under din indlæggelse på afd. M. Vi har erfaret, at det kun lykkes, når der er klare aftaler mellem dig og personalet.

Overholder du ikke aftalerne, kan du ikke være indlagt på afdelingen, men bliver udskrevet.

### **Medicin**

- Under din indlæggelsessamtale med en af afdelingens læger har du aftalt din metadonbehandling og hvad du ellers får af medicin. Du må ikke supplere med egen medicin/stoffer.

Har du brug for yderligere at diskutere metadon/medicin kan du kun gøre det med lægen og sygeplejersken til stuegang om formiddagen.

- Hvis du hjemmefra er i metadonbehandling, bliver din sædvanlige daglige dosis altid delt i 3 og givet som mikstur.

- Du kan ikke få recept på metadon eller lign. ved udskrivelsen, men henvises til egen læge/behandlingssted.

### **Ryging**

- Pga. brandfaren er sengestuer og toiletter røgfrit område. Du må ryge i rygedagligstuen.

- Pårørende må ikke ryge i afdelingen.

- Rygning af hash er forbudt.

### **Alkohol**

- Der må ikke nydes alkohol i afdelingen.

### **Besøg**

- I forhold til afdelingens arbejds gange og døgnrytme er der besøgstid mellem 14.00 og 20.00.

- Vi forventer af dine besøgende, at de tager hensyn til indlagte på afdelingen. I modsat fald vil vi bede dem forlade afdelingen.

- Dine besøgende må ikke have stoffer med til dig eller andre indlagte.

### **Udgang**

Du skal blive i afd. M \_\_\_\_\_ under hele indlæggelsesforløbet.

Dog kan du, såfremt det skønnes lægeligt forsvarligt og under hensyntagen til personalesituationen, forlade afdelingen i følge med en ansat fra afdelingen M.

- Under indlæggelsen kan du ikke få orlov eller week-end fri.

### **Hensyn**

Alle syge mennesker har brug for specielle hensyn - derfor;

- Ryd op efter dig selv.

- Tag dit eget tøj eller en badekåbe på, når du går udenfor din stue.

- Tag hensyn til dine medpatienter ved ikke at råbe højt på gangen eller skrue højt op for lyden på fjernsynet.

- Du har ikke adgang til dine medpatienters stuer.

Inden påbegyndelsen af selve Projekt Socialsygeplejerske blev der afholdt fokus-gruppeinterviews med personalet. Formålet var at få personalet til dels at fortælle og argumentere for deres holdninger og give udtryk for deres meninger og viden om stofmisbrugere og dels lytte til deres diskussioner og forskellige tilgange til stofmisbrugerne. Interviewene gav en pejling på, hvor der kunne opstå potentielle konflikter og således, hvordan indsatsen skulle målrettes.

Omdrejningspunktet for interviewene blev de konflikter, som personalet oplevede, der opstod i kølvandet på en indlagt stofmisbruger. Det blev slået fast og fremhævet ved samtlige interviews, at personalet oplevede, at der var konflikter med dem ALLE. Nogle konflikter var store og andre små. I nogle tilfælde opstod konflikterne ved indlæggelsens begyndelse og i andre tilfælde først senere. "Men det er bare et spørgsmål om tid. Konflikten skal nok komme", sagde en sygeplejerske. En anden korrigerede, at de konflikter, der opstod, fyldte længe efter patienten var udskrevet og måske derfor oplevede de, at der var konflikter med samtlige stofmis-

brugere, der blev indlagt. De konflikter som personalet fremhævede i fokusgruppeinterviewene kunne centreres om følgende temaer:

- *Stofmisbrugernes adfærd*
- *Medicin (smertestillende medicin)*
- *Regelsæt (informationsfolder til stofmisbrugere indlagt i afdeling M)*

### **Personalets beskrivelse af stofmisbrugere**

I interviewene kom det frem, at personalet oplevede, at det var vanskeligt at have stofmisbrugere indlagt. De karakteriserede denne patientgruppe som værende opmærksomhedskrævende og utålmodige. De fyldte meget, havde et stort behov for at tale, svært ved at udsætte deres behov og alt skulle foregå på deres præmisser. En sygeplejerske sagde "*de klistrer*", mens en anden sagde, "*at når man har god tid til at tale med dem, så er det rigtig spændende at høre dem fortælle. Og de kan snakke længe*". Stofmisbrugerne havde svært ved at følge behandlingen og svært ved at overholde aftaler. De havde altid deres egen opfattelse af, hvordan tingene skulle gøres. Eksempelvis oplevede meget personale, at de skulle gå på kompromis med deres faglighed i forbindelse med sårskift, fordi stofmisbrugerne havde deres helt egen opfattelse af, hvordan et sår skulle skiftes. En sygeplejerske fortalte, at hun i en diskussion om et sårskift fik smidt snavsede, blodige og betændte forbindinger efter sig.

Det var deres klare opfattelse, at stofmisbrugerne ikke kunne lide at være indlagt. Dertil var det vanskeligt at lave en vellykket udskrivelse, da personalet ikke vidste, hvem de eksempelvis skulle henvise til, hvis patienten var hjemløs. Det oplevede de som meget utilfredsstillende og frustrerende. De havde ondt af dem og syntes det var nogle sølle mennesker og bekymrede sig for, hvordan det gik med dem efter de var blevet udskrevet. Nogle stofmisbrugere var påvirkede under indlæggelsen og personalet syntes, det var meget ubehageligt. De vidste ikke, om det var fordi patienten havde taget noget ved siden af eller om det var fordi, der var blevet ordineret for meget morfika, hvilket satte personalet i en vanskelig situation. Personalet fortalte også, at det oftere var de pårørende/kammeraterne, som skabte de største problemer, når de bragte "festen" med ind i afdelingen.



Flere oplevede, at stofmisbrugerne forsøgte at løbe om hjørner med dem. Dette kunne eksempelvis være i forbindelse med overvågelse af metadongivningen eller at de sagde, at de havde mere ondt end de i virkeligheden havde. En sygeplejerske fortalte, at hun en enkelt gang rigtig var blevet snydt; en stofmisbruger havde overbevist hende om, at han var hjemløs, så han kunne blive i afdelingen henover julen. Bagefter viste det sig, at han havde lejlighed.

En sygeplejerske havde søgt arbejde på denne afdeling på grund af, at der var mange stofmisbrugere indlagte, mens en anden havde søgt stillingen på trods.

### **Smertestillende medicin – en kilde til konflikt**

Som et af de første skridt, når en stofmisbruger i metadonbehandling blev indlagt, blev pågældendes behandlingscenter kontaktet for at kontrollere, at den dosis, som patienten oplyste, at han fik, også var den rigtige. Der findes eksempler igennem årene, hvor en patient havde oplyst en højere dosis end den ordinerede.

Hvis en patient ikke var i metadonbehandling ved indlæggelse, herskede der stor usikkerhed om, hvorvidt patienten skulle sættes i abstinensbehandling under indlæggelse. En sygeplejerske fortalte, at det var det værste: *“Man ved ikke, hvad man skal gøre. Hvis man hjælper dem under indlæggelse, så har man bare problemet ved udskrivelse, for hvem tager over? Vi kan jo ikke give patienten metadon med hjem”*. En anden skitserede problematikken ved, *“at hvis stofmisbrugerne vidste, at på denne afdeling kan man bare få metadon, så vil alle valfarte her til”*.

Personalet fortalte, at omdrejningspunktet for *“al kontakt”* med stofmisbrugerne omhandlede smertestillende medicin. Hver gang de trådte ind på stuen til patienten, så blev dette taget op. Dette var til stor frustration, da plejepersonalet ikke oplevede, at de havde muligheder for at imødekomme ønsket, da det ikke var dem, der ordinerede medicinen og samtidig meget hellere ville tale med patienten om andre ting, som forventeligt også måtte optage dem. En sygeplejerske foreslog, at man ikke ordinerede p.n. medicin (efter behov), men i stedet gav det som en fast ordination, netop for at komme nogle af alle diskussionerne til livs. Ved behov for smertestillende medicin efter operation fik stofmisbrugerne, som alle andre patienter, tilbudt 10 mg morfin x 4 i døgnet.

De fleste stofmisbrugere indtager deres ordinerede metadon en gang dagligt, oftest om morgenen, lige når de vågner. Det kan betyde, at de er vant til at indtage deres metadon eksempelvis kl. 5 om morgenen og derfor kan det være meget ubehageligt for den enkelte at skulle vente til kl. 8, når morgenmedicinen uddeles i afdelingen. Ventetiden kan være ulidelig lang og personalet beskrev også denne ventetid som problematisk. Samtidig er det en regel, at personalet altid skal overvåge, at patienten indtager sin metadon. De fleste kunne beskrive mange fornøjelige krumspring for at undgå at afsløre overfor patienten, at de faktisk kontrollerede dette. Nogen gange med større held end andre. Grundlæggende fandt personalet det meget ubehageligt og kejtet at indtræde i, hvad de beskrev som en formynderisk rolle – især hvis patienten var jævnaldrende med eller ældre end sygeplejersken selv. Der herskede en usikkerhed om, hvorfor denne procedure fandtes, men de fleste mente, at den tog afsæt i en sikkerhed for, at patienten ikke fik sin metadon.

Det var en rutine i afdelingen, at metadondosis altid blev delt i tre doser over døgnet. Det blev tydeligt i interviewene, at det ikke var en fælles opfattelse, at den faglige begrundelse for delt dosis tog afsæt i en bedre smertelindring. Flere var af den opfattelse, at det var for at sikre, at patienten blev i afdelingen. Således voldte også denne rutine problemer og vedvarende diskussioner med patienten. I flere tilfælde blev praksis dog blot ændret, så patienten kunne få sin metadon som vanligt.

### **Patientinformationsfolder til stofmisbrugere – et særligt regelsæt**

Flere sygeplejersker havde problemer med at udlevere den skriftlige patientinformationsfolder (se side 22). De brød sig ganske enkelt ikke om tonen i den og flere undlod helt at udlevere den, mens andre lagde den henkastet på patientbordet uden nærmere forklaring eller konfrontation. En enkelt sygeplejerske sagde eksplicit, at hun fandt den decideret pinlig. De regler folderen indeholdt, viste sig at skabe uenigheder i personalegruppen. Mest handlede det om den regel, at patienten ikke måtte forlade afdelingen under indlæggelse. En sygeplejerske fremhævede, at de havde haft en patient indlagt i 9 måneder, uden at vedkommende havde været udenfor afdelingen. Som udgangspunkt oplevede de, at det var en fordel, at patienten ikke måtte forlade afdelingen, problemet opstod først, når

noget af personalet var eftergivende og alligevel tillod en patient at gå ud på terrænet. Da der oftest var flere stofmisbrugere indlagt ad gangen, skabte dette problemer. Hvorfor måtte den ene gå, når den anden ikke måtte gå? På denne måde blev der lempet på reglen, afhængig af hvilken patient, der var indlagt og afhængig af hvilket personale, der var på arbejde. Hvorfor reglen var indført i afdelingen, vidste personalet ikke helt præcist. Begrundelsen om, at det var på grund af pushere kom ikke frem i interviewene. Nogle mente, det var for at undgå, at de ville tage stoffer ved siden af. Hertil mente andre, at det kunne de jo bare gøre alligevel. De fleste var af den opfattelse, at reglen tjente et godt formål, ellers ville stofmisbrugerne ikke være i stand til at følge behandlingen. Flere gange havde de oplevet, at de ikke kunne finde patienten, når denne eksempelvis skulle til røntgenundersøgelse eller sågar til operation. Reglen var således et godt redskab til at hjælpe en stofmisbruger til at modtage behandlingen, når patienten af forskellige grunde havde vanskeligheder ved dette. Men flere fremhævede, at reglen rent juridisk vist ikke var helt i orden og at stofmisbrugerne var svært utilfredse med den.

Det var hændt, men sjældent, at en stofmisbruger var blevet udskrevet uden at være færdigbehandlet, men de blev aldrig udskrevet, uden at man havde sikret opfølgning på anden vis, eksempelvis i ambulanseregion. Således havde en patient i flere dage truet både sygeplejersker og læger med et tæskehold. Det forblev en tom trussel, men oplevelsen lå stadig i erindringen i afdelingen, da jeg et par uger efter denne episode, begyndte min indsats på afdelingen. På dette tidspunkt var patienten for længst udskrevet, mod eget ønske, men blev fulgt i ambulatoriet.

Ovenstående har skildret en afdeling, som så mange andre afdelinger, hvor der hersker delte meninger, holdninger og tilgange til stofmisbrugere. Men min umiddelbare oplevelse er også, at afdeling M4 er en afdeling med et engageret personale, der besidder en høj grad af faglig stolthed og en professionel tilgang til specialet. Sosu-assistenten, sygeplejersker, læger, portører, fysioterapeuter, lægesekretærer m.m. udgør tilsammen et meget kompetent personale, ledet af dygtige mennesker. Det er en dynamisk afdeling, der løbende justerer og forbedrer deres indsats i bestræbelserne på at yde den bedste pleje og behandling. Samtidig

hersker der et kollegialt sammenhold og en respekt for hinandens forskelligheder, der for en udenforstående opleves som ganske unik.

### **Projektets fokusområder**

På baggrund af begge målgruppers forforståelse, deres adfærd og tilgange til hinanden måtte mit fokus på den ene side, blive dels at tilføre sundhedspersonalet en øget faglig viden om de indlagte stofmisbrugere, således at de blev bedre i stand til at udføre en god pleje og behandling, og dels holdningspåvirke, så stofmisbrugeren blev den interessante patient i stedet for den besværlige patient. Projektet måtte stille mod, at sundhedspersonalets frustrationer og magtesløshed blev afløst af en følelse af succes og kvalitet i kontakten med stofmisbrugeren. På den anden side blev målet, at stofmisbrugeren fik en forståelse for og så fordele og værdi ved at være imødekommende i forhold til afdelingens/systemets spilleregler. At han fik et realistisk billede af, hvad der var muligt, så hans forventninger ikke oversteg de faktiske muligheder. Men også at give ham mulighed for at få indflydelse på egen indlæggelse, så han fik optimeret sin sundhedstilstand.

De fokusområder, som udgjorde indsatsen i projektet for henholdsvis de indlagte stofmisbrugere og personalet, kan opsummeres i følgende tre punkter:

- Formidling af den skadesreducerende ideologi og praksis
- Tid, aflastning, anvendelse af specialeviden om stofmisbrug og brobygning i hverdagen
- Videregivelse og anvendelse af specialviden om misbrugssektoren

### **Formidling af den skadesreducerende ideologi**

En pragmatisk tilgang til stofmisbrugeren er en forudsætning for det gode patientforløb. Man må være villig til at tage udgangspunkt i stofmisbrugerens evner og kompetencer og bevæge sig ud i grænseområder i ønsket om at forebygge og minimere de skader, der er forbundet med det at være stofmisbruger. Det forudsætter evnen til fortløbende at reflektere over egen praksis og de etiske dilemmaer, man støder ind i. Men en pragmatisk tilgang kan nemt støde sammen med behandlingssystemet. Her er man vant til og forvænt med, at patienten mere eller mindre gør, som autoriteten siger i tillid til og respekt for, at de ved bedst, hvad der

er godt for én. Det kan derfor virke meget mærkværdigt at se til, måske ligefrem være provokerende, at en patient vandrer rundt på et brækket ben, der ikke er i gips eller være vidne til et menneske, der injicerer metadonmixtur i et åbent sår i lysken.

Inden for misbrugsområdet har der i efterhånden en del år hersket en anden tilgang til stoffer og stofmisbrugerne end den gængse; tidligere satte man alt ind på at bekæmpe stofferne, hvilket snarere kom til at resultere i, at man bekæmpede mennesket, der brugte stofferne. I en erkendelse af, at stofferne er kommet for at blive, forsøger man med "skadesreduktion" at minimere og reducere de skader, der er forbundet med at tage stoffer. Eksempelvis kan nævnes udlevering af gratis sprøjter og kanyler for at reducere udbredelsen af HIV og AIDS. Den fortløbende debat om udlevering af lægeordineret heroin til de hårdest belastede stofmisbrugere er også en del af den skadesreducerende tankegang. At tænke og arbejde skadesreducerende betyder blandt andet i sundhedsvæsenet, at man gennemtænker de praktiske konsekvenser for den enkelte, når plejen og behandlingen tilbydes, frem for at man vil opnå bestemte resultater. Det kan betyde, at man en gang i mellem vælger at gå på kompromis med sin faglige viden og kunnen i forbindelse med eksempelvis et sårskift. Det kan godt være, at et sår skal skiftes hver dag, men hvis dette ikke kan lade sig gøre, så må det skiftes hver anden dag. Det tilsigtes, at patienten får antibiotika hver 8. time, men hvis dette ikke kan lade sig gøre, må den gives, når den kan. Det er alt andet lige bedre, end at man helt undlader at skifte et sår eller undlader at give antibiotika på grund af en oplevelse af manglende samarbejdsvilje. Det betyder ikke, at man ikke skal forsøge at få patienten til at samarbejde. Det betyder heller ikke, at man ikke skal fortælle om konsekvenserne ved ikke at følge behandlingen optimalt. Men det hjælper ikke at basere et samarbejde på kontrol. Man kan ikke bekæmpe stoffernes tilstedeværelse ved kontrolforanstaltninger og man kan ikke bekæmpe en adfærd via straf og sanktioner. Man kan bekæmpe stofferne ved at sikre, at der ikke er behov for at supplere med andre stoffer i kraft af en ordentlig smertebehandling og man kan imødekomme en anderledes adfærd ved at tilpasse sin pleje i forhold til patientens kompetencer. I bund og grund at møde patienten der, hvor patienten er.

I gennem længere tid havde afdelingen haft intentioner om at ændre informationsfolderen til stofmisbrugere. Den skulle revideres og omformuleres og i anledning af forsøget med Projekt Socialsygeplejerske var det oplagt, at jeg var behjælpelig med dette. Arbejdsgruppen mødtes og reglerne blev ganske enkelt ophævet. Det blev klart, at reglerne ikke harmonerede med afdelingens ønske om at være imødekommende og rummelig og at man så, at der var flere fordele end ulemper ved at stofmisbrugerne kunne få lov til at forlade afdelingen efter behov. En sygeplejerske sagde: *"Vi måtte sige nej til, at de måtte gå. Og så kom konflikterne. Og de kunne være rigtig væmmelige"*. En anden supplerede: *"Så det, at reglerne er blevet ophævede, har gjort det meget nemmere for os. Vi har ikke konflikten mere og det er rart at være fri for"*.

Denne ændring skete 6 uger efter projektets start. Det var intentionen, at ophævelsen af regler skulle komme an på en prøve. På trods af, at jeg i fokusgruppeinterviewene fik en klar opfattelse af, at alle var glade for reglerne og så dem som uundværlige, har jeg ikke hørt noget personale hverken savne dem eller efterspørge dem. Da jeg spurgte, var svaret: *"Nej, nej, nej – overhovedet ikke"*. En enkelt patient, der havde været indlagt både under reglerne og efter deres ophør, var meget taknemlig for, at de var væk. Hun beskrev direkte, at tiden slet ikke føltes så lang, når hun kunne få lidt luftforandring i løbet af dagen og at selve Informationsfolderen havde været meget ubehagelig læsning for hende.

Der var ikke klare retningslinier for, hvordan man skulle håndtere abstinens – og smertebehandlingen, når stofmisbrugere blev indlagt. Lægerne håndterede det meget forskelligt og før projektet startede, havde ledelsen allerede besluttet, at det måtte der gøres noget ved. Således skulle smertebehandlingen gennemgås og revurderes. Der blev nedsat en arbejdsgruppe<sup>11</sup>. Arbejdsgruppen, ledet af Nan Sonne, der er anæstesioverlæge i Smerteklinikken, fik udarbejdet en ny smertebehandling til stofmisbrugere, der skulle vise sig at få uvurderlig betydning for både patient og personale. Det blev klart, at ikke blot har stofmisbrugere øget tolerans overfor opioider, det vil sige, at de skal have langt mere morfin, for at opnå samme effekt som andre patienter, men deres smertetærskel er også betydelig lavere.

<sup>11</sup> Arbejdsgruppen bestod af afdelingslægen Thue Ørsnes, afdelingssygeplejerske Rosa Hansen, socialsygeplejerske Nina Brünés og overlæge Nan Sonne.

Da de fleste samtidig er i metadonbehandling, skal der meget høje doser til, før de oplever sig tilstrækkeligt smertelindret. Nan Sonne udviklede på denne baggrund et standardskema (bilag 6), der gav nye retningslinjer for akut smertebehandling af opioidbrugere. Som et eksempel kan nævnes, at en patient, der er i metadonbehandling med 125 mg metadon (hvilket er en forholdsvis normal dosis for stofmisbrugere, men dødelig for en ikke-tilvænnet), skal suppleres med mellem 45-60 mg morfin x 4 i døgnet, postoperativt. Førhen fik stofmisbrugerne tilbudt 10 mg morfin x 4 i døgnet. En mangedobling af dosis.

En patient blev overflyttet fra et andet hospital med en meget inficeret og kompliceret byld i lysken. I forbindelse med operationen fandt man ud af, at han havde uregelmæssig hjerterytme. Eftersom dette er en kendt bivirkning ved metadon, blev dette seponeret uden tilstrækkelig og sufficient medicin til at tage abstinenserne med. Efterfølgende blev han overflyttet til BBH chokeret og forpint. Her blev han sat i anden morfinbehandling, til han var abstinensfri. Patienten var voldsomt smerteforpint og i tæt samarbejde med smerteklinikken blev han over mange uger øget markant i morfin. I en periode på over 4 uger fik patienten morfin intravenøst og da han skulle overgå til tablet, fik han ordineret 120 mg morfin x 6 i døgnet. Han fik tabletterne for et døgn ad gangen og fik på denne måde selv lov at administrere sin medicin. En sundhedsuddannet person vil vide, at denne ordination og denne tilgang er ganske exceptionel. Det er en kovending i håndteringen af smerter hos stofmisbrugere, der er indlagt på sygehus, baseret på tillid frem for mistro – stofmisbrugeren fik 18 gange så meget, som han normalt ville have fået. Det skal nævnes, at han var ganske upåvirket af disse høje doser, som svar på, at han absolut ikke fik mere end præcist, hvad han havde brug for. Patienten var kendt i afdelingen fra tidligere indlæggelser og kendt for at være vanskelig og var også tidligere på grund af adfærd udskrevet mod sin vilje. Ikke desto mindre viste det sig, at denne håndtering af patienten, kombineret med megen opmærksomhed og få forskellige personalekontakter, viste sig at imødekomme patienten i en sådan grad, at han formåede at forblive indlagt og færdigbehandlet og fik en positiv oplevelse behandlingen.

Der kan skrives meget om dette, men det skal blot fremhæves, at det nok snarere har været forpinte end plæderende stofmisbrugere, der tidligere har efterspurgt

mere smertestillende medicin. De nye smertestandarder har nu kørt på forsøgsbasis i et år. De forventes at blive implementeret i afdelingen og at blive udvidet til andre afdelinger på BBH og forhåbentligt også til andre sygehuse.

Set i lyset af, at de fleste af stofmisbrugerne blev indlagt med bylder, blev det nærliggende for mig at undervise i fixeteknik. Når man fordomsfrit og nysgerrigt spurgte stofmisbrugeren om deres stofvaner, responderede de ærligt. De var vant til, at deres stofmisbrug var omgærdet med foragt, fordømmelse og kontrolforanstaltninger fra omgivelsernes side. De oplevede det som usædvanligt, at en fagperson havde en oprigtig interesse og et ønske om at vejlede dem i at indtage stofferne korrekt og når de mødte dette, reagerede de med alt fra lettelse over forundring til begejstring. Dette blev en unik mulighed for at skabe et rum af tillid og fortrolighed, som samtidig kunne være en forudsætning for at få åbnet posen, for nogle af de andre ting, som de tumlede med. Eksempelvis de uarticulerede smerter eller bekymring for, hvordan det hele skulle gå, når de blev udskrevet.

En patient havde igennem 20 år dagligt fixet sin metadonmixtur. Nu var han indlagt med en byld i låret og kunne ikke forstå, hvorfor den var kommet. Her blev indsatsen at forklare om selve stoffet, fixeprocedure og hygiejniske foranstaltninger og om alternative måder at indtage stoffet på, da patienten absolut ikke havde ønske om at ændre denne praksis, men samtidig ønskede at undgå at få flere bylder.

Det kan være en værdimæssig barriere, der skal overskrides og etiske dilemmaer bliver sat i spil, når man skal finde alternative veje, så stofmisbrugerne fortsat kan indtage deres stof, blot på en mere hensigtsmæssig måde. Det vil sige, at man skal kunne håndtere og forholde sig aktivt, fordomsfrit og professionelt til noget, der for andre kan virke særdeles irrationelt og uhensigtsmæssigt. Eksempelvis må man få afdækket "nålelir", det vil sige, hvor stort behovet er for at få det ind med nål eller om det måske mere er selve virkningen af stoffet, der er det essentielle.

En patient havde et årelangt ketoganmisbrug. Stoffet skulle bare ind med nål. Hun fortalte, at hun var blevet et "slangemenneske" og ved hjælp af spejle, havde lært at finde blodårer på ryggen, som hun fixede i. En anden patient fixede også ketogan dagligt. Også han var indlagt med en byld. Den ene lyske var et stort ar-



væv, blodårerne i arme og ben ikke til at finde. Denne patient havde ikke nålelir, men havde ganske enkelt aldrig overvejet, at han i stedet kunne spise ketoganer-  
ne. Virkningen indtræder hverken så hurtig eller bliver så effektiv, men kan være  
et alternativ. Han fik også forklaret, hvordan han kunne gøre sit fix klar som vanligt  
og til sidst tage nålen af og skyde det op i endetarmen i stedet. Vi talte også om  
engang imellem at erstatte den illegalt skaffet ketogan med heroin, som er langt  
mindre skadelig at fixe.

Den skadesreducerende tankegang forholder sig ganske enkelt ikke til, hvorvidt  
det er rigtigt eller forkert at indtage stoffer, men forsøger at minimere de skader,  
der er forbundet med at indtage dem. Det vil sige, at den pragmatiske tilgang ind-  
imellem tager udgangspunkt i den irrationelle handling. For det personale, der er  
fortrolig med den skadesreducerende tankegang, bliver denne håndtering ikke  
grænseoverskridende. Effekten bekræfter tilgangens værdi og professionalisme,  
hvilket flytter grænser og skaber fortrolighed.

På trods af et mangeårigt misbrug er det bekymrende få stofmisbrugere, der fak-  
tisk ved særligt meget om de stoffer, som de går og tager; hvordan de virker og  
hvordan de bedst tages. De lærer af hinanden og myterne flourer i miljøet. Såle-  
des er der stadig mange, der tror, at det er godt at slikke på nålen, inden man stik-  
ker den igennem huden. En anden patient var overbevist om, at hvis han blot  
kunne komme i dialyse og få rensat alt sit blod for stoffer, så ville han blive stoffri og  
abstinensfri på få timer.

På denne måde kom den skadesreducerende indsats til at foregå på flere ni-  
veauer. Alt fra det meget konkrete niveau i form af undervisning i fixeteknik til den  
mere overordnede, hvor skadesreduktion som tankegang og metode blev intro-  
duceret i afdelingen og hvor personalet blev fortrolig med den. Introduktionen til  
den skadesreducerende tankegang blev begyndelsen til et paradigmeskift i afde-  
lingen. Ophævelsen af reglerne, de nye smertestandarder og en mere empatisk  
tilgang til stofmisbrugerne illustrerede essentielle skridt på vejen.

Den skadesreducerende tilgang gjorde det muligt for stofmisbrugerne at bryde  
med deres frygt for at blive stereotypificeret. Det gjorde det muligt for dem at væ-  
re indlagte stofmisbrugere, hvilket betød, at de fik status som patienter. En sygeple-

jerske udtrykte det således: "Vi har en anden måde at se på dem nu. Min forståelse og indsigt i deres behov er blevet så meget bedre, at jeg nu kan forstå deres reaktionsmønstre. Vi tør gå til patienterne og spørge dem, hvad de tager ved siden af. Og forklare dem, at det er vigtigt, at de fortæller mig det, fordi jeg kan hjælpe dem med abstinenserne. Det er ikke grænseoverskridende for mig at spørge mere". En anden supplerede: "Nu taler man til dem som mennesker". "Nu er de indlagt på samme vilkår, som alle andre".

Den nye smertebehandling og ophævelse af regler tilskrives stor betydning for plejen og behandlingen af stofmisbrugerne. Om dette paradigmeskift sagde flere sygeplejersker:

"Førhen var det sådan, at hvis du er misbruger, så må du ikke forlade afdelingen. Du bliver smidt ud, hvis du bliver fundet med en nål i armen. Sådan var det jo. Vi anså det for, at det var for dumt at sidde og fixe, når du kan få noget herinde. Men jeg var ikke klar over, hvor meget de faktisk skulle have. Vi troede, at de bare gik efter rusen".

"De doser vi giver nu, er noget, der virker. I stedet for det fedtede noget, vi gjorde før. Jeg synes, det er rart at kunne give store doser".

"Nu diskuterer vi, hvor meget de skal have, for at vi kan smertedække dem. Dengang diskuterede vi en begrænsning. De skulle have mindst muligt".

Der er ingen tvivl om, at den nye smertebehandling har været fagligt grænseoverskridende for personalet. En sygeplejerske sagde direkte: "Jeg var da også lidt forbeholden – ok, så meget morfin er der da ingen mennesker, der kan tåle. Men når man så ligesom har fået banket ind i hovedet, at det SKAL de bare have, så er det bare sådan det er. Så er det ligesom det mest naturlige i verden, at man ligesom langer 4-5 piller ud til dem".

Effekten af denne tilgang bekræftes: "Patienterne virker meget mere rolige. Og man kan mærke på dem, at det virker, det som de får. Man kan mærke på dem, at de bliver smertedækkede. Og så tigger de heller ikke mere og kommer med dårlige undskyldninger. Nu ved de, at de kan få det".

I forhold til samarbejdet har det også haft en positiv virkning: *"De starter med at være ordentligt smertedækket med det samme. Vi får et meget bedre samarbejde med dem. Jeg har faktisk ikke nogen oplevelse af, at der er nogen, der misbruger det. Hey – nu kan vi bare få alt det, vi vil have – det kunne man jo godt tænke sådan lidt, når vi siger, at de bare skal have så hatten passer. Men det synes jeg faktisk ikke, at de gør"*.

Den skadesreducerende tilgang står i diametral modsætning til de tidligere regler og smertestandarder, således at man kunne forvente eller frygte, at dette kontrolslip kunne føre til kaos. Men den kontrol, der skulle afværge kaos og konflikter, skabte dem i stedet. Paradoksalt (og forventet), så viste det sig, at der med den skadereducerende og mere patientdefinerede tilgang, blev skabt det nødvendige gode samarbejde med patienten. Med andre ord, så blev de tidligere regler og smertebehandlingens unuancerede "kontrolpædagogik" erstattet af en mere differentieret, åben tilgang. Og personalet fik herved et mere sandfærdigt billede af stofmisbrugerne, som derfor fik en mere kvalificeret og værdig pleje og behandling.

### **Tid, aflastning, anvendelse af specialeviden om stofmisbrug og brobygning i hverdagen**

Stofmisbrugerne har flere specielle problemer og mere behov for opmærksomhed end personalet tids- og vidensmæssigt kan honorere. Stofmisbrugernes mange fysiske, psykiske og sociale problemer, som ligger udover den primære lidelse, påvirker ganske enkelt indlæggelsen i så høj grad og på en sådan måde, at afdelingen i forhold til denne patientgruppe kan fremstå undernormeret. Som en sygeplejerske udtrykte det: *"Behandlingen af stofmisbrugerne fylder stadig mere end den gennemsnitlige patient (selv efter Projekt Socialsygeplejerske). De er stadig mere krævende og man skal være mere omkring dem (...)".* Stofmisbrugerne skaber travlhed hos et i forvejen travlt personale. Og jo mere stofmisbrugerne oplever, at tiden ikke er til dem, jo mere kræver de den.

Generelt fik mine daglige besøg karakter af omsorgsbesøg. Jeg fulgte patientens behandlingsforløb og planen for udskrivelse. Jeg viste interesse for deres sår, der langsomt helede. Vi talte om stoffer og om smerter. Vi talte om livet, om drømmen

om en lejlighed og om behandlingscenteret. Vi talte om barndom og politik. Vi talte om oplevelser med personalet og hvad de som patienter havde svært ved at få sagt eller ikke turde spørge om. Jeg kunne forklare dem om personalet, så handlingerne gav mening for dem, så de ikke fortolkede særlige procedurer som en negativ særbehandling. Oftest foregik samtalen på stuen, andre gange i rygerummet og nogle gange ude på terrænet på en bænk. Jeg afsatte ca. en time til hvert individuelle besøg, som nogle gange blev lidt længere og nogle gange lidt kortere. Efter hvert besøg aftalte jeg med patienten, hvornår jeg skulle komme næste gang.

Problemet med stofmisbrugernes behov for opmærksomhed, der krævede mere tid end personalet kunne give og dertil stofmisbrugernes særlige behov, der krævede en særlig viden, som personalet ikke havde og som man heller ikke kan forvente de havde, betød, at relationen mellem patienten og personalet kunne risikere at skabe en glidebane af problemer og konflikterne kunne eskalere, som selvforstærkende reaktioner. Eksempelvis, på den ene side patientens behov for opmærksomhed og på den anden side personalets oplevelse af manglende tid kunne give en følelse af utilstrækkelighed. Det kunne skabe frustrerede patienter og personalet kunne føle sig magtesløse. Patienterne kunne således udtrykke mistillid og det kunne medføre irritation hos personalet. Irritationen kunne afføde aggression hos patienten og det kunne skabe utryghed hos personalet, der igen kunne skabe en afstandstagen fra patientens side og som kunne efterlade en følelse af opgivelse fra personalets side. At kunne være med til at stoppe denne glidebane, hvor det ene problem afføder det næste, har haft værdi for alle parter.

En sygeplejerske sagde: *"De er tidsslugere, men man har bare ikke tiden. Det er ikke rart at føle, at man må afvise. Man kan ligesom mærke at brodden bliver taget af nu"* (på grund af socialsygeplejerskens tilstedeværelse). En anden sygeplejerske sagde: *"Og selvom vi havde tiden, så tror jeg heller ikke, at de ville fortælle os de samme ting, som de fortæller dig"(...)* *"Du kan tale med dem om ting, som vi ikke helt kan forholde os til eller svare på."*

For personalet viste det sig, at mine besøg ikke blot blev en aflastning, men også kunne være en tryghed i form af, at jeg kunne fremlægge problemer, som de ikke

selv kunne få adgang til eller måske havde overset eller tolket anderledes. *"Der er rigtig mange ting med dem, de er jo ikke som andre patienter. Og på en travl dag kan man nemt komme til at overse noget og så kan du komme og sige "er du lige opmærksom på det og det? – og det er en kæmpe hjælp"*, som en sygeplejerske udtrykte det.

En anden supplerede: *"Du kommer også og fortæller os noget, som patienten ikke har fortalt os. Noget som er et problem og så kan vi tage hånd om det. Det er jo ikke sagt i fortrolighed, men bare noget de måske ikke har kunnet lide at sige"*.

Meget ofte oplevede jeg, at patienterne ikke var i stand til at gengive, hvad planen var med dem. De vidste ikke, hvornår de skulle til operation, hvor tit såret skulle skiftes, hvad de fik af medicin eller hvorfor. Som nævnt tidligere troede en patient, at han skulle have amputeret sit ben. En anden, at han skulle have en hudtransplantation – han kunne endda sige, at det skulle foregå den følgende tirsdag. Én tredje troede, at den antibiotika, der blevet hængt op på stativ og givet intravenøst, var væske (vand). Efter eget ønske, var der blevet arrangeret et rekreationsophold for en patient efter udskrivelse. På selve dagen for udskrivelsen, mindre end en time før hun blev hentet af en chauffør, sad hun mut og hang på sengekanten med sine ting pakket i poser – ærgerlig over, at det alligevel ikke blev til noget og at hun i stedet skulle hjem i egen lejlighed. Hvordan denne misforståelse var opstået, vides ikke, men glad og lettet blev hun kørt til rekreationsstedet, som planlagt.

I journalen kunne man læse om personalets frustration og bekymring for en patient, der bare lå i sengen og slet ikke kom op. Når han skulle tisse, gjorde han det i en kolbe. Da jeg spurgte patienten, om han ikke hellere ville gå på toilettet, sagde han, at der ikke var noget han hellere ville. Han havde fejlagtigt troet, at han ikke måtte forlade sengen.

Det har haft betydning, at jeg har kunnet hjælpe patienterne med at skabe overblik og sammenhæng i deres behandling under indlæggelsen. At kunne gentage tingene, besvare spørgsmål og forklare, hvad lægen eller sygeplejersken sagde. Frustrationer og misforståelser er blevet reduceret og nogle helt undgået. En sygeplejerske udtrykte det på denne måde: *"Dette projekt er konfliktforebyggende."*

*Pludselig kan de blive sure over noget, som vi ikke har kunnet gøre noget ved, fordi de ikke har fortalt os det. Ting, som vi nu får at vide og så kan tage i opløbet”.*

I personalerummet udvekslede vi holdninger til forskellige temaer som heroinforsøg, fixerum og gravide stofmisbrugere. Vi vendte tingene og diskuterede udfordringer hos den enkelte patient. Eksempelvis havde en patient fået sin morgenmetadon og fortalte bagefter, at han netop havde kastet det hele op. Sygeplejersken var parat til at give ham en erstatningsdosis med det samme, men inden hun gav ham det, brugte hun anledningen til at vende det med mig. Henover en weekend var en anden patient blevet sur, tvær og indelukket og ingen kunne få en forklaring på hvorfor. Han var afvisende overfor enhver kontakt eller håndsrækning. Det kom frem, at han havde kokain- og alkoholabstinenser. En sygeplejerske kommenterede på denne situation: *”Du ved, hvordan man skal spørge ind til det (...) Man kan mærke, at de har tillid. Man kan mærke, at de synes det er rart. De venter jo på dig”.*

I begyndelsen var jeg lidt i et dilemma omkring stofindtaget. På den ene side havde jeg patientens fortrolighed og på den anden side stod et personale, der havde en klar holdning til, at et sidemisbrug under indlæggelse ikke var tilladt. En patient fortalte mig i fortrolighed, at han røg hash på toilettet i afdelingen morgen, middag og aften. Han havde røget hash, siden han var 7 år og det hverken kunne eller ville han holde pause med under indlæggelsen.

Det var min klare holdning, at det ikke var mit anliggende at forholde mig til hans hashforbrug i sig selv. Snarere gik min bekymring på, at ved, at han delte denne information med mig, ville han opfatte det som en form for legitimering. Og den kunne jeg ikke give. Jeg var i kittel og repræsenterede også afdelingen. Jeg skulle håndtere at balancere i dette felt med loyalitet til begge parter.

Min håndtering blev, at jeg ved første kontakt sagde til patienten, at alt, hvad der havde indflydelse på behandlingen, måtte jeg dele med personalet og alt andet var fortroligt. På den måde havde de selv muligheden for at vælge til eller fra, hvad de ville dele med mig. Under alle omstændigheder fortalte jeg aldrig noget til personalet uden patientens samtykke. Få gange, tidligt i projektperioden, oplevede jeg patienter fortælle mig, at de fik bragt stoffer ind i afdelingen på grund af

smærter eller abstinenser og i de tilfælde fik jeg dem overbevist om, at det skulle personalet da vide. Konsekvensen blev øgning i dosis og lindring af abstinenser – og stor patienttilfredshed. Patienterne var noget overraskede over denne håndtering og imødekommenhed. En patient sagde efterfølgende: *“Jeg føler mig behandlet som en konge”*. En anden patient, der ikke var i metadonbehandling, var fuldstændig overrumplet over, at han ved indlæggelsessamtalen havde fået at vide, at de i afdelingen nok skulle lindre alle hans abstinenser, så det skulle han ikke bekymre sig om – det havde han aldrig hørt eller oplevet før. Samme patient sagde, da han blev udskrevet, at han ville tage ind i Istedgade og sige til alle, at de skulle skynde sig at få en byld og blive indlagt på M4!

En patient havde været indlagt et år tidligere og havde angiveligt under denne indlæggelse været ganske ubehagelig og truende i sin adfærd. Han var blevet udskrevet, før han var færdigbehandlet. Nu var han indlagt igen og både patient og personale havde et ønske om, at denne gang skulle det gå anderledes. Det var altid i forbindelse med, at han skulle til operation, at det gik galt. Han kunne hverken holde ud at faste eller vente uden klar besked om, hvornår han skulle til operation. Hans situation gjorde, at han skulle genopereres (såret skulle renses i fuld bedøvelse) ca. hver tredje dag igennem nogle uger. Afdelingen arrangerede det sådan, at han altid kom af sted som den første om morgenen. En morgen blev en patient indlagt og skulle akut på operationsbordet og operationen tog tid. Man kunne ikke sige, hvor længe. Patientens utålmodighed steg i takt med ventetiden og hen på eftermiddagen var han ved at gå amok. Han var slet ikke til at få kontakt med. Råbte, skreg og truede. Hamrede sin hånd ind i væggene og væltede saftevandskanderne ude på gangen. Først kl. 22.00 blev han kørt til operation. Dagen efter talte jeg med patienten, der var ulykkelig over sin opførsel og meget bekymret for, om han nu vil blive udskrevet igen. *“Denne her gang skal det bare lykkes”*. Eftersom dette ikke var sidste gang, han skulle til operation og det måske heller ikke var sidste gang, at hans operation blev udskudt, talte vi om, hvordan personalet kunne hjælpe ham, så han ikke kørte sådan op. I bund og grund handlede det om en oplevelse af at blive nedprioriteret, fordi *“jeg er narkoman”*, ikke forstå rytmen og vilkårene på en operationsgang, en nervøsitet for at skulle i narkose og en frygt for at vågne op med frygtelige smærter. (Patienten havde tidligere oplevet

at få hjertestop under en operation og havde også oplevet ubeskrivelige smerter på opvågningsafdelingen). Alt dette kombineret med, at han var et menneske, der ikke havde ressourcer til at mestre egen situation. En sygeplejerske beskrev det således: *"Det er som om, at de (indlagte stofmisbrugere) oplever, at det går specielt ud over dem. Som om de tror, at de bliver sat bagerst i køen"*.

Efter et par dage skulle patienten på operationsbordet igen. Vi havde talt "proceduren" igennem og sygeplejersken var "på". Hun fortalte efterfølgende: *"Jeg har overinformeret ham i et væk. Forklaret og fortalt i detaljer. Nu er den og den ved at blive opereret og det plejer at tage så og så længe. Så skal der gøres rent på stuen og så skal der..."*. Flere gange havde hun tænkt, så nu sker det... nu kører han op, men det skete ikke. En enkelt gang havde han sagt, nu kunne han ikke klare det mere, men så havde hun givet ham noget smertestillende og noget beroligende og så var han faldet ned. Hun reflekterede over situationen og supplerede, at dette havde hun kun kunnet gøre, fordi hun havde bedre tid netop den dag, men samtidig – at hun egentlig heller ikke havde tid til at lade være. Vi erfarede, at med denne patient, var det en fordel, at det var de samme få sygeplejersker, der havde kontakten til patienten. Han blev forvirret og urolig af for mange forskellige ansigter. Det lykkedes for patienten (og for personalet) at forblive indlagt i over tre måneder. Han blev udskrevet færdigbehandlet.

Samlet set var tid; den gode tid, en åben og skadesreducerende tilgang til patienten og en specialeviden om misbrug den forudsætning, der skabte tillid, tryghed, overblik, sammenhæng og oplevelse af indflydelse på egen behandling hos patienterne. *"Vi har ikke haft nogen problemer, som for dig har været uløselige. Det kan tage tid. Du har brugt enormt meget tid på det. Vi ville have brugt 4 gange så meget tid på at løse det samme problem"*, konkluderede en sygeplejerske. En anden supplerede, at *"konflikterne bliver taget i opløbet nu. De bliver løst, før de bliver til konflikter"*. Mens en anden sagde: *"Misbrugerne har behov for at tale. De kan tale i timevis med os og hvor vi bliver stressede over det, så kan de snakke med dig. De får dækket et behov på den måde og det giver en anden ro i afdelingen"*.



## Videregivelse og anvendelse af viden om misbrugssektorens tilbud

Når en patient er klar til udskrivelse, så er han i gængs forstand færdigbehandlet, men ikke nødvendigvis rask. Det betyder, at der ofte er behov for videre pleje ved enten familiært netværk eller hjemmeplejen. Men de færreste stofmisbrugere har et netværk, der kan imødekomme dette behov eller har ressourcer til at benytte sig af hjemmeplejens tilbud. At kunne vurdere behovet for, hvilken hjælp, der skal iværksættes, kræver ikke blot en særlig relation til stofmisbrugeren, men også et særligt kendskab til misbrugssektoren<sup>12</sup>. Overblikket over, hvad patienten havde brug for og særligt overblikket over hvilke tilbud, der eksisterer og kontakten til disse via personligt netværk, var nok min mest tydelige og konkrete hjælp til personalet i dagligdagen på afdeling M4. Indsatsen betød blandt andet, at ellers konfliktfyldte og komplicerede udskrivelser kunne løses på en tilfredsstillende måde for både patient og personale. Ofte skulle der tænkes kreativt for at kunne give det rigtige tilbud til patienten, men det betød også, at afdelingen måtte være fleksibel i forhold til forventet udskrivelse. I nogle tilfælde betød indsatsen, at patienten kunne udskrives tidligere end planlagt og i andre tilfælde senere. Denne del af indsatsen førte til målbart vellykket udskrivelser. Således udtrykte en sygeplejerske det til fokusgruppeinterview: *"Fordi du er der, er der mange ting, der går meget nemmere – også i forbindelse med, at de skal udskrives. Der kommer nemmere styr på nogen ting, fordi du også har kontakter rundt omkring. (...) Førhen kunne man sidde i 100 år og det var bare en kamp at få styr på alle de der ting (pause), hvad så med metadonen og hvor kan han få dit og hvor meget og hvad med egen læge og apotek og nogle gange var man lige ved at ååååh"*.

Selvom flere af stofmisbrugerne havde et længere indlæggelsesforløb, så var langt de fleste indlagt i forholdsvis få dage. Det betød, at jeg hurtigt blev klar over, at jeg allerede ved det første møde med patienten måtte få afdækket, hvilke forventninger vedkommende havde til udskrivelsen. I et enkelt tilfælde var jeg så ivrig for at lave en god udskrivelse for en hjemløs stofmisbruger, at planen allerede var lagt, inden jeg havde sikret, at også patienten var indforstået med denne plan.

---

<sup>12</sup> Misbrugssektoren dækker i denne sammenhæng over alt fra forsorgshjem, herberger, væresteder, varmestuer, natcafeer, gadesygeplejersker, sygeplejeklinikker, ambulatorier, rådgivningscentre, behandlingshjem, opsøgende gadeplansmedarbejdere, misbrugs læger og mange flere.

Nok skal man være effektiv, når man arbejder i sundhedsvæsenet, men man kan også være for effektiv. Det blev en pinlig, men god lærestreg for mig.

I flere tilfælde kunne patienten udskrives til egen bolig og var i stand til at modtage hjælp fra hjemmeplejen, men i mange tilfælde var det ikke så lige til.

Eksempelvis blev en patient indlagt med en meget stor byld, der fyldte det meste af den ene balde. Han brugte kun heroin og var ikke i nogen form for behandling. Han fortalte, at han finansierede sit illegale forbrug ved lidt småkriminalitet. I forbindelse med indlæggelsen blev han sat i abstinensbehandling med metadon. Efter få dage var han færdigbehandlet i hospitalsregi og klar til udskrivelse. Under normale omstændigheder ville han kunne fortsatte sit heroinmisbrug som vanligt, men patienten var forholdsvis begrænset i sine bevægelsesmuligheder, da han havde vanskeligt ved at gå og også var plaget af smerter. For andre patientgrupper ville denne tilstand udløse en sygemelding i en længere periode, men for denne patient blev han nødt til at optage "sit arbejde" umiddelbart efter udskrivelse, for ikke at få abstinenser. Det var ganske enkelt ikke en holdbar løsning at udskrive patienten uden at tilbyde ham medicin mod sine abstinenser.

Systemet er skruet sådan sammen, at hverken hospital eller praktiserende læge må udskrive metadon til patienter, men skal henvise til et rådgivningscenter for stofmisbrugere – og her er der ventetid. Ventetiden er på ca. 14 dage i Københavns kommune og det kan virke rimeligt hurtigt, men ikke for en patient med abstinenser. En særlig regel gør det muligt, at andre læger end misbrugslæger må ordinere metadon til stofmisbrugere, men kun som led i en nedtrapning i en kortere periode. På min opfordring lykkedes det for en sygeplejerske i afdelingen at få kontakt til patientens egen læge, der på trods af en vis modstand indvilgede i at overtage metadonbehandlingen, indtil patienten kunne få en tid på rådgivningscenteret, som her kunne forestå den videre behandling. Patienten var meget taknemmelig for denne løsning, da han havde været meget bekymret for, hvordan han skulle klare sig, når han blev udskrevet. Ligeledes var personalet glad for denne løsning. De havde tidligere stået i lignende situationer og havde ikke vidst bedre end at udskrive patienterne til eget forgodtbefindende.

Til denne historie skal fremhæves, at BBH vil henvende sig til Københavns Kommune og appellere til at håndtere denne problemstilling ved at tilbyde en "akutordinati-on", til de patienter, der ikke er i behandling ved indlæggelse, men ønsker det i forbindelse med udskrivelsen. På denne måde undgås et unødigt overlap og ubehagelig ventetid for patienten, der på nuværende tidspunkt kun kan lindres, hvis patienten har en imødekommende praktiserende læge.

En portugiser blev indlagt. Heller ikke han var i nogen form for behandling og han fortalte, at han finansierede sit illegale forbrug ved salg af hjemløseavisen Hus Forbi. Hans situation blev kompliceret af, at han boede på gaden og havde brug for ro og hjælp til sårskift ved udskrivelse. Situationen var ganske særlig, for når man er udlænding, gælder helt andre regler for at modtage hjælp fra kommunen. Københavns kommune har to socialarbejdere, der udelukkende tager sig af udenlandske hjemløse og det var derfor oplagt at inddrage dem med det samme. Den ene kom på besøg i afdelingen og fik arrangeret, at patienten kunne få en seng på et herberg i en kortere periode. En gadesygeplejerske blev tilknyttet til de daglige sårskift. Ønsket om metadonbehandling kunne ikke indfries, men en kammerat aflastede patientens behov i den periode, hvor han ikke selv var i stand til at skaffe penge til stoffer.

En patient blev indlagt med en byld i lysken. To måneder tidligere var hans hustru igennem 15 år uventet død og siden da var hans misbrug steget voldsomt. Alkohol, nervepiller og stoffer i en lang køre. Han var i krise over at være indlagt og i stor sorg over tabet af konen. Under indlæggelsen fik vi arrangeret, at han fik besøg af hospitalspræsten og han gav udtryk for at være meget glad for dette tilbud. På trods af, at patienten i og for sig kunne udskrives til egen lejlighed, blev det tydeligt, at manden havde brug for en særlig hjælp og omsorg, som hjemmeplejen ikke ville kunne give. Specialinstitutionen på Forchammersvej er en institution under Københavns kommune, der rummer en række differentierede tilbud til stofmisbrugere, herunder en plejeafdeling, hvor stofmisbrugere for en kortere periode kan blive indlagt. Plejeafdelingen er døgnbemandet med sygeplejersker og i dagtimerne er der også tilknyttet læger. Flere bliver visiteret direkte her til fra hospitalerne i omegnen, da plejeafdelingen kan overtage megen af den pleje, der ellers skulle foregå i hospitalsregi. Den pågældende blev udskrevet til plejeafdelingen

og fik i denne periode hjælp til sin krise og sorg fra både plejepersonale, psykolog og præst. Efterfølgende modtog jeg et brev i afdelingen, hvor patienten takkede os alle for hjælpen og fortalte om en positiv udvikling i sin situation.

I det hele taget blev Specialinstitutionen på Forchhammersvej et sted, hvor flere patienter blev udskrevet til. Enten fordi de ikke havde bolig og havde brug for rekreation, inden de genoptog livet på gaden eller fordi de havde brug for en særlig ordning for at kunne få passet deres sår ordentligt, mens det helede.

En stofmisbruger blev indlagt under diskretion. Han var på flugt fra nogle personer på grund af narkogæld. Han havde igennem en længere periode flyttet fra by til by og var nu landet i København, hvor han havde pådraget sig en byld og måtte indlægges. Han var bange og hurtigt kørende. Det ene øjeblik ville han det ene, det næste det andet. Så ville han forblive i København, men allermest talte han om, at han ville i stoffri behandling. Han involverede meget forskelligt personale i sin situation og brugte meget tid på at ringe på klokken eller ringe på sin mobiltelefon. Det var vanskeligt at finde hoved og hale i det hele og patienten komplicerede det ganske enkelt ved at inddrage så mange forskellige personer både inden for og uden for hospitalet. Jeg blev i denne periode ringet op af sagsbehandlere fra Århus og socialrådgivere fra Odense. En behandler fra Viborg og et behandlingshjem på Lolland blandt mange andre. Da patienten fik sikkerhed for, at den metadon han havde fået under indlæggelse også vil følge ham efter udskrivelse, faldt han til ro. Han fik bevilget en stoffri behandling og i den mellemliggende periode blev han udskrevet til et herberg, hvor man overtog de daglige sårskift, hjalp med at indløse recepter og sikrede ham en seng at sove i. Patienten fik også lidt håndører, så han kunne klare dagen og vejen og ikke skulle bekymre sig om, hvordan han skaffede penge til cigaretter m.m.

I kraft af indsatsen havde både patient og personale en vished for den gode udskrivelse, en vished, der virkede positivt under hele indlæggelsen. For personalet var det en kærkommen aflastning, men det gav også mening med den behandling og pleje, der blev tilbudt, fordi der var nogen, der fulgte op bagefter. På denne måde blev personalet en del af et forløb, der var perspektiv i og dette var i sig selv tilfredsstillende og gav øget engagement. En sygeplejerske sagde: "Man kan

*ligesom udskrive patienten med god samvittighed, fordi man ved, at tingene er i orden".*

Det var selvsagt langt mere tilfredsstillende at udskrive en patient til et sted, hvor andet sundhedspersonale overtog sårskift end at udskrive en patient til gaden, hvor han blev overladt til de forhåndenværende søms princip og selv måtte varetage at rense sår ved håndvasken på et offentligt toilet. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Her har vi en misbruger, som ikke er i behandling, som ikke har noget sted at bo og ikke har noget behandlingstilbud eller hvad ved jeg – vi ringer til Nina. Vi har en at snakke med om de her problemer – det havde vi ikke før. Og derfor giver det mig en tryghed, der er en løsning på problemet. Det var der ikke før. Der skulle vi selv finde en løsning og det kunne vi ikke finde ud af, altid".* For patienten skabte planen for den gode opfølgning selvsagt også en tryghed, da han ikke i samme grad skulle bekymre sig om, hvordan det skulle gå efter udskrivelsen.

## Opsummering og konklusion

Projekt Socialsygeplejerske er et toårigt forsøgsprojekt på de ortopædkirurgiske sengeafdelinger M4 og MMO på Bispebjerg Hospital. Dataindsamlingen i forbindelse med det eksperimenterende arbejde er foregået i en etårig periode fra maj 2006 til maj 2007. Projektet bliver gennemført af sygeplejerske Nina Brünés, der er ansat i projekt UDENFOR.

Formålet med projektet var at forbygge de konflikter og imødegå den tvivl og de problemer, der ofte opstår i mødet mellem den indlagte stofmisbruger og sundhedspersonalet. Således blev projektets målgruppe både patient og personale. Grundtanken med projektet var, at indsatsen skulle foregå inden for det system, der er med til at udstøde, for herved at reducere udstødelse. Målet med projektet var at skabe lige adgang til sundhed for indlagte stofmisbrugere ved dels at opkvalificere personalet, så de blev i stand til at tilbyde værdig og færdig behandling og dels at tilbyde stofmisbrugerne særlig kvantitativ og kvalitativ omsorg.

Indsatsen blev løbende justeret, tilpasset og konkretiseret i takt med den udvikling og de forandringer, der skete i afdelingen. Det vil sige, at indsatsen tog udgangspunkt i en pragmatisk, undersøgende, nysgerrig, åben og dynamisk metodisk tilgang. På baggrund af måden, hvorpå de to målgrupper tog sig ud, kom socialsygeplejerskens fokus til at omhandle deres forforståelse, adfærd og tilgange til hinanden.

Der deltog 25 stofmisbrugere i Projekt Socialsygeplejerske i den etårige periode med dataindsamling. Udover den primære årsag til indlæggelse, der var alt fra bylder til amputationer, var de repræsenteret med en vifte af alvorlige sekundære lidelser af fysisk karakter. Derudover havde de en række psykiske, sociale og adfærdsmæssige problemer. For dem alle gjaldt, at de havde en øget tolerance overfor opioider.

Ved projektets begyndelse oplevede personalet, at det var besværligt at have stofmisbrugere indlagt. De var plæderende efter smertestillende medicin, de var tidskrævende, havde svært ved at overholde regler og følge afdelingens behandlingstilbud og rutiner og det var vanskeligt at lave en tilfredsstillende udskrivelse. De

blev oplevet som en vanskelig patientgruppe, med særlige problemer og særlige behov, der tilsammen var utroligt tidskrævende og som ofte gav konflikter.

Derfor kom min indsats til at centrere sig om følgende temaer: Formidling af den skadesreducerende ideologi, tid og aflastning, anvendelse af specialviden om stofmisbrug og brobygning i hverdagen samt videregivelse og anvendelse af viden om misbrugssektorens tilbud.

Kort efter projektets start blev de særlige regler, der byggede på kontrol ophævet. Der blev udviklet nye smertestandarder, der betød en kovending i forhold til tidligere politikker for smertebehandling af stofmisbrugere. En tilgang baseret på kontrol blev ændret til en tilgang baseret på åbenhed og tillid. Med andre ord blev introduktionen til den skadesreducerende tankegang begyndelsen til et paradigmeskift i afdelingen. Ophævelsen af regler, de nye smertestandarder og en mere empatisk tilgang til stofmisbrugerne var essentielle skridt på vejen. Personalet integrerede nye holdninger, optikker og måder at forholde sig på i plejen og behandlingen af de indlagte stofmisbrugere.

Personalets frustrationer omkring stofmisbrugerens plædering for medicin, frygten for at blive snydt, magtesløsheden i forhold til det, der blev opfattet som irrationel adfærd, blev vendt til en realistisk tilgang med udgangspunkt i patientens behov. Således fik personalet det værktøj, som ved at være tilpasset patienten, ikke skød over målet med hensyn til kontrol, forventninger og resultater, men i stedet for skabte faglige og succesfulde oplevelser, motivation og interesse.

For patienten betød det, at han blev inddraget i beslutninger, fik muligheder for at træde frem i kontakten med personalet (og socialsygeplejersken) som stofmisbruger, uden frygt for stigmatisering og negativ særbehandling. Med den skadereducerende tilgang, fik patienten en følelse af at blive set og taget alvorligt, hvilket afvæbnede konflikter og skabte samarbejde.

Hvad personalet manglede tidligere, var det faglige argument til at flytte ansvar fra stofmisbrugerne i forhold til deres liv og ofte paradoksale adfærd. Ved den specialeviden, som blev tilført afdelingen fik personalet de faglige argumenter, der gjorde det muligt at oversætte stofmisbrugernes problematikker til beskrivelser af

forpinte mennesker, frem for en bekræftelse af negative fordomme. Ved denne videnstilførsel blev eksempelvis modstanden mod at bidrage med smertestillende medicin, som supplement til patientens misbrug, afløst af en villighed til at imødekomme en øget tolerance overfor morfin. Med andre ord fik personalet værktøjet til at placere stofmisbrugernes behov i forhold til egen faglighed, pleje og behandling – hvorfor denne rapport også har fået titlen "Fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient". Ligeledes kunne min specialeviden, anvendt i kontakten med stofmisbrugerne, italesætte en forståelse og medforståelse, hvilket skabte tryghed, tillid, troværdighed og ikke mindst lydhørhed.

Jeg havde den tid, der skulle til og som personalet ikke havde. Denne ekstra tid gjorde det muligt at være nærværende tilstede og derved skabe det fortrolige rum, hvor stofmisbrugeren kunne åbne op for bagvedliggende bekymringer, spekulationer og uklarheder omkring indlæggelsen, misforståelser mv.

Det vil sige, at hånd i hånd med den skadesreducerende tilgang, nye smertestandarder og anvendelsen af specialviden, blev tiden en afgørende faktor for tilrettelæggelsen af den rette pleje og behandling. Tiden spillede altså en afgørende faktor for afdækning og forebyggelse af potentielle konflikter. Den gode tid blev det imødekommende signal til patienterne om deres berettigelse i afdelingen, hvilket skabte øget motivation, engagement og samarbejdsvillighed.

Misbrugssektoren er løbende udbygget med henblik på at løse fysiske, psykiske og sociale problemstillinger i tilknytning til et stofmisbrug. Det er en sektor med en bred vifte af forskellige tilbud. Det kræver erfaring at matche det rette tilbud til den enkelte patient. Det begrænsede kendskab til dette netværk, herunder relevante personer, institutioner og ikke mindst administrative og kommunikative arbejdsgange, vanskeliggjorde afdelingens muligheder for at sikre en tilfredsstillende opfølgning i forbindelse med udskrivelse. Min erfaring med netop denne sektor og mit netværk bidrog til bedre og mere effektive udskrivelser. Det var ikke blot en aflastning for personalet; det skabte tryghed for patienten og gav mening, tilfredshed, engagement og perspektiv i den pleje og behandling, der blev givet og modtaget.



Projektets undersøgende tilgang viste, at når stofmisbrugerne ikke havde "lige adgang til sundhed", så var det i høj grad et spørgsmål om begrænset viden og sparsom tid. Ved at give afdelingen øget viden om stofmisbrugere, herunder den skadesreducerende tankegang, blev afdelingen skoleeksemplet på det etablerede systems potentiale. Sagt med andre ord, ved primært at tilføre viden og tid, viste afdelingen, hvordan udstødelse af de anderledes kan reduceres betydeligt og ganske enkelt.

Lige såvel som konflikter og afstandstagen udviklede sig i mellem personalet og patienterne ved selvforstærkende gensidig påvirkning, således udviklede behandlingen og plejen sig værdigt og færdigt, også her med en gensidig og selvforstærkende påvirkning. Og således blev stofmisbrugerne ligeledes et skoleeksempel på, at de ved den rette tilgang lod sig tilpasse systemet.

For at socialsygeplejersken som metode skal lykkes, er det en forudsætning, at ikke blot et enkelt personale, men at en hel afdeling, kollektivt er indstillet på at foretage justeringer og ændringer. Det var M4. Således blev det et fælles løft. Set i lyset af ovenstående må det konkluderes, at Projekt Socialsygeplejerske har været en succes.

Den ekstra tid og opmærksomhed til den indlagte stofmisbruger, det særlige kendskab til både stofmisbrugere, stofmisbrugeres hverdagsliv og misbrugssektoren er en ekspertise, der ikke kan overleveres til personalet. Derfor bør indsatsen som socialsygeplejerske forankres og kan med fordel udvides til andre afdelinger og sygehuse, hvor der hyppigt indlægges stofmisbrugere og give inspiration til tilsvarende eller lignende projekter.

## Anbefalinger

Erfaringerne fra Projekt Socialsygeplejerske kan på baggrund af de analyser, der er beskrevet i rapporten samles i en række anbefalinger, som listes nedenfor.

- 1) En forudsætning for det gode patientforløb i forhold til patienter med et stofmisbrug er en pragmatisk tilgang. Derfor anbefales det, at personalet bliver bekendt og fortrolig med "skadesreduktion" som tankegang.
- 2) For at sikre en skadesreducerende tankegang og et godt patientforløb, bør der tilknyttes en socialsygeplejerske, med viden om stofmisbrugere, stofmisbrugeres hverdagsliv og misbrugssektoren, i de afdelinger og på de sygehuse, der jævnligt har stofmisbrugere indlagt.
- 3) Socialsygeplejersken bør være eksternt ansat, så hun dels kan have tæt tilknytning til misbrugssektoren og dels står udenfor rutinerne i afdelingerne. Socialsygeplejersken bør dog bære kittel, som signal på hendes rolle i hverdagen.
- 4) Afhængig af, hvor mange patienter med et stofmisbrug, der indlægges på gældende afdelinger, må man vurdere behovet for deltids- eller fuldtidsstillinger.
- 5) Socialsygeplejersken skal kunne afsætte den tid, der er nødvendig for at skabe en god og tillidsfuld relation både til patienter med et stofmisbrug og personalet.
- 6) I den indledende fase er en grundig introduktion til denne nye indsats herunder socialsygeplejersken som person essentiel. Fokusgruppeinterview eller anden dialogform er en god metode til at forstå de potentielle konflikter, der måtte være i den enkelte afdeling.
- 7) Indsatsen i denne form for arbejde må løbende diskuteres og justeres i samråd med personale og patienter med et stofmisbrug.
- 8) Ledelsesmæssig opbakning er en forudsætning for succes med indsatsen.
- 9) Fremtidige indsatser af denne art bør, som i dette projekt, opbygges sådan, at de er vidensgenererende såvel på det afdelingsmæssige som på det overordnede niveau.
- 10) Som metode kan indsatsen med fordel forsøges afprøvet i forhold til andre udsatte grupper.



## English summary

Project Social Nurse is a two-year pilot project on the orthopaedic surgical wards M4 and MMO at Bispebjerg Hospital. Data collection in connection with the experimental work took place over a one-year period from May 2006 to May 2007. The project was conceived and funded by projekt UDENFOR and was carried out by nurse Nina Brünés.

The project was based on the years of experience gained by Nina Brünés and others while working as street nurses. She found that many drug users were reluctant about seeking medical help from doctors and emergency wards. They shared their experiences of degrading and humiliating treatment when contacting the health authorities. When drug users finally allowed themselves to be admitted to hospital, a number of conflicts arose with staff that often meant the drug users left the wards or were discharged before finishing their treatment. This is a special problem, as this group has a much higher incidence of illness than the population as a whole, and drug users have an average age of 41.2 years at their time of death.

The project was designed and implemented with the aim of creating equal access to health services for drug users by ensuring them a dignified and full treatment programme while admitted.

The social nurse was present in the ward when drug users were admitted and was available to help both the staff and patients with her time and expertise.

Focus group interviews with the staff and continuing observations clarified that the special conflicts that could occur on wards M4 and MMO related to the following general themes: The drug users' behaviour, their regular need for pain killers and a special patient information folder targeted specially drug users. This folder included a ban on leaving the ward while admitted. The staff also experienced a lack of knowledge on and tools for tackling the drug users' complex situation. Their heavy social problems combined with busy days for the staff were a source of conflict in themselves.

The social nurse's action areas for the admitted drug users and staff, respectively, dealt with the following: First, communication of the harm reduction ideology based on a pragmatic approach. Then time, respite and use of specialist knowledge on drug addiction and bridging in an everyday setting. Finally, passing on and applying specialist knowledge on the organizations that offers help, care and treatment to drug users.

The traditional approach based on natural sciences and an operational attitude was combined with a pragmatic approach built on a harm reduction mindset. As staff on the wards found they could work better and wished to accommodate the drug users in a new way, the existing conflict-ridden patient information folder was withdrawn. The drug users were then admitted on equal terms with all the other patients. New standards for pain killer were set that included significantly higher and more satisfactory doses for drug users. This meant that the drug users were no longer tortured by pain. The staff gained knowledge and tools for tackling, understanding and accommodating drug users' often unusual behaviour. This meant that the drug users became interesting patients rather than difficult patients, and this inspired the drug users to trust the staff; they felt welcome on the ward and were motivated to cooperate.

Drug users were perceived as – and are – a very time-consuming patient group. They were seen as demanding more attention than other patients and it was difficult to make a successful discharge because the staff did not know the existing offers and work procedures in the relevant service providers for drug users. The social nurse had the time and expertise to help the staff on busy days. She could allocate the time the drug users needed, which meant they were safe and calm on the ward. She could help translate the drug users' frustrations and needs into words. Her knowledge of the service providers for drug users was useful in ensuring successful discharges.

Altogether, 25 patients with abuse problems took part in the project during the one-year data collection period. All the drug users offered a visit by the social nurse accepted. None of them left the ward or were discharged before their treatment was finished. Both the patients and the staff have had only positive

statements to make about the social nurse project and the admission programme as a whole. Project social nurse must therefore be judged to be a success!

The extra time and attention for the admitted drug users, the special knowledge of the drug users, their everyday life and the service providers for the drug users is an expertise that cannot be handed over to the staff. Therefore, the social nurse initiative should be anchored and can be expanded to benefit other wards and hospitals where drug users are often admitted, and the concept can provide inspiration for similar projects.



## **BILAG**

- Bilag 1 Samarbejdskontrakt
- Bilag 2 Socialsygeplejediagnoseark
- Bilag 3 Projekt Socialsygeplejerskes patientinformationsfolder
- Bilag 4 Samtykkeerklæring
- Bilag 5 Registreringsskema
- Bilag 6 Akut smertebehandling af opioidbrugere





## **Samarbejdsaftale mellem ortopædkirurgisk afdeling M og projekt UDENFOR**

### **Indledning**

I gennem en årrække er det ved forskellige projekter med stofmisbrugere i primær sektor blevet klart, at stofmisbrugerens ophold i og udskrivelse fra sekundær sektor ikke altid er optimalt.

Et samarbejde mellem sektorerne, hvor viden og opgavefordeling bliver klarlagt er fra begge sider ønskeligt.

### **Målgruppen**

Målgruppen for dette projekt er stofmisbrugere eller personer med tidligere stofmisbrug.

### **Formål**

- At udveksle/skabe viden om pt.'s handlingsmønstre, samt opøve en kompetence til at gå i konstruktiv og handlingsrettet dialog med patienten
- At skabe en ramme og en forståelse for patientens handlinger i forhold til at være indlagt i en ortopædkirurgisk afdeling
- At viden bliver brugbar efter, at projektet er stoppet
- At få gennemset nuværende pjece og politikker for stofmisbrugere

### **Aftale 1**

Det aftales, at afdeling M og projekt UDENFOR indgår i et samarbejde om projektet "Soci-sygeplejerske". Projektet strækker sig over perioden primo maj 2006 – ultimo dec. 2007. Styregruppen er ansvarlig ved ønske om væsentlige ændringer eller ophør af projektet.

Ultimo 2006 vurderes indsatsen på baggrund af en statusbeskrivelse med henblik på evt. justeringer.

Projektet vil primært berøre afsnittene MMO og M4 i afdeling M.

### **Organisering af projektet**

Der nedsættes en styregruppe og en arbejdsgruppe med nøglepersoner i afdeling M. Det daglige ansvar for projektet varetages af socialsygeplejersken.

Socialsygeplejersken:

Socialsygeplejersken er Nina Brünés, som er ansvarlig for projektets gennemførelse.

Socialsygeplejersken vil varetage følgende opgaver:

- Er bindeled mellem styregruppe og arbejdsgruppe
- Ved ønske om ændringer af større karakter i projektet skal styregruppen involveres
- Kan indenfor projektets rammer selvstændigt forestå projektet
- Forestå undervisning af interessenter til projektet og medarbejdere i afdeling M
- Interviewe personale og patientgruppe med henblik på dokumentation
- Skrive i sygeplejens journalpapirer samt på specielt udformet ark. Vil tage feltnoter og udfylde afkrydsningskema
- Vil i et vist omfang tilbyde at købe små fornødenheder til de patienter, der indgår i projektet

Styregruppen vil fra projekt UDENFOR bestå af faglig konsulent Preben Brandt, sekretariatschef Ninna Hoegh og socialsygeplejerske Nina Brünés, afdelingssygeplejerske Rosa Hansen og ledende oversygeplejerske Kim Bo Christensen afd. M.

Styregruppen vil varetage:

- Strategien for projektets indhold, ressourcer, tidsskema og evalueringsindikatorer
- Orientering af interessenter til projektet
- En fast mødefrekvens 3 x årligt og ad hoc indkaldelser
- Sikring af videreformidling af resultater og erfaringer samt evt. forankring

Arbejdsgruppe med nøglepersoner:

Arbejdsgruppen vil bestå af sygeplejerske Nina Brünés, klinisk specialist Anne-Marie Elholm, M4, klinisk specialist Sara Pedersen, MMO og overlæge Thue Ørsnes.

Tilknyttet arbejdsgruppen med udfærdigelse af journalpapirer, dokumenter og know how om IT vil være klinisk oversygeplejerske Ole Hønrksen, afdeling M.

Arbejdsgruppen vil:

- Varetage de til projektet hørende praksisopgaver
- Fungere som nøglepersoner i afdeling M med en særlig viden om emnet
- Beskrive projektforsløb, føre statistikker etc.
- Afholde statusmøde 2 gange årligt

#### **Aftale 2:**

- Socialsygeplejersken vil efter ønske være til stede ved stuegang, være i dialog med personale og støtte patienten. Hun vil være til stede i afdelingen og den daglige gang. Hun vil ikke deltage i den somatiske pleje af patienten
- Der udarbejdes en særlig samtykkeerklæring til dette projekt, som skal være underskrevet af patienten, hvis der tages kontakt til andre myndigheder og samarbejdspartnere
- Socialsygeplejersken har tavshedspligt
- Socialsygeplejersken vil være i busseronne og bære identifikationskort, som udleveres fra hospitalets side
- Socialsygeplejersken kan deltage i personalemøder, dersom emnet er på dagsordenen
- Der vil blive afholdt statusmøde 2 gange årligt

#### **Økonomi i projektet:**

Socialsygeplejerskens er ansat i projekt UDENFOR, som afholder lønudgifter og mindre udgifter, der måtte være i forbindelse med projektet.

Projekt Udenfor tilbyder et kursusforløb, der er udgiftsneutralt for afdelingen, dog som udgangspunkt ikke gældende for personalevikarer i afdeling M.

April 2006

Kim Bo Christensen

Ninna Hoegh

Ledende oversygeplejerske  
afdeling M

Sekretariatschef, projekt UDENFOR Af-







## Kære patient

Det er vores erfaring, at mange patienter med et aktivt eller tidligere aktivt stofmisbrug oplever, at det kan være svært at være indlagt.

Mange fortæller, at de:

- har haft dårlige oplevelser, når de har været indlagte
- har været bange for at få abstinenser, mens de var indlagte
- har været bange for ikke at få den medicin, som de havde brug for
- har haft svært ved at forstå, hvad personalet sagde til dem
- ikke fik besøg, mens de var indlagte og at det var besværligt, kedeligt og ensomt
- havde svært ved at forstå og acceptere de regler, der var på hospitalet
- oplevede, at personalet havde svært ved at forstå dem

Det vil vi forsøge at gøre noget ved.

Derfor vil vi i 2006 og 2007 have en socialsygeplejerske på afdelingen, der vil hjælpe dig og os, så din indlæggelse kan blive bedre.

Socialsygeplejersken hedder Nina Brúnés. Nina er ansat i Projekt UDENFOR og har flere års

erfaring med stofmisbrugere gennem sit arbejde som gadesygeplejerske i Københavns og i Sygepleje på Hjul.

Under din indlæggelse vil Nina komme på besøg i afdelingen. Her kan I sammen finde ud af, hvad du har brug for. Det kan eksempelvis være en fortrolig snak, en snak om noget du er frustreret over, det kan være, at Nina skal være med ved stuegang eller hjælpe med at planlægge din udskrivelse

Nina vil ikke yde den normale sygepleje, som andet plejepersonale i afdelingen. Men hun vil samarbejde med personalet om at hjælpe dig, ud fra hvad du, personalet og Nina finder er bedst.

Nina vil, såvel som resten af personalet, skrive i afdelingens sygeplejefjournal. Samtidig vil hun lave et anonymt registreringsskema. Dette skal bruges til at dokumentere, vurdere og evaluere om en "socialsygeplejerske" viser sig at være et tilbud man kunne vælge at udbrede til andre afdelinger og hospitaler til gavn for flere patienter med et stofmisbrug.

Har du spørgsmål eller er du i tvivl om tilbuddet er noget for dig, så er du velkommen til at tage en snak med socialsygeplejersken Nina.

# Tilbud om social- sygepleje

- til patienter med  
et stofmisbrug

PROJEKT  
UDENFOR







PATIENTLABEL:

Ortopædkirurgisk afdeling M  
**Samtykkeerklæring**



År

Nummer

Side

## Samtykke til at udveksle social- og helbredsoplysninger

Socialsygeplejersken har tavshedspligt. Som hovedregel må hun derfor ikke udveksle oplysninger om dit helbred eller dine sociale forhold med andet personale og andre myndigheder uden din tilladelse.

Du kan læse mere om reglerne på bagsiden af dette skema, og du kan altid spørge socialsygeplejersken/personalet.

Jeg giver samtykke til, at der med følgende må udveksles social- og helbredsoplysninger:

Ortopædkirurgisk afd. M på BBH.

Egen læge

Hjemmeplejen

Herberg – anfør hvem: \_\_\_\_\_

Rådgivningscenter / ambulatorium – anfør hvem: \_\_\_\_\_

Sociale myndigheder – anfør hvem: \_\_\_\_\_

Pårørende – anfør hvem: \_\_\_\_\_

Øvrige – anfør hvem: \_\_\_\_\_

Evt. bemærkninger – f.eks. undtagelser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Din underskrift: \_\_\_\_\_

Samtykkeerklæring



# Projekt Socialsygeplejerske - registreringsskema

Patient nummer: nr.:  bogstav

Alder:

Køn: mand  kvinde

Bolig: \_\_\_\_\_

Forsørgelsesgrundlag: lønarbejde  kontanthjælp  førtidspension  andet \_\_\_\_\_

Substitutionsbehandling: ingen  metadon  subutex  andet: \_\_\_\_\_

Foretrukne stof: \_\_\_\_\_

	Habituel		Under indlæggelse	
Aktiv:	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Hash:	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Alkohol:	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

Årsag til indlæggelse: \_\_\_\_\_

Antal indlæggelsesdage:

Andre sygdomme/lidelser: \_\_\_\_\_

Funktionelt netværk: \_\_\_\_\_

Besøg af netværk: ja  nej

Antal besøg soc.spl:

Smertebehandling:  score (1-10)

Soc.spl. ydelse: passiv  aktiv

Soc.spl. udgift: \_\_\_\_\_

Opfølgning ved udskrivelse: \_\_\_\_\_

Færdigbehandlet: ja  nej

Bemærkning: \_\_\_\_\_

Bemærkning: \_\_\_\_\_



### Akut smertebehandling af opioidbrugere, vejledende doser!

Fast dosis:		Døgndosis opioid hjemmefra skal gives! Metadon fordeles på 3 doser!		
Metadon	<40mg	40-80 mg	80-120 mg	120-160 mg*
Contalgin	<120 mg	120-240 mg	240-360 mg	360-480 mg*
Durogesic	25-50 µg/t	75-100 µg/t	125-150 µg/t	175-200 µg/t*
Oxycontin	<80 mg	80-160 mg	160-240 mg	240-360 mg*
p.n. dosis:				
Morfin s.c./i.v.	2,5-5 mg max. X 6	5-10 mg max. X 4	10-15 mg max. X 6	15-20 mg max. X 8*
Morfin tabl.	10-15 mg max. X 4	15-30 mg max. X 4	30-45 mg max. X 4	45-60 mg max. X 6*
Oxynorm tabl.	5-10 mg	10-20 mg	20-30 mg	30-40 mg*
				40-60 mg*

Kun s.c./i.v. Morfin det 1. Postoperative døgn, derefter p.o. Morfin.

\*Der rekvireres smertetilsyn.

Beregning primært i forhold til biotilgængelighed.

Effekt af hver p.n.-dosis skal dokumenteres.