

Sygepleje til indlagte patienter med et stofbrug

Andre end sygeplejersker kan have nytte af at kende til en række anbefalinger i ny lærebog.

AF NINA BRÜNÉS & NANNA KAPPEL

Det er tankevækkende, at der er behov for et særskilt kapitel om sygepleje til stofbrugere i denne bog. Når stofbrugere indlægges på et hospital, er det ikke for at modtage behandling for deres rusmiddelafhængighed, men for at få behandling for en somatisk lidelse, og den plejemæssige del til de forskellige lidelser er beskrevet i de øvrige kapitler. Stofbruget i sig selv burde derfor ikke få betydning for den pleje og behandling, der tilbydes.

At det alligevel er relevant at beskrive *sygepleje til stofbrugere* separat hænger sammen med, at stofbrugerne har mange komplekse problemstillinger af psykisk, social og helbredsmæssig karakter, der i endnu højere grad nødvendiggør en helhedsorienteret pleje. Derudover har mange stofbrugere opbygget mistillid til sundhedsvæsenet på baggrund af tidligere erfaringer, hvor de oplever at være blevet mødt med en nedladende og nedværdigende tone (1). De fleste patienter vil kunne gennemskue og orientere sig om de skrevne og uskrevne regler, der findes på et hospital. De opfatter og respekterer f.eks., at en del af afdelingens rum er forbeholdt personalet, og de tilpasser sig personalets arbejdsgange. Dette kan til gengæld være en udfordring for stofbrugere.

Derfor er der inden for sygehusvæsenet opbygget en række forestillinger om, hvordan personalet skal håndtere denne udfordring under stofbrugernes indlæggelse. Denne håndtering er snarere blevet en hindring for end en løsning på et godt patientforløb. F.eks. har flere hospitalsafdelinger haft særlige regler, som stofbrugere har skullet overholde under indlæggelsen for ikke at blive bortvist. I øjeblikket er situationen på mange hospitalsafdelinger, at personalet oplever indlagte stofbrugere problematiske og besværlige (2). På den anden side oplever flere stofbrugere, at de forskelsbehandles og kategoriseres på baggrund af deres stofbrug (3). Alt for ofte hænder det, at stofbrugerne udskrives uden at være færdigbehandlede, og sundhedspersonalet står tilbage med en række frustrationer og en afmagtsfølelse.

Dette kapitel har til hensigt at tilføre viden om kompleksiteten af de problemer, som patienten med stofbrug ofte har – en kombination af personlige, psykiske, sociale, økonomiske og helbredsmæssige problemstillinger, som fletter sig ind i hinanden, og kapitlet vil give en række anbefalinger til, hvordan sygeplejersken kan håndtere disse problemstillinger i mødet med patienten. Sygeplejersken må udvise en særlig rummelighed og anerkende stofbrugeren som menneske, for at kunne tilbyde en værdig og omsorgsfuld sygepleje.

Karakteristik af mennesker med et stofbrug

I dette afsnit fremhæves de forhold, som sygeplejersken bør have kendskab til i interaktionen med den indlagte stofbruger. Det er vigtigt at pointere, at der er generaliserende elementer og at nedenstående ikke kan overføres på alle stofbrugere. Mange stofbrugere har på lige fod med andre patienter også gode indlæggelsesforløb. Men for en gruppe af særligt udsatte stofbrugere kommer deres belastede opvækst i kombination med misbruget til at spille en rolle i deres kontakt med sundhedspersonalet.

Psykiske forhold

Det anslås, at der over 25.000 hårdt belastede stofbrugere i Danmark, heraf 20.000 med opioidafhængighed (4). 60-70 % af stofbrugere i behandling har en psykisk lidelse, såsom alvorlige adfærds- og personlighedsforstyrrelser, ADHD, angst, og depressioner (5). Forekomsten af skizofreni og andre psykotiske tilstande blandt behandlings-søgende stofbrugere er på ca. 10 % (5). Mange stofbrugere har haft en turbulent og ustabil barndom præget af ustabile skoleforløb, tvangsfjernelse, børnehjem og plejefamilier. Der har været omsorgssvigt med forskellige grader af overgreb i form af vold og incest (1). Mange er vokset op i familier med rusmiddelmisbrug, og de har i en al for tidlig alder fået ansvar for egen udvikling og manglet sunde rollemodeller, hvad enten de har boet hjemme eller været anbragt på børnehjem eller i plejefamilie (1). Konsekvensen af en sådan opvækst betyder for nogle mennesker, at rusmidler kan virke som den umiddelbare lindring på de psykiske ar, som opvæksten har medført. Ud over at være en psykisk smertelindring kan den kemiske påvirkning betyde, at stofbrugeren oplever øget selvværd og selvtillid. Ensomhedsfølelsen hos stofbrugere er stor, og mange oplever at leve isoleret blandt mennesker (1). Selvmordstanker og -forsøg er overrepræsenterede i denne gruppe (6), hvor mange befinder sig i håbløse og uværdige livssituationer (1).

Den afvigende og til tider grænseoverskridende adfærd, som meget sundhedspersonale kan nikke genkendende til, kan ofte tilskrives en personlighedsforstyrrelse. Det er en almindelig faldgrube at tro, at denne adfærd er selvvalgt, eller at den skyldes rusmidlerne. Her er tale om en gruppe mennesker, som har en patologisk, psykiatrisk lidelse bl.a. på baggrund af et dårligt opvækstmiljø.

Sociale forhold

Der tegner sig et markant billede af en marginaliseret gruppe af mennesker for så vidt angår uddannelse, boligforhold, indkomstforhold og samlivsforhold. 63 % af stofbrugere, der kom i behandling i 2004, havde en uddannelse svarende til 10. klasse. 19 % havde en erhvervsfaglig uddannelse, og kun 11 % af stofbrugere havde en gymnasial/videregående uddannelse. De tilsvarende tal for 20-39-årige i hele befolkningen er, at 25 % har en uddannelse svarende til grundskole, 35 % har en erhvervsfaglig uddannelse og 37 % har en videregående uddannelse (7).

Der er en overrepræsentation af hjemløse blandt stofbrugere. En del bor på herberg eller andre sociale boformer, mens blot 55 % har selvstændig bolig (7). At være afhængig af illegale rusmidler betyder for mange en elendig økonomi. Dette indebærer et liv med f.eks. berigelseskriminalitet, stofhandel, prostitution eller tiggeri. Mange stofbrugere har et ringe netværk, herunder manglende kontakt til familien. 76 % af mændene og 68 % af kvinderne er enlige (7), og mange føler sig uønsket alene (1). Ovenstående statistik viser med al tydelighed, at stofbrugere er en særligt belastet

og marginaliseret gruppe med psykiske lidelser, mange sociale problemer og en række alvorlige fysiske lidelser, som vil blive beskrevet i det følgende.

Fysiske forhold

At anvende rusmidler kan være forbundet med stor helbredsrisiko. Heroin (diacetylmorfin) er et opioid og er ikke vævstoksisk. Hvis det fås sterilt og indtages under rene og hygiejniske forhold, vil det ikke give skader. I for store doser i forhold til hvad den enkelte er tilvænnet, vil der være risiko for at overdosere, og dette kan medføre respirationsstop som ved andre opioider (8). Når stofbrugere plages af en række alvorlige sygdomme skyldes det, at gadeheroin (og andre typer rusmidler) ikke er sterile og ofte indtages under uhygiejniske forhold. Dertil kommer, at mange stofbrugere ikke kender til korrekt injektionsteknik og genbruger egne eller andres sprøjter og kanyler og dermed udsætter sig selv for risiko for smitte. Levevilkårene og livsstilen for mange stofbrugere er rå og barsk. Som nævnt er kriminalitet, prostitution og hjemløshed er et vilkår for mange. Stress, dårlig søvn og ensidig kost er også faktorer, der påvirker helbredet negativt. Mange stofbrugere plages af forskellige alvorlige sygdomme, og gennemsnitslevealderen er blot 39 år (9). Op til 75 % er smittet med hepatitis C, 35 % med hepatitis B, og under 5 % er smittet med hiv (5). Dertil pådrager stofbrugere sig en række andre infektioner, såsom endocarditis, pneumoni, tuberkulose og abscesser. Ødelagte vener giver dårligt blodomløb, der på sigt forårsager kroniske, venøse sår (10). Dyb venetrombose er også en hyppig indlæggelsesårsag. Mange stofbrugere er rygere, og lungeinfektioner og KOL ses hyppigt (4). Stofbrugere er oftere end andre udsat for vold og andre former for uheld, som medfører snitsår, brækkede arme og ben (11).

Livet med illegale rusmidler bidrager til en tidlig ældning af kroppen såvel fysisk som psykisk. De stofbrugere, der indlægges på hospital, har ofte mange års brug af rusmidler bag sig, og når de indlægges, er der nogle forhold, som sygeplejersken skal være opmærksom på i plejen af patienten.

Da opioider har en obstiperende virkning, lider mange stofbrugere periodisk af obstipation. Under indlæggelse kan obstipationen forstærkes af immobilisering, medicin og ændrede kostvaner.

Flere stofbrugere har et stort forbrug af alkohol, hvilket bl.a. kan medføre pancreatitis og diabetes. Dårligt blodomløb øger risikoen for ødemer, sår og dårlig sårheling. Opioider nedsætter sputsekretionen og øger derfor risikoen for caries (12). Dertil har stofbrugere sjældent tid, overskud og penge til at bevare en god tandhygiejne og regelmæssigt opsøge tandlæge. Dårlige tænder giver ikke blot smerter, men øger risikoen for endocarditis og reducerer muligheden for alsidig kost. Opioider nedsætter også respirationsfrekvensen, og kan være en medvirkende årsag til lungeinfektioner.

Det kan være en faglig udfordring for sygeplejersken at få en stofbruger indlagt med en absces, der skal incideres, og som i tillæg lider af hepatitis C og hiv, som har et dårligt blodomløb, stærke smerter, KOL og ADHD og som hverken har penge, netværk eller bolig. I det følgende gives en række anbefalinger, der kan skabe grobund for et vellykket indlæggelsesforløb.

KONKRETE ANBEFALINGER

Indlæggelsen

Et godt indlæggelsesforløb begynder med en god og fyldestgørende indlæggelsessamtale. Dette er en forudsætning for alle patientforløb; her fremhæves de områder, som er særligt vigtige at være opmærksomme på i forhold til patienten med et stofbrug.

Erfaringer har vist, at hvis sygeplejersken indledningsvist får afdækket stofbrugerens særlige behov, anerkender dennes angst og smerter og ikke mindst viser vilje til at lindre smerter, er grobunden for et godt indlæggelsesforløb lagt (2).

Boligforhold og hjemløshed

Selvom patienten med et stofbrug har en bolig, kan der for nogle være forhold, der betyder, at vedkommende ikke kan opholde sig der. Det kan være, at lejligheden er fremlejet, eller vedkommende ikke kan være der pga. narkogæld, uhumske forhold, angst for at være alene eller andre problemer. Det er vigtigt at få afklaret disse forhold allerede ved indlæggelsen, så udskrivelse kan tilrettelægges optimalt. Tag patienten med på råd.

Akutte indlæggelser

Da de fleste stofbrugere indlægges akut, har de .f.eks. ingen toiletsager eller rent tøj med. Måske har de heller ingen penge på lommen til cigaretter eller andet. Hvis der ikke er pårørende at trække på, må afdelingen tilbyde en tandbørste og tage kontakt til socialrådgiver eller det lokale socialcenter.

Samarbejdspartnere

Ud over de sundhedsfaglige relevante personer kan det være en fordel at inddrage socialfaglige instanser i tilrettelæggelsen af udskrivelsen. Det kan være stofbrugerens støttekontaktperson, misbrugsbehandler, sagsbehandler i kommunen eller gadeplansmedarbejder. Personer, der i forvejen har kontakt til stofbrugeren, kan i særdeleshed være en hjælp igennem hele indlæggelsesforløbet.

Udskrivelse

Udskrivelsen skal generelt planlægges i rigtig god tid. Da stofbrugere ofte har et sparsomt og sporadisk netværk, må sygeplejersken i dialog med patienten vurdere, om patienten kan klare sig selv ved udskrivelse med hensyn til f.eks. indkøb, madlavning, rengøring. Det er ikke alderen, der afgør behovet for hjemmehjælp, men funktionsniveauet.

Der kan være situationer, hvor stofbrugeren er færdigbehandlet i hospitalsregi, men ikke tilstrækkeligt rehabiliteret til at genoptage sit vante liv. Her kan et rekreationsophold være en mulighed, men dette skal planlægges i god tid, da der er få tilgængelige pladser. Såfremt stofbrugeren oven i købet er hjemløs, vil det være oplagt – i samråd med patienten - at søge en plads på et herberg. Der kan gå flere dage, før der evt. er en plads, især i vinterperioden.

Hvis patienten udskrives til gaden, skal det afklares, hvem der kan skifte eventuelle sår. I den forbindelse må sygeplejersken få afdækket, om stofbrugeren tidligere har benyttet sig af gadesyge-

plejersker, sygeplejeklinik for hjemløse eller andre instanser i primær sektor, der varetager pleje til socialt udsatte. Der findes også praktiserende læger, der kan tilbyde sårskift.

Metadon og abstinenssymptomer

Mange stofbrugere er i substitutions-behandling ved indlæggelsen, og er dermed i fast abstinensbehandling for deres stofbrug. Hvis patienten er i behandling med f.eks. metadon, skal han fortsætte med at have det under hele indlæggelsen. Flere og flere stofbrugere behandles med buprenorphin som alternativ til metadon. Buprenorphin er en partiel agonist, hvilket lidt forenklet betyder, at den både lindrer abstinenssymptomer og samtidig blokerer for andre opioider. Dette kan være en fordel i behandlingssammenhæng, hvis stofbrugeren ønsker at minimere 'sidemisbrug' (13). Men dette betyder til gengæld, at smertebehandling kompliceres, idet patienten ikke vil have effekt af morfin. Buprenorphin dosis kan øges, men ellers må ekspertlæge i form af smertelæge eller anæstesilæge tilkaldes.

Stofbrugere er ofte vant til at indtage deres metadon tidligt om morgenen. At skulle vente på at få udleveret sin medicin med begyndende abstinenssymptomer kan være voldsomt ubehageligt. Sygeplejersken må anerkende dette og tilbyde at dispensere metadon på det tidspunkt, hvor patienten ønsker det.

En del stofbrugere har, hvad der kaldes et 'sidemisbrug'. Det vil sige, at de køber forskellige stoffer på det illegale marked, som de tager som supplement til den ordinerede metadon. Det kan være nervepiller, kokain, heroin, hash, alkohol m.m.

Sygeplejersken bør spørge om patienten har abstinenssymptomer eller forventer at få abstinenssymptomer. Det er vigtigt at forklare, hvorfor der spørges ind til dette, og i samråd med læge må det overvejes, hvordan eventuelle abstinenssymptomer bedst kan lindres under indlæggelsen.

Der vil også være stofbrugere, som ikke er i substitutionsbehandling, og som dagligt indtager heroin, og som derfor vil udvikle abstinenssymptomer under indlæggelsen. I samråd med patienten må læge og sygeplejerske sikre, at patienten bliver tilstrækkeligt abstinensbehandlet. Flere hospitaler har en instruks på dette område.

Smerter

Det er fejlagtigt at tro, at stofbrugere i metadonbehandling er smertelindrede. I denne sammenhæng gives metadon for at forebygge patientens abstinenssymptomer. Således er patienten blevet tilvænnet en stor dosis opioid og har heraf udviklet mærkbar tolerans. Mod forventning er mange stofbrugere tilbageholdende med at fortælle, hvor ondt de har, da de ikke vil leve op til den gængse forestilling om, at stofbrugere plæderer for medicin. I et godt indlæggelsesforløb er det en forudsætning, at patienten tages alvorligt, og at vedkom-mendes smerter og smerteoplevelse anerkendes. Erfaringer har vist, at i forbindelse med smertebehandling til stofbrugere skal der gives store mængder p.n. morfika, hvis smertebehandlingen skal have effekt.

Når p.n.- dosis skal udregnes, sker det på baggrund af den faste døgndosis, hvor p.n.- dosis er en tiendedel. Dette betyder, at en patient, der er i behandling med f.eks. 100 mg metadon dagligt, (hvilket svarer til 500 mg morfin), skal have 50 mg morfin som p.n.- dosis pr. gang (2). Det er praksis på flere hospitaler at tilbyde patienter 10 mg morfin som p.n.- dosis. Denne praksis medfører, at stofbrugere generelt er svært underbehandlede. Det forklarer måske, hvorfor stofbrugere ofte klager

over smerter og efterspørger mere smertestillende medicin. Dette kan fejltolkes som medicinplæderende adfærd. *Plæderende stofbrugere er en sjældenhed, forpinte stofbrugere en hyppighed.* Hvis smerterne er vanskelige at lindre, eller patienten får store doser p.n. - medicin, vil det være en fordel at kontakte eksperter fra smerteklinik eller anæstesiaafdeling.

Konsekvensen af manglende smertelindring har gennem tiden betydet dårlige patientforløb med mange frustrationer og konflikter. I nogle tilfælde har stofbrugere følt sig nødsaget til at tage sagen i egen hånd og indtaget illegale rusmidler for at lindre stærke smerter. Dette har dels medført udskrivelse i utide, dels medført at stofbrugere har forladt afdelingen, før de var færdigbehandlet (2).

Operation

For stofbrugere er det særligt vanskeligt at vente på operation. Mange stofbrugere lever i en ”her og nu-kultur”, hvilket betyder, at de kan have svært ved at udskyde deres behov. Ventetid og udsættelse af operationer er en uomgængelig præmis for alle patienter i det offentlige sundhedsvæsen. Der kan altid komme en mere akut patient, som afdelingen må prioritere. Ikke desto mindre oplever stofbrugere, at udsættelse af operation sker, fordi de er ”narkomaner”. Det er derfor afgørende løbende at informere patienten om forventet tid til operation. Der må gøres opmærksom på, at det kan være svært at sige det præcise tidspunktet for en operation og forklare årsagerne dertil. Det er også en god idé at orientere om, at alle operationer kan risikere at blive aflyst eller udskudt, så patienten er forberedt på dette fra begyndelsen (3).

Blodprøvetagning

Efter et årelangt intravenøst stofbrug, kan det være vanskeligt at finde en egnet blodåre at tage en blodprøve i. Her kan patienten tages med på råd, idet de ofte bedst selv ved, hvor der er egnet at stikke. Det kan være ubehageligt for patienten at skulle gøre dette foran medpatienter, hvorfor sygeplejersken må sørge for, at det foregår under private forhold.

Kontaktpersoner

Det vil være en fordel, at stofbrugeren under indlæggelsen har så få kontaktpersoner som muligt, da det kan afhjælpe misforståelser og modsatrettede informationer. Hvis afdelingen kan imødekomme dette, vil det medvirke til at skabe ro, overblik og tryghed hos en patient, som føler sig utryk, angst og har mistillid til personalet.

Information

Det er helt afgørende, at sygeplejersken sikrer, at den information, der gives, også bliver forstået. Flere stofbrugere har haft en sporadisk og dårlig skolegang og har derfor vanskeligt ved at læse og skrive. Skriftligt informationsmateriale er derfor ikke altid en støtte, men snarere en påmindelse for patienten om, at han ikke på lige fod med andre kan læse og forstå hospitalets informationsmateriale. Evnen til at læse indvirker generelt på evnen til at forstå og omsætte komplekse informationer. Dette bevirker, at sygeplejersken skal være opmærksom på sit sprogbrug og brug af fagudtryk. I forbindelse med f.eks. stuegang kan der opstå situationer, hvor patienten bekræfter at have forstået lægens information. Efterfølgende kan det vise sig, at patienten har

misforstået dele eller hele sammenhængen. Medinddragelse og samarbejde er nøgleord, da det forebygger frustrationer, konflikter og uafsluttede behandlingsforløb.

Faglig argumentation

Alt for mange stofbrugere har oplevet mistillid, kontrolforanstaltninger og sanktioner igennem livet og også ved tidligere indlæggelser (1), så mange spørgsmål vil blive opfattet negativt, med mindre sygeplejersken eksplicit forklarer og begrunder sine spørgsmål med udgangspunkt i en faglig argumentation. Det kan f.eks. opleves som kontrollerende, at sygeplejersken skal overvåge indtagelsen i forbindelse med udlevering af metadon. Her kan sygeplejerskens faglige argument være, at hun må sikre, at metadonen ikke efterlades på sengebordet, da en konfus patient uforvarende kan komme til at indtage metadonen. For en ikke-tilvænnet patient vil det være en dødelig dosis.

Skadesreduktion – en pragmatisk tilgang

Sygepleje til stofbrugere må tage udgangs-punkt i en pragmatisk, anerkendende og dynamisk tilgang. Sygeplejersken må have forståelse for stofbrugerens baggrund, hans hverdagsliv og levevilkår samt respektere hans livsstil.

Sygeplejersken må være villig til at tage udgangspunkt i stofbrugerens evner, ressourcer og kompetencer og bevæge sig ud i grænseområder i ønsket om både at forebygge og minimere de skader, der er forbundet med et liv som stofbruger.

Inden for misbrugsområdet (og på regeringsniveau) har der i en del år hersket en anden tilgang til rusmidler og stofbrugere end den gængse. Tidligere blev alt sat ind på at bekæmpe rusmidler, hvilket snarere resulterede i, at man bekæmpede mennesket, der brugte rusmidler. I en erkendelse af, at rusmidler er kommet for at blive, er *skadesreduktion* (eng: Harm reduction) (14) blevet en politisk strategi for at minimere og reducere de skader, der er forbundet med at tage rusmidler. F.eks. kan nævnes udlevering af sprøjter og kanyler for at reducere udbredelsen af hiv og aids. Stofbrugere, der tilbydes heroin som led i en behandling, er et andet eksempel. At tænke og arbejde skadesreducerende skal også integreres i sundhedsvæsenets tilbud til denne gruppe patienter. Det betyder, at sygeplejersken skal være pragmatisk og kompromissøgende og bør gennemtænke de praktiske konsekvenser for den enkelte, når plejen og behandlingen tilrettelægges. Sygeplejersken skal tage udgangspunkt i patientens totale situation og ikke blot i den pågældendes helbredsmæssige problemer. F.eks. må en hjemløs stofbruger forblive indlagt et par dage ekstra, indtil der er plads på et herberg. Et andet eksempel kan være, at hvis en patient er fastende til operation, men ikke har forståelse for vigtigheden i at overholde fasteregler, kan det være nødvendigt at lade vedkommende komme først til på operationsprogrammet. Sådanne situationer er grænsetilfælde, men det er essentielt, at sygeplejersker og læger i samarbejde med stofbrugeren finder en acceptabel løsning. Dette er skadesreduktion. Det virker ikke at basere et samarbejde på kontrol og kontrolforanstaltninger. U hensigtsmæssig adfærd håndteres ikke gennem straf og sanktioner. En anderledes adfærd imødekommes ved pragmatisk at tilpasse pleje og behandling til patientens totale situation og ressourcer.

Implementering af skadesreduktion som metode i sygeplejen til stofbrugere vil sikre værdige og tilfredsstillende patientforløb.

FORFATTERE

NINA BRÜNÉS, SYGEPLEJERSKE, PROJEKTLEDER 'SOCIAL SYGEPLEJE' KABS VIDEN
NANNA KAPPEL, SYGEPLEJERSKE, PH.D., LEKTOR, METROPOL, KØBENHAVN

REFERENCER:

1. Pedersen PV. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet & Rådet for Socialt Udsatte 2009.
2. Brünés N. Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. København: Projekt UDENFOR 2007.
3. Kappel N. (under udarbejdelse). Udfordrende møder – en undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger. Ph.d-afhandling. Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter.
4. Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 42 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008 (www.sst.dk/publ/Publ2008/EFT/Narkotika/vejledning_stofmisbrugere_juli2008.pdf).
5. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug. EMCDDA 2005 (www.sst.dk/publ/Publ2008/CFF/Narkotika/NarkoRapport_08_web.pdf).
6. Biong S. Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behavior. Doctoral thesis. Nordic School of Public Health. Göteborg 2007.
7. Kjølner M, Sindballe A-M. Euforiserende stoffer. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). Folkesundhedsrapport. København: Statens Institut for Folkesundhed 2007, s.287-98.
8. Rindom H. Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen 2002.
9. Ege P. Stofafhængighed. I: Knudsen T, Thomsen T (red.). Medicinske sygdomme – sygdomslære og sygepleje. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2009.
10. Fich C, Bitsch M. Sår som følge af stofmisbrug. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2004;82:1491-1501.
11. Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U m.fl. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af Sundhed og Sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet 2008.
12. Laslett, AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. Addiction 2008;103:1821-5.
13. Lægemedelkataloget (www.medicin.dk).
14. Cook C, Kanaef N. The global state of harm reduction. Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. International Harm Reduction Association 2008.

SUPPLERENDE LITTERATUR

Pauly B, Goldstone I, McCall J m.fl. The ethical, legal and social context of harm reduction. Canadian Nurse, Vol.103, 8:19-23.