

Respekt og omsorg for



REIDAR HØIFØDT, helsesjef i Tromsø. Lang fartstid som allmennlege og samfunnsmedisiner i Tromsø. En av hovedaktørene i opprettelsen av Tromsø sosialmedisinske senter.

Utviklingen av Sosialmedisinsk senter i Tromsø

Av Reidar Høifødt

Tromsø har ca. 60 000 innbyggere og har som andre byer et antall personer som er sosialt mistilpasset og har større behov for helse- og sosialtjenester en gjennomsnittet, men samtidig vanskelig for å benytte seg av de ordinære tilbudene. Rusmisbruk, psykiatrisk sykdom, lavt evnenivå, i noen tilfeller kombinert med somatisk sykdom ligger ofte bak deres vanskelige livssituasjon. Sosialmedisinsk Senter (SMS) forsøker å gi disse et godt og helhetlig tilbud uten barrierer som timebestilling og lang ventetid, egenandeler og moraliserende holdninger. Senterets historie er spesiell, nåtida vanskelig og fremtida uvisst. Imens gir brukerne positive tilbakemeldinger om at tilbudet er viktig og at de setter stor pris på den omsorg og respekt de møter i senteret.

Bakgrunn:

Det startet med etableringen av et prosjekt i 1987 som ble kalt Tromsø kommunale helsekontor. En hovedoppgave var å begrense HIV/aids-epidemien som man den gang så for seg gjennom en kombinasjon av informasjons- og opplysningsarbeid generelt og omsorg for HIV-positive og risikogrupperne rusmisbrukere og homofile spesielt. Senteret har således helt fra starten hatt både en forebyggende og behandlende funksjon og benyttet seg av både en massestrategi og høyrisikostrategi i sitt arbeid. Kontoret rekrutterte dyktige fagfolk og det har gjennom årene foregått en betydelig kompetanseutvikling, særlig innenfor rusmiddelfeltet og infeksjonsmedisin, etterhvert også sosialfaglig kompetanse.

Den positive utviklingen av HIV/aids-epidemien og den bekymringsfulle utviklingen m.h.t. rusmisbruk medførte etterhvert en dreining av virksomheten mot sosialt vanskeligstilte grupper generelt og rusmisbrukere spesielt. I de første årene var kontoret et helsetjenestetilbud.

Fra 1994 startet en drøfting mellom fagpersoner innen den fylkeskommunale rusmiddelomsorgen, Tromsø kommunale helsekontor og Sosialmedisinsk seksjon, Institutt for samfunnsmedisin, UiTø om modeller for samordning og utvikling av et tverrfaglig sosialmedisinsk senter. Sosialmedisinsk seksjon, UiTø har gjennom hele prosessen vært en viktig pådriver og faglig rådgiver. Etter vanskelige drøftinger kom man fram til en samarbeidsavtale i 1996 mellom Tromsø kommune og Troms fylkeskommune om etablering av SMS som et forsøksprosjekt i 2 år. Etableringen innebar at helsekontoret ble styrket med kommunale sosialtjenester og en fylkeskommunal rusmiddelpoliklinikk. Universitetet kjøper kontorplass i senteret til en liten «toerstilling» og i noen grad praksisundervisning for medisinske studen-

vanskeligstilte grupper

ter. Senteret er dermed et samarbeid mellom alle 3 forvaltningsnivåer. Avtalen er forlenget og senteret er inne i en evalueringsprosess.

SMS i dag

Allmennhelsedelen består av 1 allmennlege, 3 sykepleie-konsulenter og 2 sentermedarbeidere. Den kommunale sosialtjenesten består av 1 sosialleder, 3,5 sosialkuratorer/saksbehandlere, 1 sentermedarbeider og Ruspoliklinikken består av 1 psykolog, 1 psykiatrisk sykepleier og 1 sosial-konsulent. Den kommunale miljøarbeidertjenesten (som bl.a. driver hybelhusene og andre tiltak for rusmisbrukere) er nylig knyttet opp mot SMS, men ikke lokalisert der. Samlokalisert i senteret er det altså ca. 16 årsverk.

Økonomisk dekker den enkelte arbeidsgiver lønn til sine ansatte og øvrige driftsutgifter fordeles andelsvis etter antall årsverk i senteret.

Organisasjonsstruktur og ledelse har vært under kontinuerlig diskusjon. Den store utfordringen har vært i å få de ulike helse- og sosialtjenestekulturene til å smelte sammen. Uten en klar og tydelig felles ledelse har dette ikke vært lett og man har etterhvert akseptert og ansett det som den best mulige løsningen at senteret består av 3 enheter: En allmennhelsedel, en sosialdel og en ruspoliklinikk. Lederne for de 3 enhetene er et lederteam.

Et sentralt punkt m.h.t. kulturforskjellene var knyttet til begrepet lavterskeltilbud. Alle er enige om at SMS skal gi et lavterskeltilbud, men praksis varierer i betydelig grad mellom gruppene. Allmennhelsedelen tar imot uten timebestilling og stiller svært få krav til klientene. De kan bl.a. få konsultasjon uten å oppgi navn og fødselsdato. Journalen får da bare et løpenummer. Dette er en del av historien fra aidsproblematikkens dager med anonym HIV-testing o.l. Sosialdelen og ruspoliklinikken har i større grad timebestilling og krever nok noe mer struktur og motivasjon hos klientene. Noe av denne forskjellen ligger trolig i forskjellen på den type problemer tjenestene løser for klientene.

Definisjoner og mål

I policydokumentene til SMS benyttes følgende definisjon av sosialmedisin:

«Et klinisk tilbud til svakstilte grupper med multiple pro-

blemer og vanskeligheter med å benytte de tradisjonelle helse- og sosialtjenester. I særlig grad vil dette omfatte rusmiddelmisbrukere og personer med psykiske lidelser, men også personer som på grunn av ung alder, dårlig økonomi eller ustrukturert livsførsel har uløste helsebehov».

Målet er at Sosialmedisinsk Senter skal:

- Være et poliklinisk lavterskeltilbud basert på allmennmedisinsk, sosialfaglig og rusfaglig forebygging og behandling
- Særlig rettes mot målgrupper som av ulike grunner ikke nyttiggjør seg eksisterende tjenestetilbud.
- Søke å dekke behov for sosialmedisinske tjenester som ellers ikke er dekket.
- I størst mulig grad ha effekt direkte overfor brukerne.
- Koordinere og integrere tjenestene etter brukernes behov.
- Løse sine oppgaver innenfor gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer.

Holdningen til brukerne har alltid stått sentralt i SMS. Uansett livssituasjon og problemstilling som reises skal de behandles med den samme respekt og verdighet som enhver annen bruker. Utenforstående som besøker senteret blir ofte minnet om hvor lett det er å innta moraliserende og autoritære holdninger til disse gruppene klienter. Holdninger er ikke noe som kan vedtas en gang for alle, men må bearbejdes kontinuerlig i staben. Dette har de faglige ledere vært flinke til. Samarbeidet med frivillige organisasjoner som Kirkens Bymisjon o.a. bidrar også til å opprettholde klient-sentrerte holdninger og unngå byråkratisering.

Hvem bruker senteret og for hva?

Evalueringen ble innledet med en omfattende aktivitetsregistrering i oktober 1998.

Tabell 1

Antall konsultasjoner eller kontakter i oktober 1998.

	Kvinner	Menn	Sum
Ruspoliklinikken	31	40	71
Sosial	9	23	32
Helse	147	153	300
Sum	187	216	403

Kontaktårsakene var rusrelaterte problemer 29%, prevensjon, sos o.l. 28%, trygdemedisinske problemstillinger 17%, andre helseproblemer 14%, og bolig, økonomi 11%, annet 5%.

Senteret driver en del rådgivning overfor ungdom og dette gjenspeiler seg i høye tall for prevensjon, sos o.l. Kondomer og nødprevensjon er gratis. Det er likeså overraskende at så mange ber om hjelp i trygdemedisinske saker. Det er en erfaring at mange trenger en hjelper i kontakten med trygdesystemet. Også overfor den «ordinære» sosialtjenesten oppleves det nyttig at en fra SMS hjelper klienten til rette.

Funksjoner og oppgaver

Selv om det er et uttrykt mål å yte brukerne et helhetlig og samordnet helse- og sosialtjenestetilbud er det et bevisst valg å ikke legge forvaltningen av økonomisk sosialhjelp til senteret. Helsetjenesten foreskriver aldri A eller B-preparater. Disse begrensningene reduserer sannsynligvis konfliktnivået betydelig. Det har så godt som aldri forekommet fysisk utagering eller voldelig adferd mot de ansatte.

I tillegg til den kliniske virksomheten drives det mye forebyggende aktivitet som vaksinasjon mot hepatitt A og B, førstehjelpsundervisning rettet bl.a. mot overdosesituasjoner og generelle kampanjer som f.eks. informasjon om Clamidia og testtilbud til gutter/unge menn. Generelt drives mye smittevern og senteret har bl.a. høy kompetanse på hepatitt C. Et forebyggende program om rus og seksualitet tilbys alle ungdomsskoleklasser. Det gis fortsatt mye undervisningen om HIV og aids og personell fra senteret har bl.a. besøkt Murmansk i denne sammenheng.

Så langt har det vært forholdsvis liten forskningsaktivitet ved SMS, men UiTø ønsker å styrke den sosialmedisinske forskningen og undervisningen i senteret. En mastergradsoppgave (mph) og andre oppgaver innen bl.a. høyere rusutdanning har gått ut fra SMS.

Tromsø har fortsatt ingen klienter på Metadon og organiseringen av et slikt tilbud er ikke endelig fastlagt, men senteret vil selvsagt spille en viktig rolle. Utarbeiding av søknader pågår og når de første starter opp vil prøvetaking og mye av oppfølgingen bli ivaretatt herfra.

Særomsorg eller supplement

Vi har ikke hatt noen grundig og omfattende debatt i Tromsø om konsekvensene av etableringen av en særtjeneste for en gruppe klienter i kommunen. Sosialmedisinsk senter har grodd fram av erkjennelsen av et udekket behov. Det er ikke slik at oppgaver f.eks. er trukket ut av all-

mennlegenes praksis. Det er antakelig slik at dersom SMS ikke hadde gjort disse jobbene ville de stort sett forbli ugjort.

Alle som benytter SMS har også fastlege. Arbeidsdelingen m.h.t. forskrivning av A og B-preparater som er nevnt ovenfor bidrar bl.a. til at fastlegene i mange tilfeller har omfattende kontakt med sine rusmisbrukere. Fastlegene deltar også i ansvarsgrupper og har i mange tilfeller en rolle i prosessen med søknad på behandling. Prinsippet er at vanlig allmennmedisinsk hjelp skal ytes av fastlegen så langt som mulig. Det er imidlertid åpenbart at en hardt presset allmennpraksis har klare begrensninger i sin arbeidsform, rammevilkår og finansieringsmåte i forhold til å takle sammensatte problemer hos denne gruppen. Det er heller ikke rimelig å forvente at alle fastleger skal kunne opprettholde høy kompetanse på rusbehandling, legemiddelassisteret rehabilitering etc.

Vi ser derfor på tiltaket som et supplement og en styrking av den ordinære helsetjenesten snarere enn som en særomsorg.

På sosialsida blir det litt annerledes da sosialkontorene hadde forvaltning av tjenester etter kap. 6 i sosialtjenesteloven inn-til dette ble flyttet til SMS. SMS forvalter som nevnt ikke økonomisk sosialhjelp og klientene har derfor i mange tilfeller også kontakt med sosialkontoret. De ansatte på SMS-sosial er administrativt knyttet til resultatene for sosialtjenester og har et fellesskap med de øvrige ansatte på sosialkontorene. Også sosialtjenesten oppfatter SMS derfor som en styrking av tjenesten og ikke en særomsorg.

Konklusjon

I erkjennelsen av at de ordinære helse- og sosialtjenester i kommunen ikke fullt ut kan dekke behovet til tunge sosialmedisinske klienter har vi valgt å styrke tjenesten med et sosialmedisinsk senter. Vi føler at det er fortsatt mye utviklingsarbeid å gjøre i forhold til faglig innhold og organisering av senteret, samarbeidet med de øvrige tjenester i kommunen, definering av ansvar og oppgaver og videreutvikling av samarbeidsavtalen med fylkeskommunen. Det er vår oppfatning at vi uansett må sikre denne gruppen et styrket tilbud dersom resultatlighet og ikke bare tilbudslikhet er det ideelle målet.

Senteret representerer en medmenneskelighet som våre offentlige tjenester trenger. Det er godt å høre når klientene sier at de føler at de blir sett og hørt på en god måte og at SMS er et lyspunkt og gir trygghet i en vanskelig livssituasjon.