

Sosialmedisinen prioriteres bort

Arne Johannesen, kommuneoverlege i Skien
Cand. Med 1980, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Leder av OLL fra 1998 –
Spesialinteresser: rusmiddelmissbruk, psykiatri, sosialmedisin og helsepolitikk.

Rekrutteringen til allmennmedisin svikter og det stilles spørsmål ved hvilke oppgaver som skal prioriteres når arbeidsmengden blir for stor i forhold til den kapasiteten allmennpraktikeren har til rådighet(1). Det er betimelig å spørre seg da om de som først taper i kampen om allmennpraktikeren tid er de ressursvake, de med sammensatte behov, som krever mer tid enn teknologi(2). I en stresset klinisk hverdag blir det lite overskudd til å prioritere de tidkrevende pasientene som ofte ikke klarer å tilpasse seg de stringente reglene som må gjelde for å holde produktiviteten oppe i privat allmennpraksis. Dessuten krever disse pasientene en type sosialmedisinsk kunnskap som synes å ha vært lite prioritert i helsetjenesten generelt det siste tiåret. I stedet er det pasientrettigheter og autonomi som har stått sterkt, og allmennmedisinen har blitt en passiv mottaker av krav om oppmerksomhet, fra andrelinjetjenesten og pasientgrupper.



Nye løsninger må finnes

Tanken om et senter som skulle ivareta spesielle gruppers behov i Skien tok til å modnes midt på 1990-tallet. Byen hadde hatt et asylmottak med en god helsetjeneste knyttet til seg. Flere av de bosatte flyktningene i byen hadde beholdt kontakten med helsetjenesten og det var bygget opp en betydelig kompetanse hos legen, som kommunen ønsket å beholde. Det ble derfor igangsatt et utredningsarbeid for å samlokalisere ulike tjenestetilbud som hadde det til felles at de henvendte seg til spesielle grupper eller hadde spesialfunksjoner i kommunen. Det ble lagt vekt på at tjenesten ikke skulle bli en særomsorg, snarere et supplement til allmennlegetjenesten, der råd og veiledning til den øvrige helsetjenesten skulle stå sentralt.

Forslaget gikk ut på å slå sammen flyktninghelsetjenesten, smittevernet og en helsestasjon for ungdom. Felles for disse tjenestene var at de var små og derved var sårbare for vakanser, og hadde et lite fagmiljø rundt seg. Forslaget ble vel mottatt, men fikk ikke nødvendig administrativ støtte til å bli prioritert i budsjettssammenheng. For å beholde flyktninghelsetjenesten ble det opprettet et midlertidig kontor med lege og medarbeider. Kontoret var imidlertid svært sårbart ved fravær og vakanser. Det viste seg svært vanskelig å få overført pasienter fra kontoret til allmennlegetjenesten, på tross av at mange av pasientene ikke trengte særskilt oppfølging.

De kommunale samfunnsmedisinske stillingene i Skien har ofte blitt brukt til sosiallegeoppgaver, både av politi, sosialtatt og helsetjenesten for øvrig. Rusteamet, der en av kommunelegene representerte helsetjenesten, begynte i 1996 en systematisk kartlegging av helsetilstand og behandlingsbehov blant rusmiddelmissbrukerne. En hepatitt A – epidemi i 1996 satte ytterligere fokus på behovet for helsetjenester for denne gruppa. En dramatisk økning i antall overdosedødsfall førte til at også sosialministeren fant det nødvendig å stimulere kommuner til å opprette lavterskel-helsetilbud til injiserende stoffmissbrukere. Samtidig ble det igangsatt en

*Helsesekretær Turid Kristiansen
er senterets krumtapp.*

Sosialmedisinsk senter i Skien – særomsorg eller nødvendig supplement til allmennpraksis?

desentralisert metadonassistert rehabilitering der kommunelagen fikk forskrivningsansvar og kommunehelsetjenesten et oppfølgingsansvar. Det ble søkt om midler til oppretting av lavterskel-tilbudet og våren 1999 kunne vi starte å planlegge senteret, som stod klart til innflytting i oktober samme år.

Internasjonalt/sosialmedisinsk senter

Senteret er sentralt plassert i Skien, med lett tilgang fra alle bydeler gjennom offentlige kommunikasjoner, noe som er svært viktig for flyktninger, som ofte ikke har egen bil. Rusmiljøet finnes rett utenfor dørene, der det handles og injiseres. Ungdommen finner også lett veien til senteret. Senteret driver også en omfattende reisemedisinsk virksomhet med vaksinasjon og rådgivning til utenlandsreisende.

To leger er knyttet til senteret. Den ene legen har ansvar for flyktninghelsetjenesten mens den andre legen har ansvar for smittevern, lavterskel-tilbudet, metadonforskrivning, reisemedisin og rådgivning i forhold til helsestasjon for ungdom.

En helsesekretær i full stilling har det daglige ansvaret for senterets drift. En helsesekretær i 60 % stilling bistår denne med blant annet sentralbordfunksjon og laboratorium. To formiddager i uka tas det urinprøver av metadonbrukere og andre rusmiddelmissbrukere, etter oppdrag fra bl. a. barnevern og kriminalomsorg i frihet.

Smittevernkontoret har ansvar for at smittevernlovens bestemmelser blir ivarettatt og har løpende oversikt over forekomst av nominative smittsomme sykdommer. Foruten reisemedisinsk virksomhet tilbyr kontoret influensavaksinasjon og annen vaksinasjon til utsatte grupper, spesielt i forhold til rusmiddelmissbrukere. Kommunens tuberkulosearbeid gjøres også av kontoret. Tre helsesøstre i deltidsstilling ivaretar disse oppgavene.

Helsestasjon for ungdom er nært knyttet til skolehelsetjenesten og har åpent to dager i uka, den ene dagen på kveldstid. Foruten to helsesøstre, som forestår den daglige driften, er det fire turnusleger knyttet til kveldspraksis der prevensjon og smitteoppsporing av seksuelt overførbare sykdommer står sentralt.

Lavterskel-helsetilbudet har ansatt sykepleier som både har helsesøsterutdanning og er spesialutdannet i psykiatri i halv



Moderne reklame gjør «heroin-look» trendig.

Fra New York.

Foto: Torgeir Gilje Lid

stilling. Helsesekretæren i full stilling sørger for at tilbudet er tilgjengelig alle dager i uka, godt hjulpet av helsesøstre som arbeider med smittevern. To dager i uka er lege tilgjengelig for konsultasjon. Oppfølging av metadon-klienter blir også ivarettatt av legen, i samarbeid med primærlege, dersom vedkommende har noen.

Begge legene ved senteret har også bistått sosialtjenesten med utredning av langtids sosialstønadsklienter med henblikk på attføring eller uføretrygd, der det ikke har vært mulig å oppspore en primærlege.

Siste funksjon som er lagt til senteret er koordineringen av oppfølging av selvmordsforsøkere, et prosjekt som ble igangsatt med psykiatrimidler under handlingsplanen for å forebygge selvmord. En sosiolog er ansatt i deltidsstilling for å koordinere arbeidet, der helsesøstre foretar en første oppfølging av selvmordsforsøkere i samarbeid med sentralsjukehuset i Telemark.

Særomsorg eller supplerende spesialfunksjoner?

En kan med rette spørre seg om ikke en slik konstruksjon lett kan bli en særomsorg som letter presset på en anstrengt



Senteret har lyse, moderne lokaler midt i Skien sentrum.

allmennlegetjeneste og samtidig blir mer tilgjengelig for samarbeidspartnere. Presset er stort både fra pasienter, andre kommunale instanser og andrelinjetjenester for at senteret skal ta et primærlegeansvar. I noen tilfeller har det også vært nødvendig. Blant annet er det opprettet et kommunalt botilbud for personer med rusmiddelproblem og alvorlig psykiatrisk sykdom, såkalte dobbeltdiagnoser (se egen artikkel). Det er pasienter som i lang tid har falt mellom alle stoler, der verken rusomsorgen eller psykiatrien har tatt et ansvar, og der primærhelsetjenesten har vært lite tilgjengelig. Her har en av senterets leger måttet ta et primærlegeansvar og bistått boligen, som er heldøgnsbemannet, med medisinsk-faglige råd.

Utgangspunktet er imidlertid at alle som har behov for tjenester fra senteret skal ha en primærlege, og det tilstrebes å skaffe dette så langt råd er. Det er imidlertid vanskelig å få det til for øyeblikket, da allmennlegetjenesten ikke synes å ha kapasitet nok til å ta imot nye pasienter. Kommunen søker å bøte på det nå med å opprette flere hjemler i forkant av innføringen av fastlegeordningen.

Det som synes synes å være en konsekvens er at pasienter som er vanskelig å følge opp fra andrelinjetjenesten blir henvist senteret for oppfølging. I så måte kan framveksten av sosialmedisinske sentre sees på som en naturlig følge av nedbygging av den kliniske sosialmedisinen på andrelinjenivå og primærlegetjenestens manglende evne (og vilje?) til å ivareta disse oppgavene.

I større kommuner kan det se ut som om det er behov for disse spesialfunksjonene. Selv i fastlegekommunen Tromsø har det sosialmedisinske senteret fungert side om side med fastlegeordningen. Flere andre kommuner oppretter lavterskeltilbud for rusmiddelmisbrukere og/eller har spesielle tjenester rettet mot særskilte grupper. Kunsten blir å skape en fornuftig balanse mellom behovet for allmennlegetjenester og spesialfunksjoner. Forenes disse er særomsorgen et faktum og allmennmedisinens rolle kan fort bli undergravet.

Gunnar Strøno skriver i sin leder i Utposten at "fastlegereformen er en historisk og unik mulighet for allmennmedisin til å redefinere faget i forhold til andre- og tredje linjetjenesten, til trykdevesen, til kommunale aktører, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, innad i Legeforeningen og i forhold til pasientene" (3). En redefinisjon bør inneholde en klar forpliktelse til å ivareta også den kliniske sosialmedisin som pasienter på lista vil ha behov for. Da kan sosialmedisinske sentre bli støttespiller og medaktør for å ivareta pasientenes behov, og samtidig være et bindeledd mot den samfunnsrettede sosialmedisinen, som vil være samfunnsmedisinerens ansvar i kommunehelsetjenesten.

Referanser:

1. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Legefor 1999; 119: 3547-8.
2. Westin S. Tid for å gjenetablere særomsorger? Tidsskr Nor Legefor 2000; 120: 1613
3. Strøno G. Jalan jalan. Utposten nr. 4 2000; 1