

Gatehospitalet

AV IVAR SKEIE

Storbyer trekker til seg marginaliserte grupper. Dette gjelder ikke minst de tunge stoffmisbrukerne. Storbyen gir muligheter for å leve et liv som i stor grad avviker fra det «vanlige», det er lettere å finne en plass i en subkultur, og det er lettere å stikke seg vekk og forsvinne i mengden. I Norge gjelder dette særlig Oslo, og bortimot halvparten av landets tunge – i hovedsak injiserende – stoffmisbrukere bor her, ikke minst mange av dem med de største helsemessige og sosiale problemene.

Marit Myklebust, foran inngangen.



FOTO: IVAR SKEIE

Det er en gammel sannhet at det er bedre å være frisk og rik enn fattig og syk. Mange tunge stoffmisbrukere er både fattige og ofte alvorlig syke. En kombinasjon av dårlig ernæring, en vanskelig sosial livssituasjon og helseskader av rusmiddelbruk medfører ofte alvorlig sykdom som krever langvarig og omfattende medisinsk behandling. Sykehuse-ene tar seg stort sett av disse pasientene når de er kritisk syke, men det er ellers en utbredt erfaring at det ordinære helseapparatet i liten grad klarer å møte denne gruppas behov. Derfor er det de siste årene opprettet såkalte lavterskeltilbud på sida av fastlegesystemet i en rekke byer, og i Oslo – som klart har de største problemene – er det opprettet en egen institusjon for alvorlig somatisk syke stoffmisbrukere, Gatehospitalet.

Gatehospitalet ligger på Enerhaugen i Oslo og ble startet før jul i 2004. Det drives av Frelsesarméen finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, foreløpig som et prosjekt ut 2007. Utposten har vært på besøk og Marit Myklebust, som er leder for Gatehospitalet, forteller:

– Gatehospitalet er en helseinstitusjon og har sykehuspreg og målgruppen er alvorlig syke stoffmisbrukere som trenger et sted å være for å kunne motta nødvendig medisinsk behandling, men som ikke trenger å være i sykehus. Noen kan være her for å fullføre langvarig antibiotikabehandling etter sykehusopphold, andre for å få sårbehandling. Vi har ni til ti senger, belegget er stort sett 80 prosent, slik at vi har en viss fleksibilitet til å ta folk inn på kort varsel. Gjennomsnittlig liggetid er 23 dager for menn, 16 dager for kvinner.

– *Hvem henviser pasientene til dere?*

– Omtrent 40 prosent av pasientene kommer fra sykehuse-ene, vi har veldig godt samarbeid med dem, men vi må passe på at de ikke overføres til oss for tidlig. Ca. 40 prosent henvises fra feltpleiestasjonene, og noen få fra Legevakta. Bare en til to prosent henvises fra fastlegene, det viser vel kanskje at fastlegene ikke har så mye kontakt med denne gruppa. Vi prøver å hjelpe en del pasienter til å skaffe seg fastlege, det er ofte ikke lett. Ikke sjelden møtes vi med at

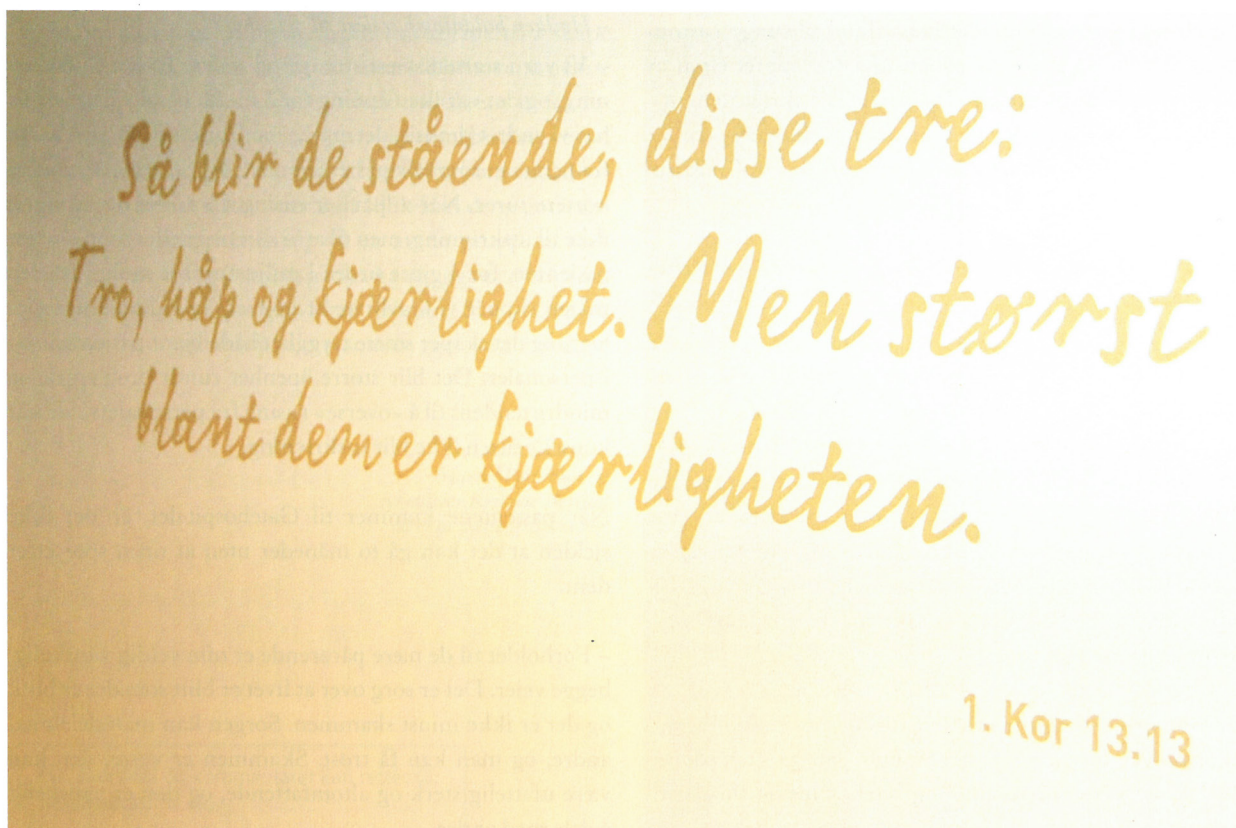


FOTO: IVAR SKEIE

«legen tar ikke metadon-pasienter», vi har til og med fått høre «vi har vedtak på å ikke ta slike pasienter her». Da er det ikke så greit. Andre fastleger samarbeider vi godt med, det gjelder særlig LAR-pasienter. Om lag ¼ av våre pasienter er i LAR, mange av dem bruker amfetamin og piller i tillegg til LAR-medisinen. Vi syns vi ser særlig mange amfetaminbrukere med stygge venøse leggsår. Det som går igjen hos de fleste pasientene er sår, infeksjoner, underernæring og «helsemessig kollaps».

– *Hvordan er bemanningen?*

– Vi har 12 sykepleierstillinger, to av disse er bemannet av hhv. en hjelpepleier og en teolog. Vi hadde 180 søkere til stillingene! Vi har en legestilling fordelt på tre leger, samt rengjøringspersonale og kontormedarbeider.

«Helsemessig kollaps» og underernæring er sentrale stikkord på Gatehospitalet. Derfor er ernæring en viktig del av behandling og rehabilitering, og spiserommet er det sentrale møtepunktet i avdelingen. Her inntas alle måltider, og pasienter og ansatte spiser sammen. Dette er viktig for å skape et godt miljø.

Det er færre kvinner enn menn som er pasienter her, og kvinnene er her kortere og de skriver seg oftere ut før behandlingen er avsluttet.

– *Hva ser dere som grunnene til dette?*

– Det kan være sammensatt. Kvinnene er mer preget av skam og dårlig samvittighet og følelse av å ha sviktet personer som står dem nær, enn menn i rusmiljøet. Dessuten har de oftere selv opplevd svik og overgrep, og mange har vonde erfaringer fra prostitusjon. Dette kan gjøre det vanskelig å være et sted hvor de ikke ruser seg, det blir vanskelig å forholde seg til en vanskelig fortid. Dessuten har de ofte forpliktelser utenfor institusjonen, det kan være halliker, kjæresten, gjeld som skal betjenes – dette kan trekke dem vekk. Noen kan også føle seg utrygge i institusjonen, fordi miljøet er mannsdominert. Generelle kjønnsrollemønstre, der kvinner er opplært til å gi og menn til å motta omsorg, er ofte sterkere i rusmiljøer enn ellers, og dette kan gjøre det vanskeligere for kvinner å slå seg til ro den tida det trengs for å gjennomføre nødvendig behandling.

– *Kan dere påvirke dette?*

– Vi syntes dette var såpass viktig og vanskelig at vi fikk gjennomført en ekstern studie om dette¹, og konklusjonen er blitt at vi ønsker å opprette en egen avdeling for kvinner.

¹ Kvinners behov – Et tilpasset tilbud til kvinner ved Frelsesarméens gatehospitalet, NIBR 2007, Evelyn Dyb, http://www.frelsesarmeen.no/nedlast/200701261939032_FA%20rapport_kvinnerns_behov.pdf

Utredningen om et «utvidet helsetilbud til tunge rusmisbrukere» fra 2002 som la grunnlaget for opprettelsen av Gatehospitalet, bar tittelen «Det verste er å skrive dem ut – til gata». Den hentydet til sykehusenes dilemma når de skrev ut mer eller mindre «ferdigbehandlede» stoffmisbrukere.

– Men står dere ikke litt i samme situasjon selv når dere skriver ut pasientene?

– Både ja og nei. Vi fyller et viktig behov som sykehusene ikke kan fylle, og det er viktig. Men det kan være et dilemma å skrive pasientene ut herfra til et kaotisk liv med mangelfull oppfølging. Her ser vi svære problemer i Oslo, ikke minst når det gjelder dårlige LAR-pasienter. LAR har vært et veldig gode for mange pasienter, men det krever et helhetlig opplegg med vekt på rehabilitering, omsorg og bolig. De dårligste burde få tilbud om å bo i forsterkede, bemannede botilbud, vi mangler viktige biter i behandlings- og omsorgsskjeden.

Husordensregler er ofte problematiske i rusbehandlingsinstitusjoner. Ofte skrives pasienter ut til gata hvis det påvises rusing, og påbegynt behandling settes kanskje tilbake til start.

– Hvilken holdning har dere til dette her?

– Vi var i starten svært strenge og rusing førte til utskrivning, og det var liten åpning for å motta besøk. Etter hvert har vi endret praksis, det er noe mer rom for å ta mot besøk fra personer som står pasienten nært, og vi følger dem ut på kortere turer. Når vi påviser rusing, fører det nå vanligvis ikke til utskrivning, men til at vi skjermer eller omplasserer pasienten, for å gjøre uroen i miljøet minst mulig. På den måten slipper vi å avbryte et nødvendig behandlingsopplegg, og det skaper større trygghet både blant pasientene og i personalet. Det blir større åpenhet rundt problemet, og mindre tendens til å «overse» rusing fra personalets side når konsekvensen ikke blir utskrivning.

Når pasientene kommer til Gatehospitalet, er det ikke sjelden at det kan gå to måneder uten at noen spør etter dem.

– Forholdet til de nære pårørende er ofte veldig vanskelig, begge veier. Det er sorg over at livet er blitt som det er blitt, og det er ikke minst skammen. Sorgen kan man dele med andre, og man kan få trøst. Skammen er verre, den kan være ufattelig sterk og altomfattende, og den er vanskelig å dele med andre.

Tre utredninger om Gatehospitalet.



Gatehospitalet er et viktig og spennende forsøk på å skape en helseinstitusjon som er formet etter de behovene denne pasientgruppa har. Ved å legge forholdene til rette ut fra deres særegne behov, og ikke kreve at «de» skal bli som «oss», kan de gi nødvendig behandling til pasienter som andre deler av helsevesenet ikke evner å nå. Slik kan de gi god omsorg og nødvendig helsehjelp til en av de gruppene som trenger det mest. Og Gatehospitalet kan bygge opp erfaring og kompetanse som kan gis videre til andre. For vi trenger utvilsomt flere «gatehospitalet» som bygger på de samme prinsippene.

Marit Myklebust og sykepleier Kristine Berstad på et av pasientrommene.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ivskeie@online.no



FOTO: IVAR SKJEI

FÜRST

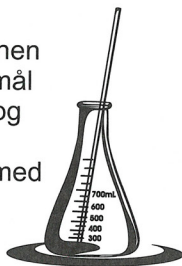


Utfyllende informasjon
og oppdatert blåbok på
www.furst.no

Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

Fordeler ved å velge Fürst

- akkreditert laboratorium med fokus på kvalitet
- hyggelige og imøtekommende medarbeidere som prioriterer service
- tilgjengelig fagkompetanse innen medisinske og laboratoriespørsmål
- kurstilbud innen prøvetaking og enkelt laboratoriearbeid
- IT-støtte og råd i forbindelse med elektroniske tjenester
- tilbud om hentetjeneste
- kundestøtte som gir råd og veiledning rundt prøvetaking og andre praktiske problemer



Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

For flere opplysninger

Kontakt markedsgruppen, tlf 22 90 96 69 eller markedsgruppe@furst.no

Hovedkontor:

Søren Bulls vei 25, 1051 Oslo
Tlf 22 90 95 00 - Fax 22 90 96 06
Sentralbord betjent til kl. 16.00

Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

Furuset: Søren Bulls vei 25
Oslo Sentrum: Dronningensgt. 40
Majorstuen: Kirkevn. 64B, 3. etg.
Ski: Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)
Sandefjord: Holmbrua 2 (Søbergkvartalet)

Ansvarlig lege: Dr. med. Marie Buchmann, spes. i medisinsk biokjemi og klinisk farmakologi