

Referat gruppe 1- Samhandling i forhold til forebygging og tidlig innsats

Sikre best mulig samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved å opprette tverrfaglig team jmf. ROS.

2 stillinger fordelt på 5 kommuner, en kommunal stilling eks. fra psykisk helse/helsestasjon og en stilling fra spesialisthelsetjeneste med ruskompetanse.

Teamet må faste dager ute i kommunene, der saker drøftes og pasienter følges opp. Teamet utfører på bestilling.

Dette teamet sikrer:

- Samhandling og koordinering
- Oppfølging-behandling og ettervern
- Spre informasjon(kompetanseutveksling)
- Innhenter kompetanse fra andre steder i 1. og 2.linje tjenester etter behov.

VIKTIG: Ha forankring i ledelse.

Riktig person på rett plass.

Referat fra gruppe 2 – samhandling mellom kommuner og DPS i fht behandling

Det vi har i dag:

Ansvarsgruppemøter rundt enkeltpasienter/brukere

Samarbeidsmøter rundt enkelt pasienter/brukere

Faste samarbeidsmøter med kommunene – 5 dager pr. år. 2 fra Poliklinikk Otta i hver kommune, alltid en lege med. Samtaler med pasienter, drøftinger og veiledning på NN-saker og felles pasienter. Unntaksvis veiledning på saker som ikke er i DPS – systemet (kan for eksempel være tidligere pas.)

Tiltak:

Det er et ønske fra kommunene(psykisk helsearbeid) om oftere samarbeidsmøter med poliklinikken, etter samme modell som nå. Foreslått en dag i måneden, der ansatte med ulik kompetanse møter, for eksempel, også ansatte i rusmiddelteam. Evt. egen dag i kommunene for rusmiddelteam.

Det er også ønske fra psykisk helsearbeid i kommunene at de kan ta større del i utredningsfasen ved poliklinikken. De motiverer og oppfordrer gjerne til behandling ved DPS, men får ikke info fra poliklinikken under utredningen. Det kan være at pas. har behov for ekstra oppfølging i en slik fase, og det kan være greit for den som følger opp lokalt å være mer ”oppdatert”. Et forslag er at kontaktperson i kommunen deltar i en av de første timene ved poliklinikken, for å sikre en smidig overgang.

Det kan være en fordel at henvisningen til DPS inneholder info om hvem som er inne i bilde fra det lokale hjelpeapparatet, og om pasient ønsker at det tas kontakt der ved behov. Ofte opplever en at pas. ikke møter, får ikke tak i dem på tlf, og det blir usikkerhet om hvorvidt pas. ønsker behandling, eller om helsetilstanden er forverret slik at det er vanskelig å møte.

Bruk av videokonferanse for å kunne ha hyppigere kontakt i oppfølgingen av enkeltpasienter. Det er lange avstander, og det går mye tid på reising til og fra møter.

Dersom IP skal brukes, bør den brukes konstruktivt, og være et aktivt redskap på ansvarsgruppemøter.

Det er innimellom behov for oppfølging av pasienter fra hjemmesykepleien under et behandlingsforløp. Vi har erfaring med at det kan være noe vegring mot å gå inn hos ruspasienter.

Det kan være usikkerhet på hvordan forholde seg til disse pasientene eller følelsen av å ikke ha nok kunnskap om problematikken. Vi ser på hjemmesykepleien som en viktig samarbeidspartner!

Ønsker om at LMS også kan ta inn rus/psykiatri-pasienter.

Vi kom også inn på hvordan nå unge som sliter, få dem inn i et behandlingsopplegg. Forslag om å nå dem der de er – dvs på nett, ha en type chatte-tjeneste eller en app, der du får den informasjonen du trenger om hjelpeapparatet i distriktet. Ikke fokusere på diagnoser eller tung problematikk, men heller på det å føle at en ikke helt mestrer livet. Eller enkel informasjon med tlf. nr du kan ringe eller sende sms til. Også viktig å reise ut til ungdommen og "vise seg fram", da har de ansikt å forholde seg til, gjør det litt tryggere å ta kontakt.

Oppsummering gruppe 3 – samhandling mellom kommuner og DPS i fht oppfølging/ettervern

Det skulle vært representanter fra Nav(ledelse) på rusforumet. Det er viktig at noen samarbeider inn mot bl.a. Nav i forhold til sosialfaglig oppfølging.

Nav er gode på økonomi. Det er mest symptombehandling i Nav.

ROP-retningslinjer må på plass med ansvar og rutiner.

Mindre byråkrati i oppfølging. Krever systematisering i samhandlingen mellom tjenestene.

Bruke ressursene på de plassene folk(pasienter/brukere) er. Det trenger ikke være sykepleiere eller hjelpepleiere, etc.

Møte med personer i behandlingsapparatet;

-Hvordan blir man møtt?

-Hvordan blir man behandlet?

Ikke bland personer som ruser seg, med de som er rusfrie etter behandling(bolig/møteplasser).

Se på hvordan systemene er bygd opp i kommunene.(Ref. tilsyn i 2014)

Det er for mye fokus på at en ikke har nok ressurser, selv om en vet at søknadene(behovet) kommer.

Fra brukersynspunkt virker det som søknader om hjelp avvises før de kommer.

Det er behov for mer kursing/mer kunnskap om rus.

Alle sier det er umulig, men det er nok kompetanse i kommunene til at vi kan få det til.

Boligsosialt: Skal den som kommer ut fra behandling, tilbake til fellesbolig med aktive rusmisbrukere?

Det er behov for intermediære senger(LMS) for akutt rus og psykiatri.

Innspill og forslag til tema neste rusforum;

Tema: Avvikshåndtering, dokumentasjon ved rus/psykiske lidelser

Viktig å få med adm. Ledelse når neste rusforum planlegges.

Få med hjemmesykepleien og Nav.

Oppsummering gruppe 4 – tidlig innsats rettet mot unge voksne, voksne og eldre:

Utfordringer og tiltak

- Vanskelig å fange opp bl.a. fordi de som har problemer er gode til å skjule det, de ruser seg hjemme (en «usynlig» gruppe) –**mer kompetanse om symptomer i tidlig fase**
- Vanskelig å ta opp bekymring bl.a. fordi det er tabubelagt, «vi tør ikke spørre» -**opplæring, vær mer direkte,**
- Legens arbeidsbetingelser med stykkpris stimulerer ikke til å ta opp rusmisbruk som kan bli tidkrevende å følge opp der og da, manglende finansiering av forebyggende arbeid –

jobbe «oppover i systemet» for at legene ikke skal gå i minus når de jobber forebyggende og bruker god tid på pasientene

- For lite kunnskap om symptomer i tidlig fase – opplæring bl.a. til de som jobber i hjemmebaserte tjenester
- For mye utskriving av vanedannende medikamenter, lett vintilgang til avhengighetsskapende midler (bl.a. via internett) –sørge for at leger får støtte i forhold til «ruspress», etablere tverrfaglige grupper der legemiddelhåndtering er tema, pasientsikkerhetskampanjer
- I små kommuner kjenner alle alle – noe som gjør det mer utfordrende å melde fra om bekymring og å jobbe med utsatte personer –interkommunale ordninger (skaper mer avstand til brukerne)
- For lite tilbud / aktiviteter i små kommunene, mye ensomhet og sosial isolasjon – etablere flere rusfrie møteplasser (eks. møteplasser som treffer unge voksne der de er – data, opprette sosiale nettverk, «Heavy Mental Camp» Skjåk, matkurs for eldre menn som bor alene, Skjåk)
- Samhandling DPS og lokal psykiatritjeneste – **sette i gang med prosjekt etter mal fra «Prosjekt ROS» - Helge drar det i gang!!!**

Generelle tiltak: Bruke personer som har personlig erfaring i arbeidet. Involvere brukerne. Stille krav ved oppfølging/behandling. Medmenneskelighet, nærhet og forståelse – og det lille ekstra. Rus som tema i flere helsesamtaler (helsesøster, BHT, lege, hjemmetjenesten). Bruke individuell plan. Bruke Utviklingssenter for hjemmetjenester til kompetanseheving og kvalitetsutvikling.