

Innspill til Rusbehandlingsutvalget fra Lillestrøm kommune



Innspill til Rusbehandlingsutvalget

Lillestrøm mellom Oslo og Gardermoen

Organisering av psykisk helse og avhengighetstjenester i Lillestrøm

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

Både spesialisthelsetjenesten og kommunen har gode behandlingsmodeller for å håndtere problematikken i forløp 1 og 2, tidvis overlappende tilbud:

- Like tilbud i kommunen og spesialist: For eks. ebehandling eller Assistert selvhjelp (Trigga)?
- Ønskelig med tydeligere arbeidsfordeling, hva er spesifikke spesialistoppgaver?
- Vi opplever at der digital behandling fungerer godt for noen, men det er mange som ikke klarer å benytte seg av dette, kan handle om utstyr til å bruke plattformen, dataferdigheter eller manglende ferdigheter til å sette i gang behandlingen på egen hånd (overstimulering)

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

- Mye av helsetilbudene i psykisk helse og avhengighetsfeltet organiseres på en slik måte at det er de godt fungerende som klarer å benytte seg av tilbudene. For eks. poliklinisk oppfølging krever at bruker gjennomfører en digital kartlegging i forkant
- Mulig utviklingsområde: Felles inntaksteam spesialisthelsetjeneste og kommune?

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

Veileder: Psykisk helse og rusarbeid for voksne

Forløpstenkning: *Kommunen bør i samarbeid med spesialisttjenesten tilby kunnskapsbasert behandling til alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse og rusproblemer.*

Vi opplever manglende samarbeid rundt forløp 3 brukere

Forløp 3: Hvilken rolle skal spesialisthelsetjenesten ha i disse saker?

Poliklinisk behandling/utredning ofte vanskelig.

Er veiledning nok? Eller er det en ansvarsfraskrivelse?

Kriteriene til (langtids)behandling i spesialisthelsetjenesten ovenfor forløp 3 brukere

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

- **Forløp 3 brukere**, kommunen blir alene med ansvaret når brukeren ikke har mål om rusfrihet, eller har et kaotisk liv
- Når brukerne ikke får pasientrettigheter og langtidsbehandling, og klarer ikke å benytte seg av poliklinisk behandling- hva blir tilbudet: arenafleksibel spesialisthelsetjeneste eller avrusning og kjøpeplass
- Ønskelig med **felles forståelse og tydelighet fra myndighetene** (og økonomiske virkemidler hvis det er kommunen som skal håndtere alene)
- Ønskelig med **forpliktende samarbeid** mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten når bruker ikke får pasientrettigheter

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

ROP

- Rus og psykisk helse utfordringer, utredningsmuligheter arenafleksibelt?
- Brukere trenger lengre behandlingsopphold, vi opplever få behandlingstilbud og lange ventelister.
- Mange av våre ROP brukere får ikke pasientrettigheter, eller klarer ikke å benytte seg av polikliniske tilbud, og dermed blir det kommunen som skal håndtere disse. I kommunen erfarer vi at tverrfaglig, arenafleksibel behandlingsteam fungerer godt
- Dårlig fungerende brukere trenger medisinsk kompetanse og spesialistkompetanse

LAR: hva slags rolle skal spesialisthelsetjenesten ha? Er det koordinering eller kontroll?

- Vi opplever at spesialisthelsetjenesten i Nedre Romerike tar ansvar bare for medisinerings, resten skal kommunen koordinere og rapportere til LAR.
- Vi erfarer å ha LAR møter 2-3 ganger i året hvor kommunen forteller hvordan vi har jobbet med brukeren.
- Hvilken rolle skal kommunen ha i LAR samarbeidet? Kommunen kan ikke ha brukere som vi ikke møter, det gir en falsk trygghet. Kommunale tjenester er frivillige og hvis bruker ikke ønsker ruskonsulent, blir tjenesten avsluttet.

Innspill til Rusbehandlingsutvalget

- Integrert ettervern: Hvor langt går koordineringsansvaret når flere av brukerne klarer ikke å delta i introkurs og blir dermed utskrevet fra spesialisthelsetjenesten
- Flere og flere får avslag på døgnbehandling, spesielt de med alvorlige lidelser og kanskje flere behandlingsforsøk jmf. kriteriene om kost nytte og nytteverdi
- Tilbud til de med voldsproblematikk?
- Eldre og rus, er det bare kommunalt anliggende?
- Gravide og tvang, samarbeid og ansvarsfordeling

Innspill til Rusbehandlingsutvalget: Økonomiske virkemidler

Samarbeid med brukerorganisasjoner og frivilligheten:

- Vi har godt samarbeid med Alarm som tilbyr snugruppe, fredagskafe og mentortjeneste
- Lavterskeltilbud i samarbeid med Kirkens bymisjon, bl.a. feltpleie

Samhandlinsmodeller:

- Vi har god erfaring med **FACT** (psykose), og har tro på at FACT kan være en god samhandlingsmodell også for denne gruppen (kostnadseffektivt)
- **Integrerte helsetjenester** en er annen modell som prøves ut, og vi har tro på modellen, men det er en utfordring på spesialistsiden... Flere avdelinger, flere spesialiteter, manglende samlokalisering skaper utfordringer.

