

Innspill fra ruskonsulenter/fagkonsulenter i Oslo kommune til rusbehandlingsutvalget

1. Hva opplever rus- og fagkonsulentene som hovedutfordringer innen rusbehandling (TSB, LAR), sett fra bydelens/rusinstitusjonens perspektiv?

- Utskrivelse grunnet tilbakefall eller symptomer på det lagt for.
- gjensidig forventningsavklaring av berørte eller involverte parter (rammet, kommunikasjon, informasjonsutveksling)
- informasjon om videre behov som kommunen skal følge opp følger ikke pasient
- behandlingstid
- Vi opplever det som utfordrende at pasientene får kortere pasientløp.
- Vi opplever at det er vanskeligere å få døgnbehandlingstilbud og at flere kun får tilbud om polikliniskbehandling.
- Informasjonsflyten mellom kommunen og behandlingsinstitusjonen når en pasient er inneliggende. Kommunen opplever at behandlingsinstitusjonen ikke har interesse for kommunens kjennskap til pasienten og pasientens situasjon. Det oppleves også som utfordrende å få informasjon fra behandlingsinstitusjonen om hva som har skjedd i løpet av tiden i behandling som kommunen kan jobbe videre med etter endt behandling.
- Overgangene oppleves som særlig sårbare – dette gjelder særlig veien ut fra institusjon
- Viktig med god samhandling i forløpene
- Det er en opplevelse samarbeidet er alt for personavhengig, oppleves at det er for lite bindene forpliktelser
- Savner tydeligere struktur og rammer i forløpene, oppleves vilkårlig fra institusjon til institusjon. Atferd kan tåles et sted, men føre til utkastelse et annet sted. Variabelt hvordan viktig informasjon deles osv.
- Erfaringer med at det kan virke som om informasjonsdeling glipper internt på enkelte institusjoner også. Eksempelvis kan noe kommuniseres fra ledelse/toppen, men utføres eller være helt annerledes ifølge ansatte «på gulvet».
- Får ikke epikriser (dette sendes til henviser. Det er ikke gitt at det er bydelen/ruskonsulenten får informasjon, Det er ikke bare å innhente samtykke fra bruker. Bydel får ikke henvist til døgn, og dermed ikke får epikriser selv om det er bydelen som skal følge brukeren opp etter behandling. Får dermed heller ikke beskjed om avbrutt osv på lik linje som den som har henvist til døgn.) Bydeler blir ikke involvert eller informert om utskrivelser
- Det er ikke alle som har en reell mulighet til å få en plass i TSB f.eks eldre med kognitive utfordringer som får avslag med en gang. Samme gjelder for brukere med psykisk uhelse. Samme gjelder med unge som har hatt tidligere tilbud, men da ikke klart å nyttiggjøre seg ikke får mulighet igjen. Samme når det kommer til brukere skal være så stabilisert før de får tilbud. Det er ikke noen muligheter til å kunne stabilisere når det ikke er tilbud. Det stilles derfor spørsmål om man kan stille slike krav om hvor stabilisert de må være før de kan få et tilbud.

- Bedre forsvarlighetsvurdering av avsluttede tilbud - bydelene får sjelden beskjed om akutt.
- De kan ikke velge nivå selv. Når bydelene henviser til døgn, så blir det vurdert at det skal gis et tilbud på poliklinisk. Dette er misvisende i og med at de er henvist til døgn, og ikke til poliklinisk. Feil i statistikken og feil tall som igjen gir et feil bilde av situasjonen.
- Erfarer at det må være en klar plan som foreligger til etter
- De som har LAR - der ber bydelene om at LAR henviser. Det gjør at det lettere å få innpass, og mindre sjanse for avslag
- Det er for mange ledd og litt virksomhet over det hele som gjør at det er uoversiktlig
- Nav sosial ønsker ikke å dekke egenandelen for poliklinisk behandling. For mange blir det dyrt å betale/de kan ikke prioritere det. De betaler ikke, og det går til inkasso osv.

2. **Hvordan opplever rus- og fagkonsulentene at samhandlingen mellom kommunale tjenester og TSB/LAR fungerer?**

- LAR: Lettere samarbeid, medikamentvalg oppleves at er et reelt valg. LAR oppleves som uoversiktlig og vanskelig å få tak i.
- TSB: der ruskonsulent har henvist er det lettere med deltagelse og involvering i behandlings forløpet
- Noen ganger får kommunen ikke informasjon fra (TSB) institusjonen om (akutte)utskrivelser før noen dager etter utskrivelse.
- Bydel får av og til henvisninger fra avgiftningen (Aker), institusjoner eller ruspoliklinikkene om behov for ruskonsulent. Det er ikke beskrevet hva behovet er og hva som er ønskelig at en ruskonsulent skal bistå med. Pasient er ofte ikke involvert i utformingen av disse henvisningene. Vi ønsker heller at disse instansene skal ta kontakt og be om et felles kartleggingsmøte.
- Samarbeidskvaliteten oppleves person og institusjonsavhengig.
- Igjen: det er en erfaring med at samhandlingen er veldig personavhengig eller avhengig av enkelt institusjon. Dette fører til at enkelte ansatte er veldig fleksible og strekker seg langt for brukere/pasienter, mens andre har lavere terskel for utskrivelse eller er mer utfordrende å opprettholde et samarbeid med.
- Erfaring av flere innenfor tjenestene er fleksible og tilgjengelige
- Oppleves at det kan være uavklarte ansvarsområdet
- Flere steder en opplevelse av at det ikke er nok ansatte, mye å gjøre. Ville flere ansatte gjort det enklere å være fleksible? Eks. i større grad å kunne følge brukere til avtaler, være tilgjengelige ved akuttsituasjoner, arbeide ad-hoc? Dette gjelder både TSB/LAR og bydel.
- Erfaring med at LAR samarbeider lettere med egne (Voksen/Ung). Er dette på grunn av forskjellig fagsystem? Skal ha hørt noe om det..
- Fungert bedre når det fantes flere kommunale plasser (som Fredheim, Tyrili, Guts).
- Det er forskjeller - oppfølgingen fra de ideelle er mer hands på. De er bedre på forvern og ettervern, samt involvering av bydeler er bedre. De gangene bydelen er informert om tilbudet, fungerer samarbeidet mye bedre med de ideelle. Bydelen er avhengig av at de får beskjed da de ikke henviser til døgn. Det er derfor behov for at dialogene mellom bydelen, henviser og behandlingsstedet er tilstede.

3. Hva er erfaringene med samarbeid med private/ideelle aktører som driver rusbehandling?

- Både og negative erfaringer - veldig variable erfaringer med private/ideelle aktører.
- ideelle kan i større grad enn HF'et «velge» hvilken pasient de gir tilbud til og dermed er det enkelte pasienter som faller utenfor behandlingstilbudet som kunne vært riktig for dem. Dette gir ikke likeverdige tjenester.
- Erfaringene er varierende. Noen aktører er flinke til å ta kontakt og etablere samarbeid tidlig i forløpet og kalle inn til jevnliges ansvarsgruppemøter. Andre tar ikke kontakt og ruskonsulentene må etterspørre samarbeid og informasjon.
- Erfaringen er at det ofte oppleves at private/ideelle aktører er bedre på samhandling enn sykehusets eget tilbud.
- God erfaring med modellen og samhandling innad på Tyrili. De er fleksible og muliggjør gode overganger mellom ulike tilbud internt i Tyrili – eks fra Skien, til Kampen, til Arena, deretter til poliklinikk eller tilsvarende. God oppfølging i forkant av innleggelse/ventetiden.
- Erfaring med at beskrevet/kommunisert innhold i behandlingen ikke alltid samsvarer med det reelle tilbudet. Svarer ikke til forventningene. Eksempelvis erfaring med enkeltsaker der tilbud som skal kunne håndtere ROP-lidelser skriver ut bruker pga. symptomtrykk brått og uten annet tilbud etterpå. Pasienter risikerer å få uheldige epikriser som henger ved og som, pga. innhold, vanskeliggjør ny behandling.
- Viktig med forutsigbarhet i tjenestene som man får, særlig mtp. LAR i døgn.

4. Hvordan kan økonomiske virkemidler innrettes for å oppnå best mulig samhandling mellom kommune og TSB?

- Poliklinikk og egenandel gir utfordring for pasienter med trang økonomi, og fører til ikke likeverdig helsetjeneste
- forslag: uføretrygd ikke nedjustert dersom man er i døgnbehandling over 3 måned
- forslag: vurdere egenbetaling ved fastlegekontoret
- forslag: kommunalt frikort hvor egenandel opp til frikort satsen er opptjent blir betalt/gitt bistand til.
- Betale for at alle aktører kan kommunisere digitalt i Geric/Dips.
- Øremerkede midler for sengeplasser i TSB.
- Avskaffe egenandel i poliklinikk
- Drømmescenario: flere ansatte overalt!
- Som nevnt: muliggjør overskudd til å gi og oppfølging samt. fleksibilitet.
- Midler til gjennomgående kompetanseheving for å skape felles behandlingskultur. Erfaring med at det enkelte steder henger ved gamle holdninger og metoder som kan være uheldige. Sikre at alle ansatte «jobber samme vei».
- Øke kulturforståelsen hos de ansatte. Særlig erfaring med at pasienter uten god nok norskspråklig kunnskap blir tapere i behandlingen eller ikke får gjennomført. Tilgang til flerspråklige behandlere? Bedre tilgang til benyttelse av tolk?
- Styrke terskelen for tilbakefall med bedre skjermingsavdelinger og støtte ved dette, ikke umiddelbart skrive ut pasienter.
- Egenandel er et problem. Det gjør at man ikke går dit. Det var f.eks. annerledes med Oslo poliklinikk - det var gratis

- Alle institusjonene/behandling burde ha oversikt f.eks en koordinator som informerer om oppfølging/kontakt/samhandling med bydeler, osv. Slags etterløpskoordinator på lik linje som

5. Hva opplever rus- og fagkonsulentene som de viktigste utfordringene knyttet til spesielle grupper, for eksempel barn og unge og personer med samtidig rus- og psykiske lidelser?

- Det er ikke nok ROP plasser, da de aller fleste med rusavhengighet har utfordringer i forhold til psykisk helse
- utfordringer i forhold til sosiale media på/rettet mot barn og unge, lett tilgang på levering av rusmidler. Lystgass selges «over alt»
- Penger til å kjøpe.
- Rusmidlene fremstår attraktive for barn og unge. «Sminket» som godteri eller leker
- Beskriv behov ved henvisning så kan vi definere tjeneste
- Lite plasser til ROP pasienter, særlig der hvor det foreligger voldshistorikk.
- Behandlingstilbudet for personer under 18 år er for lite kjent i kommunen.
- Det er behov for bedre behandlingstilbud for personer med minoritetsbakgrunn. Behandlingstilbud som er mer kultursensetivt og bedre kan tilrettelegge ved språkutfordringer osv.
- Kvinner trenger fortsatt egne behandlingstilbud i TSB. Kun Arken pr i dag.
- ROP-lidelser oppleves å fremdeles ofte falle mellom to stoler og ikke få tilstrekkelig behandlingstilbud
- Ofte utfordrende å få behandlet rusutløsende psykoser. Erfaring med at psykiatrien ofte nekter å behandle disse.
- Erfaring med de unge brukerne: tendens til at behandlingsinstitusjonene blir veldig bekymret for disse pasientene og hurtig kan etterspørre § 10 -2 uten at bydelen opplever at det er vilkår for dette, eller kjenner saken. Bydelen ønsker deltakelse i sakene før bekymringen går så langt. For øvrig dårlig erfaring med gjennomføring av denne formen for tvang hos så unge pasienter.
- Unge pasienter: viktig med fleksible tilbud! Særlig et tilbud som uteteam Ung er bra, men gjerne et som kan vare over lengre/lang tid og følge pasienten i og ut av behandling.
- Flere halvannenlinjetjenester til ROP-pasientene av type rusFACT e.l.
- Mer helhetlig vurdering. Dette gjelder særlig i krysset mellom rus/somatikk/psykiatri. Det burde ikke være mulig å falle mellom to stoler. Det burde være «et nett mellom stolene». Erfarer ofte at de mest sårbare ikke tilbys noe. Dette gjelder særlig ROP + rusutløste psykoser og de med store atferdsutfordringer.
- ARA ønsker ikke å ta i de som har F20, bipolar. DPS avslår veldig syke mennesker, men som ikke er diagnostisert. Mange unge er ikke diagnostisert, grunnet at de ruser seg.
- Opplever at mange flere får avslag. "Ikke motivert". Dersom de skal sone, øker dette sannsynligheten for avslag ytterligere. Får "avslag" på døgn, og får poliklinisk rettighet og basiskartlegging. Mange er ofte så syke, og ikke i stand til å følge opp poliklinikk på egenhånd. Til tross for at bydel forsøker å sette inn ressursene til å følge til basis/poliklinisk behandling. Store kutt i bo-oppfølgingstjenesten og bydel gjør at det er svært utfordrende å følge til poliklinikk.

6. Hvilke eventuelle endringer står øverst på ønskelisten med henhold til kvalitet i rusbehandlingen, ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene, eller andre forhold?

- Behandlingsinstitusjoner/behandlere definerer behov ved henvisning.
- Bydel definerer tjeneste
- større innsyn i behandlingsplan, slik at bydel vet hva som trengs eller er behov for ved utskrivelse.
- Ikke skrive ut fra behandling når pasienten viser symptomer på rusavhengighet. Jobbe med dette inne i behandling
- vanskelig å følge opp ute i bydel
- motivasjon går opp og ned. Ikke skrive ut når motivasjonen vakler, sårbart
- institusjonene må tilpasse seg pasienten.
- At alle, også ideelle aktører samhandler digitalt. F.eks. PLO ved innskrivelser og utskrivelser.
- RusFACT i alle bydeler.
- Det er ønske om en samarbeidskultur hvor sykehus og kommune er likeverdige partnere. Det ønskes at det brukes mer miniteam/ansvarsgrupper rundt den enkelte pasient hvor alle (behandlere og ruskonsulenter) er likeverdige i samarbeidet og at man sammen kommer frem til gode løsninger fremfor at alle kommer med sine agenda.
- Sikre de gode overgangene
- Høyere terskel for utskrivelser. Romme flere, også de med atferdsutfordringer, mer individualltilpasset fleksibel behandling, men med tydelige rammer og tydelig, forutsigbar arbeidsfordeling.
- Treffe en større gruppe mennesker: særlig de ikke norsk-språklige.
- Integrert etterverns-modellen fremstår som veldig fornuftig!
- Kompetanseheving hos både TSB og bydeler/kommuner: hvilke tilbud er det at den eksterne samarbeidspartneren realistisk har, og hvor lang tid tar det å få tilbudene på plass? Erfaring med at TSB ikke har god innsikt i, eller urealistiske forventninger til, hva kommunen kan skaffe av arbeid, bolig, oppfølging og aktivitet. Sannsynlig at kommunen har urealistiske forventninger til TSB også. Sentralt at dette avklares tidlig i forløpet.
- Gratis poliklinisk tilbud for alle aldre.
- Lengre behandlingstid
- Tilbud for de som er kognitivt svake. P.U.(diagnostisert eller ei).
- Bemanningen bør imøtekomme individets behov, slik at behandlingen kan være helhetlig, målrettet og konkret. Psykologtilbud, lav terskel for støttesamtaler, kognitiv terapi, behovstilpasset. Tillitsskapende arbeid er elementært for å kunne starte opp behandlingen.
- Mer helhetlig tilpasset behandling etter individets behov. Traumefokusert, aktivitetsbasert. "Pakkeforløp" passer noen, men ikke alle.