Høgskolen i Østfold

Muligheter og utfordringer i organisering av lokalbaserte tjenester

-

Statlig politikk og lokale utfordringer på ROP-området

Fagkonferanse Haugesund, 25.08.2022

Catharina Bjørkquist
Fakultet for helse, velferd og organisasjon
Høgskolen i Østfold

Noen kjente utfordringer

- Kompleksitet i tjenestesystemet og hos brukerne
- Fragmenterte tjenester
- Ulike bruker-/pasientgrupper
- Finansieringssystemer utfordrer samordning
- Ulike faglige perspektiver
- Holdninger til brukerne
- Manglende tillitt til helsevesenet

Overordnede utviklingstrekk – rus og psykisk helse som felt

Tre utviklingstrekk - nasjonalt og internasjonalt:

1. Desentralisering, lokalbaserte tjenester
2. Brukermedvirkning
3. Samordning

Økt kvalitet skal skje gjennom økt bruker-medvirkning, bedre samordning og mer samarbeid mellom tjenesten

Høgskolen i Østfold

Nasjonal politikk

paradigmet lokalbaserte tjenester

Åpen statlig politikk – rettet mot kommunene

- Målgruppen er vid
- Påvirke gjennom nettverksstyring/samstyring
  - informasjon, kunnskapspåvirkning, rådgivning
- Bruk av ulike fagideologiske perspektiver
  - Fra normalisering til «hva er viktig for deg» via empowerment og recovery
- Indirekte påvirkning av arbeidsformer og tjenestetilbud, bruk av dulting – *nudging*

Åpen statlig politikk -

- Kommunalt selvstyre mht. organisering
- Finansiering gjennom
  - Rammetilskudd til kommunene
  - Prosjektmidler – en noe mer spesifikk retningsangivelse
- Sterke innslag av nyliberal styringstradisjon
  - individet, frihet og valgmuligheter
  - Mål- og resultatstyring samt kostandskontroll

Men også lovfestede rettigheter

- Individuell plan– lovfestet rett som brukes i liten grad
  - Alternativ: koordinator og ansvarsgrupper– som mange er tilfreds med
- Brukermedvirkning – både i tjenesteutvikling og forskning
- Psykolog i de kommunale tjenestene
- Manglende sanksjoner mht. iverksetting

Høgskolen i Østfold

Lokale utfordringer og tilpasninger

Flere paradokser

Lokale tjenester – mye gjøres

- Handlingsimperativ i tjenestene
- Antakelse om at det finnes «den beste» måten å organisere tjenester på – søken etter løsninger for å
  - Effektivisere driften
  - Yte helthetlige og samordnede tjenester
  - Finne «beste» tiltaks- og behandlingsrepertoar
- Ansatte prøver å få til koordinering, men organiseringen i kommunene gjør at det er utfordrende

Samarbeid og samordning hemmes av

Skyveproblematikk – skaper sårbare overganger

A. Mellom kommunale tjenester eller mellom spesialisttjenester (horisontalt)
   - Rus – psykisk helse
   - Hjemmesykepleien – rus/psykisk helse
   - NAV kommune – rus/psykisk helse

B. Mellom spesialisttjenesten og kommunale tjenester (vertikalt)

Grunner til samordnings- og samarbeids-problemer

Det kan f.eks. være:

- Kompleksiteten
  - organisatorisk oppdeling og «enhetsegoisme» avgrenser handlingsrommet
- «Negativ samordning»
  - Ulike kunnskapssyn, presset på ressurser osv.
  - «Hvis jeg får gjøre som jeg vil, kan du få gjøre som du vil» – fredsbevarende samordningsproblem
- Lederskap som ikke anerkjenner behovet for kollektiv handling

Kommunale tjenesteyteres erfaringer

- «Ansvarsfraskrivelse» - f.eks. utskrivninger
- «Ansvarsoversvømmelse» – kommunikasjon med hverandre og pasienter utenfor arbeidstid, private tjenester (de hemmelige tjenester)
- Svært varierende arbeidsbetingelser avhengig av kommune/-størrelse (kontekst)

Strukturell ansvarsfraskrivelse

- Viser seg gjennom å avvise pasienter (sykehuset)
  - ikke gi et behandlingstilbud
  - sende brukerne videre i behandlingssystemet uten å vite om brukerne får tjenester de har behov for
- To begrunnelser:
  - ikke er samsvar mellom kompetansen ansatte har og kjennetegn ved brukernes problemer
  - kapasitetsmangel og økonomiske ressurser
- Mulig/delvis løsning: FACT-team, e.l.

Overgang fra spesialist til kommune – eksempler

Mens spesialisthelsetjenesten sier at «Den [pasienten] er så dårlig at den kan ikke motta noe hjelp» så kommunen må følge opp (leder)

… opplever press [fra spesialisttjenesten] når pasientene er utskrivningsklare, og har dere noen tilbud, sånn og sånn? Og så prøver vi [i kommunen] å få det til å gli på en grei måte (ansatt)

Slutter en behandler på DPS, … så får vi [kommunen] overført nesten hele porteføljen (leder)

Individuell ansvarsoversvømmelse

- Viser seg gjennom at den enkelte ansatte i tjenestene velger å gi bruker et utvidet tilbud i forhold til det brukere har fått tildelt
- Skjer ut fra en vurdering av at brukerens behov er større og mer komplekse enn det tilbudet skulle tilsi
- Den profesjonelle gjør mer enn hun skal
  - bryter tids- og arbeidsplaner, jobber på fritiden og/eller betaler selv for aktiviteter de deltar på sammen med bruker

Profesjonsetiske grunnlag bidrar til å intensivere arbeid og gjøre det grenseløst

Eksempler

Jeg sier ikke at jeg er tilgjengelig hele tiden, for det er umulig med så mange brukere, men jeg tenkte liksom det å være på, på en sånn … Jeg tenker litt utenfor boksen (ansatt)

Da liker jeg å tenke at jeg er ubyråkratisk og … «cut some corners.» Og jeg er der for å ivareta brukeren (ansatt)

Likhetstrekk

- Kjøpsplasser utgjør en stor økonomisk utfordring
- Fleksible ansatte som strekker seg
- Ansatte tar en koordinatorrolle
  - organiseringen i kommunene kan gjøre det utfordrende
- «Alle gjør det forskjellig»
  - Utfordrer prinsippet om likeverdige tjenester og lik tilgang på tjenester

Flere likhetstrekk

Særlig mellomstor og stor kommune:

- Egnet eller tilpasset bolig er vanskelig
- Kjenner til hverandre, men til dels overlappende tjenester med andre
- Uoversiktlig hvem gjør hva når
- Hvordan få til «Én vei inn»
- Manglende formelle ordninger for å sikre samordning og samarbeid mellom tjenesteområdene

Forskjeller mellom kommuner

- Oversikt over brukerne
- Grader av formalisering av samarbeid
- Omfang av tjenester som tilbys og aktører som tilbydere
- Liten kommune: mindre fokus på organisatoriske grenser, pragmatisk tilnærming i arbeidet med brukernes utfordringer

Avslutningsvis

Ny opptrappingsplan under arbeid

- Regjeringen skriver (april 2022):
  - «Planen vil ha særlig oppmerksomhet på brede, forebyggende tiltak og på styrking av lavterskeltilbud i kommunene. Å skape mer sammenhengende tjenester for personer med langvarige og sammensatte utfordringer, er også viktig.»
  - «Alle skal få tilgang til like gode tjenester uavhengig av adressen og størrelsen på lommeboka. Hjelpen må bli mer tilgjengelig og nærmere folk.»

Høgskolen i Østfold

Hva ser vi behov for

- Desentralisering skaper stort trykk lokalt
  - Varslet opptrapping må sikre finansiering som ivaretar behovet for lokale tilpasninger
  - Samtidig behov for øremerkede midler – sikre prioritering
  - Spesialisthelsetjenesten må også styrkes
  - Ivareta og oppdatere kvalitetskrav
- Forenkling av veiednignssystemet
- Tillitsbasert styring og lederskap – forsterker desentralisering
  - krever «hands on»-ledelse og klare ansvarsfordeling

Høgskolen i Østfold

Takk for oppmerksomheten!

ROP – Behov for kursjustering ?

RUS OG PSYKISK HELSEDAG 25. AUGUST 2022,

Kenneth Eikeset, Klinikkdirektør Helse Fonna HF

Positiv utvikling i Helse Fonna?

- Omfang: BrukerPlan estimerer rundt 100 pasienter/brukere.
- Etablert fleire og fleire ambulante tenestetilbud for pasientgruppa
- Samhandling kommunehelseteneste og spesialisthelsetenesta er styrka.
- Etablering av Hellesfelleskap komt langt i Fonna med eige FSU for Psykisk helse og rus.
- Fokus på samhandling Politi og helse – Eige ROP prosjekt i SørVest Politidistrikt.

Høgt nok fokus på dei som er høge på psykiatri, rus og voldsproblematikk/kriminalitet ?

God nok brukerinvolvering ?

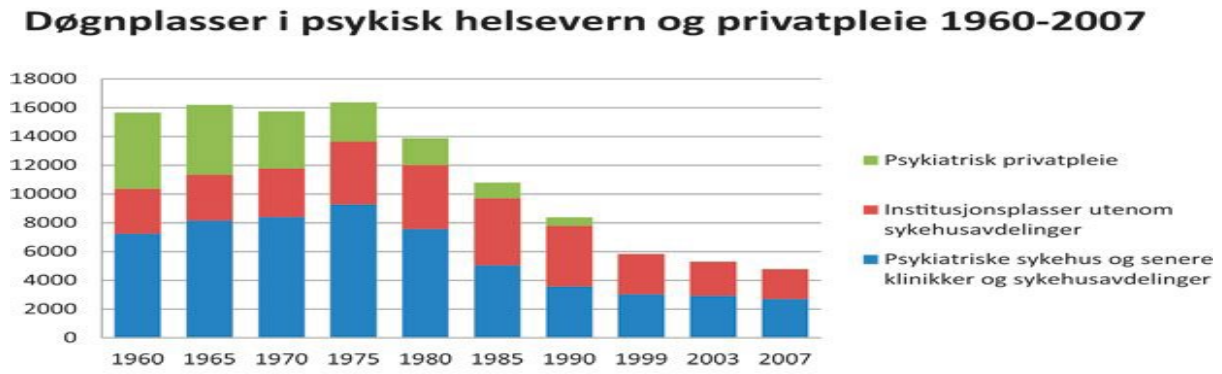
HELSE FONNA

Utfordringsbilete 1 - Voldsproblematikk

- Deler av ROP-populasjonen har tilleggsproblematikk i form av voldsproblematikk/kriminalitet.
- Kompetanse på farlighetsvurdering og tilgang på denne kompetansen er begrensa i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.
- Verktøy for vurdering av farlighet er generelt lite treffsikre og evner i liten grad å seie noko over lengre sikt.

Utfordringsbilete 2 – Behandling i institusjon

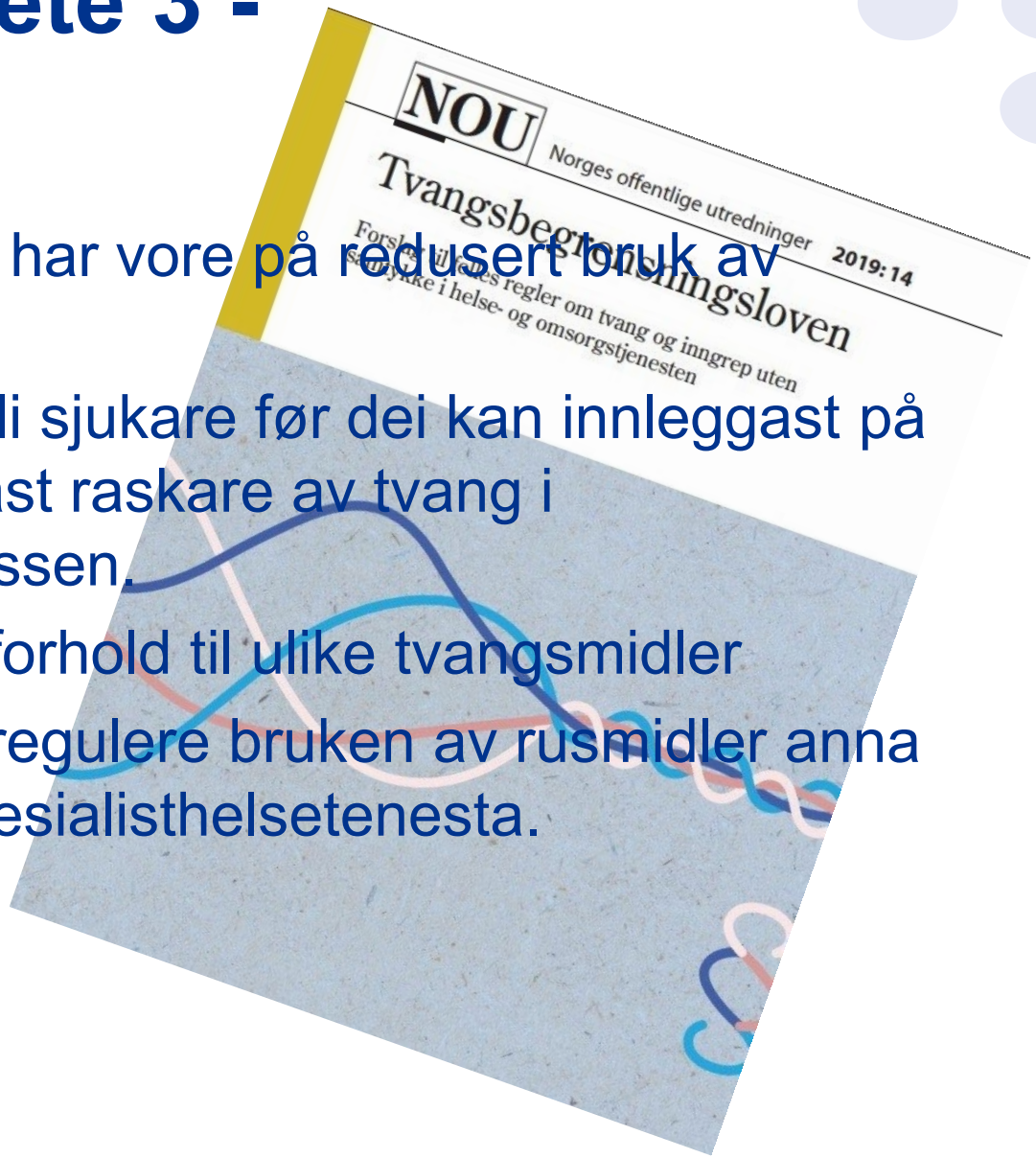
- Begrensa tal lukka døgnplasser innan psykisk helsevern i Noreg.
- Få/Ingen institusjoner som kan tilby helsehjelp og samtidig ivareta sikkerhet på nivå med fengsel
  - Svært få behandlingsplasser ved regionale sikkerhetsavdelinger
- I Helse Fonna 52 lukka senger.
  - Høg andel sikkerhetsplasser i forhold til befolkning.
  - 50% av kapasitet belagt av personer dømt til behandling.
  - Rehabilitering til kommunane krevjande og tar tid.



HELSE FONNA

Utfordringsbilete 3 - Lovverk

- Hovedfokus siste år har vore på redusert bruk av tvang.
  - Pasientane må bli sjukare før dei kan innleggast på tvang og må takast raskare av tvang i tilfriskningsprosessen.
  - Strengare krav i forhold til ulike tvangsmidler
- Ikkje mulighet for å regulere bruken av rusmidler anna enn i institusjon i spesialisthelsetenesta.



HELSE FONNA

Utfordringsbilete 4 – Kommunal rehabilitering

- Ressurskrevjande å etablere kommunale butilbud for pasientgruppa, men billegare enn å nytte døgntilbud i spesialisthelsetenesta (20 000 per døgn).
- Vanskeleg å begrense rusbruk.
- Krevjande å rekruttere inn rett kompetanse i butilbud.

[TryggboligforenmeningsfullhverdagWEB.pdf (samforsk.no)]

HELSE FONNA

Kva må til i Helse Fonna?

Særskild fokus på pasientar med psykisk liing, rus

og voldsproblematikk

i spesialisthelsetenesta, kommunehelsetenesta og Politi.

HELSE FONNA

Konkrete tiltak

- Utviklast eigne pasientforløp for denne pasientgruppa der kommune, spesialisthelseteneste, pasient og evt Politi er partar i samarbeidet og er representert inn i ansvarsgrupper
- Recoveryorienterte tenester med auka brukerinvovering
  - Mange pasienter/brukere vil vere interessert i og samtykkje til eit tverretatleg samarbeid

Konkrete tiltak

- Styrke kompetanse på farlighetsvurdering i spesialisthelsetenesta.
- Styrke kompetanse på pasientgruppa i kommunane.
- Etablere Psykatri-gruppe i Politiet etter modell prosjekt «Mellom Alle Stoler».
- Styrke og utvikle døgntilbudet og det ambulante tilbudet for pasientgruppa i spesialisthelsetenesta
- Auka fokus på å etablere kommunale butilbud retta mot denne pasientgruppa.
- Endring i lovverk – Mulighet til å begrense rusbruk utanfor institusjon.

Anbefalinger – Mellom Alle Stoler

10.6 Konkrete anbefalinger

1. Det anbefales en **videreføring av arbeidsmetoden** med særskilte påtalejurister og etterforskere som følger opp kandidatene, og med tett samarbeid med helsetjenesten. Ordningen bør opprettes i alle politidistrikt.

2. Fortsette med økt bruk av **rettspsykiatriske undersøkelser og foreløpige erklæringer**. Det bør også vurderes om kostnader til foreløpige erklæringer bør dekkes på samme måte som for rettspsykiatriske undersøkelser slik at disse kostnadene ikke står i veien for en slik økt bruk av virkemiddelet.

3. Fortsette med økt bruk av **begjæring av tvungent psykisk helsevern**.

4. Fortsette med **samhandlingen mellom politi og helse**. Herunder faste samarbeidsmøter og undervisning.

5. Det bør vurderes en lovendring i psykisk helsevernloven slik at det er adgang til ruskontroll også for pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

6. Det bør i større grad utføres voldsrisikovurderinger for å forebygge vold for de kandidatene med tidligere voldskriminalitet.

7. Det bør vurderes igangsatt et forskningsprosjekt for å se på mulige årsaker til hvorfor noen kandidater bare er aktive i perioder, mens andre er mer stabilt aktive.

HELSE FONNA

Mellom Alle Stoler - et pilotprosjekt for utilregnelige lovbrytere som begår vedvarende og særlig samfunnsskadelig eller plagsom kriminalitet (sifer.no)

PAUSE TIL KL 10.20

HELSE FONNA

RECOVERY

Recovery Bømlo

NAV og Psykisk helse

MONICA **RAYMOND** **HANNE**

Håp

Identitet

Tilhørighet

Mening

Egenstyrke

Bilde lånt fra NAPHA

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN

Haugesund kommune

JobbSpesialister IPS

Haugesund Kommune

Sissel Hansen Tysse, Seksjonsleder Oppfølgingstjenesten rus og psykiatri.

Individual Placement and support (IPS):

- IPS er en evidensbasert metode å jobbe etter, for å bidra til at flere mennesker med psykiske helseproblemer får, og beholder arbeid. IPS som metode bygger på jobbsøkers ressurser, individuell tilnærming og oppfølging over tid.
- Forskningen viser at IPS er den tilnærmingen som fungerer best på verdensbasis i å integrere mennesker med psykiske helseproblemer i ordinært arbeid.
- IPS baserer seg på et forpliktende samarbeid mellom NAV og helsetjenesten.
- Et samarbeid mellom NAV Rogaland, Haugaland DPS, Jæren DPS, Stavanger DPS, Sola DPS og Haugesund kommune

- **IPS-tilnærmingen er bygget på åtte prinsipper**
- 1. Målet er ordinær, lønnet jobb.
- 2. Deltakelse i IPS er basert på eget ønske og valg.
- 3. IPS-tjenestene er en integrert del av behandlingen.
- 4. Jobbsøk skjer ut fra kandidatens ønsker, interesser og ferdigheter.
- 5. Individuelt tilpasset rådgivning om økonomiske stønader/ytelser.
- 6. Jobbsøk starter raskt, og skal ikke avventes fullført behandling, utredning eller uttesting.
- 7. Systematisk jobbutvikling med grunnlag i den enkeltes ønsker og mål.
- 8. Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset arbeidstaker og arbeidsgiver.

IPS tjenestene som en integert del av behandlingen

Kvalitetsskalaen sier noe om hvordan denne integreringen skal foregå :

- Kontor i sammen gang som behandlingsteam
- Dokumentere i samme journalsystem
- Deltakelse i ukentlige behandlingsmøter på lik linje med alle andre
- Tilhøre i ett til to behandlingsteam – her inntaket skjer
- Krever tett samarbeid – jobbstøtte er en del av behandlingen, ikke et parallelt sideløp

Haugesund kommune

Samarbeidsavtale mellom Haugesund Kommunen og NAV Rogaland

MÅL:

- Bistå brukere og pasienter i kommunehelsetjenesten med å skaffe og beholde ordinært arbeid
- Implementere ett IPS tilbud i Haugesund kommune som holder god IPS kvalitet

Etablert Styringsgruppe :

- Tverretatlige ledermøter 4 ganger pr år mellom NAV Rogaland og Haugesund kommune for å sikre lederforankring, og nødvendig støtte til å gjennomføre tjenestetilbudet.
- Etablere rutiner og samhandlingsstrukturer som sikrer måloppnåelse
- Bidra til økt brukermedvirkning
- Utvikle felles forståelse av IPS metoden
- NAV Rogaland ; en metode veileder med arbeidssted på Haugaland DPS.
  Haugesund Kommune ; to Jobbspesialister for tiden med arbeidsted i Oppfølgingstjenesten rus og psykiatri.
- Jobbspesialistene inngår i metodeveileder sin IPS team.

Implementeringsfasen :

- Informasjon til personalgruppene i forbindelse med oppstart
- Ansatt 2 Jobbspesialister .
- Involvere og sikrer god informasjon til alle ansatte
  - Metode veileder informerer på avdelingsmøter
  - IPS seminar
- Opplæring 2 dager for Jobbspesialistene- eget program
- Bruk av IPS metode bok og manuell som rettesnor for arbeidet
- Etablerer struktur og faste møtearena tilpasset drift og kriterier for samhandling.

– hvor er vi nå? Erfaringer så lang …

3 brukere er tatt inn i Jobbspesialistene sin portefølje. Godt fokus på arbeid som en del av oppfølging.☺

Fortsette arbeide med å få gode rutiner på plass, opplæring, informasjon, struktur og møtearenaer hvor IPS og jobbfokus blir en naturlig del av *slik jobber vi hos oss* ☺

Haugesund kommune

- Ta gjerne kontakt for for nærmer informasjon:

Sissel.hansen.tysse@haugesund.kommune.no

Takk for meg ☺

« Hvis arbeid er viktig for den psykiske helsen,er det også viktig når en har psykiske helseutfordringer»

HELSE FONNA

RECOVERY RESSURSBASE
FOUSAM

- Recovery Ressursbase
- Hva og for hvem?

HELSE FONNA

RECOVERY RESSURSBASE
FOUSAM

- ✓ Gro Carlsen - Fagkonsulent
- ✓ Kjellaug Iversen - Erfaringskonsulent

- ✓ Sigrid Bøthun - Prosjektleder

HELSE FONNA

RECOVERY RESSURSBASE FOUSAM

- Recovery ressursbase er et prosjekt som har fått tildelt midler fra statsforvalteren i Rogaland og Vestland
  - Fra 2019 Til 2022

HELSE FONNA

RECOVERY RESSURSBASE FOUSAM

- ✓ Recovery Ressursbase skaper møteplasser for inspirasjon, deling av kunnskap og utvikling av kurs

- ✓ I ressursbasen knyttes nettverk der erfaringer deles på tvers av fag- og erfaringskunnskap

HELSE FONNA

RECOVERY RESSURSBASE
FOUSAM

Hva gjør Recovery Ressursbase:

- ✓ Erfaringskonsulentsamlinger, også med ledere
- ✓ Erfaringsformidlersamlinger
- ✓ Kursutvikling, gjennomføring av kurs
- ✓ Videreformidling av kurs ut til kommunene
- ✓ Deltagelse i regionale og nasjonale recovery-nettverk
- ✓ Jobbe for likestilt samarbeid mellom fag- og erfaringskompetanse
- ✓ Evalueringsarbeid
- ✓ Planlegging og gjennomføring av fagdager

Hvem er Recovery Ressursbase for?

- ✓ Kommunene og klinikk psykisk helse og rus, i Helse Fonna regionen

Sitat:

- ✓ *-Det at ressursbasen samler fag og erfaring til felles nettverkssamlinger, workshops og fagdager for flere kommuner er en unik mulighet for erfaringsdeling og kompetansebygging.*
- ✓ Ressursbasen er vår verktøykasse med kunnskap og erfaringer som bidrar til kompetanseheving på Recovery-feltet

Ørjan Fredlund, Karmøy Kommune

Tusen takk for oss ☺

- Mer informasjon kan du finne på:
  - fousam.no/recovery-ressursbase
  - https://helse-fonna.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/recovery-ressursbase
  - Kjellaug.iversen@helse-fonna.no
  - Gro.carlsen@helse-fonna.no

Christina Bjordal

GOLD

musikk for livsmestring

HELSE FONNA

LUNSJ

TILBAKE KL 12.30

Fagdag 25.august 2022

Pårørande – kva med oss?

Cecilie Finsal og Sigrid Bøthun

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Pårørande sin situasjon

- Dei fleste pårørande har jamnleg kontakt med den som misbrukar rus – kvar veke el. kvar månad.
- Pårørande gir ofte omsorg og bistand ved kriser
- Situasjonen skaper ofte stress, økonomisk og emosjonell belastning.
- Pårørande viser ofte interesse for å lære meir om samhandling med den rusavhengige, og evt. behandling.

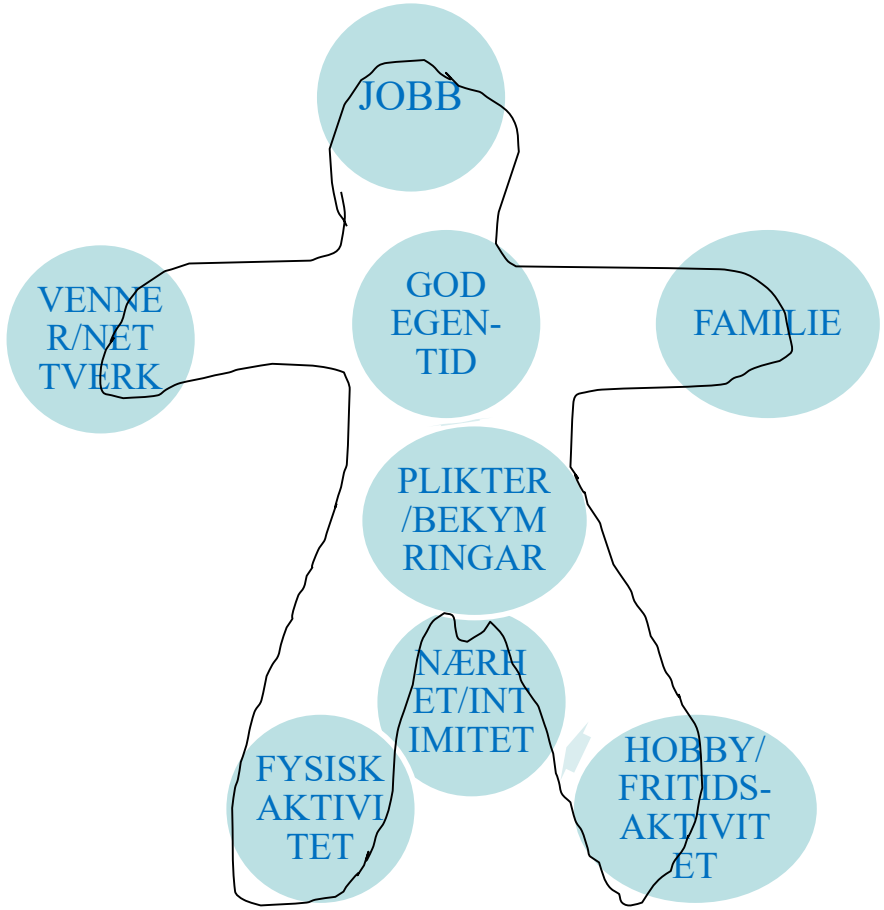
Pårørande sine behov

- Få en mulighet til å forstå hvorfor den rusavhengige ruser seg
- Bearbeide hendelser
- Få lov til å snakke om situasjonen de lever i
- Støtte til ivaretakelse av egen livssituasjon
- Få vite at de ikke er årsak til at den rusavhengige ruser seg

Psykologspesialist Nina Elin Andresen

http://www.rop.no/brukere-og-paaroerende/naar-skal-paaroerende-ta-den-vanskelige-praten

Livsområde


JOBB
VENNER/NETTVERK
GOD EGEN-TID
FAMILIE
PLIKTER /BEKYMRINGAR
NÆRHET/INTIMITET
FYSISK AKTIVITET
HOBBY/ FRITIDS-AKTIVITET

Pårørande sine kjensler

- Reaksjonar på eit alltid nærverande trugsmål
- Bekymring
- Frykt
- Skuld
- Skam
- Fortviling
- Tristhet
- Depresjon
- Sinne
- Skuffelse

Tenesteytar sitt ansvar ved familiesamarbeid

- Engasjere pårørande på deira eigne premissar – lytte til behov
- Tilby informasjon og opplæring
- Redusere spenning og konflikt i samarbeidsmøte
- Fokusere på framtid
- Vurdere heile familien sine behov – ikkje berre klienten sine
- Unngå å klandre familien

Mueser m.fl. 2006 s209

Pårørande sine rettar

Kven er pårørande i juridisk forstand?

- Pårørande og næraste pårørande er i utgangspunkt dei og den som pasienten oppgir
- Om ikkje næraste pårørande blir oppgitt skal det vera den som i størst ustrekning har varig og løpande kontakt med pasienten
- Dersom fleire har nær kontakt med pasienten må det avklarast om fleire enn ein skal vera næraste pårørande.
- Det er næraste pårørande som har rettar og oppgåver etter helselovgivinga.
- Pasienten kan endre valet av næraste pårørande.
- Kan i nokon tilfelle vera verje eller hjelpeverje.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Pårørande sin rett til informasjon

- Alle pårørande som vender seg til helsevesenet skal få:
- Generell informasjon om
  - rettar,
  - vanleg praksis på området,
  - saksbehandling,
  - muligheit for opplæring og fagleg informasjon om
    - psykiske lidingar og ruslidingar
    - vanleg behandling.
- Sjukehusa skal gi opplæring til pasientar og pårørande (i samarbeid med kommunane)

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Ressursar for pårørande – lokale støttetiltak

- Samarbeidsavtale med Veiledningssenter for pårørande, NKS, Haugesund. Tlf. 52717880:
  - Individuelle og parvise støttesamtalar
  - Gruppetilbod
- Haugaland A-senter, Haugesund tlf. 52 73 30 00:
  - Tilbod til pårørande – gruppe og kontakt pr. telefon

- Helse Fonna: Informasjonsmateriell og pårørandegrupper
- Kontakt: Telefon 95838810 lms.psykiatri@helse-fonna.no

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Ressursar for pårørande – lokale støttetiltak

- PASIENT OG PÅRØRENDEMAPPER i klinikk for psykisk helse og rus fra 2013 –utarbeida med LPP

- Gruppetilbod til pårørande – døme 7 kurs fortløpande ved Stord DPS– siste kurs rekruttert via samarbeidskommunane Stord, Bømlo, Tysnes, Fitjar, samt Kvinnherad
- Går over 6 kveldar – tema på tvers av tilstandsbilete.
- Fokus: Kva med meg? Grenser– Aksept– Dei vanskelege kjenslene– Vegen vidare

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Ressursar for pårørande – nettressursar

- www.erfaringskompetanse.no
- www.pkompetanse.no – Pårørende kompetanse
- www.rustelefonen.no Rustelefonen – 08588 (blir driven av Helsedirektoratet og rusmiddeletaten)
- Hjelpetelefonen 116 123 – Mental Helses hjelpetelefon
- www.narkoman.org – Narkomanes pårørende
- www.al-anon.org – AA sitt pårørandearbeid
- www.anonymealkoholikere.no
- www.nanorge.org – NA – har også pårørandearbeid
- www.selvhjelpnorge.no
- www.lpp.no – Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse

Helse Fonna
www.helse-fonna.no

Organisasjonar – i rusfeltet

- www.a-larm.no – A-larm – landsdekkende bruker- og pårørendeorganisasjon innen rusfeltet
- www.barweb.no – BAR – Barn av rusmisbrukere
- www.mentalhelse.no –Mental Helse; Hjelpetelefonen 116 123
- www.rio.no – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
- www.larnettnorge.no – LAR-nett Norge
- www.vfb.no – Voksne for Barn
- www.marborg.no – MedikamentAssistert Rehabiliterings Bruker-Organisasjon (ved LAR)
- www.rehabpiloten.no – Rehabpiloten – sosialfagleg rehabiliteringsprogram for rusavhengige
- www.prolar.no – Nasjonalt forbund for folk i LAR
- www.motstoff.no – Landforbundet mot stoffmisbruk

Sjølvhjelpsgrupper

- www.nanorge.org – t.d. NA – gruppe i Ølen kvar torsdag. Andre torsdag i mnd. – open gruppe – også for pårørande – tilsvarande i Haugesund
- Sjølvhjelpsgruppe – www.selvhjelp.no

- Recovery ressursbase – Læring og mestringsteamet, telefon 95838810

Bok

- Gro Skartveit: Den usynlege smerta. Om rus og pårørande. Samlaget 2010.

Man kan ikke bestandig være der for andre.
Noen ganger MÅ man være for seg selv.
Ikke for å gråte. Men for å finne ny styrke!
A.J

Oppgåver 3–5 min til slutt

Snakk saman to og to:

≪Kva skal til for at me får til å gi eit betre pårørandetilbod på min arbeidsplass?≫

* Ta ideane med deg heim og bli ein ennå betre samarbeidspartner for pårørande og brukaren ☺

HELSE FONNA

PANELSAMTALE

PAKKEFORLØPENE ER KOMMET FOR Å BLI!

Oppdragsbrev RHF:

"Oppdragsdokument RHF 2022*:* «Pakkeforløp psykisk helse og rus vil endre navn til pasientforløp og på sikt erstattes med nye løsninger. Frem til ny løsning er på plass, opprettholdes forløpene og de av indikatorene som måler innhold i pasientforløp."

HELSE FONNA REGIONEN

PAKKEFORLØP TSB – ER DE PAKKET UT?

Eller er det fortsatt risiko for svikt/glipp i overgangene mellom nivåene i helsetjenesten og i samhandling mellom tjenester i kommunen?

HELSE FONNA

Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi deg som pasient eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Du skal få mer innflytelse på behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis (helse Norge).

HVORDAN ER «STÅA» HOS OSS ETTER SNART 4 ÅR MED PAKKEFORLØP?

HELSE FONNA

1344 «TSB PASIENTER» I SPESIALISTHELSETJENESTEN 2021

Faglig rapport VOP og TSB - Power BI Report Server

HELSE FONNA HF

ANTALL: 732

Episoder/aktivitet:	18.823
Liggedager:	2.186

HAUGALAND A-SENTER

ANTALL: 612

Episoder/aktivitet:	9.075
Liggedager:	10.199

SISTE **BRUKERPLAN 2018** – 13 KOMMUNER – 1035 KARTLAGTE – MOTTAR TJENESER I KOMMUNENE – AV DISSE VAR 109 REGISTRERT MED STORE «ROP» UTFORDRINGER

HELSE FONNA

1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

2) Sammenhengende og koordinerte pasientforløp

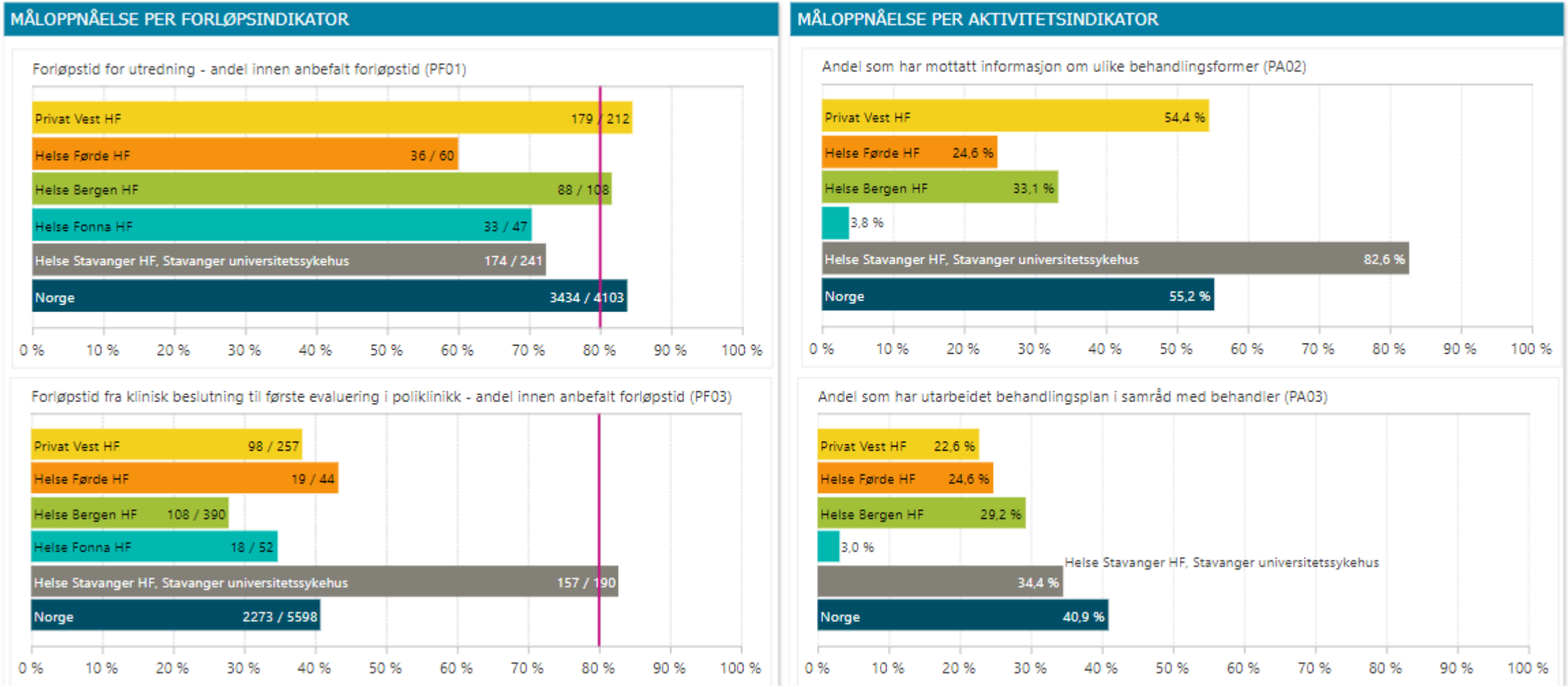
3) Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging

4) Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor

5) Bedre ivaretakelse av somatisk helse og gode levevaner

«FASIT» Pakkeforløpstall TSB 2021

HELSE FONNA



HELSE FONNA LÅ EN DEL ETTER PÅ DE TO Siste PARAMETER PÅ MÅLOPPNÅELSE - HVA SKYLDES DETTE? MERKES DETTE? reistrering eller ???

HELSE FONNA

BEDRE HELHETLIGE TSB BEHANDLINGS FORLØP OG BEHANDLINGSPLANER ?

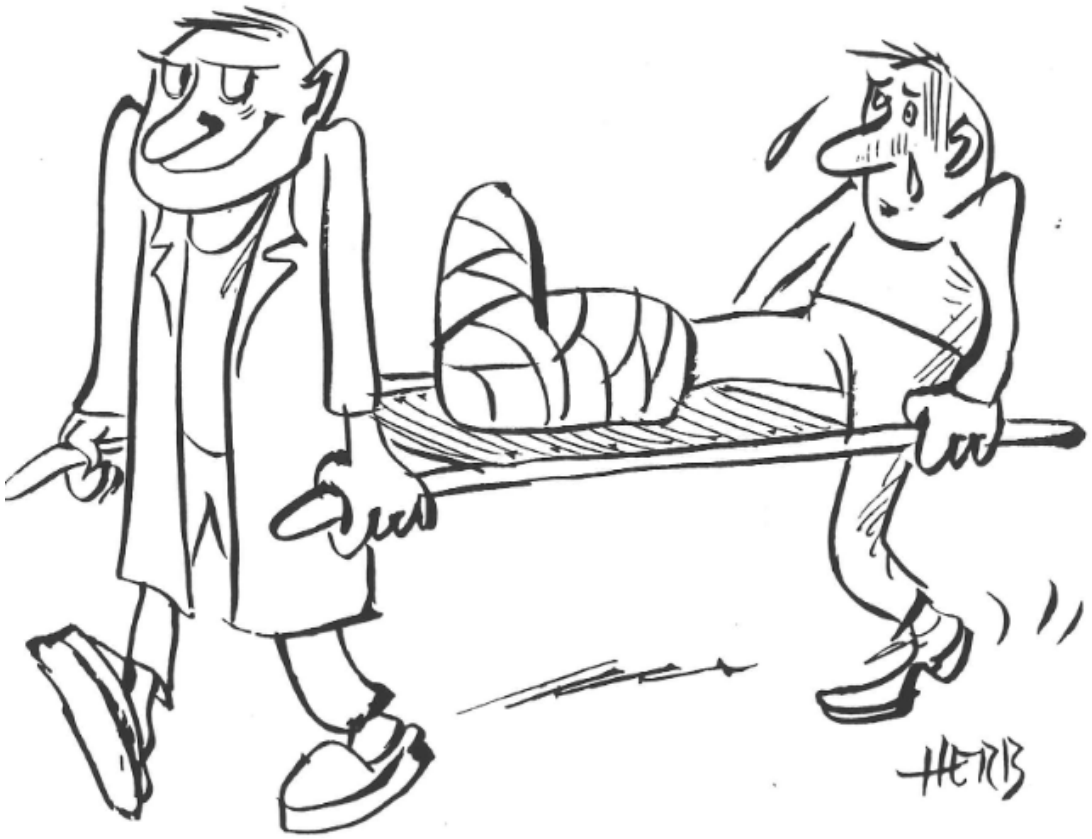
PÅ EN SKALA FRA 1 - 10

HELSE FONNA

MER INNFLYTELSE PÅ BEHANDLINGEN??

FRA KANOSSA

TIL UTNYTTELSE



HELSE FONNA

BEDRE PÅ SAMHANDLINGFRONTEN…??

PÅ EN SKALA FRA 1 - 10

FAGBOKFORLAGET

pixers

HELSE FONNA

TSB tidene framover i Helse Fonna regionen

Foto: Kelly Sikkema/Unsplash

Høgskulen på Vestlandet

Psykisk helsearbeid
Rusproblematikk og rusarbeid

Sammensatte og skiftende hjelpebehov: Krav til tjenestetilbudet

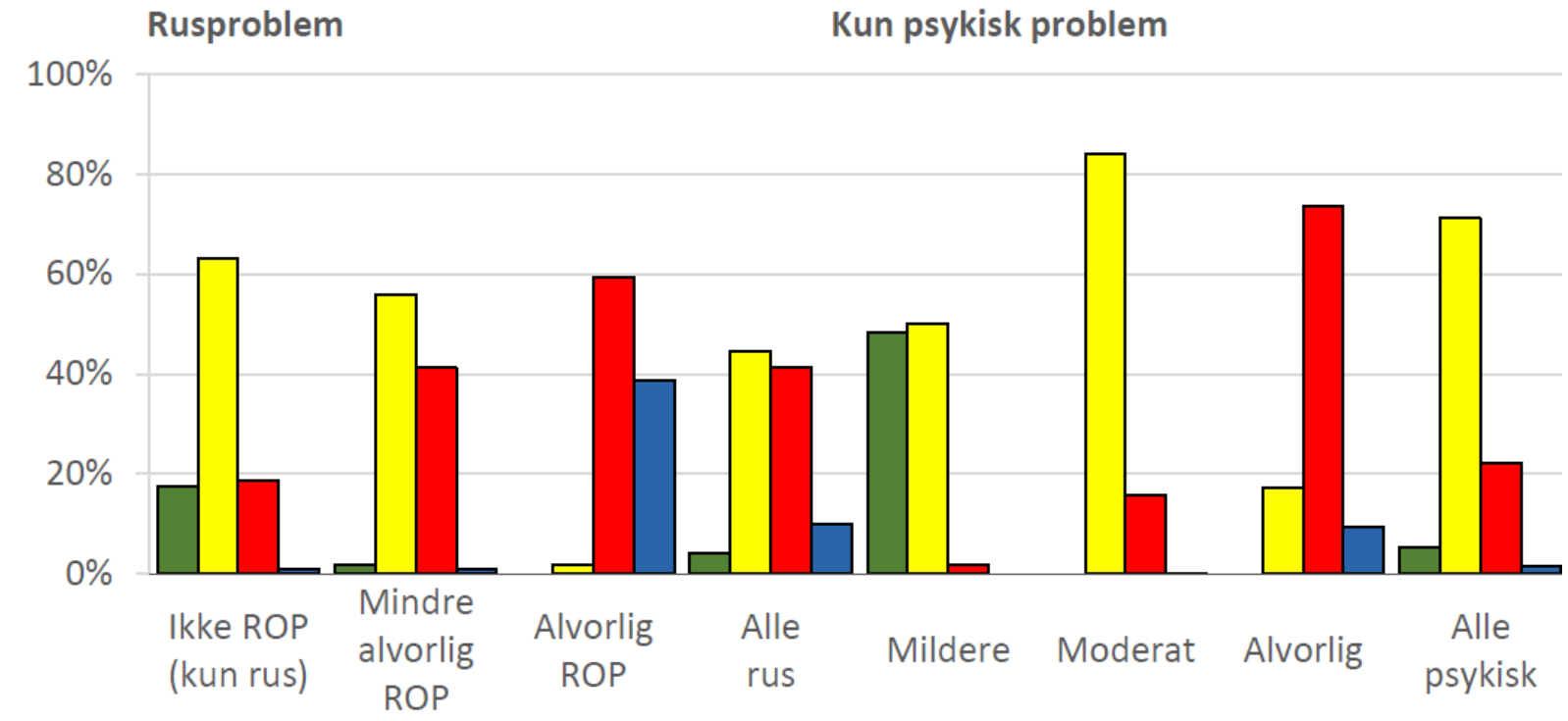
RUS OG PSYKISK HELSEDAG 25.08.22

Sverre Nesvåg

Mine poeng

1. Å kalle en pasient/bruker-gruppe for ROP må ikke forlede oss til å tro at det nødvendigvis er deres rus- og psykiske helseproblem som er deres eneste/mest alvorlige helse- og levekårsproblem.
2. Forskningen på ROP (problem/tjenester) har som oftest hatt et design som ikke fanger opp de raske endringene i helse- og levekårsproblem som ofte kjennetegner denne gruppen – dermed gir forskningen oss et svakt kunnskapsgrunnlag for å forstå denne gruppens problem og som grunnlag for å utforme gode tjenester
3. Tjenesteorganisering styrt av faste tjenestestrukturer, bemannings-plasseringer, oppgavebeskrivelser, juridiske/økonomiske rammer og arbeidsprosedyrer, er godt egnet til å yte tjenester til personer med stabile problem, men dårlige når tjenestebehovene er sammensatte og raskt skiftende
4. FACT i Norge har vært et forsøk på å etablere en fleksibelt organisert tjenesteenhet i et system av lite fleksible tjenesteenheter. Skaper store utfordringer når en har behov for flere deler av systemet og/eller raskt behov for andre deler av systemet
5. Kortere eller lengre perioder med alvorlig forverring i helse- og levekårssituasjon kan vi kalle blålys-perioder. Blålys-perioder er ekstreme situasjoner. Ekstreme situasjoner krever ekstreme tiltak!

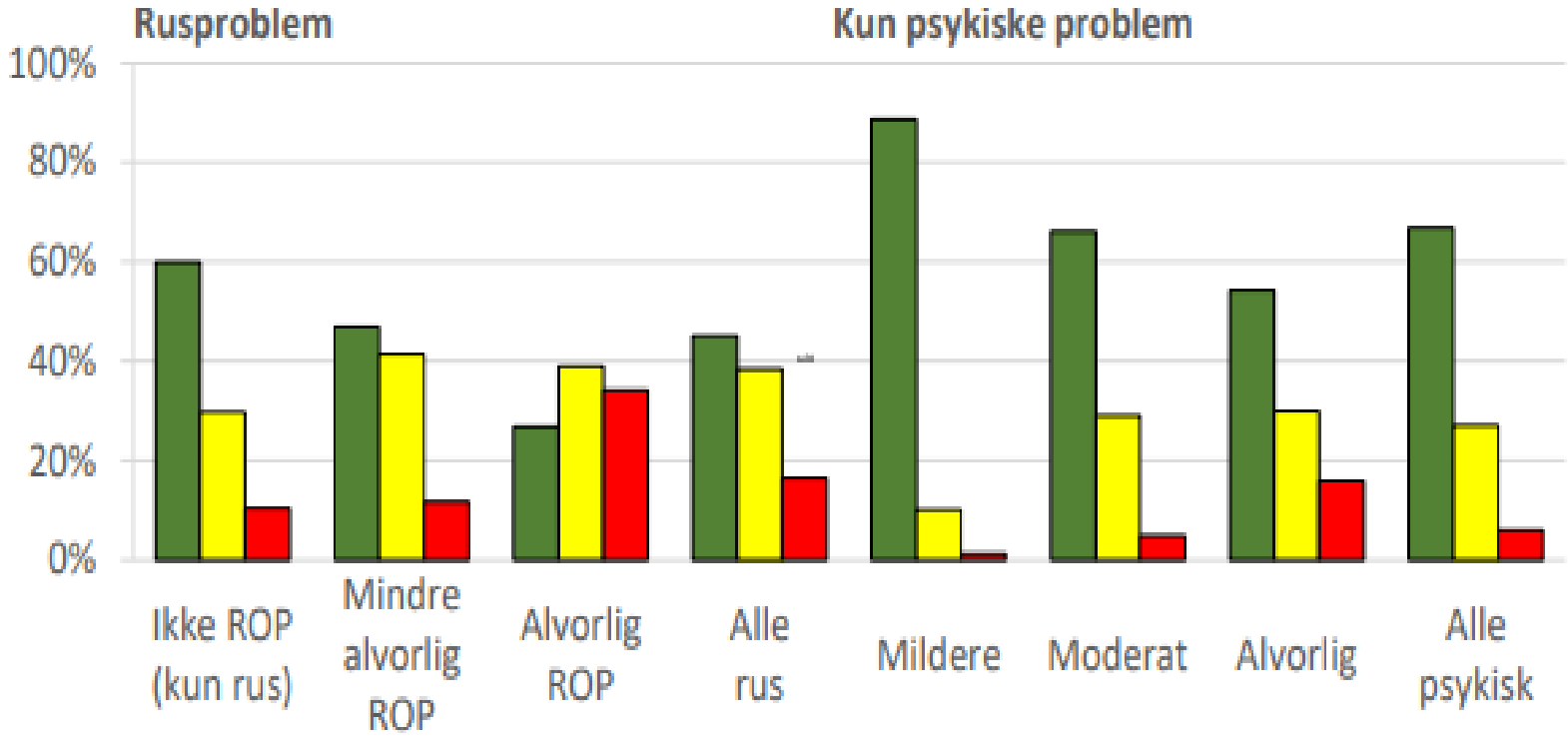
BrukerPlan -brukergrupper



	Ikke ROP (kun rus)	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP	Alle rus	Mildere	Moderat	Alvorlig	Alle psykisk
Grønn	17%	2%	0%	4%	48%	0%	0%	5%
Gul	63%	56%	2%	45%	50%	84%	17%	71%
Rød	19%	41%	59%	41%	2%	16%	74%	22%
Blålys	1%	1%	39%	10%	0%	0%	9%	1%

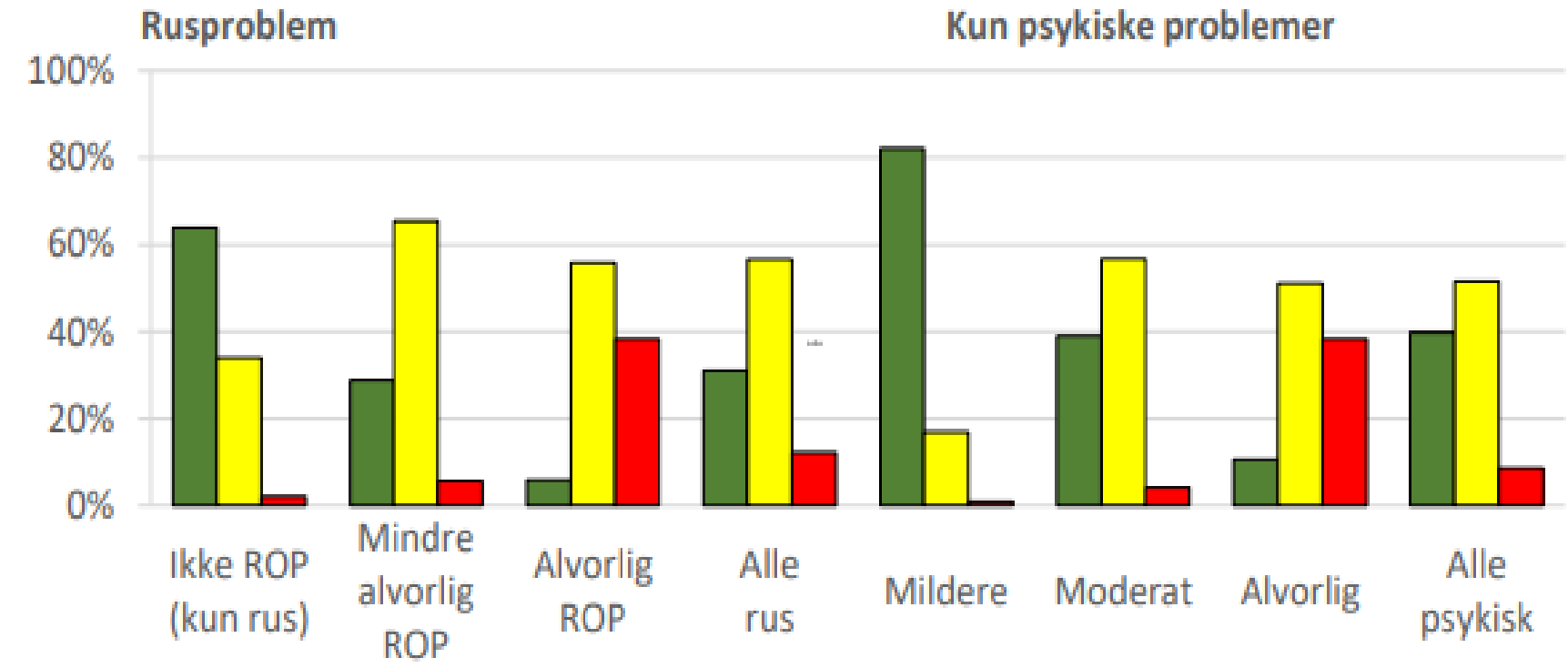
Figur 21. Levekårsindeks etter kategori. (N = se Tabell 6).

Økonomi



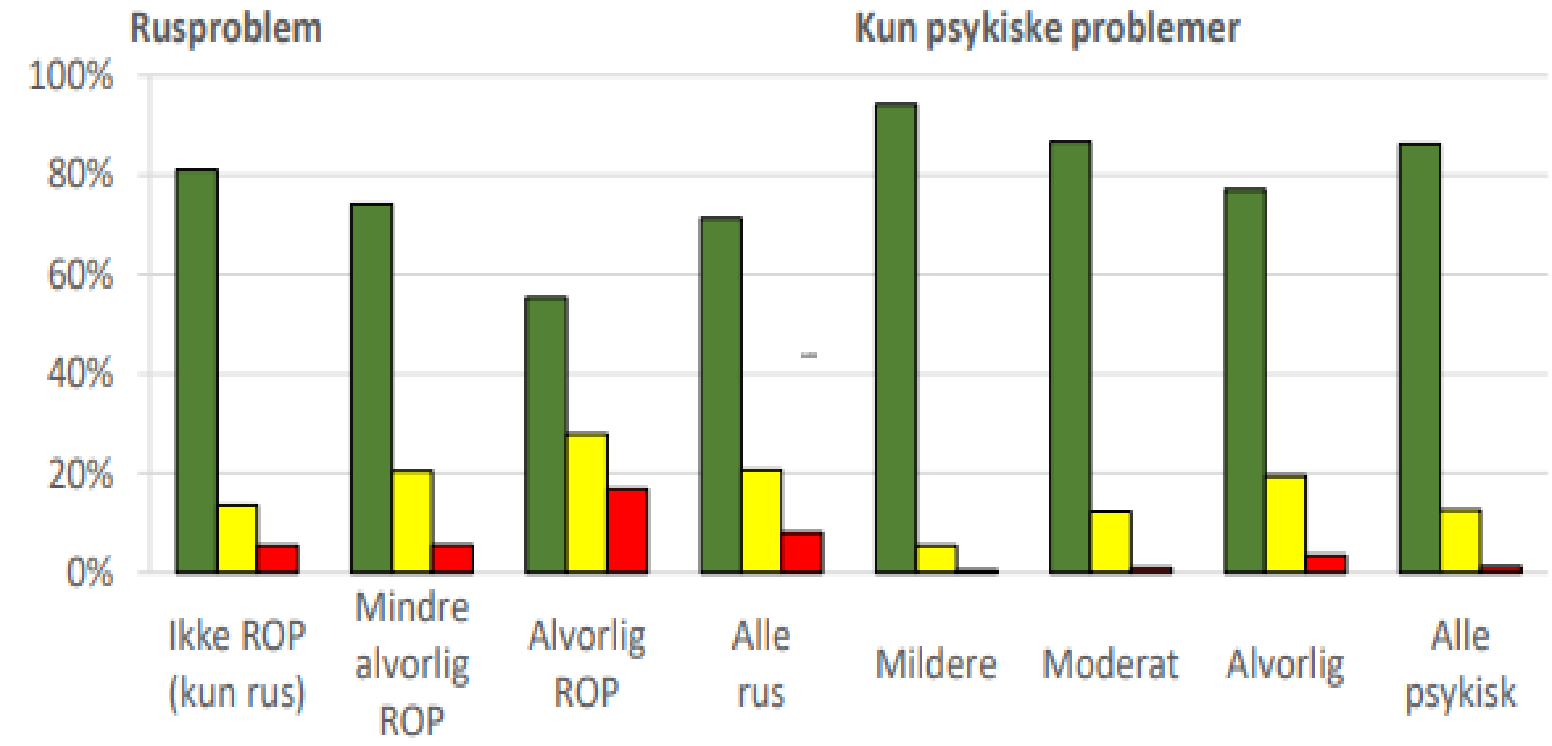
	Ikke ROP (kun rus)	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP	Alle rus	Mildere	Moderat	Alvorlig	Alle psykisk
Grønn	60%	47%	27%	45%	89%	66%	54%	67%
Gul	30%	41%	39%	38%	10%	29%	30%	27%
Rød	10%	12%	34%	17%	1%	5%	16%	6%

Sosial fungering



	Ikke ROP (kun rus)	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP	Alle rus	Mildere	Moderat	Alvorlig	Alle psykisk
Grønn	64%	29%	6%	31%	82%	39%	11%	40%
Gul	34%	65%	56%	57%	17%	57%	51%	52%
Rød	2%	6%	38%	12%	1%	4%	38%	9%

Bolig



	Ikke ROP (kun rus)	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP	Alle rus	Mildere	Moderat	Alvorlig	Alle psykisk
Grønn	81%	74%	55%	71%	94%	87%	77%	86%
Gul	14%	20%	28%	21%	5%	12%	19%	13%
Rød	5%	5%	17%	8%	0%	1%	4%	1%

Bostedsløshet - noen tall fra BrukerPlan

- Totalt antall bostedsløse 2020 (NIBR): 3325
- Dekket av BrukerPlan: 70% av disse (bostedsløse med rus og/eller psykiske helseproblem, justert ut fra Brukerplan-dekningen = 80%)

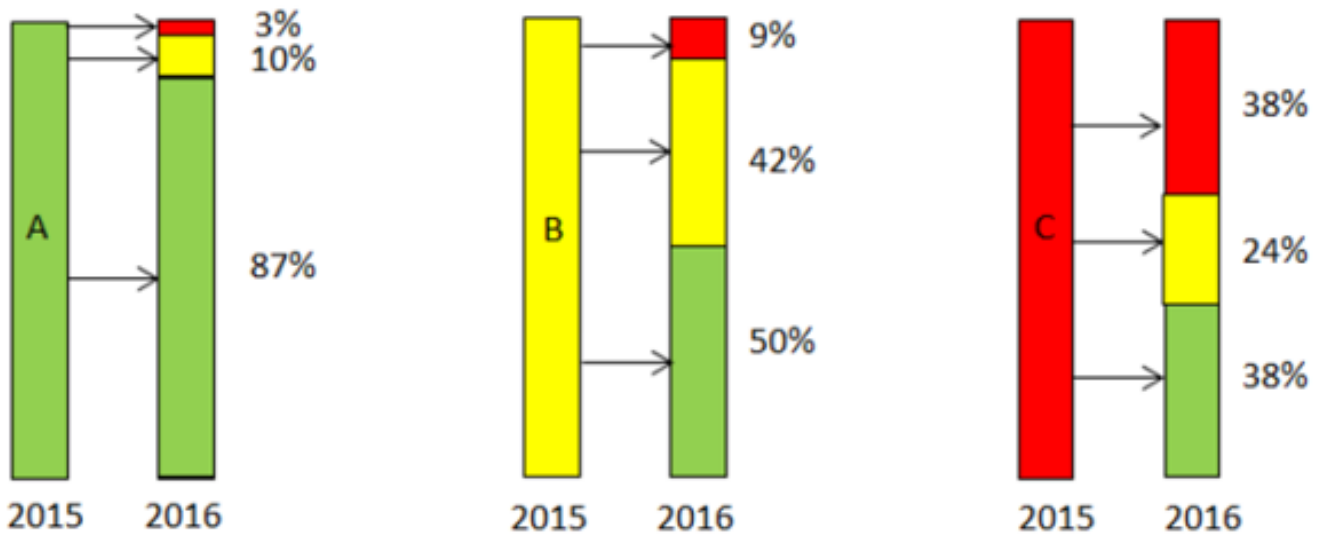
Tabell: Andeler og antall bostedsløse i Norge 2018

Kategori	Kun rus	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP	Alle rus	Milde psykiske problem	Moderate psykiske problem	Alvorlige psykiske problem	Alle psykisk
Andeler % bostedsløse brukere	5	5	17	8	0	1	4	1
Antall bostedsløse brukere	312	838	1137	2376	0	265	249	443

- 35 % av totalt antall bostedsløse i Norge er i gruppen Alvorlig ROP

Endringer i brukeres bo-status

- Endringer i bo-status for 8027 brukere med rusproblem fra 2015 til 2016



Forskning på ROP

- Tidligere forskning har typisk undersøkt endringer i helse for en gruppe ROP-pasienter fra baseline til 1 – 2 års oppfølgingstidspunkt
- Endring målt som «rette linjer» mellom målepunkt for hele den undersøkte gruppen
- Evalueringen av FACT (2020): En solid evaluering som også så på andre endringer enn endringer i ROP, og på erfaringene til bruker, pårørende og tjenesteytere i FACT og andre tjenester
- Men: endringer målt ved oppstart og etter to år: bosituasjon, meningsfulle aktiviteter, funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning og livskvalitet
- Bedring på de fleste områder i løpet av de to årene for 78 pasientene som ble undersøkt
- Færre innlagt i psykisk helsevern, 33% færre døgn, 40% færre døgn på tvang i to-års-perioden
- Oppsummert: Etableringen av FACT representerer en betydelig forbedring av tilbudet til personer med ROP-lidelser

«Blålys-periodene»

- Men dette er altså en pasientgruppe som kjennetegnes av:
  - Sterkt varierende helsetilstand over tid – ingen «rette linjer»
  - Også sterkt varierende livssituasjon og levekår – «ROP-merkelappen» maskerer de øvrige problemene
- Vår interesse: Periodene med markert forverring av helse- og livssituasjon:
  - Hva kjennetegner prosessene inn og ut av disse periodene, relatert til helse (inkl. rus), livssituasjon, levekår
  - Hvordan håndterer hjelpesystemene disse prosessene?
- Men hvordan kan vi få til å forske på dette? – måtte gjennomføre et forprosjekt, en mulighetsstudie: Blålys-prosjektet
- Planer videre:
  - Publisere mulighetsstudie-artikkel (etikk, metodikk, erfaringer)
  - Publisere en case-report med resultater fra de seks casene i mulighetsstudien
  - Vurdere om det er mulig å utvikle/gjennomføre et hovedprosjekt

Fremdeles

- De med de mest alvorlige, sammensatte og raskt skiftende helse- og levekårsproblemene er fremdeles en svært stor utfordring
- Blålys-periodene: Mennesker i totalt uverdige og horrible livssituasjoner: noen nesten hele tiden, noen ofte, noen i enkelte korte perioder.
- Et hjelpesystem som ikke klarer å komme disse menneskene til hjelp, fordi:
- Dette er mennesker som ofte opptrer fullstendig annerledes enn alle andre bruker/pasientgrupper
- Vi mangler kunnskap om hvordan vi skal forstå prosessene inn og ut av blålys-periodene
- Vi har organisert oss for stabile hjelpebehov og effektiv begrensing av ansvar og utgifter
- Vi har idealer om rettigheter og samtykkekompetanse som ikke passer med blålys-realitetene
- Min konklusjon: Vi klarer ikke å ta inn over oss at blålys-periodene må ses på som ekstreme unntak fra alt vi ellers forutsetter som nødvendig for å klare å yte den hjelpen vi har å tilby

Så hva gjør vi nå?

- Vi fortsetter med det vi ser virker – og det er mye!
- Vi slutter å gjøre ting som ikke virker i blålys-periodene, bare fordi vi ikke vet eller kan gjøre noe annet
- Vi definerer blålys-periodene som ekstreme unntak fra det vi ellers står overfor og klarer å håndtere
- Ekstreme unntaksproblem krever ekstreme unntak fra de rammer og metoder vi ellers arbeider innenfor. Noen ekstreme forslag:
- Det må etableres beredskapstilbud, -planer og -prosedyrer for blålys-perioder i en Helsefellesskaps-beredskapsorganisasjon
- Alle tjenester må i slike perioder utvide det de er villige til å ta ansvar for
- Alle tjenester må være villige til å la en tjeneste (den som er best posisjonert i hvert enkelt tilfelle) få full myndighet til å hente ut og koordinere ressurser som andre tjenester normalt har myndighet over
- Ordninger som normalt er ment å begrense utgifter, må kunne settes midlertidig til side
- Rettigheter som vurderes å være en trussel mot personens egen, pårørendes og lokalsamfunns sikkerhet, må kunne settes midlertidig til side

Mine poeng – en gang til

1. Å kalle en pasient/bruker-gruppe for ROP må ikke forlede oss til å tro at det nødvendigvis er deres rus- og psykiske helseproblem som er deres eneste/mest alvorlige helse- og levekårsproblem.
2. Forskningen på ROP (problem/tjenester) har som oftest hatt et design som ikke fanger opp de raske endringene i helse- og levekårsproblem som ofte preger denne pasientgruppen – dermed gir forskningen oss et svakt kunnskapsgrunnlag for å forstå denne gruppens problem og som grunnlag for å utforme gode tjenester
3. Tjenesteorganisering styrt av faste tjenestestrukturer, bemannings-plasseringer, oppgavebeskrivelser, juridiske/økonomiske rammer og arbeidsprosedyrer, er godt egnet til å yte tjenester til personer med stabile problem, men dårlige når tjenestebehovene er sammensatte og raskt skiftende
4. FACT i Norge har vært et forsøk på å etablere en fleksibelt organisert tjenesteenhet i et system av lite fleksible tjenesteenheter. Skaper store utfordringer når en har behov for flere deler av systemet og/eller raskt behov for andre deler av systemet
5. Korte og lengre perioden med markert forverring av helse og levekår kan vi kalle blålys-perioder. Blålys-perioder er ekstreme situasjoner. Ekstreme situasjoner krever ekstreme tiltak!

HVA HAR VI LÆRT I DAG?

Aftenposten