



SLUTTRAPPORT

Klinisk utvalg – KAD rus / psykiatri

Januar 2017

Innhold:

1. Sammendrag	2
2. Utvalgets sammensetning og mandat	2
3. Prosess	3
4. Rapport	4
5. Videre samarbeid om pasientgruppen	7
6. Vedlegg	8

Sammendrag

Utvalget har utarbeidet et forslag til inklusjon- og eksklusjonskriterier samt gitt en beskrivelse av hva et opphold på KAD for rus-/psykiatrilidelser skal inneholde. KAD-enhetene skal gi basal omsorg (næring, søvn, trygghet) mens kommunenes fagpersoner innen psykisk helsearbeid og rusmestring må sørge for at det lages en behandlingsplan videre for pasienten. DPS og SMP bistår der det er behov for konferering, veiledning eller oppfølging av bruker i fellesskap. Et opphold kan vare inntil 3 dager.

Utvalget foreslår at:

1. Utvalgets forslag til inklusjons- og eksklusjonskriterier samt skisse til innhold i et opphold på KAD ved rus-/psykiatrilidelser tas i bruk
2. Kriteriene og lokale prosedyrer revideres innen 31.12.17.

Utvalgets sammensetning og mandat

Sarpsborg og Rakkestad	Berit Dahle	Sykehuset Østfold	Kari Gjelstad
IØ-regionen	Barbro Kvaal	Sykehuset Østfold	Ingmar Clausen
Mosseregionen	Gro Helen Øiestad Nordberg	Sykehuset Østfold	Espen Olsen
Halden og Aremark	Bente Flaten Navarro	Sykehuset Østfold	Bernt W. Pettersen
Fredrikstadregionen	Anne Kr. Nitter (leder)	Sykehuset Østfold	Odd Petter Nilsen (sekr)
Fastlege	Dag Eivind Syverstad	Brukerrepresentant Mental Helse	Svein Erik Andersen
Fastlege	Anne Gry Ørmen		

ADMS-vedtak 13.10.16:

1. Utvalget får følgende mandat:
 - Beskrive det eksisterende tilbudet til pasienter med rus og psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, herunder kartlegge udekkede tjenestebehov i regionene
 - Definere hvilke pasienter som skal ivaretas i et nytt tilbud med bakgrunn i veilederen
 - Beskrive hensiktsmessige pasientforløp
 - Se den nye plikten i sammenheng med de eksisterende KAD-enhetene
 - Avklare de økonomiske rammene som ligger i statsbudsjettet
 - Utarbeide forslag til ny retningslinje 4
 - Utrede i hvilken grad det er behov for endret kompetanse inn i tilbudet.
2. Kommunene/sykehuset har henholdsvis leder/sekretær funksjon. Utvalget velger selv hvem dette skal være.
3. Utvalget bes levere sitt arbeid til Administrativt samarbeidsutvalg innen 15.januar 2017.

Prosess

Gruppen har møttes 4 ganger. Det har gått mye tid til å definere en målgruppe for tilbudet. Vi har forholdt oss til veilederen med hovedvekt på følgende:

- 1) Dette er ikke en oppgaveforskyvning mellom SØ og kommunene slik tilfellet er med de somatiske KAD-plassene
- 2) Tilbudet må være et bindeledd i det eksisterende tilbudet, det er ikke et nytt behandlingstilbud
- 3) Det forventes et lite volum av brukere som er aktuelle for tilbudet

Øyeblikkelig hjelp-begrepet er vanskelig å definere innen rus- og/eller psykiatritilstander. I veilederen angis det at personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem i en akutt situasjon vil kunne ha behov for observasjon, trygghet, omsorg og psykososial støtte. Målgruppen er definert som personer med lettere psykiske lidelser og rusavhengighet som trenger et kortvarig omsorgstilbud. Opplevelsen i utvalget er imidlertid at det er 2 relativt ulike grupper – både hva gjelder behov for tilbud og hvilke tilbud som allerede eksisterer både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Spesielt er det stor forskjell på hvilke akutt-tilbud som eksisterer i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB.

Plikten til at KAD også skal omfatte pasienter med psykisk uhelse og rusutfordringer begrunnes med at disse brukergruppene ikke skal diskrimineres i KAD-tilbudet. KAD-tilbudet er pr. i dag bygd opp som et somatisk helsetilbud. Kompetanse til ansatte, utforming av lokaler osv. er basert på det. Pasienter med psykisk uhelse og/eller rusavhengighet som i tillegg har en somatisk sykdom (bl.a. infeksjoner, nyresvikt) er allerede inkludert i KAD-tilbudet.

Når det nå etterspørres et tilbud som skal rette seg mot psykisk uhelse og rusavhengighet i seg selv, gir det et behov for ny kompetanse i KAD-avdelingene. Når det imidlertid anslås å være et tilbud som skal ha et lite volum, er det en utfordring å finne en best egnet løsning.

Gruppen har utarbeidet et forslag for etablering av KAD-tilbud slik den fikk i oppdrag gjennom mandatet. Det er imidlertid reist spørsmål i gruppen om det å inkludere rus- og psykiatriutfordringer i KAD-tilbudet er likestilt med å sørge for at disse pasientene ikke diskrimineres i helsetilbudet. Spørsmålet er om man er likestilt når alle får det samme tilbudet, eller når man får et tilbud som er best egnet for seg og sin tilstand.

Rapport

Oppdrag fra mandatet:

Beskrive det eksisterende tilbudet til pasienter med rus og psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, herunder kartlegge udekkede tjenestebehov i regionene.

Utvalget velger å skille mellom tilbudene innen psykiatri og rus fordi det er ulikhet i tilbudene pr. i dag.

Psykiatri – kommunale tilbud:

- Ulike varianter av tilbud hverdager kl. 8-15.30, både vedtakstjenester samt lavterskeltjenester
- Sarpsborg har tilbud frem til kl. 22 alle hverdager (åpent senter samt ambulant tjeneste)
Fredrikstad har tilbud frem til kl. 21 alle hverdager samt 11-16 i helgene (ambulant tjeneste)
Trøgstad har tilbud til kl. 20 2 dager i uken
- Selvmestringsgrupper, andre gruppetilbud
- Bemannede boliger

Legevakt

- Det er generelt få med rus-/psykiatrikompetanse blant ansatte
- Fredrikstad har fire observasjonsenger (4 timers opphold)
- Fredrikstad har hatt prøveperiode med DPS akutt-team tilstede på legevakten. Dette tiltaket er evaluert og avsluttet.

Psykiatri – Sykehuset Østfold

- Kl. 08-15: Lokalt ambulant team som vurderer tiltak som:
 - hjemmebesøk, samtale, og/eller døgninnleggelse i DPS akutt Kalnes eller psykiatrisk akuttmottak (PAM). Kan også vurdere i samråd med henvisende lege at pasienten kan vente med å få samtale dagen etter
 - Telefon - via sentralbord SØ 08600
- Kl. 15-22: Psykiatrisk akutt-team (PAT) som vurderer tiltak som over
 - Telefon - via sentralbord SØ 08600
- Kl. 22 – 08: Vakhavende lege Kalnes.
 - Vurderer sammen med henviser at pasienten kan få poliklinisk time dagen etter eller innleggelse DPS-akutt Kalnes (DAK) eller PAM
- DPS-akutt Kalnes – innleggelse via ambulant akutt-team

Rus – kommunale tilbud

- Oppfølging på dagtid kl. 8-15.30, stedlig og ambulant
- Oppfølging på kveldstid som beskrevet under psykiatritilbudet
- Lavterskel helsetilbud («feltpleie» e.l.)
- Lavterskel gruppetilbud
- Midlertidige boliger/bemannede boliger

Rus – Sykehuset Østfold

- SMP
 - Rettighetsvurdering på dagtid
 - SMP vil være tilgjengelig for telefoniske eller stedlige konsultasjoner på dagtid i løpet av innleggelse på KAD

Kartlegging av udekkede tjenestebehov i regionene

- Psykiatri:
 - ambulant tjeneste / tjeneste etter kl. 15 i kommunal tjeneste
 - samarbeidsrutiner og forventningsavklaringer mellom lokal DPS og tilhørende kommuner
- Rus:
 - Et definert akutt-tilbud til gruppen gjennom hele døgnet inkludert mulighet til å konferere med lege om rusrelaterte tilstander etter kl. 15.

Oppdrag fra mandatet:

Definere hvilke pasienter som skal ivaretas i et nytt tilbud med bakgrunn i veilederen

Overordnet målgruppen for tilbudet innen psykiatri er:

- Personer som søker akutt helsehjelp for psykisk lidelse og som man ikke klarer å finne et annet tilfredsstillende kommunalt tilbud til (vil variere fra kommune til kommune hva man kan klare å løse før det blir snakk om innleggelse)
- Behov for tilstedeværelse/observasjon til neste dag
- Kommunalt tilbud og/eller spesialisthelsetjenesten må kobles på neste (virke)dag

Overordnet målgruppen for tilbudet innen rus er:

- Personer som har et betydelig og vedvarende rusforbruk over tid som har gitt funksjonsfall
- Psykososial oppfølging og stabilisering etter overdose
 - Det har vært en del diskusjon rundt dette punktet. Utvalget ønsker å presisere at personer med overdose som trenger medisinsk oppfølging fortsatt skal på sykehus.
 - Personene det her er snakk om, er de som ambulansen lar være igjen hjemme i dag, men hvor bruker ikke er i stand til å ta vare på seg selv, og hvor faren for ny overdose er økt når personen blir værende i sitt miljø.
 - Fredrikstad kommune er med i en nasjonal Overdosestrategi som en av ni pilotkommuner. Pilotkommunene er valgt ut på bakgrunn av høye overdosedødstall tidligere. I strategien ønsker man fokus på tilbudet til personer med overlevd overdose. En del brukere opplever dette som en skremmende og sjelsettende opplevelse, og kanskje kan det representere det vinduet man trenger for å komme i posisjon til bruker for å få til et videre behandlingsløp.

Utvalget har laget en kortfattet oversikt over inklusjons og eksklusjonskriterier til for henvisende instans og for KAD-enhetene.

Se vedlegg 1

Oppdrag fra mandatet:

Beskrive hensiktsmessige pasientforløp

Utvalget finner det foreløpig uhensiktsmessig å lage overordnet pasientforløp ettersom kommunene har såpass ulike tilbud samt at vi fortsatt strengt tatt ikke vet helt hvilke pasienter det blir snakk om å innlemme i tilbudet.

Utvalget foreslår imidlertid at tilbudet på KAD har følgende struktur:

- Tilbudet i KAD skal være på et allmennt medisinsk nivå
- Fastlege/legevaksleleger kan legge inn pasienter på med rus – og psykiatriutfordringer i KAD etter samme prosedyre som ved somatiske pasienter
- Oppfølgingen på KAD vil bestå i to ting; basal omsorg (ernæring, søvn, trygghet) samt muligheten til å etablere et oppfølgingstilbud i kommunen, i kommunen og SØ eller bare på SØ.
- Slik KAD-enheten er bygget opp i dag, kombinert med at det forventes lite bruk av tilbudet innen rus og psykisk helse, er det rimelig at ansatte på KAD får en generell kompetanseheving knyttet til rus og psykisk helse som styrker deres evne til å gi en god omsorg. Øvrig kompetanse må hentes fra kommunenes egne fagpersoner på feltet eller fra spesialisthelsetjenesten. Kommunens egne fagpersoner må være tilgjengelige fra første virkedag. Kontaktpersoner i DPS/SMP kontaktes ved behov etter individuell vurdering. Det er lege på KAD som formelt ber om assistanse fra DPS/SMP.
- For alle KAD-enhetene må det være etablert en struktur hvor de vet hvilke kontaktpersoner de skal kontakte dagen etter innleggelse, slik at arbeidet med å få på plass videre oppfølging ikke forsinkes. Dette må etableres i de enkelte regionene.
- Kjente pasienter som man vet kan få perioder med raskt funksjonstap, bør få etablert en kriseplan hvor ev. innleggelse i KAD er beskrevet (for denne gruppen kan det være like viktig at man ikke legger inn i KAD, som at man gjør det, avhengig av hva problemstillingen er).

Oppdrag fra mandatet:

Se den nye plikten i sammenheng med de eksisterende KAD-enhetene

Utvalget har utarbeidet et forslag om å innlemme plikten til å gi et døgntilbud til akutt rus/psykiatri-pasienter i det eksisterende KAD-tilbudet.

Utvalget tror at pasienter med hovedsakelig psykiatri som problemstilling vil oppleve tilbudet i KAD som godt.

I utvalget har det imidlertid vært diskutert om dette er den best egnede løsningen for pasienter med hovedsakelig rusutfordringer. Det er et ønske om at man kan vurdere andre løsninger, for eksempel et akutt tilbud i en døgnbemannet bolig hvor rusutfordringen blir adressert og ivaretatt på en god måte fra starten og hvor man kan etablere kontakt med somatisk helsetjeneste påfølgende dag.

Oppdrag fra mandatet:

Avklare de økonomiske rammene som ligger i statsbudsjettet

Det er overført ca. kr. 4,3 millioner fra Sykehuset Østfold til kommunene i Østfold for 2017 som rammetilskudd.

Det har vært diskutert i utvalget hvordan KAD-enhetene skal forholde seg til å ha seng tilgjengelig til rus/psykiatri-pasienter. Tre av KAD-enhetene har en beleggsprosent som tilsier at de har kapasitet til å ta inn pasienter i det eksisterende tilbudet. De to øvrige enhetene må vurdere å opprette en ekstra seng. Igjen er det vanskelig å dimensjonere tilbudet ettersom veilederen er såpass vag. Det er vanskelig å se for seg at man til enhver tid skal holde av en seng som kanskje brukes en gang i måneden.

Det er imidlertid behov for kompetanseheving for de ansatte i KAD.

Oppdrag fra mandatet:

Utarbeide forslag til ny retningslinje 4

Utvalget har kun gjort endringer i retningslinjen slik at den nå også omfatter rus/psykiatri. Utvalget har hverken tid eller kompetanse til en fullstendig revisjon av retningslinjen og det foreslås at ADMS / fagutvalg KAD gjør dette når innretningen for rus/psykiatri på KAD er besluttet.

Se vedlegg 2

Oppdrag fra mandatet:

Utrede i hvilken grad det er behov for endret kompetanse inn i tilbudet.

- Det er behov for kompetanseheving ved KAD-enhetene innen rus og psykiatri
- Denne kan hovedsakelig gis av den kommunale rus- og psykiatritjenesten
- Behov for kompetanseheving fra sykehuset meldes fra kommunene til sykehuset

Videre samarbeid om pasientgruppen

KAD-tilbudet er et kommunalt tilbud, men det er mye utrygghet å spore knyttet til hva dette tilbudet skal være og hvordan man skal sikre en god samhandling mellom nivåene. Det er behov for at de

ulike regionene lager egne prosedyrer for hvordan samhandlingen mellom kommunene og DPS/SMP skal være.

Vedlegg

1. Inklusjons og eksklusjonskriterier
2. Revidert retningslinje 4

18. januar 2017

Anne Kristine Nitter
Leder for utvalget
Kommuneoverlege Fredrikstad kommune