

**ÅRSRAPPORT 2017
OG EVALUERING AV PROSJEKTET
OPPSØKENDE RUSTEAM HALDEN
(ORTH)**



Halden kommune



**SYKEHUSET
ØSTFOLD**

Innhold

Oppsøkende rusteam Halden (ORTH)	3
Arbeidsform.....	3
Dybdekartlegging.....	3
Skulder ved skulder.....	3
Pasientoversikt.....	4
Erfaring vedrørende sammensetning av i teamet.....	4
Samarbeid med allerede eksisterende og/eller allerede involverte instanser	5
NAV.....	5
Feltteam	5
Rusteamet	5
SMP.....	5
Nytteeffekten for pasientene.....	5
Årsrapport for perioden 01.11.16 - 31.12.17.....	6
Antall pasienter som har fått tilbud om ORTH i perioden.....	6
Endringer i personalgruppen i 2017.....	7
Brukerundersøkelsen.....	7
Intervjuer av henvisende instanser.....	7
Oppsøkende rusteam Halden i perioden 2014/2015 - 2017 - En evaluering av prosjektet.....	8
Hva har vi oppnådd	8
Antall pasienter som har vært meldt inn til ORTH.....	9
Endringer i arbeidsmetoden.....	9
ORTH-rapporten.....	9
3 måneders ORTH-forløp.....	10
Personalutfordringer.....	10
Trenger vi ORTH?.....	10
Prosedyre for ORTH.....	12
Vedlegg: Brukerundersøkelse	
Intervju av henvisende instanser	
Samarbeidsavtalen mellom kommunen og Sosialmedisinsk poliklinikk	

Oppsøkende rusteam Halden (ORTH) – en beskrivelse

Oppsøkende rusteam Halden (ORTH) er et samarbeidsprosjekt mellom rustjenesten i Halden kommune og sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) i Halden. Prosjektet startet opp høsten 2014 og ble avsluttet ved årsskiftet 2017/18..

Arbeidsform

Siden oppstart i 2014 har arbeidsformen vært et gjentagende tema som har vært diskutert i prosjektgruppemøtene. Spørsmål som har vært drøftet er blant annet om teamet har riktig arbeidsform, om det har vært tilpasset behovet i Halden, om hjelpeapparatet i Halden har nytte av at pasientene er i ORTH, og om det er et forsterket tilbud for pasienter og hjelpeapparatet.

I slutten av 2015 ble det bestemt at teamet skulle ha en arbeidsform med to mulige «løp»:

- ORTH dybdekartlegging
- ORTH Skulder ved skulder

Dybdekartlegging

ORTH dybdekartlegging innebærer kartlegging av hvilke instanser pasienten har vært i kontakt med i sin oppvekst. Det innhentes opplysninger fra instanser som pasienten har vært i kontakt med eksempelvis pårørende, barnehage, skole, BUP, PPT, NAV, SMP, DPS, kommunale tjenester og andre i hjelpeapparatet.

I ORTH-perioden har man individuelle samtaler med pasienten, påbegynner individuell plan (IP) der det er aktuelt, gjennomgår innkomne opplysninger og har et oppstartsmøte, et midtveisevurderingsmøte og et avsluttende møte hvor ansvarsgruppen deltar. Der det er behov for utredninger og tester prøver man å få gjennomført dette enten i poliklinikk eller hjemme hos pasienten. ORTH har erfart at mange av pasientene har utfordringer når det gjelder å følge opp avtaler og å møte til kontorsamtaler. Det har derfor vært gjennomført relevante utredninger og/eller tester hjemme hos pasienten.

Noen av pasientene som har vært meldt til ORTH har ikke hatt noen tjenester i det kommunale hjelpeapparatet. ORTH prøver i disse tilfellene å kartlegge hvilke kommunale tjenester pasienten er i behov av, og søker tjenester tidlig i ORTH-forløpet. ORTH er fleksible når det gjelder hvilke arbeidsoppgaver som gjøres der hvor det bestilles dybdekartlegging. Det er ofte behov for praktisk bistand da mange av pasientene ikke klarer å følge opp nødvendige gjøremål. Der hvor det bestilles dybdekartlegginger, utarbeides det en utfyllende sluttrapport. På bakgrunn av innhentede opplysninger og kjennskap til pasienten skrives den avsluttende rapporten. Den inneholder anamnese, vurderinger og anbefalinger for hvilke type økonomiske ytelse, bolig, hjelpebehov, videre oppfølging, utredninger og behandling pasienten vil kunne dra nytte av.

Skulder ved skulder

ORTH skulder ved skulder er et løp hvor det ikke gjennomføres samme omfattende kartlegging som ved dybdekartleggingen. Det skal være et forsterket tilbud til pasienten og det eksisterende hjelpeapparatet, hvilket innebærer mye praktisk bistand, oppsøkende virksomhet og hyppig kontakt for ikke å «miste» pasienten. ORTH har bistått med å opprette eller gjenopprette kontakt med hjelpeapparatet. I noen tilfeller har man hatt et behov for å sikre at pasienten får møtt til

døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I ORTH skulder ved skulder kan varigheten på oppfølgingen være kortere enn 3 måneder. ORTH har erfart at noen av pasienten ønsker kontakt en kortere periode for å få etablert kontakt med det øvrige hjelpeapparatet.

Pasientoversikt

Pasientarbeidet startet opp i oktober 2014, SMP og rustjenesten hadde to plasser hver. Ambulant team DPS hadde en plass. Etter sommeren 2015 ble det utvidet til 6 plasser. Ambulant team DPS mistet da sin plass, men fikk mulighet til å melde inn pasienter via SMP. Fra 2016 har ble antall plasser oppjustert til 8 plasser.

NAV kan melde opp aktuelle pasienter til rustjenesten, og går på kommunens kvote. DPS kan melde opp aktuelle pasienter til SMP, og går på spesialisthelsetjenestens kvote. Fastleger kan kontakte rustjenesten eller SMP dersom de har pasienter de mener kan være aktuelle for ORTH. ORTH har ikke fått henvist pasienter fra fastleger i 2017. DPS har kun drøftet en pasient

Erfaringer vedrørende sammensetning av personell fra kommunen og spesialisthelsetjenesten

ORTH består av 4 fagpersoner – to sosionomer fra kommunal rustjeneste samt sykepleier og psykolog, begge fra SMP. I tillegg til dette har ORTH knyttet til seg en veileder fra NAV som deltar på teammøtene hver 3 uke. Det har vært deltakelse fra vernepleier fra Ambulant team DPS sporadisk i teammøtene. Representantene fra rusteamet og SMP jobber 50% i ORTH og 50% i ordinær drift i henholdsvis rusteamet og SMP.

Det var med en representant fra DPS, Ambulant team fra oppstart i 2014. I et prosjektmøte vår/sommer 2016 ble behovet for Ambulant team i ORTH drøftet, og det ble konkludert med at det er viktig å ha med Ambulant team i ORTH, men at det ikke er behov for deltagelse hver uke. Representanten har bidratt til refleksjoner og drøftinger av saker, og intensjonen er at veien inn i DPS skal være kortere ved behov. Dette har ORTH opplevd at har fungert bra. Samarbeidet med Ambulant team og døgnavdelingen på DPS har fungert godt i de tilfellene det har vært behov for bistand, innleggelse eller at pasienten allerede har vært innlagt. I 2017 har det vært mindre samarbeid med Ambulant team om pasienter i ORTH.

Ved oppstart i 2014 hadde NAV en representant i prosjektgruppa og en representant i styringsgruppa. Erfaringene viste oss raskt at pasientene i ORTH er uavklarte på mange områder. For NAV har pasientene fremstått uavklart vedrørende riktig ytelse og uavklart når det gjelder arbeidsevne. Flere av de uavklarte ROP-pasientene er det vanskelig å komme i kontakt med for å få nødvendige opplysninger for å kunne yte riktig og best mulig hjelp. De ansatte i ORTH fra SMP og rustjenesten opplevde ikke å ha oversikt over tiltakene og bistanden NAV kan tilby, og det var derfor tidlig ønskelig å ha med en NAV-veileder på teammøtene. I 2016 ble teamet styrket med en NAV-veileder som jobber med «rett ytelse» på teammøtene hver 3. uke. Hun har også vært lett tilgjengelig på mail når teamet har vært i behov av svar eller veiledning de ukene hun ikke har deltatt på teammøtene. Dette har fungert veldig godt, og er en styrking av teamet og tilbudet ORTH kan gi til pasientene.

Den tverrfaglige sammensetningen i teamet oppleves som tilfredsstillende med tanke på en holistisk tilnærming til pasienten. Det at begge kjønn er representert er fordelaktig både når det gjelder pasientarbeid, diskusjoner, drøftinger og avgjørelser som blir tatt.

I tråd med samhandlingsreformen gir teamsammensetningen god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Samarbeid med allerede eksisterende og/eller allerede involverte instanser

Pasientene har hovedsakelig hatt oppfølging fra NAV, rustjenesten (Feltteam og rusteamet) og SMP pasientene da de har vært i ORTH.

ORTH erfarte tidlig i prosjektperioden at vi hadde en tendens til å «overta» pasienten og gjøre flere av oppgavene som må gjøres selv, uten å involvere det øvrige hjelpeapparatet. I 2017 har teamet vært mer bevisst på å involvere de som har oppfølgingen med pasienten, og behandlingen og oppfølgingen vil foregå integrert og samtidig som anbefalt for personer med ROP-lidelser.

NAV

Fra oppstart ble det bestemt at ORTH pasienter skal bli prioritert i NAV så langt det lar seg gjøre. NAV veilederne har vært deltagende på samarbeidsmøtene så sant de har hatt mulighet. Veilederne har opptatte kalendere langt frem i tid, og etter tilbakemeldinger fra NAV blir datoer for midtveisevalueringssmøte og avsluttende møte fastsatt i oppstartsmøte. Dette har vist seg å fungere godt. Det å ha NAV deltagende på team møtene hver 3. uke har også gjort informasjonsflyten bedre og raskere.

Feltteamet

Feltteamet er et av teamene i rustjenesten i kommunen. Teamet består av 10 ansatte, i ulike stillingsprosjenter, hvor alle har oppfølging av alle pasientene de har i teamet. De oppretter en kontaktperson for hver pasient som i hovedsak alltid skal være deltagende på samarbeidsmøtene vedrørende aktuell pasient, samt være koordinator når individuell plan er aktuelt. De jobber turnus og det har vist seg å være en utfordring ved noen tilfeller å få med primærkontakten på samarbeidsmøtene.

ORTH opplever samarbeidet med Feltteamet som bra i den grad ORTH har vært bevisst på å inkludere dem. De kommer alltid til avtalte møter og de har ofte det koordinerende ansvaret for IP i de saker det har vært naturlig.

Rusteamet

Rusteamet er det andre teamet i rustjenesten i kommunen. Teamet består av 6 ansatte, i ulike stillingsprosjenter, hvor alle arbeider dagtid. Her får pasienten tildelt en fast ruskonsulent.

Samarbeidet med rusteamet oppleves også som bra. Det har vært bra arbeidsfordeling og klare rollefordelinger mellom rusteamet og ORTH.

SMP

SMP består av 11 fagpersoner som alle jobber dagtid. Samarbeidet med SMP oppleves som godt i de sakene hvor pasienten har hatt en behandler.

Nytteeffekten for pasientene

Nytteeffekten pasienten har hatt av å være deltager i ORTH er vanskelig å måle. Vi håper det kan, i tråd med samhandlingsreformen, bidra til å gi pasientene rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte pasient.

Noen pasienter har gitt positive tilbakemeldinger til teamet, i form av at de føler at de blir hørt og tatt på alvor. Noen pasienter har ikke forstått hva de egentlig fikk ut av ORTH.

ROP- retningslinjen påpeker viktigheten av å vise respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Det mener vi at vi har lyktes med i ORTH.

Teamet opplever en større grad av forpliktende samarbeid i hjelpeapparatet. Vi tror det er resultat av behandlingslinjen, hvor vi har oppstartsmøte, midtveisevaluering og avsluttende møte. Det lages IP og

legges en plan for arbeidsfordeling, evaluering av arbeidet og til slutt oppsummering av hva som er gjort i ORTH-perioden. Ved IP og det forpliktende samarbeidet oppleves det at prosessene blir framskyndet og saker blir tidligere avklart for pasientene.

ORTH har i større grad enn det øvrige hjelpeapparatet mulighet til å være fleksible, hvilket innebærer at utredninger og tester kan gjøres i hjemmet til pasienten. I og med at fremmøteproblematikk ofte gjør at pasienten ikke klarer å få gjennomført dette på ordinær måte i poliklinikk eller i institusjon, vil man kunne «lande» viktige saker, eks. avklarer økonomiske rettigheter.

Etter ORTH perioden foreligger det rapporten som inneholder anamnese, vurderinger og anbefalinger for hvilke type økonomisk ytelse, bolig, hjelpebehov, videre oppfølging, utredninger og behandling pasienten vil kunne ha nytte av. Dette på bakgrunn av dybdekartlegging og innhentede opplysninger. For pasienten vil det innebære at de slipper å repetere sin historie for nye behandlere i spesialisthelsetjenesten og kontaktpersoner i kommunen. Da vil de kunne finne nødvendige opplysninger i ORTH-rapporten. Kartlegging har da ikke skjedd isolert, men har vært en del av det eksisterende behandlingstiltaket og kan føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om pasientens historie og problematikk, kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig, og dermed lettere å akseptere og å jobbe med.

ÅRSRAPPORT FOR PERIODEN 01.11.16 – 31.12.17

Antall pasienter som har fått tilbud om ORTH i perioden 01.11.16 – 31.10.17 SMP

SMP har henvist 8 pasienter. Det var 2 pasienter som ORTH ikke fikk tak.

Det var 1 som takket nei til ORTH.

Det var 5 som takket ja til ORTH og underskrevet samtykkeerklæring.

Av disse har det vært bestilt dybdekartlegging av 1 pasient og skulder ved skulder på 4 pasienter.

Kommunen/NAV

Kommunen/NAV har henvist 14 pasienter. Av disse var det 5 pasienter som ORTH ikke fikk kontakt med på tross av at ORTH var oppsøkende i lengre tid.

Det var 3 pasienter som takket nei til ORTH.

Det var 6 pasienter som takket ja til ORTH og underskrev samtykkeerklæring.

Av disse var det bestilt dybdekartlegging på 5 av pasientene og skulder ved skulder på 1 pasient.

Endringer i personalgruppen i 2017

Det har vært endringer i personalgruppen i ORTH i 2017. Dette skyldes forhold som er utenfor arbeidsgivers kontroll. Dette dreier seg om svangerskapspermisjoner og bytte av jobb. NAV har deltatt hver 3. uke. Leder for SMP og for rusteamet har begge deltatt på teammøtene til ORTH, samt bidratt i feltarbeid. ORTH har i tillegg kunnet bruke psykolog fra SMP uten at hun har deltatt på teammøtene i saker hvor det har vært nødvendig.

Brukerundersøkelsen

På bakgrunn av drøftinger om evaluering av prosjektet i prosjektmøtene, ble det besluttet at det skulle foretas en brukerundersøkelse og en undersøkelse rettet mot samarbeidspartnere.

Det ble foretatt en brukerundersøkelse i april 2017. Det var 14 av 25 pasienter som svarte på undersøkelsen, dvs. 56%.

Undersøkelsen viser at 7 av 14 pasienter opplever at de fikk den hjelpen de trengte fra ORTH, og de fleste av de som svarte på undersøkelsen er *veldig fornøyd* eller *fornøyd* med tjenesten fra ORTH.

Pasientene opplever også at de fikk hjelp til *psykisk helse, rus, aktivitet og økonomi*.

Undersøkelsen fremstilt i diagrammer vedlegges årsrapporten.

Intervjuer av henvisende instanser

Leder for rustjenesten i Halden kommune og leder for SMP intervjuet 3 ansatte i henholdsvis kommunen, NAV og spesialisthelsetjenesten i april 2017. Hensikten med dette var å undersøke hvorvidt de henvisende instansene har hatt nytte av ORTH.

Konklusjonen etter intervjuene er som følger: «Jevnt over opplever vi at samarbeidspartnere har positive opplevelser ved bruk av ORTH. Det har i hovedsak vært dybdekartleggingen som flere har fremholdt som det som har vært mest nyttig. I tillegg oppleves ORTH-rapporten som et nyttig verktøy i arbeidet videre med pasienten.»

Undersøkelsen legges ved årsrapporten.

OPPSØKENDE RUSTEAM HALDEN I PERIODEN 2014/2015 – 2017 – EN EVALUERING AV PROSJEKTET

Hva har vi oppnådd?

I brosjyren som ble utarbeidet for ORTH ble målgruppen for ORTH definert som ROP-pasienter hvor det ordinære tjeneste tilbudet har vist seg å være utilstrekkelig og hvor er/antas å være behov for kartlegging og utredning.

Siden oppstarten har det vært et gjentakende tema i prosjektmøtene om teamet har de riktige pasienten, og om terskelen har vært for høy for å melde inn/ta inn pasienter. Grunnen til at det har vært et tema er at teamet i perioder har fått meldt inn få pasienter.

Teamet opplever at vi har de riktige pasientene. Det er pasienter som vurderes være i målgruppen, men at de ofte lever marginalt og gjør seg i noen tilfeller utilgjengelige både på telefon og hjemme. De som henvises har sammensatte problemer, fremmøteproblematikk og har vanskelig for å nyttiggjøre seg oppfølging i det ordinære hjelpeapparatet.

Pasientene vi har i ORTH er ROP- pasienter som det ordinære hjelpeapparatet enten ikke oppnår kontakt med, har en "ikke møtt" historie, er i behov av ytterligere kartlegging/utredning, samt at det er ønskelig med en vurdering og anbefaling om hva veien videre bør inneholde. De lever marginalt, har dårlig oppmøtestatistikk, og de følger lite opp i poliklinisk behandling. Flere har også vært uten fast bolig og uten telefon. Teamet har jobbet aktivt oppsøkende i rusmiljøet for å prøve å komme i kontakt med aktuelle pasienter. Kontakt med NAV, kjøre for å se etter, etterspørre pasientene i rusmiljøet etc, for å gi tilbud om ORTH. Det har vist seg vanskelig å oppnå kontakt i mange tilfeller.

Teamet har kommet i posisjon til noen av pasientene slik at de har fått en oppfølging som det allerede eksisterende hjelpeapparatet ikke har klart å gi. Dette har teamet fått til ved å ha muligheten til å være fleksible og oppsøkende når det gjelder avtaler og hvor man møtes. Det har vært hyppig kontakt, opptil flere ganger i uken. Kontakten har hatt innhold av kartlegging/utredning i kombinasjon med praktisk bistand som pasienten har vært i behov av der og da. Teamet har klart å få til en samtidighet ved å kombinere "her og nå" bistand/tiltak og langsiktig bistand/tiltak. Man opplever også at man gjør vurderinger av om det trengs utredninger eller tester tidlig i ORTH-forløpet.

Teamet har kunnet være fleksible med tanke på utredninger og tester som det har blitt vurdert at det har vært nødvendig å få gjennomført. Utredninger og tester har i noen tilfeller blitt gjort av psykolog i hjemmet til pasienten. Man har erfart at den fleksibiliteten har vært avgjørende for å kunne utrede pasienten

I løpet av 3 måneder har teamet fått kartlagt, gjort en grundig anamnese og kommet med tydelige anbefalinger om veien videre for pasienten. Dette er gjort i samarbeid med pasienten og på bakgrunn av tidligere prøvde tiltak og behandlinger. Det er da håp om at man kan gi rett behandling på rett sted tilpasset den enkelte bruker.

Noen av pasientforløpene har vært ORTH *Skulder ved skulder*, som er et forsterket tilbud til pasienten og det eksisterende hjelpeapparatet. Det innebærer mye praktisk bistand, oppsøkende virksomhet og hyppig kontakt for ikke å «miste» pasienten. ORTH har bistått med å opprette eller gjenopprette kontakt med hjelpeapparatet, og har i noen tilfeller hatt hyppig kontakt for å sikre at pasienten får møtt til døgnbehandling i TSB. Disse forløpende har ofte en varighet på mindre enn 3 måneder.

Antall pasienter som har vært meldt inn til ORTH

ORTH har registrert 57 pasienter innmeldt. Av disse har 34 pasienter takket ja til tilbudet. Av 34 pasienter var det 2 som trakk seg etter noen avtaler.

Det er registrert at 6 pasienter av de 57 innmeldte ikke har ønsket ORTH og derfor takket nei.

De øvrige 23 pasientene som ble innmeldt i ORTH fikk teamet ikke gitt tilbudet til, eller det ble uaktuelt på grunn av flytting eller andre årsaker. Det ble brukt mye ressurser på å komme i kontakt med pasientene for å få gitt informasjon og tilbudt dem ORTH uten at man lyktes med det.

Endringer i arbeidsmetoden

Det første året jobbet teamet aktivt med pasientene samtidig som arbeidsmetode og rutiner ble evaluert og endret.

Opprinnelig var det et løp som innebar dybdekartlegging med innhenting av opplysninger fra relevante instanser med en omfattende sluttrapport etter endt ORTH-periode på 3 måneder.

Ved årsskiftet 2015/2016 ble det bestemt i prosjektmøtet at teamet skulle begynne å jobbe med to ORTH-forløp; *Dybdekartlegging og skulder til skulder*, samt holde på de rutineene som teamet hadde utarbeidet. Denne arbeidsmetoden skulle evalueres høsten 2016.

Bakgrunnen for endringene har vært at arbeidsformen har vært et gjentakende tema som har blitt diskutert i prosjektmøtene. Ulike spørsmål som har vært drøftet er;

Er det riktig arbeidsform?

Er det tilpasset behovet i Halden?

Får det eksisterende hjelpeapparatet noe ut av at pasientene er i ORTH, og eventuelt hva får de ut av det?

Etter en evaluering høsten 2016 har to forløp i ORTH blitt opprettholdt.

1. ORTH Dybdekartlegging
2. ORTH Skulder ved skulder

Teamet har opplevd at denne arbeidsmetoden med to forløp har vært hensiktsmessig og fungert godt, og den har derfor blitt opprettholdt.

ORTH-rapporten

ORTH-rapporten har også vært et tema i prosjektperioden. Intensjonen har vært at det skal utarbeides en sluttrapport fra perioden pasienten har vært i ORTH. Det har vært en omfattende rapport, og omfanget av og innholdet i ORTH-rapporten har vært drøftet i flere omganger. Rapporten har tatt en form som teamet er fornøyd med. Lengde og innhold tilpasses etter hvorvidt hensikten med å ha pasienten i ORTH har vært dybdekartlegging eller skulder mot skulder. NAV sitt behov har vært å få vurdert den enkeltes aktuelle og framtidige arbeidsevne. Det har blitt besluttet at det alltid skal foreligge en sluttrapport uavhengig av hvilket løp pasienten har hatt i ORTH

Dersom en kommunalt ansatt har ansvar for å skrive rapporten, blir den skrevet i fagprogrammet Gerica. Skrives den av en ansatt i spesialisthelsetjenesten blir den skrevet i fagprogrammet DIPS.

Rapporten skal dateres og underskrives av to ansatte i ORTH. Det ferdige resultatet skannes inn i det fagprogrammet hvor den ikke ble skrevet.

Teamet har hatt som mål at alle teamets deltakere skal treffe og jobbe med alle pasientene i ORTH. Det har i noen tilfeller vært vanskelig å få gjennomført.

3 måneders ORTH-forløp

Ved oppstart av prosjektet ble det satt som ramme at en pasient skal ha et ORTH-forløp på 3 måneder. I hele prosjektperioden har det vært en utfordring å holde tidslinjen på 3 måneder selv om teamet er enige om at det er viktig, og at det har vært og er et mål. Det er viktig med tidsrammen for at ORTH ikke skal overta og bli et eget team med egne pasienter, men være et forsterket tilbud til pasienter og allerede eksisterende hjelpeapparat for en periode. Tidsrammen tvinger oss til å være effektive og målrettet.

I ORTH – Skulder ved skulder kan forløpet være kortere enn 3 måneder alt etter hvilket behov pasient og henvisende instans har.

Personalutfordringer

Det har vært endringer i personalet i ORTH-teamet i store deler av prosjektperioden.

I 2015 besto teamet av 5 fagpersoner – en sykepleier og en psykolog fra SMP, to sosionomer fra rusteamet i kommunen og en vernepleier fra DPS, Ambulant team. De ansatte fra SMP og kommunen har hatt 50% stilling hver i teamet. Ansatte fra DPS, Ambulant team var deltagende på de ukentlige teammøtene uten å være fullverdige medlemmer. Våren 2016 ble det vurdert at det var viktig å ha Ambulant team i ORTH, men at det ikke var behov for deltagelse hver uke. De har deltatt sporadisk i teammøtene.

I 2016 ble det bestemt at NAV skulle være representert i ORTH-teamet hver 3.uke. Veilederen fra NAV jobber med «rett ytelse», og har vært nyttig i ORTH.

Personalendringene som har vært i prosjektperioden har vært forhold som har vært utenfor arbeidsgivers kontroll. Dette dreier seg om svangerskapspermisjoner og bytte av jobb. I deler av 2017 deltok leder for SMP og for rusteamet på teammøtene til ORTH, samt at de bidro i feltarbeid. ORTH har i tillegg kunnet bruke psykolog fra SMP uten at hun har deltatt på teammøtene i saker hvor det har vært nødvendig.

Trenger vi ORTH?

ROP-retningslinjene sier at personer med en ROP-lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Samhandling mellom ulike deler av helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å få til en helhetlig oppfølging. Dette får vi til i ORTH.

Vi ser at kommunen og spesialisthelsetjenesten ofte har ulike perspektiver på arbeidet med pasientene, og ORTH ivaretar en helhetlig tilnærming av pasienten og samtidigheten på

kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. Det er et formalisert samarbeid som forplikter mer når det gjelder prioriteringer enn om vi ikke hadde hatt ORTH.

De sykeste pasientene har hatt behov for ORTH for å få gjennomført kartlegginger, utredninger og tester. Dette er pasienter som eller ikke får fullført nødvendige utredninger og tester da kriteriene for gjennomføring er for vanskelig for dem. I og med at teamet er mer tilgjengelig på grunn av avsatt tid, har man større mulighet til å være fleksible og følge pasientene tettere når det er nødvendig. Dette har vi fått tilbakemelding om at oppleves som positivt for pasientene. Eksempelvis kan nevnes en pasient hvor bestillingen var å få motivert vedkommende til å møte til behandling i institusjon (Skulder ved skulder). Det var i dette tilfellet helt avgjørende at ORTH hadde mulighet til å være tett og intensivt tilstede for at vedkommende skulle komme seg i den planlagte døgnbehandlingen.

I ORTH har man satt av tid til å jobbe felles og målrettet med pasientene. Det er mulighet til å jobbe akutt, reise ut på kort varsel og jobbe intensivt med en pasient. På bakgrunn av vedtak på kommunale tjenester og forventede daglige konsultasjoner hos SMP kan det by på utfordringer å finne felles pasient og felles tid til å jobbe intensivt med pasientene.

Oppsøkende rusteam har vært et samarbeidsprosjekt mellom rustjenesten i Halden kommune og sosialmedisinsk poliklinikk sykehuset Østfold fra 2014 til 2017. Bakgrunnen for prosjektet var anbefalinger i ROP retningslinjen fra 2012. Den anbefaler at personer med ROP-lidelser trenger oppfølging over lang tid og helst av personer/team med stor stabilitet og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Videre anbefaler retningslinjen at helseforetakene har ansvar for at ambulante metoder tas i bruk i behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Samhandlingsreformen peker på at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. At ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primærhelsetjenesten og helseforetakene forvalter spesialisthelsetjenestene. Oppsøkende rusteam har som formål å være en fleksibel og oppsøkende tjeneste mellom forvaltningsnivåene hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen skal bidra til mer helhetlige tjenester og et bedre samarbeid om ROP- pasientene.

Prosjektet har vært finansiert via midler fra Fylkesmannen i Østfold. Fra 2018 videreføres Oppsøkende rusteam til ordinær drift gjennom en samarbeidsavtale mellom kommunen og Sosialmedisinsk poliklinikk.

Prosedyre for Oppsøkende rusteam Halden (ORTH)

1. Endringsbeskrivelse

Prosedyren er basert på inngått samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold og Halden kommune.

Oppsøkende rusteam har vært et samarbeidsprosjekt mellom rustjenesten i Halden kommune og sosialmedisinsk poliklinikk sykehuset Østfold fra 2014 til 2017. Bakgrunnen for prosjektet var anbefalinger i ROP retningslinjen fra 2012. Den anbefaler at personer med ROP-lidelser trenger oppfølging over lang tid og helst av personer/team med stor stabilitet og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Videre anbefaler retningslinjen at helseforetakene har ansvar for at ambulante metoder tas i bruk i behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Samhandlingsreformen peker på at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. At ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primærhelsetjenesten og helseforetakene forvalter spesialisthelsetjenestene. Oppsøkende rusteam har som formål å være en fleksibel og oppsøkende tjeneste mellom forvaltningsnivåene hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen skal bidra til mer helhetlige tjenester og et bedre samarbeid om ROP- pasientene.

Prosjektet har vært finansiert via midler fra Fylkesmannen i Østfold. Fra 2018 videreføres Oppsøkende rusteam i ordinær drift.

2. Formål og omfang

Hensikten med prosedyren er å ivareta Oppsøkende rusteam (ORT) sin arbeidsform og gjøre teamets oppgaver kjent for de ansatte. Rutinen omfatter i store trekk arbeidsområdet til Oppsøkende rusteam og hva som skiller teamet fra de øvrige tjenestene.

3. Målgruppe

De som jobber i oppsøkende rusteam og øvrige ansatte i rus og psykiatritjenesten.

4. Ansvar og oppfølging

De som til enhver tid jobber i Oppsøkende rusteam, avdelingsleder for rustjenesten og seksjonsleder for sosialmedisinsk poliklinikk (SMP).

5. Gjennomføring/aktivitet

Oppsøkende rusteam består av to 100 % stillinger fordelt på fire medarbeidere, hver i 50 % stilling, to ansatte fra sosialmedisinsk poliklinikk og to fra kommunens rusteam. Teamet skal være tverrfaglig sammensatt og ha tilgang på psykolog.

Det skal være ukentlig teammøter på 1 1/2 time. Lederne for rustjenesten i kommunen og SMP deltar på teammøtene. Kontaktperson fra Nav deltar på teammøte hver 3.uke og er tilgjengelig på mail og telefon utenom møtene.

Distriktpsykiatrisk senter (DPS) ved Ambulant team kan ta kontakt ved behov for bistand.

De ansatte i ORT må samkjøre seg ved å sette opp dager/tider hvor man er tilgjengelig for ORToppdrag. Det vil være hensiktsmessig å lage en oversikt for minimum to måneder frem i tid over hvem som er tilgjengelig på ulike dager og tider. 8-10 pasienter i ORT av gangen. Hovedregelen er 3 måneders løp, men i enkelttilfeller vil det vurderes lengre løp/kontakt.

Det er viktig at ORT er noe annet enn de ordinære tjenestene og det de kan tilby.

Hvilke pasienter er i målgruppen for ORT?

ROP pasienter med lavt funksjons nivå.

0-brukere

Kommunen får E-link fra sykehuset om 0-brukere. Dette er pasienter som ikke er kjent i kommunen, men som sykehuset vurderer å trenge tjenester. ORT kan i de tilfellene reise inn til sykehuset for å kartlegge hva pasienten selv ønsker, og hvilke tjenester som kan være aktuelle for vedkommende. Fordelen, er at man treffer pasienten før han skrives ut og får opprettet kontakt. Av erfaring vet vi at det kan være vanskelig å nå disse pasientene når de allerede er skrevet ut fra sykehuset. SMP får henvendelser på pasienter som er innlagt i somatikken og på psykiatriske seksjoner i sykehuset. ORT kan brukes for å kartlegge videre behov og eventuelt kople på aktuelle instanser.

Pasienter som er henvist til SMP

SMP mottar henvisninger på pasienter som er uavklarte. Dette kan for eksempel være dårlige henvisninger med lite og uklar informasjon.

Unge pasienter hvor kommunen får bekymringsmeldinger og hvor bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 vurderes

Pasienter som kommunen mottar bekymringsmelding på kan henvises direkte til ORT. På den måten kan det jobbes intensivt med pasienten for å prøve frivillige tiltak, og unngå bruk av tvang etter helse og omsorgstjenesteloven (HOT) §10-2. Det vil være bedre for pasienten

med frivillige tiltak enn bruk av tvang, samt at det vil være ressurs sparende, spesielt kommunen, da det er tidkrevende å fremme saker for Fylkesnemnda etter HOT §10-2.

Unge rusmisbrukere som det er vanskelig å ha en jevn kontakt med over tid på grunn av fremmøteproblematikk, dårlig fungering og ambivalens til å motta tjenester

ORT kan være bindeleddet mellom pasienten og hjelpeapparatet der pasienten oppleves som dårlig fungerende og ambivalent i kontakten. Teamet kan være parat til å ta kontakt med pasienten når han/ hun er motivert for det. For denne gruppen pasienter vil det være en fleksibilitet når det gjelder tidsperspektivet på kontakten.

ORT kan benyttes på 3 ulike måter:

- Avklaring
- Skulder ved skulder
- Dybdekartlegging.

Hvem kan melde inn pasienter til ORT?

Kommunen, NAV, SMP og DPS.

NAV tar kontakt med en av kommunens ansatte i ORT med beskrivelse av problematikk og eventuelt søknad. DPS tar kontakt med en av SMP sine ansatte i ORTH med informasjon og henvisning. SMP og kommunen har hver for seg myndighet til å inkludere pasienter i ORT.

ORT skal ikke overta pasienter, men være i tillegg til.

Dokumentasjon:

Kommunen og SMP journalfører i hvert sitt system, henholdsvis Gerica og DIPS. I saker hvor kommunen innhenter opplysninger skannes det i Gerica og der hvor SMP innhenter opplysninger skannes det i DIPS.

ORT rapporten ligger i begge systemer.

6. Referanser

Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2012).

Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014)

St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.

