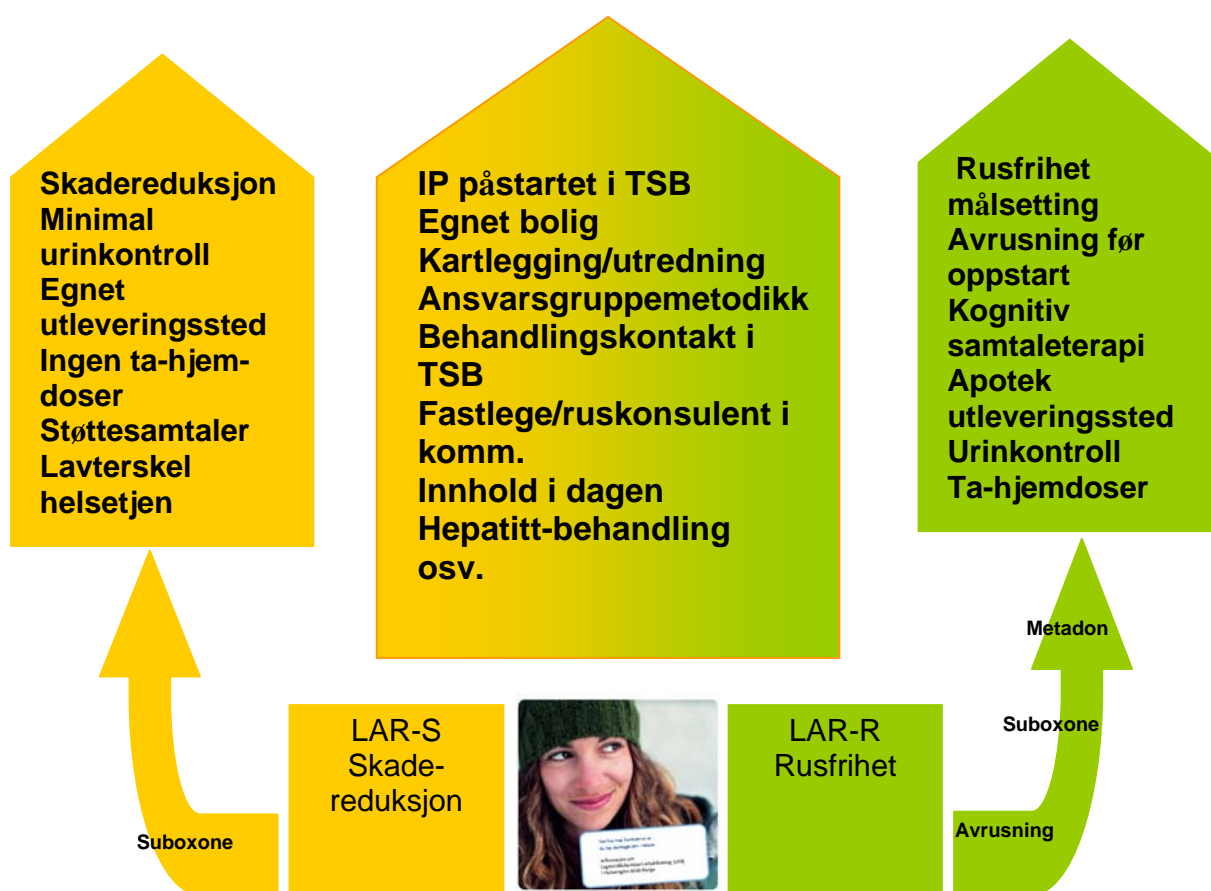


Behandling i LAR

Formålet med behandlingen er å bidra til at mennesker med opioidavhengighet får økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom gradvis bedring av sitt mestrings- og funksjonsnivå.

Den enkeltes målsetting med tilbudet drøftes i avklaringsprosessen og besluttes av pasient i oppstartsmøtet. Målsetting kan revideres underveis i behandlingsforløpet. Behandlingstilbud vurderes individuelt med utgangspunkt i pasientens egen målsetting; skadereduksjon eller rusfrihet (LAR-S og LAR-R).



Oppfølgingsmodell

LAR er basert på at den enkelte pasients ønske om å bedre sin rusmestring innenfor rammen av et forpliktende samarbeid. Dette innebærer at den enkelte ut fra egne forutsetninger, ønsker og behov skal gå inn i et aktivt samarbeid for å finne et meningsfullt innhold i hverdagen. Fokus vil være rettet mot muligheter og betingelser for bedre rusmestring, ønsker for bruk av dagen/inntektgrunnlag, hjemmesituasjonen, kontakt med familie/venner, kroppslige og psykiske plager og sosiale/personlighetsmessige utfordringer, med mer.

Den enkelte pasient vil sammen med ansvarsgruppa lage en individuell plan med individuelle målsettinger og avklaring av oppfølgingsbehov for å nå disse. Planen revideres hver 3 måned i ansvarsgruppemøte.

Kjernen i LAR-tilbudet er *forpliktende oppfølging* fra deltakerne i ansvarsgruppa (AG). Utover evt pårørendes deltakelse i AG, skal øvrige deltakere ha en *koordinert oppfølging* for å arbeide med ulike aspekter av pasientens mål/utfordringer den avtalte perioden. Tilbudet er basert på at deltakerne har *forpliktende, regelmessige og relasjonsbyggende* samtaler/oppfølging. Dette skal forebygge behovet for utstrakt akutt-preget kontakt. Ved at pasienten vet når man har oppfølging og hva som er de ulike formål med kontakten, er dette med på å strukturere tilværelsen. Måten pasienten forholder seg til kontakt/samtaler på, gir viktig informasjon omkring relasjonsferdigheter, funksjonsnivå og problemområder.

Det legges opp til ansvarsgruppemøter hver 3. mnd. Faste deltakere er pasient, primærkontakt fra NAV/sosialtjeneste, fastlege og LAR-primærkontakt. Det legges vekt på å utvikle et godt innhold i møtene (god kvalitet i hvert møte) og skape et helhetlig og koordinert tilbud som bidrar til bedring av rusmestring for pasienten, bedret livskvalitet og så langt som mulig yrkesmessig og sosial rehabilitering. Andre personer/instanser trekkes inn i perioder når det er behov for det.

Når pasienten vurderes ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, overføres ansvaret for oppfølging/behandling av pasienten til primærhelsetjenesten i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. (jmf sjekkliste for ferdig behandling)

Ansvar og oppgavedelingen mellom de faste deltakerne i AG

Pasient:

Pasientens ønsker og behov skal danne basis for de målsettingene som nedfelles i forhold til de ulike delene av rehabiliteringen. Det forutsettes at pasienten etter beste evne vil samarbeide konstruktivt med deltakerne i rehabiliteringen ut fra overordnede rammer og individuelle planer.

Primærkontakt fra NAV/ sosialtjenesten;

Lov om sosiale tjenester og Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velfredsforvaltningen har som formål å fremme trygghet samt bedre levevilkår for vanskeligstilte. Kommunen er tillagt ansvar for hjelp, oppfølging og veiledning av rusmiddelavhengige og har derved en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet.

NAV/sosialtjenesten vil ha koordinatorfunksjonen i oppfølgingen av overførte pasienter i LAR

NAV/sosialtjenesten skal særlig arbeide med pasienten ift tilrettelegging av legemiddelinntak og urinkontroll, bo/hjemmesituasjon (ADL utredning), nettverk (nettverkskart), sysselsetting og økonomi. Innhold og hyppighet av oppfølging i LAR-S i henhold til individuelle behov nedfelt i IP.

Særskilte forhold omkring struktur/innhold i oppfølgingen:

De første 6. mnd forventes det ukentlig oppfølging/kontakt (LAR-R) – selv når andre kommunale instanser bidrar i rehabilitering. (psykiatritjeneste, miljøtjeneste, etc). Det anbefales gjennomført hjemmebesøk.

Fastlege

skal særlig arbeide med pasienten omkring allmennhelse, sosialmedisinske problemstillinger og medikamentell forskrivning ut fra gjeldene retningslinjer for LAR (IS 1701) og LAR-Midts rutiner.

Særskilte forhold omkring struktur/innhold i oppfølgingen:

Fastlegen forplikter seg de første 3 mnd til å gi månedlig oppfølging, i det videre delta i ansvarsgrupper hver 3. mnd hvor samtalehyppighet avtales, minimum årlig for å vurdere subsitusjonsmedisineringen.

- Medisinske undersøkelser før oppstart og årlig i LAR (jfr egen sjekklister).
- Oppfølging av LAR medikasjon i henhold til rutine utarbeidet av LAR-Midt
- Nødvendig utredning og oppfølging av fysisk og psykisk sykdom
- Samtale/oppfølging kosthold, prevensjon, søvn med mer før overføring

LAR-behandler:

Skal særlig arbeide med pasienten ift rusmestring (rusdynamikk, risikosituasjoner og strategier for rusfrihet) og livsstilsrelaterte forhold (pasientens tanker/følelser omkring normalisering, relasjonsutfordringer, etc). LAR-behandler har et overordnet koordinerende ansvar for IP i AG i perioden før overføring.

LAR-R

De første 6. mnd forutsettes det minimum ukentlig oppfølging/kontakt. Følgende kartlegging/undersøkelser skal gjennomføres i løpet av perioden:

- Man jobber med rusmestring ved hjelp av kognitiv samtalemetodikk (egnevaluering, situasjon/tanke/følelser/handling, risikoanalyse)
- Livskvalitets-score gjøres på en VAS (visuell analog skala) i hver IP
- Kartlegging av psykisk helse ved bruk av SCL90 og MINI i henhold til egne rutiner
- Kartlegging og behandling av kroniske søvnproblemer
- Kvalitetssikre at pasienter med Hep C sikres informasjon/behandling
- Sikre nødvendig opplæring av primærhelsetjeneste både NAV/sosialtjeneste og fastlege

Når pasient vurderes ferdig behandlet i TSB vil pasienten være klar for overføring.

LAR-S

Deltakelse på ansvarsgruppen hver 3 mnd til pasientbehandlingen overføres (støttesamtaler gjennomføres av primærhelsetjenesten). Følgende kartlegging/undersøkelser skal gjennomføres:

- Man jobber med rusmestring ved hjelp av motivasjonsarbeid i ansvarsgruppemøter (hver 3. mnd) og ved månedlige samtaler (pr tlf/eller hos NAV/sosialtjeneste).
- Det skal jobbes med motivering mot optimal mestring (overgang til LAR-R)
- Livskvalitets-score gjøres på en VAS (visuell analog skala) i hver IP
- Kartlegging av psykisk helse ved bruk av SCL25 i henhold til egne rutiner
- Fortløpende vurdering av forsvarlighet og behovet for urinkontroll
- Kvalitetssikre at pasienter med Hep C sikres informasjon/behandling
- Sikre nødvendig opplæring av primærhelsetjeneste både NAV/sosialtjeneste og fastlege

For alle både i LAR-R og LAR-S;

Når pasient vurderes ferdig behandlet i TSB vil pasienten være klar for overføring.

Hvis pasienten er i behandling ved en døgninstitusjon vil det gjøres individuell vurdering av oppfølgingsbehov.

Andre aktuelle samarbeidspartnere

Sted for legemiddelutlevering er vanligvis apotek for LAR-R, men kan også være hjemmesykepleie, legekontor, institusjon eller annet avtalt sted. Det er laget egne retningslinjer for samarbeidet.

Sted for urinprøvetaking kan være legekontor, egne kommunale fasiliteter, hjemmesykepleie, institusjon eller annet avtalt sted. Det er laget egne retningslinjer for samarbeidet.

Andre personer/instanser: Disse trekkes inn periodevis eller mer permanent ut fra et definert behov og avklart mandat.

Pårørende: Det er løpende viktig å drøfte hvilken rolle pårørende skal ha i behandlingen. Det kan være særlig viktig å involvere pårørende som har tett kontakt med pasienten, slik at aktuelle problemstillinger kan drøftes som del av behandlingen. Det henvises for øvrig til egen rutine for oppfølging av pårørende inkl barn. LAR-Midt har en egen barneansvarlig som arbeider med kvalitetssikring av tilbudet til pårørende og barn.

Avrusingsinstitusjon: Sted avtales i oppstartmøte. I Midt-Norge er det vanligvis Lade Behandlingssenter, Psykiatrisk klinikk Levanger eller Vestmo behandlingssenter som brukes.

Kommunale oppfølgingstjenester: Mange pasienter vil i perioder kunne ha behov for ulike kommunale oppfølgingstjenester som miljøarbeidertjeneste, psykiatritjeneste, støttekontakt, med mer.

Poliklinisk behandling fra øvrig spesialisthelsetjeneste: Etter noen måneder i LAR vil en del pasienter ha god nytte av poliklinisk behandling knyttet til angstplager, depresjon, traumbearbeiding eller andre personlige/relasjonelle problemer.

Famile og Barnevernstjenesten: Mange pasienter har kontakt med barnevernet før oppstart enten ved at barnevernet har overtatt omsorgsansvarer eller ved at barnevernet gir hjelpetiltak. Det er viktig å sikre en god oppfølging fra barnevernstjenesten også innenfor LAR.

Kriminalomsorgen: Er aktuelt for søkere som soner fram til oppstart og som vil ha en oppfølging av Kriminalomsorgen i en definert tidsperiode.

Rusbehandlingsinstitusjon / Omsorgsinstitusjon (døgn): En del personer trenger et mer skjermet miljø og/eller mer aktiv behandling for best mulig behandlingseffekt.

Somatisk eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste: Noen pasienter kan i perioder ha behov for tilbud innenfor somatisk eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det er viktig å etablere et godt samarbeid i de perioder dette er aktuelt.

Om selve gjennomføringen av ansvarsgruppemøte

Ansvarsgruppa er en tverrfaglig og tverretattlig gruppe der de mest sentrale bistandsinstansene er representert. Utgangspunktet for arbeidet i gruppa er individuell plan. Ansvarsgruppa skal sikre at det blir arbeidet på en systematisk og koordinert måte, slik at ulike rehabiliteringstiltak trekker i samme retning. Egen mal for IP ved LAR-Midt brukes til dette arbeidet.

Individuell plan er pasientens eget virkemiddel for å tydeliggjøre sine individuelle behandlingsmål, skape forpliktelse for målene og kunne evaluere (oppsummere og justere) behandlingseffekt. Planen sikrer et forpliktende samarbeid.

Det skal til enhver tid være avklart hvem som er en del av gruppa for bl.a. å sikre samtykke for nødvendig gjensidig informasjonsutveksling. Individuelle planer skal utvikles løpende ut fra overordnede rammer for tidsintervall og deltakelse.

Det er laget egne maler for å sikre:

- Helhetlig gjennomgang (evaluering og nye mål)
- Synliggjøre framskritt og utfordringer
- Forpliktende samarbeid (underskrifter på møtet)

Et godt ansvarsgruppemøte fordrer at deltakerne er informert om rammene for møte.