

Beslutningsgrunnlag

Utvikle og etablere lavterskeltilbud i M&R

Målgruppe: gravide og småbarnsforeldre med rus og/eller psykiske problemer.

1. Hensikt

Oppdrag gitt av Helse Midt Norge innebærer at det i Møre og Romsdal skal etableres eller videreutvikles lavterskeltilbud til gravide og småbarnsforeldre med rus og/eller psykiske problemer.

Beslutningsgrunnlaget er basert på arbeid i en tverrfaglig og tverretatlig arbeidsgruppe, og munner ut i et anbefalt forslag til bruk av tildelte midler for å oppfylle målsettingen.

2. Situasjonsbeskrivelse

Oppdraget fra Helse Midt Norge (styringsdokument 2014 og 15):

Helse Møre og Romsdal HF blir tildelt 2,052 mill. kroner som skal brukes slik:

- *1,449 mill. kroner til etablering/videreutvikling av lavterskeltilbud til gravide, mødre eller foreldre med rusproblem og/eller psykiske problem, fra barnet er født til det begynner på skolen.*
- *0,603 mill. kroner til forankring av arbeidet / kompetanseutvikling av barneansvarlige.*

Bruken av midlene skal rapporteres i forbindelse med oppfølging av styringsdokumentet.

Fra 2016 vil midlene til barn som pårørende bli lagt inn i basisramme og fordelt i forhold til inntektsmodellen.

Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling ved klinikkssjef er av samhandlingssjef bedt om å ta ansvar for utvikling/etablering av slikt lavterskeltilbud. Ansvaret er tildelt i samarbeid med klinikk for psykisk helsevern og kvinneklinikken i HMR.

Arbeidsprosessen:

To møter i en tverrfaglig og tverretatlig arbeidsgruppe, som har bestått av:

| | |
|---|--|
| Hanne Stenseth, Kvinneklinikken Kristiansund | Elisabeth Herje Sogge, Kommunejordmor Molde kommune |
| Cecilie Hoem, Klinikk for psykisk helsevern Kristiansund | Marit Sylte, Helsestasjons-/skoletjeneste Molde kommune |
| Anja Hammervoll, Molde behandlingssenter | Helen Flatset, Ressurstjenesten Molde kommune |
| Karine Aarsund, Ålesund behandlingssenter | Nina Bergsbakk, Nærbehandling Molde kommune |
| Ann Helene Skare, M&R Fylkeskommune, Kulturavdelinga/God Helse forebygging | Ole Lorvik, Klinikk for rus og avhengighetsbehandling |

Flere aktører i spesialisthelsetjeneste og kommune har vært invitert, men har ikke hatt anledning eller ikke respondert på, invitasjon til deltagelse.

Målsetting med arbeidet i arbeidsgruppen var å identifisere og vurdere behov for tiltak relatert til oppdraget. I tillegg til oppdragsgiver (samhandlingsavdelingen HMR) sendes anbefalingen til tre relevante klinikker i HMR; Kvinneklinikken, Klinikk for psykisk helsevern og Klinikk for barn og unge. Forut for oversendelse har anbefalingen vært ute til høring hos arbeidsgruppens deltakere og til noen eksterne ressurspersoner.

Midlene ble bevilget i 2014, og senere gjentatt i 2015 uten at det hittil er etablert noe aktivitet. De er signalisert overført til basisramme fra 2016, og således er potensialet at tiltak som iverksettes vil kunne ha stabilitet/varighet. Slik undertegnede oppfatter det forutsettes det aktivitet inneværende år for å utløse forlenget ressurs i basisramme. Iverksetting av tiltak har således nødvendig hast.

Oppsummerte innspill fra arbeidsmøtene:

Hvordan nå bredest mulig ut i foretaksområde – fylke.

- Tiltak som etableres må ha tilgjengelighet i hele foretaket, og må være solid forankret i kommunene. Dette tenkes best ved at de blir integrert i eksisterende virksomhet i kommunene. Helsestasjoner utgjør her en sentral arena.
- Gruppen er opptatt av at kompetanse finnes en rekke steder (barneansvarlige, jordmødre, helsepersonell i kommunale tiltak, gravideteam m.m). En tenker seg at gjennom god koordinering og nettverksfokus kan eksisterende kompetanse styrkes og settes i stand til å svare ut oppdraget.
- Informasjon/opplæring til helsepersonell/fastleger om problemforståelse, identifisering og formidling til relevante tiltak bør være en viktig og gjentakende aktivitet.
- Tidligere lignende prosjekttrettede tiltak (ex BiRus) har høstet gode erfaringer med organisering og drift av fagspesifikke nettverk / veiledningsgrupper.
- På sikt bør det utvikles en mer robust arena for kompetanse og forankring i foretaksområdet. Utfordring her er lokal løsning med tanke på geografi og tilpasning til ulike kommuner. Dette bør likevel inngå i prosjektet som et langsiktig mål.

Arenaer for aktivitet og tilfang på kompetanse.

- I kommunene: helsestasjoner, fastleger, barnehager, NAV, barnevern
- I spesialisthelsetjenesten: fødeavdelingene, noen poliklinikker, barneavdelingen, barneansvarlige

Tiltak:

- En ser for seg at det tilsettes en koordinator med faglige og personlige forutsetninger for knytte nettverk, formidle og utvikle kompetanse, og implementere lavterskel aktivitet sammen med kommunene.
- Arbeidet bør forankres som et utviklingsprosjekt, med styringsgruppe og prosjektgruppe for nødvendig sikring av støtte til utvikling, fremdrift og involvering.

- Vedkommende må ha forankring (arbeidsgiver/linje og miljø), med relevans for oppgavene. Flere innspill er her levert i gruppen uten at en vil låse dette i en anbefaling. Riktig person er viktigere enn geografisk plassering, vedkommende vil uansett ha hele fylket som aksjonsområde. Av forankringssteder er nevnt relevante klinikker i foretaket, Lærings- og mestringssenter ved sykehusene, Kompetansesenter Rus i Ålesund (KoRus).

Veien videre etter arbeidsmøtene:

- Anbefaling utarbeides og sendes på høring i arbeidsgruppen, og deretter til de aktuelle klinikkene og samhandlingssjef i HMR
- Intensjonen er at tiltak skal dekke hele foretaksområdet
- Utviklingsarbeidet skal involvere fagpersoner i kommuner og helseforetak gjennom prosjektorganisering
- Midlene benyttes til koordinator for utvikling og etablering av tiltak, samt til driftsmidler for arbeidet.

Helsedirektoratets definisjoner av lavterskel:

- Direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet
- Har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte.

3. Analyse

Det understrekes at oppdraget innebærer etablering av lavterskeltiltak, og her legges Helsedirektoratets forståelse til grunn.

Arbeidsgruppen forstår dette som tiltak egnet til å nå en målgruppe som ikke fanges opp eller omfattes av allerede eksisterende tiltak. Intensjonen forstås dithen at ønskede tiltak skal nå flere av befolkningen som ellers ikke fanges opp, der rus og/eller psykiatri hos en eller begge foreldre, kan få konsekvenser for barns videre utvikling, fysiske og psykiske helse. Tiltakene skal således komme i tillegg til og som noe annet enn ordinær spesialisthelsetjeneste.

Det er i arbeidsgruppen tatt høyde for at barneverntjenestene i kommunene har et stort ansvar overfor denne pasientgruppen, hjemlet i §4-4 i barnevernsloven om rett til hjelpetiltak. Slik arbeidsgruppen oppfatter oppdraget, vil et lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten inkludere både de som omfattes etter barnevernsloven, og de som ikke har rett på vedtak, men som likevel vil ha behov for støtte og oppfølging gjennom et slikt tilbud.

Anbefalingene fra arbeidsgruppen er mulig å iverksette gjennom den bevilgning som er gitt – lønn til koordinator/prosjektleder og driftsmidler i prosjektet. Arbeidsgruppen fremmer imidlertid ønsker om en strategi der det over tid utvikles tiltak i M&R som tar opp i seg erfaringer fra bl.a Familieambulatoriet i Nord Trøndelag (dette tiltaket har mottatt tilsvarende stimuleringsmidler som oss, men har i tillegg midler fra eget foretak) og «ressurshelsestasjon» jfr Midtbyen helsestasjon i Trondheim.

Målet bør være å utvikle et tilbud som over tid er stabilt og tilgjengelig i hele foretaksområdet, uavhengig av bosted. Dette tilsier aktivitet i alle sykehusenes opptaksområder. Samtidig vurderes at en spredning av midlene vil svekke mulighet til å sikre en samlet utvikling og stabilitet.

Organisering bør ta hensyn til ønske om å investere i utvikling av en nettverksmodell, der allerede eksisterende aktivitet og kompetanse stimuleres til, og settes i stand til videre kompetanseutvikling og intervensjon. Med dette på plass kan en individtilpasset intervensjonsmodell for forebyggende helsehjelp bli realitet. Kommune- og spesialisthelsetjeneste kan i samarbeid bli bedre i stand til tidlig å fange opp, og å gi helhetlig oppfølging av gravide/småbarnsforeldre med rusrelaterte og/eller psykiske vansker. Innsatsen vil bidra til at flere barn kan vokse opp i velordnede forhold hos kompetente omsorgspersoner, som er i stand til å gi barna nødvendig kontakt, stimulering og omsorg.

Arbeidsgruppen samler seg derfor om en anbefaling om å tilsette egnet koordinator som kan drifte et prosjekt over 2-3 år for senere å sette dette over i varig drift. Bevilgningen er tilstrekkelig til å dekke både lønn og driftsmidler i et slikt prosjekt.

Samtidig, for å ivareta muligheten for videre utvikling av tiltakene til å bli en reell og tilgjengelig kompetansefaktor, bør de mest relevante klinikkene for målgruppen utfordres til å bidra via sine budsjettprosesser, til ytterligere styrking av tiltaket. Familieambulatoriet i Nord Trøndelag fikk til sammenligning mer enn fire stillingsressurser ved sin etablering i 2008.

4. Konklusjon

- Det rekrutteres egnet koordinator til å gjennomføre prosjekt som omtalt over.
- Prosjektet forankres i samhandlingsavdelingen i HMR.
- Koordinator/prosjektleder gis forankring/arbeidssted som muliggjør gjennomføring og øker mulighet for rekruttering.
- Mandat for prosjekt og prosjektorganisasjon etableres når koordinator er på plass.

5. Beslutning

Samhandlingssjef HMR i samspill med berørte klinikker.