

Värmlands läns vårdförbund

- Beroendecentrum
- Flöjten
- Utvecklingsfrågor missbruks-
och beroendevården



Aktuellt

- Nya lokaler Flöjten. F.d. Lövnäs VC, lokalerna ska iordningställas, förhoppning om att det ska vara klart till sommaren 2019.
- Remissutskick till kommunerna gällande läns gemensamt behandlingshem för vuxna (mars)

Ett regionalt behandlingshem för vuxna med missbruk/beroende och samsjuklighet

- Kommunrundan hösten 2017
- Enkätutskick våren 2018
- Intresse från majoriteten av kommunerna
- Utredning hösten 2018
- Remiss klar mars 2019

En mer komplett vårdkedja

– TNE, Beroendecentrum, behandlingshem

- Ett gemensamt ansvarstagande för målgruppen
- Inflytande
- Öppenvårdsinsatser på nära håll under vårdtiden
- Vid samsjuklighet insatser för båda tillstånden
- Närhet till utsluss och hemgång
- Effektiv hantering vid återfall
- Under vårddid - successiv påbörjan av planerad eftervård – från kommunerna och Region Värmland

Varför ett regionalt behandlingshem?

Jämförelse ASI-data 2012-2017

- Mångbesökarna ökar i länet. Personer som vårdats fler än 5 ggr
- Tidigare behandling i psykiatrisk öppenvård minskar
- Pågående hjälp för psykiska besvär minskar
- Ökning av fysiska sjukdomar
- Injektionsmissbruket ökar

Varför ett regionalt behandlingshem?

Analys av mångbesökarkartläggningar i sex län 2016

- att vården och stödet utgår från befintliga insatser snarare än individens behov och problem
- att man inte tar i beaktande att individens livssituation med bostad, arbete och psykosociala faktorer spelar en viktig roll för rehabiliteringen
- att vård och stöd inte utformas utifrån kunskapen att rehabiliteringsprocessen vid tungt missbruk och beroende är mycket lång, kanske livslång
- att man i det kritiska akuta skedet sällan har anpassat mottagande och bemötande efter målgruppens problematik och tillstånd och därför inte lyckas fånga upp och behålla individen
- att vård och stöd utgår från att personerna har förmåga att hantera den väntan som uppstår
- att trots att avbrott är vanliga saknas beredskap att hantera dem
- att man inte använder de metoder och arbetssätt som förmår möta individens komplexa problem och behov – de hanterar symtom eller enskilda problem, men bidrar inte till en långsiktig hållbar lösning för individen

Behandlingsmodell

- Vård enligt nationella riktlinjer
- Vid psykiatrisk samsjuklighet ska insatser för båda tillstånden ske
- Fysiska skador och sjukdomar ska omhändertas
- Fasta mat- och dygnsrutiner
- Fasta friskvårdsrutiner
- Fasta sysselsättningstider/områden
- Gemensam vecko- och helgplanering
- Gemensamma gruppmöten av behandlingskaraktär (CRA/KBT)
- Bedömnings, utrednings- och utvärderingsinstrument enligt nationella riktlinjer (2017) samt BIB 2010 (*Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevården*) ex. ASI, SCL90, KASAM
- Planerade individuella insatser av bio-psykosocial karaktär (psykiatriska insatser, medicinska insatser, psykoterapeutiska insatser, psykosociala insatser)
- Planering och upparbetning av tilltänkta vård- och stödformer vid hemkommun

Ekonomi

- Förbundet har räknat på en dygnskostnad om 2500 kr, då behöver vi ha en medelbeläggning på 11 personer/dygn. Vi tänker oss ca 16 platser totalt.
- När det kommer till den medicinska kompetensen föreslår förbundet att Region Värmland ska bära samtliga kostnader kopplade till detta. Det vill säga personalkostnader för läkare, sjuksköterskor och psykolog, kostnader för medicinskt material och annat som är kopplat till behov hos den enskilde som har med hälso- och sjukvård att göra.

Bemanning

- Behandlare/skötare med kompetens inom missbruk (behandlingsassistent, skötare, socionom, socialpedagog, beteendevetare)
- Behandlare med vidareutbildning (steg 1) (socionom, socialpedagog, beteendevetare, sjuksköterska)
- SSK helst med vidareutbildning i psykiatri
- Specialistläkare i psykiatri
- Psykolog

Medicinsk kompetens

- En psykiatrisk bedömning/diagnostisering behöver initieras.
- Under vårdtiden ska finnas möjlighet att säkerställa diagnoser, vad är substansorienterat symptom och vad är bakomliggande sjukdom?
- Restriktiv hållning gällande beroendeframkallande läkemedel under vårdtiden. Samtidigt ska individuella bedömningar och behov avgöra vårdens inriktning även när det kommer till läkemedelsbehandling.
- Tanken är att man under vårdtiden samtidigt ska omhänderta beroendetillstånd och såväl psykiska som fysiska tillstånd.
- Det kan handla om både utredning/behandling på plats på HVB-hemmet som ute i öppenvård eller inom annan hälso- och sjukvård.

Förutsättningar för gemensamt HVB

- Kommunerna behöver placera på de egenägda verksamheterna i första hand – efter matchning utifrån den enskildes behov
- Behandlingshemmet behöver placeras centralt i länet utifrån närhet till öppenvård, utsluss och planering för hemgång
- Finansiering via vårddygnsavgifter från kommunerna och anslag från Region Värmland