

Strukturelle, politiske og administrative utfordringer når vi snakker om rus og psykisk helse

parallelsesjon 1

Randi Rosenqvist

randi@rosenqvist.no

Er det god nok kompetanse i diagnostikk hos pasienter med sammensatte lidelser?

- Urolige, utagerende pasienter innlagt etter phvl § 3-2 blir raskt utskrevet med diagnosen rusutløst psykose og personlighetsforstyrrelse. Schizofrenidiagnosen krever informasjon om adferd over tid.
- Forstår ansatte i rusomsorgen når det er psykotiske prosesser hos pasientene? Og dersom de henviser til psykiatrien, hva skjer??

Er det nok kapasitet i døgninstitusjoner for å stille en god diagnose?

- NEI!
- Og nå som helseministeren har skjermet psykiatrisenger, nedlegger helseforetakene rusavdelinger. Det er en skam!
- Døgnbehandling kan i mange tilfeller *ikke* erstattes av polikliniske avtaler.
- Hvor er det blitt av kompetansen i miljøbehandling og trening av ADL-funksjoner?

Hva bør skje ifm en akuttinnleggelse

- Avrusning? Redusere uro, eventuelt medikamentelt 3-14 dager?
 - Vil pasienten hjem når han har abstinenser etter få dager?
- Regulere døgnrytme, næring, somatisk status
- Etablere en profesjonell, trygg relasjon
- Kartlegge sykehistorien, snakke med pårørende
- Eventuell nevropsykologisk undersøkelse, radiologi, blodprøver
- Differensialdiagnostisk vurdering
- Stille diagnose, planlegge oppfølgingen, motivere for oppfølging
- Evaluere medikamentell behandling og andre tiltak.
- Dette får man ikke gjort ved akuttinnleggelser på under en uke – det kan ta måneder.

Samtykkekompetanse, FARV

- Evne til å forstå informasjon om helsehjelpen
 - Evne til å anerkjenne denne informasjonen i eget sykdomstilfeller
 - Evne til å reflektere over eget helsehjelpsbehov
 - Evne til å gi uttrykk for valg
-
- **Hva i huleste betyr dette?**

Er ikke pasientomsorg en like viktig etisk verdi som autonomi i helsevesenet?

- Er likegyldighet, initiativløshet, apati, manglende emosjonell og relasjonell kompetanse og evne til å planlegge over tid symptomer som pasienter **ønsker** å ha? Selv om de ikke klarer å følge opp behandling?
- Er man samtykkekompetent når man er abstinent?

Lavest mulige omsorgsnivå??

- Som kjent, god budsjettstyring er å sørge for at noen andre kan ta utgiftene på sine budsjettkapitler.
- Spesialisthelsetjenesten skal bare tilby behandling som er «kostnadseffektiv», for helseforetakene.
- Kommunene må overta ansvaret for alle de pasienten som er i behov av tiltak som ikke er kostnadseffektive. Kan de det?
- Bør psykiatri og TSB forenes til ett, strekt og viktig fagområde? Og bør man «klippe bort» denne delen fra helseforetakene og organisere den direkte under helseministeren, fra høyeste spesialiserte nivå til langvarig kvalifisert omsorg i kommunene?