

INNHALDSOVERSIKT:

Driftsstyrets årsmelding 2005

- Kap. 1 Kort presentasjon av institusjonen
 - 1.1 Historikk
 - 1.2 Oppdragsgiver/driftsavtale
 - 1.3 Beskrivelse av pasientgruppene
 - 1.4 Behandlingstilbudet ideologi/verdigrunnlag og grunnsyn på rus

- Kap. 2 Organisering og bemanning
 - 2.1 Organisasjonskart
 - 2.2 Bemanning og kompetanse
 - 2.3 Sykefravær
 - 2.4 Styrearbeid

- Kap. 3 Tilbud til pasientene
 - 3.1 Oversikt over klinikkens tilbud, hovedinnhold og struktur
 - 3.1.1 Poliklinikk
 - 3.1.2 Døgklinikk
 - 3.1.3 Oppfølging av ruspasienter etter innleggelse
 - 3.1.4 Familiebehandling – dagprogram/oppfølging
 - 3.1.5 Behandling og boenhet
 - 3.1.6 Selvhjelpsgrupper
 - 3.2 Etterspørsel
 - 3.3 Samarbeid med andre instanser

- Kap. 4 Kvalitetsindikatorer
 - 4.1 Vurderingsfrist og løpende ventetid
 - 4.2 Epikrisetid
 - 4.3 GAF-skår kvalitetsindikator på behandlingseffekt
 - 4.4 ISIT-brukerundersøkelse

- Kap. 5 Aktivitet og resultater
 - 5.1 Antall polikliniske konsultasjoner
 - 5.2 Antall personer innlagt i døgneklinikken
 - 5.3 Antall kurdøgn Døgneklinikk og familieavdeling
 - 5.3.1 Antall kurdøgn i avdelingen Behandling og boenhet
 - 5.4 Fullført og avbrutt behandling i døgneklinikk
 - 5.5 Deltagelse, oppmøte og drop-out i oppfølgingsprogram - ARP
 - 5.6 Gjestedøgn

- Kap. 6 Fremtidsutsikter

Driftsstyrets årsmelding 2005

Administrasjonen har utarbeidet forslag til årsmelding for klinikkens virksomhet i 2005 – et forslag som er gjennomdrøftet i driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

Årsmeldingen beskriver klinikkens sentrale aktivitetsområder og resultater. Når det gjelder kvalitetsindikatorerne løpende ventetid, epikrisetid, drop-out, GAF-skår og brukerundersøkelser, har klinikken oppnådd svært gode resultater, det vises til kap. 4 og 5.

Klinikken tilbyr et variert behandlingstilbud. De ansatte er engasjerte og utfører en utmerket jobb. Arbeidsmiljøet er stabilt og godt. Det er svært liten turnover. Sykefraværet har vist nedgang sett i forhold til tidligere år.

Klinikken er en IA-bedrift (Inkluderende arbeidsliv) og har en kontinuerlig dialog med Trygdeetatens Arbeidslivssenter.

Brukerundersøkelser som er gjennomført to ganger i løpet av året viser at pasientene er godt fornøyd med behandlingstilbudet.

Administrasjonen utøver en effektiv økonomistyring og har et nøkternt pengeforbruk.

Det er all grunn til å gi stor ros til administrasjonen og andre ansatte for at de lykkes med å drive virksomheten innenfor de økonomiske rammer – og oppnå gode behandlingsresultater.

Driftsstyret anser at årsmeldingen gir et godt bilde av Trasoppklinikkenes virksomhet og resultatoppnåelse i 2005.

DRIFTSSTYRET.

Kap. 1 Kort presentasjon av institusjonen

1.1 Historikk

Trasoppklinikken er en av landets eldste spesialklinikker for pasienter med alkoholproblemer. Klinikken ble etablert i 1951 av AA- Anonyme Alkoholikere. Fra 1957 har klinikken vært en stiftelse. Klinikken har alltid vært en del av det offentlige behandlingstilbudet for alkoholikere. Navnet A-klinikken (Alkohol-klinikken) er blitt endret til Trasoppklinikken. Klinikkenes behandlingsprofil har alltid bygget på en kombinasjon av ny psykologisk /medisinsk kunnskap, samt AA-bevegelsens erfaringsbaserte kunnskap om hva som nytter

I perioden 1985 – 2003 ble klinikken drevet med fylkeskommunale midler og klinikken hadde behandlingsansvar for Ullevål II sektoren i Oslo.

Fra 01.01. 2004 ble rusfeltet lagt inn under Lov om spesialisthelsetjeneste og klinikkenes oppdragsgiver ble Helse Øst Regional Helseforetak. Pasientene kommer i dag hovedsakelig fra Oslo og Akershus.

1.2 Oppdragsgiver/driftsavtale

Klinikken fremforhandlet i løpet av høsten 2004 en avtale med Helse Øst Regionale Helseforetak. Denne avtalen gjaldt for perioden 01.01. 2005 – 30.06.2006 med mulighet til å forlenge kontrakten i inntil 2 år, med ett år ad gangen. Som en del av avtalen med Helse Øst RHF fikk klinikkenes poliklinikk vurderingskompetanse, med krav om å ta egenandel av pasienter og innrapportering av polikliniske konsultasjoner til Rikstrykdeverket. Avtalen gjelder for 21 korttidsplasser og 4 langtidsplasser (døgn og dag) og poliklinisk behandling.

1.3 Beskrivelse av pasientgruppene

Klinikkenes primære målgruppe er kvinner og menn med alkohol - og medikamentproblemer. De fleste pasienter er i aldergruppen 30 – 50 år.

I 2005 hadde 62,5 % av kvinnene og 78,4 % av mennene F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose (i følge ICD-10 diagnosesystem). 21,8 % av kvinnene og 6,4 % av mennene hadde F. 13.2 (avhengighet i forhold til vanedannede medikamenter medregnet opiater i tablettform) som hoveddiagnose.

43,3 % av kvinnene og 34,3 % av mennene hadde to eller flere avhengighetsdiagnoser.

Familiemedlemmer er en viktig målgruppe. De får veiledning og behandling uavhengig om deres pårørende er i rusbehandling. Fra 2005 måtte også familiemedlemmene henvises av primærlege eller sosialkontor til behandling.

1.4 Behandlingstilbudet ideologi/verdigrunnlag og grunnsyn på rus og avhengighet.

Trasoppklinikken har til formål å behandle alkoholavhengige, medikamentavhengige og blandingsmisbrukere, i samsvar med Anonyme Alkoholikers ideologi slik at de kan oppnå en bedre livskvalitet.

Behandlingen er basert på et helhetlig menneskesyn hvor både det helsemessige, sosiale aspektet og den åndelige dimensjon (egen definerte verdier, normer og livssyn) av det å fungere som menneske er vektlagt.

Klinikkens forståelse av rusmiddelproblematikk beskrives ved en bio/psyko/sosial modell i samsvar med synspunktene til Verdens Helseorganisasjon (WHO).

Årsakene til rusmiddelproblemer er mange og er en kombinasjon av biologiske, psykiske, sosiale og individuelle forutsetninger. Aktiv rusmiddelbruk over tid er grunnlaget for å utvikle avhengighet og avhengigheten blir et problem i seg selv.

Rusavhengigheten vil med sine karakteristiske kjennetegn (påfallende forbruk, prioritering av rusmiddelbruk fremfor andre viktige ting, øket toleranse, abstinens reparasjon og endret egenkontroll) ifølge diagnosesystemet ICD-10 være individuelt utformet og i ulik grad tilstede.

Rusmiddelbruken over tid gir skadelige følger både helsemessig og sosialt. I familien og på arbeidsplassen blir relasjoner, oppgaver og funksjoner hemmet.

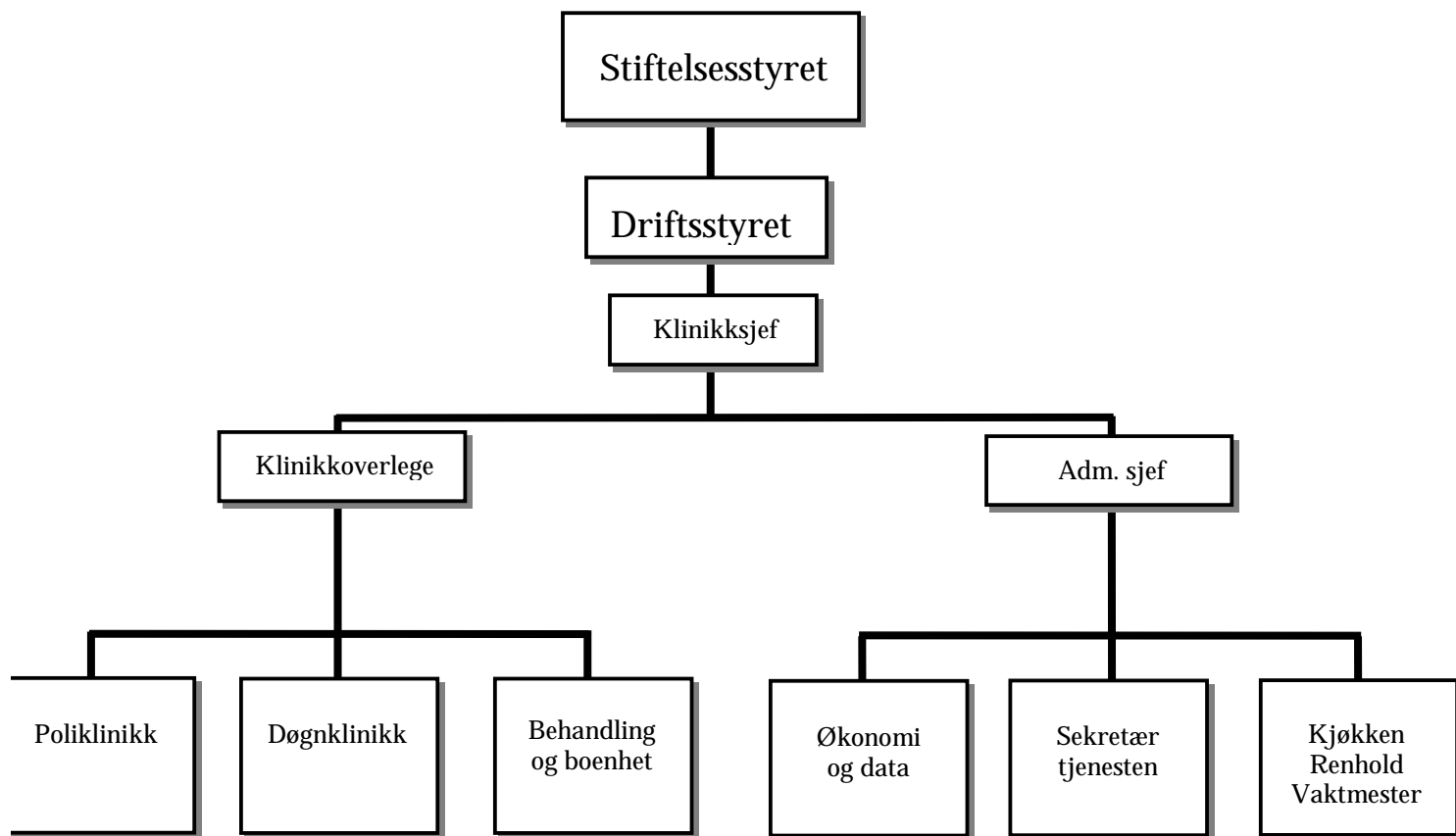
Når avhengigheten utvikles over tid inntreer det endringer av personligheten. Tenkning, følelser og adferd blir så sentrert om rusmiddelbruk at det oppstår store vanskeligheter i nære relasjoner og rusavhengige kommer ofte i eksistensielle kriser.

Klinikken setter AA's ideologi inn i en behandlingssammenheng.

AA - ideologien uttrykker et helhetlig menneskesyn og omfatter et system av idéer, forståelse, holdninger om hvordan et rusproblem oppleves og hvordan en avhengig person kan få et bra liv uten bruk av rusmidler.

Dette handler om erfaringsbasert kunnskap, hvor det er fremhevet at den enkelte selv må ha et ønske og ta eget valg om rusfrihet og starte en personlig endring og etter hvert bedre forholdet til nære personer.

Kap. 2 Organisering og bemanning



Kap. 2.1 Organisasjonskart

Frem til 30.08.2005 hadde klinikken en todelt ledelsesstruktur. Fra 01.09. 2005 vedtok Stiftelsesstyret at klinikken skulle ha en enhetlig ledelsesform, hvor institusjonssjef gikk over i klinikksjefstilling. Klinikkoverlegestillingen er fortsatt besatt av spesialist i psykiatri med et overordnet ansvar for den faglige og medisinske virksomheten.

2.2 Bemanning og kompetanse

Type stillinger:	Årsverk	Type stillinger:	Årsverk
Klinikk sjef	1	Klinikkoverlege	1
Økonomikonsulent	1	Faglig nestleder	1
Sekretær	1	Lege	0,6
1. fullmektig	0,9	Oversykepleier	1
Renholdsleder	0,6	Spesialsykepleiere	4,5
Kjøkkensjef	1	Sykepleiere	3
Kjøkkenassistent	0,5	Psykolog	1
Kokk	1,0	Sosionom	1
Vaktmester	0,5	Fysioterapeut	0,2
		Avdelingssykepleiere	1,5
		Rusmiddelterapeuter	3
	7,5		17,8
Totale årsverk			25,3

Klinikken har spisskompetanse innen rusterapi, psykiatri, familierapi og psykodrama. Behandlingsteamet er sammensatt av ulike profesjoner som spesialist i psykiatri, allmennpraktiker, psykolog, sosionomer, spesialsykepleiere, rusmiddelterapeuter og fysioterapeut.

I tillegg har lege, pedagog, prest og psykodramaveileder vært engasjert på timebasis.

2.3 Sykefravær

	Menn	Kvinner	Totalt
Korttidsfravær	9 %	10 %	4 %
Langtidsfravær	8 %	5 %	5 %
Totalt sykefravær	9 %	10 %	9 %

Det totale sykefraværet i 2005 utgjorde 9 %, mens langtidsfraværet var 5 %.

Ledelsen følger sykefraværet nøye og de langtidssykemeldte får utarbeidet individuell oppfølgingsplan. Det er utarbeidet egen handlingsplan for IA-arbeidet ved klinikken. Handlingsplanen evalueres sammen med klinikkens representant fra Trygdeetatens Arbeidslivssenter. Det har vært en nedgang i sykefraværet sammenlignet med tidligere år.

2.4 Styrearbeid

Stiftelsesstyret har i 2005 bestått av følgende medlemmer:

Styreleder Guttorm Toverud, nestleder Bernt Bull og sekretær Knut Sæter.

Driftsstyret har i 2005 bestått av følgende medlemmer:

Styreleder Geir Riise, nestleder Eva Soløy, Guttorm Toverud, Knut Sæter, Bernt Bull, Thorleif Andreassen og Gerd K. Maalø.

Driftsstyret har avholdt fem styremøter. Styrearbeidet har blant annet omhandlet økonomi

og oppfølging av avtalen med Helse Øst RHF.

Styret har også vært aktivt med i planleggingen av nytt bygg. Byggingen startet august 2005 og skal slutføres mars 2006.

Kap. 3 Tilbud til pasientene

3.1 Oversikt over klinikkens tilbud, hovedinnhold og struktur

Hovedinnholdet i behandlingstilbudet er poliklinisk behandling og døgnopphold.

1. Poliklinisk diagnostisk vurdering av rusmiddelproblemer og behandling etter en individuell behandlingsplan, poliklinisk eller ved innleggelse og oppfølging.
2. Pasientene får individualbehandler og behandlingsansvarlig lege. (jf. Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-7 og Forskrift om pasientansvarlig lege av 2000-20-02 nr 1218).
3. Døgnbehandling hvor hensikten er å avslutte aktivt rusmiddelinntak, få behandling for abstinens og andre helseproblemer. Ca 50 % av de innlagte velger å fortsette den russpesifikke behandlingen i klinikkens 12-trinnsprogram ARP (Recovery Alcoholism Programme) som går over 4 uker. Inntak i døgnklinikken forutsetter null i promille, men medikamentavhengige trenger ofte å trappe ned medikamentdoser etter innleggelse.
4. Poliklinisk oppfølging i ukentlige grupper i inntil ett år, supplert av individualsamtaler og fellessamtaler med familie og samarbeidspartnere.
5. Familiebehandling som innbefatter et selvstendig behandlingsprogram som går over åtte dager, etterfulgt av oppfølging i polikliniske grupper inntil ett halvt år.
6. Informasjon om selvhjelpsgrupper som AA og NA og opprette kontakt med grupper.
7. Arbeidsplass-seminar for arbeidsgivere og AKAN-kontakter med temaer om rusmiddelavhengighet, arbeidsgivers rolle i forhold til ansatte med rusproblemer og samarbeid mellom arbeidsplass og klinikk.
8. Informasjons- og samarbeidsmøter for sosialtjenesten, fastleger eller andre samarbeidsinstanser.
9. Langtidsbehandling med botrening i egen boenhet med 4 plasser for inntil 6 måneders opphold. Opphører 31.12.2005.

Informasjon om behandlingstilbudet gis ved brosjyre og hjemmeside på internett (www.trasopklinikken.no).

Klinikken har også en jubileumsbok fra 2001 da klinikken fylte 50 år, som er nyttig for pasienter og samarbeidspartnere som ønsker å lese mer om klinikkens behandling.

Kjennetegn ved behandlingen som beskriver hovedpunktene i behandlingsprosessen:

Endring: Motivere for en personlig endring som er stor nok til at en person er i stand til å leve rusfritt og bedre livskvaliteten.

Prosess: Erkjenne at det kreves både tid og personlig innsats i å etablere rusfrihet.

Ansvar: Motivere pasienter å fortsette endringsprosessen ved å ta ansvar for seg selv og egne handlinger.

System: Involvere familie, arbeidsplass og samarbeidspartnere i behandlingen.

Behandlingskjede: Samordne ulike tiltak, slik at de forsterker hverandre og skaper en helhet.

3.1.1 Poliklinikk

Poliklinikken tar imot alle nye pasienter og har hovedansvaret for poliklinisk behandling. Pasientenes bakgrunn og totale livssituasjon kartlegges. Alle pasientene blir diagnostisert i forhold til rusmiddelproblemet etter diagnosesystemet

ICD-10 (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, WHO 1992)

Dette suppleres i enkelte saker med utfyllende rusdiagnostisering med ADDIS diagnoseinstrument. Ved angst og depresjonsplager diagnostiseres pasienter med depresjonstest og angsttest (MADRS og KAS). Ved mental reduksjon testes pasienter med MMS (mini mental test). Det blir foretatt en helsemessig vurdering med eventuelt igangsatt behandling. I tillegg utføres det en systematisk psykososial funksjonsvurdering av alle pasienter som starter behandling enten poliklinisk eller ved innleggelse.

Dette gjøres ved en GAF-skår (Global assessment functioning) V. akse i det psykiatriske diagnosesystemet DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition).

GAF-skår satt ved start og avslutning av behandling kan vise en eventuell endring i psykososial funksjon og kan brukes som mål på behandlingseffekten (se pkt 4.8)

Det utformes individuell behandlingsplan i samråd med pasienten. Behandlingsplanene evalueres jevnlig. Behandlingen består av individual- og fellessamtaler og grupper.

3.1.2 Døgnklinikk

Mange pasienter trenger innleggelse for å avslutte rusmiddelbruken, skjermet fra daglige omgivelser. Pasienter med et blandingsmisbruk/medikamentmisbruk kan ha høye blodkonsentrasjoner av medikamenter og trenger nedtrapping. I startfasen har ofte disse pasientene behov for tett oppfølging både i forhold til fysisk og psykisk tilstand. Abstinensbehandling gis i form av medisiner, akupunktur og avspenningsøvelser. Noen pasienter innlegges for utredning og observasjon eller for å reetablere rusfrihet etter tilbakefall. Andre har god nytte av å delta i det miljøterapeutiske, strukturerte og intensive døgnprogrammet, før de kan greie å fungere i et videre poliklinisk opplegg.

Døgnklinikken har et Basisprogram som drives kontinuerlig. Målsettingen er å oppnå fysisk og psykisk stabilisering og øke forståelsen av egen rusmiddelavhengighet.

Pasientene undervises i temaer om rusproblematikk, slik at de kan gjenkjenne hva de selv har opplevd og således erkjenne eget rusproblem. De deltar i daglig gruppeterapi, har individualsamtaler foruten fellessamtaler med familie, arbeidsgiver med evt. AKAN eller andre samarbeidspartnere.

Pasientene kan avslutte døgnoppholdet etter deltagelse i Basisprogrammet og fortsette behandlingen poliklinisk.

Over halvparten av de innlagte har behov og ønsker om å fortsette i klinikkens 12-trinnsprogram, ARP etter Basisprogrammet. Dette er en lukket gruppe av fire ukers varighet. Her gis det undervisning som knyttes til AA's trinn, gruppeterapi og individualsamtaler. De arbeider med tanker, følelser, holdninger og handlingsmønstre (kognitiv/adferdsterapeutisk /endrings- og løsningsfokuset tilnærming). Det gis veiledning i AA-litteratur, og pasientene får personlig kjennskap til selvhjelpsgrupper som AA eller NA, ved informasjonsmøter og deltagelse i AA-grupper utenfor klinikken. Målsettingen er at pasienten oppnår en selverkjennelse av rusproblemet og kan ta et aktivt valg om rusfrihet.

3.1.3 Oppfølging av ruspasienter etter innleggelse

Ved avslutning av døgnoppholdet får pasientene tilbud om å delta i klinikkens ukentlige oppfølgingsprogram/grupper.

Målsettingen er at pasientene skal kunne få hjelp og støtte til å leve rusfritt og løse ulike livsproblemer. De arbeider videre med oppfølgingsplaner/handlingsplaner for hvordan de skal lykkes i dette. Under oppfølgingen får pasientene også tilbud om individual- og fellessamtaler etter behov. Familie og eventuelt arbeidsgiver deltar i fellessamtaler.

3.1.4 Familiebehandling – dagprogram/oppfølging inntil ett halvt år.

Klinikken tilbyr eget behandlingsprogram for familie.

Målsettingen med familiebehandlingen er å hjelpe dem til å mestre eget liv.

Familiemedlemmer kan delta i behandlingen selv om den rusavhengige ikke er eller har vært i behandling ved klinikken.

I Familieprogrammet gis det både gruppeterapi og undervisning. I undervisningen er temaene: Personlig endring, følelser, kommunikasjon, utvikling av rusmiddelavhengighet og tilfriskning, rusproblem sett i et relasjonsperspektiv og grensesetting.

Behandlingsprogrammet avholdes på dagtid og de som er i arbeid sykmeldes for å kunne delta. Etter familieprogrammet tilbys det oppfølging i kveldsgrupper annen hver uke i inntil ett halvt år. Enkelte familiemedlemmer har hatt behov for mer hjelp og i løpet av året er det blitt avholdt to ekstra daggrupper, en dag pr. uke over en 10 ukers perioder. Dette tilbudet er blitt godt mottatt og vil kunne tilbys når behovet melder seg.

3.1.5 Behandling og boenhet

For de pasientene som trenger en lengre behandlingstid kombinert med botrening har klinikken fire plasser. Avtalen ble gjort med Oslo kommune, Rusmiddeletaten for perioden 01.07. 2003 til 30.06.2006.

Målsetningen er å hjelpe pasienter som har sammensatte livsproblemer kombinert med rusproblem, til å fungere i egen bolig og gjenoppta et selvstendig liv. Behandlingsopplegget deles inn i ulike faser med undervisning, veiledning, arbeidstrening og sosial aktivisering. Tilbudet varer vanligvis i tre måneder, med mulighet for forlengelse maksimum seks måneder. Vi tror at brukerne av dette tilbudet lett ville blitt "gjengangere" i behandlingssystemet.

Det har vært over 100 % belegg. Mange har hatt stor nytte av dette tilbudet, som en forberedelse til å fungere på et hybelhus med minimal bemanning og oppfølging.

Etter forhandlinger med Helse Øst RHF har vi i desember 2005 inngått en avtale hvor de fire langtidsplassene fra 01.01. 2006 vil bli definert som korttidsplasser. Det betyr at tilbudet om langtidsbehandling, opphører.

3.1.6 Selvhjelpsgrupper

Hjelp til selvhjelp er et viktig prinsipp for klinikken.

Rusmiddelavhengighet og misbruk gir både individuelle, familiære og samfunnsøkonomiske problemer. Det vil neppe noen gang være nok profesjonelle behandlere som kan dekke det store hjelpebehovet. Derfor oppfordres pasienter og deres pårørende til å bruke selvhjelpsgrupper og deres kontaktpersoner, i tillegg til behandlingen de får. Pasienter som aktivt oppsøker og finner seg til rette i selvhjelpsgruppene, oppnår en god støtte i sin tilfriskning fra rusavhengigheten.

Selvhjelpsgruppene i Oslo har møter alle dager i uken, både på dag- og kveldstid.

Aktuelle selvhjelpsgrupper er:

AA - Anonyme Alkoholikere

NA - Anonyme Narkomane (for medikament- og stoffavhengige)

Al-Anon - (for pårørende) / Ala-teen

ACA - (for voksne barn av alkoholikere)

VBA- (voksne barn av alkoholikere)

GA – Anonyme Gamblere

Trasopklinikken har et godt samarbeid med de ulike AA-gruppene i Oslo og omegn.

3.2 Etterspørsel

Etterspørselen for å komme til rusbehandling ved klinikken er jevnt høy og har vært stigende både i 2004 og 2005. Vi har forsterket bemanningen med 1,5 stilling.

I rusfeltet var det bekymring for at innføring av egenandel for polikliniske konsultasjoner kunne medføre at pasientene ikke kom til avtalt time. Vi har ikke opplevd dette som noe problem.

Arbeidsbelastningen har vært jevnt over høy og i døgneklinikken har vi også hatt en viss overproduksjon i forhold til produksjonskrav. Når det gjelder den polikliniske aktiviteten har denne vært som forventet.

Fra 01.01. 2005 ble det også krav om henvisninger for at familiemedlemmer kunne motta behandling. Første halvåret, så vi en nedgang i antall familiemedlemmer som kom til behandling. Men dette har tatt seg opp for resten av året, så antall familiemedlemmer i behandling er nå som forventet.

Av 459 henviste ruspasienter hadde 58 % kun et poliklinisk behandlingsopplegg, 34 % ble lagt inn i døgneklinikken. Ca 1 % ble viderehenvist, ca 6 % valgte behandling ved en annen institusjon. Ca 1 % fikk avslag med ulike begrunnelser som - utenfor målgruppe, ikke kapasitet, tidligere dårlig behandlingserfaring og utenfor Helse Øst RHF på grunn av manglende behandlingsskapasitet ved klinikken.

3.3 Samarbeid med andre instanser

Henvisende instans får rutinemessig skriftlig tilbakemelding, epikrise etter innleggelse og avslutning av poliklinisk opplegg. Mange pasienter hjelpes til å etablere kontakt med sosialtjenesten, eventuelt barnevern. Noen har lenge levd på sosialstønad og disse får hjelp til å søke om rehabilitering eventuelt om uføretrygd.

Klinikken arrangerer informasjons- og samarbeidsmøter. Det har vært avholdt tre møter á 2 timer. Her har førstelinjetjenesten i Oslo og Akershus deltatt.

Vi har hatt to hospitanter fra Høgskolen i Østfold, som har tatt rusutdannelse. En student fra Høgskolen i Oslo, avdeling for psykiatri har hatt sin psykiatriske praksis ved klinikken.

Klinikken har også et team som gir informasjon og veiledning til arbeidsplasser, enten ved seminar på klinikken eller eksterne seminarer/samlinger. Klinikken hadde noen forelesningsoppdrag og holdt selv ett arbeidsplassseminar i løpet av året. Ansatte ved klinikken har gitt kontinuerlig veiledning av en gruppe ansatte ved KIF – Øst, 2 timer hver 14. dag.

For å fremme faglig samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere avholdt klinikken et heldagsseminar med både interne og eksterne foreleser. Tema var 12-trinnsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette var et vellykket seminar med over 80 deltagere.

Kap. 4.0 Kvalitetsindikatorer

4.1 Vurderingsfrist og løpende ventetid

Henvisninger blir gjennomgått innen de fem første dagene etter at henvisning ble mottatt. Førstegangs behandlingsskonsultasjon og vurdering på poliklinikken om rett til nødvendig helsehjelp, ble i 2005, tilbudt innen ca 12 dager etter at henvisning ble mottatt. Det vil si at den løpende ventetid er 12 dager.

Klinikken ligger således godt innenfor de nasjonale krav i forhold til vurderings- og behandlingsfrister som er henholdsvis 30 dager og 3 måneder etter at henvisning er mottatt.

4.2 Epikrisetid

Epikrisetid er tiden fra pasienten er avsluttet i behandling det være seg poliklinisk eller ved innleggelse. Epikrisetid skal illustrere klinikkens evne til å kommunisere og samhandle med andre hjelpeinstanser og på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet for den enkelte pasient.

Epikrisetid er også en prosessindikator og gir uttrykk for de faglige aktiviteter og ressurser som må til for at en epikrise fra en behandlingsperiode blir sendt.

Klinikken har en gjennomsnittlig epikrisetid på ca 2 dager, fordelt på døgnklinikk og poliklinikk.

For innlagte pasienter var den gjennomsnittlige epikrisetiden på 1 dag og for poliklinikken var den 3 dager.

4.3 GAF-skår – kvalitetsindikator på behandlingseffekt.

Klinikken bruker en psykososial funksjonsvurdering (GAF -skår - en akse i det psykiatriske diagnosesystemet DSM IV) av pasienter. Dette er en kvalitetsindikator som brukes systematisk i behandling innen psykisk helsevern.

Klinikken bruker GAF-skåren som en kvalitetsindikator på behandlingseffekt.

GAF-skår er en tallmessig vurdering av pasientens psykososiale funksjonsnivå, og således et mål på psykiatrisk/psykologisk behandlingsbehov og tatt på ulike tidspunkt i behandlingen beskriver den tallmessige behandlingseffekten.

Skalaen går fra 100 til 1. Normalt psykososialt funksjonsnivå ligger på ca 80 og oppover. De som ligger under 30 på skalaen kan ikke ta vare på seg selv og trenger innleggelse i psykiatrisk institusjon.

Gjennomsnittsskår i 2005 for innlagte(personer) ved innleggelse, ved utskrivning og avslutning av oppfølging.

	Innleggelses-tidspunkt	Innleggelses-tidspunkt	Utskrivnings-Tidspunkt	Utskrivnings-Tidspunkt	Avslutning av ARP oppfølging	Avslutning av oppfølging
	F - gj. Snitt	S - gj. snitt	F -gj. Snitt	S - gj. Snitt	F - gj. Snitt	S- gj. snitt
GAF-skår	46,6	46,8	52	52	65	64,5

F = Funksjonsnivå sosialt. S = Psykiske symptomer.

Resultatet viser at gjennomsnittsfunksjons skår er bedret med 18,4 på skalaen fra 1 – 100 fra innleggelse til avslutning i oppfølging.

Gjennomsnittssymptoms skår er bedret med 17,7 på skalene fra 1 – 100 fra innleggelse til avslutning i oppfølging.

Totalt kan klinikken si seg fornøyd med en slik gjennomsnitts behandlingseffekt som har holdt seg relativt stabil de siste årene. Og ikke minst at klinikkens ansatte har fått innarbeidet rutiner som ivaretar en slik vurdering av behandlingseffekt.

4.4 ISIT- brukerundersøkelse

Resultatene fra brukerundersøkelsene ISIT, som ble gjennomført i mai og oktober 2005, ga klar tilbakemelding om at pasientene var meget godt fornøyd med behandlingstilbudet ved klinikken. På enkelte områder er det fortsatt et forbedringspotensiale. Dette gjelder spesielt områder innen informasjon og håndtering om klagemuligheter (både uformelle og formelle). Klinikkenes sterke sider er at behandlere samhandler godt med pasienter og andre samarbeidspartnere. Ut fra undersøkelsene kan vi konkludere med at behandlingsopplegget er godt organisert og dermed forutsigbart for pasientene.

Kap. 5 Aktivitet og resultater

I det følgende beskrives de kvantitative sidene ved virksomheten.

Klinikken hadde produksjonskrav på 100 % av plantallene.

Produksjonen ble rapportert månedlig til Helse Øst RHF v/ Bestillerenheten.

5.1 Antall polikliniske konsultasjoner

	Resultat	Plantall
Driftsår	2005	2005
Førstegangskonsultasjoner og Individualsamtaler	2797	2612
Gruppekonsultasjoner	536	737
Konsultasjoner til sammen	3333	3349

Fra 2005 ble klinikken pålagt å registrere poliklinisk produksjon på en ny måte, derfor kan ikke tall fra tidligere års produksjon settes opp som sammenligning i tabellen.

5.2 Antall personer innlagt i døgneklinikken

	Resultat	Resultat	Resultat
Driftsår	2005	2004	2003
Rusmiddelmissbrukere (rettighetspasienter.)	155	133	129
Familiemedlemmer (ikke rettighetspasienter)	73	59	48
Totalt	228	192	177

5.3 Døgneklinikken og familieavd. Antall kurdøgn

	Resultat	Plantall	Resultat	Resultat
Driftsår	2005	2005	2004	2003
Antall kurdøgn totalt	7873	7665	6155	5637
Gjennomsnittlig innleggelsestid	34 døgn	32 døgn	30 døgn	32 døgn
Beleggsprosent	103 %	100 %	99,8 %	91 %

5.3.1 Avd. Behandling og boenhet Antall kurdøgn

	Resultat	Plantall	Resultat	
Driftsår	2005	2005	2004	
Antall kurdøgn totalt*	1711	1436	1465	
Gjennomsnittlig innleggelsestid	81 døgn	80 døgn	77 døgn	
Beleggsprosent	118 %	100 %	102 %	

I 2005 har det i avdeling behandling og boenheten vært innlagt 21 pasienter hvorav 8 kvinner og 13 menn. For å kunne utnytte kapasiteten best mulig har vi opprettet et ekstra rom, slik at ikke pasienter unødvendig må vente på innleggelse. Derfor har vi også beleggsprosent over 100.

5.4 Fullført og avbrutt behandling i døgneklinikken.

Årstall	Alle innlagte	Fullførte	Drop-out
2003	129	115	14 (11 %)
2004	133	126	7 (5,3 %)
2005	155	147	8 (5 %)

147 personer (95 %) av de som ble innlagt i døgneklinikken gjennomførte etter oppsatt behandlingsplan. Ca 71 personer, det vil si 46 % deltok både i Basisprogram og 12-trinnsprogram.

Med drop-outs definerer vi: ”pasienter som avbrøt døgntilleggingen mot vårt råd, og som ikke kom tilbake til behandling, verken poliklinisk eller til innleggelse innen årets utgang”. 2 % (8 pasienter) av våre innlagte ble drop-out-pasienter. Disse pasientene var tidligere narkomane og hadde fortsatt bruk av narkotiske stoffer. Alle hadde psykiske problemer med en lav psykososial funksjonsevne. Noen hadde behandlingskontakt med DPS og lokal ruspoliklinikk. Alle hadde kontakt med fastlege som fikk tilsendt epikrise etter utskrivning.

5.5 Deltagelse, oppmøte og drop-out i oppfølgingsprogram – ARP

Årstall	Antall personer	Deltatt i ett år	Deltatt i 3 – 6 måneder	Gjennomsnittlig oppmøte
2003	58	28 (48 %)	30 (52 %)	72,8 %
2004	70	31 (44 %)	39 (56 %)	71,7 %
2005	75	43 (57 %)	22 (29 %)	73,7 %

For å delta i programmet må pasientene holde seg rusfrie og bruke AA/NA-grupper. Ved to fravær uten beskjed, må pasienten møte til individualsamtale før de kan fortsette i programmet. Av de som hadde inngått avtale om oppfølging, var det 10 (7,5 %) personer som droppet ut av behandlingsopplegget. Disse fikk tilbud om videre behandling poliklinisk eller ved innleggelse.

Tallene sier oss noe om at mange pasienter opplever at behandlingstilbudet er nyttig. Ved fremmøte uttrykker de at de får tilfredsstillende hjelp og det registreres at de oppnår sin målsetting med å leve rusfritt og dermed bedre sin livskvalitet.

5.6 Gjestedøgn.

Det har i 2005 kun vært en pasient hvor vedkommendes Regionale Helseforetak har dekket oppholdet, altså kjøpt døgnplass utenom Helse Øst sine avtaleplasser.

Kap. 6 Fremtidsutsikter

Overføring av klinikken 01.01. 2004 til spesialisthelsetjenesten representerte en tydeliggjøring og anerkjennelse av klinikkens virksomhet.

De faglige krav til innhold i behandlingen, til ansattes kompetanse og samhandling med samarbeidspartnere og lovkrav til drift av institusjonen, medførte en del justeringer i forhold til tidligere virksomhet.

Inngåelse av driftsavtale med Helse Øst RHF for perioden 01.01. 2005 – 30.06.2006 har gitt klinikken noe større forutsigbarhet vedrørende drift. På sikt kunne det være ønskelig med driftsavtaler med 3 – 5 års varighet.

I august 2005 inngikk Stiftelsesstyret avtale med entreprenør om en total entrepris på byggingen av nye og hensiktsmessige lokaler for drift av mottaksenhet og poliklinikk. De polikliniske lokalene vil i tillegg til å ha kontorer også ha undervisningslokaler for både innlagte og polikliniske pasienter. Lokalene gir også muligheter for å arrangere større seminar. Fremdriftsplanen er at bygget skal stå klart mars 2006.

Etter at opptaksregionen for klinikkens pasienter ble utvidet til hele Helse Øst, har det vært en øket pasienttilstrømning uten at klinikken har drevet noen markedsføring av sitt behandlingstilbud. Dette tas som klare signaler på at Trasoppklinikkenes behandlingssopplegg er ønsket og oppleves som nyttig både av brukere og fagfolk.

Denne økte pasienttilstrømningen er et godt grunnlag for videreføring av dens virksomhet med både poliklinikk, et godt døgntilbud, familiebehandling og oppfølgingstilbud.

I tillegg regner vi med at det også vil være behov for den planlagte mottaksavdelingen som vil kvalitetssikre døgntilbudet for de dårligste pasientene.