

DRIFTSSTYRETS ÅRSMELDING 2008

Årsmelding for klinikkens virksomhet i 2008 er drøftet i driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

Styret er godt fornøyd med de resultatene som er oppnådd. De viser at klinikkens ansatte har fokus på de kravene som stilles til spesialisthelsetjenesten. Det vektlegges å kunne tilby et helsefaglig behandlingstilbud til pasientene i form av diagnostikk, utredning og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og utstrakt samarbeid med andre instanser. Virksomheten ved klinikken måles opp mot nasjonale kvalitetsindikatorer og psykososial funksjonsregistrering (GAF) for å måle behandlingseffekt.

Styret er svært tilfreds med at driftsavtalen med Helse Sør-Øst RHF ble reforhandlet og at den også ble utvidet med det antall døgnplasser klinikken kan tilby. Avtalen danner grunnlaget for en forutsigbar, forsvarlig drift for hele virksomheten, hvor også klinikkens nye behandlingseenhet ble integrert.

Klinikken er en IA-bedrift (Inkluderende arbeidsliv) og har en kontinuerlig dialog med Trygdeetatens Arbeidslivssenter. Sykefraværet har i 2008 vært noe høyere enn tidligere år. Langtidssykefraværet har vært på ca 9 %, hvorav noen få ansatte utgjør fraværet. Korttidsfraværet er på 3 %, noe vi må si oss godt fornøyd med.

Klinikken gjennomfører brukerundersøkelser blant pasientene. Undersøkelsene viser at pasientene er meget godt fornøyd med behandlingstilbudet. Dette gleder oss!

Det utøves effektiv økonomistyring og pengeforbruket er svært nøkternt. Det er all grunn til å gi ros til administrasjonen og de andre ansatte for at de lykkes med å drive virksomheten innenfor de økonomiske rammer i tillegg til å oppnå gode behandlingsresultater.

Driftsstyret anser at årsmeldingen danner et solid inntrykk av Trasoppklinikkenes virksomhet og resultatoppnåelse i 2008.

DRIFTSSTYRET

ÅRSMELDING 2008



Formål

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

Eier

Stiftelsen Trasoppklinikken er en ordinær stiftelse som er registrert i Lotteri- og stiftelsestilsynet. To av styremedlemmene er oppnevnt av rådgiverne i Tjenestrådet for AA i Norge. En representant er oppnevnt av ACTIS (Rusfeltets samarbeidsorgan).

Lovhjemling

Rusfeltet som klinikken tilhører ble i 2004 overført til Lov om Spesialisthelsetjeneste.

Oppdragsgiver

Helse Sør-Øst RHF er Trasoppklinikken oppdragsgiver. Driftsavtalen ble første gang inngått i 2004 etter konkurranseutsetting med forhandlinger. Ny driftsavtale ble inngått 01.07.08. Denne har en varighet frem til 30.06.2011. Avtalen innebærer en økning på døgnplasser fra 25 til 33.

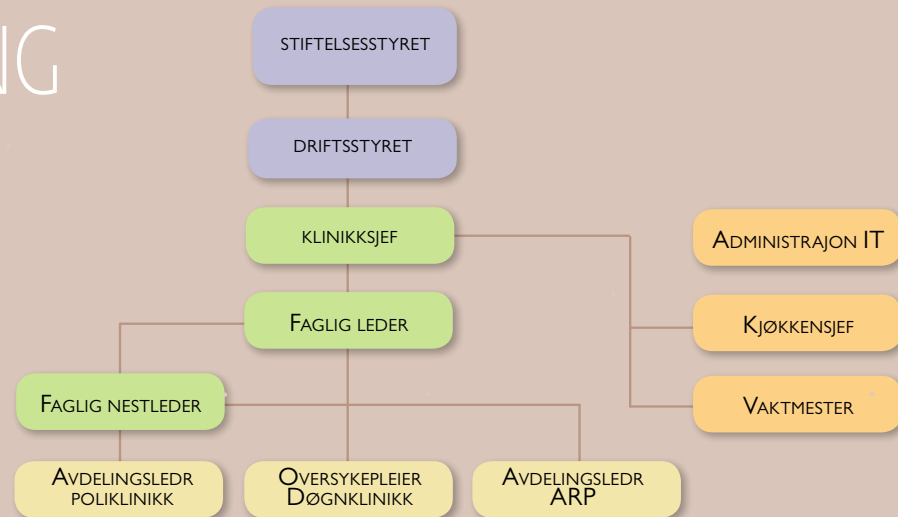
Driftsform

Trasoppklinikken er en alminnelig stiftelse, og er registrert i Lotteri- og stiftelsestilsynet.

Målgrupper

Klinikkens primære målgruppe er kvinner og menn med alkohol - og medikamentproblemer. Mange bruker også illegale stoffer som hasj og amfetamin. Det forutsettes at pasientene har et visst psykososialt funksjonsnivå for at klinikkens korttidsbehandling er tilstrekkelig. De fleste er i aldersgruppen 30-50 år. Familiemedlemmer tilbys egen behandling uavhengig om deres pårørende er i rusbehandling.

ORGANISERING



Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt fem styremøter i løpet av året. Styrearbeidet har blant annet hatt fokus på økonomi, utarbeiding av tilbud til Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med konkurranseutsetting, og oppfølging av avtalen som senere ble inngått, videreutvikling av behandlingstilbudet og kvalitetssikring av dette.

Styret er aktiv pådriver for at virksomheten innen 2010 blir ISO-9001 sertifisert.

Styreseminaret i år omhandlet blant annet Opptrappingsplanen for rusfeltet og klinikkens drift og videreutvikling. (Oversikt over Stiftelsesstyre- og driftsstyretsmedlemmer se s.14)

Organisasjonskart

Klinikken har en tydelig lederstruktur med kort vei mellom nivåene. Klinikksjefen er overordnet leder for hele virksomheten. Klinikksjefen har to linjer, en overfor behandlingsenhetene og en overfor de administrative støttefunksjonene.

Behandlingsenhetene ledes av klinikkoverlegen/faglig leder, og består av en ruspoliklinikk med vurderingskompetanse og en døgnklinikk.

Bemanning

Klinikken har totalt 33,3 årsverk. Dette fordeler seg på følgende måte:

- ▶ 25,10 stillinger er knyttet opp mot behandling.
- ▶ 8,20 stillinger er fordelt på kjøkken/renhold og administrasjon (støtte funksjoner)

Internkontrollsystem

Klinikken har eget kvalitetsutvalg der også brukerne er representert. Klinikken har et internkontrollsystem i tråd med internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten. Vi har innarbeidet avviksregistrering i alle avdelinger. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistrering/forbedringsmeldinger.

BEHANDLINGSTILBUDET

Klinikkens syn på rusmiddelavhengighet

Klinikkens forståelse av rusmiddelproblematikk beskrives ved en bio/psyko/sosial modell i samsvar med synspunktene til Verdens Helseorganisasjon (WHO). Årsakene til rusmiddelproblemer er multifaktorelle og behandlingen må derfor være tverrfaglig og spesialisert.

Behandlingen er som i AA basert på et helhetlig menneskesyn, hvor helsemessige, sosiale aspekter og åndelig dimensjon vektlegges. Dette er også i samsvar med hva som formuleres i opptrappingsplanen for psykisk helse:

”En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål”.

AA-ideologien omfatter et system av ideer, forståelse og holdninger om hvordan et rusproblem oppleves og hvordan en avhengig person kan få et bedre liv uten bruk av rusmidler. Dette handler om erfaringsbasert kunnskap, hvor det er fremhevet at den enkelte selv må ha et ønske og ta et eget valg om rusfrihet, for så å starte en personlig endring og bedre forholdet til nære personer for å bedre sin livskvalitet.

Behandlingstilbudets omfang - et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud

Trasoppklinikken tilbyr poliklinikk med vurderingskompetanse, poliklinisk behandling og døgnbehandling.

Behandlingen representerer tverrfaglig spesialisert rusbehandling og består av følgende elementer:

- ▶ Alle pasienter får individuell behandler og sikres behandlingsansvarlig lege.
- ▶ Utredning, diagnostikk og behandling av rusmiddelproblemer
- ▶ Kartlegging og behandling av komorbide lidelser og sosiale situasjon i samarbeid med øvrige helse- og sosialtjeneste.
- ▶ Pårørende og/eller arbeidsgivere/AKAN blir systematisk involvert i behandlingen når pasienten samtykker til det.
- ▶ Rusbehandlingen gjennomføres etter individuell behandlingsplan utarbeidet i samarbeid med pasienten. Ved ønske og behov utarbeides individuell plan (IP).
- ▶ 57 % av ruspasientene gjennomfører behandlingen poliklinisk, individuelt og/eller ved gruppeterapi
- ▶ Døgnbehandling består av et basisprogram med mulighet for individuell tilrettelegging. Etter basisprogrammet er det ca 62 % som gjennomfører klinikken 12-trinnsprogram-ARP (Alcoholism Recovery Program). De resterende tilbys videre poliklinisk behandling.
- ▶ Alle som har gjennomgått døgnbehandlingen tilbys poliklinisk oppfølging i ett år.
- ▶ Det blir gitt informasjon om selvhjelpsgrupper som AA og NA og hjelp til å opprette kontakt med disse.

Pårørende med behov for helsehjelp får et eget behandlingstilbud. De fleste deltar i familieprogrammet på dagtid og oppfølging i et halvt år, eventuelt har de kun individuelle polikliniske konsultasjoner.

Hovedinnhold og struktur

Poliklinikken

Rettighetsvurderingene er en viktig del av arbeidsoppgavene for klinikkens vurderingsteam. Oppgavene innebærer å vurdere pasientens tilstand og behandlingsbehov. Dette er en ressurskrevende oppgave som i tillegg til vurderingsarbeidet også innbefatter kontakt med henvisende instans og andre behandlingstiltak. I noen tilfeller er det nødvendig å innkalle pasienten til vurderingssamtale for å legge et bedre grunnlag for å gjennomføre rettighetsvurderingen.

Den kliniske virksomheten ved poliklinikken består av:

- ▶ individuell kartlegging/utredningsarbeid/diagnostisering (rusproblem, fysisk og psykisk helse, sosial situasjon)
- ▶ dokumentasjon i det pasientadministrative system (RUSDATA og papirjournal)
- ▶ individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings-, forebyggingssamtaler)
- ▶ krisehjelp
- ▶ prøvetaking
- ▶ nedtrapping/henvisning til avrusning
- ▶ forberede innleggelse i døgnavdeling
- ▶ involvering av pårørende
- ▶ eksternt samarbeid/veiledning (helse- og sosialtjenesten/NAV/arbeidsplass/AKAN)

I samarbeid med pasienten utformes det individuell behandlingsplan og når det er aktuelt, individuell plan (IP). Allerede i den polikliniske kartleggingsfasen må ofte fastlegen involveres, for videre utredning og behandling av somatiske lidelser eventuelt at det psykiske helsevesenet må kobles inn, når psykiske tilstander vanskeligjør igangsetting av rusbehandlingen.

Døgnavdelingen

Døgnbehandling er for mange pasienter absolutt nødvendig for å kunne etablere rusfrihet. I et støttende behandlingstilbud og skjermet fra forstyrrelser, gjenviner pasientene litt etter litt sine mentale ferdigheter. Pasienter med medikamentmisbruk trenger hjelp til å avslutte medikamentbruken og tett oppfølging i forhold til både fysisk og psykisk helsetilstand. Abstinensbehandling gis i form av medisiner, akupunktur og avspenningsøvelser. Under innleggelsesperioden er det for flere pasienter nødvendig med videre samarbeid med fastlege, eventuelt at pasienten henvises til annen spesialisthelsetjenesten for behandling.

Alle innlagte pasienter vil foruten deltagelse i det gruppebaserte behandlingsprogrammet (undervisning og gruppeterapi) tilbys individualsamtaler og fellessamtaler med familie, arbeidsgiver eller andre samarbeidspartnere. Det drives ukentlige kjønnsespesifikke grupper på tvers av klinikkens behandlingsprogrammer.

Behandlingen i døgnavdelingen består av flere elementer. Første fase av innleggelsen skjer på mottaksavdelingen. Etter individuell vurdering overføres pasientene til basisprogrammet og eventuelt til 12-trinnsprogrammet/ARP. Hovedelementene i behandlingsprogrammene er kvalitetssikret og gjennomføres ut fra et manualbasert opplegg.

Alle innlagte pasienter får informasjon om selvhjelpsgrupper som AA og NA.

Mottaksavdeling

For å forberede pasientene på deltagelse i behandlingsprogrammene, tas pasienten inn i en separat mottaksavdeling for observasjon og stabilisering. Oppholdet på mottaksavdelingen har også fokus på komorbide lidelser. Pasientens medikasjon for somatiske og psykiske lidelser blir vurdert og eventuelt justert.

Basisprogrammet

Basisprogrammet drives kontinuerlig inkludert helg- og høytidsdager. Målsettingen er å oppnå fysisk og psykisk stabilisering, øke forståelsen og egen mestring av rusmiddelavhengigheten.

Hovedelementene i basisprogrammet består av gruppeterapi, undervisning og individuelle samtaler. Undervisningsopplegget består av to moduler hver av 14 dagers varighet. Gruppeterapien muliggjør gjensidig gjenkjenning og erfaringsutveksling om ulike temaer vedrørende rusmiddelproblematikken. Etter gjennomført basisprogram får pasientene tilbud om å delta i 12-trinnsprogrammet/ARP eller poliklinisk oppfølging.

12-trinnsprogrammet ARP (Alcoholism Recovery Program)

12-trinnsprogram ARP gjennomføres med gruppeopptak av fem ukers varighet.

Målsettingen er at pasienten påbegynner en personlig endring og sosial stabilisering slik at de er i stand til å ta et eget valg om rusfrihet og mestre dette utenfor institusjonen. Her gis det manualbasert undervisning i temaer som er knyttet opp til AA's 12 trinn, gruppeterapi og individualsamtaler. 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.

Poliklinisk oppfølgingsprogram ARP

Etter å ha gjennomført ARP får pasientene tilbud om å delta i et poliklinisk oppfølgingsprogram som består av ukentlige gruppeterapi i inntil ett år. Ved behov får de også tilbud om individuelle samtaler/felles-samtaler med familie, samarbeidspartnere eller arbeidsgiver. Hensikten er å hjelpe pasientene til å stabilisere seg i en rusfri tilværelse. Det utarbeides individuelle oppfølgingsplaner for hvordan de skal lykkes i dette.

Behandling av pårørende – poliklinisk- og dagprogram

Klinikken tilbyr eget behandlingsprogram for pårørende. Disse er henvist til klinikken for egne helseproblemer og svekket sosial funksjonsevne.

Familiemedlemmer kan delta i behandlingen uavhengig av om den rusavhengige har vært i behandling, ved klinikken. Familiebehandlingen kan ha ulik varighet og omfang. Alle gjennomgår poliklinisk kartlegging og det opprettes egne journaler. Ved behov og ønske tilbys pårørende deltagelse i familieprogrammet som er et dagbasert behandlingsopplegg over åtte dager. Etter deltagelse i familieprogrammet gis det tilbud om oppfølging i form av poliklinisk gruppeterapi, hver 14. dag, i inntil et halvt år.

Målsettingen er å hjelpe familiemedlemmer til å mestre eget liv. Familieprogrammet består av gruppeterapi og undervisning hvor temaene er: Personlig endring, følelser, kommunikasjon, utvikling av rusmiddelavhengighet og tilfriskning, rusproblem sett i et relasjonsperspektiv og grensesetting. Kapasiteten på årsbasis når det gjelder pårørende er mellom 50 og 70 personer.

Familiemedlemmer deltar også i fellessamtaler med ruspasienter under innleggelse ved døgnavdelingen. I disse samtalene belyses ulike former for kommunikasjons- og samhandlingsproblemer. Det er også fokus på planlegging av samlivet og livssituasjonen generelt etter at ruspasienten er utskrevet fra klinikken.

Selvhjelpsgrupper

Hjelp til selvhjelp er et viktig prinsipp i behandlingen av rusmiddelavhengige og familiemedlemmer. Derfor oppfordres pasienter og deres pårørende til å bruke selvhjelpsgrupper, i tillegg til behandlingen de mottar ved klinikken. Pasienter som finner seg til rette i selvhjelpsgruppene, oppnår god støtte i sin tilfriskning fra rusavhengigheten og forskning, viser at det forebygger tilbakefall. jf. undersøkelse beskrevet i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, nr 20/2005.

Aktuelle selvhjelpsgrupper er:

- ▶ AA, Anonyme Alkoholikere
- ▶ NA, Anonyme Narkomane (for medikament- og stoffavhengige)
- ▶ Al-Anon (for pårørende)
- ▶ VBA (voksne barn av alkoholikere)
- ▶ Alateen - ACA (for voksne barn av alkoholikere)
- ▶ GA, Anonyme Gamblere

AKTIVITET OG RESULTATER

Aktivitetstallene fra klinikken viser en høy aktivitet i 2008 på lik linje med 2007.

Det stilles krav om månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF. Produksjonskravet ved døgnavdelingen er minimum 95 % av 12 045 døgn.

Antall polikliniske konsultasjoner 2007 og 2008

	2007	2008
Førstegangskonsultasjoner og Individual-samtaler m/telefoner	3770	3 527
Gruppekonsultasjoner	533	573
Konsultasjoner til sammen	4303	4 100

Antall personer innlagt i døgnklinikken 2007 og

2008

	2007	2008
Rusmiddelavhengige (rettighetspasienter.)	196	211
Familiemedlemmer (ikke rettighetspasienter)	68	50
Totalt	264	261

Økt døgntilrettelagt

Fra 01.07.08 ble døgntilrettelagtingen økt fra 25 til 33 faste plasser, se nedenstående tabell.

Den gjennomsnittlige innleggelsestiden har økt med 3 døgn. Vi ser at de fleste pasientene trenger noe lengre tid på stabilisering, enn tidligere. Noe av dette har sammenheng med at kapasiteten på avrusningsplasser er dårligere enn før, som igjen resulterer i at pasientene kommer til innleggelse med et større behov for fysisk og psykisk stabilisering.

Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet. Siden det ikke fins en offisiell definisjon, har vi valgt å definere drop-out på følgende måte: ”Pasienter som avbrøt døgntilrettelagtingen mot vårt råd, og som ikke kom tilbake til behandling, verken poliklinisk eller til innleggelse innen årets utgang”.

I 2008 var drop-out på innlagte pasienter 10,4 %.

Vi er fornøyd med denne drop-out prosenten. Dette handler også om at klinikken gjør et godt forarbeid før innleggelse slik at pasientenes behandlingsbehov og forventninger blir innfridd ved at de matcher klinikkens hovedmålgruppe

Klinikkens lokaler er mer egnet til å skjerme pasienter som tar tilbakefall og som ikke trenger avrusning. Fortsatt er det noen som må overføres til avrusningsenhetene, for så å komme inn i behandling igjen. Noen pasienter velger å skrive seg ut uten å ruse seg. De pasientene som avbryter behandlingen, har ofte betydelige psykiske problemer og blandingsmisbruk med blant annet illegale stoffer.

Antall døgntilrettelagtinger 2006-2008

Driftsår	Resultat 2006	Resultat 2007	Resultat 2008
Antall kurdøgn totalt	9125	10568	11 388
Gjennomsnittlig innleggelsestid	37 døgn	40 døgn	43 døgn
Beleggsprosent	100 %	100 %	94,3 %

Fullført og avbrutt rusbehandling i døgntilrettelagtingen

Årstall	Alle innlagte	Fullførte	Drop-out
2006	183	168	16 (9 %)
2007	196	185	13 (6,6 %)
2008	211	189	22 (10,4 %)



I neste oversikt ser vi hvordan utviklingen i deltakelse, oppmøte og uteblivelse i oppfølgingsprogrammet ARP har vært de siste tre årene. 57 % gjennomførte som planlagte, det vil si ut fra individuell oppsatt oppfølgingsplan.

Deltagelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2006-2008

Årstall	Antall personer	Deltatt i ett år	Deltatt i 3 – 6 måneder	Gjennomsnittlig oppmøte
2006	74	22 (30 %)	31 (42 %)	68,1 %
2007	83	28 (33,7 %)	31 (37,3 %)	60 %
2008	70	24 (34 %)	23 (33 %)	76 %

For å delta i oppfølgingsprogrammet må pasientene holde seg rusfri og bruke AA/NA-grupper. Ved to fravær uten beskjed, må pasienten møte til individualsamtale ved poliklinikken før de kan fortsette i programmet. Flere har hatt tilbakefall under behandlingsperioden. De får individuell hjelp for å etablere rusfrihet igjen, slik at de kan fortsette i oppfølgingsprogrammet. Av de som hadde inngått avtale om oppfølging, var det 33 % som uteble fra behandlingsopplegget. Av disse fikk 10 % tilbud om reinnleggelse i døgnklinikken. De andre fikk tilbud om videre behandling på poliklinikken.

SAMARBEIDSINSTANSER

I behandlingen av den enkelte pasient har klinikken rutiner på å samarbeide med andre instanser som fastlege, DPS, arbeidsgivere/AKAN/bedriftshelsetjeneste, NAV/sosialtjenesten. I enkelte saker er det nødvendig å samarbeide med andre instanser som for eksempel andre tjenestesteder innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten og med barneverntjenesten.

Henvisende instanser

Primærleger er de som henviser flest pasienter til behandling ved klinikken.

NAV/sosialtjenesten har også henvisningsrett. I tillegg kommer det henvisninger fra annen spesialisthelsetjeneste, som DPS og ruspoliklinikker tilknyttet DPS.

Eksterne møter

- ▶ Leder av poliklinikken deltar i ruspoliklinikk møter i regi av Aker Universitetssykehus, klinikk rus og avhengighet.
- ▶ Ledelsen ved A-klinikkene i Oslo (A-senteret, Blå Kors Senter, Incognito klinikk og Trasoppklinikken) har i mange år avholdt månedlige samarbeidsmøter.
- ▶ Vi arrangerer jevnlig informasjons- og samarbeidsmøter for samarbeidspartnere som helse- og sosialtjenesten, bedriftshelsetjeneste/AKAN m. fl.
- ▶ Vi har samarbeidsavtaler med enkelte behandlingsinstanser innen rusfeltet (hybelhus, akuttavdelinger, m.fl.)
- ▶ Vi har fast samarbeid med Kriminalomsorg i frihet (KIF), både i forhold til enkeltsaker og som faste veileder av KIF's personale (Promilleprogrammet).



KVALITETSARBEIDET

Myndighetskrav

Helsepolitiske føringer

Som spesialisthelsetjeneste er klinikken pålagt å gjennomføre flere typer myndighetskrav. **Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.** (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.) Et tilsvarende krav finnes i Helsepersonelloven (§ 4 Forsvarlighet): **Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.**

Internkontrollforskriften pålegger de ansvarlige for virksomheten å etablere et internkontrollsystem. Internkontrollsystemet består av **"systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen".** "Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene".

I løpet av 2008 har klinikken gjennomført flere tiltak for å sikre at virksomheten er i samsvar med helselovgivningen. I dette arbeidet er det også viktig å opprettholde gode rutiner på registrering av forbedringsmeldinger.

Opptrappingsplanen for psykisk helse fremholder at tilgjengelighet, kontinuitet, brukerorientering og kvalitet er overordnede verdier i psykiatrisk behandling. Stortinget vedtok i november 2007, Opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er foreløpig ikke utarbeidet noen nasjonale kvalitetsindikatorer, for rusfeltet, dette synes vi er sterkt beklagelig

Trasoppklinikken vil inntil videre fortsette å bruke indikatorene som gjelder for psykisk helsevern: Personalgjennomtrekk, individuell plan, gjennomføring av brukerundersøkelser, ventetid fra henvisning mottas til behandling blir gitt, avbrutte behandlingsforløp ("drop-out") og epikrisetid.

Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer

Tilgjengelighet

Trasoppklinikkenes målsetting er å være lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og samarbeidende instanser, jf Opptrappingsplane for rusfeltet.

Henvisninger blir vurdert innen 5 dager etter at de er mottatt. Ca 91 % av alle ruspasientene som blir henvist får rett til nødvendig helsehjelp. Førstegangskonsultasjoner blir tilbudt innen 2-4 uker.

Det har ikke vært brudd på vurderingsfristen i saker hvor klinikken selv har vurdert behandlingsbehovet.

Epikrisetid

Epikrisetid er tiden fra behandlingen er avsluttet, til epikrise sendes henvisende instans. Det nasjonale kravet er at 80 % av epikrisene skal være sendt innen 7 dager. Kort epikrisetid bidrar til helhet og kontinuitet i behandlingen av pasientene. Klinikken har en gjennomsnittlig epikrisetid på hhv 2 dager på døgneklinikken og 6 dager på poliklinikken. 98 % av epikrise på døgneklinikken og 78 % av epikrise på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen.

Diagnostikk

Alle pasienter blir diagnostisert i forhold til rusmiddelproblemet etter diagnosesystemet

ICD-10, (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, WHO 1992) som er pålagt innenfor spesialisthelsetjenesten.

I 2008 hadde 74 % av kvinnene og 86 % av mennene F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 16,4 % av kvinnene og 6,8 % av mennene hadde F13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter medregnet opiatier i tablettform) som hoveddiagnose. 55 % av kvinnene og 40,5 % av mennene hadde to eller flere avhengighetsdiagnoser. De fleste hadde F 13.2 som bidiagnose.

I ruskartleggingen brukes AUDIT og DUDIT. Ved angst og depresjonsplager kartlegges pasienter med depresjonsvurdering og angsttest (MADRS og KAS). Ved mental reduksjon testes pasienter med MMS (Mini Mental Status). Andre kartleggingsverktøy er MINI og SCL-90. GAF-skår settes ved behandlingsstart og behandlingsslutt.

Behandlingseffekt målt med GAF

Klinikken utfører systematiske psykososial funksjonsvurdering GAF (Global Assessment of Functioning) ved behandlingsstart og behandlingsslutt, slik man er pålagt å registrere innen psykisk helsevern. Den tallmessige vurdering av pasientens psykososiale funksjonsnivå ved behandlingsstart kan uttrykke pasientens behandlingsbehov. Skåret på ulike tidspunkter i behandlingen gir GAF et mål på behandlingseffekt.

Skalaen går fra 100 til 1. Normal GAF-skår ligger på ca 80 og oppover. De som ligger under 30 kan ikke ta vare på seg selv og trenger innleggelse i psykiatrisk institusjon. GAF-skåren er delt i GAF-S (psykiske symptomer) og GAF-F (sosial funksjon).

Resultatet (2008) viser at gjennomsnittlig funksjons-skåre (F) er bedret med 21,3 fra innleggelse til avslutning i oppfølging. Gjennomsnittlig symptomskåre (S) er bedret med 22,4 fra innleggelse til avslutning i oppfølging. Vi er meget godt fornøyde med en slik behandlingseffekt. Resultatene har holdt seg relativt stabile de siste årene.

GAF – resultat i 2005 til 2008 for innlagte

	Innleggelses-tidspunkt	Innleggelses-Tidspunkt	Utskrivnings-Tidspunkt	Utskrivnings-tidspunkt	Avslutning av ARP Oppfølging	Avslutning av ARP oppfølging
	F - gj. Snitt	S - gj. snitt	F -gj. Snitt	S - gj. Snitt	F - gj. Snitt	S- gj. Snitt
2005	46,6	46,8	52,0	52,0	65,0	64,5
2006	46,8	46,9	54,7	54,9	64,0	64,0
2007	48,0	47,9	56,7	56,8	67,9	67,0
2008	48,1	47,7	55,1	55,3	69,4	70,1

F = Funksjonsnivå sosialt. S = Psykiske symptomer.

Individuell plan (IP)

Alle pasienter blir rutinemessig spurt om de har behov for og ønsker å få utarbeidet individuell plan (IP).

Retten til individuell plan er lovfestet i flere lover bl.a. pasientrettighetsloven § 2-5. I sammenheng med dette får pasientene informasjon om individuell plan og hva som er hensikten. Individuell plan kan initieres både i poliklinisk behandling og etter innleggelse. Individuell plan uttrykker pasientenes egne mål og ønsker for behandling og tiltak, og inneholder oversikt over samarbeidende instanser og hva de ulike instansene skal gi av tiltak. I enkelte tilfeller har pasienten allerede fått utarbeidet individuell plan. Klinikkpersonalet deltar da i det videre arbeidet med planen.

Ansattes kompetanse

Pasientgruppen ved klinikken er sammensatt, de har variert avhengighetsproblematikk og svært ulike helseproblemer. Dette krever tverrfaglig spesialisert tilnærming og godt kvalifisert medisinsk personell. Klinikken har en sterk helsefaglig profil med spisskompetanse innen rusbehandling, psykiatri og familieterapi. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer og rusmiddelterapeuter. Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppeterapi, rusbehandling, familieterapi og skolering i 12-trinnsbehandling.

Klinikken har god tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Som oversikten viser er ca 75 % av stillingene knyttet opp til helsefaglig kompetanse.

Ved utgangen av året var alle stillingene besatt.

Antall årsverk 31.12.08 fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige stillingskategorier	Årsverk	Administrative stillingskategorier	Årsverk
Klinikkoverlege	1	Klinikk sjef	1
Faglig nestleder	1	Økonomiansvarlig	1
Lege	0,6	Sekretær	2,5
Overspl./assoverspl.	2	Kjøkkensjef	1
Avd.leder (sosionom)	1	Kokker	1,5
Spesialsykepleiere	6	Renholdsleder	0,7
Sykepleiere	7,6	Vaktmester	0,5
Psykologer/spesialist	2		
Sosionomer	1,5		
Fysioterapeut	0,2		
Rusmiddelterapeuter	2		
Sum	25,1		8,2

Gjennomførte opplæringstiltak

For klinikken og behandlingsvirksomheter er det viktigst med opplæringstiltak som gir bedret realkompetanse. Det utarbeides en årlig opplæringsplan med vekt på internopplæring, videreutdanning, kurs og veiledning. Gjennomgående tema for opplæringen: rusbehandling, kartlegging psykososiale problemer/funksjonsnivå, psykososiale behandlingsmetoder, gruppebehandling, miljøarbeid, AKAN-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, datakunnskap/Rusdata/Internett.

Forbedringsmeldinger

I 2008 har det vært avholdt to møter i kvalitetsutvalget (vår/høst), hvor det ble behandlet 22 forbedringsmeldinger. Totalt kom det inn 46 forbedringsmeldinger i 2008, hovedvekten lå innenfor pasientrettede administrative rutiner.

Tilsyn

Klinikken har i løpet av 2008 hatt ett uanmeldt tilsyn fra Oslo Brann- og redningsetat.

Tilbakemeldinger på dette, var tilfredsstillende. Vi har ikke mottatt noen formelle klager fra pasienter, og det har heller ikke vært opprettet noen tilsynssak i perioden.

Måling av brukertilfredshet Brukermedvirkning

Individnivå

Brukermedvirkning er i tillegg til å være lovpålagt også i samsvar med AA-ideologien som utgjør et fundament for virksomheten ved klinikken. Brukermedvirkning og brukererfaringer er derfor prioritert i alle behandlingssammenhenger.

I mai 2008 ble det gjennomført brukerundersøkelse (ISIT). Dette er en metode hvor pasientene anonymt kan gi tilbakemeldinger på hvordan de oppfatter den behandlingen de får. Svarprosenten har i alle år vært høy, opp mot hundre prosent. Resultatene fra 2008 ga klare tilbakemeldinger om at pasientene var godt fornøyd med behandlingstilbudet de fikk. Klinikkenes sterke sider er at behandlere samhandler godt med både pasienter og samarbeidspartnere. Vi kan derfor konkludere med at behandlingssopplegget er forutsigbart, godt organisert og nyttig for pasientene.

Det gis jevnlig, muntlig og skriftlig informasjon om klageadgang. Pasientene kan framføre klage både internt til klinikkenes ledelse og eksternt til Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket og pasientombudet.

Systemnivå

Klinikken har kvalitetsutvalg med egen brukerrepresentant, jf. Lov om spesialisthelsetjenester § 3-4. Brukerrepresentanten er valgt inn for 2 år ad gangen. Det skal avholdes to møter pr. år.

PERSONALARBEID

HMS

Sykefraværet i 2008 var 12 %, fordelt på 3 % på korttidsfravær og 9 % på langtidssfravær. Fraværet er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte angir at fraværet ikke er relatert til jobbsituasjonen. Klinikken utarbeider årlig en handlingsplan for IA-arbeidet. Handlingsplanen evalueres sammen med representant fra Trygdeetatens Arbeidslivssenter (NAV). Det utarbeides oppfølgingsplaner for ansatte som har vært sykemeldt sammenhengende i mer enn 4 uker. Etter at de nye sykemeldingsreglene trådte i kraft er det nå unntaksvis at personalet er 100 % sykemeldt over tid. Flere av de langtidssykemeldte har hatt gradert sykemelding.

Arbeidsmiljøtiltak

Vi har i løpet av 2008 fått innvilget tilretteleggingstilskudd fra NAV for tre av våre ansatte. Dette gjelder tilskudd til innkjøp av heve- og senkbare skrivebord i tillegg til kontorstoler. Utover dette har vi pusset opp pauserom, tilrettelagt for internt trimrom og gjort avtale om ny bedriftslegeordning.

Flere av de ansatte har gjennomført formell videreutdanning, jf klinikkens opplæringsplan. Andre har fått gjennomført kurs og seminarer.

Det gjennomføres allmøte første fredagen i hver måned. Utover dette har vi fast en sosial tilstelning for alle ansatte før jul og før sommerferien. I tillegg har vi en felles julemiddag hvor ansatte selv lager i stand både mat og underholdning.

IA/Sykemeldinger

Klinikken har hatt et relativt høyt langtidssykefravær. I løpet av året har to av våre fulltidsansatte gått over på prosentvis rehabiliteringstilskudd. Flere er kommet tilbake i full stilling. Det er et kontinuerlig samarbeid med bedriftslege/fastlege og NAV vedrørende oppfølgingsplaner og oppfølgingsmøter med de sykemeldte.



STRATEGISKE PLANER

Driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF

Ny driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF ble inngått 01.07.08, denne har en varighet frem til 30.06.11 med mulighet for ett års forlengelse. Avtalen gir klinikkens ansatte forutsigbarhet og muligheter for å se på videre faglig utvikling.

Fremtidsutsikter

Trasoppklinikken skal tilby behandling av høy faglig kvalitet. Faglig utviklingsarbeid og planmessig opplæring av de ansatte er høyt prioritert. Klinikken styre vedtok i 2006 at klinikken innen 2010 skal være ISO-9001 sertifisert. Det jobbes derfor mye med kvalitet og utarbeidelse av prosedyrer der det måtte mangle. En slik sertifisering gjør at hver avdeling må gjennomgå sine behandlingsprogram og prosedyrer. Faglig nestleder har hovedansvaret for dette arbeidet. Utover dette skjer det en kontinuerlig faglig oppdatering i form av at personalet blir oppfordret og får økonomisk støtte til å gjennomføre videreutdanning og annen relevant opplæring.

En prioritert målsetting er å rekruttere fagpersonale med nevropsykologisk kompetanse. Det er viktig å forbedre utredning av pasienter med nevropsykologiske funksjonsforstyrrelser. Det er også viktig å styrke kompetanse på differensialdiagnostikk i forhold til rusproblemer, psykiske vansker og kognitive funksjonsforstyrrelser.

På sikt ønsker vi å tilby en mer differensiert poliklinisk behandling både på dag - og kveldstid. Helse Sør-Øst RHF har også antydning at ved neste kontaktinnngåelse, vil satsning på økt poliklinisk behandling og dagbehandling være et prioritert område.

Småbarnsforeldre, personer med jobb, studenter eller andre kan ha problemer med å gjennomføre behandling på dagtid eller ved innleggelse. Slik vi ser det har ruspasienter med ansvar for små barn enten det er kvinner eller menn, i praksis et begrenset behandlingstilbud.

Styrene har bestått av følgende medlemmer:

Stiftelsesstyret

Guttorm Toverud (styreleder)

m/ varamedlem Finn Håkonsen

Helge Vinorum m/varamedlem Tore Dyrdal/Knut Sæter

Geir Riise m/ varamedlem Randi Ervik

Klinikksjefen møter som sekretær.

Driftsstyret

Geir Riise (styreleder) m/ Randi Ervik

Guttorm Toverud m/Finn Håkonsen

Helge Vinorum m/Tore Dyr Dahl/Knut Sæter

Thorleif Andreassen m/Kurt-Johnny Olsen

Ewa Ness m/Irene Sørås

Hedvig Aasen m/Xenie Bergman

Morten Venberget m/Tor Stamnes

I tillegg møter klinikkoverlege Brynhild Sellevoll, klinikksjef Kari Nådland og økonomiansvarlig Runa Oddrun Korsmo.