

# ÅRSMELDING 2010

TRASOPPKLINIKKEN

ÅRSMELDING 2010	2	KVALITETSARBEIDET	11
Eier	2	Myndighetskrav - Helsepolitiske føringer	11
Driftsform	2	Forbedringsarbeid og avviksbehandling	11
Lovhjemling	2	Interne kvalitetsrevisjoner	11
Målgrupper	2	Kvalitetsindikatorer	11
ORGANISERING	3	Vurderings- og behandlingsfrist	11
Styrearbeid	3	Epikrisetid	11
Organisasjonskart	3	Individuell plan	12
Bemanning	3	Avbrutt behandling	12
Internkontrollsystem	3	Brukerundersøkelse	12
BEHANDLINGSTILBUDET	4	Global Assessment of Functioning (GAF)	12
Klinikkens syn på rusmiddelavhengighet	4	Tilbakemelding fra samarbeidende instanser	12
Behandlingstilbudets omfang	4	Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer	12
Hovedinnhold og struktur	5	Tilgjengelighet	12
Poliklinikken	5	Epikrisetid	12
Døgnavdelingen	6	Diagnostikk	12
Mottaksavdeling	6	Behandlingseffekt målt med GAF	12
Basisprogrammet	6	Individuell plan (IP)	13
12-trinnsprogrammet ARP	6	Ansattes kompetanse	13
Dagtilbudet	6	Gjennomførte opplæringstiltak	13
Poliklinisk oppfølgingsprogram ARP	7	Forbedringsmeldinger	14
Behandling av pårørende	7	Tilsyn	14
SELVHJELPSGRUPPER	7	Måling av brukertilfredshet	14
AKTIVITET OG RESULTATER	8	PERSONALARBEID	15
Døgnbehandling	8	HMS	15
Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out	9	Arbeidsmiljøtiltak	15
SAMARBEIDSIINSTANSER	10	STRATEGISKE PLANER	16
Henvissende instanser	10	Fremtidsutsikter	16
Eksterne møter	10		
Trasoppseminaret	10		

# DRIFTS- STYRETS ÅRSMELDING 2010

Årsmelding for klinikkens virksomhet i 2010 er utarbeidet av administrasjonen og driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

Styret er godt fornøyd med de resultatene som er oppnådd.

Klinikkens ansatte har hele tiden fokus på de kravene som stilles i spesialisthelsetjenesten. Det vektlegges å kunne tilby et helsefaglig behandlingstilbud til pasientene i form av diagnostikk, utredning og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og utstrakt samarbeid med andre instanser. For å måle behandlingseffekt brukes de nasjonale kvalitetsindikatorerne i tillegg til GAF(psykososial funksjonsregistrering).

Styret er godt fornøyd med at produksjonskravene i driftsavtalen med Helse Sør-Øst RHF oppnås. Avtalen danner grunnlaget for en forutsigbar og forsvarlig drift.

Klinikken er en IA-bedrift (Inkluderende arbeidsliv). Sykefraværet har i 2010 vært på 6 %, noe vi må si oss godt fornøyd med.

Klinikken har i løpet av 2010 hatt et spesielt fokus på utvikling av internrevisjonssystemet og kvalitetsforbedring. Det har vært gjennomført flere runder med kvalitetsrevisjoner, og ved utgangen av året var klinikken sertifisert i overensstemmelse med NS-EN ISO 9001:2008.

Det utøves effektiv økonomistyring og utgifter/driftskostnader er svært nøkterne. Det er all grunn til å gi administrasjonen og de andre ansatte ros for at de lykkes med å drive virksomheten innenfor de økonomiske rammene i tillegg til å oppnå gode behandlingsresultater.

Ledige stillinger har blitt utlyst fortløpende og det har vist seg at det å rekruttere fagpersoner, er lettere nå enn tidligere. Det har medført at utlyste stillinger har blitt besatt i løpet av relativt kort tid.

Driftsstyret anser at årsmeldingen danner et solid inntrykk av Trasoppklinikken virksomhet og resultatopptelling i 2010.

DRIFTSSTYRET

# ÅRSMELDING 2010

## Eier

Stiftelsen 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.

## Driftsform

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

## Lovhjemling

Rusbehandling ble i 2004 overført til Lov om Spesialisthelsetjeneste.

## Oppdragsgiver

Helse Sør-Øst RHF er Trasoppklinikkens oppdragsgiver. Driftsavtale om levering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble første gangen inngått i 2004 etter konkurranseutsetting med forhandlinger. Ny driftsavtale ble inngått for perioden 01.07.08-30.06.11 med muligheter for utvidelse med ett år. Avtaleperioden er utvidet til 30.06.12. Avtalen innebærer 33 døgnplasser og poliklinikk med godkjent vurderingskompetanse med produksjonskrav på 4360 konsultasjoner.

## Målgrupper

Klinikkens primære målgruppe er kvinner og menn med alkohol- og medikamentavhengighet, blandingsmisbruk og deres pårørende.

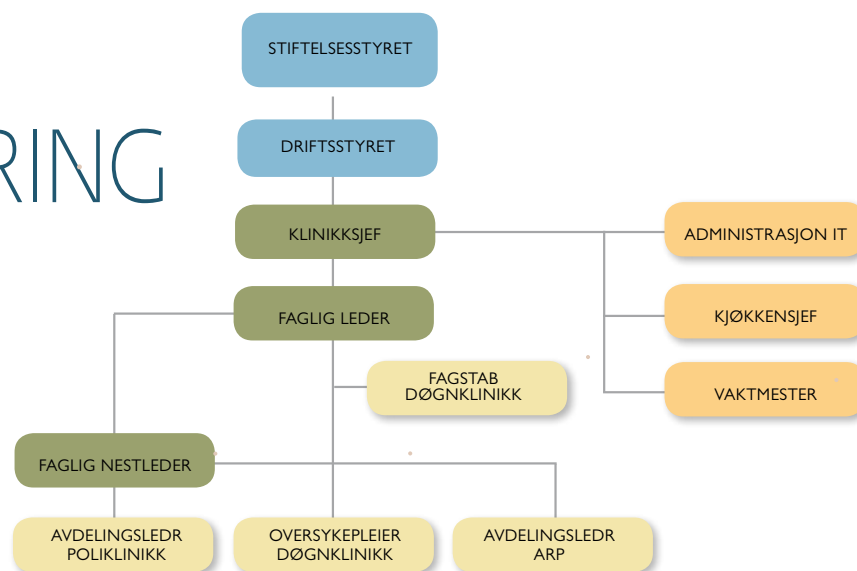
Det forekommer også bruk av illegale stoffer som hasj og amfetamin blant pasientene som blir henvist.

Det forutsettes at pasientene har et visst psykososialt funksjonsnivå for at klinikkens døgnbehandling (korttid) kan være tilstrekkelig.

De fleste ruspasientene er i aldersgruppen 30 - 50 år.

Familiemedlemmer tilbys egen behandling uavhengig om deres pårørende selv er i rusbehandling.

# ORGANISERING



## Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt fem styremøter i løpet av året. Styrearbeidet har blant annet hatt fokus på produksjon og økonomi, oppgradering av kontorer og vaktrom, fulgt opp prosessen vedrørende forarbeid til ISO-9001 sertifisering, prøveprosjekt med utvikling av prosjektet "Dagprogram-Rus".

Studietur til København sammen med stiftelsesstyret for å se på Danmarks omlegging av rusbehandling hvor store deler av kapasiteten på døgnbehandling ble overført til poliklinikk og dagbehandling. "Ledelsens gjennomgang" er egen styresak hvert år.

## Organisasjonskart

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

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

## Bemanning

Klinikken har totalt 36 årsverk. Dette fordeles seg på følgende måte:

- ▶ 27,70 stillinger er knyttet opp mot behandling.
- ▶ 8,30 stillinger er fordelt på kjøkken/renhold og administrasjon (støttefunksjoner)

## Internkontrollsystem

Klinikken har et internkontrollsystem, jf. Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten.

I februar 2009 tok vi i bruk kvalitets-sikringsprogrammet EQS. Programvaren er i løpet av året utviklet til å fungere som klinikkens kvalitetshåndbok, både i forhold til behandling og støttefunksjoner. Alle avviksmeldinger registreres også her. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistrering/forbedringsmeldinger.

I forbindelse med forberedelse til ISO-9001 sertifisering, har vi leid inn en ekstern konsulent som har vært behjelpelig med å avholde internrevisjoner. I desember hadde vi revisjon av revisjons-selskapet DOVRE, og ved utgangen av året var klinikken sertifisert i overensstemmelse med NS-EN ISO 9001:2008.

Klinikken har eget Kvalitetsutvalg der også brukerne er representert. Dette utvalget har to møter pr. år, hvor innkomne avvik blir gjennomgått og lukket

# BEHANDLINGS- TILBUDET

## Klinikkens syn på rusmiddel- avhengighet

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 ved Trasoppklinikken 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

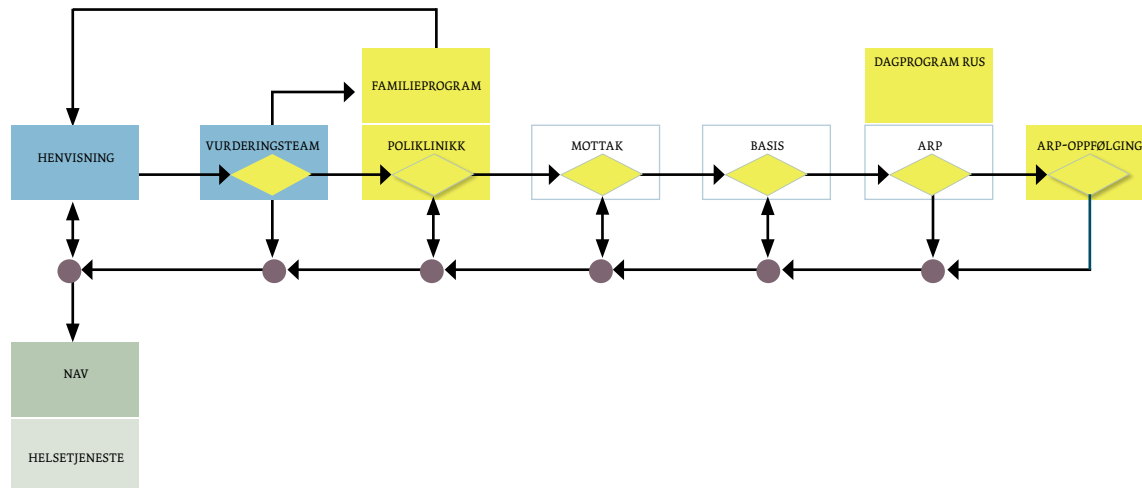
Trasoppklinikken tilbyr poliklinikk med vurderingskompetanse, poliklinisk behandling og døgntilbud.

Behandlingen representerer tverrfaglig spesialisert rusbehandling og består av følgende elementer:

- ▶ Alle pasienter får individuell behandler og sikres behandlingsansvarlig lege.
- ▶ Rusbehandlingen gjennomføres i samsvar med individuell behandlingsplan utarbeidet i samarbeid med pasienten.
- ▶ Utredning, diagnostikk og behandling av rusmiddelproblemer basert på helse- og sosialfaglige metoder.
- ▶ Kartlegging og avgrenset diagnostisering og behandling av komorbide lidelser og den sosiale situasjon i samarbeid med den øvrige helse- og sosialtjeneste.
- ▶ Alle pasienter som har krav på individuell plan (IP), får tilbud om dette (pasienter med behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester).
- ▶ Pårørende og/eller arbeidsgivere/AKAN blir systematisk involvert i behandlingen når pasienten samtykker til det.
- ▶ Døgntilbudet består av et basisprogram med mulighet for individuell tilrettelegging og 12-trinnsprogram-ARP (Alcoholism Recovery Program).
- ▶ Alle som har gjennomgått døgntilbudet tilbys poliklinisk oppfølging i inntil 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 tilbud om et eget behandlingssopplegg. De fleste deltar i familieprogrammet over åtte dager på dagtid og oppfølging i et halvt år, eventuelt har de kun individuelle polikliniske konsultasjoner.

## Prosesskart Trasopplinikken



## Hovedinnhold og struktur

### Poliklinikken

Rettighetsvurderingene er hovedoppgaven for klinikkenes vurderingsteam. Oppgavene innebærer å vurdere pasientens helsetilstand, sosiale situasjon og behandlingsbehov. Dette er en ressurskrevende oppgave som i tillegg til vurderingsarbeidet, også innebærer kontakt med henvisende instans og andre behandlingstiltak. I noen tilfeller er det nødvendig å innkalle pasienten til vurderingssamtale for å få et bedre grunnlag for å gjennomføre rettighetsvurderingen.

Den kliniske virksomheten ved poliklinikken består av:

- ▶ individuell kartlegging/utredning/diagnostisering (rusproblem, fysisk og psykisk)
- ▶ helse, kognitiv fungering og sosial situasjon)
- ▶ dokumentasjon i det pasientadministrative system (RUS-DATA og papirjournal), inkludert NPR-registreringer

- ▶ individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings- og forebyggingsamtaler)
- ▶ 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).

I den polikliniske kartleggingsfasen må ofte fastlegen involveres for videre utredning og behandling av somatiske lidelser, eventuelt må det psykiske helsevern kobles inn når den psykiske tilstanden vanskeliggjør igangsetting av rusbehandlingen.

### **Døgnavdelingen**

Døgnbehandling er for mange pasienter absolutt nødvendig for å kunne etablere rusfrihet. I et støttende behandlingsmiljø, skjermet fra russtimuli og stress, gjenvinner 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 ("mindfulness"). Under innleggesperioden er det for flere pasienter nødvendig med videre samarbeid med fastlege, psykisk helsevern eventuelt at pasienten henvises til annen spesialisthelsetjeneste 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 kjønnsesifikke 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, abstinensbehandling 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 døgnkontinuerlig, inkludert helg- og høytidsdager.

Målsettingen er å oppnå fysisk og psykisk stabilisering, og 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.

### **Dagtilbudet**

Klinikken har i løpet av 2010 gjennomført et prøveprosjekt der pasienter som har gjennomført ARP, får tilbud, etter individuell vurdering om å forlenge døgnbehandlingen i form av gruppebehandling på dagtid. Programmet ved dagtilbudet veksler mellom gruppebasert dagbehandling og individuell trening i pasientenes naturlige hjemmemiljø. Erfaringene med treningen i hjemmemiljøet blir tema for gruppesamtalene i dagtilbudet. Pasienten beholder sin individuelle behandler i døgnklinikken. Som hovedregel strekker tilbudet seg over fire uker. Prosjektet vil bli evaluert i løpet av 2011.



### **Poliklinisk oppfølgingsprogram ARP**

Etter å ha gjennomført 12-trinnsprogrammet ARP får pasientene tilbud om å delta i et poliklinisk oppfølgingsprogram som består av ukentlig gruppesamtaler i inntil ett år. Hvert behandlingsprogram/modul går over 10 uker. Det utarbeides individuell oppfølgingsplan for hvordan pasientene skal gjennomføre dette.

Ved behov gis det også tilbud om individuelle samtaler eller fellessamtaler med familie, samarbeidsinstanser eller arbeidsgiver. Hensikten er å hjelpe pasientene til å stabilisere seg i en rusfri tilværelse.

### **Behandling av pårørende – polikliniske samtaler og dagprogram**

Klinikken tilbyr eget behandlingsprogram for pårørende. Disse blir henvist til klinikken for egne helseproblemer og svekket sosial funksjonsevne som følge av relasjonen med en rusmiddelmissbruker.

Familiemedlemmer kan delta i behandlingen uavhengig av om den rusavhengige selv 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 polikliniske gruppesamtaler hver 14. dag i inntil et halvt år.

Målsettingen er å hjelpe familiemedlemmer til å mestre eget liv. Familieprogrammet består av gruppesamtaler og -undervisning hvor temaene er: Personlig endring, følelser, kommunikasjon, utvikling av rusmiddelavhengighet og tilfriskning, rusproblem sett i et relasjonsperspektiv og grensesetting.

Familiemedlemmer kan også delta i fellessamtaler sammen med ruspasientene. 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 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

Det stilles krav om månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF. Tallene for 2010 viser noe lavere aktivitet på poliklinikken enn i 2009.

## Antall polikliniske konsultasjoner 2009 og 2010

	2009	2010
Førstegangskonsultasjoner og Individualsamtaler m/telefoner	3811	3313
Gruppekonsultasjoner	561	538
Konsultasjoner til sammen	4372	3851

## Antall personer innlagt i døgneklinikken 2009 og 2010

	2009	2010
Rusmiddelavhengige (rettighetspasienter.)	215	269
Familiemedlemmer (ikke rettighetspasienter)	36	39
Totalt	251	307

## Døgnbehandling

Den gjennomsnittlige liggetiden holder seg relativt stabil. Det er fortsatt stort behov for at pasientene blir avgiftet før innleggelse. Dette skjer gjennom planlagt avgiftning før innleggelse.

## Antall døgnbehandlinger 2008-2010

Driftsår	Resultat 2008	Resultat 2009	Resultat 2010
Antall kurdøgn totalt	11388	11455	12083
Gjennomsnittlig innleggelsestid	43 døgn	45 døgn	44 døgn
Beleggsprosent	94,3 %	95,1 %	100,3 %

Produksjonskravet ved døgneklinikken er minimum 95 % av 12 045 døgn. I 2009 hadde klinikken en manglende produksjon på 74 døgn. Tallene fra 2010 representerer et fratrekk på 74 døgn.

## 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 døgntillegget mot vårt råd, og som ikke kom tilbake til behandling, verken poliklinisk eller til innleggelse innen årets utgang”.

I 2010 var drop-out på innlagte pasienter 10,3 %. Vi er fornøyd med at vi klarer å holde drop-out prosenten på et jevnt lavt nivå.

Det handler også om at poliklinikkens ansatte gjør et godt forarbeid før innleggelse slik at pasientenes behandlingsbehov og forventninger blir innfridd. I tillegg jobbes det målrettet med å få pasienten tilbake i behandling dersom behandlingsplanen blir avbrutt.

Utformingen av klinikkens lokaler er relativt godt egnet til å kunne skjerme pasienter som tar tilbakefall og som ikke er i behov av medisinsk avrusning. Fortsatt er det noen som må overføres til avgiftningssenheter, for så eventuelt å komme inn i behandling igjen. Noen pasienter velger å skrive seg ut før den planlagte behandlingen er fullført, men flere av disse, fortsetter i et poliklinisk behandlingsopplegg. De pasientene som avbryter behandlingen, har ofte betydelige psykiske problemer og et blandingsmisbruk med illegale stoffer.

I nederste oversikt ser vi hvordan utviklingen i deltakelse, oppmøte og uteblivelse i oppfølgingsprogrammet ARP har vært de siste tre årene. 50,5 % gjennomførte som planlagte, det vil si ut fra individuell oppsatt oppfølgingsplan.

For og delta må pasientene holde seg rusfri og bruke AA/NA-grupper. Ved to fravær uten beskjed, må pasienten møte til individual-samtale 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 dem som hadde inngått avtale om oppfølging/individuell oppfølgingsplan, var det totalt 50 % som uteble fra behandlingsopplegget. 27 % av disse uteble de første tre månedene.

Det er fortsatt størst frafall innen de tre første månedene.

### Fullført og avbrutt rusbehandling i døgntillegget

Årstall	Antall innlagte	Fullførte	Drop-out
2008	211	189	22 (10,4 %)
2009	215	191	24 (11,2 %)
2010	268	243	25 (10,3 %)

### Deltakelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2008-2010

Årstall	Antall personer	Deltatt i ett år	Deltatt i 3 – 6 måneder	Gjennomsnittlig oppmøte
2008	70	24 (34 %)	23 (33 %)	76 %
2009	80	39 (48 %)	7 (8,75 %)	70 %
2010	92	39 (42 %)	7 (8 %)	71 %

Antall pasienter som gjennomfører hele oppfølgingsprogrammet på ett år (40 uker) holder seg relativt stabilt.

# SAMARBEIDS- INSTANSER

I behandlingen av den enkelte pasient har klinikken rutiner på å samarbeide med andre instanser som fastlege, DPS, arbeidsgivere/AKAN/bedriftshelsetjeneste og 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/eller 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 og ruspoliklinikker tilknyttet DPSene.

## Eksterne møter

- ▶ Leder av poliklinikken deltar i ruspoliklinikk møter i regi av Oslo Universitetssykehus HF, Aker sykehus, Senter for rus og avhengighetsbehandling.
- ▶ Ledelsen ved A-klinikkene i Oslo (A-senteret, Blå Kors Senter, Incognito klinikk og Trasoppklinikken) avholder 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.)

## Trasoppseminaret

Klinikkens årlige rusmiddelfaglige seminar ble avholdt 10. november. Temaet var barn av rusmisbrukernes foreldre. Barneombudet, personer med egenerfaring og representanter fra forskning og praksis stod på listen over foredragsholdere.

Det var mange påmeldte. Kurset ble godkjent for DNLF, NPF, NSF, NETF, NHSF og NFF.

# KVALITETS- ARBEIDET

## 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 helse-tjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

I løpet av 2010 har klinikken gjennomført flere tiltak for å sikre at virksomheten er i samsvar med helselovgivningen. Blant annet er det nedsatt en “Barnegruppe” med egen Barnansvarlig, som skal være en ressursperson i pasientsaker hvor det også finnes mindreårige barn.

Å opprettholde fokus på registrering av forbedringsmeldinger og få en god meldekultur, er også viktig.

Stortinget vedtok i februar 2008, “Opptappingsplanen for rusfeltet” (2008-2010). Det er enda ikke utarbeidet noen nasjonale, kvalitetsindikatorer for rusfeltet. Dette synes vi er sterkt beklagelig.

Trasoppklinikken vil inntil videre bruke indikatorene som er gjengitt nedenfor:

### Forbedringsarbeid og avviksbehandling

Trasoppklinikken prosedyrer for avviksbehandling, korrigerende tiltak og forebyggende tiltak er dokumentert i et felles dokument. Prosedyrebeskrivelsen for avviksbehandling omfatter registrering av avvik samt ansvar og myndighet for å behandle avvik. Registrering av avvik, gjennomgåelse av avvikene og tiltak som iverksettes registreres i elektroniske skjemaet i IT-verktøyet for kvalitetssystemet (EQS).

Krav til “ledelsens gjennomgang” er beskrevet i eget dokument.

### Interne kvalitetsrevisjoner

Interne kvalitetsrevisjoner utføres i henhold til et årlig revisjonsprogram.

### Kvalitetsindikatorer

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet (2005) foreslo noen kvalitetsindikatorer for avhengighets-/rusbehandling. Disse indikatorene har ikke blitt innført som gjeldende nasjonale kvalitetsindikatorer.

Ved Trasoppklinikken er følgende kvalitetsindikatorer valgt:

- ▶ Vurderingsfrist (nasjonale krav)
- ▶ Behandlingsfrist (nasjonale krav)
- ▶ Epikrisetid (nasjonale krav)
- ▶ Individuell plan (IP) (nasjonale krav)
- ▶ Avbrutt behandling
- ▶ Brukerundersøkelser
- ▶ GAF-registreringer

### Vurderings- og behandlingsfrist

Eventuelle brudd på vurderings- og behandlingsfrist blir rapportert til NPR og oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF/Oslo universitetssykehus HF/Aker sykehus Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling - koordineringsenheten.

### Epikrisetid

Epikrisetid registreres og det utarbeides månedlige rapporter for de ulike avdelingene.

### Individuell plan

Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til individuell plan dersom pasienten selv ønsker det.

### Avbrutt behandling

Det er utarbeidet et eget registreringssystem for avbrutt behandling. Det lages halvårlig og årlig statistikk for avbrutt behandling.

### Brukerundersøkelse

Det gjennomføres brukerundersøkelse en til to ganger pr. år.

### Global Assessment of Functioning (GAF)

Det blir utarbeidet splittet GAF for alle pasienter ved innskriving og utskrivning i døgneklinikken. GAF gjennomføres også på alle nivå (individuelt og grupper) på poliklinikken.

### Tilbakemelding fra samarbeidende instanser

Klinikken gjennomfører regelmessig innhenting av tilbakemeldinger fra samarbeidende instanser i form av et evaluerings-skjema som sendes ut for utfylling, gjerne sammen med epikriseutsendelse.

## Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer

### Tilgjengelighet

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

Henvisninger blir vurdert innen 7 dager etter at de er mottatt.

Ca. 85 % av alle ruspasientene som blir henvist får rett til nødvendig helsehjelp. Førstegangskonsultasjoner blir vanligvis tilbudt innen 1 - 2 uker.

Det har ikke vært brudd på vurderingsfristen (30 dager) i saker der 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 3 dager på poliklinikken. 96 % av epikrise på døgneklinikken og 84 % av epikrise på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen. Dette må vi si oss veldig godt fornøyd med.

### 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 2010 hadde 83,0 % av kvinnene og 83,5 % av mennene som var innlagt i døgneklinikken

F10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 10,2 % av kvinnene og 10,0 % av mennene hadde F13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter medregnet opiater i tablettform) som hoveddiagnose.

43 % av kvinnene og 31,7 % av mennene hadde to eller flere avhengighetsdiagnoser. De fleste hadde F13.2 som bidiagnose.

Det brukes ulike verktøy til kartlegging. 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 behandlingsforløpet 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).

**GAF – resultat i 2007 til 2010 for innlagte i døgneklinikken**

	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
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
2009	43,4	43,2	51,7	51,9	69,7	70,8
2010	51,3	51,55	58,25	58,5	73,45	74,3

F = Funksjonsnivå sosialt. S = Psykiske symptomer.

Resultatet (2010) viser at gjennomsnittlig funksjonsskår (F) er forbedret med 22,15 fra innleggelse til avslutning i ARP-oppfølging. Gjennomsnittlig symptomskår (S) er bedret med 22,75 fra innleggelse til avslutning. Vi er godt fornøyde med en slik behandlingseffekt.

Ved innleggelsestidspunktet viser det seg noe høyere gjennomsnittlig GAF-skår enn tidligere år. En av årsakene kan være at flere nyansatte kommer fra annen spesialisthelsetjeneste, og dermed har et annet skåringsmønster enn innen TSB. Gjennom kontinuerlig opplæring og veiledning vil dette jevnes ut over tid.

**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 i døgneklinikken. Individuell plan uttrykker pasientenes egne mål og ønsker for behandling og tiltak, og inneholder oversikt over samarbeidende instanser og hva de ulike instansene skal yte av tiltak. I enkelte tilfeller har pasienten allerede fått utarbeidet individuell plan. Klinikpersonalet 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 familierapi. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer og rusmiddelterapeuter. Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppeterapi, rusbehandling, familierapi og skoling i 12-trinnsbehandling.

Klinikken har god tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Som oversikten på neste side viser er ca. 77 % av stillingene knyttet opp til helsefaglig kompetanse. Ved utgangen av året var to stillinger ubesatt, men ansettelsesprosessen var i gang.

**Gjennomførte opplæringstiltak**

For klinikken 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 av psykososiale problemer/funksjonsnivå, psykososiale behandlingsmetoder, oppmerksomhetstrening, gruppebehandling, miljøarbeid, AKA-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata/Internett/EQS. Gruppeveiledning og individualveiledning gis kontinuerlig av innleide, eksterne veiledere.

**Antall årsverk 31.12.10 fordelt på stillingskategorier**

Helsefaglige stillingskategorier	Årsverk	Administrative stillingskategorier	Årsverk
Faglig leder og psykiater	1,6	Klinikkjef	1
Faglig nestleder	1	Økonomikonulent	1
Leger	2,0	Sekretær	2,5
Overspl./assoverspl.	2	Kjøkkensjef	1
Avd.leder (sosionom)	1	Kokker	1,5
Spesialsykepleiere	6	Renholdsleder	0,78
Sykepleiere	7,6	Vaktmester	0,5
Psykologer/spesialist	3		
Sosionomer	1		
Konsulent	0,5		
Rusmiddelterapeuter	1		
ARP- leder	1		

**Forbedringsmeldinger**

I 2010 har det vært avholdt ett møte i Kvalitetsutvalget (høst), hvor det ble behandlet 78 forbedringsmeldinger. Hovedvekten av meldingene lå innenfor pasientrettede administrative rutiner. Avvikene meldes systematisk i programvaren EQS. Vi opprettholder fokus med å utvikle en god meldekultur. Gjennom programvaren EQS får vi anledning til å følge meldte avvik systematisk, og melder får anledning til å følge "sin sak" fram til avviket blir lukket.

**Tilsyn**

Arbeidstilsynet har vært på ett varslet tilsynsbesøk. Arbeidstilsynet hadde intet å bemerke til arbeidsforholdene ved klinikken.

Oslo Brann- og redningsetat har også vært på ett varslet besøk. 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 behandlingmessige sammenhenger.

Det gis jevnlig muntlig og skriftlig informasjon om klageadgang. Pasientene kan framføre klage både internt til klinikkens ledelse og eksternt til Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket og til 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 inntil to møter pr. år, eventuelt flere etter behov.



# PERSONAL- ARBEID

## HMS

### IA/Sykemeldinger

Sykefraværet i 2010 var 6 % fordelt på 2 % på korttidsfravær og 4 % på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fraværet ikke er relatert til jobbsituasjonen. Flere av de som har vært langtidssykemeldt, har kommet tilbake til full stilling. En har gått av med AFP.

”Svineinfluensa” pandemien resulterte ikke i noe høyere korttidssykefravær. Det ble opprettet en egen, smittevernkommité bestående av lege, sykepleier og renholdsleder/verneombud. De utarbeidet informasjon om hygieniske prinsipper for å forebygge smitte. Komiteen opprettholdes.

Klinikken utarbeider en årlig en handlingsplan for IA-arbeidet. Det utarbeides oppfølgingsplaner for ansatte som har vært sykemeldt sammenhengende i mer enn fire uker. De fleste langtidssykemeldte har hatt gradert sykemelding og tilrettede arbeidsoppgaver for en avgrenset periode.

## Arbeidsmiljøtiltak

Bedriftslegeordningen tilbyr en årlig helsekontroll. Ved behov skal de ansatte tilbys legetime innen 24 timer.

Flere av de ansatte har startet opp og avsluttet formell videreutdanning, jf. klinikens opplæringsplan. Andre har gjennomført kurs og seminarer.

Vaktrommet har blitt oppgradert til dagens standard. Vi har også pusset opp flere kontorer, dette er ledd i vedlikeholdsplanen ved klinikken.

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

I 2010 fikk vi anledning til å ha et internseminar som gikk over to dager på Kielferjen. Personalet opplever at slike tiltak er stimulerende og det oppleves samlende. Tema for seminaret var “Arbeidsmiljø”.

# STRATEGISKE PLANER

## Fremtidsutsikter

Trasoppklinikken skal tilby behandling av høy faglig kvalitet. Faglig utviklingsarbeid og planmessig opplæring av de ansatte er høyt prioritert.

Det er inngått avtale med sertifiseringsselskapet DOVRE for ISO-9001 revisjon og godkjenning. Sertifiseringsprosessen ble avsluttet ved utgangen av 2010.

Utover dette skjer det en kontinuerlig faglig oppdatering i form av at personalet blir oppfordret og får 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.

Prøveprosjektet med Dagprogram-Rus fortsetter også i 2011 med økonomisk støtte fra stiftelsesstyret.

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

Stiftelsesstyret har nedsatt tre arbeidsgrupper som skal utrede ulike fagutviklings tiltak ved Trasoppklinikken. En gruppe skal se på muligheter for å videreutvikle behandlingsprogrammene, særlig sett i lys av Samhandlingsreformen. En gruppe skal se på mulighetene for å gjennomføre et forskningsprosjekt i tilknytning til behandlingsevne ved klinikken. Den siste gruppen skal se på hvordan Trasoppklinikken i sterkere grad kan bidra til det offentlige ordskiftet om konsekvenser av rusmiddelinntak og avhengighetsutvikling. Resultat av arbeidsgruppens arbeid skal fremlegges på styremøte i juni 2011.

Det er varslet at Helse Sør-Øst RHF i annen halvdel av 2011 kommer til å legge ut et nytt anbudsdokument for TSB for avtaleperioden 2012-2016, med sikte på å inngå avtaler med private tjenesteleverandører våren 2012. Dette vil være en god anledning for Trasoppklinikken til å evaluere egen virksomhet, med sikte på å levere tilbud på de typer rusbehandling som Helse Sør-Øst RHF etterspør, og som vi har god kompetanse på.

## STYRENE HAR BESTÅTT AV FØLGENDE MEDLEMMER:

### **Stiftelsesstyret**

Helge Vinorum

Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen

Kjell Maalø (varamedlem for Geir Riise som hadde permisjon frem til 30.06.10)

Fra 2011 forventer vi å ha oppnevnt varamedlemmer for alle styremedlemmene

Klinikkjefen møter som sekretær.

### **Driftsstyret**

Helge Vinorum styreleder

Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen

Thorleif Andreassen m/Kurt-Johnny Olsen

Kjell Maalø (varamedlem for Geir Riise som hadde permisjon frem til 30.06.10)

Per Føyn m/varamedlem Frank Robert Holst

Xenie Bergman

Tor Stamnes m/varamedlem Berit Vestly

I tillegg møter faglig leder, klinikkjef og økonomikonsulent.



ADRESSE: Trasoppterrassen 25, 0672 Oslo · TELEFON: 23 34 82 00 · TELEFAKS: 22 76 09 60  
E-POST: [adm@trasoppklinikken.no](mailto:adm@trasoppklinikken.no) · [www.trasoppklinikken.no](http://www.trasoppklinikken.no)