

TRASOPPKLINIKKEN

Årsmelding 2011



Innhold

- 3 Driftsstyrets årsmelding
- 4 Årsmelding 2011
- 9 Behandlingstilbudet
- 10 Hovedinnhold og struktur
- 16 Aktivitet og resultater
- 20 Samarbeidsinstanser
- 21 Kvalitetsarbeidet
- 24 Antall årsverk
- 25 Måling av brukertilfredshet
- 25 Personalarbeid
- 26 Strategiske planer

Driftsstyrets årsmelding 2011

Årsmelding for klinikkens virksomhet i 2011 er utarbeidet av administrasjonen og driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

Styret er godt fornøyd med resultatene som er oppnådd.

Det vektlegges å kunne tilby et godt 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). Korttidssykefraværet har i 2011 vært 3 % og langtidsfraværet 8 %. For å opprettholde godkjenningen av ISO-9001:2008, gjennomføres det kontinuerlig internrevisjon av driften.

Det utøves effektiv økonomistyring og utgifter/driftskostnadene 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 Trasoppklinikkenes virksomhet og resultatoppnåelse i 2011.

Driftsstyret

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



Årsmelding 2011

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 Trasoppklinikken oppdragsgiver. Driftsavtale om levering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble første gangen inngått i 2004 etter konkurranseutsetting med forhandlinger. Eksisterende driftsavtale går ut 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.

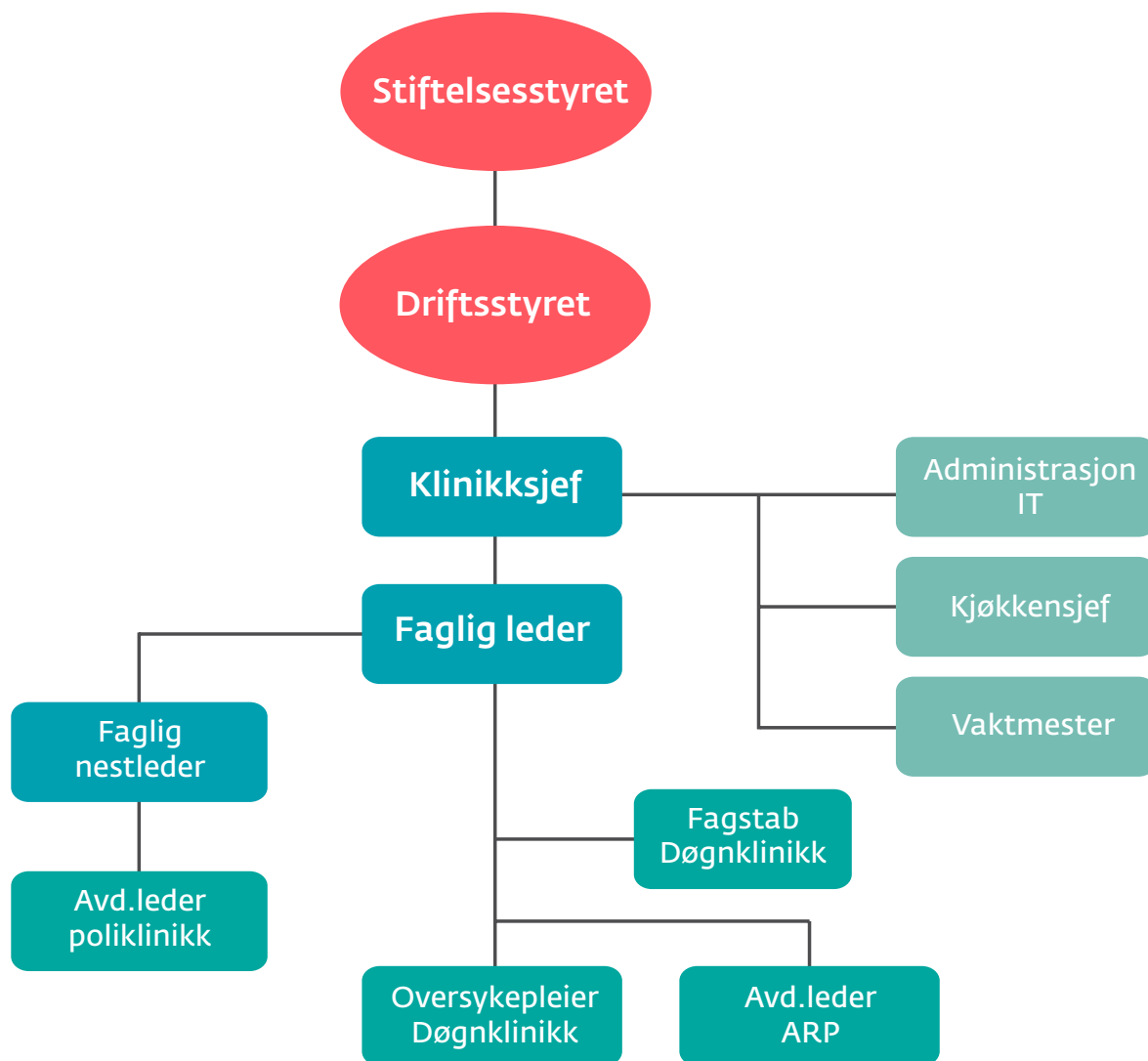
De fleste ruspasientene er i aldersgruppen 30 - 50 år. Familiemedlemmer tilbys egen behandling uavhengig om deres pårørende selv er i rusbehandling.

Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt fire styremøter i løpet av året. I tillegg har det vært avholdt styreseminar i kombinasjon med studietur til Island. På styreseminaret var tema «stiftelse som styreform» og «styremedlemmers ansvar/oppgaver».

Styrearbeidet har blant annet hatt fokus på produksjon og økonomi, oppgradering av bygningsmasse/utbygging, utarbeide tilbud til Helse SØ RHF på bakgrunn av kravspesifikasjon og utlysning av konkurranseutsetting, opprettholde godkjenningen av ISO-9001 sertifisering, videreføre prøveprosjektet "Dagbehandling-Rus".

I tillegg ble det i 2010 nedsatt tre grupper som skulle jobbe med følgende tema: utrede muligheter for forskning/doktorgradsarbeid ved klinikken, videreutvikle behandlingsvirksomheten særlig sett i lys av Samhandlingsreformen og hvordan Trasoppklinikken i sterkere grad kan bidra i det offentlige ordskiftet om konsekvenser av rusmiddelinntak og avhengighetsutvikling.



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 behandlingseenhetene og en overfor de administrative støttefunksjonene. Behandlingsenhetene ledes av faglig leder, og består av en ruspoliklinikk med vurderingskompetanse og en døgnklinikk.



Internkontrollsystem

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

I februar 2009 tok vi i bruk kvalitetssikringsprogrammet EQS som også er klinikkens kvalitetshåndbok, både i forhold til behandling og støttefunksjoner. Alle avviksmeldinger registreres her. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistreringer.

I forbindelse med internrevisjon leier vi inn ekstern revisor.

Klinikken har eget kvalitetsutvalg med brukerrepresentant. Dette utvalget har gjennomsnittlig to møter pr. år. Her gjennomgås alle meldte og lukkede avvik.

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 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

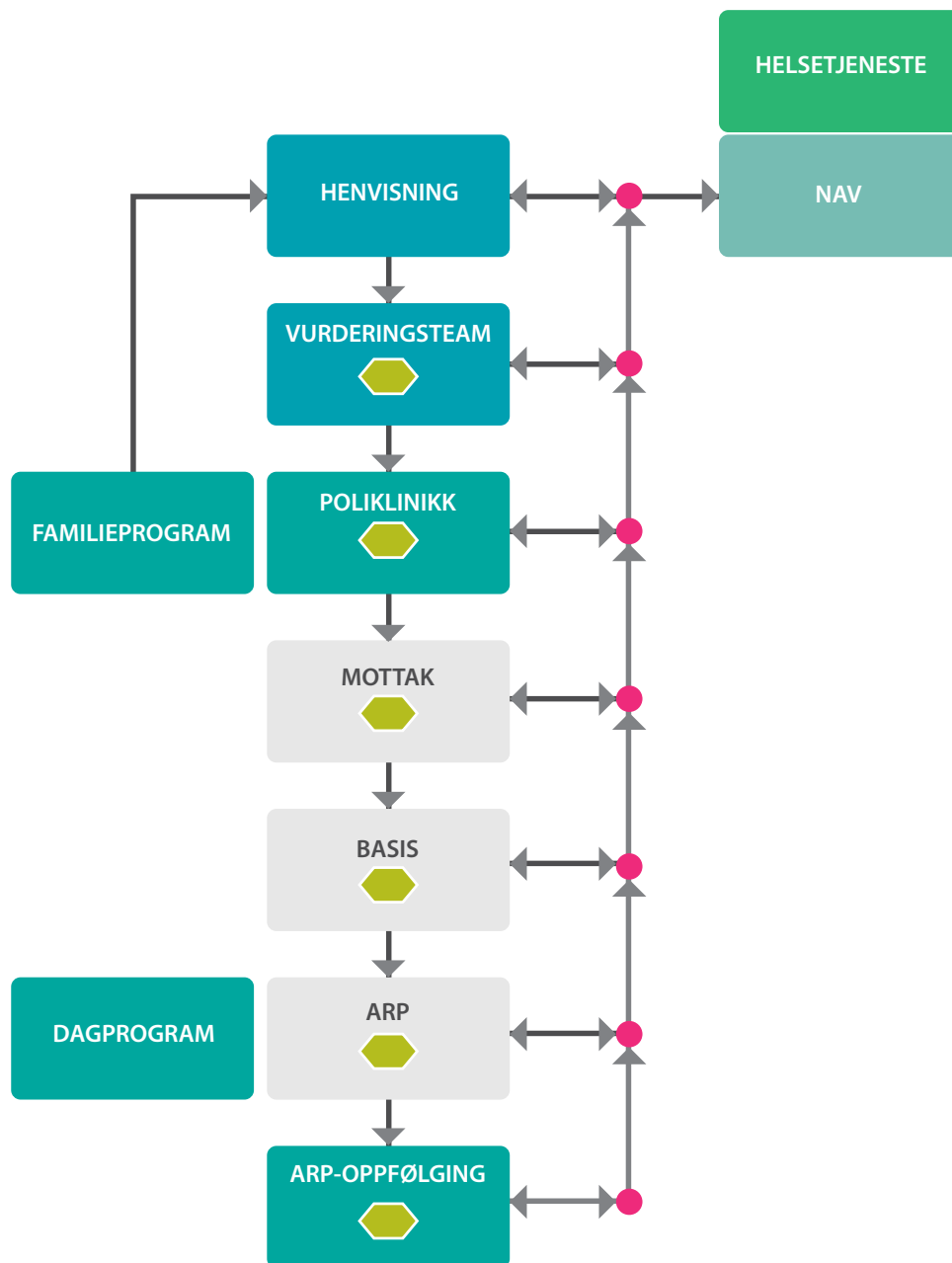
Trasoppklinikken tilbyr poliklinikk med vurderingskompetanse, poliklinisk behandling og døgnbehandling.

Behandlingen representerer tverrfaglig spesialisert rusbehandling og består av følgende elementer:

- Alle pasienter får individuell behandler og sikres behandlingsansvarlig lege.
- Rusbehandlingen gjennomføres etter oppsatt 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
- Kartlegging av den sosiale situasjonen 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.
- Døgnbehandlingen består av et basisprogram med mulighet for individuell tilrettelegging og 12-trinnsprogram-ARP (Alcoholism Recovery Program).
- Alle som har gjennomgått døgnbehandlingen 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 behandlingsopplegg. De fleste deltar i familieprogrammet over åtte dager på dagtid og oppfølging i et halvt år, eventuelt har de kun individuelle polikliniske konsultasjoner.

Hovedinnhold & struktur



Figur. Skjematisk framstilling av behandlingsavdelingene og behandlingsforløp

Poliklinikken

Rettighetsvurderingene er hovedoppgaven for klinikkens vurderingsteam. Oppgavene innebærer å vurdere pasientens helsetilstand, sosiale situasjon 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 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 (RUSDATA og papirjournal), inkludert NPR-registreringer
- individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings- og forebyggingssamtaler)
- krisehjelp
- prøvetaking
- nedtrapping/henvisning til avgiftning
- 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 fastlegen ofte involveres for videre utredning og behandling av somatiske lidelser, eventuelt må det psykiske helsevern kobles inn når den psykiske tilstanden vanskeliggjør igangsetting av rusbehandlingen.

Døgnklinikken

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 både i forhold til den fysiske og psykiske helsetilstanden. Abstinensbehandling gis i form av medisiner, akupunktur og avspenningsøvelser ("mindfulness"). For flere pasienter er det 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 døgkontinuerlig, 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-trinnsprogrammet 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.

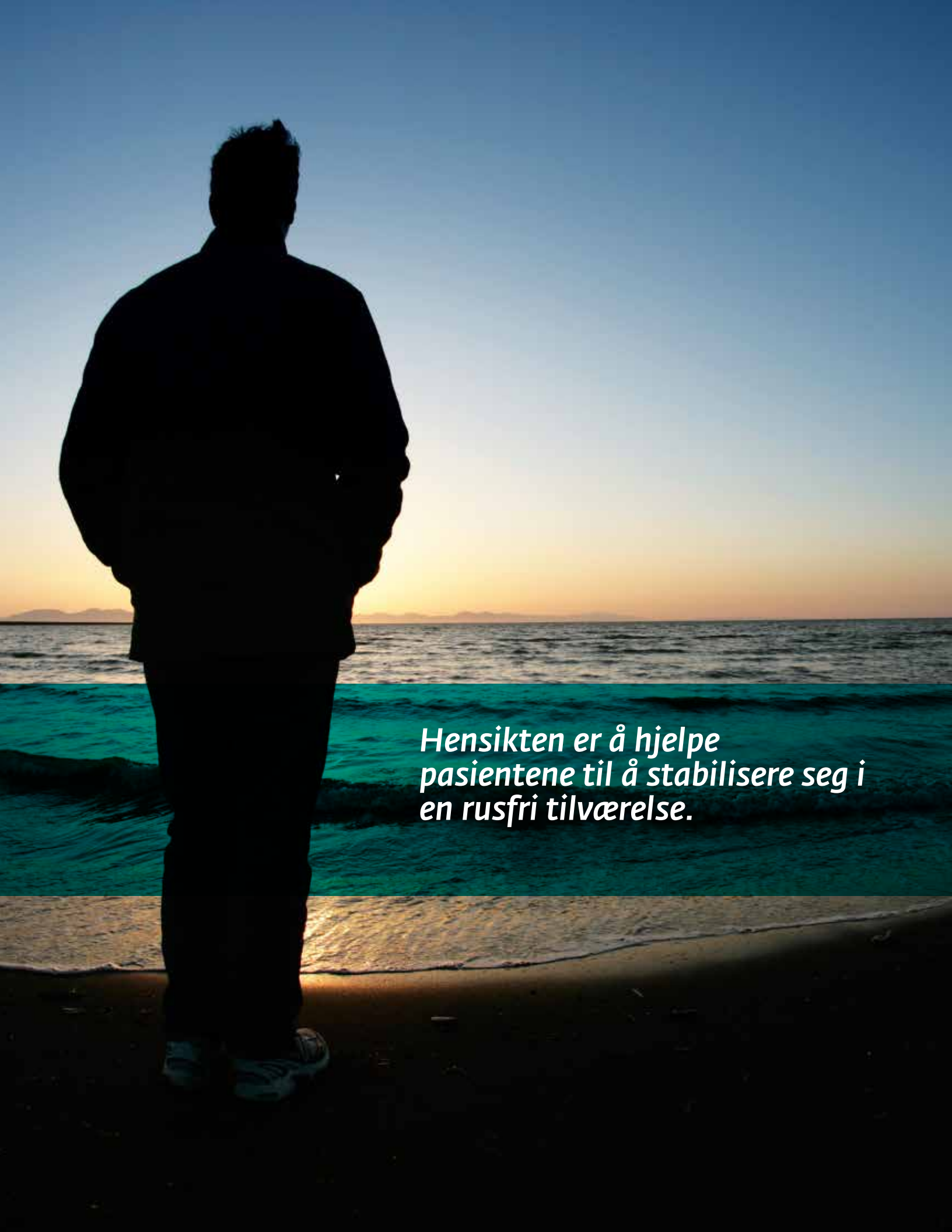
Dagtilbudet

Klinikken har siden januar 2010 gjennomført et prøveprosjekt der pasienter som har gjennomført døgnbehandling, kan få tilbud om å forlenge behandlingen i form av gruppebehandling på dagtid. Programmet ved dagtilbudet veksler mellom gruppebasert- og individuell trening i pasientenes naturlige hjemmemiljø. Erfaringene med treningen i hjemmemiljøet blir et av flere tema for gruppesamtalene. Pasienten beholder sin individuelle behandler i døgnklinikken. Som hovedregel strekker tilbudet seg over fire uker. Prosjektet vil bli evaluert i 2012.

Poliklinisk oppfølgingsprogram ARP

Etter å ha gjennomført 12-trinnsprogrammet ARP får pasientene tilbud om å delta i et poliklinisk oppfølgingsprogram som består av ukentlige 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.

A silhouette of a person stands on a beach, looking out at the ocean during a sunset. The sky is a gradient of blue and orange, and the water is a deep teal color. The person is positioned on the left side of the frame, with their back to the camera. The text is overlaid on the right side of the image, in a white, sans-serif font.

*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.

MÅLSETTINGEN ER Å HJELPE FAMILIEMEDLEMMER TIL Å MESTRE EGET LIV.

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:

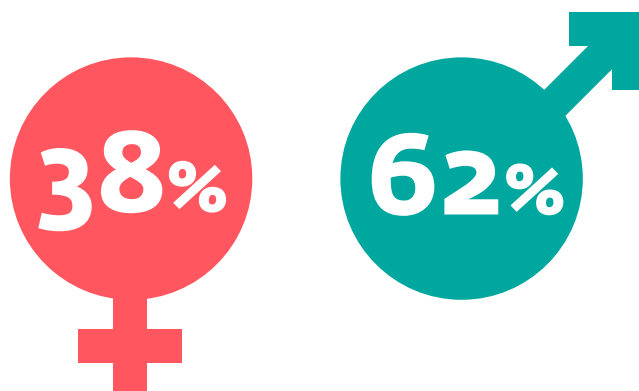
- AA, Anonyme Alkoholikere
- NA, Anonyme Narkomane (for medikament- og stoffavhengige)
- Al-Anon (for pårørende)
- VBA (voksne barn av alkoholikere)
- Alateen- ACA (for voksne barn av alkoholikere)
- GA, Anonyme Gamblere

Aktivitet & resultater

Det stilles krav om månedlig virksomhets-rapportering til Helse Sør-Øst RHF. Produksjonen i 2011 var generelt noe høyere enn i 2010.

	2010	2011
<i>Antall polikliniske konsultasjoner</i>		
<i>Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon</i>	3313	3696
<i>Gruppekonsultasjoner</i>	538	522
<i>Konsultasjoner til sammen</i>	3851	4218
<i>Innlagte i døgnklinikken</i>		
<i>Rusmiddelavhengige (Rettighetspasienter)</i>	268	323
<i>Familiemedlemmer (Ikke rettighetspasienter)</i>	39	41
<i>Totalt</i>	307	364

Døgnbehandling



Den gjennomsnittlige liggetiden har gått noe ned i 2011. Det er fortsatt stort behov for at pasientene får en planlagt avgifting før innleggelse.

Antall døgnbehandlinger

■ 2011 ■ 2010

12655
12083

Antall kurdøgn totalt

38 44
døgn døgn

Gjennomsnittlig
innleggelsestid

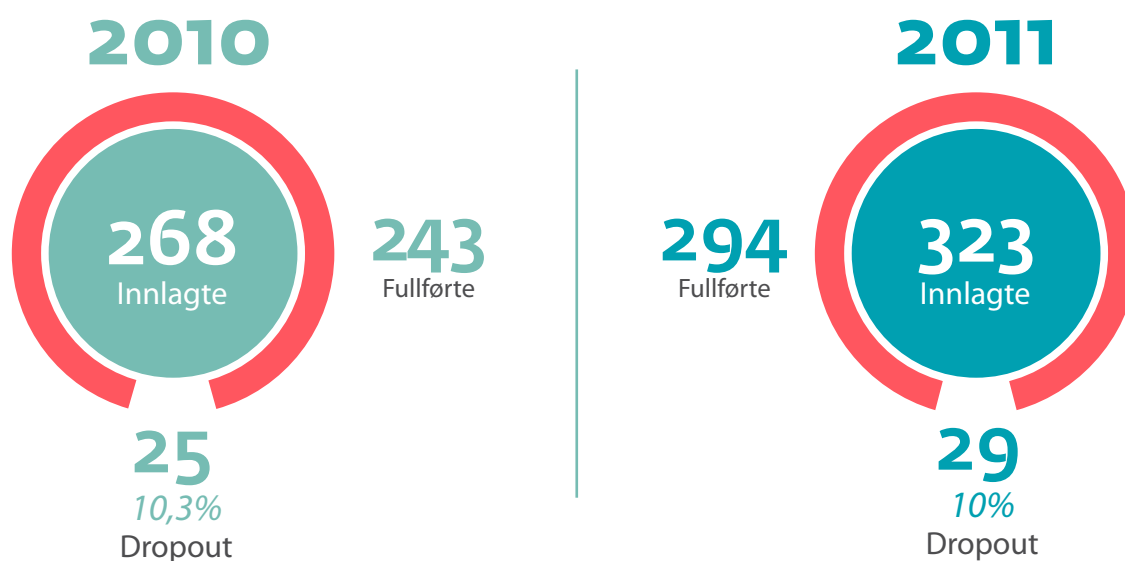
105%
100,3%

Beleggsprosent

Produksjonskravet ved døgnklinikken er minimum 95 % av 12 045 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 2011 var drop-out på innlagte pasienter 10 %. 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 avgiftning. Fortsatt er det noen som må overføres til avgiftningsenhetene, for så eventuelt å komme inn i behandling igjen. Noen pasienter velger å skrive seg ut før den planlagte døgntillegget er fullført, men flere fortsetter i et poliklinisk behandlingsopplegg. De pasientene som avbryter behandlingen, har ofte betydelige psykiske problemer og et blandingsmisbruk med illegale stoffer.

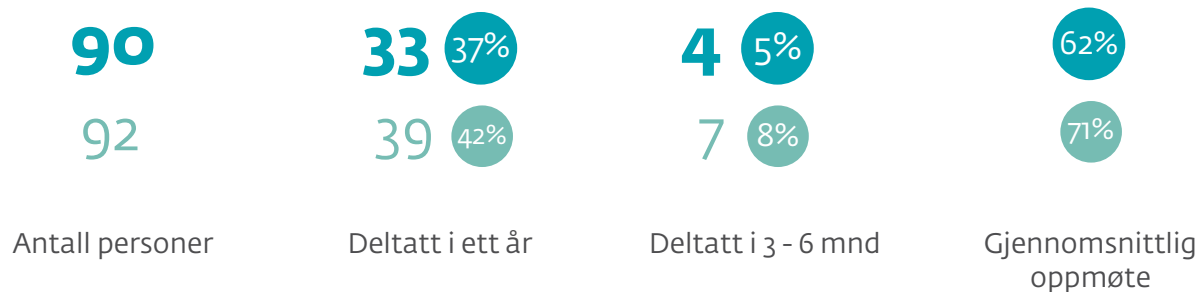
I neste oversikt ser vi hvordan utviklingen i deltakelse, oppmøte og uteblivelse i oppfølgingsprogrammet ARP har vært de siste tre årene.

51 gjennomførte som planlagt, det vil si ut fra individuell oppsatt oppfølgingsplan.

En person med **psykiske problemer** må ikke bare ses som pasient, men som et helt **meneske** med kropp, sjel og ånd.

Deltagelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2010-2011

■ 2011 ■ 2010



For å kunne delta må pasientene holde seg rusfri og bruke AA/NA-grupper. Ved to fravær uten beskjed, må pasientene 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. 39 % av de som hadde inngått avtale om oppfølging/individuell oppfølgingsplan uteble fra behandlingsopplegget de første tre månedene. Det er fortsatt her det er størst frafall.

Samarbeidsinstanser

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.
- Klinikksjefen har møtt jevnlig i prosjekt utarbeidelse av behandlingslinje alkohol, i regi av Helse SØ RHF/Aker – rus- og avhengighet.
- Vi arrangerer 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.)

60-års jubileum

Klinikkens jubileumsseminar ble avholdt 28. september. Temaet var «mestring». Det var mange interessante foredragsholdere. Kurset ble godkjent for DNLF, NPF, NSF, NETF, NHSF og NFF. Det ble avholdt jubileumsfest for alle ansatte samme dag.

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 2011 har klinikkens «barnegruppe» jobbet videre med å kvalitetssikre barns rettigheter og bevisstgjøre behandlernes rolle i forhold til pasientsaker hvor det også er mindreårige barn.

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 det elektroniske kvalitetssystemet (EQS).

Krav til "ledelsens gjennomgang" er beskrevet i egen prosedyre.

Interne kvalitetsrevisjoner

Årlig internrevisjon gjennomføres etter oppsatt revisjonsplan. Gjennomsnittlig tre til fire områder/avdelinger pr. år.

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 Klinik 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 kjøres ut 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 poliklinisk både individuelt og i grupper.

Tilbakemelding fra samarbeidende instanser

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

Tilgjengelighet

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

93 % av epikrise på døgneklinikken og 92 % av epikrise på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen. Dette må vi si oss svært 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 2011 hadde 72 % av kvinnene og 80 % av mennene som var innlagt i døgneklinikken F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 14 % av kvinnene og 5,5 % av mennene hadde F13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter) som hoveddiagnose. 35 % av kvinnene og 34 % av mennene hadde to eller flere avhengighetsdiagnoser. De fleste hadde F 13.2 som bidiagnose. 10 % av kvinnene hadde diagnosen 11.2 (opiat avhengighet) som hovedrusmiddel, dette er en økning fra tidligere år.

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 behandlingslutt.

GAF – resultat i 2009 til 2011 for innlagte i døgneklinikken

■ 2011 ■ 2010 ■ 2009

Innleggelsestidspunkt F - gj.snitt S - gj.snitt	Utskrivningstidspunkt F - gj.snitt S - gj.snitt		Avslutning av ARP oppfølging F - gj.snitt S - gj.snitt	
	50,5 51,0	58,2 58,4	74,9 74,4	
51,3 51,6	58,3 58,5	73,5 74,3		
43,4 43,2	51,7 51,9	69,7 70,8		

F = Funksjonsnivå sosialt. S = Psykiske symptomer.

Behandlingseffekt målt med GAF

Klinikken utfører systematisk 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).

Resultatet (2011) viser at gjennomsnittlig funksjonsskår (F) er forbedret med 24,4 fra innleggelse til avslutning i ARP-oppfølging. Gjennomsnittlig symptomskår (S) er bedret med 23,4 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. 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 familierapi. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer og rusmiddelterapeuter. Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppeterapi, rusbehandling, familierapi og skoloring i 12-trinnsbehandling. Klinikken har god tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Antall årsverk 31.12.11

fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige	Årsverk	Administrative	Årsverk
<i>Faglig leder/psykologspes./psykiater</i>	1,6	<i>Klinikkssjef</i>	1
<i>Faglig nestleder/spesialspl.</i>	1	<i>Økonomikonsulent</i>	1
<i>Leger</i>	2,6	<i>Sekretær</i>	1,5
<i>Overspl./Ass.overspl.</i>	2	<i>Kjøkkensjef</i>	1
<i>Avd.leder (sosionom)</i>	1	<i>Kokker</i>	1,5
<i>Spesialsykepleiere</i>	6	<i>Renholdsleder</i>	0,78
<i>Sykepleiere</i>	7,6	<i>Vaktmester</i>	0,5
<i>Psykologer/Psykologspesialister</i>	3		
<i>Sosionom</i>	1		
<i>Konsulent</i>	0,5		
<i>Rusmiddel terapeut</i>	1		
<i>ARP-leder (sykepleier)</i>	1		
<i>Helsesekretær</i>	1		

Som oversikten viser er ca. 80 % av stillingene knyttet opp mot direkte pasientkontakt. Ved utgangen av året var det ingen ubesatte stillinger.

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, AKAN-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata/ Internett/EQS.

Veiledning

Gruppeveiledning og individualveiledning gis kontinuerlig av eksterne veiledere.

Forbedringsmeldinger

I 2011 har det vært avholdt ett møte i Kvalitetsutvalget (vår).

Det har blitt 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.

Internrevisjoner, egen revisjonsplan

Internrevisjon i 2011 er avholdt i døgneklinikken, hvor legemiddelhåndtering og ARP/ARP-oppfølging var gjenstand for revisjon. På poliklinikken var det fokus på rettighetsvurdering, familieprogram og poliklinikk generelt. Dovre sertifiseringselskap gjør sin årlige revisjon av klinikkens ISO 9001:8000 sertifisering.

Tilsyn

Oslo Brann- og redningsetat har 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 behandlingsmessige 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 to år ad gangen. Det skal avholdes inntil to møter pr. år, eventuelt flere etter behov.

Personalarbeid

HMS

IA/Sykemeldinger

Sykefraværet i 2011 var på 11 % fordelt på 3 % på korttidsfravær og 8 % på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fraværet ikke er relatert til jobbsituasjonen. De langtidssykemeldt har alle kommet tilbake til full stilling.

”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 årlig en handlingsplan for IA-arbeidet. Nye regler for oppfølging av sykemeldte som ble innført 1. juli 2011 er innarbeidet i klinikkens oppfølgingsrutiner. Blant annet er det obligatorisk at det utarbeides individuelle oppfølgingsplaner for sykemeldt over 4 ukers fravær. De fleste langtidssykemeldte har hatt gradert sykemelding og tilrettelagte 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 klinikkens opplæringsplan. Andre har gjennomført kurs og seminarer.

I oktober startet vi opp prosessen med utbygging/rehabilitering. Blant annet skal det bygges ut et nytt spiserom for alle ansatte. Det vil bli noen flere kontorer og to møterom ekstra. Ventilasjonsanlegget vil også bli oppgradert i tillegg til brannvarslingssystemet.

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.

Strategiske planer

Fremtidsutsikter

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

Ny driftsavtale med Helse SØ RHF forventes inngått før utgangen av 1. april, med ikrafttredelse fra 1. juli 2012. Helse SØ RHF har i sin kravspesifikasjon antydnet en økning i volum av behandling på dag og poliklinikk. Vi ønsker å kunne utvikle dagbehandling i tråd med hva Helse SØ RHF har forventninger om.

Vi skal opprettholde ISO-9001 sertifiseringen av klinikken. Dette innebærer enn kontinuerlig internervisjon av de ulike avdelingene. I tillegg gjennomfører revisjonsselskapet DOVRE årlig revisjon.

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. Ekstern veiledning av behandlingspersonalet opprettholdes.

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.

Dagprogrammet-Rus fortsetter som prosjekt frem til juni 2012 med økonomisk støtte fra stiftelsesstyret.

I 2010 ble det nedsatt tre arbeidsgrupper av Stiftelsesstyret. En av gruppene skulle se på muligheter for å gjennomføre et forskningsprosjekt i tilknytning til behandlingsevne. Det ble søkt om forskningsmidler i et samarbeid med SERAF. Det lyktes ikke å få tildelt midler i 2011. Vi ønsker fortsatt å jobbe mot et doktorgradsprosjekt ved klinikken.

En gruppe skal jobbe videre med å se på muligheter for å videreutvikle behandlingsprogrammene, særlig sett i lys av Samhandlingsreformen. Den siste gruppen skal se på hvordan Trasoppklinikken i sterkere grad kan bidra til det offentlige ordskiftet om konsekvenser av rusmiddelinntak og avhengighetsutvikling.

Gjennomgang av gruppens arbeid vil bli evaluert på styreseminar høsten 2012.

Styrene har bestått av følgende medlemmer:

Stiftelsesstyret

Helge Vinorum styreleder m/varamedlem Kirsti Laurie Simonsen
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen
Kjell Maalø m/varamedlem Per Jarle Hellevik

Klinikkjefen møter som sekretær.

Driftsstyret

Helge Vinorum styreleder frem til 30.07.11
Kjell Maalø styreleder fra 01.08.11
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen
Thorleif Andreassen m/Kurt-Johnny Olsen
Per Føyn m/varamedlem Frank Robert Holst
Morten Venberget frem til 30.06.11
Berit Vestly fra 01.07.11
Irene Gunster m/ varamedlem Xenie Bergman

I tillegg møter faglig leder, klinikkjef og økonomikonsulent.

