



TRASOPPKLINIKKEN

Årsmelding 2012

Innhold

- 3 Driftsstyrets årsmelding
- 4 Årsmelding 2012
- 9 Behandlingstilbudet
- 10 Hovedinnhold og struktur
- 16 Aktivitet og resultater
- 20 Samarbeidsinstanser
- 21 Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer
- 24 Antall årsverk
- 25 Måling av brukertilfredshet
- 25 Personalarbeid
- 26 Strategiske planer

Driftsstyrets årsmelding 2012

Årsmelding for klinikkens virksomhet i 2012 er utarbeidet av administrasjonen og driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

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 kvalitetsindikatorene 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 drift.

Klinikken er en IA-bedrift (Inkluderende arbeidsliv). Korttidssykefraværet har i 2012 vært 2,5 % og langtidsfraværet 2,9 %.

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.

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 2012.

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.



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

Årsmelding 2012

Eier

Stiftelsen Trasoppklinikken har til formål å behandle alkohol-avhengige, medikamentavhengige, blandingsmisbrukere og familiemedlemmer i samsvar med Anonyme Alkoholikers ideologi, slik at de kan oppnå en bedring av 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 overført til Lov om Spesialisthelsetjeneste i 2004.

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.

Ny driftsavtale ble inngått 1. juli 2012. Denne avtalen er to-delt og innebærer en langsiktig rammeavtale i tillegg til en ytelsesbasert avtale som det forhandles om årlig. Dette skal gi en mer langsiktig og forutsigbar drift enn tidligere. Det forventes et tettere samarbeid og oppfølging fra Helse Sør Øst sin side enn tidligere.

Avtalen innebærer poliklinikk med vurderingskompetanse, 4 360 konsultasjoner, 1344 dagbehandlinger rus/familie (oppstart 29. oktober) og 33 døgnplasser.

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 døgntilrettelagt behandling (korttid) kan være tilstrekkelig.

De fleste ruspasientene er i aldersgruppen 30 - 50 år.

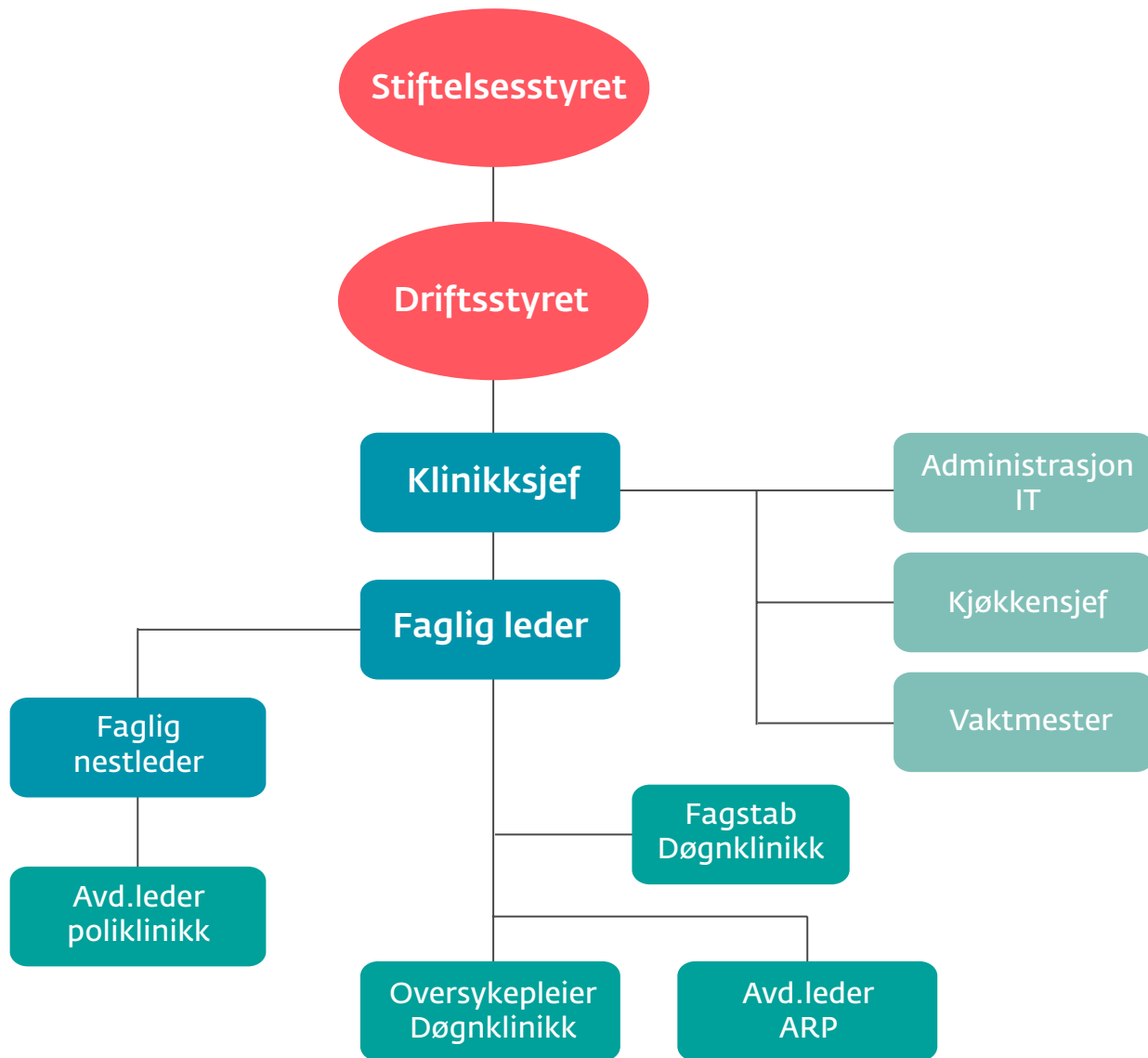
Familiemedlemmer tilbys egen behandling uavhengig om deres pårørende selv er i rusbehandling.

ORGANISERING

Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt 5 styremøter i løpet av året. Årets styreseminar ble avholdt på Son, hvor hovedtema var Stortingsmelding nr. 30 («rusmeldingen»).

I Styret har det vært fokus på å opprettholde produksjonskrav og god økonomistyring, oppgradering av bygningsmasse/utbygging, driftsavtalen med Helse SØ RHF, opprettholde godkjenningen av ISO – 9001:2008 sertifisering, opprettholde prøveprosjektet "Dagbehandling-Rus" frem til 30. juni 2012. Det har også i 2012 vært jobbet med temaene: 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. Gruppene ble nedsatt av stiftelsesstyret i 2010.



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 behandlingssenheter og en overfor de administrative støttefunksjonene. Behandlingsenhetene ledes av faglig leder, og består av en ruspoliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling rus/familie og døgnklinikk.



Internkontrollsystem

Klinikken har et internkontrollsystem, jf. Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Vi videreutvikler og opprettholder kvalitetssikringsprogrammet EQS som vi tok i bruk i 2009. Klinikkenes kvalitetshåndbok ligger også her, som innehar prosedyrer både for behandling og støttefunksjoner. Avviksmeldingene registreres i samme system. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistreringer.

I forbindelse med internrevisjon leier vi inn ekstern revisor.

Klinikkens Kvalitetsutvalg med brukerrepresentant har møter to ganger årlig. Her gjennomgås alle meldte avvik i tillegg til revisjonsprogram og resultat av disse.

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.

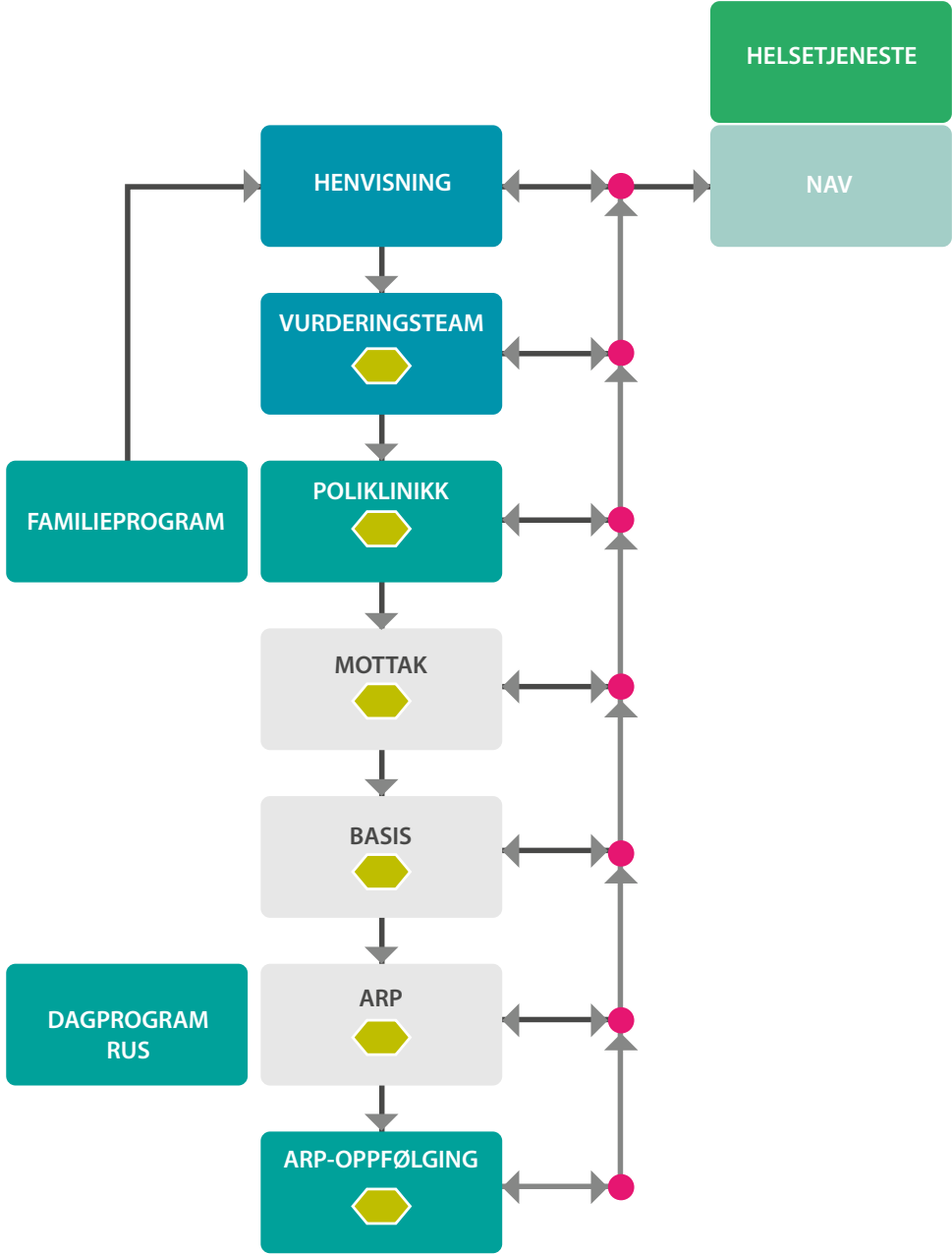
Behandlingstilbudets omfang – tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Trasoppklinikken tilbyr poliklinikk med vurderingskompetanse, poliklinisk individual- og gruppebehandling i tillegg til dagbehandling rus/familie og innleggelse i døgnklinik.

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 individualsamtaler eventuelt en egen dagbehandling familieprogram. Familieprogrammet avholdes på dagtid og går over en uke. I etterkant, gis det tilbud om poliklinisk gruppe oppfølging i inntil 6 måneder.

Hovedinnhold & struktur



Skjematisk framstilling av 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 psykiskhelse, 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 sine mentale ferdigheter.

Første fase av innleggelsen skjer i 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 får informasjon om selvhjelpsgrupper som AA og NA.

For flere pasienter er det nødvendig med videre samarbeid med fastlege, psykisk helsevern eventuelt videre henvisning til annen spesialisthelsetjeneste.

Mottaksavdeling

For å klargjøre pasientene til 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 kontinuerlig, inkludert helg- og høytidsdager. Målsetningen er at pasientene oppnår fysisk og psykisk stabilisering, økt forståelse og 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. De som ikke ønsker deltagelse i 12-trinnsprogrammet eller av annen grunn ikke kan nyttiggjøre seg det, kan få tilbud om videre deltagelse i Dagbehandling - Rus, eventuelt annen poliklinisk oppfølging.

12-trinnsprogrammet ARP (Alcoholism Recovery Program)

12-trinnsprogrammet ARP gjennomføres i lukkede grupper med 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.

Dagbehandling - Rus


Dette er et selvstendig behandlingstilbud som ble startet opp høsten 2012.

Behandlingen innebærer både gruppebasert- og individuell tilnærming. Målsettingen er å tilby pasienter behandling på dagtid, hvor de fortsatt kan bo hjemme og fungere i eget miljø med familie og venner. Behandlingen går over fire dager pr. uke, fire til seks uker. Dette kan være et selvstendig behandlingstilbud, eventuelt være en del av et lengre behandlingsforløp.

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. Hver behandlingsmodul 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.

A woman with long blonde hair is sitting in a field of tall grass, looking towards the sun. She is wearing a floral patterned top. The scene is bathed in warm, golden light, suggesting a sunset or sunrise. The background is a soft, out-of-focus field of green grass.

*Hensikten er å hjelpe
pasientene til å stabilisere seg i
en rusfri tilværelse.*

Behandling av pårørende – polikliniske samtaler og dagbehandling

Klinikken tilbyr eget behandlingsprogram for pårørende. Disse blir henvist til klinikken for egne helseproblemer, 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. Ved behov og ønske, tilbys pårørende deltagelse i familieprogrammet som er et dagbasert behandlingsopplegg som går i en uke. Etter deltagelse i familieprogrammet, gis det tilbud om poliklinisk oppfølging i form av 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 virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF.

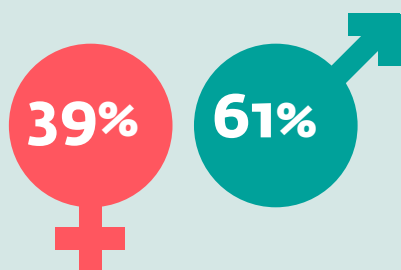
Diagnostikk

Alle pasienter blir diagnostisert i forhold til rusmiddelproblemet etter diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, WHO 1992).

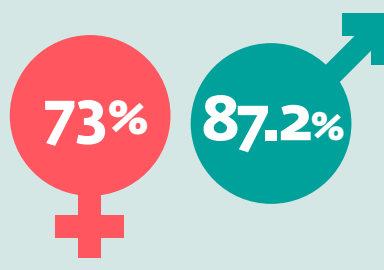
Det brukes ulike verktøy til kartlegging. Ved angst og depresjonsplager kartlegges pasienter med depresjonsvurdering og angsttest (MADRS og KAS). Ved mental reduksjon testes pasienter med MMS (Mini Mental Status). Andre kartleggingsverktøy er MINI og SCL-90. GAF-skår settes ved behandlingsstart og behandlingslutt.

	2011	2012
Antall polikliniske konsultasjoner		
<i>Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon</i>	3696	3719
<i>Gruppekonsultasjoner</i>	522	564
<i>Konsultasjoner til sammen</i>	4218	4283
Innlagte i døgneklinikken		
<i>Rusmiddelavhengige (Rettighetspasienter)</i>	323	254
<i>Familiemedlemmer (Ikke rettighetspasienter)</i>	41	29
<i>Totalt</i>	364	283

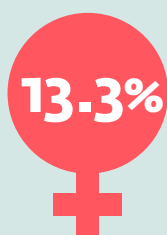
Døgnbehandling



Fordelingen av kvinnelige og mannlige innlagte ruspasientene.



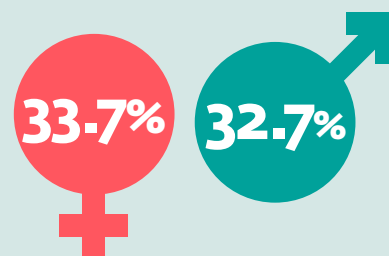
F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose.



F 13.2 (avhengighet i forhold til vanedannede medikamenter) som hoveddiagnose.



F12.2 (avhengighet i forhold til cannabis) som hoveddiagnose.



To eller flere avhengighetsdiagnoser.

Antall døgnbehandlinger

■ 2012 ■ 2011

10753
12655

Antall kurdøgn totalt

37 38
døgn døgn

Gjennomsnittlig innleggelsestid

*90%
105%

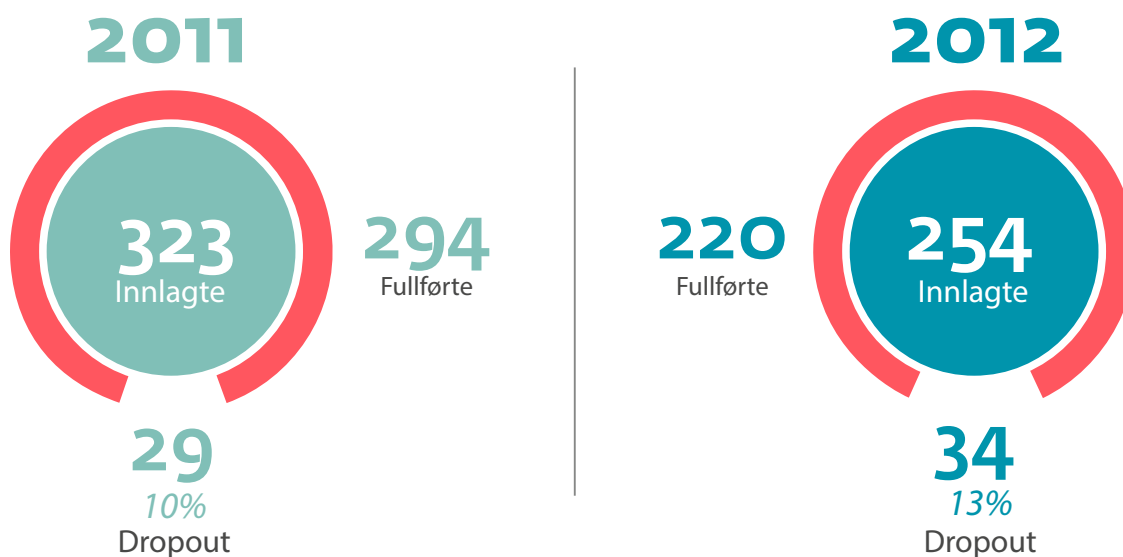
Beleggsprosent

Den gjennomsnittlige liggetiden er relativt lik som i 2011. Behovet for avgiftning før innleggelse er fortsatt nødvendig for de fleste. *Produksjonskravet ved døgnklinikken er minimum 95%. Fra 1. juli 2012 gikk vi over i ny driftsavtale, hvor avregning for produksjon går over 18 måneder.

Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet. I 2012 var drop-out på innlagte pasienter 13 %. Vi er fornøyd med at vi klarer å holde drop-out prosenten på et jevnt lavt nivå.

Fullført og avbrutt handlingsperioder i døgneklinikken



Dette 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.

Dagbehandling - Rus 2012 (oppstart oktober)

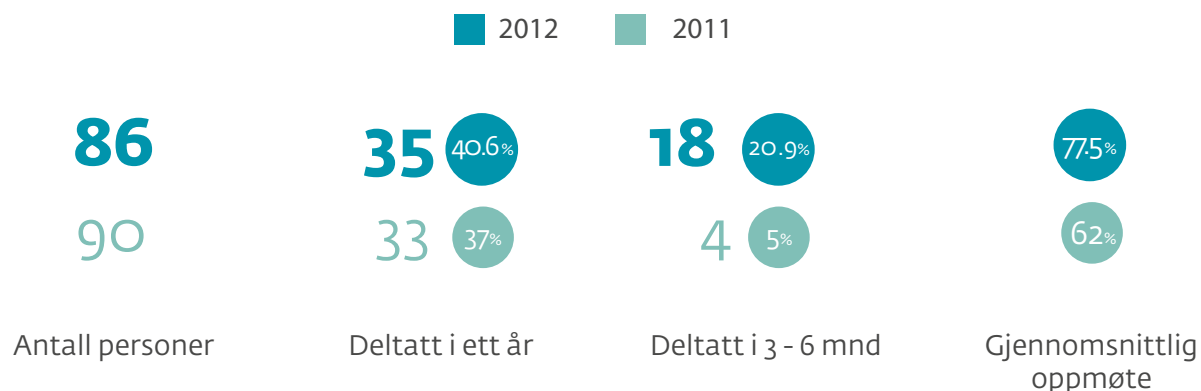
257

Dagbehandlingsdager

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

Opptappingsplanen for psykisk helse.

Deltagelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2011-2012



I oversikten ser vi hvordan utviklingen i deltakelse, oppmøte og uteblivelse i oppfølgingsprogrammet ARP har vært de siste to årene.

35 pasienter har gjennomført hele oppfølgingsprogrammet over 40 uker. 53 pasienter har gjennomført etter avtalt behandlingsplan.

For og kunne delta må pasientene holde seg rusfri og bruke AA/NA-grupper. Ved to fravær uten beskjed, blir pasientene innkalt til individualsamtale ved poliklinikken før de kan fortsette i oppfølgingsprogrammet. Flere har hatt tilbakefall under behandlingsperioden. De får individuell hjelp for å etablere rusfrihet igjen, slik at de kan fortsette i oppfølgingsprogrammet.

38 % 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 pasientsaker har vi gode rutiner på å samarbeide med fastleger, DPS, arbeidsgivere/AKAN/bedriftshelsetjeneste og NAV/sosialtjenesten. I enkelte saker er det nødvendig å samarbeide med 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

- Ledelsen ved A-klinikkene i Oslo (A-senteret, Blå Kors Senter, Incognito klinikk og Trasoppklinikken) avholder månedlige samarbeidsmøter.
- ALOR nettverk – i regi av AKAN sentralt
- Klinikksjefen har møtt jevnlig i prosjekt utarbeidelse av behandlingslinje alkohol, i regi av Helse SØ RHF/ Aker – rus- og avhengighet.
- Etter avtale arrangerer vi 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.)
- Områdeutvalg – utvalg som er nedsatt i regi av Helse SØ RHF for å utrede mulighetene for tilordning av Helseforetak (Eksempel: Trasoppklinikken skal være en del av TSB som tilbys pasienter tilhørende Ullevål sykehus) I tillegg jobbes det med fellesprosjekter på tvers av offentlig og private institusjoner.

Faglig utviklingsarbeid og planmessig opplæring av de ansatte er høyt prioritert.

Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer

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 2012 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, "Opptrappingsplanen for rusfeltet" (2008-2010). Det er enda ikke utarbeidet noen nasjonale, kvalitetsindikatorer for rusfeltet. Dette synes vi er sterkt beklagelig. Vi kan ha forventninger til at «Rusmeldingen» Stortingsmelding nr. 30 som skal vedtas i 2013, kan inneha noe av dette.

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

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).

Interne kvalitetsrevisjoner

Det har vært avholdt tre internrevisjoner i perioden. I tillegg til årlig ISO – 9001:2008 revisjon av DOVRE sertifiseringsselskap.

Vurderings- og behandlingsfrist

Eventuelle brudd på vurderings- og behandlingsfrist blir rapportert til NPR og oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.

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. Dette følges opp og det lages rapporter.

Brukerundersøkelse

Det gjennomføres brukerundersøkelse en til to ganger pr. år.

Global Assessment of Functioning (GAF)

Det blir utarbeidet splittet GAF for alle pasienter ved innskrivning og utskrivning i døgneklinikken. GAF gjennomføres også poliklinisk både i individuell behandling og fra deltagelse i grupper.

Tilbakemelding fra samarbeidende instanser

Klinikken gjennomfører regelmessig innhenting av tilbakemeldinger fra samarbeidende instanser i form av evalueringsskjema som sendes ut sammen med epikrise.

Tilgjengelighet

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

Henvisninger blir vurdert innen 7 dager etter at de er mottatt. Ca.77 % 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 3 dager på døgneklinikken og 2 dager på poliklinikken. 93,5 % av epikrise på døgneklinikken og 95,1 % av epikrise på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen. Dette må vi si oss svært godt fornøyd med.

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 psykiisk 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).

Vi ser at GAF skåren er noe høyere ved innkomst enn tidligere år. En av årsakene til dette kan være at de fleste pasienter som nå blir innlagt i døgneklinikken, allerede har vært innlagt til avgiftning, og dermed startet en medikamentell behandling et annet sted. Forarbeidet på poliklinikken med en bedre diagnostikk, kan også være en medvirkende årsak.

Ved avslutning av oppfølgingsprogrammet, er det høyere skår enn tidligere. Flere av de som har gjennomført oppfølgingen har også vært i behandling ved prosjekt "dagbehandling". Det betyr at disse pasientene har hatt et tettere og lengre behandlingsløp, og at en dermed kan ha nyttiggjort seg dette behandlingstilbudet på en god måte.

GAF – resultat i 2010 til 2012 for innlagte i døgneklinikken

■ 2012 ■ 2011 ■ 2010

Innleggelsestidspunkt F - gj.snitt S - gj.snitt	Utskrivningstidspunkt F - gj.snitt S - gj.snitt		Avslutning av ARP oppfølging F - gj.snitt S - gj.snitt		
	2012	2011	2012	2011	2012
53,1	52,0	59,8	58,9	77,1	76,2
50,5	51,0	58,2	58,4	74,9	74,4
51,3	51,6	58,3	58,5	73,5	74,3

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 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 familieterapi. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger/spesialister, psykologer/spesialister og rusmiddelterapeuter. Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppeterapi og rusbehandling. Klinikken har god tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Antall årsverk 31.12.12

fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige	Årsverk	Administrative	Årsverk
<i>Faglig leder</i>	1	<i>Klinikkjef</i>	1
<i>Psykiater</i>	0,6	<i>Økonomikonsulent</i>	1
<i>Faglig nestleder/spesialspl.</i>	1	<i>Sekretær</i>	0,5
<i>Leger</i>	2,6	<i>Kjøkkensjef</i>	1
<i>Overspl./Ass.overspl.</i>	2	<i>Kokker</i>	1,5
<i>Avd.leder (sosionom)</i>	1	<i>Renholdsleder</i>	1
<i>Spesialsykepleiere</i>	5,8	<i>Vaktmester</i>	0,5
<i>Sykepleiere</i>	7,6		
<i>Psykologer/Psykologspesialister</i>	4		
<i>Sosionom</i>	2		
<i>Konsulent</i>	0,5		
<i>Rusmiddelterapeut</i>	1		
<i>ARP-leder (sykepleier)</i>	1		
<i>Helsesekretær</i>	2,5		

Som oversikten viser er ca. 83 % 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 2012 har det vært avholdt to møter i Kvalitetsutvalget.

Det har blitt behandlet 60 forbedringsmeldinger i løpet av året. Hovedvekten av meldingene lå innenfor pasientrettede administrative rutiner. Avvikene meldes systematisk i programvaren EQS. Vi opprettholder fokus med å videreutvikle 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.

Revisjoner

Dovre sertifiseringssselskap gjør sin årlige revisjon av klinikkens ISO 9001:2008 sertifisering.

Tilsyn

Oslo Brann- og redningsetat har vært på ett varslet besøk. To avvik ble meldt, utover det var tilbakemeldingene gode. Infratek som er Oslo kommunes tilsynsorgan for teknisk-elektrisk installasjoner har hatt ett varslet, tilsyn. Det ble påpekt to avvik, som ble utbedret innen fristen. 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 2 år ad gangen. Det skal avholdes inntil to møter pr. år, eventuelt flere etter behov.

Personalarbeid

HMS

IA/Sykemeldinger

Sykefraværet i 2012 var på 5,4 % fordelt på 2,5 % på korttidsfravær og 2,9 på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fravær ikke er jobbrelatert. De langtidssykemeldt har alle kommet tilbake i jobb.

Smittevernkomité som består av lege, sykepleier og renholdsleder/verneombud opprettholder fokus på hygiene og smittekilder. Komiteen trer i kraft ved behov.

Klinikken utarbeider årlig en handlingsplan for IA-arbeidet.

Arbeidsmiljøtiltak

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

Flere av de ansatte har avsluttet formell videreutdanning/spesialisering, og 2 har startet opp, jf. klinikkens opplæringsplan. Andre har gjennomført kurs og seminarer både internt og eksternt.

Det ble også arrangert seminar på Kiel-ferjen, hvor tema var «Lederskap og medarbeiderskap – veien til resultater og arbeidsglede» Det var tilrettelagt for at alle ansatte kunne delta, 33 deltok. Tema dannet grunnlag for gode prosesser på tvers av avdelingene.

Ledergruppen har årlig to dagers lederseminar.

Våren 2012 tok vi i bruk klinikkens nye lokaler/rehabiliterede bygg. Nybygget ga plass til flere kontorer/grupperom i tillegg til at de ansatte fikk nytt spiserom. Undervisningsrom ble også rehabilitert. Ventilasjonsanlegget er oppgradert i deler av bygget og det er lagt til rette for at resten av bygningen også etter hvert kan kobles på nytt anlegg. Identifiserbart brannvarslingsanlegg/tavle er nå installert for hele bygningsmassen.

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 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. Ekstern veiledning av behandlingspersonalet opprettholdes.

Ny driftsavtale med Helse SØ RHF med oppstart 1. juli 2012, har foreløpig en varighet frem til 30.12.13. Den nye avtalen er todelt, en rammeavtale med en gjensidig oppsigelse på

to år, og en ytelsesbasert avtale med eventuelle justering på produksjon og pris, årlig.

Vi har som målsetting å søke om resertifisering av ISO – 9001:2008. Nåværende godkjenning utgår 31.12.13.

Elektronisk pasientjournal skal innføres i løpet av våren 2013.

Det skal lages nye Web-sider, som også skal tilpasses mobil/nettbrett. Informasjonsbehovet for pasienter/pårørende og andre samarbeidende instanser, endrer seg, og det er viktig at informasjon om klinikkens behandlingstilbud, gjøres tilgjengelig i ulike medier. Dette er et ledd i den videre markedsføringsplanen, som ledelsen har satt opp for 2013.

Det er også planer om å revidere spørreskjemaene til brukerundersøkelser som vi systematisk gjennomfører en til to ganger i året.

Vil vi også søke om økonomiske midler gjennom Sosial- og helsedirektoratet for å kunne tilby egne helsearbeidere, men også andre helse – og sosialarbeidere/leger, kurskvelder/seminarer hvor vi gjennom undervisning skal kunne tilby økt kunnskap innen behandling av pasienter innen TSB.

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

Kjell Maalø styreleder m/varamedlem Per Jarle Hellevik
Helge Vinorum/varamedlem Kirsti Laurie Simonsen
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen
Thorleif Andreassen m/varamedlem Kurt-Johnny Olsen
Per Føyn m/varamedlem Frank Robert Holst
Gro K. Engen
Irene Gunster
Varamedlem: Berit Vestly og Tom Arild Moe

I tillegg møter faglig leder, klinikkjef og økonomikonsulent.

