



# TRASOPPKLINIKKEN

Årsmelding 2013

# Innhold

---

- 3 Driftsstyrets årsmelding
- 4 Årsmelding 2013
- 10 Behandlingstilbud
- 16 Aktiviteter og resultater
- 20 Samarbeidsinstanser
- 21 Kvalitetsarbeidet
- 24 Antall årsverk
- 25 Måling av brukertilfredshet
- 25 Personalarbeid
- 26 Strategiske planer

## Årsmelding for klinikkens virksomhet i 2013 er utarbeidet av administrasjonen og driftsstyret og deretter godkjent av stiftelsesstyret.

Vi ønsker å tilby tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som innebærer et godt helsefaglig behandlingstilbud til pasientene i form av diagnostikk, utredning og utstrakt samarbeid med andre instanser. For å måle behandlingseffekt brukes de nasjonale kvalitetsindikatorne i tillegg til GAF (psykososial funksjonsregistrering).

Styret er godt fornøyd med at pasientbehandlingen er i tråd med kravene i ytelsesavtalen med Helse Sør-Øst RHF. Avtalen danner grunnlaget for en forutsigbar drift.

Klinikken er en IA-bedrift (Inkluderende arbeidsliv). Korttidssykefraværet har i 2013 vært 1,8 % og langtidsfraværet 4,7 %.

I desember ble klinikken resertifisert og godkjent frem til 2017 etter ISO-9001:2008 standarden. For å opprettholde sertifiseringen, gjennomføres det kontinuerlig internrevisjoner av driften.

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

Å ansette fagpersoner, er lettere nå enn tidligere. Det er flere kvalifiserte søkere, og stillingene blir besatt i løpet av relativt kort tid.

Driftsstyret anser at årsmeldingen danner et solid inntrykk av Trasoppklinikkenes virksomhet og resultatoppnåelse i 2013.

Driftsstyret

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

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



# Årsmelding 2013

## 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 er underlagt Lov om Specialisthelsetjeneste.

## Oppdragsgiver

Helse Sør-Øst RHF er Trasoppklinikken oppdragsgiver. Drifts-avtale om levering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble første gangen inngått i 2004 etter konkurranseutset-ting med forhandlinger.

For perioden juli 2012 til desember 2013 ble det inngått en to-delt avtale som innebærer en langsiktig rammeavtale i tillegg til en ytelsesbasert avtale som det forhandles om årlig. Dette gir en mere langsiktig og forutsigbar drift enn tidligere.

Avtalen innebærer poliklinikk med vurderingskompetanse, 4 360 konsultasjoner, 1344 dagbehandlinger rus/familie og 33 døgnplasser.

## Målgrupper

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

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

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

De fleste ruspasientene er i aldersgruppen 30 - 50 år.

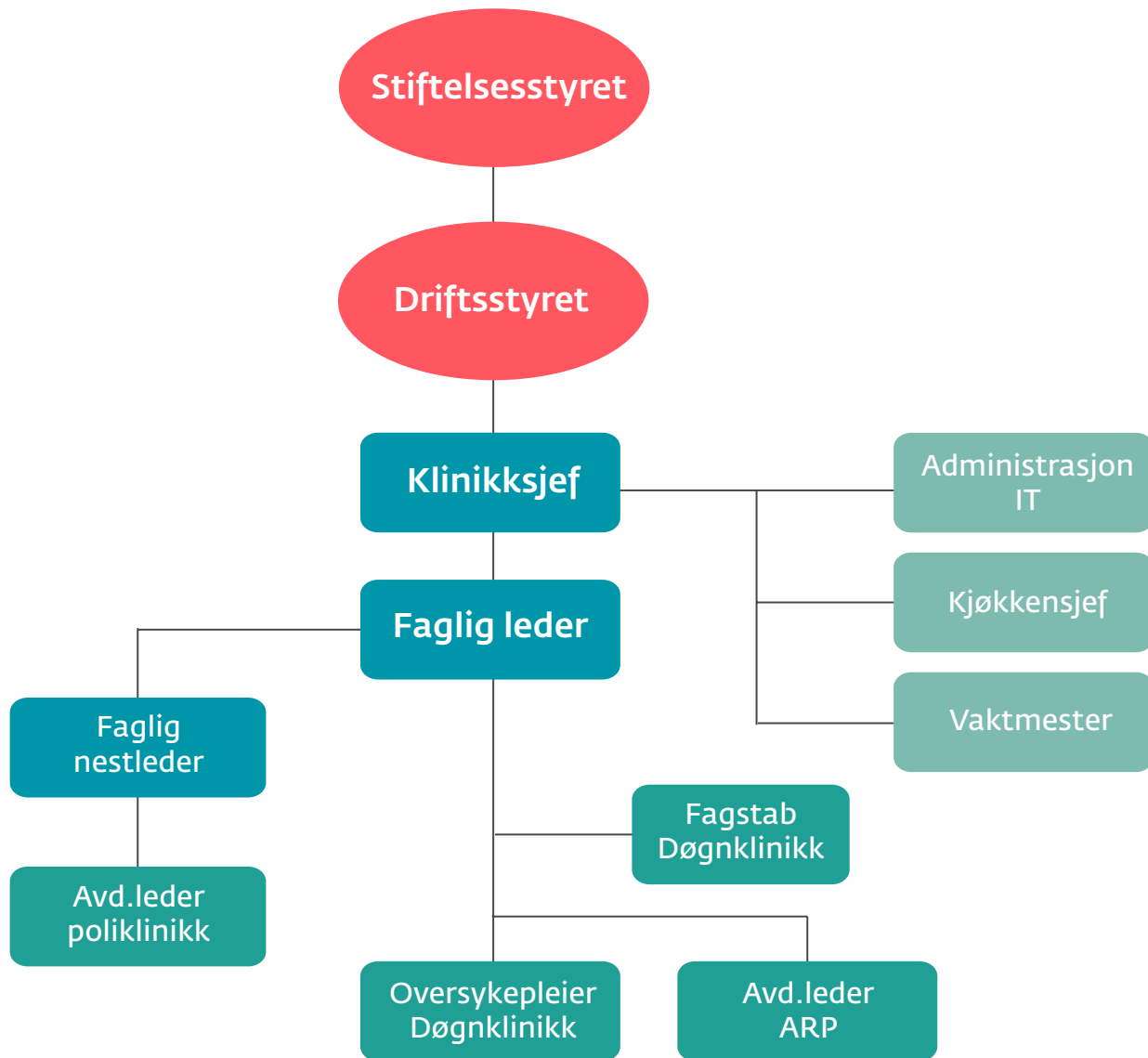
Familiemedlemmer tilbys egen behandling uavhengig om deres pårørende selv er i rusbehandling.

## ORGANISERING

### Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt 5 møter inkludert styremøte i forbin-delse med styreseminaret. Styreseminaret gikk over tre dager og ble avholdt på Færøyene. Vi besøkte rusinstitusjon i tillegg til at vi fikk en god redegjørelse om hvordan rusproblematikk ble håndtert, utbredelse, osv.

I styret har vi hatt fokus på å opprettholde produksjonskrav og god økonomistyring, markering av Trasoppklinikken i det «offentlige rom», hvordan 12-trinnsbehandling kan implemen-teres på et tidligere tidspunkt i behandlingsprogrammene, driftsavtalen med Helse SØ RHF, opprettholde godkjenningen av ISO-9001 sertifisering, m.m.



## 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 klinikkoverlegen, og består av en ruspoliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling rus/familie og døgnklinikk.

## Bemanning

Klinikken har totalt 39,1 årsverk. Dette fordeler seg på følgende måte:

- 32,6 stillinger er knyttet opp mot behandling
- 6,5 stillinger er fordelt på kjøkken/renhold og administrasjon (støttefunksjoner)



## Internkontrollsystem

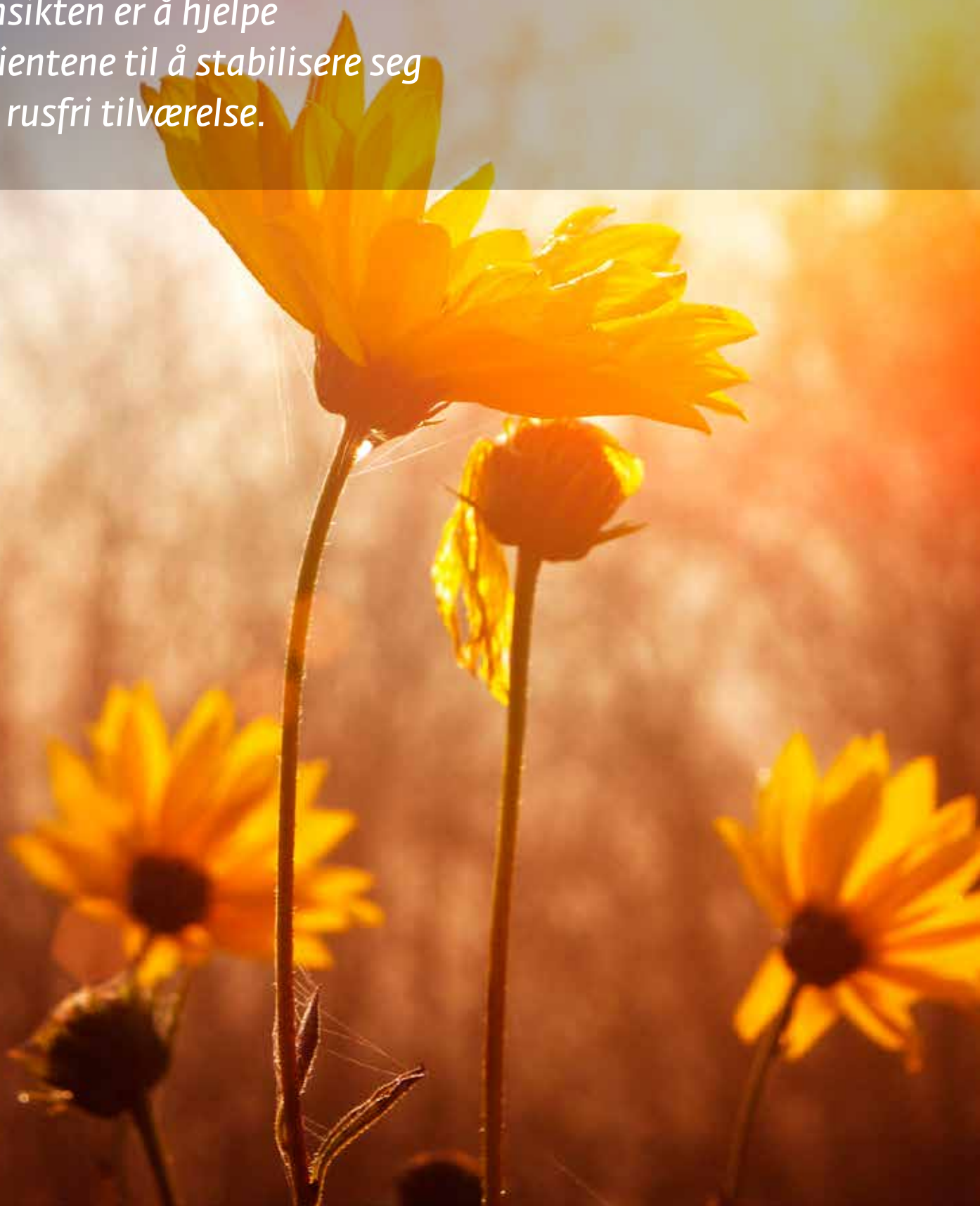
Klinikken har et internkontrollsystem, jf. Internkontroll-forskriften for sosial- og helsetjenesten. Vi videreutvikler og opprettholder kvalitetssikringsprogrammet EQS som vi tok i bruk i 2009. Klinikkenes kvalitetshåndbok ligger også her, som innehar prosedyrer både for behandling og støttefunksjoner.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

I forbindelse med internrevisjon leier vi inn ekstern revisor.

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



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



# 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”.

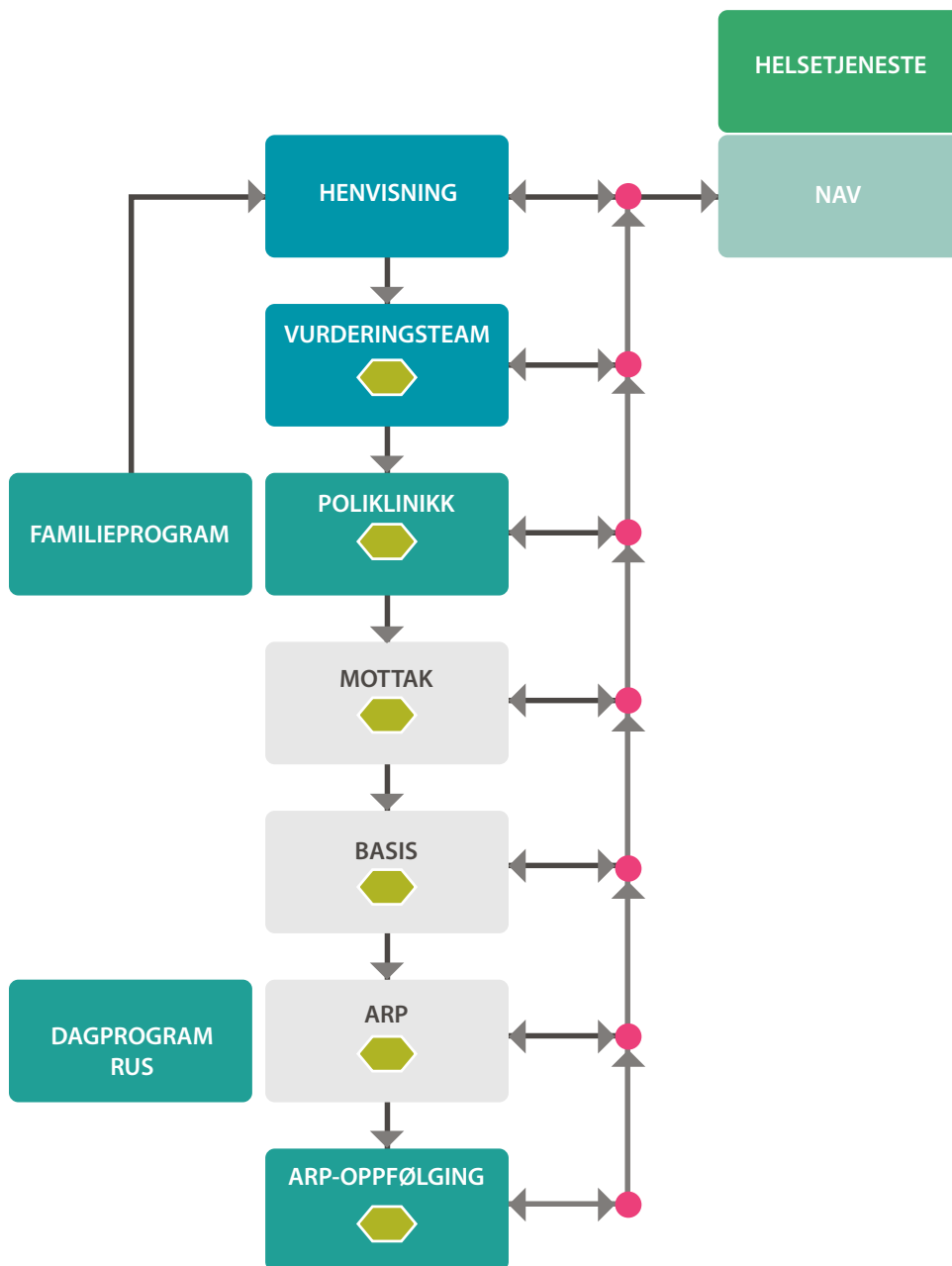
AA-ideologien omfatter et system av ideer, forståelse og holdninger om hvordan et rusproblem oppleves og hvordan en avhengig person kan få et bedre liv uten bruk av rusmidler. Dette handler om erfaringsbasert kunnskap, hvor det er fremhevet at den enkelte selv må ha et ønske og ta et eget valg om rusfrihet, 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 gis 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.



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 psykiskhelse, kognitiv fungering og sosial situasjon)
- dokumentasjon i det pasientadministrative system (RUSDATA, inkludert NPR-registreringer) individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings- og forebyggingssamtaler)
- krisehjelp
- prøvetaking
- vurdere omsorgsevne for egne (små) barn
- vurdere oppfyllelse av førerkortforskriften
- 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 ARP/12-trinnsprogrammet (basert på AA's 12 trinn).

## 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 og er en åpen gruppe. Program pågår syv dager i uken, 365 dager i året.

Målsettingen er å oppnå fysisk og psykisk stabilisering, og øke forståelsen av egen mestring av rusmiddelavhengigheten. Hovedelementene i Basisprogrammet består av gruppeterapi, undervisning og individualsamtaler.

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 ARP basert på AA's 12 trinn. 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 – basert på AA's 12 trinn)

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.

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

## Dagbehandling - rus

Dette er et selvstendig behandlingstilbud som startet høsten 2012.

Målsettingen er å tilby pasienter behandling på dagtid, hvor de fortsatt kan bo hjemme og fungere i eget miljø med familie og venner. Behandlingen innebærer både gruppebasert- og individuell tilnærming, 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 ukentlige gruppesamtaler i inntil 40 uker. 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.

---

## Behandling av pårørende - polikliniske samtaler og dagbehandling

Pårørende blir henvist for egne helseproblemer og svekket sosial funksjonsevne som følge av relasjonen med en rusmiddelmissbruker. Klinikken tilbyr individualsamtaler, eventuelt deltagelse i familieprogrammet som er et dagbasert behandlingsopplegg som går over en uke.

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.

Etter deltagelse i familieprogrammet, gis det tilbud om poliklinisk oppfølging i form av gruppesamtaler hver 14. dag i inntil et halvt år.

Familiemedlemmer kan motta behandling uavhengig av om den rusavhengige selv har vært i behandling, ved klinikken.

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.

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 Lægeforening, nr 20/2005.

### Aktuelle selvhjelpsgrupper er:

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





*Målsettingen er å hjelpe familie-  
medlemmer til å mestre eget liv.*

# Aktiviteter & resultater

---


## Diagnostikk

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

I 2013 hadde 83 % av kvinnene og 90,6 % av mennene som var innlagt i døgneklinikken F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 7,1 % av kvinnene hadde F 13.2 (avhengighet i forhold til vanedannede medikamenter) som hoveddiagnose. 5,7 % av kvinnene og 5,1 % av mennene hadde F12.2 (avhengighet i forhold til cannabis) som hoveddiagnose. 30 % av kvinnene og 26,5 % av mennene hadde to eller flere avhengighetsdiagnoser.

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.

Det stilles krav om månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF. Den polikliniske produksjonen var noe høyere enn 2012.



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

*Opptrappingsplanen for psykisk helse.*



# 2012

# 2013

## Antall polikliniske konsultasjoner

Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon	3719
Gruppekonsultasjoner	564
Konsultasjoner til sammen	4283

\*3908  
613  
4521

\*510 pasienter ble henvist til poliklinikken i 2013

## Innlagte i døgneklinikken

Rusmiddelavhengige (Rettighetspasienter)	254
Familiemedlemmer (Ikke rettighetspasienter)	29
Totalt	283

187  
Overført til dagbeh.-fam.  
187

## Antall døgbehandlinger

Antall behandlingsdøgn totalt	10753
Gjennomsnittlig innleggelsestid, døgn	37
Beleggsprosent	90%

10002  
\*62  
83%

Kvinnene utgjør 37,5 % av de innlagte ruspasientene.

\*62 døgn er høyere enn tidligere år, men gir et mere realistisk bilde av døgbehandlingslengden. Tidligere fordelte vi antall produsert døgn over, flere avdelinger. Produksjonskravet er 95 %.

## Fullført og avbrutt handlingsperioder i døgneklinikken

Innlagte	254
Fullførte handlingsperioder	220
Drop-out	34 (13%)

187  
139  
25 (13,3%)

## Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet.

I 2013 var drop-out på innlagte pasienter 13,3 %. Vi er fornøyd med at vi klarer å holde drop-out prosenten på et jevnt lavt nivå.

Ansatte på poliklinikken 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 døgnbehandlingen 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

Ruspasienter

Familiemedlemmer (ikke rettighetspasienter)

Totalt

# 2013

991  
\*174  
1165

\*31 familiemedlemmer deltok i dagbehandling-familie.

# 2012

# 2013

## ***Deltagelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2012-2013***

<i>Antall personer</i>	<b>86</b>	<b>61</b>
<i>Deltatt i ett år</i>	<b>35</b>	<b>27</b>
<i>Deltatt i 3 – 6 måneder</i>	<b>18 (20,9%)</b>	<b>8 (13,1%)</b>
<i>Gjennomsnittlig oppmøte</i>	<b>77,5%</b>	<b>75,6%</b>

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

27 pasienter har gjennomført hele oppfølgingsprogrammet over 40 uker. 42 (69 %) 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 samtale 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.

18 (29,5 %) 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

Fastlegene er de som henviser flest pasienter til 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
- 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. Det jobbes med fellesprosjekter på tvers av offentlig og private institusjoner.

## Egen markedsføring

I forbindelse med kjøp av annonseplass hos 1880 har vi fått produsert en egen markedsføringsvideo. Denne er også lagt ut på klinikkens hjemmeside.

Klinikken søkte HelseDirektoratet om økonomisk tilskudd på kr 80 000 for å arrangere «høstseminar» for leger og annet helsepersonell hvor tema var rus og rusavhengighet. Dette ble evaluert som et svært bra tiltak.



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

# 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 2013 har klinikken «barnegruppe» jobbet videre med å kvalitetssikre barns rettigheter og bevisstgjøre behandlernes rolle i forhold til pasientsaker hvor det også er mindreårige barn.

Det har i 2013 blitt utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer for rusfeltet. Dessverre handler disse mest om kvantitative mål, og sier lite om hvordan måle god rusbehandling. «Rusmeldingen» Stortingsmelding nr. 30 som ble vedtatt i 2013, setter rus på dagsorden. Ny Regjering fra høsten 2013 vil også satse på rusfeltet med egen opptrappingsplan på sikt.

## 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 revisjon av DOVRE sertifiseringselskap.

## 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 døgnklinikken. GAF gjennomføres også poliklinisk både i individuell behandling og fra deltagelse i grupper.

---

## Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer

### Tilbakemelding fra samarbeidende instanser

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

### Tilgjengelighet

Trasoppklinikken 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. 78,8 % av alle ruspasientene som blir henvist får rett til nødvendig helsehjelp. Førstegangskonsultasjoner blir vanligvis tilbudt innen 1 - 2 uker.

Det har vært ett brudd på vurderingsfristen (30 dager, pasient ikke var tilgjengelig og vi fikk ikke innhentet nok informasjon til å gjøre en tilfredsstillende vurdering.)

### 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 4 dager på døgneklinikken og 2 dager på poliklinikken.

93,8 % av epikrise på døgneklinikken og 95,4 % av epikrise på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen. Dette må vi si oss svært godt fornøyd med.

### Elektronisk journal

Fra april gikk vi over til elektronisk journal. Det betyr at vi nå ikke har papirjournal, men legger alt elektronisk.

### 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).

Vi ser at GAF skåren er noe lavere ved innkomst enn i fjor. Mye av avgiftningen skjer relativt fort, og pasientene kan av den grunn være i dårligere fysisk og psykisk tilstand.

Det er også høyere skår en tidligere, ved avslutning av oppfølgingen (40 uker). Det kan tyde på at pasienter som deltar i det systematiske oppfølgingsprogram over tid, nyttiggjør seg dette veldig bra.

## GAF – resultat i 2011 til 2013 for innlagte i døgneklinikken

■ 2011 ■ 2012 ■ 2013

Innleggelsestidspunkt F - gj.snitt   S - gj.snitt	Utskrivningstidspunkt		Avslutning av ARP oppfølging		
	F - gj.snitt	S - gj.snitt	F - gj.snitt	S - gj.snitt	
50,5	51,0	58,2	58,4	74,9	74,4
53,1	52,0	59,8	58,4	77,1	76,2
51,6	51,9	61,8	60,5	77,2	80,5

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. Klinikpersonalet deltar da i det videre arbeidet med planen.

### Ansattes kompetanse

Klinikken har en sterk helsefaglig profil med spisskompetanse innen rusbehandling, psykiatri og familierapi.

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 31.12.13

## fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige	Årsverk	Administrative	Årsverk
<i>Klinikkoverlege</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/Psykologspesialist</i>	4		
<i>Sosionomer</i>	2		
<i>Konsulent</i>	0,5		
<i>Rusmiddelterapeut</i>	1		
<i>ARP-leder/spl.</i>	1		
<i>Helsesekretær/sekretær</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 viktig 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, mentalisering, traumebehandling, oppmerksomhetstrening, gruppebehandling, AKAN-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata/EQS.

### Veiledning

Tverrfaglig gruppeveiledning og individualveiledning gis kontinuerlig av eksterne veiledere.

### Forbedringsmeldinger

I 2013 har det vært avholdt to møter i Pasient- og sikkerhetsutvalget.

Det har blitt behandlet 51 forbedringsmeldinger i løpet av året. 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.

### Revisjoner

Dovre sertifiseringssselskap gjør sin årlige revisjon av klinikkens ISO 9001:8000 sertifisering.

### Tilsyn

Oslo Brann- og redningsetat har vært på ett varslet besøk. Ett avvik ble meldt, utover det var tilbakemeldingene gode.

Det har blitt opprett en tilsynssak fra Fylkeslege i perioden. Saken ble avsluttet med tilbakemelding om at klinikken brøt meldeplikten, jf. Helsepersonelloven § 33, i november 2011. Vi har tatt det til etterretning og sikret prosedyren.



## Måling av brukertilfredshet - Brukermedvirkning

---

Det har vært avholdt to ulike brukerundersøkelser i regi av Nasjonalt Kunnskapscenter i løpet av året.

Undersøkelsene ble gjort hhv i forhold til polikliniske pasienter og døgnpasienter. Tilbakemeldingen på undersøkelsen fra døgnpasientene var svært gode, og Trasoppklinikken skåret høyt i forhold til andre institusjoner som også deltok.

### 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 behandlingssmessige 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 etablert Pasient og Sikkerhetsutvalg (tidligere 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 ved behov.

## Personalarbeid

---

### HMS

#### IA/Sykemeldinger

Sykefraværet i 2013 var på 6,5 % fordelt på 1,8 % på korttidsfravær og 4,7 % på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fravær ikke er jobbrelatert. De langtidsykemeldt 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 en årlig handlingsplan for IA-arbeidet.

#### Arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Har avholdt 6 møter. Faste saker som behandles er HMS, tildeling av kurs/konferanse og generell informasjon fra klinikksjefen.

---

## Arbeidsmiljøtiltak

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

To ansatte har startet opp videreutdanning (systemisk familierapi og psykisk helsearbeid) på deltid, jf. klinikkens opplæringsplan. Andre har gjennomført kurs og seminarer både internt og eksternt.

Ledergruppen har avholdt to ledersamlinger.

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.

Når det gjelder avtalen med HSØ forventes det noen endringer i å kunne øke antall sengeplasser i tillegg til at vi ønsker om mulig å kunne endre et visst antall døgnplasser til avgiftningsplasser. Dette vil gi en bredere fagutvikling, gi flere ansatte og pasienter muligheten til å oppleve et helhetlig behandlingstilbud fra avgiftning til behandling og poliklinisk oppfølging.

Utvikle avgiftningsenhet som skal ta imot pasienter til avgiftning fra 15. august 2014.

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

Vi hadde god erfaring med avholdt Høstseminar i regi av midler mottatt fra Helsedirektoratet. Vi ønsker å videreføre dette, og vil også i 2014 søke om økonomiske midler.

Vi har også som intensjon å få klinikken godkjent som utdanningsinstitusjon for leger. I første omgang, psykiatri, men på sikt også rusmedisin. Vi håper på å få i stand et samarbeid med OUS.

Vi regner med å opprettholde kontakten med Psykologisk Institutt om å ta imot student fra psykologstudiet. Vi hadde vår første student høst/vinter 2013.

Utvikle et samarbeid med Hazelden vedrørende videreutvikling av klinikkens 12-trinnsbehandling – gjerne gjensidig hospitering.

---

## Styrene har bestått av følgende medlemmer:

### Stiftelsesstyret

Helge Vinorum styreleder m/varamedlem Kjersti 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 Kjersti Laurie Simonsen  
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen  
Thorleif Andreassen m/Kurt-Johnny Olsen  
Per Føyn m/varamedlem Frank Robert Holst  
Anne Lise Johannessen  
Irene Gunster  
Varamedlem: Berit Vestly og Tom Arild Moe

I tillegg møter klinikkoverlege, klinikkjef og økonomikonsulent.

