



TRASOPPKLINIKKEN ÅRSMELDING 2014

INNHOOLD

- 3 Driftsstyrets årsmelding
- 4 Årsmelding 2014
- 8 Behandlingstilbudet
- 14 Aktiviteter og resultater
- 18 Samarbeidende instanser
- 20 Kvalitetsarbeidet
- 26 Personalarbeid
- 28 Strategiske planer
- 30 Styret

Driftsstyrets årsmelding 2014

Årsmeldingen for 2014 er utarbeidet av klinikkens ansatte i samarbeid med administrasjonen og driftsstyret. 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 kvalitetsindikatorene i tillegg til GAF (psykososial funksjonsregistrering).

Styret er svært 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 2014 vært 3,5 % og langtidsfraværet 1,7 %.

Vi er sertifisert etter ISO-9001:2008 standarden frem til 2017. For å opprettholde sertifisering, gjennomføres det kontinuerlig internrevisjoner av driften.

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

Nytt i 2014 var etablering av 6 avgiftningsplasser. Dette er med på å gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud.

Det er fortsatt enkelt å rekruttere fagpersonell. Det er flere kvalifiserte søkere på ledige stillinger, og stillingene blir besatt i løpet av relativt kort tid.

Driftsstyret anser at årsmeldingen danner et solid inntrykk av Trasoppklinikken virksomhet og resultatoppnåelse i 2014.

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 2014

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

Eier

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).

Vedtekter

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.

Lovhjemling

Rusbehandling er underlagt Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Oppdragsgiver

Helse Sør-Øst RHF er Trasoppklinikken oppdragsgiver. Driftsavtale om levering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble første gang inngått i 2004 etter konkurranseutsetting med forhandlinger.

Avtalen er todelt noe 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, 4 460 polikliniske konsultasjoner, 1344 dagbehandlinger rus/familie og 35 døgnplasser, hvorav 6 avgiftningsplasser (inngått 1. juli 2014).

Målgrupper

Klinikken primære målgruppe er voksne kvinner og menn med avhengighet til alkohol- og medikamenter. Det forekommer ofte at pasientene har et blandingsmisbruk gjerne med stoffer som hasj og amfetamin. Familiemedlemmer kan få hjelp for egen del, uavhengig om deres pårørende selv er i behandling.

43 årsverk totalt:



7 Stillinger er fordelt på kjøkken/renhold og administrasjon (støttefunksjoner)



36 Stillinger knyttet opp mot behandling

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.

Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt 5 møter inkludert styremøte i forbindelse med styreseminaret som ble avholdt i Oslo. Vi inviterte Helse og omsorgsdepartementet til å gi oss en redegjørelse for rusfeltet i fremtiden og retningslinjer om fritt behandlingsvalg.

I styret har vi hatt fokus på å opprettholde produksjonskrav og god økonomistyring, Trasoppklinikken's tilstedeværelse i det «offentlige rom», hvordan 12-trinnsbehandling kan implementeres på et tidligere tidspunkt i behandlingsprogrammene, driftsavtalen med HSØ RHF, opprettholde godkjenningen av ISO-9001:2008 sertifisering, tilrettelegging for hospitering ved Hazelden, m. m.

Bemanning

Klinikken har totalt 43 årsverk. Dette fordeler seg på følgende måte:

- 36 stillinger er knyttet opp mot behandling.
- 7 stillinger er fordelt på kjøkken/renhold og administrasjon (støttefunksjoner)

Internkontrollsystem

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

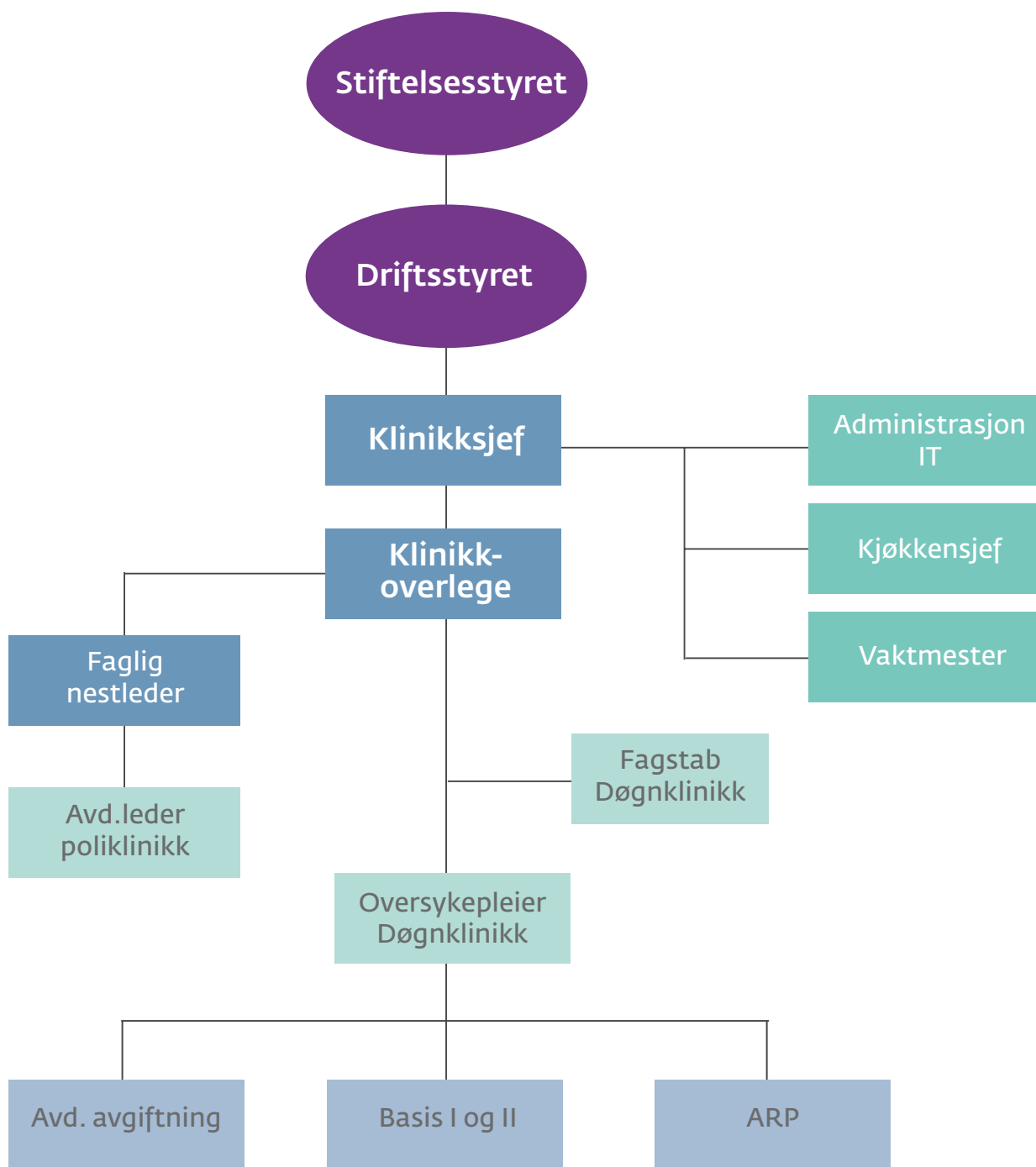
Vi videreutvikler og opprettholder kvalitetssikringsprogrammet EQS som vi etablerte i 2009. Klinikken's kvalitetshåndbok innehar prosedyrer både for behandling og støttefunksjoner. Avviksmeldingene registreres i samme system. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistreringer.

I forbindelse med internrevisjon leier vi inn ekstern revisor. Klinikken's Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (tidligere Kvalitetsutvalg) med brukerrepresentant har møter to ganger årlig. Her gjennomgås alle meldte avvik i tillegg til det interne revisjonsprogrammet og resultat av disse.

Organisasjon

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 døgneklinikk med avgiftningsenhet.





BEHANDLINGS- TILBUDET



Årsakene til rusmiddelproblemer er multifaktorielle og behandlingen må derfor være tverrfaglig og spesialisert.

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 multifaktorielle og behandlingen må derfor være tverrfaglig og spesialisert.

Behandlingen ved Trasoppklinikken er som i AA basert på et helhetlig menneskesyn, hvor helsemessige, sosialt aspekt og åndelig dimensjon vektlegges.

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.

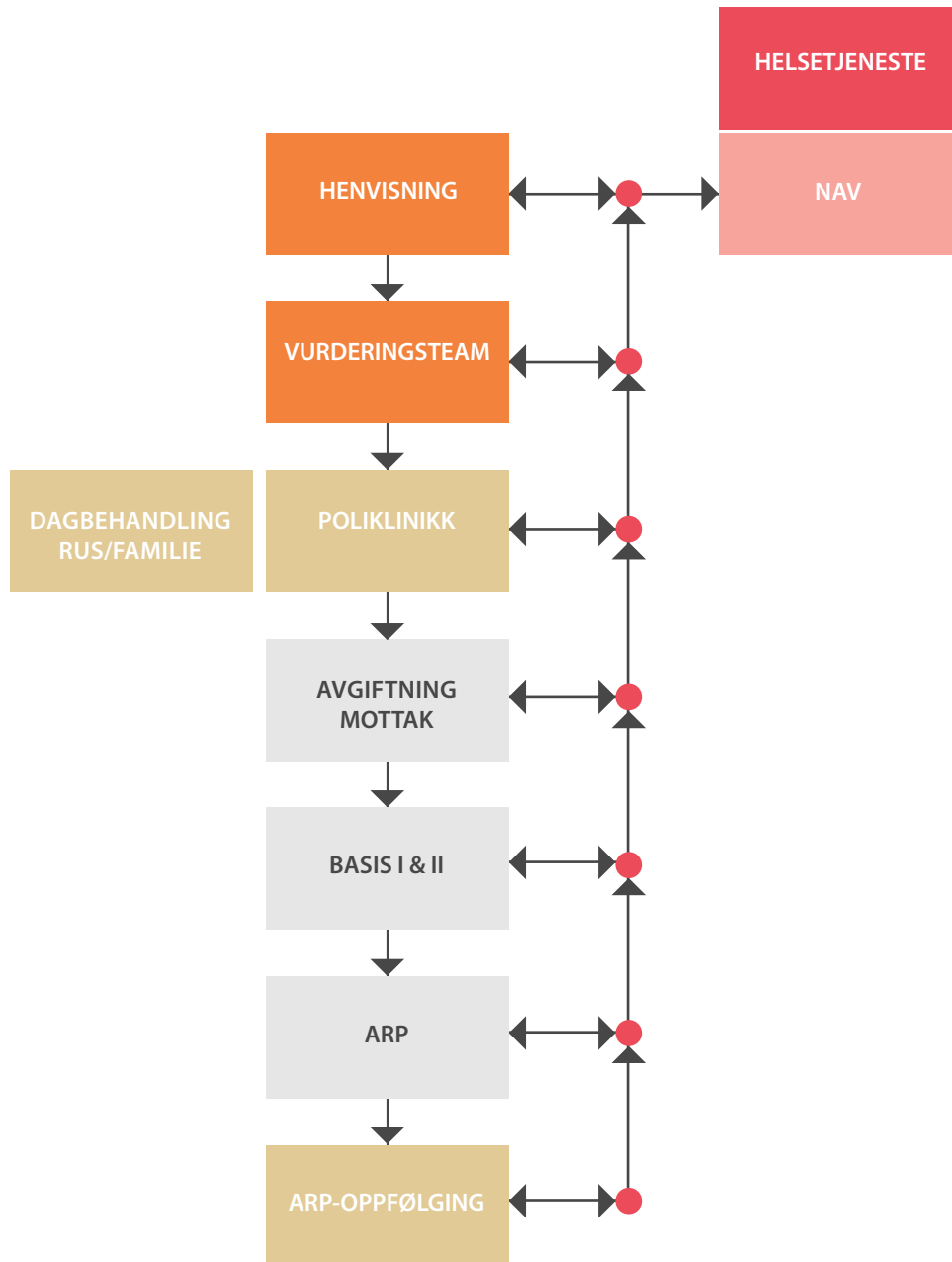
*Behandlingen ved
Trasoppklinikken er
basert på et helhetlig
menneskesyn.*

Behandlingstilbudets omfang - et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud

Trasoppklinikken tilbyr poliklinikk med vurderingskompetanse, poliklinisk individual- og gruppebehandling i tillegg til dagbehandling rus/familie. Innleggelse i døgnklinikk med tilbud om avgiftning.

Behandlingen representerer tverrfaglig spesialisert rusbehandling og består av følgende elementer:

- Alle pasienter får individuell behandler og sikres behandlingsansvarlig lege.
- Behandlingen 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.
- Avgiftningen er symptomstyrt og det gjøres individuelle vurderinger.
- Døgnbehandlingen tilbyr et basisprogram bestående av to moduler 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 individual-samtaler 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

Rettighetsvurderinger 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, inkludert NPR-registreringer)
- individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings- og forebyggingssamtaler)
- krisehjelp
- prøvetaking
- medikamentell behandling (vurdering og igangsetting av medikamentell støtte for alkoholavhengighet og lettere psykiske vansker og lidelser)
- nedtrapping/henvisning til avgiftning (egen avgiftning eventuelt mere akutt)
- 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 avgiftningsavdelingen/mottak. Etter individuell vurdering overføres pasientene til Basisprogrammet og eventuelt til ARP/12-trinnsprogrammet (basert på AA's 12 trinn).

Avgiftningsavdeling

For å klargjøre pasientene til deltagelse i behandlingsprogrammene, tas de inn i en separat avgiftningsavdeling for observasjon, abstinensbehandling og stabilisering.

Det avholdes daglige grupper, slik at pasientene blir kjent med behandlingsmetodene som Trasoppklinikken tilbyr, for raskt å kunne nyttiggjøre seg den.

Oppholdet har også fokus på komorbide lidelser. Pasientens medikasjon for somatiske og psykiske lidelser blir vurdert og eventuelt justert. Nedtrapping planlegges sammen med pasienten. Det er høy bemanningsfaktor og pasientene får tett oppfølging.

Basisprogrammet

Basisprogrammet drives kontinuerlig og 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.

Basisprogrammet består av to moduler.

Basis I er en åpen gruppe som går over tre uker. Temaene er blant annet konsekvenser av rusen og sårbarhet for tilbakefall til rus.

Basis II er en lukket gruppe som går over to uker. Temaene er forståelse og mestring ved avhengighetslidelsen, og en innføring i 12-trinnsbehandling.

Gruppeterapien i programmene muliggjør gjensidig gjenkjenning og erfaringsutvikling om de ulike temaene 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 fortsetter den personlige endringen 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-/NA-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. 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 er et selvstendig behandlingstilbud, eller 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, familie og 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 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 Legeforening, nr 20/2005.

*Målsettingen er å hjelpe
familiemedlemmer til å
mestre eget liv.*

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



AKTIVITETER OG RESULTATER

De ansatte på poliklinikken gjør et godt forarbeid før innleggelse slik at pasientenes behandlingsbehov kan bli innfridd.

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 2014 hadde 78,2 % av kvinnene og 95,5 % av mennene som var innlagt i døgneklinikken F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 11,5 % av kvinnene hadde F 13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter) som hoveddiagnose.

47,4 % av kvinnene og 37,5 % 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, WAIS IV og SCL-90. GAF-skår settes ved behandlingsstart og behandlingslutt.

Det stilles krav om månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF. Den polikliniske produksjonen var ganske lik produksjonen i 2013.

	2013	2014
Antall polikliniske konsultasjoner		
<i>Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon</i>	3908	3915
<i>Gruppekonsultasjoner</i>	613	595
<i>Konsultasjoner til sammen</i>	4521	4510
Produksjonskrav: 4 460 konsultasjoner		
Antall innlagte i døgneklinikken		
<i>Rusmiddelavhengige (Rettighetspasienter)</i>	187	327*
<i>*hvorav 121 på avgiftning</i>		
Antall døgntilbeholdninger		
<i>Antall behandlingsdøgn totalt</i>	10002	10474
<i>Beleggsprosent</i>	83%	93,8%
Produksjonskrav: døgneklinikken 100 % og 75 % avgiftning.		
<i>Kvinnene utgjør 36,5 % av de innlagte ruspasientene.</i>		
Fullført og avbrutt handlingsperioder i døgneklinikken		
<i>Innlagte</i>	187	296
<i>Fullførte handlingsperioder</i>	139	242
<i>Drop-out</i>	25 (13,3%)	54 (22,3%)

Omfanget av avbrutt behandlingsopphold Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet.

I 2014 var det en gjennomsnittlig drop-out på 22,3 % på innlagte pasienter. Dette er høyere enn tidligere år.

Vi antar at dette har med inntak av pasienter til vår nye avgiftningsavdeling. På tross av det er det all grunn til å anta at årets drop-out prosent er et forholdsvis godt tall. Til neste år kan vi ta sikte på å skille ut variablene for å synliggjøre manglende oppmøte og avbrutt behandling både ved avgiftningsavdelingen og døgneklinikken.

De ansatte på poliklinikken gjør et godt forarbeid før innleggelse slik at pasientenes behandlingsbehov kan bli innfridd. Vi jobber målrettet med å få pasienten tilbake i behandling dersom behandlingsplanen blir avbrutt. Med egen avgiftningsavdeling, har vi større forutsetninger for å kunne ta pasienten raskt tilbake i behandling.

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 blandingsmisbruk med illegale stoffer.

Dagbehandling	2014
Ruspasienter	1155
Familiemedlemmer*	105
Totalt	1260

*familiemedlemmer deltok i dagbehandling-familie.

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

Deltagelse, oppmøte og uteblivelse fra oppfølgingsprogram – ARP 2013-2014

	2013	2014
Antall personer	61	83
Deltatt i ett år	27 (44,2%)	23 (27,3%)
Deltatt i 3 – 6 måneder	8 (13,1%)	32 (38,5%)
Gjennomsnittlig oppmøte	75,6%	64%

23 pasienter har gjennomført hele oppfølgingsprogrammet over 40 uker. 55 (65,4 %) 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.

29 (34,5 %) av de som hadde inngått avtale om oppfølging/ individuell oppfølgingsplan uteble (drop-out) fra behandlingsopplegget.

SAMARBEIDENDE INSTANSER



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

Vi 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.

Henvissende 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 offentlige og private institusjoner.

Egen markedsføring

I forbindelse med kjøp av annonseplass hos gulesider.no har vi fått produsert en egen markedsføringsvideo. Denne er også lagt på klinikkenes hjemmeside.

I året som har gått, har klinikken hatt reklame på tre av Oslo's kinoer, 6 uker. I tillegg fikk vi sendt vår markedsføringsvideo på TV2, på reklamefri dag, 1. juledag.



KVALITETS- ARBEID

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

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 helse-lovgivningen". "Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselov-givningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene".

Vurdering av helsekrav til førerkort og bekymringsmelding til barnevernet skjer også etter gjeldene lovregler.

Klinikken «barnegruppe» har fortsatt fokus på barns rettigheter og å bevisstgjøre behandlernes rolle i forhold til pasientsaker hvor det er mindreårige barn involvert.

Kvalitetsmål og 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

Tilgjengelighet

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

Henvisninger blir vurdert innen 7 dager etter at de er mottatt. Ca. 80,5 % 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 på 30 dager. Pasient var ikke 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 80 % av epikrisene skal være sendt innen 7 dager. Kort epikrisetid bidrar til helhet og kontinuitet i behandlingen av pasientene. Epikrisetid på hhv 90,1 % på døgneklinikken 94,8 % på poliklinikken ble sendt innenfor 7 dagers fristen. Dette må vi si oss svært godt fornøyd med.

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).

GAF – resultat i 2012 til 2014 for innlagte i døgneklinikken

	Innleggelsestidspunkt		Utskrivningstidspunkt		Avslutning av ARP oppfølging	
	F - gj.snitt	S - gj.snitt	F - gj.snitt	S - gj.snitt	F - gj.snitt	S - gj.snitt
2012	53,1	52,0	59,8	58,9	77,1	76,2
2013	51,6	51,9	61,8	60,5	77,2	80,5
2014	53,9	53,3	59,6	58,7	63,0	63,3

F = Funksjonsnivå sosialt
S = Psykiske symptomer

Vi ser at GAF skåren ved innleggelse i døgnklinikken er noe høyere enn i 2013. Vi ser også en lavere skår på pasientene ved utskrivning fra døgnklinikken. Etter avslutning av ARP oppfølgingsprogram finner vi for 2014 en lavere skår enn tidligere år. Det er grunn til å anta at pasientgrunnlaget i 2014 har vært mer preget av psykisk komorbiditet enn tidligere. Vår antakelse er at psykiske lidelser ikke oppdages ved innleggelse, da dette ofte kamoufleres av ruspåvirkning. I 2014 hadde vi en økning av pasienter med psykiatrisk komorbiditet. Det kan medføre en lavere grad av rusmestringstillit etter utskrivning. ARP-oppfølgingen viser i sin statistikk for 2014 en reduksjon i antall pasienter som har fullført ett års viderebehandling, jf tidligere år.

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 døgnklinikken. 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. Klinikkk-personalet deltar da i det videre arbeidet med planen.

Ansattes kompetanse

Klinikken har en sterk helsefaglig profil med spisskompetanse innen rusbehandling, psykiatri og familierterapi. Vi har også opparbeidet oss spisskompetanse på 12-trinnsbehandling. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger/spesialister, psykologer/spesialister og rusmiddelterapeuter.

Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppe-terapi og rusbehandling. Vi har også hatt personale som har hospitert på Hazelden klinikk, USA.

I 2014 kom godkjenning av rus som legespesialitet. Vi har som intensjon å få klinikken godkjent som utdanningsinstitusjon. Målsettingen er å få flere av klinikkens leger godkjent innen overgangsordningen.

Ved utlysning av ledige stillinger, opplever vi at vi har godt kvalifiserte søkere.

Antall årsverk

31.12.14

fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige Årsverk

Klinikkoverlege	1
Psykiater	0,8
Faglig nestleder/psykiatrisk sykepleier	1
Leger	2,6
Oversykepleier, programansvarlige	4
Sosionomer	3
Spesialsykepleiere	7,6
Sykepleiere	8
Psykologer/Psykologspesialister	4
Rusmiddelterapeuter	1
Helsesekretær/sekretær	3

Administrative Årsverk

Klinikk-sjef	1
Økonomikonsulent	1
Sekretær	1
Kjøkkensjef	1
Kokker	1,5
Renholdsleder	1
Vaktmester	0,5

Som oversikten viser er ca. 83,7 % 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, oppmerksomhetstrening, gruppebehandling, AKAN-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata/EQS.

Veiledning

Tverrfaglig gruppeveiledning gis kontinuerlig av ekstern veileder. Individuell veiledning gis de som er under formell videreutdanning/LIS-leger.

Forbedringsmeldinger

I 2014 har det vært avholdt to møter i Pasient- og sikkerhetsutvalget.

Forbedringsmeldinger

Det har blitt behandlet 63 forbedringsmeldinger i løpet av året. Hovedvekten av meldingene lå innenfor pasientrettede administrative rutiner. Avvikene meldes systematisk i programvaren EQS. Vi opprettholder fokus med å vedlikeholde og videreutvikle en god meldekultur. Gjennom programvaren EQS får vi anledning til å følge meldte avvik systematisk, og melder får anledning til å følge saken fram til avviket blir lukket.

Revisjoner

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

Tilsyn

Mattilsynet har vært på ett varslet besøk. Det ble meldt 5 avvik. Avvikene omhandlet administrative rutiner og oppgradering av gammelt utstyr. Avvikene ble raskt håndtert og tilbakemelding gitt innen frist. Utover de meldte avvikene, var tilbakemeldingene gode.

Oslo brann- og redningsetat har hatt ett varslet tilsyn, her ble det ikke meldt noen avvik.

Det har blitt meldt en tilsynssak til Fylkeslege i perioden. Saken har enda ikke blitt avsluttet.

Måling av brukertilfredshet Brukermedvirkning

Det har vært avholdt en brukerundersøkelse i regi av Nasjonalt Kunnskapssenter i løpet av året. Undersøkelsene ble gjort blant døgnpasientene. Tilbakemeldingen på undersøkelsen var god, og Trasoppklinikken skåret høyt i forhold til andre institusjoner som deltok.

Vi har også avholdt ISIT-brukerundersøkelse i alle program/avdelinger. I tillegg gjennomføres kontinuerlig evaluering av pasienter i dagbehandling-rus og pasienter gjennomført ARP og oppfølgingsgrupper ARP.


Individnivå

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

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

Systemnivå

Klinikken har etablert Kvalitets- og Pasientsikkerhetsutvalg (tidligere Kvalitetsutvalg) med egen brukerrepresentant, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4. Brukerrepresentanten er valgt inn for 2 år om gangen. Det skal avholdes inntil to møter pr. år, eventuelt flere ved behov.



*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

PERSONAL- ARBEID



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



HMS IA/Sykemeldinger

Sykefraværet i 2014 var på 5,2 % fordelt på 1,7 % på korttidsfravær og 3,5 % på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fravær ikke er jobbrelatert. De langtids-sykemeldte 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)

AMU avholdt 6 møter. Faste saker som behandles er HMS, tildeling av kurs/konferanse og generell informasjon fra klinikksjefen og arbeidstakerorganisasjonene. Det har blitt utarbeidet prosedyre på vernerunde og det er startet opp vernerunder på enkelte avdelinger. Intensjonen er å gjennomføre dette årlig ved alle avdelinger.

Arbeidsmiljøtiltak

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

Tre ansatte fortsetter sin videreutdanning (systemisk familierapi og psykisk helsearbeid) på deltid, jf. klinikkens opplæringsplan.

Vi har to psykologer som er i spesialisering. Andre har gjennomført kurs og seminarer både internt og eksternt.

Ledergruppen har avholdt en endags ledersamling i tillegg til sitt årlige to dagers lederseminar.

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 november var alle ansatte invitert til internseminar på Jevnaker, arrangementet gikk over to dager.

Felles julemiddag hvor de ansatte selv lager i stand både mat og underholdning avholdes årlig i uken før selve julehelgen.

STRATEGISKE PLANER



*Trasoppklinikken skal tilby behandling
av høy faglig kvalitet.*



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 RHF forventer vi å opprettholde produksjonskravene.

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

Vi har som intensjon å få klinikken godkjent som utdanningsinstitusjon for leger. I første omgang, rusmedisin. Vi regner med å få i stand et nært samarbeid med OUS rundt dette.

Vi opprettholder kontakten med Psykologisk institutt om å ta imot student fra psykologstudiet. Vi hadde vår første student høst/vinter 2013.

Vi ønsker også å videreutvikle samarbeid med Hazelden klinikk, Minnesota, vedrørende klinikkens 12-trinnsbehandling, gjerne med gjensidig hospitering.



STYRET

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

Klinikksjefen møter som sekretær.

Driftsstyret

Kjell Maalø styreleder m/varamedlem Per Jarle Hellevik
Helge Vinorum m/varamedlem Kirsti Laurie Simonsen
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen
Thorleif Andreassen m/varamedlem Kurt-Johnny Olsen
Per Føyn m/varamedlem Frank Robert Holst
Anne Lise Johannessen
Berit Vestly

Varamedlem: Tom Arild Moe (frem til juni 2014) og Renata San Martin Knutsen

I tillegg møter klinikkoverlege, klinikksjef og økonomikonsulent.



*Tro at du kan og du er
halvveis til målet*

- Theodore Roosevelt

