




TRASOPPKLINIKKEN **ÅRSMELDING 2015**

INNHOOLD

- 3 Driftsstyrets årsmelding
- 4 Årsmelding 2015
- 9 Behandlingstilbudet
- 14 Aktiviteter og resultater
- 17 Samarbeidsinstanser
- 18 Kvalitetsarbeidet
- 22 Personalarbeid
- 22 Strategiske planer
- 23 Styret



Trasoppklinikken skal tilby behandling av høy faglig kvalitet.

Driftsstyrets årsmelding 2015

Årsmeldingen for 2015 er utarbeidet av administrasjonen i samarbeid med klinikkens ansatte og driftsstyret. Deretter blir den 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 kvalitetsindikatorerne 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 2015 vært 2,83 % og langtidsfraværet 2,46 %.

Vi er sertifisert etter ISO-9001:2008 standarden frem til 2017. For å opprettholde sertifiseringen, gjennomføres det kontinuerlig internrevisjoner av driften i tillegg til periodisk oppfølgingsrevisjon av DOVRE.

Det utøves effektiv økonomistyring og driftskostnadene er 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 oppnås det gode behandlingsresultater og 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 Trasoppklinikken virksomhet og resultatoppnåelse i 2015.

Driftsstyret

ÅRSMELDING 2015



Klinikkens primære målgruppe er voksne kvinner og menn med avhengighet til alkohol og medikamenter.

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 alkohol-avhengige, 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 gangen inngått i 2004 etter konkurranseutsetting med forhandlinger.

Avtalen er todelt noe som innebærer en langsiktig rammeavtale i tillegg til en ytelsesbasert avtale som reforhandles 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.

Målgrupper

Klinikkens 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.

44 årsverk totalt:



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



37 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 fire møter inklusiv styremøte i forbindelse med styreseminaret som ble avholdt i København og på Københavnbåten.

I styret har vi hatt fokus på å opprettholde produksjonskrav og god økonomistyring, tilrettelegging for brukervedvirkning, blant annet tilby brukerstyrte senger til HSØ i ytelsesavtalen. Trasoppklinikken tilstedeværelse i det «offentlige rom», hvordan 12-trinnsbehandling kan implementeres på et tidligere tidspunkt i behandlingsprogrammene, opprettholde godkjenningen av ISO-9001:2008 sertifisering, sette i gang søknadsprosessen vedrørende godkjenning av klinikken som utdanningsinstitusjon for leger i utdanning til russpesialitet. Tilrettelegging for hospitering ved Hazelden, m.m.

Bemanning

Klinikken har totalt 44 årsverk. Dette fordeler seg på følgende måte:

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

Internkontrollsystem

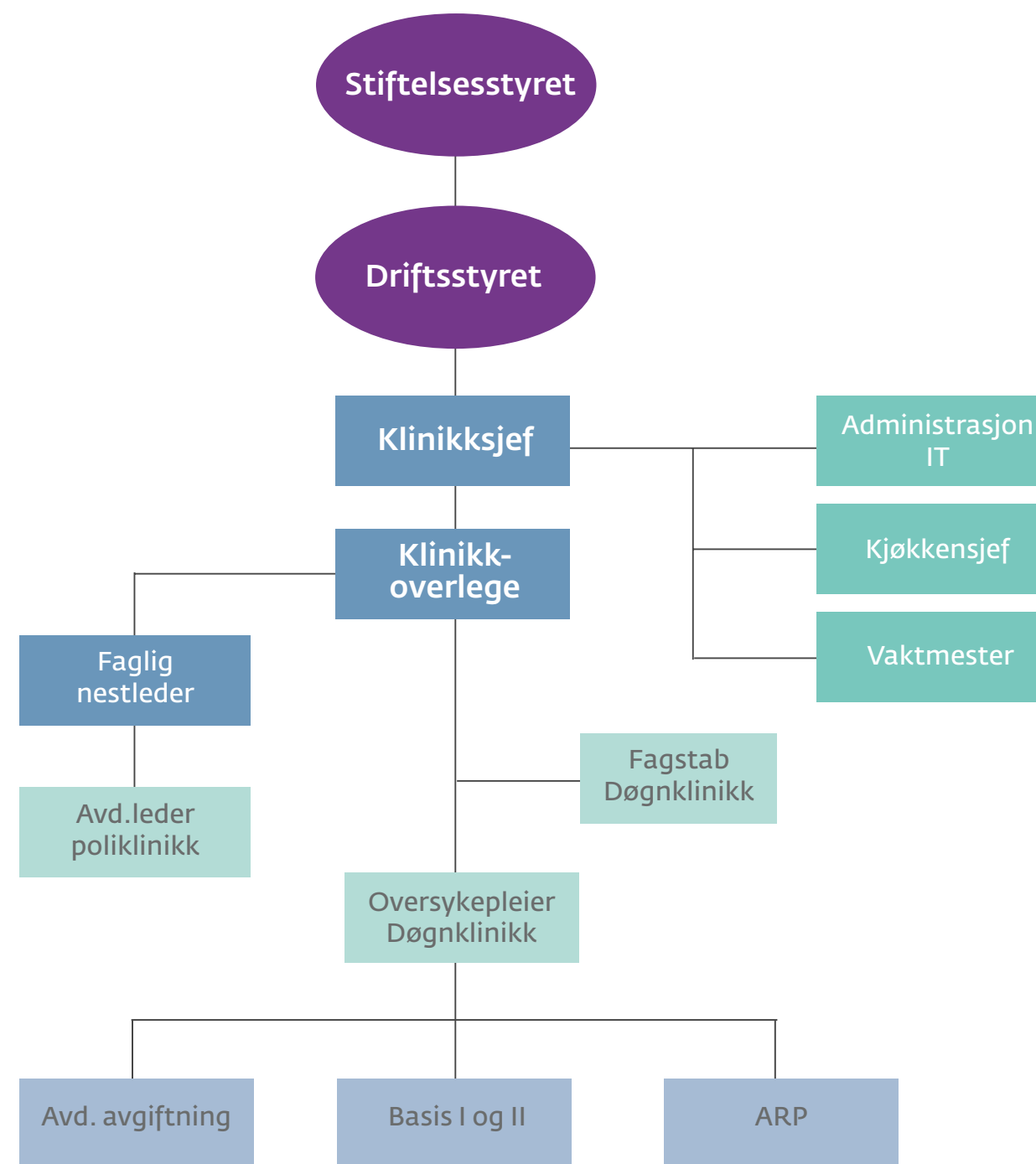
Klinikken har et internkontrollsystem, jf. Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Vi videreutvikler og opprettholder kvalitetssikringsprogrammet EQS som vi etablerte i 2009. Klinikken kvalitets håndbok innehar prosedyrer både for behandling og støttefunksjoner. Avviksmeldingene registreres i samme programvare. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistreringer. I forbindelse med internervisjon leier vi inn ekstern revisor.

Klinikkens Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (tidligere Kvalitetsutvalg) med brukerrepresentant møtes to ganger årlig. Her gjennomgås alle meldte avvik i tillegg til det interne revisjonsprogrammet og resultater 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 døgnklinikk med avgiftningsenhet.



BEHANDLINGS- TILBUDET

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

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, sosiale aspekter 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. Det fremheves at den enkelte må ha et ønske og ta et valg om rusfrihet. Dette er starten til en personlig endring og mulighet til å bedre forholdet til nære personer og økt livskvalitet.

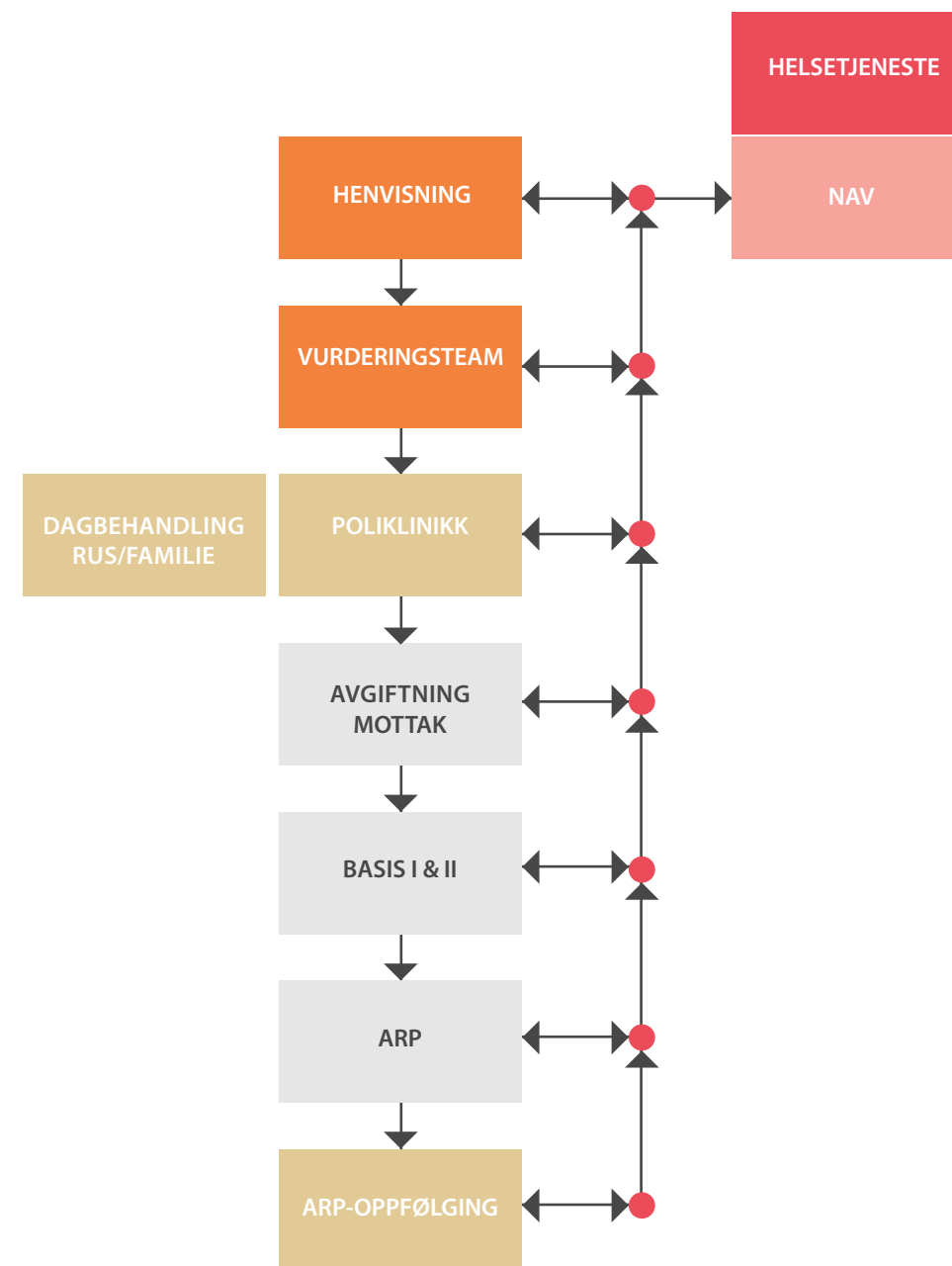
Dette handler om erfaringsbasert kunnskap.

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.
- Avgiftning 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 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.

Vurderingsenheten

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. Fra 1. november ble ny prioriteringsveileder iverksatt. Denne angir kortere vurderings- og behandlingsfrister. Noe som igjen innebærer krav om raskere saksbehandling og kvalitetssikring av henvisninger.

Poliklinikken

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 systemet (RUSDATA, inkludert NPR-registreringer).
- Individual- og gruppebehandling (motivasjons-, endrings- og forebyggingsamtaler).
- Krisehjelp
- Prøvetaking
- Medikamentell behandling (vurdering og igangsetting av medikamentell støtte for alkohol-avhengighet 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 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 rusbehandling.

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. Behandlingsprogrammet går over fire dager pr. uke, fire til seks ukers varighet. Dette kan være et selvstendig behandlingstilbud, eventuelt være en del av et lengre behandlingsforløp.

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 Avdeling avgiftning. Etter individuell vurdering overføres pasientene til Basisprogrammet og eventuelt til ARP/12-trinnsprogrammet (basert på AA's 12 trinn).

Avdeling avgiftning

For å klargjøre pasientene til deltagelse i behandlingsprogrammene, startes behandlingen i Avdeling avgiftning til observasjon, abstinensbehandling og stabilisering.

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

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 opp oppfølging.

Basisprogrammet

Basisprogrammet drives kontinuerlig og programmet pågår syv dager i uken, 365 dager i året.

Målsettingen er å oppnå fysisk og psykisk stabilisering og øke forståelsen av egen mestring av rusavhengigheten.

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 gjenkjennelse 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 pasientene fortsetter den personlige endringen og sosiale stabiliseringen 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.

Poliklinisk oppfølgingsprogram ARP

Etter å ha gjennomført 12-trinnsprogrammet ARP i døgnklinikken 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 barn, annen familie, samarbeidsinstanser eller arbeidsgiver.

Behandling av pårørende - samtaler og dagbehandling

Klinikken har opprettet en familiekoordinator-stilling. Denne stillingen deles likt mellom døgnklinikken og poliklinikken.

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. Noen av temaene er: Personlig endring, følelser, kommunikasjon, grensesetting, rusproblemet i et relasjonsperspektiv og utvikling av rusavhengighet og tilfriskning.

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.

Det legges også til rette for at barn og andre familiemedlemmer kan 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.

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

Hjelp til selvhjelp er et viktig prinsipp i behandlingen

AKTIVITETER OG RESULTATER



Vi jobber målrettet med å få pasienten tilbake i behandling dersom behandlingsplanen blir avbrutt.

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 2015 hadde 87,1 % av kvinnene og 93,9 % av mennene som var innlagt i døgnklinikken F 10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 4,1 % av kvinnene hadde F 13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter) som hoveddiagnose. 45,2 % av kvinnene og 43,7 % 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 behandlingsslutt.

Det stilles krav om månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst RHF.

	2014	2015
Antall polikliniske konsultasjoner		
Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon	3915	4052
Gruppekonsultasjoner	695	613
Konsultasjoner til sammen	4510	4665
Produksjonskrav: 4 460 konsultasjoner		
Antall innlagte i døgnklinikken		
Rusmiddelavhengige (rettighetspasienter)	327	417*
*hvorav 213 i Avdeling avgiftning		
Antall avgiftningsdøgn		
Antall behandlingsdøgn totalt		1867
Beleggsprosent		94,7%
Vi har ikke satt opp resultat for 2014 da vi kun hadde drift i 6 måneder		
Antall døgnbehandlinger		
Antall behandlingsdøgn totalt	10474	10610
Beleggsprosent	93,8%	100,2%
Produksjonskrav: døgnklinikken 100 %		
Kvinnene utgjør 41,2 % av de innlagte ruspasientene.		
Fullførte og avbrutte behandlingsperioder i døgnklinikken		
Innlagte	296	412*
Fullførte behandlingsperioder	242	386
Drop-out	54 (22,3%)	66 (16,0%)
* 5 pasienter har enda ikke avsluttet behandlingen.		

Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet.

I 2015 var det en gjennomsnittlig drop-out prosent i døgneklinikken på 16 %. Dette er lavere enn tidligere år. Vi antar at dette kan ha noe å gjøre med at pasientene nå får avgiftning i egen virksomhet og kan fortsette behandlingsløpet uten å skifte behandlingsinstitusjon.

På poliklinikken gjøres det en grundig kartlegging før innleggelse. Behandlingsbehovene klargjøres her, og forhåpentligvis opplever pasientene å få disse 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	2015
Ruspasienter	1336
Pårørende*	111
Totalt	1447

* 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 2014-2015

	2014	2015
Antall personer	83	61
Deltatt i ett år	23 (27,3%)	30 (49%)
Deltatt i 3 – 6 måneder	28 (38,5%)	14 (22,9%)
Gjennomsnittlig oppmøte	64%	65%

Totalt 89 pasienter gjennomførte ARP-programmet. Hvorav 61 ønsket å delta i poliklinisk oppfølging. Det er flere årsaker til at de 28 pasientene valgte å ikke starte i oppfølgingsgruppen. Blant annet er det geografiske avstander, oppfølging lokalt og noen velger kun å starte opp i dagbehandling-rus.

Prosentvis har vi hatt en økning i antall personer som har deltatt i oppfølgingsprogrammet ett helt år. Oppmøteprosenten holder seg jevn.

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.

17 (27,8 %) av de som hadde inngått avtale om oppfølging/ individuell oppfølgingsplan uteble (drop-out) fra behandlingsopplegget.

SAMARBEIDS-INSTANSER

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.

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 Sør-Øst RHF for å utrede mulighetene for tilordning av Helseforetak, det jobbes med fellesprosjekter på tvers av offentlig og private institusjoner.
- Tre representanter fra klinikken samarbeider med tre andre rusinstitusjoner om utarbeidelse av en felles forståelse av begreper som brukes innen 12-trinnsbehandling.

Egen markedsføring

Egen markedsføringsvideo er produsert. Denne brukes både på klinikkens hjemmesider, kino reklame og Tv2 på reklamefrie dager.

I året som har gått, har klinikken hatt reklame på alle Oslo's kinoer i 6 uker. I tillegg fikk vi sendt vår reklamevideo på TV2, på reklamefri dag, i pinsen.

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

KVALITETS- ARBEIDET

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

Antall årsverk 31.12.15

fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige Årsverk

<i>Klinikkoverlege/spes. i rus- og avh.med.</i>	1
<i>Psykiater/spes. i rus- og avh.med.</i>	0,8
<i>Faglig nestleder/psykiatrisk sykepleier</i>	1
<i>Leger</i>	2,5
<i>Oversykepleier, programansvarlige</i>	4
<i>Sosionom med/uten videreutdanning</i>	3
<i>Spesialsykepleiere</i>	7,6
<i>Sykepleiere</i>	8
<i>Psykologer/spesialist</i>	4
<i>Rusmiddelterapeuter</i>	1
<i>Helsesekretær/sekretær</i>	3

Administrative Årsverk

<i>Klinikksjef</i>	1
<i>Økonomikonsulent</i>	1
<i>Sekretær</i>	1
<i>Kjøkkensjef</i>	1
<i>Kokker</i>	1,5
<i>Renholdsleder</i>	1
<i>Vaktmester</i>	0,5

Som oversikten viser er ca. 84 % av stillingene knyttet opp mot direkte pasientkontakt. Ved utgangen av året var stilling som avdelingsleder på poliklinikken ubesatt.

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”.*

Fører kort og barnevernsvurdering skjer også etter gjeldene lovregler.

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

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

GAF – resultat i 2013 til 2015 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
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
2015	52,3	52,3	57,0	57,5	65,9	66,0

F = Funksjonsnivå sosialt
S = Psykiske symptomer

Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer Tilgjengelighet

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

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

Av 484 henvisinger på ruspasienter, var det 77,8 % som fikk rett til helsehjelp. Førstegangskonsultasjoner blir vanligvis tilbudt innen 1 - 2 uker.

Det har ikke vært brudd på vurderingsfristen i perioden.

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 92,3 % på døgneklinikken 95,5 % 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 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 ved innleggelse i døgneklinikken er 52,3 på både F og S, det er noe lavere enn i 2014. Etter avslutning av ARP oppfølgingsprogram finner vi 65,9 og 66,0 som er en høyere skår enn i 2014. Etter gjennomført ARP-oppfølging ser vi en forskjell på GAF-skår på hhv 13,6 på F og 13,7 på S.

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. Vi har også opparbeidet oss spisskompetanse på 12-trinnsbehandling. Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere, leger/ spesialister, psykologer/spesialister og rusmiddel terapeuter.

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

To leger har fått spesialistgodkjenning innen rus- og avhengighetsmedisin. Vi har som intensjon å få klinikken godkjent som utdanningsinstitusjon innen samme spesialitet. Målsettingen er å få flere av klinikkens leger spesialistgodkjent, før overgangsordningen utgår i 2016.

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

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, AKA-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata/EQS.

Veiledning

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

Forbedringsmeldinger

I 2015 har det vært avholdt to møter i Pasient- og sikkerhetsutvalget.

Det har blitt behandlet 57 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 9001:2008 sertifisering.

Tilsyn

Oslo brann- og redningsetat har hatt ett varslet tilsyn, ingen avvik ble meldt.

En klagesak er sendt til Helsetilsynet i perioden. Saken ble lukket og ingen avvik/pålegg ble gitt.

Måling av brukertilfredshet Brukermedvirkning

Det har vært avholdt en brukerundersøkelse i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i løpet av året. Undersøkelsene ble gjort blant døgnpasientene. Tilbakemelding er ikke kommet ved utgangen av året.

Vi har også kontinuerlig evaluering av behandlingsprogrammene. Pasientene gir tilbakemelding etter gjennomført program. Dette gjelder også for pasientene i dagbehandling, polikliniske grupper, ARP-oppfølging og samarbeidende instanser.

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 etablert kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (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 2015 var 5,29 % fordelt på 2,83 % på korttidsfravær og 2,46 % på langtidsfravær. Fraværet som er registrert, er jevnt fordelt mellom kvinner og menn. De ansatte oppgir at fravær ikke er jobbrelatert. I samarbeid mellom leder, NAV og den sykemeldte tilstrebes en gradert sykemelding så snart det er mulig. De fleste kommer tilbake til ordinær stilling.

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

Klinikken utarbeider en årlig handlingsplan for IA-arbeidet.

Arbeidsmiljøutvalg (AMU)

AMU har avholdt 6 møter. Saker som behandles her er knyttet til HMS, deltagelse på kurs/konferanse og generell informasjon fra klinikksjefen og arbeidstakerorganisasjonene. Det er utarbeidet trivselsundersøkelse blant de ansatte som skal avholdes i 2016.

Arbeidsmiljøtiltak

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

To ansatte fortsetter sin videreutdanning (systemisk familieterapi og psykisk helsearbeid) på deltid, jf. klinikkens opplæringsplan. Vi har to psykologer som er i spesialisering. Vi har fått godkjent to russspesialister. Flere leger søker om å tilfredsstille overgangsreglene til godkjenning som russspesialist. Andre har gjennomført kurs og seminarer både internt og eksternt.

Ledergruppen har avholdt sitt årlig 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. Felles julemiddag avholdes årlig hvor de ansatte selv lager i stand både mat og underholdning.

Etter avholdte vernerunder har det blitt iverksatt tiltak, dette er spesielt rettet mot lys- og temperaturforhold, møblering av kontorer, osv.

Det er søkt Helsedirektoratet om godkjenning som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering innen rus. 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 profesjonsstudiet i psykologi.

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

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 forventer vi å opprettholde produksjonskravene.

Nye evalueringsskjema/brugerundersøkelser utarbeides for hvert program. Intensjonen er at vi på sikt skal kunne gjennomføre brugerundersøkelser elektronisk.

STYRET

Styrene har bestått av følgende medlemmer:

Stiftelsesstyret

Helge Vinorum styreleder m/varamedlem Thorleif Andreassen
Knut Sæter m/varamedlem Randi Andersen
Kjell Maalø m/varamedlem Per Jarle Hellevik

Klinikksjefen møter som sekretær.

Driftsstyret

Kjell Maalø styreleder /varamedlem Per Jarle Hellevik
Helge Vinorum/varamedlem Thorleif Andreassen
Knut Sæter /varamedlem Randi Andersen
Thorleif Andreassen /varamedlem Kurt-Johnny Olsen
Per Føyn /varamedlem Frank Robert Holst
Randi Rabbing
Berit Vestly

Varamedlem: Lida Ness og Kjerstin Martinsen

I tillegg møter klinikkoverlege, klinikksjef og økonomikonsulent.

