



TRASOPPKLINIKKEN **ÅRSMELDING 2016**

Driftsstyrets årsmelding 2016

Trasoppklinikken tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) av rusmiddelproblemer av høy kvalitet. Det innebærer et godt helsefaglig behandlingstilbud til pasientene i form av vurdering, diagnostikk, utredning og utstrakt samarbeid med andre instanser.

2016 har vært et år med til dels store endringer på Trasoppklinikken, blant annet ved at mangeårig klinikkjef sluttet. Det er derfor svært tilfredsstillende å kunne oppsummere 2016 med at pasientbehandlingen er gitt i tråd med kravene som stilles i ytelsesavtalen med Helse Sør-Øst RHF.

Medarbeideren er den viktigste ressursen klinikken har. Arbeidsmiljø og systematisk HMS arbeid står derfor sentralt i klinikkens drift. Det totale sykefraværet i 2016 utgjorde 6,76 % hvorav korttidsfraværet utgjorde 1,52 %.

Trasoppklinikken 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 er styrets vurdering at det utøves effektiv økonomistyring og at driftskostnadene er nøkterne. I et år med store omstillinger vil styret gi administrasjonen og alle andre ansatte ros for ansvarlighet og engasjement. I tillegg oppnås det gode behandlingsresultater og vi erfarer fornøyde pasienter.

Som en leverandør av spesialisthelsetjenester er kompetent personell en vesentlig suksessfaktor. I 2016 er kompetansen på klinikken ytterligere løftet, ved at vi har flere leger og psykologer med spesialisering innenfor rus og avhengighet, samt sykepleiere i videreutdanningsløp. I tillegg opprettholder klinikken en unik kompetanse ved å ha flere medarbeidere med egenerfaring. Styret anser dette som viktige tiltak i tråd med vedtatt strategi.

Driftsstyret anser at årsmeldingen danner et solid inntrykk av Trasoppklinikken virksomhet og resultatoppnåelse i 2016.

Driftsstyret

Styret 2016

Kjell Maalø
Knut Sæter
Thorleif Andreassen
Jan Tore Knutsen
Randi Rabbing (ansattrepresentant)
Kjerstin Tveita Martinsen (ansattrepresentant)

Ledelse 2016

Kari Nådland, klinikk sjef (tom september)
Asle Enger, klinikkoverlege
Henning Meling, faglig nestleder
Kine Hoel Lunke, avdelingsleder døgn
Paal Kevin Donovan, avdelingsleder poliklinikk



ÅRSMELDING 2016

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).

Formål og vedtekter

Etter vedtektene er Stiftelsen Trasoppklinikken sitt formål å behandle alkoholavhengige, medikamentavhengige, blandingsmisbrukere og familiemedlemmer i samsvar med Anonyme Alkoholikeres ideologi, slik at de kan oppnå en bedring av livskvalitet.

Mål

Overordnet målsetting for klinikken er å være en pålitelig og stabil leverandør av spesialisthelsetjenester innen tverrfagligspesialisert rusbehandling (TSB).

Avtale med Helse Sør-Øst RHF

Trasoppklinikken driver tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) av rusproblemer etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. Driftsavtale om levering av spesialisthelsetjenester ble første gang inngått i 2004 etter en offentlig utlyst anskaffelse.

Avtalen er todelt med en langsiktig rammeavtale i tillegg til en ytelsesbasert avtale som reforhandles årlig. Dette gir en langsiktig og forutsigbar drift enn tidligere.

Avtalen innebærer at Trasoppklinikken er tillagt vurderingskompetanse, 4 460 polikliniske konsultasjoner, 1344 dagbehandlinger rus/familie og 35 døgnplasser, hvorav 6 avgiftningsplasser.

Lovhjemling

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) av rusproblemer er underlagt Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelstjenesteloven).

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.

Det forutsettes at pasientene har et visst psykososialt funksjonsnivå for at klinikkens døgnbehandling (korttid) skal ha effekt.

De fleste ruspasientene er i aldersgruppen 30 - 50 år.

Styrearbeid

Driftsstyret har avholdt fire møter inklusiv styremøte i forbindelse med styreseminaret som ble avholdt på Lysebu Konferansesenter 18. november 2016.

Styret har i tillegg til å lede endringsprosessene som følge av lederskifte, hatt fokus på å opprettholde produksjonskrav og god økonomistyring.

Bemanning

Klinikken har totalt 48,9 årsverk fordelt på 53 ansatte.

- 4 årsverk knyttet til bo, mat og servicefunksjoner
- 8,5 årsverk er knyttet til ledelse og administrasjon
- 36,4 årsverk er knyttet opp mot behandling

Klinikken kjøper inn IKT/support tjenester fra NTI CADcenter AS.

Internkontrollsystem

Klinikken har et internkontrollsystem, jf. Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Kvalitetssikringsprogrammet EQS (Extend Quality System) er verktøy i klinikkens arbeid for helhetlig styring og kvalitetsforbedring. Klinikkens kvalitetshåndbok har prosedyrer både for arbeidsprosesser for behandling og støttefunksjoner. Avviksmeldingene registreres og saksbehandles i samme programvare. Det er utarbeidet egne retningslinjer for avviksregistreringer.

I forbindelse med internrevisjon leier vi inn ekstern revisor.

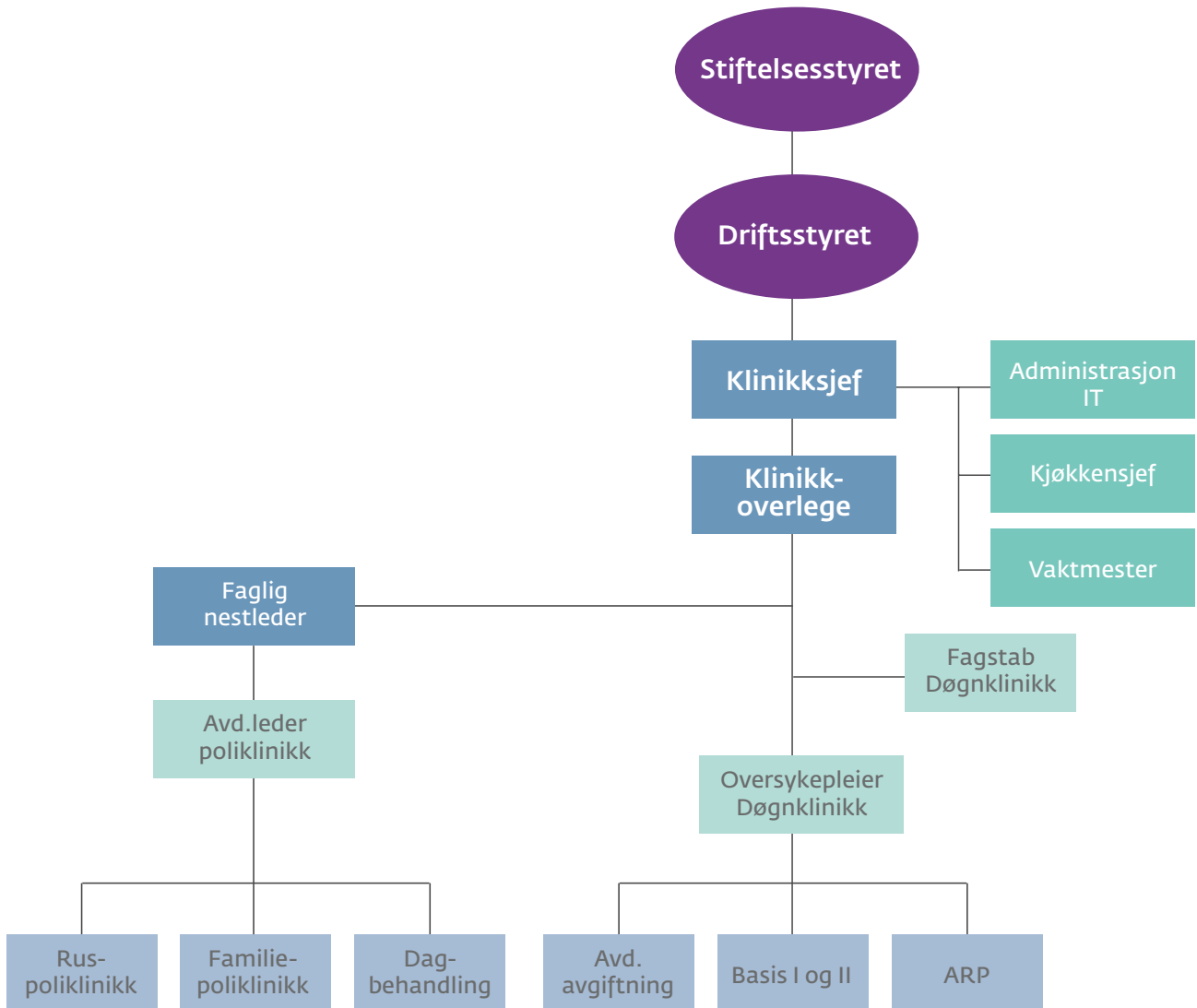
Klinikkens Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (tidligere Kvalitetsutvalg) med brukerrepresentant møtes to ganger årlig. Her gjennomgås alle meldte avvik i tillegg til det interne revisjonsprogrammet og resultater av disse.



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 klinikcoverlegen, og består av en ruspoliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling rus/familie og døgneklinikk 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 i tråd med AA's ideologi, basert på et helhetlig menneskesyn, hvor både helsemessige, sosiale og åndelig aspekter 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.

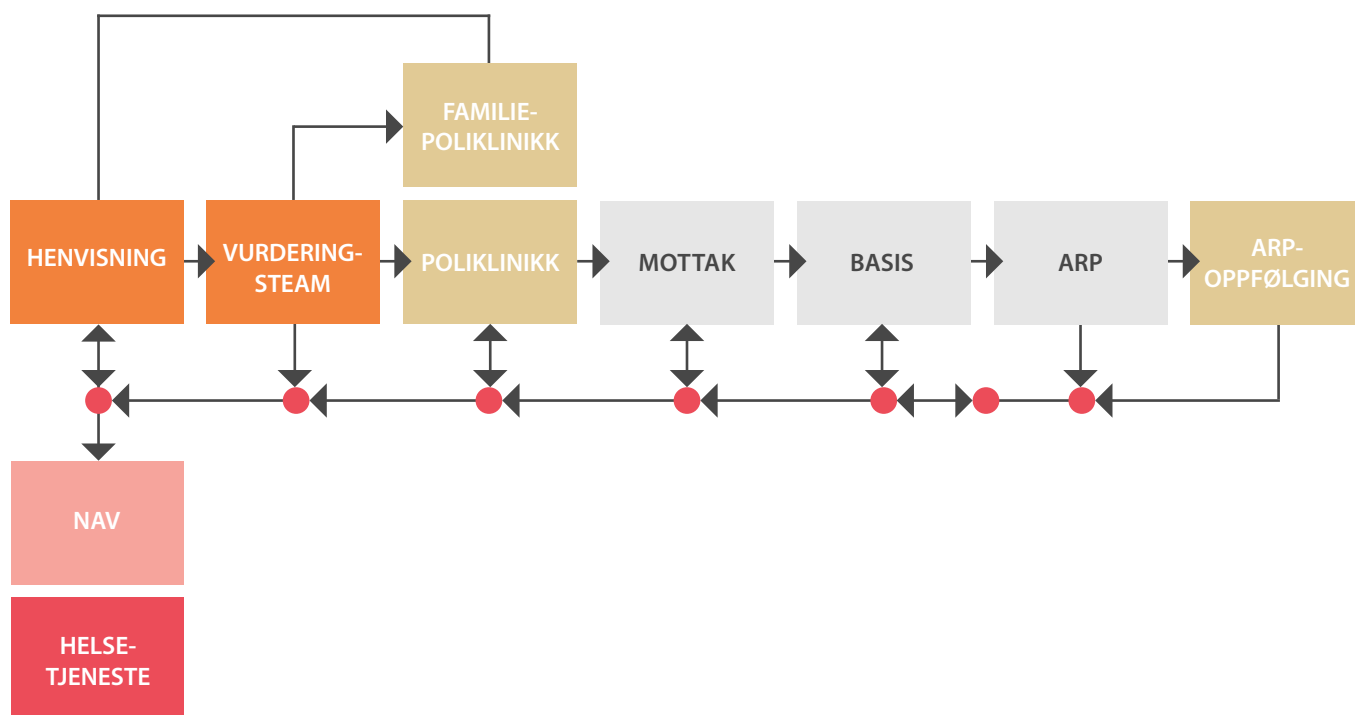
Dette handler om erfaringsbasert kunnskap.

Behandlingstilbudets omfang - et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud

Trasoppklinikken har vurderingskompetanse og tilbyr poliklinisk avrusning, individual- og gruppebehandling, dagbehandling rus/familie og døgnklinikk med tilbud om avgiftning/avrusning.

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 som skjer i samarbeid med behandlende lege eller psykolog.
- 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/avrusning 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.

Behandlingsløp

Trasoppklinikken tilbyr flere behandlingsveier. Behandlingsløpet tilpasses etter vurdering av den enkeltes behov. Under behandling på Trasoppklinikken kartlegges behov for tilleggs- og etterbehandling. Noen av våre pasienter blir henvist videre i TSB, psykisk helsevern eller somatisk spesialisthelsetjeneste.

Vurderingsteam

Trasoppklinikken har i henhold til avtale med Helse Sør-Øst RHF vurderingskompetanse. Å vurdere rettigheter 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. Nasjonalfaglig prioriteringsveileder angir vurderings- og behandlingsfrister.

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 forebyggingssamtaler).
- 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 psykiske helsevern kobles inn når den psykiske tilstanden vanskeliggjør igangsetting av rusbehandlingen.

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 åtte ukers varighet. Dette kan være et selvstendig behandlingstilbud, eventuelt være en del av et lengre behandlingsforløp.

Behandling av pårørende - samtaler og dagbehandling

Klinikken har opprettet en stilling som familiekoordinator. Denne stillingen dels 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 behandlingssopplegg 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.

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.

I henhold til Spesialisthelsetjenesteloven er klinikken pålagt å ha en egen barneansvarlig. På Trasoppklinikken er dette tillagt familiekoordinatoren. Videre er det etablert en egen barnegruppe med representant fra både poliklinikk og døgn. Gruppen møtes jevnlig.

Døgnklinikken

Døgnbehandling er for mange pasienter absolutt nødvendig for å kunne etablere rusfrihet. I et støttende behandlingsmiljø, skjermet fra russtimuli og stress, gjenvinnes 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).

Avrusning/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 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 oppfølging.

Basisprogrammet

Basisprogrammet drives kontinuerlig og 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.

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, vektlegging av affektbevissthet og psykologisk innstilling til rustring 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.

Innenfor rammen av basisprogrammet inngår en kjønnsdelt samtalegruppe en gang pr uke.

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.

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.

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 2016 var pasientene fordelt slik i forhold til diagnoser: 87,9 % av kvinnene og 95,35 % av mennene som var innlagt i døgneklinikken F10.2 (alkoholavhengighet) som hoveddiagnose. 7,57 % av kvinnene hadde F13.2 (avhengighet i forhold til vanedannende medikamenter) som hoveddiagnose.

56,06 % av kvinnene og 20,93 % 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.

	2014	2015	2016
Antall polikliniske konsultasjoner			
Førstegangskonsultasjoner og individualsamtaler m/telefon	3915	4052	4034
Gruppekonsultasjoner	695	613	615
Konsultasjoner til sammen	4510	4665	4649
Produksjonskrav 2016: 4 460 konsultasjoner			
Antall innlagte i døgneklinikken			
Rusmiddelavhengige (rettighetspasienter)	327	417*	403*
<i>*hvorav 213 i Avdeling avgiftning</i>			
Antall avgiftningsdøgn			
Antall behandlingsdøgn totalt		1867	2262
Beleggsprosent		94,7%	103,3%
<i>Vi har ikke satt opp resultat for 2014 da vi kun hadde drift i 6 måneder</i>			
Antall døgnbehandlinger			
Antall behandlingsdøgn totalt	10474	10610	10054
Beleggsprosent	93,8%	100,2%	94,98%
Produksjonskrav: døgneklinikken 95 %			
<i>Kvinnene utgjør 33,74 % av de innlagte ruspasientene.</i>			
Fullførte og avbrutte behandlingsperioder i døgneklinikken			
Innlagte	296	412*	403*
Fullførte behandlingsperioder	242	386	358**
Drop-out	54 (22,3%)	66 (16,0%)	40 (10,0%)

* Tallene i 2015 og 2016 inkl. avgiftning/avrusning

** Antall fullført behandling: 358 av 398 avsluttede pasienter i perioden

Omfanget av avbrutt behandlingsopphold – Drop-out

Det å avbryte behandlingen er et vanlig fenomen innenfor rusfeltet.

Oversikten over viser en nedgang de senere år. Likevel ligger noe av årsaken i endring i registrering.

Dagbehandling	2015	2016
Ruspasienter	1336	1209*
Pårørende*	111	209**
Totalt	1447	1418***

* Ruspasienter 57 pas

** Pårørende 35 pas

*** Ruspasienter står for ca. 85 % av totalproduksjonen på Dagsavdelingen.

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 2014-2016	2014	2015	2016
Antall personer	83	61	79
Deltatt i ett år	23 (27,3%)	30 (49%)	37 (46%)
Deltatt i 3 – 6 måneder	28 (38,5%)	14 (22,9%)	15 (19%)
Gjennomsnittlig oppmøte	64%	65%	71%

Total 100 pasienter gjennomførte ARP-programmet. Av disse ønsket 79 personer å delta i poliklinisk oppfølging. Det er flere årsaker til at de 28 pasientene valgte å ikke starte i oppfølgingsgruppen. Blant årsaker som oppgis er; geografiske avstander, oppfølging lokalt. 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 å 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.

27(34,1 %) 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.

Henvisende instanser

Fastlegene er de som henviser flest pasienter til klinikken. Barnevernet og NAV/sosialtjenesten har også henvisningsrett. I tillegg kommer det henvisninger fra annen spesialisthelsetjeneste og ruspoliklinikker tilknyttet DPSene.

Samarbeidspartnere og nettverk der Trasoppklinikken inngår

- ACTIS
- A-klinikkene i Oslo (A-senteret, Blå Kors Senter, Incognito klinikk og Trasoppklinikken)
- 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.)
- 12-trinnsnettverket sammen med Sørlandet Sykehus, Stiftelsen Sigma Nord, Stiftelsen Kvinnekollektivet ARKEN.

Markedsføring

Trasoppklinikken har ikke en egen markedsføringsavdeling, men kjøper inn bistand der det vurderes hensiktsmessig.

Egen markedsføringsvideo er produsert. Denne brukes både på klinikkens hjemmesider, kinoreklame 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.



48,9 årsverk 31.12.16

fordelt på stillingskategorier

Helsefaglige Årsverk

<i>Psykiater</i>	1
<i>Psykiater/spes. i rus- og avh.med.</i>	1
<i>Leger</i>	2,5
<i>Programansvarlig</i>	3
<i>Sosionom med/uten videreutdanning</i>	3
<i>Spesialsykepleiere/sykepleiere</i>	21,9
<i>Psykologer/spesialist</i>	4

Administrative Årsverk

<i>Klinikkssjef, klinikkoverlege, faglig nestleder, avdelingsleder</i>	4
<i>Økonomi, HR, administrasjon for øvrig</i>	4,5
<i>Kjøkken</i>	2,5
<i>Renholdsleder</i>	1
<i>Vaktmester</i>	0,5

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 2016 har klinikken tilbydd og produsert behandling i tråd med avtaler inngått med Helse Sør-Øst RHF. Prosentvis ser behandlingsproduksjonen slik ut:

- poliklinikk; 104,24 %
- dagbehandling; 105,51 %
- avdeling avgiftning; 103,29 %
- døgneklinikken; 94,98 %

Kvalitetsindikatorer

Trasoppklinikken bruker kvalitetsindikatorerne definert i de nasjonale kravene som kvalitetsmål i 2016. Disse er:

- Epikrisetid
- Individuell plan
- Vurderingsfrist og behandlingsfrist
- Diagnostisering

Kvalitetsmålene er målbare og forenlige med klinikkens overordna mål, strategier og ambisjoner for kvalitetspolitikken.

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 underbygger en helhetlig forståelse av behandlingsforløpet og sikrer god kontinuitet for pasientene. Vi måler epikrisetid både i poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling.

Status 2016:

Trasoppklinikken måler epikrisetid på alle avdelinger og gjennomsnittlig epikrisetid ligger på 3 dager på alle avdelinger.

Individuell plan (IP)

Alle pasienter skal kartlegges i forhold til retten til individuell plan (IP). Denne retten er lovfestet bl.a. i pasientrettighetsloven § 2-5. Erfaringsmessig er det ikke så stor andel av klinikkens pasienter som ønsker eller fyller kravene. Dermed er denne prosentandelen lav.

Status 2016:

- 8,5 % av pasientene har gitt samtykke eller melding er sendt til kommunen
- 5,5 % av pasientene har en IP ved behandlingsavslutning
- 71,1 % av pasientene oppfyller ikke kriteriene.
- 14,9 % av pasientene har ikke fått vurdert IP

14,9 % av pasientene omfatter både tilfeller der pasienten ikke møter, avbryter behandling før IP er kartlagt, registreringsavvik og avvik i selve kartleggingen. Vi vurderer at vi har forbedringspotensial her.

Vurderingsfrist

Pasient- og brukerrettighetsloven og Forskrift om prioritering av helsetjenester er blant annet det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til at de pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen (Hesedirektoratet, 2015, Prioriteringsveileder-TSB). Rapportering om brudd på vurderingsfrist sendes til både Norsk Pasientregister og Helse Sør-Øst RHF.

Henvisninger skal vurderes innen 10 dager etter at de blir mottatt.

Status 2016:

I 2016 foreligger det ingen brudd på vurderingsfristen.

Ansattes kompetanse

Klinikken har en sterk helsefaglig profil med spisskompetanse innen rus og avhengighet, psykiatri og familierapi og 12-trinnsbehandling. At det i personalgruppen er medarbeidere med egenerfaring anses som viktig i vår kompetanseprofil.

Personalgruppen består av sosionomer, sykepleiere/spesialsykepleiere, leger/spesialister, psykologer/spesialister og rusmiddelterapeuter.

Av videreutdanning har vi prioritert psykiatri, gruppeterapi og rusbehandling. Tre leger har i 2016 gjennomført spesialiseringssløp innen rus- og avhengighetsmedisin. Vi har som intensjon å få klinikken godkjent som utdanningsinstitusjon inne samme spesialitet.

Andre har gjennomført kurs og seminarer både internt og eksternt. Ledergruppen har avholdt sitt årlige lederseminar.

Høykompetent personell

Medarbeideren er klinikkens viktigste ressurs. Kompetanseheving er en sentral strategi for å nå mål og krav. Hvert år utarbeides en opplæringsplan basert på behov og med vekt på internopplæring, videreutdanning, kurs og veiledning. Gjennomgående tema for opplæringen i 2016 har vært: rusbehandling, kartlegging av psykososiale problemer/funksjonsnivå, psykososiale behandlingsmetoder, mentalisering, oppmerksomhetstrening, gruppebehandling, AKAN-arbeid, medikamenter, kvalitetsarbeid, Rusdata og EQS.

Veiledning

Tverrfaglig gruppeveiledning gis kontinuerlig av ekstern veileder. Individuell veiledning gis de som er under formell videreutdanning/i spesialiseringssløp.

Revisjoner

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

Måling av brukertilfredshet

Brukermedvirkning

Vi har også kontinuerlige evaluering av behandlingsprogrammene. Pasientene gir tilbakemelding etter gjennomført program.

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 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.

Trasoppklinikken skal tilby behandling av høy faglig kvalitet.

GAF (Global Assessment of functioning)

GAF er en skala, et mål på psykososialt funksjonsnivå og arbeidsmessig funksjon. Verktøyet er spesielt utviklet for psykiske lidelser og er et instrument for å vurdere alvorlighetsgrad ved sykdom. GAF er ikke diagnosespesifikk. Det skiller mellom funksjon og symptom. F-Funksjon angir sosial og yrkesmessig fungering. S-Symptom angir grad av psykisk symptombelastning. Denne tabellen viser at GAF under døgnoppholdet har en gjennomsnittlig endring på henholdsvis 5,48 (F) og 5,82 (S). Pasienter som gjennomfører ARP-oppfølgingen som planlagt, uavhengig av antall uker, har en gjennomsnittlig GAF-endring på 23,9 (F) og 22,41 (S). At man ser en nedgang i gjennomsnittlig GAF fra utskrivelse til oppstart i ARP, forklares og er i tråd med egenrapportering fra pasientene om den vanskelige overgangen fra behandling til utskrivelse til hjem.

GAF – resultat i 2013 til 2016 for innlagte i døgneklinikken

	Innleggelsestidspunkt		Utskrivningstidspunkt		Start ARP- oppfølging		Avslutning av ARP oppfølging	
	F - gj.snitt	S - gj.snitt	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
2016	51,74	52,40	57,18	58,22	51,58	52,77	75,48	75,18

F = Funksjonsnivå sosialt
S = Psykiske symptomer

PERSONALARBEID

HMS

Det totale sykefraværet i 2016 utgjorde 6,76 % hvorav korttidsfraværet utgjorde 1,52 %. Det vil gjennomføres en større trivselsundersøkelse i februar 2017. Denne og utarbeidelse av IA plan skal legges til grunn for videre utvikling av arbeidsmiljøtiltak og nærværarbeid.

Arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Har avholdt 8 møter. Saker som behandles her er knyttet til HMS, deltagelse på kurs/konferanse og generell informasjon fra klinikksjefen og arbeidstakerorganisasjonene.

Arbeidsmiljøtiltak

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

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 2016 ble felles julemiddag flyttet til over nyttår, slik at ny klinikkleder kunne delta.

STRATEGISKE PLANER

Fremtidsutsikter

Trasoppklinikken tilbyr behandling av høy faglig kvalitet. Faglig utviklingsarbeid og planmessig opplæring av de ansatte er høyt prioritert. Ekstern veiledning av behandlingspersonalet opprettholdes.

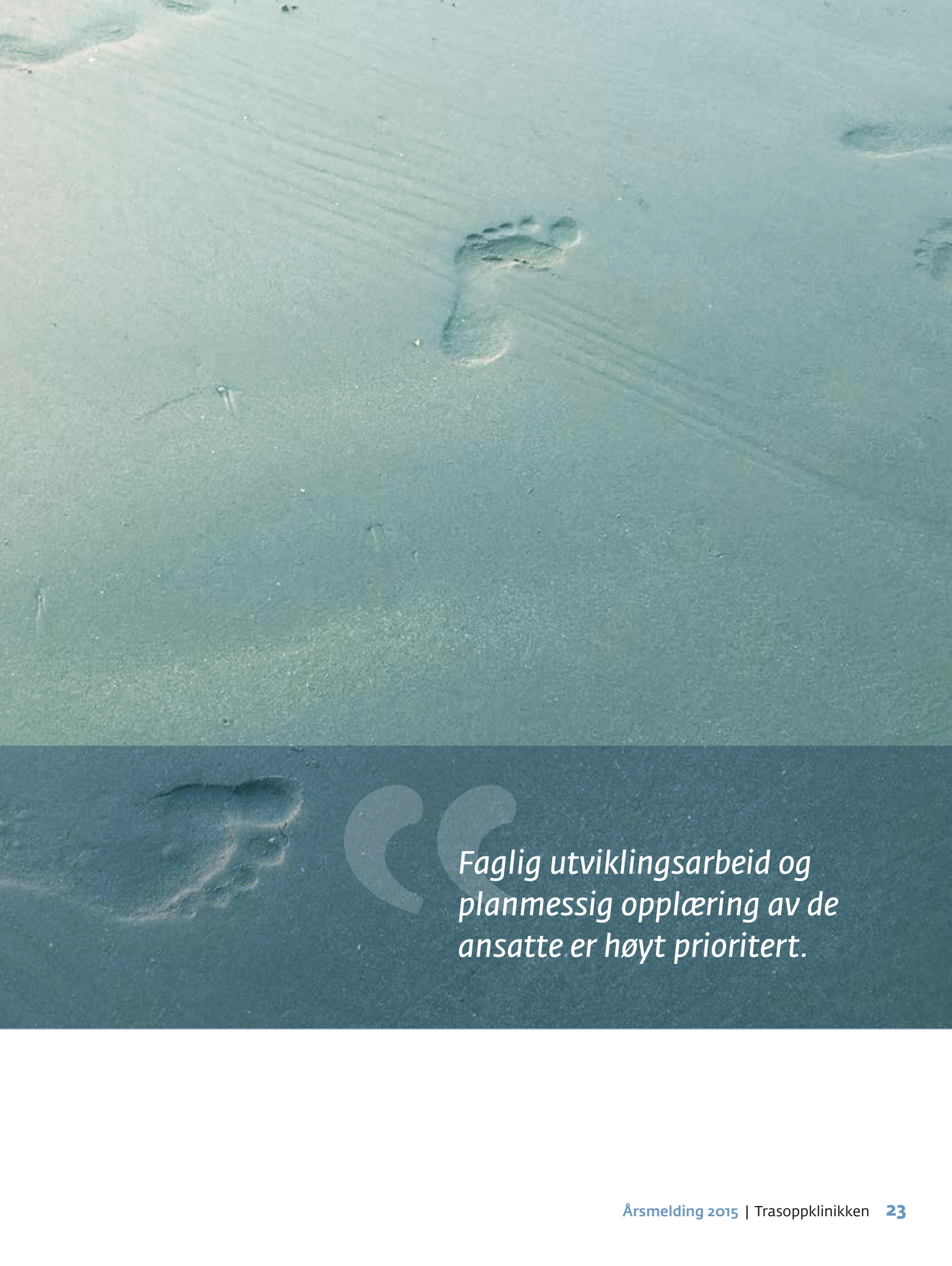
Når det gjelder avtalen med HSØ forventer vi å opprettholde produksjonskravene. Nye evalueringsskjema/brugerundersøkelser utarbeides for hvert program.

Intensjonen er at vi på sikt skal kunne gjennomføre brugerundersøkelser elektronisk.

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 psykologstudiet.

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

An aerial photograph of a sandy beach. The sand is light-colored and shows several sets of footprints. In the center, there is a large, distinct footprint. To the left, there is a smaller footprint. The background shows the ocean with gentle waves. The overall tone is serene and natural.

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

