

**Prosjekt Helhetlig Rusbehandling**  
**Læringsnettverk i prosessforbedring**  
Folloklinikkens Rustiltak, Aker universitetssykehus

Prosjektnavn:

Prosjekt helhetlig rusbehandling

Læringsnettverk for kvalitetsforbedring ved Folloklinikkens rustiltak,  
Avdeling for rusbehandling, Klinikk for psykisk helse,  
Aker universitetssykehus HF

Prosjektperiode:

Juni 2003 – Juni 2004

Prosjektleder og ansvarlig for prosjektrapporten:

Michael de Vibe

Stiftelsen GRUK

Nedre Hjelleggt 1

3724 Skien

tlf 35 58 40 40

firmapost@gruk.no

Rapporten kan lastes ned fra internett: [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

Medforfattere til rapporten er:

Elisabeth Tømmerås Ermesjø, tilrettelegger ved sosialmedisinsk  
poliklinikk

Liv Håland, tilrettelegger ved Frognenheten

Kari Bakke Larring, tilrettelegger ved Åsenheten

## Forord

Som tidligere bruker ved Frognenheten er jeg glad for å ha blitt spurt om å være med i dette prosjektet. Det jeg i dag er spesielt glad for er at jeg takket ja til å ta denne utfordringen det har vært å stå frem i at slikt prosjekt.

Dette året har gitt meg mye i forhold til å bli kjent med Follokliniikkens rusenheter sett fra en annen vinkel og det har betydd svært mye for meg i den prosessen jeg står i. For meg har det grunnfestet det valget jeg har tatt. Jeg har våget å ta plass og forme min egen rolle i dette prosjektet. Jeg har samtidig fått muligheten til å sette meg inn i arbeidsmetoder som jeg håper å kunne dra nytte av senere.

For meg har det vært viktig å fokusere på pasientens rolle i sin egen prosess.

Dette innebærer mye og jeg tenker blant annet på :

- Individuell plan (IP) er et særdeles viktig redskap for pasientene underveis i hele prosessen. IP gjør at pasientene ansvarliggjøres og tar del i sin egen prosess.
- Det er stor vilje og engasjement i systemet for å vite hva brukerne mener om forbedringspotensialet i enhetene. Det betyr at det ansvaret og den rollen pasientene nå tar vil kunne gi bedre resultater for den enkelte.
- Det har vært foretatt brukerundersøkelser for å kartlegge hva pasientene tenker om sin egen situasjon. Sjekklister i forhold til IP er utarbeidet og det er ikke tvil om at pasienten blir tatt på alvor og blir vist respekt og trygghet.

Helhetlig tenkning danner grunnlaget for et godt sluttresultat. Pasientene trenger en koordinator som kan følge opp deres prosess, slik at det dannes en slags rød tråd gjennom hele behandlingsopplegget. Pasientens totale nettverk spiller en stor rolle for at man skal lykkes i behandlingen. Jeg tenker at førstelinjetjenesten har en stor oppgave her.

Etablering av sjekklister for IP som koordinator fyller ut er et nyttig redskap under hele behandlingsopplegget. Her får man jevnlig kartlagt hvor pasienten er i sin prosess og resultatet kan måles og brukes på en sunn måte for pasienten. Ved jevnlig utfylling (f. eks. hver 6 mnd) vil det bli enklere å måle fremgangen i arbeidet.

Jeg har deltatt i gruppen til Frognenheten og fokuset for oss har vært lagt på utskrivningsfasen. Dette er en svært sårbar fase for kvinnen og mange faller tilbake i gamle mønstre ganske raskt etter utskrivning. For å danne et godt grunnlag for utskrivning er det viktig å starte allerede ved innskrivning. Det har vært jobbet med rutiner i forhold til dette, som igjen er knyttet opp mot IP.

Frognenheten er et veldig godt sted å være og behandlingstilbudet gir rom og muligheter til å arbeide med årsakene til rusproblemene på en utmerket måte. Overgangen til det virkelige livet blir derfor svært vanskelig for mange og det har vært viktig å fokusere på hva som kan gjøres for å forbedre dette området.

Frognenheten er kun en del av behandlingsopplegget som kvinnen har. Samtidig er det viktig å se at oppholdet for mange kanskje er den viktigste og modigste fasen disse kvinnene går gjennom i sitt liv.

Betydningen av det rommer mye og jeg tenker blant annet på :

- Frognenheten må være klar på hvilken rolle de skal ha ovenfor kvinnene, hvor langt de skal strekke seg og hvor grensene går. Dette syns jeg at vi har arbeidet veldig bra med.
- Gjennom IP tar kvinnene del i sin prosess hele veien og det tverrfaglige samarbeidet med kvinnenes nettverk gjør at oppholdet blir mer et ledd i en stor helhet.

Frognenheten har også jobbet med et skjema for å forebygge tilbakefall. Dette er ment som en hjelp til hver enkelt kvinne og hennes nettverk i å trygge tilværelsen utenfor Frognenheten. Det er også tenkt at Frognenheten skal følge kvinnen en periode etter utskrivning i samarbeid med koordinator/ behandler utenfor enheten.

Et viktig mål for Frognenheten har også vært å forenkle de skjemaene som allerede er i bruk, og resultatet har etter min mening blitt veldig bra. Ved å forenkle, vil kvinnene ta del i dette på en bedre måte og resultatene blir mer målbare.

Selv om de andre 2 enhetene ikke har hatt med brukere, så har de valgt temaer som får ringvirkninger for pasientene. Jeg opplever et det har vært nyttig å samles til erfaringsseminarene og at enhetene har mye å lære av hverandre. Jeg utfordrer likevel de 2 andre enhetene til å dra nytte av brukere ved en senere anledning og at de prioriterer dette høyt.

Til slutt vil jeg i kraft av den rollen jeg har hatt i prosjektet få komme med noen tanker:

Frognenheten har en gruppe som de kaller ruskartlegging. Her jobber kvinnene med å kartlegge sitt eget rusmønster og fokusere på alternative løsninger til rus. Jeg mener bestemt at kartleggingen av eget rusmønster gjerne kunne integreres mer aktivt tidligere i prosessen, gjerne gjennom 1. linje tjenesten eller den som kommer i kontakt med pasienten først. Dette er ikke ren terapi, men et viktig redskap som gjør at en blir tvunget til å se nærmere på hva en gjør, når og hvorfor. Dette er å ta ansvar for egne handlinger, ta ansvar for sin egen utvikling og prosess. Gjennom å kartlegge dette vil det også tydeliggjøre hvor pasienten står i forhold til behandling. Det vil kanskje også gjøre det enklere å kartlegge hvilken type behandling pasienten er klar for.

Jeg står fast ved at det å ha vært en bruker er en ressurs for fagfolk og at det også har vært gjennomgangstenen under hele dette året. Betydningen av at jeg har deltatt og blitt hørt i prosjektet ser ut til å ha virket inspirerende på mange, satt perspektivet i et litt annet lys. Jeg håper at andre brukere/tidl. brukere vil takke ja til å være med å bidra hvis de blir spurt, at de gir av sine ressurser ut fra sitt ståsted. Det finnes mange som har noe å bidra med.

Jeg håper også at det frøet som nå er sådd vil fortsette å spire, grunnlaget er lagt og redskapene er tilrettelagt. Det er nå opp til ledelsen i de forskjellige enhetene å holde fast ved arbeidet og legge til rette for å finne nye målområder.

Jeg ønsker alle lykke til i det videre arbeidet.

Torill ☺

## **Sammendrag**

Folloklinikkenes rustiltak har fra juni 2003 til juni 2004 gjennomført et prosjekt for å bedre kvaliteten på sine tjenester. Prosjektet er lagt opp som et læringsnettverk; en metode for å hjelpe organisasjoner gjennom en endringsprosess.

De tre enhetene som har deltatt er sosialmedisinsk poliklinikk, Frognenheten og Åsenheten. De har fått opplæring av GRUK i prosessforbedring som metode, og de har i løpet av prosjektperioden lært metoden og forbedret sentrale arbeidsprosesser i egen virksomhet. I tillegg har de sammen med kommunene i Follo fått opplæring i bruk av individuelle planer.

Som ledd i forbedringsarbeidet har de intervjuet pasientene om deres opplevelser med tjenestetilbudet, og valgt forbedringsområder som er sentrale for pasientene. Pasientene har blitt trukket aktivt med i endringsarbeidet og deres bidrag har vært av stor betydning for de resultater som er oppnådd.

Alle enhetene har satt konkrete mål for hvert forbedringsområde og disse målene er i de fleste tilfeller mer enn nådd. Spesielt gledelig har det vært å se hvordan forbedringsarbeidet har ført til at både pasienter og personale er mer tilfredse, og at det tverrfaglige samarbeidet innad i enhetene og på tvers av enhetene har blitt styrket.

Enhetenes og brukerrepresentantenes vurdering av læringsnettverket er svært positiv, og alle enhetene har bestemt å videreføre dette arbeidet etter prosjektets slutt.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1. Bakgrunn for prosjektet.....	7
1.2. Målsetning med prosjektet.....	7
1.3. Forbedringsmetode.....	8
<b>2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet</b> .....	<b>9</b>
2.1. Prosjektorganisering.....	9
2.2. Gjennomføring av prosjektet.....	9
<b>3.0. Sosialmedisinsk poliklinikk: Bedre inntaksrutiner, informasjon til pasient og møtestruktur</b> .....	<b>11</b>
3.1. Beskrivelse av Sosialmedisinsk poliklinikk.....	11
3.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet.....	11
3.2. Inntaksrutinene.....	12
3.2.1. Mål for nye inntaksrutiner.....	12
3.2.2. Gjennomføring av nye inntaksrutiner.....	13
3.2.3. Resultater fra forbedring av inntaksrutinene.....	13
3.3. Bedret informasjon til pasientene.....	14
3.3.1. Mål for bedring av pasientinformasjon.....	15
3.3.2. Gjennomføring av forbedret informasjon.....	15
3.3.3. Resultater av bedret pasientinformasjon.....	16
3.4. Forbedring av stabsmøte og klinisk møte.....	16
3.4.1. Mål for forbedring av stabsmøte og klinisk møte.....	16
3.4.2. Endring av stabsmøte og klinisk møte.....	16
3.4.3. Resultater fra forbedring av teammøte og klinisk møte.....	17
3.5. Læringsutbytte og veien videre.....	18
3.5.1. Læringsutbytte for tilrettelegger.....	18
3.5.2. Læringsutbygge for enheten.....	18
<b>4.0. Frognenheten: Bedret oppfølging av klientene</b> .....	<b>21</b>
4.1. Beskrivelse av Frognenheten.....	21
4.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet ved Frognenheten.....	21
4.2. Utskrivingsfasen - del 1.....	22
4.2.1. Mål for utskrivingsfasen – del 1.....	22
4.2.2. Forbedring av utskrivingsfasen – del 1.....	22
4.2.3. Resultater av forbedringer i utskrivingsfasen – del 1.....	23
4.3. Utskrivingsfasen – del 2.....	24
4.3.1. Mål for utskrivingsfasen – del 2.....	24
4.3.2. Forbedring av utskrivingsfasen –del 2.....	25
4.3.3. Resultater av forbedringer i utskrivingsfasen –del 2.....	25
4.4. Evaluering av behandlingsoppholdet.....	26
4.5. Læringsutbytte og veien videre.....	27

<b>5.0. Åsenheten: Følges behandlingsprogrammet og hva fører det til? .....</b>	<b>28</b>
5.1. Beskrivelse av Åsenheten.....	28
5.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet.....	28
5.2. Behandlingsprogrammet ved EME.....	29
5.2.1. Mål for prosessforbedring av behandlingsprogrammet ved EME .....	29
5.2.2. Gjennomføring av endringer med behandlingsprogrammet .....	29
5.2.3. Følges behandlingsprogrammet? Resultater .....	30
5.3. Evaluering av behandlingen .....	31
5.3.1. Resultater av behandlingen .....	33
5.4. Forbedring av klientmedvirkning.....	33
5.5. Læringsutbytte og veien videre .....	34
<b>6.0. Evaluering av læringsnettverket.....</b>	<b>36</b>
<b>7.0. Konklusjoner og anbefalinger for veien videre .....</b>	<b>42</b>
7.1. Konklusjoner .....	42
7.2. Anbefalinger for veien videre.....	43
<b>Vedlegg .....</b>	<b>44</b>

## 1.0. Innledning

### 1.1. Bakgrunn for prosjektet

Rusenhetene i Follo sto overfor store utfordringer og stor usikkerhet i forbindelse med varslet omorganisering av rusfeltet. Det var sannsynlig at enhetene skulle innlemmes i Aker helseforetak fra 1. januar 2004. Videre var det varslet at forskrift om individuelle planer ville bli gjort gjeldende for rusklienter fra samme dato. Det var derfor ønskelig å satse på tiltak for å gjøre enhetene rustet til å gjennomgå de nødvendige endringer som dette måtte medføre. Daværende leder for Folloklinikkenes rustiltak, Ingunn Grande tok derfor initiativ til dette prosjektet, og hun har vært en svært sentral og viktig medspiller frem til hun forlot sin stilling i april 2004.

Det ble etter drøftinger innad i ledelsen for rustiltakene besluttet å etablere et læringsnettverk for kvalitetsforbedring internt i Folloklinikkenes rustiltak. Dette skulle etableres som et prosjekt over ett år. Prosjektet har vært ledet av Michael de Vibe fra stiftelsen Gruppe for Kvalitetsutvikling i sosial og helsetjenesten (GRUK), som har utviklet metoder for gjennomføring av læringsnettverk i kvalitetsforbedring.

Frem til overgangen til helseforetak har Åsenheten brukt betegnelsen klienter eller brukere om dem som mottar behandling, mens sosialmedisinsk poliklinikk har brukt betegnelsen pasienter. I denne rapporten vil det derfor bli brukt alle betegnelsene ut fra det som var naturlig under prosjektperioden.

### 1.2. Målsetning med prosjektet

**Hovedmål** for prosjektet har vært:

- **Å utvikle og forbedre egne arbeidsprosesser**

for å nå målsettingen til Folloklinikkenes Rustiltak som er: *God tjenestekvalitet for brukere, pårørende, samarbeidspartnere og befolkningen i Follo.*

**Delmål** for prosjektet har vært:

1. Synliggjøre dagens praksis med hensyn til kvalitet i klientbehandlingen på tvers av enhetene og det øvrige tjenestenettverket, slik at vi vet om klienter får behandling i tråd med rustiltakenes fagforståelse, etiske retningslinjer, helselovgivningen, og forskrift om individuell plan som må tas i bruk fra 2004.
2. Tydeliggjøre og samordne arbeidet i Folloklinikkenes Rustiltak med det som skjer i Follokommunene, ulike døgntilbud og DPS/ Folloklinikken for øvrig, slik at det blir kontinuitet i tilbudet og et mer helhetlig tjenestenettverk for klientene.
3. Å bedre brukermedvirkning ved at brukere trekkes aktivt inn i arbeidet med individuelle planer. Avklare muligheter for framtidig brukermedvirkning også når det gjelder tjenesteutvikling.
4. Å bedre kunnskap om kvalitetsutvikling ved opplæring i prosessforbedring.



5. Bedre kunnskap og erfaring i bruk av IP i arbeidet med rusklienter
6. I tråd med intensjonene for Inkluderende Arbeidsliv skal arbeidet også føre til bedring av arbeidslivskvalitet ved å klargjøre praksis, slik at ansatte blir tryggere på kvaliteten av eget arbeid

Målene skulle prioriteres og konkretiseres sammen med deltakerne i prosjektet. Hver enhet skulle få hjelp til å tydeliggjøre områder som egner seg for prosessforbedring, og velge ut arbeidsområder som representerer utfordringer i dag.

### ***1.3. Forbedringsmetode***

Fokuset i **prosessforbedring** er pasientenes prosesser på tvers av profesjoner og avdelinger. Forbedringsarbeidet består i å kartlegge, analysere og forbedre disse prosessene. Prosessforbedring er nyttig til å forbedre deler av prosessen på ett tjenested og til å se på hele prosessen på tvers av flere tjenestesteder eller nivåer. Metoden er egnet til å forbedre kvaliteten på svært ulike arenaer når den tilpasses konteksten. Den er beskrevet av GRUK i statens helsetilsyns utredningsserie 5 og 6 - 2001.

Det tverrfaglige perspektivet er meget viktig i prosessforbedring, for å samordne de ulike yrkesgruppene og skape et mer enhetlig tilbud. Ved å ha fokus på felles arbeidsprosesser bedres også samhandling og ressursutnyttelse.

Forbedringsarbeidet drives av en tverrfaglig prosjektgruppe i hver enhet som består av dem som er ansvarlige for prosessene som skal forbedres (prosseiere). En erfaren medarbeider får oppgaven som tilrettelegger og sekretær for prosjektgruppen. Tilrettelegger har ansvar for å informere og involvere øvrige personale i forbedringsarbeidet, utarbeide måleredskap, analysere målinger, skrive referater fra arbeidet, og fremlegge resultatene på samlinger i prosjektet.

## 2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet

Prosjektet har vært gjennomført som et læringsnettverk. Dette er en metode utviklet av GRUK for å bringe organisasjoner gjennom en styrt læringsprosess. Ved å tydeliggjøre ansvar og oppgaver i organisasjonen under gjennomføring av forbedringsarbeidet, vil endringer som oppnås lettere forankres og innarbeides i vanlig drift. Gjennomføringen av læringsnettverket sikrer at man lærer mye om og av hverandre på tvers av profesjoner og enheter, og således utnytter og sprer den kompetansen som finnes i organisasjonen.

### 2.1. Prosjektorganisering

Oppdragsgiver var virksomhetslederleder for rustiltakene i Follo, Ingunn Grande. RUT-ledergruppa som består av enhetslederne, kontorkoordinator Anne Drivenes og virksomhetsleder var styringsgruppe for prosjektet.

Virksomhetsleder har bidratt aktivt i forankring og gjennomføring av prosjektarbeidet. Enhetslederne har ledet gjennomføringen av forbedringsarbeidet i sine enheter og har støttet og sikret rammene for prosjektgruppene.

Hver enhet valgte en gruppe bestående av prosesseierne, samt en tilrettelegger som har gjort det praktiske arbeidet i prosjektperioden. Tilrettelegger har satt av en dag i uken til dette arbeidet. Ellers har avdelingen brukt eksisterende møter og fagseminarer til å informere og involvere sine ansatte og pasientene. Prosjektet er gjennomført innenfor den eksisterende økonomiske ramme for hver enhet.

Michael de Vibe (MdV) fra GRUK har vært prosjektleder og har veiledet organisasjonen i gjennomføring av læringsnettverket, samt vært ansvarlig for opplæring i prosessforbedring og bruk av individuell plan. Han har også deltatt i de tre styringsgruppemøtene som har vært avholdt.

### 2.2. Gjennomføring av prosjektet

Prosjektet er gjennomført etter fremdriftsplanen slik det fremgår av tabell 1.

Tabell 1: Plan for aktiviteter i læringsnettverket

Fase	Måned	Møte og seminar	Deltakere
Etablering	Februar-april 28.april 2003	Forberedende infomøter 2 dager Forankring i ledelse 1/2 dag Vedtak om å starte prosjektet	MdV, utvidet RUT ledergruppe
	Mai 03	Sikre rammevilkår. Oppnevning av prosjektgrupper og tilretteleggere	Ledelsen i samarbeid med MdV
	Mai 03	Informasjonsmøte på enhetene 2 timer hver enhet (2 dager)	Leder, personale, og MdV
	Juni 03	Opplæring av tilretteleggere i bruk av dataverktøy i prosjektet (1 dag)	MdV, tilretteleggere, og ledere av enhetene

Gjennomføring	August/sept 03	Opplæringsseminar for prosjektgruppene (2 x 1 dag med 3 ukers mellomrom) hvor de gjennomgår dagens praksis for klientstrøm (kartlegging, inntak, utskrivning, dokumentasjon og samarbeidsrutiner) i alle tre enheter og øvrige tiltak som benyttes, med vekt på kartlegging av dagens praksis og identifikasjon av mulige forbedringsområder. Prosjektgruppene jobber videre med personalet mellom samlingene.	RUT-ledere, Prosjektgruppene, MdV Brukerrepresentanter
	Oktober 03 Desember 03 Februar 04 April 04	Erfaringsseminar ( 1 dag hver) for prosjektgruppene, der de legger fram og lærer av hverandres forbedringsarbeid, samt får opplæring og veiledning til å komme videre i sitt arbeid	Prosjektgruppene, MdV, ledere, brukerrepresentanter
	Sept 03 til Juni 04	Veiledning for tilretteleggere 3 timer hver 14 dag når det ikke er felles samlinger (i alt 10 ganger) 4 ganger har det i tillegg vært veiledning av prosjektgrupper og en del av personale på hver enhet (2 timer på hver enhet hver gang)	Tilretteleggere, MdV, RUT leder , prosjektgruppene, medarbeidere i enhetene
	Sept 03 – Juni 04	Veiledning over telefon og mail av tilretteleggere etter behov	MdV
Avslutning, oppsummere grunnlag for videreføring	Juni 04	Sluttseminar 1/2 dag med fremlegg av resultater fra prosjektet	Ledelsen, prosjektgrupper, MdV brukerrepresentanter, medarbeidere, gjester

I tillegg til aktivitetene i læringsnettverket har det i prosjektperioden vært gjennomført 3 kurssamlinger à 2 dager. Dette har vært en del av Fylkesmannen i Oslo og Akershus sin opplæringsplan for ansatte i russektoren i kommuner og helseforetak. Hovedtema har vært arbeid med langtidsrusmiddelmissbrukere med fokus på individuell plan. Ansvaret for det faglige innholdet har prosjektleder hos fylkesmannen Svein Gulbrandsen, leder for rustiltakene i Follo Ingunn Grande og prosjektleder i GRUK Michael de Vibe hatt. Det har vært ca 60 deltagere hver gang. Deltagerne har vært bruker- og pårørende representanter, ansatte i alle Follo-kommunene som betjenes av Folloklinikkens rustiltak, samt ledere og ansatte ved disse tiltakene.

Deltagerne har fått opplæring i individuell plan. De har kartlagt tjenestetilbudet til brukergruppen i sin kommune ved hjelp av flytskjema. Videre har de intervjuet brukere om deres tilfredshet med tjenestetilbudet. Resultatene har vært drøftet for å se hvordan kommuner og rusenheter kan samarbeide bedre om å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud i tråd med individuell plan. Oppslutningen om og evalueringen av seminarerne har vært meget god. Disse seminarerne har videreført det lange og gode samarbeidet som har vært mellom rusenhetene i Follo og kommunenes sosialetater og ruskonsulenter.

## **3.0. Sosialmedisinsk poliklinikk: Bedre inntaksrutiner, informasjon til pasient og møtestruktur**

### ***3.1. Beskrivelse av Sosialmedisinsk poliklinikk***

Sosialmedisinsk poliklinikk i Ski er et av tre rustiltak i Follo-regionen. Poliklinikken er lokalisert sammen med voksen- og barnepsykiatri, og er en del av Aker Universitetssykehus HF. Vi arbeider etter lov om spesialisthelsetjeneste.

Ved poliklinikken er det ansatt ti terapeuter med forskjellig utdanning som deler 8,5 stillinger. Vi tilbyr veiledning og behandling til mennesker over 30 år med rus- og eller avhengighetsproblemer, samt til deres pårørende. Vi har i tillegg et tilbud til spilleavhengige og pårørende over 18 år. I 2003 hadde vi 337 nye henvendelser, og 377 pasienter har vært i aktiv behandling.

På linje med de andre rustiltakene i Follo har vi som felles terapeutisk plattform endringsfokuseret rådgivning. Takket være terapeutenes ulike bakgrunn, erfaring og utdanning kan vi tilby flere behandlingsmetoder, som kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, integrativ terapi, gestalt terapi, gruppeterapi og akupunktur.

Utover individualsamtaler og terapi med fokus på rusmestring har en liten gruppe spesialisert seg på par- og familierapi. Vi har også et løpende tilbud om gruppebehandling for spilleavhengige. Sosialmedisinsk poliklinikk har et tett samarbeid med førstelinje tjenesten og andre instanser som står i relasjon til klienten. Vi har ansvar for den faglige vurderingen i forkant av institusjonsopphold. På samme måte spiller vi en aktiv rolle i forhold til pasienter som søker om medikament assistert rehabilitering (MAR) i samarbeid med kommunene.

#### **3.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet**

Det var lite informasjon i forkant av prosjektet fra ledelsen, og teamet fikk først vite om prosjektet etter det var vedtatt. Dette ga prosjektet en tyngre start enn nødvendig.

Prosjektgruppa har bestått av teamleder Inger Lise Tunestveit frem til januar 04. Avdelingen skiftet teamleder i januar 2004. Den nye teamlederen Jean Allégre gikk inn i prosjektgruppa, og oppdaterte seg i forhold til våre prosesser, og dette gikk bra. Ellers har prosjektgruppen bestått av tilrettelegger Elisabeth Tømmerås Ernesjø og psykolog Karen Bratrud. De siste måneder har sekretær Ann Helen Sternes også vært med i prosjektgruppa..

Tilrettelegger har siden oppstart brukt en dag i uken til prosjektet, som oftest på hjemmekontor for å unngå å bli trukket inn i andre gjøremål. For å sikre kontinuiteten har tilretteleggeren hatt Karen Bratrud som vara når hun selv har vært forhindret fra å møte. Det tok noe tid før prosjektgruppa var på plass og fikk et fast møtetidspunkt. Når dette kom på plass har gruppa fungert bra. Det avgjørende var å finne et møtetidspunkt som ikke var sårbart for andre arbeidsoppgaver, og det lyktes vi med.

Det har vært noe turbulens på avdelingen i forbindelse med overgang til helseforetak. Det har vært desto viktigere å fokusere på pasientene og de interne prosessene på avdelingen, som eksisterer uavhengig av endringer i organisasjon og ledelse.

### 3.2. Inntaksrutinene

Vi startet opp med å tegne opp pasientenes gang gjennom vårt system (vedlegg 1). Vi oppdaget at noen av rutinene våre var uklare i forhold til hvem som har ansvaret for hva. Det har ført til dobbeltarbeid eller forglemmelser, eksempelvis med registreringer i rusdata. Ved tegning av flytskjema oppdaget vi at det var mange veier inn i systemet vårt. For eksempel kunne tidligere pasienter henvende seg direkte til sin tidligere behandler, og behandling startet opp igjen uten at dette ble registrert. Disse kunne således gå forbi prioriterte saker på ventelisten. Det var også uklarheter rundt når saker skulle avsluttes. Videre manglet det faste rutiner rundt avslutningsnotater / epikriser.

Inntaksmøtet ble fort en blanding av et behandlingsmøte og inntaksmøte, fordi både nye saker og saker som hadde startet opp i behandling ble drøftet. Flere av rutinene opplevde vi som tungvinte og omfattende, og dette var områder vi tidlig så det var mulig å forenkle.

Vi gikk igjennom de ulike områdene med hele teamet for å finne et område som er viktig, vanlig, og vi valgte inntaksrutinene våre. Vi ønsket å se snarlige resultater av prosjektet for å øke motivasjonen til å fortsette endringsarbeidet.

#### 3.2.1. Mål for nye inntaksrutiner

Ut fra WHO's kvalitetsdimensjoner laget vi generelle mål for kvalitetsarbeidet ved sosialmedisinsk poliklinikk slik det er vist i figur 1.



Figur 1. Målsetting for kvalitetsforbedring ved sosialmedisinsk poliklinikk

Vi konkretiserte disse videre i 3 mål for forbedring av inntaksrutinene som kunne etterprøves:

- Redusere ventelisten
- Øke konsultasjonstallet med 40 per måned
- Økt tilfredshet i personalgruppen

### **3.2.2. Gjennomføring av nye inntaksrutiner**

Vi startet med å se på inntaksmøtet der innkomne søknader ble behandlet. Det foregikk en gang i uka, torsdag mellom 10.00 – 12.00 med hele teamet på 12 til stede. Torsdager satt hele teamet i møter fra 8,30 – 12.00. Det ble opplevd som en slitsom dag. Det forekom også at inntaksmøtet ble avlyst, hvis det foregikk kurs og lignende og det medførte lenger ventetid.

Vi gikk så igjennom inntaksrutinene, og satte dem inn i et nytt flytdiagram. Alle hadde muligheter til å komme med spørsmål, undringer eller forslag til forbedringer. På bakgrunn av dette laget vi en ny inntaksmøteflyt (vedlegg 2). Endringene er at et inntaksteam på fire behandler alle søknader. Det er oppnevnt vararepresentanter for disse.

Det nye inntaksmøtet finner sted hver torsdag fra kl. 10.15 – 12.00, med flytting til annen dag samme uke ved kurs og lignende. Sekretær skriver nå referat fra møtene som sendes til alle i teamet. Det ble utarbeidet en sjekkliste for inntaksmøtet (vedlegg 3) for å få sikre at alle punkter for møtet blir oppfylt.

I første omgang fordelte inntaksteamet nye saker til alle behandlerne for en inntakssamtale for å avklare behandlingsbehovet. Deretter gikk saken tilbake til inntaksmøtet for fordeling til ”rett” behandler. Pasientene visste ikke om de fikk beholde første behandler eller fikk en ny. Dette opplevdes ikke som tilfredsstillende verken av pasienter eller behandlere.

Det ble derfor endret til at medlemmene i inntaksteamet gjennomførte alle inntakssamtalene for å sikre at all informasjon inntaksteamet trengte for å tilby ”rett” behandling ble innhentet. Videre for å sikre at pasientene fikk all den informasjonen de trengte for å vite hva de sa ja til. Navnet på samtalen ble endret til avklarende samtale, for å tydeliggjøre at dette ikke er del av behandlingen. Prosjektgruppa og senere hele teamet gjennomgikk hva denne samtalen skal inneholde og laget en sjekkliste for denne (vedlegg 4). Den skal fylles ut før og etter samtalen for å sjekke om denne samtalen er nødvendig.

Pasienten uteblir eller avlyser ofte førstegangssamtaler. Vi besluttet å sende et brev om avklarende samtale, hvor vi sier at kontakten blir avsluttet om vi ikke hører noe, og pasienten ikke møter. De kan ta kontakt igjen ved en ny henvendelse (foreløpig kan vi ikke kreve henvisning fra 1 linjen, men dette endres fra 2005).

### **3.2.3. Resultater fra forbedring av inntaksrutinene**

- Vi har ingen ventelister etter endring av inntaksrutinene. Før prosjektstart var det ca 2 måneders venteliste. 30 personer sto på ventelisten, hvorav 5 var personer med små barn.
- Konsultasjonstallene for jan til og med april 2003 var 619, mens det for samme periode i 2004 var 1040, en 68 % økning. Det var i begge perioder 12 % som ikke møtte.

- Alle pasienter er nå sikret et tilbud om samtale innen 3 uker.
- Endringene har ført til større oversikt over henvendelsene, og arbeidsfordelingen mellom inntaksansvarlig og sekretær er mer tydelig.
- Medarbeiderne rapporterer å være mindre slitne
- Medarbeidernes tilfredshet med inntaksrutinene har steget fra 3.08 til 8.18 på en skala fra 0 (minst fornøyd) til 10 (mest fornøyd)
- Fra 12 sjekklister for avklarende samtale er 4 vurdert som helt nødvendig mens 5 ble vurdert som litt nødvendig, og ingen som helt unødvendig.

Muligens kan vi gjennom bedre henvisninger og en pasientbrosjyre gi og få samme informasjonen som i de avklarende samtalene? Vi kunne da innkalle til avklarende samtale avhengig av opplysningene i henvisningen. Dette vil bli vurdert etter hvert som vi får mer data fra sjekklistene. Vi vil nå sende et skriv til alle fastlegene og sosialtjenestene i Follo hvor vi tydeliggjør hva vi trenger i en henvisning.

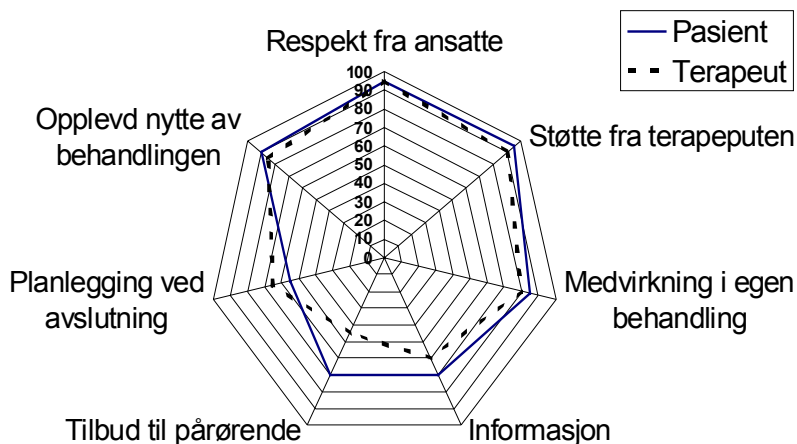
Vi går igjennom flere saker på inntaksmøtene nå enn før, og møtene blir avholdt mer regelmessig enn tidligere. Det blir derfor ingen opphopning av saker i inntaksteamet og en bedre flyt i pasientstrømmen. Dette betyr at vi er mer effektive, og kan ta imot flere henvendelser.

De nye inntaksrutinene har ført til merarbeid for sekretærene. En fordel har imidlertid vært at rutinene har blitt klare og ryddige. Sekretæren har som medlem i prosjektgruppa vært med å påvirke resultatet.

### ***3.3. Bedret informasjon til pasientene***

For å vite hvor skoen trykker hos pasientene gjennomførte vi klienttilfredshetsintervjuer. 15 behandlere besvarte intervjuet på vegne av pasienten og de samme 15 pasientene ble selv intervjuet. Det var krevende å få behandlere til å gjennomføre intervjuene, og vi hadde ønsket oss et høyere tall.

Det var en generell høy tilfredshet hos pasientene (80 % i gjennomsnitt for alle spørsmål), og et godt samsvar pasientenes svar og det de ansatte svarte på vegne av pasientene (figur 2). Det var høyest tilfredshet med hvordan de ble møtt, den støtte de fikk av terapeuten, og den nytte de opplevde av behandlingen, mens informasjon til pasienten og informasjon og tilbud til pårørende var de mindre fornøyd med. Når det gjelder svarene for planlegging av avslutning, var det få pasienter som var kommet så langt i sin behandling, slik at tallene her var usikre.



Figur 2: Pasienttilfredshet ved sosialmedisinsk poliklinikk

Ved nærmere gjennomgang av alle spørsmålene var det noen punkter der tilfredsheten var lav, som pekte seg ut som mulige forbedringsområder:

- informasjon om rett til å lese sin journal
- informasjon om rett til å klage på behandlingen
- informasjon om tilbud som finnes i pasientens kommune

Terapeuten trodde oftere at informasjonen var gitt, men pasienten rapporterte å ikke ha fått den. Det viste seg også at det er lite rutiner på å gi informasjon om tilbud til pårørende.

### 3.3.1. Mål for bedring av pasientinformasjon

Målet var å gi pasientene tilfredsstillende informasjon om:

- sine rettigheter til å lese sin journal
- behandlingstilbudet ved sosialmedisinsk poliklinikk
- tilbud som finnes i hjemkommunen

### 3.3.2. Gjennomføring av forbedret informasjon

Vi utarbeidet en ny brosjyre for sosialmedisinsk poliklinikk, da den vi hadde ikke ga nok informasjon. Den inneholder hvem og hvor vi er, hvilken behandling vi gir, samt hvilke rettigheter pasientene har. Denne brosjyren sendes ut til pasienter ved første innkalling til samtale. I tillegg gis informasjonen muntlig i inntakssamtalen.

Vi legger også ved viktige telefonnummer til ruskonsulenten i pasientens hjemkommune og telefonnummer til Åsenheten. Dette betyr at vi nå har én brevmal for hver kommune, én for spilleavhengige og én for pårørende.



### **3.3.3. Resultater av bedret pasientinformasjon**

Vi har ennå ikke kunnet se noen resultater av disse endringene da de ble iverksatt april/mai 2004, men ved nye klientintervjuer på et senere tidspunkt kan vi evaluere om vi har lyktes i å nå fram til pasienten med viktig informasjon.

### **3.4. Forbedring av stabsmøte og klinisk møte**

Utgangspunktet var uklarhet blant ansatte og ledelsen om hva de ulike møtene skulle brukes til og mangel på struktur på møtene. Dette gjorde at de ofte ble opplevd som slitsomme og lite fruktbare. Etter at inntaksmøtet ble endret, slik at dette ikke lenger ble et felles møtepunkt for hele teamet, ble det behov for en god arena for å drøfte temaer som angikk alle, samt pasientsaker. Det ble derfor nødvendig å se på de to møtene som er felles for hele teamet.

Teammøte og klinisk møte kunne ofte bli like. Teammøte ble ikke alltid prioritert, og pasientavtaler ble satt opp på dette tidspunktet. Det ble ikke meldt fra om frafall. Referatet fra teammøte ble ført i en bok, men det var dårlige rutiner i forhold til å lese i denne boka ved frafall. Det var mange gode ideer som kom opp på begge møtene, men da ble ikke alltid fanget opp og fulgt opp videre.

#### **3.4.1. Mål for forbedring av stabsmøte og klinisk møte**

- Klargjøring av målsetting, rammer og innhold for møtene

#### **3.4.2. Endring av stabsmøte og klinisk møte**

Det ble tegnet flytskjema for disse møtene. Disse ble hengt opp i avdelingen og alle ble oppfordret til å henge på gule lapper med spørsmål og forslag til endringer. Det ble så drøftet i hele personalgruppen for å finne ut av hva vi ville med møtene og hvordan vi ville ha dem. I vedlegg 5 og 6 er det vist hvordan flytskjema for stabsmøtet så ut når vi startet og når vi hadde diskutert oss gjennom de uklarhetene (skyer) som var kommet fram.

**Stabsmøte:** Halvannen time hver uke. Det pekte seg ut 5 målsetninger. Man skulle gå fra møtet med opplevelsen av:

- Å ha oversikt
- Å være informert
- Å føle tilhørighet
- At kommunikasjonslinjene fungerer
- At det er plass til alle

Ut fra klargjøring av formålet med dette møtet, endret vi navnet til **Teammøte** som passer bedre med målsetting, ramme og innhold.

Det nye møtet krever at alle tar større ansvar for å melde saker.

Sekretær skriver referat fra møtet som sendes til alle. Dette sikrer at de som er borte får informasjon. Referatet går igjennom på neste møte og godkjennes.

**Klinisk møte:** Halvannen time hver 14. dag. Dette møtet har blitt brukt på pasientsaker, tilbakemelding fra kurs og annet fagstoff.

Den første flyten viste at det var lite faste rutiner i forhold til dette møtet. Møtetiden har ikke alltid blitt utnyttet godt, fordi ingen har forberedt seg.

Målsetning ble drøftet og ble besluttet å være: *Kvalitetssikring av faglig arbeid og fagutvikling*. Dette skulle skje gjennom drøfting av konkrete pasientsaker, tilbakemelding fra kurs og annet fagstoff.

En person fikk ansvar for dette møtet ett år av gangen. Denne personen har ansvaret for at det alltid er forberedte saker til hvert møte. Det ligger en bok som alle kan føre opp saker til møtet i.. En sak kan ta 45 minutter. Endringen startet opp i januar 2004.

Etter en evaluering i mars 2004, ble møtehyppighet økt til hver uke for å sikre at alle behandlere får anledning til å drøfte sine saker. Videre ble hver behandler tildelt ett klinisk møte, og tar da med sin behandlingsliste. Denne gjennomgås med fokus på de sakene behandleren har behov for veiledning på. Det er også nyttig å dvele ved de sakene som går bra, og reflektere over hva det er som gjør at det går bra. Først presenteres saken, deretter tar de andre i teamet en reflekterende runde hvor behandleren lytter. Deretter sier behandleren noe om hva hun/han har tenkt på bakgrunn av refleksjonen.

Dette er eneste mulighet for flere av personalet til å få veiledning på sine saker, og det sikrer at alle pasienter blir tatt opp på møtet.

### 3.4.3. Resultater fra forbedring av teammøte og klinisk møte

**Teammøte:** Teamet evaluerte i mai 2004 kvaliteten i forhold til de 5 målsetningene, på en skala fra 1 til 5, der 1 er ikke oppnådd og 5 er oppnådd. Gjennomsnittlig måloppnåelse for teammøtene er vist i tabellen nedenfor:

Tabell 2: Måloppnåelse for teammøte ved sosialmedisinsk poliklinikk

Mål for teammøte ved sosialmedisinsk poliklinikk	Måloppnåelse for teammøte (gjennomsnitt for teamet), 1 er ikke oppnådd og 5 oppnådd
Mål 1: Å ha oversikt	3.9 (68%)
Mål 2: Å være informert	3.6 (72%)
Mål 3: Å føle tilhørighet	4.3 (86%)
Mål 4: At kommunikasjonslinjene fungerer	3.4 (68%)
Mål 5: At det er plass til alle	4.5 (90%)

Tilfredsheten med møtet før og nå ble evaluert på en skala fra 1 til 10, der 1 var helt utilfreds og 10 var helt tilfreds. Gjennomsnittlig tilfredshet med teammøte (før kalt stabsmøte) økte fra 4.0 (40%) til 7.9 (79%). Det var fortsatt noen som ikke var fornøyd med informasjonen fra ledelsen til teamet og dette vil det bli arbeidet videre med i enheten.

#### **Klinisk møte:**

Tilfredsheten med klinisk møte før og nå ble vurdert av hvert teammedlem ut fra målsettingen med møtet. Det ble gjort på en skala fra 1 til 10, der 1 er helt utilfreds og 10 er helt tilfreds. Gjennomsnittlig tilfredshet med klinisk møte økte fra 3.7 (37%) til 7.6 (76%).

Behandlerne er ganske samstemte i sin evaluering, men den bidro til å få fram ulike synspunkter angående struktur og rammer for møtet som det vil bli arbeidet videre med.

### **3.5. Læringsutbytte og veien videre**

#### **3.5.1. Læringsutbytte for tilrettelegger**

Tilrettelegger har hatt stort læringsutbytte av prosjektet, spesielt i forhold til å lære å bruke flytskjema som utgangspunkt for å få til endringsprosesser. Veiledningen av tilretteleggerne, av prosjektgruppa og hele avdelingen har vært spesielt nyttig i forhold til å holde motivasjonen oppe og prosjektet varmt. For tilretteleggeren har veiledningen gitt mulighet for å rydde og strukturere tanker og forslag som kommer frem. Veiledningen har hjulpet oss til å få oversikt og holde fast i en rød tråd.

Det har vært en god erfaring å følge endringsprosessene, se utfordringer underveis, og kunne ta et skritt tilbake for å få et helhetlig bilde. En annen viktig erfaring har vært å måtte endre egne oppfatninger underveis i prosessen. For eksempel tror man at løsningen er funnet og at vi har kommet i mål, men så dukker det opp noe nytt. Erfaringen er at endringsarbeid krever tålmodighet, og at man må tåle hele tiden å være underveis. Prosessforbedring er et nyttig verktøy i forhold til å ikke bli sittende fast i misnøye, men aktivt gjøre noe for å forbedre situasjonen.

Tilretteleggeren har lært mye gjennom de ulike samlingene med hele teamet. Det har vært viktig, men en stor utfordring å kunne ta hensyn til alles meninger, samtidig som noe må besluttes for å komme videre. Prosjektgruppa har vært en viktig arena for å drøfte det som har kommet frem etter samlinger med hele teamet. Sekretæren i prosjektgruppa har gitt mange gode innspill hele veien.

Arbeidet med excel for å bearbeide målinger hadde jeg trengt mer undervisning i for å kunne utføre alene, men jeg har heldigvis en mann som mestrer dette verktøyet godt, og han har hjulpet til underveis. Det har også vært nyttig å få hjelp fra en datakyndig 13 åring i lagning av powerpoint presentasjoner.

#### **3.5.2. Læringsutbygge for enheten**

- Det er mer struktur i pasientsamtalene og i enheten.

Vi er mer tydelige på at vi trenger en bestilling fra klienten. Vi beveger oss bort fra utydighet, usikkerhet og ”snillisme”. Vi er opptatt av en grundigere vurdering før vi gir et best mulig tilpasset tilbud.

- Det er økt oversikt i håndtering av saker.

Sekretær opplever det som enklere å møte pasienter på telefonen når saksrutinene er klare. Hun er med i inntaksteamet, og sitter med informasjon. Det merkantile og behandlingsmessige går hånd i hånd. Saker følges opp hele veien gjennom systemet.

- Vi ser at vi trenger mer tydelighet rundt den enkeltes behandlerens kompetanse. Alle gjør fort det samme. Det er viktig å kunne bruke hver enkelts kompetanse. Dette fungerer veldig bra for økonomisk rådgivning. Dette er en tjeneste som de får ved siden av annen behandling. Vi trenger også å styrke hver enkelts spisskompetanse for å møte ulike klientgruppers behov.

- Gode rutiner fører til at det er enklere å lede enheten.

Inntaksomleggingen gjorde ledelsen tydeligere. Teamleder mener at endringsprosesser hjelper ledelsen til å få tak i de ansattes opplevelser. De ansatte opplever en mulighet til å påvirke, og

ulike meninger kommer lettere fram. Tydelighet fra de ansatte gir leder et bedre bilde av situasjonen, og som igjen kan føre til bedre ledelse.

- Teambygging gjennom felles fokus.

Felles fokus i prosjektet sveiser teamet sammen. Teamet er mindre slitne etter omleggingen av inntaksrutinene og møtestrukturen. Det blir mer ro når vi ikke har venteliste, og det gjør oss også mer stolte og fornøyde over vår avdeling. Det er også legitimt å si at man har for mye, og flagge dette til inntaksteamet. Stor takhøyde også for å avslutte en pasient når dette vurderes riktig.

- Bedret samarbeid med de andre ruserhetene.

Felles sammenkomster har gjort at vi har sett hverandre mer og lært av hverandre. For vår nye teamleder, som før ledet Frognenheten, har det gjort overgangen til ny enhet lettere. Vi har i vårt arbeid merket at Frognenheten er blitt mer opptatt av oppfølging av pasientene.

### **3.5.3. Veien videre**

De neste områdene som er pekt ut for forbedring er utarbeiding av felles retningslinjer for kartleggingsfasen, som er tenkt å gå over ca 3 samtaler med bruk av felles kartleggingsskjemaer. Det er nedsatt en gruppe av behandlere som skal komme med forslag til dette. Vi ønsker å gjennomføre at hver pasient blir tatt opp på klinisk møte etter en kartleggingsrunde hos behandler. Kartleggingsrunden må munne ut i en diagnose, da det er økte krav om at alle pasienter skal ha en diagnose. Dette kan kun psykologene sette. Vi tenker oss at vi gjennom behandlerens vurdering og kartlegging, i samarbeid med en psykolog, skal være mulig å bruke klinisk møte til å sette diagnoser. Vi ønsker å sikre at alle pasienter har en behandlingskontrakt, og at bestillingen til behandleren er klar.

Videre ønsker vi å arbeide med gjennomgang av behandlingsforløpet for de ulike klientgruppene. Målet er å gi hver pasient best mulig behandling ut fra de behov de har, og gi hver behandler de sakene han eller hun er mest kompetent til å behandle. Derfor ønsker vi å få tydeliggjort hver beholders kompetanse og interesser. Dette arbeidet er startet dette året, og vil fortsette til neste år ved hjelp av prosessforbedringsmetoden. Vi ønsker ved hjelp av behandlingskontrakt og behandlingsplanlegging å arbeide med avslutning av saker. Vi har allerede nå begynt å gi noen pasienter et klart avtalt tilbud, for eksempel 10 timer. Et tema som vi vil arbeide videre med er hvordan og når vi avslutter behandlingen og hvilken nytte pasientene har av den?

Et annet område som vi ønsker å tydeliggjøre er hva som er våre behandlingsoppgaver som en spesialisthelsetjeneste, sett i forhold til tilbud i førstelinje tjenesten. Ett eksempel er pårørende, som i mange tilfeller kan få like god hjelp i kommunen, i selvhjelpsgrupper eller hos privatpraktiserende terapeuter. Et annet område som vi har startet å se på er vår rolle i utarbeiding og oppfølging av individuell plan for pasienten. Hvem trenger individuell plan? Skal vi være koordinator eller skal det være en person i kommunen?

For å kunne fortsette med prosessforbedring er det nødvendig at det blir satt av tid til dette for hele teamet, og at tilretteleggerfunksjonen opprettholdes. Tilretteleggerrollen er knyttet tett opp til ledelsen, samtidig som man i rollen ikke har noe beslutningsmyndighet. For å få fattet beslutninger er det nødvendig med et tett samarbeid med øvrige ledelse. Videre må ledelsen tydeliggjøre for teamet at prosjektarbeidet er et prioritert område, og teamleder må holde seg løpende oppdatert i forhold til tilretteleggers arbeid.

I prosjektgruppa har det blitt foreslått at nestleder kan ha en tilretteleggerfunksjon. På den måten vil han/hun være en del av ledelsen samtidig med prosjektarbeid og arbeid med pasienter. Det er viktig å ha kontakt med pasienter, behandlere og ledelse for å få et helhetlig bilde av hvordan avdelingen fungerer. I tillegg er det avgjørende at hele teamet trekkes med før beslutninger fattes. Videre er det viktig å tydeliggjøre hva som er forslag og hva som er beslutninger. Det er fort gjort å bli sittende fast i alle gode forslag, uten at noe blir bestemt.

## **4.0. Frognenheten: Bedret oppfølging av klientene**

### ***4.1. Beskrivelse av Frognenheten***

Frognenheten er en heldøgnsinstitusjon med plass til 6 kvinner med alkohol og / eller medikamentavhengighet. Kvinner som har erkjent et avhengighetsproblem og som er motivert for forandring, søkes inn via kommunens sosialtjeneste (ofte ruskonsulent), fastlege eller sosialmedisinsk poliklinikk. Frognenheten tilbyr 8 ukers gruppe- eller individuelt opphold med muligheter for forlengelse etter individuell vurdering. Institusjonsoppholdet er ment å være en del av en behandlingsskjede som bygger på lokalbaserte tiltak. Det forutsettes at kvinnen har en poliklinisk kontakt som følger opp etter oppholdet.

Mål med behandlingen er:

- å oppnå fravær av avhengighet eller minsket grad av avhengighet.
- å gi økt bevissthet om avhengighetsmønsteret, og å finne mestringsstrategier - alternative handlinger til rus
- å øke livskvalitet

Behandlingstilbudet inneholder ulike gruppeaktiviteter: Morgenmøter, helgeplanlegging, helgeoppsummering, ruskartlegging, gruppeterapi, billedterapi, samarbeidsprosjekt, medisinsk informasjon, forming, utflukter og fysisk aktivitet. Samt kvinnefelleskap, individualsamtaler, samarbeidsmøter, familiarbeid og pårørendemøte.

Institusjonen ligger i et boligfelt i utkanten av Drøbak. Enheten har 10,6 stillingshjemler: Tiltaksleder og nestleder (psykologer), ½ sekretær, 3 ½ sosialkonsulenter (psykiatrisk sykepleier og sosionomer med tilleggsutdanning) og 12 miljøterapeuter (hjelpepleiere, ufaglærte, lærer, sosionom) som jobber fra 13% -100% stilling.

#### **4.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet ved Frognenheten**

Prosjektgruppa bestod opprinnelig av tiltaksleder Jean Allégre, nestleder Hanne Ryenbakken, tilrettelegger Liv Håland. I tillegg deltok sosialkonsulent Gro Sandven, og miljøterapeutene Rita Sepajævi og Tanja Asak for å sikre bred deltakelse i prosjektet. Det var en utfordring i høst at halvparten av prosjektgruppa var nyansatte. For dem var det naturlig nok uklart hva som var forbedringer og hva som var gamle rutiner – alt var nytt for dem. På opplærings- og erfaringsdagene har vi i tillegg hatt med to tidligere brukere. En har vært med hele tiden, mens en dessverre måtte trekke seg grunnet sykdom.

Prosjektgruppa var høsten 2003 ustabil grunnet lengre sykefravær for to i gruppen. En har ikke hatt mulighet til å være med på erfaringsseminarene grunnet utdanning. Ved nyttår, halvveis i prosjektperioden, sluttet både tiltaksleder og nestleder. Vi fikk ny tiltaksleder, Susanne Riekles, og tilrettelegger ble nestleder. De øvrige i prosjektgruppen har vært stabile. Vi har vært, og er, fremdeles berørt av manglende og nye rutiner i forbindelse med overgang fra fylkeskommunen til å bli en del av Helse Øst og underlagt nytt lovverk. Disse endringene har gått ut over kontinuiteten i prosjektarbeidet.

Tilrettelegger hadde i utgangspunktet fått frigjort en dag i uka til arbeidet. Fra oktober til januar måtte tilrettelegger i tillegg overta husterapeutfunksjon, og fra januar også nestlederfunksjon. Rammene har derfor ikke vært optimale.

Prosjektgruppen har stort sett hatt møter en time hver 14. dag tilpasset både dag- og miljøpersonalets arbeidstid. Det har vært informert om prosjektarbeidet på samtlige personalmøter og på veiledning for miljøpersonalet. All informasjon har vært tilgjengelig i perm på felles personalkontor og på fellesområde på data, samt at flytskjema henger på oppslagstavle i gangen – synlig for alle.

I prosjektperioden har vi hatt fire gruppeopphold og tre mellomperioder (ukene mellom gruppene). Vi har hatt 25 kvinner innlagt i perioden – en tidligere klient var innlagt i tre uker i høst og har ikke vært med i brukerundersøkelsene.

## **4.2. Utskrivingsfasen - del 1**

Før sommeren 2003, på felles personaleseminar, fikk samtlige ansatte skriftlig (vedlegg 7).og muntlig informasjon om prosjektet med oppfordring til å komme med ideer til forbedringsområder. Det kom inn seks ulike forslag, og prosjektgruppen valgte interne kommunikasjonsrutiner. På opplæringsseminar for prosjektet mente de to tidligere brukere av Frognenheten at det var viktigere å forbedre utskrivingsfasen. Vi hadde da laget flytskjema over hele behandlingsprosessen. Videre hadde vi foretatt en brukerundersøkelse som viste at vi scoret dårligst vedrørende kvinnenenes medvirkning og plan for oppfølging etter oppholdet. Vi valgte derfor utskrivingsfasen som forbedringsområde.

### **4.2.1. Mål for utskrivingsfasen – del 1**

Med bakgrunn i resultatet fra brukerundersøkelsen (Klientintervju, GRUK; sept. 2003), diskusjoner i prosjektgruppa og refleksjoner på erfaringsseminar, satte vi følgende mål for forbedring av utskrivingsfasen:

- *Alle klientene skal ha en skriftlig plan for oppfølging FØR utskrivning fra Frognenheten.*
- *Klienten skal ha en skriftlig plan for hva hun kan gjøre ved tegn på tilbakefall.*

Hensikten med disse målene var å:

- *Forebygge tilbakefall*
- *Gi trygghet og forutsigbarhet for klienten.*
- *Skape forpliktende oppfølging.*

En skriftlig plan er mer forpliktende enn en muntlig plan både for klient og samarbeidspartnere. Planen skal være tydelig, konkret og realistisk.

### **4.2.2. Forbedring av utskrivingsfasen – del 1**

Det ble laget et flytskjema over utskrivingsfasen (vedlegg 8). Vi fikk allerede da flere ideer til forbedring. Prosjektgruppen strevde med ikke å gå for raskt til løsningene på de spørsmål og uklarheter som ble tegnet inn som skyer i flytdiagrammet. Det kom mange forslag fra resten av personalgruppa da flytskjema i stort format ble hengende tilgjengelig for alle. Vi så klart at utskrivingsfasen starter med henvisningen, og vi laget en sjekklister for hvilke opplysninger henvisningsskjema burde inneholde. Dette ble umiddelbart tatt i bruk av inntaksansvarlig. I forbindelse med overgang til Helse Øst og Aker sykehus, lot vi arbeidet med forbedring av henvisningsskjema ligge da det skal utarbeides et felles inntaksskjema for alle rusinstitusjonene i foretaket.

Husterapeutene, som koordinerer behandlingsarbeidet, ble spesielt utfordret til å begynne å jobbe med utskrivingsfasen allerede ved inntak og spesielt på samarbeidsmøtene som er halvveis i behandlingsopplegget. Miljøpersonalet ble også oppfordret til å ha mer fokus på tiden etter utskriving i de uformelle samtalene som foregår på kveldstid og i helgene. I løpet av et par gruppeopphold prøvde vi ut ulike forslag til oppfølgingsplan. Det var i utgangspunktet ikke mye nytt i det vi gjorde. Ved utskriving har det alltid vært laget en form for oppfølgingsplan, men den har vært en del av sluttrapporten som har blitt sendt kvinnene tre til fire uker etter utskriving. Nå ble det mer systematikk i arbeidet og en mal for oppfølgingsplan ble utarbeidet (vedlegg 9). Den kan tilpasses hver enkelt kvinne. Det nye er at planen er ferdig utarbeidet og gitt til kvinnene når de skrives ut. Denne planen kan også være en del av kvinnens individuelle plan.

Parallelt ble det arbeidet med hva som kan hindre tilbakefall. Vi tok utgangspunkt i Sjekkliste for varselsignaler om tilbakefall av symptomer (Sosial- og helsedirektoratets utredningsserie 2-2000 utarbeidet av GRUK). Brukerne vi hadde med i prosjektgruppen, inneliggende klienter og prosjektgruppen jobbet med denne for å tilpasse den til kvinnes virkelighet. Dette arbeidet var i fokus både i individualsamtaler med kvinnene, på samarbeidsmøter, og i flere grupper, spesielt ruskartleggingsgruppen. Vi endret opplegget for ruskartleggingsgruppen for å arbeide med varsellamper v/ tegn på tilbakefall, både i gruppen gjennom idédugnad og individuelt. Kvinnene fikk nå sin individuelle ”oppskrift” eller kriseplan på hva hun kan gjøre v/ tegn på tilbakefall (vedlegg 10).

#### **4.2.3. Resultater av forbedringer i utskrivingsfasen – del 1**

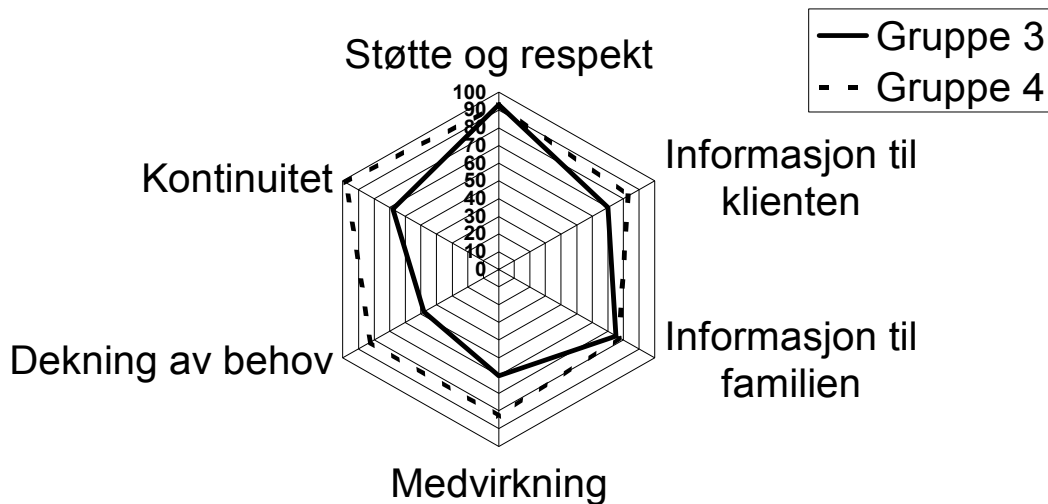
- Alle 11 kvinner skrevet ut etter vi begynte dette arbeidet har hatt en skriftlig oppfølgingsplan og en plan for å forebygge tilbakefall.

For å se om vårt arbeid med utskriving hadde påvirket klientenes tilfredshet foretok vi en ny klienttilfredshetsundersøkelse og resultatet er vist i figur 3 på neste side.

Det er en høy grad av tilfredshet generelt og en økning av fra gruppe 3 til gruppe 4 for alle dimensjoner i intervjuet. Den gjennomsnittlige tilfredsheten har økt fra 69 % til 86 %. Halvparten av kvinnene fra gruppe tre søkte seg videre til gruppe fire, og var veldig delaktige i forbedringsarbeidet ved enheten, noe som gjenspeiles i den tydelige økning i tilfredshet med medvirkning i egen behandling. Undersøkelsen bekreftet at vi var på rett vei og det er interessant å se hvordan økt fokus på ett sentralt område i behandlingen bidrar til økt tilfredshet også på andre områder.

Personalets besvarelse på de samme spørsmål som klientene fikk, var mer i samsvar med det klientene svarte for gruppe fire enn for gruppe tre. I den første undersøkelsen var kvinnene mer fornøyd med sin situasjon og med behandlerne enn det personalet trodde. Dette var en nyttig tilbakemelding til behandlerne som fikk en positiv korleksjon av hvordan de trodde klientenes tilfredshet var.





Figur 3. Klienttilfredshet i prosent ved Frognenheten, gruppe 3 og 4

- I uke 21 spurte vi de fem husterapeutene, som har gjort planarbeidet sammen med kvinnene, hvor nyttig det hadde vært å arbeide med planen for å forebygge tilbakefall og med oppfølgingsplan etter utskriving. På en skala fra 1 (ikke nyttig) til 10 (svært nyttig) var svarene henholdsvis 9 og 9.3 i snitt. Personalet opplevde dette som meget nyttig.

### 4.3. Utskrivingsfasen – del 2

I arbeidet med flytskjema for utskrivingsfasen kom det fram flere forslag om økt oppfølging fra Frognenhetens side i tiden etter utskriving. Vi valgte derfor å fortsette å forbedre utskrivingsfasen.

#### 4.3.1. Mål for utskrivingsfasen – del 2

De overordnet mål for videre jobbing med utskrivingsfasen var å

- Bidra til at oppfølgingsplanen fungerer
- Bidra til at planen for å forebygge tilbakefall fungerer
- Etablere tettere samarbeid med kvinnene og førstelinjetjenesten etter utskriving
- Evaluere måloppnåelse i forhold til kvinnens og Frognenhetens målsetting

### 4.3.2. Forbedring av utskrivingsfasen –del 2

Det ble drøftet hvordan dette kunne gjøres på en måte som ivaretok enhetens ressursbruk, kvinnenes behov for oppfølging og styrking av henvisers / 1. linjetjenestens medvirkning / oppfølging. Vi valgte etter drøftinger i personalet og prosjektgruppen å:

1. *Tilby å være med på et samarbeidsmøte etter utskrivning.* Dette skulle holdes i hjemkommunen og initiativtaker skulle være kvinnens behandler utenfor Frognenheten. Møtet skulle avtales på siste samarbeidsmøte før utskrivning.
2. *Invitere klienten til å lese sluttrapporten før utskrivning.* Dette møtet kan enten være på Frognenheten eller i hjemkommunen – avhengig av kvinnens ønske.
3. *Invitere til felles samling på Frognenheten for gruppen tre måneder etter utskrivning.* Hensikten var å finne ut hvordan oppfølgingsplanen og plan mot tilbakefall hadde fungert. Samtidig var det et forsøk på å møte tidligere klienters behov for å bli fulgt opp fra Frognenheten. Flere tidligere innlagte som benyttet seg av et dagtilbud vi hadde for noen år siden, sa at dagtilbudet var med å opprettholde rusfriheten. Det at de skulle tilbake til Frognenheten gjorde at de lot være å ruse seg, eller stoppet dagen før de skulle hit. Vi tenkte derfor at en samling med den ”gamle” gruppen kunne være en måte å ta seg inn igjen, dersom noen hadde begynt å ruse seg.

For å evaluere om kvinnene og Frognenheten nådde sine mål for behandlingen, måtte vi utarbeide en ny brukerundersøkelse. Den skulle i tillegg måle omfanget av rusmisbruket og livskvaliteten som begge sentrale i Frognenhetens hovedmålsetting (se 4.1). Vi brukte elementer fra flere ulike måleverktøy inkludert WHO's spørsmål om livskvalitet. I tillegg spør vi hvordan plan for utskrivning og plan ved tilbakefall fungerer. Vi ønsket å lage undersøkelsen enkel og nyttig både for kvinnene og Frognenheten, og foreløpig utprøving viser at vi har lykket (vedlegg 11). Denne undersøkelsen brukes nå ved innleggelse, utskrivning, og etter tre og seks måneder. Det vil gi oss mulighet til å følge kvinnenes utvikling gjennom og etter oppholdet.

Kvinnene fra gruppe 4, 2003 (5 av 6 stk.) har fylt den ut etter tre måneder. Gruppen ble invitert til en felles samling. En av kvinnene møtte, selv om fire hadde sagt de svært gjerne ville komme. Etterpå ble alle kontaktet pr. brev eller telefon og intervjuet over telefon. Dette viser at det er nødvendig å ta kontakt aktivt med klientene etter utskrivning for å få til en god oppfølging.

### 4.3.3. Resultater av forbedringer i utskrivingsfasen –del 2

Vi har foreløpig kun en gruppe som har blitt intervjuet etter utskrivelse. Denne gruppen var innlagt i 2003 mens endringene i forhold til utskrivelsesfasen ble iverksatt. Resultater fra denne gruppen er:

Gruppe 4 i 2003: fem kvinner intervjuet tre måneder etter utskrivelse:

- *Alle har fortsatt kontakt med samarbeidspartnerne utenfor Frognenheten.*

Tabell 3. Resultater av brukerundersøkelsen ved Frognenheten for gruppe 4, 2003, 3 måneder etter utskrivelse

Hvordan har oppfølgingsplanen fungert?	Meget godt 1	Godt 1	Verken godt eller dårlig 1	Dårlig 2	Meget dårlig 0
Hvordan har din plan v/ tilbakefall fungert?	0	3	0	2	0
Hvordan har samarbeidet med dine hjelpeinstanser fungert?	1	2	1	1	0
Har du nådd de målene du hadde ved innleggelse?	I stor grad 1	I ganske stor grad 1	Til en viss grad 3	Ikke i det hele tatt 0	Uaktuelt 0
Hvor ofte har du brukt rusmidler siste 4 uker?	Ikke brukt 2	< 1 gg/ uke 2	Omtrent ukentlig 0	2-3 gg/ uke 1	Daglig/ nesten dlg 0

På spørsmål om hvordan livskvaliteten er svarer 2 at den er god og 3 at den er verken god eller dårlig. For å vurdere om klientene har fått økt sin livskvalitet må vi ha mål for dette ved innleggelse og dette vil vi få fra og med gruppe 2,2004. Det samme gjelder for reduksjon av rusavhengighet. Svarene viser at en del klienter har nådd målene både i forhold til egne og Frognenhetens mål, men det gjenstår fortsatt en god del. Etter hvert som arbeidet med utskrivingsfasen og oppfølging etter utskrivningen innarbeides i hele personalgruppen, håper vi at resultatet vil bedres ytterligere.

Det vi ser er at denne brukerundersøkelsen vil kunne gi oss et bilde av hvordan det går med klientene og vil kunne fortelle om oppfølgingen etter utskrivelsen er tilfredsstillende. Ut fra å analysere svarene vil vi få verdifull kunnskap om ytterligere tiltak vi kan sette i verk for å øke utbytte av oppholdet ved Frognenheten, sett i forhold til klientenes og enhetens målsetninger.

#### 4.4. Evaluering av behandlingsoppholdet

Frognenheten har i mange år hatt et 14 siders evalueringsskjema som kvinnene har fylt ut i siste uken av gruppeoppholdet. Det har vært innsamlet mye informasjon som i varierende og usystematisk grad har vært fulgt opp. Prosjektgruppen hadde som mål å forenkle evalueringen av behandlingsoppholdet, slik at det inngikk som en del av brukerundersøkelsen (vedlegg 11). Hensikten har vært forenkling, og at det skal være nyttig for ytterligere å forbedre eksisterende tilbud. Vi har innhentet og arbeidet ut fra flere evalueringsskjema: Blant annet vårt eget, andre rusinstitusjoners og Hordaland Fylkeskommunes evaluering av rustiltak. Vi har sammenfattet mange sider og mange spørsmål til 28 spørsmål på 2 sider. Denne får vi først prøvd ut på inneværende gruppe som avslutter i juni.

#### 4.5. Læringsutbytte og veien videre

Forbedringsprosjektet har medført at

- Vi har lært et nyttig redskap / verktøy i forbedringsarbeid.
- Flere har fått innsikt i hverandres arbeidsoppgaver og i rutinene på Frognenheten.
- Miljøarbeiderne har fått mer forståelse for behandlingsprosessen.
- Flere har blitt trukket med i forbedringsarbeidet.
- Økt bevissthet rundt 1.linjetjenestens ansvar og individuell plan.
- Økt forståelse for at utskrivingsfasen begynner ved inntak.
- Generelt økt bevissthet på hva vi gjør og hensikten med det vi gjør.
- Vi har fått nyttige tilbakemeldinger fra brukerne.
- Vi har tatt brukerne med i forbedringsprosessen, som når vi har jobbet med planverktøy, brukerundersøkelse og evaluering.
- Vi har blitt mer åpne for å følge opp kvinnene etter utskriving ved at vi tilbyr å delta på et samarbeidsmøte ca. 4 uker etter utskriving.
- Brukerundersøkelsene er til hjelp for å kvalitetssikre behandlingsopplegget. Vi vil kunne måle resultater av den jobben vi og kvinnene gjør.
  
- *Bieffekter:* Inntaksarbeidet er forbedret. Søkerne får nå en telefon når vi har mottatt søknaden, slik at de får en kontakt med enheten og får informasjon om saksgangen. Det har blitt økt fokus på forbedringer generelt (rutinepermene er ajourført - felles innsats på personaldag) og vi er i gang med å lage sjekklister for flere av rutinene for å sikre at disse følges.

Frognenheten har fått verktøy til å kunne arbeide videre med forbedringer. Vi har jobbet med konkrete forbedringer som kommer kvinnene vi jobber med til gode. Det foreligger oppdaterte flytskjema både på behandlingsprosessen og på utskrivingsfasen. Arbeidet vi har satt i gang krever at vi fortsetter. Vi har satt i gang et evalueringsarbeid som vi har forpliktet oss til å følge opp. Dette har ledelsen tatt til etterretning og arbeidet vil bli prioritert.

Evalueringsarbeidet danner grunnlag for en lenge etterlengtet etterundersøkelse om nytten av behandlingsoppholdet på Frognenheten. Kanskje kan denne rapporten føre til at en forsker / student blir tent på å gjøre et evalueringsarbeid for oss. Det hadde vært nyttig å få noen utenfor Folloklinikkenes rustiltak til å evaluere virksomheten.

Vi ønsker å fortsette forbedringsarbeidet på Frognenheten i Søren Kierkegaard's ånd:

Alt som er nytt og fremmed  
er gjerne skremmende,  
men hvis vi oppsøker det ukjente,  
vil vi lære noe  
og verden vil åpne seg for oss.

## **5.0. Åsenheten: Følges behandlingsprogrammet og hva fører det til?**

### ***5.1. Beskrivelse av Åsenheten***

Åsenheten er en avrusings- og behandlingstilstand for rusmisbrukere med Follo som hovedopptaksområde. Fram til 01.08.03 hadde Åsenheten seks plasser, hvorav tre var øremerket avrusing og tre til bestilte opphold med innsøking fra kommuner og helseforetak. Avrusing og utredning/behandling ble da drevet innenfor samme lokaler. I august 2003 ble avrusingsenheten skilt ut som egen enhet med tre plasser og startet sin virksomhet i nyoppussede lokaler i underetasjen på Åsenheten. En måned senere ble motivasjons- og endringsenheten åpnet; en korttidsbehandlingstilstand med seks plasser hvor rusmisbrukere mellom 18 og 30 år er prioritert.

Målsetting for behandlingen er å bistå klienten i å avslutte eller redusere sitt bruk av rusmidler gjennom:

- 1) bevisstgjøring og avklaring av sitt forhold til rusmidler
- 2) vurdering av klientens psykiske helse og utredning av behandlingsbehov
- 3) bedret sosial kompetanse gjennom trening og tilbakemeldinger på sosiale og praktiske ferdigheter.

Åsenhetens ansatte har arbeidsoppgaver i begge enhetene, og per i dag er det 15 årsverk knyttet til virksomheten i en heldøgnssturnus, fordelt på 32 ansatte. Blant de ansatte finnes barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, psykiatriske sykepleiere, psykolog og tilsynslege.

#### **5.1.1. Organisering av forbedringsarbeidet.**

Oppstarten av prosjektet skjedde samtidig med deling av Åsenheten i to virksomheter. I august 2003 startet en separat avrusningsenhet og i september 2003 ble *Enhet for motivasjons- og endringsarbeid (EME)* etablert.

Det meste av tiden har prosjektgruppa bestått av tiltaksleder Tore Sørensen, psykolog Silvia Bolivar Olsen, sosialkonsulent Anne Glørud, sykepleier Hedlay Hopland og tilrettelegger Kari Bakke Larring. Når det ble avklart at prosjektet skulle konsentreres om EME, gikk nestleder, som leder avrusingsenheten, ut av prosjektgruppa. Skifte av tiltaksleder skjedde i november 2003. Samtidig gikk miljøterapeuten ut av prosjektgruppa, og to nye miljøterapeuter kom inn i stedet. Såpass store utskiftninger i prosjektgruppa, kombinert med oppstart av ny behandlingstilstand, har gått utover kontinuitet og produktivitet i arbeidet. Mye endrings- og forbedringsarbeid var imidlertid igangsatt før dette prosjektet startet. Det har også gjennom prosjektperioden utgjort tyngdepunktet i endringene ved Åsenheten. Utviklings- og kvalitetsarbeid på mange andre områder har pågått parallelt med prosessforbedringsprosjektet. Eksempelvis ble det utarbeidet brukertilfredshetsundersøkelse, tilfredshetsundersøkelse for personalet og forbedring av brosjyre for Åsenheten.

EME var nystartet og personalet hadde mye å sette seg inn i av rutiner og arbeidsoppgaver. Tilrettelegger, som i det meste av prosjektperioden også var prosjektleder for EME, har ikke kunnet bruke hele den øremerkede tiden (20 % stilling) på prosessforbedringsarbeidet. Det var også vanskelig å få til regelmessige møter i prosjektgruppa grunnet fravær av ulike

årsaker. Utfordringen var fremfor alt å tilpasse tempoet i prosjektet til det hele prosjektgruppa kunne følge med på.

## **5.2. Behandlingsprogrammet ved EME.**

I forbindelse med oppstart av EME ble det etablert ny faglig tenkning på noen områder, nye rutiner og nye forventninger til klientene om aktiv deltakelse i sin egen behandling. Da avrusingsenheten videreførte den virksomheten som hadde vært drevet over mange år, ble det bestemt at prosjektet skulle konsentreres om EME. Planleggingsfasen av EME var tilbakelagt, og hovedutfordringene på det tidspunktet prosjektet ble introdusert, bestod i å realisere det som var planlagt. Etter å ha drøftet forbedringsområder, både i prosjektgruppa og i et personalmøte, valgte vi å fokusere på behandlingsprogrammet for EME.

### **5.2.1.Mål for prosessforbedring av behandlingsprogrammet ved EME**

Etter drøftinger i prosjektgruppen, veiledning fra GRUK og tilbakemeldinger på erfaringsseminar, ble følgende hovedmålsetting nedfelt:

- *Følger vi behandlingsprogrammet*
- *Hva er resultatet av behandlingsprogrammet?*

Vi ønsker at behandlingsprogrammet skal kjennetegnes ved:

1. *God faglig standard gjennom:*
  - Felles forståelse av behandlingsprogrammet
  - Bevisstgjøring på hva vi gjør og hensikten med det
  - Tydeliggjøring av ansvar og oppgaver
2. *God ressursutnyttelse gjennom:*
  - Bruk av ressursene på det som er virksomt
  - Synliggjøring av resultatet av behandlingen
3. *Aktiv klientmedvirkning i egen behandling.*

### **5.2.2.Gjennomføring av endringer med behandlingsprogrammet**

Det ble tegnet flytskjemaer for hovedprosessen for begge enhetene. Da det ble besluttet at prosjektet skulle ta for seg EME, ble det tegnet et nytt flytskjema for denne enheten (vedlegg 12). Skjemaet har bidratt til å tydeliggjøre innhold og målsetting med de enkelte behandlingselementene og sammenhengen mellom dem.

Forut for åpning av enheten var det arbeidet med en miljøterapeutisk plattform, samt oppgavefordeling mellom psykolog og behandlere. Oppgavefordelingen og innholdet i oppgavene var nedtegnet i Prosedyrehåndbok og Ressursperm for behandlere. Da behandler- og psykologoppgavene var klart definert, konsentrerte prosjektgruppa seg først om disse. På bakgrunn av flytskjema og prosedyrehåndboken, ble det utarbeidet en sjekklister for behandlingsprogrammet (vedlegg 13). Denne tydeliggjør behandleroppgavene og angir hvem som har ansvaret, samt gir mulighet for å sjekke om disse er utført.

En tilsvarende sjekkliste for miljøterapeutiske oppgaver viste seg å være vanskelig, da disse utføres hele tiden og ikke én gang i løpet av et 8 ukers behandlingsopphold. Prosjektgruppa begynte likevel en operasjonalisering av miljøterapien ved å utdype hva den består i og hva det er ønskelig at den skal bestå i ved enheten. Her hadde vi også noe skriftlig materiale å bygge på fra et internseminar om miljøterapi, som ble avholdt i planleggingsperioden før oppstart av EME. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en oversikt over læringsmål i miljøterapien, d.v.s. områder vi ønsker å tilføre klientene læring og mestring innenfor. Videre ble det laget en oversikt over de miljøterapeutiske behandlingselementene i ukeprogrammet og personalets arbeidsoppgaver i forbindelse med disse (vedlegg 14). Denne klargjør overfor klienter og personalet hensikten og innholdet i disse behandlingselementene.

Videre ble det utarbeidet et skjema for evaluering av sosial kompetanse til bruk for klientene (vedlegg 15). Det lister opp de samme miljøterapeutiske behandlingselementene, og klienten vurderer sin sosiale fungering, i forhold til disse to ganger i løpet av behandlingsoppholdet.

Hensikten er at klienten skal:

- *blir bevisst hvordan de gjennom behandlingen kan utvikle sin sosiale kompetanse og bedre sin fungering i det daglige liv*
- *bli oppmerksom på positive endringer underveis; det de fra før mestrer og områder de trenger å mestre bedre*

Personalgruppa som helhet er forsøkt involvert på forskjellige måter. Innledningsvis ble personalet presentert for prosessforbedringsarbeid av prosjektleder Michael de Vibe. I et fag- og personalmøte høsten 2003 fikk prosjektgruppa støtte fra resten av personalet på valg av forbedringsområde. Flytskjema over behandlingsprogrammet ble hengt på møterommet med oppfordring til alle om å bidra med spørsmål og konstatering av uklarheter vedr. behandlingsprogrammet. I perioder med framdrift i arbeidet, gikk referater fra prosjektgruppemøtene ut til alle ansatte. Det var også planlagt å jobbe med prosessforbedring i personalgruppa i totalt fire personalfora i løpet av perioden, som alle ble avlyst på grunn av arbeidspress, sykmeldinger og annet fravær. Prosjektgruppa har distribuert to skriv til personalgruppa for å presentere det gruppa har utviklet og få respons på om det er nyttig, om endringer kan gjøres o.s.v. Det kom ingen respons på disse.

Sjekklisten har blitt gjennomgått med psykolog og behandlere ved flere anledninger. Den ble revidert etter første gruppopphold i et behandlermøte, og resultatene av den ble gjennomgått og drøftet i personalgruppa både etter første og annet gruppeopphold. Det er vårt inntrykk at sjekklisten er godt kjent og innarbeidet blant behandlere og psykolog.

### **5.2.3.Følges behandlingsprogrammet? Resultater**

Sjekklisten for behandlingsprogrammet er anvendt og dataene oppsummert fra de to første gruppeoppholdene. De viser at behandlingsprogrammet blir utført i stor grad slik det er beskrevet. Det er høy score ved begge gruppeoppholdene, og høyest for det siste oppholdet. Svarene ligger her på et gjennomsnitt på 9,5 av 12 mulige (tilsvarer *en programoppfyllelse på 79 %*).

Resultater som skiller seg ut er:

- Plan for oppfølging etter utskrivelse er utarbeidet for alle klienter, selv om slik plan ikke har kommet inn i rutinene eller behandlernes oppgavebeskrivelse ennå.
- Det er satt mål i behandlingskontrakten relatert til sosial fungering kun for to klienter.

Fokus på behandlingsprogrammet og effekten av det har ført til at utskrivingsplan ble vurdert som viktig og dette vil nå bli innarbeidet i vårt behandlingsprogram.

Klientens sosiale fungering har vært i fokus i samarbeidet mellom klient og behandler, men bruk av behandlingskontrakt og formulering av behandlingsmål er imidlertid nytt, og personale så vel som klienter trenger trening i å gjøre dette.

At arbeidet med sosial kompetanse er vanskelig både for klienter og ansatte, peker på nødvendigheten av å styrke det. Det er nå gjort gjennom å utarbeide skjema for evaluering av sosial kompetanse til bruk for klientene (vedlegg 15) og oversikt over miljøoppgaver til orientering både for personale og klienter (vedlegg 14).

Bruk av evalueringsskjema for sosial kompetanse vil også styrke bruken av behandlingskontrakten som inngås med klienten, da områder med lav fungering kan formuleres som mål i behandlingskontrakten. Dette vil være med å sikre at det blir jobbet spesielt med disse områdene under oppholdet

Oversikten over miljøterapi oppgaver antas å være klargjørende og nyttig for personalet, både de som utgjør "kjernegruppen" i personalet med 80-100 % stillinger og kanskje enda mer for dem som har små prosentstillinger og ekstravakter. Det er krevende for disse å holde seg oppdatert m.h.t. metoder og prosedyrer.

Det ble foretatt en evaluering av hvor nyttig hver enkelt behandler fant verktøyene som var utarbeidet der og svarene er vist i tabellen under.

Tabell 4. Medarbeideres vurdering av nytteverdien av utarbeidede skjema

<b>Skjema for behandlingsprogrammet ved Åsenheten</b>	<b>Nytteverdi 1 (minst nytte) til 10 (mest nytte) vurdert av behandlerne</b>	<b>Spredning</b>
Sjekkliste for behandlingsprogrammet	9	7-10
Evaluering av sosial kompetanse	9.3	8-10
Oversikt over miljøterapi oppgaver	9.3	8-10

Sjekklisten ble oppfattet som et godt arbeidsredskap som klargjorde arbeidsoppgavene, og den ble brukt som en huskeliste underveis i oppholdet for å sikre at alle oppgaver ble utført.

Oversikten over miljøterapi oppgaver hjalp personalet og klientene til å ha fokus på miljøterapien og synliggjør overfor klientene hvilke betydning dette tillegges i oppholdet på EME.

### **5.3. Evaluering av behandlingen**

Vi valgte både å se på i hvilken grad klientene og EME når sine mål. I forhold til klientenes måloppnåelse har prosjektgruppas ønsket å:

- *Synliggjøre endring hos klienten underveis i behandlingen*
- *Evaluere hvor vidt de individuelle målene nås i løpet av oppholdet*



I forhold til målene for EME har vi ønsket å:

- *Evaluere om klientene har bedret sin fungering både psykisk, sosialt og i forhold til rus etter avsluttet opphold og om endringene holder seg over tid*

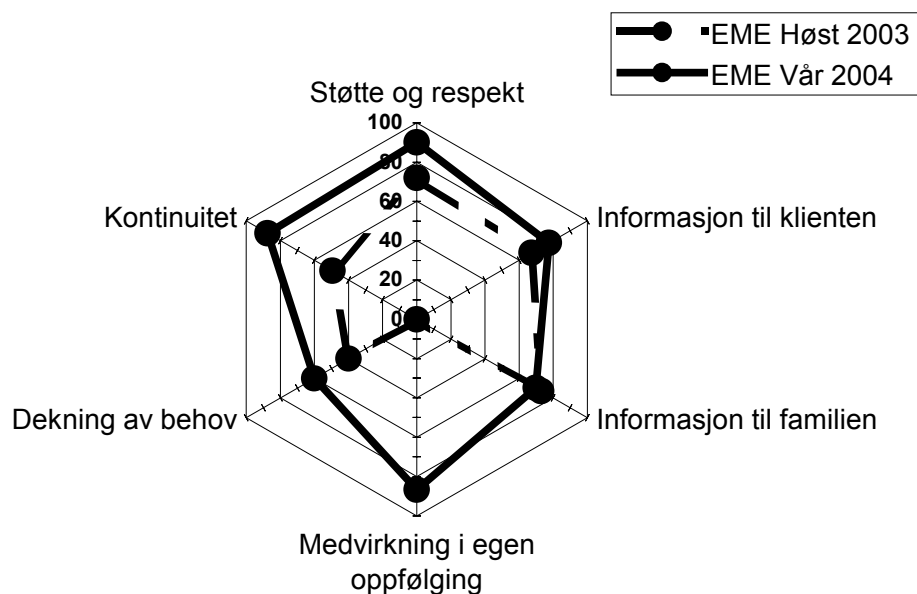
Som første ledd i å vurdere resultatet av behandlingsoppholdet gjennomførte vi i september 2003 (gruppeopphold 1) måling av klienttilfredshet ut fra et skjema som GRUK hadde utviklet. Dette ble også gjort for å avdekke viktige forbedringsområder. Det ble gjentatt for gruppeopphold 2 for å se hvordan gjennomførte endringer ble opplevd av klientene. Denne klienttilfredshetsundersøkelsen kom i tillegg til brukerundersøkelsen som Åsenheten selv hadde utviklet og som ble prøvet ut i første gruppeopphold.

Videre ble behandlingsprogrammet gjennomgått med tanke på evaluering av behandlingsresultatet, og det førte til følgende endringer:

- *Midtveis- og sluttevalueringssmøte med psykolog, behandler og klient, i forkant av midtveis- og sluttevaluering med samarbeidspartnere.*  
Hensikten med møtet er å synliggjøre endring og justere behandlingsmål. I møtet evalueres og skaleres klientenes mål i behandlingskontrakten. Hittil har en slik evaluering bare funnet sted i forbindelse med sluttevaluering.  
Endringen iverksettes fra gruppeopphold 3 i perioden 14.04-09.06.04.  
Ansvarlig er psykologen som også legger inn en oppsummering av evalueringen på rusdata (ev med hjelp av sekretæren).
- *Klientene får utlevert både skjema for "Evaluering av sosial kompetanse" og "Miljøterapeutiske oppgaver" i uke 2.*  
Hensikten er å gi forutsigbarhet og forpliktelse for klientene gjennom å vite hvilke oppgaver personalet har i forhold til sosial fungering i behandlingsprogrammet og hvordan sosial kompetanse vil bli evaluert. Ansvarlig er behandler.
- *Sosial kompetanse evalueres i uke 2 og 4.*  
Utfordringene for den enkelte klient, og hva klienten mestrer eller ikke mestrer, utdypes i samtale med behandler i forbindelse med utfylling av skjemaet.  
Gjennomgangen tydeliggjør den enkelte klients utfordringer og gjør at evalueringen blir tydelig både for klient og personale. Behandlingselementene som gis lav score av klienten, skal formuleres som egne mål i behandlingskontrakten.  
Ansvarlig er behandler.
- *Klientene inviteres til en samling 3 og 6 måneder etter gruppeoppholdet.*  
Hovedhensikten er å se på resultatene av behandlingen, men også å fange opp de som har falt ut av en planlagt oppfølging.  
I tillegg til gruppesamtaler og individuelle samtaler brukes en etterundersøkelse for å gi svar på om klienten har bedret sin rusmestring, sin sosiale fungeringsevne, og sin utvikling i forhold til individuelle mål, og om endringene holder seg etter utskrivelse. Undersøkelsen utarbeides våren og sommeren 2004 på grunnlag av tilsvarende undersøkelse fra Frogneheten og vil bli innført fra juni 2004.  
Ansvarlig er tiltaksleder.

### 5.3.1. Resultater av behandlingen

Resultatene fra intervjuer med to grupper klienter er vist i figur 4.



Figur 4. Klienttilfredshet ved Åsenheten for gruppe 1-høsten 2003 og gruppe 2-våren 2004

Resultatene viser at klientene er noe mer fornøyd med tilbudet i andre gruppeopphold enn i det første. En variabel medvirkning i egen oppfølging etter utskrivelse, ble utelatt i første gruppeopphold, da skjemaene ble besvart relativt tidlig i oppholdet. Her kan vi derfor ikke sammenligne med første gruppeopphold.

Undersøkelsene gav en tilbakemelding om at enheten hadde utviklet et tilbud som klientene var noenlunde tilfreds med, og tilfredsheten økte fra gruppeopphold 1 til 2. Resultatene av enhetens egen brukerundersøkelse, som tidligere var utviklet, bekrefter dette. Den ble gjennomført under gruppeopphold 1 og klienttilfredsheten for 5 variabler (informasjon til klient, behandlingsprogrammet, samarbeid og medbestemmelse, personalet og miljøet) var i gjennomsnitt 2,9 (72.5 %) på en skala fra 1 til 4.

Klientene har i gruppeopphold 1 og 2 evaluert sine individuelle behandlingsmål mot avslutning av oppholdet. Fra gruppeopphold 3 (14.04-09.06.04) skal slik scoring gjøres både i forkant av midtveis- og sluttevaluering. Scoringene har variert noe. Hovedinntrykket er at scoringene gjennomgående er relativt høye, men det er foreløpig ikke gjort noen systematiske bearbeiding av disse.

Når det gjelder etterundersøkelsen etter 3 og 6 måneder skal den tas i bruk ved første ettersamling 17.06.04, der gruppen fra andre gruppeopphold er invitert.

### 5.4. Forbedring av klientmedvirkning

Å bedre klientens medvirkning i egen behandling har vært et uttalt mål fra planleggingen av EME startet i februar 2003. En av intensjonene var at klientene skulle delta i behandlingsmøtet og i planlegging av noen av aktivitetene på enheten, og det ble lagt til rette

for at de kunne komme med klager og forslag. Prosessforbedringsarbeidet har bidratt til å holde denne intensjonen levende, og ikke minst gitt nye innfallsvinkler til å ivareta den.

Under første gruppeopphold var ikke klientene deltakende i behandlingsmøtet. Dette kan ha vært et uttrykk for at det er vanskelig å snu en behandlingsskiltur som legger overveiende vekt på behandlernes vurderinger og behov for å drøfte behandlingen seg imellom. Under evalueringsdager i november 2003, som var avsatt til å evaluere første gjennomkjøring av behandlingsprogrammet, kom man fram til at man konsekvent ville invitere klienten inn i behandlingsmøtet i forbindelse med at søknad om treningsturer skulle behandles. Dette har siden blitt gjennomført.

Temagrappa, som er en undervisningsrettet gruppe med ukentlige samlinger, har i noen grad vært brukt til å involvere klientene i enhetens tenkning om hvilke områder av sosial kompetanse det er viktig å tilby klienten læring innenfor, samt å etterspørre klientenes syn på hva de trenger for å bedre sin sosiale kompetanse. Andre klientfora har vært brukt til å presentere enhetens målsetting og etterspørre om den matcher klientenes behov.

En klient har også vært involvert i forbedring av enhetens brukerundersøkelse. Intensjonen var å sjekke om spørsmålene ble oppfattet slik de er tenkt og dermed bedre spørsmålenes validitet. Klienten gjennomgikk alle spørsmålene i skjemaet, kom med kommentarer og forslag til andre formuleringer og nye spørsmål. Det var åpent for flere klienter å engasjere seg, men det ble hovedsaklig den ene som deltok.

Gjennom å sette temaet sosial kompetanse på dagsorden i noen klientfora, lyktes man i noen grad å få klientene engasjert i å mene og uttrykke egne behov og hvordan enhetens tilbud oppleves for dem. Det har imidlertid vært et relativt beskjedent omfang på denne delen av arbeidet. Det tar tid også for personalet å lære å involvere klienter på denne måten. For at det skal bli en del av vår måte å tenke og jobbe på, må det kanskje inn som en fast post i et klientforum, slik det var i ukeslutt under gruppeopphold 1.

Målet om å bedre klientens medvirkning har også nær sammenheng med resultatene av behandlingen. Skal vi forvente å få gode resultater, er det en forutsetning at klientene opplever et behov for den hjelpen som tilbys. Vi trenger som en behandlingsskiltur kontinuerlig å være i kontakt med hvordan våre metoder, tilbud og tiltak virker på dem vi ønsker å hjelpe. Virker det annerledes enn det som var intensjonen eller kanskje til og med mot sin hensikt, må metodene og programmet endres.

Klientens innspill på brukerundersøkelsen var svært nyttig. Det ble lagt mye engasjement, stolthet og glede i utførelsen av oppgavene fra klientens side. Det gav tanker om at vi her har et stort og ubrukt potensiale og at det er viktig å fange opp dette, både for klientens og vår del.

### ***5.5.Læringsutbytte og veien videre***

Læringsutbyttet har vært stort og de viktigste punktene er:

- Bedret innsikt i og oversikt over egen arbeidssituasjon. Vi har fått bekreftet at behandler- og psykologoppgaver er godt innarbeidet i personalet og blir gjennomført slik de er planlagt.
- Det er økt bevissthet på å sjekke ut klientens opplevelse og utbytte av miljøterapi og miljøterapeutiske oppgaver, samt å evaluere effekten av behandlingsskiltur

- Flytskjemaer og sjekklister har hjulpet oss til å fokusere på mål og hensikt med behandlingselementene.
- Økt fokus på oppfølging av pasientene etter utskrivelse.
- Gjennom deltakelse i læringsnettverket har vi fått del i tenkning, prosesser og produkter som har vært utviklet i de andre enhetene. Vi er også overbevist om at dialogen og treffpunktene innvirker positivt på videre samarbeid.

Viktige temaer i enhetens videre forbedringsarbeid er å supplere behandlingsprogrammet med mer innhold og struktur for klientene. Videre blir det viktig å se på møtepunktene for de ansatte, klargjøre hensikt og struktur i møtene og sørge for at møtenes innhold og hyppighet samsvarer med behovet.

Enheten vil organisere arbeidet med prosessforbedring noe annerledes enn det som har vært gjort i prosjektperioden. Man vil ha en kjernegruppe, bestående av tiltaksleder, psykolog og sekretær, som vil velge ut forbedringsområder og lede prosessen. Tiltaksleder vil utpeke to og to medarbeidere, som skal utarbeide forslag til forbedringer innenfor avgrensede områder. Fag- og personalmøter, som holdes annenhver uke og én hel dag i måneden vil bli brukt til fremlegg av forslag og videre bearbeiding av disse.

## 6.0. Evaluering av læringsnettverket

Hver av prosjektgruppene fikk tilsendt et evalueringsskjema for prosjektet og dette ble drøftet i prosjektgruppene og returnert som en samlet besvarelse fra hver enhet.

### 1. Har prosjektet hatt betydning for synet på pasientene i avdelingen? Hvis ja, på hvilken måte?

Alle enhetene svarte ja på dette og de trekker fram litt ulike elementer i arbeidet som har hatt betydning for deres syn på pasientene.

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Ved å gå gjennom prosessene våre har vi i større grad tatt på oss pasientenes ”briller”. Flaskehals og mangler i vårt system bedres og dette har stor betydning for pasientene. Pasienttilfredshetsintervjuene bidrar også til å vise oss hvor skoen trykker for pasientene. Det er tydelig at det er vanskelig å vite hvordan noe oppleves hvis vi ikke spør. Vi vet nå bedre hvordan det er å være pasient hos oss som må vente eller forholde seg til utydelige beskjeder. Vi er mer bevisst den måten vi behandler pasientene på.

#### Frogneheten:

Vi har oppnådd mer helhetlig tenkning og oversikt. Det har bidratt til et tydeligere fokus på utskrivingsfasen under oppholdet, og vi har fått mer fokus på effekten av behandlingen.

#### Åsenheten:

Det har satt søkelys på kvalitet og hvordan den kan sikres, blant annet at vi ikke bare skal gi hjelp, men må sikre at klienten ikke blir påført skade som et resultat av behandlingen. Det har bevisstgjort oss på at det er klientene alt dreier seg om; derfor skal de være en del av det utviklingsarbeid vi driver. – En enkel sannhet som lett blir tonet ned når det kommer til praksis.

### 2. Har prosjektet hatt betydning for det tverrfaglige samarbeidet? Hvis ja, på hvilken måte?

Alle enhetene svarer ja og gir følgende begrunnelser:

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Samarbeidet har vært godt i prosjektgruppa, og den har vært tverrfaglig. Videre har det vært viktig å ha sekretæren med i prosjektgruppa. Hun er den første som er i kontakt med pasientene, og hun holder i en del rutiner rundt pasientene. Det er viktig at hun er oppdatert i forhold til det vi andre tenker. Erfaringsseminarene har dessuten vært en god arena for å få alle i enheten på banen.

#### Frogneheten:

Større bevissthet og forståelse av betydningen av tverrfaglig samarbeid. Mer bevisst på førstelinjens og samarbeidspartneres ansvar for oppfølging. Vi ser nytten av å stille på samarbeidsmøte med klient og førstelinjen 4-6 uker etter utskriving.

#### Åsenheten:

Ja, både internt på Åsenheten, internt i RUT og for samarbeid eksternt. I prosjektgruppa er det per i dag 1 psykolog, 1 barnevernspedagog, 1 sosionom og 1 sykepleier. Det styrker

samarbeidet å møtes rundt et felles fokus og lære et felles verktøy. Prosjektet har bidratt til at vi har blitt bedre kjent med de andre enhetene i RUT og ikke minst blitt kjent med flere ansikter. Å kjenne de andres problemstillinger og hva de er opptatt av, utvider egne perspektiver og perspektivet på dem vi samarbeider med, og det bidrar derfor positivt til samarbeidet.

Fokuset på individuell plan har vært med å understreke viktigheten av å knytte klienten opp mot et nettverk av tiltak som vil være nødvendig for kontinuitet i behandlingen og for behandlingsresultatet. Dette er spesielt viktig for oss fordi vi driver korttidsbehandling.

### **3. Har prosjektet hatt betydning for hvordan avdelingen blir ledet? Hvis ja, på hvilken måte?**

To av enhetene svarer ja, mens en enhet svarer nei.

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Økt tydelighet i rutiner, struktur og ansvarsområder gjør det lettere å lede enheten. Vi har hatt lederskifte underveis i prosessen. Vår nye leder opplever at prosjektet er positivt fordi det blir ryddigere prosesser og tydelig ansvarsfordeling. Ellers er det ønske fra medarbeidere at ledelsen orienterer de ansatte tidlig i forhold til for eksempel ansettelse av nye personer.

#### Frogneheten:

Nei, men det har vært viktig for prosjektet at ledelsen har deltatt i prosjektet hele tiden, og at ledelsen har vært tydelig på å understreke viktigheten av temaer prosjektet har valgt.

#### Åsenheten:

For nåværende tiltaksleder har det vist hva man skal ha fokus på og hvor det er behov for avklaringer. Metoden kan tas i bruk som et ledelsesverktøy.

### **4. Har prosjektet hatt betydning for miljøet i avdelingen? Hvis ja, på hvilken måte?**

Alle enhetene svarer bekreftende på dette.

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Vi har fått frigjort noe tid og fått en mindre slitsom hverdag. Erfaringsseminarene og andre felles møtepunkter for prosjektet har vært gode for å kunne snakke om hvordan vi vil ha det, hva vi er fornøyd med, hva vi er mindre fornøyd med. Det har vært en mulighet for alle til å komme med forslag og meninger.

#### Frogneheten:

Miljøet består av behandlere som jobber dagtid og miljøterapeuter som jobber kveld, natt og helger. Miljøterapeutene har blitt trukket mer med i behandlingsarbeidet, og det har økt forståelsen for behandlingen av klientene. Vi har fått større innsikt i hverandres oppgaver. Vi har fått bedre tilbakemeldinger fra klientene på den jobben vi gjør enn det vi selv trodde, og det var positivt for vår selvforståelse.

#### Åsenheten:

Prosjektet har hatt betydning for miljøet på enheten. Når arbeidsoppgavene blir satt i fokus og hva som forventes blir klarere, letter det samarbeidet kollegaene imellom. Prosjektgruppa

har jobbet med temaer og utarbeidet arbeidsredskaper for miljøterapi. Det har bidratt til å skjerpe fokuset på miljøet og miljøterapien og ført til økt kvalitet på klientarbeidet

### **5. Har prosjektet hatt betydning for samarbeidet med de andre avdelingene i læringsnettverket? Hvis ja, på hvilken måte?**

To av enhetene svarer ja, mens den tredje kun fremhever effekten for tilrettelegger.

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Vi har fått større innblikk i hva de holder på med på de andre avdelingene.

Muligens har Åsenheten og Frognenheten har hatt større nytte av hverandre, ettersom de er mer like. Vi skiller seg ut ved å være en poliklinikk.

#### Frognenheten:

For noen har det ikke endret seg noe særlig, da de har vært med på få felles samlinger.

Tilrettelegger har fått litt mer oversikt over hvordan de andre tiltakene jobber

#### Åsenheten:

Prosjektet har hatt betydning på den måten det er beskrevet under pkt. 2.

### **6. Aktivitetene i læringsnettverket har variert. Hvordan vurderer dere nytten av disse ulike fora i prosjektet?**

Tabell 5. Nyttene av ulike aktiviteter i læringsnettverket (1= ingen nytte, 5=stor nytte)

<i>Aktiviteter i læringsnettverket</i>	<i>Sosialmedisinsk Poliklinikk</i>	<i>Frognenheten</i>	<i>Åsenheten</i>
Erfaringsseminar	5	4	5
Veiledning av tilrettelegger	5	3	4
Veiledning av prosjektgruppa	4	4	5
Veiledning av hele enheten	5	Ikke mottatt	Ikke mottatt

Det er uttrykt stor nytte av alle aktivitetene. Veiledning til hele enheten har ikke latt seg gjøre på Frognenheten og Åsenheten på grunn av presset personalsituasjon. Vi har god erfaring med dette fra andre læringsnettverk .

### **7. Har dere lært det dere trenger for å bruke individuell plan i arbeidet?**

Det har ikke blitt arbeidet spesifikt med individuell plan som forbedringsområde på noen av enhetene, men flere fra hver enhet har deltatt på 6 seminardager i løpet av året med felles opplæring i individuell plan sammen med kommunene i Follo. Videre har flere av forbedringsområdene involvert områder der individuell plan er et naturlig virkemiddel.

#### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Vi har ikke fått innarbeidet individuell plan. Men vi opplever å ha fått mer innblikk i det, og gjennom våre nye inntakrutiner, blant annet avklarende samtale, skal dette være et tema når det er aktuelt. Dette er imidlertid et fremtidig forbedringsområde, som det må jobbes mer med.

Frognenheten:

Ja, og vi har lært nytten av individuell plan. Vi er klare for å jobbe videre med det. Vi har ikke lært så mye nytt, da vi har hatt kunnskapen fra tidligere.

Åsenheten:

Prosjektgruppa svarer avkreftende på dette. Årsaken er kanskje at vi tror dette er mer komplisert enn det er. Prosjektgruppa fikk i hvert fall tilbakemelding om at behandlingskontrakten som er i bruk på enheten, innehar en fullgod disposisjon for en individuell plan.

**8. Har dere lært prosessforbedring godt nok til at dere kan fortsette på egen hånd etter prosjektets slutt?**

Det er positivt at alle enhetene føler at de har fått nok kjennskap til metoden til å fortsette å arbeide etter den, men som det fremheves, må denne kompetansen spres i enhetene.

Sosialmedisinsk poliklinikk:

Tilrettelegger har det, men at det blir viktig at de andre på avdelingen lærer seg verktøyene bedre, som flyt, excel etc. Vi har pekt ut forbedringsområder vi vil satse på fremover.

Frognenheten:

Ja.

Åsenheten:

Prosessforbedring i form av systematisk og analytisk arbeid med å synliggjøre, skape en felles forståelse av og forbedre arbeidsprosesser har vi nå fått såpass mye erfaring med at vi kan fortsette på egen hånd. Da forbedringsarbeidet har konsentrert seg mer om faglig innhold i behandlingsprogrammet enn strukturer og fora, har vi ikke fått så mye erfaring med flytskjema som verktøy.

**9. Kommer dere til å forsette med prosessforbedring? Hvis nei, hvorfor ikke? Hva skulle til for å kunne fortsette arbeidet?**

Det er gledelig at alle enhetene ønsker å arbeide videre med dette og har lagt planer for hvilke områder de ønsker å forbedre.

Sosialmedisinsk poliklinikk:

Ja, men vi må få satt av jevnlig tid til prosjektgruppemøter, og tilretteleggeren må få nok tid. Det må holdes varmt. Viktig å ha en tilrettelegger som holder i trådene. Det bør ikke være leder, men en som jobber tett opp mot leder.

Frognenheten:

Ja, men kanskje ikke i så stort omfang. Det kreves tid til å jobbe med dette. Vi kan eventuelt sette av 2-3 timer en gang per måned. Uansett er det viktig, inspirerende og positivt å ta tak i det som ikke fungerer.

Åsenheten:

Vi kommer definitivt til å fortsette med prosessforbedring om enn i en litt annen form enn innenfor prosjektperioden.



## 10. Hva er dere mest fornøyd med i læringsnettverket? Og minst fornøyd med?

Det er enighet om nytten av god veiledning og styring i prosjektet og det å samles på tvers av enhetene. Mangel på involvering av alle medarbeidere i hele prosjektperioden fremheves som noe som kunne vært bedre. Videre ville tidlig informasjon til medarbeidere før beslutning om prosjekter ble tatt ha lettet første fase i prosjektet på sosialmedisinsk poliklinikk.

### Sosialmedisinsk poliklinikk:

*Mest fornøyd med:* Det var godt å ha Michael som veileder, han er lydhør, og kommer med gode forslag. Har hjulpet mye til i forhold til å holde motivasjonen oppe og han er inspirerende og positiv. Det er også nyttig å få hjelp av ham i forhold til avklaringer. Han er veldig åpen for nye tanker, men holder allikevel fast i en rød tråd.

Det har vært nyttig med en blanding av små og store grupper hvor saker kan drøftes, og nyttig å jobbe på tvers av avdelingene og reflektere rundt hverandres praksis.

Det har også vært et godt eksempel på at Internett (e-post) er nyttig i denne type arbeid.

*Minst fornøyd med:* Måten prosjektet ble introdusert for oss på. Det var allerede vedtatt når vi ble kjent med det. Vi trodde vi skulle høre om arbeid med individuell plan. I virkeligheten var det et prosessforbedringsprosjekt som involverte mye ressurser. Dette førte til at det var motstand mot prosjektet i utgangspunktet. Det førte også til at det å velge tilrettelegger var vanskelig.

Det har noen ganger vært slitsomt å høre så mye fra de andre prosjektgruppene, og fra de andre tilretteleggerne. Har for mye tid gått bort til dette? Det har nok noe med at arbeidet ved Ås og Frogn ikke kjennes så relevant ut for oss.

### Frogneheten:

*Mest fornøyd med:* Bra at det er lederstyrt fra toppen, og at så mange er trukket med i arbeidet. Er mest fornøyd med erfaringsseminar dagene. Samarbeidet med kollegaer og brukere har vært inspirerende og vi er spesielt fornøyd med at vi har hatt med brukere i gruppa. Lært metoden / verktøyet. Veldig fornøyd med tema som er valgt. Prosjektgruppa er fornøyd med tilrettelegger som har hatt oversikten og trukket med de andre

*Minst fornøyd med:* Det har vært en utfordring å henge med og være nok informert om arbeidet vi driver med. Om jeg ikke er nok til stede og vet nok om det, gir det mindre mening. Det er en utfordring å få med flest mulig i prosessen. Vanskelig med kontinuiteten, en fra miljøet og tilrettelegger har vært med hele tiden, ellers har to av prosjektgruppens medlemmer vært sykmeldt (5 uker og 3 måneder). Begge lederne sluttet i januar. Vi har fått til mye likevel.

### Åsenheten:

*Mest fornøyd med:* Erfaringsutveksling med andre enheter innenfor RUT, som har gitt nye ideer, læringsutbytte og enda bedre grobunn for samarbeid. Gode faglige diskusjoner internt.

*Minst fornøyd med:* Ingen tilføyelser

## **11. Er det annet dere har på hjertet?**

### Sosialmedisinsk poliklinikk:

Fra prosjektgruppa meldes det at tilretteleggere har gjort en kjempe jobb.

### Frognenheten:

Michael de Vibe har vært en viktig suksessfaktor i arbeidet. Han har vært en hyggelig og konstruktiv pådriver. Ikke bare veileder, men også en som er konkret. Eksempel: På et erfaringsseminar laget han et nytt stjernediagram 2 min. før tilrettelegger skulle legge fram. Michael har ivaretatt prosessen. Flott med bærbare PC'er – muliggjør jobben på flere måter. Kunne vært bedre om den hadde hatt Internett-tilgang. Tungvint med disketter. Det har vært tungt med nytilsatte i prosessen. De vet ikke hva som er forbedring og hva som er "nytt".

### Åsenheten:

Vi har satt stor pris på det store engasjementet og den oppfølging vi har fått fra Michael de Vibe!

## 7.0. Konklusjoner og anbefalinger for veien videre

### 7.1. Konklusjoner

Hovedmålet i prosjektet var å utvikle og forbedre arbeidsprosessene i rusenhetene for å bedre tjenestekvaliteten for pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og befolkningen i Follo. Dette målet er nådd på mange områder. Alle enhetene har tatt for seg sentrale arbeidsprosesser og forbedret disse med positiv effekt på alle dimensjoner av kvalitetsstjernen; faglig kvalitet, brukertilfredshet, kontinuitet og tilgjengelighet, ressursutnyttelse og skader og feil.

Det er oppnådd betydelige resultater i forhold til delmålene i prosjektet, og dette står det respekt av i en tid med store forandringer og stor usikkerhet i rusfeltet.

Konklusjoner i forhold til delmålene er som følger:

#### 1. Synliggjøring av dagens praksis i klientbehandlingen.

Alle enhetene har ved flytdiagrammer og utvikling av behandlingsprogrammer og sjekklister kartlagt sine hovedprosesser og synliggjort dagens praksis.

2. Tydeliggjøre og samordne arbeidet i rusenhetene med øvrige tilbud for å oppnå kontinuitet og helhetlig tjenestenettverk for pasientene.

Sosialmedisinsk poliklinikk har bedret sin informasjon til pasienter og henvisere gjennom ny brosjyre og informasjonsbrev til pasienter med informasjon om tilbudet i kommuner og rustiltakene. Frogneheten har forlenget sin oppfølging og samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere etter utskrivelse. Videre har de laget og implementert skriftlig plan for oppfølging og plan for å forebygge tilbakefall etter utskrivelse. Åsenheten har på samme måte startet å følge opp pasientene etter utskrivelse for å fange opp dem som ikke får oppfølging, og har forsterket evaluering av individuelle behandlingsmål underveis i oppholdet.

#### 3. Bedre brukermedvirkning.

Alle enhetene har intervjuet pasientene om deres opplevelse av tjenestetilbudet og dette har vært bestemmende for valg av forbedringsområder. Både Åsenheten og Frogneheten har intervjuet pasientene igjen etter innførte endringer og har vist at det har økt pasienttilfredsheten. I tillegg har Frogneheten hatt med seg brukere i hele prosjektperioden og disse har kommet med verdifulle innspill til forbedringsarbeidet. Både Åsenheten og Frogneheten har brukt inneliggende pasienter aktivt under utarbeiding av verktøy for å bedre tjenestekvaliteten, så som plan for å forebygge tilbakefall og skjema for å vurdere pasientenes sosiale fungering. Begge enheter opplever dette som svært nyttig og klienttilfredsheten har økt.

#### 4. Bedre kunnskap om kvalitetsutvikling gjennom prosessforbedring.

Alle enhetene har i løpet av året lært seg metoden og vil videreføre denne. De har alle på minst to tjenesteområder gått gjennom hele forbedrings sirkelen med synliggjøring av dagens praksis, valg av forbedringsområde, utvikling av mål og måleverktøy for forbedring, gjennomføring av forbedringen og evaluering av denne i forhold til de mål som er satt. Både Frogneheten og Åsenheten har utviklet måleverktøy for å vurdere effekten av behandlingen i forhold til pasientenes og enhetens målsetting og disse er allerede tatt i bruk.

#### 5. Bedre kunnskap og erfaring med bruk av individuelle planer (IP).

Gjennom felles seminar dager med ansatte i kommunene har alle enhetene fått opplæring i individuelle planer. Sosialmedisinsk poliklinikk etterspør nå individuell plan i den avklarende samtalen med klienten før behandling starter, og ønsker å arbeide videre med IP som forbedringsområde. Frognenheten har laget en oppfølgingsplan som kan være en del av eller hele den IP til pasienten, og det samme gjelder behandlingskontrakten som Åsenheten bruker. Begge enheter arbeider med IP i samarbeidsmøtene med kommunen, og Frognenheten etterspør IP når kvinner henvises til opphold der.

#### *6. Bedring av arbeidslivskvalitet*

Alle enhetene har trukket medarbeiderne aktivt med i endringsarbeidet. De har vist at innførte endringer er positivt vurdert av medarbeiderne som opplever at dette arbeidet er nyttig. Sosialmedisinsk poliklinikk har vist at medarbeiderne opplever mindre slitenhet gjennom tydeliggjøring og forenkling av rutiner og bedring av struktur, rammer og innhold i møtene. Frognenheten rapporterer at fornøyde tilbakemeldinger fra pasientene øker medarbeidernes selvfølelse og stolthet.

Evalueringen av læringsnettverket er meget positiv og viser at alle enhetene mener det har hatt betydning for synet på pasientene, for det tverrfaglige samarbeidet innad i enheten, på tvers av enhetene og på arbeidsmiljøet i enhetene. To av enhetene mener det også har hatt innvirkning på ledelsen av enheten. Alle er enige om at veiledningen og oppfølgingen av prosjektleder har vært god.

To viktige suksessfaktorer for dette har vært at alle tre enhetene har hatt stabile, svært dyktige og engasjerte tilretteleggere som har båret dette arbeidet i hver sin enhet. Videre har den aktive støtte og medvirkning fra lederen for rustiltakene, Ingunn Grande, vært avgjørende for å få dette til. Lederne på hver enhet har hele tiden støttet arbeidet og verdsatt det engasjement og de innspill som medarbeidere og pasienter har kommet med, og dette har gitt rom for mye kreativitet i gruppene.

### ***7.2. Anbefalinger for veien videre***

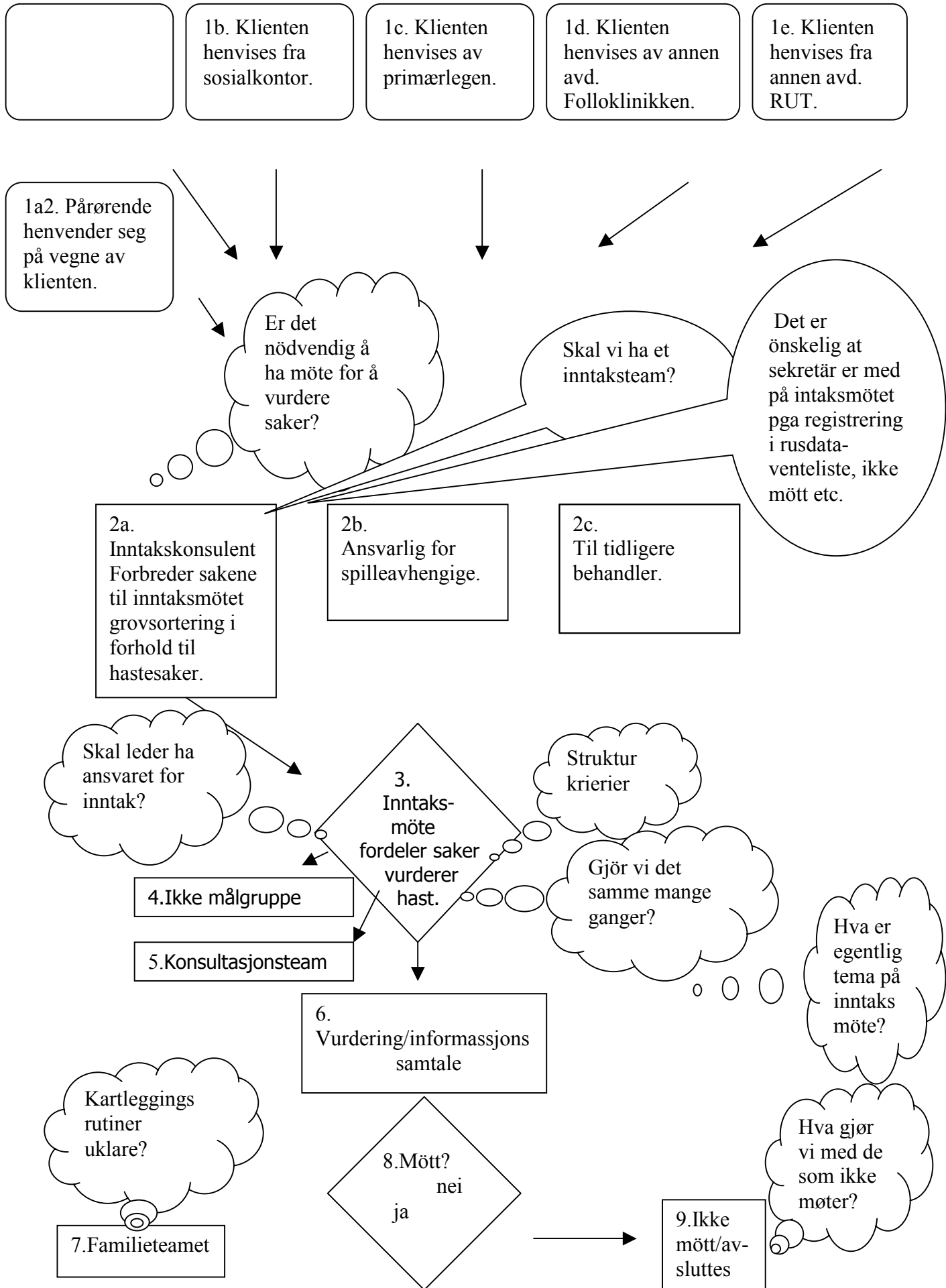
Alle enhetene ønsker å videreføre arbeidet og ledelsen har bestemt at dette skal skje. Det er viktig at det blir satt av tid og ressurser til dette, og at tilretteleggerrollen opprettholdes. Tidligere erfaringer tilsier at dette er nødvendig. Videre må ledelsen aktivt støtte og lede arbeidet. Kvalitet på tjenestene er alltid en leders viktigste ansvar og oppgave, og kvalitetsforbedring gjennom prosessforbedring er et ledelsesverktøy samtidig som det er et verktøy for å bedre tjenestekvalitet og arbeidsmiljøkvalitet.

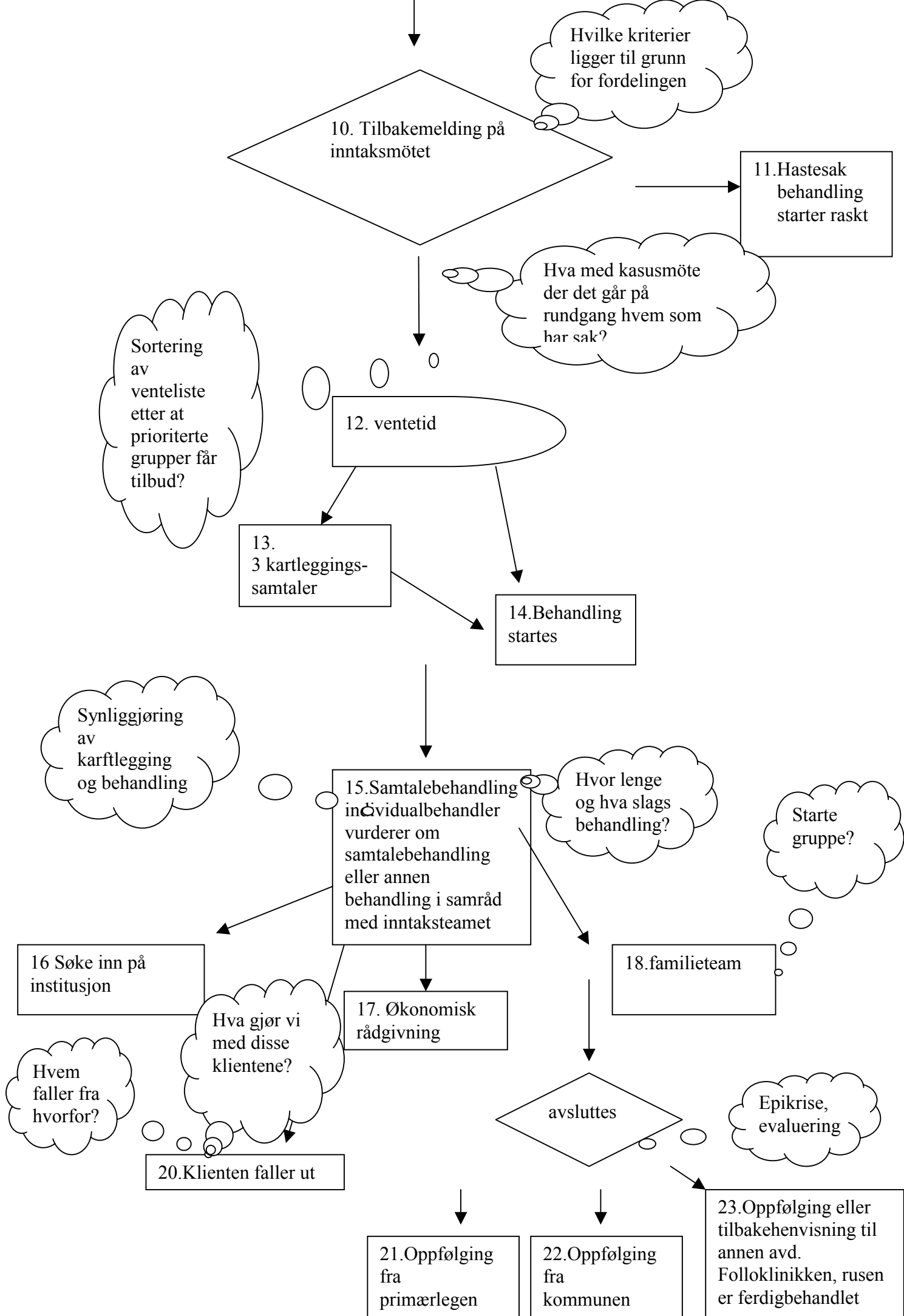
Det bør lages konkrete planer for forbedringsarbeidet for hver enhet med fremdriftsplan som innarbeides i virksomhetsplanen, og ledelsen må følge opp dette. Det hadde vært fint om det videre forbedringsarbeidet i enda større grad involverer alle medarbeidere, samarbeidspartnere utenfor enhetene og pårørende. Videre bør brukere enda sterkere med i forbedringsarbeidet. Det er alltid slik at den som har skoen på best vet hvor den trykker- og som Torill påpeker i sitt forord: Det er mange av brukerne som har mye å bidra med.

## **Vedlegg**

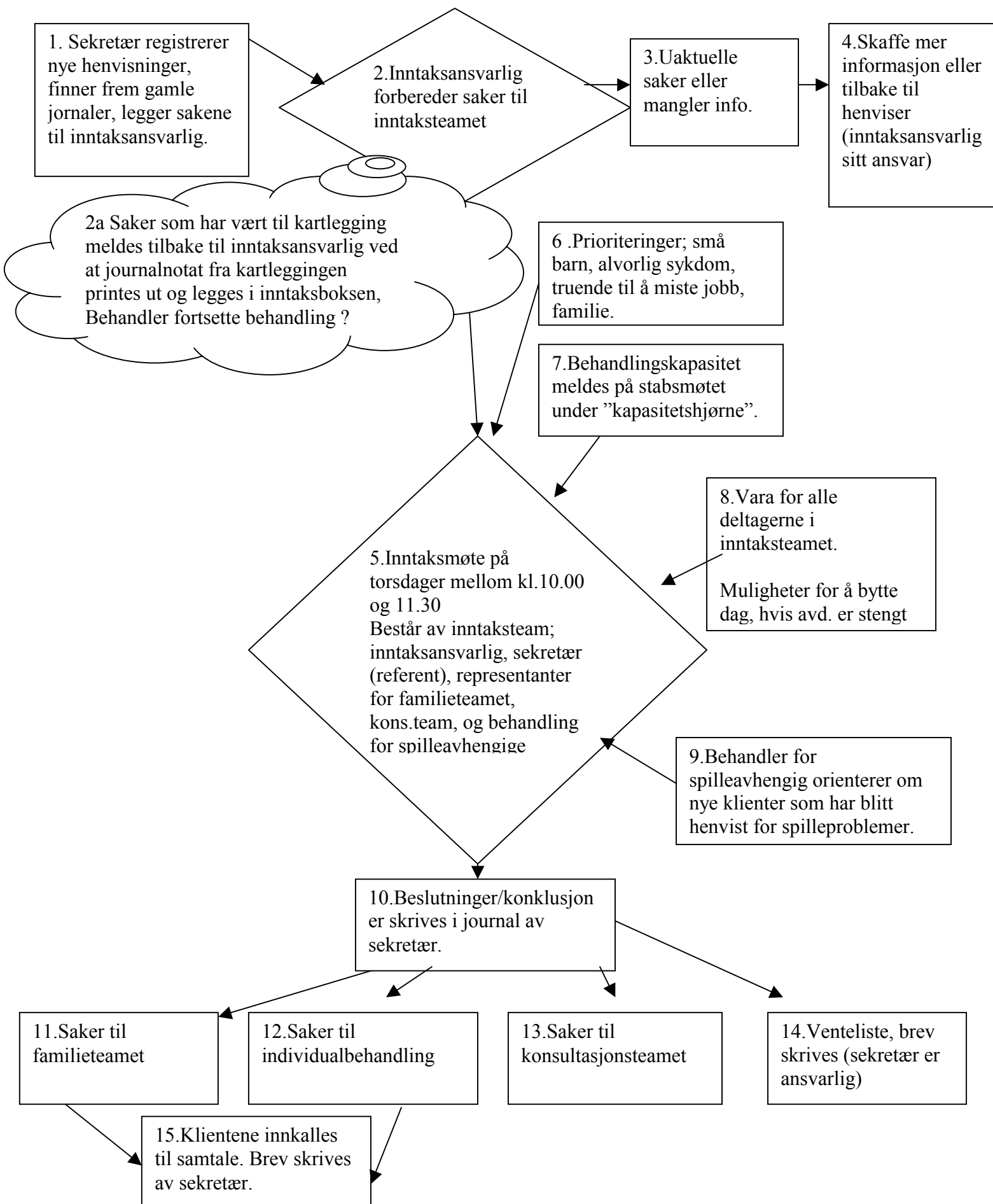
1. Hovedflytskjema for sosialmedisinsk poliklinikk
2. Inntaksflyt for sosialmedisinsk poliklinikk
3. Sjekkliste for inntaksprosedyre på sosialmedisinsk poliklinikk
4. Sjekkliste for avklarende samtale på sosialmedisinsk poliklinikk
5. Flytskjema for stabsmøte før endringer på sosialmedisinsk poliklinikk
6. Flytskjema for stabsmøte etter endringer på sosialmedisinsk poliklinikk
7. Informasjonsbrev om prosjektet til ansatte på Frognenheten
8. Flytskjema for utskrivingsfasen fra Frognenheten
9. Oppfølgingsplan etter utskriving fra Frognenheten
10. Plan for å forebygge tilbakefall etter utskriving fra Frognenheten
11. Brukerundersøkelse ved Frognenheten
12. Flytskjema for EME/Åsenheten
13. Sjekkliste for behandlingsprogram for EME/Åsenheten
14. Miljøterapeutiske arbeidsoppgaver for EME/Åsenheten
15. Evaluering av sosial fungering ved EME/Åsenheten

### Hovedflytdiagram for sosialmedisinsk poliklinikk 16/9-03





**Ny inntaksflyt sosialmedisinsk poliklinikk, 27/10-03**





**SJEKKLISTE FOR NYE INNTAKSPROSEDYRER PÅ SOS.MED.POLIKLINIKK**

**1. Henvendelse.**

Er registreringsprosedyren fulgt?

**2. Forberedelse til inntaksteamet.**

Har inntaksansvarlig sjekket at alle pasientene tilhører vår målgruppe? (alder, type problem, bosted osv.)

Har inntaksansvarlig innhentet mer info der dette er nødvendig for å vurdere om pasientene er vår målgruppe?

Har inntaksansvarlig gått igjennom sakene og gjort en foreløpig prioritering?

**3. Inntaksmøtet.**

Når startet inntaksmøtet? Kl. ....

Har alle medlemmer ev. vara medlemmer møtt?

Hvor mange saker har ligget mer enn 1 uke mellom henvendelse og behandling på inntaksteamet? .....

Hva var grunnen til at de lå så lenge? .....

**4. Fordeling til behandling.**

Har inntaksteamet oversikt over behandlingsskapasiteten i teamet?

Foreligger det notater fra avklarende samtale på de saker som skal fordeles?

(I hvilken grad er det gjort forsøk på "matching" ved fordeling av saker? 0 -----)  
(uklart punkt, da måtte vi fylle det ut for hver pasient)  
5)

Hvor mange saker ble behandlet på møtet? .....

Når sluttet møtet? Kl. ....

## Sjekkliste for avklarende samtale ved sosialmedisinsk poliklinikk

SJEKKLISTE FOR AVKLARENDE SAMTALE		FØR			ETTER		
		0	1	2	0	1	2
1	Har vi oversikt over hva pasienten ønsker hjelp til?						
2	Har vi oversikt over hva slags behandling pasienten vil ha nytte av?						
3	Pasientens forventninger til behandlingen er avklart?						
4	Motivasjon for behandling er avklart?						
5	Relevant bakgrunnsinformasjon er avklart?						
6	Oversikt over problemets omfang, varighet?						
7	Tidligere behandlingserfaring?						
8	Er samarbeidspartnere avklart?						
9	Behov for individuell plan avklart?						
1	Behov for institusjonsopphold avklart?						
1	Er det avklart om pasienten kan få hjelp andre steder?						
1	Er det gitt informasjon om :						
	a) Vårt behandlingstilbud ; familieteam, pårørendesamtaler, øreakupunktur, 45 – 50 minutters timer.						
	b) Informasjon om kommunens tilbud						
	c) Informasjon om Åsenheten						
	d) Rettigheter; lese journal, bytte behandler, fritt sykehusvalg						
	e) Individuell plan						
0 = Ikke      1 = Delvis      2 = Helt							
13	Hvor nødvendig var den avklarende samtalen ?	1	2	3	4	5	
1 = helt unødvendig og 5 = helt nødvendig							

# Stabsmøteflyt sos.med.pol 21/11-03

Vedlegg 5

## MÅL:

Gå fra møtet å føle at man har oversikt, er informert, føle tilhørighet kommunikasjonslinjene fungerer.  
Plass til alle.

Bytte navn?

1. Stabsmøte /  
Teammøte/  
personalmøte

1a. Inntaksansvarlig sjekke ut på mail, om noen vet at de ikke vil være på møtet, men har kapasitet, Man melder fra om frafall innen dagen før, og sier samtidig noe om kapasitet.

1b. Sekretær til stede, referat skrives, deles ut til alle i hyllene etterpå, alle har med referat til neste møte? Sikrer at alle vet hva som

2b. Er det tydelig når noe er forslag eller beslutninger? Det blir fort misforståelser hvis dette ikke er tydelig

2. Beslutningsorgan

2a. Hva besluttes, hvordan synliggjøres dette, hva med de som ikke er til stede, og som ikke leser stabsmøteboka?

2c. Det har skjedd at de som ikke er til stede, eller andre ikke har fått med seg at noe er besluttet.

3. Kapasitetshjørnet

4. Personalsituasjonen

3a. Hvordan får vi tak i kapasiteten til de som ikke er til stede? Noen kan ha kapasitet, men ikke få saker fordi de ikke er der

5a. Hvordan foregår denne orienteringen, hvem gjør det?

5 Orientering om "staa", bl.a. ute i verden. Driften

5b. Informasjonsflyt, kan faktainformasjon sendes på mail?

7a. Mer fagpolitisk engasjement, bruke media mer.

6. Diverse hjørner:  
Konsultasjonsteamshjørne  
Metadonhjørne  
Familieteamhjørne  
spillehjørnet

5c. Få noe fra ledelsen, og fra ledermøter jevnlig. Øverste leder møter jevnlig

7b. Plass til å si i fra om frustrasjoner og gleder

7. Eventuelt punkt

6a. Nye klientgrupper, nye behandlingsformer, markedsføring, for eksempel brosjyrer.

5c. Hva rører seg i kommunene, for eksempel i forhold til media.

## Ny stabsmøteflyt ( nå kalt teammøte) 26/11-03

### MÅL:

Gå fra møtet å føle at man har oversikt, er informert, føler tilhørighet, at kommunikasjonslinjene fungerer og at det er plass til alle.

1a.  
Hvis rusdata ikke er utfylt, skal sekretær sende mail for å minne oss på å oppdatere rusdata

1. Sos med. leder sjekker eventuelt fravær på rusdata.

**2. Teammøte**  
torsdager 8.30 – 10.00

3. Sos.med. leder går igjennom forrige referat, gruppa godkjenner. Orienterer/ gir ny informasjon, ref. fra RUT leder møter.

4a..Hvor ofte kommer RUT leder?

**4. Orientering om "staa", bl.a. ute i verden. Driften. RUT leder orienterer. Hva rører seg i kommunene, media etc. Beslutninger som er tatt på RUT nivå**

4b.Informasjonsflyt, kan faktainformasjon også/eller i stedet for sendes på mail?

5. Aktuelle saker meldes; metadon, familieteam, konsultasjonsteam, kontor, data, spill, økonomi (eks midler til institusjonsplasser etc) fagadministrasjonsspørsmål.

9. Evaluering:  
Vi loggfører når endringen startet, og evaluerer etter 3 mnd. Vi evaluerer på målpunktene. Skala 1 til 10, og finner snittet for de 5 målområdene.

6. Eventuelt punkt, frustrasjoner og gleder

7. Interne Sos.med. beslutninger fattes.

8. Sekretær skriver referat, referatet sendes til alle på mail.

## ***PROSJEKT HELHETLIG RUSBEHANDLING***

Frogneheten er med i Rusavdelingens arbeid for å kvalitetsutvikle virksomheten. Overordnet mål er: *"God tjenestekvalitet for brukere, pårørende og samarbeidspartnere."* Se skriv av 22.05.03 fra Ingunn Grande og prosjektleder Michael de Vibe: Folloklinikkens rustiltak 2003. Prosjekt helhetlig rusbehandling.

For å få mer informasjon om prosjektet kan kopi av overhead fra informasjonsmøtene være nyttig å lese. I tillegg er det en fordel å lese 3 rundskriv fra Statens helsetilsyn som står i rød boks på kontoret. Det *kan* være "spennende" sommerlektyre i ledige stunder.

For å si det enkelt: Vi skal finne fram til ett eller flere forbedringsområder som vi i løpet av kommende år skal jobbe med. Forbedringsområder kan være noe som kommer brukerne til gode og som vi opplever som VIKTIG, VANLIG og VANSKELIG. Det er en fordel om det er noe vi tror vi kan lykkes med. For å finne ut hva vi skal jobbe med, oppfordres alle til å komme med forslag. Skriv ned et problemområde gjerne i form av en historie/ fortelling, se vedlegget med 3 eksempler på historier. I slutten av august vil vi bestemme oss for hva vi skal jobbe med.

På Frogneheten er Jean, Hanne, Gro, Rita og Liv prosjektgruppe. Liv blir tilrettelegger og vil få ekstra opplæring i hvordan arbeidet skal utføres.

Dette innebærer ekstra arbeid for de fleste av oss. Men vi tenker det vil komme oss alle til nytte. Og det er et nødvendig arbeid i den tiden vi er inne i m.h.t. usikkerhet i forbindelse med rusreformen.

Lykke til!



## FLYTSKJEMA FOR UTSKRIVNINGSFASEN FROGNENHETEN 28.10.03

1. Frognenheten mottar henvisningsskjemaet med bl.a.:

- a. Klientens målsetting
- b. Oppfølging før/under/etter utskrivning

Sjekkliste v/  
henvisning  
og forvern

Klienter som tar  
direkte kontakt  
henvises 1. linje /  
RUPO

Er søknaden  
tilstrekkelig utfyllt ?

Etterspørre individuell plan  
og hvem er koordinator ?

2. Inntakrutiner v/ sekretær og inntaksansvarlig:  
Registrering og forvern

Sikre  
oppfølging:  
Vara for  
henviser

3. Inntaksansvarlig og ledelse avgjør inntak.  
Se flytskjema for inntakrutiner 02.09.03

4. Behandlingsoppholdet .  
Se flytskjema 02.09.03

4.1.  
Terapeut og klient  
avklarer mål for  
behandling

4.2.  
Samarbeidsmøter med  
aktuelle instanser

4.3.  
Fam/nettverks  
-jobbing

4.4.  
Permisjoner

Tydelige  
mål for  
oppholdet

Henviser skriver referat/plan for  
videre oppfølging i uke 4 + 8.  
Skriftlig plan før utskrivning

Behov for flere møter  
med samarb.partnere?  
Hvem er koordinator?

5. Klient og terapeut utarbeider en muntlig plan for videre oppfølging etter utskrivning.

Klient skriver ukentlig statusrapport til henviser +?

6. Klar for utskrivning?  
Er målet nådd?

Utvidet opphold, jfr. 3 og 4

Nei

Ja

7. Terapeuten skriver en avslutningsrapport med eget punkt om videre oppfølging.

8. Klient kommer til samtale og gjennomlesning av sluttrapport

Hvis klienten ikke ønsker oppfølging fra henviser el.l. etter avsluttet opphold, tilbys en samtale om et par mnd.

Hvor skal møte være? Hos henviser, klient, FE?

Andre deltakere enn klient?  
Henviser, fam. ??

9. Klientforholdet avsluttes.

Hva gjør vi med tidligere klienter som tar kontakt?

Kan vi avtale poliklinisk oppfølging etter utskrivning?

OPPFØLGINGSPLAN FOR .....ETTER  
UTSKRIVING FRA FROGNENHETEN

**MÅL:**

**Delmål:**

<b>Når</b>	<b>Hva</b>	<b>Hvor</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Kontakt- person</b>
<b>10. juni kl 1200-1400</b>	<b>Samling på Frognenheten med gruppe 1, 2004</b>	<b>Frognenheten</b>	<b>Evaluering av oppfølgingsplan m.m.</b>	<b>Liv Håland, Frognenheten</b>

(planen er egentlig i liggende format for å gi bedre kolonnebredde)



## Plan for å forebygge tilbakefall etter opphold på Frognenheten

<b>SIGNALER VED TEGN PÅ TILBAKEFALL</b>	<b>HVA KAN JEG GJØRE</b>	<b>EVENTUELLE TLF. NR.</b>
Offentlige brev/skjemaer, avtaler, ting hoper seg opp	Prøve å begynne, få oversikt, be om hjelp	
Når jeg får penger	Ta antabus noen dager før	
Når jeg begynner å diskutere med meg selv	Antabus for å få tenkt meg om, tenk konsekvenser	
Når jeg tenker for mye på Jan	Det nytter i hvertfall ikke å drikke, blir bare verre	
Våkner og er stressa	Spis mat, tenk meg om	
Rot inne, rot ute	Rydd opp !	
Kvalm og urolig		
Isolert lenge, tør ikke gå ut	Ta Antabus, gå på kafè	
Orker ikke fullføre det jeg begynner på		
Dusjer ikke, vasker ikke huset	Ring noen, få kontakt med en eller annen	
Syns alt er håpløst		

## BRUKERUNDERSØKELSE – EVALUERING

Hensikten med dette skjema er å få fram hvordan kvinnene ved Frognenheten har opplevd oppholdet, og hvilken betydning det har hatt for deg. Vi vil bruke dette til å forbedre vårt opplegg og den oppfølging vi gir kvinnene etter oppholdet hos oss. Det er frivillig å svare på spørsmålene og resultatene vil bli presentert slik at ingen kan identifiseres.

Utfylles ved  Innleggelse  Utskrivelse  3 mnd.  6 mnd.

Initialer \_\_\_\_\_ Dato for utfylling: \_\_\_\_\_ Utfyllingsmåte  Selv  Intervju  Telefon

1. Fødselsår \_\_\_\_\_ Deltatt på gruppe: \_\_\_\_\_, 200\_\_\_\_ (og gruppe \_\_\_\_\_)

### 2. Hva var din målsetting i forhold til rus ved innleggelse?

### 3. Har du nådd noen av målene du hadde ved innleggelse?

Ikke i det hele tatt  Til en viss grad  I ganske stor grad  I stor grad  Uaktuelt / vet ikke

Beskriv dette:

### 4. Hva var ditt hovedrusmiddel?

Alkohol  Narkotika  Medikamenter  Blandingsbruk

### 5. Hvor ofte brukt rusmidler siste 4 uker

Ikke brukt  Sjeldnere enn 1 gang i uken  Omtrent ukentlig  2-3 dager i uken  Daglig/nesten daglig

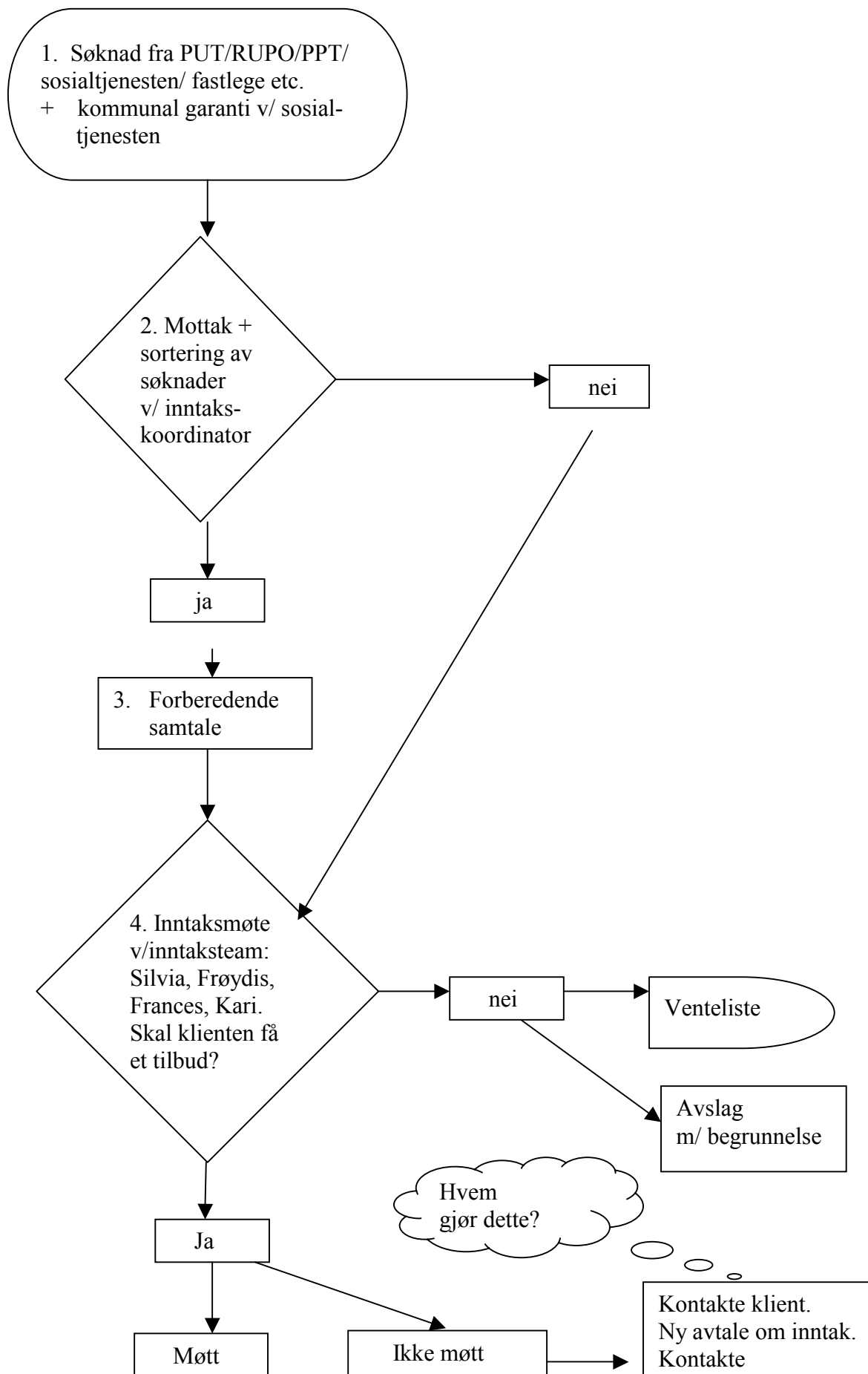
Her er noen spørsmål om hvordan du opplever at din helse og livskvalitet for tiden. Sett en ring rundt det svaralternativ som passer best for deg. Det svaret du først tenker på er som regel det riktige for deg. 1=meget god, 2=god, 3= verken god eller dårlig, 4= dårlig, 5= meget dårlig					
6. Hvordan synes du selv at din fysiske helse er?	1	2	3	4	5
7. Hvordan synes du selv at din psykiske helse er?	1	2	3	4	5
8. Hvordan er ditt forhold til din familie?	1	2	3	4	5

<b>9. Hvordan er ditt forhold til dine venner /nettverk?</b>	1	2	3	4	5
<b>10. Hvordan er din boligsituasjon?</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Hvordan er din økonomiske situasjon?</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Hvordan er din livskvalitet?</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Har samarbeidet med dine hjelpeinstanser fungert?</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Hvordan har oppfølgingsplanen fungert?</b> Fylles kun ut v/ 3 og 6 mnd	1	2	3	4	5
<b>15. Hvordan har din plan v/ tilbakefall fungert?</b> Fylles kun ut v/ 3 og 6 mnd	1	2	3	4	5

**Kommentarer:**

**16. Er det spesielle forhold som har vært viktig for deg ved innleggelsen/under oppholdet og/eller etter utskrivning? (skriv gjerne på baksiden av dette arket hvis du trenger mer plass)**

FLYTSKJEMA FOR ENHET FOR MOTIVASJONS- OG ENDRINGSARBEID 28.09.03.



## 5. Oppstart behandling.

### Behandlingsprogram:

- arbeid med rusmiddelbruk og sosial fungering
- kartlegging
- aktiviteter
- individualsamtaler v/psykolog og behandler
- responsgruppe
- temagruppe
- miljøarbeid
- pårørendesamtaler v/ behandler
- samarbeidsmøter (evaluering + IP) v/ behandler
- evaluering i forhold til klientens behandlingsmål v/ psykolog

## 6. Utskrivning:

- Behandlingskontrakt evaluert og avsluttet
- IP påbegynt eller fullstendig

## 7. Oppfølging fra sosialkontoret og andre samarbeidspartnere

- poliklinisk behandling
- evt. henvist til annen institusjon

<b>Sjekkliste for behandlingsprogram Åsenheten januar 2004</b>		
<b>Elementer i behandlingsprogrammet:</b>	Ansvarlig for utføring, psykolog eller behandler?	Gjennomført: Ja= 2, I noen grad=1, Nei=0, Ikke aktuelt=9
<b>Kartlegging</b>		
Har du fylt ut Klar for endring-skjema?	behandler	
Har du fylt ut klientkartleggings skjema?		
Har du fylt ut livskvalitetsskjema?		
Har du kartlagt klientens ressurser/interesser?		
Har du kartlagt klientens nettverk?		
Har du utredet klientens psykiske helse?	psykolog	
Har du utredet klientens behandlingsbehov?		
Har du brukt tester/skjema i den forbindelse?		
<b>Arbeid med rusmiddelbruk (bevisstgjøring)</b>	behandler/psyk.	
Er konsekvenser av klientens rusmiddelbruk arbeidet med i individualsamtaler?		
Er mestringsstrategier jobbet med i ind.samtaler?		
Er ambivalens jobbet med i ind.samtaler?		
Er det satt mål i beh.kontrakten relatert til rusmiddelbruk?		
<b>Arbeid med sosial fungering</b>	behandler	
Har sosial fungering - utenfor og innenfor huset - vært fokus i individualsamtaler?		
Har nettverk vært tema i individualsamtaler?		
Er det satt mål for bedre sosiale ferdigheter?		
<b>Info.flyt og samhandling mellom ansatte</b>		
Har du fått informasjon om psykologens kartleggingsarbeid?	spm til behandler	
Har du gitt info til psykologen om eget arbeid med klienten?	spm til behandler	
Har du fått info om behandleres kartleggingsarbeid?	spm til psykolog	
Har du gitt info om kartlegging/terapisamtaler til behandlere?	spm til psykolog	
Har psyk.s observ./vurd. vært utgangspunkt for mål i b.kontrakt?	psyk/behandler	
Har du notert i rød mappe klientens aktuelle behov?	behandler	
Har du som miljøansvarlig brukt rød mappe i rapport?		
<b>Klientens deltakelse/medvirkning</b>	behandler	
Har klienten formulert egne mål i behandlingskontrakten?	behandler	
Har klienten deltatt i behandlingsmøte?	behandler	
Har klienten gjennomført evaluering m/psykolog og behandler?	psykolog	
<b>Oppfølging</b>		
Er midtveisevaluering med samarbeidspartnere gjennomført?		
Er sluttevaluering med samarbeidspartnere gjennomført?		
Er det laget en plan for oppfølging?	psyk/behandler	
Er det igangsatt arbeid med IP?	behandler	
<b>Metode</b>		
Har du brukt endringsfokusert rådgivning i ind.samtaler?	psyk/behandler	

**Miljøterapeutiske oppgaver ved EME/Åsenheten.**

Hensikt med skjemaet: Klargjøre for personalet hvilke oppgaver som er knyttet til innholdet i ukeplanen.

Nr.	Behandlingselement	Miljøpersonalets funksjon og arbeidsoppgaver
1	Enhetens regler ift rusmiddelbruk	Se retningslinjer i Prosedyrehåndbok (rød perm) ved Enhet for motivasjons- og endringsarbeid (kap. 3.6).
2	Døgnrytme	<p>* Sørg for ro i fellesarealet kl 24.00 f.o.m. mandag t.o.m. torsdag + søndager. Klienter henvises til egne rom. Kjøkken låses (nattevaktens oppgave).</p> <p>* Fra uke 2 : Klientene har selv ansvar for å møte til frokost kl 07.30. (Vekkes evt. av nattevakt kl. 07.00 den første uka.) For de av klientene som vi ser ikke mestrer dette, skal det i samarbeid med klienten utarbeides en avtale/tiltaksplan. Dette ansvaret ligger hos den eller de i personalgruppa som observerer dette.</p>
3	Måltider	<p>* 3 faste måltider per dag: - frokost kl. 07.30 - lunsj kl . 12.00 - middag ca. kl 16.30-17.00</p> <p>Det settes av 1/2 time ved hvert måltid. Obligatorisk tilstedeværelse. Etter 1/2 time skal bordet ryddes av. Nattevakten skal være tilstede under frokostforberedelsene og registrere frammøte til frokost.</p>
4	Morgensamling	<p>* Hva avtales på morgensamling kl 08.30:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evt. urinprøver (skal avlegges innen 2 timer etter beskjed).</li> <li>- gå gjennom dagsprogrammet – for personalet og klienter .</li> <li>- lån av telefon til eksterne samarbeidspartnere</li> <li>- besøk</li> <li>- bruk av ”fri utgang ”på formiddagen (frem til kl. 16.00)</li> <li>- bruk av internett</li> </ul> <p>Morgensamling er en arena for å planlegge den enkelte klients aktiviteter og gjøremål for dagen. Personalet skriver et lite referat fra morgensamling med konkretisering av den enkelte klients plan/ gjøremål for dagen. Referatet tas med på rapport kl. Kl. 15.00 og videre på ettermiddagssamling kl. 16.00</p>

5	Ettermiddagssamling	<p>* Hva tas opp ettermiddagssamling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evaluering av dagen for hver enkelt klient + planlegging av ettermiddag/kveld (jfr. referat fra morgenmøtet).</li> <li>- bruk av ”fri utgang” på ettermiddag/kveld.</li> <li>- avtale tidspunkt for nyheter (kl 19.00 eller kl.21.00)</li> </ul>
6	Husmøte	<p>* Gul vakt skal lede møtet sammen med ukeansvarlig. Referat skrives fortløpende av en klient og leveres til personalet før kveldsvakten er over. Referatet legges i ”svartboka” og drøftes i personalgruppa torsdag morgen. Klientene får tilbakemelding på ettermiddagssamling på torsdag.</p>
7	Husoppgaver	<p>* Forutsetning: Miljøansvarlig er kjent med arb.oppgavene innenfor de to gruppene.</p> <p>Miljøansvarlig/personalet må gi fortløpende tilbakemeldinger til klientene i miljøet (”ros / ris”), evt. læring under utførelsen av husoppgavene.</p>
8	Vask- og ryddesjekk	Miljøansvarlig og ukeansvarlig foretar en sjekk av alle rommene for å se hvordan rengjøring og sengeskiift er utført. Gruppa samles, og alle gis tilbakemelding.
9	Oppgavefordeling i arbeidsgruppene - vaskegruppe og kjøkkengruppe	Oppgavefordeling i gruppene skjer hver mandag kl. 09.30-10.00 (etter morgensamling)
10	Gruppeansvarlig vaskegruppa/ kjøkkengruppa	Fra uke 2 i gruppeprogrammet, skal det være en gruppeansvarlig for hver av de to gruppene. Disse skal ha ansvaret for en uke av gangen, og oppnevnes på morgensamling hver mandag. Gruppeansvarlig har ansvaret for å se til at arbeidsoppgavene blir utført.
11	Ukeansvarlig	Gruppeansvarlig for vaskegruppa skal være ukeansvarlig (forberede og lede husmøtet) og delta i vaske/ryddesjekk hver fredag.
12	Nyheter	Det skal være en obligatorisk nyhetssending hver dag. Tidspunkt avtales på ettermiddagssamling.



13	Organisert trening i GG-hallen	Obligatorisk fremmøte i GG hallen – uavhengig av evt. fritak fra trening. I utgangspunktet skal klientene sykle til og fra treningen. I vintersesongen kan enhetens bil benyttes.
14	Introduksjon av fritidsaktiviteter i helg	Lørdag eller søndag; Aktiviteten velges ut fra klientens interesser og personalets vurdering av hva som er viktig å ha prøvd av ulike fritidsaktiviteter. De ulike fritidsaktivitetene settes inn i ukeplanen relativt tidlig i gruppeoppholdet (ca. etter 2 uker).
15	Annen aktivitet helg	Gruppen legger frem forslag til aktiviteter i husmøte hver onsdag.
16	Søknad om treningsturer	Se retningslinjer i Prosedyrehåndbok (rød perm) ved Enhet for motivasjons- og endringsarbeid. Søknaden om treningsturer skal skriftliggjøres av klienten, og leveres til miljøpersonalet innen søndag kveld. Personalet skal bistå klienten i å utforme søknaden etter gjeldende retningslinjer og i henhold til klientens egne mål for behandlingen. Søknadene behandles hver mandag kl 09.00-10.00

HH.

E.M.E. 09.03.04,

## Evaluering av sosial kompetanse ved EME/Åsenheten

Behandlingsprogrammet består av mange ulike elementer, som individualsamtaler, grupper, samlinger, aktiviteter. For å få utbytte av behandlingen er det viktig at du blir kjent med hva som er hensikten med de ulike elementene. Du har fått noe informasjon i den forberedende samtalen før inntak og noe etter du kom inn på enheten. Er det noe som er uklart, si fra til personalet, og vi vil gjerne gi mer informasjon, drøfte og tenke høyt sammen med deg om innholdet i behandlingen. Hvilken nytte og utfordring du finner i programmet har kanskje først og fremst sammenheng med hva du trenger av utfordringer og innlæring av ferdigheter.

Nedenfor har vi plukket ut de elementene som gir deg mulighet til å trene opp funksjoner og ferdigheter du har mistet eller trenger å styrke og som vi tror er viktig for å kunne fungere i hverdagsliv og samfunnsliv etter dette behandlingsoppholdet.

### Utfylling av tabellen.

**Du fyller ut tabellen** mot slutten av uke 2 i behandlingsoppholdet. På det tidspunktet har du fått kjennskap til de ulike elementene og har fått en opplevelse av hvordan du mestrer å delta i dem. Tabellen fylles ut ved at du setter ring rundt det tallet som uttrykker hvor godt du synes du mestrer det enkelte av behandlingselementene.

(1: kan bli veldig mye bedre, 2: kan bli noe bedre, 3: god, 4: svært god)

**Du fyller ut ny tabell** i uke 4. Etter du har fylt ut, ser du og behandleren din nærmere på positive endringer og utfordringer som gjenstår.

### **Hensikten med skjemaet er:**

- at du blir bevisst på hvordan du gjennom denne behandlingen kan utvikle din sosiale kompetanse og bedre din fungering i det daglige liv
- at du blir oppmerksom både på positive endringer underveis, det du fra før mestrer og områder du trenger å jobbe med for å mestre bedre

Nr	Behandlingselement	Hvordan er din mestring i forhold til disse elementene?			
1	Enhetsens regel om rusmiddelbruk under oppholdet	1	2	3	4
2a	Døgnrytme: Stå opp kl. 7.00	1	2	3	4
2b	Døgnrytme: Gå til ro kl. 24.00/01.00	1	2	3	4
3	Måltider (obligatorisk frammøte)	1	2	3	4
4	Morgensamling kl. 8.30-9.00	1	2	3	4
5	Ettermiddagssamling kl. 16.00-16.30	1	2	3	4
6	Husmøte onsdag kl. 18-19	1	2	3	4

Nr	Behandlingselement	Hvordan er din mestring i forhold til disse elementene?			
7	Husoppgaver i kjøkken/vaskegruppe	1	2	3	4
8a	Rengjøring av eget rom/bad	1	2	3	4
8b	Vask av egne klær	1	2	3	4
9	Oppgavefordeling i arbeidsgruppene mandag kl. 9.00-9.30	1	2	3	4
10	Gruppeansvarlig Vaskegruppe/ kjøkkengruppe	1	2	3	4
11	Ukeansvarlig	1	2	3	4
12	Nyheter hver kveld	1	2	3	4
13	Organisert trening GG-hallen torsdag kl. 14.00-15.00	1	2	3	4
14	"Intro fritidsaktivitet" helg: Velges ut fra klientenes interesser og personalets vurdering av hva som er viktig å ha prøvd av ulike fritidsaktiviteter.	1	2	3	4
15	Annen aktivitet helg: Gruppa legger fram forslag til aktiviteter i husmøte.	1	2	3	4
16	Utfylling av søknad om treningstur etter de retningslinjer som gjelder	1	2	3	4
17		1	2	3	4
18		1	2	3	4