

A-Senteret

Basisdokument fag

1. Innledning

A – Senteret har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Videre drives virksomheten i henhold til følgende overordnede styringsdokumenter:

1.1 Offentlige styringsdokumenter

- Lov om spesialisthelsetjenesten mm m/forskrifter (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov om pasientrettigheter m/forskrifter (pasientrettighetsloven)
- Lov om helsepersonell
- Lov om sosiale tjenester m.v m/forskrifter (utvalgte §)
- Barnevernsloven
- Helseforetaksloven
- Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker (forvaltningsloven, gjelder for pasientsaker i henhold til pålagt lovverk)
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
Forskrift om intern kontroll i sosial og helsetjenesten

St. melding nr 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere
Ot.prp. nr 3 (2002-2003) Innst. O. nr 51 (2002-2003)
Ot.prp. nr 54 (2002-2003), Innst. O. nr 4 (2002-2003)

- Lov om ferie
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. (Arbeidsmiljøloven)
- Lov om folketrygd
- Lov om vern mot tobakkskader (Røykeloven)

1.2 Stiftelsen kirkens bymisjon - styringsdokumenter

- SKBOs Plandokumenter
- SKBOs Verdidokument
- SKBOs Rusdokument

1.3 Hovedavtale

Hovedavtaler mellom HSH og arbeidstagerorganisasjonene 01.06.02 – 31.12.05
Landsoverenskomst for spesialisthelsetjenesten 01.05.04 – 30.04. 06

2. Hjemling av virksomheten/plasseringsgrunlaget

Institusjonen er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1a, 5.

3. Målgrupper

3.1 Pasienter med rusmiddelproblemer

3.1.1 Dominerende rusmiddel

A – Senterets poliklinikk gir tilbud til pasienter med rusmiddelproblemer uavhengig av hvilke rusmiddel som er dominerende. Imidlertid har de fleste av våre polikliniske pasienter først og fremst problemer med alkohol. På døgnavdelingen har vi 14 senger for pasienter med alkohol som dominerende rusmiddel, fire senger som ikke tar hensyn til dominerende rusmiddel og to senger for pasienter som i hovedsak har problemer med illegale rusmiddel. Deltakelse i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ikke noe eksklusjonskriterium, verken på poliklinikken eller døgnavdelingen.

3.1.2 Rusmiddelproblemets omfang og utforming

Pasienter vil være forskjelligartet når det gjelder rusmiddelproblemets omfang og utforming. Noen vil ha et tungt misbruk med et høyt og jevnt inntak av rusmidler. De kan ha utviklet et alvorlig avhengighetssyndrom som kan ha vart i mange år, og de kan ha gjentatte behandlingsopplegg bak seg. Noen vil ha somatiske rusrelaterte lidelser. Andre vil i mindre grad være preget av selve avhengigheten. Rusmiddelinntaket kan ha vært mer sporadisk og erfaringen med hjelpeapparatet begrenset.

De fleste av våre pasienter vil ha et rusmiddelproblem som gir grunnlag for å sette diagnosene ”skadelig bruk” eller ”avhengighetssyndrom” etter diagnosesystemet ICD -10. Vi mener imidlertid at A – Senteret bør kunne bidra til forebygging av mer alvorlige problem. Dette innebærer at vi også gir tilbud til pasienter som kan betegnes som ”problemdrikkere” uten at de ovennevnte diagnosene kommer til anvendelse. Samtidig vil enkelte innen denne gruppen kunne få et tilstrekkelig tilbud i den kommunale helsetjenesten.

Når det gjelder de som har utviklet et alvorlig avhengighetsproblem vil mange få behandling ved A – Senteret. Imidlertid vil det i enkelte tilfelle være mer nærliggende med omsorg, tilrettelegging og eventuelt rehabilitering innen de kommunale tjenestene.

3.1.3 Psykiske lidelser.

Vår pasientpopulasjon vil være forskjelligartet når det gjelder psykiske lidelser og sosiale problemer. Mennesker som sliter med rusmiddelproblemer i kombinasjon med alvorlig psykopatologi har ofte falt utenfor tilbudet til henholdsvis det psykiske helsevernet, rusfeltet og kommunale instanser. Med utgangspunkt i en uklar ansvarsfordeling har de ulike instanser vegret seg mot å gi tilbud til denne pasientgruppen, og selv om mange har behov for et tilbud på spesialistnivå, har det foreligget en samvariasjon mellom grad av faglig kompetanse og avvisningsiver.

Videre har tilbudet til disse pasientene vært utilstrekkelig fordi hjelpeapparatet i for liten grad har integrert de ulike problemområdene i oppfølgingen; behandlingen av selve rusmiddelproblemene har blitt undergravet av de psykiske vanskene, eller vice versa, fordi ikke begge problemområdene er blitt anliggende i oppfølgingen. Dette gjelder ikke bare tilbudene til pasientene med alvorlige kombinasjonslidelser (”dobbeltdiagnosepasientene”), men også pasienter med kombinasjoner av lettere og moderate psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. En tenkning og behandling som integrerer rusproblemer og psykiske lidelser må favne alle kategorier kombinasjonslidelser.

A – Senteret gir et integrert tilbud til pasienter med kombinasjonslidelser men kan ikke inkludere pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Disse pasientene skal ha integrert behandling innen det psykiske helsevernet. For øvrig vil vi ta hensyn til den løpende drøfting i fagmiljøer, føringer fra Helse Sør- Øst og sentrale helsemyndigheter når det gjelder ansvarsfordelingen mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

3.1.4 Sosial marginalisering/ stabilitet

Pasientene ved A – Senteret vil utgjøre en heterogen gruppe også når det gjelder grad av sosial marginalisering/ stabilitet. Mange pasienter vil være i arbeid, ha høyere utdanning, ha et godt sosialt nettverk, bo sammen med andre i en familie og ha god økonomi. Andre vil ha mistet tilhørigheten til arbeidslivet, mistet kontakt med venner, familie og barn, leve i dårlige økonomiske kår og være uten fast bopel. Pasientens sosiale problemer vil inkluderes i pasientens behandlingsplan ved A – Senteret og eventuelt i en individuell plan. Et godt samarbeid med den sosialtjenesten vil være en sentral del av oppfølgingen. Av og til vil imidlertid vårt behandlingstilbud ikke være dekkende for pasienten, og det vil være mer formålstjenlig med oppfølging i form av omsorg og rehabilitering innen det kommunale tiltaksapparatet alene.

3.2 Pårørende

A – Senteret har utviklet en forståelse og metodikk, knyttet til de pårørendes problematikk, som har vist seg å være formålstjenlig. ”Pårørende” favner i denne sammenheng samlivspartnere til personer med rusmiddelproblemer, annen familie og ”voksne barn av rusmiddelmisbrukere”, som er personer som har vokst opp med en mor og/ eller far som hadde rusproblemer. De som inkluderes i vår målgruppe ”påførende”, skal ikke ha egne rusmiddelproblemer.

Rusfeltet har en lang tradisjon for å involvere de pårørende i behandlingen. Ofte kunne dette innebære at de pårørende skulle bidra til å katalysere endringsprosessen uten at de fikk hjelp på egne premisser.

På A – Senteret får de pårørende tilbud som selvstendige pasienter uavhengig av om vedkommende de er pårørende til, er i behandling eller ikke. Tilbudene blir gitt i form av individualsamtaler over kortere eller lengre tid. Videre har vi gruppetilbud til partnere og ”voksne barn av rusmiddelmisbrukere”.

Et eget behandlingstilbud til de pårørende som selvstendige pasienter vil ikke innebære at vi toner ned det systemiske perspektivet; selv om vi har et eget behandlingstilbud til pårørende, vil de også kunne involveres i behandlingen av vedkommende som har et rusmiddelproblem. Påførendetilbudet vil følgelig kunne være et supplement til familie- og parsamtaler. Videre vil behandlingen av den påførende også delvis kunne være begrunnet i hva som er til hjelp for vedkommende med eget rusmiddelproblem og familien, ikke minst barna. Direkte hjelp til den voksne som ikke har rusmiddelproblemer vil kunne være avgjørende med tanke på å bedre barnas situasjon.

4. Ideologi – verdigrunnlag

Som en del av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO), er A – Senteret forpliktet på SKBO`s overordnede verdigrunnlag. Bymisjonens menneskesyn innebærer at alle mennesker

har en verdighet ingen har rett til å krenke. Gjennom handling vil Kirkes Bymisjon bidra til at mennesker kjenner seg verdsatt og respektert.

De grunnleggende verdiene i Bymisjonens arbeid er

- verdighet
- fellesskap
- rettferdighet
- solidaritet
- barmhjertighet
- håp og tro

5. Målsetting

5.1 Overordnet målsetting for virksomheten

A- Senterets målsetting er å gi et forsvarlig tilbud om vurdering av henvisninger og helsehjelp til pasienter innen vår målgruppe. Tilbudet skal gis på grunnlag av vår driftsavtale med Helse Øst RHF, Stiftelsen Kirkens Bymisjons verdigrunnlag og relevante lover, forskrifter og rundskriv fra sentrale myndigheter.

5.2 Overordnet målsetting for behandlingen

Behandlingen skal bidra til en bedre livskvalitet. Dette vil ofte innebære målsettinger om bedre kontroll og valgmuligheter, bredere tilfang av mestringsstrategier og bedre selvforståelse. De overordnede målsettingene vil være knyttet til endringer i selve rusmiddelinntaket. Videre vil vi sammen med pasienten også formulere individuelle målsettinger i forbindelse med eventuelle tilleggsproblemer som psykiske lidelser, relasjonelle problemer og økonomiske/ yrkesmessige sosiale problemer.

6. Faglig forankring og fagmetodikk

6.1 Fundament

Behandling av rusmiddelproblemer har tradisjonelt vært preget av mye tro, håp og ideologisk debatt fremfor faglighet. På A – Senteret ønsker vi å holde oss faglig oppdatert. Samtidig som vi således er opptatt av at vår behandling skal være forankret i kunnskap og anerkjente metoder, mener vi at ideologiske og filosofiske betraktninger fremdeles må få plass.

På A – Senteret har vi en tverrfaglig og multifaktoriell tilnærming til rusmiddelproblematikk. Vi vil i det følgende redegjøre nærmere for vår forståelse gjennom noen betraktninger ut fra et psykologisk perspektiv, et fysisk perspektiv, et sosialt perspektiv og et åndelig/ eksistensielt perspektiv.

6.1.1 Det psykologiske perspektivet

Ulike forståelsesmodeller gir grunnlag for ulike tanker om hvordan og i hvilken grad avhengighet påvirker viljen og evnen til å ta rasjonelle valg, og følgelig hvorvidt pasienten

kan inkluderes som en alliert i endringsprosessen med evne til å formulere egne målsettinger. Videre vil implikasjonene være ulike når det gjelder valgets betydning i prosessen inn og ut av avhengighet. Innen en tradisjonell sykdomstenkning har man, uttalt eller mellom linjene, uttrykt at viljen hos en avhengig person nærmest har opphørt å eksistere. Vedkommende lider av et kontrolltap og evner ikke å ta valg som kan føre ut av rusmiddelmisbruket. Også ved å lese en del fremstillinger av nyere neurobiologisk forskning, kan man få inntrykk av at den avhengige person er et viljeløst offer for en hjernesykdom. Ved A – Senteret anser vi dette som et lite meningsfullt synspunkt. Samtidig er vi ikke fremmed for at rasjonaliteten ofte vil lide under avhengigheten, og at den således bidrar til et valghandikap.

Utover at ovennevnte spørsmål kan avstedkomme spissfindige filosofiske diskusjoner, vil de ha implikasjoner for hvordan pasienten blir møtt i terapirommet. På A – Senteret tenker vi ikke at ”det bare er å ta seg sammen”, og at mangel på endring kan forklares ved å vise til viljesvakhet. Samtidig blir pasientens evne til å ta rasjonelle valg og beslutninger et viktig utgangspunkt i endringsprosessen. Vi mener at en slik forståelse innebærer at han/ hun blir ansett som en handlende aktør og en alliert i behandlingen. Videre tydeliggjøres muligheten for å ta ansvar for egen situasjon og utvikling.

Behandling av avhengighet dreier seg om endring. Denne endringsprosessen kan forstås som en psykologisk prosess som ikke er særegen, men nært beslektet med annen endring av atferd som ofte kan ha kortsiktige positive funksjoner som går på bekostning av hva som er godt for oss mennesker på lengre sikt. Vår oppgave som behandlere kan være å katalysere denne endringsprosessen frem en indre beslutning om endring, noe som vil bidra til å fastholde endringen. En slik forståelse rommer noen dilemmaer - f eks vil en slik endringsprosess kunne ta lang tid samtidig som pasientens barn og ektefelle lider. Videre har ikke pasientens fysiske - og psykiske helse alltid like godt av å vente på den indre beslutningen. Vi vil derfor også være mer styrende, og som et stadium i en endringsprosess behøver det ikke alltid være så galt at atferdsendringen kommer før en bearbeidet og konsolidert beslutning.

Endring av rusatferd kan være knyttet til benektning, motstand og ambivalens. Dette kan ikke bare forstås ut fra egenskaper hos pasienten, men må sees i lys av samhandlingen mellom terapeut og pasient. Videre legger vi vekt på at motstand og ambivalens er allmennmenneskelige fenomen og ikke uttrykk for personlighetstrekk knyttet til en spesiell pasientgruppe. Selv om en slik forståelse ikke akkurat er skjellsettende, har den tradisjonelt sett slett ikke vært like påaktet innen rusfeltet.

Som det fremgår av ovennevnte, innebærer det psykologiske perspektivet en psykologisk forståelse av selve endringsprosessen. Videre vil rusmiddelproblemet vanskelig kunne forstås eller behandles isolert fra psykiske vansker. Symptommodellen eller selvmedisineringshypotesen postulerer at misbruk er et symptom på en underliggende psykisk lidelse. Dette kan ofte være tilfelle, men rusmiddelproblemer vil ikke alltid være motivert av lindringsbehov. Ofte vil rusmiddelproblemer og psykiske problemer uansett veves sammen i onde sirkler.

Det psykologiske perspektivet vil for oss også tydeliggjøre hvordan relasjoner i oppveksten og i voksenlivet vil bidra til å utvikle både rusmiddelproblemene og endringen. Samlivsproblemer, problemer i forhold til øvrig familie og nettverk kan være knyttet til rusmiddelproblemene. Videre vil barna kunne utvikle problemer, og bl a for å forebygge er det av stor betydning å ha et generasjonsperspektiv med seg i behandlingen.

Det psykologiske perspektivet vil komme til uttrykk i behandlingen ved A – Senteret gjennom våre metoder som lener seg til utviklingsteori, psykodynamisk teori, læringsteori, kognitiv terapi og systemisk tenkning.

6.1.2. Det fysiske perspektivet

I kjølvannet av nyere nevrobiologisk forskning har det dukket opp teorier som pretenderer å gi entydige og universelle svar, noe vi tenker vil føre inn i blindveier. Samtidig mener vi at en nevrobiologisk forståelse må inkluderes i vår faglige tenkning og behandling.

Rusmiddelproblemer over tid vil avstedkomme nevrobiologiske endringer i hjernen som bidrar til å opprettholde rusmiddelproblemene. Selv om det ikke er meningsfullt å påstå at disse endringene nærmest dikterer rusatferden, vil den fysiologiske avhengigheten bidra til et valghandikap. Videre kan enkelte ut fra genetiske forutsetninger være mer sårbare enn andre med tanke på å utvikle et rusproblem.

Ved siden av ulike psykososiale behandlingsintervensjoner, anerkjenner vi på A – Senteret at ulike former for medikamentell behandling kan være et supplement i behandlingen.

Mange med rusmiddelproblemer har somatiske problemer og sykdommer. Dette vil ofte være direkte og indirekte konsekvenser av rusmiddelbruken. Somatiske problemer blir inkludert i vår utredning og behandling.

6.1.3. Det sosiale perspektivet

Både når det gjelder forståelse og behandling av rusmiddelproblematikk vil det ofte være nødvendig å inkludere et sosialt perspektiv. Som nevnt vil mange være i en marginalsituasjon i forhold til samfunnet. Manglende arbeid og fast bopel samt dårlig økonomi, vil både kunne bidra til å forklare problemene og ikke minst vanskeliggjøre en endringsprosess. Ofte vil marginaliseringen innebære en mangel på struktur i hverdagen og følgelig mindre tilgang på den normative påvirkningen som de fleste av oss trenger i våre liv; uten denne kan man lett bli vurdert som viljesvak og initiativløs.

En del pasienter vil også oppleve en stigmatisering som kan gi både sosiale problemer og bidra til en svak identitetsfølelse.

6.1.4 Det åndelige/ eksistensielle perspektivet

Som mennesker har vi alle behov for å oppleve mening og sammenheng i tilværelsen. Tema som etikk, moral, livsanskuelse, livet og døden, representerer utfordringer for oss alle. Det er viktig at vår forståelse har en forankring i slike eksistensielle spørsmål, og at våre pasienter har en mulighet for å snakke om slike utfordringer. En del av våre pasienter har opplevd å miste venner, familie og barn, og har selv vært døden nær gjentatte ganger. Tanken på å ta eget liv har vært en livsledsager for noen av pasientene. Et åndelig/ eksistensielt perspektiv kan gi oss et språk og en forståelsesramme som fanger opp ovennevnte utfordringer på en meningsfull måte.

7 Vurdering av henvisninger

I driftsavtalen med Helse Sør-Øst RHF er A-Senteret gitt vurderingskompetanse, noe som innebærer at vi skal foreta vurderinger etter § 2-2 i lov om pasientrettigheter. Den kommunale helsetjenesten, sosialtjeneste eller fra spesialisthelsetjenesten kan sende henvisninger til A-Senteret.

8 Behandlingstilbudet

8.1 Poliklinisk behandling.

8.1.1 Kartleggings- og utredningsfasen.

Etter at det er gitt et tilbud om poliklinisk behandling, vil pasienten få en fast behandler som skal ha et koordinerende ansvar. Dette innebærer ansvar for å utarbeide behandlingsplan og eventuelt individuell plan, føre journal, ha det overordnede ansvar for pasientens journal. Den polikliniske behandlingen starter med en videre vurdering og kartlegging. Det er mulig å anvende forskjellige teknikker og metoder i en slik fase, bl a kan det være formålstjenlig å ta i bruk ulike spørreskjemaer og tester. Imidlertid vil vurderingen i innledningsfasen lene seg tungt til dialogen med pasienten. I løpet av den innledende fasen i behandlingen skal det utarbeides en behandlingsplan. Denne vil ikke ivareta retten til en individuell plan etter lov om pasientrettigheter § 2-5. Individuell plan skal først og fremst bidra til å klargjøre ansvarsforhold når flere instanser er involvert i oppfølgingen av en pasient, mens behandlingsplanen er en plan for behandlingen ved A – Senteret. Det vil være nærliggende at deler av behandlingsplanen inkluderes i en eventuell individuell plan.

Behandlingsplanene vil variere i omfang, men uansett ta utgangspunkt i følgende struktur.

Tema

Selve rusproblemet skal selvfølgelig alltid være et anliggende i utredningen av pasientene med eget rusmiddelproblem. Det vil imidlertid ofte være nødvendig å fokusere på problemer utover selve rusproblemet. De tilleggsproblemene som det er aktuelt å jobbe med i behandlingen skal nevnes i planen. Aktuelle problemområder er som følger: psykiske vansker/ lidelser, sosiale og økonomiske vansker, vansker i forhold til bolig, vansker når det gjelder arbeid, problemer i forhold til partner eller familien for øvrig og somatiske plager.

Hvis pasienten har barn skal det alltid vurderes hvorvidt barnas situasjon skal inkluderes som et tema i samtalene. Vi har et pålagt ansvar for å kartlegge barnas situasjon og vurdere behovet de har for informasjon og oppfølging. (jf. helsepersonelloven § 10a.) Synliggjøring av barna til pasienter med rusmiddelproblemer, er påkrevet av mange hensyn. For det første er en god barndom et mål i seg selv. Videre viser både forskning og klinisk erfaring at en oppvekst preget av foreldres rusmisbruk gir en økt risiko for utvikling av rusproblemer og psykiske lidelser i voksen alder. Disse barna blir i liten grad fanget opp av hjelpeapparatet, og representerer et meget omfattende, og i stor grad skjult problem. Grunnen til mangelen på synlighet, kan være at foreldrenes rusmisbruk ikke er tydelige for omverdenen, eller man har manglet kunnskap om hvordan foreldres rusbruk kan virke belastende på barn. Videre er rusmisbruk et tabubelagt tema, noe som innebærer at det er vanskelig for voksne, også innen helse- og sosialtjenesten, å snakke om det. Det er også vanskelig for barna å snakke med andre om hvordan de har det, og de har ofte lang trening i å skjule sine vanskeligheter for utenforstående.

I våre konsultasjoner vil vi kunne arbeide indirekte med barna gjennom at vi hjelper pasienten til å inkludere barnas situasjon i problemforståelsen. Hvis vi antar at barn lider av alvorlig omsorgssvikt, vil vi i henhold til lov om barneverntjenester og helsepersonelloven gi opplysninger til barneverntjenesten.

Målsettinger

Målsettingene skal dokumenteres i behandlingsplanen. Videre skal målsettingene knyttes an til temaene ved at alle problemområder som er nevnt i planen også skal ha målsettinger. Presisjonsnivået og hvor detaljerte målsettingene skal være vil variere avhengig av tema, bevissthet og klarhet hos pasienten samt hvor uttømmende pasienten er vurdert. Når det gjelder selve rusproblemet vil presise målsettinger ofte være formålstjenlige. Videre vil det være aktuelt å sette opp både kortsiktige målsettinger (delmål eller strategier) samt mer langsiktige målsettinger.

Type behandling/ metode

Det skal her skrives noe om pasienten skal delta i en eller flere grupper (evt hvilke). Hvis man planlegger parsamtaler eller familiesamtaler som en del av oppfølgingen, bør dette nevnes. Videre kan det være aktuelt å beskrive typen behandling eller den (de) terapeutiske metoden (e) som anvendes i de polikliniske individualsamtalene. (f eks angsttrening - evt mer presis angivelse av metoden- tilbakefallsforebygging, kognitiv terapi, psykodynamisk orientert terapi, kontrolltrening)

Samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet

Det vil ofte være aktuelt å involvere andre instanser i et samarbeid på et eller annet nivå (fra ”ansvarsgruppenivået til ”telefonnivået”). Planlagt samarbeid med psykisk helsevern, sosialkontor, barnevern, primærlege og/ eller bedriftshelsetjenesten (evt andre instanser) skal alltid nevnes i behandlingsplanen. Hvis andre instanser er involvert/ bør involveres, skal vi i samråd med pasienten alltid vurdere hvorvidt det skal utarbeides en individuell plan (jf lov om pasientrettigheter § 2-5 og forskrift for individuell plan) i tillegg til behandlingsplanen. Hvis individuell plan er utarbeidet av andre, skal det drøftes hvordan oppfølgingen ved A – Senteret skal inkluderes i den individuelle planen.

Involvering av familie/sosialt nettverk/ arbeidsplassen

Rusmiddelproblemer vil sjelden være begrenset til det enkelte menneske. Familien og øvrig nettverk vil bli berørt i større eller mindre grad, og som tidligere nevnt bl a i punktet om tema/ problemområder, skal vi alltid vurdere hvorvidt det er formålstjenlig å inkludere relasjonelle problemer i problemforståelsen. Generasjonsperspektivet og relasjonsperspektivet innebærer imidlertid også at vi alltid vil vurdere om eventuelle barn og/ eller familie skal involveres mer direkte i behandlingen. Dette kan skje i form av parsamtaler, familiesamtaler og/ eller samtaler med barna alene.

Hvis deler av det øvrige sosiale nettverket eller AKAN/ foresatte på arbeidsplassen involveres skal dette nevnes i planen

Varighet/ behandlingsintensitet

Her skal det stå noe om hvor lenge det er rimelig å anta at behandlingen vil vare. Videre skal planlagt samtalefrekvens nevnes i planen.

8.1.3 Gruppebehandling

A- Senteret har et variert poliklinisk gruppetilbud. Forskning og erfaring tyder på at gruppeterapi både er effektivt for den enkelte og kostnadseffektivt. Gruppebehandlingen er i utgangspunktet et supplement til individualbehandlingen. Bevisstgjøring og endring når det gjelder bruk av rusmidler er sentrale anliggende. Videre vil mestring av sosiale og psykiske problemer i forskjellig grad bli fokusert.

Våre gruppetilbud er forankret i ulike teoretiske tilnærminger og varierer med tanke på hvorvidt de er temaorienterte, prosessorienterte eller psykoedukative.

8.1.2 Polikliniske individualsamtaler

De polikliniske individualsamtalene er ryggraden i vårt polikliniske behandlingstilbud. Behandlingen vil ta utgangspunkt i tema og målsettinger formulert under kartleggingen/ vurderingen. Avhengig av pasientens behov vil oppfølgingen være kort- eller langvarige. Samtalenes hyppighet vil også variere. Selv om rusproblemet i seg selv alltid vil være et sentralt anliggende, vil vi i oppfølgingen også fokusere på forskjellige andre aktuelle problemområder som f.eks. psykiske lidelser/vansker og sosiale problemer. Det er som regel vanskelig og lite meningsfullt å isolere de forskjellige problemene. Dette innebærer at vi i størst mulig grad ønsker å gi et behandlingstilbud som kan integrere de ulike problemområdene. Både når det gjelder forståelse og behandling blir pasientene vurdert i et helhetlig perspektiv, og våre tverrfaglige team danner et godt utgangspunkt for å kunne gi et differensiert tilbud. Samtidig vil våre pasienter ofte ha behov som innebærer samarbeid med andre instanser.

8.2 Døgnbehandling

8.2.1 Avdelingen

Personalet utgjør en tverrfaglig sammensatt stab med omfattende kunnskap og erfaring når det gjelder behandling av rusmiddelproblemer. Vi gir et differensiert og helhetlig tilbud, noe som innebærer at vi anvender ulike metoder innen individualterapi, gruppeterapi og systemisk tilnærming. Videre integrerer vi ulike tema i oppfølgingen; utover selve rusmiddelproblemet, skal pasienten kunne få hjelp knyttet til psykologiske problemer/ lidelser, problemer knyttet til familien, sosiale problemer, yrkesmessige problemer, fysiske problemer og økonomiske/ praktiske problemer. Teamet på døgnavdelingen har et internt samarbeid om de enkelte pasientene. Samtidig vil alle få en fast behandler som skal ha et koordinerende ansvar. Dette innebærer ansvar for å utarbeide behandlingsplan og eventuelt individuell plan, føre journal etter våre retningslinjer samt forskrift om pasientjournal, ha det overordnede ansvar for pasientens journal., jf helsepersonelloven § 39 andre ledd og forskrift om pasientjournal § 6 med merknader samt gi informasjon til den som har krav på dette etter pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. Videre skal behandleren gjennomføre individualsamtalene.

Vi vil som tidligere nevnt ofte samarbeide med andre instanser i hjelpeapparatet. Dette samarbeidet vil delvis foregå parallelt med innleggelsen. Imidlertid er det en viktig målsetting at døgnbehandlingen skal danne grunnlag for at pasienten får nødvendig oppfølging fra andre instanser etter utskrivning. Bruk av individuell plan vil være et redskap i denne sammenheng.

Behandlingen har en ressursorientert og konstruktiv tilnærming til problemløsning. Dette innebærer bl a at behandlingen tar utgangspunkt i at pasientens ressurser og egne mål. Videre prøver vi å bygge på elementer som allerede eksisterer i pasientens tilværelse, og det legges stor vekt på å sette i gang prosesser som kan videreføres etter utskrivning fra avdelingen. Det vises for øvrig til A – Senterets faglige forankring slik denne er beskrevet i punkt 6.

Døgnavdelingen ved A – Senteret skal være fri for alkohol, andre rusmidler og bruk av medikamenter som ikke er avtalt. Dette er viktig bl a fordi bruk av rusmidler kan bidra til redusert utbytte av behandlingen; engasjement og evne til å delta aktivt i behandlingsaktivitetene vil kunne lide. Videre vil miljøet på avdelingen ofte bli preget av uro og mangel på trygghet. Gode rutiner, struktur samt jevnlige påminnelser, er de viktigste virkemidlene for at avdelingen skal være fri for bruk av rusmidler. Videre vil vi ta urinprøve eller alkometertest hvis vi mener dette er hensiktsmessig.

Den umiddelbare reaksjonen på at en pasient er påvirket av et rusmiddel i avdelingen, er at pasienten ikke kan oppholde seg der. Det skal vurderes hvorvidt avrusning eller annen akutt behandling/ oppfølging er aktuelt. Videre vil pasienten snarest mulig bli innkalt til samtale for å drøfte eventuelle konsekvenser. Bruk av rusmidler på avdelingen kan ut fra en helhetlig vurdering føre til utskrivning fra døgnavdelingen. Vurderingen skal ta hensyn til pasientens aktuelle situasjon og terapeutiske prosess.

8.2.2 Målgruppe

A – Senterets døgnavdeling gir behandlingstilbud til pasienter innen A – Senterets målgruppe (jf punkt 3.1, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4) . Vi har 14 senger som henvender seg til pasienter med alkohol som det dominerende rusmiddelet, fire senger som ikke tar hensyn til dominerende rusmiddel og to senger for pasienter som primært sliter med illegale rusmidler.

Grunnlaget for å tilby døgnbehandling vil som regel være at poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig for at pasienten kan opprettholde eller komme videre i en motivasjonell prosess; pasienten vil ha behov for en mer intensiv behandling- en høyere ”dose”- med tanke på endringsarbeidet.

For andre pasienter vil behovet for skjerming/ stabilisering, være en mer tydelig del av indikasjonen for innleggelsen. Innleggelse kan f eks være hensiktsmessig som en ramme rundt utredning av pasienter som har problemer med å holde seg rusfrie i forkant av - og under selve utredningen. Videre kan pasienter som har store problemer, kanskje i form av en krise, i forbindelse med familie, arbeid, helse eller andre forhold, ha behov for stabiliseringsopphold og skjerming i en periode. Dette kan gjelde uavhengig av grad av sosial stabilitet/ marginalisering og rusproblemets alvorlighetsgrad. Samtidig er det vanlig å anta at det foreligger en samvariasjon mellom behov for innleggelse og disse variablene.

Psykiske problemer i kombinasjon med rusmiddelproblemer kan også danne grunnlag for å tilby innleggelse med utgangspunkt i et behov for skjerming/ stabilisering. Når det gjelder pasienter med rusmiddelproblemer i kombinasjon med psykiske lidelser, skal vi gi tilbud til de som har lettere og moderate symptomidelser samt personlighetsforstyrrelser. (jf punkt 3.1.3) Denne avgrensningen sammenholdt innebærer at vi ikke kan legge inn pasienter som har behov for tett medisinsk og/ eller psykiatrisk oppfølging

8.2.3 Behandlingstilbudet ved døgnavdelingen.

8.2.3.1 Kartleggings- / utredningsfasen

Det legges opp til et systematisk kartleggings- og vurderingsarbeid i den innledende delen av behandlingen. Det kliniske intervju står sentralt samtidig som vi anvender forskjellige kartleggingsredskap og tester. Pasienten informeres om de ulike kartleggingstiltakene og om hensikten med disse.

Utredningen danner grunnlaget for behandlingsplanen og eventuell individuell plan. Behandlingsplanen for pasientene ved døgnavdelingen inneholder de samme punktene som planen for poliklinikken. Drøfting med kolleger på et behandlingsmøte, inngår som en del av arbeidet med behandlingsplanen.

Utover den rutinemessige utredningen, tilbyr vi en mer uttømmende utredning av psykiske lidelser. Videre kan vi gjennomføre nevropsykologiske undersøkelser; i første rekke vil det være snakk om screeningundersøkelser, men vi har også mulighet for å foreta mer uttømmende undersøkelser hvis dette er hensiktsmessig.

8.2.3.2 Behandlingsopplegget

Møter

Det gjennomføres ukentlige obligatoriske møter som skal bidra til å forhindre antiterapeutiske prosesser samt sikre en god flyt av informasjon fra de ansatte til pasientene og vice versa.

Gruppetilbudet

Gruppetilbudet er en sentral del av behandlingsopplegget. Innenfor den rammen som døgnbehandling gir, skal gruppbehandlingen være preget av individuell tilpasning; behandlingsplanen danner utgangspunkt for hvilke gruppetilbud som velges. Det utarbeides en ukeplan for den enkelte pasient, noe som bidrar til en struktur på hverdagen i avdelingen.

Videre er også noen av gruppetilbudene obligatoriske; noen tema anses som sentrale for de fleste av pasientene. Utover den obligatoriske delen av opplegget kan pasienten velge grupper i samråd med sin behandler. Etter at ukeplanen er ferdig, vil imidlertid de valgte gruppene bli en del av det faste tilbudet for pasienten og fritak fra å møte gis kun etter nærmere avtale. Valgfriheten skal således ivareta pasientenes individuelle behov og bidra til at han/ hun "eier" behandlingen. Samtidig skal en fast struktur bidra til forutsigbarhet og kontinuitet for pasienten selv samt medpasientene i de ulike gruppene.

Gruppetilbud er forankret i kognitiv teori, sosial læringsteori, teori om tilbakefallsforebygging løsningsfokusert tenkning og elementer av psykodynamisk teori. Videre vil gruppene være forskjellige med tanke på hvorvidt formen er temaorientert/ undervisningspreget eller prosessorientert. De virksomme faktorene vil i forskjellig grad være informasjon, etablering av håp, læring av sosiale ferdigheter, samtale om viktige tema og en opplevelse av samhörighet.

Individuall samtaler

Det skal gis individuell oppfølging knyttet til områdene som er nevnt i behandlingsplanen med utgangspunkt i pasientens målsettinger. I tillegg skal individuall samtalene sikre at behandlingen på A –Senteret fremstår som helhetlig for pasienten, og at den koordineres med oppfølgingen fra eventuelle andre instanser. Individualbehandlingen gis av pasientens faste

behandler. I tillegg kan pasientene få enkelte individualtimer hos andre i teamet knyttet til spesielle tema; staben vil ha spesiell kompetanse på ulike områder.

Par-/familiesamtaler.

Døgnavdelingen skal i samråd med pasienten involvere pårørende i behandlingen hvis dette vurderes som formålstjenlig. Dette kan skje ved at vi informerer pårørende om behandlingen.. Videre vil det ofte være aktuelt å tilby parsamtaler.

Hvis pasienten har omsorg for eller samvær med barn, kan det være aktuelt å drøfte muligheten for familiesamtaler, evt samtaler med barna alene.

9. Eksternt samarbeid/ Bruk av individuell plan.

Som det fremgår av ovennevnte, etterstreber A – Senteret å tilby en differensiert behandling som integrerer pasientenes problemområder. Samtidig vil vi ofte samarbeide med andre instanser. Dette er formålstjenlig og nødvendig fordi noen pasienter vil ha behov for et tilbud som ligger utenfor vårt mandat- og kompetanseområde.

Sosialtjenesten, psykisk helsevern og fastlegen vil i mange saker være selvsagte samarbeidspartnere. Videre kan det være aktuelt å involvere arbeidsplassen, NAV arbeid og barneverntjenesten. Samarbeidet skal bidra til å hindre at det totale tilbudet blir fragmentarisk og inkonsistent.

Samtidig som samarbeid kan være nødvendig, ligger det innebygget en del vanskeligheter i de vanlige samarbeidsmodellene. Et sekvensielt samarbeid – at ulike instanser behandler problemene i sekvenser eller ”etter tur” - vil kunne innebære at de problemene som ikke er gjenstand for behandling vil undergrave pågående behandling. Videre vil også et parallelt samarbeid - at forskjellige hjelpetiltak jobber side om side - kunne resultere i en fragmentarisk og inkonsistent behandling; det er vanskelig å isolere de forskjellige problemene både mht forståelse og behandling. Videre vil ulike instanser ofte ha ulik fagideologisk forankring samt metodikk, og det blir vanskelig for klienten selv å integrere dette til en meningsfull helhet. Et resultat av dette er ofte at klientene faller ut av behandlingen.

Bruk av individuell plan vil kunne bidra til et mer integrert og helhetlig samarbeid, og A – Senteret vil anvende individuell plan ut fra gjeldende lover og forskrifter

10.Undervisning og veiledning

Som spesialisttjeneste betrakter A – Senteret undervisning og veiledning som en naturlig og integrert del av det totale tilbudet.

Målgruppen for vår undervisning og veiledning er først og fremst Universitetet i Oslo samt Høgskolene. Vi har en fast avtale med Universitetet i Oslo og Diakonhjemmet høgskole om praksisplasser for henholdsvis psykologstudenter og sosionomstudenter.

10. Faglig utvikling

Et differensiert behandlingstilbud fordrer fagutvikling, kvalitetssikring og evaluering. Spesielle tilbud som er igangsatt må videreutvikles, og oppstarten av nye tilbud må være forankret i en faglig refleksjon, utredning, veiledning og evaluering.

1

Fagutviklingen finner sted ved deltakelse i eksterne kurs og ved jevnlig internundervisning. Videre holder vi personalseminar og interne fagseminar. I perioder gjennomfører vi også fagutviklingsprosjekt.

Vårt tilbud om undervisning og veiledning vil dessuten bidra til fagutvikling ikke bare hos de som mottar tilbudet, men også hos våre medarbeidere som må være faglig bevisste og orienterte.

Da ansatte skal ha egne opplæringsplaner som bl a inkluderer eventuell videreutdanning.

11. Tilsyn og intern kontroll

11.1 Tilsyn

Fylkeslegen er tillagt myndighet som ”helsetilsyn” i følge lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med virksomheten, mens helsetilsynet i fylkene (fylkeslegen) skal føre tilsyn med tjenesten og de ansatte i virksomhetene.

11.2 Intern kontroll – det faglige arbeidet

A- Senteret følger forskriften om internkontroll i helse- og sosialtjenesten.

Internkontrollsystemet på A- Senteret består av et basisdokument som beskriver rammer, faglig tenkning, tilbud osv. og et kvalitetssystem med retningslinjer og prosedyrebeskrivelser når det gjelder det faglige arbeidet.

11.3 HMS – Internkontrollarbeid (IK)

Det er rutiner for IK for HMS i et tett samarbeid mellom institusjonsledelse og vernetjeneste.

Rapporter som utarbeides og krav / forventninger som stilles blir behandlet i AMU.

Det er også en egen rutine for IK mat, med fast rutine for kontrollsjekker. Det rapporteres årlig til institusjonssjef i form av en større rapport, men hyppigere kontakt dersom det skulle være avvik. Brannvernrutiner er utarbeidet og internkontrollrutiner er godkjente

12. Dokumentasjon

12.1. Årsmelding

Årsmeldingen gir en kort presentasjon av institusjonen samt virksomheten som er gjennomført i det aktuelle året. Videre formidles en statistisk oversikt over pasientpopulasjonen.

12.2

Kvalitetsmålinger. A-Senteret gjennomfører brukerundersøkelser.

Disse måler ”grad av fornøydhet”, og er et uttrykk for hvordan klientene opplever ulike sider ved tilbudet vårt. Undersøkelsene innebærer at et utvalg av pasientene som er i poliklinisk behandling forespørres om å svare på et spørreskjema. Videre blir samtlige av våre klienter som er innlagt på det tidspunktet undersøkelsene gjennomføres, forespurt om å delta.

13 Planarbeid

13.1 Strategiske planer

A- Senteret forholder seg til SKBOs 3-årige strategiske planer.

13.2 Tiltaksplaner

A- Senteret utarbeider hvert år en virksomhetsplan som inneholder de konkrete mål og tiltak virksomheten tar sikte på å gjennomføre det kommende året.