

Kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB

Publikasjonens tittel: Kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB

Utgitt: 01/2014

Bestillingsnummer: IS-2160

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2160

SAMMENDRAG

Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2013 ga Helsedirektoratet følgende oppdrag: *Foreta en gjennomgang av personellsammensetningen ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for å kartlegge den tverrfaglige profilen ved behandlingstilbudene.* Oppdraget har blitt løst ved en gjennomgang av sentrale dokumenter fra regjeringen de siste årene, og av eksisterende data fra den årlige Samdata-rapporten. I tillegg ble det gjennomført en kartlegging ved TSB-institusjoner i desember 2013. Denne undersøkelsen (Questback) ble gjennomført for å gi et bredere og mer kvalitativt bilde av personellsammensetningen og kompetansen i TSB, og hvordan de ulike institusjonene og enhetene selv vurderer dette.

De siste ti årene har regjeringen hatt fokus på kompetanse og kvalitet på rusfeltet. Med Rusreformen (2004), opptrappingsplanen på rusfeltet (2007-2012), Stortingsmeldingen om en helhetlig ruspolitikk (2011-2012) og Samhandlingsreformen (2012) fikk kompetanse og kvalitet økt fokus innenfor TSB, og skulle sikre et godt helsefaglig tilbud til rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengige som henvises til TSB skal i dag også vurderes med tanke på behov for andre nødvendige tjenester, både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Meld. St. 30 peker imidlertid på at det fortsatt er behov for innsats på området.

Samdata-rapporten for 2012 gir en oversikt over personellsituasjonen i TSB. Rapporten påpeker blant annet at andelen sosialfaglige årsverk samlet sett er uendret i perioden 2009-2012. Den forteller også at andelen helsefaglige årsverk har økt fra 39 til 45 prosent i den samme perioden, og at andelen øker mer ved offentlige behandlingseenheter enn ved private institusjoner. Samtidig er den høyere andel helsefaglige årsverk og en større andel årsverk med spesialisering og videreutdanning i poliklinisk virksomhet enn i TSB for øvrig.

I Questback-undersøkelsen som ble gjennomført i desember 2013 vurderte de fleste som besvarte undersøkelsen kvaliteten, kompetansen og personellsammensetningen som god. Kommentarene som ble gitt tyder likevel på at mange ser behov for en ytterligere styrking på flere områder. For det første er det behov for en styrking av kompetansen når det gjelder komorbiditeten mellom rus og psykisk helse (ROP-pasienter).

For det andre ønskes en bredere faglig kompetanse, både psykologfaglig og medisinskfaglig, for eksempel ved en bedre tilgang til psykiatere. Flere uttrykker imidlertid bekymring knyttet til om den medisinskfaglige kompetansen økes på bekostning av den sosialfaglige.

For det tredje ønskes et styrket samarbeid på tvers av tjenestenivå. Ansatte i TSB ønsker et bedre og bredere samarbeid med kommune og NAV, og fremhever at et manglende og mangelfullt samarbeid kan medføre en forringelse av kvaliteten på tjenestene som tilbys, og dermed også større fare for svikt i overgangen mellom behandlingslinjene og i etterkant av utskrivelse. Uttrykket «svingdørspasienter» trekkes frem som en beskrivelse av dette.

INNHold

SAMMENDRAG	2
INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Metode	6
2. TSB – KOMPETANSEHEVING OG PERSONELLVEKST	8
3. SAMDATA 2012 - OPPSUMMERING	11
4. KVALITET, KOMPETANSE OG PERSONELLSAMMENSETNING I TSB - SPØRREUNDERSØKELSE	15
4.1 Innledning	15
4.2 Høyeste utdanningsretning og relevant videreutdanning	15
4.3 Behandlingstilbud	17
4.4 Kompetanse	17
4.5 Måloppnåelse	20
4.6 Utdanningsnivå og videreutdanning	21

4.7 Medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig balanse	23
4.8 Utredning for somatiske helseplager	24
4.9 Utredning for psykiske lidelser	25
4.10 Kommentarer om kvalitet, kompetanse og personellsammensetning	26
5. AVSLUTNING	28

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2013 ga Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av personellsammensetningen ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for å kartlegge den tverrfaglige profilen ved behandlingstilbudene. Den årlige Samdata-rapporten gir en oversikt over utviklingstrekk i blant annet antall årsverk i spesialisthelsetjenesten, herunder TSB. Samdata-rapporten beskriver imidlertid kun kvantitative data. Det har derfor vært nødvendig å innhente mer kvalitative data om hvordan virksomhetene/institusjonene i TSB vurderer sin egen kvalitet, kompetanse og personellsammensetning.

1.2 Metode

For å innhente informasjon fra virksomheter i TSB ble det i desember 2013 gjennomført en Questback-undersøkelse ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvelgelsen ble foretatt gjennom Helsedirektoratets nettside for fritt sykehusvalg, behandling for rus og avhengighet.¹ Undersøkelsen ble sendt ut til totalt 57 institusjoner, hvorav 39 besvarte spørreskjemaet. Dette gir en svarprosent på 68.

Helsedirektoratet mottak svar fra 521 unike respondenter på Questback-undersøkelsen. Spørreskjemaet ble sendt per e-post til en kontaktperson eller til sentralt postmottak ved institusjonene. Mottakere av e-posten ble bedt om å videresende undersøkelsen til alle ledere og medarbeidere ved institusjonen. Dette er en potensiell feilkilde, da det ikke har vært mulig å estimere antall mulige deltakere, og heller ikke hvorvidt e-posten ble videresendt. Det ble sendt ut en påminnelse etter én uke. Skjemaet var tilgjengelig på internett i totalt ti dager.

Representativiteten er også en mulig feilkilde. Det vites ikke hvor mange av besvarelsene som kommer fra henholdsvis ledere og medarbeidere, eller om andelen besvarelser fra ansatte med høyt utdanning er større enn andelen med lavere utdanning. Opplysninger om utdanningsnivå- og retning sier imidlertid noe om dette, og tilbakemeldingene samsvarer i noen grad med rapportering av årsverk i Samdata 2012.

¹ www.frittisykehusvalg.no

Anonymitet er en annen potensiell feilkilde. I Questback-undersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi hvilken virksomhet de arbeider ved. Dette innebærer at deltakerne ikke var sikret full anonymitet, noe som kan bidra til at de scorer høyere enn de hadde gjort ved en undersøkelse med full anonymitet. Undersøkelser med full anonymitet kan på denne måten gi en mer realistisk score.

Kjønnsfordelingen viser at 69,3 prosent av respondentene var kvinner. Dette samsvarer med Statistisk sentralbyrås oversikt over årsverk i spesialisthelsetjenesten etter utdanningsgruppe, tjenesteområde, kjønn og alder. I følge SSB er 68,7 prosent av årsverkene i TSB kvinner (tall fra 2012).²

På enkelte områder er Questback-undersøkelsen vurdert opp mot en nasjonal brukerundersøkelse i TSB, gjennomført av Kunnskapssenteret i september 2013.³ Dette gjelder særlig hjelp knyttet til somatiske og psykiske plager, og samarbeid mellom pasienter, virksomhet og hjemkommune/NAV. Undersøkelsene er på grunn av ulik oppbygging og metodetilnærming ikke direkte sammenlignbare, men de er likevel sett i sammenheng for å vise at pasienter på noen områder vurderer tjenestene annerledes enn ledere og ansatte i TSB.

² Kilde:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=SpesHelseAlder&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=speshelse&StatVariant=&checked=true>

³ Kilde: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-d%C3%B8gnopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-unders%C3%B8kelse-i-2013>

2. TSB – KOMPETANSEHEVING OG PERSONELLVEKST

De siste ti årene har regjeringen hatt fokus på kompetanse og kvalitet på rusfeltet. Rusreformen fra 2004 ga rusmiddelavhengige innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) pasientrettigheter på lik linje med pasienter i somatikken og psykisk helsevern. Økt kapasitet og mer kompetanse var også i tråd med mål i opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) og Stortingsmeldingen om en helhetlig ruspolitikk (2011-2012). Samhandlingsreformen (2012) ble innført for å skape et samlet og helhetlig tilbud til brukerne/pasientene.

Alle som henvises til TSB skal i dag også vurderes med tanke på behov for andre nødvendige tjenester, blant annet somatiske plager og psykisk helsevern. Det er blant annet et mål i større grad å se på komorbiditeten mellom rus og psykisk helse (jf. ROP-retningslinjen⁴).

Ønsket om å styrke kompetansen og kvaliteten i TSB må ta utgangspunkt i ønsket måloppnåelse. Hva er ønsket resultat? Oppnås de ønskede resultater? Hvordan er overgangen mellom de ulike tjenestene når det gjelder videre oppfølging, f.eks. etter TSB?

En utfordring er at hjelpetilbudet er fragmentert, og det er behov for en tydeliggjøring av oppgaver og ansvar for de enkelte tjenestene. Det er også slik at kompetansen og tverrfagligheten i personellsammensetningen innenfor TSB vil kunne ha betydning for hvilken kvalitet det er på behandlingen som tilbys pasientene. Avhengig av sykdomsbildet vil det kunne være av avgjørende betydning hvilken kompetanse personellet i ulike institusjoner besitter.

Rusreformen fra 2004 satte økt fokus på kompetanse innenfor TSB, og medførte en styrket profesjonalisering av tjenestene på rusfeltet. Kvalitet kan vurderes etter grad av tverrfaglighet (helsefaglige og sosialfaglige perspektiver), helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset behandling.⁵ Evalueringen av rusreformen (Lie og Nesvåg 2006) viste at det i løpet av de første årene i liten grad fant sted en reell kompetanseheving. På spørsmål om intern kompetanseheving svarte 38 prosent av institusjonene at de hadde satt i gang ulike tiltak som mer etterutdanning innen rus og psykiatri, kartlegging, medisin og pasientrettigheter, mens 62

⁴ Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>

⁵ Kilde: [http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/\\$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf](http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf)

prosent av institusjonene meldte ikke om noen tiltak for kompetanseheving de første årene (ibid:56).

Rusreformen skulle også sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelbrukerne, og var spesielt viktig for å sikre bedre tjenester for pasienter med sammensatte behov for rusbehandling og psykiatriske og somatiske helsetjenester.⁶ I opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) lå det inne en målsetting om at andelen helsefaglige spesialister innenfor TSB (leger, psykologer, offentlig godkjente sykepleiere og vernepleiere m.m.) skulle økes.⁷ Totalt sett var det en økning av helsefaglig personell samlet sett i perioden 2005-2009, fra 32 prosent av alle årsverk innenfor TSB i 2005 til 37 prosent i 2009.

Samtidig har personellveksten totalt sett vært stor, både helsefaglig og sosialfaglig. Antall årsverk i TSB økte med 22 prosent i perioden 2006-2011⁸. Samtidig har den prosentvise økningen i ressursbruk til TSB vært større enn veksten i de somatiske og psykiatriske helsetjenestene.⁹ Andelen helsepersonell med høyere utdanning har også økt siden rusreformen, noe som kan indikere en heving av kvaliteten på tjenestene.¹⁰ Samdata-rapporten (2012, side 232) peker i tråd med dette på at andelen årsverk med spesialisering eller videreutdanning har økt de siste årene, og at dette representerer en personellmessig kompetanseheving. Både for det offentlige og det private tilbudet har det vært et mål å styrke den helsefaglige kompetansen i TSB.

Gjennom rusreformen og opptrappingsplanen for rusfeltet ble det fokusert mye på å bedre kvaliteten og øke kompetansen. Meld. St. 30 (side 123-124) påpeker imidlertid at det fortsatt er behov for innsats på området, og at personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgstjenestene, også tjenestene til personer med rusproblemer, må utvikles i tråd med samhandlingsreformen. De ulike utdanningsretningene må blant annet i større grad tenke forløp, samhandling, brukermedvirkning, samtidige rus- og psykiske problemer (ROP), tidlig innsats og forebygging. Innsatsen må styrkes og kompetansen heves i kommunene, fylkeskommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er også behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos dem som arbeider på rusfeltet (Meld. St. 30, side 125). Helsedirektoratet forvalter ulike tilskudd som skal heve kompetansen på feltet, blant annet til styrking av helsepersonells kompetanse om rus- og

⁶ Kilde:

[http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/\\$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf](http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf)

⁷ Kilde: [http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20St.meld%20Den%20nasjonale%20rusmiddelpolitikken.%20Oppdatering%20om%20Rusreform-evaluering%20\(2006-2010\).pdf](http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20St.meld%20Den%20nasjonale%20rusmiddelpolitikken.%20Oppdatering%20om%20Rusreform-evaluering%20(2006-2010).pdf)

⁸ Kilde: <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Rus---Nokkeltall-/>

⁹ Kilde:

[http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/\\$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf](http://www2.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/0bcb3660206afb94c1257b2b002b90bc/$FILE/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf)

¹⁰ Kilde: [http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20St.meld%20Den%20nasjonale%20rusmiddelpolitikken.%20Oppdatering%20om%20Rusreform-evaluering%20\(2006-2010\).pdf](http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20St.meld%20Den%20nasjonale%20rusmiddelpolitikken.%20Oppdatering%20om%20Rusreform-evaluering%20(2006-2010).pdf)

avhengighetsproblematikk.¹¹ Dette tilskuddet har til hensikt å øke kurstilbudet til leger og psykologer, og utvikle opplæringstiltak for andre grupper helse- og sosialpersonell som arbeider med rusproblematikk.

Etablering av en egen legespesialitet i rus og avhengighetsmedisin er også igangsatt. Forventet oppstart er i 2015. En slik medisinsk spesialitet vil kunne virke rekrutterende og stimulere til mer forskning og økt kunnskap på rusfeltet. Den nye spesialiteten skal knyttes tett opp mot spesialiteten i psykiatri, og kommer som resultat av et behov for å styrke legers kompetanse i rettighetsvurderinger, diagnostisering, akuttbehandling, avrusning, diagnostisering og behandling (Meld. St. 30, side 125).

¹¹ Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/styrking-av-helsepersonells-kompetanse-om-rus-og-avhengighetsproblematikk-2013.aspx>

3. SAMDATA 2012 - OPPSUMMERING

Den årlige Samdata-rapporten gir oversikt over generelle utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten, og mulighet til å sammenligne og vurdere utvikling mellom regioner og enheter (Samdata 2012, side 3). Rapporten sier noe om antall årsverk og endring over tid ved offentlige og private aktører som tilbyr behandling for rusmiddelavhengighet innenfor spesialisthelsetjenesten. I årsverkene for TSB, som presenteres i Samdata-rapporten, inngår det offentlige tilbudet i helseforetakene og årsverk ved de private institusjonene regionene har avtale med (Samdata 2012, s. 234).

Samdata-rapporten sier imidlertid kun noe om det tallmessige grunnlaget. Det har derfor vært behov for en mer kvalitativ kartlegging av kompetansen, kvaliteten og personellsammensetningen ved de ulike institusjonene. Den nevnte Questback-undersøkelsen ble i desember 2013 gjennomført i institusjoner som tilbyr rusbehandling. Denne blir presentert i kapittel 4.

Tabell 3.1 viser en totaloversikt over årsverk i TSB i 2012. I overkant av 3 900 årsverk var tilknyttet TSB. Helse Sør-Øst har 60 prosent av det totale antall årsverk.

Tabell 3.1 - Årsverk totalt i TSB (Samdata 2012, s. 243).

Helseforetak	Leger	Psykologer	Sykepleier/ vernepleier	Barnevernsped/ sosionom	Helse- og sosialfaglig personell	Totalt
Helse Sør-Øst	116	249	723	373	1745	2365
Helse Vest	31	93	223	129	545	703
Helse Midt	16	32	144	121	355	460
Helse Nord	5	23	106	49	251	385
TOTALT	168	397	1195	672	2895	3914

Tabell 3.2 oppsummerer nøkkeltallene for personellsammensetningen i TSB i 2012. I alt 74 prosent av årsverkene hadde helse- og sosialfaglig utdannelse, 79 prosent ved de offentlige og 67 prosent ved de private institusjonene. Samlet hadde 31 prosent en spesialisering i psykiatri, psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

Tabell 3.2 – Nøkkeltall for personellsammensetningen i TSB i 2012 (Samdata 2012, s. 244).

Helseforetak	Offentlig/privat	Totalt antall årsverk	Helse- og sosialfaglige årsverk (pst) ¹²	Helse/sosial ratio ¹³	Spesialisering (pst) ¹⁴
Helse Sør-Øst	Offentlig	1462	79	3,4	38
	Privat	903	66	2,2	24
	Totalt	2365	74	2,9	33
Helse Vest	Offentlig	333	85	2,2	39
	Privat	370	71	3,6	24
	Totalt	703	77	2,7	31
Helse Midt	Offentlig	246	81	1,5	36
	Privat	214	73	1,7	28
	Totalt	460	77	1,6	32
Helse Nord	Offentlig	298	71	2,8	26
	Privat	87	47	2,4	8
	Totalt	385	65	2,7	22
TOTALT	Offentlig	2339	79	2,8	36
	Privat	1575	67	2,4	24
	TOTALT	3914	74	2,6	31

Samdata-rapporten presenterer også sammenlignbare data for perioden 2009-2012. Både ved offentlige og private institusjoner innenfor TSB økte andelen årsverk med bakgrunn fra de helsefaglige utdanningene i denne perioden – fra 39 til 45 prosent (tabell 3.3).¹⁵ Samlet sett er andelen sosialfaglige årsverk uendret i perioden 2009-2012.

Tabell 3.3 - Nøkkeltall målt ved andel (prosent) årsverk i TSB i perioden 2009-2012. (Samdata 2012, s. 231)

Personellkategori	Offentlig/privat	2009	2010	2011	2012
Helsefaglig ¹⁶	Offentlig	44	46	48	49
	Privat	34	36	36	38
	Totalt	39	42	43	45
Sosialfaglig ¹⁷	Offentlig	17	17	18	18
	Privat	17	17	16	16
	Totalt	17	17	17	17
Spesialisering / videreutdanning ¹⁸	Offentlig	31	34	34	36
	Privat	20	22	21	24
	Totalt	26	28	29	31

¹² Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning.

¹³ Antall helsefaglige årsverk dividert med antall sosialfaglige årsverk. Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Sosialfaglige årsverk inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

¹⁴ Andel av alle årsverk som har en spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

¹⁵ I perioden fra 2005 til 2012 økte antall årsverk i TSB fra 2 636 til 3 914, en økning på 47,9 prosent (Oppdatering av Rusreform-evalueringen 2006-2010 s. 25, Samdata 2012 s. 244).

¹⁶ Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

¹⁷ Sosialfag inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

¹⁸ Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

Å styrke den helsefaglige kompetansen i TSB har vært ett mål som sektoren har fulgt opp, både innen det offentlige og det private tilbudet (Samdata 2012, s. 232). Endringene i personellsammensetningen som har funnet sted i perioden, viser at personellet har en mer spesialisert kompetanse i 2012 enn i 2009, og vil kunne tilby en mer spesialisert helsetjeneste (Samdata 2012, s. 229). Kompetansehevingen var både knyttet til en større andel helsefaglige årsverk i løpet av perioden, men også til økt andel med spesialisering i psykiatri og/eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Ved offentlige behandlingssenheter økte andelen helsefaglige årsverk mer enn ved private institusjoner.

Tabell 3.4 gir en oversikt over årsverk i TSB basert på utdanningsgrupper i perioden fra 2009 til 2012. Samlet sett ble det både flere helsefaglige og sosialfaglige årsverk i sektoren, men økningen var mindre for de sosialfaglige enn for de helsefaglige årsverkene. I 2012 var andelen legeårsverk fremdeles lav til tross for økningen som har funnet sted, mens andelen psykologer og sykepleiere økte med over 30 prosent i perioden 2009-2012.

Tabell 3.4 - Årsverk i TSB fordelt på utdanningsgrupper. Utviklingstall for perioden 2009-2012 (Samdata 2012, s. 242).

Utdanningsgrupper	2009	2010	2011	2012	Endring (pst) 2009-2012	Endring (pst) 2011-2012
Psykiatere	25	35	49	58	129,1	18,4
Andre leger	60	72	93	110	82,6	17,8
Psykologer	298	336	373	397	33,0	6,3
Sykepleiere	682	748	850	925	35,5	8,8
Vernepleiere	226	246	258	271	19,6	4,8
Sosionomer	400	441	479	484	20,8	1,0
Barnevernspedagoger	158	161	172	188	19,0	9,3
Annet helse- og sos.faglig personell med høysk./univ.	199	197	223	227	13,9	1,8
Helse- og sos.faglig personell med vgs.	222	211	224	238	7,4	6,3
Annet personell ¹⁹	1042	1017	1051	1018	-2,2	-3,1
TOTALT	3313	3469	3771	3914	18,1	3,8

I følge Samdata-rapporten økte de polikliniske årsverkene innen TSB med 9 prosent i 2012, og utgjør til sammen om lag 950 årsverk (Samdata 2012, s. 229). Økningen gjelder både helsefaglig og sosialfaglig personell. Det er betydelige regionale forskjeller i dekningsraten for poliklinisk personell. Utdanningsprofilen blant årsverkene i poliklinisk virksomhet er kjennetegnet ved en høyere andel helsefaglige årsverk og en større andel årsverk med spesialisering og videreutdanning sammenlignet med årsverk for øvrig i TSB.

Den polikliniske virksomheten utgjør ca. 25 prosent av årsverksinnsatsen i 2012 (Samdata 2012, s. 232). Alle utdanningsgruppene i poliklinisk virksomhet hadde en vekst fra 2011 til

¹⁹ Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, eksempelvis pedagoger, økonomer eller ufaglært personell.

2012. Den laveste veksten blant det helse- og sosialfaglige personellet var knyttet til psykologene. Samlet sett økte det helsefaglige personellet med i underkant av 8 prosent. Det var særlig sykepleiere/vernepleiere som bidro til veksten. Personell med spesialisering i psykiatri/videreutdanning i psykisk helsearbeid/rusproblematikk utgjorde en betydelig andel av årsverkene med helse- og sosialfaglig utdanning, og antall årsverk økte med 13 prosent det siste året. Den polikliniske virksomheten i TSB var representert med en høy andel helse- og sosialfaglig personell – 93 prosent i 2012.

Den polikliniske virksomheten inkluderte i større grad personell med helsefaglig utdanning og/eller spesialisering/videreutdanning i psykisk helsearbeid/rusproblematikk sammenlignet med de øvrige årsverkene i TSB. Dette gjelder alle kategoriene av helse- og sosialfaglig personell. Økningen i poliklinisk virksomhet vil dermed bidra til å øke kompetansen blant årsverkene som utgjør personellressursen i TSB.

4. KVALITET, KOMPETANSE OG PERSONELLSAMMENSETNING I TSB - SPØRREUNDERSØKELSE

4.1 Innledning

I Questback-undersøkelsen som Helsedirektoratet gjennomførte i desember 2013, ble de utvalgte institusjonene i TSB ble bedt om å besvare følgende hovedområder:

- Høyeste utdanningsretning og relevant videreutdanning
- Behandlingstilbud
- Kompetanse
- Måloppnåelse
- Utdanningsnivå og videreutdanning
- Medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig balanse
- Utredning for somatiske helseplager
- Utredning for psykiske lidelser

I det følgende presenteres resultatene i kronologisk rekkefølge.

4.2 Høyeste utdanningsretning og relevant videreutdanning

Respondentene ble bedt om å oppgi høyeste utdanningsretning og relevant videreutdanning. Resultatene ble sammenlignet med Samdata-rapporten. Dette ble gjort for å kvalitetssikre informasjonen som kom frem i Questback-undersøkelsen.

Med samme yrkesfaglige inndeling som Samdata-rapporten oppgir 51,4 prosent at de har en helsefaglig utdanning (figur 4.1).²⁰ 21,6 prosent oppgir at de har en sosialfaglig utdannelse.²¹ Tilsvarende andel i Samdata-rapporten var henholdsvis 45 og 17 prosent. Dette gir en andel helse- og sosialfaglig personell på 73 prosent i Questback-undersøkelsen, mot 74 prosent i Samdata-rapporten.²²

²⁰ Helsefaglig personell i Samdata-rapporten inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

²¹ Sosialfaglig personell i Samdata-rapporten inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

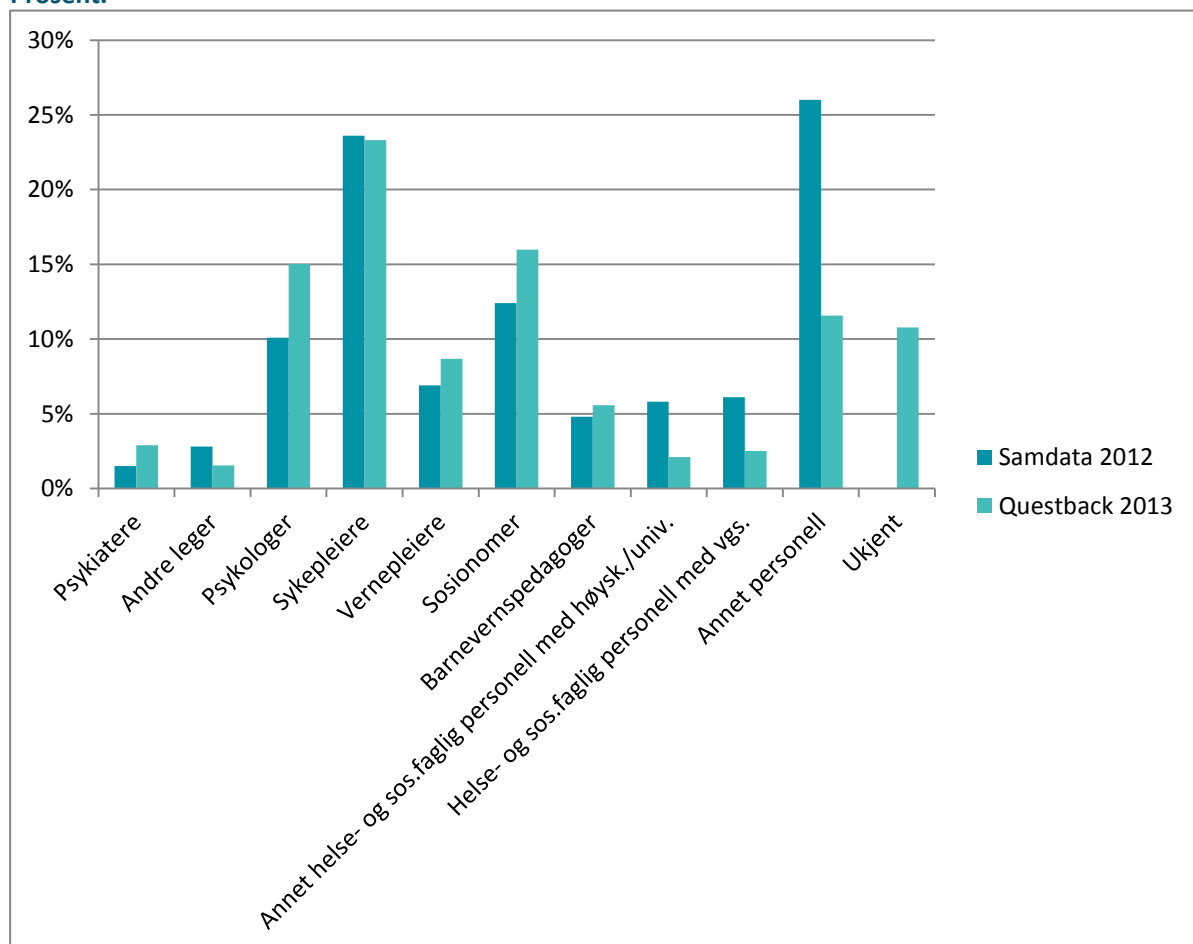
²² I Samdata-rapporten beregnes antall årsverk, mens Questback-undersøkelsen beregner antall personer (respondenter).

I resultatene fra Questback-undersøkelsen inkluderes kategorien «ukjent», altså respondenter som svarte ufullstendig når det gjelder utdanningsretning og relevant videreutdanning, f.eks. ved å oppgi universitet og høyskole som utdanning uten å spesifisere fag eller retning.

Flere i Samdata-rapporten enn i Questback-undersøkelsen oppgir at de har annen helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole og universitet, og Samdata-rapporten inkluderer over dobbel så mange i kategorien «annet personell» (lærer, økonom, kokk o.l.) som Questback-undersøkelsen.

Andelen psykiatere, psykologer og sosionomer er høyere blant de som besvarte Questback-undersøkelsen enn tallene fra Samdata-rapporten. Andelen med videreutdanning eller spesialisering var 58 prosent. I Samdata-rapporten hadde 31 prosent av årsverkene i TSB videreutdanning eller spesialisering.

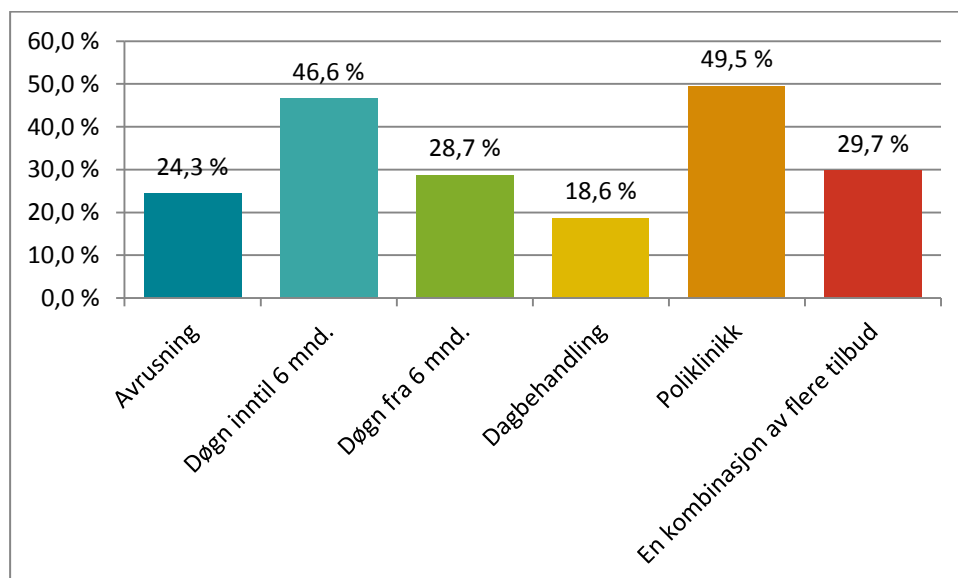
Figur 4.1 – Personellsammensetning i TSB. Samdata 2012 og Questback-undersøkelse 2013 (N=519). Prosent.



4.3 Behandlingstilbud

Deltakerne i Questback-undersøkelsen fikk spørsmål om hvilke behandlingstilbud virksomheten har. Resultatene oppsummeres i figur 4.2. I undersøkelsen oppgir 24 prosent at de tilbyr avrusning, mens 47 prosent oppgir at de tilbyr døgnbehandling inntil seks måneder. Videre oppgir 29 prosent at de tilbyr døgnbehandling i mer enn seks måneder, 19 prosent tilbyr dagbehandling, mens 50 prosent tilbyr poliklinisk behandling. Omtrent 30 prosent oppgir at de tilbyr en kombinasjon av flere tilbud, f.eks. poliklinisk forarbeid, døgninnleggelse i tre måneder og poliklinisk etterarbeid. Andre tilbyr en kombinasjon av avrusning og brukerstyrte senger, eller døgnbehandling og LAR-behandling. Flere tilbyr oppfølging hjemme/utenfor institusjon etter utskrivelse, ambulante team og dag i døgn.

Figur 4.2 – Hva slags tilbud har din enhet? (Flere kryss mulig). Questback-undersøkelse 2013. Prosent. (N=515)



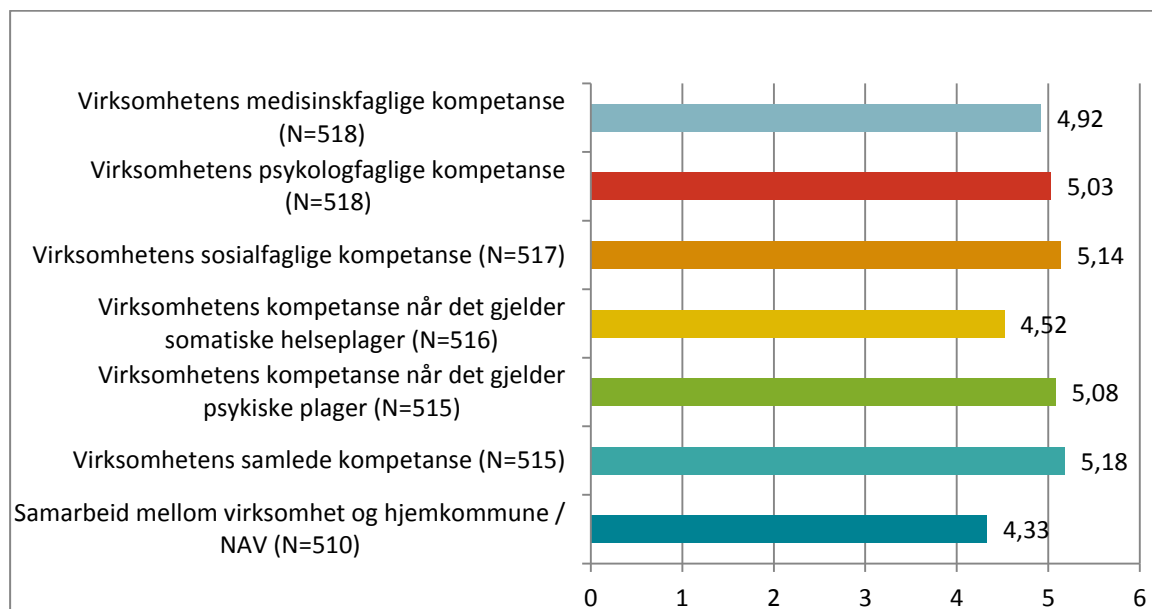
Det har ikke vært mulig å sammenligne resultatene fra Questback-undersøkelsen med data fra spesialisthelsetjenesten, fordi data om døgnplasser i TSB etter 2009 kun innhentes som totaltall.

4.4 Kompetanse

Ledere og medarbeidere som deltok i Questback-undersøkelsen ble bedt om å vurdere sin faglige kompetanse på en skala fra 1 (svært dårlig) til 6 (svært god). Gjennomsnittsscoren er gjengitt i figur 4.3. Jevnt over vurderer institusjonene den samlede kompetansen som god eller svært god (snittscore 5,18). Over 84 prosent mener den faglige kompetansen er god eller svært god. Nær 72 prosent mener den medisinskfaglige kompetansen er god eller svært god,

mens 77 prosent mener den psykologfaglige kompetansen er god eller svært god. Over 80 prosent mener den sosialfaglige kompetansen er god eller svært god.

Figur 4.3 – Vurder følgende. Questback-undersøkelse 2013. Gjennomsnittscore.



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i september 2013 en nasjonal brukerundersøkelse i TSB – pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I brukerundersøkelsen fikk pasienter i TSB blant annet spørsmål om hvilket utbytte de hadde av behandlingstilbudene ved institusjonene. Her var 39 prosent i stor eller i svært stor grad fornøyd med hjelp med psykiske plager. Ansatte i TSB var i følge Questback-undersøkelsen 80 prosent tilsvarende fornøyd med virksomhetens kompetanse på dette området.

I Kunnskapssenterets brukerundersøkelse fikk pasientene også spørsmål om hvor fornøyd de var med hjelpen de fikk med fysiske plager eller sykdom. Resultatene viser at 42 prosent i stor eller i svært stor grad var fornøyd. Tilsvarende svarte 54 av de ansatte i TSB i Questback-undersøkelsen at kompetansen i virksomheten er god eller svært god når det gjelder somatiske helseplager.

Deltakerne i Questback-undersøkelsen ble også bedt om å vurdere samarbeidet mellom virksomheten og hjemkommune/NAV. I underkant av 44 prosent vurderer samarbeidet som godt eller svært godt. Dette samarbeidet omfatter blant annet ansvarsgruppe og IP, samt forhold knyttet til utskrivning. I Kunnskapssenterets brukerundersøkelse fikk pasientene spørsmål om hvor fornøyd med hjelpen de har fått fra hjemkommunen. Her var 23 prosent i stor eller i svært stor grad fornøyd med oppfølgingen fra kommunen.

I undersøkelsen ble institusjonene på spørsmål om kompetanse bedt om å beskrive hva som eventuelt kunne vært bedre eller annerledes. En gjennomgang av kommentarene viser at flere etterlyser mer kompetanse og bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse:

Mer legerressurser og psykologfaglig kompetanse.

Mer medisinsk personell (vernepleiere, sykepleiere) slik at disse ikke bare må håndtere medisinske ting fordi det er altfor mange sosialfaglige/lærere/helsefagarbeidere. Da kan sykepleiere/vernepleiere også være mer delaktige i avdelingens program og sikre bedre tverrfaglighet i pasientenes behandling, uten å være oppbrukt og utslitt av det medisinske da vi er så få.

Da pasientene er inne forholdsvis kort tid, kan dette medføre at en ikke får utnyttet tilstrekkelig den kompetansen som finnes her (dvs. gitt oppfølging i den utstrekning og omfang som kan anses som hensiktsmessig).

Bedring av det sosialfaglige, flere ansatte, satsning på dette området. Det medisinske og psykologiske blir satsset på. Spesialiseringer, veiledninger, retningslinjer osv. er for det meste rettet mot andre grupper enn de sosialfaglige.

Andre etterlyser bedre samhandling mellom rus, psykisk helsevern og somatikk:

Bedre legedekning, pr. i dag er det ikke ressurser til å dekke elementære funksjoner som at lege møter til kardex eller er med i behandlingsmøter, og langt unna god praksis der medisinskfaglige vurderinger og behandling er en del av daglig drift. Det er også sterkt ønskelig med flere psykologer, da flertallet av pasientene oppfyller kriteriene for en eller flere psykiske lidelser, og det er store variasjoner i hvilken oppfølging de får av dette, samt behov for mer veiledning/drøftinger med øvrig personale i døgnenhetene. Jeg tror mer psykologfaglig kompetanse i virksomheten ville gitt bedre behandlingsforløp og mindre slitasje på personalgruppen.

Kunne vært bedre på somatiske sykdommer knyttet til rusbruk.

Bedre kompetanse vedrørende psykoseproblematikk, involvering av familie og nettverk i behandlingsprosessen, og samhandlingskompetanse.

Jeg ser at det hadde vært nyttig med et nærmere samarbeid (f.eks. skriftlig samarbeidsplan) med lokale DPS i forhold til behandling av enkelte pasienter. Jeg ser at vår virksomhet i enkelte tilfeller kommer til kort med tanke på enkelte pasienters psykiske lidelser.

Forholdet mellom virksomheten og hjemkommune/NAV var en gjenganger i kommentarene. Noen peker på et godt samarbeid, mens de fleste påpekte mangler med dette samarbeidet, og ytret ønske om mer og bedre kontakt:

Bedre utviklet samarbeid med kommunene pasientene bor i. Liggetiden i døgn er 3 mnd. så det er meget viktig at vi som døgnavdeling og pasienten vet at det er et apparat klart når pasienten er ferdig i døgninstitusjonen.

Samarbeid mellom virksomhet og hjemkommune har blitt bedre. Kommunen kan følge opp råd fra oss, ikke avslutte oppfølging «fordi alt går så bra» kort etter hjemreise, da forskning og erfaring viser at de første mnd. er viktig med god oppfølging.

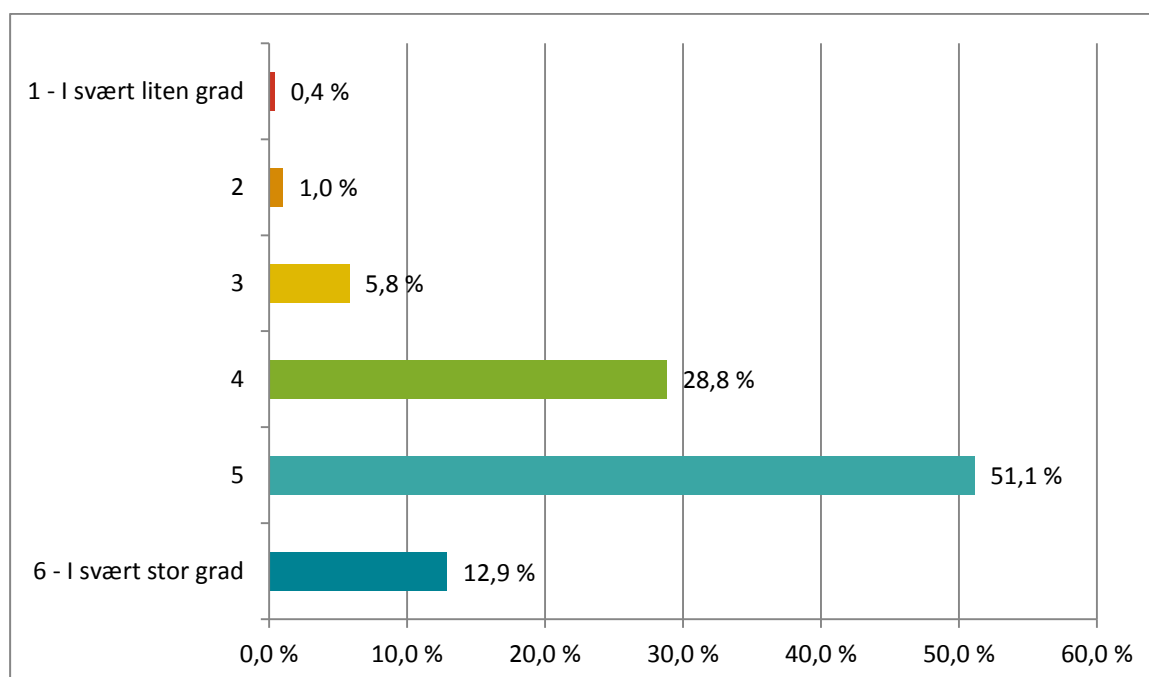
Svært variabelt hva kommunene kan tilby etter endt rehabiliteringsopphold. Mange pasienter/brukere har store hjelpebehov, og kommunene mangler ofte differensierte tilbud og ikke minst kapasitet til å følge opp hver enkelt bruker/pasient.

Kontakten med de ulike hjemkommunene/NAV er varierende, mye grunnet deres manglende prioritering til oppfølging av pasientene etter at de blir innlagt til oss. Det er svært ønskelig med et tettere samarbeid under hele behandlingsforløpet slik at det blir lettere når pasienten skal skrives ut. Min erfaring er at det er vi som må ta initiativ til ansvarsgruppemøter, IP o.l. Man ser at flere kommuner/NAV opplyser at de mangler ressurser for å reise til ansvarsgruppemøter o.l.

4.5 Måloppnåelse

Ledere og medarbeidere ved institusjonene ble bedt om å oppgi om de ved hjelp av dagens kompetanse og personellsammensetning oppnår virksomhetens målsetninger på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 6 (i svært stor grad). Omtrent to av tre (64 prosent) vurderer at de i stor eller svært stor grad oppnår virksomhetens målsetninger. Svarfordelingen gjengis i figur 4.4.

Figur 4.4 – Ved hjelp av dagens kompetanse og personellsammensetning, oppnår dere virksomhetens målsetninger? Questback-undersøkelse 2013. Score på en skala fra 1 til 6. (N=513)



Deltakerne i undersøkelsen ble på spørsmålet om måloppnåelse bedt om å vurdere hva som eventuelt kunne vært bedre eller annerledes. Flere opplever at de har god kompetanse og personellsammensetning:

Min egen kompetanse er kanskje tilstrekkelig stort sett. Behovet for mer kompetanse går mye på opplevelsen av at vi må strekke oss for å bli enda bedre. Der er alltid mye å lære og det tror jeg alltid vil komme pasientene til gode. Behovet for mer kompetanse ligger også i behovet for utvikling for den enkelte arbeidstaker. Vi har behov for påfyll etter hvert som vi har jobbet i samme bedrift i flere år.

Jeg tror vi har en god personellsammensetning og god kompetanse. Fordi vi gir individuell behandling har vi også ulike tilnærminger. Kanskje kunne hovedkontakter hatt mer fokus på overgangene til pasientene. Oppholdet for pasientene går fort og det er derfor viktig å jobbe effektivt og strukturert for å få gjennomført pasientenes og avdelingens mål. For å oppnå dette må man både ha nok tid og fokus på problemstillingen.

Vi ønsker å vurdere om vi skal få lagt til en stilling for fysioterapeut i virksomheten. Forbedre pasientenes kunnskap om fysisk aktivitet og sammenhengen mellom trening og angstmestring/rusmestring.

Mye kompetanse er tilgjengelig, da flere miljøterapeuter har videreutdanning i rusproblematikk og psykisk helse. Opplever at behandler som er lege eller psykolog har egne behandlertimer og med sitt behandler ansvar i for liten grad samarbeider med primærkontakter, samt benytter seg lite av den kunnskapen som er i posten.

Andre mener at virksomheten har et forbedringspotensiale:

Vi oppnår målsetningene, men kunne gjerne satt enda litt høyere mål i forhold til hva vi skal bli gode på. Bli litt mer spesialisert enn hva vi er. Vi er knallgode på rusbehandling i seg selv, men kunne gjerne blitt bedre på dobbeltdiagnose-behandling.

Viktig med oppdatering på ny forskning, kartleggingsmetoder og veiledning fortløpende uavhengig av grunnutdanning. For lang ventetid i forhold til institusjon.

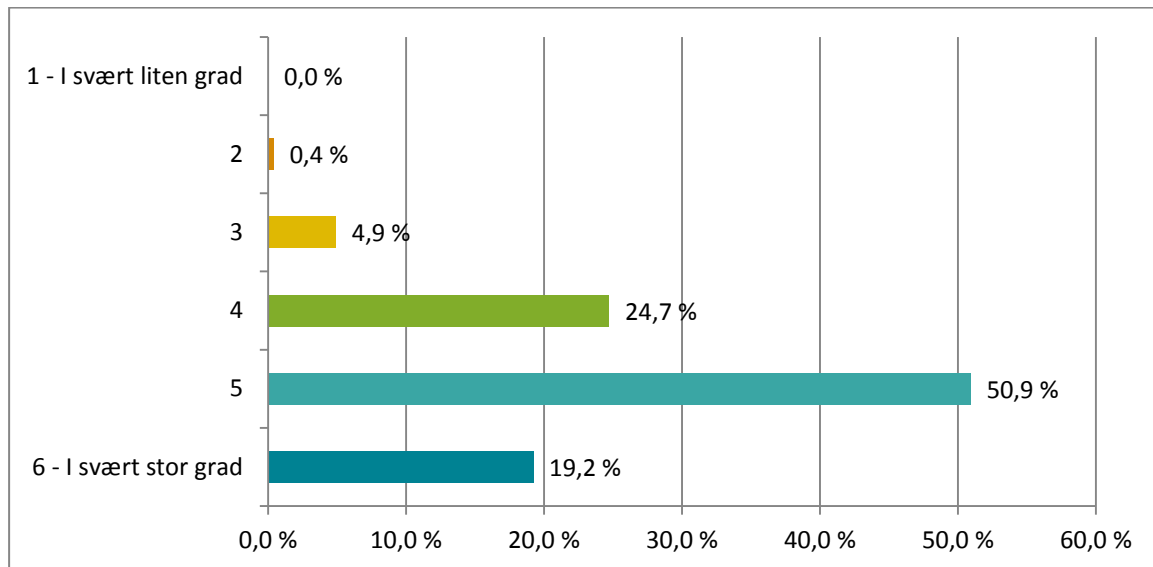
Kan alltid være nyttig med kompetanseheving. Det hadde imidlertid også vært svært nyttig å anerkjenne den realkompetanse en del tilsatte sitter med, blant annet tilsatte med særlig lang ansiennitet og tilsatte med brukerbakgrunn.

Institusjonen skulle hatt mer kunnskap om psykiatriske diagnoser/symptomer.

4.6 Utdanningsnivå og videreutdanning

Ledere og medarbeidere ved institusjonene ble i undersøkelsen bedt om å vurdere om deres utdanning og eventuelle videreutdanning var tilstrekkelig i virksomhetens daglige arbeid på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 6 (i svært stor grad). 70 prosent vurderer at utdanningen og videreutdanningen i stor eller svært stor grad er tilstrekkelig. Svarfordelingen gjengis i figur 4.5.

Figur 4.5 – Er din utdanning (ev. videreutdanning) tilstrekkelig i virksomhetens daglige arbeid? Questback-undersøkelse 2013. Score på en skala fra 1 til 6. (N=511)



Deltakerne i undersøkelsen ble på spørsmål om utdanningsnivå og videreutdanning bedt om å vurdere hva som eventuelt kunne vært bedre eller annerledes. Noen er fornøyd, og beskriver at de er i gang med eller ønsker videreutdanning:

Får nå tilbud om etterutdanning i kognitiv terapi, dette er flott og nyttig.

Mye kompetanse er tilgjengelig, da flere miljøterapeuter har videreutdanning i rusproblematikk og psykisk helse.

Min grunnutdanning som sykepleier er i utgangspunktet god nok, men for å jobbe med denne pasientgruppen over tid mener jeg at det trengs tilleggskompetanse (noe jeg håper jeg får tilegnet meg etter hvert).

Kommer langt med min videreutdanning. Kunne likevel tenkt meg mer kunnskap på felt som psykiske plager og veiledning.

Andre uttrykker behov for mer kompetanse:

Kan alltid få meir kompetanse, og vi kan alltid få laga bedra strukturar for å få jobba med ulike problemstillingar, felt eg no ynsker auka kompetanse på er traumebehandling og behandling av misbruk av prestasjonsfremmande midlar (som tilleggspromblematikk til rusmisbruket).

På grunn av trang økonomi prioriteres det sjelden å sende ansatte på kurs og videreutdanning.

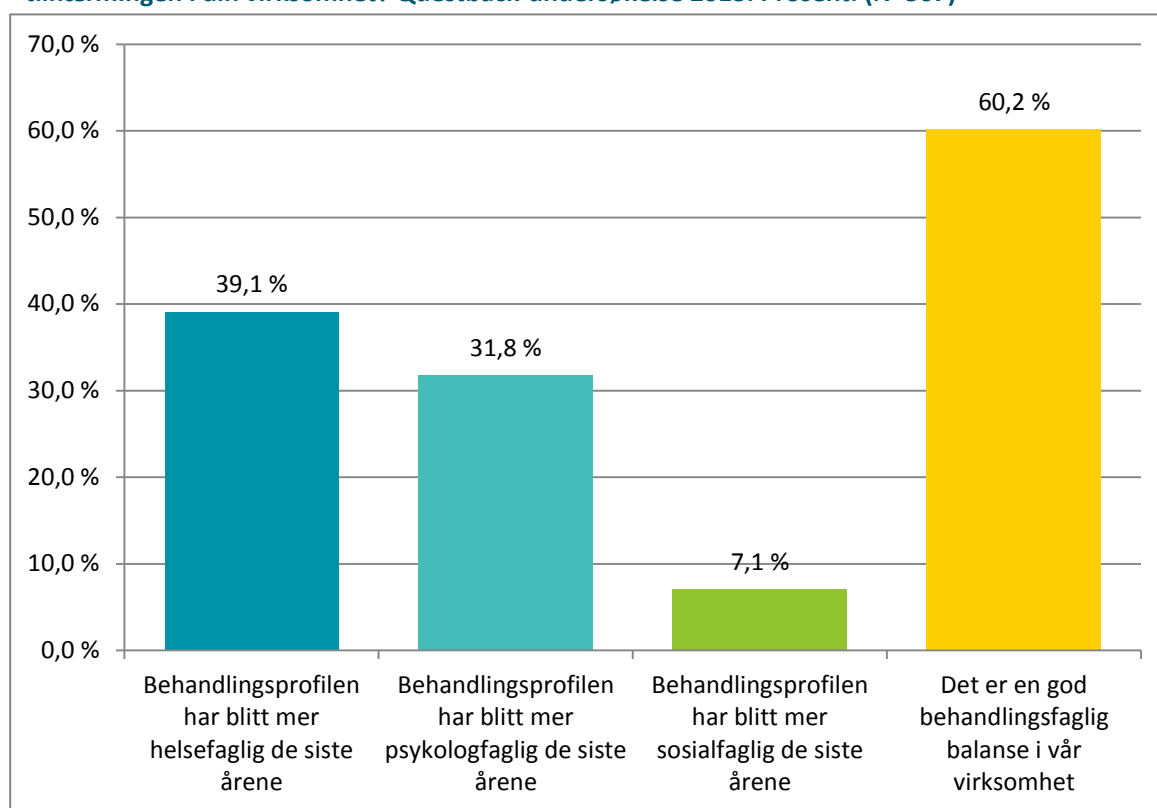
Behov for veiledning. Behov for klargjøring av psykologrollen, dessuten få inn flere psykologspesialister for å gjøre gode utredninger og vurderinger (også for veiledning av andre behandlere som utreder og behandler). Behov for mer medisinsk kompetanse og dessuten fysioterapikompetanse. Behov for veiledning på avdeling som gruppe.

Kunne hatt mer videreutdanning innen rus og psykiatri.

4.7 Medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig balanse

Ledere og medarbeidere ved institusjonene som deltok i undersøkelsen ble bedt om å vurdere balansen mellom den medisinskfaglige, psykologfaglige og sosialfaglige tilnærmingen i virksomheten. I underkant av 40 prosent mener den har blitt mer helsefaglig de siste årene, mens ca. 32 prosent mener den har blitt mer psykologfaglig (figur 4.6). Rundt 7 prosent mener den har blitt mer sosialfaglig. 60 prosent mener virksomheten har en god behandlingsfaglig balanse.

Figur 4.6 – Hvordan er balansen mellom den medisinskfaglige, psykologfaglige og sosialfaglige tilnærmingen i din virksomhet? Questback-undersøkelse 2013. Prosent. (N=507)



Deltakerne i undersøkelsen ble på spørsmål om behandlingsfaglig balanse bedt om å utdype svaret, eventuelt med hva som mangler av kompetanse. Mange uttrykker at de er fornøyd med virksomhetens kompetanse og hva de oppnår med eksisterende ressurser:

Ser at vi får stadig flere pasienter som er psykisk syke og trenger hjelp på de fleste livsområder, ikke bare rusproblematikk. Føler at vi gjør en god jobb ut fra de midlene vi har tilgjengelig.

På [institusjonen] har jeg lært å jobbe tverrfaglig på en veldig god måte. Det å jobbe tverrfaglig har blitt en veldig viktig komponent for meg. Jeg kunne aldri tenkt meg å jobbe bare helsefaglig igjen. Det tverrfaglige samarbeidet på [institusjonen] tror jeg er en av våre største styrker.

Behandlingsfaglig balanse oppleves som god. Det hadde vært en styrke med medisinskfaglig kompetanse på lik linje med de andre kompetansene og i et reelt teamarbeid med alle de krav til evne til kommunikasjon og samhandlingsferdigheter dette stiller.

Hyggelig utvikling med mer fokus på det medisinskfaglige, men beklagelig dersom dette har gått på bekostning av det psykologfaglige og det sosialfaglige. Disse yrkesgruppene har også absolutt en plass hos oss. Det blir ofte et kortvarig møte med pasienten på avgiftningsavdelingen, men desto mer viktig da mange av disse ikke er tilgjengelige for TSB på andre arenaer.

Flere er opptatt av det som oppleves som en dreining fra en sosialfaglig til en medisinskfaglig tilnærming:

Oppleves at dreiningen fra det sosialfaglige til helsefaglig har ført til mye mer fokus på medisiner og medikamentbruk og at det er mindre vektlagt det med jobb, bolig, sosialt nettverk, noe som er helt klare suksessfaktorer for å håndtere et liv uten rus.

Det sosialfaglige er i ferd med å bli overskygget av det helsefaglige. Sosialarbeiderne erstattes av helsefagarbeiderne.

Vi har i stor grad et medisinskfaglig fokus. Det sosialfaglige kommer i for liten grad frem. Vi er således avhengig av at pasienten skal videre i behandling. Da behandlingstiden er kort er det viktig at vi jobber strukturert, ha mer fokus på kvaliteten i IP. Det mangler ikke kompetanse, men behandlingstiden er kort.

De med sosialfaglig kompetanse er i mindretall og ikke i lederfunksjoner. Mener det hadde vært gunstig med en likere fordeling.

Andre etterlyser mer eller bedre helsefaglig kompetanse, blant annet knyttet opp mot kombinasjonen rus og psykisk helsevern:

Vi trenger ytterligere fokus på den medisinske behandlingen, spesielt for pasienter innlagt for avrusning.

På grunn av en økning av sammensatte lidelser hos våre pasienter hadde det vært nyttig at flere ansatte hadde helsefaglig bakgrunn.

Jeg savner flere sykepleiere, og da helst med rus- eller psykiatrikompetanse.

Relasjonsarbeid, familiearbeid og sterkere poliklinisk oppfølging i samarbeid med kommunene er noe som bør satses mer på

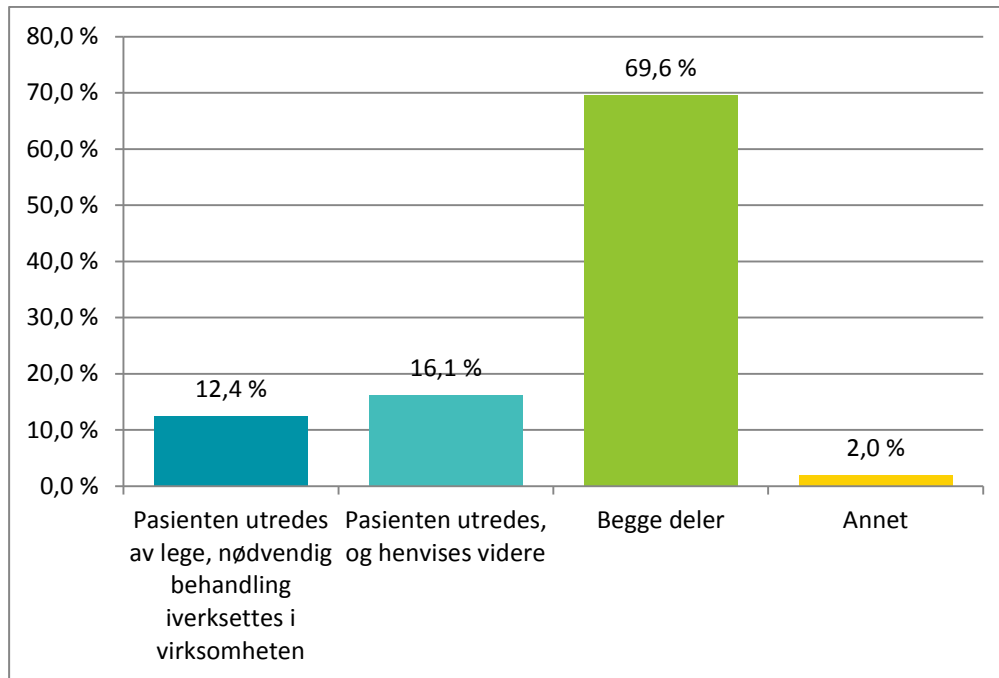
I undersøkelsen ble det også spurt om alle yrkesgrupper deltar i regelmessige behandlingsmøter. I overkant av 90 prosent svarte bekreftende på dette (N=510). På oppfølgings spørsmål om hvilke yrkesgrupper som ikke deltar er det oftest leger, arbeidsledere (vaktmester etc.) og merkantile/administrative yrkesgrupper som trekkes frem.

4.8 Utredning for somatiske helseplager

Deltakerne i undersøkelsen ble bedt om å svare på om pasientene utredes for somatiske helseplager. Nær 70 prosent bekrefter at dette gjøres (N=512). De som svarte bekreftende fikk deretter spørsmål om hvordan denne utredningen foregår. Ca. 12 prosent svarer at pasienten utredes av lege og at nødvendig behandling iverksettes i virksomheten (figur 4.7). Omtrent 16

prosent svarer at pasientene først utredes før vedkommende henvises videre. Nær 70 prosent svarer at de gjør begge deler.

Figur 4.7 – Hvordan utredes pasientene for somatiske helseplager? Questback-undersøkelse 2013. Prosent. (N=355)

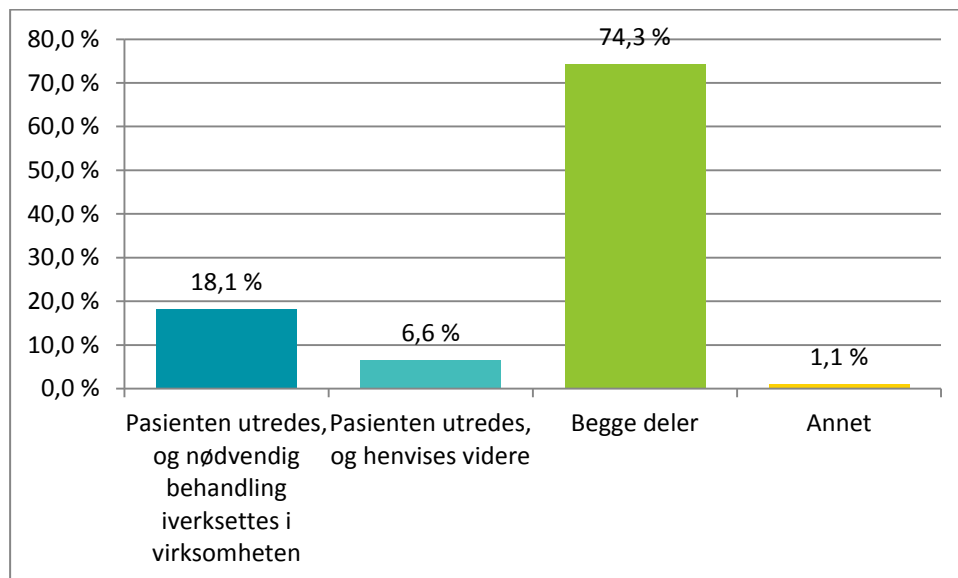


Under svaralternativet «Annet» kunne respondentene utdype hva annet som gjøres når det gjelder somatiske helseplager. Flere svarer at de samarbeider tett med pasientenes fastlege før vedkommende eventuelt henvises videre, mens andre samarbeider med fysioterapeut.

4.9 Utredning for psykiske lidelser

Deltakerne i undersøkelsen ble bedt om å svare på om pasientene utredes for psykiske lidelser. Over 90 prosent svarte bekreftende på dette (N=509). Disse fikk deretter et tilleggsspørsmål der de ble bedt om å forklare hvordan pasientene utredes. Her svarte 18 prosent at pasienten utredes og at nødvendig behandling iverksettes i virksomheten (figur 4.8). I overkant av 6 prosent svarte at pasienten utredes og henvises videre, mens 74 prosent svarte at de gjør begge deler.

Figur 4.8 – Hvordan utredes pasientene for psykiske lidelser? Questback-undersøkelse 2013. Prosent. (N=470)



Under svaralternativet «Annet» kunne respondentene utdype hva som gjøres når det gjelder psykiske lidelser. Noe av det som ble trukket frem var at en del pasienter ikke får utredning eller behandling fordi oppholdet ved institusjonen var for kort. Andre fremhever at behandlingen primært rettes mot rusproblematikken.

4.10 Kommentarer om kvalitet, kompetanse og personellsammensetning

Avslutningsvis i undersøkelsen fikk deltakerne mulighet til å komme med andre kommentarer om kvalitet, kompetanse og personellsammensetning eller eventuelt andre forhold som ikke kom frem i spørreskjemaet.

En del kommentarer handlet om kvalitet i virksomheten og på tjenestene som tilbys:

Jeg føler at institusjonen tilbyr tjenester med god kvalitet og oppfølging. Systemene er ryddige og i tråd med eksisterende forskrift og regelverk. Institusjonen har hatt tilsyn fra Helsetilsynet/Fylkesmannen uten avvik eller merknader.

Lokalene, tranghet og mangel på rom, går ut over kvaliteten på tilbudet her. For eksempel et rom til skjerming av pasienter (da tenker jeg for eksempel på når en pasient blir suicidal og vi trenger et rom som er uten ting og tang som de kan skade seg med og på). Pasientene har på denne etasjen kun en felles stue og sitt eget rom å være på. Dette synes jeg blir veldig trangt for en som skal være her på tvang i tre måneder. Personalet har ikke personalrom eller et eget spiserom. Vi har kjøleskap på kjøkkenet til pasientene. Vaktrommet er et «glassbur» hvor pasientene har innsyn. Vi har ikke noe sted å trekke oss tilbake (som det av og til er behov for) uten å måtte forlate avdelingen og gå to etasjer ned. Dette er veldig uheldig fordi det kan bli for langt unna (hvis de skulle trenge hjelp), for våre kollegaer som er igjen på avdelingen.

Vi står i en svært krevende arbeidssituasjon hvor vi arbeider tett med og bor sammen med mennesker med mye ubearbeidede traumer. Der er lite rom for debrifing/veiledning og skulle derfor ønske at det ble satt av mer tid til dette. Generelt mer fokus på hvilke psykiske belastninger en kan møte på i arbeid med gjeldende pasientgruppe – fokus på forebygging.

Synes det i for liten grad blir utredet i forbindelse med psykiske lidelser. Synes også det er lite fokus på somatiske plager og behandling. Pasientene får «beskjed» om at de er her for rusproblemet og må vente med andre ting, som somatiske plager.

Andre kommentarer handlet om eksisterende og ønsket kompetanse i personalet:

Det er et godt tverrfaglig arbeid ved utredning og behandling, det mangler imidlertid noen som kan arbeide direkte inn mot kommune og NAV for å sikre god oppfølging etter utskrivelse.

Mer rom for fordypning og fagutvikling for alle yrkesgrupper er en forutsetning for å gjøre en god jobb i dette feltet med så mye sammensatt problematikk. Viktig med dypere forståelse av faget hos alle aktører for å få en god balanse mellom yrkesgruppene og de ulike metoder for tilnærming. Mer fokus på forskning rekrutterer flere ildsjeler.

Institusjonen har flere ansatte med egen misbrukerbakgrunn. Disse er nøkkelpersonell i gruppeterapien og en forutsetning for å kunne drive behandling etter 12-trinnsmodellen. Denne gruppen etterspørres ikke i anbudsutlysninger, hvilket er uheldig.

God psykologdekning. På grunn av liten psykiaterstilling kan det bli vanskelig i forhold til samarbeidet medisinering og oppfølging av medisinering. Seksjonen samarbeider med seksjon for avgiftning og kartlegging, der det er ansatt flere leger, dersom det ikke er mulig å gjennomføre her. På grunn av helsefaglig/medisinskfaglig fokus og innsats kreves det mer helsepersonell med medisinkompetanse. Det er bekymringsfullt dersom dette i fremtiden forringer den sosialfaglige kompetansen.

Noen ytret ønske om bedre koordinering i forkant av innleggelse og i overgangen mellom ulike behandlingstilbud, i selve behandlingsforløpet og i etterkant av utskrivelse:

Har et ønske om samhandlingskoordinator for å sikre tilbud etter endt avrusning. I tillegg bør det være bedre koordinering av innleggelser. Det er stort frafall til oppmøte og dette kunne vært løst ved å ha et system hvor man ringer pasienter eller sender SMS dagen før og samme dag som innleggelse.

Mangel på avrusningsplasser, særlig med tanke på direkteoverføring fra avrusning til innleggelse i institusjon. Det hadde vært ønskelig med avrusningsplass ved institusjonen, men da må den medisinskfaglige avdelingen styrkes i form av økonomiske ressurser. Pasientene er ofte i behov av akutt helsehjelp, står ofte på lange ventelister lenge uten at de blir informert om at de kan velge institusjon. Det hadde vært hensiktsmessig med en koordineringsenhet, som så på institusjonenes behandlingstilbud og ventetid.

Samarbeidet med psykisk helsevern kunne vært bedre, særlig når det gjelder to grupper:

- 1) De alvorlig psykisk syke rusavhengige (dobbeltdiagnose-pasienter)
- 2) Rusavhengige som er rusfrie og underveis i rehabilitering, men som trenger langvarig behandling for middels alvorlige psykiske plager.

Vi har et stort fokus på tidlig oppdagelse av psykisk sykdom og samarbeider tett med BUP og kommunen. Ønsker økt fokus og ressurser til forebyggende arbeid.

5. AVSLUTNING

Samdata-rapporten for 2012 viste at den helsefaglige kompetansen er styrket innenfor TSB de senere årene. Dette innebærer ikke bare en større andel helsefaglige årsverk, men også en økt andel personell med spesialisering og videreutdanning.

Samdata-rapporten viste følgende viktige resultater:

- Samlet sett er andelen sosialfaglige årsverk uendret i perioden 2009-2012.
- Ved offentlige behandlingseinheter økte andelen helsefaglige årsverk mer enn ved private institusjoner.
- I 2012 var andelen legeårsverk fremdeles lav til tross for økningen som har funnet sted, mens andelen psykologer og sykepleiere økte med over 30 prosent i perioden 2009-2012.
- Utdanningsprofilen blant årsverkene i poliklinisk virksomhet er kjennetegnet ved en høyere andel helsefaglige årsverk og en større andel årsverk med spesialisering og videreutdanning sammenlignet med årsverk for øvrig i TSB.
- Den polikliniske virksomheten utgjør ca. 25 prosent av årsverksinnsatsen i 2012.

Questback-undersøkelsen viste at både ansatte og ledere i TSB i stor grad er fornøyd med tjenestetilbudet som ytes i virksomhetene. De vurderer sin egen kompetanse som god på de fleste områder: Over 84 prosent mener den faglige kompetansen er god eller svært god.

Gjennom kommentarer som ble gitt i undersøkelsen etterlyses likevel bedre samhandling mellom rus, psykisk helse og somatikk. Samlet sett gir kommentarene et inntrykk av behov for ytterligere tiltak, både i forhold til personellsammensetning og tverrfaglighet, men også når det gjelder mer kompetanse og bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse.

Questback-undersøkelsen viste følgende viktige resultater:

- Noe over halvparten (54 prosent) mener virksomhetens kompetanse er god eller svært god når det gjelder somatiske helseplager, mens 80 prosent mener kompetanse er god eller svært god når det gjelder psykiske plager.
- Over 60 prosent vurderer den behandlingsfaglige balansen som god.

- Ca. 40 prosent mener behandlingsprofilen har blitt mer helsefaglig de senere årene, mens ca. 32 prosent mener den har blitt mer psykologfaglig. Kun 7 prosent mener den har blitt mer sosialfaglig.

Ønsket om økt samhandling og bedre koordinering av tjenestetilbudet er områder som er sammenfallende mellom Questback-undersøkelsen og brukerundersøkelsen som ble gjennomført av Kunnskapssenteret høsten 2013. I brukerundersøkelsen etterlyser pasientene i TSB bedre oppfølging etter utskrivelse, og mer og bedre samarbeid med hjemkommunen. Samlet sett skiller de to undersøkelsene seg imidlertid fra hverandre ved at pasientene i TSB generelt virker mindre fornøyd med tjenestetilbudet enn ansatte og ledere i TSB. Det er et stort sprik blant annet på spørsmål om hjelp knyttet til psykiske plager, hvor 39 prosent av pasientene i stor eller svært stor grad var fornøyd med tjenestetilbudet, mens 80 prosent av ledere og ansatte i TSB var tilsvarende fornøyd.

Oppsummert viser svarene og kommentarene som kom frem i Questback-undersøkelsen at det kan være behov for en ytterligere kartlegging og vurdering av kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB. Dette gjelder spesielt på områder som komorbiditeten mellom rus, psykisk helse og somatikk, og områder knyttet til samhandling mellom virksomheter i TSB og hjemkommune/NAV. Enkelte kommentarer gir også uttrykk for et ønske om bedre koordinering av tjenestetilbudet før, under og etter behandlingsoppholdet.

Det gjøres allerede en del knyttet opp mot utredning, behandling og oppfølging av personer som har en samtidig rus- og psykisk lidelse. Kompetansetjeneste ROP har for eksempel utviklet GAP-undersøkelser for ledere i behandlingssenheter som sammenligner egen praksis målt opp mot anbefalinger i ROP-retningslinjen.²³

En nærmere vurdering er viktig fordi kompetanseheving i seg selv ikke er et mål; det er først når den er relevant og nyttig for den enkelte pasient/bruker at den vil kunne ha betydning.

Kunnskapssenterets rapport og Questback-undersøkelsen må ses i sammenheng med andre kompetanseoppdrag, for eksempel Kompetanseløftet 2015, som blant annet omfatter tiltak knyttet til videre- og etterutdanningstilbud for personell uten helse- og sosialutdanning. Rapportene må også ses i sammenheng med oppdrag Helsedirektoratet har fått i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2014, blant annet arbeidet med å styrke organiseringen, kompetansen og kvalitetsutviklingen på rusfeltet, målet om å sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent personell i helse- og omsorgssektoren i samsvar med samhandlingsreformen, og oppdraget om å analysere og fremlegge rapport om helsepersonell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene.

²³ www.rop.no



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no