



CARE SERVICE AS

Holtsveien 151
4900 TVEDESTRAND

Saksbehandler, innvalgstelefon

Eva Dolva, 38 17 61 69

Rapport fra tilsyn med Care Service AS - Englegård Behandlingscenter

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – døgnbehandling og besøkte i den forbindelse Care Service AS / Englegård behandlingssenter fra 21.05.2019 til 23.05.2019. Vi undersøkte om Care Service AS sørger for at spesialisthelsetjenester til pasienter med ruslidelse med mulig samtidig lettere psykisk lidelse blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført etter at Fylkesmannen gjennom informasjon ved bekymringsmelding fra Helsedirektoratet har funnet grunn til å undersøke forholdene ved institusjonen.

Fylkesmannens konklusjon:

- Englegård Behandlingscenter sikrer ikke at legemiddelhåndteringsforskriften overholdes. Videre sikres ikke forsvarlig rusmiddeltesting ved at det kun brukes hurtigtesting som eneste analyse. Det er videre svikt i journalføring om inntatte medisiner og manglende dokumentasjon om avgitte urinprøver og resultat av dette.

Dette er brudd på forsvarlighetskravet:

Lov om spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. :

Lov om helsepersonell §§ 39, 40

Forskrift om legemiddelhåndtering

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6,7,8, og 9

Ledelsen følger med på tjenesten via møter. Funn i tilsynet viser behov for at ledelsen skal forbedre og implementere nødvendige prosedyrer for å rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen. Vi ber i kapittel 6 i rapporten om en plan for virksomhetens oppfølging for retting av lovbruddet.



Innhold

1. Tilsynets tema og omfangs.....
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynets.....
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....
5. Fylkesmannens konklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet



1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Fylkesmannen i Agder fikk den 07.03.2019 oversendt en bekymringsmelding fra Helsedirektoratet om Care Service. Bekymringsmeldingen kom fra en varsler som tok kontakt med Fylkesmannen med informasjon og påstander om kritikkverdige forhold ved institusjonen Care Service AS (CS). Informanten ønsket anonymitet og fikk aksept på det.

På bakgrunn av henvendelsen besluttet Fylkesmannen at det skulle gjennomføres tilsyn med Care Service. Tilsynet ville bli gjennomført som systemrevisjon.

Tilsynet ble gjennomført med hjemmel i lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. av 30. mars 1984 nr. 15 § 2.

Tilsynet ville undersøke påstandene i bekymringsmeldingen. Videre var tilsynets fokus om virksomheten sørger for en god utredning og gir et samordnet og helhetlig behandlingstilbud til pasienter som har en rusproblematikk. Vi ville også se på hvordan kravet til brukermedvirkning ble ivare tatt.

Fylkesmannen skulle i tilsynet undersøke om institusjonen, gjennom systematisk styring og kontroll, sikrer at kravene i helselovgivningen er oppfylt slik at tjenestene som ytes er forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, etter helsetilsynsloven § 2. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesten § 2-2 er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Kravet til faglig forsvarlighet er en rettslig standard for hvordan arbeidet skal organiseres og utføres. Kravet legger ikke til grunn en ideell norm men bygger på hva som kan forventes i den konkrete situasjonen. Kjernen i forsvarlighetskravet er at det handles i samsvar med det som er faglig godt, og i noen situasjoner opp mot det som er optimalt.

Det er utarbeidet publikasjoner som gir innhold til hva som er faglig forsvarlig og som er aktuelle for dette tilsynet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948) utgitt av Helsedirektoratet (Heretter kalt ROP-retningslinjen).



- Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076). Utgitt av Helsedirektoratet i 2014.
- Prosedyrer for rusmiddeltesting IS – 2231
- Nasjonal faglig veileder for vanedannende medisiner.

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp skal bidra til å sikre god og riktig legemiddelhåndtering. Av forskriften § 3 fremgår at virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, herunder:

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.
- c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.
- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 setter krav til istandgjøring og utdeling. Av første og andre ledd fremgår at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordinering gjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordinering er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Det enkelte helsepersonell som arbeider med legemiddelhåndtering har et personlig og selvstendig ansvar for at pasienten får riktig legemiddel jvf krav til faglig forsvarlighet i helsepersonellovens § 4. I dette ligger at helsepersonell har en selvstendig plikt til å sikre at den enkelte pasient er entydig identifisert før vedkommende tilføres legemidler.

Helsepersonell har etter helsepersonelloven §§ 39 og 40 plikt til å føre journal, og av forskrift om pasientjournal § 5 fremgår at det som hovedregel skal anvendes en samlet journal for den enkelte pasient. Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal. Av journalforskriften § 7 fremgår det at journalen skal føres fortløpende, og etter § 8 skal den inneholde relevante og nødvendige opplysninger, blant annet når og hvordan helsehjelp er gitt. Virksomheten har etter spesialisthelsetjeneste loven § 3-2 ansvar for å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.



Plikten til systematisk styring

Krav til ledelse, organisering og styring er et viktig element i virksomhetens ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester. Virksomhetens ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes innhold er i tråd med krav i lov og forskrift. Kravet til systematisk styring er utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Forskriften beskriver hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten innebærer, jf. forskriften § 7 – § 10. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens tjenester fungerer på de aktuelle områdene det var framsatt påstander om kritikkverdige forhold. Virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt, ble også undersøkt.

1. Manglende kontroll ved utlevering av legemidler

Medikamenthåndtering - rutiner og praksis

1. CS har rutine for legemiddelhåndtering (LH) gyldig fra 18.04.2019
2. I følge rutinen skal alle ansatte som håndterer medikamenter gjennomføre grunnkurs i legemiddelhåndtering
3. Det framgår ikke i rutine hva slags kompetanse som kreves av ansatte i de ulike delene av legemiddelhåndtering (istandgjøring, dobbeltkontroll, utdeling, observasjon av virkning), eller hvilke ansatte som har godkjenning for administrering av medikamentene.
4. Det framgår i intervju at det etter kurs i legemiddelhåndtering er spesifisert hva den ansatte har fått godkjenning til
5. Det framgår av rutinen at ansatte med medisin kurs har tilgang til medisinrommet
6. Det ble iverksatt tiltak i medisinrommet etter forsvunnet medisin i okt-18
7. Uklart om det er utpekt faglig rådgiver for medikamenthåndtering
8. Uklart i de interne rutinene om legemidler skal tas under tilsyn eller ikke
 - Motsetninger i rutinene
 - det framgikk av intervju at den som gir legemidler ikke alltid observerer inntak, da rutinen forstås som det ikke er pålagt med observert inntak
 - Det framgår derimot av medisinsignatur i medisinrom at så godt som alle pasientene **ikke** har observert inntak av medisiner (angitt som B)
9. Uklar dokumentasjon i Extensor (journal) om medisinen er tatt.
11. Narkotikaregnskap for A-prep var ikke dobbeltkontrollert for siste periode
12. Eksempler i journal der pasienter har inntatt mer medisiner fra dosett enn daglig ordinert og likevel fått nye tilsvarende medisiner ved tilbakekomst uten at det var dokumentert at det ble tatt opp med lege. Dette ble ikke meldt som avvik
13. Eksempler i journal der pasient har tatt medisiner fra kommende dager fra dosett ved permisjon- dette er ikke meldt som avvik (24.04.2019, 26.04.2019)
14. CS har ikke foretatt risikoanalyse om legemiddelhåndtering
15. Uklart hvordan ledelsen evaluerer og kontrollerer om internrutinene ved CS følges.



2. Rusmiddeltesting er mangelfull

Rusmiddeltesting/ oppfølging av rusepisoder – rutiner og praksis

1. CS har rutine Urinprøvetaking med godkjenningsdato 18.04.2019
2. Framgår av rutine at pasientene oppfordres til å ta urinprøve etter endt livstrening (permisjon) og gjennom stikkprøver
3. Det er ikke opplyst skriftlig i informasjon til pasienten hva urinprøvene brukes til og hva som skjer hvis den er positiv, og pasienten er uenig i resultatet, eller hvis pasienten nekter å ta urinprøve.
4. Urinprøver tas kun som hurtigtest (sticks)
5. Det ble opplyst i intervju at det også gjøres PET- prøver (* for alkohol på Sykehuset i Arendal)
6. CS sin hurtigtest viser hva slags stoff –men kun positivt / negativ – viser ikke om det er nytt inntak eller mengde
7. CS har ikke avtale med analyselaboratorium
8. Fant ikke rutine på opplæring i bruk av hurtigtesting (gjennomføring, tolkning), men det ble opplyst under intervju at opplæring var gitt av legen.
9. Det er frivillig å ta urinprøver, jf. CS sine egne rutiner
10. Det tas ikke observerte urinprøver
11. I følge rutinen skal urinprøvesvar dokumenteres i journalsystemet Extensor
12. Det er manglende dokumentasjon i journal om at urinprøver er avgitt og svar på dette etter permisjon og etter rusepisoder
Eksempel 1: 4 urinprøver var positive på samme pas 20.12., 21.12., 26.12., 04.01. Det er ikke dokumentert hva slags inntak / eller om dette var tema for videre behandling. På denne pasienten var det dokumentert i journal kun 6 urinprøvesvar siden innleggelse 17.07.2018
Eksempel 2: 3 urinprøver var positive 27.03., 04.04. 11.04. Det var ikke dokumentert hva slags inntak / eller at det var tema i videre behandling. For samme pasient var det dokumentert kun 5 prøvesvar fra innkomst 04.09.2018.
14. Tilsynet var usikre på hvorvidt ledelsen følger med på om rutinene følges
 15. Fant ikke at ledelsen har foretatt risikoanalyse vedrørende rusmiddeltesting for sikre at testingen blir utført på en forsvarlig måte.

3. Mangel på behandlingsplaner / andre planer

Kartlegging rus/ psykisk helse/ somatikk, samordnet behandling

1. CS har rutine for utarbeidelse av behandlingsplaner med evaluering hver 6. uke
2. Det framgår av framlagt dokumentasjon og intervju med ansatte at dette følges
3. Det framgår i behandlingsplan hvilke tiltak og hvilken person som sammen med pasienten har ansvar for enkelttema. Pasienten er med på å utarbeide behandlingsplan
4. Det er dokumentert at det kartlegges rus, psykisk helseproblematikk
5. Lege opplyser i intervju at somatikk gjennomgås ved inntak, men videre somatisk oppfølging (f. eks. smerter) er lite dokumentert i journal
6. Uklart om pasientene er kartlagt for smittestatus f. eks Hepatitt B/C

4. For mye rekvirering av vanedannende medisiner

Bruk av vanedannende medisiner under innleggelse ved CS



1. Det framgår i institusjonens legemiddelhåndteringsrutine at det er «som hovedregel ikke mulighet for å bruke vanedannende medisiner under behandlingsoppholdet»
2. Tilsynet fant i journal fire eksempler på pasienter som ikke stod på vanedannende medisiner ved innleggelse, men som ble satt på dette etter innkomst og som fremdeles står på det
3. Tilsynet fant ett eksempel i journal der pasienten stod på vanedannende medisin som eventuelt ved innleggelse i februar i år, og som ble satt på mer vanedannende fast etter innleggelsen.
4. Tilsynet fant ikke at ledelsen følger med på at rutinen etterlevs.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Organisering av virksomheten

Care Service AS – Englegård behandlingssenter er lokalisert på Holt, like utenfor Tvedestrand i Aust-Agder. Bygningsmassen er av eldre historisk årgang, og ligger i landlig til. Pasientene har egne rom, men må dele bad. Det er gode fasiliteter for ulike aktiviteter på huset.

Nåværende virksomheten ble etablert i 2018, og er godkjent av Helfo som leverandør av fritt behandlingsvalg (FBV) for å drive tverrfaglig spesialisert rusbehandling på spesialisthelsetjeneste nivå. Det er 18 plasser, og pr dato er alle plassene belagt. Englegård behandlingssenter tilbyr utredning, behandling og ettervern for alle typer rusavhengighet. Pasienter søker behandlingsplass selv gjennom <http://helsenorge.no>, eller gjennom fastlege. Det forutsettes at pasientene er ferdig avruset før de kommer. Det jobbes tett opp mot hjemkommunen, NAV, fastlege og henvisende instans.

Ut over å drive TSB-døgnbehandling, tilbyr også Englegård behandlingssenter terapi gjennom bruk av erfaringskonsulenter og 12-trinnsmodellen. Virksomheten har tilknyttet psykolog og psykiater og pasientene tilbys spesialisert individuell behandling mens de er innlagt på Englegård. Lege har ansvar for oppfølging av somatisk helseproblematikk. Det er mulighet for å være innlagt på institusjonen opp til ett år. Pasienten oppfordres til å delta i selvhjelpsgrupper som AA og NA. Englegård behandlingssenter har stort fokus på livstrening (permisjon), og pasientene får oppfølging ved permisjoner utenfor institusjonen.

Englegård behandlingssenter har som mål å ha en tverrfaglig sammensatt personalgruppe, med spesialister som psykiater, psykolog, lege, høyskoleutdannede med spesialisering herunder sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, miljøterapeuter og fagutdannet personal. Det er ansatt egen kokk og vaktmester som også er en del av miljøarbeiderteamet. Englegård behandlingssenter har fått forhåndsvarsel om tilbaketrekkning av godkjenning i fritt behandlingsvalg (FBV) i brev fra HELFO av 14.04.2019, fordi tilfredsstillende bemanning ut i fra gitt godkjenning ikke var på plass. Dersom pålegg ikke imøtekommes, risikerer Care Service AS at godkjenningen blir trukket tilbake. Pr dato er Englegård behandlingssenter i en prosess hvor stillingsprosent til psykiater skal økes og det skal ansettes flere sykepleiere.

Fakta i kapittel 3 Vurderes opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Av institusjonens skriftlige rutine fremgår at alle ansatte skal ha grunnkurs for å utføre



oppgaver innen legemiddelhåndtering og oppfriskningskurs hvert tredje år. Det ble imidlertid ikke framlagt oversikt over kompetansen til den enkelte ansatte vedrørende medikamenthåndtering. Videre framkom det ikke om institusjonen har rutiner og krav for hva slags kompetanse som kreves av den ansatte i de ulike delene av medikamenthåndtering. Dette er ikke i tråd med legemiddelhåndteringsforskriften § 3.

Institusjonen har utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Tilsynet vil påpeke mangler i rutinen vedrørende kontroll ved utdeling av medisiner, og uklarhet hvordan utdelte medisiner skal dokumenteres. Det er heller ikke foretatt risikovurdering av legemiddelhåndteringen. Rutinen er derfor ikke i tråd med legemiddelhåndteringsforskriftens § 3

Det framgikk av intervjuene at legemidlene ofte ikke ble inntatt observert. Det foreligger en felles pasientperm på medisinrommet hvor alle medisininntak ble notert ned på hver enkelt med enten A (for observert inntak) og B (for ikke observert inntak). Dokumentasjonen her viser derimot at så godt som alle var notert med en B. Det er dokumentert at flere pasienter står på vanedannende medisiner som de også hadde mulighet til å ta med på rommet. CS er en institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling, og administrering av medisiner vil være en del av den helsehjelpen institusjonen har ansvar for så lenge pasienten er innlagt. Det er da institusjonens plikt å legge til rette for at de ansatte kan yte helsehjelp som er i tråd med gjeldende regelverk. Nåværende praksis anses med legemiddelhåndtering anses ikke som forsvarlig etter legemiddelhåndteringsforskriften.

Gitte medikamenter dokumenteres både i papirskjema på medisinrommet og i journalføringsystemet Extensor. Tilsynet fant at dokumentasjon i Extensor var usikker da det der ikke framkom hvem som hadde gitt medisinene og om pasienten faktisk hadde inntatt de. Når journal ikke føres samlet, og det ikke framgår i begge hvilke opplysninger som føres i papir, og hvilke som føres elektronisk, øker dette risikoen for svikt og svekker pasientsikkerheten og var derfor ikke i tråd med journalføringsplikten § 5. Helsepersonell har journalføringsplikt etter helsepersonelloven §§ 39 og 40, og virksomheten skal etter denne lov § 16 legge til rette for at ansatte blir i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter.

I journaler ble det funnet eksempler på avvik av pasienters håndtering av medisiner i dosett til egen administrasjon ved permisjon. Det framgikk at pasienten hadde tatt flere medisiner fra dosetten enn han skulle. Disse hendelsene burde vært fulgt opp med avviksmeldinger for å evaluere rutine med dosettutlevering. Dette for å forhindre at liknende hendelser skjer igjen. Avviksmeldinger var ikke sendt, og det framkom ikke at disse hendelsene var fulgt opp av ledelsen. Dette er ikke i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7-10.

Institusjonen har også rutiner kalt «urinprøvetaking» og «forebygging og håndtering av ruspåvirkede pasienter». Det framgår av rutinen at det tas urinprøver etter permisjoner, ved mistanke om ruspåvirkning. Denne avgis uten observasjon, og det brukes kun sticks til analysen. prøvene videresendes ikke til et laboratorium. Det ble i journal funnet at 2 pasienter hadde levert opp til 4 positive urinprøver over en 14- dagers periode. Det var ikke dokumentert hvordan dette var fulgt



opp i behandlingen. Urinprøver som tas etter hver livsmestring var også mangelfullt dokumentert. Dette var ikke i tråd med institusjonens egne rutiner eller journalføringsforskriften § 5.

Selv om urinprøver ikke skal være eneste kriterium for vurdering av rusmestring burde dette vært fulgt opp tettere i behandlingen, der positive urinprøver burde vært vurdert fulgt opp med analyse i et laboratorium som vil vise nøyaktig hva slags inntak og om det er nytt inntak. Flere av pasientene står også på vanedannende medisiner, og en kan da ikke vite hva som er ordinert og hva som er et nytt inntak for å oppnå rus. Ved smertebehandling av rusavhengige kan det være nødvendig med ekstra nøyaktig oppfølging, i form av urinkontroll, jf. Nasjonal faglig veileder for vanedannende medisiner. Ulempene med hurtigtester er blant annet risikoen for falske positive og falske negative resultater, at det er en rekke rusmidler som det ikke kan testes for, samt at det er vanskelig å oppdage manipulering.

Et laboratorium vil sette kriterier som ivaretar sikkerhet og risiko for manipulering, er minimal. Institusjonen bør i sin innleggelsesinformasjon til pasientene informere om at urinprøver med tanke på at rusmiddeltesting er en del av helsehjelpen som tilbys i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og at den gjøres i tråd med gjeldene nasjonale prosedyrer. Bruk av hurtigtester som eneste analysemetode, som i tillegg ikke tas observert, er mer utsatt for usikre resultat og manipulering og frarådes i Prosedyre for rusmiddeltesting IS – 2231.

Det framgikk ikke at institusjonen hadde foretatt en risikoanalyse på dette område, eller om de fulgte med på om rutine om journalføringen ble fulgt, noe de skal, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7-10.

CS har rutine for utarbeidelse av behandlingsplaner som pasienten er med på. Det dokumenteres at det kartlegges rus- og psykisk helseproblematikk, og behandlingsplanene evalueres hver 6. uke. Det framkom i intervju at somatikk kartlegges ved innkomst, men tilsynet fant at videre somatisk oppfølging (for eksempel om smerter) er lite dokumentert i journal. Videre var det uklart om pasientene er kartlagt for smittestatus om hepatitt B/C noe som ikke framkom i framlagt journal. Flere av pasientene står blant annet på smertestillende slik at virkning av medisin burde vært dokumentert, jf. forskrift m pasientjournal

CS har i institusjonens legemiddelhåndteringsrutine at det er «som hovedregel ikke mulighet til å bruke vanedannende medisiner under oppholdet». Funn i tilsynet viste at fem pasienter ikke stod på vanedannende medisiner ved innleggelse, men at de ble satt på det av for forskjellige årsaker, og ble værende på det. Høyt og langvarig forbruk av vanedannende medisiner kan føre til skadelig bruk og avhengighet. Pasienter innlagt ved CS kommer på grunn av sin rusmiddelproblematikk, og skal ha behandling for dette, men skal ikke tilføres en ny avhengighet.

Rekvireringspraksis til lege ved CS er ikke en del av tilsynet, men følges opp som egen tilsynssak fra Fylkesmannen i Agder. Det er likevel tema i tilsynet om ledelsen følger med på og evaluerer egen legemiddelhåndteringsrutine som også omhandler bruk av vanedannende medisiner. Praksis er ikke



i henhold til egen rutine, og ledelsen må ta dette med i sin vurdering og videre evaluering, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7-10.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:

- Care Service AS - Englegård behandlingssenter sikrer ikke at legemiddelhåndteringsforskriften overholdes. Videre sikres ikke forsvarlig rusmiddeltesting ved at det kun brukes hurtigtesting som eneste analyse. Det er videre svikt i journalføring om inntatte medisiner og manglende dokumentasjon om avgitte urinprøver og resultat av dette.

Dette er brudd på forsvarlighetskravet:

Lov om spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

Jf.:

Lov om helsepersonell §§ 39, 40

Forskrift om legemiddelhåndtering

Forskrift ompasientjournal

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6,7,8,9

Ledelsen følger med på tjenesten via møter. Funn i tilsynet viser behov for at ledelsen skal forbedre og implementere nødvendige prosedyrer, for å rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Fylkesmannen ber Care Service – Englegård Behandlingssenter utarbeide en plan for å rette lovbruddet innen 15.10.2019.

Planen må inneholde:

- tiltak som iverksettes for å rette lovbruddet
- hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt.
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund
- Institusjonens egne frister for å sikre framdrift

Fylkesmannen vil følge opp dette i dialog med institusjonen, og deretter vurdere å avslutte tilsynet.

Med hilsen

Kristin Hagen Arsland (e.f.)
ass. direktør

Eva Dolva
seniorrådgiver
Helse- og sosialavdelingen



Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 27.03.2018.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 07.05.2019.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Care Service AS – Englegård behandlingssenter, og innledet med et kort informasjonsmøte 21.05. 2019. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 23.05.2019.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

1. Organisasjonskart for Care Service (CS) med beskrivelse av ansvarsforhold og oppgavefordeling
2. Oversikt over ansatte der det fremkommer stilling, stillingsstørrelse, og evt. langtidsfravær. (Dette er mottatt på e-post den 19.mars)
3. Prosedyrer for inntak av pasienter
4. Kontrakter ved innleggelse
5. Husordensregler
6. Prosedyrer for utredning og diagnostisering av nye pasienter, herunder oversikt over kartleggingsverktøy
7. Prosedyrer/praksis for oppfølging av pasienter med mulig/påvist ruslidelse
8. Prosedyrer for legemiddelhåndtering
9. Prosedyrer for rusmiddeltesting
10. Prosedyrer for avslutning av behandling ved CS.
11. Rutiner/beskrivelse av hvordan pasienters rett til informasjon og medvirkning ivaretas under forløpet
12. Rutiner for samhandling/samarbeid med SSHF og med kommunale tjenester
13. Rutiner for bruk av behandlingsplaner eller liknende
14. Rutiner for bruk av Individuell plan (IP)
15. Kompetanseplan og oversikt gjennomførte opplæringstiltak siden oppstart i 2018
16. Prosedyrer for overflytting av pasienter fra CS til andre instanser
17. Prosedyrer /praksis for avviksbehandling og oppfølging av avvik
18. Kopi av relevante avviksmeldinger for 2018 og frem til d.d
19. Kopi av relevante klager fra pasienter/pårørende i 2018 og frem til d.d



20. Resultat av eventuelle brukerundersøkelser gjennomført på området
21. Eventuelle årsmeldinger fra virksomheten
22. Eventuelt andre opplysninger/dokumenter som kan være relevante for dette tilsynet herunder oppfølgingsrapporter fra Helfo
23. Oversikt/ ID – nummer over inneliggende pasienter med navn og fødselsdato
24. Kopi av fullstendig journal fra de siste 18 pasientene som har startet opp behandling, inkludert henvisning, svar på henvising, epikriser, referat fra ansvarsgruppemøter.

Tilsynet fikk en elektronisk gjennomgang av journaler den 07.05.2018. Uti fra denne og oversikt over inneliggende pasienter, ble det valgt fire fullstendige journaler etter følgende kriterier:

- Pasienter som står på vanedannende medisiner
- Pasienter som har vært innlagt over 4 måneder

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Isabel Christine Campelos	Psykolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tine Taraldsen	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oddvar Iversen	Miljøterapeut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tore Bjørn Moe	Miljøarbeider/ vaktmester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manika Rudra	Lege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brit Nordli	Psykiatrisk sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jørn Hellevik	Daglig leder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7 ansatte og 4 pasienter ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Seniorrådgiver, Vigdis Haugmoen, Fylkesmannen i Agder, revisor,
- seniorrådgiver, Fredrik Dahl, Fylkesmannen i Agder, revisor,
- Vivian Bentsen proLar, fagrevisor,
- Seniorrådgiver, Eva Dolva, Fylkesmannen i Agder, revisjonsleder

