



2 DES 2011

ML - klinikken AS v/daglig leder Asle Sundal

7624 EKNE

DERES REF/YOUR REF.:

VÅR REF./OUR REF.:

2011/4079 734.0

DATO/DATE:

29.11.2011

## Oversendelse av rapport fra tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere ved ML-Klinikken

Vedlagt følger rapport etter tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelbrukere ved ML-klinikken

Det ble avdekket avvik fra følgende myndighetskrav:

Lov om spesialisthelsetjeneste § 1-2, § 2-2

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3-1 første ledd

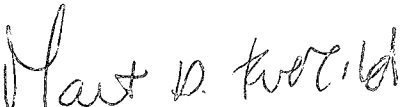
Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten


Daglig leder Asle Sundal har i e-post til revisjonsleder Mona Parow av 10.11.2011 informert om at rusvirksomheten på spesialisthelsenivå vil bli avvirket når avtalen med HELFO går ut 31.12.2011. Helsetilsynet har ingen kommentarer til dette, men forutsetter følgende:

- Det må sikres at de tre pasientene som er i ettervern fortsatt følges opp på en forsvarlig måte, og beskrives hvordan dette skal skje.
- Aktuelle samarbeidspartnere, dvs HELFO, Helse Vest HF og Rusbehandling Midt-Norge HF må informeres om avviklingen.
- Virksomhetens hjemmeside må justeres i samsvar med dette.

Helsetilsynet ber om tilbakemelding på nevnte punkter innen 15. desember 2011.

Med hilsen

  
Marit Dypdal Kverkild  
Fylkeslege

  
Tor Finn Granlund  
Ass.fylkeslege

Vedlegg: Rapport

Kopi til: *m/vedlegg*:

Helse Midt-Norge RHF	Pb 464	7501	STJØRDAL
Rusbehandling Midt-Norge	Strandveien 1	7500	STJØRDAL
Helsetilsynet i Sør-Trøndelag	Pb 4710	7468	TRONDHEIM
Helsetilsynet i Møre og Romsdal	Fylkeshuset	6404	MOLDE
Statens helsetilsyn	Pb 8128 dep	0032	OSLO
Helse Vest RHF	Pb 303 Forus	4066	STAVANGER
Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag	Pb 2568	7735	STEINKJER
Helfo pasientformidling	Serviceboks 1412	1602	FREDRIKSTAD

Saksbehandler: Tor Finn Granlund

Saksbehandlers dir. innvalg: 74 16 83 66



**HELSETILSYNET**  
I NORD-TRØNDELAG

FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG	
Saksnr. 11/4079-5	
10.11.2011	
Avd. SN	Saksbeh. TGR
Ordn verdi	3340

## Rapport fra tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

ved

### ML Klinikken

**Virksomhetens adresse:** 7600 Levanger  
**Tidsrom for tilsynet:** 10.08.2011 – 05.10.2011  
**Kontaktperson i virksomheten:** Asle Sundal

### Sammendrag

Helsetilsynene i Midt-Norge gjennomførte tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere ved ML klinikken 4. og 5. oktober 2011. Denne rapporten beskriver de observasjoner og funn som ble avdekket.

Aktuelle tilsyn er et oppfølgingstilsyn av tilsvarende tilsyn gjennomført i 2006. Tilsynets tema er rettet inn mot behandlingsforløpet, definert i fire ulike faser: mottak og vurdering av henvisninger, kartlegging og utredning, behandling samt avslutning og oppfølging. Tilsynet vil ha fokus på sammenhengende og helhetlig behandlingsskjede, herunder hvordan tverrfaglig samarbeid etableres og ivaretas. ML klinikken mottar fristbruddspasienter via HELFO, slik at det ikke var relevant å vurdere mottak og vurderinger av henvisninger.

Tilsynet har avdekket at ML klinikken ikke har et tjenestetilbud som kan tilby tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Tilsynet har blant annet avdekket følgende svikt i tjenestetilbudet ved ML klinikken:


- Manglende helsefaglig kompetanse
- Manglende system for tverrfaglige utredning og behandling, herunder samarbeid med eksterne parter
- Manglende system for kvalitetssikring av dokumentasjon av pasientopplysninger
- Manglende helhetlig kvalitetssystem, herunder risiko- og sårbarhetsanalyser og avvikshåndtering

ML klinikken har pr i dag tre pasienter henvist og vurdert for tverrfaglig spesialiserte tjenester.


Det ble avdekket **1 avvik**:

**ML Klinikken tilbyr ikke tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere**

Dato:



Mona B Parow  
revisjonsleder



Tor-Finn Grønland  
revisor

# Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Gjennomføring .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Hva tilsynet omfattet .....</b>	<b>5</b>
<b>5. Funn.....</b>	<b>6</b>
<b>6. Regelverk.....</b>	<b>8</b>
<b>7. Dokumentunderlag.....</b>	<b>8</b>
<b>8. Deltakere ved tilsynet .....</b>	<b>9</b>

## 1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved ML Klinikken i perioden 10.08.2011 – 05.10.2011. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet helsetilsynene i Midt-Norge gjennomfører i inneværende år

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

## 2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

ML Klinikken AS (utskilt fra Mestrings- og læringscenteret 17.01.11) får fristbruddspasienter via HELFO. Det ble inngått avtale med HELFO september 2008. Oppgitt utløpsdato er pr 31.12.2011. Det er pr i dag tre pasienter ved ML Klinikken: en fristbruddspasient som Rusbehandling Midt-Norge HF betaler for og to pasienter henvist fra Helse Vest HF.

Det er pr i dag følgende kompetanse ansatt ved ML Klinikken: en sosionom som faglig leder, en adjunkt med ¼ årsenhet ved HIL (Tyriliskolen) som daglig leder, en driftsansvarlig med 2 x 1/4 årsenhet ved HIL (Tyriliskolen) og en ufaglært miljøarbeider.

Det er sykepleier ansatt i 20% stilling ved ML Klinikken og ML senteret. Sykepleier har kun ansvar for legemiddelhåndteringen ved ML Klinikken og deltar ikke i noe behandlingsforløp/behandlingsteamet.

Det er intensjonsavtale om henvisning til Coperiosenteret om psykologbistand ved behov. Tilsynslege bor i Trondheim og kan innhentes ved behov. Pasienter forutsettes imidlertid å benytte fastlege på hjemstedet og legevakt ved behov.

### 3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

**Revisjonsvarsel** ble utsendt 10.08.2011. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**Åpningsmøte** ble avholdt 04.10.2011.

#### Verifikasjoner

Det ble foretatt gjennomgang av følgende pasientjournaler:

- Tre pasientjournaler for inneliggende pasienter
- Fire journaler for avsluttet behandling

#### Intervjuer

7 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**Sluttmøte** ble avholdt 05.10.2011.

### 4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynets tema er innrettet mot et helhetlig behandlingsløp, definert i

#### Mottak og vurdering av henvisninger

Om virksomheten håndterer henvisninger på en forsvarlig måte i fht når henvisninger vurderes, hvem som vurderer henvisninger, om pasienten vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp med individuell behandlingsfrist og på hvilket grunnlag dette vurderes.

ML Klinikken er ikke vurderingsinstans, og det er således ikke relevant å undersøke område Mottak og håndtering av henvisninger.

#### Kartlegging og utredning

Om virksomheten er tilrettelagt for å skaffe tilstrekkelig kunnskap om pasientens tilstand slik at konkret, tilpasset og hensiktsmessig behandling kan iverksettes. Herunder om virksomheten har tilgang på kompetanse som gjør det mulig å avklare somatiske og psykiatriske problemstillinger samt sosial og rusrelaterte forhold.

#### Behandling

Virksomheten må ha tilgang på nødvendig kompetanse avhengig av behandlingsnivå og behandlingstilbudets utforming/egenart. Det må tilrettelegges for individuelle forhold, og behandlingen må dekke de medisinske-, psykologiske- og sosialfaglige problemstillinger hos den enkelte pasient, herunder evaluering av behandlingsresultater.

#### Avslutning og oppfølging

Avslutningen av behandlingen bør være planmessig og styrt slik at pasienten sikres sammenhengende tiltakskjede. Dette inkluderer blant annet etablering av nødvendig samhandlingsarena/møter samt bruk av epikriser.

Tilsynet har fokus på en sammenhengende og helhetlig behandlingsskjede, herunder ivaretagelse av tverrfaglighet samt hvilket samarbeid som etableres i behandlingsforløpet.

## 5. Funn

### Avvik

ML Klinikken tilbyr ikke tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

### Avvik fra følgende myndighetskrav

Lov om spesialisthelsetjeneste § 1-2, § 2-2

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3-1 første ledd

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

### Avviket bygger på følgende revisjonsbevis

Organisatoriske forhold:

- Det er i perioden fra etablering 2008 frem til i dag foretatt vesentlige organisatoriske endringer i virksomheten uten at det er foretatt nærmere analyse mht konsekvenser for behandlingstilbudet
- Inneliggende pasienter følges i all hovedsak opp av driftsansvarlig med 2x1/4 årsenhet Hil (Tyriliskolen) og ufaglært miljøarbeider
- Ansatte ved ML senteret går ettermiddags- og kveldsvakt ved ML klinikken uten at de er definert å være en del av behandlingstilbudet eller pasientoppfølgingen ved ML klinikken
- Det er ikke plan for kompetansesikring, etter- og videreutdanning
- Fremlagte stillingsbeskrivelser er generelle og uten krav til fagkompetanse

Utredning og behandling:

- ML Klinikken bygger primært på tidligere utredninger som følger med pasienten ved innleggelse, eller innhentes fra tidligere behandlere
- Det fremkommer ved intervju og i journalgjennomgang at det ikke gjøres diagnostiske vurderinger
- Det fremkommer ved intervju og ved journalgjennomgang at det ikke er struktur for somatisk og psykologisk utredning ved innkomst
- Ved gjennomgang av pasientjournaler for inneliggende pasienter er det ikke funnet bruk av standardiserte kartleggingsverktøy
- Det beskrives i dokumentet "En helhetlig behandlingsarena" en rekke behandlingsmetoder. Det fremkommer gjennom intervju og ved gjennomgang av pasientjournaler at flere av disse ikke er i bruk
- Ukeplan beskriver dagsforløpet. Det er uklart i hvilken grad individuelle samtaler og gruppesamtaler har terapeutisk innhold
- Det er mal for behandlingsplaner som skal evalueres hver 14 dag. Ved intervju og ved gjennomgang av pasientjournaler gjenfinnes ikke denne evalueringen.
- Rollen som pasientansvarlig behandler er ikke definert

Oppfølging:

- Det fremkommer ved intervju at oppfølgingen av pasientene, herunder kontakt med eksterne samhandlingspartnere ivaretas av ulike personell i

virksomheten uten at det beskrives system for et helhetlig, koordinert forløp

- Det fremkommer gjennom intervju at inneliggende pasienter er vurdert å være i ettervernfase. For to av pasientene er dette dokumentert i evaluering av behandlingsplanen, hvor det fremkommer ettervernsfase i ca 6 måneder fra 200811. For den tredje pasienten fremkommer i rapport 030711 at vedkommende fortsatt har behov for tverrfaglig spesialisert tjeneste uten tidsangivelse og uten at det fremkommer at dette er vurdert som ettervernfase
- Det er ikke fremlagt plan for oppfølging på kommunalt nivå i ettervernsfasen (avslutning og oppfølging)
- Det benyttes ikke epikrise ved utskriving av pasienter. Det fremkommer ved intervju at det utarbeides utskrivingsnotat. Dette gjenfinnes ikke i gjennomgåtte papirjournaler.

#### Dokumentasjon:

- Det benyttes både papirjournal og elektronisk journal, Rusdata. Det fremkommer ikke hva som er hovedjournal
- I Rusdata foretas kun løpende journalnotat
- Legemiddeljournal for inneliggende pasienter finnes i perm på medisinerrommet. Det fremkommer ikke i Rusdata eller papirjournal at det er egen legemiddeljournal. Legemiddeljournal overføres til papirjournal ved avsluttet behandlingsforløp
- Det fremkommer ved intervju at dagsplaner ligger i egen perm
- Behandlingsplaner, evaluering og utrapporter o l utarbeides i word-system. Ved gjennomgang av papirjournaler gjenfinnes ikke nevnte dokumenter
- Det gjenfinnes ikke alltid dokumentasjon fra tverrfaglige møter (samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter) som inkluderer eksterne parter. Det er ikke system for å journalføre telefonkontakt/epost
- Det er ikke definert journalansvarlig
- Det er ikke etablert system for kontroll for å sikre kvaliteten i pasientjournalen

#### Legemiddelhåndtering:

- Det er uklart om det er definert virksomhetsleder i henhold til forskrift om legemiddelhåndtering
- Det er fremlagt prosedyre for legemiddelhåndteringen som ikke er i samsvar med regelverket
- Det er uklart hvem som er medisinsk faglig rådgiver
- Utlevering fra dosett foretas av personell med opplæring fra farmasøyt. Det er usikkert om det er gitt skriftlig bestemmelser fra virksomhetsleder

#### Avvikshåndtering:

- Det er fremlagt prosedyre for avvikshåndtering. Dette er ikke tatt i bruk.

#### **Kommentarer**

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere forutsetter å være tverrfaglig, noe som inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. Det må være spesialisert personell på faglige nøkkelposisjoner ved institusjonen slik at institusjonens faglige profil og generelle utrednings- og behandlingstilbud ligger på et spesialistnivå. Det vurderes ikke tilstrekkelig at enkelte pasienter leilighetsvis får et tilbud om spesialisthelsetjenester da hele

tilbudet må være kvalifisert slik at ulike typer spesialistutredning og behandling rutinemessig vurderes og iverksettes.

Tverrfaglig spesialisert tjeneste må kunne ha kompetanse til å

- Kartlegge med hensyn til pasientens rusrelaterte problemstikk, sosiale fungering og situasjon samt psykiske og fysiske forhold
- Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening – og testverktøy
- Foreta medisinske vurderinger av pasientens fysiske allmenntilstand og ev somatisk tilleggs lidelser, herunder kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og ev andre spesialistutredninger
- Stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling

## 6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Kravet til helhetlig internkontroll skal bidra til å sikre at tjenesten, i dette tilfellet tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, utøves i samsvar med de krav som er gitt i lov og forskrift til enhver tid. Internkontroll handler om å planlegge og tilrettelegge slik at man både gjør de riktige tingene og gjør dem på en riktig måte hele tiden. Systematisk styring er helt avgjørende for å sikre at de tjenestene som ytes er faglige forsvarlige og i tråd med god faglig praksis.

Tilsyn ved ML Klinikken har avdekket vesentlige mangler i gjennomføringen av tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Det har gradvis, tilbake til 2009 vært gjort organisatoriske endringer i tjenestetilbudets uten at det gjenfinnes faglige vurderinger av konsekvenser for innholdet i tjenestetilbudet til pasientene. ML Klinikken redegjør for at de har innført IKKS (kvalitetssystem). Det er pr i dag ikke redegjort for at IKKS er implementert for ML klinikken som et helhetlig kvalitetssystem. Det er videre i redegjørelsen fra ML klinikken vist til sentrale styrings og kontrolltiltak i internkontrollsystemt som virksomheten ikke vurderer som relevant for egen virksomhet all den tid de ikke har avtale med RHF. For tilsynsmyndigheten vitner dette om manglende forståelse for hva internkontroll i helse- og sosialtjenesten er.

## 7. Regelverk

Lov om spesialisthelsetjeneste  
 Lov om pasientrettigheter  
 Lov om helsepersonell  
 Forskrift om pasientjournaler  
 Forskrift om legemiddelhåndtering  
 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten  
 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjeneste

## 8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Rammeavtale om kjøp av helsetjenester for fristbruddspasienter psykiatri og rus
- Endringskatalog Mestrings- og læringscenteret AS, bilag 6
- Henvisningspapirer HELFO
- Organisasjonskart ML-klinikken
- En helhetlig behandlingsarena
- Fasemodell
- Presentasjon ML-klinikken
- Ansatte i ML-klinikken
- Prosedyre – instruks styret
- Prosedyre – instruks daglig leder
- Prosedyre – instruks faglig leder / stdfortreder
- Prosedyre – instruks avdelingsleder
- Prosedyre – miljøterapeut/miljøarbeider
- Opplæringsprogram for nyansatte/ekstravakter
- Avtale CoperioSenteret og Mestrings- og læringscenteret
- Intensjonsavtale Levanger fysikalske institutt og ML klinikken
- Intensjonsavtale Foreningen mot stoff Innherred og Mestrings- og læringscenteret
- Prosedyre Registrering og behandling av avvik
- Prosedyre Avviksbehandling – korrigerende tiltak
- Prosedyre Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasientens helse
- Prosedyre Opplæring/praksis i legemiddelhåndtering for personell uten formell kompetanse
- Prosedyre Fullmakt til å delta i legemiddelhåndteringen
- Prosedyre ved istandgjøring av legemidler i dosett
- Prosedyre for oppbevaring av legemidler
- Prosedyre for utdeling av legemidler

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Brev fra HOD 13.07.06
- Henvisningspapirer fra HELFO

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag:

- Varsel om tilsyn 10.august 2011
- Diverse epost korrespondanse
- Mottatt dokumentasjon pr epost 22.09.2011

## 9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Asle Sundal	Daglig leder	X	X	X
Sturla Kjørsvik	Avd.leder/faglig leder		X	
Julie Nyberg	Sykepleier		X	
Arve Røtting	Master i idrett		X	

Toril Elverum	Miljøarbeider		X	
Tommy Sundal	Driftsansvarlig		X	

**Fra tilsynsmyndighetene deltok:**

Revisjonsleder, seniorrådgiver/jurist Mona B Parow

Revisor, ass fylkeslege Tor-Finn Granlund

Revisor, rådgiver Lars Wikdahl

Revisor, rådgiver Åse Hansen