

EXP 8/12-2014 UTT



inspektionen för vård och omsorg

Avdelning syd
Marie Hörling
Marie.Horling@ivo.se

BESLUT

Dokumentkort 9

2014-12-08 Dnr 8.5-4729/2014

1(6)

Narconon Södergård
Box 238
24123 Eslöv

Ärendet

Tillsyn av HVB Narconon Södergård vid Eslöv

Beslut

Ärendet avslutas.

Bakgrund

I IVO:s tillsynsuppdrag ingår att granska verksamheter utifrån lagar, förordningar samt föreskrifter. Inspektionen genomförs enligt 13 kap. 6 § SoL.

Syftet med den aktuella tillsynen är att följa upp den tillsyn som senast gjordes under år 2009 i verksamheten.

Underlag

IVO genomförde den 19 februari 2014 en förannmäld inspektion på Narconon. Representanter för IVO var inspektörerna Rolf Köhler och Marie Hörling. Vid inspektionen intervjuades föreståndare, biträdande föreståndare och två representanter för personalen. Inspektörerna talade med två inskrivna.

- Begärd komplettering med förtydligande kring Narconons läkemedelshantering

Redovisning av tillsynen

Efterlevnad av tillståndet

Huvudmannen har tillstånd att bedriva hem för vård eller boende (HVB) enligt 7 kap. 1 § SoL samt att driva öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet enligt 7 kap. 4 § SoL. Målgruppen är vuxna personer med missbruksproblem. Verksamheten har 12 platser i dygnsvård samt sex platser i öppenvård. Inspektörerna gick igenom tillståndet med föreståndaren och biträdande föreståndaren.

Personal

Narconon har elva personer anställda. Föreståndaren samt fem av de anställda går en behandlingspedagogutbildning. MI utbildning är inplanerad för några av personalen. Behandlingspersonalen har kunskaper om de behandlingsmetoder som används. Nyanställda får introduktion, får gå runt på verksamhetens olika funktioner. Personalen upplever att det är lätt att få kompetensutveckling. Verksamheten har tillräckligt med personal enligt personalen. Föreståndaren handleder personalen enskilt. Narconon har möjlighet att låna utbildad personal från Narconon Europa. Det finns personal dygnet runt i verksamhetens lokaler.

Kvalitetssystem

Verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete, vilket personalen är delaktiga i. Verksamheten har en checklista med ett antal frågor som går igenom en gång i månaden. Detta görs för att bibehålla kvaliteten. Verksamhetens processer, arbetssätt och rutiner finns beskrivna. Viss personal ansvarar mer för kvalitetsarbetet. De inskrivna kan komma med klagomål till vem som i personalen och klagomålen skrivs ner i olika rapporter. Klagomålen utreds av etikchef, föreståndare och biträdande föreståndare. Verksamheten har inte sammanställt och analyserat klagomålen.

Det finns en rutin för lex Sarah och personalen är informerad om lex Sarah.

De inskrivna kan till viss del få sina individuella behov i behandlingen tillgodosedda. Verksamheten är lyhörd för individuella behov.

Verksamheten uppmärksammar barn till klienterna och samarbetar med socialtjänsterna i denna fråga. Anhöriga får besöka de inskrivna och verksamheten erbjuder anhörigbehandling.

Personal och ledning känner till anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL.

Dokumentation

Alla inskrivna har journal. Det är den biträdande föreståndaren som dokumenterar. Anteckningar görs på ett USB-minne. Anteckningarna skrivs ut och utskriften är den slutliga journalprodukten. Verksamheten har funderat på att digitalisera journalhanteringen. Behandlingspersonalen skriver i en så kallad behandlingsfolder som varje klient har. Detaljerad behandlingsinformation lämnas till behandlingsansvarig. Alla klienter har en genomförandplan. Socialsekreterare, klient och biträdande föreståndaren är med vid upprättandet av denna. Genomförande-

planen följs upp en gång i månaden. De inskrivna är informerade om att det skrivs en journal om dem.

Av genomförande/behandlingsplanerna framgår inte alltid vem som deltagit i planeringen, när den fastställdes, när och hur insatsen ska genomföras, följas upp och på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över planeringen. Av uppföljningen av genomförande/behandlingsplanerna framgår inte alltid vad som uppnåtts i förhållande till målen med behandlingen eller om den enskildes behov förändrats. I någon journal finns det värdeomdöme. I någon journal saknas namn och befattning på den som gjort anteckningen.

Av IVO:s tillsyn har det framkommit att konsultläkares dokumentation kring hälsobedömningar samt ordinationer skrivs i en patientbok som förvaras och finns tillgänglig på behandlingsavdelningen. Vid samtal med företrädarna för Narconon har det tydliggjorts vikten av att denna dokumentation ska hållas åtskild från den sociala dokumentationen samt endast vara tillgänglig för konsultläkare och inte förvaras i verksamhetens.

Samverkan

Verksamheten har rutiner för samverkan med socialtjänsten. HVB:t har även samverkan med försäkringskassan och arbetsförmedlingen, vårdcentral och Eslövsbostäder. Personalen har olika ansvarsområden avseende samverkan.

Säkerhet

Verksamheten har ordningsregler. Att man ska lämna urinprov om personalen misstänker droger finns med i ordningsreglerna. Om det finns misstanke om droger tas urinprov på alla inskrivna. Man kan som inskriven få vara kvar även om det funnits droger, detta beror på omständigheterna. Ibland skrivs en klient ut direkt om man exempelvis förstört för andra. I vissa fall kan klienten skrivas ut i sju dagar och sedan görs en bedömning tillsammans med socialtjänsten och beslut om utskrivning eller inte fattas herefter. Vägrar inskrivna lämna urinprov anses det som ett positivt prov och man skrivs ut från verksamheten. Vid avgiftning tar personalen klienternas ciggaretter och tändare. Det brukar finnas ett samförstånd kring detta mellan personal och klienter.

Personal och ledning uppger att de anser att lokalerna är bra. Alla inskrivna har inte egna rum. Från början får man eget rum. Verksamheten tar hänsyn till speciella behov. Barn kan hälsa på sina föräldrar i någon av verksamhetens lägenheter.

Delaktighet

De inskrivna har möjlighet att vara delaktiga i vården genom att uttrycka sina synpunkter vid morgonmöte och på så kallade vinstmöten. Klienterna har även enskilda samtal med behandlare där de kan uttrycka sina åsikter om vården och behandlingen.

Hälsa

Verksamheten har en läkare på konsultbasis vid behov, en gång per månad. Behövs mer tid så blir det oftare. Vid tiden för inspektionen fanns en sjuksköterska i verksamheten två gånger i månaden, en halv dag i taget. Sjuksköterskan var dock sjukskriven för tillfället. Läkaren och sjuksköterskan för egen dokumentation. Hälsoundersökningar och läkarordinationer följs upp. Gällande den psykiska hälsan följer personalen den enskilde nära, hur personen förändras och hur man mår. Personalen gör observationer. Är det något särskilt skrivs detta ner och kan användas för exempelvis kontakt med psykiatrin. Verksamheten använder sig i övrigt av Tåbbelunds vårdcentral och Bra hälsan.

Verksamheten ger ibland läkemedlet Tegretol (Antiepileptikum). Läkemedlet är inlåst i ett skåp. En av personalen har till uppgift att ge läkemedlet. Föreståndaren och biträdande föreståndare vet inte om denne person är delegerad denna uppgift. De inskrivna kan ha vissa läkemedel själva såsom penicillin och hjärtmedicin.

Av konsultläkares yttrande framkom att han delegerar föreståndare att hantera läkemedel och utföra hans ordinationer efter bästa förstånd. Med anledning av dessa uppgifter hade IVO ett samtal med företrädarna för Narconon för att klargöra oklarheter kring läkemedelshanteringen. Av samtal framkom att Narconon i grunden är ett medicinfritt behandlingshem men det finns ibland omständigheter som gör det nödvändigt att följa läkares ordination. Framöver kommer klienterna själv att sköta all hantering av sina läkemedel, Narconon kan bistå med att förvara läkemedel inlåsta, inget annat. Om klienten inte har förmåga att klara av att sköta sin medicinering själv ska den inte hanteras av Narconons personal utan av hälso- och sjukvårdspersonal utanför Narconons verksamhet. Narconon har ingen hälso- och sjukvårdspersonal anställd sedan mars 2014. En skrivelse inkom från företrädarna för Narconon som bekräftade det som sades under samtalet.

Samtal med inskrivna

De inskrivna känner till Narconons metoder. Man har gjort en genomförandeplan och socialtjänsten kommer på uppföljning. Personalen är tillgänglig och man har förtroende för personalen. Personalen lyssnar på de inskrivna. Klagomål kan tas upp med personalen eller vid de ge-

mensamma möten som finns i verksamheten. Verksamheten involverar anhöriga i behandlingen.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

- 5 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 4 kap. 1 § och 5 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende
- 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

Bedömning

Att läkemedel hanteras av personal som saknar delegering eller utbildning för ändamålet är inte förenligt med lagar och föreskrifter. Likaså är det inte förenligt med gällande föreskrifter att konsultläkare delegerar läkemedelsutdelning. Enligt 4 kap. 3 § SOSFS 2000:1 så är det sjuksköterska som genom delegering får överlåta åt annan befattningshavare att iordningställa eller administrera läkemedel under förutsättning att det är förenligt med god och säker vård. Efter dialog samt efter skriftlig komplettering bedömer IVO att Narconon har förstått vikten av inte utföra arbetsuppgifter de saknar kompetens för samt att de ämnar följa gällande föreskrifter.

IVO vill göra huvudmannen uppmärksam på att hälso- och sjukvårdsdokumentation ska hållas åtskild från övrig dokumentation samt att endast behörig personal har tillgång till dokumentationen. Detta innebär att Narconon inte heller kan ta ansvar för att förvara hälso- och sjukvårdsjournal då de inte är anmälda till vårdgivarregistret.

Av 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 framgår att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Av intervjun med föreståndare och biträdande föreståndare framgår att verksamheten inte har sammanställt och analyserat inkomna klagomål och synpunkter. Verksamheten får kritik för detta. IVO anser att verksamheten ska arbeta med denna fråga.

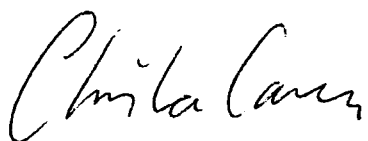
Av de allmänna råden till 5 kap 1 § SOSFS 2003:20 bör en behandlingsplan/genomförandeplan innehålla en beskrivning av den enskildes

problem, behov och förutsättningar. Planen bör vidare ange målet med behandlingen, inklusive delmål, tänkbara insatser i tidsföljd, vem som ansvarar för att insatserna genomförs och när och hur en uppföljning ska göras. IVO anser att verksamheten kan förbättra arbetet med genomförandeplanerna/behandlingsplanerna.

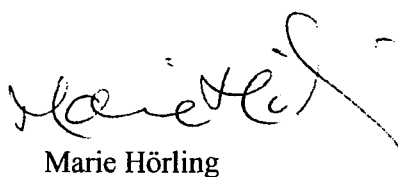
Enligt 4 kap. 1 § SOSFS 2003:20 ska journalen förutom anteckningar om beslut och åtgärder innehålla uppgifter om faktiska omständigheter och händelser som är av betydelse för att bland annat tillgodose: den enskildes rätt till en insats som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet, den enskildes rätt till insyn och möjliggöra uppföljning, utvärdering och tillsyn. IVO anser att verksamheten kan förbättra arbetet med journalerna.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Christina Carlsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Rolf Köhler, Greger Hoel och Niklas Johanson deltagit. Inspektören Marie Hörling har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Christina Carlsson



Marie Hörling