



RECOVERYAKADEMIET AS
v/ adm. direktør
Dalsætervegen 3
2090 HURDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon
Merete Kalleberg, 22003956

Rapport fra tilsyn med Recoveryakademiet den 3. mars 2022

Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Bakgrunn
3. Aktuelt lovgrunnlag
4. Framstilling av faktagrunnlaget
5. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
6. Statsforvalterens konklusjon
7. Oppfølging av lovbrudd

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Recoveryakademiet AS, avdeling Hurdalssjøen Recoverycenter (Haugnes). Tilsynets tema ble avgrenset til å gjelde inntaksvurderinger, behandlingsplan, legemiddelbehandling og journalføring.

Statsforvalteren peker på følgende:

- **Innkommstvurderingene inneholder ikke tilstrekkelig informasjon om tidligere behandling og sykehistorie, vurderinger av tidligere diagnoser og legemiddelbehandling.**

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Dette medfører at det er lite opplysninger om tidligere sykdomsforløp og effekt av behandling, og vanskelig å vurdere hvilken sykdomsfase pasientene er i. Dette har konsekvenser for den videre behandlingen og oppfølgingen av pasientene.

- **Legekapasiteten er ikke tilstrekkelig til å ivareta legeoppgavene ved institusjonen**



Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Dette fører blant annet til at det ikke er en spesialist som koordinerer den overordnede behandlingen av pasientene. Det fører også til at det kan gå lang tid mellom hver gang pasienten får møte lege og bli vurdert. Det er heller ikke spesialist til stede for å ivareta akutte situasjoner og løpende vurderinger og diskusjoner med miljøpersonalet.

- **Legemiddelbehandlingen er mangelfullt vurdert og dokumentert**

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Det fører blant annet til at det er vanskelig å vurdere om behandlingen har effekt og om det tilkommer bivirkninger ved endringer i doser.

Statsforvalteren ber om

Vi ber Recoveryakademiet om å gjøre rede for hvilke tiltak som dere vil iverksette for å rette lovbruddene og hvordan dere vil evaluere om tiltakene har ført til endring i praksis. På bakgrunn av svaret vil vi konkretisere nærmere den videre oppfølgingen.

Frist for tilbakemelding er 17. juni 2022.

1. Tilsynets tema og omfang

Statsforvalteren har ført tilsyn med pasientbehandling som gis ved Recoveryakademiet AS, avdeling Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes). Tilsynet omfatter inntaksvurderinger, behandlingsforløp, legemiddelbehandling og journalføring.

Tilsynet ble utført som systemrevisjon. Dette innebærer gjennomgang av dokumenter, pasientjournaler, intervjuer og andre aktuelle undersøkelser.

2. Bakgrunn

Oppstart av tilsyn

Statsforvalteren behandlet syv tilsynssaker i 2021 etter anmodning fra pasienter og pårørende. I alle disse sakene konkluderte vi med at pasientene ikke hadde fått forsvarlig behandling. På bakgrunn av dette besluttet vi å gjennomføre et planlagt tilsyn med institusjonen.

Vi varslet administrerende direktør muntlig om tilsynet i desember 2021, og hadde et formøte med virksomheten den 26. januar 2022. Melding om tilsyn ble sendt 28. januar 2022.

Organisering av Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes).

Recoveryklinikken, med avdelingene Hurdalssjøen Recoverycenter (Haugnes) og Haraldvangen, er Recoveryakademiet AS sin spesialisthelsetjeneste. Ledelsen ved Recoveryakademiet AS har opplyst til Statsforvalteren at virksomheten kan ta opptil 60 pasienter, fordelt med 30 plasser på hver avdeling. Avdeling HRS/Haugnes har fire plasser som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Under tilsynet var det 24 pasienter innlagt.



Nærmere informasjon om Recoveryakademiet AS er gitt i vedlegget til denne rapporten.

Avdelingene har en felles daglig leder. I tillegg har de en medisinsk rådgiver i 20 prosent stilling, som er spesialist i psykiatri. Det er ansatt fire psykiatere (ca 50% hver), en psykologspesialist (100 %) og tre psykologer (100 % hver). I tillegg har avdelingene en psykiatrisk sykepleier, to spesialrådgivere og tre fagutviklere.

For Hurdalssjøen Recoverycenter (Haugnes) spesielt er det ansatt en avdelingsleder, og en leder for tvungent psykisk helsevern (begge psykiatrisk sykepleier), 17 miljøterapeuter, seks miljøarbeidere, en treningsansvarlig, 12 miljøassistenter og 4 kokker.

3. Aktuelt lovgrunnlag

Statsforvalteren fører tilsyn med spesialisthelsetjenesten etter helsetilsynsloven § 4. Et tilsyn er en kontroll av om virksomhetens praksis er i samsvar med gjeldende regler i lov og forskrift. Formålet med tilsyn er å styrke sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten, og befolkningens tillit til helsetjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1.

Tilsynet er gjennomført på grunnlag av følgende regelverk:

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Helsedirektoratet har utarbeidet flere publikasjoner som er aktuelle for dette tilsynet. De mest sentrale er:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling, og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse (IS-1948)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)
- Nasjonal faglig retningslinje – Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse (IS-1957)
- Nasjonal faglig retningslinje – Utredning og behandling av bipolar lidelse (IS-1925)
- Nasjonal faglig retningslinje – Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet
- Helsedirektoratets retningslinje – avrusning fra rusmidler og vanedannede legemidler
- Pakkeforløpene for Psykiske lidelser – voksne, Rusbehandling (TSB) og Psykoselidelser



- Pakkeforløp Psykoselidelser

Vi vil i det følgende gi en oversikt over hvilke krav regelverket stiller til virksomheten, som har særskilt betydning for temaene vi har ført tilsyn med.

Krav til forsvarlighet

Regler for helsehjelp innenfor psykisk helsevern finnes i psykisk helsevernloven og tilhørende forskrift om psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven gir rettslige rammer for behandling som kan gis, men stiller også visse krav til institusjoner som skal ha ansvar for helsehjelpen.

I tillegg til særreglene for psykisk helsevern er det et grunnleggende krav at helsetjenester som gis av spesialisthelsetjenester skal være forsvarlige. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, som også gjelder for private aktører som har avtale med Helfo etter forskrift om fritt behandlingsvalg (FBV-forskriften). Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal tilbys helsehjelp av sammen nivå uavhengig av om man benytter privat eller offentlig helsetjeneste.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det betyr at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Kravet om forsvarlighet innebærer at de ansvarlige for virksomheten må organisere og tilrettelegge for at helsepersonellet kan utøve sin virksomhet på en forsvarlig måte.

Det er en forutsetning at virksomheten har tilfredsstillende bemanning og kompetanse på plass for å yte forsvarlig spesialisthelsetjeneste innen godkjent fagområde fra pasienten tas inn til utredning og behandling er avsluttet. Det foreligger ingen klar eller generell normering som angir eksakt hvor mange ansatte som er nødvendig eller hvordan tjenestene skal organisere seg, men tjenestene må være forsvarlige.

Utgangspunktet blir derfor hvilke medisinskfaglige krav som stilles for å kunne gi den aktuelle pasientgruppen et forsvarlig tilbud. Hurdalsjøen Recoverycenter tilbyr helsehjelp innenfor psykisk helsevern. Statsforvalteren har vurdert forsvarlig bemanning ut fra som forventes av omsorgsnivå for spesialisthelsetjeneste, og hvilke krav særreglene for psykisk helsevern stiller til institusjoner som har ansvar for dette. Et sykehus forventes å ha lege til stede eller tilgjengelig med kort responstid hele døgnet.

Inntaksvurdering – god praksis

God praksis er at pasienten tas imot av en lege, som tar opp anamnese, gjennomfører en somatisk og psykiatrisk undersøkelse og vurderer legemiddelbruk. Relevante opplysninger fra dette føres inn i inntakstjournal. Dette er blant annet viktig for å vurdere og avgjøre om det skal tas spesielle hensyn til pasientens behov i forhold til institusjonens faste rutiner.

Legemiddelvurdering – god praksis

Lege bør vurdere legemiddelbruken ved inntakst og føre ordinasjoner i legemiddelkurve. Legemidler skal forskrives og brukes i tråd med godkjente preparatomtaler. Behandlingsansvarlig lege må ha oversikt over tidligere behandling og bruk av legemiddel hos pasientene, herunder effekt og bivirkninger. Behandlingen bør være individuelt tilpasset og fasespesifikk, altså tilpasset den sykdomsfasen pasienten er i, symptombilde, alvorlighetsgrad og andre individuelle faktorer.



Effekten av legemiddelbehandlingen må vurderes underveis i behandlingen. Særlig ved endringer i legemiddelbruk eller dose, må dette vurderes og dokumenteres i pasientjournalen.

Journalføring og dokumentasjon

Av helsepersonelloven § 39 følger at det er det enkelte helsepersonell som har en plikt til å føre journal. Virksomheten har samtidig en plikt til å tilrettelegge for at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette følger av helsepersonelloven § 16. Bestemmelsen understreker systemansvaret for arbeidsgiver, og spiller virksomhetsansvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Det er relevant og nødvendig informasjon om pasienten og helsehjelpen som skal nedtegnes, jf. helsepersonelloven § 40. Med dette menes opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses- eller behandlingssituasjon er behov for å ha tilgjengelig. Det må foretas en konkret vurdering av hvilke opplysninger som på noe tidspunkt kan ha betydning for pasienten eller pasientbehandlingen. Hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige er også nærmere angitt i pasientjournalforskriften §§ 4-8.

Journalen skal føres slik at det fremgår om arbeidet er utført forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4, og i samsvar med andre krav stilt i eller i medhold av lov. Dokumentasjonsplikten omfatter også opplysninger som er nødvendige for å oppfylle informasjonsplikten.

Kravet til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivå i virksomheten. Forhold som vurderes under forsvarlighetskravet vil ofte være sammenfallende med de plikter ledelsen i virksomheten har til systematisk kvalitetsarbeid. Ledelsen skal sørge for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, ha system for å forebygge svikt og sikre at tjenestene er i samsvar med regelverket. Dette følger blant annet av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Ledelsesprinsippene er utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Av forskriften §§ 6-9 følger det at ledelsen plikter:

- å planlegge og ha oversikt over risiko og hvilke områder det er behov for kvalitetsforbedring
- å gjennomføre og iverksette nødvendige prosedyrer for å forebygge brudd på faglig forsvarlighet
- å evaluere for å vurdere om tiltak og planer er egnet for å etterleve kravet til faglig forsvarlighet
- å korrigere og rette opp uforsvarlig og lovstridige forhold

4. Framstilling av faktagrunnlaget

Inntaksvurderinger

Pasientene som søker seg til behandling hos HRS blir vurdert av inntaksteamet. Inntaksteamet består av psykologspesialist, medisinsk rådgiver, psykiatrisk sykepleier og en vakthavende sykepleier. Noen pasientjournaler ga tilfredsstillende beskrivelse av pasientens tilstand ved inntak, men de fleste av de 20 journalene vi gikk gjennom, var mangelfulle. De inneholdt få vurderinger og det var ikke alltid samsvar mellom beskrevne symptomer og diagnoser. I flere tilfeller kunne vi ikke finne at institusjonen hadde innhentet tilstrekkelig informasjon om pasienten. Det fremstod også uklart hva som var inntakskriterier. Vi fikk også opplysninger om at enkelte pasienter var dårligere enn det som gikk fram av inntaksvurderingen.



Fra desember 2021 tok inntaksteamet i bruk nye maler for å vurdere inntak av pasienter. Dersom det mangler opplysninger, skal disse nå hentes inn. Denne praksis var ikke fullt ut innarbeidet ved tidspunktet for tilsynet. Journalene som vi gikk gjennom var fra pasienter som var kommet inn før desember 2021. I disse fant vi sjelden at det var innhentet tilleggsopplysninger. Institusjonen arbeider med forbedring av rutiner og maler for inntaket.

Behandlingsforløp

Behandlingen baserer seg på recoverytenking der IMR (Illness Management Recovery) utgjør en vesentlig del. Miljøterapien er solid innarbeidet, og er en viktig del av behandlingen. Den miljøterapeutiske og medisinske behandlingen fremstår likevel ikke å være tilstrekkelig integrert og samordnet. På grunn av lite tilstedeværelse, gjør legene lite klinisk arbeid i hverdagene. Det er også vanskelig å se hvordan legene og psykologene konkret deltar inn i miljøterapien. Det er lite regelmessige og faste møter mellom legene og miljøterapeuter, mens psykologspesialist deltar tettere på aktiviteter og diskusjoner i avdelingen. Kontakt med legespesialistene beror i stor grad på at miljøarbeiderne tar initiativ og kontakt. Det er også uklart hvordan legespesialistene formidler hva miljøpersonalet skal være spesielt oppmerksomme på. Dette kan for eksempel være i forbindelse med endringer i medisineringen eller andre forhold ved pasienten. Det er lite å finne om dette i journalene. Rutiner og praksis for informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom psykologer, psykiatere og miljøpersonalet fremstår uklare og preget av at legene er lite til stede i hverdagene på institusjonen.

Det avholdes ukentlige møter mellom behandlere/spesialister og miljøterapeuter hvor spørsmål som gjelder enkeltpasienter kan løftes. Det ble opplyst at alle pasientene ble drøftet i dette forumet i løpet av oppholdet, men det er vanskelig å finne spor av når disse vurderinger for den enkelte pasient faktisk skjedde og hvilke konsekvenser det fikk for behandlingen.

Miljøarbeidere har daglige morgenmøter, og ansvarsvakt har ansvaret for å ta informasjon videre til psykologer/ psykiater. Dersom det var akutt behov for samtale med psykologspesialist/psykiater kunne miljøterapeutene ta direkte kontakt på telefon.

Ved mottak blir pasienten tatt imot av miljøpersonell og deretter skal de ha en samtale med lege eller psykolog samme dag. Vi fikk opplyst at dette ikke alltid lar seg gjøre. Pasienten får i praksis heller ikke alltid en somatisk undersøkelse innen 48 timer etter mottak, slik rutinen er. Det kan ta noen dager før pasienten får møte lege. Det blir utarbeidet en behandlingsplan etter ca. to uker. Alle pasienter har to behandlere, en psykolog og en lege/psykiater. Alle pasienter har en primær- og en sekundærkontakt som er miljøterapeuter. Disse arbeider i medleverturnus.

Virksomheten har opplyst til oss at Hurdalssjøen Recoverycenter (Haugnes) og Haraldvangen har plass til 30 pasienter hver. Vi fikk opplyst at det var innlagt totalt 24 pasienter under tilsynet.

Vi har fått oppgitt følgende oversikt som viser lege- og psykologbemanningen i godkjenningsvedtak fra Helfo og hva som var faktisk dekning pr. 3. mars 2022:

Haugnes og Haraldvangen	Helfo-godkjenning	Dekning pr. 03.03.22
Spesialister i psykiatri	240 %	223,33 %
Psykologspesialist	100 %	100 %
Psykolog	100 %	300 %



Virksomheten fremla ingen oversikt for når lege skal være til stede på institusjonen. De fleste legene arbeider andre steder på dagtid. Psykiater er tilgjengelig på telefon. Vi fant ikke at det er noen som koordinerer legetjenestene på individ- eller systemnivå. Når det oppstår akutte hendelser eller pasientens tilstand blir forverret, er det ikke alltid lege til stede. Dette innebærer at pasienter i slike tilfeller må sendes til legevakt eller akuttstusykehus. Institusjonen defineres som sykehus og skulle hatt psykiater til stede, i alle fall på dagtid. I perioden der lege ikke er til stede, må de være tilgjengelige med kort tilkallingstid.

Vi fant ikke dokumentert at utredninger eller diagnostiske vurderinger under oppholdet ble gjort. Det blir opplyst at det gjøres noe utredning, men vi har ikke funnet at dette gjøres systematisk. Diagnoser blir videreført slik de fremgår i henvisningen, og vi så ikke at de ble verifisert verken ved innkomst eller under oppholdet. Det fremgikk i liten grad hvilken effekt behandlingen hadde.

Legemiddelbehandling

Pågående legemiddelbehandling er i liten grad dokumentert og vurdert ved innkomst. I journalene fremstår det uklart hvem som har gitt informasjon om legemidler, og hva som er den faktiske legemiddelbruken. Noen pasienter ønsker nedtrapping av legemidler under oppholdet. Det kan dreie seg om benzodiazepiner, antipsykotika og smertestillende som ønskes nedtrappet. Det er uklart hvilken policy for legemiddelbehandling og nedtrapping institusjonen har. Begrunnelser for nedtrapping eller økning av doser er sjelden dokumentert. Vi fant ingen planer eller skriftlige avtaler med pasienten om hvordan dette skulle skje. Legemiddelbehandlingen fremstår derfor ikke alltid som begrunnet, vurdert eller med kontinuitet.

5. Statsforvalterens vurdering og konklusjon

Vi har i kapittel 4 beskrevet hvilke funn vi har gjort etter våre undersøkelser. Holdt opp mot regelverket og normkravene vi har redegjort for i kapittel 3, har vi funnet tre avvik fra regelverket som bryter med kravet til faglig forsvarlighet.

Innkomstvurderingene inneholder ikke tilstrekkelig informasjon om tidligere behandling og sykehistorie, vurderinger av tidligere diagnoser og legemiddelbehandling.

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Dette bygger vi på følgende funn:

- Det innhentes for lite informasjon fra henvisende instans om tidligere sykdomsforløp og effekt av tidligere behandling, og dette innhentes heller ikke underveis i behandlingen.
- Det fremgår i liten grad hvilken sykdomsfase pasienten er i ved innkomst
- Det fremgår ikke i alle journaler om pasienten er samtykkekompetent

Legekapasiteten (psykiater) er ikke tilstrekkelig til å ivareta legeoppgavene ved institusjonen

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.



Dette bygger vi på følgende funn:

- Det er ingen psykiater som koordinerer den overordnede behandlingen av pasientene
- Det er ikke legespesialist tilgjengelig på stedet for å ivareta akutte situasjoner og løpende vurderinger, samt gi støtte og råd til miljøpersonalet. Lege er tilgjengelig på telefon.
- Det er uregelmessig og ofte lange intervaller (opp til fire-fem uker) mellom legeskonsultasjonene for hver pasient
- Rutiner og praksis for samhandling mellom behandlere og miljøpersonalet fremstår uklart og ikke koordinert.
- Journalføring ved innkomst, vurderinger underveis og ved utskriving er mangelfulle.

Legemiddelbehandlingen er mangelfullt vurdert og dokumentert

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Dette bygger vi på følgende funn:

- I journalgjennomgangen fant vi ikke at legemiddelbehandlingen ved innkomst ble vurdert.
- Det er lite vurderinger av begrunnelser for endringer i legemiddelbehandlingen under oppholdet med tanke på effekt og bivirkninger.
- Når legemidler skal trappes ned, er det lite begrunnelse for nedtrapping
- Legemiddelbehandlingen er i for stor grad pasientstyrt

6. Oppfølging av lovbrudd

Her gjør vi greie for hva vi forventer at Recoveryakademiet skal gjøre i prosessen med å rette lovbruddene slik at krav til kvalitet og sikkerhet i tjenestene blir ivaretatt.

Vi ber Recoveryakademiet om å gjøre rede for hvilke tiltak som dere vil iverksette for å rette lovbruddene og hvordan dere vil evaluere om tiltakene har ført til endring i praksis. På bakgrunn av svaret vil vi konkretisere nærmere hvordan vi vil følge dere opp. Frist for tilbakemelding er 17. juni 2022.

Denne rapporten vil bli sendt til Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no. Vi vil også sende rapporten til HELFO.

Med hilsen

Helga Arianson
kst. fylkeslege
Leder for tilsynet

Merete Kalleberg
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent



VEDLEGG

Gjennomføring av tilsyn
Om Recoveryakademiet AS
Liste over relevante dokumenter
Program for tilsyn

Om Recoveryakademiet

Recoveryakademiet AS (heretter RA) er en privat virksomhet som yter helse- og velferdstjenester innenfor fritt sykehusvalg, som et supplement til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Recoveryklinikken, med avdelingene Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes) og Haraldvangen, er RAs spesialisthelsetjeneste. Avdeling HRS/Haugnes har fire plasser som er godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Virksomheten tilbyr en recoveryorientert behandling til pasienter med bestemte psykiatriske lidelser, hvor det blant annet skal være mulig å gi pasienter hjelp til medikamentreduksjon. Behandlingsfilosofien har legger vekt på å støtte pasienter på vei mot personlige mål, blant annet ved bruk av IMR (Illness Management & Recovery) i miljøterapeutisk arbeid.
(Kilde: www.recoveryakademiet.no/var-behandling)

Både Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes) og Haraldvangen er registrert som underenheter med egne organisasjonsnummer i Enhetsregisteret, og har hver sin godkjenning hos Helfo som tjenesteleverandør i ordningen fritt behandlingsvalg. Siste godkjenning fra Helfo gjelder for fem år fra og med 26. juni 2020.

Virksomheten får refusjon fra Helfo for pasienter som har fått rett til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1b) og 2-2. Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes) er i vedtak av 26. juni 2020 godkjent for refusjon fra Helfo for å behandle følgende diagnoser som spesialisthelsetjeneste:

- alvorlig angst (VA01)
- alvorlig depresjon (VA02)
- alvorlig traumelidelse (VA 03)
- alvorlige psykoselidelser (VB01)
- alvorlige bipolare lidelser (VB02)
- alvorlige personlighetsforstyrrelser (VB03)
- alvorlige spiseforstyrrelser (VB04)
- komplekse traumer (VB05)
- alderspsykiatri (VB06)
- alvorlige psykiske lidelser og samtidig omfattende rusproblematikk (ROP-pasienter) (VB07)

Følgende pasientgrupper er unntatt godkjenningen fra Helfo:

- Pasienter med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet i kombinasjon med alvorlig somatisk sykdom som krever samtidig behandling fra flere deler av spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter med lavfrekvente tilstander/sjeldne tilstander som krever høyspesialisert utredning og behandling. Dette vil blant annet omfatte nevropsykiatriske tilstander (Epilepsi, Huntingtons sykdom, Parkinsons sykdom, Multippel sklerose, Tourettes syndrom med flere) hvor psykiatrisk manifestasjon er en del av sykdomsbildet.
- Alvorlige spiseforstyrrelser med livstruende lav vekt



- Pasienter med psykisk utviklingshemning med sammensatt alvorlig problematikk.
- Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 og psykisk helsevernloven kapittel 3.

I søknaden til Helfo oppgav RA at de vil ha følgende bemanning på Hurdalsjøen Recoverycenter (Haugnes) pr 10 pasienter:

- tre leger med spesialisering i psykiatri – til sammen 90 prosent stilling
- en psykologspesialist i 20 prosent stilling
- en psykolog i 20 prosent stilling

Tilsvarende godkjenning av bemanning ved Haraldvangen pr 15 pasienter:

- tre leger med spesialisering i psykiatri – til sammen 150 prosent stilling
- en psykologspesialist i 80 prosent stilling
- en psykolog i 80 prosent stilling (fagkonsulent i psykologi, veiledning av fagansvarlig)

Ledelsen ved Recoveryakademiet AS har opplyst til Statsforvalteren at virksomheten kan ta opptil 60 pasienter, fordelt med 30 plasser på hver avdeling.

Gjennomføring

Melding om tilsynet ble sendt institusjonen den 28. januar 2022.

Vi har gjennomført følgende møter

- Forberedende møte med ledelsen 26. januar 2022.
- Gjennomgang av 20 journaler 18. februar 2022.
- Møte og intervju med Recovery Akademiet AS, avd. Haugnes den 3. mars 2022.

Fra Statsforvalteren har følgende deltatt:

Psykiater Laimonas Ratkus
Ass fylkeslege og seksjonssjef Sara C. W. Solheim
Ass fylkeslege Kristin Lowzow Bentzrød
Seniorrådgiver (jurist) Merete Kalleberg
Kst fylkeslege (tilsynsleder) Helga Arianson

Liste over relevante dokumenter (dokumentdato)

- Oppfølging etter lovbrudd i tilsynssaker – invitasjon fra Statsforvalteren til møte (13.12.2021)
- Svar fra Recoveryakademiet AS på invitasjon (19.01.2022)
- Beskrivelse av iverksatte tiltak fra Recoveryakademiet AS (udatert, mottatt i møte hos Statsforvalteren 26.01.2022)
- Melding om tilsyns fra Statsforvalteren (28.01.2022)
- Oversikt over dokumentasjon fra Recoveryakademiet AS (04.02.2022):
 - Organisasjonskart over Hurdalsjøen Recoverycenter (Spesialisthelsetjenesten)



- Stillingsbeskrivelser
- Liste over ansatte
- Prosedyre for inntak av nye pasienter
- Sjekklister for henvisningsvurdering – utrednings- og behandlingsforløp
- Prosedyre legemidler (utkast)
- Overordnet behandlingsplan
- Beskrivelse av pasientjournal
- Melding fra Statsforvalteren om journalgjennomgang (07.02.2022)