

Møteinnkalling

Utvalg: Råd for personer med funksjonsnedsettelse
Møtested: Stadsbygd omsorgssenter/Museet Kystens arv
Møtedato: 25.02.2020
Tid: 10:00 – 14:00

Forfall meldes på [elektronisk skjema](#). Utvalgssekretær sørger for innkalling av varamedlemmer.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Idar Aune	LEDER	
Eva Myran	NESTL	
Kjell Egil Kvarmesbakk	MEDL	
Gudmund Berge	MEDL	
Jon Normann Tviberg	MEDL	IF-KRF

TID	SAK NR.	TEMA	GJESTER	VEDLEGG
10:00		Omvisning på Stadsbygd omsorgssenter		
11:00		Omvisning på Museet Kystens arv		
12:00		Arbeidslunsj – vi jobber litt mens vi spiser 😊		
12:00		Helse- og omsorgsplan		
12:45		Møteplan 2020		
13:00		Samarbeid med arealsektoren	Leder areal	
13:30	DR 1/20	Tilsynsrapport BOA		
13:50		Eventuelt		
14:00	Møtet slutt			

Idar Aune
Leder

Hilde Anhangen Karlsen
Sekretær

Saksnr	Sakstittel	Lukket
DR 1/20	Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming	



Drøftingssak

<i>Saksnr</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Møtedato</i>
1/20	Råd for personer med funksjonsnedsettelse	25.02.2020

Saksbehandler: Hilde Anhanger Karlsen

Arkivsak: 2019/5395

Dato: 18.02.2020

- 1 Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming
- 2 Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - tilsvaret fra kommunen

Drøfting - Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Bakgrunn:

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Indre Fosen kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 28.08.2019 til 30.08.2019.

Fylkesmannen undersøkte om Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming over 18 år som bor i egen, leid eller eid bolig.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Fylkesmannen.

Tilsynsrapport, samt kommunens tilsvaret er vedlagt saken.



Fylkesmannen i Trøndelag

Oppfølging etter Fylkesmannens tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i Indre Fosen kommune.

Indre Fosen kommune viser til rapport etter tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i Indre Fosen kommune, datert 24.10.19.

Vi takker for tilsendt rapport. Fylkesmannen ber Indre Fosen kommunen om å gjøre en vurdering av hvilke tiltak som er nødvendige for å etablere en praksis som sikrer at tjenestemottakerne i kommunen får individuelt tilpassede tjenester.

Videre ber fylkesmannen kommunen om en vurdering av hvilke tiltak som må settes inn for å forebygge ulik praksis i kommunen på gjennomføringen av vedtakene, brukernes og pårørendes mulighet til å medvirke og tjenestemottakerens helse – og omsorgstilbud.

Fylkesmannen ber om at det oversendes en plan for arbeidet. Planen skal inneholde:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres.
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollerer at tiltakene blir iverksatt.
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund.
- Rutiner for hvordan kommunen skal fange opp behovene til personer som ikke evner å uttrykke egne behov og/eller har nærpå personer eller verge som ivaretar deres rettsikkerhet.
- Frist for iverksetting av tiltak og evaluering av om tiltakene virker som planlagt.

Plan for arbeidet i Indre Fosen kommune:

Ledelsen i enhet for Bo- og aktivitetstjenester i Indre Fosen kommune vil gjennomføre ansvarsgruppemøter for alle brukere enheten yter tjenester til.

I forbindelse med dette vil det gjøres en gjennomgang for å sikre at alle brukerne som ønsker det, skal ha ansvarsgruppe, og/eller individuell plan. Det vil bli dokumentert i brukers journal hva som er brukers ønske, og i hvilken grad bruker har samtykkekompetanse i forhold til disse spørsmålene. Pårørende og verge vil også bli hørt i denne forbindelse jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd. Det vil da bli opprettet et skjema for signering for å dokumentere dette. *«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.»* Brukere som ikke ønsker IP, eller ansvarsgruppe vil få tilbud om koordinator.

I utgangspunktet skal bruker selv inviteres til å delta i ansvarsgruppemøtene, så langt dette er mulig, og ønsket av bruker selv. Alle relevante personer/instanser rundt bruker skal innkalles til møtene, slik som pårørende, verge, fastlege, representanter for



spesialisthelsetjeneste, kontaktpersoner i kommunen osv, alt etter hvordan situasjonen for den enkelte bruker er, og etter hva bruker selv ønsker. Brukere skal sikres beslutningsstøtte der dette er nødvendig.

Vedtak for alle brukerne vil bli gjennomgått. Det blir laget sammenfattinger og evaluering av utviklingen i brukernes tjenestetilbud og behov. Dette vil deretter bli tatt opp til evaluering på ansvarsgruppemøtene. Det er utarbeidet egne maler og rutiner for gjennomføring av ansvarsgruppemøtene.

Kommunen vil bruke Helsedirektoratets veileder for «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» som rettesnor i arbeidet.

Ansvarsgruppemøter, eller møter i forbindelse med IP:

1. Kartlegging – tjeneste/ansvarsgruppe:

- a. Hva er brukerens behov?
- b. Hva er målet på lang sikt?
- c. Hvem er viktige for å nå målet?
- d. Er det mål som må nås på kortere sikt?
- e. Hvem er viktige i det arbeidet?
- f. Er vedtakene dekkende for brukers behov for tjenester?
- g. Ønsker bruker IP?
- h. Ønsker bruker ansvarsgruppe?
- i. Annet?

Det skal på alle disse punktene fremgå hva brukeren selv mener. Skal dokumenteres i journal.

IP: svarene skal fremgå i målsettingene på lang og kort sikt. Sette frist for evaluering.

Ved behov for IP sendes det melding om dette til Koordinerende enhet som oppretter IP og koordinator. *«Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.»*

Ved endret behov for tjenester sender fagleder i BoA, eller koordinator for IP endringsmelding til tjenestekontoret som foretar saksbehandling i forhold til å fatte nytt vedtak om tjenestetildeling.

2. Tjenestetildeling:

- a. Hva er kommunens arbeid for å nå målene? Hva må vi rigge?
 - i. Vurdering jfr. lovverket
 - ii. Synliggjøres i enkeltvedtak (hjemmetjenester og ved langvarige tjenester – IP = langvarige tjenester)

IP: Kommunens innsats skal fremgå i IP – hvem gjør hva, når, ansvarlig, tidsfrister. Bruker/pårørendes avtalte innsats likeså.

3. Evaluering- minimum 2 ganger per år:

- a. Har vi gjort det vi skulle, har bruker nærmet seg målet? Delmål innfridd?
Systematisk gjennomgang av IP i møtet sammen med bruker.

- b. Må vi gjøre ting annerledes? Hvem? Hvordan? Sjekk ut punktene under kartlegging (1) igjen. (endret behov? Endret mål? Andre som må inn? osv.?)

Referat fra evaluering: Det skal i alle svarene på disse spørsmålene fremgå hva brukeren selv mener (dokumenteres i journal).

IP: Videre plan skal revideres jfr. evalueringa og nye /endrede målsettinger skal legges inn. Tidsfrister, neste evalueringspunkt?

Ved endrede behov for tjenester sender fagleder i BoA eller koordinator for IP endringsmelding til tjenestekontoret som foretatt saksbehandling i forhold til å fatte nytt vedtak om tjenestetildeling.

Det utarbeidet egen rutine for involvering av verge, som innebærer at kommunen vil sende bekymringsmelding til Fylkesmannen dersom verger ikke følger opp bruker, eller ikke kommer på ansvarsgruppemøter. Det finnes egen rutine for vurdering av samtykkekompetanse. Dette vil bli dokumentert i brukers journal. Brukere skal sikres beslutningsstøtte der dette er nødvendig.

Kommunen vil ha fokus på at både tiltak, målsetninger og evalueringer skal innarbeides bedre i journalsystemet Profil, slik at det dokumenteres bedre hvordan det jobbes med dette i det daglige, og at behovet for bistand kontinuerlig vurderes.

Refleksjonsmøter:

Det avholdes åtte refleksjonsmøter for ansatte, der det reflekteres rundt etiske dilemma, og avvik som er rapportert. Dette er et viktig bidrag i kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid i enheten. Det er utarbeidet egen rutine for dette.

Kommunens plan for gjennomføring av ansvarsgruppemøter i BoA:

I tabellen nedenfor er det oversikt over møtedatoer (ansvarsgruppemøter) for brukere som mottar tjenester fra enhet for Bo og aktivitetstjenester.

Tjenestemottaker:	2019	2020	Bosted:	IP	Vedtak
Unntatt offentlighet					

Etter hvert som møtene gjennomføres vil vi oppdatere tabellen med ja/nei for IP, og evt. behov for nye vedtak og dato for dette. Ledelsen vil følge nøye med på gjennomføring av møtene, og fortløpende foreta evalueringer av hvordan møtene har fungert med tanke på å sikre individuelt tilpassede tjenester, forebygge ulik praksis i kommunen på gjennomføringen av vedtak, og brukernes og pårørendes mulighet til å medvirke. Kommunen regner med å være ferdig med gjennomgangen innen utgangen av juni 2020, men de fleste ansvarsgruppemøtene vil være gjennomført før utgangen av april 2020. I tillegg til den fortløpende evalueringen vil ledelsen innen utgangen av juni 2020 ha en grundig gjennomgang og evaluering av tiltakene som er iverksatt, og vil da også legge plan for videre arbeid.

På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming:

Kommunen vil ha fokus på de anbefalinger som er beskrevet i NOU 2016: 17, «På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» i sitt videre arbeid med å sikre gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Kommunen vil følge nøye med på endringer i lovverk og retningslinjer som kommer i oppfølgingen av utredningen.

Internkontrollsystem:

Tidligere i høst ble det vedtatt i Indre Fosen kommune at kvalitetssystemet RiskManager skal byttes ut. Valget falt på en todelt løsning:

KF Kvalitetsstyring for registrering og behandling av avvik, samt risikostyring. Løsningen er skybasert og har App for både iPhone/iPadOS og Android, som gjør at man får registrert og behandlet avvik uten å trenge å ha tilgang til stasjonær PC på et kontor, slik det gjerne er nå. Dette vil gjøre at systemet vil bli mer tilgjengelig, og lettere for alle ansatte å forholde seg til. Ved overgang til nytt system vil det være naturlig for ledelsen å gå gjennom rutiner for risikostyring, og samtidig gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser som avdekker sårbare områder, fanger opp feil og sørger for at svikt forebygges og rettes opp.

Dokumenthåndtering, rutiner og prosedyrer vil bli delt i SharePoint Online (O365). Dagens RiskManager er også bygget på SharePoint, så her vil ikke endringene bli så store, men det forventes at systemet også vil bli mer tilgjengelig i det daglige for alle ansatte. Ny løsning vil være bygget i kommunens egen Office 365 SharePoint-løsning, som gir større fleksibilitet.

Målet er at ny løsning skal være på plass innen 01.01.2020, men det kan ta noe lengre tid. Det vil ikke bli noen automatisk flytting av innhold, så dette må gjøres manuelt, og kan bli ressurskrevende. Gamle RiskManager vil være tilgjengelig til alle dokumenter, avvik og risikoanalyser er avsluttet eller flyttet.

Kommunen vil i forbindelse med at vi tar i bruk nytt system ha opplæring for ansatte. I forbindelse med flytting av alle dokumenter fra gammel til ny løsning er det naturlig at alle rutiner evalueres. Det er ellers slik kvalitetssystemet vi i dag bruker er satt opp slik at rutiner skal evalueres 1 gang per år, og den som er satt som ansvarlig for evaluering får en automatisk melding på e-post når det er tid for å evaluere rutinen. Vi mener det må være innenfor med en fast årlig evaluering av rutinene, i tillegg til den fortløpende evalueringen som skjer, eller når praksis viser at det må gjøres endringer.

Det er utarbeidet rutiner for avviksregistrering og behandling av avvik i enheten.

Ledernettsverk på Fosen – kvalitetsgrupper

Gjennom prosjektet «*Læringsarena for kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming*» var ledere fra BoA i Indre Fosen kommune invitert til fagdag for ledere i tjenestene til mennesker med utviklingshemming. I etterkant av dette har ledelsen i BoA, Indre Fosen kommune tatt initiativ til å starte en lokal gruppe i nettverket på Fosen. Målet med dette er å jobbe sammen om kvalitetsforbedring, utveksling av erfaringer, og derigjennom utnytte knappe ressurser og bli bedre sammen. Vi skal ha første møte for å planlegge samarbeid på Fosen 16.01.20.

Ulik praksis i kommunen

Endringsprosesser i komplekse organisasjoner kan være krevende. En kommunesammenslåing er svært krevende, og representerer store utfordringer for organisasjonen. Sammenslåingsprosessen skal skje samtidig som daglig drift skal opprettholdes, og uten at det tilføres ekstra ressurser.

Selv om kommunene ble slått sammen 01.01.18, betyr ikke dette at prosessen rundt sammenslåing var ferdig på dette tidspunktet. Med alle de omorganiseringer som må gjøres når en stor organisasjon fusjoneres må man bruke tid. Før sammenslåingstidspunktet har det ikke vært ressurser til å planlegge ny tjenestestruktur i fellesskap, eller til å etablere et nytt felles planverk. Administrasjonen i begge kommuner hadde for liten kapasitet til å jobbe med planarbeid, samtidig som de skulle etablere den nye kommunen og drifte de gamle kommunene. Det ble derfor sagt at det ville være lurt å vente med det meste til etter sammenslåingen, og den nye organisasjonen hadde satt seg. Et premiss for dette blir da en antagelse om at begge de to gamle kommunene hadde forsvarlig drift, og forsvarlige tjenester. Indre Fosen kommune driver nå med utarbeidelse av Helse og omsorgsplan 2020-2030, der vil det komme tiltak for å sikre god kvalitet på tjenestene til Personer med en utviklingshemming.

I intensjonsplanen for kommunesammenslåingen mellom Rissa og Leksvik kommune var det satt opp hovedmål og delmål som den nye kommunen skulle jobbe mot. Et av målene er at den nye kommunen skulle «videreføre det beste i begge kommunene inn i den nye kommunen». For ledelsen i den nyopprettede kommunen ble det derfor naturlig å bruke noe tid etter sammenslåingen, til å bli kjent med organisasjonen, og til å kartlegge likheter og ulikheter. Dette var helt nødvendig for å kunne vurdere hva som burde videreføres i den nye kommunen, og hva man måtte finne nye løsninger på. Ledelsen i BoA begynte innføringen av nye felles rutiner, og endring mot felles praksis høsten 2018. Det var imidlertid motkrefter mot endring i organisasjonen, og utfordrende å få implementert endringene så raskt som ønskelig. Dette er et gjenkjennelig trekk ved omorganisering og endringsprosesser. Motstand mot endring kan arte seg på mange måter.

Når fylkesmannen gjennomfører tilsyn mens organisasjonen fremdeles er i en krevende endringsprosess, er det ikke overraskende at det fremkommer at det ikke er lik praksis på alle områder i organisasjonen. Ledelsen jobber imidlertid med dette som målsetning, og vil fortsette det arbeidet som er igangsatt for å nå dette målet. Endring krever imidlertid ressurser og tid. Vi ser at vi nå har god progresjon i dette arbeidet. Et viktig tiltak fremover blir en tettere involvering av ansatte på tvers av virksomhetene i endringsarbeidet generelt, og i særdeleshet med utarbeiding av rutiner og felles praksis gjennom kvalitetsgrupper.

Gjennom det arbeidet kommunen har skissert for å sikre at alle vedtak blir evaluert, og at alle brukere får individuelt tilpassede tjenester forankret i egne målsetninger og behov, mener vi at vi vil sikre at kvaliteten på tjenestene til den enkelte tilfredsstiller kravene. Når tjenestene er individuelt tilpasset, vil de også kunne være ulike. Rettigheten til tjenestene må imidlertid være lik for alle. Indre Fosen kommune driver nå med utarbeidelse av Helse og omsorgsplan 2020-2030, der vil det komme tiltak for å sikre god kvalitet på tjenestene til Personer med en utviklingshemming.

Med hilsen
Børge Solem
Enhetsleder
Bo- og Aktivitetstjenester
Borge.Solem@indrefosen.kommune.no
Tlf: 92440296

Dokumentet er elektronisk og har ingen fysisk signatur.

Generell kontaktinfo

Sentralbord: 73852700

postmottak@indrefosen.kommune.no



Indre Fosen kommune
Rådhusveien 13
7100 RISSA

Saksbehandler, innvalgstelefon
Thea Hennie Kveinå, 74 16 81 25

Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i Indre Fosen kommune

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Indre Fosen kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 28.08.2019 til 30.08.2019. Vi undersøkte om Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming over 18 år som bor i egen, leid eller eid bolig.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Fylkesmannen.

Fylkesmannens konklusjon:

Indre Fosen kommune sikrer ikke at personer over 18 år med utviklingshemming får forsvarlige omsorgstjenester.

Dette er brudd på: Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, jf. §§ 4-1, 3-4 og brukerrettighetsloven (pbrl) §§ 3-1 til 3-3, og forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i Helse og omsorgstjenesten.

Kommunens mangelfulle styring på området medfører en økt risiko for at mennesker med utviklingshemming ikke får de tjenestene de har krav på etter loven.

Tilsynsmyndigheten ber Indre Fosen kommune:

Å gjøre en vurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet. For mer informasjon se rapportens kap 6.



Innhold

Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i Indre Fosen kommune	1
1. Tilsynets tema og omfang	3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	10
5. Fylkesmannens konklusjon	11
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd	12



1. Tilsynets tema og omfang

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

Dette tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Fylkesmannen har undersøkt om Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige omsorgstjenester til utviklingshemmede over 18 år, og som bor i egen, leid eller eid bolig, og om de får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Det inngår ved undersøkelsen av temaene om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling. Tilsynets tema er valgt med bakgrunn i at personer med psykisk utviklingshemming er en særlig sårbar gruppe.

Fylkesmannen undersøkte også om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Formålet er å undersøke om virksomheten gjennom sitt styringssystem sikrer at lovens krav blir fulgt. Det betyr at ikke enhver lovstridig hendelse som eventuelt avdekkes under tilsynet vil medføre et lovbrudd på virksomhetsnivå. Det sentrale er om virksomheten har rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin praksis, slik at virksomheten unngår hendelser som er i strid med lovens krav. Revisjonen omfattet i dette tilfellet undersøkelse om: Kommunen legger til rette for at mennesker med psykisk utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- Tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- Bistand til aktivisering
- Opplæring i dagliglivets gjøremål

Fylkesmannen presiserer at denne rapporten beskriver de faktiske forhold som er avdekket under revisjonen, og den gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og 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.



2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av hol. § 3-1. Etter pbrl. § 2-1 a er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Sammenholdt med hol. § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Mennesker med utviklingshemming som har vedtak om tjenester fra kommunen utgjør ingen homogen gruppe, og bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser. Innenfor de rammer loven setter, er kommunen gitt frihet til å organisere virksomhetene og tjenestene ut fra lokale forhold og behov, men kommuner skal tilby de tjenester som fremgår av hol. § 3-2.

2.2. Internkontrollsystem

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette følger av hol. § 3-1 tredje ledd, jf. 4-2.

Internkontrollplikten er nærmere utdypet i internkontrollforskriften. Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er rettslig forpliktet til å sørge for at det etableres og gjennomføres slik systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med nevnte forskrift, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Dette følger av forskriftens § 3. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og være et verktøy som sikrer at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Det å sikre forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som også fordrer at kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring

2.3. Personlig assistanse

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Bistand til egenomsorg: Personrettede oppgaver som personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påkledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltid.

Tilsyn: Oppfølging fra ansatte utover praktiske oppgaver eller aktiviteter som gjennomføres sammen med brukeren. Noen har behov for tilstedeværelse av ansatte hele tiden for å hindre at de skader seg selv eller andre, mens andre vil selv kunne tilkalle hjelp når de har behov.



Aktivering: Bistand til aktiviteter som gjennomføres i og utenfor hjemmet. Aktivisering innbefatter hjelp til å opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, delta på aktiviteter og hobbyer ut fra egne interesser. Aktiviteter i form av personlig assistanse må også ses i sammenheng med andre aktivitetstilbud, både individuelle som støttekontakt og dagaktivitetstilbud/arbeidstrening og generelle velferds- og aktivitetstiltak

Opplæring: Målrettede tiltak for å utvikle den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

2.4. Brukermedvirkning

Etter pbrl. § 3-1 første og annet ledd har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de skal gis mulighet til å bidra i planlegging, utforming, utøving og evaluering av sine tjenester.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta hjelp. Pasienter skal etter pbrl. § 3-2 første ledd gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere er etter samme bestemmelse sjuende ledd, gitt rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Brukermedvirkning innebærer en egenaktivitet som forutsetter at pasient og bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor legge til rette for at utviklingshemmede får tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning slik at den enkelte kan bidra ut fra sine ferdigheter, både i saksbehandlingsprosesser og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det er et krav at informasjon til brukeren og pasienter skal tilpasses den enkeltes forutsetning og gis på en hensynsfull måte, jf. pbrl. § 3-5.

Videre følger det av hol. § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen skal sikre brukermedvirkning på systemnivå og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utforming av det samlede helse- og omsorgstilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og



omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

Organisering og kompetanse

I mars 2015 vedtok kommunestyrene i Leksvik og Rissa at de to kommunene skulle slå seg sammen. Kommunene ble sammenslått fra 1.1.2018. De har, og er, derfor i prosess med å samkjøre de gamle kommunenes rutiner til den nye kommunen. Indre Fosen kommune har ved inngangen til 2019 registrert 9 988 innbyggere i kommunen. Av disse er det registrert 52 personer med utviklingshemming som mottar tjenester fra kommunen.

Indre Fosen kommune har organisert tjenestene for utviklingshemmede som har behov for bistand i Bo- og Aktivitetstjenester (BoA). De tilhører sektor Helse- og omsorg. BoA ledes av enhetsleder. Enhetsleder for BoA rapportert til sektorsjef helse- og omsorg, mens sektorsjef rapporterer til Kommunedirektør.

Beskrivelse av BOA:

Tjenestene er etablert på Rissa og Leksvik. På Rissa er det nylig bygget to nye bygg med omsorgsboliger som er tilknyttet personalbase, Årnesflata og Bergeekra. Det er 8 leiligheter i hvert av byggene. I Leksvik er det to bofelleskap, Yttermyran og Rønningstad. Yttermyran består av tre bygninger som inneholder til sammen 10 leiligheter. Ved Yttermyran er det også dagsenter og kontor. Rønningstad består av tre bygninger med til sammen 10 leiligheter. Det inneholder også møterom og kontor for fagleder.

Personalressurs rundt omsorgsboligene er organisert som team. Noen av teamene bistår også mennesker med funksjonsnedsettelse som bor i egne leiligheter som ikke er tilknyttet personalbase.



Beskrivelse av Tjenestekontor – Koordinerende enhet:

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal bidra til å samordne tjenestene for å sikre helhetlig tilbud. Koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen. Tjenestekontoret fattet vedtak om helse- og omsorgstjenester.

Beskrivelse av dagtilbud:

Aktivitetstilbud beskrives å være individuelt tilpasset etter behov. Det ble opplyst at alle som hadde behov for, og ønsket dagaktivitetstilbud, fikk det. I Leksvik er det dagsenter ved Yttermyran, og det er 2 stillinger tilknyttet dagsenteret. I Leksvik disponeres også Klokkargården.

I Rissa er det aktivitetsbase sentrumsnært, og man har ansatt en aktivitetskoordinator i 50% stilling. Det ble opplyst at stillingsressursen skulle økes. Aktivitetskoordinatoren kartlegger og tilrettelegger også for aktiviteter på brukernes fritid.

Kommunen kjøper noen tiltaksplasser ved IF-jobb.

Bemanning, ansvar og myndighet

Tilsynet har fått beskrevet grunnbemanningen på de to tjenestestedene Leksvik og Rissa.

Kommunen beskriver at det er en målsetting at andelen ansatte med fagbrev skal være 50% og andelen med relevant høgskoleutdanning skal være 50%.

Det er totalt 66,9 årsverk i tjenesten, hvor 18,9 årsverk er ansatte med høgskoleutdanning. Dette er 14,5 årsverk under målet som kommunen har satt seg. Videre er det 33,8 årsverk med fagutdanning og 11,2 årsverk med ufaglærte. I tillegg har kommunen 3 årsverk vakant som fylles opp med vikarer.

Ledelsen i Indre Fosen kommune opplyser at man etter sammenslåingen har begynt arbeidet med å utarbeide felles rutinebeskrivelser for enheten. Disse er lagt i RiskManager. Gjennom tilsynet ble det avdekket at disse rutinene ikke var implementert da det var ulik praksis på tjenesteutøvelsen i tidligere Rissa og Leksvik.

Hvert bofelleskap har en fagleder, men på grunn av fravær har man vært uten fagleder i tre av bofelleskapene i perioder. Fagleder er en del av lederteamet, og rapporterer direkte til virksomhetsleder. Det er en virksomhetsleder i Rissa og en i Leksvik. Disse rapporterer til enhetsleder i kommune. Enhetsleder, sammen med virksomhetslederne og de fire faglederne utgjør BoA sin ledergruppe. Ledergruppen har vært preget av mye fravær. På grunn av dette har ledergruppen i liten grad kunne prioritere strategiske oppgaver.



Det opplyses at det har vært svært høyt sykefravær i BoA. Det opplyses også om at man har problemer med å rekruttere kvalifisert personell, særlig med 3. årig høyskoleutdanning.

Kommunen har utarbeidet en kompetanseplan hvor de beskriver at planen skal være et dynamisk dokument og som skal revideres minst hvert år i forbindelse med kompetansekartlegging i enheten. Av kompetanseplanen fremgår det at det skal være en fagdag hvert år

Ved dokumentgjennomgang fant man at kommunen har en rutine og sjekkliste for opplæring. Denne var ansatte kjent med. Det ble også lagt frem en sjekkliste for individuell opplæring i forhold til den enkelte bruker. Denne var ikke alle ansatte kjent med, og det ble opplyst at man var i startfasen med å ta denne i bruk i deler av kommunen. Nytilsatte fikk minimum to opplæringsvakter. Gjennom Fylkesmannens undersøkelse kom det frem at det for enkelte ansatte ble gitt for lite opplæring, og at ansatte ønsket mer opplæring i livredning og førstehjelp, samt håndtering av utagering.

Det ble opplyst at arbeidet med utarbeidelse av felles stillingsbeskrivelser for enheten har pågått over tid, og var akkurat ferdigstilt under tilsynet. Fylkesmannen fikk tilsendt disse i forkant av tilsynet. Under tilsynet ble det avdekket at ikke alle ansatte var kjent med disse.

Enkeltvedtak på tjenester til brukerne blir fattet av tjenestekontoret. Tjenestekontoret er en del av koordinerende enhet, og tilhører sektor helse og omsorg. Tjenestebehovet blir meldt til tjenestekontoret av fagleder, og det er fagleder som foretar Iplos-kartlegging og sender endringsmeldinger til tjenestekontoret.

Kommunen har to system for å melde avvik. Et i profil og et i Risk Manager. Begge systemene er kjent for de ansatte, men de er usikre på hva man skal melde avvik på. Det kom frem at avvikene i hovedsak dreier seg om HMS og medikamenthåndtering. Det meldes i liten grad avvik på tjenesteyting. Det kom også frem at man fikk tilbakemelding på at meldt avvik var mottatt, men ikke bestandig hvilke tiltak som ble satt inn for å hindre at lignende feil skjer igjen.



Nødvendige helse og omsorgstjenester og brukermedvirkning

Kommunes ledelse har ikke foretatt felles kartlegging av risikoområder for mennesker med utviklingshemming og de tjenester de mottar. Kommunen har heller ikke benyttet avvikssystemet systematisk for å sikre forbedring i tjenesten. Ledelsen har ikke nedfelt skriftlige rutiner for de to virksomhetsområdene for hvordan evaluering av vedtak og tiltaksplaner skal foregå, og hvem som skal delta i evalueringen. Kommunen har rutiner for hvor evalueringen skal foregå, og dette skal skje i samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter.

IP var i liten grad brukt i kommunen som et samhandlingsverktøy og det ble opplyst at det var en tjenestemottaker som hadde en funksjonell IP.

Ledelsen har også utarbeidet rutiner for brukermedvirkning, men disse var lite konkrete. Rutinene beskrev ikke hvordan man skulle involvere pårørende/verge i evalueringen av vedtak og tiltaksplaner, samt hvordan man skulle sikre brukermedvirkning i det daglige. Det var heller ingen rutiner for å kartlegge brukerens samtykkekompetanse/ evne til å medvirke og hva vedkommende kunne medvirke til i hverdagen. Noen tjenestemottakere hadde dags- og ukeplaner tilgjengelig slik at det fremkom at de medvirket i egen hverdag. Hos andre ble ikke dags- og ukeplaner benyttet som arbeidsredskap.

Ikke alle beboerne hadde ansvarsgrupper og av de som hadde dette var det flere ansvarsgruppemøter som ikke ble gjennomført. Ved gjennomgang av referat så man lite spor av evaluering av både vedtak og tiltaksplaner. Referat var mer en oppsummering av dagens situasjon for beboerne. Kommunen beskrev tiltaksplaner som tiltak som ansatte skulle utføre og som ble nedskrevet i løpende journal. Fylkesmannen fant ingen tiltaksplaner som var utarbeidet med mål/delmål og tiltak for brukeren. Det kom heller ikke frem at tiltakene som var satt inn ble evaluert i forhold til om de fungerte etter sin hensikt, og om brukeren fikk de tjenestene han hadde behov for.

I forbindelse med tilsynet ble det gjennomført samtaler med fire brukere. Dette ga viktig og nyttig informasjon til Fylkesmannen, og var i stor grad sammenfallende med øvrige opplysninger som framkom under tilsynet.

Enkeltvedtakene som beskriver tjenestene til brukerne er ikke tilgjengelig for alle ansatte. Enkelte vedtak er tilbakedatert med flere år. De fleste vedtakene som tilsynet så på var generelle og lite individuelt tilpasset. Flere var av gammel dato, og det manglet evalueringsdato. Det var ulik praksis



mellom tjenestestedene Leksvik og Rissa på hvordan man meldte fra om endringer i behov til brukerne. I Leksvik var det uklart hvem som skulle skrive endringsmelding til tildelingskontoret, mens i Rissa var det klart at ansatte skulle kontakte fagleder dersom de så behov for endring i tjenestetilbudet, som igjen skrev endringsmelding til tildelingskontoret.

Referat fra personalmøter ligger på leders dataområde og blir sendt ut til alle ansatte. Referatet henges også på oppslagstavle.

Det skrives årsmelding for sektor Helse og sosial med vedlagt ledelsens gjennomgang.

Kommunen benytter Profil som journalsystem. Det finnes rutiner for journalføring, men det fremkommer at noen ansatte er usikre på hva som skulle journalføres. Rutinene i opplæringsheftet er derfor ikke tilstrekkelig implementert. Noen overrapporterer, mens andre underrapporterer. Journalføringen har preg av å være beskrivelser av utførte tiltak, aktiviteter og hendelser, og med lite bruk av oppsummerende og evaluerende notater for funksjon og tjenestebehov.

Det er utarbeidet rutinebeskrivelse for hvordan man skal innhente politiattest, og ansatte opplyser at politiattest er blitt etterspurt og levert.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Fylkesmannens undersøkelse viste at ledelsen i kommunen ikke hadde gjennomført risiko og sårbarhetsanalyser på tjenesteområdet personlig assistanse og medvirkning.

Ledelsen hadde utarbeidet stillingsbeskrivelser på de ulike ansvarsområdene, og hvem som skulle ha ansvar og myndighet på de ulike områdene, men disse var lite kjent i virksomheten og lite innarbeidet i den daglige praksisen til tjenesteyterne.

Tilsynet fikk også tilsendt en beskrivelse fra ledelsen om at evaluering av vedtak og tiltaksplaner skulle foregå i ansvarsgruppemøtene. Brukermedvirkning skulle også sikres gjennom ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter. Det forelå ikke rutiner på hvordan tiltak opp imot mål skulle evalueres sammen med tjenestemottaker og pårørende/verge. Gjennom tilsynets undersøkelse ble det for eksempel avdekket at en av brukerne i mange år har hatt privat



støttekontakt. Dersom kommunen hadde evaluert tjenestetilbudet sammen med vedkommende, ville kommunen ha avdekket om dette er et behov som kommunen er ansvarlig for.

Kommunens ledelse hadde ikke foretatt noen gjennomgang av sine nye rutiner for å sikre seg at de fungerte etter sin hensikt, og var implementert i hele kommunen. Ledelsen fanget derfor ikke opp at det var store forskjeller i kommunen på tjenestetilbudet til brukerne. Dette gjaldt både muligheten til å medvirke i egen hverdag, aktivitetstilbudet, bemanning i de ulike boligene og at brukerne fikk de tjenestene som var beskrevet i vedtaket sitt om personlig assistanse.

Fylkesmannens undersøkelse avdekket at kommunens ledelse ikke har sørget for en systematisk styring på en slik måte at alle vedtak gjennomføres med individuelt tilpassede tiltak. Manglende styring øker risikoen for at mennesker med utviklingshemming, som allerede er en sårbar gruppe, ikke får de tjenestene de har behov for. Praksisen avviker så mye ut fra gjeldende faglige anbefalinger at den etter Fylkesmannens vurdering er i strid med hol. § 4-1.

5. Fylkesmannens konklusjon

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

Fylkesmannens konklusjon:

Indre Fosen kommune sikrer ikke at personer over 18 år med utviklingshemming får forsvarlige omsorgstjenester.

Dette er brudd på: Hol. § 3-2 nr.6 bokstav b, og §§ 4-1 og 3-4, pbrl. §§ 3-1 til 3-3, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Kommunens mangelfulle styring på området medfører en økt risiko for at mennesker med utviklingshemming ikke får de tjenestene de har krav på etter loven.



6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Fylkesmannen ber Indre Fosen kommunen om å gjøre en vurdering av hvilke tiltak som er nødvendige for å etablere en praksis som sikrer at tjenestemottakerne i kommunen får individuelt tilpassede tjenester.

Videre ber vi kommunen om en vurdering av hvilke tiltak som må settes inn for å forebygge ulik praksis i kommunen på gjennomføringen av vedtakene, brukernes og pårørendes mulighet til å medvirke og tjenestemottakerens helse – og omsorgstilbud.

Vi ber om at det oversendes en plan for arbeidet. Planen skal inneholde:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollerer at tiltakene blir iverksatt.
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund.
- Rutiner for hvordan kommunen skal fange opp behovene til personer som ikke evner å uttrykke egne behov og/eller har nærpå personer eller verge som ivaretar deres rettsikkerhet.
- Frist for iverksetting av tiltak og evaluering av om tiltakene virker som planlagt.

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

Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
Fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Thea Hennie Kveinå
Revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet