



Fylkesmannen i Rogaland

Rapport fra tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming i Gjesdal kommune

Kommunens adresse: Rettedalen 1, 4330 Ålgård
Tidsrom for tilsynet: 05.09.2016 – 23.11.2016
Kontaktperson i virksomheten: Helena Olausson.

Sammendrag

Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte 21.-23. november 2016 tilsynsbesøk i Gjesdal kommune.

Tilsynet er en del av det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2016. Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon.

Tema for tilsynet var om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- bistand til aktivisering
- opplæring i dagliglivets gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

Fylkesmannen har videre undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får:

- helsetjenester i hjemmet
- tilgang til medisinsk undersøkelse, utredning og behandling.

Videre har det ved undersøkelse av temaene inngått om kommunen legger til rette for at tjenestemottakerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Ved tilsynet ble det avdekket følgende avvik:

Kommunen sikrer ikke forsvarlig planlegging, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene til mennesker over 18 år med psykisk utviklingshemming.

Sårbare forhold i tjenesten er identifisert av kommunen selv og kommunen er i ferd med å sette i verk korrigerende tiltak.

Dato: 23.01.2017

Astrid Aadland
revisjonsleder

Anne Barkve Andersen
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	4
3. Gjennomføring	5
4. Hva tilsynet omfattet	5
5. Funn	6
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem	7
7. Regelverk	8
8. Dokumentunderlag	9
9. Deltakere ved tilsynet	10

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Gjesdal kommune i perioden 05.09.2016 – 23.11.2016. Revisjonen inngår i Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet for inneværende år og er en del av det landsomfattende tilsynet med helse- og omsorgstjenester i 2016 initiert av Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten etter lov om statlig helsetilsyn § 2, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet 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 eventuelle 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

Gjesdal kommune er en mellomstor kommune med ca. 11 800 innbyggere. I kommunen er det omlag 30 personer med utviklingshemming over 18 år som bor i egen eller leid bolig, og som mottar kommunale tjenester.

Kommunen har to bofelleskap for personer med utviklingshemming. I Fiskebekkveien bor det 12 personer med utviklingshemming og i det nyetablerte bofelleskapet Flassabekken er det 3 utviklingshemmede som mottar helse- og omsorgstjenester. 13 andre personer bor i andre omsorgsboliger, eller i privat eid eller leid bolig, og de aller fleste av disse mottar timebaserte tjenester. Personalet i miljøarbeidertjenesten gir både helse- og omsorgstjenester i bofelleskapene og til de som bor spredt rundt i kommunen. Hjemmesykepleien yter ikke tjenester til denne gruppen, foruten å tjene som back-up på nattestid. Enkelte av tjenestemottakerne får sine tjenester fra rus og psykiatritjenesten eller ordinær hjemmesykepleie.

En av virksomhetene som kommunalsjefen for Helse og velferd har ansvar for er virksomheten Forebygging og mestring. Denne virksomheten ledes av en virksomhetsleder. Virksomheten er delt opp i flere avdelinger, blant annet Miljøarbeidertjenesten, Rus/psykiatri og Ambulerende hjemmetjeneste. Miljøarbeidertjenesten gir tjenester til de fleste med psykisk utviklingshemming, mens Rus/psykiatri-tjenesten og hjemmesykepleien yter timebaserte tjenester til enkelte personer med lett psykisk utviklingshemming med psykiatriske eller

omfattende somatiske problemstillinger. Rus/psykiatri-tjenesten og hjemmesykepleien er ikke omfattet av tilsynet.

Miljøarbeidertjenesten ledes av en avdelingsleder. For tiden er avdelingslederrollen besatt av en konstituert leder.

Tjenesteområdet Helse- og velferd har et eget Tjeneste- og koordineringskontor (TKK) som er kommunens koordinerende enhet, og som fatter alle vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester. Kontoret ledes av en fagleder.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Formøte ble avholdt 05.04.2016

Revisjonsvarsel ble sendt 05.09.2016.

Åpningsmøte ble avholdt 22.11.2016.

Intervjuer

12 ansatte ble intervjuet.

Det ble gjennomført samtaler med
5 tjenestemottakere,
2 pårørende/verger

To av tjenestemottakerne hadde med seg arbeidsleder under intervjuene, mens to andre hadde med seg assistent. En tjenestemottaker hadde med seg pårørende/verge. Det ble også gjennomført et intervju med verge/pårørende uten at tjenestemottakeren var tilstede.

Det ble gjennomført en samtale med Senior- og brukerrådet i kommunen. Senior- og brukerrådet stilte med to representanter.

Befaring: en leilighet i Fiskebekkveien, Pro-Service og dagsenter på Solås.

28 vedtak og tiltaksplaner ble gjennomgått og det ble tatt stikkprøver i journaler og brukerpermer under tilsynsbesøket.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet og dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 23.11.2016.

4. Hva tilsynet omfattet

Systemrevisjonen omfatter undersøkelse av om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leis bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Ved dette tilsynet har vi undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- bistand til aktivisering
- opplæring i dagliglivets gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

Vi har videre undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får:

- helsetjenester i hjemmet
- tilgang til medisinsk undersøkelse, utredning og behandling.

Videre har det ved undersøkelse av temaene inngått om kommunen legger til rette for at tjenestemottakerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

5. Funn

Avvik

Kommunen sikrer ikke forsvarlig planlegging, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene til mennesker over 18 år med psykisk utviklingshemming.

Sårbare forhold i tjenesten er identifisert av kommunen selv og kommunen er i ferd med å sette i verk korrigerende tiltak.

Avvik fra: helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. internkontrollforskriften § 4.

Avviket bygger på følgende observasjoner:

Målrettet arbeid

- Oppfølging av den enkelte bruker er lite målrettet og mål definert i vedtak blir ikke systematisk fulgt opp i praksis
- Tiltaksplaner er mangelfulle
- Vedtak, tiltaksplaner og løpende rapportering samsvarer i liten grad
- Tjeneste- og koordineringskontoret fatter vedtak om timebaserte tjenester i bolig med heldøgnsbemanning uten at dette blir samstemt med den faktiske bemanningen i boligen
- Det er i vedtak og IPLOS-registreringer opplyst om funksjonsfall og opplæringspotensiale, men vi finner lite informasjon om at dette får betydning i tjenesten i form av tid og fokus på ferdighetstrening eller vedlikehold av mestringsevne
- Journalene er jevnt over mangelfulle
- Det er ikke en enhetlig journal og det hersker usikkerhet om hvilken informasjon som skal nedtegnes hvor. Pasientopplysninger blir ført i Geric, elektroniske brukermapper, i papirmapper hos brukeren og i møterefaterat fra avdelingsmøter
- Prosedyrer knyttet til enkeltbrukere er ikke datert og/eller oppdatert, og det fremgår ikke hvem som har godkjent prosedyren
- Systematisk evaluering av tjenestetilbudet er fraværende

- Det er ikke satt av tid i turnus til administrativt arbeid, som f.eks. oppdatering av tiltaksplaner, prosedyrer
- Primærkontakt er tillagt et stort ansvar, og det er ulike oppfatninger av hva dette ansvaret innebærer. Rutine for primærkontakts ansvar er ikke implementert
- Det er ikke avsatt tid til samarbeid mellom primærkontaktene

Opplæring

- Lite systematisk opplæringstiltak, ut over tre opplæringsvakter, og det er lite mulighet for å delta på opplæring/kurs
- Lite systematisk opplæring på spesifikke somatiske problemstillinger og utviklingshemming
- Det gjennomføres ikke systematisk opplæring i generell førstehjelp

Helsehjelp

- Observasjoner av medisinske problemstillinger blir i varierende grad dokumentert i journal
- Medisinske prosedyrer er gamle, ikke datert eller oppdatert. Det fremkom ikke hvem som er ansvarlige for dem og det er ikke system for å evaluere disse. Det er uoversiktlig hvor disse oppbevares og hva som gjelder
- Observasjoner av forhold knyttet til legemiddelhåndtering blir dokumentert flere steder
- Kommunens retningslinjer for legemiddelhåndtering er ikke kjent
- Det er flere avvik knyttet til legemiddelhåndtering. Ansatte får fortløpende tilbakemelding
- Medikamentlister er ikke en del av journalen

Brukermedvirkning

- Det mangler systematisk kontakt med pårørende og kommunens egne rutiner for dette følges ikke.
- Tilsynet er i liten grad gjort kjent med at kommunen jobber aktivt med brukermedvirkning når det gjelder planlegging av tjenesten
- Det er ikke avklart hvilken info verge skal ha

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming er et område hvor det er stor fare for svikt fordi tjenestemottakerne ofte ikke selv klarer å ivareta sine rettigheter, melde fra om manglende tjeneste eller om endrede behov. Konsekvensene av dette kan være alvorlige ved at sykdom ikke blir fanget opp eller at personer får redusert livskvalitet.

Internkontroll skal bidra til at kommunen organiserer sine tjenester slik at mennesker med utviklingshemming får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lovgivningen. Kravene til styring og kontroll innebærer blant annet at kommunen skal avklare ansvarsforhold, utarbeide nødvendige rutiner og instruksjoner og sikre at ansatte har nødvendig kompetanse. Kommunen skal gjennom internkontrollen sørge for at sårbare områder avdekkes, feil fanges opp og at svikt kan rettes og forebygges. Kommunen skal ha rutiner som sikrer at internkontrollen fungerer som forutsatt.

Gjesdal kommune har i sin styrende dokumentasjon en klar organisering og ansvar er tydelig plassert. Styrende dokumentasjon er ikke tilstrekkelig implementert tjenesten. Det har vært en del uro i denne del av tjenesten og Miljøarbeidertjenesten har siden april i år vært ledet av ny midlertidig leder. Øverste ledelse er godt kjent med de utfordringer som har vært og er, og ledelsens vurdering av utfordringsbildet samstemmer med de ansattes. Hvorvidt dagens organisering er hensiktsmessig blir nå vurdert og fast lederstilling for miljøtjenesten vil derfor ikke bli utlyst før endelig organisasjon er på plass. Nåværende leder er ansatt kun for kort tid og følger tett opp den daglige driften. Et mer systematisk forbedringsarbeid vil derfor først bli satt i gang når ny leder er på plass våren 2017. Den uavklarte situasjonen er lite heldig og det haster derfor å få ny organisasjon og ny leder på plass.

For å tydeliggjøre ansvarsforholdene ble det høsten 2015 opprettet et nytt Tjeneste- og koordineringskontor. Ved hjelp av ekstern bistand har det vært fokus på å utarbeide tydelige vedtak. Vedtak av nyere dato er utfyllende og tydelige. Vedtakene blir imidlertid fattet uten at tjenstekontoret er kjent med avdelingens ressurser. Ansvar for oppfølging av de vedtak som fattes, er lagt på primærkontakt. Hva dette ansvaret innebærer er utydelig og ikke alle primærkontakter er kjent med sitt ansvar. Samhandlingen mellom tjenstekontor og utøvende tjeneste, er derfor sårbar. Dette fører til at det ikke alltid er samsvar mellom tildelte timer og det tjenstemottaker får av tjenester, selv om dette er forbedret etter at kommunen hadde inne en ekstern konsulent som gjennomgikk tjenesteområdet våren 2016. Videre blir ikke mål satt i vedtak systematisk fulgt opp av den utøvende tjenesten i målrettet miljøarbeid.

Flere ansatte har arbeidet lenge i miljøtjenesten og har solid realkompetanse. Rekrutteringen til fagstillinger har vært god og alle stillinger er besatt. På bakgrunn av de kjente utfordringene i tjenesten og for å få til hensiktsmessige endringer, ser ledelsen det som ønskelig med mer høyskoleutdannet personell. Som et ledd i vurdering av organisering blir også tjenstemottakernes behov for helsetjenester vurdert. I dag er det i tillegg til vernepleiere kun ansatt en sykepleier som skal ivareta tjenstemottakernes behov for helsehjelp. Dette blir vurdert som sårbart. Det er ikke tatt endelig stilling til avdelingens kompetansebehov, men kommunen har under utarbeidelse en kompetanseplan for helse og velferd, samt en oversikt over ressursbehov for 2016/17.

Den ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstaker har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter. Det er i liten grad lagt til rette for og muligheter til fagutvikling for ansatte i tjenesten. Opplæring av nytilsatte er ikke systematisert. Disse forholdene kan være medvirkende til at tjenestetilbudet er lite målrettet.

Gjesdal kommune har mange administrative og faglige rutiner. Imidlertid er ikke alle rutiner implementert. Kommunen har etablert et avvikssystem og et Kvalitetsutvalg som har i sitt mandat å bruke avviksmeldinger i kvalitetsforbedringsarbeid. Avvik fanges opp gjennom tett kontakt mellom midlertidig leder og de ansatte og gjennom rapportering i avvikssystemet. Det er meldt flere avvik. Et stort antall er relatert til legemiddelhåndtering. Lite målrettet arbeid medfører at svikt på kvalitet i tjenesten i mindre grad blir fanget opp på en systematisk måte.

7. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 24. juni 2011 om kommunal helse- og omsorgstjenester

- Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell mv.
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift av 27. juni 2003 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

8. Dokumentunderlag

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

- Oversendelsesbrev
- Organisasjonskart
- Virksomhetsplaner
- Kopi av sakspapirer ved omorganisering
- Stillingsinstrukser eller tilsvarende for personell knyttet til tjenesten
- Oversikt over navn på ledere, ansatte med opplysninger om utdanning, stillingsstørrelse og funksjon
- Delegasjonsreglement
- Opplysninger om kommunens kompetansekrav for stillinger, planer/opplegg for opplæring inkludert nyansatte og vikarer.
- Oversikt over interne møter samt kopi av personalmøter siste halvår
- Prosedyrer og rutiner som omhandler planlegging av tjenestene og tjenesteutøvingen
- Kopi av turnus og oversikt over sykemeldinger og bruk av vikarer siste fire uker i boligene
- Kopi av styrende dokumenter for kommunens samarbeid/samhandling med om tjenester til målgruppen, internt og eksternt.
- Beskrivelse av dokumentasjonssystem for tjenesteutøvelsen, herunder journalføring av helsehjelpen
- Prosedyrer og rutiner for registrering og håndtering av avviksmeldinger, andre kontroll – og evalueringsaktiviteter knyttet til tjenesteutøvelsen. Oversikt innmeldte avvik i 2016
- Kopi av gjennomførte risikovurderinger/analyser, internrevisjoner
- Kopi av bekymringsmeldinger eller klager fra tjenestemottaker eller dens representant.
- Kommunens informasjon til og samarbeidsrutiner med bruker, pårørende og verger om tjenestetilbudet.
- Mandat for omstillingsprosess miljøarbeidertjenesten
- Vedtak, IPLOS-registrering og tiltaksplan for 31 brukere (hvorav 3 ble lagt vekk, da de falt utenfor tilsynet)
- Utfylt skjema «Kartlegging av kommunens legemiddelhåndtering i boliger til mennesker med utviklingshemming»

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Brukerperm til en tjenestemottaker
- Avvik registrert i perioden fra dokumentasjon ble sendt til Fylkesmannen og frem til oppstart av tilsynsbesøket
- Arbeidsliste for nattevakter
- Rutiner for samarbeidsmøter fra TKK
- Rutiner for ansvarsgrupper fra TKK
- Powerpointpresentasjoner fra TKK om funksjon og rett til tjenester
- Prosedyre for evaluering av pågående tjenesteyting fra TKK
- Utkast til kompetanseplan for Helse og velferd (under arbeid)
- Funksjonsbeskrivelse ressursperson Helse og velferd
- Oversikt over ressurspersoner og behov
- Retningslinjer og skjemaer for legemiddelhåndtering

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- 05.09.2016 Varsel om tilsyn
- 21.10.2016 og 26.10.2016 Oversendelse av dokumentasjon fra kommunen
- 08.11.2016 og 10.11.2016 Brev til tjenestemottakere med ønske om samtale
- 08.11.2016 Oversendelse av program for tilsyn

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
Lillian Ydstebø	Kommunalsjef Helse og velferd	x	x	x
Oddny Bjorland	Virksomhetsleder Forebygging og mestring	x	x	x
Helena Olausson	Konstituert avdelingsleder Miljøarbeidertjenesten	x	x	x
Sissel Kverneland	Fagleder Tjeneste- og koordineringskontoret	x	x	x
Marit Osvoll	Vernepleier	x	x	
Anette Holen	Sosionom		x	x
Cecilia Hansen Tangen	Helsefagarbeider	x	x	
Edel Fredriksen	Assistent	x	x	
Anne Marie Sømme	Fagarbeider	x	x	x
Arne Skårland	Sykepleier		x	
Mette Bjørkhaug	Vernepleier, fagansvarlig i Flassabekken		x	
Eli Wiggen	fagarbeider	x	x	x

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Astrid Aadland, jurist - revisjonsleder

Anne Barkve Andersen, sykepleier – revisor

Ellen Bjerga Heskje, vernepleier – revisor

Trine Olsen - observatør