



Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Helse- og sosialavdelingen

Lillesand kommune

Postboks 23
4791 LILLESAND

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2018/4724

Dato
01.10.2018

Rapport fra tilsyn med helse og omsorgstjenester til utviklingshemmede i Lillesand kommune

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med helse og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede og besøkte i den forbindelse Lillesand kommune fra 28.08.2018 til 30.08.2018. Vi undersøkte om Lillesand kommune sørger for at helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

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

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	3	
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	5	
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	7	
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag		9
5. Fylkesmannens konklusjon	10	
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	11	

1. Tilsynets tema og omfang

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 leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. 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 skulle videre undersøke og konkludere om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får:

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

Ved undersøkelser av temaene skulle Fylkesmannen også se på om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke, om det legges til rette for samhandling internt og for samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmannen skulle også undersøke om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Det skal undersøkes om brukere får tilsyn og om de får bistand til egenomsorg og til å dekke behov for aktivitet. Det skal også undersøkes om brukerne får opplæring i dagliglivets gjøremål. Med bistand til egenomsorg menes her personrettede oppgaver som personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påklledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltider. Med tilsyn menes her oppfølging fra ansatte utover praktiske oppgaver eller aktiviteter som gjennomføres sammen med brukeren.

Med aktivisering menes bistand til aktiviteter som gjennomføres i og utenfor hjemmet. Om de har et tilrettelagt arbeid, et tilpasset dagtilbud utenfor hjemmet eller en støttekontakt som dekker deler av behovet for aktivisering. Aktivisering innbefatter hjelp til å opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet og delta i aktiviteter og hobbyer ut fra egne interesser.

Med opplæring menes målrettede tiltak for å øke den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

Med helsetjenester i hjemmet menes helsetjenester som gis av hjemmesykepleien eller ansatte som er tilknyttet boligen. Følgende helsetjenester i hjemmet inngår i tilsynet: legemiddelhåndtering, oppfølging etter legekonsultasjon, oppfølging for å vurdere behov for nødvendig helsehjelp hos lege og helsehjelp ved akutte tilstander. Tilsynet med legemiddelhåndteringen er avgrenset til istandgjøring og utdeling.

Med tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling menes her kommunens medvirkning til at brukeren kommer i kontakt med lege ved behov, og i nødvendig grad bistår under konsultasjonen.

Kommunen har ansvaret for å sørge for forsvarlige tjenester, men står ganske fritt til å vurdere hvordan oppgavene skal løses. I mange kommuner har kommunen bygget bofellesskap eller samlokaliserte boliger, med faste tjenesteytere knyttet til bofellesskapene. Kravet er at den enkelte bruker skal ha individuelle tjenester tilpasset sine særegne behov innenfor de ulike temaene for tilsynet.

Kommunen skal sikre tilstrekkelig bemanning slik at hver enkelt bruker får de tjenester han skal ha, og at de ansatte har den nødvendige kompetansen til å yte forsvarlige tjenester.

Ledelsen skal sørge for at de ansatte får tilstrekkelig oppfølging gjennom daglig ledelse. Faglig ansvarlig på tjenestestedet må gjennom faste møtepunkter ha mulighet til å styre tjenestene slik at oppgaver blir utført likt og i samsvar med de planer og mål som er satt opp for den enkelte bruker.

Kommunen må ha systemer som sikrer informasjonsflyt mellom tjenestene som har ulike ansvarsområder overfor bruker.

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.

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-1 sørger for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. 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. Kommunes plikt til å tilby tjenester etter hol. korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 a, som gir den enkelte rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Kommunen skal gi praktisk bistand, opplæring og støttekontakt jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Opplæringen må omhandle forhold som faller innenfor begrepet praktisk bistand etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Det vil si at opplæringen har som mål å utvikle ferdigheter i dagliglivets gjøremål, personlig stell og egenomsorg.

Personlig assistanse omfatter bistand til aktivisering og må forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Det omhandler det å kunne ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i eget engasjement og interesser.

Aktiviteter i form av personlig assistanse må ses i sammenheng med andre aktivitetstilbud, både individuelle som støttekontakt og dagaktivitetstilbud/arbeidstrening og generelle velferds- og aktivitetstiltak.

Helsetjenester i eget hjem og tilgang til nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Helsetjenester i hjemmet omfatter både helsetjenester som er initiert av kommunens helsetjeneste og oppfølging av behandlingstiltak igangsatt av brukers fastlege eller av spesialisthelsetjenesten.

Helsetjeneste i hjemmet som ytes hyppig er hjelp til legemiddelhåndtering.

Legemiddelhåndtering er nærmere regulert i forskrift om legemiddelhåndtering og kommer til anvendelse der pasienten ikke selv håndterer legemidler.

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

Kommunen har etter hol. § 3-4 en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der det er nødvendig for å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Kravet om forsvarlige tjenester er hjemlet i lovens § 4-1. Forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven, som anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdiopfatning.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunen sette i verk systematiske tiltak, jf. hol. § 3-1 tredje ledd hvor kommunen plikter å: *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift*. Kommunens styringsplikt etter denne bestemmelsen samsvarer med plikten til internkontroll etter helsetilsynsloven § 3. Kravene til internkontroll er nærmere beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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.

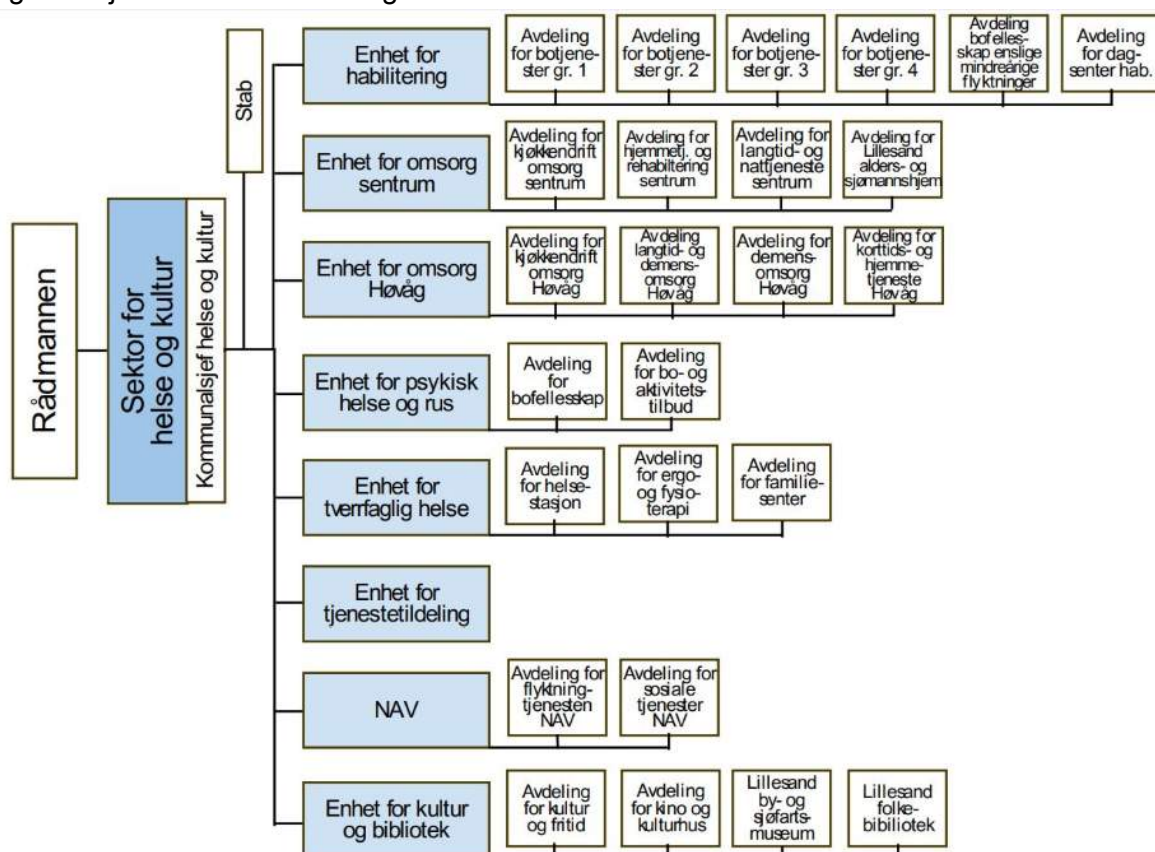
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Lillesand kommune er en kystkommune vest i Aust-Agder fylke, og grenser mot Vest-Agder og Kristiansand kommune i vest, mot Birkenes i nord og mot Grimstad i øst. Lillesand har om lag 10 340 innbyggere og er, som nabokommune til Kristiansand, i sterk vekst.

Lillesand var vertskommune for en av de desentraliserte institusjonene for utviklingshemmede (HVPU) før ansvarsreformen i 1991, og har, delvis av den grunn, et høyt antall psykisk utviklingshemmede i kommunen. Det er pr i dag 40 personer med utviklingshemming over 18 år som bor i eid eller leid bolig.

Tjenester til utviklingshemmede er i enhet for habilitering under sektor for helse og kultur, som er en av tre sektorer under rådmannen.

Organisasjonskartet for helse og kultur ser slik ut:



Enhet for habilitering er ledet av Hilde Trøim som også er overordnet faglig ansvarlig for tjenestene til utviklingshemmede. Enheten driver fem bofellesskap og ett dagsenter for denne brukergruppen. Hver avdeling har egen avdelingsleder med fag- og personalansvar.

Dovreveien 10 bofellesskap

Døgndrift for 10 beboere. Avdelingsleder er vernepleier Turid Johannessen. 27,38 % årsverk i turnus.

Holtaveien bofellesskap

Døgndrift for 9 beboere. Avdelingsleder er vernepleier Henriette Arentz-Grastvedt.
14,16 % årsverk i turnus.

Fagertunveien 64 bofellesskap

Døgndrift for 3 beboere. Avdelingsleder er vernepleier Ingunn Githmark
21,50 % årsverk i turnus.

Solkollen bofellesskap, Nyårdsgata og Ambulerende tjenester

Solkollen - Døgndrift for inntil 5 beboere. Nyårdsgata/Ambulerende gir punkttjenester etter vedtak. Avdelingsleder er vernepleier Jeanette Aanonsen
14,16 % årsverk i turnus.

Smedmyra dagsenter

Gir dagtilbud til 17 hjemmeboende brukere.
Avdelingsleder: Barnevernspedagog May-Britt Bjerkstad
3,3 % årsverk i turnus.
Resterende stillinger på dagsenteret ligger i turnusgruppene.

Avdelingsledere har kontor i de ulike bofellesskapene.

Det er lagt vekt på at de skal ha nærhet til brukere og medarbeidere slik at de til enhver tid er oppdatert.

Lillesand kommune deltar i det statlig finansierte forsøket med tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen (SIO-prosjektet) i perioden 1. mai 2016 – 30. april 2019. I denne perioden følges kommunen opp av, og rapporterer til Helsedirektoratet.

Prosjektets overordnede målsetting er å prøve ut om en statlig finansiering medfører økt likebehandling på tvers av kommuner, og en riktigere behovsdekning i kommunen. Brukers behov er i fokus, og brukermedvirkning er satt i system ved saksbehandlingen og ved tildelingen av helse- og omsorgstjenester. I SIO-prosjektet er det et krav at alle nye brukere skal ha en kartlegging før endelig tjeneste settes inn. Det er også laget en samtaleguide i regi av SIO som brukes for å sikre brukermedvirkning. Denne er godt implementert og brukes i møte med alle som får kartlegging.

Med midler fra SIO/inntektspåslag er det vedtatt at det opprettes et innsatsteam som organiseres under Enhet for tjenestetildeling.

Kommunen opplever prosjektet som svært vellykket for deres del, og ikke minst har det medført et kvalitetsarbeid i kommunen, med gjennomgang av rutiner, prosedyrer og tjenestene til alle brukerne, også til denne gruppa.

Ifølge kommunens dokumenter er bemanningen ved det enkelte bofellesskap beregnet utfra beboernes enkeltvedtak.

Vi har gjennomgått dokumentasjon for 20 brukere. Alle vedtakene er samlevedtak og omhandler de ulike tjenestene brukeren mottar i form av praktisk bistand, med og uten egenbetaling, helsetjenester, opplæring, dagtilbud mm. I 12 av de 20 vedtakene er tjenestene angitt i et antall timer. Ut over det gir vedtakene lite informasjon om hva som er innholdet i de ulike tjenesteområdene. Vedtakene er alle av nyere dato, og inneholder tidspunkt for når de skal evalueres. Vedtakene fattes i enhet for tjenestetildeling.

Alle journalene inneholder dags- og ukeplaner og i tillegg til dels grundige prosedyrer og rutinebeskrivelser. Jo mer omfattende hjelpebehov jo mer detaljerte beskrivelser. 10 av 20 har individuell plan (IP).

Kommunen bruker Profil som fagprogram og det foreligger rutiner for hvordan dette skal brukes og hva som skal skrives.

Kommunen har stillingsbeskrivelser for de ulike stillingskategorier. Ansvarsforholdene synes tydelig for de ansatte og alle kjenner Profil og rapporterer daglig.

Kommunen har en profilansvarlig medarbeider som daglig går gjennom det som skrives i Profil og sørger for at eventuelle feil blir korrigert. Samme person har også ansvaret for enkeltvedtakene (1/2 stilling i hver avdeling). Det er dermed kort vei mellom bestillerenhet og tildelingsenhet.

Avdelingsleder leser det som skrives i Profil noe mer sporadisk.

Det finnes brukerpermer, beskjedbøker ol, litt ulikt fra de ulike boenhetene. Alt som fremgår av disse permene er også dokumentert i Profil.

Alle brukerne som ønsker og er i stand til det har dagtilbud utenfor boligen, tilpasset sitt behov. Ved Smedmyra dagsenteret, er det pr i dag 17 brukere. Noen har dagtilbud ved Avigo arbeidsmarkedsbedrift og ved Stykkene arbeidstrening. Kommunen ønsker å tilby varierte dagtilbud, og det kan nevnes både muligheten for båtliv og fiske, samt de tradisjonelle aktivitetene som baking, arbeid med ved m.m. Kommunen forsøker også å gi arbeidspraksis ved andre virksomheter, for de som kan klare det.

Hver bruker har en koordinator/primærkontakt som er ansvarlig for planer for den enkelte og for å gjennomføre ansvarsgruppemøter en eller to ganger pr år. I tillegg er det kontakt med de pårørende etter behov.

Brukermøter gjennomføres to ganger i uka i hvert fall ved noen av bofellesskapene. Her planlegges fritidsaktiviteter, fellesaktiviteter mm.

Kommunen har en strategisk kompetanseplan for habiliteringstjenesten for perioden 2012 – 14.

Helsetjenester

Kommunen har rutiner for legemiddelhåndtering og disse er godt kjent blant de ansatte. Ansvar for medisin håndtering er klart og alle har gjennomført medisinkurs. Det er primærkontakten som har ansvaret for kontakt med fastlege. Alle er til kontroll minimum en gang årlig. Brukerne får følge til lege, enten av pårørende eller primærkontakt, hvis mulig. Noen gjør det også alene. Det samme gjaldt kontakt med tannlege.

Styring

Kommunen har et årshjul/kalender for aktiviteter i habiliteringsenheten. I tillegg et eget årshjul for håndtering av vold og trusler om vold. Kommunen har gjennomført ROS-analyse ved alle bofellesskapene i inneværende år.

Det er personalmøter/kursdager hver 4.-6. uke som brukes til interne ting, enkeltbrukere, evalueringer mm. Når det gjelder utfordrende adferd har kommunen gjennomført opplæring i «Verge» og dette gis det opplæring i og det trenes på jevnlig. Enkelte ansatte har fått et særlig ansvar for oppfølgingen og treningene.

Enhetsleder har møte med avdelingslederne hver 3./4. uke. Kommunalsjef har møte med sine enhetsledere om lag like hyppig. I tillegg er det mye uformell kontakt.

Kommunen har rutiner for avviksmelding og avvikshåndtering i profil og i EQS. Disse var godt kjent og ble brukt av alle ansatte.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Kommunen har oppdaterte vedtak som i stor grad angir omfang, men er lite spesifiserte når det gjelder hvilke tiltak og aktiviteter som inngår i vedtakene. Det foreligger imidlertid dagsplaner med mye og detaljert informasjon. Etter Fylkesmannens vurdering kan manglene ved utformingen av vedtakene kompenseres ved at kommunen har disse strukturene som viser at det gis individuelle tjenester utfra brukerens behov.

Vi mener likevel at vedtakene med fordel kan utformes tydeligere når det gjelder innholdet i tjenestene. Det er viktig at kommunen har systemer som sikrer at den enkelte brukeren får individuelle tjenester i det omfang og det innhold de har behov for, og som forutsetningsvis skal fremgå av vedtaket. Kommunen har forbedrings potensiale når det gjelder å følge med på dette.

Kommunen har to avvikssystemer og det synes å være en gjennomgående holdning og praksis at det meldes avvik. Det synes noe uklart for enkelte hvilke avvik som skulle meldes i hvilket system. Dette gjaldt særlig avvik fra dagsplan, når planlagte aktiviteter måtte utgå av ulike grunner.

Kommunens kompetanseplan var gått ut på dato for flere år siden. Det ble gjennomført kurs i medisin håndtering, bruk av tvang og makt og «Verge-metodikken». Det framsto som et

utbredt ønske fra ansatte om kurs og kompetanseheving også på andre felt innenfor tjenesteområdet, uten at vi kunne se at dette var fanget opp eller dokumentert.

Vi fant at det var ulik praksis i ulike bofellesskap. Dette er naturlig, både fordi brukergruppene er forskjellige og ansatte og ledere er forskjellige. Vi vil imidlertid oppfordre til at god praksis kan deles.

Selv om kommunen har områder de fortsatt kan forbedre, finner Fylkesmannen at innenfor de områdene vi har sett på, har kommunen systemer som sikrer helse og omsorgstjenester innenfor de krav som fremgår av lov og forskrift.

5. Fylkesmannens konklusjon

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen (e.f)

fylkeslege

Helene Frydenberg

seniorrådgiver

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Saksbehandler: Helene Frydenberg, tlf: 37 01 75 04

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 24.05.2018.

Det ble gjennomført samtaler med fire brukere den 22.08.2018.

Tilsynsbesøket ble gjennomført med Lillesand kommune, og innledet med et kort informasjonsmøte 28.08.2018. Intervjuer med ansatte og ledelsen ble gjennomført den 28. og 29.08. 2018. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 30.08.2018.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Organisasjonskart
- Organisering av tjenestene
- Delegasjonsreglement
- Stillingsinstrukser el. tilsvarende
- Rutiner for samhandling
- Rutiner for brukermedvirkning og pårørendemedvirkning
- Rutiner for legemiddelhåndtering
- Kommunens opplæringsplan/ for nytilsatte
- Rutiner for avvikshåndtering
- Gjennomførte ROS-analyser
- Mottatte klager
- Lister, ansatte og brukere

Det ble gjennomgått 20 journaler.

Vi gjennomgikk avviksmeldinger fra siste uke i profil og EQS, 11 stk.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
------	-------------------	----------	--------------------

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Geir Jenssen	Kommunalsjef	☒	☒
Turid Johannessen	Avd.leder, Dovreveien	☒	☒
Jeanette Aanonsen	Avd.leder Solkollen	☒	☒
May Britt Bjerkstad	Avd.leder Smedmyra	X	X
May S Torkildsen	Fagarbeider	X	X
Heidi Christiansen	Miljøterapeut	X	X
Dan Fynshøj	Fagarbeider	X	X
Ingunn Githmark	Avd.leder Fagertunvn.	X	X
Henriette Arentz-Grastvedt	Avd.leder Holtaveien	X	X
Ellen Berger	Konsulent	X	X
Hilde Trøim	Enhetsleder	X	X
Hanne Haugland	Vernepleier	X	
Anette Norli Edvardsen	Miljøterapeut	X	
Marit Kjelsaas	Fagarbeider	X	
Paivi Anneli Kristensen	Fagarbeider	X	

15 tjenesteytere og ledere ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver, Helene Frydenberg, FMAV, revisjonsleder
- seniorrådgiver, Egil Nordlie, FMAV, revisor
- rådgiver, FMAV, Mia Wiik, revisor
- brukerrepresentant, Jan Johannessen, NFU, observatør