

**Fylkesmannen i** **Nordland**

**Rapport fra tilsyn med** **kommunens helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming over 18 år som bor i egen bolig**

**i**

**Rana kommune**

**Miljøterapeutisk avdeling**

|  |  |
| --- | --- |
| **Virksomhetens adresse:** | Nordlandsveien 7 8601 Mo i Rana |
| **Tidsrom for tilsynet:** | 1.2.2017 – 24.4.2017 |
| **Kontaktperson i virksomheten:** | Fagsjef Rune Svelle |

# Sammendrag

Det ble gjennomført tilsynsbesøk 28.- 30.3.2017 med tjenester for brukere tilknyttet boenhetene Johan Nygaardsvoldsgt. 30, Lillebasen, og Marcus Thranesgt. 26, Sokkel.

Tilsynet har undersøkt om kommunen sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Tilsynet har undersøkt om kommunen legger til rette for personlig assistanse i form av:

• tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg

• bistand til aktivisering

• opplæring i dagliglivets gjøremål, personlig stell og egenomsorg

Tilsynet har undersøkt om kommunen legger til rette for:

• helsetjenester i hjemmet

• tilgang til medisinsk undersøkelse og utredning og behandling

• samt om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke

Det ble ikke avdekket avvik på de områdene som ble undersøkt, men gitt en merknad.

Merknad:

Kommunen har et forbedringspotensiale når det gjelder oppfølging og evaluering av egne prosedyrer og rutiner, samt påse at vedtatte rutiner følges som forutsatt i alle virksomhetene.

Dato: 24.4.2017

|  |  |
| --- | --- |
| Benthe Westgaard revisjonsleder | Berit Kjølmoen Steffen M. Bredesen revisor 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. Regelverk 7

7. Dokumentunderlag 8

8. Deltakere ved tilsynet 9

# Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Rana kommune, Miljøterapeutisk avdeling i perioden 1.2.2017 – 24.4.17. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 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:

1. hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
2. tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
3. tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler merknaden som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

1. **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
2. **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

# Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Rana kommune har pr. 1.1.17 i alt 26 101 innbyggere. Kommunen er organisert i åtte avdelinger, alle avdelingsledere er representert i rådmannens ledergruppe.

Helse- og sosialavdelingen består av fire fagavdelinger som ledes av en felles helse- og sosialsjef. Miljøterapeutisk avdeling er fagavdelingen som gir tjenester til innbyggere med funksjonsnedsettelse og deres familier. Avdelingen ledes av en fagsjef. Fagavdelingen består av fire seksjoner som ledes av hver sin seksjonsleder. Disse er seksjon hjemmeboende, seksjon dag- og arbeidstilbud og seksjon boligtjeneste 1 og 2. På grunn av sykdom er en av seksjonene fordelt på de øvrige.

Kommunen har per dags dato ca 70 personer med utviklingshemming over 18 år som bor i eget eiet, eller leiet leilighet, de fleste fordelt på 12 personalbaser innen Miljøterapeutisk avdeling.

Rana Arbeidssenter (RAS) organiserer tilbud om tilrettelagte arbeidsplasser og dagsenter, det er ca. 60 personer som får hjelp til praktisk bistand og opplæring gjennom RAS.

Tilsynet er avgrenset til Johan Nygaardsvoldsgate 30, Lillebasen, og Marcus Thranesgate 26, sokkel.

# Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

**Revisjonsvarsel** ble utsendt 1.2.2017.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**F****orundersøkelse** ble gjennomført gjennom skjematisk kartlegging av kommunens legemiddelhåndtering ved enheter som yter tjenester til mennesker med utviklingshemming.

Det er gjennomført telefonmøter mellom tilsynet, fagleder og avdelingsledere i forkant av tilsynsbesøket for å tilrettelegge best mulig.

**Åpningsmøte** ble avholdt 29.3.2017.

**Intervjuer**

12 personer ble intervjuet. I tillegg er det gjennomført samtaler med fire brukere. Ved to av samtalene var pårørende til stede, de to andre brukerne hadde med seg en støttekontakt/verge.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Det ble gjennomført befaring ved Johan Nygaardsvoldsgate 30, Lillebasen, og Marcus Thranesgate 26, sokkel.

**Sluttmøte** ble avholdt 30.3.2017.

# Hva tilsynet omfattet

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen gjennom systematisk styring sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Tilsynet 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, personlig stell og egenomsorg

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

• helsetjenester i hjemmet

• tilgang til medisinsk undersøkelse og utredning og behandling

• samt om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten

I tilknytning til hvert tema har vi også undersøkt om kommunen legger til rette for tjenestemottakers medvirkning ved planlegging, utforming, og evaluering av sine helse- og omsorgstjenester.

# Funn

Under tilsynet ble det ikke avdekket forhold som er i strid med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Det ble ikke påpekt avvik, men gitt en merknad.

**Merknad:**

Kommunen har et forbedringspotensiale når det gjelder oppfølging og evaluering av egne prosedyrer og rutiner, samt påse at vedtatte rutiner følges som forutsatt i alle virksomhetene.

Merknaden er bygget på følgende:

* Kommunen har utarbeidet et eget rapporteringssystem MAP (Miljøterapeutisk Arbeids Plan) for alle brukere. Det fremkommer ikke når MAP er opprettet for den enkelte bruker eller når det skjer revidering/endring/evaluering av de ulike tiltak.
* Profil er den offisielle pasientjournal. Ved journalgjennomgang fremkom ulik praksis hvordan og hvor helsehjelpen dokumenteres. Opplysninger som omhandler brukernes sykehistorie, observasjoner, undersøkelser, behandling, ernæring, vektkontroll som handler om helsemessige forhold dokumenteres noen ganger bare i MAP og ikke i Profil.
* Ved gjennomgang av dokumentasjon fremkom det i noen tilfeller ikke alltid samsvar mellom score i IPLOS, vedtak om hjelpebehov og tiltak i MAP.
* Ved intervju fremkom det usikkerhet om hvem som har ansvar for oppdatering av IPLOS.
* Det er ikke etablert en omforent praksis for å sikre regelmessige konsultasjoner hos fastlege.

**Kommentarer**:

Ansatte som yter personlig assistanse er unntatt fra journalføringsplikten, jf. forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 2. Selv om de som yter personlig assistanse ikke har plikt til å føre journal, må likevel kommunen sørge for at omsorgstjenester dokumenteres i den utstrekning som er nødvendig for å sikre at tjenestene er forsvarlige, jf. hol. § 4-1. Dette innebærer blant annet at kommunen må sikre at det lar seg gjøre å kontrollere hvilke tjenester brukere faktisk har mottatt. I løpende tjenesteyting hvor det settes mål for tjenester og utarbeides planer, forutsettes det at iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger blir dokumentert, slik at tjenesten har et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer, samt for å kunne rapportere i ansvarslinjen.

Ansatte som yter helsehjelp har etter helsepersonelloven § 39 plikt til å føre pasientjournal. Krav til pasientjournalens innhold går frem av helsepersonelloven § 40 og er nærmere beskrevet i pasientjournalforskriften § 8. Det påligger kommunen å opprette pasientjournalsystemer og å sette de ansatte i stand til å overholde journalføringsplikten, pasientjournalforskriften § 4.

Journalen skal føres fortløpende, med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegnelser skal dateres og signeres, jf pasientjournalforskriften § 7.

Nødvendige journalopplysninger som nedtegnes skal være tilgjengelige for ansatte som trenger dem utfra deres ansvar/oppgaver.

Mange studier har vist at jevnlige helsekontroller hos allmennlege av voksne og eldre personer med utviklingshemming avdekker symptomer og funn som kan behandles før de gir helsetap og økende funksjonstap. Helsekontrollene kan avdekke udiagnostiserte tilstander, alt fra alvorlige lidelser som kreft, hjertesykdom og demens, til tilstander som nedsatt hørsel og syn. Gjennomsnittsalderen til mennesker med utviklingshemming har økt, og dermed også forekomsten av aldersrelaterte sykdommer. I tillegg er vedvarende tilstander som overvekt, dårlig ernæring, lite fysisk aktivitet og andre livsstilssykdommer ofte udiagnostisert og ubehandlet. Både Norske og internasjonale retningslinjer anbefaler derfor regelmessig helsesjekk av personer med utviklingshemming (Robertson J, Roberts h, Emerson E mfl., 2011). I følge denne litteraturen vil det for de fleste være tilstrekkelig med årlige kontroller. Noen brukere vil ha behov for hyppigere kontroller, mens for enkelte vil lengre intervaller være tilstrekkelig.

Personer med utviklingshemming vil ha behov for bistand fra ansatte for å bestille time hos lege enten det dreier seg om avtalte (regelmessige) kontrolltimer hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten eller konsultasjoner hos fastlegen på bakgrunn av endringer i brukerens helsetilstand.

På tjenestestedet må det være rutiner som sikrer at kontrolltimer bestilles i henhold til avtaler med fastlege / spesialisthelsetjenesten om hvor ofte slike konsultasjoner skal foretas. Kommunen må sikre at avtalte timer blir gjennomført. Det må være klart hvem som skal sørge for at brukeren møter opp til disse.

Det legges til grunn at det for alle brukere må være avklart med fastlegen hvordan brukeren skal følges opp, og hva de ansatte skal være særlig oppmerksom på. For enkelte brukere vil det ikke være behov for spesielle oppfølgingstiltak, men også dette må være avtalt.

**Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg:**

* Det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser – sist 2017
* Det er rutiner for å innhente politiattest, disse følges
* Virksomhetene har personale med relevant kompetanse, det er i hovedsak faste vikarer
* Hver bruker har primærkontakt
* Det er etablert gode rutiner for oppfølging av legemiddelhåndteringen
* Melding om avvik brukes i forbedringsarbeid
* Det er etablert samarbeid med alle fastleger gjennom E- melding
* Brukere/pårørende gir i hovedsak inntrykk av at de er fornøyde med tjenestetilbudet

# Regelverk

* Lov 1984-03-30 nr. 15 Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.
* Lov 2011-06-24 nr. 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
* Lov 1999-07-02 nr. 64 Lov om helsepersonell m.m.
* Lov 1999-07.02 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
* Lov 1967-02-10 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker
* Forskrift om pasientjournal
* Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (kvalitetsforskriften)
* Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (internkontrollforskriften)
* Forskrift om legemiddelhåndtering
* Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering

# Dokumentunderlag

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

* Organisasjonskart for kommunen
* Oversikt ansatte i Nygaardsvoldsgt. 30 og Marcus Thranesgt 26, sokkel.
* Vedtak, Iplos, tiltaksplaner/Miljøterapeutisk arbeidsplan for alle beboere ved

ovennevnte boenheter

* Turnusoversikt/ukeplaner de siste 4 uker for ovennevnte boenheter.
* Basisdokumentet for Miljøterapeutisk avdeling
* Delegasjonsreglement
* Stillingsinstrukser og utlysningsmaler for stillinger knyttet til tjenestetilbudet
* Kompetanseplan
* Opplæringsrutiner
* Dokumentasjon på oppgave og ansvarsfordeling: Primærkontaktoppgaver
* Rutiner for innhenting av politiattest v/ansettelse
* Veileder Miljøterapeutisk arbeidsplan (MAP): Rutiner for dokumentasjon av tjenesteutøvelsen, herunder journalføring av helsehjelpen — MAP/profil
* Rutiner for registrering og håndtering av avviksmeldinger, samt andre kontroll- og

evalueringsaktiviteter knyttet til tjenesteutøvelsen. Oversikt over siste 6 mnd.

innmeldte avvik fra ovennevnte boenheter

* Gjennomførte risikovurderinger/analyser, internrevisjoner. HMS-kartlegging
* Retningslinjer og prosedyrer for legemiddelhåndtering
* Kartlegging av kommunens legemiddelhåndtering
* Virksomhetens tiltak for å sikre brukermedvirkning
* Oversikt over basismøter
* Oversikt over antall brukere
* Brukerundersøkelse 2015 boligtjenesten

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

* Brukerundersøkelse 2017 – boligtjeneste
* Høringsnotat for revidering av MAP
* Journaldokumentasjon 11 brukere – profil og brukerpermer
* Avviksmeldinger
* Perm for nytilsatte
* Referater fra husmøter
* Vaktbøker – beskjeder, ulike arrangement, huskelister
* Medisinperm/kardex
* Aktivitetskalender
* Dokumentasjon på innhentet politiattest

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

* Brev av 1.2.17 fra Fylkesmannen i Nordland til Rana kommune med varsel om tilsyn
* Brev av 24.2.17 fra Rana kommune med oversendelse av dokumenter
* Brev av 6.3.17 fra Fylkesmannen i Nordland med program for tilsynet. Brevet ble også sendt på e-post samme dato til kontaktperson
* Brev av 7.3.17 til fire brukere med spørsmål om å bidra til opplysninger om tjenestetilbudet
* Div mail korrespondanse mellom fagsjef og Fylkesmannen

# 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** |
| Kari Mette Lindmark | Seksjonsleder | X | X | X |
| Britt Ane Martinussen | Vernepleier | X | X | X |
| Anikken Hansen | Helsefagarbeider | X | X |  |
| Liv Lillejord | Hjelpepleier | X | X | X |
| Gunnar Stenvall | Avdelingsleder | X | X | X |
| Frank Johnsen | Seksjonsleder | X | X | X |
| Rune Svelle | Fagsjef | X | X | X |
| Kristin Pettersen | Avdelingsleder |  | X | X |
| Anita Hermansen | Sosionom |  | X | X |
| Hilde Sarassen | Barne/ungdomsarbeider |  | X | X |
| Ann Katrin Pederesen | Ergoterapeut |  | X | X |
| Kåre Nordnes jr. | Helse- og sosialsjef | X | X | X |
| Rune Stene | Avdelingsleder |  |  | X |
| Robert Pettersen | Rådmann |  |  | X |

**Fra tilsynsmyndighetene deltok:**

Steffen M. Bredesen, rådgiver/jurist

Berit Kjølmoen, seniorrådgiver

Benthe Westgaard, seniorrådgiver