



LILLEHAMMER KOMMUNE  
Postboks 986  
2626 LILLEHAMMER

Saksbehandler, innvalgstelefon  
Marius Holth, 61 26 61 16

## Rapport etter tilsyn med Lillehammer kommunes tjenester til personer med utviklingshemming

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Lillehammer kommune 14.02.2022 – 16.02.2022. Vi undersøkte om kommunen sørger for at kommunens helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

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

### Statsforvalterens konklusjon:

- Det ble ikke avdekket lovbrudd for gjennomføring av personlig assistanse til personer med utviklingshemming.
- Det ble ikke avdekket lovbrudd knyttet til om kommunen sikrer at personer med utviklingshemming får nødvendig helsehjelp i eget hjem og har tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege.
- Det ble påpekt lovbrudd knyttet til at kommunen ikke sikrer at ulovlig bruk av tvang og makt ikke finner sted ved blant annet å sikre at personalet har tilstrekkelig kunnskap om regelverket på dette området.

### Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 og § 9-4, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6-9, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2

Det ble 09.03.2022 sendt foreløpig rapport fra tilsynet hvor kommunen ble gitt anledning til å komme med eventuelle kommentarer/innsigelser til faktagrunnlaget i rapporten. Vi mottok kommunens svar 30.03.2022.



## Innhold

1. Tilsynets tema og omfang .....	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	2
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	8
5. Fylkesmannens konklusjon .....	10
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet .....	11

## 1. Tilsynets tema og omfang

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

Statsforvalteren undersøkte under tilsynet om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at personer over 18 år som har en utviklingshemming og som bor i egen bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

- om kommunen sikrer forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse, ved at personer med utviklingshemming
  - får bistand til å ivareta egenomsorg og nødvendig tilsyn.
  - får bistand til aktivisering.
  - får bistand til opplæring for å opprettholde eller øke funksjons- og mestringsevne.
- om kommunen sikrer at personer med utviklingshemming
  - får nødvendig helsehjelp i eget hjem.
  - har tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege.
- om kommunen sikrer at ulovlig bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, ikke finner sted ved blant annet å sikre at personalet har tilstrekkelig kunnskap om regelverket på dette området.

## 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

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 sitt ansvar følger av gjeldende regelverk:

- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Lov av 30. mars 1084 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal



- Forskrift av juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift av oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

### **2.1. Forsvarlighetskravet**

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-1. Etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 a er den enkelte gitt rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Sammenholdt med hol. § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Personer 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. Systemer for ledelse og kvalitetsforbedring**

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 forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 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.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller også krav om tilrettelegging ved at kommunen skal etablere et system av prosedyrer, jf. § 5. Prosedyrene skal sikre at brukerne av helse- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov. Dette innebærer blant annet å sikre at den enkelte får de tjenestene han eller hun trenger til rett tid, og at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte, må kommunen sette i verk systematiske tiltak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Et sentralt element i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er kravet om at kommunen gjennom systematisk styring sikrer:

- Klar fordeling av ansvar
- At ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre oppgaver
- Oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av lovkrav
- Håndtering av avvik og systematisk kvalitetsforbedring av tjenesten

### **2.3 Journalføring**

Kommunen skal sørge for at tjenestene som blir gitt, dokumenteres på forsvarlig måte, jf. hol. § 5-10. For helsehjelp er det krav om journalføring i helsepersonelloven (hpl.) § 39. Det innebærer at journalen må gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, avgjørelser og konkrete tiltak, slik at den enkelte helsepersonell gis et grunnlag for sine vurderinger



og avgjørelser. Nødvendig og relevant informasjon må føres fortløpende, slik at journalen sikrer kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Også for tjenester som ikke er helsehjelp, må det gjøres en viss dokumentasjon for å sikre at tjenesteytingen blir forsvarlig og at ledelsen kan følge med på, og evaluere, tjenestetilbudet. Det forutsettes 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. Hver bruker skal ha én samlet journal.

#### **2.4. Personlig assistanse, helsehjelp og tvang og makt**

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Helsetjenester i hjemmet er hjemlet i bokstav a. Saksbehandlingsreglene om tvang og makt er nedfelt i kapittel 9.

Bistand til egenomsorg: Personrettede oppgaver som for eksempel 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. Aktivisering: 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 (ADL), personlig stell og egenomsorg.

Helsehjelp i hjemmet: I pbrl. kap. 1-3 bokstav c defineres helsehjelp på denne måten: «Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål ...» Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege, innebærer at tjenesten tar kontakt med lege ved behov og at det foregår et samarbeid mellom fastlege og tjenesten. Kommunen må sørge for at ansatte som yter tjenester i hjemmet til brukere med sykdommer som raskt kan forverre seg, er i stand til å identifisere aktuelle symptomer, og vite hvilke tiltak som må iverksettes, jf. hpl. § 16 og hol. § 4-1. Det kan også oppstå ulike akutte situasjoner som krever rask behandling/førstehjelp fra ansatte, for eksempel brannskader, sårskader, tilløp til kvelning, hjertestans og epilepsianfall. Ansatte må derfor ha hatt opplæring i førstehjelp (inkludert hjerte/lungeredning) og være kjent med hva de skal gjøre dersom det oppstår situasjoner som krever akutt legehjelp.

Tvang og makt: I tilsynet er det undersøkt om kommunen legger til rette for minst mulig bruk av tvang og makt i tjenesteytingen og om saksbehandlingsreglene i hol. kapittel 9 blir fulgt i tilfeller der det er nødvendig å bruke tvang og makt. Kapittel 9 skal forhindre unødig bruk av tvang og makt, og det skal sikres at all tvang og makt gjennomføres i henhold til regelverket og dokumenteres på riktig måte. Gjennom regelverket er det også lagt opp til at man gjennom systematisk arbeid og andre metoder skal unngå bruk av tvang og makt så langt det lar seg gjøre. Dersom man skal sikre at tjenesten ytes uten bruk av uhjemlet tvang eller makt, er det avgjørende at samtlige ansatte har kjennskap til regelverket på et minimumsnivå.



## 2.5. 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 helse- og omsorgstjenesten. 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 brukerne blir overholdt.

Tilsynet omfattet to bofellesskap: Skurva bofellesskap og Sigrid Undsetsveg bofellesskap. I Skurva bofellesskap er det 10 leiligheter. I Sigrid Undsetsveg bofellesskap er det fire leiligheter, men per i dag er den ene ikke i bruk.

Statsforvalteren hadde samtale med tre pårørende. Tilsynet gjennomgikk fagpermer og journaler. Det ble gjennomført befarings på begge bofellesskapene. I tillegg intervjuet vi 12 ansatte fra ulike nivå i kommunen.

### 3.1 Organisering, ansvar og myndighet

Lillehammer kommune har 28 440 innbyggere (2021). Det er ca. 120 personer over 18 år som har diagnosen psykisk utviklingshemming. Kommunen er delt opp i tre sektorer som ledes av hver sin kommunalsjef. Tjenesteområdet (TO) Tilrettelagte tjenester (TOTT) ligger under sektor for helse og velferd, og ledes av tjenesteområdeleder. Tjenesteområdeleder rapporterer til kommunalsjef, som er direkte underlagt kommunedirektør.

De to bofellesskapene omfattet av tilsynet skal i utgangspunktet ledes av hver sin avdelingsleder. Skurva bofellesskap står for tiden uten fast leder, og ledes av konstituert avdelingsleder som også er leder ved en annen avdeling. Det er fast avdelingsleder ved Sigrid Undsetsveg bofellesskap.



Kommunen har utarbeidet en kompetanseplan for tjenesteområdet. I tillegg er det funksjons- og rollebeskrivelser for miljøterapeuter, vernepleiere, miljøarbeidere og assistenter. Kommunen bruker kompetansebroer og e-læringskurs for de ansatte. Alle ansatte skal få opplæring for den enkelte bruker de skal bistå, og avdelingslederne har ansvar for å sikre at alle får opplæring. Det er utarbeidet egne opplærings skjemaer for hver enkelt bruker, som ledelsen følger opp at brukes.

Tildeling av tjenester skjer av kommunens tildelingsenhet i samarbeid med TOTT. Det er ukentlige møter mellom disse aktørene, der blant annet endringsbehov meldt fra avdelingene er fast tema. Tjenestekoordinator er involvert i disse møtene.

Kommunen har etablert et brukerforum bestående av pårørenderepresentanter. Forumet har som oppgave å sikre at kommunens satsningsområder og prioriteringer blir drøftet med brukerorganisasjonene, blant annet for å sikre at deres syn blir tatt med i vurderingene.

Det er planlagt fagmøter (miljøterapeutmøte) jevnlig, som etterfølges av personalmøte. Personal møtene brukes til informasjon, og de ansatte kan ta opp temaer de ønsker å diskutere. Det føres referater fra personalmøtene, og referatene er tilgjengelige for de ansatte. Ved vaktskifte er det overlapp/opplastmøter der man gjennomgår det viktigste som har skjedd ved forrige vakt.

Kommunen har et kvalitetssystem som er kjent for de ansatte og som brukes til å melde hendelser i form av avvik, observasjoner, forbedringsforslag og risikovurderinger. Ledelsen oppfordrer til å bruke systemet og å melde avvik, og det brukes aktivt av de ansatte. Det meldes mange avvik. Avdelingsleder følger i utgangspunktet opp meldingene, men de kan også sendes til tjenesteområdeleder ved behov. Avvik meldes dersom noe ikke gjennomføres som planlagt eller dersom det oppdages feil. Ansatte kan også for eksempel melde fra om de har vært i situasjoner som potensielt kan føre til personskaade. De ansatte gir uttrykk for at de opplever at meldinger i systemet følges opp, og at de får tilbakemelding når avvikene er lukket. Ledelsen opplyser at de bruker kvalitetssystemet aktivt for å forbedre tjenesten.

Det gjennomføres jevnlig internrevisjoner av tjenesten. Disse er en del av kommunedirektørens internkontroll av virksomheten, og har som formål å sikre at tjenesteområdet til enhver tid arbeider med å føre kontroll med egen virksomhet, slik at man sikrer kvalitet på særlige viktige områder. Fokusområder for internkontrollene er valgt basert på hva som har kommet frem ved tidligere tilsyn, eller hva man ønsker at virksomheten skal ha en særlig oppmerksomhet på. Tjenesten har dedikerte ansatte i kvalitets- og fagutviklingsfunksjoner. Disse deltar i utviklingen av tjenesten, og har som oppgave å systematisk jobbe med kvalitetssikring av tjenesten.

## **3.2 Personlig assistanse, helsehjelp, journalføring og tvang og makt**

### **3.2.1 Personlig assistanse og journalføring**

Tjenesten dokumenteres fortløpende i Geric, knyttet opp mot brukerens tiltaksplan. Journalen brukes aktivt av de ansatte for å oppdatere seg på brukers situasjon. Avdelingsleder har journalansvar. Journalføring er en del av den jevnlig internrevisjonen. Det er etablert et system for å ta stikkprøver fra journalføringen. Avdelingsledere forventer at fagansvarlig kvalitetssikrer journalføringen, men det er ikke noe system for å følge opp om dette blir gjort. Fagansvarlig leser jevnlig journal. Journalføringen inneholder faktabeskrivelser, men ofte ikke vurderinger, evalueringer og eventuelle forslag til tiltak/ending. Flere ansatte uttrykte ønske om mer opplæring i Geric.



Det foreligger oppdaterte vedtak om tildeling av tjenester for alle brukere. Vedtakene inneholder få eller ingen opplysninger om fakta, brukerens ønske, kommunens vurdering og hva konkret tjenesten inneholder. De inneholder en generell beskrivelse av hva brukerne får hjelp til. Det er ikke fastsatt antall timer tjenestene utgjør for hver enkelt bruker. Tjenestene er nærmere beskrevet i tiltaksplaner i Geric og i brukerpermer/personalveiledere. Disse blir ikke vedlagt vedtaket ved utsendelse.

Veiledning i gjennomføring av tjenesten er tilfeldig. Det er ikke planlagt systematisk veiledning i det daglige fra miljøterapeuter. Flere opplyser om at det ikke er nok tid til å prioritere miljøterapeutisk arbeid. Det uttrykkes et ønske om mer systematisk faglig veiledning.

Alle brukere har fagansvarlig og primærkontakt. De andre ansatte kan henvende seg til fagansvarlig dersom de har spørsmål, men spør også andre kolleger. Noen uttrykker ønske om at fagansvarlig/primærkontakt har flere vakter med brukerne de har ansvar for. Det avholdes for øvrig jevnliges ansvarsgruppemøter.

Brukerne deltar på aktiviteter/dagtilbud etter ønske. De pårørende uttrykker ønske om flere muligheter for individuelle aktiviteter for den enkelte bruker, som for eksempel spontane kinobesøk eller liknende.

Tilsynet fant at brukerne bidrar i dagliglivets aktiviteter tilpasset deres funksjonsnivå. Det er kunnskap blant de ansatte om medvirkning og selvbestemmelse, og tjenestene er planlagt slik at brukerne skal kunne gjøre så mye som mulig selv.

Turnusen er ifølge ledelsen bemannet med nok ansatte, slik at alle som for eksempel har innvilget 1:1-bemanning, får det. Grunnet høyt sykefravær, er det likevel ikke alltid planlagte tjenester gjennomføres. Det kan for eksempel resultere i at én ansatt har ansvar for to beboere, og at alle planlagte aktiviteter ikke alltid gjennomføres som det var tenkt. Dette journalføres og avviksføres. Ledelsen er kjent med problemstillingen. Dersom det ikke er nok ressurser til å gjennomføre alt som planlagt, er det i en beredskapsplan/prioriteringsplan planlagt hva man skal prioritere.

### 3.2.2 Helsehjelp

Brukernes helsetilstand følges opp ved dialog og kontakt med fastlege og annet helsepersonell som for eksempel tannlege og spesialisthelsetjenesten. Det er avklart hvem som skal følge brukerne til lege og andre helserelaterte avtaler. De pårørende uttrykte at de var trygge på at kommunen fulgte opp brukernes helsetilstand og ga dem nødvendig helsehjelp.

Kommunen har planlagt årlig førstehjelpskurs. På grunn av pandemien, har dette ikke blitt gjennomført siden 2019. Det planlegges nytt kurs i 2022.

Diagnoselistene i Geric er ikke alltid oppdatert. Tilsynet fant blant annet eksempler på brukere uten registrert utviklingshemmingsdiagnose eller brukere som tok medisiner for en diagnose som ikke var registrert i Geric.

Journalføringen inneholder også på dette temaet faktabeskrivelser, men ofte ikke vurderinger, evalueringer og eventuelle forslag til tiltak/endring. Det ble for eksempel funnet journalføring om at en bruker fikk mat i halsen, og at dette ble løst ved at annet personale var til stede, uten at det ble beskrevet hva som skjedde, hvordan situasjonen ble løst og hvordan liknende situasjoner kan forhindres i fremtiden.



### 3.2.3 Tvang og makt

Tilsynet fant at grensene for tvang og makt er et tema i tjenesten. De ansatte har fokus på temaet, og diskuterer dette ofte i personalgruppa.

Det jobbes aktivt for å forebygge behovet for tvang og makt. Kommunen har blant annet forsøkt å endre turnusen slik at man har flere store stillinger og en mer stabil personalgruppe. Dette både for å sikre at brukerne får færre ansatte å forholde seg til, og for å sikre at de som jobber har god kunnskap om hver bruker. I tillegg jobbes det for å sikre lik praksis fra alle ansatte blant annet gjennom opplæring, personalveiledere, brukerpermer og tiltaksplaner. På Sigrid Undsetsveg bofellesskap arbeides det med å få større stillinger, slik at brukerne får færre ansatte å forholde seg til, ettersom kommunen har funnet at dette skaper ro og trygghet hos konkrete beboere.

Ikke alle ansatte har gjennomført kurs i tvang og makt, til tross for at dette er obligatorisk.

Tilsynet avdekket noen tilfeller av tvang og makt som ikke var hjemlet i vedtak. I ett av disse tilfellene ble en brukers tilgang på sigaretter begrenset uten at kommunen hadde vurdert om dette oversteg grensen for hva som anses som tvang. Det var i tillegg besluttet at samme bruker skulle ha så få eiendeler som mulig i leiligheten, for å hindre at vedkommende skadet seg. Det er ikke vurdert å fatte vedtak om dette. Tilsynet fikk videre beskrevet tiltak for å hindre brukers tilgang på mat ved at maten ble oppbevart i bokser med lokk. Slik det ble beskrevet kan det synes som en begrensning som må vurderes som så inngripende i selvbestemmelsen at det er å anse som tvang. Det var ikke klart om alle ansatte hadde reflektert rundt hvorvidt dette kunne anses som tvang.

Ikke alle ansatte er kjent med skjema for melding om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner (såkalt «a-melding»). Det er samtidig ikke avdekket bruk av tvang eller makt i nødssituasjoner der det ikke er sendt slik melding.

Journalføringen inneholder også på dette temaet faktabeskrivelser, men ofte ikke vurderinger, evalueringer og eventuelle forslag til tiltak/ending. Det ble for eksempel funnet et journalnotat der en bruker ikke ønsket å ha på bleie fordi det skal ha gjort vondt å ha den på: «Bruker nektet, ble sint og kastet gjenstand mot personalet». Det ble ikke journalført detaljer rundt hva som førte til utageringen, og heller ikke hva personalet gjorde for å roe situasjonen.

Kommunen opplyste at tvangstiltakene i et kapittel 9-vedtak overfor én bruker ikke kunne ivaretas av mindre enn tre tjenesteytere. Samme bruker har kun tilgang på én nattvakt med mulighet til tilkalling av én annen ansatt. Nattvaktene har dessuten ikke fått opplæring i teknikkene i tvangsvedtaket. Kommunen har fanget opp dette og arbeider med å kartlegge mulige løsninger.

## 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Statsforvalteren skal ved sine tilsyn ha fokus på om brukerne får trygge og gode tjenester, og om de trygge og gode tjenestene er et resultat av systematisk styring. Styringsystemene i virksomheten må tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 5.

I kravet til systematisk styring ligger det at kommuneledelsen har ansvar for å sikre etterlevelse av helse- og omsorgstjenesteloven gjennom systematisk styring og forbedringsarbeid. En forutsetning





for å levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur og god oversikt over oppgavene. Det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Medarbeiderne skal ikke bare kjenne sine egne oppgaver. Kvalitet og pasient- brukersikkerhet er også avhengig av at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver. I tjenesteutøvelse av helse- og omsorgstjenester med mange ansatte og ulike ansvarsnivåer, hvor det skal samhandles internt og samarbeides eksternt, er hvem som har ansvar for oppgaver av avgjørende betydning for å sikre at oppgaver blir gjennomført og for å få tydelige rapporterings- og informasjonslinjer.

Statsforvalteren fant ved tilsynet at det de senere årene er gjort et betydelig arbeid i TOTT. Kommunen har hatt stort fokus på forbedringsarbeid, og vi ser store forbedringer fra forrige tilsyn i 2017. Mange av utfordringene som ble påpekt i forrige tilsyn, er nå rettet opp og følges systematisk opp som en del av kvalitetssikringen av tjenesten.

Kommunen bruker internkontroll systematisk i planleggingen av tjenesten. Tjenesten evalueres og korrigeres løpende gjennom året. Områder der det er risiko for svikt, som for eksempel bemanningsutfordringer ved høyt sykefravær, er fanget opp av ledelsen og følges opp. Kommunen sikrer at alle nyansatte får opplæring om hver enkelt bruker, og at brukerne får medvirke og bidra i den grad de har mulighet til det. Selv om det er dokumentert tilfeller der planlagte aktiviteter ikke gjennomføres grunnet blant annet bemanningssituasjonen, er det ikke grunnlag for å mene at dette innebærer at gjennomføringen av personlig assistanse ikke er forsvarlig. I vurderingen av dette vektlegger vi blant annet at kommunen er kjent med utfordringen, og har iverksatt tiltak og prioriteringer slik at forsvarligheten ivaretas.

Lillehammer kommune sikrer etter vår vurdering at personer med utviklingshemming får nødvendig helsehjelp i eget hjem, og at de har tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege. Det er dokumentert at brukernes medisinske behov fanges opp og følges opp, og det er avklart hvem som har ansvar for hva når det kommer til oppfølging av brukernes helse. Tjenesten har jevnlig førstehjelpskurs slik at de ansatte har oppdatert kompetanse om dette.

Når det kommer til temaet tvang og makt, finner Statsforvalteren at det samlet sett er grunn til å påpeke lovbrudd på dette området. Personer med utviklingshemming er en svært kompleks og sammensatt gruppe, der brukerne har individuelle og svært varierende behov. Personalet yter ofte tjenester til brukerne alene, noe som har betydning for kravet til kompetanse, opplæring og veiledning. Det er avgjørende at alle ansatte, uavhengig av stillingstype og stillingsprosent, har kunnskap om hva det vil si å leve med en utviklingshemming, og hva som anses som tvang og makt. Kommunen sikrer ikke at samtlige ansatte gjennomgår opplæring i tvang og makt, og tilsynet avdekket enkelte tilfeller av tvang og makt som ikke var vedtaksfestet. Noen av tilfellene hadde personalet vurdert om tiltaket ble ansett som tvang, mens i andre tilfeller var ikke problemstillingen fanget opp eller vurdert. Selv om tilsynet avdekket godt, systematisk arbeid for å forebygge utagering og forhindre/begrense bruk av tvang og makt overfor flere brukere, vurderer vi at kommunen ikke sikrer at ulovlig bruk av tvang og makt finner sted.



## 5. Statsforvalterens konklusjon

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

### Statsforvalterens konklusjon:

- Det ble ikke avdekket lovbrudd for gjennomføring av personlig assistanse til personer med utviklingshemming.
- Det ble ikke avdekket lovbrudd knyttet til om kommunen sikrer at personer med utviklingshemming får nødvendig helsehjelp i eget hjem og har tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege.
- Det ble påpekt lovbrudd knyttet til at kommunen ikke sikrer at ulovlig bruk av tvang og makt ikke finner sted ved blant annet å sikre at personalet har tilstrekkelig kunnskap om regelverket på dette området.

### Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. §§ 9-4 og 9-5, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6 - 9.

## 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Statsforvalteren ber Lillehammer kommune om å legge en plan for hvordan lovbruddet vil bli rettet. Vi ber om at planen som minimum inneholder følgende elementer:

- Kommunens vurdering av hva som har ledet til lovbruddet
- Tiltak som skal settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere, at tiltakene blir iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene fører til ønsket endring
- Tidspunkt for når kommunen forventer at lovbruddet er rettet, og hvilke frister som eventuelt blir satt for å sikre fremdrift

Vi ber om tilbakemeldingen innen 06.05.2022.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)  
fylkeslege

Marius Holth  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*