



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Postboks 4710 Sluppen
7468 TRONDHEIM

	Deres ref:	Vår ref	Dato
—	2015/9205-721.0	2016/1386-14	19.01.2017

Plan for lukking av avvik - Midtre Gauldal kommune - Rapport fra landsomfattende tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte tilsyn med helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede i Midtre Gauldal kommune 25. og 26. oktober 2016.

Tilsynet avdekket to avvik, og Fylkesmannen ba om tilbakemelding innen 6. januar 2017. Etter henvendelse fra Midtre Gauldal kommune, har Fylkesmannen forlenget denne tidsfristen til 20. januar 2017.

Midtre Gauldal kommune har utarbeidet planer for lukking av avvikene. Planene inneholder en rekke tiltak som kommunen ser nødvendig å gjennomføre for å kunne lukke avvikene. Vedlagt denne tilbakemeldingen ligger planer for lukking av avvik i skjematisk form. Disse inneholder tidsfrister for når de enkelte tiltakene skal ferdigstilles, og hvem som er ansvarlige for disse.

Enkelte tiltak er allerede helt eller delvis iverksatt, noen kan raskt gjennomføres, mens andre er av mer tidkrevende natur.

Midtre Gauldal kommune tar sikte på å ha gjennomført tiltaksplanene for lukking av avvik innen 31.12.17. Fylkesmannen bes gi tilbakemelding på hvordan de ønsker at kommunen rapporterer etter hvert som tiltak ferdigstilles, og rutiner m.m. utarbeides. Kan det for eksempel være aktuelt med en halvårsrapportering, der eventuelle endringer i tidsplanen fremgår?

Videre følger en redegjørelse for hva kommunen tenker om de enkelte observasjonene som Fylkesmannen har gjort, og som avvikene baseres på. Redegjørelsen viser til tiltaksplanene for lukking av avvik, som ligger som vedlegg her.

Avvik 1:

Midtre Gauldal kommune sikrer ikke at voksne personer med utviklingshemming får forsvarlig tjenester i form av personlig assistanse.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og § 5-4.
- Internkontrollforskriften (av 20. desember 2002 nr. 1731) § 4.
- Kvalitetsforskriften (av 27. juni 2003 nr. 792) § 3.
- Helsepersonelloven § 20 a.

Avviket bygger på følgende observasjoner:

- *Det foreligger ikke dokumentasjon på at behovet for tjenester på alle livsområder er tilstrekkelig kartlagt og opplyst.*
- *Samtaler med brukere avdekte ønsker om ulike tjenester. Tilsynet har ikke funnet igjen disse opplysningene i tilsendte journaler, møtereferater eller i vedtak.*
- *Det er lite spor av brukerens ønsker, behov og mål i planleggingen og utformingen av tjenestene.*
- *Det finnes ikke opplysninger om det er foretatt avklaringer om bruker kan medvirke alene eller ønsker bistand fra verge eller pårørende.*
- *Flere av vedtakene om tjenester og tiltaksplanene er av eldre dato, og det er ikke dokumentert at det er foretatt evalueringer av tjenestetilbudet.*
- *Tjenestenes innhold i vedtakene er i liten grad detaljert beskrevet i de vedtakene tilsynet har hatt tilgang til.*
- *Det er varierende opplysninger om hvordan endringer av behov meldes og følges opp med hensyn til evt. nytt vedtak og tiltaksplaner.*
- *Det foreligger ingen rutine for å tilby individuell plan. Planer forelagt tilsynet er ikke aktivt i bruk.*
- *Bemanningsplan og turnus tar ikke utgangspunkt i tildelte tjenester i vedtak.*
- *Det er varierende kunnskap om vedtakets innhold og omfang.*

Midtre Gauldal kommune oppfatter disse funnene til i stor grad å være relatert til våre rutiner innen kommunal saksbehandling og evaluering av vedtak, sett i forhold til kartlegging og evaluering, involvering av brukere og pårørende, avklaring av brukernes samtykkekompetanse, og forutsetning for å være involvert, rutiner for vedtak og revurdering av disse.

Enhet for Pleie og omsorg skal derfor gjennomgå og revidere våre rutiner for kommunal saksbehandling. Det er laget en fremdriftsplan for Omsorgskontoret (tildelingskontoret), som skal sikre gjennomgang av allerede eksisterende vedtak om tjenester.

Fremdriftsplanen representerer også en foreløpig rutinebeskrivelse for hvilke rutiner som skal gjelde for nye vedtak, og for revurdering av disse i fremtiden.

Nye tildelingskriterier for tjenester er under utarbeidelse. Nye vedtaksmaler og mal for saksutredning skal utarbeides. Rutine for årlig gjennomgang av brukernes tjenester med evaluering og vedtak skal utarbeides, og skal omfatte legemiddelgjennomgang, IPLOS-/ADL-registreringer, oppdatering av vedtak og tiltaksplaner. Primærkontaktene tillegges et særskilt ansvar for å igangsette prosessen, innkalle til ansvarsgruppemøter, pårørendekontakt og kontakt med Omsorgskontoret. Den årlige gjennomgangen av vedtak og tjenester skal legges rundt brukerens bursdag, og senest 1 måned etter denne. Primærkontaktene i samarbeid med vernepleier gis ansvar for å oppdatere opplysninger og tiltaksplaner i fagsystemet, og melde endringer ut til de andre ansatte.

Dette skal samlet sikre at fremtidig saksbehandling foretas i tråd med lovverk og god forvaltningsskikk, at fagsystemet oppdateres og at de som jobber med brukerne gjøres oppmerksom på endringer.

Se: Enhetsleders fremdriftsplan og Omsorgskontorets fremdriftsplan 1-3

- *Det er varierende kunnskap om vedtakets innhold og omfang.*

I omsorgskontorets fremdriftsplaner er det lagt inn punkt om saksbehandlers ansvar ved effektivering av vedtaket. Primærkontaktens funksjonsbeskrivelser skal revideres, slik at det delte ansvaret mellom

avdelingsleder og primærkontakt synliggjøres bedre. Primærkontakter og vernepleiere vil ha en nærmere kontakt med Omsorgskontoret enn tidligere, og dermed en større kunnskap om, og forståelse for hva det innebærer. Brukerrelaterte møter vil bli brukt for å formidle denne kunnskapen. Dette vil kunne bidra til bedret informasjonsflyt, og økt felles kunnskap blant de ansatte. De ansatte skal få opplæring på nytt i bruk av Gerica, og intermeldingssystemet i Gerica skal benyttes konsekvent for å varsle alle ansatte når brukerrettet informasjon er endret, slik at de kan oppdatere seg. Opplæring i Gerica er allerede satt som et punkt på opplæringsplan for nytilsatte i avdelinger for funksjonshemmede.

Dette skal samlet bidra til å bedre de ansattes kunnskap om vedtakets innhold og omfang.

Se: Omsorgskontorets fremdriftsplaner 1-3 og Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 1

- *Det gis ikke systematisk veiledning i gjennomføringen av tjenestene, noe som er etterspurt.*

Det gis veiledning i dag, men dokumentasjonen av denne er dårlig. Fagmøter, refleksjon og veiledning skal inngå som turnusfestet arbeidstid på nye turnuser. Det skal lages en rutine for hvordan personalet melder sitt behov for veiledning i gjennomføring av tjenestene, og hvordan dette skal følges opp. Det settes av tid for veiledning, og vernepleierne i boligene skal tillegges et særskilt ansvar for gjennomføringen av veiledningen. Veiledningen skal dokumenteres.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 2

- *Journalføringen i Gerica gjennomføres ulikt.*

Vernepleierne i avdelingene har allerede fått opplæring/veiledning av Omsorgskontoret i Iplos- og ADLregistrering, og skal være ansvarlig for oppdateringen i Gerica i samarbeid med primærkontakt og pårørende. Omsorgskontoret skal i tillegg gi vernepleierne ytterligere opplæring i fagsystemet Gerica. Midtre Gauldal har kjøpt inn modulen Gerica Plan. Gerica Plan vil gi bedre muligheter for en mer lik måte å journalføre i Gerica på tvers av avdelingene. Det er oppnevnt superbrukere for Gerica i hver avdeling, som har fått en første innføring/opplæring på systemet. Disse skal bistå i arbeidet med å oppdatere bruker-journalene i Gerica, og lære opp primærkontakter og øvrige ansatte i å opprette tiltaksplaner på alle brukerne, samt journalføre. Superbrukerne er en del av et kommunalt nettverk som sørger for tilnærmet lik måte å dokumentere på, på tvers av avdelinger og enheter. Det skal lages rutiner og legges inn varsel på dato for jevnlig evaluering og oppdatering av eksisterende tiltaksplaner.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 3

- *Det er ulik praksis for å utarbeide møtereferat fra brukermøter og sikre at informasjon nås til alle ansatte omkring brukeren.*

Det skal utarbeides en mal for referat fra brukermøter som skal sikre at man kommer inn på alle livsområder i løpet av møtene. Referatmalen skal deles opp i ulike områder med underpunkt, der det som ikke er relevant for den enkelte kan strykes. Referatmalen skal legges inn i Gerica, og skal benyttes ved alle brukermøter. Referatene skal skrives inn i Gerica.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 4

- *Det meldes ønsker om økt bemanning for å styrke det faglige tilbudet.*
- *Aktiviteter er ikke gjennomført som følge av personalmangel.*

- *Det er beskrevet marginalt med personell, og at personalet i hovedsak dekker basale behov. Det beskrives i varierende grad muligheter til å gjennomføre aktiviteter basert på individuelle ønsker utenfor bolig.*

Alle vedtak om tjenester til utviklingshemmede skal gjennomgås. Omsorgskontoret skal prioritere vedtakene til de som mottar sine tjenester i bofelleskapene og av Boveiledertjenesten. Deretter skal det lages nye bemanningsplaner og turnuser for disse, som skal gjenspeile de behov som blir kartlagt i saksutredninger og vedtak.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 5

- *Det meldes ikke avvik på manglende deltakelse i aktiviteter eller gjennomføring av oppgaver, kun på legemidler.*

Det ble innført nye rutiner for avviksregistrering og behandling i avdelinger for funksjonshemmede i høst. Det er laget nytt avviksskjema, ny rutinebeskrivelse, og det er avholdt implementeringsmøte med de ansatte i avdelingene. Det tar tid å innarbeide nye rutiner, og å utvikle en felles forståelse for hva som kan defineres som avvik. I rutinebeskrivelsen for avvikhåndtering ligger det en eksemplifisering på ulike former for avvik. Rutinen legger også opp til månedlig gjennomgang av innkomne avvik på personalmøter for å fremme den felles forståelsen. Vi mener vi er godt i gang med dette arbeidet. De siste par månedene har det begynt å komme inn avvik som omhandler annet enn legemiddelhåndteringen.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 6

- *Det er ikke beskrevet ansvarshavende ved boligen i leders fravær.*

Det skal utarbeides en rutine- og oppgavebeskrivelse for ansvarshavende i alle avdelinger i enheten. Beskrivelsen skal utarbeides sammen med tillitsvalgte, og kan tilpasses hver avdelings unike behov.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 7

- *Det er ulike oppfatninger av om når det kan benyttes vikarer ved fravær.*

Rutiner for blant annet «innleie av vikarer» i enheten, er nylig utarbeidet i samarbeid med tillitsvalgte. Rutinene skal implementeres blant de ansatte i de ulike avdelingene. Uavhengig av dette, er behovet for innleie av vikarer en dynamisk prosess, som vil avhenge av brukernes behov, og vil alltid bli gjenstand for vurdering det kan være uenighet om. Avdelingsleder tar endelige avgjørelser ved spørsmål, og de ansatte kan blant annet benytte avvikssystemet dersom de anser at noe er uforsvarlig.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 8

- *Det er ikke innhentet politiattester for alle ansatte etter gjeldende regelverk.*

Alle ansatte i avdelinger for funksjonshemmede har nå fått ny bekreftelse på formål med politiattest, og er blitt bedt om å innhente ny attest. Attestene er begynt å komme inn.

Ny rutine for innhenting av politiattest for alle nye ansatte som skal gi tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven, er under utarbeidelse. Rutinen vil beskrive oppgave og ansvarsfordeling både når kommunen tilsetter i fast stilling eller tidfestede vikariat, og når avdelingsleder tar inn nye tilkallingsvikarer i avdelingene.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 9

Avvik 2:

Midtre Gauldal kommune siker ikke at voksne personer med utviklingshemming får forsvarlige helsetjenester i hjemmet.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2 jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 4 annet og sjette ledd.

Helse-

og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Avviket bygger på følgende observasjoner:

- *Det er ikke beskrevet at det gis systematisk informasjon om den enkelte brukers helseutfordringer eller behov, og det er ytret bekymring knyttet til faglig kompetanse for somatisk helse. Det er også ønskelig med mere opplæring på dette området.*

Informasjonen om den enkelte bruker ligger i fagsystemet Gerica. Det vises til fremdriftsplan for Avdelinger for funksjonshemmede, punkt 1, for beskrivelse av hvordan vi skal oppdatere denne informasjonen fremover, minimum en gang årlig. Prosedyre for opplæring av nytilsatte ble utarbeidet i sommer, og skal sikre at nye ansatte får nødvendig informasjon om den enkelte bruker. Denne er allerede tilsendt Fylkesmannen.

Det er gitt opplæring i enkelttema som vedrører brukernes helseutfordringer. Opplæring har mange former, de ansatte har deltatt på kurs, opplæring og møtevirksomhet med habiliteringstjenesten, intern opplæring på arbeidsplassen, hjemmebesøk av lege i boligen m.m. Vi vil bedre våre rutiner for å dokumentere opplæring etter hvert som de ansatte deltar på den, og også se dette i sammenheng med punktet om veiledning under punkt 2 i denne fremdriftsplanen.

I enhet for Pleie og Omsorg har alle ansatte tilgang til Veilederen.no med ulike kurs på nett. Enhet for Pleie og omsorg har i tillegg nylig kjøpt inn varnett.no (tidligere PPS), og det er gitt obligatorisk opplæring til vernepleiere/sykepleiere med tilbud om deltagelse for helsefagarbeidere. De som deltok på denne opplæringen skal ha ansvar for å lære opp de andre ansatte. Denne opplæringen skal dokumenteres. Varnett.no inneholder sykepleierfaglige prosedyrer. Disse kan linkes opp mot tiltaksplanene i Gerica for å sikre lik gjennomføring av prosedyrer. Dette blir en del av oppdateringen av tiltaksplanene som er beskrevet under avvik 1.

Det er opprettet kontakt mellom sykepleier i hjemmetjenesten og avdelinger for funksjonshemmede. I første omgang er sykepleieren tilsatt for å revidere legemiddelrutinene, men hun skal også være ressursperson for avdelingene, for å forankre sykepleierfaglig ressurs og veiledning knyttet til somatisk sykdom. Vi har ikke planlagt ferdig hvordan denne funksjonen skal være, men vil utarbeide en instruks, og sette av midler til dette i løpet av året. Foreløpig veileder hun etter meldt behov.

Medarbeiderundersøkelsen 2016 viser også at de ansatte etterspør mer veiledning og opplæring. Det vil bli laget oppfølgingsplaner i hver avdeling der de ansatte selv skal være med og prioritere tiltak. Vi vil også sette den enkeltes ansvar for egen kompetanse på dagsorden. Alle ansatte i enheten vår er å anse som helsepersonell, og har som sådan en selvstendig plikt til å melde behov for oppdatering til sin leder. Dette krever at de ansatte i større grad setter ord på hva de ønsker opplæring og veiledning i, og ikke bare melder dette som «behov for mer opplæring på området». Veilederen.no og Varnett.no gir også de ansatte gode muligheter til selv å skaffe seg ny og oppdatert kunnskap og kompetanse.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 10

- *Skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndteringen er ikke oppdatert etter revidert forskrift.*
- *Tidligere utarbeidede prosedyrer er ikke gjort tilstrekkelig kjent for ledere og ansatte som er involvert i legemiddelhåndteringen.*
- *Det foretas ikke regelmessig kontroll av prosedyrene for legemiddelhåndteringen.*

Det er igangsatt et arbeid med å oppdatere Prosedyrer i legemiddelhåndtering ved helsetjenester i hjemmet i Midtre Gauldal kommune. Det er tilsatt en sykepleier som utarbeider en overordnet prosedyre, samt prosedyrer som er tilpasset hver enkelt avdeling. Denne prosedyren tar utgangspunkt i revidert forskrift. Prosedyren inneholder blant annet en delprosedyre som har som formål å sikre at avvik innen legemiddelhåndtering registreres og behandles på riktig måte slik at uønskede hendelser forebygges og en kontinuerlig kvalitetsutvikling ivaretas, og den beskriver hvor internkontroll- og tilsynsansvar ligger. Når prosedyren er ferdigstilt skal den presenteres for de ansatte i et implementeringsmøte. Prosedyren skal revideres årlig av enhetsleder.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 11

- *Det etterlyses kompetanse eller opplæring for når pasienten motsetter seg helsehjelp.*

Det skal opprettes en ressursstilling i enheten i løpet av 2017 som skal ha ansvar for Helsehjelp etter § 4 i pasientrettighetsloven. Denne skal ha et særskilt ansvar for å følge opp avdelingenes behov for opplæring og veiledning på området. Ressursstillingen blir en av flere som skal opprettes i enheten i løpet av 2017, og som vil medføre økt kompetanse på somatikk. Vi ønsker å ha fokus rettet mot læring innad i organisasjonen, for å mobilisere kompetansen som allerede finnes i enheten.

Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 12

Med hilsen

May-Rita Karlsen
Assisterende enhetsleder Pleie og omsorg

Kopi til:
Knut Dukane
Bodil Brå Alsvik
Kristin Grindstuen
Jorunn Marie Svardal