



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag  
Postboks 4710 Sluppen  
7468 Trondheim

**Deres ref:**

**Vår ref**

**Dato**

2016/1386-18

21.06.2017

## **Midtveis rapportering - Plan for lukking av avvik etter tilsyn med helse- og omsorgstjenester til utviklingshemmede - Midtre Gauldal kommune**

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, forlenget Fylkesmannen denne tidsfristen til 20. januar 2017. Fylkesmannen mottok kommunens plan for lukking av avvikene den 23.01.17. Midtre Gauldal kommune tar sikte på å ha gjennomført samtlige tiltak for lukke avvikene innen 31.12.17. Fylkesmannen hadde ingen anmerkninger til kommunens plan, og hadde forståelse for at dette er et omfattende og tidkrevende arbeid. Som forespurt sender nå kommunen en midtveis rapportering for tiltaksplanene, med frist 23.06.17. Fylkesmannen ba samtidig om en redegjørelse for hvordan kommunens nye rutiner vil bli implementert i organisasjonen, samt hvordan kommunens ledelse vil følge med på at de planlagte tiltakene fungerer etter sin hensikt.

Midtre Gauldal kommune har utarbeidet planer for lukking av avvikene, som ble oversendt Fylkesmannen i januar 2017. Disse ligger som vedlegg også til denne forsendelsen, og er evaluert og revidert. Det har vært nødvendig å revidere tidsplanene underveis, da kommunen nok har vært litt optimistisk på tidsplanen. I denne redegjørelsen vil vi kort kommentere hvert punkt under avvikene, med henvisning til fremdriftsplanene, der disse revideringene vil fremgå. Kommunen føler likevel at vi er godt i gang med å lukke avvikene.

### **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 oppfattet 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 har derfor gjennomgått og revidert våre rutiner for kommunal saksbehandling. Det ble laget en fremdriftsplan for Forvaltningskontoret som skal sikre gjennomgang av allerede eksisterende vedtak om tjenester. Fremdriftsplanen inneholdt 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 utarbeidet og ble vedtatt i kommunestyret 06.04.17. Rådmannen fikk i oppdrag å utarbeide serviceerklæringer for de ulike tjenestene med bakgrunn i de nye tildelingskriteriene. Nye vedtaksmaler og mal for saksutredning skal utarbeides. Arbeidet er påbegynt, utkast er ferdig for implementering av disse starter opp i august 2017. Det er utarbeidet en rutine for årlig gjennomgang av brukernes tjenester med evaluering av vedtak. Iverksatt rutine evalueres innen utgangen av 2018. Rutinen inneholder 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 Forvaltningskontoret. 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.

Omsorgskontoret har endret navn til Forvaltningskontoret. Det nye navnet er tatt i bruk fra 01.06.17. Det er i tillegg gjort en prosess der en har valgt å tilsette en avdelingsleder for Forvaltningskontoret. Denne stillingen innehar et overordnet fagansvar, med personalansvar. Det forventes at opprettelsen av stillingen vil bidra til å utvikle en avdeling som har som mål å profesjonalisere forvaltningen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen, i tråd med nye tildelingskriterier og tilbakemeldinger fra førte tilsyn/revisjonsrapporter. Stillingsinstruks for stillingen er utarbeidet.

### **Se: Enhetsleders fremdriftsplan og Forvaltningskontorets fremdriftsplan 1-3**

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

I Forvaltningskontorets fremdriftsplaner er det lagt inn punkt om saksbehandlers ansvar ved effektivering av vedtaket. Primærkontaktens funksjonsbeskrivelser er reviderte, og det delte ansvaret mellom avdelingsleder, vernepleier og primærkontakt fremkommer tydeligere. Primærkontakter og vernepleiere vil ha en nærmere kontakt og samarbeid med Forvaltningskontoret enn tidligere, og dermed en større kunnskap om, og forståelse, for hva vedtaksarbeidet innebærer. Brukerrelaterte møter i avdelingene vil bli brukt for å videreformidle denne kunnskapen til alle ansatte. Dette vil kunne bidra til bedret informasjonsflyt, og økt felles kunnskap blant de ansatte. De ansatte i avdelingene har fått opplæring på nytt i bruk av Geric, nærmere bestemt i bruk av tiltaksplan, journalføring, og internmeldingssystemet. Opplæringen er dokumentert. Internmeldingssystemet i Geric benyttes nå for å varsle alle ansatte når brukerrettet informasjon er endret, slik at de kan oppdatere seg. Opplæring i Geric 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: Forvaltningskontorets 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 har vært mangelfull. Fagmøter, refleksjon og veiledning skal inngå som turnusfestet arbeidstid på nye turnuser. Disse er foreløpig ikke utarbeidet, men arbeidet er oppstartet. Drøftingsmøte med tillitsvalgte ble avholdt 16.06.17 der det ble bestemt at nye turnuser skal inneholde turnusfestet møtetid til personalmøter og internundervisning.

Det skal i tillegg 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 avdelingene skal tillegges et særskilt ansvar for gjennomføringen av veiledningen. Veiledningen skal dokumenteres. Rutinen ferdigstilles når arbeidet med nye turnuser er ferdig, da turnusfestet tid får innvirkning på denne.

## **Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 2**

- *Journalføringen i Gerica gjennomføres ulikt.*

Vernepleierne i avdelingene har fått opplæring/veiledning av Forvaltningskontoret i Gerica/Iplos- og ADL registrering, og skal være ansvarlig for oppdateringen i Gerica i samarbeid med primærkontakt og pårørende. Forvaltningskontoret bidrar med ytterligere opplæring ved behov. Midtre Gauldal kommune 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 innføring/opplæring på systemet. Disse bistår i arbeidet med å oppdatere bruker-journalene i Gerica, og lærer opp primærkontakter og øvrige ansatte i å opprette tiltaksplaner på alle brukerne, samt journalføring. Superbrukerne er en del av et kommunalt nettverk som sørger for tilnærmet lik måte å dokumentere på, på tvers av avdelinger og enheter. Det er laget en egen rutine for journalføring på tiltaksplan og direkte i journalbildet. Jevnlig evaluering og oppdatering av eksisterende tiltaksplaner, ivaretas ved at det inngår som et punkt i primærkontaktens huskeliste.

## **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 er utarbeidet en mal for innkalling/referat fra brukermøter som skal sikre at man kommer inn på alle livsområder i løpet av møtene. Referatmalen er delt opp i ulike områder med underpunkt, der det som ikke er relevant for den enkelte kan strykes. Referatmalen er lagt inn i Gerica, og skal benyttes ved alle brukermøter. Referatene skal skrives inn i Gerica. Det gjenstår å implementere dette i ansattegruppene.

## **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. Forvaltningskontoret 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. Arbeidet er godt i gang, men det har vært nødvendig å justere tidspunktene i framdriftsplanen noe. Dette arbeidet skal være sluttført 31.12.17.

### **Se: Forvaltningskontorets fremdriftsplan 1-3 og 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 høsten 2016. Det ble laget nytt avviksskjema, ny rutinebeskrivelse, og det ble 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 avvikshåndtering 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, og det har begynt å komme inn avvik som omhandler annet enn legemiddelhåndteringen. Avvik skal likevel settes på dagsorden fremover, og det skal jobbes videre med å utvikle en god kultur rundt dette temaet.

### **Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 6**

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

Det er nylig utarbeidet en overordnet rutine- og oppgavebeskrivelse for ansvarsvakter i alle avdelinger i enheten. Beskrivelsen er utarbeidet sammen med tillitsvalgte, og kan tilpasses hver avdelings unike behov. Rutinen er tilpasset Avdelinger for funksjonshemmede, og er foreløpig implementert i en av avdelingene. Den skal implementeres i de andre i sommer.

### **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 utarbeidet av enhetsleder i samarbeid med hovedtillitsvalgte. Rutinene er gjennomgått med 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, men det er ikke alle de som har vært tilsatt lenge som har levert.

Det er utarbeidet rutine for innhenting av politiattest for alle nye ansatte etter 01.01.17 som skal gi tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Rutinen beskriver oppgave- og ansvarsfordeling både når kommunen tilsetter i fast stilling eller tidfestede vikariat, og når avdelingslederne tar inn nye tilkallingsvikarer i avdelingene. Rutinen er allerede evaluert og endret 2 ganger, og er implementert i enhetens ledelse.

## **Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 9**

### **Avvik 2:**

**Midtre Gauldal kommune sikrer 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 Geric. 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 sommeren 2016, og skal sikre at nye ansatte får nødvendig informasjon om den enkelte bruker. Denne prosedyren er allerede tilsendt Fylkesmannen.

04.05.17 ble det gjennomført kurs for ansatte i Enhet for Pleie og omsorg, der temaet bl.a. var bruk av tvang og vurdering av samtykkekompetanse. Kurset gjennomføres på nytt til høsten, for de som ikke fikk deltatt. I avdelinger for funksjonshemmede skal alle, både fast ansatte og vikarer, delta. I tillegg blir det en kursdag til høsten for ansatte med primærkontaktrollen, med case og refleksjon rundt bruk av tvang og vurdering av samtykkekompetanse i hverdagen.

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 har bedret våre rutiner for å dokumentere opplæring etter hvert som de ansatte deltar på den, og ser også dette i sammenheng med punktet om veiledning under punkt 2 i denne fremdriftsplanen. Det er utarbeidet et enkelt skjema der det dokumenteres hvem som har deltatt på de ulike temaene.

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 Gericca for å sikre lik gjennomføring av prosedyrer. Dette blir en del av oppdateringen av tiltaksplanene som er beskrevet under avvik 1.

Det ble opprettet kontakt mellom sykepleier i hjemmetjenesten og Avdelinger for funksjonshemmede. I første omgang ble sykepleieren engasjert for å revidere legemiddelrutinene i avdelingene, men hun var også tiltenkt oppgaven som ressursperson for avdelingene, for å forankre sykepleierfaglig ressurs og veiledning knyttet til somatisk sykdom. Denne sykepleieren har fått tilbud om en 20 % stilling i enheten knyttet opp mot dette, men har takket nei. Det skal derfor sees på andre måter å møte denne utfordringen videre.

Det er opprettet et tettere samarbeid med legekantoret, og fastlegene skal bistå med årlig legemiddelgjennomgang, og gjennomgang av vedtak og tiltak. Som tidligere nevnt er det utarbeidet rutiner som skal sikre jevnlig gjennomgang og oppdatering av vedtak, tiltak og brukerinformasjon i Gericca, og det er etablert rutiner for å sikre at informasjon om endringer når den enkelte ansatte.

Det skal opprettes flere ressursstillinger i enheten i løpet av 2017/2018. Disse vil få et spesielt ansvar for opplæring, veiledning og internkursing innenfor sitt fagområde.

Medarbeiderundersøkelsen 2016 viser at de ansatte etterspør mer fagutvikling, veiledning og opplæring. Det vil bli laget oppfølgingsplaner i hver avdeling der de ansatte selv skal være med og prioritere tiltak og tema for internundervisning. Oppstart på arbeidet med disse oppfølgingsplanene er satt til senest 01.09.17.

Enheden 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. Arbeidet er så godt som ferdigstilt, det mangler kun enkelte interne prosedyrer for avdelingene. 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 helt ferdigstilt skal den

presenteres for de ansatte i et implementeringsmøte. Prosedyren skal revideres årlig av enhetsleder.

Det er i tillegg etablert et felles medisinerom for alle avdelingene, og vernepleierne jobber nå på tvers av avdelingene med opplegging og kontroll av dosetter.

### **Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 11**

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

Det skal opprettes flere ressursstillinger i enheten i løpet av 2017/2018. En av disse 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 2017/2018, og som vil bidra til økt kompetanse på somatikk. Vi ønsker å ha fokus rettet mot læring innad i organisasjonen, for å mobilisere kompetansen som allerede finnes i enheten. Utlysningsteksten for denne ressursstillingen er utarbeidet og skal lyses ut internt i sommer. Det tas sikte på å ha tilsatt noen i løpet av høsten 2017. Opprettelse av ressursstillinger er drøftet med hovedtillitsvalgte og funksjonsbeskrivelse for de ulike ressursstillingene er utarbeidet. Oppstart på intern utlysning gjøres etter sommerferien 2017.

### **Se: Avdelinger for funksjonshemmedes fremdriftsplan, tiltak 12**

- *Tilleggsopplysninger*

Fylkesmannen ba i sitt tilsvarende på Midtre Gauldal kommunes plan for lukking av avviket om en redegjørelse for hvordan kommunens nye rutiner vil bli implementert i organisasjonen, samt hvordan kommunens ledelse vil følge med på at de planlagte tiltakene fungerer etter sin hensikt.

Implementering av nye rutiner er en utfordring, da kommunen fortsatt ikke har et overordnet internkontrollsystem. Enhet for Pleie og omsorg utarbeider derfor alle nye rutiner i samme mal, og legger dem tilgjengelig for de ansatte i en mappe i intranettet. Malen er utformet slik at rutineene skal være enkle å overføre når det overordnede systemet kommer på plass. Hver gang det utarbeides en ny rutine sendes den i tillegg på epost til den ansatte, og denne gjøres oppmerksom på rutinen og bes om å sette seg inn i den. Personalmøter vil også bli benyttet til korte gjennomgang av nye rutiner.

Kommunens ledelse holdes orientert underveis om arbeidet med å lukke avviket. I tillegg har Avdelinger for funksjonshemmede laget en rutine og et skjema for årlig internrevisjon av avdelingene. Ulike hovedområder der egen drift og tjenester skal kontrolleres vil være tjenestetilbud, journal, veiledning/opplæring, tiltak som gjennomføres, individuell plan/habiliteringsplan, rapporteringssystem, implementering/evaluering av rutiner, pårørendesamarbeid og andre forhold. Revisjonen gjennomføres med samtaler og dokumentgjennomgang og skal gjennomføres årlig, fortrinnsvis på våren. Etter at internrevisjonen er gjennomført skal det utarbeides en rapport, som vil bli sendt til kommunens ledelse. Slik kan de holde seg orientert om framdrift og utfordringer, og etterspørre mer informasjon der det er uklareheter.



Det utarbeidede materialet som er produsert i forbindelse med lukking av avvikene er ikke vedlagt denne halvårsrapporten. Fylkesmannen bes gi beskjed dersom de ønsker å få dem tilsendt, enten senere i sommer eller ved sluttevalueringen ved årsskiftet.

Med hilsen

May-Rita Karlsen  
Assisterende enhetsleder Pleie og omsorg

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