

TILSYNSRAPPORT

Rapport etter tilsyn med Melhus barne- og avlastningsbolig 2022

Tidsrom for tilsynsbesøket:

19.12.2022 og 20.12.2022

Statsforvalteren i Trøndelag.

14.03.2023

Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Statsforvalterens konklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

1. Tilsynets tema og omfang

Statsforvalteren har undersøkt og vurdert om kommunen/virksomheten sikrer at barna i Melhus barne- og avlastningsbolig får habilitering/opplæring som samsvarer med deres behov. Tilsynet er del av et landsomfattende tilsyn i 2022 og 2023, og har omfattet undersøkelser av om Melhus barne- og avlastningsbolig:

1. har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov

2. bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet
3. gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring
4. evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Tilsynsprosessen har bygget på systemrevisjon som metode. En systemrevisjon har som formål å undersøke om gode og trygge tjenester er resultatet av systematisk styring og ledelse og kontinuerlig forbedringsarbeid. I dette tilsynet har undersøkelsene vært tett knyttet til faglige arbeidsprosesser for habilitering/opplæring. I undersøkelse av krav til styring og ledelse er det derfor aktiviteter tett på de faglige prosessene, som har vært mest aktuelle.

Barna og foreldrenes meninger om og erfaringer med opphold i barne- og avlastningsboligen, har vært viktig informasjon for å vurdere både kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis på om barna får dekket sitt behov for habilitering. Et utvalg foreldre har derfor blitt intervjuet i dette tilsynet.

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.

2.1 Tilsynsmyndighet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Kommuneloven kapittel 30 setter den rettslige rammen for hvordan statlig tilsyn med kommunene skal gjennomføres, med unntak av kommuneloven § 30-4. Et eventuelt pålegg om retting skjer i henhold til helsetilsynsloven § 8, jf. hol. § 12-3. Statsforvalterens myndighet til å føre tilsyn med privat tjenesteleverandør følger av helsetilsynsloven § 4.

2.2 Kommunens ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester i barne- og avlastningsboliger

Når et barn har opphold i barne- og avlastningsbolig har kommunen innvilget avlastningsopp- hold eller fulltidsplass i slik institusjon til familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. hol. § 3-6 og § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Barne- og avlastningsboliger regnes som omsorgsinstitusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 første ledd bokstav a.

2.3 Habiliteringen/opplæringen skal være forsvarlig

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige, jf. hol. § 4-1. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som betyr at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. I dett tilsynet bygger det faglige innholdet på følgende normerende produkter fra Helsedirektoratet:

- nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov,
- nasjonal veileder om barn og unge med
- nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Et fellestrekk for de faglige anbefalingene i disse veilederne er at god praksis er å jobbe tverrfaglig, målrettet og systematisk overfor personer med sammensatte behov.

2.4 Krav om individuelt tilpasset habilitering/opplæring

Individuelt tilpassede tjenester bidrar til å oppnå forsvarlige tjenester og til å oppfylle barnets og foreldrenes rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 3.

For habilitering/opplæring er brukerinvolvering, medvirkning og informasjonsutveksling viktig i hele prosessen. Det vil si at barnet/foreldrene får informasjon og kan medvirke både når tjenester skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

2.5 Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak

Tverrfaglig samarbeid skal understøtte forsvarlige tjenester, og er regulert flere steder i helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forsvarlighetskravet i hol. § 4-1 bokstav a at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Bestemmelsen stiller krav til koordinering og samarbeid internt, med andre etater og andre tjenestenivåer og tilsvarer kommunens plikt til samarbeid og samordning hol. § 3-4.

Andre bestemmelser som skal understøtte koordinerte tjenester av betydning for dette tilsynet, er hol. § 7-1 om individuell plan og §§ 7-2 og 7-2 a om koordinator og barnekoordinator.

En viktig begrunnelse for krav til samarbeid og koordinering er at det er flere kjente risikofaktorer forbundet med samarbeid og overganger internt og eksternt. Det er særskilt omtalt at det i planlegging av tjenester skal legges vekt på å minimalisere risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav e.

2.6 Krav til styringssystem som sikrer tjenester i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift

Kommunen har etter hol. § 3-1 tredje ledd en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigerende virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift. Denneplikten går også frem av helsetilsynsloven § 5, som pålegger enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å opprette internkontrollsystem. Internkontrollsystemet omtales i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som styringssystem.

Begrepet er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll, men omfatter også krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt oppfyllelse av pasientrettigheter.

Styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Det samme gjelder dokumentasjon av styringspliktene jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 5. Vi legger til grunn at kompleksiteten i disse tjenestene tilsier at de fleste styringstiltakene må være skriftlige. Innholdet i kravet til styringssystemet er nærmere beskrevet i forskriften §§ 6 til og med 9. I dette tilsynet har vi særlig sett på følgende styringskrav:

2.6.1 Krav til kompetanse

En viktig forutsetning for at habilitering/opplæring skal være forsvarlig, er at ansatte har nødvendig kompetanse sett opp mot barnas behov. Det følger av hol. § 4-1 om forsvarlighet at kommunen skal tilrettelegge med tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Dette er nærmere omtalt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f og 7 bokstav b. Der det er iverksatt kompetansetiltak skal virksomheten kontrollere at tiltakene har effekt og korrigerende tiltakene om nødvendig, jf. § 8 bokstav c og § 9 bokstav b.

2.6.2 Krav til planer, dokumentasjon og informasjonsflyt for å sikre forsvarlig og omforent praksis

Barne- og avlastningsboligen må ha en plan for hvordan barnet skal få dekket sine behov under oppholdene. En slik plan skal inkludere en beskrivelse av barnets behov for og mål og tiltak for habilitering/opplæring. En slik plan for gjennomføringen omtales i pasientjournalforskriften § 6 første ledd bokstav d som en behandlingsplan. I barne- og avlastningsboliger benyttes som oftest begrepet tiltaksplan. Det er ingen formkrav til en slik plan, men den skal være en del av pasientjournalen.

For å sikre individuell, forsvarlig og omforent praksis må hvordan tiltak skal gjennomføres være beskrevet (rutiner og prosedyrer), jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav c. Rutiner og prosedyrer som beskriver gjennomføringen bør inngå i selve tiltaksplanen for at planen skal være et hensiktsmessig verktøy for ansatte. Informasjon om bruk av hjelpemidler, der dette er nødvendig må også være beskrevet i tiltaksplanen.

For å sikre informasjonsflyt om endringer i barnets behov skal det være utarbeidet rutiner om hvordan informasjon skal innhentes og utveksles. Rutinene må omfatte samarbeid med foreldre, de ulike arenaen barna oppholder seg og relevante instanser. Det skal videre være rutiner som omhandler hvordan muntlig rapportering og dokumentasjon i barnets journal skal foregå.

Journalføringen skal være i tråd med hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 5 til og med 8. Det er i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 presisert at både kommunen og virksomheten som har avtale med kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige.

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 tjenestemottakerne blir overholdt.

3.1 Beskrivelse av virksomheten

Avlastningstjenesten i Melhus er organisert i Enhet familie, forebygging og mestring (FAFOM) sammen med andre tjenester som Helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

FAFOM er underlagt Helse og velferd, sammen med 5 andre enheter. Avdelingslederne sammen med enhetsleder utgjør enhetens lederteam. Avdelingslederne har ansvar for fag, økonomi og personal. Dette ledes av kommunalsjef Helse og velferd, og øverste leder er rådmannen.

Enhetsleder er en del av ledernetverket i Helse og velferd, og som har ukentlig møter. I FAFOM møtes lederteamet to ganger pr. måned. Enhetsleder har driftsmøter med avdelingslederne enkeltvis en gang hver måned.

Lederteamet har møter med økonomirådgiver i forbindelse med rapportering og budsjettarbeid ca. 5 ganger pr. år.

Enhetsleder og lederteamet har årlige møter med rådgivere ved enhet Plan, for å utarbeide mål i utviklingsplan for enheten og for avdelingene som er i tråd med kommuneplanen.

Helse og velferd har en årlig gjennomgang av tjenestene på området som heter Ledelsens gjennomgang, og gjennomføres avdelingsvis. Det er en tilstandsvurdering, og består av en skriftlig rapport og en muntlig presentasjon ved avdelingsleder og avdelingens HMS- utvalg. Dette er en del av kommunes system for kvalitetsoppfølging. Det er enhetsleder som inviterer til presentasjonen, og kommunalsjef og rådgiver deltar. Kommunalsjef rapporterer videre til Rådmannen og til utvalg for Helse, oppvekst og kultur og Kommunestyret.

Avdelingen har personalmøter («husmøter») hver 4. uke, som er innbakt i turnus for de store stillingene. Før personalmøtene er det lagt inn to timer fagmøter for primærgruppene rundt hvert barn. Dette for å kunne jobbe med og evaluere mål og tiltak rundt det enkelte barn. Tiltak og eventuelle endringer av disse blir tatt opp i personalmøter, ansvarsgrupper og i samarbeids- møter rundt det enkelte barn.

3.2 Om barne- og avlastningsboligen har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov

Helse- og velferdskontoret (HVK) gjennomfører første kartlegging sammen med foreldre i henhold til eget skjema. IPLOS benyttes som en del av innledende kartlegging.

HVK innhenter samtykke fra foreldrene for å kunne innhente opplysninger fra andre instanser. Boligen tar deretter kontakt og inviterer til besøk i boligen. Foreldrene inviteres til husmøte for å informere om barnet til de ansatte.

Det opprettes en egen primærgruppe for det enkelte barnet, bestående av 2-4 ansatte som jobber tett med barnet. Alle barna har en primærkontakt, og de fleste har en koordinator/barnekoordinator.

E-meldinger benyttes i kommunikasjon med barnas fastlege. Det beskrives praksis for å innhente samtykke fra foreldrene for å innhente informasjon fra samarbeidende instanser slik som spesialisthelsetjenesten, barnevern, skole og lignende.

Det legges til rette for kommunikasjon med foreldrene via en egen kommunikasjonsbok. Denne skal være en støtte til barnets stemme og fortelle foreldrene om hva de har gjort mens de har vært på avlastningen. Det beskrives for øvrig hyppig dialog med foreldrene.

Statsforvalteren vurderer at Melhus kommune har et system som sikrer god og systematisk kartlegging av barnas ressurser og behov.

3.3 Om barne- og avlastningsboligen bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet

Det er utarbeidet skriftlig rutine for primærkontakter. Primærkontaktene har blant annet ansvaret for å delta på ansvarsgruppemøter, kontakt med pårørende, innkalle samarbeidsgruppe til møte, referere fra ansvarsgruppemøte til personalgruppen, informere personalgruppen om endringer, oppfølging av mål og tiltak i profil, evaluere, skrive halvårsrapport, drøfte faglige spørsmål med avdelingsleder. Det beskrives at rutinen for primærkontakter er godt kjent, og blir benyttet.

Det opprettes «tiltak» i journalsystemet Profil ut fra hva som er aktuelt for det enkelte barnet, og ut fra kartleggingen. Dette omfatter ikke bare tiltak knyttet til habilitering/opplæring, men gjelder også andre tiltak som for eksempel medisinsk oppfølging, medikamenthåndtering, sove-mønster, og lignende.

Tiltak som knytter seg til habilitering og opplæring gjenfinnes bare delvis i journal og brukerperm. Tiltakene er ikke formulert på en strukturert måte, slik at det er mulig å måle effekt av tiltak og evaluere. Tilsynet ser i tillegg at dokumentasjon som gjelder habilitering/opplæring finnes på flere ulike steder. I tillegg til det elektroniske pasientjournalsystemet Profil, brukes også brukerpermer aktivt. I disse fremgår det opplysninger knyttet til hverdagsaktiviteter og interesser som barnet har, blant annet.

I tillegg gjennomføres det husmøter én gang i måneden, hvor personalet samles og drøfter problemstillinger som knytter seg til det enkelte barnet. Tiltak knyttet til habilitering/opplæring kan derfor også fremgå i referat fra husmøtene. Det samme gjelder i referatene fra ansvarsgruppemøtene, som gjennomføres ca. to ganger per år, eller oftere ved behov. De ansatte benytter også en «overlappingsperm» for å sikre informasjonsflyt mellom de ansatte. Også her kan det fremgå opplysninger som knytter seg til tiltak om habilitering/opplæring for barna.

Kommunikasjonsboken som benyttes mellom boligen og foreldrene kan også inneholde opplysninger knyttet til habilitering/opplæring.

Tilsynet finner altså fragmenter av dokumentasjon som knytter seg til habilitering/opplæring ved mange steder, men uten at det er en struktur for tiltakene som gjør det mulig å måle effekt og vurdere om tiltakene er hensiktsmessige.

Det fremkommer heller ikke i dokumentasjonen at barnet selv og/eller foreldrene har medvirket i utformingen av målene/tiltakene, men det beskrives i samtaler med ansatte og foreldrene at det er et tett samarbeid og at tiltak ikke iverksettes uten at foreldrene er enige.

I samtaler med de ansatte og foreldrene som tilsynet har snakket med, fremkommer det beskrivelser som kan tyde på at det ikke alltid er entydige prosedyrer for gjennomføring av tiltak knyttet til habilitering og opplæring. Dette på en slik måte at det kan være risiko for at gjennomføringen blir avhengig av vurderingen til den enkelte ansatte som er på vakt og ikke basert på en offentlig prosedyre.

Statsforvalteren vurderer at Melhus kommune har forbedringspotensial når det gjelder struktur for utforming av mål og tiltak for barna.

3.4 Om barne- og avlastningsboligen gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring

Det beskrives et generelt fokus på at det skal være ansatte som kjenner barnet godt som går vakt sammen med barnet. Det beskrives også at det har vært lite utskiftninger i ansattgruppen.

Tilsynet får beskrevet at det er praksis for å gjennomføre tiltak som går ut på habilitering/opplæring i det daglige. Eksempler som nevnes er blant annet å trene på å gå på toalettet, lære seg å bli trygg i trafikken, lære seg å stå opp om morgenen, og å trene på å bli mer selvstendig i måltidsituasjoner.

Beskrivelser gjenfinnes kun delvis i pasientjournalen og i øvrig dokumentasjon.

Det gjennomføres faste husmøter én gang i måneden, og dette beskrives som en viktig arena for å sikre informasjonsflyt mellom de ansatte. Det gjennomføres i tillegg ansvarsgruppemøter for alle barna. Samarbeidende instanser og foreldrene deltar i denne. Det er rutine for halvårsrapportering, men tilsynet finner i journalsystemet at disse ikke alltid blir gjennomført til oppsatt tid.

Det beskrives at det foreligger retningslinjer for å skrive avvik og uønskede hendelser, i kommunens kvalitetssystem «EQS». Tilsynet ser imidlertid at det kun er meldt 6 avvik ved boligen i løpet av det siste året. Dette er avvik som er knyttet til medisiner og utfordrende adferd.

Statsforvalteren vurderer at Melhus kommune har forbedringspotensial når det gjelder struktur for gjennomføring av habilitering- og opplæringstiltak for barna.

3.5 Om barne- og avlastningsboligen evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Det beskrives at evaluering skjer i husmøter, primærgrupper, halvårsrapporteringer og på ansvarsgruppemøter, men dette fremkommer ikke tydelig i referat og i journal. Tilsynet finner at ikke alle tiltakene i Profil er oppdatert, noen er i fra 2016. Tilsynet finner ikke at det er dokumentert i journalen hvor ofte evaluering skal skje ut fra det enkelte barnets individuelle situasjon.

Manglende evalueringer fremstår som en følgefeil, når tiltaksplanen ikke tilstrekkelig operasjonalisert og beskrevet på en slik måte at det er lett å måle effekten av tiltakene. Tilsynet ser for øvrig at det foreligger innarbeidede strukturer som vil gjøre det mulig å foreta slike evalueringer.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Helse- og omsorgstjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre forsvarlige tjenester til barn i barne- og avlastningsboliger. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fastslår virksomhetens plikt til å iverksette tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd både ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesten. Forskriftens § 3 gir den som har det overordnede ansvaret for virksomheten plikt til å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne medvirker til dette.

Kravet både til omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon, er forholdsmessig. Forskriftens krav i §§ 6 til 9 er likevel minimumskrav som er felles for alle styringssystemer.

Ved Melhus barne- og avlastningstjeneste er det ikke praksis for at avvikssystemet benyttes som ledd i å avdekke udekte behov som barna måtte ha. Dette utgjør en betydelig brist i forutsetningene for å kunne planlegge virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 6. Dette gjør også at ledelsen ikke vil ha like god oversikt over hvorvidt barnas habilitering/opplæring gjennomføres slik man har bestemt. Dette vanskeliggjør en overholdelse av forskriftens § 7. Et fungerende avvikssystem er også avgjørende for å kunne evaluere virksomhetens aktiviteter, ved å fremme læring og å unngå at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Dette vanskeliggjør overholdelse av forskriftens § 8.

Kravet til at helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal være forsvarlige, innebærer også en sikring av at nasjonale faglige retningslinjer følges. Slike retningslinjer vil danne kjernen i den rettslige standarden om faglig forsvarlighet. I alminnelighet må virksomheten kunne begrunne eventuelle fravikelser fra faglige retningslinjer. Helsedirektoratet har som nevnt i kapittel 2.3 utgitt nasjonale faglige retningslinjer som beskriver hva som vil være god faglig praksis, og følgelig også være retningsgivende for forsvarlighet. Et fellestrekk for de faglige retningslinjene i veilederne er at god praksis er å jobbe tverrfaglig, målrettet og systematisk overfor personer med sammensatte behov.

Ved Melhus barne- og avlastningsbolig finner tilsynet at tiltaksplanene for habilitering/opplæring ikke er konkrete nok for det enkelte barnet. En tiltaksplan må beskrive konkrete tiltak for å forbedre ferdigheter, for å nå målene som er satt. Ved gjennomgang av dokumentasjon ser man heller ikke hvilke evalueringer som er gjort av de enkelte tiltak. Manglende struktur gjør at det blir vanskelig å evaluere effekten av tiltakene, og vurdere om tiltaket har hatt effekt; har det vært fremgang eller tilbakegang. I Profil går det frem at flere av tiltakene er flere år gamle, og det er ikke satt opp tidspunkt for når tiltakene skal evalueres.

Ved Melhus barne- og avlastningstjeneste man har over tid vært heldige og hatt en stabil ansattgruppe som kjenner barnas spesielle behov i forhold til kommunikasjon, omsorg, og hva man ønsker å trene på. Imidlertid er det slik at de fleste virksomheter vil ha behov for planer for hvilken pleie og hvilke aktiviteter som skal gjennomføres, og for rutiner for å bekrefte at de er gjennomført. Uten slik dokumentasjon er det vanskelig å vurdere om det samlede tjenestetilbudet i det lange løp er godt nok, siden den enkelte ansatte primært vil se og være opptatt av det som skjer på egne vakter. Kommunen må sørge for at alle ansatte vet hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det, og at dette blir etterlevd. Tiltakene skal gjennomføres likt også hvis mange ansatte blir syke og vikarer må settes inn.

Tilsynet ser at man har etablert strukturer hvor en mer strukturert tilnærming til habilitering og opplæring vil kunne inngå som en naturlig del. Likevel vurderes det slik at ovennevnte mangler i styringssystemet ved Melhus barne- og avlastningsbolig per i dag vanskeliggjør muligheten for virksomheten til å korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 9, da man ikke har etablert gode nok verktøy for å avdekke eventuelle uforsvarlige og lovstridige forhold i egen virksomhet.

5. Statsforvalterens konklusjon

Melhus kommune sikrer ikke at barn ved Melhus barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivaretatt.

Statsforvalteren ber om at Melhus kommune oversender plan for hvordan lovbruddet skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

- hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å rette opp lovbruddet
- hvordan ledelsen vil følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt
- hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak har virket som planlagt når de har fått virket en stund

- hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte
- tidsplan for retting av lovbruddet

Frist for oversending av plan settes til **1. mars 2023**.

Med hilsen

Jan Vaage
underdirektør
Helse- og omsorgsavdelingen

Hanne Dyrstad
seniorrådgiver
Helse- og omsorgsavdelingen

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

2022–2023 Barne- og avlastningsboliger habilitering/opplæring i samsvar med barnas behov

Søk etter tilsynsrapporter
