Internserien 1/2016
Utgitt av Statens helsetilsyn

Tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Veileder for landsomfattende tilsyn 2016

Målgruppe: Fylkesmennene

Saksbehandler: seniorrådgiver Hege Kylland, 5. februar 2016

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen, 5. februar 2016

Denne utgivelsen er publisert på www.helsetilsynet.no. I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett finnes utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Formatet her er generert automatisk fra intranettet, og designet er derfor ikke gjennomarbeidet som en tradisjonell publikasjon. Dokumentet kan også inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning 4
1.1. Hva skal det føres tilsyn med 4
1.1.1 Personlig assistanse 5
1.1.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling 5
1.2 Behov for helse- og omsorgstjenester 6
1.3 Om organiseringen av helse- og omsorgstjenestene 7
1.4 Aktuelle risikofaktorer 8
1.4.1 Aktuelle risikofaktorer – personlig assistanse 8
1.4.2 Aktuelle risikofaktorer – helsetjenester 10

2. Rettslig grunnlag 11
2.1 Kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester mv 11
2.1.1 Personlig assistanse 11
2.1.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling 12
2.1.3 Kommunens ansvar for å sikre at bruker kan medvirke 13
2.1.4 Kommunens plikt til å samhandle og samarbeide 14
2.2 Kommunens ansvar for at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige 14
2.3 Kommunens plikt til å sikre at helse- og omsorgstjenester oppfyller krav i helse- og omsorgslovgivningen internkontroll 15
2.3.1 Innledning 15
2.3.2 Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet 16
2.3.3 Kompetanse- og personellstyring 16
2.3.4 Tiltak for å legge til rette for god praksis og for å korrigere og forebygge svikt 17
2.3.5 Ledelsens oppfølging 18

3 Kommunen legger til rette for forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse 18
3.1 Personlig assistanse – god praksis 19
3.2 Hvordan legger kommunen til rette for god praksis? 19
3.2.1 Ansvar og fordeling av oppgaver 19
3.2.2 Legger kommunen til rette for at brukeren får medvirke? 20
3.2.3 Tilstrekkelig bemanning 20
3.2.4 Tilstrekkelig kompetanse 21
3.2.5 Fagadministrative systemer 22
3.2.6 Evaluering 23
3.2.7 Ledelsens gjennomgang 24
3.3 Kriterier – personlig assistanse 24

4 Kommunen legger til rette for forsvarlig gjennomføring av helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling 27
4.1 Helsetjenester i hjemmet 27
4.1.1 Legemiddelhåndtering 27

4.1.2 Oppfølging etter legekonsultasjon
4.1.3 Oppfølging for å vurdere behov for nødvendig helsehjelp hos lege 30
4.1.4 Helsehjelp i hjemmet ved akutte tilstander 31
4.2 Tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling 32
4.2.1 Bistand til å komme i kontakt med lege 32
4.2.2 Bistand under konsultasjonen 33
4.3 Kriterier – helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling 34

5 Forberedelser og gjennomføring av tilsynet 37
5.1 Tilsynets omfang 37
5.2 Kompetanse i tilsynslagene 37
5.3 Valg av kommuner og tjenestesteder 37
5.4 Formøte og kontakt med kommunen 38
5.5 Tilsynsmetode 39
5.6 Innhenting av dokumentasjon om kommunens styring 39
5.7 Innhenting av vedtak og tilhørende dokumenter 40
5.8 Innhenting av informasjon ved samtaler med tjenestemottakerne 40
5.8.1 Utvelgelse av informanter 41
5.8.2 Forberedelser til og gjennomføring av intervjuene 42
5.9 Øvrige aktiviteter rettet mot kommunene i tilknytning til tilsynet 43
5.10 Tilsynsrapporter mv. 43

6 Referanser 44

Vedlegg 45
Vedlegg 1: Lov- og forskriftsbestemmelser det henvises til i veilederen 45
Vedlegg 2: Forslag til brev til brukerne 46
Vedlegg 3: Kartleggingsskjema for legemiddelhåndtering 47

1. Innledning

Fylkesmennene skal i 2016 gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming over 18 år som bor i egen eid eller leid leilighet. Helsetilsynets mål med tilsynet er å bidra til at kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer brukerne forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming er et område der det er stor fare for svikt fordi brukerne ofte ikke selv klarer å ivareta sine rettigheter, melde fra om manglende tjenester eller om endrede behov. Konsekvensene kan være alvorlige og føre til redusert livskvalitet, eller til unødvendig lidelse dersom somatisk eller psykisk lidelse ikke blir fanget opp.

I følge Meld. St. 45 Frihet og likeverd (2012–2013) er det behov for ytterligere innsats for å sikre tilgang til kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til mennesker med utviklingshemming. Høsten 2014 ble Rettighetsutvalget nedsatt for å vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendige for å sikre oppfyllelsen av grunnleggende rettigheter. De skal levere sin innstilling innen 1. juni 2016. Tilsynet vil kunne gi viktige bidrag inn i det videre arbeidet med å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester for mennesker med utviklingshemming.

For å identifisere de viktigste risikoområdene har vi gjennomgått tilsynsrapporter og aktuell litteratur. Vi har også hatt møter med representanter for bruker- og interesseorganisasjoner, spesialisthelsetjenestene og for fag- og forskningsmiljøer. Vår samlede kunnskapsinnhenting har gjennomgående vist at rettsikkerheten til mennesker med utviklingshemming ikke blir tilstrekkelig ivaretatt og at det er fare for at mange ikke får oppfylt sine individuelle behov for helse- og omsorgstjenester.

Arbeidet med veilederen har vært forankret i Avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester. En referansegruppe med representanter fra fire fylkesmannsembeter har gitt viktige råd og innspill underveis i arbeidet.

Tilsynet er også en del av utviklingsarbeidet i Statens helsetilsyn som tar sikte å styrke brukernes involvering i tilsynsprosessen. I den enkelte kommune skal derfor fylkesmannen innhente informasjon fra brukere eller deres representanter om deres erfaringer med tjenestetilbudet.

1.1. Hva skal det føres tilsyn med

Fylkesmennene skal undersøke om kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- bistand til aktivisering
- opplæring i dagliglivets gjøremål og personlig stell og egenomsorg

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming

får:

- helsetjenester i hjemmet
- tilgang til medisinsk undersøkelse og utredning og behandling

Det inngår ved undersøkelser av temaene om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmennene skal også undersøke om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

Tilsynet er rettet mot kommunens gjennomføring av helse- og omsorgstjenester som kommunen selv yter. Vi er kjent med at enkelte fylkesmenn vurderer å gjøre tilsyn med private aktører. Vi viser til kapittel 5.2 for mer om dette.

Tilsynet avgrenses mot tjenester som ytes med bruk av tvang (kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven og kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven). Dersom fylkesmannen avdekker ulovlig bruk av tvang, må dette følges særskilt opp på egnet måte. Tjenesten brukerstyrt personlig assistanse inngår ikke i tilsynet. Tilgang til undersøkelse og behandling av legevakt og tannhelsetjenesten er ikke en del av tilsynet. Det inngår heller ikke å vurdere hvorvidt fastlege og spesialisthelsetjenesten oppfyller kravene til forsvarlig helsehjelp, eller om fastlegen regelmessig utfører helsekontroll av brukeren.

1.1.1 Personlig assistanse

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Det skal undersøkes om brukere får tilsyn og om de får bistand til egenomsorg og til å dekke behov for aktivitet. Det skal også undersøkes om brukerne får opplæring i dagliglivets gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

Med bistand til **egenomsorg** menes her personrettede oppgaver som personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påkledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltider.

Med **tilsyn** menes her oppfølging fra ansatte utover praktiske oppgaver eller aktiviteter som gjennomføres sammen med brukeren. Noen brukere vil ha behov for tilstedeværelse av ansatte hele tiden for å hindre at de utsetter seg for fare når de er alene, mens andre vil selv tilkalle hjelp når de har behov.

Med **aktivisering** menes her 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 og delta i aktiviteter og hobbyer ut fra egne interesser. Mange mennesker med utviklingshemming har et tilrettelagt arbeid, et tilpasset dagtilbud utenfor hjemmet eller en støttekontakt som dekker deler av behovet for aktivisering, mens andre ikke har slike tilbud.

Med **opplæring** menes her målrettede tiltak for å øke den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

1.1.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Nærmere om tilsyn med helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling.

Med **helsetjenester i hjemmet** menes her helsetjenester som gis av hjemmesykepleien og/eller av ansatte som er tilknyttet personens bolig. Helsetjenester i hjemmet omfatter helsetjenester som er initiert av kommunens helsetjeneste og oppfølgingen av tiltak som er igangsatt av brukers fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Følgende helsetjenester i hjemmet inngår i tilsynet: legemiddelhåndtering, oppfølging etter legekonsultasjon, oppfølging for å vurdere behov for nødvendig helsehjelp hos lege og helsehjelp ved akutte tilstander. Tilsynet med legemiddelhåndteringen er avgrenset til istandgjøring og utdeling.

Med **tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling** menes her kommunens medvirkning til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til henholdsvis fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten, bistand under legekonsultasjonen med å formidle opplysninger som legen trenger for å yte helsehjelpen til brukeren, samt formidling av informasjon fra legekonsultasjonen tilbake til dem som yter helsetjenester i brukerens hjem.

1.2 Behov for helse- og omsorgstjenester

Kommunene registrerer og melder årlig til Helsedirektoratet hvor mange mennesker med utviklingshemming som har vedtak på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, § 3-8 og § 3-6 og som er over 16 år. Pr. 31.12.2014 har kommunene gjennom inntektssystemet registrert at det er 18 563 over 16 år som mottar helse- og omsorgstjenester.

En undersøkelse av Romøren fra 2006 viser at personer under 67 år med utviklingshemming utgjør ca. 13 % av yngre personer som får hjemmetjenester, og at disse mottar i gjennomsnitt ca. 40 tjenestetimer i uken. Det finnes ikke nyere oversikt over mengde og type helse- og omsorgstjenester.

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander som medfører en kognitiv funksjonsnedsettelse. Diagnosen utviklingshemming inndeles i fire nivåer; lett, moderat, alvorlig og dyp, og skal primært utredes av spesialisthelsetjenesten, eventuelt i samarbeid med primærhelsetjenesten (ICD-10). Utviklingshemming reduserer den enkeltes evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsning og ervervelse av kunnskap og erfaring. Mennesker med utviklingshemming lever med begrensninger når det gjelder planlegging og gjennomføring av dagligdagse oppgaver. De fleste vil derfor ha vanskeligheter med å huske hva som blir sagt når innholdet i en setning blir for lang, de har problemer med å gjøre flere ting samtidig og har lett for å miste oversikten uten tilstrekkelig hjelp. Mange er også ekstra sårbare for kognitiv overbelastning, som kommer av for mange og krevende oppgaver over tid.

Hjelpebehovet vil variere mye, avhengig av grad av utviklingshemming og tilleggsvansker. Noen klarer seg selv i dagliglivets aktiviteter, mens andre trenger omfattende hjelp og støtte hele døgnet og hele livet.

Mennesker med utviklingshemming kan også ha store helsemessige utfordringer, både somatisk og psykisk. Mange har flere diagnoser, eller er utsatt for kronisk sykdom. Brukerne kan også ha en risiko for å utvikle livsstilssykdommer som følge av usunt kosthold og inaktivitet. Siden mange ikke selv kan gi uttrykk for sin helsemessige tilstand, eller gir utrykk for sine helseproblemer på andre måter, er det avgjørende at de er omgitt av nærpersoner som kjenner dem godt. Det er også viktig at helsetjenesten har kompetanse om hvilke utfordringer mennesker med utviklingshemming kan ha, og at de tilbys jevnlig helsemessig oppfølging. Det er en mangel på tilrettelagt pasientopplæring for gruppen, selv om habiliteringstjenesten mange steder tilbyr kurs.

1.3 Om organiseringen av helse- og omsorgstjenestene

Kommunene har ansvar for å organisere og yte tjenester, men står i stor grad fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal løses. Ofte velger kommunen å bygge opp en personalgruppe tilknyttet omsorgsboliger der det bor flere mennesker med utviklingshemming. Det kan være fellesarealer og personalareal samlokalisert med omsorgsboligene. Tjenestene kan også ytes av kommunens hjemmetjeneste og hjemmesykepleie. Den ansatte og brukeren er som regel alene sammen når tjenestene ytes.

Helse- og omsorgstjenester gis i brukernes private hjem (eid eller leid leilighet), ofte i samlokaliserte omsorgsboliger eller i bofelleskap som organiseres på ulike måter. Hvordan den enkelte bor kan ha stor betydning for organiseringen og gjennomføringen av tjenestene. Det er derfor vesentlig å kjenne til boformene til brukerne ved gjennomføring av dette tilsynet.

Kommunene har i økende grad bygget store bofelleskap for å dekke behovet for boliger til mennesker med utviklingshemming og for å samle fagkompetanse og benytte personellressursene mer effektivt. En undersøkelse (Skog Hansen, Skevik og Grødem, 2012) viser at besparelsene med store bofelleskap i hovedsak var knyttet til felles nattevakt, reisetid og tjenesteorganisering. En annen undersøkelse (Killelsaa og Tøssebro, 2011) viser at størrelsen på bofelleskapet ikke har betydning for fagmiljø, stabilitet i tjenesteytingen, kvalifisert støtte eller kvalitetssystemer.

Levekårsundersøkelsen om funksjonshemmede publisert i 2015 viser at gjennomsnittet av antall leiligheter i bofellesskapene har økt fra litt under fire i 1994 til åtte i 2010, og boligene tildeles etter prinsippet om hvor det er ledig plass. Undersøkelsen viser også at boligene ofte er et utgangspunkt for deltakelse i sysselsetting og aktiviteter.

I en undersøkelse fra Søderstrøm og Tøssebro fra 2011 svarte rundt 40 % at de passet sammen med sine medbeboere, mens 31 % opplevde at forholdet til medbeboere var helt eller delvis konfliktfylt.

Om kompetanse og bemanning

I følge Meld. St. 26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* står kommunene overfor kompetanse- og ressursmessige utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Det generelle kompetansenivået i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester har økt de siste årene, og det har vært en økning i antall fagutdannede, men det er mangel på vernepleierkompetanse. En evaluering fra Nordlandsforskning om praktiseringen av bruk av tvang og makt i 2008, konkluderte med at det i helse- og omsorgstjenestene til mennesker med utviklingshemming er for mange deltidsstillinger og mange ufaglærte. I rapporten «Slik vil jeg ha det» fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet melder Habiliteringstjenestene at det er vanskelig å få kontinuitet i veiledning og oppfølging av kommunens ansatte på grunn av manglende kompetanse og høy turnover.

En undersøkelse av Launes og Rognlie om informasjonsflyt mellom ulike nivåer i tre kommuner viste at ansatte jobber mye alene, og at det kan utvikle seg «egendefinert praksis» hvis de ansatte ikke har kollegaer eller ledere å justere sitt arbeid opp mot. De fant også at kommunene mangler planer og standarder og at tjenestetilbudet blir mer personavhengig enn systemavhengig. Rapporter fra systemrevisjoner og stedlige tilsyn med bruk av tvang og makt

viser også store mangler på kompetanse i gjennomføringen av tjenestene til mennesker med utviklingshemming.

1.4 Aktuelle risikofaktorer

Omtalen av aktuelle risikoforhold er basert på en rekke kilder, som utredninger, fagartikler, rundskriv, samtaler med representanter fra brukerorganisasjoner og fageksperter på området. Vi viser til vedlagte litteraturliste.

1.4.1 Aktuelle risikofaktorer – personlig assistanse

Brukerne melder ikke selv fra

Den kanskje viktigste risikofaktoren for svikt i tjenesten er at mange mennesker med utviklingshemming i liten grad selv er i stand til å melde fra om mangler i tjenestetilbudet eller om endrede behov. Det kan dels skyldes manglende kognitive forutsetninger for å overskue og vurdere egen situasjon, dels dårlige kommunikasjonsferdigheter, dels lojalitet til ansatte som de er helt eller delvis avhengige av, og dels at de ansatte ikke har nok kjennskap til den enkelte til å fange opp, fortolke og formidle det brukeren uttrykker.

Manglende involvering av brukeren i planlegging og gjennomføring av tjenestene vil kunne medføre at det ikke blir tatt hensyn til behov og ønsker om hva og hvordan tilbudet skal utformes. Dersom mål og ønsker for innholdet i tjenestene ikke er avklart med bruker, vil tjenestene styres av de ansatte.

Dersom de ansvarlige for daglig tjenesteyting ikke kjenner den enkelte brukers individuelle behov og tildelte tjenester, kan det medføre at tjenestene ikke blir planlagt og gjennomført forsvarlig.

Svak ledelse og styring

Faglig ansvar for tjenesteyting og oppfølging av de ansatte fordeles ofte på flere personer. Blant annet kan driftsansvar, når leder ikke er til stede, være gitt til den mest erfarne eller den mest fagkompetente på vakten. Det er vanlig at den ansvarlige på vakt selv har oppgaver knyttet til en bruker, og dette kan gå ut over oppfølgingen av medarbeidere og av deres tjenesteyting til øvrige brukere.

Der det ikke er faste møtepunkter eller diskusjonsfora hvor oppgaver blir diskutert og evaluert, er det stor fare for at oppgaver blir utført ulikt, selv om det finnes planer og rutiner. Det kan være uklart hvem som skal gjennomgå dokumentasjonen, både for å sikre at tjenestene er gitt som planlagt og for å følge med på om det er behov for endringer i tjenestetilbudet til den enkelte.

Hyppige lederskifter er en utfordring i tjenestene og vil kunne føre til uformelt lederskap og uheldige tjenestekulturer som kan påvirke tjenestene negativt. Det krever særlig god oppfølging fra kommunens øverste ledelse, både faglig og administrativt.

Mange ansatte, mange i deltidsstillinger, mange uten formell kompetanse

I døgnkontinuerlige tjenester må ofte flere personer ha ansvar for de samme oppgavene knyttet til enkeltbrukere. Det innebærer i seg selv en risiko for at oppgaver ikke blir utført eller fulgt opp. Der mange brukere også bor samlokalisert, kan det være svært mange tjenesteytere.

Det er ikke uvanlig at mange er tilsatt i deltidsstillinger. Dette kan medføre at det går lang tid mellom hver gang en ansatt yter tjenester til en bruker. Selv med gode rutiner for informasjonsutveksling, kan det være vanskelig for den

ansatte å holde seg oppdatert med hensyn til hva som skal gjøres og hvordan tjenesten skal utføres. Det er stor fare for at tjenester ikke utføres på samme måte når mange forskjellige yter tjenester til en bruker. Situasjonen vil oppleves som lite forutsigbar og krevende for brukeren som må forholde seg til mange.

Mange av de deltidsansatte tjenesteyterne mangler formell kompetanse, og vil kunne ha dårligere forutsetninger for å utøve faglig skjønn når de må ta konkrete avgjørelser i den løpende tjenesteytingen. Dette er særlig viktig når brukeren ikke ønsker at bestemte rutiner eller planer skal følges, eller fordi det oppstår nye ukjente situasjoner.

Tjenesteyting en-til-en

De ansatte jobber ofte selvstendig med direkte hjelp til brukerne i deres eget hjem, uten at det er andre til stede for å følge med på at tjenestene ytes som forutsatt, til å gi veiledning eller følge med på at brukerne ikke blir utsatt for overgrep. I følge SUMO-rapporten er mennesker med utviklingshemming særlig utsatt for overgrep fordi de ofte er totalt avhengige av hjelp til ivaretakelse av personlig hygiene, og de kan ha utfordringer med å sette grenser for seg selv.

Egenomsorg og tilsyn

Med mange ansatte øker risikoen for at brukeren ikke får tilstrekkelig tilsyn – gjennom hele døgnet, spesielt i vaktskiftet, om natten og i perioder på døgnet da det er flere som trenger hjelp samtidig. Brukere skal for eksempel ikke måtte være med inn til andre brukere, uten at dette er ønsket av begge.

For lite tid er en risikofaktor når det gjelder hjelp til egenomsorg og tilsyn. Uten tilstrekkelig tid er det fare for at brukeren ikke selv får utføre de oppgavene han eller hun mestrer, men at ansatte gjør oppgavene for brukeren.

Aktivisering

En særlig fare for svikt i tilbud om aktivisering, er om planlagte aktiviteter blir gjennomført etter fastsatte planer og om brukerne har mulighet til å innvirke på planene. Det er fare for at brukere som har leilighet i en samlokalisert enhet ikke får tilrettelagt for individuelle aktiviteter, og at de i stedet får tilbud om felles aktiviteter sammen med andre, både for å løse bemanningsutfordringer og ut fra tilgjengelig kompetanse hos ansatte. Fellesaktiviteter kan være gode tilbud og de kan være tilpasset alle beboerne. Men det skal ikke være en forutsetning at alle må delta for at aktiviteten skal kunne gjennomføres.

Et annen risiko er at de ansatte ikke følger opp planlagte aktiviteter, uten å ha noen faglig begrunnelse for dette, og at fagansvarlig heller ikke følger opp om aktiviteter er gjennomført eller ikke.

Opplæring i hverdagslivets gjøremål

Risikofaktorer knyttet til opplæring i hverdagslivets gjøremål, er om den som er ansvarlig har tid og kompetanse til å avklare, planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak og om iverksatte tiltak følges opp av alle ansatte, herunder tid til møter mellom de som gjennomfører opplæringen.

Samarbeid

Det er fare for svikt i overganger mellom ansvarsområder, både internt på tjenestestedet og mellom ulike tjenester, eksempelvis mellom ansvarlig i boligen og på dagsenter, og ansvarlig i boligen og støttekontakt. Det er også risiko for svikt i samarbeidet med pårørende og verger, ofte på grunn av manglende avklaringer av hvordan informasjon skal utveksles og følges opp.

1.4.2 Aktuelle risikofaktorer – helsetjenester

Helsetjenester tilbys i utgangspunktet på etterspørsel fra den enkelte. Personer med utviklingshemming har ofte svake forutsetninger for å oppdage egen helsesvikt og etterspørre helsetjenester. De er derfor avhengige av at andre, dvs. ansatte i helse- og omsorgstjenesten som allerede er inne og yter tjenester i personens hjem, har gode nok kunnskaper om relevante forhold ved brukerens helsetilstand og aktuelle endringer i denne og kan reagere adekvat ut fra sine faglige vurderinger, eventuelt også supplert av bekymringer som meddeles av andre, for eksempel av pårørende.

De er også avhengige av at helse- og omsorgstjenesten på deres vegne kontakter relevant del av helsetjenesten (fastlegen, legevakt, spesialisthelsetjenesten) og sørger for å formidle nødvendig og relevant informasjon som bidrar til at brukeren får den nødvendige helsehjelpen.

Studier har vist at selv om personer med utviklingshemming har større behov for helsetjenester enn andre, er det mindre sjanse for at de mottar hjelpen de trenger. En rekke forhold i helse- og omsorgstjenesten bidrar til å forsterke risikoen for at utviklingshemmede personer ikke får nødvendige helsetjenester. Det innbefatter for eksempel lav faglig kompetanse og stor turnover blant ansatte som står for den daglige omsorgen, mangelfull oversikt over brukernes tidligere sykdommer og aktuelle symptomer som kan oppstå og uklare ansvarslinjer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Hver for seg og samlet medfører disse faktorene betydelig risiko for at brukerens helseproblemer og behandling av allerede erkjent sykdom ikke følges opp godt nok og for at nye sykdommer ikke oppdages. Dette kan få alvorlige konsekvenser og i verste fall sette personens liv i fare.

Utviklingshemmede er avhengige av at helse- og omsorgstjenesten sørger for å gjøre seg kjent med om det er særlige forhold som må følges opp etter konsultasjon hos fastlegen eller i spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel gjelde effekt av/ev. utvikling av bivirkninger ved nye legemidler eller forverring/bedring av symptomer.

Fastlegeordningen skal sikre at befolkningen har en fast og tilgjengelig allmennlege å forholde seg til. Utfordringer knyttet til fastlegens mulighet for og praksis når det gjelder oppfølging av personer med utviklingshemming er bl.a. uklare ansvarsforhold og mangelfullt samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten, spesialpoliklinikker) om hvem som følger opp den enkelte bruker. Dette kan for eksempel gjelde forskrivning/justering av legemidler, oppfølging av igangsatt behandling og løpende kontakt med og veiledning av ansatte som står for den daglige omsorgen. En del fastleger har mangelfull kunnskap om brukerens tilstand og utfordringer i kommunikasjonen med brukere under konsultasjoner. Dette, sammen med manglende kunnskap og kjennskap til brukerens sykdom og signaler/symptombilde hos ansatte som følger og bistår brukeren ved legekonsultasjonen, kan gjøre det vanskelig å avdekke sykdom og igangsette rett behandling. Helse- og omsorgstjenesten har i mange tilfelle ikke sørget for å avklare hva slags oppfølging fastlegen anser som nødvendig. Det kan være uklart hvem (pårørende, personalet, fastlegen) som skal sørge for timeavtale, brukeren kan utebli fra avtalt time uten at dette følges opp, avtaler glemmes pga. av uklare rutiner på tjenestestedet.

Legemiddelhåndtering til utviklingshemmede som bor i eget hjem er et område med stor fare for svikt. Forhold som kan føre til dette er blant annet mangelfull oppdatering av legemiddellister, mangelfullt samarbeid med forskrivende lege, utilstrekkelig opplæring og veiledning av ansatte (herunder ufaglært personell og vikarer) som settes til å dele ut legemidler, vansker med å få den enkelte bruker til å ta legemidlene, svakheter ved dokumentering og

rapporteringsrutiner. Norske studier har vist at en stor andel (30–50 %) av personer med utviklingshemming behandles med legemidler som skal påvirke psykiske forhold (psykotrope legemidler/psykofarmaka). Fra faglig hold er det påpekt at feil bruk av denne type legemidler er svært vanlig, bl.a. på grunn av mangler ved samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten om diagnostisering, legemiddelvalg/-dosering og evaluering. Mangelfull kunnskap om psykiske lidelser og de aktuelle legemidlenes virkninger og bivirkninger er også viktige risikofaktorer.

Mange personer med utviklingshemming mottar helsehjelp fra flere deler av spesialisthelsetjenesten. Det gjelder ved utredning/behandling av syns- og hørselsnedsettelse, ved psykiatrisk tilleggsproblematikk/atferdsforstyrrelser og for brukere som har sammensatte og komplekse funksjonshemminger. Mangelfull koordinering innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten er kjente risikofaktorer som fører til at helseoppfølgingen ikke blir tilstrekkelig. Dette vil særlig kunne gjelde personer som trenger ulike spesialisthelsetjenester og som derved også er særlig sårbare.

2. Rettslig grunnlag

2.1 Kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester mv

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.). § 3-1 sørger for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. 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. Kommunes plikt til å tilby tjenester etter hol. korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 a, som gir den enkelte rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

2.1.1 Personlig assistanse

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt og er tjenester som kommunen plikter å tilby etter hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Som det fremgår i kapittel 1.1 er det praktisk bistand og opplæring som skal undersøkes. Det som skal undersøkes av praktisk bistand er begrenset til personrettet bistand til egenomsorg og nødvendig tilsyn samt bistand til å dekke behov for aktivitet.

Opplæring etter hol. § 3-2 nr. 6 bokstav b kan være sammenfallende eller delvis overlappende med retten til *sosial habilitering* etter § 3-2 første ledd nr. 5. Det er for tilsynet ikke avgjørende om kommunen har hjemlet slike tiltak som opplæring eller som habilitering, men opplæringen/habiliteringen må omhandle forhold som faller innenfor begrepet praktisk bistand etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Det vil si at opplæringen har som mål å utvikle ferdigheter i dagliglivets gjøremål personlig stell og egenomsorg.

Personlig assistanse omfatter bistand til aktivisering. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i rundskriv I-5/2007 *Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud*, at begrepet dagliglivets gjøremål etter daværende sosialtjenestelov § 4-3 må forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Det vises til at det også omhandler det å kunne ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i eget engasjement og interesser. En slik

forståelse av personlig assistanse bidrar til å oppfylle formålsbestemmelsen i hol. og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. I utforming av det konkrete tjenestetilbudet skal derfor den enkeltes behov for aktivitet vurderes i samarbeid med bruker. Aktiviteter i form av personlig assistanse må ses i sammenheng med andre aktivitetstilbud, både individuelle som støttekontakt og dagaktivitetstilbud/arbeidstrening og generelle velferds- og aktivitetstiltak. Se kapittel 3 for nærmere beskrivelse.

2.1.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Tilsyn med helsetjenester til personer med utviklingshemming omfatter helsetjenester i eget hjem og tilgang til nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Helsetjenester i hjemmet omfatter både helsetjenester som er initiert av kommunens helsetjeneste og oppfølging av behandlingstiltak igangsatt av brukers fastlege eller av spesialisthelsetjenesten.

En helsetjeneste i hjemmet som ytes hyppig er hjelp til legemiddelhåndtering. Legemiddelhåndtering er nærmere regulert i forskrift om legemiddelhåndtering og kommer til anvendelse der pasienten ikke selv håndterer legemidler. Legemiddelhåndtering er i forskriftens § 3 definert som enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert. Som det fremgår av kapittel 1.1, avgrenses undersøkelsen av legemiddelhåndteringen til oppgaver med istandgjøring og utdeling av legemidler. Det er i forskriften § 7 stilt særskilte krav til istandgjøring og utdeling for å oppnå at den enkelte pasient får de legemidler den skal ha, i riktig dose, til rett tid og på riktig måte.

Det er i forskriftens § 4 andre ledd stilt krav om at den som er overordnet ansvarlig for helsehjelpen i den enkelte virksomhet (virksomhetsleder) er lege eller farmasøyt eller utpeker faglig rådgiver med slik utdanning. Virksomhetsleder er etter forskriften ment å forstås som leder av «enheter», som hjemmesykepleien, helsestasjonen mv. Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig og i henhold til lovkrav, jf. forskriftens § 4 første ledd. Det er i samme bestemmelse stilt særskilte styringskrav som supplerer internkontrollforskriftens krav til styring. Dette gjelder blant annet rutiner for istandgjøring og utdeling. Dette er nærmere omtalt i kapittel 2.3.

Det følger av rundskriv IS-7/2015 at ansvaret knyttet til utdeling av legemidler kun omfatter å overvåke legemiddelinntak og observere eventuelle umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel. Kommunens helsetjeneste har imidlertid et generelt oppfølgingsansvar der de yter bistand til legemiddelhåndtering. Det inngår i oppfølgingsansvaret å observere eventuelle bivirkninger og om legemiddelet har manglende effekt, herunder vurdere om det er nødvendig med legekontakt. Dette ansvaret følger av at helsetjenester i hjemmet skal være forsvarlige jf. hol. § 4-1 samt kvalitetsforskriften § 3.

Personer med utviklingshemming har på linje med andre fått utdelt eller valgt fastlege. De fleste utviklingshemmede vil være avhengig av at helse- og omsorgstjenesten tar nødvendig kontakt og samarbeider med fastlege om helseoppfølging. Tilsvarende gjelder der den utviklingshemmede mottar helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten. På samme måte som kommunen har et ansvar for å bidra til legetilsyn i forbindelse med legemiddelhåndtering, har kommunen også et generelt ansvar for å bidra til legekontakt der kommunen yter helse- og omsorgstjenester i hjemmet, jf. hol. § 4-1 og kvalitetsforskriften § 3.

Behov for bistand til legetilsyn er et kjent og varig behov hos mennesker med utviklingshemming. Det å bestille nødvendige timer og ledsage til timeavtaler kan innvilges både som personlig assistanse og som helsehjelp i hjemmet, da dette vil avhenge av hvilke behov for bistand brukeren har under konsultasjon hos fastlegen og spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng har også god kjennskap til bruker og kompetanse til å formidle og motta helsemessig informasjon betydning.

Det å følge opp iverksatt behandling, utføre observasjoner mellom konsultasjoner mv., vil som regel kreve helsefaglig kompetanse og skal da tildeles som helsetjenester i hjemmet. Unntak kan være oppfølging av tiltak iverksatt fra habiliteringstjenesten som vil kunne omhandle personlig assistanse (hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b).

2.1.3 Kommunens ansvar for å sikre at bruker kan medvirke

Etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-1 første og andre ledd har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at pasienter og brukere 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 tilstrekkelig 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 personer med utviklingshemming 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 fremgår også av pbrl. § 3-1 første ledd at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det er videre et krav om at informasjon til brukere og pasienter skal tilpasses den enkeltes forutsetninger og gis på en hensynsfull måte, jf. pbrl. § 3-5. Den ansatte skal så langt det er mulig sikre at informasjonen er forstått og opplysninger om informasjon som er gitt skal dokumenteres i pasient og brukers journal. Når det gjelder kommunens ansvar for informasjon til brukere og pasienter, er dette også nedfelt i hol. § 4-2 a.

Dersom en pasient mangler evne til å samtykke til helsehjelp, er pasientens nærmeste pårørende gitt rett til å medvirke *sammen med pasienten* og rett til nødvendig informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, herunder mulig risiko og bivirkninger, jf. pbrl. §§ 3-1 tredje ledd og § 3-3 andre ledd. Dersom pårørende ønsker å benytte seg av retten til å medvirke, ved for eksempel å følge til fastlege eller spesialisthelsetjenesten, innebærer dette at kommunen må iverksette tiltak for å sikre at nødvendige og relevante opplysninger tilflyter ansatte, slik at de kan følge opp bruker på en forsvarlig måte.

Nærmeste pårørende til brukere som ikke har samtykkekompetanse er ikke gitt tilsvarende rettigheter. For brukere som ikke kan samtykke til omsorgstjenester (her menes omsorgstjenester som ikke er helsehjelp), forutsettes at det oppnevnes verge med mandat til å ivareta brukerens personlige forhold. Det kan i særlige tilfeller også være aktuelt

å frata brukeren rettslig handleevne.

Dersom verge ikke er en pårørende, innebærer det at kommunen skal forholde seg til vergen som brukerens juridiske representant. Tilsvarende gjelder der bruker har samtykket til oppnevnelse av verge og vergemålet omfatter ivaretakelse av brukers interesser hva angår omsorgstjenester.

2.1.4 Kommunens plikt til å samhandle og samarbeide

Kommunen har etter hol. § 3-4 en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der det er nødvendig for å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. For dette tilsynet vil samhandling med hjemmesykepleie, fastlege, koordinerende enhet og den enhet som tildeler tjenester i kommunen være viktig.

Det følger videre av bestemmelsen at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionale helseforetak og stat for å gi best mulig helse- og omsorgstjeneste, herunder at tjenestene er helhetlige og koordinerte. Mange utviklingshemmede får oppfølging og behandling fra spesialisthelsetjenesten som følge av ulike tilleggslidelser. Kommunen vil også kunne ha behov for veiledning fra spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste for tilrettelegging og utforming av tjenestetilbud.

2.2 Kommunens ansvar for at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige

Det er en nær sammenheng mellom plikten til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester i hol. § 3-2 og kravet til forsvarlighet i lovens § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven, som anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning.

Forsvarlighetskravet er en rettesnor for virksomheten for hvordan tjenesten bør være, samtidig som det har en grense mot det uforsvarlige. Hva som anses som god praksis innenfor tilsynets temaer er nærmere beskrevet i kapittel 3 og 4.

Hol. § 4-1 stiller krav til tilrettelegging av tjenestene i bokstavene a-d. Kommunen skal legge til rette for at den enkelte får helhetlige og koordinerte tjenester (bokstav a). Dette kravet må ses i sammenheng med andre bestemmelser i loven, som § 3-4 om kommunes plikt til samhandling og samarbeid og kapittel 7 om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Kommunen skal videre legge til rette for at den enkelte gis et verdig tjenestetilbud (bokstav b). Det vises i denne sammenheng til formålsbestemmelsen i hol. § 1 nr. 6 og kvalitetsforskriften. Kommunen skal legge til rette for tjenesten og de ansatte slik at lovpålagte plikter kan overholdes (bokstav c). Dette tilretteleggingskravet må ses i sammenheng med helsepersonelloven (hpl.) §§ 4 og 16 om forsvarlig yrkesutøvelse og krav til virksomhetens organisering. For å tilrettelegge for forsvarlige tjenester, skal kommunen også sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene, bokstav d. Kommunen har etter hol. § 8-1 en plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Kompetanse er videre et sentralt element i internkontrollen, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (heretter kalt internkontrollforskriften) § 4 andre ledd bokstav c.

Som ledd i forsvarlighet og brukersikkerhet, skal kommunen ved tilbud om stilling eller oppdrag for ansatte som skal yte helse- og omsorgstjenester til utviklingshemming, kreve politiattest, jf. hol. § 5-4. Bestemmelsen trådte i kraft 1. april 2007 og gjelder alle som er ansatt etter dette tidspunktet.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene stiller også krav til tilrettelegging ved at kommunen skal etablere et system av prosedyrer, jf. forskriftens § 3. Prosedyrene skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Dette innebærer bl.a. å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Særlig om dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester

Ansatte som yter helsehjelp har etter hpl. § 39 plikt til å føre pasientjournal. Krav til pasientjournalens innhold går frem av hpl. § 40 og er nærmere beskrevet i pasientjournalforskriften § 8. Det påligger kommunen å opprette pasientjournalsystemer og å sette de ansatte i stand til å overholde journalføringsplikten, pasientjournalforskriften § 4. Det er ikke et formål med tilsynet å følge opp forskrift om IKT-standarder i helse- omsorgstjenester, som fra 1. september 2015 krever at behandlingsrettede helseregistre (pasientjournal) skal føres elektronisk.

Det er i hol. § 5-10 presisert at kommunen skal sørge for pasient- og informasjonssystemer skal være forsvarlige. Det vises i denne sammenheng til at dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester har til formål å sikre at helse- og omsorgstjenester som ytes er forsvarlige. Journalen må derfor gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak, slik at journalen gir det enkelte helsepersonell grunnlag for sine vurderinger og beslutninger. For at journalen kan fungere som kommunikasjon mellom de ansatte og mellom de ansatte og ledere, må nødvendige journalopplysninger gjøres lett tilgjengelig for de som skal bruke opplysningene. Det må videre sikres at nødvendige og relevante opplysninger føres fortløpende, slik at journalen kan sikre kvalitet og kontinuitet i behandlingen.

Ansatte som yter personlig assistanse er unntatt fra journalføringsplikten, jf. forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 2. Selv om de som yter personlig assistanse ikke har plikt til å føre journal, må likevel kommunen sørge for at omsorgstjenester dokumenteres i den utstrekning som er nødvendig for å sikre at tjenestene er forsvarlige, jf. hol. § 4-1. Dette innebærer blant annet at kommunen må sikre at det lar seg gjøre å kontrollere hvilke tjenester brukere faktisk har mottatt. I løpende tjenesteyting hvor det settes mål for tjenester og utarbeides planer, forutsettes det at iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger blir dokumentert, slik at tjenesten har et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer, samt for å kunne rapportere i ansvarslinjen. Der det er mange personer som yter tjenester, vil det også for personlig assistanse være nødvendig at informasjonssystemet fungerer som et kommunikasjonsverktøy. Helsedirektoratet har i rundskriv IS-8/2015 til pasient- og brukerrettighetsloven, i merknader til pbrl. § 3-5 uttalt seg om dokumentasjon av tjenester som ikke er helsehjelp.

2.3 Kommunens plikt til å sikre at helse- og omsorgstjenester oppfyller krav i helse- og omsorgslovgivningen – internkontroll

2.3.1 Innledning

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunen sette i verk systematiske tiltak, jf. hol. § 3-1 tredje ledd hvor kommunen plikter å: *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.* Kommunens styringsplikt etter denne bestemmelsen samsvarer med plikten til internkontroll etter helsetilsynsloven § 3. Kravene til internkontroll er nærmere beskrevet i internkontrollforskriften, da særlig i forskriftens § 4.

Internkontrollen 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.

Med bakgrunn i opplysninger som kom frem i planleggingen av tilsynet, synes det å være økt risiko for svikt på enkelte styringsområder innenfor internkontrollen. Vi har derfor samlet styringselementene i internkontrollforskriften § 4 bokstav a-h for å innrette undersøkelsene mot disse områdene.

2.3.2 Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

Kommunen har stor frihet til å velge organisatoriske løsninger på hvordan oppgaver skal løses. Som det fremgår av kapittel 1.3, har kommunene organisert helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming på ulike måter. Uavhengig av organisasjonsform må det klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og fordelingen må være kjent i virksomheten. Dette innebærer at den enkelte må, foruten å vite hva som er egne oppgaver, ha kjennskap til andres ansvar og oppgaver i den utstrekning som er nødvendig for samhandling og samarbeid. Det følger av internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav a).

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 hvilke oppgaver av avgjørende betydning for å sikre at oppgaver blir gjennomført og for å få tydelige rapporterings- og informasjonslinjer. Dette omtales nærmere i kapittel 3 og 4.

Forskrift om legemiddelhåndtering griper inn i kommunens frihet til å organisere tjenester, ved at ansvar for legemiddelhåndtering er plassert hos virksomhetsleder, og gir anvisning på hvordan oppgaver med legemiddelhåndtering skal fordeles, jf. § 4 første til fjerde ledd.

2.3.3 Kompetanse- og personellstyring

Det følger av internkontrollforskriften § 4 bokstav c) at kommunen må sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og kompetanse til å utføre sine oppgaver. Dette forutsetter at kommunen kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse. For å vite hva som er nødvendig kompetanse, forutsettes kunnskap om krav i helse- og omsorgslovgivningen og hva som anses som god praksis.

Det er flere faktorer som har betydning for planlegging av bemanning. Det må være mange nok ansatte, slik at tjenestene som er innvilget blir gjennomført og i det omfang som er angitt. Videre må de ansatte ha tilstrekkelig kompetanse, slik at tjenestene kan utføres forsvarlig. Det at tjenestene ofte gis av ansatte som er alene sammen med brukeren har også betydning for krav til kompetanse, opplæring og veiledning. Dette omtales nærmere i kapittel 3 og 4.

Når det gjelder legemiddelhåndtering stiller forskrift om legemiddelhåndtering presiserte krav til kompetanse, jf. forskriftens § 4 andre ledd.

2.3.4 Tiltak for å legge til rette for god praksis og for å korrigere og forebygge svikt

Kommunen har en plikt til å legge til rette for at helse- og omsorgspersonell blir i stand til å overholde lovpålagte plikter og sikre at det er tilstrekkelig med fagkompetanse i tjenestene, jf. hol. § 4-1 første ledd bokstav c og d og hpl. § 16. Videre følger det av interkontrollforskriften § 4 bokstav g) at kommunen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

For å vurdere hvilke rutiner og andre tiltak som er nødvendige, bør ledelsen og medarbeiderne gjennomgå de ulike funksjonene og arbeidsprosessene i tjenesten og vurdere dem i et risiko- og sårbarhetsperspektiv, jf. internkontrollforskriften § 4 bokstav f).

Forskrift om legemiddelhåndtering stiller spesifikke krav til skriftlige prosedyrer i forskriftens § 4 sjette ledd. Det følger av rundskriv IS-7/2015 at virksomheten skal ha rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler for å sikre at krav i forskriften § 7 blir oppfylt. Dette er tatt inn i vedlagte kartleggingsskjema, siste punkt, og er avgrenset til rutiner som skal sikre at helsepersonell som deler ut legemidler identifiserer pasienten, gir rett legemiddel til rett tid, observerer at pasienten tar legemiddelet og dokumenterer dette. Forskriften stiller videre krav om at det utarbeides skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.

Det må legges til rette for at journalføring og dokumentasjon av nødvendige og relevante opplysninger kan føres fortløpende, og at nødvendig informasjon er tilgjengelig for de som skal yte tjenester. Det er viktig med rutiner for dokumentasjon, særlig for personlig assistanse hvor det ikke er stilt konkrete krav til dokumentasjon i lovgivningen. Det må legges til rette for samarbeid med brukerens fastlege og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøres ved å inngå samarbeidsavtaler.

I en evaluering av gjennomføring av personlig assistanse og helsetjenester til personer med utviklingshemming kreves en systematisk og tett oppfølging fra kommunens side, da det er flere kjente risikofaktorer for svikt. Det må derfor legges til rette for en systematisk evaluering av gjennomføring av tjenester. Innspill til bruk for evaluering kan komme fra ulike hold, som bruker- og pårørendeundersøkelser, klager fra brukerne eller pårørende, evalueringsmøter eller ansvarsgruppemøter med brukere eller pårørende, innspill fra de ansatte, personalmøter, tilsynsrapporter fra fylkesmannen og interne revisjonsrapporter.

Det vil ofte fremgå av vedtak om personlig assistanse og helsehjelp at vedtaket skal evalueres innen gitte frister eller ved endring i behov.

Det må videre legges til rette for at det blir evaluert om prosedyrer, rutiner, instrukser og andre tiltak som er iverksatt, fungerer tilfredsstillende, jf. internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav g). Det inngår i dette å vurdere innholdet i rutinene opp mot regelverket, om de blir forstått og fulgt i praksis. Det vil i denne sammenheng være relevant å vurdere om det er tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, om det er behov for opplæring eller økte ressursene, jf. kravet om forsvarlighet i hol. § 4-1.

Kommunen må legge til rette for at de ansatte får gitt tilbakemelding når tjenestene ikke fungerer som planlagt, herunder at rutiner og tjenestebeskrivelser ikke fungerer som planlagt (system for avvikshåndtering).

Forhold som avdekkes gjennom evalueringer, tilbakemeldinger fra ansatte og brukere, må medføre at feil og mangler rettes opp, jf. internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav g).

2.3.5 Ledelsens oppfølging

Internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav h) om systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen, fordrer at det er etablert rapporteringsrutiner og møtestrukturer som gjør det mulig for overordnet ledelse å ta påse at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Det inngår i ledelsens ansvar å følge med på risikoområder innenfor tjenesteområdet og at system for avvikshåndtering benyttes i forbedringsarbeidet.

3 Kommunen legger til rette for forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- bistand til aktivisering
- opplæring i dagliglivets gjøremål og personlig stell og egenomsorg

Det inngår ved undersøkelser av temaene om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med habiliteringstjenesten.

Fylkesmennene skal også undersøke om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

I dette kapittelet gjennomgås elementer i god praksis og hvordan kommunen må legge til rette for gjennomføringen av personlig assistanse. Det gjøres ikke konkrete beskrivelser av hvordan egenomsorg, tilsyn, aktivisering og opplæring i hverdagslivets gjøremål skal gjennomføres da dette avhenger av individuelle forhold hos brukerne. Det skal ikke gjøres undersøkelser av hvordan tilrettelagt arbeid, dagtilbud eller støttekontakt blir gjennomført, men disse aktivitetstilbudene må inngå i en samlet vurdering av hvordan kommunen totalt sett legger til rette for aktivisering.

Informasjon fra vedtak og dokumenter som danner grunnlaget for vedtaket (saksutredninger, epikriser, IPLOS-kartlegging og rapporter fra spesialist-helsetjenesten med mer) benyttes for å undersøke kommunens styring med tjenestene.

Der fylkesmannen finner at vedtakene er lite presise eller av gammel dato, vil det være en observasjon som må følges videre. Andre dokumenter og praksis må undersøkes for å finne ut om kommunen sikrer forsvarlig gjennomføring.

3.1 Personlig assistanse – god praksis

I rundskriv IS-10/2015 beskriver Helsedirektoratet god praksis slik:

«Enkelte grunnleggende behov dekkes først og fremst gjennom måten tjenester gis på. Tjenesteytingen og den mellommenneskelige samhandlingen må derfor ha et meningsfylt innhold og kvaliteten må være god. Dette er særlig viktig der tjenestene utgjør en sentral del av personens liv, slik det vil være for mange personer med utviklingshemming. Eksempler på grunnleggende behov tjenesteytingen må ivareta er muligheten for selvbestemmelse, struktur og forutsigbarhet, tilhørighet og inkludering, anerkjennelse og respekt, trygghet og tillit til andre mennesker og opplevelse av mestring».

Helsedirektoratet skriver videre at det som er avgjørende for om tjenestene er forsvarlig blant annet er nære og stabile relasjoner, muligheter til opplevelser og erfaringer og muligheten til å videreutvikle og lære nye ferdigheter.

Målrettet miljøarbeid
Den faglige tilnærmingen i tjenesteytingen til mennesker med utviklingshemming er målrettet miljøarbeid. Målrettet miljøarbeid kan defineres som *«…en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer for å oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling hos den enkelte tjenestemottaker»* (FO, 2008). Det finnes ulike modeller for utførelse av målrettet miljøarbeid, men fasene i arbeidet er de samme. Målrettet miljøarbeid kan beskrives som en prosess som igangsettes ved ønske om endring. Ett mål kan være å lære å pusse tenner selv, eller med mindre hjelp enn tidligere. Et annet mål kan være å opprettholde kommunikasjonsferdigheter. Etter kartlegging avklares hovedmål og delmål og tiltak sammen med bruker eller brukerens representant, og det utarbeides tiltaksbeskrivelser og plan for evaluering. Brukermedvirkning er helt sentral i hele arbeidsprosessen.

Kommunikasjon og brukermedvirkning
For å gi faglig forsvarlige tjenester og sørge for brukermedvirkning, må de ansatte kunne møte den enkelte ut fra deres individuelle behov for tilrettelagt kommunikasjon. Mange mennesker med utviklingshemming har behov for at kommunikasjonen og samhandlingen tilrettelegges spesielt. De ansatte må imøtekomme dette behovet ut fra den enkeltes behov og til enhver tid, det vil si på alle vakter. Dersom brukeren benytter tegn-til-tale, har egenlærte tegn eller bruker objekter eller bilder ved samhandling, må de ansatte ha fått opplæring i dette.

Det er avgjørende at de ansatte følger ukeplaner, dagsplaner og tjenestebeskrivelser og benytter de metodene som er besluttet i tjenesteytingen, med mindre brukeren selv motsetter seg disse planene eller ansatte har faglig begrunnelser for å avvike fra det som er besluttet. De ansatte har samtidig et ansvar for å melde fra dersom planene ikke fungerer etter hensikten, og det er behov for endringer i hvordan tjenestene ytes.

3.2 Hvordan legger kommunen til rette for god praksis?

3.2.1 Ansvar og fordeling av oppgaver

Kommunene må sikre stabil ledelse med ansvar for daglig og faglig drift av tjenestene og ha sørget for at de oppgavene som skal løses på tjenestestedet er fordelt og kjent. Det gis ofte tjenester hele døgnet. Det medfører at leder ikke vil være til stede til enhver tid, og det må derfor utpekes en ansvarlig i leders fravær. Det kan også være bakvaktsordninger.

Kommunen må ha avklart hvem som har henholdsvis faglig ansvar og ansvar for tjenesteytingen overfor hver enkelt bruker. I faglig ansvar kan det inngå å avklare og utarbeide mål, IP og tiltaksplaner. I ansvaret for å yte tjenester til brukerne vil det kunne inngå særlige oppgaver med å følge opp den enkelte i hverdagen. Det må være avklart helt konkret hvilke oppgaver vedkommende har, for eksempel å hjelpe til med innkjøp av klær, følge til frisør, opprettholde kontakt med familie og nettverk osv.

Fylkesmannen må undersøke om det er klart hvem som har ansvaret for den daglige tjenesteytingen til brukerne, hvem som har det faglige ansvaret og om det er avklart hvem som har ansvar for driften på tjenestestedet når lederen ikke er til stede. I dette tilsynet er det spesielt viktig å undersøke om det er tydelig hvem som har ansvar for at bemanningen er tilpasset de behovene brukerne har for personlig assistanse, hvem som har ansvar for at personalet har tilstrekkelige kunnskaper og at alle er kjent med sine oppgaver. Det må også undersøkes om alle kjenner til ansvarsfordelingen på stedet og at de vet hvem de skal rapportere til dersom oppgaver ikke blir løst som planlagt.

Informasjon om oppgavene den enkelte er tildelt vil kunne fremgå av stillingsinstrukser, funksjonsbeskrivelser, tjenestebeskrivelser og intervjuer med ansatte og ledere.

3.2.2 Legger kommunen til rette for at brukeren får medvirke?

Tjenestene skal legge til rette for at brukerne deltar og medvirker i ulike situasjoner i hverdagen, slik at de opplever kontroll og styring i eget liv. De ansatte trenger gode relasjonelle ferdigheter for å forstå hva brukerne ønsker å formidle. Kommunen må legge til rette slik at ansvarlige ansatte sammen med brukeren og/eller brukerens representant avklarer hvordan de ulike oppgavene i hverdagen skal løses, hva den enkelte trenger hjelp til, hvilke oppgaver vedkommende kan klare med tilrettelegging og på hvilken måte den enkelte foretrekker at hjelpen gis. Brukerens ønsker og behov for opplæring i hverdagslivets gjøremål og for å opprettholde ferdigheter, må kartlegges og avklares.

Brukerne må møtes med respekt for sine valg, samtidig som de ansatte også har en rolle i å motivere og legge til rette for omforente mål om å fremme selvstendighet og mestring. Individuell plan er et godt verktøy for å sikre brukermedvirkning i tjenestene. Mer om individuell plan finnes i helsedirektoratets «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (helsedirektoratet.no, 2015, uten serienummer).

Kommunen må avklare i hvilke situasjoner brukeren selv kan medvirke, når representant skal medvirke på vegne av brukeren og hvilken informasjon representanten skal ha. Kommunen må ha rutiner for hvordan informasjon, tilbakemeldinger og klager fra bruker eller representant dokumenteres, meldes og følges opp.

Fylkesmennene må undersøke om kommunen avklarer med brukerne hvordan tjenestene skal ytes gjennom intervjuer med brukere og personell, i møtereferater, individuell plan, og i løpende dokumentasjon av tjenestene. Her er det viktig å finne ut om kommunen tilrettelegger for brukermedvirkning gjennom fordeling av oppgaver, opplæring av personalet, rutiner og faglig ledelse. Fylkesmannen må være særlig oppmerksom på kollektive rutiner for tjenesteytingen.

3.2.3 Tilstrekkelig bemanning

De som er ansvarlige for å planlegge tjenesteytingen må sikre at det til enhver tid er tilstrekkelig bemanning for å

ivareta personlig assistanse i hverdagen. Bemanningen skal ta utgangspunkt i brukernes innvilgede tjenester og behov, konkretisert i planer og tjenestebeskrivelser, herunder at tjenestene fremmer mestring og økt selvstendighet. Kommunen må beregne tid til at brukerne får medvirke og delta i gjennomføringen av tjenestene. Fylkesmannen må spesielt være oppmerksom på at enkelte brukere kan ha behov for at det er to til stede ved gjennomføringen av personlig assistanse, og undersøke om de totalt sett får de tjenestene de har behov for.

For mennesker med utviklingshemming er det viktig å sikre forutsigbarhet gjennom så få og stabile tjenesteytere som mulig. Jo større tjenestebehov, desto større utfordringer dette kan gi kommunene.

For å undersøke om det er tilstrekkelig bemanning for å gjennomføre innvilgede tjenester, skal opplysninger fra vedtak ses opp mot opplysninger fra dags- og tjenesteplaner, turnus, vaktbøker og journalføring, sykefravær og avviksmeldinger. Fylkesmannen bør være særlig oppmerksom på om bemanningen er tilstrekkelig i helger, høytider og ferier.

Fylkesmannen vil kunne avdekke at tjenester ikke gis i tråd med vedtak og planer. Det kan både være at kommunen ikke har lagt til rette med tilstrekkelig antall ansatte, eller det kan være at brukeren selv ikke ønsker tjenestene eller konkrete aktiviteter. Det kan videre avdekkes at det er mange tjenesteytere, i små stillingsbrøker, som yter tjenester. Fylkesmannen må undersøke om dette skjer systematisk, i hvilket omfang og hvilke konsekvenser det får for den enkelte. Fylkesmannen må i så fall undersøke om dette er kjent for eller meldt til ledelsen og hvordan dette følges opp.

3.2.4 Tilstrekkelig kompetanse

Kommunen må sikre at de ansatte har kunnskap om hvilke tjenester brukerne er tildelt og kjennskap til hvordan tjenestene skal ytes. I dette ligger spesielt kunnskap om spesiell tilrettelegging for kommunikasjon og medvirkning. Selv om det ikke er stilt særskilte kompetansekrav til ansatte som yter personlig assistanse, vil det å gi tjenester til mennesker med utviklingshemming kreve kompetanse om utviklingshemming generelt og kunnskap om hva den kognitive funksjonsnedsettelsen medfører av mulige utfordringer for den enkelte. Det å arbeide i tjenestene krever også konkret kunnskap på ulike fagområder som etikk, psykologi, medisin og samfunnsfag. Kommunen kan sikre slik kunnskap ved å ansette personell med formell utdanning hvor disse elementene inngår i utdanningen, som for eksempel vernepleier, sykepleier, eller i andre utdanninger i helse-, sosial- eller pedagogiske fag.

Av ansatte som ikke har fagkompetanse må det forventes at de enten har realkompetanse fra arbeid i tjenestene eller er gitt tilstrekkelig opplæring. Det er ofte mange uten formell utdanning og stor utskiftning av personale i tjenestene. Kommunen må derfor ha kartlagt hva slags kompetanse som trengs, sette inn opplærings- og veiledningstiltak og følge med på at det er tilstrekkelig opplært personell til stede til enhver tid. Fylkesmannen må også se om kommunene innhenter politiattest for personell som yter tjenester til mennesker med utviklingshemming, hol. § 5-4. Det er systematisk svikt som skal påpekes, om det unntaksvis mangler politiattest bør dette tas opp i sluttmøtet.

Tips til undersøkelsen:

I vedtakene om personlig assistanse, med saksutredning og vedlegg, vil fylkesmannen kunne få informasjon om brukerne har behov for ansatte med spesiell kompetanse for å ivareta særskilte behov og legge til rette

samhandlingen og kommunikasjonen med brukerne. Opplysningene skal sammenstilles med kompetanseoversikt, opplæringsplaner, gjennomført opplæring og veiledning. For å finne ut hvordan kompetansen fordeles/benyttes i det daglige, undersøkes turnus, vaktbøker, avviksmeldinger mv. for å finne ut om de som faktisk yter tjenester til brukerne har kunnskaper om de spesielle behovene. Ved i tillegg å snakke med brukere, personalet og ledelsen vil fylkesmannen få informasjon om kommunen sikrer kompetent bemanning i tjenestene.

Fylkesmannen vil kunne finne at kommunen i enkelte tilfeller har benyttet ansatte som ikke har fått opplæring, og må da undersøke om dette skjer systematisk eller om det kun er enkeltstående tilfeller. Selv enkeltstående tilfeller, for eksempel enkeltvakter uten ansatte med tilstrekkelig opplæring og ferdigheter til å kommunisere med brukere, vil kunne være uforsvarlig. Fylkesmannen må undersøke om dette rapporteres til ledelsen og om det følges opp.

3.2.5 Fagadministrative systemer

Gode samarbeidsrutiner og fagadministrative systemer er nødvendige og viktige virkemidler for å sikre gjennomføringen av tjenestene, herunder at nødvendig og relevant informasjon er tilgjengelig for personalet. De viktigste virkemidlene er rutiner, møter og dokumentasjon.

Betydningen av fagadministrative systemer er beskrevet i faghefte for habiliteringstjenestene, Helse Sør-Øst.

Som hovedregel er det behov for skriftlige rutiner, både generelle rutiner for hele tjenestestedet og spesielle rutiner knyttet til brukerne (tjenestebeskrivelser). Tjenestebeskrivelser har primært to formål, de skal skape forutsigbarhet for brukeren og være arbeidsredskaper for de ansatte. Tjenestebeskrivelsene er særlig nødvendig for å sikre lik i utøvelse der brukere har behov for omfattende tjenester og mange utfører bistanden.

Fylkesmannen må undersøke om kommunen sikrer at det finnes dags- og/eller ukeplaner og tjenestebeskrivelser av situasjoner i hverdagen. Disse må være oppdaterte og de ansatte må følge dem. Dags- og ukeplaner er for mange brukere avgjørende for å vite hva som skal skje, hvor lenge aktiviteter skal vare og sammen med hvem. Planene er også viktige for å forberede brukere på overganger mellom aktiviteter og dermed skape oversikt og kontroll. Tjenestebeskrivelser vil kunne bidra til å forebygge redsel, utagering eller tilbaketrekking, hindre tap av ferdigheter og kunne forhindre behov for bruk av tvang og makt etter hol. kapittel 9.

Tips til undersøkelsen:

Ved å gjennomgå tiltaksplaner, ukeplaner, dagsplaner og andre rutinebeskrivelser som finnes, dokumentasjon for gjennomføringen over en periode på 2-4 uker, og i samtale med brukere og personalet vil fylkesmannen kunne finne ut hvordan kommunen sikrer at disse verktøyene er oppdaterte. Ved å snakke med de ansatte vil fylkesmannen finne ut om verktøyene er kjent, at det er avklart hvem som har som oppgave å holde verktøyene oppdaterte og at endringer i brukernes behov blir formidlet til rett instans.

Dersom fylkesmannen finner at kommuner ikke har konkrete tjenestebeskrivelser, eller de fremstår som mangelfulle, må det undersøkes nærmere om det er manglende ressurser til å utarbeide og følge opp tjenestebeskrivelser som er årsaken eller om det er faglig begrunnet. I enkelte tilfeller kan det være at brukeren ikke ønsker planer og heller ikke

har behov for det fordi brukeren selv kan formidle hvordan tjenestene skal utføres. Det må likevel undersøkes om de ansatte vet hvilke tjenester brukerne skal ha og hvordan tjenesten skal utføres.

For å følge med på at tjenestene ytes som planlagt og at tiltak fungerer må kommunen ha avklart møtevirksomhet, herunder hvem som har ansvar for innkalling til ulike møter, hvem som skal være til stede, skrive referat, eventuelt følge opp. Mange kommuner mottar veiledning fra habiliteringstjenesten til brukere med omfattende og sammensatte tjenester for å sikre forsvarlighet og kvalitet i tjenesten til den enkelte. Ansatte som deltar i veiledningen må ha tilstrekkelig kompetanse til å motta, anvende og videreformidle informasjonen fra habiliteringstjenesten, for å sikre ensartet praksis. Det er viktig at møtereferater er tilgjengelig for alle som yter tjenester og at ledelsen følger opp at alle er kjent med endringer i den enkelte brukers tjenestetilbud.

Tips for undersøkelsen

Ved å gjennomgå møteplan kan fylkesmannen finne ut om hvilke møteplasser som finnes for ledere og ansatte. Fylkesmannen vil ved å gjennomgå møtereferater finne ut om møter blir gjennomført som planlagt, agenda og hvem som er til stede. Fylkesmannen kan spørre ledere og ansatte om kommunen sikrer at ansatte som ikke deltar på møtene gjøres kjent med de avgjørelsene som er tatt, ofte gjøres dette med signering etter gjennomlesning.

Gjennomføring av personlig assistanse må dokumenteres tilstrekkelig. Det må være avklart hva som skal dokumenteres, hvor informasjon skal dokumenteres og hvem som har ansvar for å dokumentere. Det må også være klart hvem som er ansvarlig for å gjennomgå dokumentasjonen, både for å sikre at tjenestene blir gitt som planlagt og for å følge med på om det er behov for endringer i tjenestetilbudet til den enkelte, både i innhold og omfang. Den som har ansvar for å følge opp tjenestene må også melde ifra til rett instans, dersom han eller hun blir kjent med at brukeren kan ha behov for økte tjenester.

Fylkesmannen må gjennomgå den dokumentasjonen som finnes om tjenesteutøvelsen til den enkelte bruker, rutiner for dokumentasjon og intervjue personalet.

Hvis fylkesmannen finner at kommunen ikke har avklart hva som skal dokumenteres eller hvor, og/eller at de ansatte heller ikke vet hvor de finner informasjon vil dette være utilstrekkelig. Det må undersøkes hvem som har ansvar for å følge opp at dokumentasjonen er tilstrekkelig, og hvem som melder fra dersom dokumentasjonen viser endrede behov.

3.2.6 Evaluering

Kommunen skal også legge til rette for å evaluere tjenestetilbudet til brukerne. Tjenestene er sårbare fordi det kan være forskjellig personale, med ulik kompetanse og ulik stillingsprosent i turnus, som gir tjenester til brukere, ofte alene. Det er derfor viktig at virksomheten legger til rette for at de ansatte får gitt tilbakemeldinger om mål for tjenestetilbudet er nådd eller om det er behov for endringer. Kommunen må ha et system for å få informasjon om uønskede hendelser og de ansatte må kjenne til hva de skal melde fra om og til hvem. Det må være klart hvem som skal følge opp meldingene og meldingene brukes i evaluering av tjenestene. Kommunen må også innhente brukerens eller representantens erfaringer med hvordan personlig assistanse gjennomføres, for eksempel gjennom samtaler, observasjoner, ansvarsgruppemøter eller lignende.

Kommunen organiserer seg ofte med et «vedtakskontor» som evaluerer tjenestene ved endrede behov og eventuelt fatter nye vedtak. Det kan derfor være avstand mellom de som fatter vedtak og de som yter tjenester, og fylkesmannen må undersøke om kommunen har rutiner for samarbeidet mellom tjenesteutøverne og de som fatter vedtakene.

Tips til undersøkelsen:

Ved å gjennomgå rutiner, avviksmeldinger, referater fra møter i virksomheten og i samtale med brukere og ansatte vil fylkesmannen kunne gjøre seg kjent med hvordan tjenestene evalueres og hvordan endrede behov følges opp.

3.2.7 Ledelsens gjennomgang

Kommunen må kontrollere at personlig assistanse skjer som forutsatt. Kommunens ledelse skal følge med på om tjenestene gjennomføres som planlagt, at de ulike ledernivåene rapporterer i linjen om status i tjenestene og at de melder ifra om det er mangler i tjenestene. Fylkesmannen må også etterspørre hvordan meldte mangler følges opp av ledelsen som setter økonomiske og administrative rammer for gjennomføringen av tjenestene.

3.3 Kriterier – personlig assistanse

Kommunen legger til rette for forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse til mennesker med utviklingshemming

Hjemmel: Hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, jf. §§ 4-1, 3-4, 5-4, pbrl. §§ 3-1 til 3-3 og 3-5, jf. hol. § 3-1 tredje ledd og internkontrollforskriften § 3-5.

Revisjonskriteriene er utformet som påstander. Dersom svaret på påstanden er nei, er revisjonskriteriet brutt. Brudd på et enkelt kriterium representerer ikke nødvendigvis et avvik. Revisjonskriteriene må vurderes i sammenheng. Først når undersøkelsene er gjennomført, vil det kunne formuleres eventuelle avvik basert på faktiske forhold som klart viser hva som svikter eller representerer en for stor fare for svikt, og hvilke elementer i interkontrollen som ikke fungerer når det gjelder å sikre gjennomføring av personlig assistanse. Fylkesmennene skal vurdere hvert område og formulere konkrete konklusjoner og avviksformuleringer. Avvikene skal ikke være formulert mer omfattende enn det revisjonsbevisene tilsier.

Fordi revisjonskriteriene i hovedsak er gjennomgående for alle temaområdene, presenteres kriteriene en gang, mens noen av kriteriene er spesielt rettet mot ett av områdene.

Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

- Det er avklart hvem som er ansvarlig for å yte tjenester til den enkelte bruker, herunder hvem som har et særlig ansvar for å følge opp bruker i hverdagen (for eksempel en primærkontakt eller fagkontakt) og det er avklart hvilke oppgaver vedkommende har.
- Det er avklart hvem som har det faglige ansvaret for hver enkelt bruker og hvilke oppgaver vedkommende har, for eksempel avklare mål med brukerne, utarbeide av IP, tiltaksplaner med mer.

- Det er avklart hvem som har ansvaret for daglig- og faglig drift, for eksempel ansvarsvakt, når leder ikke er til stede i boligen, og hvilke oppgaver vedkommende har.
- Det er utarbeidet stillings-/funksjonsbeskrivelser for de ulike ansvarsnivåene og oppgavene.
- Ansvars- og oppgavefordelingen er kjent for de ansatte.

Kompetanse og personellstyring

Det er avklart hvem som har ansvar for å sikre tilstrekkelig og forsvarlig bemanning, ut fra hensynet til den enkelte brukers individuelle behov, og bemanningsplan/turnus bygger på brukernes vedtak om og behov for personlig assistanse slik at det er:

- tilstrekkelig antall personell i det daglige, helger, høytider og ferier
- rutiner for innleie av vikarer ved sykdom, ferie og lignende
- rutiner for innleie av ekstrapersonell ved ekstra behov hos bruker(e)
- Kommunen har fastsatt hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter de ansatte trenger for å gi de enkelte brukerne forsvarlige helse- og omsorgstjenester ut fra individuelle behov og tildelte vedtak.
- Kommunen kartlegger kompetansebehov med utgangspunkt i brukernes individuelle behov (diagnoser og funksjonsnivå).
- Alle ansatte som er satt til å yte tjenester til den enkelte bruker har kunnskap om generelle utfordringer om det å leve med utviklingshemming og ferdigheter til å tilrettelegge tjenesteytingen ut fra generell kunnskap.
- Alle ansatte har kunnskap om spesielle utfordringer de brukerne de yter tjenester til har og tilrettelegger tjenesteytingen med hensyn til den enkeltes behov.
- Kommunen planlegger og iverksetter kompetansetiltak.
    - Rekrutterer personell med utgangspunkt i kompetansevurderingen
    - Planlegger og iverksetter opplærings- og veiledningstiltak ut fra de ansattes kvalifikasjoner
- Kommunen følger bemanningsplan og har rutiner for tilkalling av vikarer ved fravær og ekstrapersonell.
- Planlagte opplærings- og veiledningstiltak gjennomføres.
- Kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

Tiltak for å tilrettelegge for god praksis og korrigere og forebygge svikt i tjenestene til brukerne

Informasjon og medvirkning

- Det er avklart hvorvidt bruker har evne til å medvirke alene, ønsker bistand fra representant eller må være representert for å sikre medvirkning og ivaretakelse av egne interesser i planlegging og gjennomføring av egenomsorg og tilsyn.
- Det er kjent for bruker og brukers representant hvem de kan kontakte ved spørsmål om tjenesten.
- Det er avklart hvilken informasjon brukerens representant skal ha for å kunne medvirke i gjennomføring av tjenestene og hvem som har ansvar for å gi informasjon.
- Informasjon og kommunikasjon tilpasses utfra brukerens forutsetninger.
- Ansatte har tilstrekkelig kunnskap, ferdigheter og tid til å tilpasse informasjon og kommunikasjon ut fra den enkelte brukers forutsetninger, og benytter alternativ kommunikasjon og hjelpemidler der brukeren har behov for det.

- Mål for tjenesteutøvelsen utarbeides i samarbeid med bruker og/eller brukers representant.
  - Det er avklart om brukeren har rett til og ønsker IP.
  - Det er avklart hvem som koordinerer brukerens tjenester.
  - Brukerens muligheter til å øke funksjonsnivå og mestringsevne vurderes og ønsker avklares.
- Ansatte er kjent med hvordan de skal forholde seg dersom brukeren ønsker endring fra planer i løpende tjenesteyting.
- Det er avklart hva brukeren (ev. brukerens representant) trenger av informasjon om personlig assistanse for å kunne medvirke i gjennomføring av tjenestene.
- Kommunen har rutiner for hvordan informasjon, tilbakemeldinger og klager fra bruker eller representant dokumenteres, meldes og følges opp.

Systematisk tjenesteutøvelse av personlig assistanse

- Kommunen sikrer systematisk tjenesteutøvelse av personlig assistanse ved å utarbeide planer og rutiner for tjenesteutøvelsen for den enkelte bruker.
  - For eksempel IP, tiltaksplaner, dags- og ukeplaner, aktivitetsplaner
  - Det iverksettes opplæringstiltak i samarbeid med bruker med fastsatte mål og virkemidler for oppnåelse.
- Planer og rutiner for tjenesteutøvelsen er kjent for de ansatte og brukes.
- Kommunen følger med på at aktiviteter gjennomføres i tråd med brukernes vedtak, tiltaksplaner og individuelle behov.
- Deltakelse i felles aktiviteter er ikke avgjørende for om aktiviteten gjennomføres.
- Kommunen legger til rette for at brukere får tilbud om daglig fysisk aktivitet, dersom brukerne ønsker dette.
- De ansatte vet hvor og hvordan endringer i brukers behov skal meldes.
- De ansatte får fortløpende informasjon om endringer i brukernes behov/tjenesteutøvelsen og det er tilrettelagt for at de ansatte raskt kan sette seg inn i de aktuelle endringene.
- De ansatte får veiledning i hvordan arbeidet skal utføres.
- Kommunen har rutiner for dokumentasjon av personlig assistanse (fagadministrative systemer) og opplæring dokumenteres.
- Rutinene er kjent og nødvendig og relevant informasjon om gjennomført personlig assistanse dokumenteres fortløpende.
- Kommunen sikrer samarbeid med aktuelle instanser, som for eksempel «vedtakskontor», dagtilbud, støttekontakt og må ha nødvendige rutiner for dette.
- Kommunen innhenter systematisk brukerens og/eller representantens erfaring med hvordan personlig assistanse planlegges og gjennomføres, for eksempel gjennom samtaler, observasjoner, ansvarsgruppemøter og lignende.
- Kommunen benytter tilbakemeldinger, klager og innhentet informasjon fra bruker og/eller brukers representant i evaluering av tjenestene.
- Kommunen benytter den fortløpende dokumentasjonen av den personlige assistansen i evaluering av tjenestene.
- Ansatte melder rutinemessig om svikt og mangler ved planlegging og gjennomføring av personlig assistanse.

Ledelsens gjennomgang

- Ledelsen følger med på de ansattes kompetanse, etterlevelse av rutiner, om rutiner fungerer etter hensikten og er oppdatert og om avvik på området meldes, ved å ha klare rapporteringslinjer og selv etterspørre informasjon.

- Ledelsen sikrer at feil og mangler ved tjenesten korrigeres og utbedres.

4 Kommunen legger til rette for forsvarlig gjennomføring av helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får:

- helsetjenester i hjemmet
- tilgang til medisinsk undersøkelse og utredning og behandling

Det inngår ved undersøkelser av temaene om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling internt og samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmennene skal også undersøke om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

4.1 Helsetjenester i hjemmet

Helsehjelpen som kommunen yter i brukerens hjem, er i stor grad knyttet til, og ofte en direkte oppfølging av, helsehjelpen som brukeren mottar fra fastlege og/eller spesialisthelsetjeneste. Kommunen må ha etablerte rutiner som sikrer samarbeid og kommunikasjon både med fastlegen og med spesialisthelsetjenesten om oppfølgingen av den enkelte bruker. Aktuelle samarbeidstema vil være medikasjon, oppfølging og behandling, rapportering og drøftinger vedrørende tolkninger av atferd og symptomer.

Kommunen må sørge for at den enkelte bruker, på en tilpasset måte, informeres om den aktuelle helsehjelpen og ut fra sine forutsetninger blir tatt med på beslutninger om – og hvordan – helsehjelpen skal gjennomføres.

Tilsynet omfatter følgende helsetjenester i hjemmet:

- legemiddelhåndtering
- oppfølging etter legekonsultasjon
- oppfølging for å vurdere behov for legekonsultasjon
- helsehjelp ved akutte tilstander

4.1.1 Legemiddelhåndtering

Det er lagt opp til at tilsynet med legemiddelhåndteringen er avgrenset til de styringskravene som framgår av kartleggingsskjemaet, se vedlegg. I skjemaet er også lagt inn tekst om relevante bestemmelser. Vi går derfor ikke nærmere inn på disse her. Kriteriene (se kapittel 4.3) er tilpasset skjemaet, med to tilleggskriterier som undersøkes under tilsynsbesøket.

Skjemaet omhandler sentrale styringskrav. Det kan brukes for å innhente informasjon fra kommunen eller som fylkesmannens «sjekkliste». Skjemaet er en modifisering (noen flere spørsmål) av skjemaet utviklet for «sjølmeldingstilsynet» i forbindelse med det landsomfattende tilsynet med tjenester til eldre (Internserien 2/2010) og

skjemaet som Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har brukt ved «sjølmeldingstilsyn» for legemiddelhåndtering til personer med utviklingshemming. Skjemaet er utformet med svarfelt slik at det kan sendes ut og returneres som vedlegg til mail. Adressat for kommunen og svarfrist må framgå av oversendelsesmail.

Når skjemaet brukes for innhenting av opplysninger fra kommunen, vil det for noen av kommunens svar kunne være nødvendig å innhente mer informasjon under tilsynsbesøket og/eller sammenholde svarene med informasjon i styrende dokumenter.

Helsetilsynet legger ikke opp til at fylkesmannen skal gjennomgå og bedømme de enkelte rutiner/prosedyrer.

Sentrale forhold for bedømmingen vil være:

- Uklar ansvarsplassering og rapporteringslinjer. Her må Fylkesmannen innhente tilleggsinformasjon til opplysningene fra skjemaet.
- Kompetansevurdering/opplæring gjøres ikke før oppgaver tildeles. Obs bl.a. vikarer, deltidsstillinger.
- Risikoforhold/-vurderinger er ikke fulgt opp med tiltak. Opplysninger i skjemaet må suppleres ved intervju med ansvarlig leder.
- Det er ikke sørget for å gjøre prosedyrene kjent for dem de gjelder for.

Utdelingen av legemidler omfatter ifølge rundskrivet (side 8) også å følge med på om legemidlene har den ønskede effekt eller ikke, og gi tilbakemelding til behandler. Dette oppfatter vi som del av kommunens aktivitetsplikt. I definisjonen av utdeling § 3 dreier utdeling seg om å observere ev. umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel. I dette tilsynet er helsetjenestens oppfølging av legemiddelbehandlingen plassert som del av «oppfølging etter legekonsultasjon», se 4.1.2 nedenfor.

Vi har fra flere hold fått meldinger om at «virksomhetsleder» i forskriften forstås ulikt, bl.a. som leder på et høyere nivå. Vi har henvendt oss til Helsedirektoratet som har utdypet dette slik: «*virksomhetsleder er den personen som er ansatt som daglig leder av institusjonen, og som dermed har det overordnete ansvaret for helsetjenestene som ytes i institusjonen. Det ligger også i sakens natur at virksomhetsleder, som daglig leder, må være til stede på daglig basis i institusjonen, og ikke kan arbeide et annet sted. Det er i rundskrivet presisert at det for hver organisatorisk enhet i helsevesenet skal være én leder som har det overordnete og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativ og faglig. Hvordan dette i praksis er organisert kan ikke Helsedirektoratet mene noe om, bortsett fra at forskriftens krav må være oppfylt*». Vi legger også til grunn at merknad til definisjon av virksomhetsleder, jf. § 3 bokstav j i det forrige rundskrivet (IS-9/2008), fortsatt gjelder: «*Det er den øverste lederen/daglig leder av enheten (sykehjemmet, helsestasjon, hjemmesykepleien mv.*»).

4.1.2 Oppfølging etter legekonsultasjon

Etter en legekonsultasjon (hos fastlege og/eller i spesialisthelsetjenesten) vil brukeren være avhengig av at hjemmesykepleien/ansvarlig for helsehjelpen i brukerens hjem sørger for å gjøre seg kjent med hvilke tiltak som legen har satt i gang og om/hvordan disse skal følges opp, samt om det er særlige forhold som skal rapporteres til legen. Legen kan for eksempel ha startet opp behandling med nye legemidler, justert doser av pågående behandling eller seponert ett eller flere legemidler. For å kunne vurdere om behandlingen har den ønskede effekt, er legen avhengig av at de ansatte observerer og vurderer brukerens tilstand (virkninger, manglende effekt, ev. bivirkninger)

og rapporterer relevant informasjon til legen. Oppstart av behandling, dosejustering eller seponering kan for noen typer av legemidler gjøre det påkrevet med særlig årvåkenhet i den første perioden etter endringen. For andre vil det være nødvendig med systematiske observasjoner av endringer i symptomer/atferd over tid (uker, ev. lenger).

Det kan også være nødvendig at de som utfører helsetjenester i hjemmet følger på om det skjer forverringer av kroniske sykdommer som tilsier ny legekontakt (eks: hjerte-/lungesykdommer, diabetes, revmatisme). Som ledd i en utredning kan legen ha behov for at de ansatte følger med på endringer i brukers allmenntilstand, matinntak/vekt, avføringsvaner, utvikling av tungpustenhet (dyspne), symptomer som gir mistanke om tidlig demens (atypisk aldring) eller atferdsendringer som kan være utrykk for underliggende somatisk sykdom.

Sentralt her er at det er en systematikk i det som gjøres av observasjoner og vurderinger og dokumentasjon om dette. De ansatte må ha klar beskjed om hva de skal følge med på, hvor hyppig dette skal skje, hva som må rapporteres videre til den som er ansvarlig for å kontakte legen, hvor observasjoner skal dokumenteres. Der det er mange ansatte i små stillinger, mange ufaglærte og i tillegg en del vikarer vil muntlig orientering om oppgavene som oftest ikke være tilstrekkelig. Fylkesmannen bør etterspørre hvordan ledelsen sørger for at ansatte får beskjed om hva de skal gjøre.

Der det er viktig for legen med presise observasjoner av svingninger i symptomer, vil det være behov for en form for rapporteringsskjema, ofte også en skriftlig oversikt over hva de ansatte skal følge med på og hvordan dette skal dokumenteres. Liten eller ingen form for skriftlige rutiner, rapporteringsskjema eller andre former for skriftlig veiledning øker risikoen for at oppfølgingen ikke blir god nok, og/eller at ikke er mulig å og gi gode nok opplysninger til legen om brukeren ved neste legekonsultasjon. Observasjoner og vurderinger kan også bli utført så usystematisk at endringer som kan tilsi ny legekontakt ikke blir fanget opp.

Ansatte må ha tilstrekkelige kunnskaper og/eller veiledning til å kunne utføre oppgavene. Kompetanse/kunnskapsbehovet hos de ansatte vil variere avhengig av som skal følges opp hos den enkelte bruker. Er det snakk om endringer i helsetilstand som skjer relativt langsomt og skal følges opp over tid, og ikke om akutte svingninger, er det ikke nødvendig at enhver ansatt som yter tjenester hos vedkommende har helsefaglig kompetanse til å observere og vurdere de aktuelle forholdene. Ved tilstander/sykdommer der det kan oppstå akutte forverringer, må det alltid være ansatte til stede, eller som raskt kan komme til, som har kompetanse/opplæring til å sette i gang nødvendige tiltak. Eksempler her er epilepsi, der det også kan være nødvendig å gi krampestillende legemidler rektalt, og brukere med insulinkrevende diabetes. Det er uansett nødvendig at den som er ansvarlig for helsetjenesten i hjemmet sørger for å være oppdatert om brukerens tilstand.

Utilstrekkelig kunnskap hos ansatte om legemidlenes virkninger og mulige bivirkninger er et kjent risikoområde i helseoppfølgingen. Særlig gjelder dette oppfølgingen av den enkeltes legemiddelbehandling over tid, der en kritisk faktor er at ansatte har faglige forutsetninger til å oppdage helsesvikt som kan være relatert til uhensiktsmessig legemiddelbehandling. De ansatte må være i stand til å kunne vurdere om det skjer endringer i brukerens helsetilstand som kan henge sammen med legemiddelbehandlingen og ev. endringer av denne. Endring i dosering eller type av psykofarmaka er eksempler på forhold som ansatte må sørge for å være kjent med og vite hva de skal følge med på av endringer i brukerens psykiske tilstand og atferd.

For å kunne følge med på og å rapportere om dette, må de ansatte som yter daglig omsorg for brukeren være kjent

med brukerens helsetilstand, sykdommer og legemidlenes virkninger og viktige bivirkninger. Journalen må gi en oversiktlig framstilling av brukerens aktuelle helsetilstand, hva som særlig skal følges opp, både når det gjelder legemiddelbehandling og andre tiltak.

Nødvendige journalopplysninger må være tilgjengelig for ansatte som trenger dem utfra deres ansvar/oppgaver, herunder:

- diagnose og årsak til utviklingshemmingen (der denne er kjent)
- andre sykdomstilstander, nåværende og tidligere
- epikriser og annen skriftlig dokumentasjon fra fastlege og spesialisthelsetjenesten
- (behandlingstiltak som skal følges opp i hjemmet, avtaler om kontrolltimer)
- legemidler – oppdatert legemiddelliste
- individuell plan – avtaler/oppfølging, herunder avtaler (med fastlegen / med habiliteringstjenesten) om helseoppfølgingen

For brukere med epilepsi er dette særlig viktig for å kunne styre legemiddelbehandlingen med sikte på best mulig anfallskontroll. Pleiepersonellet som bistår brukeren ved legekontroll må møte godt forberedt og være oppdatert angående utviklingen siden siste kontroll. Uten en systematisk dokumentasjon mellom konsultasjonene vil det ikke være mulig å gi behandlende lege gode nok opplysninger.

Case: Observasjoner og rapport om epileptisk anfall

Når brukeren har vanskelig for å uttrykke seg verbalt, bør det praktiseres gode rutiner for observasjon og rapportering av anfall. Rutinene bør være kjent og brukes av alle som har slike oppgaver i tilknytning til pasienten. Rapportering av observasjoner under anfall er viktig informasjon for behandlende lege.

Observasjoner under anfall som bør nedtegnes i rapport: tidspunkt for start / første anfallssymptom / bevissthet / kramper – lokalisasjon og forløp / respirasjon – pustestans, cyanose («blå») / eliminasjon (vannlating, avføring)

Observasjoner etter anfall: Varighet av anfallet / tid før bevisstheten er helt tilbake / ev. lammelser eller talevansker / trøtthet / skader /endringer i anfallsforløpet eller hyppighet?

Stikkprøvetips:

I journaler til brukere med epilepsi – hva finnes av dokumentasjon om anfall?

4.1.3 Oppfølging for å vurdere behov for nødvendig helsehjelp hos lege

Det er ikke alltid behandlende lege har gitt beskjed om hva som må følges opp av helsetjenesten i brukerens hjem. Legen kan ha forutsatt at de ansatte selv vurderer hva som er adekvat oppfølging og at det ikke er behov for å gi spesifikke anvisninger.

Ansatte som yter tjenestene i brukerens hjem må fortløpende observere brukers helsetilstand og vurdere behov for

legetilsyn. Dersom det for eksempel observeres blod i urin eller avføringen må dette rapporteres til den som har som oppgave å kontakte fastlegen. Vesentlige endringer i matinntak og vekt er også viktige forhold å følge med på. Det samme gjelder symptomer/atferdsendring som kan gi mistanke om smertetilstander.

Rundt den enkelte bruker må det være ansatte som har kunnskap om sykdomsrisiko hos utviklingshemmede og aktuelle symptomer som da kan framtre. Det er viktig at endring i atferd, økende selvskading, uro mv. også vurderes med henblikk på underliggende kroppslige plager og at det blir tatt kontakt med brukerens lege om dette.

Noen grupper av utviklingshemmede har økt risiko for å utvikle fedme, som igjen medfører økt sykdomsrisiko. Ansatte må følge med på om personer i risikosonen er i ferd med å utvikle alvorlig overvekt (fedme). Brukerens fastlege må i så fall konsulteres for råd om det skal settes inne særlige tiltak for å oppnå vektreduksjon eller forebygge ytterligere vektøkning og hvordan brukeren skal følges opp videre. Tidlig, atypisk aldring forekommer blant en del personer med utviklingshemming. Ansatte må videre være kjent med symptomer som kan tyde på begynnende demens og ta kontakt med lege for nærmere vurdering og oppfølgingstiltak.

4.1.4 Helsehjelp i hjemmet ved akutte tilstander

Omtrent 20 % av mennesker med utviklingshemming har epilepsi. Epilepsi er ikke én sykdom, men symptom på forskjellige tilstander som har det til felles at de leder til en anfallsvis og forbigående funksjonsforstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet (epileptisk anfall). Ikke alle epileptiske anfall medfører bevisstløshet. Ansatte som er hos brukere med kjent epilepsi, må ha kunnskap og opplæring om aktuelle anfallsutløsende faktorer, hvordan disse kan unngås, typiske anfallssymptomer og om nødvendig kunne gi anfallsdempende legemidler rektalt, behandlingstiltak og herunder om nødvendig kunne administrere legemiddel rektalt.

Kommunen må sørge for at ansatte som yter tjenester hjemme hos brukere med sykdommer som raskt kan forverre seg, er i stand til å identifisere aktuelle symptomer og vite hva som må igangsettes av tiltak (av dem selv, varsle leder etc.). Eksempler: Symptomer på hypoglykemi ved insulinkrevende diabetes, økende tungpustenhet hos brukere med astma.

Det kan også oppstå ulike typer av akutte situasjoner som krever rask behandling/førstehjelp fra ansatte, for eksempel brannskader, sårskader (skjærer seg), kvelningstilløp (stor matbit i luftrøret), hjertestans. Ansatte må derfor ha hatt opplæring i førstehjelp (heurunder hjerte/lungeredning) og være kjent med hva de skal foreta seg dersom det oppstår situasjoner som krever akutt legehjelp. Det må foreligge tilstrekkelig og tilgjengelig utstyr til å utføre førstehjelp.

Tips – aktuelle stikkprøver som utgangspunkt for videre undersøkelser:

Stikkprøver fra siste ukers vaktliste i bolig med bruker(e) med epilepsi. Etterspør opplæring / veiledning.

For brukere med epilepsi; Rutiner/prosedyrer for håndtering av anfall? Stikkprøver i journaler til brukere med epilepsi: Rapporter fra anfall? Annen nødvendig og relevant dokumentasjon om sykdommen og behandling av denne?

Stikkprøver fra vaktlister hos brukere med insulinkrevende diabetes, astma. Spør ledelsen om et utvalg ansatte på

siste ukers vaktliste

Stikkprøver fra vaktlister der ansatte har alenevakt: Har ansatte fått opplæring i førstehjelp? Opplæringsplaner: Kurs i førstehjelp (eks: hjerte-/lungeredning, brannskader, akutt tilstopping av luftveier). Opplæring/veiledning av vikarer?

Stikkprøve i bolig/på tjenestestedet: Hva finnes av førstehjelpsutstyr? Tilgjengelig instruks/informasjon om akutte førstehjelpstiltak?

4.2 Tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Ved denne delen av tilsynet skal det undersøkes om kommunen sikrer at brukeren

- får bistand til å komme i kontakt med lege
- får bistand under legekonsultasjonen med å gi legen nødvendige opplysninger

Helsekontroller av voksne personer med utviklingshemming

Mange studier har vist at jevnlige helsekontroller hos allmennlege av voksne og eldre personer med utviklingshemming avdekker symptomer og funn som kan behandles før de gir helsetap og økende funksjonstap. Helsekontrollene kan avdekke udiagnostiserte tilstander, alt fra alvorlige lidelser som kreft, hjertesykdom og demens, til tilstander som nedsatt hørsel og syn. Gjennomsnittsalderen til mennesker med utviklingshemming har økt, og dermed også forekomsten av aldersrelaterte sykdommer. I tillegg er vedvarende tilstander som overvekt, dårlig ernæring, lite fysisk aktivitet og andre livsstilssykdommer ofte udiagnostisert og ubehandlet. Både norske og internasjonale retningslinjer anbefaler derfor regelmessig helsesjekk av personer med utviklingshemming (Robertson, Hatton, Emerson, Baines, 2014 og Ellingsen, 2007). I følge denne litteraturen vil det for de fleste være tilstrekkelig med årlige kontroller. Noen brukere vil ha behov for hyppigere kontroller, mens for enkelte vil lengre intervaller være tilstrekkelig. Det må ut fra dette anses at jevnlig helsekontroll hos fastlegen utgjør del av den nødvendige helsehjelpen til voksne eller eldre personer med utviklingshemming.

Kommunen skal medvirke til at brukerne får nødvendig legetilsyn. Hjemmesykepleien/ansvarlig for helsetjenestene i brukernes hjem må derfor bistå brukerne med å få ivaretatt sitt behov for regelmessig helsekontroll.

4.2.1 Bistand til å komme i kontakt med lege

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

På tjenestestedet må det være rutiner som sikrer at kontrolltimer bestilles i henhold til avtaler med fastlege/spesialisthelsetjenesten om hvor ofte slike konsultasjoner skal foretas. Kommunen må sikre at avtalte timer

blir gjennomført. Det må være klart hvem som skal sørge for at brukeren møter opp til disse.

Helsetjenesten/ansvarlig for helsetjenestene i brukerens hjem må ta kontakt med fastlegen dersom det er tvil om hvilket opplegg fastlegen har for helsekontroll av brukeren. Under forberedelsene av tilsynet har vi fått mange innspill om at kommunen er for tilbakeholdne med å kontakte fastleger med sikte på samarbeid om oppfølgingen av den enkelte bruker.

Ved tilsynet skal det undersøkes om alle brukerne (som det er hentet inn vedtak på) tilbys årlige kontrolltimer hos fastlege. Der dette ikke er tilfelle, må kommunen gjøre rede for hvilke tiltak de har foretatt for å avklare med hvilken oppfølging (omfang/hyppighet av konsultasjoner) fastlegen legger opp til å ha av brukeren. Dersom det over tid har vist seg umulig å få til et samarbeid om noen form for jevnlige konsultasjoner hos legen, bør det forventes at kommunen tar opp ev. skifte av fastlege med bruker og/eller dennes representant.

Tips:

Dersom det fremgår av journaler og ved intervjuer at det er gått mer enn ett år siden forrige legekonsultasjon, må kommunen kunne godtgjøre at dette er avklart med fastlegen.

Helsetilsynet legger til grunn at det for alle brukere må være avklart med fastlegen hvordan brukeren skal følges opp, og hva de ansatte skal være særlig oppmerksom på (se også 4.1). For enkelte brukere vil det ikke være behov for spesielle oppfølgingstiltak, men også dette må være avtalt.

Legebesøket må forberedes sammen med brukeren og kommunen må sørge for å ivareta brukerens rett til medvirkning. Informasjon om hva som skal skje må gis på en tilpasset måte, og bidra til at brukeren – ut fra sine forutsetninger – kan være med å påvirke det som skjer før/under og etter legekonsultasjonen.

4.2.2 Bistand under konsultasjonen

Å få «tilgang til» undersøkelse og behandling hos lege innebærer også bistand til å få gitt de opplysningene om seg selv og sin helsetilstand som legen trenger for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Brukeren kan også trenge bistand fra ledsager når legen skal foreta undersøkelser og det ev. skal tas blodprøver mv. Det er ofte avgjørende at bistand under konsultasjonen gis av ansatte som brukeren kjenner godt og føler seg trygg sammen med.

Den som er med brukeren under legekonsultasjonen må kunne gi nødvendig og relevant informasjon om brukeren til legen og tilsvarende bringe tilbake den informasjon helse- og omsorgtjenesten trenger for sin videre oppfølging. Kommunen må sikre at den ansatte har nødvendige faglige kvalifikasjoner til dette. Dersom det er pårørende alene ledsager brukeren og deltar ved konsultasjonen, må kommunen på annen måte sikre at nødvendig informasjon formidles til/fra legen.

Det er særlig viktig at ledsageren kan gi tilstrekkelig og relevant informasjon om mulige psykiatriske symptomer. Dette forutsetter ofte at ledsageren har kjent brukeren over lang tid og kan skille mellom hva som er normalt (vanlig) for brukeren og hva som representerer endring. Ledsageren må derfor kunne gjøre rede for om det har oppstått atferdsendringer som endret søvnmønster, irritabilitet, utagering og /eller selvskadende atferd. God informasjon om

disse forholdene er viktig for fastlegens vurderinger, både når det gjelder psykiatrisk sykdom/psykiske plager og/eller om endringene kan være forårsaket av smertetilstander eller andre somatiske plager.

Et viktig punkt vil også være vurdering av eventuell medisinering. De ansatte må kunne formidle informasjon om mulige bivirkninger/manglende effekt eller andre forhold det er nødvendig at fastlegen får informasjon om.

Dersom ledsager ikke har nødvendige helsefaglige kvalifikasjoner til å bistå brukeren med å gi og ta imot informasjon om sin helsetilstand, må kommunen sørge for at legen på annen måte forut for konsultasjonen får de opplysningene hun/han har behov for. Dette er en dårligere løsning fordi det da ikke vil være mulig for legen å få supplerende opplysninger underveis i konsultasjonen.

Stikkprøver – tips:

I journaler/dags- eller ukeplaner vil det kunne framgå hvem som har fulgt brukere til legekonsultasjoner. Fylkesmannen kan etterspørre hvilke faglige kvalifikasjoner vedkommende har, ev. hvordan kommunen sørget for å legge til rette for at legen fikk tilstrekkelig informasjon under konsultasjonen.

Journaler bør også gjennomgås med sikte på om de inneholder tilstrekkelig informasjon om legekonsultasjoner og om hva som skal gjøres av oppfølging på tjenestestedet etter konsultasjonen. Her vil inngå tidspunkt, bakgrunn for konsultasjonen, legens funn og vurderinger, videre oppfølging av brukeren i hjemmet (for eksempel observere endringer allmenntilstand, atferd, spesifikke symptomer, følge med på matinntak, urin/avføring, søvnmønster). Er legemiddelbehandlingen tilstrekkelig dokumentert?

4.3 Kriterier – helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Kommunen sikrer at mennesker med utviklingshemming får forsvarlig helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling.

Hjemmel: Hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, jf. §§ 4-1, 3-4, 5-4, pbrl. §§ 3-1 til 3-3 og 3-5, forskrift om legemiddelhåndtering §§ 4 og 7, hol. § 3-1 tredje ledd, jf. internkontrollforskriften §§ 3-5.

Revisjonskriteriene er utformet som påstander. Dersom svaret på påstanden er nei, er revisjonskriteriet brutt. Brudd på et enkelt kriterium representerer ikke nødvendigvis et avvik. Revisjonskriteriene må vurderes i sammenheng. Først når undersøkelsene er gjennomført, vil det kunne formuleres eventuelle avvik basert på faktiske forhold som klart viser hva som svikter eller representerer en for stor fare for svikt, og hvilke elementer i interkontrollen som ikke fungerer når det gjelder å sikre gjennomføring av personlig assistanse. Fylkesmennene skal vurdere hvert område og formulere konkrete konklusjoner og avviksformuleringer. Avvikene skal ikke være formulert mer omfattende enn det revisjonsbevisene tilsier.

Legemiddelhåndtering

Kriteriene er de samme som er i kartleggingsskjemaet, bortsett fra de to nederste i denne listen.

- Det er avklart – og kjent – hvem som har ansvar for legemiddelhåndteringen.
- Den som har ansvaret er lege eller provisorfarmasøyt eller har utpekt medisinsk faglig rådgiver som er lege eller provisorfarmasøyt.
- Det er utarbeidet prosedyrer for risikovurdering.
- Virksomhetsleder har vurdert risikoforhold i legemiddelhåndteringen.
- Det er utarbeidet skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.
  - Bestemmelsene er gjort kjent for ledere og ansatte med legemiddelhåndteringsoppgaver.
- Dokumentering/journalføring knyttet til legemiddelhåndteringen inngår alltid i opplæringen.
- Det gjøres konkrete vurderinger av ansattes formelle og reelle kvalifikasjoner før de tildeles oppgaver innen legemiddelhåndtering.
  - Det blir vurdert at det enkelte helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre i stand legemidler før vedkommende får tildelt dette som oppgave.
  - Det blir vurdert at det enkelte helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut ferdig istandgjorte legemidler før vedkommende får tildelt dette som oppgave.
- Virksomheten (enheten) har skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndteringen som er oppdatert etter ny forskrift (trådte i kraft 1. januar 2015). (Det forventes ikke gjennomgang/vurdering av prosedyrene utover dem som angår utdeling av legemiddel).
  - Prosedyrene er gjort kjent for ledere og ansatte som er involvert i legemiddelhåndteringen.
- Virksomheten har rutiner som sikrer at ansatte som har som oppgave å dele ut ferdig tillaget legemiddel
  - identifiserer pasienten
  - gir pasienten rett legemiddel til rett tid
  - observerer at pasienten tar legemiddelet
  - dokumenterer at pasienten har tatt legemiddelet

- Meldte avvik i tilknytning til legemiddelhåndteringen blir gjort kjent for virksomhetsleder.
- Meldte avvik blir fulgt opp av virksomhetsleder, blir analysert og brukt til å forbedre rutiner og praksis for legemiddelhåndteringen.
- Kontroll av prosedyrene for legemiddelhåndteringen blir utført regelmessig og minst én gang årlig.

I tillegg:

- Identifiserte/vurderte risikoforhold blir fulgt opp med sikte på å redusere risiko.
- Det føres løpende kontroll med at oppgaver og utdeling med istandgjøring og utdeling utføres som forutsatt.
- Det føres løpende kontroll med dokumentasjon.

Kriterier for de øvrige delene av tilsynet med helsetjenester i hjemmet og tilgang til undersøkelse og behandling.

Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

- Det er tilrettelagt for samarbeid mellom kommunens helsetjeneste og brukernes fastleger og med spesialisthelsetjenesten der dette er aktuelt.
- Ansvar for oppgaver knyttet til oppfølging av den enkelte bruker etter legekonsultasjoner er avklart og gjort kjent for dem det gjelder

- Leder på tjenestestedet har avklart med fastlegen hyppighet av helsekontroll, hvilke opplysninger om brukeren fastlegen har behov for å få, hvordan legen formidler nødvendig informasjon tilbake til kommunen om hvilke forhold som skal følges opp i brukerens hjem, og hvilke endringer som kan innebære ny legekontakt,
- Leder på tjenestestedet har avklart hvilken oppfølging som foretas av spesialisthelsetjenesten, hvilke opplysninger spesialisthelsetjenesten har behov for når bruker skal til kontroll der, og hvordan informasjon formidles tilbake til kommunen om forhold som skal følges opp i brukerens hjem og hvilke forandringer som skal medføre kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Det er klart hvem som sørger for at det bestilles kontrolltime hos fastlegen og hvor ofte dette skal skje, og er avklart hvem (ansatte og/eller pårørende/verge) som følger brukeren til fastlegen og deltar under konsultasjonen. Det er etablert ordninger for at nødvendig informasjon fra konsultasjonen skal komme tilbake til tjenestestedet dersom kun pårørende er sammen med brukeren hos legen
- Kontakt med lege tas i forståelse med brukeren.
- Det er klart hvem som har oppgaven med å informere brukeren om forestående legebesøk og sørge for at brukeren gis anledning til å medvirke til om og hvordan hjelpen skal gis.

Kompetanse og personellstyring

- Ansatte som er satt til å avklare og følge opp brukernes behov for helsehjelp har nok kunnskap.
  - De har bakgrunnskunnskap om de aktuelle sykdommene hos hver av brukerne de skal følge opp (diagnose/årsaksforhold/viktigste symptomer/tegn på mulig forverring/pågående behandlingstiltak/herunder hvilke legemidler og viktige virkninger/bivirkninger).
  - De er i stand til (fra egen utdanning og/eller opplæring i kommunen) å gjøre nødvendige observasjoner og vurderinger av brukerens helsetilstand.
  - Kommunen har skolert ansatte for å identifisere og yte hjelp ved akutte tilstander, herunder epileptiske anfall, generell førstehjelp.
  - Ansatte som bistår bruker under legekonsultasjon har faglig kompetanse til å kunne formidle relevante opplysninger om brukerens helse og andre relevante forhold.
  - Ansatte er opplært i førstehjelp.

Tiltak for å tilrettelegge for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Involverte ansatte – herunder også vikarer og nyansatte – blir gjort kjent med hvilke helseforhold som skal følges opp hos den enkelte bruker og hvordan disse skal rapporteres og dokumenteres.
- Det er etablert rutiner/prosedyrer.
- Nødvendige journalopplysninger nedtegnes og er tilgjengelige for ansatte som trenger dem utfra deres ansvar/oppgaver. Ansvarlig leder for helsehjelpen følger med på om det foretas tilstrekkelig journalføring og sørger for at journalføringen blir forbedret der det er behov.
- Ansatte melder fra om brukere som ikke får ivaretatt sin helseoppfølging. Leder foretar korrigerende tiltak og følger med på om situasjonen bedrer seg.
- Ledelsen på tjenestestedet har avklart samarbeidsrutiner med fastlege og spesialisthelsetjenesten og følger med på at disse følges som forutsatt

Ledelsens gjennomgang

- Kommunen kontrollerer at helseoppfølgingen skjer som forutsatt: Kommunen etterspør status (opplæring/kompetanse, ressurssituasjon mv.), lokal leder rapporter i linjen dersom mangler (kompetanse, ressurser) som det ikke kan kompenseres for lokalt.
- Kommunen følger med på at brukermedvirkning blir ivaretatt ved at
  - pasienten blir informert om helsetjenestene som hun/han får
  - pasienten får mulighet til å medvirke til om – og hvordan – helsehjelpen gis.

5 Forberedelser og gjennomføring av tilsynet

5.1 Tilsynets omfang

Volumkrav

Det landsomfattende tilsynet inngår i de samlede volumkravene for tilsyn med helse- og omsorgstjenester slik de følger av tildelingsbrevet fra KMD. På bakgrunn av dette tilsynets merarbeid knyttet til forberedelser og gjennomføring av samtaler med brukere og/eller deres representanter har Helsetilsynet besluttet at tre gjennomførte tilsyn teller som fire, og seks gjennomførte tilsyn teller som åtte.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder skal som minimum gjennomføre tilsyn i seks kommuner/bydeler. De øvrige fylkesmennene skal som minimum gjennomføre tilsyn i tre kommuner.

Tidsrammer

Samtlige tilsyn skal være foretatt i løpet av 2016. Dersom fylkesmannen finner det nødvendig å forskyve enkelttilsyn til første kvartal 2017, ber vi om å bli informert om dette.

Vi legger til grunn at hvert tilsynsbesøk vil kreve minimum to dager. Vi anbefaler at fylkesmannen intervjuer minst fire brukere eller deres representant ved hvert tilsyn. Samtalen med hver bruker antas å ta om lag 45 minutter. Det er avgjørende at fylkesmannen er godt forberedt til det enkelte intervju. Relevante tips til gjennomføring av samtalen finnes i kapittel 5 i *Veileder for Fylkesmannens samtaler med barn og unge i barneverninstitusjoner* (Internserien 1/2012).

5.2 Kompetanse i tilsynslagene

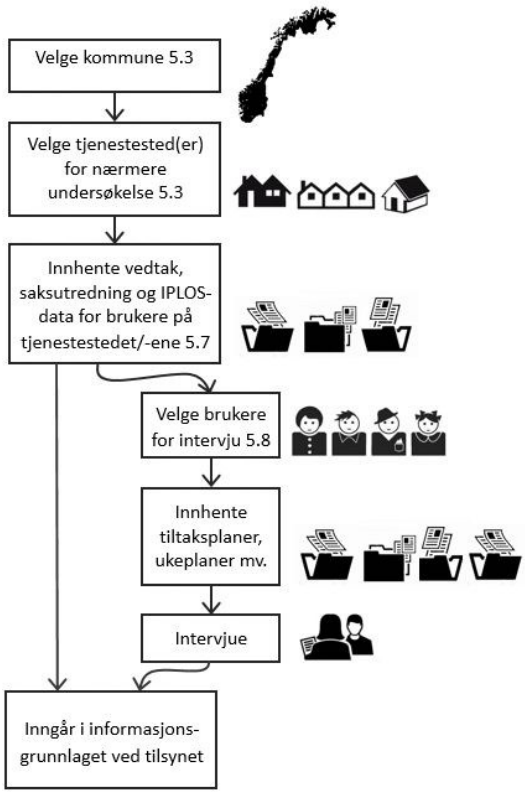
Tilsynslaget må ha medlemmer med bred kunnskap om og erfaring fra tilsyn med tjenester til personer med utviklingshemming. Det er også nødvendig med erfaring fra å føre samtaler med personer med utviklingshemming og/eller deres representanter om deres erfaringer med hvordan tjenestetilbudet tilrettelegges og gjennomføres. Det vil derfor være en fordel at revisorene har erfaring med å gjennomføre stedlige tilsyn og herunder har hatt samtaler med brukere og pårørende. Det vil også være behov for juridisk og helsefaglig kompetanse i tilsynslaget.

5.3 Valg av kommuner og tjenestesteder

Som vanlig ved landsomfattende tilsyn, er det fylkesmannen som velger ut kommunene det skal gjøres tilsyn i. Valget foretas på bakgrunn av risikovurderinger, lokalkunnskap om tjenestene og hensyn som vedrører

fylkesmannens samordning av tilsynsaktiviteter i kommunene.

I valgte kommuner må fylkesmannen skaffe seg oversikt over mennesker med utviklingshemming som mottar helse- og omsorgstjenester og hvor tjenester ytes, tjenestested(er). Fylkesmannen må ut fra risikovurdering og lokal kunnskap velge tjenestested(er) hvor gjennomføring av tjenestene skal undersøkes. Antall og utvalg av brukere avhenger av valgt(e) tjenestested(er).



Privat virksomhet

Dersom det er fylkesmenn som sitter med informasjon som tilsier at det bør gjennomføres tilsyn med privat virksomhet, anbefaler Statens helsetilsyn følgende tilpasninger:

- Det er den private virksomheten som er pliktsubjektet, og rapporten stiles til virksomheten som har ansvaret for å rette eventuelle avvik.
- Det er virksomhetens styring med gjennomføring av helse- og omsorgstjenester som undersøkes (det vil si veilederens tilsynstema og kriterier).
- Undersøkelsene tilpasses de oppgaver virksomheten har påtatt seg å utføre på vegne av kommunen.

Dersom et embete velger privat virksomhet som tilsynsobjekt, er det ønskelig med informasjon om dette til Statens helsetilsyn for oversikt over omfang og for eventuell veiledning i planlegging av tilsynet.

5.4 Formøte og kontakt med kommunen

Vi antar at en del fylkesmenn på grunn av tilsynets innretning vil finne det hensiktsmessig å avholde formøte med den enkelte kommune eller et felles møte for alle kommunene som omfattes av tilsynet.

I dette landsomfattende tilsynet vil det være behov for en særlig tett og god dialog med en kontaktperson i kommunen for å kunne forberede gjennomføringen.

5.5 Tilsynsmetode

Tilsynet skal gjennomføres som en systemrevisjon i henhold til gjeldende prosedyre for gjennomføring av systemrevisjoner, med det tillegg at det også skal gjennomføres intervjuer med brukerne, se nedenfor.

Tilsynet er innrettet slik at tjenestetilbudet til et utvalg brukere blir fulgt gjennom tilsynet. Innhentede vedtak med tilhørende saksunderlag gir fylkesmannen mye informasjon om de aktuelle brukere, deres behov og tjenestetilbud og vil gi et godt grunnlag for å vurdere kommunens styring. Det er særlig viktig å skaffe god informasjon om de brukerne som fylkesmannen også intervjuer/fører egne samtaler med. Det er viktig at brukeren og ev. representant og kommunen er innforstått med at intervjuene har som formål å belyse generelle forhold tjenestetilbudet/-utøvelsen. Det er ledere med ansvar for og ansatte som yter tjenester for de utvalgte brukerne som skal intervjues.

Det er utarbeidet et kartleggingsskjema for å undersøke legemiddelhåndteringen. Se nærmere om bruken av skjemaet i kapittel 4.

Dersom fylkesmannen vurderer at informasjonen gir grunnlag for videre undersøkelser av enkeltpersoners tjenestetilbud, for eksempel dersom fylkesmannen avdekker ulovlig bruk av tvang, må dette følges opp særskilt som egen sak.

5.6 Innhenting av dokumentasjon om kommunens styring

Aktuell dokumentasjon (ikke uttømmende):

- organisasjonskart for kommunen og annen informasjon om viser gjeldende ansvars- og oppgaveplassering for helsetjenestene til utviklingshemmede
- ved nylige gjennomførte omorganiseringer eller andre vesentlige endringer av betydning for ansvar, myndighet og/eller oppgaveløsning knyttet til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven
- relevante sakspapirer dersom det nylig er gjennomført omorganiseringer av betydning for ansvar, myndighet og/eller oppgaveløsning knyttet til det aktuelle tjenesteområdet
- styrende dokumenter for kommunens samarbeid/samhandling om tjenester til målgruppen: mellom ulike instanser innad i kommunen, mellom kommunen og fastlegene og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten)
- delegasjonsreglement eller annet som viser hvordan vedtaksfullmakt er delegert
- dokumenter som viser oppgave- og ansvarsfordeling
- stillingsinstrukser eller tilsvarende for stillinger/personellgrupper knyttet til tjenester til brukergruppen
- kompetansekrav for stillinger knyttet til tjenestetilbudet og planer/opplegg for opplæring og veiledning av de ansatte, herunder også nyansatte og vikarer
- planlegging av tjenestene: turnus og oppgaver, prosedyrer mv. som omhandler gjennomføring av tjenestetilbudet. Herunder også for ev. tjenester som utøves av hjemmesykepleien
- opplegg for dokumentasjon av tjenesteutøvelsen, herunder journalføring av helsehjelpen
- opplegg for registrering og håndtering av avviksmeldinger, andre kontroll- og evalueringsaktiviteter knyttet til

tjenesteutøvelsen. Oversikt over siste tre måneders innmeldte avvik
- gjennomførte risikovurderinger/-analyser, internrevisjoner. Dokumenter fra ev. kommunerevisjoner
- kopi av klagesaker
- kommunens informasjon til brukere, pårørende og verger om tjenestetilbudet

5.7 Innhenting av vedtak og tilhørende dokumenter

Som ledd i forberedelsene av tilsynet skal fylkesmannen innhente (enkelt)vedtak og tilhørende saksutredning (IPLOS-registrering og epikriser).

Vedtakene bør gjelde daglig hjelp, dvs. et visst omfang av tjenester. Noen av vedtakene må omfatte helsetjenester. Informasjonen i vedtakene brukes som utgangpunkt og grunnlag for den videre undersøkelsen og vurderingen av generelle trekk ved tilretteleggingen for og gjennomføringen av tjenestetilbudet. Fra vedtakene vil det være mulig å finne fellestrekk som er viktig å undersøke videre (se også punkt 5.9 om valg av brukere for intervjuer).

I sum vil også vedtakene si noe om hvilke tjenester om gis på stedet. Dette er et nyttig utgangspunkt for undersøkelse av om bemanning, kompetanse, rutiner mv. er tilstrekkelige til å ivareta tjenestebehovet.

Fakta fra vedtakene skal brukes gjennom de videre undersøkelsene. De samme personene skal følges gjennom revisjonen, fra gjennomgang av vedtak som bakgrunnsinformasjon, gjennomgang av dokumentasjon (individuell plan, ukeplaner, tiltaksplaner og tjenestebeskrivelser) og journaler som utgangspunkt for intervjuer utvalgte brukere, ansatte og ledere.

Valg av personer for intervju gjøres ut fra informasjonen i de innhentede vedtakene med saksutredninger (se nedenfor).

Journaler for brukere som har vedtak om helsehjelp gjennomgås under tilsynsbesøket.

5.8 Innhenting av informasjon ved samtaler med tjenestemottakerne

Pasienter, brukere og pårørendes erfaringer med et tjenestetilbud utgjør en viktig informasjonskilde for å kunne rigge til mest mulig treffsikre tilsyn. Møter med aktuelle pasient- og brukerorganisasjoner inngår alltid i forberedelsene av et landsomfattende tilsyn.

Fylkesmannen innhenter også ofte på eget initiativ opplysninger fra lokale pasient- og brukerrepresentanter som ledd i forkant av tilsynet i den enkelte virksomhet (kommune el. helseforetak). I veilederne til noen landsomfattende tilsyn har Helsetilsynet spesielt anbefalt at dette gjøres.

Ved dette landsomfattende tilsynet skal fylkesmannen intervjue et utvalg brukere og/eller deres representanter (heretter brukere som samlebetegnelse) som ledd i selve tilsynet med den enkelte kommune. Det innebærer at informasjonen fylkesmannen får fra brukernes om deres erfaringer med tjenestetilbudet, gir grunnlag for å stille mer konkrete spørsmål til kommunens ansatte og ledere og ved gjennomlesning av dokumentasjon og brukes som del av faktagrunnlaget for fylkesmannens konklusjon.

Dette innebærer en utvidet bruk av informasjon fra personer som er mottakere av det aktuelle tjenestetilbudet i

forhold til hva det er lagt opp til i prosedyren (punkt 5.4.1).

Informasjon fra brukerintervjuene skal dermed brukes som all annen informasjon i tilsynet, og de enkelte opplysningene må verifiseres fra andre kilder, jf. *Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon* punkt 5.5.2:

> *Informasjon hentes inn fra flere kilder, både skriftlige og muntlige. Det er de problemstillingene som skal undersøkes og de revisjonskriteriene som er valgt som bestemmer hvilken informasjon som skal innhentes. Informasjonen som fremkommer (inkludert forhåndsinnhentet dokumentasjon) vil være av ulik kvalitet og revisjonslaget må vurdere om den kan legges til grunn som revisjonsbevis. Målet med informasjonsinnhentingen er å få et mest mulig riktig og sant bilde av forholdene. Det forutsetter at innhentingen skjer på en systematisk måte, slik at alle relevante og nødvendig opplysninger kan bli vurdert.*
>
> *Bare informasjon som er tilstrekkelig sannsynliggjort og pålitelig ved at opplysninger fra flere og ulike kilder støtter opp om hverandre, kan betraktes som fakta, og brukes som revisjonsbevis. All innsamlet informasjon må løpende dokumenteres, og revisjonsbevisene skal nedtegnes.*

Dette landsomfattende tilsynet er del av et større utviklingsarbeid i Helsetilsynet som gjelder involvering av pasienter og brukere i tilsyn. Fylkesmannens erfaringer fra forberedelser og gjennomføring av samtaler med brukerne ved dette tilsynet vil derfor være viktige for Helsetilsynet i det videre arbeid på dette området. Helsetilsynet vil komme tilbake med nærmere informasjon om hvordan erfaringene med brukerintervjuer skal evalueres.

5.8.1 Utvelgelse av informanter

Fylkesmannen skal intervjue minst fire brukere ved hvert tilsyn.

Vedtakene vil kunne gi nyttig informasjon for utvelgelsen av informanter. I vedtakene framkommer det hva den enkelte trenger bistand til, hvilken grad av utviklingshemming brukeren har og om brukeren har kommunikasjonsutfordringer. Fylkesmannen bør velge informanter med utgangspunkt i informasjon fra vedtak med saksutredning, som har omfattende behov for tjenester og spesielle behov for tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester.

Brukere med vedtak som fyller et eller flere av disse kriteriene kan ha alle grader av utviklingshemming.

Fylkesmannen kan velge ut brukere som er i stand til selv å kunne fortelle om sine erfaringer med tjenestetilbudet og ta beslutning om å møte fylkesmannen og ha forståelse av hva som skal foregå. Brukeren kan om ønskelig ha med en person til å bistå med å tilrettelegge samtalen slik at brukeren føler seg trygg i situasjonen.

Fylkesmannen kan også velge ut en eller flere brukere som ikke selv er i stand til å meddele sine erfaringer med tjenestetilbudet. Dette innebærer det er personens representant (pårørende / verge) som formidler informasjonen om brukerens situasjon.

Fylkesmannen må i samråd med kommunen få avklart hvilke av (fylkesmannens foreslåtte) brukere som oppfyller de aktuelle kriteriene som er i stand til å delta. Det kan være behov for at brukeren har med seg en person for å tilrettelegge samtalen (omformulere spørsmål) slik at brukeren føler seg trygg i situasjonen.

5.8.2 Forberedelser til og gjennomføring av intervjuene

Når det gjelder fylkesmannens henvendelse til den enkelte bruker, anbefales det at fylkesmannen sender ut en forespørsel til brukeren om å delta sammen med tilrettelagt informasjon om hensikten med samtalen, hvor den kan foregå, hvordan den vil forløpe (varighet, type spørsmål bl.a.) og hvem som vil være til stede. Det bør tydelig framgå at det er frivillig å delta og at brukeren gjerne kan ha med seg en person. Det bør også framgå hvordan brukeren skal melde tilbake om han/hun ønsker å delta (forslag til informasjonsbrev – se vedlegg). Det vil være opp til bruker og eventuelt brukers representant om det er bruker selv eller en representant for brukeren som stiller til samtale.

Det sendes også informasjon til kommunens kontaktperson om hvilke brukere fylkesmannen har invitert til samtale. Det bes samtidig om at kontaktpersonen kan forklare brukeren nærmere om hva samtalen innebærer eller hjelpe brukerne å ta kontakt med fylkesmannen dersom de har ytterligere spørsmål. Om de utvalgte brukerne sier nei til å stille til samtale, kan fylkesmannen gå i dialog med kommunen om hvem som da skal inviteres til samtale.

For brukere som har sagt ja til å delta, må det i samråd med brukeren avklares om samtalen skal gjennomføres i brukers leilighet eller om brukeren ønsker at den skal foregå et annet passende sted. Det bør også avklares (med kommunen) om hvordan samtalen kan legges best mulig til rette ut fra brukers eventuelle kommunikasjonsutfordringer. Det bør settes av 45 minutter til hver samtale.

Fylkesmannen bør også hente inn en del ekstra informasjon om brukerne som skal intervjues for å få til en så målrettet samtale som mulig. For disse personene bør det hentes inn:

- journal (ved vedtak om helsehjelp)
- IPLOS-kartlegging
- dokumentasjon/informasjon om det som gis av personlig assistanse (tiltaksplan, dags- og ukesplan)
- individuell plan

Vi antar at det vil være hensiktsmessig å gjennomføre intervjuer med brukerne forut for intervjuene med ansatte og ledere, slik at informasjonen brukerne har gitt om sine erfaringer kan følges under i disse intervjuene.

Gjennomføring av intervjuene – noen tips

Det viktigste for å til en god samtale med brukeren er å legge til rette for en god dialog og skape trygghet og tillit. Det er viktig at de opplever å bli lyttet til og tatt på alvor. Samtidig vil vi understreke betydningen at formålet med intervjuene er å opplyse tilsynsområdene best mulig.

Generelt gjelder de samme prinsipper for god praksis ved intervju som ellers. Men det det noen forhold som det må tas særlige hensyn til, for eksempel:

- behov for kommunikasjonshjelpemidler og at brukeren kan trenge lang tid på å svare
- trygge situasjonen, ev. ta med en ansatt
- forsikre seg om at formålet med intervjuet er forstått
- ta hensyn til at en del brukere kan ønske å gi «de rette svarene»
- ta hensyn til at en del brukere kan ha vanskeligheter med å skille mellom egne opplevelser og andres

opplevelser

- følge opp svar som i utgangspunktet ikke virker «rett» med å undersøke nærmere
- henvise til rett instans dersom brukeren gir uttrykk for behov for ytterligere hjelp
- oppsummere samtalen og forsikre seg om at brukernes opplysninger er rett forstått (kontradiksjon)

For å ivareta personvernet skal det ikke fremgå av rapporten hvilke brukere som er intervjuet, men kun fremgå at brukere er intervjuet. I små kommuner må fylkesmannen være varsomme og ivareta personvernet. Observasjoner som bygger på informasjon fra brukerne skal også bygge på flere ulike kilder som støtter opp under hverandre.

Brukerne skal ikke delta på åpningsmøtet og sluttmøtet, da dette er møter mellom fylkesmannen og kommunen.

5.9 Øvrige aktiviteter rettet mot kommunene i tilknytning til tilsynet

Mange fylkesmenn har de senere år gjennomført ulike aktiviteter med sikte på også å stimulere til forbedringsaktiviteter i kommuner som ikke er omfattet av en lovlighetskontroll. Helsetilsynet har mottatt mange meldinger fra fylkesmennene om gode erfaringer med denne type aktiviteter.

Eksempler på tiltak:

- forut for varsel om tilsyn til enkeltkommuner, har alle kommuner blitt varslet om det forestående tilsynet, gjeldende lovkrav og at det vil bli foretatt tilsyn i et utvalg kommuner (utkast til brev – se vedlegg)
- informasjonsmøte for alle kommunene om tilsynstema og aktuelle lovkrav
- utsending av materiell for egenkontroll
- møter i etterkant av det gjennomførte tilsynet

Helsetilsynet vil legge til rette for et eget «prosjektrom» på LOSEN, for utveksling av informasjon om erfaringer fra denne typer aktiviteter og om planlagte aktiviteter.

Det er opp til fylkesmannen om, og ev. hva, de vil sette i gang av aktiviteter rettet mot kommuner som ikke inngår i tilsynet.

5.10 Tilsynsrapporter mv.

Tilsynsrapporter skal som vanlig sendes til Helsetilsynet (i word). Dersom endelig rapport ikke er ferdig innen 1. desember 2016, ber vi om å få tilsendt foreløpig rapport.

Standard rapportmal for systemrevisjon skal brukes.

Vi legger opp til å ferdigstille en oppsummeringsrapport fra tilsynet i løpet av annet kvartal 2017, som bl.a. vil bli publisert på Helsetilsynets nettsider.

Dersom fylkesmannen har gjennomført også andre aktiviteter rettet mot kommunene, ber vi om å få tilsend ev. resultater/rapporter mv., da disse vil være aktuelle både for omtale i oppsummeringsrapporten og for publisering på Helsetilsynets nettsider. Omtale og publisering vil i så fall avtales med den enkelte fylkesmann.

Veilederen for fylkesmannens tilsyn vil som vanlig ikke bli offentlig tilgjengelig før det landsomfattende tilsynet er

avsluttet.

6 Referanser

Baasland G, Engedal K. Bruk av psykofarmaka hos mennesker med utviklingshemning.Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129(17):1751- 3.

Berge K, Ellingsen KE. Modeller i miljøarbeid. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), 2010

Ellingsen KE. Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), 2007.

Ellingsen KE, red. Vernepleierfaglig kompetanse og skjønn. Oslo: Universitetsforlaget, 2014.

Grunnlagsarbeid for å fremme systematikk og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med et omfattende og sammensatt bistandsbehov – samsvar mellom brukers behov, vedtak og tilbud. Hamar: Helse Sør-Øst RHF, 2009.

Handegård TL, Gjertsen H. Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A. NF-rapport nr 1/2008. Bodø: Nordlandsforskning, 2008.

Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. E-læringsprogram. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). E-læringsprogrammet omhandler helseoppfølging av personer med utviklingshemming. (26.1.2016)

ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015. IS-2277. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Kittelsaa AM, Tøssebro J. Store bofellesskap for personer med utviklingshemming. Noen konsekvenser. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, 2011.

Kittelsaa A, Wiik SE, Tøssebro J. Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Fellestrekk og variasjon. Rapport 2015. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, 2015.

Larsen FK, Wigaard E. Utviklingshemning og aldring: en lærebok. Tønsberg: Aldring og helse, 2014.

Launes A, Rognlie JA. Omsorgsfeltets «hviskelek». Prosjektrapport. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), 2012.

Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. Rundskriv IS-7/2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Linde S, Owren T, red. Vernepleierfaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver. Oslo, Universitetsforlaget, 2011.

Meld. St. 45 (2012–2013). Frihet og likeverd - Om mennesker med utviklingshemming.

Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Om vernepleieryrket. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO), 2008.

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Psykisk utviklingshemming og psykisk helse. Psykotrop medikasjon. Temahefte 3. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), 2013.

Registrering av tal på personar med psykisk utviklingshemming i kommunane. Kriteriedata for inntektssystemet 2015. Rundskriv IS-3/2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2014.

Rettighetsutvalget. Utvalg om grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming. Oppnevnt av Kongen i statsråd høsten 2014.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Rundskriv IS-10/2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. The impact of health checks for people with intellectual disabilities: an updated systematic review of evidence.
Res Dev Disabil. 2014; 35(10):2450-62.

Romøren, TI. Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt? Høgskolen i Gjøviks rapportserie 2006:8. Gjøvik, Høgskolen, 2006.

Skog Hansen IL, Skevik Grødem A. Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene. Fafo-rapport 2012:48. Oslo: Fafo, 2012.

Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming. Rapport 1-2013. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013.

Söderstrøm S, Tøssebro J. Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, 2011.

Zachariassen P, Fjeld W, Kristiansen H, Mathisen A. Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (SOMO-prosjektet). Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Helse Førde, Helse Finnmark, 2013.

Wigaard E. Nevropsykologisk utredning av demens hos personer med utviklingshemning: repetert testing ved kartlegging av funksjonssvikt. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2012.

Vedlegg

Vedlegg 1: Lov- og forskriftsbestemmelser det henvises til i veilederen

Vedlegg 1: lov- og forskriftsbestemmelser (pdf)

I dette vedlegget er alle lov- og forskriftsbestemmelser det henvises til i veilederen gjengitt i fulltekst.
NB: Vedlegget følger ikke med veilederen i utskrift, men må printes separat.

Lenker til Lovdata:

Helse- og omsorgstjenesteloven

Pasient- og brukerrettighetsloven

Helsepersonelloven

Pasientjournalforskriften

Forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

Vedlegg 2: Forslag til brev til brukerne

Spørsmål om å være med i en undersøkelse om tilbudet du får fra kommunen

Fylkesmannen er et kontor og vi som arbeider der skal følge med på hvordan kommunene gir de som har behov for tjenester den hjelpen de har rett på.

I år skal vi undersøke hvordan kommunene gir hjelp til mennesker med utviklingshemming, i hjemmet og i fritiden.

Undersøkelsen gjelder kommunens tilbud og hjelp til personer som har en utviklingshemming, som er over 18 år og som bor i egen leilighet eller i eget hus. Vi skal ikke undersøke hjelpen til de som bor sammen med foreldrene sine. Undersøkelsen skal gjøres i alle fylker og i kommuner over hele landet.

Vi skal undersøke hvordan kommunen spør deg om hvordan du vil at hjelpen skal gis, og om kommunen følger de lover og regler som gjelder.

Vi har en liste over hvem som får hjelp i den kommunen du bor og det er derfor du får dette brevet. Vi vil gjerne snakke med deg om hjelpen du får og om det er planer eller avtaler for når du skal få hjelpen. Vi ønsker å vite hva du mener om hjelpen du får. Vi vil ikke fortelle kommunen hva du har sagt til oss. Det har vi ikke lov til.

Hvis du vil snakke med oss, ønsker vi å få vite litt mer om hjelp du har vedtak om. Det kan være om

- hjelp til personlige oppgaver
- hjelp til å være med på aktiviteter

- opplæring i dagliglivets gjøremål
- hjelp til å følge med på sykdom
- følge til lege og sykehus

Hvis du sier ja til å snakke med oss, kan du, hvis du vil, ta med noen fra familien, en venn eller en annen som du kjenner godt, under samtalen. Si fra om du vil at vi skal komme hjem til deg eller om du vil møte oss på et kontor i kommunen. Begge deler passer like bra for oss.

Du kan si fra til ..*navn på personen*.. eller til primærkontakten din om at du vil snakke med oss når vi kommer til din kommune. Du vil da få vite når vi skal snakke sammen. Hvis det er noe du lurer på så kan du ringe eller sende e-post til ..*navn på ansatt*.. hos fylkesmannen.

Vedlegg 3: Kartleggingsskjema for legemiddelhåndtering

Bokmål: Kartlegging av kommunens legemiddelhåndtering i boliger til mennesker med utviklingshemming (word)

Nynorsk: Kartlegging av kommunens legemiddelhandtering i bustader til menneske med utviklingshemming (word)

Tips: Høyreklikk og velg Lagre som.. for å lagre på din egen pc.