



SEL KOMMUNE
Botten Hansens gate 9
2670 OTTA

Saksbehandler, innvalgstelefon
Elisabeth Hagen, 62 55 13 73

Rapport fra tilsyn med Sel kommunes helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Sel kommune og besøkte i den forbindelse kommunen den 27., 29. og 30.09.2021.

Vi undersøkte om kommunen sørger for at helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav, slik at tjenestemottakerne får trygge og gode tjenester.

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

Statsforvalterens konklusjon:

1. Sel kommune sikrer ikke forsvarlig gjennomføring av tjenesten personlig assistanse til personer med utviklingshemming. Det er mangler ved oppfølgingen av tjenesten til utviklingshemmede.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 3-2

2. Sel kommune sikrer ikke gjennom sine systemer, at helsehjelp til alle personer uten samtykkekompetanse, gis med gyldig rettsgrunnlag. Det er heller ikke systematisk sikret at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse og opplæring i førstehjelp.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1, 4-2 og 5-10, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og forskrift om pasientjournal.

3. Sel kommune sikrer ikke at ulovlig bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ikke finner sted.



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

Vi ba om at eventuelle kommentarer/innsigelser til faktagrunnlaget i denne foreløpige rapporten sendes Statsforvalteren innen 10.12.2021. Vi mottok svar fra kommunen den 09.12.2021 og har gjort nødvendige endringer med utgangspunkt i kommentarene.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang.....	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	2
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	9
5. Statsforvalterens konklusjon	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	13

1. Tilsynets tema og omfang

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

Statsforvalteren undersøkte under dette tilsynet om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse, sikrer at personer over 18 år med diagnosen utviklingshemming, som bor i egen bolig ved Otta brygge, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tilsynets tema var:

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

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

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



Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Kommunen sitt ansvar følger av gjeldende regelverk:

- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Lov av 30. mars 1084 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift av oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for at de som oppholder seg i kommunen får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-1. Etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 a er den enkelte gitt rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Sammenholdt med hol. § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester fra kommunen utgjør ingen homogen gruppe, og bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser. Innenfor de rammer loven setter, er kommunen gitt frihet til å organisere virksomhetene og tjenestene ut fra lokale forhold og behov, men kommuner skal tilby de tjenester som fremgår av hol. § 3-2.

2.2. Systemer for ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette følger av hol. § 3-1 tredje ledd, jf. § 4-2.

Internkontrollplikten er nærmere utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er rettslig forpliktet til å sørge for at det etableres og gjennomføres slik systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med nevnte forskrift, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Dette følger av forskriftens § 3. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og være et verktøy som sikrer at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Det å sikre forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som også fordrer at kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.

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

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



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

2.3 Journalføring

Kommunen skal sørge for at tjenestene som blir gitt, dokumenteres på forsvarlig måte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. For helsehjelp er det krav om journalføring i helsepersonelloven § 39. Det innebærer at journalen må gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, avgjørelser og konkrete tiltak, slik at det enkelte helsepersonell gis et grunnlag for sine vurderinger og handlinger. Nødvendig og relevant informasjon må føres fortløpende, slik at journalen sikrer kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Også for tjenester som ikke er helsehjelp, må det gjøres en viss dokumentasjon for å sikre at tjenesteytingen blir forsvarlig og at ledelsen kan følge med på, og evaluere, tjenestetilbudet. Det forutsettes at iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger blir dokumentert, slik at tjenesten har et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer, samt for å kunne rapportere i ansvarslinjen. Hver tjenestemottaker skal ha én samlet journal.

2.4. Personlig assistanse, helsehjelp og tvang og makt

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Helsetjenester i hjemmet er hjemlet i bokstav a. Saksbehandlingsreglene om tvang og makt overfor utviklingshemmede er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og reglene om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A.

Bistand til egenomsorg: Personrettede oppgaver som for eksempel personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påkledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltid.

Tilsyn: Oppfølging fra ansatte utover praktiske oppgaver eller aktiviteter som gjennomføres sammen med tjenestemottakeren. Noen har behov for tilstedeværelse av ansatte hele tiden for å hindre at de skader seg selv eller andre, mens andre vil selv kunne tilkalle hjelp når de har behov.

Aktivisering: Bistand til aktiviteter som gjennomføres i og utenfor hjemmet. Aktivisering innbefatter hjelp til å opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, delta på aktiviteter og hobbyer ut fra egne interesser. Aktiviteter i form av personlig assistanse må også ses i sammenheng med andre aktivitetstilbud, både individuelle som støttekontakt og dagaktivitetstilbud/arbeidstrening og generelle velferds- og aktivitetstiltak.

Opplæring: Målrettede tiltak for å utvikle den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål (ADL), personlig stell og egenomsorg.

Helsehjelp i hjemmet: I pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 bokstav c defineres helsehjelp på denne måten: «Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål ...» Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege, innebærer at tjenesten tar kontakt med lege ved behov og at det foregår et samarbeid mellom fastlege og tjenesten. Kommunen må sørge for at ansatte som yter tjenester i hjemmet til tjenestemottakere med sykdommer som raskt kan forverre seg, er i stand til å identifisere aktuelle symptomer, og vite hvilke tiltak som må iverksettes, jf. helsepersonelloven § 16 og helse- og



omsorgstjenesteloven § 4-1. Det kan også oppstå ulike akutte situasjoner som krever rask behandling/førstehjelp fra ansatte, for eksempel brannskader, sårskader, tilløp til kvelning, hjertestans og epilepsianfall. Ansatte må derfor ha hatt opplæring i førstehjelp (inkludert hjerte/lungeredning) og være kjent med hva de skal gjøre dersom det oppstår situasjoner som krever akutt legehjelp. Vaksinasjon mot Covid-19 er å anse som helsehjelp.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A har et todelt formål. For det første skal reglene sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Det er et grunnleggende prinsipp at pasienten selv skal samtykke til hjelpen. Samtykke fra andre er ikke tilstrekkelig grunnlag for å yte helsehjelp i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelpen. Reglene i kapittel 4A åpner for at denne helsehjelpen under visse vilkår kan gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. For det andre skal reglene forebygge og redusere bruken av tvang. Formålsbestemmelsens annet ledd understreker og fremhever at helsehjelpen må tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet. På bakgrunn av pasientens utsagn og oppførsel, og den kjennskap helsepersonell og pårørende har til pasienten, må det legges til rette for at pasienten kan utøve sin selvbestemmelsesrett så langt som mulig.

Det er satt vilkår for å yte helsehjelp når pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelpen. Selv om vilkårene er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten, jf. § 4A-3 tredje ledd. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær framtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse. Begrepet «tvang» omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten. Eksempler på konkrete tiltak som kan benyttes for at nødvendig helsehjelp skal kunne gjennomføres, er å holde pasienten i armer og ben. Dersom man likevel ikke får undersøkt pasienten, kan beroligende medisin eller narkose være et alternativ. Andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten er likestilt med tvang. Med dette menes tiltak som ikke er typiske tvangstiltak, men som brukes for å omgå motstand hos pasienten slik at helsehjelpen kan gjennomføres. Tiltak kan gjennomføres uten at motstanden kommer til uttrykk. Slike tilfeller omfattes av loven dersom bakgrunnen for at tiltaket blir gjennomført på denne måten, er å omgå motstand, jf. § 4A-3 annet ledd.

Tvang og makt i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, omhandler reglene om bruk av tvang og makt ved personlig assistanse. Helsehjelp holdes utenfor dette regelverket. I tilsynet er det undersøkt om kommunen legger til rette for minst mulig bruk av tvang og makt ved gjennomføring av personlig assistanse og om saksbehandlingsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 blir fulgt i tilfeller der det er nødvendig å bruke tvang og makt. Hol kapittel 9 skal forhindre unødig bruk av tvang og makt, og det skal sikres at all tvang og makt gjennomføres i henhold til regelverket og dokumenteres på riktig måte. Gjennom regelverket er det også lagt opp til at man gjennom systematisk arbeid og andre metoder skal unngå bruk av tvang og makt så langt det lar seg gjøre. Dersom man skal sikre at tjenesten ytes uten bruk av uhjemlet tvang eller makt, er det avgjørende at samtlige ansatte har kjennskap til regelverket på et minimumsnivå.

2.5. Brukermedvirkning

Etter pbrl. § 3-1 første og annet ledd har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de skal gis mulighet til å bidra i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av sine tjenester.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta hjelp. Pasienter skal etter pbrl. § 3-2 første ledd gis den



informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere er etter samme bestemmelse sjuende ledd, gitt rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Brukermedvirkning innebærer en egenaktivitet som forutsetter at pasient og bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor legge til rette for at utviklingshemmede får tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning slik at den enkelte kan bidra ut fra sine ferdigheter, både i saksbehandlingsprosesser og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det er et krav at informasjon til brukeren og pasienter skal tilpasses den enkeltes forutsetning og gis på en hensynsfull måte, jf. pbrl. § 3-5.

Videre følger det av hol. § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen skal sikre brukermedvirkning på systemnivå og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utforming av det samlede helse- og omsorgstilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

Sel kommune har 5739 innbyggere (2020). Tiltak for funksjonshemmede består av bofellesskapet Otta brygge, Loftgårdsbakken samlokaliserte boliger og aktivitetssenteret. Avdelingene ledes av hver sin avdelingsleder. Virksomhetsleder har det overordnede ansvaret for de tre tjenestestedene. Tilsynet omfattet til sammen 15 tjenestemottakere over 18 år med diagnosen utviklingshemming, som bor i hver sin leilighet ved Otta brygge.

Statsforvalteren hadde i forbindelse med tilsynet samtale med to tjenestemottakere og en pårørende. Alle samtalene ble gjennomført ved tjenestestedet. Det ble i tillegg gjennomført samtaler med 13 ansatte fra ulike nivå i kommunen.

Organisering, ansvar og myndighet

Sel kommune er organisert i en to-nivåmodell; rådmannsledelse og virksomhetsledere. Rådmannens ledergruppe er sammensatt av tre kommunalsjefer sammen med rådmannen. Kommunalsjef for helse- og omsorg har fem tjenesteområder ledet av hver sin virksomhetsleder under seg. Tjenesteområdene består av tjenester for funksjonshemmede, sykehjemstjenester, helse og rehabilitering, hjemmebaserte tjenester og Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senters sengeavdeling. Tildelingskontoret for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester ligger i kommunalsjefens stab.

Tjenesteområde for funksjonshemmede har brukere ved bofellesskapet Otta Brygge med 15 leiligheter og en avlastningsleilighet, samt Loftgårdsbakken bofellesskap med fire leiligheter. Det er også noen tjenestemottakere som bor i egen bolig, som har tjenester fra dette virksomhetsområdet. I tillegg har kommunen etablert et aktivitetssenter i Øya. Tjenesteområde for funksjonshemmede



hadde i 2017 til sammen 55,88 årsverk. De 16 nye leilighetene ved Otta Brygge var ferdigstilt i januar 2019 og erstattet de tidligere bofelleskapene Elvebakken og Selsrogata.

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelse for virksomhetsleder, avdelingsledere og primærkontakter. I tillegg er det utarbeidet en prosedyre for ansvarsvaktene ved tjenestestedet. Virksomhetsleder har ansvaret for den totale tjenesteproduksjonen i virksomhetsområdet. Dette innebærer ansvar for budsjettering, økonomi- og personaloppfølging. Virksomhetsleder rapporterer til kommunalsjef for helse og omsorg. I økonomiske spørsmål rapporterer virksomhetsleder til økonomisjefen. Det er virksomhetsleder for tjenester for funksjonshemmede som er kommunens overordnede faglig ansvarlig i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Avdelingsleder skal avholde personalmøter, sørge for opplæring og veiledning av personalet, ha journalansvar i samarbeid med virksomhetsleder. Avdelingsleder skal også delta på ansvarsgruppemøter, aktuelle samarbeidsmøter, i kvalitetsutvalget og ved ansettelser. I stillingsbeskrivelsen til avdelingsleder ved Otta brygge står det videre nevnt følgende ansvarsoppgaver:

- Medisinsk ansvarlig for tiltak for funksjonshemmede.
- Faglig ansvar i avdelingen i forhold til beboerne på Otta brygge, inklusiv avlastningstilbudet.
- Ansvaret for å følge opp de hjemmeboende i forhold til ansvarsgruppemøter og tiltak.
- Ansvaret for fagteamet. Det vil si sørge for innkalling og være møteleder.
- Følge opp brukers helsetilstand i samarbeid med primærkontaktene og personalet forøvrig.
- Følge opp brukers individuelle plan i samarbeid med primærkontaktene og personalet.
- Arbeide etter metoden målrettet miljøarbeid i avdelingen. Det vil si være med å utarbeide opplegg for brukerne gjennom planlegging, utarbeidelsen, gjennomføringen og evalueringen. I denne forbindelse ansvarlig for å følge opp og evaluere dagsplaner, miljøregler osv.
- IPLOS registrering av brukerne i avdelingen.
- Den daglige driften i avdelingen. Det vil si: Påse at alle vakter er dekket, utarbeide turnus for avdelingen i samråd med tillitsvalgte, lønn, registrering av sykmeldinger/ egenmeldinger, holde seg innenfor budsjett, og hvis ikke rapportere til overordnet.

Alle tjenestemottakere har oppnevnt en primærkontakt. Primærkontakten skal være en sentral person som fungerer som en koordinator for det som skjer rundt tjenestemottakeren og med det ta initiativ til nødvendig samarbeid med andre. Videre skal primærkontakten samarbeide med avdelingsleder om opplæring, vedlikehold av ferdigheter og eventuelt avlæring av nedbrytende adferd. I tillegg skal primærkontakten sørge for at nødvendig informasjon når personalgruppa og eventuelt andre samarbeidspartnere. Primærkontakten har ansvaret for at brukers journal er oppdatert til enhver tid.

Det er planlagt møtестruktur for tjenestestedet. Det avholdes personal-/brukermøte for Otta brygge hver uke. Brukergruppen er delt i tre, slik at hver brukergruppe er tema på møtet hver tredje uke. Det skal meldes inn brukersaker, men det har blitt mindre av dette etter opprettelsen av Otta brygge. Tidligere var det leder i alle bofelleskapene og det var flere fagdiskusjoner på møtene. Det blir skrevet møtereferat i en bok som legges tilgjengelig for de ansatte til gjennomlesning. Nylig er det besluttet å sende ut møtereferat på e-post til hver enkelt ansatt. Virksomhetsleder har ukentlige møter med avdelingslederne. Disse møtene har ingen fast struktur, men det tas opp blant annet økonomi, opplæring, revidering av system, profil og annen planlegging. Møtet er et fora der virksomhetsleder får tilbakemelding fra sine avdelingsledere. Kommunalsjefen har møter med virksomhetslederne hver uke. Tema på møtene er økonomi, system og saker som meldes inn fra gang til gang.



Sel kommune bruker Profil som elektronisk journalsystem. Det er etablert et avvikssystem som er kjent for de ansatte. Det er kun meldt fem avvik de siste tre månedene. Disse avvikene dreier seg for det meste om selve bygget på Otta brygge, heisen o.l.

Kommunen har utarbeidet et skjema for opplæring av nytilsatte. De ansatte bekrefter at skjemaet brukes systematisk under samtalene, men opplæringen kan ikke dokumenteres, da skjemaene ikke arkiveres. Det er ikke etablert rutiner for systematisk veiledning i gjennomføring av tjenesten, og det er ikke avsatt tid til vernepleierfaglig arbeid. Under samtalene får vi opplyst at det blir liten tid til å jobbe med faget.

Under innhenting av informasjon ved samtaler, gis det fra intervjuobjektene et inntrykk av at Otta brygge er en stor og uoversiktlig enhet med mange ansatte, en forholdsvis stor gruppe tjenestemottakere og bare én leder.

Personlig assistanse, journalføring, helsehjelp, og tvang og makt

Personlig assistanse og journalføring

Det er utarbeidet ukeplaner for tjenestemottakerne, som viser en beskrivelse av ukens gjøremål. De ansatte opplyser at det kvitteres for utført ukeplan. Det er i tillegg utarbeidet tiltaksplaner og en presentasjon av tjenestemottakeren i Profil. Ansatte uttrykker at tjenestemottakerne i hovedsak får dekket sitt behov for aktivitet og hvile, og det er et omforent inntrykk av at det er nok tid til å utføre tiltak i tråd med innvilget vedtak.

Tilbakemeldinger fra pårørende/brukere er både positive og negative. Vi fikk informasjon om et økt behov for tjenester til en av tjenestemottakerne, der både ansatte og tjenestemottakeren selv har uttrykt et behov for økt antall timer bistand over tid, uten at det er startet en saksbehandlingsprosess for å vurdere behov og fatte vedtak. Det ble videre uttrykt et inntrykk av at ansatte har dårlig tid og stresser.

Journalføringen viser at tjenestemottakerne bidrar i dagliglivets aktiviteter, tilpasset deres funksjonsnivå. Journalføringen inneholder faktabeskrivelser, men det mangler ofte vurderinger, evalueringer og eventuelle forslag til tiltak/endring. Vi hitsetter følgende eksempler fra journalføringen:

«Urolig, mye lyd, klyping, drar i personalet. Skal ut i gangen omtrent uavbrutt»

«Bruker hadde falt inne på leilighet på morgenvisitten. Slått seg i pannen»

«Ugrei på tur. Hylte og skreik. Ble geleidet ut i bilen.»

Kommunen har ikke etablert en rutine for gjennomgang og evaluering av journalføringen.

Helsehjelp

Tjenestemottakernes helsetilstand følges opp ved dialog og kontakt med fastlege og annet helsepersonell, og det er avklart hvem som skal følge til lege og til annen helseoppfølging. Når det gjelder oppdatering av diagnoser i Profil er det noe uklart hvor ansvaret ligger. Tildelingskontoret opplyser at tjenestestedet skal gjøre dette, og tjenestestedet opplyser at dette er tildelingskontoret sitt ansvar. Det fremstår dermed uklart hvem som skal oppdatere diagnoselisten.

Førstehjelpskurs er planlagt årlig, men gjennomføres kun «ved behov», og er sist gjennomført i 2017 med ca. 26 ansatte. Kommunen kan ikke dokumentere at andre førstehjelpskurs er gjennomført.



Tjenestemottakere er vaksinert mot Covid-19 uten at gyldig samtykke eller annet rettsgrunnlag er dokumentert. Det er hos en tjenestemottaker gitt beroligende medisin før vaksinerings, med bakgrunn i at kommunen vurderte det som sannsynlig at vedkommende ville motsette seg vaksineringsen. Hendelsene er ikke avviksført eller fulgt opp av ledelsen.

Tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

Kommunen kan ikke dokumentere at alle ansatte har gjennomført kurs i tvang og makt. Videre fant vi at ansatte og ledelsen viser manglende forståelse for lovverket om bruk av tvang og makt. Ansatte er kjent med skjema for melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, men det blir i journalen og i samtalene beskrevet bruk av tvang i nødsituasjoner der det ikke er sendt slik melding.

Tilsynet avdekket videre to tilfeller av tvang og makt som ikke er vedtaksfestet. Det dreier seg om å stoppe en tjenestemottaker fra å blant annet gå inn i andres leiligheter og å forhindre at en tjenestemottaker klorer seg ved å ta på et mekanisk tvangsmiddel. Statsforvalteren har videre overprøvd og ikke godkjent et vedtak om tvang og makt hos en tredje tjenestemottaker pga. saksbehandlingsfeil. Ledelsen uttrykker en oppfatning av at det er vanskelig å få godkjent et vedtak om tvang og makt hos Statsforvalteren.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Statsforvalteren skal ved sine tilsyn ha fokus på om tjenestemottakerne får trygge og gode tjenester, og om de trygge og gode tjenestene er et resultat av systematisk styring. Styringssystemet i en virksomhet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 5. I kravet til systematisk styring ligger det at kommuneledelsen har ansvar for å sikre etterlevelse av helse- og omsorgstjenesteloven gjennom systematisk styring og forbedringsarbeid.

Vi fant at journalføringen inneholder faktabeskrivelser, men det manglet ofte vurderinger, evalueringer og eventuelle forslag til tiltak/endring. Også for tjenester som ikke er helsehjelp, må det gjøres en viss dokumentasjon for å sikre at tjenesteytingen blir forsvarlig og gi ledelsen mulighet til å følge med på, og evaluere, tjenestetilbudet. Vi fant at vurderinger rundt observasjoner som var gjort ikke blir dokumentert, slik at tjenesten etter Statsforvalterens vurdering, mangler et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer i tjenestemottakernes tilbud om personlig assistanse. Tilsynet avdekket videre at ledelsen ikke har etablert en rutine for gjennomgang og evaluering av journalføringen. Når det ikke foreligger klare rutiner for å kontrollere journalføringen innebærer dette en risiko for at tjenestene ikke blir korrigeret ved behov.

Den medisinske oppfølgingen av brukergruppen anses ikke godt nok sikret når personalgruppa ikke har oppdatert førstehjelps kompetanse. Statsforvalteren vurderer at ledelsens beslutning om at førstehjelpskurs skal gjennomføres «ved behov», er en misforståelse av hensikten med slike kurs. Førstehjelp er ikke bare teori, men også trening i praktisk gjennomføring av livreddende tiltak. Kunnskap og ferdigheter innen livreddende førstehjelp er ferskvare og det er viktig at denne kunnskapen oppfriskes regelmessig slik at personalet både har kompetanse til, og føler seg trygge nok, til å hjelpe i akutte situasjoner.



Videre fant vi at enkelte tjenestemottakere uten samtykkekompetanse har fått helsehjelp i form av vaksine mot Covid-19, uten at vurderingen av eventuelt gyldig rettsgrunnlag er dokumentert. Tilsynet fant i tillegg at Sel kommune har gitt beroligende medikamenter for å forhindre forventet motstand hos en tjenestemottaker før vaksinasjon. At kommunen ikke sikret gyldig rettsgrunnlag før vaksinasjon av tjenestemottakere uten samtykkekompetanse, viser at kommunen ikke sikret at ulovlig tvang ikke ble utøvd. At det i tillegg ble gitt beroligende medisiner for å unngå forventet motstand, uten at det ble vurdert om inngrepet var å anse som tvang, vitner om manglende forståelse av grensene for tvang og makt.

To tiltak som blir benyttet i tjenesteytingen er etter Statsforvalterens vurdering tvang og makt, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 9-2. Da både planlagt og ikke planlagt tvang og makt blir benyttet uten at det foreligger et gyldig vedtak, samt at det heller ikke er sendt melding om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, er dette brudd på saksbehandlingsreglene i helse og omsorgstjenesteloven § 9-7.

Statsforvalteren ser alvorlig på at det fra ledelsens side ble uttrykt en form for resignasjon på bakgrunn av at vi ved overprøving av et vedtak om tvang og makt, måtte sende vedtaket tilbake til kommunen på grunn av saksbehandlingsfeil. Vi vurderer at det innebærer en risiko for svikt, og fare for å påføre tjenestemottakeren vesentlig skade, dersom en behandlingsprosess i et vedtak etter kapittel 9, settes på vent med begrunnelse i at det å få igjennom et vedtak hos Statsforvalteren er vanskelig.

Det er avdekket at flere ansatte og ledelsen hadde manglende kunnskap om grensene for tvang og makt, og at det ikke kunne dokumenteres at alle ansatte hadde fått opplæring på området. Dette medfører en risiko for at ulovlig tvang og makt brukes. Det at tjenestene ofte ytes av ansatte som er alene med tjenestemottakeren har også betydning for krav til kompetanse, opplæring og veiledning. Når kommunen ikke i tilstrekkelig grad har sikret opplæring av de ansatte, innebærer dette en stor risiko for svikt i tjenesteytingen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Videre finner vi at det ikke er tilrettelagt for systematisk veiledning og faglige diskusjoner blant personalet i tjenesten til utviklingshemmede.

Tilsynet avdekket ansvarsoppgaver på virksomhetsledernivå som vanligvis dekkes på avdelingsledernivå. Videre avdekket vi ansvarsoppgaver på avdelingsledernivå, som vanligvis dekkes av vernepleiere. Vernepleierkompetansen blir ikke systematisk benyttet i tjenesteytingen. Dette innebærer etter vår vurdering en betydelig risiko for svikt i tjenesteutøvelsen og kan føre til at tjenestemottakerne ikke får nødvendige og forsvarlige tjenester.

Det er meldt kun fem avvik de siste tre månedene før tilsynet ble gjennomført. Avvikene omhandler i vesentlig grad feil ved selve bygget på Otta brygge. Det at det ikke meldes avvik på tjenesteutøvingen, vil i seg selv svekke muligheten for styring og ledelse og en systematisk forbedring av kvalitet og ledelse. Det er opp til kommunen å beslutte hvordan det på en god måte skal sikres at tjenestene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Hvordan kommunen velger å organisere sitt avvikssystem, er derfor opp til kommunen. Samtidig finner vi at det er manglende internkontroll og systematisk oppfølging av planlagte tiltak. At det skrives få avvik, sett i sammenheng med det vi mener er lite systematisk evaluering og korrigerings, innebærer en risiko for at mangelfull planlegging eller gjennomføring av tiltak ikke fanges opp og korrigeres.

Et viktig element i arbeidet med å tilby forsvarlig bistand i form av personlig assistanse er helse- og omsorgstjenestens opplysnings- og veiledningsplikt. Dette fremgår av forvaltningsloven § 11 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a. Pasient og bruker skal ha den informasjon som er



nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter på best mulig måte. Informasjonen skal gis på en måte som blir forstått av mottakeren. Den skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og må tilpasses forhold som mottakerens alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Tilsynet avdekket at kommunen har hatt kjennskap til et ønske om økt behov for personlig assistanse over tid, uten at det er startet en saksbehandlingsprosess for å vurdere behov og fatte vedtak. Det økte behovet ble formidlet av både tjenestemottakeren selv og ansatte som kjente tjenestemottakeren godt. Kommunen kan ikke vente med å ta stilling til om hjelpebehovet skal utredes til en formell søknad er mottatt. Kommunen plikter i nødvendig og forsvarlig omfang å følge opp de opplysningene de blir kjent med, i den utstrekning den foreliggende informasjonen gir grunnlag for dette. Kommunen skal videre forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold, jf. forvaltningsloven § 11 a.

Statsforvalteren fant ved tilsynet at Sel kommune har gjort et betydelig arbeid når det gjelder å oppdatere Profil og å gi opplæring til personalet som skulle intervjues før tilsynet. Det ble allikevel funnet svikt tilknyttet styringssystemet og ledelse. Vi opplevde i tillegg en sviktende forståelse hos ledelsen for hvorfor styringssystemet og internkontrollen var mangelfull. Dette er svikt av en slik alvorlighetsgrad at tilsynet vurderer at det foreligger risiko for svikt i utøvelsen av tjenesten. Tilsynet har i denne vurderingen sett hen til størrelsen på tjenesten.

5. Statsforvalterens konklusjon

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

Statsforvalterens konklusjon:

1. Sel kommune sikrer ikke forsvarlig gjennomføring av tjenesten personlig assistanse til personer med utviklingshemming. Det er mangler ved oppfølgingen av tjenesten til utviklingshemmede.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 3-2

2. Sel kommune sikrer ikke gjennom sine systemer, at helsehjelp til alle personer uten samtykkekompetanse, gis med gyldig rettsgrunnlag. Det er heller ikke systematisk sikret at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse og opplæring i førstehjelp.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1, 4-2 og 5-10, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og forskrift om pasientjournal.

3. Sel kommune sikrer ikke at ulovlig bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ikke finner sted.

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

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

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



Statsforvalteren ber Sel kommune om å legge fram en plan for hvordan lovbruddet vil bli rettet. Planen skal som minimum inneholde følgende fire elementer:

- Tiltak som skal settes i verk for å rette lovbruddet.
- Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltakene blir iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene fører til forventet endring
- Tidspunkt for når kommunen forventer at lovbruddene er rettet og hvilke frister som blir satt for å sikre framdrift

Statsforvalteren ber om tilbakemelding med en slik plan innen 31.01.2022.

Statsforvalteren ønsker å være behjelpelige med veiledning i arbeidet med retting av lovbruddene. Vi vil derfor være tilgjengelige for videre dialog med kommunen gjennom oppfølgingen av tilsynet.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)
fylkeslege

Elisabeth Hagen
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

STATENS HELSETILSYN Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 25.06.2021.

Journalgjennomgang ble foretatt i et møterom ved Otta brygge den 27.09.2021. Befaring ble gjennomført i forbindelse med journalgjennomgangen.

Tilsynet ble gjennomført ved Otta brygge, og innledet med et kort informasjonsmøte 29.09.2021. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 30.09.2021.

Dokumenter ble tilsendt og gjennomgått på forhånd. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Kommunens organisasjonskart
- Kommunens delegasjonsreglement
- Oversikt over tjenestemottakere med diagnosen utviklingshemming over 18 år ved Otta brygge
- Kopi av enkeltvedtak på samtlige tjenestemottakere
- Kompetanseplan for 2021
- Opplæringsplan
- Oppgave og ansvarsfordeling, stillingsbeskrivelser
- Aktuelle prosedyrer og retningslinjer
- Oversikt over alle ansatte ved Otta brygge
- Turnusplan
- Oversikt over de 10 siste a-meldingene
- Kopi av de tre siste måneders avviksmeldinger
- Oversikt over gjennomførte ROS-analyser
- Informasjon til tjenestemottakere og pårørende om tjenestetilbudet

Det ble valgt ut 15 journaler etter følgende kriterier:

- Alle brukere over 18 år med diagnosen utviklingshemming som mottok tjenester ved Otta brygge i Sel kommune

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Ingrid Bakken	Avdelingsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Astrid Randen Båtstad	Vernepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Marianne Lillebråten	Vernepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Unni Dahlen	Vernepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonja Sanden	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Thorbjørn Tho	Spesialhjelpetleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rita Randen	Virksomhetsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Heidi Marie Hansen	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elisa Myrhaug	Barne- og undgd.arbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenche Tullut	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Frikk Tore Kristiansen	Assistent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arild Kongsrud	Kommunalsjef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kari Berget	Saksbehandler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linda Hoff	Saksbehandler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

To tjenestemottakere og en pårørende ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver, Randi Marthe Kalstad Graedler, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- rådgiver, Marius Holth, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- seniorrådgiver, Elisabeth Hagen, Statsforvalteren i Innlandet, revisjonsleder