

Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune



Forvaltningsrevisjon

Rapport til kontrollutvalget i Kristiansand kommune

April 2022

Sammendrag

1.

Agder Kommunerevisjon har, i tråd med vedtak i Kontrollutvalget i Kristiansand kommune, gjennomført et forvaltningsrevisjonsprosjekt som, med utgangspunkt i systemperspektivet, tar for seg habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune.

Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og fra politikerne, jf. avsnitt 1.3, har vært sentrale for prosjektets innretning, og prosjektet har med dette utgangspunktet blitt organisert rundt følgende tre hovedproblemstillinger, jf. avsnitt 1.5:

1. Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester») (P1)
2. Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester») (P2)
3. Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet (P3)

I Kapittel 2 om revisjonskriterier gjennomgås regelverk og faglig normerende dokumenter på habiliteringsfeltet. Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, som ble publisert sommeren 2021, har vært særlig sentral i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet:

- Helsedirektoratets nye nasjonale veileder for habiliteringsfeltet har vært viktig i operasjonaliseringen av de tre overnevnte hovedproblemstillinger i form av konkrete spørsmål til *Helse og mestring* samt til avdelingsledere for bofellesskap på habiliteringsfeltet. En betydelig del av spørsmålene som har blitt stilt, jf. avsnitt 3.2 under, har tatt utgangspunkt i utvalgte underkapitler i nevnte veileder.
- Tilsvarende har kommunens svar på spørsmål som tar utgangspunkt i veilederen, blitt vurdert opp mot innholdet i aktuelle underkapitler i nevnte veileder, jf. kapittel 4. Vi legger i så måte til grunn at status på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune når det gjelder Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, er en sentral indikator for status når det gjelder prosjektets tre hovedproblemstillinger.

Revisjonen har i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet gjennomført en omfattende datainnsamling, jf. kapittel 3, som blant annet innbefatter:

- 48 skriftlige spørsmål til *Helse og mestring*, jf. avsnitt 3.2.
- 34 skriftlige spørsmål til 24 avdelingsledere i bofellesskap på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune, jf. avsnitt 3.2.
- En kvantitativ spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet. Spørreundersøkelsen, som bestod av 32 spørsmål, tok utgangspunkt i *Mitt livs ABC*, et program for grunnleggende opplæring i viktige temaer innen tjenesteyting til personer med utviklingshemming. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til de om lag 1000 personene som har en form for ansettelsesforhold på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune. Revisjonen har mottatt 317 svar på undersøkelsen, jf. avsnitt 3.3.

- Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjonene *Norsk Forbund for Utviklingshemmede* (NFU) og *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* (FFO), herunder skriftlige innspill fra pårørende, jf. avsnitt 3.4.

2.

For innledningsvis å gi en overordnet vurdering av situasjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune, kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i følgende to dokumenter:

i. Helsetilsynets rapport *Det gjelder livet* fra 2017:

Rapporten, som oppsummerer det landsomfattende tilsynet med kommunale tjenester til personer med utviklingshemming i 2016, er svært kritisk, og i sammendraget kan man lese at «det var til dels svært alvorlige forhold som ble avdekket i dette landsomfattende tilsynet», herunder

store mangler knyttet til styring og ledelse, kompetanse, planmessig opplæring, systematisk tjenesteyting, individuell tilpasning av tjenestene, utarbeidelse av mål- og tiltaksbeskrivelser og dokumentasjon og evaluering av tiltak. På helseområdet fant statsforvalterne svikt i helseoppfølging, dokumentasjon, kunnskap og kompetanse og legemiddelhåndtering.

ii. Helsedirektoratets nye nasjonale veileder fra 2021:

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* er et sentralt og faglig normerende dokument på habiliteringsfeltet, jf. avsnitt 2.1.6. Revisjonen har vist til denne veilederen innledningsvis i de fleste avsnittene i denne forvaltningsrevisjonsrapportens kapittel 4, hvor vi gjennomgår våre vurderinger.

Med utgangspunkt i innsamlede data i kapittel 3 og våre vurderinger i kapittel 4, oppfatter vi at situasjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune samlet sett er vesentlig bedre¹ enn bildet som tegnes i Helsetilsynets oppsummerende rapport *Det gjelder livet* fra 2017. Revisjonen oppfatter videre at svarene fra *Helse og mestring* og fra avdelingslederne indikerer at det har vært en positiv utvikling habiliteringsfeltet de seneste årene, både når det gjelder kvalitetssystem og styring, og når det gjelder fokus på fag og faglig utvikling. Kommunen har gjort et særlig godt arbeid når det gjelder årlig helsekontroll og å fange opp sykdom, jf. avsnitt 4.2.7. Kommunen oppgir også at man er i gang med arbeidet med å gjøre Helsedirektoratets nye nasjonale veileder fra 2021 kjent på habiliteringsfeltet

Samtidig fremkommer det i denne rapportens kapittel 4 at det er potensial for forbedring og utvikling langs mange av dimensjonene som omtales i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder fra 2021. Det er videre behov for å styrke ansattes faktiske kjennskap til rutiner og prosedyrer samt for å styrke meldekulturen på avdelingene. Revisjo-

¹ Revisjonen bemerker at denne vurderingen forutsetter at Sivilombudet, som, parallelt med revisjons arbeid, har undersøkt bruken av tvang og skjermingstiltak for et avgrenset utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand, ikke finner lovbrudd eller annen alvorlig svikt i sin gjennomgang.

nens gjennomgang viser også at det er utfordringer når det gjelder bruker- og pårørendemedvirkningen både på individnivå og på systemnivå. Overnevnte funn må ses i sammenheng med Kristiansand kommunens egen omtale / egen vurdering av habiliteringsfeltet i *Økonomiplan 2022-2025*, jf. avsnitt 3.1.2 under. Her fremkommer det at kommunen selv vurderer at habiliteringsfeltet står overfor betydelige utfordringer fremover.

3.

Vi viser til kapittel 5 for en nærmere gjennomgang av anbefalingene i denne forvaltningsrevisjonsrapportens. Vi bemerker i dette sammendraget at anbefalingene i utgangspunktet knyttes opp mot rapportens tre hovedproblemstillinger. Rapportens første anbefaling, som tar for seg det som kan kalles «strukturkvaliteten», antas imidlertid å påvirke tjenestekvaliteten på habiliteringsfeltet mer generelt, og den vil i så måte ha betydning for *alle* de tre hovedproblemstillingene.

STRUKTURKVALITET:

Helsedirektoratet har i *Kompetanseløft*-satsinger, jf. avsnitt 2.1.5, har identifisert fire hovedutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: deltidsproblematikk, mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover. Det er et gjennomgående funn i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, jf. både avdelingsledernes svar og revisjonens spørreundersøkelse, at utfordringer langs disse sentrale dimensjonene bidrar til å svekke kvaliteten på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune.

- Sykefravær: Kommunen viser til prosjektet «NED med sykefraværet» samt til flere andre tiltak, og avdelingslederne viser også til flere forskjellige lokale tiltak på de enkelte avdelingene for å redusere sykefraværet. Revisjonen gjennomførte i 2019 et forvaltningsrevisjonsprosjekt som tok for seg sykefraværet i Kristiansand kommune, og i rapporten kom revisjonen med 10 konkrete anbefalinger for kommunens videre arbeide med å forebygge og redusere sykefraværet i kommunen som vi her legger til grunn at kommunen jobber med å følge opp.
- Deltid: *Helse og mestring* understreker i sitt svar til revisjonen de negative effektene på tjenestekvalitet, arbeidsmiljø, rekruttering og likestilling av en høy andel deltidsansatte, og disse negative effektene utdypes også som vi skal se i avdelingsledernes svar. Kommunen viser videre til at hovedgrepet for å øke andelen heltid på området Helse og mestring er knyttet til å endre arbeidstidsordninger, og da særlig til å øke vaktlengder, samt at det som hovedregel skal tilsettes i heltidsstillinger. Kommunen har også et heltidskulturprosjekt. Kommunen jobber med andre ord aktivt med deltidsproblematikk, og revisjonen kommer derfor ikke med anbefalinger når det gjelder dette temaet. Vi legger imidlertid samtidig til at vi skal se at det i *Kompetanseløft 2020 – Årsrapport 2019* understrekes et manglende heltidskultur er et alvorlig problem for kvaliteten på tjenesteproduksjonen samt at «det bør vurderes kraftfulle tiltak og insitament for å styrke omlegging til heltidsstillinger» (s. 53), og i hvilken grad ressurser til tiltak i arbeidet med heltidskultur som *ikke* kan iverksettes innenfor gjeldende rammer, skal prioriteres, vil være et politisk spørsmål.

- Strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling: I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning* understrekes det blant annet at kommuner bør jobbe systematisk med strategisk kompetanseplanlegging. Selv om noen avdelingsledere på habiliteringsfeltet i sine svar til revisjonen viser at de har vært særlig aktive og systematiske i arbeidet med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft, så oppfatter revisjonen at det her er et klart forbedringspotensial på overordnet nivå for habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune. Vi viser i avsnitt 4.2.2 til Flekkefjord kommunes systematiske og langsiktige arbeid hvor man «over flere år har satset på en helhetlig kompetanseheving for å utvikle tjenestene samt rekruttere og beholde medarbeidere». Det vises til at habiliteringsenheten i Flekkefjord blant annet «jobber systematisk med satsning på fagutdanning gjennom prosjektet *Fra assistent til helsefagarbeider*, og det er verdt å merke seg at mens Kristiansand kommune oppgir at ansatte i medarbeidersamtaler «gis mulighet til å fremme ønske om kompetanseutvikling», så har Flekkefjord utarbeidet det mer proaktive dokumentet *Oppfordring til kompetanseheving*. Resultatet av satsingen er bemerkelsesverdig:

Utviklingen fra 2015 til 2021 viser at vi [Habiliteringsenheten i Flekkefjord kommune] har fått økt grunnkompetanse i enheten gjennom at årsverk ufaglært har blitt redusert fra 31 årsverk til 13,5. Tjenesten har i samme periode økt med 6,2 årsverk.

Oppsummert så vurderer revisjonen at det på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune er et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling, og at dette bør adresseres i systemet for overordnet strategisk kompetanseplanlegging som kommunen planlegger ferdigstilt innen utgangen av 2022. Med dette utgangspunktet anbefaler revisjonen at

1. **Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune bør fremover jobbe systematisk og proaktivt med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling.**

P1: RUTINER I FORHOLD TIL UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK («TRYGGE TJENESTER»)

Samlet sett vurderer revisjonen at *Helse og mestring* svarer ut våre spørsmål knyttet opp mot å ha på plass rutiner og systemer som skal bidra til trygge tjenester og til å lære av uønskede hendelser / svikt / avvik, på en tilfredsstillende måte, jf. avsnitt 4.1.1, hvor vi skal se at kommunen blant annet har rutiner for:

- Ansettelsesprosess (referanser, politiattest etc.).
- Kontroll av autorisasjon (ved ansettelse; årlig for ansatte).
- Å varsle rette instanser om forskjellige typer avvik, alvorlige hendelser og mulige straffbare forhold begått av ansatte (Statens helsetilsyn, Stasforvalter etc.).
- Å følge opp tilsynssaker
- Å følge opp klagesaker.
- Å melde om avvik og uønskede hendelser blant de ansatte.
- Å håndtere mulige overgrep mot beboere i bofellesskap.

Kommunen har også rutiner og systemer som skal bidra til at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder, herunder

for at alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått rutinen for å melde om avvik og uønskede hendelser. Svarene på revisjonens spørsmål fra *Helse og mestring* og fra avdelingslederne indikerer videre at rutiner og prosedyrer som skal bidra til trygge tjenester på habiliteringsfeltet, og som gjelder avdelingslederne eller ledernivåene over (referansesjekk, politiattest etc.), i hovedsak følges opp.²

Det fremkommer samtidig av revisjonens gjennomgang at det, på tross av at overnevnte rutiner og systemer er på plass, er potensial for forbedring når det gjelder å styrke de ansattes faktiske kjennskap til overnevnte rutiner, jf. avsnitt 4.1.2. Revisjonens spørreundersøkelse indikerer også at det på kort sikt vil være behov for å styrke de ansattes *faktiske* kjennskap til rutiner og prosedyrer for:

- å melde avvik i forbindelse med uønskede hendelser / svikt / forsømmelser etc.,
- å forebygge og avdekke vold / overgrep etc. mot brukere,
- å sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse,

og vi anbefaler derfor at

2. Kommunen bør, med utgangspunkt i resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet, søke å styrke de ansattes faktiske kjennskap til sentrale rutiner.

Det fremkom videre av revisjonens spørreundersøkelse at når det gjelder de ansattes beskrivelse av avdelingens meldekultur³, så er det kun 32 pst. av respondentene som vurderer at den er god, jf. spørsmål 10 i revisjonens spørreundersøkelse. De ansattes tilbakemelding om meldekulturen viser i så måte at de opplever at det er potensial for utvikling og forbedring på dette området, og revisjonen anbefaler at

3. Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som bidrar til å styrke meldekulturen blant de ansatte på habiliteringsfeltet.

P2: KVALITET / INNHOLD I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET («FAGLIG GODE TJENESTER»)

Forebygging av utfordrende atferd, som må ses i sammenheng med at kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, vil i betydelig grad påvirkes av strukturkvaliteten, jf. avsnitt 5.2.1. Bofellesskapenes standard / utforming / differensiering og sammensetningen av beboerne vil også påvirke dette arbeidet.

Avdelingsledernes svar til revisjonen indikerer at det er bevissthet rundt denne problematikken på de fleste avdelingene. Det er fokus både på målrettet miljøarbeid og på jobbe med å forstå årsakene som kan ligge bak utfordrende atferd. Samtidig indikerer

² Vi understreker imidlertid i avsnitt 4.1.2 at det på generelt grunnlag er viktig at mislighetssaker meldes raskt til revisjonen jf. kommunelovens § 24-7 og Kristiansand kommunes prosedyre for «Håndtering av mulige straffbare forhold begått av ansatte». På området *Helse og mestring*, herunder habilitering, er det eksempler på at dette har tatt for lang tid.

³ Se avsnitt 4.1.2 for en diskusjon av forskjellen mellom kvalitets- / EQS-avvik og varsling.

de ansattes svar på spørsmål 26-29 i revisjonens spørreundersøkelse at det er behov for å øke de ansattes kompetanse rundt dette temaet spesielt, jf. avsnitt 4.2.3. I *Økonomiplan 2022-25* kan man også lese at «en stor andel av registrerte HMS-avvik knyttet til vold og utagerende atferd finner en innen habiliteringsfeltet». Vi anbefaler med dette utgangspunktet at

4. Kommunen bør styrke de ansattes kompetanse når det gjelder å forebygge utvikling av utfordrende atferd.

Revisjonen bemerker at kapittel 10 i *Mitt livs ABC*, Perm 2 (fordypning)⁴, tar for seg utfordrende atferd. Kommunen har også vist kurs som omhandler bruk av tvang og makt og konflikthåndtering. Måltrettet miljøarbeid vil også være relevant her⁵, og kommunen må selv vurdere nøyaktig hvordan denne anbefalingen følges opp.

Det må her også legges til at bruk av tvang alltid innebærer etiske dilemmaer. Vi skal se i avsnitt 4.2.12 at revisjonens spørreundersøkelse viser at 61 pst av respondentene oppgir at de er trygge på problematikk rundt etisk refleksjon. Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så reduseres denne andelen til kun 54 pst., noe som indikerer at arbeidet med etisk refleksjon også bør styrkes.

Når det gjelder overgangen til voksenliv, så fremgår det både av *Helse og mestrings* svar på revisjonens spørsmål 29-31, og av kommunens egen omtale av habiliteringsfeltet i *Økonomiplan 2022-25*, at det er potensial for utvikling og forbedring på disse viktige områdene. Kommunen viser blant annet til at relevante sjekklister er under utarbeidelse. Revisjonen understreker her at det relativt omfattende settet med punkter for sentrale temaer for kartlegging og planlegging av overganger i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder, bør innarbeides i disse sjekklisterne. I veilederen understrekes det blant annet, i tråd med *Norsk Forbund for Utviklingshemmedes* (NFU) kritiske innspill, at «kartleggingsarbeidet og planleggingen bør starte tidlig, fortrinnsvis allerede første videregående skoleår, slik at det ikke blir ventetid etter avsluttet videregående skole». Revisjonen anbefaler at

5. Kommunen bør vurdere å styrke arbeidet med at beboere i bofellesskap på habiliteringsfeltet får jobb / VTA eller dagaktivitetstilbud.

Det er videre viktig at *Helse og mestring* jobber systematisk med å redusere uønsket variasjon mellom de forskjellige avdelingene når det gjelder kvaliteten på tjenestene som leveres. I et innspill fra en avdelingsleder ble det også pekt på forbedringspotensial når det gjaldt å dele de gode eksemplene på hvordan de forskjellige avdelingene har løst krevende situasjoner. Med dette utgangspunktet anbefaler vi at

6. Kommunen bør innarbeide revisjonens analyse i denne rapportens kapittel 4.2 i sitt videre arbeid med å implementere Helsedirektoratets nye nasjonale veiled-

⁴ Overskriftene i kapittel 10 i *Mitt livs ABC*, Perm 2 (fordypning), er: 1 Innledning; 2 Hva er utfordrende atferd?; 3 Årsaker til utfordrende atferd; 4 Hvordan kan vi finne årsaker til utfordrende atferd?; Hva kan vi gjøre når vi finner årsakene til utfordrende atferd?; 6 Tiltak som ikke bygger på årsaker til utfordrende atferd; 7 Referanser og videre lesning.

⁵ *Mitt livs ABC*, perm 2 (fordypning), kapittel 9 «Miljøarbeid fordypning», som innbefatter en gjennomgang av såkalt «funksjonell analyse», er av særlig interesse her.

er Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming på habiliteringsfeltet.

P3: BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET

Både Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) er kritiske til brukermedvirkningen på systemnivå i Kristiansand kommune, jf. avsnitt 4.3.1. FFO har spilt inn at den reelle brukermedvirkningen på systemnivå vil styrkes dersom kommunen «tenker større når det gjelder talerett og møterett for lovpålagte råd [...] slik lovverket også åpner opp for» samt hvis Rådet for funksjonshemmede får mer hjelp av sekretariatet i kommunen «til å løfte egne saker, som mange ganger har sitt utspring i den enkeltes individuelle og konkrete erfaringer og opplevelser, til systemnivå og til å legge dem frem og behandle dem i rådet». Med dette utgangspunktet anbefaler revisjonen at

7. Kommunen bør vurdere å følge opp FFOs innspill om hvordan den reelle bruker- og pårørendemedvirkningen på systemnivå, kan styrkes.

Brukerundersøkelser er blant eksemplene på brukermedvirkning på systemnivå som det vises til i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder. Kommunen oppgir at et system for gjennomføring av overordnede bruker- og pårørendeundersøkelser ikke er kommet plass, jf. avsnitt 4.3.1. Revisjonen anbefaler at

8. Kommunen bør få på plass et system for brukerundersøkelser og gjennomføre brukerundersøkelser jevnlig på habiliteringsfeltet

Vi bemerker at bruker- og pårørendeorganisasjonene spilt inn til revisjonen at de ikke opplever å få gitt uttrykk for hva de er opptatt av i undersøkelser hvor de kun skal oppgi hvor tilfredse / utilfredse de er langs dimensjoner som kommunen på forhånd har valgt ut.

Vi understreker avslutningsvis at spørsmålet knyttet opp mot brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå, er vanskelig. I avsnitt 3.2.4 skal vi se at det er bevissthet på avdelingene og blant de ansatte om betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende. Både kommunen og bruker- og pårørendeorganisasjoner viser til eksempler hvor samarbeidet fungerer greit.

Samtidig er innspillene fra bruker- og pårørendeorganisasjonene kritiske, jf. avsnitt 3.4. FFO viser til at det er et «alvorlig problem at mistillit mellom brukere og kommunen bygger seg opp over tid. Mistilliten oppleves ofte å være gjensidig». De pårørendes mistillit, som blant annet må ses i sammenheng med at dårlige opplevelser tilbake i tid, jf. Case 2 i avsnitt 3.4.2, er i mange tilfeller med på å prege opplevelsen av dagens tjenester. Det oppgis også at pårørende er urolige for å klage på tjenester fordi de er «redde for om brukeren vil møte mer motstand i apparatet hvis de står på kravene for å få det de har rett på og behov for». Vi ser videre i avsnitt 4.2.5 at det er stor avstand mellom kommunen og brukerne når det gjelder utmålingen av timer til personlig assistanse / BPA / støttekontakt, noe som har medført friksjon mellom kommunen og bruker- og pårørendeorganisasjoner over flere år.

Med dette utgangspunktet er det krevende for revisjonen å komme med anbefalinger som skal bidra til å styrke brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå. Vi merker oss at avdelingsledere har spilt inn at høy turnover blant ansatte kan føre til hyppig bytte av primærkontakt, noe som oppleves som negativt for samarbeidet med pårørende. Dette indikerer at det vi har kalt «strukturkvaliteten», jf. anbefaling 1 og avsnitt 5.2.1 over, har betydning også for pårørendesamarbeidet.

Mer generelt vil det også være viktig at habiliteringsfeltet fremover følger opp det som står om brukarmedvirkning i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, spesielt kapittel 7 med tittelen *Familie, pårørende og verge*. Vi viser også til innspill fra politikerne, jf. avsnitt 1.3.2 over, om at kommunen må være bevisst på at maktforholdet mellom kommunen og brukere er asymmetrisk, og at det er kommunen som er den profesjonelle og den sterke parten i disse sakene.

Vår konkrete anbefaling i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet for å styrke brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå, gjelder individuell plan (IP).

- NFU og FFO la i sine innspill vekt på at kommunen må sikre at individuell plan (IP), som er en lovfestet rettighet, brukes systematisk som et sentralt verktøy i utformingen av tjenestene. FFO etterlyste også økt bruk av koordinator.
- Kommunen er tydelige både i sitt svar til revisjonen og i seneste års økonomiplaner på at man ikke er gode nok når det gjelder individuell plan (IP), og det fremgår av avdelingsledernes svar at individuell plan (IP) i liten grad er tatt i bruk på avdelingene, jf. avsnitt 4.3.3. Svarene fra enkelte avdelingsledere indikerer også at kommunen aktivt har kommunisert til pårørende at det ikke er behov for individuell plan.
- Revisjonen legger her til at individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for brukerne når vilkårene («behov for *langvarige* og *koordinerte* tjenester» samt at bruker / pårørende ønsker å ha individuell plan) er oppfylt. Vilårene gir noe rom for tolkning, men det må understrekes at Helsedirektoratets nye veileder nevner individuell plan som et viktig verktøy i en rekke kapitler, noe som indikerer at beboere i bofellesskap i utgangspunktet er i målgruppen for individuell plan.

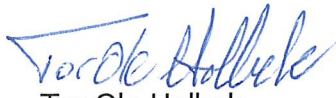
Det fremgår som vi har sett av *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, § 1, at formålet med individuell plan og koordinator er å

- Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

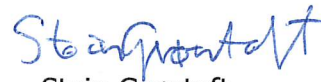
Revisjonen anbefaler med dette utgangspunktet og på bakgrunn av diskusjonen over at

9. Kommunen bør, i tråd med brukere og pårørendes lovfestede rettigheter, bruke individuell plan (IP) aktivt både som et planleggingsverktøy og som et verktøy for å sikre en strukturert samarbeidsprosess.

Kristiansand, 8. april 2022



Tor Ole Holbek
Revisjonssjef



Stein Grøntoft
Forvaltningsrevisor

Innhold

SAMMENDRAG.....	2
INNOLD	11
1 INNLEDNING	13
1.1 KONTROLLUTVALGETS VEDTAK	13
1.2 BAKGRUNN OG FORMÅL	14
1.3 INNRETNINGEN AV PROSJEKTET: INNSPILL FRA PÅRØRENDEORGANISASJONER OG POLITIKERE	14
1.3.1 Innspill fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) og fra pårørende	14
1.3.2 Innspill og spørsmål fra politikere	19
1.4 AVGRENSNINGER.....	21
1.5 PROBLEMSTILLINGER OG GJENNOMFØRING	22
2 REVISJONSKRITERIER.....	24
2.1 KORT OM REGELVERK OG FAGLIG NORMERENDE DOKUMENTER PÅ HABILITERINGSFELTET	24
2.1.1 FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne	24
2.1.2 Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming.....	25
2.1.3 NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft [...] (Rettighetsutvalget)	26
2.1.4 Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020	28
2.1.5 Kort om kvalitet i helse- og omsorgstjenester	29
2.1.6 Helsedirektoratets nasjonale veiledere	31
2.1.7 Andre kilder til kompetanseutvikling og forbedringsarbeid på habiliteringsfeltet.....	32
2.2 KONKRET OM REVISJONSKRITERIER I DETTE FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKTET	33
3 INNSAMLEDE DATA.....	35
3.1 NÆRMERE OM UTVIKLINGSHEMMING OG ORGANISERING AV TJENESTEN.....	35
3.1.1 Diagnosen utviklingshemming	35
3.1.2 Omtale av habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune i Økonomiplan 2022-2025	38
3.2 SVAR SPØRRESKJEMA HELSE OG MESTRING OG AVDELINGSLEDERE	39
3.2.1 Kort om svarene	39
3.2.2 P1: Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester»)?	40
3.2.3 P2: Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)	51
3.2.4 P3: Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet	83
3.2.5 Oppsummerende spørsmål	88
3.2.6 Kommunens arbeid med Helsedirektoratets nye veileder	91
3.3 SPØRREUNDERSØKELSE FOR ANSATTE PÅ HABILITERINGSFELTET	92
3.3.1 Nærmere om spørreundersøkelsens innretning	92
3.3.2 Gjennomgang av spørreundersøkelsen for de ansatte på habiliteringsfeltet	95
3.4 INNSPILL FRA PÅRØRENDE- OG BRUKERORGANISASJONER.....	115
3.4.1 Innspill fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU).....	115
3.4.2 Innspill fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO).....	117
4 VURDERINGER.....	122
4.1 P1: RUTINER I FORHOLD TIL UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK («TRYGGE TJENESTER»)?	122
4.1.1 Helse og mestring har rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik	122
4.1.2 Implementering: Utfordringer når det gjelder ansattes kjennskap til rutiner og prosedyrer.....	124
4.2 P2: KVALITET / INNOLD I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET («FAGLIG GODE TJENESTER»)	126
4.2.1 Kommunen jobber systematisk med deltidsproblematikk og sykefravær.....	126
4.2.2 Autorisasjon, rekruttering, kompetanseheving.....	129
4.2.3 Forebygge utvikling av utfordrende atferd.....	133
4.2.4 Relasjonell tilnærming til utviklingshemming	135
4.2.5 Legge til rette for fysisk aktivitet og en aktiv og meningsfylt tilværelse	135
4.2.6 Overgang til voksenliv, varig tilrettelagt arbeid (VTA) og jobb eller dagaktivitetstilbud.....	138
4.2.7 Årlig helsekontroll og fange opp tegn på mistilpasning og sykdom hos beboerne.....	139
4.2.8 Legge til rette for god ernæring	139
4.2.9 Legge til rette for god psykisk helse	140
4.2.10 Munn- og tannhelse	141
4.2.11 Fremme helsekompetanse og forebygge rusmiddelproblemer.....	142

4.2.12	<i>Etisk refleksjon: system for opplæring på plass, utfordringer små stillinger og vikarer</i>	143
4.2.13	<i>Størrelse på bofellesskap</i>	144
4.2.14	<i>Andre utfordringer for kommunens tjenesteproduksjon på habiliteringsfeltet</i>	145
4.3	P3: BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET	146
4.3.1	<i>Brukermedvirkning på systemnivå og brukerundersøkelser</i>	146
4.3.2	<i>Pårørendes medvirkning og dialog med pårørende</i>	148
4.3.3	<i>Individuell plan (IP) og koordinator</i>	150
4.3.4	<i>Selvbestemmelse og Empowerment</i>	152
5	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	154
5.1	KONKLUSJONER	154
5.2	ANBEFALINGER MED KOMMENTARER	156
5.2.1	<i>«Strukturkvalitet»: Kompetanse, deltid, sykefravær og turnover</i>	156
5.2.2	<i>P1: Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester»)?</i>	158
5.2.3	<i>P2: Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)</i>	159
5.2.4	<i>P3: Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet</i>	162
5.3	ANBEFALINGENE SAMLET	165
6	KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSUTTALELSE	166
7	LITTERATUR	167

1 Innledning

1.1 Kontrollutvalgets vedtak

I Kristiansand Kontrollutvalgs møte 6. mai 2021 ble det i sak 23/21 gjort følgende vedtak:

Kontrollutvalget tar saken til foreløpig orientering.

Kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon fra Agder Kommunerevisjon IKS for å sikre en helhetlig gjennomgang av de utfordringene som har kommet frem knyttet til habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune.

Revisjonen utarbeider en prosjektplan til neste møte. Prosjektplanen skal gi en beskrivelse av hvordan revisjonen vil gjennomføre prosjektet, herunder formål, problemstillinger, revisjonskriterier, metode og tids- og ressursbruk.

Sekretariatet melder oppstart av dette prosjektet til bystyret ved ordfører, med kopi til kommunedirektøren.

Kontrollutvalget ber revisjonen om å undersøke status i den ene enkeltsaken som en del av arbeidet med prosjektplanen og melde tilbake til kontrollutvalget i form av ett notat. Det presiseres samtidig at systemperspektivet vil være gjeldende for forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Videre ble det i sak 32/21 i Kontrollutvalgets møte 17. juni 2021 gjort følgende vedtak:

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon «Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune» fra Agder Kommunerevisjon IKS i tråd med fremlagt prosjektplan og føringer gjennom denne saken.

Kontrollutvalget ber om å bli holdt orientert gjennom prosjektets gang, og da særlig med tanke på justeringer / avgrensinger i problemstillingene underveis.

Rapport til kontrollutvalget forventes i løpet av våren 2022. Tidsbruken anslås til minst 800 timer.

I Helseutvalgets møte 17. juni 2021 ble det i sak 33/21 også gjort følgende vedtak:

*Helseutvalget tar prosjektplan for forvaltningsrevisjonen til orientering og ber om å bli løpende orientert om det dukker opp avgrensninger eller endringer i mandatet underveis.
(Enst.)*

1.2 Bakgrunn og formål

Flere artikler i Fædrelandsvennen i begynnelsen av april 2021⁶ omtalte forhold på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune som fremstår som problematiske og opprørende. Artikkelserien avstedkom skarpe reaksjoner blant kommunens politikere⁷, og direktøren for *Helse og mestring* orienterte om medieoppslagene i Helseutvalget 20. april, i Formannskapet 21. april, i Kontrollutvalget 6. mai samt i temamøte om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021.

I tråd med Kontrollutvalgets vedtak i sak 23/21 har revisjonen meldt tilbake til Kontrollutvalget i et eget notat om enkeltsaken som ble omtalt i Fædrelandsvennen⁸, jf. kontrollutvalgssak 31/21. Følgelig har formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet vært å foreta en helhetlig gjennomgang av utfordringene som har kommet frem på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune med utgangspunkt i systemperspektivet. Prosjektet skal slik bidra til at innbyggerne i Kristiansand kommune i størst mulig grad får trygge og faglig gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov.

1.3 Innretningen av prosjektet: Innspill fra pårørendeorganisasjoner og politikere

Problemstillingene som belyses i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet tar utgangspunkt i overnevnte avisoppslag i Fædrelandsvennen, tilbakemelding til revisjonen fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU), politikernes innlegg og spørsmål i Helseutvalget, Formannskapet og Kontrollutvalget samt i interpellasjoner i Bystyret, orienteringer fra direktøren i *Helse og mestring*, presentasjoner i temamøte om habiliteringsfeltet i Helseutvalget samt Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2021-24*.

1.3.1 Innspill fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)⁹ og fra pårørende

NFU er den mest sentrale bruker- og pårørendeorganisasjonen på habiliteringsfeltet, og organisasjonens medlemmer uttaler seg og forteller sine historier både i overnevnte artikler i Fædrelandsvennen i april 2021, og i intervjuer som ble spilt av i temamøtet om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021.

⁶ Se artiklene «Fem helseansatte sparket» 6. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/56R9AX/fem-helseansatte-fikk-sparken>), «Fortalte om voldtekter i bofellesskapet – ble ikke trodd av kommunen.» 7. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/kRmqEB/Han-har-fortsatt-mareritt-om-det-som-skal-ha-skjedd>), «Overgrep mot voksne utviklingshemmede: Det er store mørketall» 8. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/Blk76e/Hvis-ingen-sier-ifra-saa-fortsetter-det-bare>), «Den største bekymringen er hvordan deres barn blir tatt vare på når de selv er borte» 9. april 2021 (<https://www.fvn.no/nyheter/i/gWpo99/Hvordan-skal-det-gaa-naar-jeg-ikke-er-mer>). Se også «Må ryddes i omsorgssektoren» 9. april (<https://www.fvn.no/mening/leder/i/dleykX/maa-ryddes-i-omsorgssektoren>).

⁷ Se «Krever handling etter avsløringer» 10. april 2021 (<https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/jB2yzn/omsorgen-for-de-utviklingshemmede-politikerne-reagerer>). Vi viser også til politikernes innlegg og spørsmål i Helseutvalget, Formannskapet og Kontrollutvalget samt i interpellasjoner i Bystyret.

⁸ Se artikkelen «Fortalte om voldtekter i bofellesskapet – ble ikke trodd av kommunen.» 7. april 2021 (<https://www.fvn.no/nyheter/i/kRmqEB/Han-har-fortsatt-mareritt-om-det-som-skal-ha-skjedd>). Ved årsskiftet 2021-22 ser det ut til at kommunen har fått på plass et botilbud for denne personen som familien er fornøyd med, jf. artikkelen <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/y4Kw7K/han-har-faatt-det-helt-fantastisk>.

⁹ Se <http://www.nfunorge.org/>.

I) SKRIFTLIG INNSPILL FRA NFU:

For å sikre brukermedvirkning ikke bare i gjennomføringen av dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, men også i selve innretningen av prosjektet, har revisjonen spurt NFU om hva som er viktig for dem og om hva NFU ønsker skal belyses nærmere i et forvaltningsrevisjonsprosjekt på habiliteringsfeltet. Revisjonen har mottatt et skriv (som også vil inngå som en del av datagrunnlaget i kapittel 3) hvor styret i NFU Kristiansand lokallag har pekt på hva de er opptatt av, på hva som er viktig for dem:

1.

NFU er opptatt av og forventer at kommunen har på plass og følger opp nødvendige rutiner for avvikshåndtering i forhold til uønskete hendelser, samt at man har en form for kvalitetssystem som sikrer at kommunen korrigerer og lærer av avvik og feil. NFU peker på at rutiner som kan bidra til å hindre og oppdage overgrep mot utviklingshemmede (referansesjekk etc.), samt tilstrekkelig opplæring av alle ansatte når det gjelder denne problematikken, også de med små stillinger, åpenbart er viktig. Kort sagt: NFU er opptatt av at kommunen har rutiner og systemer som bidrar til at man unngår uønskede hendelser.¹⁰

2.

NFUs innspill til revisjonen fokuserer imidlertid i hovedsak på innholdet i tjenestene og på hva kommunen kan gjøre for å levere gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov slik at mottakerne av tjenestene «blir den beste versjonen av seg selv» samtidig som samarbeidet med pårørende er best mulig.¹¹

NFU er blant annet opptatt av

- Kvaliteten på tjenesteproduksjonen: Hvordan påvirkes kvaliteten på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune av:
 - *rekruttering og kompetanse*: NFU opplever at det er for få kvalifiserte ansatte.
 - *deltidproblematikk*: NFU oppfatter at det er for mange små stillinger.
 - *sykefravær og vikarer*: NFU stiller spørsmål ved om opplæringen av vikarer er god nok.

¹⁰ Se artiklene «Fem helseansatte sparket» 6. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/56R9AX/fem-helseansatte-fikk-sparken>), «Fortalte om voldtekter i bofellesskapet – ble ikke trodd av kommunen.» 7. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/kRmqEB/Han-har-fortsatt-mareritt-om-det-som-skal-ha-skjedde>), «Overgrep mot voksne utviklingshemmede: Det er store mørketall» 8. april (<https://www.fvn.no/nyheter/i/Blk76e/Hvis-ingen-sier-ifra-saa-fortsetter-det-bare>).

¹¹ Se artikkelen «Den største bekymringen er hvordan deres barn blir tatt vare på når de selv er borte» 9. april 2021 (<https://www.fvn.no/nyheter/i/gWpo99/Hvordan-skal-det-gaa-naar-jeg-ikke-er-mer>), hvor man blant annet kan lese at «– Vi [Statsforvalteren i Agder] ser at det er mange med lav stillingsbrøk som jobber på disse stedene. Vi har sett tilfeller der en beboer har hatt så mange som 30 ulike personer å forholde seg til. Det er uheldig, sier seniorrådgiver hos Fylkeslegen, Helene Frydenberg. Mangel på kompetanse om utviklingshemmede kan også være et problem. – Det er kommunens ansvar å sørge for opplæring også av vikarer, understreker Frydenberg. [...] Kristiansand kommune erkjenner problemet, og ønsker å høyne både stillingsbrøker og kompetanse hos dem som arbeider med utviklingshemmede. [...] – I tillegg må vi ha en base med vikarer som har kompetanse på den brukerguppen. [...] – Vi har satt ned en arbeidsgruppe som ser på spørsmål som turnus, sykefravær og kompetanseprofil. Det skal også komme på plass et pårørenderåd, sier [Kommunalsjef for Livsmestring] Inger Ingebretsen».

NFU understreker at ansattes kompetanse har betydning for deres tilnærming og atferd i møtet med beboere, og NFU legger til at pårørende opplever at det det som oftest er tjenesteyter som trigger tjenestemottakers adferd. NFU peker på at uforutsigbarhet og utrygghet som følge av at man må forholde seg til mange forskjellige ansatte når stillingsbrøkene er små og sykefraværet høyt, er spesielt utfordrende for utviklingshemmede og kan føre til uhelse. Boenhetene oppleves ifølge NFU også ofte som utrygge i løpet av sommerferien med mange vikarer, og NFU ber om at denne ulempen må reduseres så mye som mulig. NFU er for øvrig usikker på om avvik meldes og håndteres etter gjeldende retningslinjer, samt på om opplæring her er god nok. NFU spør i så måte om alle ansatte, også de med små stillinger, er godt nok opplyst, informert og trygge nok i arbeidsforholdet til å melde avvik?

NFU understreker at tjenesteytere må ta innover seg at de har stor påvirkning på store deler av den utviklingshemmedes liv, og individuelt til rettelaagte tjenester er avgjørende. Arbeidsmiljøet på den enkelte enheten er svært viktig for NFU, og NFU peker på at gode holdninger blant de ansatte og godt arbeidsmiljø på den enkelte enhet fordrer god ledelse. NFU er i så måte opptatt av at avdelingsleder / fagleder bør være mer fysisk til stede der de har ansvar og at de kjenner godt til «livet i bofellesskapet». NFU spiller også inn at man også er svært opptatt av hvordan man kan få vernepleiere inn i habiliteringsfeltet igjen.

- Brukermedvirkning: Det er ifølge NFU mangel på brukermedvirkning på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune. Det kan ifølge NFU virke som kommunen i enkelte tilfeller opplever pårørende som brysomme, og mange pårørende opplever ikke å bli sett på som en ressurs. NFU opplever at brukermedvirkning glemmes både på individ- og systemnivå, og «tilgivelse brukes mer enn tillatelse». Forbedringspotensialet i kommunen er ifølge NFU betydelig når det gjelder å få komme med innspill til planer og prosjekter¹², og *Råd for funksjonshemmede* bør brukes mer aktivt. NFU skriver at «mange misforståelser unngås med tettere og jevnlig kontakt». For NFU er det uforståelig at ikke kommunen er mer opptatt av samarbeid, da pårørende og organisasjonene «gjærne gjør store oppgaver for kommunen hvis det kan bety at man kan forbedre situasjonen for de utviklingshemmede». NFU understreker også at alle beboere bør ha en primær- og en sekundærkontakt.
- Ambulerende tjenester og avlastningstilbud: NFU er opptatt av at ambulerende tjenester og avlastningstilbud er tilpasset brukernes behov og at timetallet ikke blir for lavt. Det er også viktig at det tilbys meningsfulle og tilstrekkelige aktiviteter på kommunens aktivitetshus. NFU opplever imidlertid at mange blir sittende passive på sine dagtilbud.
- Kosthold og helseoppfølging relatert til mat og bevegelse: NFU understreker at dette må få mer plass i dagliglivet for beboere i bofellesskap, da beboere i samlokaliserte bofellesskap med døgntjenester ifølge NFU ofte legger på seg,

¹² NFU viser til følgende eksempel: «skisse over planlagt boligmasse både på Tinnheia og nå i Harald Gilles vei sendes til NFU for godkjenning fra brukernes side – fiks ferdige tegninger uten mulighet til endringer og samarbeid med kommunen mot et resultat som begge parter var delaktige i». Fristen var i tillegg ifølge NFU svært kort, og det er ifølge NFU heller ikke første gang dette skjer.

noe som for mange fører til helseproblemer, redusert livskvalitet og økt behov for kommunale tjenester. NFU er opptatt av at planer for måltider og aktivitet må utarbeides i samråd med hver enkelt beboer og primærkontakt samt annet personale som følger opp beboeren.

- Fritidsaktiviteter: NFU peker på at ferie- og fritidstilbud til utviklingshemmede i Kristiansand kommune har et stort forbedringspotensial. NFU spiller inn at hver enkelt bør få minst en ferieaktivitet i løpet av sommeren (dette kan være sammen med bare personalet eller flere deltakere sammen med personalet). Transport og følge er ifølge NFU et hinder for mange utviklingshemmede, og mens samfunnet generelt har stort på fokus på folkehelse, peker NFU på at utviklingshemmede er fratatt muligheten til å delta hvis de ikke selv kan komme seg til aktiviteten og greie seg på egenhånd.¹³ Stimuli samt fysisk aktivitet er følgende ifølge NFU mangelvare for mange voksne utviklingshemmede. Hver enkelt bruker bør ifølge NFU ha en vedtatt aktivitetsplan for hele uken med et gitt antall minutter / timer. Denne planen skal personale følge opp slik at den kan gjennomføres. Planen skal utarbeides i samråd med den utviklingshemmede og i så stor grad som mulig tilpasses den enkelte.
 - Tilgang til varig tilrettelagt arbeid i arbeidslivet (VTA): Utviklingshemmede bør ifølge NFU i større grad få tilgang til VTA (varig tilrettelagt arbeid) og VTO (varig tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift). I dag er det imidlertid ifølge NFU ikke nok plasser, og NFU spør også om kravene til produksjon er for høye. NFU spiller inn at «HELT MED-prosjektet¹⁴ i mye større grad bør tas i bruk, og private bedrifter bør i større grad involveres. Mens både Arendal og Lindesnes har hatt fokus HELT MED den siste tiden, og prosjektet har blitt vedtatt politisk begge steder», så opplever NFU at det har vært stille her i Kristiansand.
- NFU spiller også inn at overgangen fra videregående skole til arbeid / VTA fungerer dårlig, blant annet fordi NAV ikke starter prosessen med den enkelte før utpå våren selv om skoleslutt er i juni. NFU viser til at noen elever ikke har fått tilbud om hvor veien går videre før skolen har sluttet i juni, og dette skaper uønsket mye stress og slitasje for både den det gjelder og for de pårørende.
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA): NFU understreker at BPA bør bli et reelt valg for flere, spesielt for utviklingshemmede. Tilbakemeldinger til NFU viser imidlertid at de som har fått innvilget BPA, opplever å ha fått for få timer.

¹³ NFU spiller her inn følgende: «Transport og bistandsbehov gjelder også barn og unge som bor hjemme. Her argumenterer kommunen med at det er normalt å følge barna sine til fritidsaktiviteter opptil en viss alder. NFU er uenig i at det er normalt å måtte kjøre og være til stede med barnet *hver gang* det er fritidsaktiviteter for barnet. Det normale er at man som foreldre bytter på å kjøre barna sammen med andre foreldre og av og til blir sittende å se på eksempelvis treningen. Dette handler ofte om aktiviteter i nærområdet der flere nabobarn også deltar, og å sykle / gå til aktiviteten er også et alternativ for de fleste barn. Barn med utviklingshemning har ikke disse mulighetene, og aktiviteten er ofte lengre borte samtidig som det er ikke andre foreldre som kjører med sine barn i nærheten».

¹⁴ Se <https://heltmed.no/>. I temamøtet om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021 presenterte *Helse og mestring* Kristiansand kommunes arbeid med HELT MED, og kommunen oppgir å ha lyst ut tre HELT MED-stillinger på tre ulike omsorgssentre i kommunen (se <https://kristiansand.kommunetv.no/archive/229>, 19 minutter ut i presentasjonen).

- **Boligfeltet:** Etter at NFU ga innspill til revisjonens rapport og det boligsosiale arbeidet i Kristiansand kommune¹⁵, har det kommet nye innspill fra NFUs medlemmer. Det har blitt pekt på at når det gjelder leiligheter der det er døgn tjenester og samlokaliserte boenheter, så varierer husleien uten at den nødvendigvis har sammenheng med ulik standard. NFU spiller inn at husleien ikke bør overstige 1/3 av inntekt, samt at det å betale husleier opp mot 10.000 kr. i måneden er «betenkelig og etisk diskuterbart når leiligheten ikke vedlikeholdes eller pusses opp». NFU foreslår at oppussing eksempelvis gjøres hvert 10. år (og ved behov oftere, spesielt med tanke på utviklingshemmede med stor slitasje). Leilighetene bør ifølge NFU holde en minstestandard som er spesifisert. Det tar også ifølge NFU i dag for lang tid før ting (eksempelvis tilgang til TV) fikses. Det bør videre ifølge NFU være flere alternativ også for utviklingshemmede når det gjelder valg av bosted. Det konkluderes med at «NFU opplever at kommunen har dårlig oversikt over boligbehov hos utviklingshemmede. Det er utfordrende å få ut konkrete tall ift. antall av kommunen. Dette gir oss signaler om at boligpolitikken ikke følger en plan og at det ikke arbeides systematisk på dette feltet». NFU legger til at erfaringer fra perioden med Covid er at mindre grupper / kohorter har vært svært positivt for utviklingshemmede, og NFU understreker at dette støtter deres anbefaling om små boenheter og individuelle tjenester.

II) INNSPILL PÅ TEMAMØTET OM HABILITERINGSFELTET I HELSEUTVALGET 11 MAI 2021:

På temamøtet om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021 kom både styret i NFU Kristiansand lokallag og pårørende som tok utgangspunkt i sine egne opplevelser, med innspill¹⁶:

- **Innspill fra NFU:** NFU spilte inn at det er svært viktig å involvere både NFU og pårørende tidlig i prosesser når det skal bygges boliger (dette gjelder også boliger som er beregnet på funksjonshemmede). Videre er det viktig med jevnlige møter med kommunen, herunder orienteringsmøter. NFU understrekte videre at alle har rett på vedtak, og kommunen må sikre at individuell plan brukes systematisk som et sentralt verktøy i utformingen av tjenestene. Brukermedvirkning og selvbestemmelse er viktig, og NFU vektlegger at bruker må være delaktig i planlegging av tjenesten. Samarbeid og dialog med pårørende er også veldig viktig for NFU, og kommunen bør gi bedre informasjon om tjenester og muligheter enn det som er tilfellet i dag. God kompetanse og opplæring av personalet har stor betydning for tjenestens kvalitet. Avslutningsvis understrekte også NFU at de ikke anbefaler store enheter, men at å samle 4-6 leiligheter oppfattes å være det optimale.
- **Innspill fra pårørende:** Pårørende som kom med innspill, ga uttrykk for at de samlet sett var fornøyd med tilbudet som kommunen ga i dag, samt at den de var pårørende for, hadde det bra der de bodde. Samtidig kan det ta tid å finne seg til rette. Trygghet er svært viktig, og det ble understreket at det å ha trygge rammer og at beboerne er trygge på personalet, er sentralt. Det er også viktig at beboere stimuleres (både hjerne og kropp), slik at bofellesskapet ikke bare

¹⁵ Se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2021/06/Forvaltningsrevisjon-2020-21-Boligsosialt-arbeid-i-Kristiansand-08.06.21.pdf>, kapittel 3.4.7.

¹⁶ Se <https://kristiansand.kommunetv.no/archive/229>, 40 minutter ut i klippet.

blir et oppholdssted. Pårørende understreker at det er viktig at beboerne ikke har for mange å forholde seg til, og at gjennomtrekk, vikarer og mange ansatte med små stillinger gjør at det blir krevende for enheten å ta vare på erfaringene personalet gjør med beboere. Pårørende legger også vekt på at dialogen og samarbeidet med kommunen er avgjørende, og at det er viktig å være åpne om hendelser har skjedd og feil som har blitt gjort slik at man sammen kan finne ut hvordan man kan løse ting bedre fremover. Det er viktig for livskvaliteten til beboerne at personalet er engasjerte og kreative og at de ikke velger de lette løsningene. Fellesområdene er viktige for flere av beboerne. Pårørende er også opptatt av personlig hygiene og at beboerne jevnt over er presentable. Det ble stilt spørsmål ved om potensialet når det gjelder beboernes evne til å lære ting og til å bidra i hverdagen, tas ut.

1.3.2 Innspill og spørsmål fra politikere

Videre er det viktig for dette prosjektets innretning å kort oppsummere hva politikerne var opptatt av i innspill og spørsmål i Helseutvalget 20. april, i Formannskapet 21. april, i Kontrollutvalget 6. mai, i temamøte om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021 samt i interpellasjoner i Bystyret.

- Informasjon til politikere: Det ble stilt spørsmål ved hvorfor politikerne i hovedsak først fikk kjennskap til de aktuelle sakene gjennom artikler i Fædrelandsvennen. Det ble pekt på at det er viktig at *Helse og mestring* sikrer at politikere løpende får den informasjonen de bør ha for kunne utøve både ombudsrollen og styringsrollen.¹⁷ Det ble spilt inn at det er naturlig å rapportere om avvik i Statsforvalterens tilsyn samt lukking av disse avvikene i etterkant, og *Helse og mestring* i nye Kristiansand kommune må her, i samarbeid med Helseutvalget, etablere en god og omforent praksis når det gjelder hva administrasjonen skal informere om og hvor detaljert man skal være.
- Brukermedvirkning og dialog: Det ble pekt på at det er viktig at de pårørende får komme til orde i det videre arbeidet med disse sakene og at pårørendes tilbakemeldinger tillegges vekt. Brukermedvirkning er her sentralt. Det er viktig at *Helse og mestring* ikke ser på pårørende som «vanskelige», og samtaler med innbyggere har etterlatt et inntrykk blant politikere av at kommunen bagatelliserer saker hvor brukerne uttrykker misnøye med tjenestene. Det ble lagt vekt på at kommunen må være bevisst på at maktforholdet mellom kommunen og brukere er asymmetrisk, og at det er kommunen som er den profesjonelle og den sterke parten i disse sakene. Det ble videre understreket at det bør gjennomføres flere bruker- og pårørendeundersøkelser (*Helse og mestring* oppga at den siste pårørendeundersøkelsen på habiliteringsfeltet ble gjort i 2015).
- Rutiner og systemer: Det ble stilt en rekke spørsmål knyttet opp mot kommunens rutiner og systemer: har kommunen på plass gode rutiner for referanse-sjekk ved ansettelse? Har kommunen systemer og rutiner for å avdekke og

¹⁷ Se eksempelvis <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrativeilederen/politisk-organisering-og-politikernes-rolle/de-folkevalgtes-rolle/id2424167/>.

håndtere overgrep? Er disse rutinene kjent for de ansatte, og melder ansatte i kommunen avvik på denne typen alvorlige avvik? Hva gjør kommunen dersom det blir klart at en ansatt er uegnet (vold, stjeling, uakseptabel utførelse av tjenesten etc.) – tas de ut av tjeneste med en gang? Hvordan følger kommunen opp innmeldte avvik og varsler om alvorlige hendelser? Har kommunen et kvalitetssystem som bidrar til at kommunen lærer av feil som er gjort? Hvilke rutiner har kommunen for å følge opp tilsynssaker fra Statsforvalteren og sørge for at en lærer av sine feil?

- TryggEst: TryggEst¹⁸ skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Det har blitt spilt inn at kommunen bør vurdere å implementere denne modellen. Det har samtidig blitt bemerket at det også er en stor utfordring for kommunen at ansatte også blir utsatt for vold i tjenesteutøvelsen.
- Kompetanse / opplæring og deltidsproblematikk: Også her kom det mange innspill og spørsmål: Hvilke krav er det til kompetanse, og hvilke rutiner har kommunen for å sikre at ansatte har de nødvendige faglige og etiske kvalifikasjonene når de begynner å jobbe på habiliteringsfeltet? Har kommunen en plan / gjennomføres det tiltak for kompetanseheving og for å tilstrebe at ufaglært arbeidskraft får fagbrev? Mange ansatte i små stillinger innebærer at brukerne må forholde seg til mange forskjellige ansatte samtidig som det blir mer krevende å holde ansatte oppdatert på rutiner, prosedyrer og fag – hvordan kan man øke stillingsprosenten på habiliteringsfeltet (og i *Helse og mestring* for øvrig)? Klarer man å rekruttere og beholde kompetent personale når en så stor andel som 70 pst. er deltidsansatte på habiliteringsfeltet? Hva er forholdstallet mellom autorisert personell og personell uten autorisasjon?
- Medisinering: Det ble stilt spørsmål om bruk av medisiner har gått opp eller ned de siste årene? Involveres pårørende i beslutning om medisinering? Hvordan er forholdet mellom medisinering, bruk av tvang og kvaliteten på tilbudet som gis? Revisjonen viser her til at Sivilombudet blant annet har gjennomgått bruken av tvang og skjermingstiltak for et utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand. Sivilombudet har i dialog med revisjonen oppgitt at også medisinbruk er blant temaene som belyses i rapporten som publiseres våren 2022.
- Boliger, tjenester og privat eie: Det ble stilt spørsmål om hvilke vurderinger som gjøres om hvorvidt plass i et bofellesskap eller ambulerende tjenester i eget hjem er den beste løsningen. Det ble videre pekt på at bofellesskap i dag er kommunale, og beboerne, som i de fleste tilfellene har behov for heldøgns omsorgsplasser, har da en leieavtale med kommunen. Gitt at det er store utfordringer knyttet til vedlikeholdet av kommunale boliger, ble det spurt om hvilke tanker kommunen har om å inngå samarbeid med private, eksempelvis hvis flere brukere går sammen om å kjøpe leiligheter i samme bygg og tilrettelegger for at kommunen kan leie et personalrom? Det ble også spurt om i hvilken grad brukere kan bytte bofellesskap dersom de ønsker det.

¹⁸ Se <https://bufdir.no/vold/tryggest/>.

1.4 Avgrensninger

Problematikken som er skissert her er svært omfangsrik, og revisjonen har derfor valgt å gjøre følgende avgrensninger:

- Informasjon til politikerne: Det å komme frem til en god og omforent praksis når det gjelder hva administrasjonen skal informere om og hvor detaljert man skal være, løses etter revisjonens skjønn best i den løpende dialogen mellom *Helse og mestring* og Helseutvalget. Revisjonen understreker samtidig at kommune-direktøren ifølge kommunelovens § 25-2 «skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året».
- Medisinering: Spørsmålet om pårørendes involvering og forholdet mellom medisinering, bruk av tvang og kvaliteten på tilbudet som gis, er komplekst. Spørsmålet kan være aktuelt også på andre felt enn habiliteringsfeltet, og det kan eventuelt belyses i et eget forvaltningsrevisjonsprosjekt dersom spørsmålet ikke sjekkes ut i Sivilombudets rapport.
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA): Revisjonen gjennomgikk generell problematikk rundt kommunens praktisering av BPA i forvaltningsrevisjonsprosjektet *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) i Kristiansand kommune*¹⁹ i 2019. Vårt utgangspunkt har samtidig vært at dersom det viste seg at enkelte forhold når det gjelder kommunens tilnærming til BPA var særlig aktuelle på habiliteringsfeltet, så ville det likevel være aktuelt å kommentere dette i denne rapporten. I den endelige forvaltningsrevisjonsrapporten har vi ikke gått nærmere inn på problematikk knyttet opp mot BPA-ordningen.
- Boligfeltet: Revisjonens prosjekt om det boligsosiale arbeidet i Kristiansand kommune ble behandlet i Kontrollutvalget på møtet i juni 2021 (sak 30/21) og i Bystyret i september 2021 (sak 224/21)²⁰. Revisjonen har lagt til grunn at supplerende innspill fra NFU i forbindelse med utarbeidelse av prosjektplan for habiliteringsfeltet i mai 2021 samt spørsmål som politikerne stilte våren 2021 om kommunale boliger og alternative løsninger, i utgangspunktet ses i sammenheng med behandlingen av forvaltningsrevisjonsrapporten om kommunens boligsosiale arbeid samt kommunens oppfølging av rapporten.
- Saker som ble omtalt i Fædrelandsvennens artikkelserie: Revisjonen har som nevnt meldt tilbake til Kontrollutvalget i et eget notat om enkeltsaken som ble omtalt. Andre forhold som omtales i Fædrelandsvennens artikkelserie våren 2021 ligger på den annen side noe tilbake i tid (fra før kommunesammenslåingen), og behandlingen av disse sakene var avsluttet fra Statsforvalterens side da dette forvaltningsrevisjonsprosjektet ble påbegynt. Administrasjonen har

¹⁹ Se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2018/01/Brukerstyrt-personlig-assistanse-i-Kristiansand-kommune.pdf>.

²⁰ Se <https://opengov.360online.com/Meetings/krsand/Meetings/Details/980934?agendaItemId=206205> og <https://kristiansand.kommunetv.no/archive/276>.

kommentert sakene, erkjent svikt og lagt frem forbedringstiltak.²¹ Revisjonen har følgelig vurdert at disse sakene er et utgangspunkt for prosjektet og tjener som eksempler, men ikke som revisjonsobjekt, i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

- Oppvekstområdet: Tilbudet som gis i barnehagen og i grunnskolen til barn og unge med utviklingshemming, vil ha betydning for livet de lever som voksne.²² Revisjonen vurderer likevel at prosjektet, som allerede er stort og komplekst, avgrenses til å omhandle habiliteringstjenester som kommer inn under området *Helse og mestring* og kommunalsjefområdet *Livsmestring*. Merk at kommunalsjefområdet *Livsmestring* befinner seg på utførersiden i *Helse og mestring*s bestiller-utførermodell.

1.5 Problemstillinger og gjennomføring

Med utgangspunkt i innspill fra NFU, pårørende og politikere, vedtok Kontrollutvalget i prosjektplanen, jf. sak 32/21 i Kontrollutvalgets møte 17. juni 2021, følgende 3 problemstillinger som vi vil belyse i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet:

- P1: I HVILKEN GRAD HAR KOMMUNEN RUTINER OG SYSTEMER FOR Å UNNGÅ, FOR Å FANGE OPP OG EVENTUELT FOR Å HÅNDTERE, FORHINDRE GJENTAKELSER AV OG LÆRE AV UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK?**
- P2: I HVILKEN GRAD JOBBER KOMMUNEN SYSTEMATISK LANGS DIMENSJONER SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ OG INNHOLDET I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET PÅ HABILITERINGSFELTET?**
- P3: I HVILKEN GRAD IVARETAS BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET?**

Grunnlaget for konkretiseringen og operasjonaliseringen av disse tre problemstillingene har vært relevante nasjonale veiledere fra Helsedirektoratet, jf. kapittel 2.1.6 under, innspill fra pårørendeorganisasjoner og politikere (herunder Kontrollutvalget), Statsforvalterens merknader i tilsyn samt revisjonens egne vurderinger. Med dette som utgangspunkt har vi utarbeidet relativt omfattende sett med spørsmål til forskjellige aktører på habiliteringsfeltet:

- Helse og mestring: Revisjonen har bedt *Helse og mestring* om skriftlig svar på et omfattende sett med konkrete spørsmål som dekker alle de tre problemstillingene, jf. avsnitt 3.2.
- Avdelingsledere i samtlige bofelleskap på habiliteringsfeltet: Vi har bedt samtlige avdelingsledere for bofelleskap på habiliteringsfeltet i Kristiansand kom-

²¹ Når det gjelder enkeltsaken som omtales i fotnote 7, ser det ved årsskiftet 2021-22 altså ut til at kommunen har fått på plass et botilbud for denne personen som brukeren selv og familien er fornøyd med, jf. artikkelen <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/y4Kw7K/han-har-faatt-det-helt-fantastisk>.

²² Se eksempelvis <https://naku.no/kunnskapsbanken/grunnskole-forskning>.

mune om å svare skriftlig på et justert utvalg av spørsmålene til *Helse og mestring*²³, jf. avsnitt 3.2.

- Samtlige ansatte i bofellesskap: Revisjonen har sendt ut et spørreskjema bestående av 32 spørsmål til samtlige, det vil si om lag 1000, ansatte på habiliteringsfeltet. Spørsmålene har tatt utgangspunkt i *Mitt livs ABC*²⁴, et program for grunnleggende opplæring i viktige temaer innen tjenesteyting til personer med utviklingshemming, jf. avsnitt 3.3.
- Bruker- og pårørendeorganisasjoner: NFUs innspill i mai 2021 bidro til å gi retning til dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, jf. avsnitt 1.3.1 over. Vi har i prosjektperioden i tillegg vært i kontakt med og bedt om nye skriftlige innspill fra NFU samt fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), jf. avsnitt 3.4.

I kjølvannet av denne omfattende skriftlige datainnsamlingen, har revisjonen i tillegg gjennomført et oppsummerende møte med nøkkelpersoner på habiliteringsfeltet.

Vi har videre hatt et møte hvor styret i NFU Kristiansand lokallag og pårørende deltok, og det har vært dialog med FFO i prosjektperioden.

Gjennom prosjektperioden har revisjonen også vært i dialog med Sivilombudet, som, parallelt med revisjonens arbeid, blant annet har gjennomgått bruken av tvang og skjermingstiltak for et avgrenset utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand kommune. Sivilombudets rapport har blitt ferdigstilt omtrent samtidig med revisjonens rapport.

²³ Det ble her tatt utgangspunkt i spørsmålene til *Helse og mestring*, men spørsmål som først og fremst var relevante for administrasjonen, ble utelatt.

²⁴ Se <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/grunnperm/mitt-livs-abc-1/> og <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/paabygging/mitt-livs-abc-2/>.

2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen. I *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon* er det i punkt 24 presisert at kilder til revisjonskriterier kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak og mål og føringer, administrative retningslinjer og mål og føringer, statlige føringer og veiledere, andre myndigheters praksis, anerkjent teori og reelle hensyn (vurderinger av hva som er rimelig, formålstjenlig, effektivt eller lignende).

- I avsnitt 2.1 gir vi en kort oversikt over regelverk og faglig normerende dokumenter på habiliteringsfeltet.
- Avsnitt 2.2 tar for seg kriteriene som kommunens praksis først og fremst ses opp mot i dette forvaltningsrevisjonsrapporten.

2.1 Kort om regelverk og faglig normerende dokumenter på habiliteringsfeltet

2.1.1 FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

FNs *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*²⁵ utgjør et verdimeessig grunnlag for tjenestetilbud til personer med utviklingshemming. Konvensjonen legger blant annet vekt på behovet for menneskelige relasjoner, fellesskap, inkludering og deltakelse, retten til selvbestemmelse og at tjenester må ta utgangspunkt i personens vilje og preferanser. Det pekes i konvensjonens innledning på at

Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. [...] En av konvensjonens målsettinger er at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få et selvstendig liv og kunne delta fullt ut på alle livets områder. [...] Partene skal også sikre nødvendig praktisk bistand og økonomisk støtte til utgifter knyttet til nedsatt funksjonsevne, og sørge for habilitering og rehabilitering (s. 5).

Innledningsvis i *NOU 2016:17 På lik linje (Rettighetsutvalget)* oppsummeres situasjonen for utviklingshemmede fra mellomkrigstiden, som var preget av rasehygienisk tenkning, og frem til i dag. Man kan lese at

FN-konvensjonen innebærer et endelig brudd med tidligere ideer om at mennesker kan deles inn i grupper basert på diagnose eller funksjonsevne og behandles og rangeres

²⁵ Se https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne ble vedtatt av FN's generalforsamling i 2006, undertegnet av Norge i 2007 og ratifisert i 2013. Norges forpliktelser til å overholde menneskerettighetene er også tydeliggjort i Grunnlovens § 92. Norsk lov må følgelig være i samsvar med FN-konvensjonen og utformes slik at den er egnet til å sikre at praksis blir i tråd med FN-konvensjonen. Konvensjonen gir for det første grenser for hva myndighetene kan foreta seg overfor utviklingshemmede. For det andre forplikter den staten til omfattende tilrettelegging som skal sikre funksjonshemmede tilgang til de universelle menneskerettighetene på lik linje med andre.

utfra dette. Konvensjonen legger til grunn at alle mennesker har lik verdi, og at samfunnet har en plikt til å anerkjenne det menneskelige mangfold (s. 13).

2.1.2 Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming

I Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming²⁶ beskrives bakgrunnen for den såkalte Ansvarsreformen / HVPU-reformen²⁷ i 1991 samt status 20 år senere. Bakgrunnen for å avvikle de fylkeskommunale institusjonene for personer med utviklingshemming var at

kartlegging av forholdene i institusjonene viste at «livssituasjonen og levekårene for psykisk utviklingshemmede i institusjonene er medmenneskelig, sosialt og kulturelt uakseptable». Institusjonsomsorgen var til hinder for at personer med utviklingshemming fikk oppfylt sine grunnleggende rettigheter til selvbestemmelse, privatliv, familieliv og samfunnsdeltakelse. Det ble også avdekket bruk av tvang og vold i institusjonene.

Formålet med reformen var å bedre levekårene for personer med utviklingshemming, og gi personer med utviklingshemming en likestilt tilværelse med den øvrige befolkningen. På lik linje med andre skulle personer med utviklingshemming i størst mulig grad få anledning til å styre eget liv, delta i samfunn og lokalmiljø og motta statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenester etter behov (s. 5).

Grunnlaget for reformen bygde ifølge Stortingsmeldingen på et såkalt «normaliseringsprinsipp» og ideer om «å gjøre tilgjengelig for personer med utviklingshemming mønstre og betingelser for hverdagslivet som er så likt som mulig de normer og mønstre som gjelder for samfunnet for øvrig» (s. 9).²⁸ Denne tilnærmingen ble imidlertid raskt problematisert, blant annet fordi

Forskning har vist at normaliseringspolitikken i praksis har gitt profesjonelle og andre makt til å definere innholdet i «normalitet». På 1990-tallet startet utviklingen av en politikk som skulle gi definisjonsmakt til personer med nedsatt funksjonsevne. Denne nye tenkningen omtales ofte som ideen om «empowerment» (s. 9).

De siste tiårenes fremvekst av interesse- og brukerorganisasjoner for brukere og deres pårørende kan ses i lys av overnevnte forhold. Det pekes også i Stortingsmeldingen på at

I takt med at personer med utviklingshemming har fått en sterkere stemme og større gjennomslagskraft på systemnivå, har også kravet om økt medvirkning og selvbestemmelse på individnivå økt (s. 10).

Med dette utgangspunktet ble det i Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd vist til følgende overordnede mål for regjeringens politikk:

²⁶ Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>.

²⁷ Ansvarsreformen / HVPU- reformen medførte at sentralinstitusjonene for personer med utviklingshemming ble nedlagt i tidsrommet 1991–1995. « HVPU » står for « Helsevernet for psykisk utviklingshemmede ».

²⁸ Tanker om å integrere mennesker med funksjonsnedsettelse i «normalsamfunnet» ble utviklet og fikk tilslutning på 1970-tallet, da ideer om særomsorg og segregering ble erstattet av tanker om mangfold, inkludering og individuell tilrettelegging, jf. NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget), s. 13.

1. Likestilling og likeverd²⁹
2. Selvbestemmelse³⁰
3. Deltakelse og integrering (s. 11)

Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd gjennomgår videre levekårene for mennesker med utviklingshemning og vurderer om Ansvarsreformens mål er gjennomført. Meldingen konkluderte med at det hadde vært en positiv utvikling i levekårene for personer med utviklingshemning siden Ansvarsreformen, samtidig som målene ikke var oppnådd og utviklingen på enkelte områder hadde gått i feil retning.³¹

2.1.3 NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft [...] (Rettighetsutvalget)

*NOU 2016: 17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning (Rettighetsutvalget)*³² søker å følge opp funnene i *Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd*.

I) EN RELASJONELL FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING:

Det understrekes i *NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget)* (kapittel 4) at forståelsen av funksjonshemming har stor betydning for valg av politiske strategier, hvilke løsninger som velges og hvilke tiltak som iverksettes. Det er i så måte sentralt at NOUen, i tråd med FNs *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*³³, legger til grunn en relasjonell snarere enn en individualistisk / medisinsk forståelse av funksjonshemming i sine vurderinger og forslag:

Tradisjonelt har funksjonshemming blitt ansett som en iboende egenskap ved individet. Manglende evne til å mestre eller fungere i en gitt situasjon har blitt forklart ved å peke på egenskaper ved personen. Et eksempel på dette er at bevegelsehemning blir angitt som grunnen til at en person ikke kan benytte seg av tjenester i et bygg med trapper. Dette blir også omtalt som en medisinsk forståelse av funksjonshemming, der funksjonshemming anses som en direkte konsekvens av sykdom, skade eller lyte.

Denne forståelsen av funksjonshemming er fundert i synet på funksjons- eller utviklingshemming som et patologisk avvik ved individet. Individet har defekter og mangler som må identifiseres, diagnostiseres og korrigeres. Denne individualistiske tilnærmingen har vært gjenstand for kritikk de siste 30–40 årene. Det er hevdet at en slik tilnærming er utilstrekkelig fordi den neglisjerer systemiske, strukturelle og sosiale strukturer som påvirker individets fungering. Det tas ikke tilstrekkelig hensyn til samfunnet og miljøet som omgir personen (s. 29-30).

²⁹ Det vises i Stortingsmeldingen til at «å sikre likestilling og hindre diskriminering innebærer en plikt både til: – Å behandle like tilfeller likt, og til – Å tilrettelegge for forskjellighet» (s. 27). Presiseringen om at forskjellighet skal vektlegges, viser her implisitt til «normalitetsprinsippet» begrensninger.

³⁰ Det vises i Stortingsmeldingen til at «retten til selvbestemmelse er viktig for menneskeverdet, selvutvikling og egen identitet. [...] For å sikre den enkeltes rett til selvbestemmelse i så stor grad som mulig er det vedtatt en rekke regler og prosedyrer for medbestemmelse» (s. 28).

³¹ Det er slik Stortingsmeldingen oppsummeres i *NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget)*, s. 13 og 20.

³² Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>.

³³ Det vises i *NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget)* til at «Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming ligger til grunn for både diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)» (s.30).

Det fremkommer videre at en relasjonell forståelse av funksjonshemming, hvor samspillet mellom individets forutsetninger og det eksterne miljøet er i fokus, innebærer at

Funksjonshemming forstås som resultatet av et misforhold mellom enkeltmenneskers forutsetninger og samfunnets innretning. Graden av funksjonshemming kan reduseres ved å tilrettelegge samfunnet og bygge ned funksjonshemmende barrierer gjennom universell utforming, eller ved å støtte og bygge opp individets forutsetninger gjennom individuell tilrettelegging og individuelle hjelpemidler, der universell utforming alene ikke er tilstrekkelig (s. 29).

Det er videre verdt å merke seg at det i NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget) legges til grunn at

*I norsk kontekst har den relasjonelle forståelsen først og fremst blitt bearbeidet og anvendt når det gjelder funksjonshemming som oppstår i møtet mellom sensoriske eller fysiske funksjonsnedsettelse og fysiske barrierer.
[...] Utvalget mener at den relasjonelle forståelsen er like relevant for å forstå hvordan en funksjonshemming oppstår som følge av en utviklingshemming / intellektuell funksjonsnedsettelse (s. 30).*

Det pekes også på to forhold i dagens samfunn som kan virke funksjonshemmende for personer med utviklingshemming, nemlig *kunnskapssamfunnet* (krav til utdanning i arbeidslivet) og *informasjonssamfunnet* (s. 31).

II) ÅTTE LØFT:

Videre foreslås det i NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget) åtte løft som oppfattes å være nødvendige for at utviklingshemmede skal få oppfylt sine menneskerettigheter på lik linje med andre. Hvert av de åtte løftene tar utgangspunkt i en statusbeskrivelse og inneholder flere anbefalte tiltak som skal bidra til bedring. Vi gjengir her følgende poenger fra statusbeskrivelsen:

Løft 1 Selvbestemmelse og rettssikkerhet: Utvalgets gjennomgang viser at norsk lovverk ikke i tilstrekkelig grad respekterer og sikrer utviklingshemmedes rett til frihet og selvbestemmelse. Lovverket åpner ifølge utvalget for å gjøre vesentlige inngrep i utviklingshemmedes handlefrihet og mulighet til å bestemme over eget liv, uten at inngrepene kan rettferdiggjøres (s. 16).

Løft 2 Inkludert og likeverdig opplæring: Utvalgets gjennomgang viser at den ordinære skolen i liten grad er tilrettelagt for utviklingshemmede elever. I tillegg tyder utvalgets gjennomgang på at elever med utviklingshemming mottar et dårligere undervisningstilbud enn andre elever (s. 17).

Løft 3 Arbeid for alle: Utvalgets gjennomgang viser at utviklingshemmede i liten grad har tilgang til arbeidslivet (s. 17).

Løft 4 God helse og omsorg: Utvalgets gjennomgang viser at hjemmetjenestene til personer med utviklingshemming ofte er utformet på en standardisert måte, og at ulike tjenester leveres som et samlet pakketilbud. Dette begrenser utviklingshemmedes valgfrihet og mulighet til å styre egen hverdag. At utvik-

lingshemmede ikke står i sentrum for utformingen av tjenestetilbudet, er ifølge utvalget i strid med klare politiske målsettinger om økt selvbestemmelse for personer med utviklingshemming. Utvalgets statusbeskrivelse viser videre at personer med utviklingshemming ikke har like god tilgang til helsetjenester av god kvalitet som resten av befolkningen. Habiliteringstjenestene har ifølge NOUen lav kapasitet, og det er i liten grad etablert systemer som sikrer tilgang til fastlegetjenester (s. 17).

Løft 5 Eget hjem: Utvalgets gjennomgang viser at det er stor mangel på egne boliger for utviklingshemmede. Mange utviklingshemmede bor ifølge utvalget i store bofellesskap som ligger isolert fra befolkningen for øvrig (s. 18).

Løft 6 Kompetanse og kunnskap: Statusgjennomgangen viser at lav kompetanse i tjenesteapparatet er en gjennomgående utfordring. Det er mange ufaglærte som jobber i tjenestene til utviklingshemmede. Noen ansatte vil derfor ha behov for grunnleggende opplæring, mens andre har behov for videre- og etterutdanning i særskilte tema. Manglende kompetanse bidrar ifølge utvalget til at utviklingshemmede ikke får likeverdige tjenester innenfor ulike samfunnsområder (s. 18).

Løft 7 Koordinerte tjenester: Utvalgets situasjonsgjennomgang dokumenterer mangelfull koordinering og dårlig samarbeid rundt velferdstjenestene til personer med utviklingshemming. Kartleggingen dokumenterer mangelfull koordinering i overgangssituasjoner og mellom løpende tjenester, internt i kommunen, og mellom kommune, fylkeskommune og stat (s. 18).

Løft 8 Målrettet styring: Utvalgets gjennomgang viser at den relasjonelle forståelsen av utviklingshemming ikke alltid blir lagt til grunn i sektorpolitikken. Gjennomgangen viser videre manglende vektlegging av utviklingshemmedes perspektiver i politiske satsinger og i eksisterende ordninger og tiltak (s. 18).

2.1.4 Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020

Gamle Kristiansand kommunes *Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020*³⁴ beskriver utfordringer på forskjellige områder i gamle Kristiansand kommune og foreslår strategier for å møte utfordringene. Handlingsplanen inneholder også en tiltaksmatrise med mål og tiltak på forskjellige områder. En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av representanter fra ulike sektorer i gamle Kristiansand kommune, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og tilsluttede stod bak utarbeidelsen av handlingsplanen, som ble vedtatt av Bystyret i gamle Kristiansand kommune våren 2017.

Handlingsplanen fremstår som grundig og gjennomarbeidet, og den gir et detaljert og konkret bilde av status på sentrale områder i gamle Kristiansand kommune. Det er også slik at NOU 2016: 17 *På lik linje (Rettighetsutvalget)*, jf. avsnitt 2.1.3 over, ble lagt

³⁴ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/innhold/politikk-og-organisasjon/planer-rapporter-og-meldinger/planer/handlingsplan-for-tjenester-til-personer-med-kognitiv-funksjonsnedsettelse-1.pdf>.

til grunn som et viktig kunnskapsgrunnlag planarbeidet. Selv om Gamle Kristiansand kommunes *Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020* formelt sett ikke lenger er gjeldende, er det i så måte fortsatt interessant å se enkelte sider ved dagens praksis i Kristiansand kommune i lys av innholdet i gamle Kristiansand kommunens handlingsplan.³⁵ For dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har særlig beskrivelsene i handlingsplanens kapittel 5.1 *Arbeid og arbeidsrettet aktivitet*, 5.2 *Bolig*, 5.3 *Tjenester*, 6.1 *Kultur og fritid*, 6.4 *Folkehelse*, 6.5 *Gråsone*, 6.6 *Tvang*, 6.7 *Vold i nære relasjoner*, 7.1 *Overganger*, 7.2 *Informasjon*, 7.3 *Gråsone*, 8.1 *Bruker*, 8.2 *Pårørende*, 8.5 *Verge*, og 8.6 *Brukerundersøkelser* fremstått som relevante. Utfordringsbildet som beskrives i gamle Kristiansand kommunes handlingsplan synes for øvrig i liten grad å avvike fra bildet som ble tegnet i *NOU 2016: 17 På lik linje (Rettighetsutvalget)*.

Innledningsvis i gamle Kristiansand kommunens handlingsplan kan man lese at

Målgruppen for handlingsplanen er personer med kognitiv funksjonsnedsettelse. Dette er ikke en klart definert gruppe. Noen har en diagnose som utviklingshemmet, mens andre har ulike diagnoser som omhandler kognitive utfordringer. Personer uten diagnoser, men som har utfordringer på grunn av kognitiv og intellektuell funksjonsnedsettelse vil også være i målgruppen. Det innebærer at planen ikke har fokus på diagnoser, men på funksjon (s. 2).

Revisjonen bemerker at en tilnærming som fokuserer på funksjon snarere enn på medisinsk diagnose, er i tråd med en relasjonell tilnærming til funksjonshemming.³⁶

Også Kristiansand kommunes seneste års økonomiplaner er relevante for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, både som informasjonsgrunnlag, jf. avsnitt 3.1.2 under, og med tanke på kommunens målsettinger på feltet.

2.1.5 Kort om kvalitet i helse- og omsorgstjenester

i)

I *Stortingsmelding 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*³⁷ understrekes det at

³⁵ Mens gamle Kristiansand kommunes handlingsplan omfatter hele livsløpet for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse, så avgrenses dette forvaltningsrevisjonsprosjektet mot tjenester som faller inn under området *Oppvekst*, jf. avsnitt 1.4 over. Merk samtidig at Helsedirektoratets veiledere *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, jf. avsnitt 2.1.6 over, og *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, jf. avsnitt 2.1.5 over, ble publisert etter at i gamle Kristiansand kommunens handlingsplan ble vedtatt i Bystyret våren 2017.

³⁶ I *Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd* understrekes det også at «retten til tjenester utløses av et konkret behov, og diagnose vil som hovedregel ikke være avgjørende for hvilken tjeneste eller ytelse som innvilges, eller omfanget av tjenestene» (s. 7). I avsnitt 3.1.1 under ser vi også at utfordringer knyttes til diagnostiseringen av utviklingshemming, som tar utgangspunkt i det medisinske kodeverket ICD-10 og som innebærer en individualistisk forståelse av funksjonshemming der funksjonshemming anses som en direkte konsekvens av sykdom, skade eller lyte, støtter opp om en slik tilnærming. Det legges i *Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd* til at «det er verken riktig eller mulig å kategorisere mennesker ut fra kognitive eller fysiske egenskaper. Visse funksjonsnedsettelser kan imidlertid utløse et særlig behov som samfunnet må møte med tilrettelegging slik at alle skal få mulighet til å bruke egne ressurser, samfunnsdeltakelse og et verdig liv» (s. 11).

³⁷ Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>.

Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter (s. 11).

Det vises videre i Stortingsmeldingen til at det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal:

1. *være virkningsfulle*
2. *være trygge og sikre*
3. *involvere brukerne og gi dem innflytelse*
4. *være samordnet og preget av kontinuitet*
5. *utnytte ressursene på en god måte*
6. *være tilgjengelige og rettferdig fordelt (s. 11).*

Det pekes på at disse dimensjonene langt på vei er sammenfallende med kvalitetsstrategier i andre land og i internasjonale organisasjoner som *Verdens helseorganisasjon (WHO)*, *OECD* og *EU*.

ii)

I Helsedirektoratets *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*³⁸ fra 2017 (oppdatert i 2018) legges overnevnte kvalitetsbegrep til grunn. Følgende kapitler i veilederen har særlig relevans for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet:

- 4.7 (Planlegging) *Oversikt over kompetanse og behov for opplæring (§ 6f)*
- 4.8 (Planlegging) *Oversikt over avvik og forbedringsarbeid (§ 6g)*
- 5.3 (Gjennomføre) *Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere (§ 7b)*
- 5.4 (Gjennomføre) *Utvikle og iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt (§ 7c)*
- 5.6 (Gjennomføre) *Medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende (§ 7e)*
- 6.5 (Evaluere) *Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende (§ 8d)*

iii)

Når det gjelder faktorer som bidrar til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, må det i tillegg nevnes at Helsedirektoratets satsinger *Kompetanseløft 2020* og *Kompetanseløft 2025*³⁹ legger til grunn at de ansattes kompetanse, sykefravær og deltidsproblematikk har stor innvirkning på kvaliteten på tjenesteproduksjonen innenfor helse og omsorg. I *Kompetanseløft 2020 - Årsrapport 2019* kan man lese at

Kompetent personell utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og er en forutsetning for kvalitet i tjenestene og i arbeidet som skal utføres (forord).

I arbeidet med Kompetanseløft 2020 har Helsedirektoratet identifisert fire hovedutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste: deltidsproblematikk, mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover (s. 5).

³⁸ Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.

³⁹ Se <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025>.

iv)

I Helsedirektoratets *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse og omsorgstjenesten* (Rapport IS-2690) skilles det for øvrig mellom *strukturkvalitet*, *prosesskvalitet* og *resultatkvalitet*.

2.1.6 Helsedirektoratets nasjonale veiledere

i)

I oktober 2017 la Helsetilsynet fram rapporten *Det gjelder livet*⁴⁰, hvor det landsomfattende tilsynet i med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i 2016, oppsummeres. Rapporten, som har en helhetlig tilnærming til tilbudet til utviklingshemmede, er svært kritisk, og i sammendraget kan man lese at «det var til dels svært alvorlige forhold som ble avdekket i dette landsomfattende tilsynet». Det blir i Helsetilsynets rapport blant annet konkludert med at

Tilsynsfunnene tilsier at det er behov for faglige råd og føringer til kommunene. Vi ber Helsedirektoratet vurdere om det for eksempel er grunnlag for å lage en nasjonal faglig retningslinje som tydelig formulerer hva som er forsvarlige tjenester og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilrettelagt og der brukerne medvirker i eget tilbud (s. 27).

I juni 2021 la Helsedirektoratet frem den nasjonale veilederen *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*⁴¹. Veilederen er svært relevant i arbeidet med å besvare dette prosjektets problemstillinger. Det har i utarbeidelsen av veilederen blitt lagt vekt på «å kombinere brukerperspektivet og det faglige perspektivet med etiske og verdimeslige aspekter» (s. 7). I veilederens innledning kan man lese at

Det overordnede målet med denne veilederen er å bidra til at personer med utviklingshemming og deres familier får leve gode liv i tråd med egne forutsetninger, ønsker og behov. Formålet er å bidra til kunnskapsbasert praksis, riktige prioriteringer, god samhandling og redusert uønsket variasjon i kommunene.

Veilederen handler om mennesker med utviklingshemming. Praksisen som beskrives og anbefalingene som gis kan imidlertid også anvendes i forhold til andre personer med behov for habilitering, det vil si personer som har, eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne.

Gode, faglig forsvarlige tjenester bidrar til trygghet, deltakelse, livskvalitet, funksjons- og mestringsevne, utvikling på egne premisser, læring og motivasjon. Gode tjenester er forankret i fagkunnskap, faglige retningslinjer og veiledere og i allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Gode tjenester handler blant annet om å gi personer med ulik grad av utviklingshemming økt kontroll over faktorer som påvirker eget liv og helse, gjennom beslutnings-

⁴⁰ Se https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetsrapport4_2017.pdf/.

Merk at også NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft (Rettighetsutvalget) har spilt en sentral rolle i utarbeidelsen av Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*.

⁴¹ Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>. Veilederen ble publisert i juni 2021. Se også <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalveileder>.

støtte og myndiggjøring. Tjenestenes rolle i dette er å veilede og bevisstgjøre personen (s. 3).

Med utgangspunkt i kapitler som tar for seg:

1. *Samarbeid og kompetanse*
2. *Personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester*
3. *Livsfaser- og overganger*
4. *Habilitering og bistand i dagliglivet*
5. *Helseoppfølging*
6. *Samarbeid med familie, pårørende og verge*
7. *Dokumentasjon og taushetsplikt*

er veilederen organisert i mange korte og konkrete tekster som beskriver lovkrav og faglige anbefalinger.⁴² Eksempelvis har det første punktet i *Kapittel 2 Samarbeid og kompetanse* som overskrift *Kommunen skal sørge for nok personell med rett kompetanse i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming*.

Det understrekes også i veilederen, i tråd med FNs *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* og *NOU 2016:17 På lik linje (Rettighetsutvalget)*, at det legges til grunn en relasjonell forståelse av funksjonshemming.

ii)

Også Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*⁴³ fra 2015 (faglig oppdatert i 2020) er aktuell som revisjonskriterium som kommunens praksis ses opp mot. Veilederen tar for seg et vidt spekter av forhold som har relevans for tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet. I veilederens kapittel 13 om individuell plan vises det blant annet til *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

2.1.7 Andre kilder til kompetanseutvikling og forbedringsarbeid på habiliteringsfeltet

i)

På nettsiden til *Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmede (NAKU)*⁴⁴ kan man lese at NAKU skal være et knutepunkt for utvikling av tjenestene som ytes til utviklingshemmede i kommunene. NAKU skal formidle relevante fagressurser i en kunnskapsbank som kommunale tjenesteytere kan bruke som støtte og veiledning i sitt

⁴² Det pekes i innledningen også på at «Når det står "skal" eller "må" i teksten betyr det at kravet enten er lov- eller forskriftsfestet, eller så tydelig faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som beskrevet. "Bør" betyr at anbefalingen er en sterk anbefaling fra Helsedirektoratet. Ordet "kan" brukes om eksempler eller anbefalte forslag til hvordan man kan handle for å imøtekomme et lovkrav eller en sterk anbefaling. Kravene og anbefalingene må forstås i lys av grunnleggende verdier i helse- og omsorgstjenesten som respekt for menneskeverdet og egenverdet til den enkelte og den enkeltes rett til selvbestemmelse, samt faglig kvalitet, omsorgsfull hjelp, rettferdighet og god ressursutnyttelse».

⁴³ Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>. Veilederen ble publisert i 2015 og er faglig oppdatert i 2020.

⁴⁴ Se <https://naku.no/kunnskapsbanken>.

daglige arbeid. NAKUs nettsider har blitt brukt aktivt særlig i kapittel 3.1.1 i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, hvor diagnosen «utviklingshemming» diskuteres.

ii)

Videre er *Mitt livs ABC*⁴⁵ er et nasjonalt kompetansehevende tiltak for tjenesteytere til personer med utviklingshemming, uavhengig av tjenesteyters utdanningsbakgrunn. I tillegg til kunnskap om utviklingshemming omfatter materiellet tema som kommunikasjon, etikk, helse, aktuelt lovverk, miljøarbeid, bruk av tvang og makt, opplæring, og tilrettelagte dagtilbud og arbeid. Det legges også vekt på hvordan man som tjenesteyter kan bistå for å øke trivsel, etablere sosiale nettverk og tilrettelegge og oppmuntre til et aktivt liv.

iii)

Det vises ellers til flere nettsider som kan bidra med relevant og oppdatert kunnskap på habiliteringsfeltet i den nasjonale veilederen *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*.

2.2 Konkret om revisjonskriterier i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet

I avsnitt 2.1 over har vi gitt en kort oversikt over faglig normerende dokumenter på habiliteringsfeltet samt over utviklingen på feltet siden Ansvarsreformen / HVPU-reformen på 1990-tallet.

I dette avsnittet tar vi konkret for oss kriteriene som kommunens praksis ses opp mot i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

i)

Med utgangspunkt i innspill fra NFU, pårørende og politikere, har vi som vi så i avsnitt 1.5 over formulert 3 hovedproblemstillinger som vi søker å belyse i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, som ble publisert sommeren 2021, har vært særlig sentral i operasjonaliseringen av disse problemstillinger i form av konkrete spørsmål til *Helse og mestring* samt til avdelingsledere for bofellesskap på habiliteringsfeltet. En betydelig del av spørsmålene som har blitt stilt, jf. avsnitt 3.2 under, har tatt utgangspunkt i utvalgte underkapitler i nevnte veileder.⁴⁶

⁴⁵ Se <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/grunnperm/mitt-livs-abc-1/>.

⁴⁶ Overskriftene på disse underkapitlene, eksempelvis «Kommunen skal sørge for at tjenesteyterne har kompetanse på etisk refleksjon» i veilederens kapittel 2, er formulert som det som i Norsk Kommunerevisorforbunds (NKRF) veileder for forvaltningsrevisjon omtales som «enkelstående normative utsagn» som kommunens praksis kan ses opp mot.

Kommunens svar har så blitt vurdert opp mot innholdet i aktuelle underkapitler i denne veilederen, jf. kapittel 4. Vi legger i så måte til grunn at status på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune når det gjelder Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, er en sentral indikator for status når det gjelder prosjektets 3 hovedproblemstillinger.

ii)

Enkelte av spørsmålene til *Helse og mestring* og avdelingslederne som kommer inn under problemstilling 3 (P3) *Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet*, har i tillegg tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Kommunens svar har også blitt vurdert i lys av denne veilederen der det har vært aktuelt.

iii)

Kommunens svar på spørsmål som kommer inn under problemstilling 2 (P2) *Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)* og som omhandler heltidskultur, sykefravær og kompetanse, har videre blitt sett i lys av Helsedirektoratets *Kompetanseløft-satsinger*.

iv)

For å belyse hva som faktisk er status blant de ansatte på habiliteringsfeltet når det gjelder kompetanse, har revisjonen gjennomført en spørreundersøkelse hvor samtlige av habiliteringsfeltet som lag 1000 ansatte har fått tilsendt et spørreskjema på epost, jf. avsnitt 3.3 under. Spørsmålene har tatt utgangspunkt i *Mitt livs ABC*⁴⁷, som altså er et program for grunnleggende opplæring i viktige temaer innen tjenesteyting til personer med utviklingshemming. For å kvalitetssikre spørreundersøkelsen har vi fått innspill på spørreskjemaet fra den ansvarlige for e-læringskurset *Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming*⁴⁸.

Det at spørreundersøkelsen har tatt utgangspunkt i et anerkjent program for kompetanseutvikling på feltet, har bidratt både til å sikre at spørsmålene tar opp ting som påvirker kvaliteten på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet, og som det er rimelig å forvente at ansatte på habiliteringsfeltet har kjennskap til og kunnskap om.

⁴⁷ Se <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/grunnperm/mitt-livs-abc-1/> og <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/paabygging/mitt-livs-abc-2/>. Merk at revisjonens spørsmål også dekker punktene som det vises til i kapittel 2.1 *Kommunen skal sørge for nok personell med rett kompetanse i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming* i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Det vises også til *Mitt livs ABC* i Helsedirektoratets *Kompetanseløft 2020 - Årsrapport 2019*.

⁴⁸ Se <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/dette-ma-jeg-kunne/>. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse tilbyr e-læringskurset *Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming*. Kurset gir en kort innføring i fagtemaer en bør ha kunnskap om for å arbeide med mennesker med utviklingshemming. Hensikten er å gi deltakeren faglig basiskunnskap og inspirere til videre opplæring. Kurset er tenkt som et supplement til kommunens øvrige opplæringsløp.

3 Innsamlede data

3.1 Nærmere om utviklingshemming og organisering av tjenesten

3.1.1 Diagnosen utviklingshemming

I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, kan man lese at

Utviklingshemming, eller psykisk utviklingshemming⁴⁹, er en samlebetegnelse for ulike medfødte eller tidlig ervervede tilstander med nedsettelse i kognitiv, sosial og praktisk fungering. I Norge stilles diagnosen på bakgrunn av diagnosemanualen ICD-10. Psykisk utviklingshemming defineres i ICD-10 som «en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av generelle evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale» (kapittel 1).⁵⁰

Den medisinske diagnosemanualen ICD-10 skiller mellom lett⁵¹, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming.⁵² Det kan imidlertid ifølge veilederen være store individuelle variasjoner i fungering mellom personer med samme grad av utviklingshemming når det gjelder språk, sosiale ferdigheter, dagliglivets ferdigheter og i hvilken grad

⁴⁹ Helsedirektoratet viser til at det pågår «en diskusjon om hvilket begrep som bør benyttes, og en del ønsker å erstatte "psykisk utviklingshemming" med intellektuell funksjonsnedsettelse eller noe tilsvarende. Inntil videre anvendes fortsatt betegnelsen psykisk utviklingshemming, eventuelt bare "utviklingshemming"», jf.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>
På NAKUs sider kan man lese at i nordiske fagartikler blir «uttrykket utviklingshemming alene mer og mer vanlig etter år 2000», og at det i mindre grad snakkes om «psykisk utviklingshemmede», jf.
<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-diagnosenavnet-i-endering>.

⁵⁰ Stortingsmelding 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd* viser til at for å falle innenfor ICD-10-definisjonen, må tre kriterier oppfylles:

- a) *Intelligens*: Evnenivået må være betydelig svekket. Mental fungering skal ligge under et IQ-nivå på 70.
- b) *Tilpasningsevne / adaptive ferdigheter*: Sosial modenhet og evne til å tilpasse seg skal være betydelig svekket.
- c) *Sykehistorie og tidlig manifestasjon*: Funksjonsvanskene skal ha vist seg før fylte 18 år (s. 6).

For en nærmere gjennomgang av diagnostiseringen av psykisk utviklingshemming, se eksempelvis

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>

⁵¹ Utfordringer langs dimensjonene forståelse, det sosiale og det praktiske knyttet til det å være lett utviklingshemmet, omtales i *NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft [...]* (Rettighetsutvalget), s. 28.

⁵² Revisjonen supplerer her med følgende beskrivelse fra artikkelen *Psykisk utviklingshemning – hvordan stilles diagnosen?*: «Lett psykisk utviklingshemning fører vanligvis til lærevansker i skolen, og det er ofte først da barnets intellektuelle begrensninger blir oppdaget. Det kan være vanskelig å skille lett psykisk utviklingshemning fra spesifikke lærevansker eller atferdsproblemer. Mange voksne er i stand til å arbeide, ha gode sosiale forhold og oppnå selvstendighet når det gjelder egenomsorg. Noen blir av nærmiljøet sett på som litt trege snarere enn utviklingshemmede. Denne gruppen utgjør den største gruppen av psykisk utviklingshemmede (ca. 85 % [revisjonen bemerker at dette estimatet er i tråd med anslaget til *World Health Organization* (WTO)]). Moderat psykisk utviklingshemning fører vanligvis til markert utviklingshemning i barndommen, men de fleste kan læres opp til å utvikle noen grad av uavhengighet i det å sørge for seg selv, oppnå adekvat kommunikasjon og noen skoleferdigheter. Denne gruppen utgjør ca. 10 %. Alvorlig psykisk utviklingshemning (3 – 4 %) medfører vanligvis kontinuerlig omsorgsbehov. Dyp psykisk utviklingshemning (1 – 2 %) medfører alvorlige begrensninger i egenomsorg, kommunikasjon og bevegelse»

(se <https://tidsskriftet.no/2008/01/kronikk/psykisk-utviklingshemning-hvordan-stilles-diagnosen>).

man utvikler seg gjennom de erfaringene man gjør seg gjennom livet. Utviklingshemming kan også forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser. Mennesker med utviklingshemming er følgelig en stor og uensartet gruppe, og i *Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd* understrekes det at

Det er derfor vanskelig, og ofte lite ønskelig, å behandle personer med utviklingshemming som en samlet gruppe. En kognitiv funksjonsnedsettelse utløser likevel noen særlige behov og reiser noen problemstillinger som kan være felles for personene som har denne formen for nedsatt funksjonsevne (s. 6).

Det vises videre i overnevnte veileder til at mennesker med utviklingshemming trenger varierende grad av bistand igjennom livet: noen lever selvstendige liv med litt bistand, mens andre har omfattende og langvarige behov for tjenester, og trenger bistand til de fleste av dagliglivets aktiviteter livet ut. Det understrekes i veilederen at mennesker med psykisk utviklingshemming representerer en sårbar gruppe, blant annet fordi de kan ha problemer med å forstå og gi uttrykk for egen sykdom og håndtere egne helseproblemer. En god og bred utredning og diagnostisering kan ifølge veilederen ha stor betydning for forståelsen av personens utfordringer (for å unngå både overvurdering og undervurdering) og for individuell oppfølging og støtte. Det understrekes samtidig at opplæringstiltak og kompensierende tiltak kan utgjøre stor forskjell for personlig utvikling og grad av selvstendighet.⁵³

Det er samtidig viktig å være klar over at det ifølge Helsedirektoratets nye nasjonale veileder imidlertid er knyttet usikkerhet til diagnostiseringen av utviklingshemming:

Utredning og diagnostisering av psykisk utviklingshemming skjer i spesialisthelsetjenesten. Diagnosen blir ofte satt mens barnet er lite. Gjennom oppveksten kan det imidlertid være usikkerhet om graden av utviklingshemming, fordi barnet utvikler seg hele tiden. Utviklingshemming kan i tillegg være vanskelig å skille fra andre diagnoser, for eksempel autismespekterforstyrrelser, lærevansker, og forstyrrelser i oppmerksomhet og konsentrasjon. Hos noen settes diagnosen først i ungdomsårene eller i voksen alder. I voksen alder kan også psykisk sykdom, rusproblematikk eller atferdsforstyrrelser «overskygge» utviklingshemmingen (kapittel 1).

Utfordringene når det gjelder diagnostisering må blant annet ses i sammenheng med at mens mer alvorlige grader av utviklingshemming kan forklares biopatologisk, eksempelvis med kromosomfeil (Downs), vil lette utviklingshemninger oftere ha «uspesifikk årsak», det vil si at de ikke kan forklares med kjente diagnoser eller syndromer.⁵⁴ I tillegg er det også betydelige metodiske og vitenskapsteoretiske utfordringer knyttet til diagnosekriteriene i statistiske og medisinsk orienterte diagnosemanualer:

kriterievalg og deres målemåter krever enighet om en skal legge det samme i et begrep. Vedrørende kriteriene for utviklingshemming fins en slik enighet i liten grad. For eksempel har det vært operert med forskjellige grenseskårer for hvem som er utviklingshemmet eller ikke, i ulike intelligenstagere, og settinger. Dette gjelder også måle-

⁵³ På NAKUs nettsider kan man lese at «psykisk utviklingshemming innebærer økt sårbarhet eller risiko for å utvikle sykdom eller lidelse, men dette kan ikke bare forstås som en egenskap ved individet. Måten omgivelsene forstår og tilrettelegger for utfordringene den enkelte personen har, er avgjørende for utvikling av tilleggsvansker», jf. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>.

⁵⁴ Se https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming/.

*måter for sosiale ferdigheter. Med andre ord konstruerer mennesker generelt, og fagfolk også, normer og norm-avvik ut fra de verdier som til enhver tid preger det samfunn de lever i.*⁵⁵

Oppsummert vil den medisinske diagnosen utviklingshemming kunne indikere økt sårbarhet og risiko langs forskjellige dimensjoner, eksempelvis i forhold til utvikling av tilleggs lidelser som livsstilssykdommer, psykiske og somatiske lidelser og utfordrende atferd.⁵⁶ Graden av utviklingshemming vil i tillegg blant annet også kunne gi indikasjoner om bistandsbehov.⁵⁷ Samtidig innebærer en relasjonell tilnærming til utviklingshemming at

*Økt sårbarhet eller økt risiko er ikke en egenskap ved individet. Måten omgivelsene forstår og tilrettelegger er avgjørende for utvikling av vansker og hvordan det er å leve med utviklingshemming.*⁵⁸

I tillegg til å være nyttig, kan denne typen kategorisering imidlertid også påvirke både selvforståelsen til og omgivelsenes oppfatning av personen, og slik virke begrensende og gi opphav til forenklede stereotyper som gjør at man ikke ser «mennesket bak diagnosen».⁵⁹ I kommunal tjenesteproduksjon vil det være en risiko for at vektlegging av objektiverende kategorier og medisinske diagnoser bidrar til at tjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse ikke i tilstrekkelig grad differensieres i forhold til den enkeltes situasjon, behov og ønsker.

⁵⁵ Se <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-diagnosenavnet-i-endring>. Det vises her også til at «i sin nye fagbok konstaterer Engh (2016) at betegnelsen ikke bare er i endring, men også forståelsen av de diagnostiske kriteriene. På basis av en analyse av DSM-V [statistisk diagnosemanual for «mental disorders» utgitt av Den amerikanske psykiaterforeningen] fastslår han at tilpasningsevnen / ADL-ferdigheter [aktiviteter i dagliglivet] styrer underkategoriseringen av utviklingshemming mer enn intelligensskår. Dette skjer til tross for at endringene på betegnelsen går mer i retning av å peke på nettopp det kognitive, jf. DSMs term *Intellectual Disability* og *Intellectual developmental disorder*. Vurdering av tilpasningsevnen er komplisert, og det finnes ifølge Holden (2016) ikke klare retningslinjer for nivå eller hvilke områder som skal inngå». Det konkluderes med at «de forskjellige perspektivene på diagnosen psykisk utviklingshemming borger for at bakom navnvirvaret ligger en reell og dyptgripende uenighet av vitenskapsteoretisk art».

⁵⁶ Når det gjelder sårbarhet, så kan man på NAKU sider lese at «Å ha en utviklingshemming kan innebære at en har en sårbar livssituasjon. Økt sårbarhet kan skyldes *biologisk sårbarhet*. Personer med Downs syndrom, som er en medfødt genetisk tilstand, har økt risiko for hjertelidelser, tidlig aldring og demens. Det finnes også *psykologisk forklaring* på risiko for utvikling av sykdom og vansker. Et eksempel er stressbelastninger personen opplever grunnet nedsatt kognitiv kapasitet. Økt sårbarhet kan også ha en *sosial forklaring*. Sårbarhetsfaktorer og risiko er ikke en egenskap ved individet. Det er et samspill av alle disse faktorene som ofte utgjør en ekstra sårbar livssituasjon for personer med utviklingshemming», jf <https://naku.no/utviklingshemming-mennesket-og-diagnosen>.

⁵⁷ I Sluttrapport fra prosjektet «Nasjonal kartlegging av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten» fra januar 2018 understrekes det imidlertid at «menneskelig fungering og utvikling – typisk, atypisk og avvikende – og sosial deltakelse er for kompleks til at det vil være mulig å utarbeide «tiltaksindikatorer» som gir direkte anvisninger om hvilke tiltak man bør sette inn, bortsett fra på et forholdsvis generelt nivå. Innenfor habilitering må man alltid "skreddersy" detaljene i hjelpetiltak og behandling ut fra inngående kjennskap til den enkelte persons forutsetninger og de aktuelle muligheter i omgivelsene» (s. 37).

⁵⁸ Se <https://naku.no/utviklingshemming-mennesket-og-diagnosen>.

⁵⁹ Se <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-hvorfor-kategorisere> for en diskusjon av dette poenget. Det understrekes her også at «det hersker utbredt motstand mot å la en eneste egenskap beskrive et menneske, spesielt langs aksene bra / dårlig».

3.1.2 Omtale av habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune i Økonomiplan 2022-2025⁶⁰

Kommunalsjefområdet *Livsmestring* har ansvaret for tjenester til barn, unge og voksne med kognitiv funksjonsnedsettelse. Habilitering voksne, som dette forvaltningsrevisjonsprosjektet fokuserer på, har ansvar for:

- 35 bofellesskap / tiltak som er bemannet gjennom hele døgnet.
- 6 aktivitetshus som tilbyr fellesskap og aktivitet tilpasset funksjonsnivå og behov.
- Ambulerende tjenester som følger opp brukere som ikke har døgn tjenester.

Når det gjelder hovedutfordringer på habiliteringsfeltet, så gjengir vi kapittel 5.12.2 i Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-2025* i sin helhet:

På habiliteringsfeltet har det vært en utvikling i retning av at stadig flere beboere har et sammensatt og økt tjenestebehov. Dette stiller andre krav til kompetanse og økt ressursbruk. Målgruppen har et underforbruk av helsetjenester. Utviklingshemmede har også i liten grad tilgang til tilrettelagt arbeid.

Boligtilbudet for utviklingshemmede er ikke tilstrekkelig differensiert. Det er behov for å utvikle og harmonisere boligoppfølging og mestringstilbud med utgangspunkt i den enkeltes ressurser, muligheter og behov. Blant annet er det behov for å utvikle og harmonisere ambulerende oppfølgingstjenester innenfor habiliteringsfeltet.

Habilitering for barn og unge har en økning i antall barn med store og komplekse tjenestebehov, hvor foreldre trenger avlastning og har stort behov for informasjon. Det vil i perioden bli prioritert å ha et fokus på dialog med pårørende. Det er økt press på avlastningstilbud (se omtale under Forvaltning).

Tjenesten har også utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det er behov for økt kompetanse i tjenestene. Dette gjelder både med hensyn til å øke andelen faglærte generelt, men også spesifikt med tanke på kompetansekrav som øker behovet for helsepersonell. Det vil i perioden bli jobbet med utviklingsarbeid i tjenesten med utgangspunkt i den nasjonale veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming»

Det er utfordringer med kapasiteten ved aktivitetshusene. Det er i forslag til budsjett ikke funnet rom til å prioritere nødvendig kapasitetsutvidelse og etablering av nytt aktivitetssenter Vest og renovering av Prestbekken aktivitetshus. Dette vil gi økt press på tjenesten og driften vil være utfordrende i lokaler som ikke er tilpasset og dimensjonert for økningen av brukere i perioden. Det vil påløpe alternativkostnader både relatert til bygg og leiekostnader. Kommunen løper risikoen ved at kompensierende tilbud må gis i hjemmet ved sprengt kapasitet i aktivitetshusene. Dette er kostbart og ikke nødvendigvis gode løsninger for brukere og pårørende.

Tjenestene «Aktiv fritid» og «Konsulenter for funksjonshemmede barn og unge» opplever en økning i aktivitet og et press på tjenesten som følge av økt tildeling av støttekontakttimer og bistand til sosial deltakelse for innbyggere med like behov (se nærmere omtale under Forvaltning).

⁶⁰ Se avsnitt 5.12.1 og 5.12.2 i Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-2025*.

Habiliteringsfeltet for voksne har hatt en økning i antall beboere i bofellesskap med komplekse tjenestebehov, og presset i tjenesten øker. Det er store avdelinger med kompleks drift. Habilitering for voksne har hatt overforbruk utover budsjettet i flere år – det jobbes med analysearbeid og tiltak og det vil også bli vurdert hvordan modellen for innsatsstyrt finansiering (ISF) har slått ut etter en tid i drift. Selve ISF-satsene på habiliteringsfeltet har ikke vært gjennomgått og justert i den senere tid. Behovet for dette vil bli vurdert i perioden.

En stor andel av registrerte HMS-avvik knyttet til vold og utagerende atferd finner en innen habiliteringsfeltet. Dette er svært krevende og det gjør at tjenesten må ha høyt fokus på forebygging, rett kompetanse og tverrfaglig miljøarbeid. Dette må også sees i sammenheng med behovet for differensierte boligtilbud, både med hensyn til fysisk utforming og sammensetning av beboere. I videreutvikling av tjenestetilbudet vil det kartlegges aktuelle velferdsteknologi verktøy som kan støtte tjenesten i drift og lage en implementeringsplan for dette.

Det vises også i Kristiansand kommunes Økonomiplan 2022-2025 til at Plan for habiliteringsfeltet er blant planene som er prioritert for oppstart i 2022 og ferdigstilling i perioden.

3.2 Svar spørreskjema Helse og Mestring og avdelingsledere

3.2.1 Kort om svarene

Med utgangspunkt i innspill fra NFU, pårørende, politikerne (herunder Kontrollutvalget), samt Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, har revisjonen formulert 48 spørsmål til Helse og mestring og 34 spørsmål til avdelingsledere i bofellesskap i Kristiansand kommune. Både Helse og mestring og de avdelingslederne i bofellesskap har gjort et betydelig arbeid med å besvare disse relativt omfattende settene med spørsmål, og spørsmålene er besvart innenfor tidsfristen.

Helse og mestrings svar tas med i sin helhet i kapittel 3.2 under. Revisjonen ba om at Helse og mestring også gjennomførte en egenvurdering av status på habiliteringsfeltet sett i lys av den nye nasjonale veilederen Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Helse og mestring viste her imidlertid til at dette arbeidet ikke var ferdigstilt, og at man ikke ønsket å oversende et uferdig arbeid.

Revisjonen har mottatt svar fra 24 avdelingsledere i Kristiansand kommune. I dialog med Helse og mestring oppfatter vi å ha mottatt svar fra alle avdelingslederne som var i målgruppen for undersøkelsen. Noen svar er gjennomgående svært solide (disse svarene inneholder ofte også elementer av egenvurdering), mange svar er interessante og relevante, mens noen svar er kortfattede og generelle.

Samlet sett utgjør svarene fra avdelingslederne om lag 230 sider (spørsmål inkludert). Vi har valgt følgende strategi i fremstillingen av svarene i denne rapporten:

- Der det er mulig, gjengir vi representative svar fra avdelingsledere.
- Noen steder gjengir vi også svar som er interessante fordi de illustrerer utfordringer og / eller kompleksiteten i tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet.

- Noen svar gjengis fordi de er faglig / ledelsesmessig gode og kan bidra til læring på feltet.
- I tillegg oppsummerer vi selv avdelingsledernes svar der hvor det er hensiktsmessig.

3.2.2 P1: Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester»)?

P1: I HVILKEN GRAD HAR KOMMUNEN RUTINER OG SYSTEMER FOR Å UNNGÅ, FOR Å FANGE OPP OG EVENTUELT FOR Å HÅNDTERE, FORHINDRE GJENTAKELSER AV OG LÆRE AV UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK?

1. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har kommunen for referansesjekk ved ansettelser på habiliteringsfeltet (autorisert og uautorisert helsepersonell)? Kan kommunen dokumentere etterlevelse av rutinene? Utfordringer, selv om rutinene følges?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kommunen har en prosessrutine i kommunens EQS kvalitetssystem for kvalitets- og virksomhetsstyring i forhold til rekruttering av ansatte (ID 7427). Under «Intervju og andre utvalgsmetoder» står referanseinnhenting forklart. (ID 7612). Vedlagt er det også en mal for referanseinnhenting. (ID 7616).

Referanseinnhenting arkiveres i begrunnelsen tilhørende innstillingen i ansettelsessaker. Det er en egen mal for begrunnelse for innstilling unntatt offentligheten (ID 4126). Begrunnelsen vedlegges den offentlige innstillingen, som også har en egen mal. (ID 4122) Slik vil dokumentasjon på etterlevelse kunne sees i innstillingene tilhørende de ulike ansettelsessakene. (ID 7613).

I rutinebeskrivelsen tilhørende rekrutteringsprosesser er det under rubrikken «Intervju og andre utvalgsmetoder» presentert aktuelle feilkilder som leder skal være oppmerksom på ved referanseinnhenting. (ID 7612) I tillegg kan det hende at referansen ikke fremstår som sannferdig. Enten ved å oppgi feilaktige opplysninger eller unnlate å gi opplysninger som er av betydning for ansettelsen. Kommunen kan vanskelig sikre seg helt mot å bli forledet.

2. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har kommunen for sjekk av politiattest ved ansettelser hvor helsehjelp skal ytes til personer med psykisk utviklingshemming? Kan kommunen dokumentere etterlevelse av rutinene?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Formålet med politiattest er å sikre tryggheten til brukere av kommunale tjenester. En slik attest er et kriminalitetsforebyggende virkemiddel, hvor opplysninger om enkeltpersoners vandel (adferd, livsførsel) brukes til å avgjøre om vedkommende er skikket til å inneha den aktuelle stillingen. Av rutinen «Ansettelse - Prosedyre for innhenting og oppbevaring av politiattest» (ID 7490) i kommunens EQS kvalitetssystem

fremgår det blant annet at den som får tilbud om stilling som fordrer politiattest, må fremlegge politiattest. Politiattest skal som hovedregel fremlegges før tiltredelse.

Også i rutinen «Sjekkliste ved ansettelse (start)» (ID 6108) er politiattest et av sjekkpunktene.

3. SPØRSMÅL:

Hvilken praksis har kommunen når det gjelder å kontakte Statsforvalteren for å bringe på det rene om helsepersonell som ansettes har fått administrative reaksjoner og / eller tilsynssaker mot seg? Utfordringer / uklarheter når det gjelder regelverk?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Ved nyansettelser av ansatte har ikke kommunen praksis på å kontakte Statsforvalteren for å sjekke ut om ansatte har fått administrative reaksjoner og/eller tilsynssaker mot seg. Kommunen mottok brev fra Fylkesmannen datert 25.06.2020 (oppsummering av 5 tilsynssaker) hvor Fylkesmannen skriver:

«Fylkesmannen og Statens helsetilsyn kan også kontaktes for å bringe på det rene om helsepersonellet har fått administrative reaksjoner og/eller hatt tilsynssaker mot seg. Fylkesmannen i Agder får jevnlig slike henvendelser fra vikarbyråer.»

I etterkant av dette har kommunen vært i dialog med Statsforvalteren omkring tilfeller og hjemmel. Personaltjenesten har deretter fått i oppgave å utarbeide en rutine for i hvilke tilfeller kommunen skal kontakte Statsforvalteren i saker som omhandler ansettelse. Denne rutinen er ikke ferdiglaget.

Før ansatte blir tilsatt i en stilling, kontrolleres autorisasjonen opp mot Helsepersonellregisteret. Dette gjelder for personell med utdanning etter Helsepersonelloven § 48. I tillegg foretas det referansesjekk [jf. Spørsmål 1 over].

For de som allerede er ansatte foretas det, i tråd med Helsetilsynets «Gode rutiner ved ansettelse av helsepersonell»⁶¹, rutinemessig/ årlig kontroll av autorisasjonsstatus for ansatte med autorisasjon opp mot Helsepersonellregisteret.

4. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har kommunen for å melde om avvik, alvorlige saker eller misligheter til Statsforvalteren (autorisert og uautorisert helsepersonell)?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Dersom det avdekkes en alvorlig hendelse etter definisjonen i rutinen «Varslingsplikt til Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlige skader på pasient/bruker som følge av hendelser» (ID 2468) i kommunens EQS kvalitetssystem, så meldes dette til Statens helsetilsyn. Helsetilsynet avgjør blant annet om Statsforvalteren skal vurdere tilsynssak.

⁶¹ Se <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelge-opp-svikt-helsepersonell/gode-rutiner-ved-ansettelse-av-helsepersonell/>.

Ved enkelte alvorlig hendelser kan øverste ledelse beslutte å nedsette en analysegruppe, jf. rutinen «Oppfølging av særlig alvorlige hendelser i helse og mestring» (ID 2469). Dette gjelder særlig hvis eksterne instanser er involvert, som sykehus, politi etc. Rutinens hovedfokus er på systemårsaker og systemforbedringer.

Kommunen har videre en kvalitetsrutine for «Håndtering av mulige straffbare forhold begått av ansatte» (ID 7162.) Ved mulige pliktbrudd etter Helsepersonelloven § 4 orienterer kommunen Statsforvalteren om forholdet, og ber tilsynsmyndigheten om en eventuell vurdering.

5. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har Helse og mestring for å følge opp tilsynssaker fra Statsforvalteren (lukke avvik) og sørge for at kommunen lærer av feil som er gjort?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått rutinen «Avvik og uønskede hendelser - Registreringsprosedyre» (ID 1017) i kommunens EQS kvalitetssystem. Kvitteringen skjer gjennom opplæringspakken for nyansatte. I tillegg er rutinen sendt ut til alle ansatte i både nye Kristiansand og gamle Kristiansand (2018) på e-post. Ansatte er bedt om å kvittere for lest og forstått. Rutinen er godt kjent da det registreres mange uønskede hendelser. Totalt er 2910 uønskede hendelser registrert av 697 personer i habilitering i 2020. Det legges i rutinen vekt på at «hvert avvik som ikke meldes, er en tapt mulighet til å lære».

For fullført saksbehandling i innkommende post henvises det til rutinene «Dokumentflyt og arkivering av post vedrørende brukere/søkere av helse- og omsorgstjenester» (ID 2893) og «Klagebehandling - prosedyre klage på vedtak om tjenester og egenbetaling» (ID 2227). Det å melde saker/beslutninger som kan skape læring for flere i kommunen, ligger til oppgaven i fullført saksbehandling. Dette i form av at det løftes opp i linjen.

Klager, tilbakemeldinger og alvorlige avvik tas opp i rutinen «Ledelsens gjennomgang» (ID 2487).

Habilitering har flest tilsyn fra statsforvalteren som er knyttet til vedtak om bruk av tvang og makt, etter Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, på enkeltbrukere. Når vi får merknader/avvik med beskjed om å endre praksis, så utbedres dette i den enkelte avdeling. Hvis avviket er av en slik karakter at andre kan ta lærdom av det, vil vi diskutere avviket på et generelt nivå i avdelingsledergruppen.

6. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for å fange opp og eventuelt for å håndtere uønskede hendelser / svikt / avvik?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått rutinen «Avvik og uønskede hendelser – Registreringsprosedyre» (ID 1017). Kvitteringen skjer gjennom opplæringspakken for nyansatte. I tillegg er rutinen sendt ut til alle ansatte i både nye Krist-

iansand og gamle Kristiansand (2018) på e-post. Ansatte er bedt om å kvittere for lest og forstått. Rutinen er godt kjent da det registreres mange uønskede hendelser. Totalt er 2910 uønskede hendelser registrert av 697 personer i habilitering i 2020.

Videre er rutinen «Avvik og uønskede hendelser – Behandlingsprosedyre» (ID 2737) sentral i arbeidet med å følge opp avvik og uønskede hendelser.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra en avdelingsleder oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

«De ansatte på avdelingen har fått opplæring i hvordan man melder avvik i EQS-kvalitetssystemet på "Innafor", slik at uønskede hendelser og avvik meldes inn der. Jeg opplever at fast ansatte og personer som har jobbet som vikarer lenge, generelt sett er gode på å melde inn avvik. Der jeg ser at avdelingen har et forbedringspotensial, er i forhold til nye vikarer. Det er mye som nye vikarer skal læres opp i, i forhold til beboerne samt at de skal ta en del e-læringskurs som tar for seg legemiddelhåndtering, tvang og makt, og koronahåndtering. I tillegg skal de gå gjennom Trinn 1 i opplæringspakken som ligger i kvalitetssystemet. Derav blir opplæring i hvordan melde inn avvik kun en liten del av hele opplæringen, så det tar nok litt tid før de helt ferske vikarene har fått full forståelse for avvikssystemet. Men avdelingen har fokus på og god kultur på at nyansatte spør sine kollegaer om det er ting de lurer på.»

Flere avdelingsledere peker også på at:

- De jobber for at det skal være kultur på avdelingen for å skrive avvik og rapportere om uønskede hendelser. Noen viser til at opplæring i å skrive avvik også er med i boligens interne opplæringsplan.
- Avvik tas opp med den enkelte tjenesteyter / personalgruppen som meldte avviket (men noen avdelingsledere peker på at tiden ikke alltid strekker til her) og er tema på personalmøter, fagmøter og dialogmøter med tillitsvalgte og verne-tjenesten. Man søker også å forebygge eller forhindre at liknende avvik gjentar seg.
- Det er en utfordring at ansatte i små stillinger ikke er godt nok kjent med kvalitetssystemet og rutinene for å melde inn avvik, samt at det er vanskelig å nå alle ansatte med lik informasjon, blant annet fordi deltidsstillinger og vikarer ofte ikke er til stede på personalmøter.

7. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har dere i kommunen / på avdelingen(e), og hvordan jobber dere, for å forebygge og avdekke overgrep mot utviklingshemmede, samt for å håndtere oppståtte saker? [*Tilleggsspørsmål til avdelingsledere:*] Opplever du at de ansatte på avdelingen(e), herunder dem i små stillinger, har nødvendig kjennskap til disse rutinene? Har de ansatte, herunder dem i små stillinger, nødvendig kompetanse når det gjelder denne problematikken?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

I detaljert gjennomgang av denne problematikken finner man i rutinene «Bekymringsmelding voksne» (ID 2453) og «Seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne» (ID 3840) i kommunens EQS kvalitetssystem.⁶²

Videre har Habilitering sertifisert fem ansatte til å kunne holde såkalte VIP-kurs (Viktig Interessant Person) for utviklingshemmede. VIP er et voldsforebyggende program, som skal gi personer med intellektuell funksjonsnedsettelse bedre evne til å forstå egne følelser, evne til å sette grenser og forstå hva som er vold og overgrep. Det er Likestillingssenteret i Hamar som har rettighetene til å lære opp ansatte, og som da har holdt kurs for kommunens ansatte. Målet med programmet er å gi mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse kunnskap og trygghet til å sette grenser for seg selv og til å kunne forstå egne og andres følelser og forstå hva som er vold. Kurset går over 12 ganger, og består av å gi kunnskap, samt øving gjennom forskjellige oppgaver. De første kursene i Kristiansand er satt i gang fra 11.10.21.

I Agder politidistrikt er det et konsultasjonsteam, i regi Barnehuset. I dette teamet er det deltakere fra Statens Barnehus, seksjon for voksenhabilitering SSHF og fra Kristiansand kommune, som er en ansatt i habilitering for voksne. Konsultasjonsteamet er et tverrfaglig konsultasjons- og rådgivningsteam som kan benyttes ved mistanke om vold og seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming. Hensikten med teamet er å gi råd i saker hvor noen er bekymret for at en voksne med utviklingshemming har vært utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep. Teamet anbefaler videre tiltak. Konsultasjonsteamets målgruppe er alle som arbeider med mennesker med utviklingshemming, både i skole, aktivitetshus, tilrettelagte arbeidsplasser, bofelleskap, sykehus, NAV og andre helse og omsorgstjenester. Den ansatte fra Kristiansand kommune har vært rundt i alle ledermøter i habilitering for å informere om konsultasjonsteamet og hva teamet kan benyttes til. Teamet kan inviteres inn til avdelingene for å informere og gi kunnskap om teamet, og drøfte problemstillinger.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra en avdelingsleder oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

«Jeg som avdelingsleder tar jevnlig opp rutinen som ligger i kvalitetssystemet som heter «Seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne» på fagmøter, personalmøter og på samlinger for vikarer og helgeansatte. Jeg går da gjennom rutinen og forsøker også få en dialog med de ansatte rundt rutinen. Jeg opplever nok at de ansatte i store stillinger vet hvor rutinen finnes og vet at det er den de skal bruke dersom de kommer opp i en situasjon der det er nødvendig å ta den i bruk. Helgestillinger og vikarer får jevnlig informasjon om at den finnes, jeg tar ansvar for å jevnlig ta rutinen opp. Jeg opplever at der vi har et forbedringspotensial, er nok å gi de ansatte god nok kompetanse i forhold til denne problematikken. [...] Men avdelingen min

⁶² Revisjonen viser her også til svaret i bystyresak 180/21 Interpellasjon fra repr. Ivar Bergundhaugen, V, om TryggEst et helhetlig system i regi av BufDir, hvor det fremkommer at «[...] Kristiansand kommune v/ Livsmestring har allerede tatt initiativ til og avholdt informasjonsmøte med prosjektleder fra Bufdir og ressursperson fra RVTS. Fra kommunen møtte representanter fra aktuelle kommunalområder. Foreløpig har det vært en orientering for Helseutvalget 8/6-20, og en sak fra område for Helse og Mestring til kommunedirektørens ledergruppe. Konklusjonen derfra er at en anbefaler å ta i bruk TryggEst, men også se på andre kommunalområder hvor verktøyet kan benyttes. Intensjonen er å innføre TryggEst som modell fra 2022. Det er også bestemt at det nedsettes en arbeidsgruppe som skal utrede organisering, ressursbehov og andre konsekvenser ved å innføre TryggEst. Ikke minst skal man se på muligheten for å koble modellen med Nullvisjon mot vold og seksuelle overgrep mot barn».

kunne nok med fordel satt arbeidet rundt dette litt mer i system. Kanskje ha en kontaktperson som ble kurset litt ekstra og som opparbeidet seg god kompetanse som kunne ha bidratt til å holde fokuset oppe? Som da kunne vært en ressursperson for avdelingen og bidratt til økt kompetanse på alle ansatte?»

En annen avdelingsleder skriver at

«[...] Graden av kunnskap og kjennskap henger ofte sammen med stillingsstørrelse. De små stillingene er vanskeligere å løfte faglig både som følge av stillingsstørrelsen, men også som følge av tilhørighet og ansvarsopplevelse for arbeidsplassen. De er mange ganger i bevegelse mellom arbeidsplasser, studier, kjæresten etc. Kommunen bør redusere bruken av små stillinger kraftig.»

Flere avdelingsledere peker også på at:

- Referansesjekk skal gjennomføres og politiattest skal leveres ved nyansettelse.
- Flere ansatte har deltatt på kurs og undervisning når det gjelder dette temaet, blant annet med statsforvalter, politi og barnehus. Det vises også til at mange ansatte i småstillinger er i et utdanningsløp, og det antas at man kommer inn på disse temaene i forbindelse med studiene.
- Det er en utfordring at kompetanse på tema og på rutine bygges opp, men at denne er vanskelig å vedlikeholde når personale bytter avdeling og nye ansatte begynner. Spesielt gjelder dette rullering på helgestilling, tilkallingsvikarer, sommervikarer og andre små stillinger.
- En avdelingsleder spiller inn at ansatte i små stillinger som gjerne er assistenter, trenger mer kompetanse til å kunne observere symptomer på at en person mulig er utsatt for overgrep. En annen avdelingsleder konkluderer med at «Jeg opplever nok ikke at alle ansatte kjenner rutinen godt, men at de vet det fins en rutine. Min vurdering er at alle ansatte ikke har den nødvendig kompetanse når det gjelder denne problematikken».

8. SPØRSMÅL:

Hvilke rutiner har kommunen for å følge opp / hvordan vil du som avdelingsleder håndtere saker hvor det er indikasjoner på at en ansatt er uegnet (misligheter, vold, uakseptabel utførelse av tjenesten etc.)? Hvordan sikres brukers trygghet og interesser i disse sakene?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Det vises til rutinene «Seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne» (ID 3840), «Varsling - Saksbehandling i varslingssaker i Kristiansand kommune – prosedyre» (ID 3676) og «Håndtering av mulige straffbare forhold begått av ansatte – prosedyre» (ID 7162) i kommunens EQS kvalitetssystem. Det vises her også til

Kommunens varslingsjeneste⁶³ samt til kommunens lederopplæring og at personal-tjenesten i samarbeid med kommuneadvokaten har holdt kurs for ledere innenfor dette emnet⁶⁴.

Ivaretagelse av brukers trygghet og interesser skjer gjennom dialog med bruker, nærmeste pårørende og/eller verge. I saker som omhandler overgrep og vold involveres også Barnehuset og politi.

Helse og mestring understreker at når det gjelder rutinen «Seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne» (ID 3840), så en ny versjon under utarbeidelse. Det er utarbeidet et nasjonalt hjelpeverktøy for å håndtere seksuelle overgrep mot voksne personer med utviklingshemming⁶⁵ som blant annet beskriver hvordan brukers trygghet og interesser sikres. I dag er dette beskrevet i veiledningsdokumentene rutinen henviser til. Slike saker er heldigvis sjeldne, og det er lagt opp til bruk av veiledningsdokumentene dersom en slik hendelse avdekkes.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra to avdelingsledere oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

Svar avdelingsleder 1:

«Det første jeg ville gjort, var å søke råd og veiledning av min enhetsleder slik at jeg hadde en person til å speile meg i prosessen og som jeg kunne ha fått bistand av slik at jeg ikke ble stående helt alene. Det er krevende å stå i slike saker, og det er viktig at saksbehandlingsprosessen blir riktig for å kunne komme til riktig konklusjon etter at saken er behandlet. Dette er viktig både overfor beboere og pårørende på den ene siden, og den ansatte på den andre siden. Det kan også være lurt å tidlig involvere pers-onalkontoret slik at man kan få bistand av juridisk rådgiver på sikt dersom det går mot sanksjoner mot den ansatte. Andre viktige momenter i en slik håndtering er å sikre god dokumentasjon.»

Svar avdelingsleder 2:

«Der det er mistanke om at noe ikke er slik det skal være, vil jeg forsøke å få mer informasjon, lese meg opp på gjeldende rutine, og jeg ville koblet på min enhetsleder for råd og veiledning. Jeg ville tenkt at «dersom du er i tvil, er du ikke i tvil», da må du agere. Det handler om sikkerheten og verdigheten til de svakeste blant oss. Selv-sagt er der en risiko ved å konfrontere noen dersom mistankene viser seg å være ube-grunnet, men dersom det ikke gjøres vil kanskje spekulasjoner få spinne fritt og problemet for den enkelte bli enda større. Viktig å være fintfølende med hvordan man griper det an.»

Samtlige avdelingsledere peker for øvrig på at de i denne typen saker enten vil sjekke prosedyren i kvalitetssystemet eller kontakte enhetsleder, eller gjøre begge deler. Det er videre stor bevissthet blant avdelingslederne om at god dokumentasjon og saks-gang, er svært viktig.

⁶³ Se <https://kristiansandkommune.whistleblowernetwork.net/FrontPages/Default.aspx>: «Kristiansand kommunes varslingsjeneste [...] legger til rette for varslingsfor alle ansatte og folkevalgte i Kristiansand kommune. Varslingstjenesten gjelder for varslingsfor av kritikkverdige forhold etter Arbeidsmiljølovens kap. 2A».

⁶⁴ Se <https://krikom.sharepoint.com/sites/Innafor/SitePages/Lederoppl%C3%A6ring.aspx>.

⁶⁵ Se www.vernmotovergrep.no.

9. SPØRSMÅL:

Hvordan vil dere beskrive meldekulturen på habiliteringsfeltet / blant de ansatte på avdelingen(e)?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Totalt er 2910 uønskede hendelser registrert av 697 personer i habilitering i 2020. Meldekulturen evalueres årlig i ledelsen gjennomgang. Ledelsen mener at meldekulturen er meget god. Antall og type uønskede hendelser gir et godt grunnlag til å jobbe med forbedringer og unngå gjentakelse av hendelser.

Helse og mestring understreker i møte med revisjonen at det her vises til uønskede hendelser som skal registreres i kommunens EQS kvalitetssystem. Helse og mestring legger til at antall meldinger om uønskede hendelser har økt de siste årene, noe som indikerer at de ansatte har blitt bedre til å melde avvik. Helse og mestring sier også at det tidligere kan ha vært en «fryktkultur» i forhold til det å melde avvik. Dette har man imidlertid tatt tak i, og man opplever at det ikke lenger er slik.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra en avdelingsleder oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

«Jeg opplever at det er en god meldekultur i avdelingen. Jeg som avdelingsleder har fokus på at vi som avdeling er avhengig av at alle tar del i arbeidsoppgavene og at vi er et team som jobber sammen for å nå felles målsetning. Derav vektlegger jeg at det skal være rom for å gi hverandre konkrete tilbakemeldinger i forhold til arbeidet som utføres. Men jeg opplever at personalet gir tilbakemeldinger til meg dersom det er noe som ikke fungerer i forhold til en ansatt, slik at jeg kan følge det opp. Jeg har også fokus på å avslutte tilkallingsvikaravtaler dersom det er noen av dem som ikke fungerer i avdelingen, slik at de ikke jobber så mye at de etter hvert har krav på fast stilling.»

En annen avdelingsleder skriver at

«Ansatte på avdelingene har omsorg for tjenestemottakerne, er gode på observasjon, og gode på melde ifra hvis det går på tjenesten til brukerne. De er derimot ikke like flinke på å melde HMs avvik når de selv står i utfordrende situasjoner.»

En tredje avdelingsleder skriver at

«Generelt vil jeg si at den er god, men jeg har fanget opp at noen ansatte finner det veldig ubehagelig å "melde avvik på en kollega". Dette kan noen ganger virke og ha rot i dårlige opplevelser fra tidligere hendelser (her eller i tidligere jobber), hvor det har vært et sterkt ubehag knyttet til å melde avvik. Vi har snakket om dette på møter med de ansatte, og det vi ønsker er at lojaliteten til brukere og tjenesten veier tyngst. I tillegg til at et avvik handler om å sikre kvalitet og sørge for gode / trygge tjenester for den enkelte beboer, ikke "å ta en kollega". Hvis det følger ubehag med å melde avvik, er det ledelsens ansvar å håndtere dette (slik at ikke enkeltansatte kvier seg for å skrive avvik).»

Flere avdelingsledere peker også på at det er viktig å jevnlig gjenta og understreke hvorfor vi melder avvik og viktigheten av å melde avvik (viktig del av forbedringsarbeidet) samt prosedyrer for å melde avvik. Noen avdelingsledere peker også på at det at det meldes avvik på ting som ikke defineres som avvik i kvalitetssystemet, er en indikasjon på at det er nødvendig å jobbe videre med dette temaet.

10. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) med å sikre relevant og nødvendig dokumentasjon i pasientjournal av helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Det vises til kommunens elektroniske pasientjournalssystem EPJ Profil fra Visma.

Kommunen har, i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT), modulbasert basiskompetanse⁶⁶ som et tilbud om systematisk kompetanseheving i Helse og mestring. Dokumentasjon og kvalitet er en av modulene. Her får ansatte opplæring i «Hvorfor, hvem og hvordan dokumentere i pasientjournalen. Informasjonssikkerhet og personvern».

Helse og mestring har:

- oppskrifter i bruk av EPJ Profil, samt e-læring fra KS-læring som er lenket til eget område for «Livsmestring» i Kvalitetssystemet.*
- support på mail og telefon – primært hverdager mellom kl. 08-16.*
- ressurspersoner i Profil på arbeidsteder, som skal kunne hjelpe med å opprette tiltaksplaner. Det er gjennomført ressurspersonsamlinger med fokus på riktig bruk av EPJ og daglig dokumentasjon / kvittering.*
- direkte opplæring i boliger, på datarom og via Teams (på grunn av Korona).*
- de siste årene er det jobbet med å tilrettelegge for bruk av Ipad for å lette dokumentasjon og innhente informasjon om pasient / bruker (kan slik dokumentere i «sann tid»).*
- ledere kan bestille basiskompetansekurs i «Dokumentasjon og kvalitet» og Profil.*
- forbedringsarbeid er pågående – Prosjekt i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) «Bedre helseoppfølging for utviklingshemmede».*

E-læring for dokumentasjon i pasientjournal inngår i Trinn 3 av opplæringspakker for nyansatte. Se svar på spørsmål 14 under og rutinene «Opplæringspakke 3 trinn» (ID 5920 og ID 2223).

Se også utfordringer i forhold til registreringer, jf. spørsmål 23 under.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Avdelingsledernes svar på dette spørsmålet varierer en del. Følgende svar fra en avdelingsleder har med momenter som går igjen i avdelingsledernes svar:

⁶⁶ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/kompetanse/basiskompetanse/dokumentasjon-og-kvalitet/>.

«Synes vi jobber bra. Det skrives journal på alt som avviker fra en normal dag, i tillegg til at man skriver mer utfyllende rapporter på de brukerne som ikke har språk og ikke kan kommunisere selv. Vi har også tiltaksplaner på beboerne og vi bruker «kvitter utført» på hver vakt på de tjenestene vi har levert, og journal til å utdype det som eventuelt ikke har blitt gjennomført. Forbedringspotensial er at vi alltid kan bli enda bedre til å dokumentere i journal, og at dokumentasjonen vi skriver kan være mer observerende og ikke tolkende. Alle ansatte får tilgang til vårt journalsystem ved ansettelse og får opplæring i bruk av dette. Kommunen har også meget gode rutiner som er enkle å følge og hvor man kan lære seg hvordan man bruker journalsystemet på en enkel måte. Ipad gjør det enda enklere å kunne skrive rapport fortløpende. Det er også mulig å ha med Ipad-en inn til brukere, for eksempel når man har isolasjon ved korona, så har man hatt mulighet til å ha journalverktøyet tilgjengelig på en annen måte. Utfordringer pr i dag er at mine ansatte er i ulik alder og har en veldig stor variasjon i kunnskap på IKT. Dette tror jeg som årene går stadig vil bli bedre. Vi må stadig jobbe for at alle ansatte har den nødvendige kunnskap som trenges for å utføre den pålagte jobben.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Det er god kvalitet på dokumentasjon knyttet opp mot vedtak om bruk av tvang og makt etter kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven, og kapittel 4 i Pasient- og brukerrettighetsloven. Utfordring at oppbyggingen av Profil ikke alltid oppleves hensiktsmessig i forhold til å dokumentere tjenestene utviklingshemmede har behov for i det daglige. Det føres daglige notater, men disse kan være vanskelige å systematisere i etterkant.»

Flere avdelingsledere peker på at

- Det er viktig å ha fokus på hvordan man skriver gode journaler, og særlig på at det brukes et objektivt språk der man skriver ned observasjoner istedenfor egen synsing. Noen oppfatter også at man kan bli bedre på kun å dokumentere journalverdig helsefaglig informasjon.
- Det er særlig viktig å jobbe med at vikarer og helgestillinger dokumenterer på en tilfredsstillende måte. Det vises også til at man må være bevisst på at ufaglærte og dem uten helsefaglig kompetanse, ikke har dokumentasjon som en del av utdanningen sin. En avdelingsleder konkluderer med «Mye bra, men med mange involverte er det en utfordring».

11. SPØRSMÅL:

Hvordan sikrer kommunen at man lærer av avvik, uønskede hendelser og feil som er gjort slik at lignende forhold kan forebygges (kvalitetssystem / forbedringsarbeid)? Hvordan jobber dere på avdelingen(e) for å forhindre gjentakelser av og lære av uønskede hendelser / svikt / avvik?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Hvert avvik som ikke meldes, er en tapt mulighet til å lære. Den øverste ledelsen orienteres gjennom tertialrapportering om status for avvikshåndtering, det vil si antall og type hendelser, hvilke tiltak som er iverksatt osv. I tillegg er HMS-hendelser et tema i Arbeidsmiljøutvalg (AMU) og dialogmøter direktør holder med kommunal-

sjefområdene. I ledelsens årlige gjennomgang (rutine ID 2487) evalueres arbeidet med forbedring gjennom avvikssystemet.

Alle avdelinger har medbestemmelsesmøter med plasstillitvalgte og plassverneombud inntil seks ganger pr år. Agenda for møtene er å ta opp avvik som er skrevet i perioden fra sist møte.

Avvikene diskuteres også i personalmøter, med mål om å kunne forbedre arbeidet på de områder som det meldes avvik på. Formålet er hele tiden å forbedre tjenestene og forhindre at nye avvik oppstår.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Avdelingsledernes svar på dette spørsmålet varierer en del. Følgende utfyllende svar fra en avdelingsleder er interessant:

«Jeg har HMS-møte en gang i måneden med verneombud og tillitsvalgt. Fast post på sakslisten er gjennomgang av avvik. Her går vi gjennom avvikene og ser om det er noen av dem vi bør sette i gang tiltak med. Alle medisinaavvik tar jeg opp på møte med sykepleiere/vernepleiere i avdelingen – deretter tar vi opp konkrete medisinaavvik på personalmøtet for å lære av dem. Vi kommer her med påminnelser eller setter i gang nye tiltak dersom det er behov for det. Avvik som gjelder vold og trusler overfor personalet fra beboer tar jeg opp på fagmøte som vi har hver 6 uke, for å se om vi må sette i gang nye tiltak. Vi reflekterer over egen praksis og vi lærer av hverandre for å se om det er noe andre kollegaer gjør annerledes i samhandlingen som man kan lære noe av. Dersom det er avvik på drift, tar jeg det opp på personalmøtet ved behov. Eller så setter jeg inn nødvendige tiltak. Fokuset mitt fremover på å bli enda bedre på å holde en rød tråd i arbeidet med avvik, slik at vi lærer mest mulig av dem.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Vi har faste fagmøter hver 3 uke der det drøftes og tas opp problemstillinger i forhold til hver bruker. Dersom det har vært hendelser/ avvik / utfordringer i forhold til den enkelte, blir dette tatt opp som sak / tema og det blir søkt etter måter å håndtere lignende situasjoner på en bedre måte. Ofte er det detaljerte situasjoner som drøftes. Utfordringen er at det ikke er alle ansatte som kan delta på møtene. Det er et forbedringspotensial i å lage en møtestestruktur, mulighet for refleksjon og kollegaveiledning samt beskjedsystem som når alle medarbeidere i avdelingen.»

Flere avdelingsledere peker på at

- Gjentakende avvik blir tatt opp på personalmøte, og det vurderes om det å endre rutiner eller turnus kan bidra til å hindre gjentakelser. Avvik tas også opp på medbestemmelsesmøter, og HMS-avvik tas opp med verneombud.
- En avdelingsleder viser til at «der utfordrende følelser hos beboer fører til utagering overfor ansatte, jobbes det med *Traumebevisst omsorg* (TBO) som metode». En annen avdelingsleder skriver at «mange involverte i usystematiske turnuser er utfordrende». En tredje avdelingsleder bemerker at «avvikene øker perioder med mye sykdom, vikarer og endringer. Noe som er naturlig og egentlig et godt tegn som forteller oss at vi har gode og dyktige faste ansatte som vanligvis følger opp».

3.2.3 P2: Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)

P2: I HVILKEN GRAD JOBBER KOMMUNEN SYSTEMATISK LANGS DIMENSJONER SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ OG INNHOLDET I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET PÅ HABILITERINGSFELTET?

12. SPØRSMÅL:

Hvor stor andel ansatte på habiliteringsfeltet / i avdelingen(e) jobber deltid? Hvordan jobber Helse og mestring med å redusere andelen deltidsansatte? Andre kommentarer knyttet til deltid?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Tabellen under viser at 71,2 pst. av de ansatte på habiliteringsfeltet som jobber direkte pasientnært i bofellesskapene tilhørende habilitering, er deltidsansatte. Andelen deltidsansatte går ned til 61,7 pst. dersom man ser bort fra helgevaktstillinger under 25 pst.:

	Antall ansatte totalt	Antall 100 % stillinger	Andel deltidsansatte	Uten helgevaktstillinger <25%	Antall helgevakter
Vest	262	77	70,6 %	59,5 %	72
Sentrum	175	60	65,7 %	52,4 %	49
Øst	288	71	75,4 %	64,5 %	88
Barn og unge	116	34	70,7 %	47,9 %	45
Totalt	841	242	71,2 %	61,7 %	254

Fra vedtatt Økonomiplan 2021-24: «Et høyt antall deltidsansatte er en utfordring både når det gjelder tjenestekvalitet, arbeidsmiljø, rekruttering og likestilling. Hovedgrepet for å øke andelen heltid i området Helse og mestring er knyttet til å endre arbeidstidsordninger. Det gjelder særlig økning i vaktlengder, der det fortsatt er kortvakter i turnus. Det er ikke funnet økonomisk handlingsrom til å prioritere virkemidler relatert til heltid i perioden. En stor utfordring som også vil innvirke på mulighetene til å oppnå heltid, er situasjonen vedrørende vaktbank».

Ved mulighet økes stillinger, for ansatte med rett kompetanse, til 100%. I habilitering ser en på tvers av både avdelinger og enheter. Enkelte avdelinger forsøker ut endrede vaktordninger med endrende vaktlengder i helg som er med på å kunne øke stillingsstørrelsene og redusere antall personer i en turnus.

Det skal som hovedregel tilsettes i heltidsstillinger. Unntak fra denne regelen skal drøftes med tillitsvalgte, i henhold til rutinen «Rekruttering – Drøftingsmøte» (ID 7601). Forslag til utlysning av stillinger som er under 100% må begrunnes, avklares og referatføres, jf. mal for referat (ID 7735).

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Svarene fra avdelingslederne viser at det er variasjon mellom avdelingene når det gjelder andelen deltidsansatte. En avdelingsleder skriver:

«[...] Det er ønskelig å få flere heltidsansatte [andelen heltidsansatte på avdelingene er lav]. Det er en anbefaling fra Helsedirektoratets nye veileder at det blir flere heltidsansatte i på habiliteringsfeltet. Utfordring: økonomi og å høyne grunnbemanningen. Vaktbankordningen gjorde det lettere å ansette i 100 pst. stilling ved at man kunne ha en mindre del av stillingen i vaktbank og resten fast i turnusen. Lange vakter i helg vil kreve færre helgestillinger, og ansatte vil da kunne ha høyere stillingsprosent.»

En annen avdelingsleder skriver:

«[...] Det er relativt stor andel heltidsstilling som arbeider dag / kveld, men svært høy andel i helgestillinger samt nattevakter i ca. 70 pst. stilling. Avdelingen har god stabilitet på ukedager, men helgene er svært sårbare. Det har vært forsøkt langvakter i helg, men dette måtte avsluttes fordi arbeidet er for fysisk krevende.»

En tredje avdelingsleder, som har høye andeler deltidsansatte på sine avdelinger, viser til at:

«[...] Det bør poengteres at det er lite tilbakemeldinger på at det ønskes høyere stilling. Utfordringer [som følger av høye andeler deltidsansatte] blir blant annet mindre kontinuitet i arbeidet for de med mindre stillinger, det å formidle rutiner, fagutvikling o.l. til deltidsstillinger. Oppfølging fra leder er utfordrende ved lave stillinger.»

En fjerde avdelingsleder, som også har høye andeler deltidsansatte på sine avdelinger, skriver at:

«[...] Utfordringen er å skape en kontinuitet i gruppen, og til tjenestemottakerne. Det er også en stor utfordring i forhold til informasjonsflyt, når spesielt de i kun helgestillinger er ansatte jeg som leder ikke treffer på avdelingen. En utfordring er også at det er flere ansatte som ikke ønsker å jobbe heltid.»

En femte avdelingsleder, som har en høyere andel heltidsansatte, skriver at

«[...] I bolig er det en utfordring å få opp andelen heltid på grunn av høy vaktbelastning på kveld og helg. Vi er dobbelt så mange ansatte på kveld/helg som dag i uken. Vi tilstreber å ansette helgestillinger som er i et utdanningsløp innen helse og som vi har utsikter til å beholde over et stykke tid, da jeg mener kontinuitet over tid er en av nøklene til gode tjenester. Skulle selvsagt hatt alle terapeuter i full stilling, men da blir det overtallighet på vakt.»

En sjette avdelingsleder skriver:

«[...] Jo lavere prosent, dess mindre oppmøte, eierforhold, ansvarsfølelse og flokkfølelse. Lavere prosent gir også meg som leder atskillig flere ansatte å forholde meg til og å følge opp. Brukerne får mange flere tjenesteytere, og det er vanskelig å nå ut til alle med beskjeder, endringer, rutiner osv. Personer med høyere stillingsprosent kan også ta et større ansvar i avdelingen. Ofte mister man kompetanse og trygghet på helg når de i de aller minste stillingene skal på jobb.»

Det fleste avdelingslederne peker på at en stor andel deltidsansatte er utfordrende i forhold til det å levere kvalitativt gode tjenester.

Noen avdelingsledere er fornøyd med forholdet mellom heltids- og deltidsansatte på avdelingen. Det spilles også inn at gjennomsnittlig stillingsstørrelse på avdelingen er viktigere enn antall heltidsstillinger.

13. SPØRSMÅL:

Hvor stort er sykefraværet på habiliteringsfeltet / i avdelingen(e)? Hvordan jobber Helse og mestring / avdelingen(e) for å redusere sykefraværet? Utfordringer (både når det gjelder konsekvenser av høyt sykefravær og arbeidet med å redusere sykefravær)?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Sykefravær habilitering:

Barn og unge:	10,16%
Voksne sentrum:	13,55%
Voksne vest:	9,65%
Voksne øst:	13,32%
<u>Totalt sykefravær pr. juli 2021, samlet:</u>	11,7%

Fra vedtatt Økonomiplan 2021-24: «Området har et høyt sykefravær; arbeidet med å øke nærvær må derfor prioriteres høyt i perioden. Oppmerksomhet rettet mot arbeidsmiljø og nærværarbeid er også svært viktig med hensyn til rekruttering. Det samme gjelder arbeidet for å øke andelen heltid».

Flere avdelinger i habilitering vil gjennom en felles NED-satsing forsøke å øke nærværsprosenten. «NED med sykefraværet» er et prosjekt som tidligere var initiert fra KS. Kommunen videreutvikler arbeidet, gjør verktøyet digitalt og tilpasser leders og avdelingens/ansattes behov for støtte og tiltaksoppfølging. Rådgiver fra Helse- og mestring og IA-rådgiver fra NAV bistår leder i arbeidet.

Kompetanseheving, arbeid med heltid, oppfølging av avvik og medbestemmelsesmøter sammen med tillitsvalgte og verneombud er også eksempler på tiltak som er av betydning for dette området.

Kommunen har et prosesskart i EQS (ID 8935) på sykefraværsoppfølging. Det inneholder råd, henvisninger, plikter og rettigheter. Dette ligger som en del av den obligatoriske opplæringspakken for lederne. (ID 7852)

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Svarene fra avdelingslederne viser at det er variasjon mellom avdelingene når det gjelder sykefraværet. Når det gjelder sykefraværets konsekvenser, så oppsummerer følgende to svar flere av momentene som går igjen. En avdelingsleder skriver:

«[...] Det jobbes med tilrettelegging og samtaler. Sykefraværet er ofte høyere når ansatte i store stillinger er syke. Dette fordi det er en merbelastning å få inn vikarer og rekke alt. Dette medfører slitasje på resten av gruppa, som da blir slitne og kan gå i sykemelding.»

En annen avdelingsleder skriver:

«[...] Avdelingen har vært med i OPP-prosjektet. Der sykefravær har vært knyttet direkte opp mot arbeidssted og arbeidsoppgaver, har det vært gjennomført fast jobbrotasjon. Sykefravær er generelt svært utfordrende og får store konsekvenser for tjenestetilbudet, dette fordi brukerne er svært sårbare og avhengig av kjent personale i forhold til kommunikasjon og adferd.»

Flere avdelingsledere peker på at man forsøker å ha dialog med og å tilrettelegge for den sykmeldte så langt det lar seg gjøre. En avdelingsleder skriver:

«[...] Vi jobber aktivt med for eksempel ROS-analyser for å se hvor utfordringene ligger og hva vi kan ta tak i for å bedre arbeidsmiljøet for de ansatte. Økt trivsel, tilhørighet og samhold bidrar til et godt arbeidsmiljø som jeg tror vil ha en positiv innvirkning på sykefraværet på lang sikt.»

En annen avdelingsleder skriver:

«[...] Avdelingsleder er tett på i oppfølging av sykefravær, og ser på løsninger i forkant av fraværet. Ansatte har mulighet til å få tilrettelegging i perioder hvis behov, og se på muligheter for å jobbe i andre avdelinger. I samarbeid med den ansatte sendes det oppfølgingsplaner til NAV hvor man belyser mulighet for tilrettelegging, og NAV kaller inn til dialogmøter for å se på arbeidsevne og muligheter. Konsekvenser av høyt sykefravær er svekket kontinuitet på avdelingene, mer bruk av tilkallingsvikarer, en svekket faglig kvalitet på tjenesten. Sykefraværsoppfølging er tidkrevende for leder, både når det gjelder å følge opp den sykmeldte, samt å sikre en forsvarlig drift og bemanning til enhver tid på avdelingene.»

14. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å sikre at vikarer har nødvendige faglige kvalifikasjoner / kompetanse / evne til etisk refleksjon?⁶⁷

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Før sommerferien 2020 innførte Helse og mestring opplæringspakker for alle nyansatte vikarer og ansatte i fast stilling, jf. «Opplæringspakker i helse og mestring» (ID 5873) og «Opplæringspakke 3 trinn – utvidet» (ID 5920). Alle nyansatte får utdelt et informasjonsskriv med en veiledning til opplæringspakkene, jf. «Informasjon til nyansatte i helse- og mestring» (ID 5907). Dette gjør den nyansatte selv. Skjema for TRINN 1 er vedlagt i materialet revisjonen har fått oversendt. Første del er obligatorisk for alle nyansatte, andre del for ansatte i bla. habilitering og tredje del for ledere i bla. habilitering (ID 2269). Andre ansatte (enn nyansatte) kan også bruke skjemaene. Nærmeste leder har full oversikt over hvem som har gjennomført hva. Per 1. oktober har 185 nyansatte (og ansatte) i habilitering dokumentert at de har levert skjema. 49 nyansatte (og ansatte) har gjennomgått utvidet del av skjema. I tillegg utføres praktisk opplæring, kurs, møter mm. på de enkelte avdelingene.

Personell som ikke er nyansatt har også en plikt til å sette seg inn i og følge kommunens reglementer, strategier og rutiner generelt, jf. pkt. 8 i arbeidsavtalen (ID 4229).

⁶⁷ Revisjonen viser her i tillegg til svaret i bystyresak 177/21: Interpellasjon fra repr. Espen Saga, H, Tilstanden innenfor kommunens tilbud til psykisk utviklingshemmede, hvor en del forhold som har relevans for problemstilling 2 (P2) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, kort kommenteres.

Se spørsmål 18 i forhold til e-læringskurs for nyansatte, eiet av KS.

Kommunens etikkomite⁶⁸ er et forum der ansatte kan få drøftet verdispørsmål eller etiske spørsmål knyttet til kommunens tjenester. Komiteen er et rådgivende organ som kan bidra til beslutningsstøtte for ansatte som ber om det.

I personalgruppene er det faste intervaller i forhold til personalmøter. De fleste steder er dette 3. hver uke. Personal møtene er åpne for alle, men frivillige for vikarer og helgestillinger. I enkelte avdelinger blir det holdt egne personalmøter for helge- og tilkallingsvikarer.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra avdelingsledere oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar. En avdelingsleder skriver:

«Har utarbeidet internt opplæringsprogram for nyansatte. Ansetter hovedsakelig vikarer / helgestillinger som er i utdanningsløp innen helse eller pedagogiske fag (UiA) Har i tillegg vikarer som har fagutdanning. Egne fagmøter og internopplæring for helgestillinger / vikarer. Utfordring at studenter blir i stillingen over kortere tid (max 3 år). Krever kontinuerlig oppdatering og kompetanseheving.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Opplæring skal kvalitetssikres gjennom ulike punkter som skal signeres for gjennomført, leveres deretter til leder. Dette omhandler alt fra hvordan vi jobber (etikken rundt arbeidet, informasjonsflyt, avvik, dokumentering o.l.), til konkrete oppgaver hos beboere. Alle vikarer skal gjennomføre e-læringskurs i arbeid med utviklingshemmede, samt en generell opplæringspakke fra kommunen.»

Flere avdelingsledere peker på at

- Ved ansettelse i helgestilling er det ønskelig at studenter som er i et utdanningsløp innenfor helse søker og blir prioritert. Det vises også til vikarer får opplæringsvakter, og at man har sommervikarmøter for sommervikarer.
- Etisk refleksjon er ofte tema både i overlapp mellom vakter og på personalmøter. En utfordring er at vikarer og små stillinger ikke får med seg alt som de i store stillinger reflekterer over. Generelt er det utfordrende å nå ut til alle. En avdelingsleder oppgir at «ansatte har etterspurt mer tid til overlapp, debriefing og mulighet for faglige refleksjoner».
- Noen avdelingsledere etterlyser opplæringspakker for nyansatte som innebærer oppmøte, undervisning, praktiske øvelser etc.
- En avdelingsleder skriver at «det er kommet tilbakemeldinger om at det er vanskelig å vite hvor en kan henvende seg for å søke vikarjobb i habilitering. Ved å ha en egen utlysning, så vil alle som er på jakt etter jobb få mulighet til å søke, og forhåpentligvis får vi mange gode søkere».

⁶⁸ Se <https://krikom.sharepoint.com/sites/Innafor/SitePages/Kommunens-etikk-komit%C3%A9.aspx>.

15. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å sikre at nyansatte har nødvendige faglige kvalifikasjoner / kompetanse / evne til etisk refleksjon (opplæring)?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Se spørsmål 14 over.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende to svar fra avdelingsledere er særlig interessante. En avdelingsleder skriver:

«Nyansatte blir intervjuet og referansesjekket etter prosedyren i kvalitetssystemet. Alle nyansatte må ta e-læringskurs fra NHI og basispakker som ligger i kvalitetssystemet. Som avdelingsleder tenker jeg det er viktig å bidra til at det er kultur for å undre seg og stille åpne spørsmål rundt det vi jobber med i hverdagen. Jeg tenker å utfordre nøkkelpersonell i begge boligene på at de utfordrer ansatte i helg til etiske refleksjoner en gang i løpet av jobbehelgen. Vi har refleksjonskort i boligen og det jobbes i Recovery-teamet til Habelitering med å lage nye refleksjonskort som er mer tilpasset vår tjeneste. For å lykkes må det settes opp små og gjennomførbare mål som blir evaluert.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Avdelingen har fokus på å sikre seg nyansatte med den faglige kompetanse som avdelingen har behov for. Avdelingen min har fokus på tverrfaglighet og er opptatt av at personalgruppen er satt sammen på en måte som sikrer tverrfaglighet. Når en ansatt slutter, gjennomfører jeg en kartlegging på hva slags kompetanse man har behov for. Avdelingen har flere studenter innen helse- og sosialfag som har helgestillinger. Jeg har fokus på å beholde dem ut studietiden for å kunne rekruttere dem når de er ferdig utdannet. I tillegg rekrutterer vi læringer som vi tidligere har hatt i avdelingen. Avdelingen har en egen opplæringsansvarlig, og det er utarbeidet et opplæringshefte som skal sikre at nyansatte får en god opplæring.»

Omtrent alle avdelingslederne viser til obligatoriske e-læringskurs og *Helse og mestring*s opplæringspakke, jf. *Helse og mestring*s svar på spørsmål 14 over. De fleste oppgir også at erfarne ansatte bidrar med opplæring, og flere peker på at man får et innblikk i en persons evne til faglig og etisk refleksjon under jobbintervjuet. Det spilles inn at det bør være et par felles opplæringsdager for nyansatte på habiliteringsfeltet, samt at det kunne være en fordel at med en egen enhet som rekrutterte til feltet. En avdelingsleder skriver «oppfordrer til å ta e-læringspakker for nyansatte i kvalitetssystemet, men opplever nok at de færreste gjennomfører disse».

16. SPØRSMÅL:

Hvor stor andel av de ansatte på habiliteringsfeltet har autorisasjon? Jobber *Helse og mestring* systematisk for å tilstrebe at ufaglært arbeidskraft på feltet får fagbrev / autorisasjon? At helsefagarbeidere får høyskoleutdanning? At høyskoleutdannede fordyper seg?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

I beregning av andel ansatte med autorisasjon er det tatt utgangspunkt i ansatte som jobber pasientnært med brukere i kommunale bofellesskap. I tillegg nærmeste leder. Det er midlertidige og fast ansatte, med stillingsprosent over 0%. Andelen ansatte i habilitering med autorisasjon, ut fra nevnte kriterier, er 42,4%.

I gamle Kristiansand kommune ble det systematisk benyttet forventnings- og oppfølgingssamtaler med assistenter som inngikk vikaravtale. Avtalemalen er bedt om vurdering for godkjenning også i ny kommune og deretter lagt inn i kvalitetssystemet.

Hvert år søker kommunen tilskudd fra Statsforvalteren til kostnader ved utdanning / kompetanse. I forkant av dette kartlegger avdelingslederne i hver enkelt avdeling behovet i egen avdeling / enhet / tjeneste. Det sees da til hva som er av kompetanse fra før og hva det er behov for. Ansatte gis i samtale med avdelingsleder, gjerne i medarbeidersamtalen, muligheten til å fremme ønske om kompetanseutvikling. Flere ansatte har benyttet denne muligheten.

Se spørsmål 17 under vedrørende overordnet strategisk kompetanseplan. Videre arbeid på dette området, også i habilitering, vil kunne bedre systematikken og tiltak knyttet til kompetansebehov.

17. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å rekruttere personell på habiliteringsfeltet med nødvendige faglige kvalifikasjoner / (formell) kompetanse (strategisk kompetanseplanlegging)? Står kommunen overfor særlige rekrutteringsutfordringer på habiliteringsfeltet? Er det særlig mangel på noen faggrupper?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Ved ledig stilling skal det gjøres en vurdering av behov for kompetanse opp mot arbeidsoppgaver i den enkelte avdeling og eksisterende kompetansebeholdning blant øvrige ansatte. Hvilken utdanning og erfaring kreves? Og hvilke personlige egenskaper vil være viktige? Dette er et ledd i kommunens kvalitetsrutine om rekruttering, jf. «Rekruttering - Forberede behovsanalyse» (ID 7598).

Før sommeren publiserte Helsedirektoratet den nasjonale veilederen «Gode helse og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming». Sammen med veilederen er det utarbeidet verktøy for kartlegging av behov for kompetanse og øvrige tiltak i kommunene. Høsten 2021 har avdelingsledergruppen i habilitering samlet seg over to dager for å jobbe systematisk og strukturert med dette verktøyet. Dette i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) har tatt kontakt, med ønske om å skrive en artikkel om kommunens arbeid på dette feltet. Arbeidet ble også nevnt på Helsedirektoratets landsdekkende lansering av den nye veilederen⁶⁹.

Oppgaven med å lage et system for overordnet strategisk kompetanseplanlegging er gitt til kommunalområdet Organisasjon. Arbeidet har som mål å dekke alle relevante ledernivåer i kommunen. Fristen for ferdigstilling er satt til utgangen av 2022.

⁶⁹ Se https://players.brightcove.net/6267592536001/default_index.html?videoId=6273545029001.

I kommunedirektørens vedtatte økonomiplan for 2021-2024 står det oppgitt at det allerede er merkbart at det er rekrutteringsutfordringer knyttet til sykepleiere og vernepleiere. Dette er gjenkjennbart også i habiliteringsfeltet.

Lederne i habilitering samarbeider med UiA omkring studenter i vernepleie. I gamle Kristiansand kommune deltok ledelse fra habilitering på utdanningsmesser på UiA, hadde innlegg for vernepleierstudenter og egne grupper for forbedring av praksismottak for vernepleierstudentene. Enhetslederne i habilitering har et ønske om å igangsette dette arbeidet igjen, nå som det største arbeidet med pandemien er over.

I Økonomiplan 2022-2025 kan man også lese følgende:

Planer som er prioritert for oppstart i 2022 og ferdigstilling i perioden:

- *Plan for helse og omsorgstjenester*
- *Plan for habiliteringsfeltet*

Med bakgrunn i de alvorlige rekrutteringsutfordringene helse og mestring allerede har i sine tjenester, vil rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging være særlig prioritert i perioden – også med tanke på plan- og utredningsarbeid. (s. 140)

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere avdelingsledere skriver at de har tilstrekkelig kompetanse i grunnturnus / større stillinger, men at utfordringer oppstår i forbindelse med sykefravær og permisjoner.

Flere skriver også at det er mangel særlig på vernepleierkompetanse men også på sykepleierkompetanse (eller på begge). Det vises også til at det er krevende å rekruttere til stillinger som hvilende nattevakter, da stillingsprosenten her er høyere enn lønnsprosenten samtidig som det kompetansekrav som krever at man har helsefagarbeider utdanning. Det spilles inn at antall høyskoleutdannede på habiliteringsfeltet bør økes. En avdelingsleder peker på at «vi kan nok bli enda bedre på å utnytte hver enkelt ansatts formalkompetanse ved å kartlegge denne bedre i for eksempel medarbeidersamtale».

Mange peker på at manglende fagkompetanse hos vikarer og i helgestillinger er utfordrende, og at nettene og helgene er det svake leddet.

En avdelingsleder skriver:

«Det er liten andel av terapeuter som for eksempel vernepleiere. Det er ikke lagt opp til å kunne ansette flere terapeuter, og det blir mye vikarer og assistenter spesielt i helg og ved sykdom. Utfordringen blir dårlig kompetansedekning. Det er ikke mulig å legge opp en bemanningsplan med terapeut hver helg, eller hver vakt. Terapeuter og helsefagarbeidere har primær-/sekundærkontaktansvar og står for utarbeidelse av tiltak. Det kan være vanskelig å følge tiltakene opp på en faglig måte til enhver tid, dersom det er stor vekt av assistenter uten kompetanse.»

En annen avdelingsleder skriver:

«[...] Det bør også legges til rette for videreutdanning. I egen avdeling er det, på bakgrunn av krav på stilling fra ufaglært, noen ufaglærte i forholdsvis høye stillinger. Dette er uheldig. Det skal påpekes at dette er flinke folk – men det er utfordrende i

forhold til vedtak, fagutvikling osv. Undertegnede jobber aktivt for at disse personene skal ta fagprøve.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«[...] Utfordringen her [på avdelingen] går på å få folk i alle stillinger og en god mengde med tilkallingsvikarer med erfaring som kan stå i ulik atferd.»

Innspillet til en fjerde avdelingsleder indikerer at det er en sammenheng mellom systematisk arbeid med å rekruttere, og status når det gjelder avdelingens kompetanse:

«Avdelingen har tilstrekkelig kompetanse. Men vi ser i hele tjenesten at det er vanskelig å rekruttere vernepleier / sykepleier. Vi har gjort en jobb med å rekruttere vernepleiere, vi har vært på undervisning på UiA, delt stillingsannonser på sosiale medier, endret utlysningsteksten og stått på stand på UiA. Man har diskutert muligheten for å lyse ut vernepleier / sykepleier stillinger på dag og uten helg, men har valgt å ikke gjøre det enda. Mulig det er et nødvendig tiltak for å rekruttere den fagkompetansen vi trenger.»

18. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen med kompetanseheving, kursing og opplæring for dem som allerede er ansatt på habiliteringsfeltet (herunder dem med små stillinger)? / Hvordan vurderer du behovet i avdelingen(e) for kompetanseheving, kursing og opplæring for dem som allerede er ansatt (herunder dem med små stillinger)?

Spesielt:

- etisk refleksjon?
- kommunikasjons- og relasjonskompetans (for eksempel å forstå at sosial tilbaketrekking eller aggresjon være uttrykk for smerte og ubehag, eller uttrykk for at aktiviteter som blir tilbudt er for kjedelige eller for krevende å delta i etc.)?
- miljøarbeid?
- kjennskap til reglene om samtykke til helse- og omsorgstjenester samt bruk av tvang og makt?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

• I utlysningstekster for stillinger i habilitering settes det krav til gjennomført e-læringskurs fra KS «Kompetansehevende tiltak i tjenester til personer med utviklingshemming»⁷⁰. Ethiske dilemmaer og håndtering av dem, selvbestemmelse, samtykke og eksempler på kommunikasjon er inkludert i e-læringen.

• Nyansatte får opplæring i kommunens overordnede opplæringspakker, interne opplæringsrutiner for avdelingen og opplæringsrutiner knyttet til enkeltbrukere. Nyansatte får opplæringsvakter når de starter i jobben. De går da sammen med kjent personell som både gir opplæring og veileder dem underveis i vekten. I mange av habilitering sine avdelinger er ansatte flere på jobb til samme tid. Avdelingsleder har et overordnet ansvar for kvaliteten i opplæringen. I flere avdelinger er oppgaver også delegert til en fadder, som har ansvar for å følge opp den enkelte nyansatte. En benytter videre kollegaer til fortsatt veiledning.

⁷⁰ Se https://www.kslaring.no/local/course_page/home_page.php?id=273.

• *I samarbeid med USHT Agder vest benytter ansatte i Helse og mestring seg av modulbasert basiskompetanse⁷¹. Det er et tilbud om systematisk kompetanseheving for ansatte. Modellen består av basismoduler og påbyggingsmoduler. Et eksempel på en av grunnlagsmodulen er «Hva er viktig for deg?»⁷². Her får personalet øvelse i å observere brukers mestring og ressurser. En blir bevisst egen kommunikasjon og får trent seg i etisk refleksjon.*

• *I tillegg til opplæringspakken som ligger i EQS (ID 5873 pkt. 3) gjennomfører også ansatte kurs i Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 - Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Temaer i kurset er bl.a. utviklingshemming, innføring i sentral lovtekst, krav til forebygging og utprøving av andre tiltak, kompetansekrav, hva er tvang og -ikke, tvangsprotokoll og vedtak.*

• *Ansatte i avdelinger hvor det er aktuelt gjennomfører opplæring i konflikthåndtering. Dette kurset består av to deler. Den første delen inneholder teoretisk opplæring og refleksjon, med et høyt fokus på hvordan en kan forebygge og unngå situasjoner med f.eks. utfordrende atferd fra en bruker. Den andre delen er fysisk opplæring i grep tilhørende situasjoner hvor konflikter må håndteres, som et skadeavvergende/-begrensende tiltak.*

• *Ledere og ansatte i habilitering deltar også på andre kurs og kompetansehevende tiltak. Eksempler på det er ABC-opplæring i samarbeid med USHT og Aldring og helse, fagdager om seksuelle overgrep. Det er også ressurspersoner og fagteam i Habilitering. Eksempler på det er ressursperson i velferdsteknologi, fagteamet Helse-team, læringsnettverk i ernæring og aktivitet.*

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

De fleste avdelingslederne har svart utfyllende på dette spørsmålet, og flere skriver detaljert og interessant om utfordringene i egen / egne boliger. De fleste avdelingslederne skriver at det er ett kontinuerlig behov for kompetanseheving på alle disse områdene, samt at det kan være utfordrende å fange opp små stillinger / vikarer / helgestillinger.

En avdelingsleder skriver:

«Det er alltid et behov med kompetanseheving innen nevnte emner, samtidig er det viktig å reflektere og tenke over hvilken kompetanse vi allerede innehar blant de ansatte og å finne metoder for å nyttiggjøre seg av disse kompetansene. Et forslag til forbedring er et årshjul med ulike faglige temaer hver måned for å kunne belyse viktige temaer og sette av litt tid til noe teori og etisk refleksjon rundt dette på månedens personalmøte. Det er også mulig å ha ulike simuleringer enten innad i gruppen eller ved hjelp av eksterne samarbeidspartnere.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Behovet er stort. Det er utfordrende å finne rom til refleksjon og kollegaveiledning innenfor egen drift. Utfordrende å holde ansatte som jobber lite, oppdatert. Ønsker

⁷¹ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/kompetanse/basiskompetanse/>.

⁷² Se <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/usht/kompetanse/basiskompetanse/modulbeskrivelser/geunnlagestekning.pdf>.

om å tenke nytt på dette område. Økt samarbeide om kompetanseheving med andre sammenlignbare avdelinger kan være positivt. Videre ta i bruk det som allerede finnes fra USHT, ressursteam mv.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«Avdelingen er god på dette da vi har mye tid til refleksjon, har satt opp ekstra fagmøter og har hver dag morgensamling hvor ansatte sitter og reflekter. Men helgestilinger / nattevakter er prisgitt hvem de er på jobb med om de får reflektert rundt problemstillinger.»

En fjerde avdelingsleder skriver:

«Det er absolutt behov for kursing og et systematisk opplegg for etisk refleksjon og ikke minst tid satt av til dette. Det er generelt behov for mer kursing, opplæring og tid satt av til å videreutvikle kompetansen på målrettet miljøarbeid og videre opplæring på atferd og atferdsanalyse. Behov for videre opplæring i observasjonskompetanse, dokumentasjon. [...]»

En femte avdelingsleder skriver:

«[...] Alle ansatte tar e- læringskurs om bruk av tvang og makt. [...] det er noe vi alle på boligen (meg, fagansvarlige / primærkontakter) er enige om at vi skal ha fokus på dette året. [...] Vi har nå begynt med at ansatte tar kap.9 kurset på nytt, slik at de har grunnkunnskapene friskt i minne, for så å få inn resurspersonene tjenesten har på kap.9. Da kan vi spise undervisningen til "våre" beboere. Det vi ønsker fokus på er tvangen i seg selv, hvilke grenser som er her, men også dette med hvilken makt vi som tjenesteyter har ovenfor beboerne. Eksempel: bare ved at en tjenesteyter er mye høyere enn en av beboerne, har vi en makt vi skal være oss svært bevisst.»

19. SPØRSMÅL:

Rettighetsutvalget legger til grunn en relasjonell forståelse og tilnærming til funksjonshemming. I hvilken grad preger denne forståelsen og tilnærmingen arbeidet som gjøres på habiliteringsfeltet / i avdelingen(e)? Kjenner de ansatte til ulike modeller (individerlig, relasjonell) som forklarer begrepet funksjonshemming, og forstår de at de ulike modellene har forskjellige konsekvenser for hvordan en møter og legger til rette for personer med utviklingshemming?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Allerede før bruker flytter inn i egen leilighet for første gang gjøres det en utsjekk på dette området. Saksbehandler i forvaltning kartlegger ressurser og behov. Dette formidles videre til utøvende tjeneste, som videre har samtaler med bruker og pårørende i forkant av innflytting. En er i samtalen videre opptatt av å kartlegge hva som må tilrettelegges i forkant av innflyttingen. Eksempler på det kan være tilpasning av fysiske boforhold. Dørsviller gjør at en person i rullestol ikke lengre er funksjonshemmet i situasjonen med å forflytte seg mellom rom, heis i bygg gjør at en person i rullestol kan forflytte seg mellom etasjer. Talestyring i heis gjør at en person med synshemming kan ta heis.

Ut fra en relasjonell forståelse av funksjonshemmingen arbeides det løpende med å redusere funksjonshemming i situasjoner. Tiltak for å redusere funksjonshemming et godt integrert arbeid i habilitering. Men dersom revisjonen spør den ansatte om de kjenner til ulike modeller (individualistisk, rasjonell) som forklarer begrepet funksjonshemming, så er det ikke sikkert de umiddelbart tenker i denne retningen. Det fordi de nevnte begrepene ikke er en del av dagligtalen i tjenesten.

E-læringskurset til KS, nevnt i spørsmål 18, gir også en kort innføring i hvordan det er å jobbe med personer med utviklingshemming. Kurset viser eksempler på hvordan få frem gode samtaler mellom bruker og personell, og hvordan du som ansatt kan tilrettelegge for en bedre hverdag.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESKAP:

Følgende svar fra en avdelingsleder oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

«Det er nok ikke alle ansatte som kjenner til konkrete modeller og begreper, men alle ansatte jobber etter den relasjonelle modellen og jobber med miljøarbeid for å skape en god situasjon. Både med å styrke personens forutsetninger, samt å tilrettelegge slik at samfunnets krav blir best mulig oppnåelig for personen.»

En avdelingsleder peker på at dette blir mer gjenkjennbart for de ansatte hvis man spør om bevissthet rundt det at «hvordan man ser på brukeren, menneskesyn, holdninger kan få konsekvenser for hvordan man møter og bistår beboeren i hverdagen». Flere avdelingsledere vurderer at temaet er viktig og at avdelingene de leder bør få mer kompetanse på dette feltet. Flere viser også til at Recovery-tilnærmingen, Traum-ebevisst omsorg (TBO) og fokus på hvordan kan vi tilpasse miljøet for at funksjonshemmingen reduseres, kommer inn under det relasjonelle paradigmat, samt til at vernepleiernes kompetanse på dette feltet er viktig.

20. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) med å legge til rette for god ernæring for beboerne?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kristiansand kommune publiserte i 2017 «Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse». Av utfordringer var overvekt og sunt kosthold områder som krevde tiltak.

I basiskompetanse til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er det utarbeidet en modul som heter «Hva må til for å sikre et sunt kosthold?»⁷³. Flere ansatte har gjennomført dette kurset.

Det er gjennomført et innovasjonsprosjekt i forhold til ernæringsarbeid i kommunale boliger for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse. Det er videre et pågående prosjekt som heter «Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming»⁷⁴ som også inneholder kompetansehevende tiltak innenfor ernæring, for ansatte i habi-

⁷³ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/kompetanse/basiskompetanse/ernaring/>.

⁷⁴ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/prosjekter/bedre-helseoppfolging-uh/>.

litering. Erfaringen så langt i dette arbeidet er at det er mulig å gjennomføre tiltak som gjør at en fanger opp brukere som er i risiko for over- eller undervekt. Dette i form av måling av vektutvikling over tid, kombinert med registrering av matinntak.

Ansatte blir veiledet i forhold til nasjonale retningslinjer innenfor ernæring. Dette er et krevende fagområde, fordi personer med utviklingshemming er i en ernæringsmessig sårbar gruppe med økt risiko for ernæringsmessige helseplager sammenliknet med den generelle befolkningen⁷⁵. Spesielle syndrom kan gi ernæringsmessige utfordringer. Brukere kan ha selektive og rigide spisemønstre. Det kan være krevende å skulle veilede, fordi det raskt oppstår dilemmaer i forhold til selvbestemmelse og tvang.

I det siste prosjektet "Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming" har klinisk ernæringsfysiolog tilhørende prosjektet fulgt opp en gruppe brukere og ansatte tilhørende en nyoppstartet avdeling, i snart ett år. En ser her nødvendigheten og suksessen av å ha det tette samarbeidet med en klinisk ernæringsfysiolog som jobber klientrettet. Dette arbeidet har også vakt interesse i det nasjonale fagmiljøet, og de er forespurt flere ganger om å ha innlegg på ulike konferanser om arbeidet og resultatene knyttet til dette.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar fra to avdelingsledere oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar:

«Avdelingen har fokus på et sunt kosthold for beboerne og har ulike opplegg for beboere som har utfordringer i forhold til ernæring (både de som får i seg for lite og de som får i seg for mye). For de som har utfordringer med for mye inntak: har et godt samarbeid med fastlege og har hyppig legeoppfølging med veiling for å følge med på vektutvikling. Blant annet handler vi for enkelte personer hver dag slik at de ikke skal ha så mye mat liggende i kjøleskapet for en uke fremover som er fristende å spise. Vi lager handleliste sammen med disse beboerne slik at de skal ha nok mat for en dag – samt at det er litt å gå på. Vi forsøker da å veilede til sunne alternativer. Vi lager middag i ukedagene som har fokus på sunt kosthold. For de som har utfordringer i forhold til for lite inntak: godt samarbeid med fastlege, bruk av multidrikker, hyppigere måltider. Utfordringer: balansen mellom beboeres selvbestemmelse og veiledning fra personalet med tanke på valg av sunne alternativer.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Gjøres i samarbeid med ansvarsgruppen og pårørende. Man jobber med å forebygge skade på liv og helse dersom beboere overspiser, og dokumenterer dette med bruk av kapittel 9 vedtak. Man handler inn variert og sunn mat via kjøkkenservice og avtaler med individuelle butikker som beboere selv er med å velge hva de vil ha av varer. Videre har man samarbeid med fastlege og pårørende knyttet til ernæring. Utfordringen er når beboere kun vil spise enkelte retter eller sukker produkter. Da jobber man målrettet med å variere kostholdet. Samt at pårørende til tider kan være ett hinder i det målrettede arbeidet når de kjøper inn mye brus eller godter. Man går da i dialog med pårørende og jobber med å gi innblikk i helseutfordringene som kan oppstå dersom dette fortsetter.»

⁷⁵ Se <https://frambu.no/>.

Flere avdelingsledere peker på at avdelingen / de ansatte har god kompetanse og er gode på kartlegging av ernæringsstatus og vekt og at det samarbeides med fastlege (og i enkelte tilfeller spesialisthelsetjenesten). Man er opptatt av næringsrik mat og planlegging av måltider, og flere har utarbeidet kostholdsplaner. Samtidig har man fokus på beboernes selvbestemmelse, og utfordringer kan være at beboer selv ikke ønsker veiledning / hjelp for et sunnere kosthold eller handler ting utenom det som er avtalt eller er satt opp på plan. Det kan her være særlig utfordrende hvis pårørende samtidig har klare krav om at man skal påse at barnet deres ikke spiser noe utover det som står i kostholdsplanen. En avdelingsleder skriver:

«[...] Det er beboerne vi skal gi tjenester til, men så skal samtidig pårørende ha mye innflytelse, jf. den nye nasjonale veilederen. Man ser at det hadde vært svært nyttig med en tydelig forventningsavklaring når beboere flytter inn i bolig, hvor også lovverket hadde blitt fremstilt. Slik at det var klarhet i hvilket mandat boligpersonal har i forhold til tvang og makt.»

Noen avdelingsledere oppgir at avdelingene har stort forbedringspotensial på dette området, og ernæring og fysisk aktivitet er områder som man ønsker økt kompetanse på.

21. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) med å legge til rette for fysisk aktivitet for beboerne?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

For kort tid siden har det vært et utviklingsprosjekt i kommunen knyttet til aktivitetsmåler (FitBit). Prosjektrapporten viser at gjennom god forankring hos leder og motivasjonstiltak oppnådde enkeltbrukere ønskede resultater.⁷⁶

I prosjekt «Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming» er det etablert et regionalt læringsnettverk innenfor ernæring og aktivitet. Her er det utpekt ressurspersoner som sammen med sin leder deltar på samlinger i nettverket over 9 måneder. Her gis det teoretisk og praktisk opplæring. I tillegg gis det veiledningstimer til deltakerne. Arrangøren er USHT Agder vest representert av klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut og andre faggrupper.

USHT Agder vest har også en basiskompetansemodul på fysisk aktivitet.⁷⁷ Her kan leder bestille undervisning til ansatte i enkelte avdelinger.

Før brukere flytte inn i et bofellesskap inviteres bruker/pårørende til et møte med avdelingsleder og personal fra avdelingen. Her blir ulike områder kartlagt, inkludert interesseområder innenfor aktivitet. Flere brukere har behov for følge til aktiviteter og det gjøres så langt det er mulig innenfor de økonomiske driftsrammer.

Utover dette er det flere tilbud i kommunen, både i kommunal og privat- / organisasjonsregi. Eksempler som håndball, boccia, vennegrupper og turgrupper.

⁷⁶ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/usht/kompetanse/forbedringsarbeid/fitbit-prosjektet-rapport-19.2.21.pdf>.

⁷⁷ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/kompetanse/basiskompetanse/fysisk-aktivitet/>.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESKAP:

En avdelingsleder skriver:

«En naturlig del av brukernes tiltaksplaner. Jobber for å alltid ha nok bemanning til å kunne gjennomføre fysisk aktivitet for beboere. Ansatte oppfordres til å skrive avvik om de ikke får gjennomført fysisk aktivitet, for å dokumentere om vi ikke har bemanning nok til det. Bemanner opp for eksempel torsdager for å gjennomføre terrengkarusell med beboere. Utfordring er bemanning og ha nok ansatte på jobb til å kunne gjennomføre så mye fysisk aktivitet som man ønsker. Og så er det en balansegang mellom hva vi som personal kan tenke at beboer trenger av fysisk aktivitet – og hva beboer faktisk ønsker.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Avdelingen jobber aktivt for å legge til rette for fysisk aktivitet. Alle beboere blir tilbudt fysisk aktivitet to ganger per dag. De ansatte har fått opplæring og veiledning på alternative måter for å få til fysisk aktivitet.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«[...] det er en utfordring at noen beboere ikke ønsker å bli med på fysisk aktivitet. Personal prøver å motivere. Det ble opprettet et treningsprogram som alle beboerne kunne delta i, men det har dessverre ikke blitt brukt mange ganger som følge av lav interesse. Det legges til rette for spaserturer når det er mulighet. Vaktene er travle, og med dagens bemanning, er det ikke mye tid til overs. Vi oppfordrer pårørende og støttekontakter til å være aktive med beboerne i tillegg. Vi har et forbedringspotensial, men det er samtidig vanskelig å legge inn faste aktiviteter med fysisk aktivitet fordi beboerne våre har en del private planer.»

En fjerde avdelingsleder skriver:

«[...] Utfordring; Dørstokk-milen kan for noen være stor. Nøkkelen er å finne rett balansegang mellom avslapning og aktivitet for hver enkelt. Forbedringspotensial: der hvor kanskje ikke pårørende / verge eller fastlege er veldig involvert, ser jeg at vi som personalgruppe kan bli mer kreative for å få beboer motivert / aktivisert.»

Mange oppgir at jevnlige gå- og sykkelturner i nærområdet er viktige fysiske aktiviteter, men det er stor variasjon mellom beboerne, noen kan gå turer på 3 timer, mens det for andre vil være nok med 10 minutter. Noen beboere har oppfølging av fysioterapeut og har treningsprogram som skal følges opp i boligen. På avdelinger med multifunksjonshemmede har man rutiner for utstrekking, bøy og tøy, og for å gå med bruker etc., mens enkelte med høyere funksjonsnivå kan gis opplæring i å gå egne turer i nærområdet. Det vises også til konkrete eksempler som må ses i lys av situasjonen beboeren er i. Noen avdelingsledere oppgir at avdelingene har forbedringspotensial på dette området (og det vises også til forskjellige mindre initiativ som skulle motivere for aktivitet i hverdagen, men som ikke har hatt ønsket effekt), eksempelvis om vinteren og når det gjelder å jobbe systematisk med temaet.

22. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for å forebygge rusmiddelproblemer hos beboerne?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Ved bekymring eller mistanke om rusmiddelavhengighet vil det bli igangsatt samarbeid med fastlegen, og individuell oppfølging av personen. Det er begrenset hva som finnes av erfaring på dette feltet, og vi har p.t. ingen overordnet rutine for å jobbe systematisk med dette.

Når det gjelder avhengighetsskapende legemidler, så har vi rutine for legemiddelgjennomgang (LMG) som skal gjennomføres 1 gang per år av sykepleier / vernepleier sammen med fastlegen.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

De fleste avdelingslederne oppgir at denne problemstillingen i liten grad er aktuell («svært begrenset bruk av alkohol eller andre rusmidler hos dagens beboere») på avdelingen(e) de har ansvar for. Enkelte opplever at det er behov for mer kompetanse på området, samt at det bør jobbes systematisk med holdninger til rusmidler.

Flere avdelingsledere peker samtidig på at de er bevisst på å være gode rollemodeller, at man uansett følger med på beboerne med tanke på sykdom, mistilpasning, endring av atferd etc., og at man vil søke hjelp (fastlege, voksenhabilitering etc.) hvis man kommer opp i en konkret situasjon. Enkelte har vært i dialog med beboere når det gjelder rusmidler.

23. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for å forebygge utvikling av utfordrende atferd hos beboerne (og minimere bruk av tvang og makt)?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Uønskede hendelser pga. utagerende atferd registreres i avvikssystemet EQS. Avvikssystemet er bygd opp slik at ledelsen kan få ut mye data til å jobbe med forbedring og hindre gjentakelse. Se for øvrig spørsmål 9 og rutinen «Avvik og uønskede hendelser – Registreringsprosedyre» (ID 1017).

I habilitering arbeides det ut fra et målrettet miljøarbeid. Dette er et fagområde spesielt vernepleiere er gode til. I sin utdanning har de lært om atferdsanalyse og vernepleierens arbeidsmodell. Kartlegging, utarbeidelse av mål, metode og tiltak, registrering og evaluering er områder som inkluderes i dette arbeidet. Kartleggingen skal journalføres i Profil. Det som her er utfordringen for ansatte i habilitering, er å på en enkel måte kunne lese sammenhenger mellom det en kartlegger og evt. de tiltakene en iverksetter. Habilitering har derfor meldt inn et behov for et tilleggsverktøy til den elektroniske pasientjournalen. Et eksempel på et slikt digitalt fag- og journalsystem er OMHU.

Som skrevet i spørsmål 7 gis det e-læringskurs som inneholder en modul om makt / tvang. Habilitering har egne ressurspersoner som kurser ansatte innenfor området

konflikthåndtering og Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9. Kursene innenfor konflikthåndtering etterspørres også i andre tjenester / sektorer i kommunen og fra andre kommuner.

Det er også nylig opprettet et fagteam («Atferdsteam») bestående av ansatte som skal være ressurspersoner for avdelinger tilhørende habilitering.

I saker etter Helse- og omsorgstjenesteloven §9-5 tredje ledd bokstav b og c samarbeides det med spesialisthelsetjenesten. Oftest HAVO (Habiliteringstjenesten for voksne). Enkelte saker har et så krevende omfang at det bes om bistand fra tredjelinstjenesten Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA). Kommunen ser i enkeltsaker et behov for en ambulant tjeneste fra spesialisthelsetjenesten. Dette spesielt i saker hvor det er utfordringer knyttet til psykisk helse.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

De fleste avdelingslederne har svart utfyllende på dette sentrale spørsmålet. Mange er opptatt av at godt målrettet miljøarbeid reduserer behovet for å benytte makt og tvang. Det fire svarene som tas med under (inkludert fotnoter) dekker momentene som avdelingslederne har spilt inn. En avdelingsleder skriver:

«Dette er et svært aktuelt tema og fagområde i avdelingen som det er høyt fokus på. Det benyttes flere ulike tilnærminger og tiltak: Jobber kontinuerlig for å skape / opprettholde forutsigbarhet og trygghet for brukerne ved å tilrettelegge miljøet for den enkelte.⁷⁸ Søker å være i forkant, og forsøker der det er mulig å involvere bruker i utarbeidelse av tiltak. Samarbeider med pårørende, primærhelseteam, HAVO, Frambu og statsforvalter. Flere ansatte tar videreutdanning og kompetansehevende tiltak innenfor målrettet miljøarbeid. Holder antall tjenesteytere som har den daglige kontakt med bruker så lavt som mulig. Evaluerer tiltak og vedtak, ser på mulighet for å redusere bruk av tvang for den enkelte. Det gjøres mye, men vi vil alltid ha forbedringspotensial. Reduksjon av fravær og turnover blant ansatte vil bidra positivt i forebygging av utfordrende adferd.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Dette har vært et område som avdelingen har prioritert høyt. Vi jobber kontinuerlig med å forebygge utfordrende atferd blant annet ved å utarbeide gode faglige opplegg basert på traumebevisst omsorg. Avdelingen har et stort fokus på målrettet miljøarbeid og har veiledning fra Habiliteringstjenesten knyttet til ulike beboere der et er behov for faglig veiledning i forhold til dette temaet. Fokuset er også på forebygging av makt og tvang. Noen av de kriteriene vi har lyktes med, er å ha en stabil personalgruppe rundt beboerne der det er veldig liten turnover». Vi har fokus på gode relasjoner, vi har fokus på at beboerne skal føle en tilhørighet til sine naboer, til sin leilig-

⁷⁸ En annen avdelingsleder peker på at det er viktig å «unngå å sette beboere i situasjoner som kan bli vanskelige / utfordrende». En tredje avdelingsleder understreker at det er viktig å avdekke smerter og somatiske utfordringer hurtigst mulig. En fjerde avdelingsleder peker på at «utfordrende atferd er et følelsesuttrykk, og utfordrende atferd kommer alltid av en grunn. Vi er opptatt av å ikke se på det som problematferd, men heller spørre oss selv om hva som ligger bak denne atferden». En femte avdelingsleder skriver at «vi jobber forebyggende ved å prøve å forstå hvorfor beboere uttrykker seg som de gjør. Det kan være mange grunner til utfordrende atferd. Og det å prøve å forstå og å møte beboerne der de er i sitt smerteuttrykk, er en viktig del av vår jobb». I tillegg til å peke på at Recovery-tilnærmingen kan bidra positivt, spiller en sjette avdelingsleder inn at «fokus på ASK (Alternativ Supplerende Kommunikasjon) kan være forebyggende ved at de som har lite verbalt språk kan uttrykke seg på andre måter, bli forstått og dermed unngå misforståelser som igjen kan føre til atferd som kan utfordre». Også kompetanse på konflikthåndtering trekkes frem som positivt i forhold til å forebygge / avverge utfordrende atferd.

het og til personalet. Og vi har et stort fokus på å bistå beboerne med å regulere egne følelser på en hensiktsmessig måte. Vi har også et fokus på at alle har rett til å være den de er med hele sitt følelsesregister og at beboeren har utfordrende følelser som de viser oss og som det er opp til personalgruppen og møte på en god måte. Personalet får kompetanse i håndtering av utfordrende atferd blant annet med konflikthåndterings kurs og vi er gode på kollega veiledning. Vi har stort fokus på å stå samlet som personalgruppe for å håndtere utfordrende følelser. Forbedringspotensial: å trygge ansatte i arbeidet med utfordrende atferd og ruste dem til å stå i krevende situasjoner over tid. Dette for å sikre at beboerne har et fast personale rundt seg som kjenner det godt. Viktig å forhindre stor grad av turnover.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«Vi jobber på flere plan med dette. Hos noen beboere er det skrevet kapittel 9-vedtak som evalueres fortløpende – for å se om der er andre måter å bistå beboer uten å bruke tvang og makt. Vi har god dialog med Sykehuset HAVO (voksenhabelitering) rundt dette. Statsforvalteren godkjenner vedtakene, gir tilbakemelding på om noe er uklart og kommer med gode innspill på de ulike vedtakene. Der beboeren har utfordrende følelser og er skadet, jobbes det med forståelsen av beboerens situasjon. TBO (Traumebevist omsorg) gir ansatte et verktøy i disse situasjonene. Vi jobber i team med fastlege og HAVO, og det jobbes med å minimere bruken av tvang og makt ved å ha dette på dagsorden. Kapittel 9 skal jevnlig evalueres og det skal jobbes med å minimere tvang og makt. Utfordringer: når dette blir så hyppig at det oppleves som «vanlig», kan ansatte på sikt bli mentalt skadet. Det gjør noe med den ansatte å bli slått med mer. Debriefing og god oppfølging av leder blir viktig. Vi har team med psykolog vi kan kalle inn for å ivareta ansatte.⁷⁹ Forbedringspotensial: kvalitetssikre kollegaveiledning for å lære de lure måtene å møte beboer på, og annerkjennelse av den ansattes forskjellighet, da det kan være en ressurs i møte med den ansatte. I en hektisk hverdag kan dette bli nedprioritert.»

En fjerde avdelingsleder skriver:

«Avdelingene har individuelle tilrettelagte miljøregler for hver enkelt persons behov. Vi forebygger utvikling av utfordrende følelser ved å ha god kartlegging, tilrettelegging og organisering av arbeidet. Både miljøregler, arbeidsgrupper og hjelpemidler / tilrettelegginger må jevnlig evalueres. Vi har beboer i sentrum og jobber med målrettet miljøarbeid ut fra hva beboer har behov for. Ved rekruttering av terapeuter og helsefagarbeidere er ønskelig med et engasjement for og erfaring med målrettet miljøarbeid. I små stillinger er det ønskelig at den ansatte er i et utdanningsforløp innenfor helse. Utfordringene ligger i de periodene det er høyt sykefravær og / eller dårlig kompetansedekning. Forbedringspotensialet ligger i flere heltidsstillinger og flere med riktig kompetanse.»

24. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommune / avdelingen(e) for å fremme helsekompetanse hos beboerne?

⁷⁹ En annen avdelingsleder skriver at «utfordringen er avdelinger som har mye atferd og det å rekruttere ansatte som tåler å stå i den typen arbeid. Det er til tider utfordrende å få tak i ansatte som kan stå i arbeid hvor beboere tilgriser med avføring, selvskader og utagerer». En tredje avdelingsleder viser til at det å alltid være to ansatte sammen med enkelte beboere kan ha positiv effekt på beboeren, samtidig som det kan føre til at ansatte ikke er redde på jobb. En fjerde avdelingsleder peker på at det er viktig å reflektere med de ansatte rundt «bruken av tvang og makt, hva det gjør med oss personalet som utfører det [tvang og makt]».

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Arbeidet med årlig helsekontroll (se spørsmål 25 under) er med på å styrke brukers medvirkning og kompetanse. Helsepersonellet gjennomgår en sjekkliste sammen med bruker, som omfatter ulike helseområder.

Neste trinn i prosjektet er å utarbeide en tilhørende film hvor det gis informasjon om hensikten med årlig helsekontroll, og det styrkede samarbeidet med fastlegen. Videre er det et ønske om, gjennom samarbeid med personer med utviklingshemming, å belyse hvordan helsepersonell på best mulig måte kan involvere brukerne i den årlige helsekontrollen.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar er dekkende for mange avdelingslederers innspill:

«Dette er nok et tema som avdelingen bør ha enda mer fokus på. Kontaktpersonene har god dialog med beboerne for å reflektere rundt ulike aspekter med helsen deres. Men jeg vurderer nok at dette er et område vi kan bli bedre på. Og som det har vært for lite fokus på.»

En del avdelingsledere viser samtidig til den årlige helsekontrollen, jf. spørsmål 25 under, og det pekes på at det å i større grad inkludere beboerne i kartlegging før årlig helsekontroll, kan bidra til å fremme den enkeltes beboers helsekompetanse. Det vises videre til at kvalifisert personale eller fastlege kan veilede beboerne, samt til at temaet kan være aktuelt på ansvarsgruppemøter. Såkalte VIP-kurs «for å lære om egne valg, kroppen sin, seksualitet og vold», er også tilgjengelige. En avdelingsleder spiller inn at det her kan oppstå et «etisk dilemma knyttet til informasjon om diagnosen til enkelte beboere, der pårørende ikke ønsker at beboer skal vite sine egne forutsetninger». En annen avdelingsleder skriver at «det er også tydelig fra både beboere og pårørende at vi ikke må fokusere for mye på sykdom, det kan fort virke skremmende for beboer. Dette er noe ansatte også kjenner igjen». Det pekes også på at det er krevende å fremme helsekompetanse hos dem med lavest funksjonsnivå.

25. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) og fastlegen sammen for å legge til rette for årlig helsekontroll for beboerne?

SVAR:**HELSE OG MESTRING⁸⁰:**

USHT Agder Vest har i samarbeid med Habilitering i Kristiansand kommune og Primærhelseteam ved Sørlandsparken legesenter utviklet en systematikk knyttet til årlig helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Fastlegens informasjon- og beslutningsgrunnlag vil kunne økes ved at personalet i habilitering foretar en kartlegging i forkant og formidler opplysningene til fastlegen. Personalet tar også større ansvar i oppfølgingen og ettarbeidet av kontrollen, noe som videre er med på å sikre en langsiktig, målrettet og tverrfaglig oppfølging. Ved å systematisere prosessen avklares roller og forventninger, og brukermedvirkningen øker.

⁸⁰ Se også Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmedes (NAKU) artikkel hvor det vises til den årlige helsekontrollen i Kristiansand kommune som et godt eksempel: <https://naku.no/kunnskapsbanken/%C3%A5rlig-helsekontroll>.

Arbeidet har vakt nasjonal interesse, både hos Helsedirektoratet, ulike nasjonale kompetansesentre, andre kommuner m.fl.⁸¹

Habilitering i Kristiansand kommune har over en periode deltatt i småskalatesting av sjekklisten og prosessen knyttet til årlig helsekontroll. De har kommet med tilbakemeldinger og innspill. Det har også bruker og pårørende. I november implementeres materiellet til bruk i Kristiansand, og avdelingslederne har allerede gitt tilbakemelding om at de er klare for å ta det i bruk. Flere legger det også inn i avdelingens årshjul, slik at brukerne får tilbud fordelt gjennom året og slik at kommunen sikrer at utvalgt personell er på jobb både når kartleggingssamtaler og klinisk undersøkelse hos legen skal gjennomføres.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESKAP:

Avdelingslederne som samarbeider med nevnte primærhelseteam, oppfatter det som svært positivt og at det har bidratt til bedre helseoppfølging. Andre viser til at det kommer nye rutiner og kartleggingsverktøy for årlig helsekontroll, og at det «er på høy tid og nødvendig». En avdelingsleder skriver at

«Det er utarbeidet (av USHT) en sjekkliste for årlig helsekontroll. Dette legger vi inn i Profil (journalssystemet). Når terapeut sitter med sjekklisten tar en også kontakt med pårørende / verge for å høre om de har noen ting de ønsker at lege skal se på – dette føres da inn i skjemaet. Beboer er også involvert. Ut fra sjekklisten føres enkelte mål-inger / informasjon inn i ett skjema som skal sendes til fastlegen i forkant av årlig helsekontroll. På den måten får fastlege ett innblikk før beboer kommer og ser da i forkant om det er ting som må sjekkes opp i. Det har vært gode tilbakemeldinger fra fastlege og terapeut på disse skjemaene, en opplevde at legetimen ble bedre utnyttet. Utfordring: det kan være at det er pårørende som følger til lege og vi ser at det da kan være utfordring med informasjonsflyten. Så her har vi et forbedringsområde.»

26. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for å fange opp tegn på mistilpasning og sykdom hos beboerne?

SVAR:

HELSE OG MESTRING⁸²:

Habilitering har over lengre tid samarbeidet med prosjekt Primærhelseteam ved Sørlandsparken legesenter.⁸³ Leder for PHT, Aleksander Sandnes, sa i starten at «personalet har rett når de tok kontakt med legesenteret. De har rett i at det er noe galt. Brukeren ER ikke i form. Men personalet mangler både språk og verktøy for å kunne formidle hva de hadde observert. De mangler å snakke et språk som legen kan nyttiggjøre seg.» Habilitering tok dette på alvor og kjøpte inn måleinstrumenter til avdelingene, som blodtrykksapparat, temperaturmålere, pulsoksymeter m.m. Videre ble det satset på kompetanseutvikling.

⁸¹ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/prosjekter/bedre-helseoppfolging-uh/>.

⁸² Se også Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmede (NAKU) artikkel hvor det vises til arbeid med helseoppfølging i Kristiansand kommune som et godt eksempel: <https://naku.no/kunnskapsbanken/%C3%B8kt-kompetanse-p%C3%A5-helse-i-kristiansand>.

⁸³ Se <https://splage.no/prosjekter/primaerhelseteam-pht/>.

USHT Agder vest har utviklet en digital opplæringspakke i NEWS2, hvor observasjon etter ABCDE-prinsippene er sentralt. Det er utpekt ressurspersoner i hver avdeling og de har gjennomført opplæring i NEWS2. Opplæringsmetoden er «Train the trainer», hvor ressurspersonene videre skal lære opp kollegaene i sin avdeling. Simulering var også en av metodene som ble tatt i bruk. NRK Sørlandet filmet en av disse samlingene.

Den første habituelle NEWS2⁸⁴ ble gjennomført på brukere i døgnbemannede bofellesskap, våren 2020. 93,3% av brukerne fikk da gjennomført en habituell NEWS2. Prosjekt «Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming» har også gjort det mulig å ha en person som "pusher" avdelingene og holder oversikt over gjennomførte opplæringstiltak. Dette i samarbeid med fagteamet «Helseteam», som består av ledere og ansatte i habilitering. De har en rådgivende og kompetansestøttende rolle for avdelingene. Og i perioden med Covid-19 hjalp de også til i annet tjenesteområde.

Personalet har øvd over lengre tid på NEWS2 og observasjonskompetanse. Covid-19 har gjort det høyaktuelt å holde denne kompetansen «varm». Dette fikk habilitering flere ganger erfare da det var smitte i avdelinger. Statsforvalteren formidlet at de var så imponert over arbeidet som var gjort i en avdeling, at de arrangerte et webinar⁸⁵ for å dele erfaringer til andre.

Dr. Sandes oppgir at samarbeidende personell nå har hatt en ønsket kompetanseutvikling. De har mindre behov for bistand fra legekantoret enn tidligere, de stiller mer forberedt til samtaler med legekantoret og de opplever økt trygghet i kontakt med helsetjenesten.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Mange avdelingsledere viser her til NEWS2 og innkjøpt måleutstyr, aktiv journalføring, fokus på fortløpende observasjon av og samspill med beboerne, kontakt med fagteam, fastlege / legevakt ved behov etc. Når det gjelder forbedringspotensial, så peker en avdelingsleder på «å bevisstgjøre alle ansatte om at all endring må komme fram, og på å skrive gode rapporter». En annen avdelingsleder skriver:

«Journalfører endringer, gjennomgang av endringer hos beboere fra dag til dag i overlapp, strukturert overlapp med ansvarsperson, ofte fagmøter, tett samarbeid med pårørende, skole / jobb og andre samarbeidspartnere.»

En tredje avdelingsleder viser til:

«Det er flere og egne kartlegginger både i forhold til somatikk og adferd for den enkelte. Tegn på mistilpasning og sykdom blir i stor grad sett. Like fullt kan det ta noe tid før gode tiltak kommer på plass, spesielt gjelder dette ved mistilpasning der det må utarbeides nye miljøregler mv.»

⁸⁴ Det vises her til «Rutine for måling av habituell NEWS, habilitering voksne» (ID 5984) i kommunens EQS kvalitetssystem.

⁸⁵ Se <https://www.statsforvalteren.no/nb/agder/Kurs-og-konferanser1/2020/12/hva-kan-vi-lare-av-covid-19-utbrudd-i-en-omsorgsbolig/>. Revisjonen legger her til at Helsetilsynet i november 2021 presenterte en rapport om hvordan har personer med utviklingshemming har opplevd tiden med koronapandemi og hvordan smitteverntiltak har påvirket hverdagslivet deres. Det mest alvorlige funnet i undersøkelsen er at «savnet av sosial kontakt og et vanlig hverdagsliv har gitt sterke følelsesmessige reaksjoner», jf. <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2021/hvordan-har-personer-med-utviklingshemming-opplevd-tiden-med-koronapandemi-og-hvordan-har-smitteverntiltak-pavirket-hverdagslivet-deres/>.

Når det gjelder utfordringer, peker en fjerde avdelingsleder på at:

«[...] Da man har døgnbemannet drift og mange ansatte, er utfordringen å sikre at ansatte følger samme retningslinjene og leser seg opp på nye miljøregler og hva man skal være oppmerksomme på.»

27. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å legge til rette for god psykisk helse hos beboerne?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Livsmestring har Recovery⁸⁶ som verdigrunnlag. Vi tilstreber å gi beboerne i habilitering tilhørighet, myndiggjøring, håp, optimisme, identitet, mening og mål. Vi har som et slagord at «ingen beslutning om meg tas uten meg».

I tillegg til samarbeidet med bruker, er det et samarbeid med fastlege, pårørende og Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO).

I sjekklisten tilhørende årlig helsekontroll er psykisk helse også inkludert som et område.⁸⁷

Flere avdelinger har deltatt i Traumebevisst omsorg (TBO) i samarbeid med Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Det jobbes også med tiltak som omhandler basale behov som regelmessig søvn, godt kosthold og utendørs aktivitet. Det har over flere år vært ressurspersoner som har jobbet med Alternativ Supplerende Kommunikasjon (ASK). Dette for å øke kompetanse, ferdigheter og tilgang til kommunikasjonsverktøy. Gruppen med ressurspersoner er utvidet og det er også etablert et samarbeid med en ressursperson fra videregående skole.

Livsmestring har et ønske om et økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten på systemnivå. Det skal i løpet av 2021 følges opp med forslag om møtepunkt på tvers.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere avdelingsledere peker på at det er viktig å fokusere på beboernes historie, interesser, styrker og ressurser, samt på å skape trygge og forutsigbare bomiljøer og finne en god balanse mellom aktivitet og hvile. Følgende to svar fra avdelingsledere oppsummerer flere av momentene som går igjen i avdelingsledernes svar. En avdelingsleder skriver:

«Utfordringen her kan være den psykiske utviklingshemningen som beboer har, da den kan medføre at de er mer utsatt for psykisk uhelse. Videre så har flere beboere traumatiske opplevelser fra barndomsår som er krevende å bearbeide. Flere klarer ikke å nyttiggjøre seg av et terapeutisk tilbud med psykolog / psykiater da de ikke har den kognitive fungeringen til å reflektere og mange har manglende verbalt

⁸⁶ Se eksempelvis <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/recovery>.

⁸⁷ Det vises her også til rutinen «Bekymringsmelding - Beskrivelse av fremgangsmåte ved mistanke om psykisk sykdom» (ID 2456) i kommunens EQS kvalitetssystem.

språk. Igjen store variasjoner etter hvilken avdeling man spør her. Vi har fokus på det relasjonelle og på å sikre en trygg hverdag for beboerne våre. Dette gjøres med fokus på å følge prosedyrer og legge til rette for mestring gjennom aktiviteter våre beboer ønsker og liker. Lage gode turnus ordringer for ansatte, fokus på fag og arbeidsmiljø som gjør at ansatte trives. Dette skaper en trygghet for beboerne våre i forhold til relasjonelt arbeid som igjen er med på å skape ro med lite turnover av ansatte. Dette vil jeg si er en del av å fremme den psykiske helsen til beboere. Videre fokus på samarbeid med fastlege og voksen habilitering. Se på medisiner med legemiddelgjennomgang da noen har stått lenge på enkelte medikamenter som kan skape bivirkninger. Fokus på målrettet miljøarbeid som fremmer mestring er sentralt.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Stort fokus på kontaktpersonenes oppgave i forhold til dette. Kontaktpersonene har et spesielt ansvar i oppfølgingen av beboer. God psykisk helse er like viktig som god fysisk helse. Og ofte vil det være i form av endret atferd eller stemningsleie at man vil kunne se at personer har utfordringer knyttet til sin psykiske helse. Enkelte beboere har faste samtaler med sin kontaktperson for å sortere ulike tanker og følelser. Dette for å ivareta en god psykisk helse. Ellers så har avdelingen fokus på å lage gode opplevelser, ha gode relasjoner og en meningsfylt hverdag for å opprettholde en god psykisk helse. Utfordringer / forbedringspotensial: det finnes i liten grad behandlere / psykiatrisk sykepleiere eller likende som kan bistå brukergruppen vår med å opprettholde en god psykisk helse dersom man har for eksempel angst, depresjon eller liknende.»

De to følgende svarene sier noe om utfordringene kommunen står overfor når beboernes psykiske helse indikerer at det er behov for kompetanse som går utover det habiliteringsfeltet kan tilby (det vil si psykolog eller psykiatri). En avdelingsleder skriver:

«God psykisk helse er utfordrende. Vi har enkelte som på et tidspunkt har gått til eksterne personer for å prate. Det er behov for en person som kan prate med denne brukergruppen, uten at de må stå på lang venteliste. En annen utfordring er at flere ikke har råd til å betale for å gå til psykolog, og av og til er det behov for å prate med en psykolog og ikke de ansatte. Et par av personalet har jevnlig samtaler med en beboer. Habiliteringstenesten kan kanskje bistå med noe her? Det har vi ikke testet ut enda. Ellers jobber vi med fokus på aktivitet og frisk luft, med tanke på å komme seg ut av leiligheten for de som er ferdig med arbeidslivet, for å bidra til god psykisk helse.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Mennesker med utviklingshemming eller andre kognitive nedsettelse er også ofte mer utsatt for psykisk uhelse eller psykiske lidelser. Vi i bolig opplever at vi har god kompetanse på alt som omhandler beboers diagnoser o.l., men at vi trenger hjelp hvis vi opplever beboer bli psykisk syk i tillegg. Dette kan ofte by på utfordringer, da f.eks. akutt psykiatrisk avdeling ikke tar imot våre beboere da det ofte begrunnes med at grunnet deres kognitive svikt ikke kan nyttiggjøre seg vanlig behandling som ofte er samtalerapi. Vi har gjentatte ganger opplevd på boligene å ha en beboer som vi opplever er psykotisk i en periode, men at vi må krangle oss til å få hjelp eller innleggelse. Vi kan oppleve det hele som maktesløst fordi vi ikke har riktig kompetanse på boligen til å f.eks. håndtere en akutt psykose. Vi kan få hjelp av voksenhabiliteringen, men vi opplever ikke at deres kompetanse heller strekker til i akutte situasjoner.»

28. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å legge til rette for god munn- og tannhelse hos beboerne?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Beboere får tilbud om gratis tannbehandling som følge av diagnosen psykisk utviklingshemming eller i kraft av å være mottaker av hjemmebaserte tjenester på vedtak. Ansatte i bofellesskap skal ha fokus og opplæring i tann- og munnhygiene hos tjenestemottaker. Det er et godt samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og personalet i bofellesskap.⁸⁸

For enkelte brukere oppleves tannpuss som utfordrende. Her forsøkes det med alternative tiltak og det samarbeides med spesialisthelsetjenesten (HAVO). For enkelte kan det være nødvendig med et vedtak etter Pasientrettighetsloven kap. 4a eller Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 i forhold til dette.

Tannhelse er også et punkt som tas opp i årlig helsekontroll, for å sikre at legen også involveres der hvor munn- og tannhelse er en utfordring.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

De fleste avdelingslederne oppgir at de har et godt samarbeid med tannhelsetjenesten samt at de har fokus i det daglige på tannstell på avdelingen. En avdelingsleder skriver:

«De ansatte har stort fokus på godt tannstell hos beboerne. Det er et godt samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten der beboerne blir jevnlig innkalt, og der det også blir vurdert om beboerne har behov for tannbehandling i narkose. I det daglige arbeider personalet målrettet for at beboerne får pusset tenner. Noen beboere veiledes, noen bistås litt og noen bistås mye. Noen beboere trenger mye veiledning for å få gjennomført en tannpuss.»

Når det gjelder utfordringer, viser en avdelingsleder til at det «i stor grad handler om ting som er vanskelig for oss å gjøre annerledes uten å f.eks. bruke tvang». Det vises også til krevende situasjoner i forbindelse med besøk hos tannlege, samt til gode eksempler på at man med målrettet miljøarbeid, opptrening og planlegging har klart å håndtere disse krevende situasjonene:

«Beboerne har årlig oppfølging av tennene på tannlegetime. Enkelte som har behov for hyppigere tilsyn, kan være hos tannhelsetjeneste opptil hver 3 måned, og ellers ved behov. Vi bistår med tannpuss til de av beboere som trenger det morgen og kveld. Oppfølging av tannhelse blir dokumentert i journalen deres. Det er og fokus på sunt kosthold, for å bidra til god tannhelse. Utfordring var da vi hadde beboer med utfordrende atferd og hvor tannlegekontoret sa de ikke ville ta imot personen på grunn av tidligere erfaringer. [...] Vi løste situasjonen med godt forebyggende miljøarbeid, med forberedelse av hva som skulle skje i form av bøker, tannlegebesøk, inn og se på tannkontoret, og hilse på de som arbeidet der mm. i forkant. Etter hvert fikk vi det da til, uten utagering.»

⁸⁸ Det vises her til rutinen «Gratis tannbehandling i offentlig tannklinikk - prosedyre og kriterier» (ID 4496) i kommunens EQS kvalitetssystem.

Andre viser til at selve tannpussen på avdelingen er krevende og at man har behov for vedtak om bruk av tvang for å få det gjort. Det oppgis også at det er lang ventetid på tannbehandling i narkose og at det er eksempler på beboere som har ventet i ett år på behandling. En avdelingsleder peker på at et forbedringspotensial er å bli bedre på å dele de gode erfaringene.

29. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen for å legge til rette for at personer med utviklingshemming og deres familier får en god overgang når tjenestemottaker blir voksen?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

I prosjektet «Koordinerende enhet», tilhørende Forvaltning og koordinering (FOK), er "Sjekkliste barn og unge - for koordinator" under utarbeidelse. Sjekklisten ferdigstilles ved avsluttet prosjekt, og revisjonen har derfor fått oversendt et foreløpig utkast. Dette for å gi et innblikk i oppbygging og innhold. Sjekklisten er relativt omfattende og sikrer oppfølging av relevante områder ved de ulike overgangsfasene⁸⁹ og bidrar til lik kvalitet i oppfølgingen fra konsulenter for funksjonshemmede / koordinatorene.

Konsulentene har jevnlig dialog med brukere / pårørende. Ved søknad og innvilget vedtak om Individuell Plan (IP) blir koordinatorrollen også utnevnt. IP er et nyttig verktøy for bl.a. å planlegge overgangsfasen fra videregående skole til arbeid / utdanning, flytting i egen bolig m.m. Koordinator bistår bruker / foreldre med å ta initiativ til møter, orientere om rettigheter og kontakte relevante samarbeidspartnere.

Når bruker er 14 år gjennomføres en "14 års samtale". Her kartlegges boligbehov ut fra brukers ønske, mestring- og bistandsnivå. Vil det være behov for en tilrettelagt bolig? Er det behov for døgntilrettelagt tilsyn?

For flere eksempler henvises det til sjekklisten.

30. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen med å sikre utviklingshemmede best mulige overganger og tilgang til varig tilrettelagt arbeid i arbeidslivet (VTA)?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Forvaltning og koordinering (FOK): Saksbehandler på Forvaltning har samtale / kartlegging med elever som går 3 året på videregående skole. En kartlegger her ønsker og behov for veien videre etter endt skolegang. Videre forløp avhenger om det er VTA-plass eller et aktivitetssenter i kommunen.

Hvis VTA-plass vurderes som aktuelt av lærere på skolen, eleven selv, foreldre og saksbehandler, går man i dialog med NAV og VTA-bedrifter. Har man ledig plass til-

⁸⁹ Sjekklisten tar for seg følgende livsfaser og overganger: (a) Ivaretagelse av barnet og foreldrene (0-6 år); (b) Overgang fra hjem til barnehage; (c) Overgang fra barnehage til barneskole; (d) Overgang barneskole til ungdomsskole; (e) Overgang fra ungdomsskole til videregående skole; (f) Overgang fra videregående skole til arbeid/utdanning, flytting i egen bolig.

deles den av NAV i samarbeid med kommunen. Kommunen har godt samarbeid med NAV og VTA-bedriftene.

NAV: NAV og Forvaltning får begge tilbakemeldinger fra videregående skole i tillegg til direkte henvendelser fra folk. Vi har møter to ganger i året hvor vi gjennomgår våre egne lister og fordeler de ledige VTA-plassene. I tillegg har vi nå begynt samordne oss mer systematisk med Livsmestring som også melder inn sine aktuelle kandidater slik at vi får dekket inn hele feltet.

31. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen for å bidra til at beboere i bofellesskap på habiliteringsfeltet får jobb eller dagaktivitetstilbud?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kommunen drifter flere aktivitetshus. Habilitering gir her dagtilbud til personer med utviklingshemming. Dagtilbudet skal være individuelt tilpasset brukers ønsker og behov. Det er ulike aktiviteter ved de ulike aktivitetshusene. Eksempler på aktiviteter er vedhogst, kunstmaling, tennbriketter, matlaging, tur i nærmiljøet og samlingsstunder med sang og musikk. Flere av brukerne mottar også voksenopplæring fra en lærer fra videregående skole når de er på dagtilbudet.

NAV har oversikt og dialog med skjermede virksomheter som gjennomfører arbeidsrettede tiltak. Pr. 10.11.2020 var det 158 VTA-plasser i Kristiansand. Det var samtidig 6 personer som stod på venteliste blant de 6 ulike tiltaksarrangørene.

Kristiansand kommune har inngått et samarbeid med HELT MED. De er en organisasjon som jobber for å inkludere personer med utviklingshemming inn i det ordinære arbeidslivet. HELT MED bidrar slik til at personer med utviklingshemming får samme muligheter som andre til å velge blant jobber de er interessert i. Foreløpig har ikke kommunen lyktes i å bre ut dette tiltaket. Tiltaket krever ressurs til koordinering og lønn til de HELT MED-ansatte. Habilitering har meldt tiltaket inn til prosjektet Flere i Arbeid og håper på den måten å få til den nødvendige forankringen og de tilhørende økonomiske rammene.

I ambulerende tjenester tilhørende habilitering ble det desember 2020 gitt et grovt anslag på ca. 70 personer som stod uten et dagtilbud. Det er viktig å understreke at dette er et anslag fra avdelingsleder, og at det ikke her er tatt hensyn til beboers ønske eller evne til å delta i et organisert dagtilbud.

32. SPØRSMÅL:

I hvilken grad vurderer kommunen tillitsskapende tiltak overfor tjenestemottakere på habiliteringsfeltet som takker nei til nødvendig bistand?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kommunen har en ambulant oppfølgingstjeneste som jobber opp mot brukere som trenger oppfølging punktvis. Relasjonsbygging er en viktig del av jobben, får man en relasjon er det lettere å komme til med hjelp. Det legges i mange tilfeller ned mye arbeid i å komme i posisjon for at hjelpen skal bli tatt imot av tjenestemottaker. Det

*brukes lang tid på å bli kjent for at tjenestemottaker skal oppleve tillit til tjenesteyt-
ere. Tjenesten er kommunedekkende og jobber på vedtak fra Forvaltning.*

33. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å legge til rette for at beboerne kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Når en ny beboer flytter inn i et bofellesskap, gjøres det en kartlegging fra forvaltning for å finne ut hva slags tjenester beboeren har behov for. Ansatte i bofellesskapet samarbeider med beboer og dens pårørende for å finne ut av ønsker, behov og interesser. Det lages planer for hver enkelt beboer ut ifra det som kommer frem. Personalet legger til rette for en meningsfylt tilværelse, utfra de ressurser som finnes i avdelingen. Dette gjelder også for feriereiser. Støttekontakter benyttes også til å være med beboerne på aktiviteter.

Habilitering har arrangert turer til Solgården for brukergruppen. Om sommeren har det vært egne aktiviteter, to dager i uken, i fellesferien. Dette har vært populære tiltak.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

En avdelingsleder skriver:

«Avdelingen har fokus på å lage gode, sosiale arenaer for beboerne. Vi har et felles samlingssted utendørs som benyttes mye spesielt på vår, sommer og høst. Personalet lager ulike tilstelninger som for eksempel Cowboy-fest og Oktoberfest der både beboere og personale sammen pynter og stiller i stand. Personalet tar også beboerne med på aktiviteter de liker som bilturer, gåturer og annet som de ønsker og som er tilpasset deres behov. Flere av beboerne har støttekontakt som tar dem med på ulike aktiviteter. Utfordringer: Vi har en viss grad av fleksibilitet til å kunne ta med beboerne på aktiviteter, men det må planlegges på forhånd slik at man får dette til i sammenheng med de andre beboernes behov. Så det er ikke enkelt å være spontan og for eksempel plutselig dra på Sørlandssenteret med personalet. I tillegg så gir vi tjenester ut fra vedtak, og av og til kan man oppleve at man ikke kan møte alle ønsker fra beboer og pårørende.»

Flere avdelingsledere legger til at samarbeid med pårørende / verge er viktig. Det pekes også på at «når beboeren ikke har språk kan det være krevende å finne ut hva beboeren ønsker» samt at «noen liker at det skjer litt på ettermiddager / i helger, mens andre har behov for ro og hvile etter hektiske dagtilbud». Det vises også til aktiviteter som trening, turer, kor, besøksvenner med hund fra Røde kors, daglige spaser-turer og sykkelturer, faste årlige aktiviteter rundt høytider og særlig fokus på aktiviteter og opplevelser i sommerperioden. For dem som av forskjellige grunner har lavere funksjonsnivå, kan aktiviteter i boligen være å foretrekke.

En avdelingsleder skriver:

«Vi opplever at vi er gode på å gi beboerne en aktiv og meningsfull tilværelse. Vi legger til rette for fellesmiddag- samlingspunkter på fellesareal samt følger beboere på ulike fritidstilbud. Mange av beboerne har faste aktiviteter 3-5 ettermiddager i uken.

Vår jobb er like ofte å legge til rette for nødvendig ro og hvile i en hektisk hverdag. Det blir også hver sommer arrangert sommeraktiviteter de ukene aktivitetshusene er stengt, da er det ulike boliger som hver uke har ansvar for forskjellige aktiviteter. Dette er alt fra kanopadling, bingo, aktivitetsdag og rebusløp. Arrangementet er blitt svært populært og det var opptil 80 påmelde pr aktivitet sommeren 21. Vi jobber også med å veilede beboerne til å invitere hverandre inn på besøk, slik at de kan ha et hyggelig fellesskap med naboene sine også i egne leiligheter. Alle beboere får hjelp til transport, planlegging og struktur hvor det er nødvendig. Vi tilstreber også å følge beboerne ved behov.»

En avdelingsleder spiller inn at «det er en utfordring at det som oppleves som meningsfylt for bruker, ofte er i konflikt med hva som oppleves meningsfylt for pårørende, tjenesteytere eller andre». En annen avdelingsleder peker på at «forbedringspotensial må være at vi i enda større grad kan gjøre aktiviteter 1:1 med beboere, istedenfor samlet i gruppe». En tredje avdelingsleder skriver:

«Utfordringer: Pårørende som ønsker at beboere som flytter inn skal ha følge til alle aktiviteter de holdt på med da de bodde hjemme. Det samsvarer sjeldent med vedtak og ressurser. Vanskelig å få tak i støttekontakter. Og støttekontakter som blir i jobben over tid. Det tar tid å bygge relasjoner for våre beboere, og da trenger de at støttekontaktene holder ut over tid, og fortsetter og komme også når ting blir vanskelige.»

34. SPØRSMÅL:

I hvilken grad begrenser bofellesskapene (standard / utforming / differensiering etc.) kommunens / avdelingen(e)s muligheter for å levere kvalitativt gode tjenester?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

For lite differensiert tilbud, bolig eller ambulerende. Enkelte avdelinger er små, vanskelig å få til godt fagmiljø. Lite personalfasiliteter, vanskeliggjør møtevirksomhet, veiledning. Ingen vedlikehold som gjør at boligene er slitne og lite hyggelige.

Det er et redusert utvalg av boenheter for beboere med spesielle behov som kan ha utfordringer med å bo i ordinære bofellesskap.

I enkelte avdelinger er byggets utforming og størrelse en utfordring. I situasjoner med utfordrende atferd være utfordrende arbeidsmiljømessig. Eksempler på dette er hjørner og døråpninger som ikke gir fullstendig oversikt. Videre kan utfordrende atferd i fellesganger / stuer by på utfordringer i forhold til medboere. For dårlig lyd-isolering kan gå utover medboere, og det kan være krevende for personalet å oppholde seg tett på denne atferden over lengre tid.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Noen avdelingsledere svarer her at bygget er nytt / relativt nytt og utformet på en god måte. Andre er relativt nøytrale i beskrivelsen av bygget, men oppfatter ikke at utformingen legger begrensninger på tjenestetilbudet. Enkelte skriver at bygget er relativt nytt, men at den fysiske utformingen likevel ikke er optimal. Flere viser til at det er utfordringer knyttet til gamle og lite hensiktsmessig utformede bygg (eksempelvis med «for mange leiligheter i en felleskorridor kan føre til konflikter mellom beboere», «mangel på fellesrom», «soverom / bad som er for små for rullestolbrukere som trenger to ansatte i stell») etc. med dårlige personalfasiliteter («påvirker møtestrukturer,

fagutvikling og arbeidsmiljø»), jf. svar fra *Helse og mestring* over. En avdelingsleder med gode fellesarealer spiller inn at utstrakt bruk av disse arealene kan føre til at man behandler alle beboerne likt og tenker at alle har de samme preferansene, noe som kan gå på bekostning av det å gi gode individuelt tilpassede tjenester.

En avdelingsleder skriver:

«Det at leilighetene har inngang gjennom felles arealene kan føre til at beboere går inn i leiligheter de ikke bor i og roter eller tar ting som ikke er deres. Dette kan føre til utfordrende adferd og at beboerne braker sammen. Dette vanskeliggjør det å gjøre fellesarealene tilgjengelige for de som kunne hatt glede av å være sammen der, når en ikke har mulighet for å stenge døren til de som har utfordrende adferd. Konsekvensen er at felles arealene blir brukt kun av beboer med utfordrende adferd. Dårlig og gammel boligmasse der garderobe, kontor, soverom til hvilende nattevakt er lavere enn dagens standard, gjør det mer krevende å levere kvalitativt gode tjenester. Ansatte er tilpasningsdyktige og leverer tjenester utfra det som vi har til disposisjon.

35. SPØRSMÅL:

I hvilken grad begrenser sammensetningen av beboere i bofellesskapet mulighetene for å levere kvalitativt gode tjenester?⁹⁰

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

En ser at det er en utfordring når brukerne har for ulike behov, eksempelvis har en bruker behov for pleie mens en annen bruker har behov for mye aktivitet. Dette kan være utfordrende med tanke på kompetanse og miljø.

En ser samtidig også at beboerne heller ikke profitterer på å ha for like behov, eksempelvis atferdsutfordringer, da dette kan påvirke / øke utagering i miljøet.

Målet er at alle skal bli sett, ivaretatt og ha et godt liv.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Svarene fra avdelingslederne varierer. Noen opplever at sammensetningen er bra, og det understrekes at «hvis man har beboere som kan fungere sammen, er det mange flere muligheter med tanke på aktiviteter som kan bygge opp om livskvaliteten til beboerne». Det at eventuelt noen beboere er mer ressurskrevende enn andre, går greit når bemanningen er tilstrekkelig. En avdelingsleder skriver:

«[...] jeg opplever at sammensetningen av beboere er bra. De som bor i boligen, har glede av hverandres selskap og kan trekke seg tilbake til sin egen leilighet når de ønsker det. De kan også finne på sosiale ting sammen utenfor boligen sammen med personalet.»

⁹⁰ Merk at man i Gamle Kristiansand kommunes *Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020* kan lese at «Personer som bor i bofellesskap bor der fordi de er i behov av bemanning gjennom hele døgnet, og ikke alle primært fordi de er i behov av fellesskapet» (s. 19). Det legges til at «Det kan da være vanskelig å ta tilstrekkelig hensyn til sammensetting. Dette er utfordrende, ut fra fellesskapstenkningen som ligger til grunn for miljøet i boligen».

Noen avdelingsledere peker på at det ofte kan være positivt at beboerne i et bofellesskap har forskjellige utfordringer. Flere spiller imidlertid også inn at sammensetningen svekker mulighetene for å levere gode tjenester.

«Kan være utfordrende at beboere med så store bistandsbehov og utfordring i forhold til egen og andres adferd bor så fysisk tett sammen.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Dersom boligen hadde vært annerledes utformet, ville dette spilt mindre rolle. Det krever mer personale dersom beboerne har utfordrende adferd / utfordrende følelser. Hvordan beboerne kan samhandle med hverandre spiller stor rolle. Når alle har tilgang til fellesarealene, må personalet ha en til stede her for å forhindre at noen av beboerne blir utsatt for uønsket adferd av andre beboere.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«I stor grad. Vi har kognitivt gode beboere sammen med beboere med dyp psykisk utviklingshemming.»

Også stort aldersspenn kan ifølge avdelingsledere være et problem, fordi

«[...] De som da er eldre og blir syke krever store ressurser som igjen tas fra de som er yngre. Dette kan medføre at for eksempel skogturen som var planlagt ikke blir noe av. I veldig mange tilfeller skjer det en forskyvning av personal mot de eldre, fordi de trenger det.»

36. SPØRSMÅL:

NFU har spilt inn at 4-6 leiligheter samlet oppleves å være optimal størrelse på bofellesskap. Hva er optimal størrelse sett fra ditt ståsted som avdelingsleder (eksempelvis med tanke på faglige utfordringer, rekruttering av kvalifisert arbeidskraft etc.)? / Ser kommunen utfordringer knyttet til dette innspillet?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kommunen har i dag flere bofellesskap med kun 4 beboere. Det som er erfaringen, er at tilbudet blir veldig sårbart. Det blir et lite bo og fagmiljø, og det er vanskelig å rekruttere fagpersoner til å jobbe der.

Bofellesskap hvor det bor 6 personer gir et bedre utgangspunkt for drift, rekruttering og trivsel for beboere og ansatte.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere av svarene fra avdelingslederne inneholder interessante diskusjoner om styrker og svakheter ved små og store bofellesskap. Det fleste avdelingslederne svarer at 6 beboere er optimalt (en avdelingsleder spiller inn at «dersom beboerne tar ut "lik" mengde tjenester, kan sammensetningen økes til 8 boenheter»), at 4 beboere er for lite, og at mer enn 8 beboere er for stort. En avdelingsleder skriver:

«4 er for lite. [...] Det er ikke rare fagmiljøet, og det begrenser også mulighet til å knytte til oss gode vikarer. Er for sårbart, spesielt med tanke på verne- og sykepleiere. De blir ikke værende [...]»

En annen avdelingsleder skriver:

«Har i dag et bofelleskap med 6 leiligheter med en brukergruppe som krever tett oppfølging. Dette er optimal størrelse da du får et faglig miljø på jobb (4/5/2). Mindre bofelleskap vil si mindre personalgruppe, vanskelig å ha en god tverrfaglig sammensetting og øke den faglige kompetansen om man er alene på jobb.»

Flere avdelingslederes svar kan oppsummeres med følgende innspill:

«Etter min mening bør man legge opp til bofelleskap med 6 leiligheter, hvor man må ha en sammensetning av beboer med ulike hjelpebehov. Det vil gjøre boligen mer attraktiv og spennende å jobbe i, gi en større personalgruppe, flere driftsfordeler og derav mer rom for faglig utvikling.»

Enkelte avdelingslederne er positive til større bofellesskap:

«6-8 er minste tallet slik jeg anser det. Det kan med fordel være f.eks. opp mot 10-12, men da med en utforming slik at man kan dele personalgruppen i to. Det handler da om å ha et aktivt fagmiljø, høyere kompetanse osv.»

Det kom også innspill som viste til gode erfaringer med å ha ansvar for et antall beboere som bor i forskjellige typer boliger i nærheten av hverandre.

37. SPØRSMÅL:

NFU har pekt på at gode holdninger og godt arbeidsmiljø på den enkelte enhet fordrer god ledelse, og NFU er opptatt av at avdelingsleder / fagleder bør være mer fysisk til stede i bofellesskapet der de har ansvar. Hvordan vil kommunen / avdelingsledere kommentere dette innspillet?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Kommunen er enig i at tilstedeværelse fra leder er viktig. Flere avdelingsledere har to avdelinger de er ledere for.

I de eldre bofellesskapene er det ikke tilrettelagt for gode kontorfasiliteter for avdelingslederne. Og vi har også avdelinger hvor brukere er på jobb / aktivitetshus største delen av arbeidstiden til avdelingslederne. Avdelingsleder sin arbeidstid er dagtid. De er også ledere for ansatte som kun jobber i helger og på netter.

Eksempler på hvordan avdelingslederne løser tilstedeværelsen er på personalmøter, ansvarsgruppemøter, møter med nattevakter, møter med helgevakter og vikarer. Noen avdelingsledere treffer de ansatte på aktivitetshusene der de er sammen med brukerne, noen er til stede i overlappingene, noen har faste dager eller tidspunkt de er til stede i avdelingene. Alt dette tilpasses etter behov.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Samtlige avdelingsledere er enige i at leders tilstedeværelse er viktig. En avdelingsleder skriver:

Jeg vil si meg enig i det innspillet. I jobben min som avdelingsleder er det viktig at jeg flere ganger i løpet av en dag er fysisk innom avdelingene for å kunne veilede personalet, snakke med beboere, og kjenne på «stemningen» som er i avdelingen den dagen. I avdelingene der jeg er plassert nå har jeg anledning til å flere ganger samme dag være til stede i begge avdelinger, og det ser jeg på som den største fordel ved mitt nåværende arbeidssted. Jeg ser på det å være tilgjengelig som en av mine viktigste oppgaver og etterstreber at beboere, pårørende og personale skal ha en opplevelse av at jeg er tilgjengelig, først og fremst ved at jeg fysisk er mye til stede i avdelingene, men også ved at jeg er tilgjengelig for å kunne stille på møter eller er å få kontakt med pr. mail og telefon.»

Ikke alle har imidlertid rent faktisk anledning til å være til stede på avdelingene de har ansvar for så mye som de ønsker og oppfatter at det er behov for, og man kan da «ofte kjenne på at man ikke strekker til slik man vil». En avdelingsleder skriver:

«Dette er jeg enig i. Det fordrer imidlertid at avdelingsleder har et kontor til disposisjon i boligen. Dette er ikke virkeligheten for alle boliger i dag (mine boliger inkludert). Når en avdelingsleder har to boliger, kan det organiseres ved at avdelingsleder er til stede når det er mange på jobb, som i vaktskifter. Når det ikke er egnet kontor, så har imidlertid ikke avdelingsleder mulighet for å kunne jobbe effektivt i boligen – og blir «bare på besøk». Noen arbeidsoppgaver må utføres på hjemmekontor eller ved å booke et møterom for å ivareta taushetsplikten. Vi har mange digitale løsninger som gjør administrering av driften lettere, men det er en balansering i hverdagen når alle ansatte skal føle seg sett av sin leder.»

En annen avdelingsleder skriver følgende:

Helt enig, men her fanger bordet. En avdelingsleder streber etter å være til stede på avdelingene sine. Utfordringen er når man har to avdelinger og et sted mellom 40-50 ansatte. Ansatte som skal følges opp med sykefravær, eventuelle personalkonflikter, lage turnuser, møte virksomhet og stadig nye oppgaver eller henvendelser som skal besvares jobbes med, ansettelse/intervjuer som tar mye tid. Det er svært krevende å være fysisk til stede når man har to avdelinger. Det er viktig å signalisere tilstedeværelse med at ansatte kan ringe eller sende mail som er et viktig redskap for oss ledere. Arbeidsmiljø er ferskvare og krever stadig jobb, men det er krevende å treffe alle ansatte. Videre bør leder ha gode kontorfasiliteter som gjør at man kan sitte på den enkelte avdeling uten å ta plassen / arbeidsbenken til de ansatte. Mer lederstøtte bør prioriteres og hver avdelingsleder bør ha en gruppeleder / driftskoordinator ved hver avdeling for å forebygge at ting eskalerer og kan svare ansatte der og da, da avdelingsleder har enormt med oppgaver.

3.2.4 P3: Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet

P3: I HVILKEN GRAD IVARETAS BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET?

38. SPØRSMÅL:

Hvordan sikrer kommunen brukermedvirkning på habiliteringsfeltet på systemnivå?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Flere avdelinger har beboermøter / husmøter. Dette er møter hvor beboerne samles for å snakke om aktiviteter, menyer og annet som berører beboerne i bofellesskapet.

I prosjekter som handler om utvikling av tjenesten er det brukerpanel bestående av brukere og / eller pårørende.

Kommunen har halvårlige møter med bruker- og pårørendeorganisasjonen NFU.

Kommunen har også Rådet for funksjonshemmede⁹¹, som er et rådgivende medvirkningsorgan. Og hvor alle saker som gjelder mennesker med funksjonsnedsettelse skal forelegges.

Prosedyren «Brukermedvirkning i Helse og mestring» (ID 2483) er for øvrig under utarbeidelse.⁹²

39. SPØRSMÅL:

I hvilken grad spiller begrepet «Empowerment» en rolle i kommunens møte med utviklingshemmede?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

I en situasjon mellom personal og en bruker skal personalet være bevisst sin maktposisjon. Mange personer med utviklingshemming har lang erfaring med at andre bestemmer for dem.

I de tre gamle kommunene har det vært gjennomført opplæring i TBO (traumebevisst omsorg), i samarbeid med RVTS (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging). Personalet reflekterte her over hvordan de som personal påvirket situasjoner og den de jobbet sammen med. I Kristiansand kommune ble det parallelt jobbet med Recovery og «Hva er viktig for deg?», og dette er verdisyn som styrker brukers Empowerment.

Dette er et område som krever kontinuerlig fokus og refleksjon.

40. SPØRSMÅL:

Hva er status når det gjelder brukerundersøkelser på habiliteringsfeltet?

⁹¹Se <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/innbyggerdialog-og-frivillighet/demokratiordninger/radet-for-funksjonshemmede/>.

⁹² Det vises her også til rutinen «Involvering av kommunens råd – prosedyre» (ID 8283) i kommunens EQS kvalitetssystem.

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

Et system for gjennomføring av overordnede bruker- og pårørendeundersøkelser (kommunen eller helse og mestring) er ikke kommet plass.

41. SPØRSMÅL:

Persontreterte og individuelt tilrettelagte tjenester: Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for å legge til rette for at beboere kan utøve selvbestemmelse?

SVAR:**HELSE OG MESTRING:**

«Hva er viktig for deg» er sentralt i arbeidet med beboerne i bofelleskapene. Denne grunnlagstenkningen er en del av kurstilbudet tilhørende Basiskompetanse og kan bestilles for personalgruppene.⁹³

Beboere tas med i utarbeidelse av mål for seg selv, i tilpasset grad. Om beboer ikke kan ytre sine ønsker og behov, tas pårørende eller eventuelt verge med i utarbeidelsen av planer. Det tilstrebes å legge til rette for at den enkelte gis mulighet til å utøve selvbestemmelse over eget liv, ut fra sine forutsetninger.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere avdelingsledere peker på at tilnærmingen til beboers selvbestemmelse vil variere i forhold til beboers diagnose (grad av utviklingshemming) og hjelpebehov. Flere viser også til Recovery-tilnærmingen. Det vises videre til samtaler for å avklare ting som omhandler beboer, utforming av miljøregler, planlegging av aktiviteter, valg av meny / pålegg, beslutningsstøtte, være bevisst på å unngå gruppetenking (fokus på at alle er forskjellige), beboermøter og ansvarsgruppemøter hvor beboere er med hvis de ønsker. Samtidig kan selvbestemmelse være utfordrende når beboer ikke har samtykkekompetanse eller innsikt i konsekvenser av egne handlinger, og det er en motsetning mellom beboers selvbestemmelse på den ene siden og avdelingens faglige ansvar til forebygging, veiledning og beboers helse, jf. eksempelvis spørsmål 20 om ernæring, på den andre siden. De fleste avdelingslederne ser et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med selvbestemmelse.

En avdelingsleder skriver:

«Vi vil og gjør Recovery. Vi tar dette opp hele tiden og minner hverandre på at brukere skal ha en stemme. Med mine eldre brukere er dette vanskelig, da de aldri kanskje har fått lov til å ha en stemme. Veldig viktig arbeid og mål som vi ønsker å bli mye bedre på.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Vi har mye fokus på selvbestemmelse. Men vi skal på den ene boligen også bli mye flinkere på det. Det er et spennende tema som jeg opplever folk er interessert i. Jeg har et mål om at vi skal gjennom en verdi- og holdningsendring. Selv om vi har fokus på det og ting har blitt mye bedre, kan jeg fortsatt se tendenser i den ene boligen min til «barneoppdragelse». Og jeg tror det må til en holdningsendring for å endre dette.

⁹³ Se <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/kompetanse/basiskompetanse/Grunnlagstekning/>.

Planen for å nå dette målet, er at vi allerede nå har begynt å gjennomføre nye e-læringskurs om tvang og makt. Videre har vi gått gjennom Helsedirektoratets nye veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» på fagmøte. Vi skal så ha inne ressurspersoner for tvang og makt hvor vi kan legge frem spesifikke caser knyttet til vår bolig. Vi skal ha fokus på at alle beboere kan ta valg på sine premisser og at ansatte må bli flinke på beslutningsstøtte til beboerne.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«Utfordring for beboere som har alvorlig utviklingshemming og lite utviklet verbalt språk. Kjennskap til hver enkelt beboer er viktig for å kunne tolke signaler / ønsker / vilje. Avdelingen har fokus på å holde antall tjenesteytere for hver enkelt så lavt som mulig. Samarbeid med familie som kjenner beboer kan hjelpe til å tilrettelegge tjenester på en måte som beboer ønsker. Bør fokusere mer på utvikling av ASK (Alternativ Supplerende Kommunikasjon) for å øke selvbestemmelse.»

42. SPØRSMÅL:

Hvordan jobber kommunen / avdelingen(e) for at nærmeste pårørende skal få medvirke i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av beboernes tjenester?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

I bofellesskapene og på dagsenter har vi tiltaksplaner eller fagpermer der mål, tiltak og miljøregler for den enkelte beboer er beskrevet. Det er veldig individuelt hvor omfattende disse planene er. Pårørende er ofte med i ansvarsgruppemøter / samarbeidsmøter der dette blir evaluert.

To ganger i året, og ved behov, foretas det en IPLOS-kartlegging av brukerne i bofellesskapet. I tilhørighet til dette, og i ansvarsgruppemøtene, vurderes det også om det er endringer som bør inn i vedtaket om tjenester.⁹⁴ Se for øvrig forvaltningsrevisjonen «Bolisosialt arbeid i Kristiansand kommune».

Om høsten har også Helse og mestring et ekstra fokus på kampanjen «Bjørnetjeneste»⁹⁵.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Følgende svar er dekkende for mange avdelingslederes svar på dette spørsmålet:

«Samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter minst 2 x året, oftere ved behov. Hyppige samtaler [telefon / besøk] og forsøk på god dialog og samarbeid.»

Flere legger til at det tas kontakt med pårørende hvis det skal tas større avgjørelser som gjelder bruker, samt at pårørende deltar aktivt i utforming av planer og vedtak (og at det kan være en utfordring at noen beboere ikke har pårørende). Flere oppgir også at primærkontakt gjerne har et ekstra tett samarbeid med pårørende, og noen avdel-

⁹⁴ Det vises her til rutinen «BE-notat - prosedyre for evaluering av tjenester i bofellesskap» (ID 2722) i kommunens EQS kvalitetssystem.

⁹⁵ Se <https://bjornetjeneste.no/>: «Det er fort gjort i vår iver etter å være snille, å overta aktiviteter for mennesker i hverdagen vår. Alt dette er gjort i beste mening, men det kan gjøre personen mer inaktiv og man kan gå glipp av gleden ved å mestre selv. I ytterste konsekvens kan man miste en ferdighet når man slutter å gjøre den.»

ingsledere legger til at høy turnover blant ansatte kan føre til hyppig bytte av primærkontakt, noe som oppleves som negativt for samarbeidet med pårørende. Noen avdelingsledere viser også til at man før innflytting har hatt flere grundige kartlegginger med pårørende og brukere, samt at man underveis i innflyttingsfasen har hatt jevnlig dialog med pårørende om hva som fungerer bra og hva som kan gjøres på bedre. Det vises også til krevende situasjoner, eksempelvis når pårørende kjøper inn mye godteri til beboer med diabetes 2, og når pårørende / verge oppfatter at de skal kontaktes hvis beboer avviker fra faste avtaler, mens beboer ikke ønsker at pårørende / verge kontaktes.

En avdelingsleder skriver:

«Kontaktpersonene har jevnlig kontakt med pårørende, vi er opptatt av å ha en god og åpen dialog med pårørende. Noen pårørende har avdelingen mye kontakt med, og andre har man mindre kontakt med. Felles for alle menneskemøtene vi har med pårørende, er at de skal være preget av respekt. Vi er ikke alltid enige i alle ting, men vi skal allikevel ha respekt for hverandres synspunkter. Jeg som avdelingsleder forsøker også å ha jevnlig kontakt med de pårørende og gir ut informasjon til dem dersom det er noe som det er viktig å få informasjon om. Spesielt i denne koronasituasjonen vi har stått i, ser jeg hvor viktig det har vært å ha en god dialog med pårørende. Pårørende har ulike behov. Noen har behov for mye kontakt med meg som leder. Andre har lite behov for kontakt. Derfor er det viktig også å se på pårørende som individuelle personer som har ulike behov. Jeg er opptatt av en kommunikasjon preget av respekt. Og jeg er opptatt av å gå i dialog dersom noen pårørende ikke er fornøyd med tjenesten som gis.»

43. SPØRSMÅL:

Hva gjør kommunen / avdelingen(e) for å sikre god løpende dialog med pårørende?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Tett samarbeid mellom pårørende og ansatte og avdelingsleder i bofellesskapene både ved innflytting og etter at beboeren har flyttet inn. Hyppighet på dialog varierer etter behov hos den enkelte. Det avholdes både samarbeidsmøte og ansvarsgruppemøter i avdelingene.⁹⁶

Enhetslederne og en representant fra Forvaltning har møter to ganger pr år med styret i NFU for å drøfte generelle saker.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere avdelingsledere viser her til spørsmål 42 over. En avdelingsleder skriver:

«Vi kontakter hverandre på telefon eller SMS. Noen pårørende foretrekker å sende oss epost. Fremmer viktigheten av godt samarbeid og åpen dialog med hverandre. Der det er ekstra utfordringer og man opplever store uenigheter med nærmeste pårørende, blir avdelingsleder kontaktet og man kan ha hyppigere møter. Avdelingsleder deltar på møtene så lenge det er behov for det og eventuelt på telefon i tillegg, men

⁹⁶ Det vises her til rutinene «Nyttig informasjon til saksbehandlere og annet personell i helse- og omsorgstjenesten» (ID 3764), «Barn som pårørende» (ID 7355) og «Søskengrupper - Habilitering barn og unge» (ID 7356) i kommunens EQS kvalitetssystem.

ellers er det ofte primærkontakter som har primær kontakt med nærmeste pårørende.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Gjør oss tilgjengelige ved å invitere til hyppige samarbeidsmøter, være tilgjengelig når beboere er på besøk, faste ukentlige telefonsamtaler med enkelte pårørende, tilgjengelig på vakttelefon. Vi har en tett ukentlig / daglig kontakt med pårørende. Inviterer pårørende til sosiale sammenkomster i bofelleskapet.»

44. SPØRSMÅL:

Hva er status i kommunen / avdelingen(e) når det gjelder bruk av individuell plan (IP) og koordinator?

SVAR:

HELSE OG MESTRING:

Tilbakemelding fra både brukergrupper og tjenester er at det ikke opplyses godt nok om muligheten til å søke.

Blant de som søker er det få / ingen som får avslag.

Av de som får innvilget tjenestene Koordinator og IP⁹⁷ er det mange som ikke har IP. Dette handler også om manglende informasjon om hva en IP er og hvordan den kan være nyttig, noen brukere takker derfor nei.

For flere brukere ligger det på koordinator at IP ikke er opprettet.

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

De fleste avdelingslederne oppgir at beboerne ikke har individuell plan (IP) og at IP ikke brukes aktivt på avdelingen. En avdelingsleder skriver:

«Lite bruk av individuell plan. Beboerne ble anbefalt å si opp sine individuelle planer da de flyttet inn i boligen. Vi har per i dag ingen koordinatører. Forvaltning bør ikke legge føringer på om man bør ha IP og koordinator, eller ikke. Det er også lite informasjon om opplæring til koordinatører om man skulle hatt behov for det.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Mindretallet har individuell plan. Det er kommunisert fra konsulentene for funksjonshemmede som beboere hadde før innflytting at dette ikke er nødvendig, og derfor ønsker ikke pårørende å ha individuell plan. Det burde vært laget en individuell plan før innflytting som vi kunne fulgt opp i etterkant.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«Det ser ikke ut som det er kultur for å lage individuelle planer i mine boliger. Mulig dagsenter og bolig ikke blir sett på som langvarig og koordinerte tjenester (som er et blant kravene for å få en Individuell plan). [...] Forbedringspotensial: Ved å lage

⁹⁷ Det vises her til rutinen «Individuell plan - prosedyre for tildeling og oppfølging» (ID 4568) i kommunens EQS kvalitetssystem.

Individuelle planer, så ville en kalle inn støttekontakt og lege (da lege har en egen utgiftskode for ansvarsmøter er det lettere å få legen til å stille på slike møter).»

En fjerde avdelingsleder skriver:

«Her har vi stort forbedringspotensial. Vi har en fagkoordinator som er den som er mest inne i dette. Vanskelig å komme ordentlig i gang.»

En femte avdelingsleder skriver:

«Vi har miljøregler som jobbes målrettet med som er individuelt tilpasset hver enkelt person og behov, men ingen av dem har en aktiv IP. Det er primær- / sekundærkontakter som står for meste av koordineringen. Vi har også en fagkoordinator som har flere ansvarsområder samt bistår primærkontakter der det er behov.»

En sjette avdelingsleder skriver:

«Vi har ikke individuell plan på noen av brukerne per dags dato. Dette fordi den planen ofte er til nytte når man skal koordinere tjenester på tvers av ulike sektorer. For eksempel ved skifte fra skole til jobb og eller ved ny innflytting. Man har i stedet fokusert mer på dagsplaner for jobb og fritid.»

En syvende avdelingsleder skriver:

«Vi har hatt ett tilfelle hvor pårørende ønsket individuell plan. Vi gav ansatt god opplæring på dette, men prosessen stoppet litt opp hos pårørende. [...] Individuell plan er noe vi gir om det er et ønske, men i mange tilfeller hvor beboer bor i døgnbemannet tjeneste, mener jeg ikke det er et behov så lenge gode målplaner og tiltaksplaner er gjennomført.»

3.2.5 Oppsummerende spørsmål

45. SPØRSMÅL:

Hva er interessant / motiverende / givende med å jobbe på habiliteringsfeltet? Hva bør man vektlegge ved habiliteringsfeltet hvis man ønsker å styrke rekrutteringen til feltet?

SVAR:

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

På dette spørsmålet har flere avdelingsledere kommet med interessante innspill. Mange viser til at det å jobbe med mennesker er givende, og at dette er brukergruppe som gir mye tilbake. Fagfeltet oppfattes også å være variert, spennende og komplekst med utfordringer både når det gjelder psykisk helse og somatikk. Det oppleves også som positivt at fokuset på feltet har økt⁹⁸ samt at det har vært en positiv utvikling innenfor fagfeltet. Mange understreker videre at vektlegging av videreutdanning og

⁹⁸ Det kom også kritiske innspill om at motivasjonen svekkes av at fagfeltet oppfattes å ha lav status i kommunen, blant annet fordi «styrere i kommunale barnehager enhetsledere selv om barnehagene ofte har færre ansatte enn avdelingene i habilitering». Det ble også spilt inn at avdelingslederjobben er preget av «mye administrasjon og lite tid og kultur for ledelse». Det pekes videre på at det å ansette eget ambulant vaskepersonell til å utføre hjemmehjelpsoppgaver som grov rengjøring, kan frigjøre faglige ressurser til å jobbe målrettet miljøarbeid etc. i boligene.

kompetanse- og fagutvikling er viktig både for å levere gode tjenester og for å gjøre arbeidsplassen attraktiv. Det spilles også inn at man bør se på hvordan man kan bedre samarbeid med de ulike utdanningsinstitusjonene, og at det er viktig å få frem at å jobbe med utviklingshemmede handler om mye mer enn den diagnosen samt at man trenger ulike profesjoner for å kunne yte gode tverrfaglige tjenester.

En avdelingsleder skriver:

«Det er en brukergruppe som gir utrolig mye glede tilbake til vi som jobber med dem. Det er både givende og motiverende å jobbe i et felt hvor det faktisk er mange solskinnshistorier og det er stor mulighet for å kunne se forbedring og mestring hos hver enkelt. Det er mange interessante fagområder når man jobber med mennesker generelt og er like mye interessant å ta tak i innen dette feltet som med andre felt.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Interessen for menneskene, flott brukergruppe som på sin egen måte gir mye tilbake. Opplever å få brukt egen kompetanse og utvikle denne på en god måte. Særlig mange dyktige fagfolk som jobber i tjenesten. Det er stor tverrpolitisk vilje til å ville gi gode tjenester av høy kvalitet, dette gir god arbeidsro. Samarbeidet med pårørende er spennende, utfordrende og positivt og bidrar i stor grad til at brukerne får bedre tjenester. Opplever god ledelse fra egen leder. For å opprettholde og styrke rekrutteringen, er det viktig med hovedvekt av faglærte stillinger i heltid, konkurransedyktig lønnsutvikling og å opprettholde mulighet for kompetanseutvikling av ulike karakter og omfang. Ha fokus på utvikling av gode og trygge og tilstedeværende ledere.»

En tredje avdelingsleder skriver:

«Jeg har lang erfaring innen habilitering og synes det er et veldig interessant fagfelt. Avdelingen jeg leder, har målrettet arbeidet for å høyne omdømmet på arbeidet vi gjør, og derav rekrutteringen til yrket. Dette ved å arbeide med å høyne kvaliteten på det faglige arbeidet som utrettes i avdelingen, slik at ansatte opplever at det er interessant å arbeide i fagfeltet. I tillegg har det vært viktig å fremsnakke fagfeltet og avdelingen slik at andre får lyst til å arbeide her. I tillegg har avdelingen hatt fokus på et godt arbeidsmiljø der vi har fokus på at vi er et lag som sammen skal løse alle arbeidsoppgaver. Og at det ikke er noen som skal stå i vanskelige situasjoner alene – vi løser det som et team. Jeg er opptatt av at alle er like viktige i teamet, og at vi har bruk for alles personlige kvaliteter og kompetanse. Dette har skapt et arbeidsmiljø som det er attraktivt for ansatte å være i. Avdelingen har mange, stabile ansatte som har vært i avdelingen i mange år, samt at vi klarer å rekruttere fagpersonell både som vikarer og til faste stillinger. En annen nøkkel til å styrke rekrutteringen til fagfeltet, mener jeg er å opprette avdelinger der det er et mangfold når det gjelder beboerne. Jeg tror på en tverrfaglig personalgruppe som arbeider med mennesker som har ulike utfordringer. Jeg vurderer at det er et mangfold i forhold til de som bor i avdelingen (mennesker med ulike hjelpebehov og ulike personligheter), bidrar til stabilitet i avdelingen. Jeg vurderer det også som essensielt å ha lærlinger og studenter i avdelingen. Og gjerne ha studenter i studentstillinger slik at avdelingene kan rekruttere dem etter endt utdanning. Et siste moment jeg vil trekke frem, er at det må være muligheter til kompetanseheving /-utvikling blant de ansatte.»

En fjerde avdelingsleder konkluderer:

«For min del er det usedvanlig givende å se at det er så mange som vil denne gruppen vel! Det florerer med forslag til forbedring og mange ulike veier å gå for denne gruppen. Tenker at dette er en gruppe som er litt tilsidesatt i forhold til for eksempel rus / psykiatri, men at den nå løftes frem! Det er bra!»

46. SPØRSMÅL:

Hva trenger du for å levere bedre tjenester / hva bidrar til å begrense avdelingen(e)s mulighet til å levere trygge og faglig gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov?

SVAR:

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Flere peker på at det er behov for flere fagpersoner med relevante fagutdanninger⁹⁹ som kan sikre aktive og tverrfaglige fagmiljøer, samt ressurser til å arrangere fagutviklingsdager / videreutdanning, både internt og eksternt. Flere legger også vekt på at god lederstøtte er avgjørende for at leder skal kunne fokusere mer på fag og for å utvikle fagfeltet¹⁰⁰, herunder merkantil støtte fordi mange opplever at «tiden min som leder blir spist opp av rent administrative ting». Flere viser og til at de har behov for eget lederkontor på avdelingene de har ansvaret for, samt til at det er behov for å oppgradere flere bofelleskap (standard og utforming). Det understrekes også at forhold som kan begrense kvaliteten på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet «er mye sykefravær, miljøet og tid, så dette må en jobbe med hele tiden». Flere etterlyser også mer bistand av bedriftshelsetjenesten for ansatte som er syke over tid og trenger tilrettelegging. Flere etterspør koordinator i boligene, og noen etterspør mer lederopplæring, herunder mer opplæring i god personalledelse. Noen har også spilt inn at det er viktig med et godt samarbeid med *Forvaltning og koordinering* for å få til en god kartlegging når det står leiligheter ledige, slik at den som flytter inn i størst mulig grad passer inn i bofelleskapet.

47. SPØRSMÅL:

Er det andre ting kommunen / avdelingsleder(e) ønsker å peke på eller spille inn som ikke har blitt nevnt, men som har betydning for kommunens / avdelingen(e)s mulighet til å levere trygge og faglig gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov?

SVAR:

AVDELINGSLEDERE I BOFELLESSKAP:

Om lag 1/3 av avdelingslederne har svart på dette spørsmålet. Flere mener at Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med*

⁹⁹ En avdelingsleder skriver: «Trenger og at vi kan ansette helsefagarbeidere framfor assistenter også på helg. Vår avdeling har en del assistenter i større stillinger, og det er krevende i forhold til opplæring og faglig kompetanse. Flere av dem er begynt med helg, og så har de krevd større stillinger. Ville heller hatt helsefagarbeidere eller miljøterapeuter med riktig kompetanse som opparbeidet seg større stillinger».

¹⁰⁰ En avdelingsleder spiller inn: «Lederstøtte et sted der ledergruppen kan ha mulighet for å sitte flere å jobbe / et kontorlandskap som står til ledergruppen sin disponering der man kan treffe kollegaer og utveksle erfaringer – gi og få kollega-lederstøtte». En annen avdelingsleder spiller inn at «Boligene er små, så det blir lite fagmiljø. Det kunne legges opp til å jobbe mer på tvers for å støtte / hjelpe hverandre i disse yrkene».

utviklingshemming, er et godt verktøy som fremover vil bidra til å øke kvaliteten på tjenestene på habiliteringsfeltet. Det pekes videre på at tilstrekkelig bemanning er avgjørende, og at man opplever at det i dag er en mismatch mellom beboernes kartlagte behov og ressursene man har til rådighet.

Ellers spilles det inn poenger som den enkelte avdelingsleder mener kan bidra til å styrke habiliteringsfeltet. En avdelingsleder skriver:

«En tilstedeværende leder som har tid til å være sammen med ansatte, pårørende og beboere gir bedre tjenester for beboere. [...] Avdelingsleder må ha tid til å sette fokus på faget og være engasjert i faget for å kunne levere gode tjenester for brukere.»

En annen avdelingsleder skriver:

«Flest mulig ansatte i store stillinger. Mulighet for å ansette studenter i hvilende nattevaktstilling og for å gi ansatte som allerede har en 3-årig universitetsutdanning (som sykepleier / vernepleier) en helgestilling mens det evt. tar en master eller annen videreutdanning (og for å gi dem lønn etter kompetanse).»

En tredje avdelingsleder viser samtidig til at når man øker andelen 100 pst. stillinger, så øker samtidig behovet for små helgestillinger, og «den tredjedelen av uken der ledere, leger, rådgivere etc. ikke er på jobb, bemannes det med de minst kompetente, ufaglærte etc. Og da er beboerne hjemme, ikke på jobb eller dagsenter. Samtidig kan de i store stillingene ikke jobbe ekstra, for da blir det overtid».

Et siste innspill handler om pårørende:

«Jeg kunne ønske at pårørende fikk større innsikt i hvilket regelverk vi jobber etter og må forholde oss til. Det er en ting å få veilederen tilsendt, en annen å virkelig forstå hvor våre grenser går i de vanlige casene vi daglig står i. [...]»

3.2.6 Kommunens arbeid med Helsedirektoratets nye veileder

Avslutningsvis er det viktig å nevne at kommunen oppgir at man er godt i gang med arbeidet med å gjøre Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* kjent på habiliteringsfeltet. *Helse og mestring* understreker at dette er et omfattende arbeid og at

arbeidet med veilederen er et pågående arbeid, men som naturlig nok vil strekke seg over tid. Dette for å få til gode prosesser og inkludere bredt i arbeidet.

Det understrekes at viktige parter i dette arbeidet også er brukere, pårørende, bruker- og pårørendeorganisasjoner og ansatte.

Kommunen viser også til at habiliteringsfeltet tidlig på høsten 2021 tok initiativ til en ledersamling over to dager hvor temaet var å bli kjent med veilederen. Det er videre slik at *Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmede* (NAKU), har formidlet at de, i samarbeid med landets Statsforvaltere, vil arrangere seminarer hvor det arbeides videre med veilederen våren 2022. *Helse og mestring* gjennomfører også en egen vurdering av status på habiliteringsfeltet i lys av innholdet i den nye veilederen. Kommun-

en tar her utgangspunkt i en versjon av Helsedirektoratets evalueringsskjema som er tilpasset Kristiansand kommunes «Sterkere sammen»-strategi.

3.3 Spørreundersøkelse for ansatte på habiliteringsfeltet

3.3.1 Nærmere om spørreundersøkelsens innretning

Ifølge et forskningsprosjekt i regi av NTNU¹⁰¹, oppgir 60 pst. av rundt 4000 pleieansatte på 100 norske sykehjem at de minst én gang har begått vold, overgrep eller forsømmelser mot sykehjemsbeboere. Videre har 76 pst. av pleieansatte ved minst én anledning observert en kollega begå slike handlinger. Forskningsprosjektet har imidlertid blitt kritisert for å svartmale situasjonen på norske sykehjem, blant annet fordi man bruker «vold som en sekkebetegnelse om alt fra forsømmelser til aggresjon», fordi det er uklart om det refereres til de samme hendelsene flere ganger, og fordi det «unnlates å snakke om aggresjon som utøves fra beboerne mot pleierne og inventar».¹⁰²

Revisjonen har med dette utgangspunktet, og i tråd med premisset som ligger til grunn for Helsedirektoratets satsinger *Kompetanseløft 2020* og *Kompetanseløft 2025* om at «kompetent personell utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og er en forutsetning for kvalitet i tjenestene og i arbeidet som skal utføres», jf. avsnitt 2.1.5 over, søkt å belyse status når det gjelder de ansattes kompetanse. En slik tilnærming er etter vårt skjønn også bedre egnet til å bidra til læring og forbedring både i kommuneorganisasjonen og blant de ansatte. Samtidig understrekes det i det avsluttende åpne spørsmålet i revisjonens spørreskjema at respondentene her kan rapportere om eventuelle kritikkverdige forhold som de mener det er viktig å videreformidle. I e-posten til respondentene understrekes det videre at svaralternativet «Annet», som er tilgjengelig for de fleste av spørsmålene i spørreskjemaet, kan benyttes eksempelvis hvis «du i tillegg til å si noe om din egen kompetanse, ønsker å legge til observasjoner om andre ansatte og deres kompetanse».

Revisjonens spørreundersøkelse består av 32 spørsmål¹⁰³ og tar utgangspunkt i *Mitt livs ABC*¹⁰⁴, et program for grunnleggende opplæring i viktige temaer innen tjenesteyting til personer med utviklingshemming. For å kvalitetssikre spørreundersøkelsen, har

¹⁰¹ Se <https://www.ntnu.no/ism/vold-og-overgrep-i-sykehjem>.

¹⁰² Se <https://www.nrk.no/norge/andre-forskere-reagerer-pa-ntnus-forskningsrapport-om-vold-mot-eldre-i-sykehjem-1.15569332>. I denne artikkelen, med tittelen *Reagerer på svartmaling av norske sykehjem: – Manglen-de tannpuss er ikke vold*, vises det også til at «Når det gjelder forsømming og overgrep, forteller de [personalet] at dette ofte henger sammen demenssykdom og aggresjon fra beboere. – Denne formen for aggresjon fra beboerne er oftest ikke med vilje, og gjør det ofte vanskelig i samspillet mellom pleier og beboere. Og det kan gjøre det vanskelig å gjennomføre stell også videre». Revisjonen bemerker her at det er viktig at avdelingene, med utgangspunkt i en systematisk tilnærming blant annet til målrettet miljøarbeid, jobber på en måte som bidrar til å minimere uro og utagering etc. blant beboerne, jf. avsnitt 4.2.8 om å forebygge utvikling av utfordrende atferd under.

¹⁰³ Den gjennomsnittlige tiden som de ansatte på habiliteringsfeltet brukte på å svare på undersøkelsen, var 11 minutter og 13 sekunder. På den ene siden har vi med dette fått stilt et sett med spørsmål som dekker sentrale dimensjoner ved den enkelte ansattes tjenesteyting. På den andre siden vurderer vi at kommunens belastning når det gjelder bruk av ressurser på å besvare spørreundersøkelsen, har vært akseptabel.

¹⁰⁴ Se <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/grunnperm/mitt-livs-abc-1/> og <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/paabygging/mitt-livs-abc-2/>.

vi fått innspill på spørreskjemaet fra den ansvarlige for e-læringskurset *Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming*¹⁰⁵. På den ene siden styrker dette spørreundersøkelsens validitet / gyldighet¹⁰⁶, idet vi er relativt trygge på at spørsmålene er relevante og at vi måler det vi ønsker å måle. Samtidig viser det seg at ansatte i Kristiansand kommunen i liten grad benytter enkelte av begrepene i opplæringsprogrammet *Mitt livs ABC* («relasjonell tilnærming» og «funksjonell analyse», jf. gjennomgangen av spørreundersøkelsen under), noe som må hensyntas i vurderingen av de ansattes svar.

Med utgangspunkt i e-postlister fra *Helse og mestring*, ble spørreundersøkelsen sendt på epost til i underkant av 1000 ansatte på habiliteringsfeltet. Revisjonen har mottatt 317 svar på undersøkelsen. På den ene siden har vi i så måte isolert sett samlet inn et relativt omfattende datamateriale som sier noe om status når det gjelder de ansattes kompetanse på habiliteringsfeltet samt om hvor det kan være behov for å styrke innsatsen. Vi har også fått inn 167 kommentarer og innspill fra de ansatte på undersøkelsens avsluttende åpne spørsmål.

Med en svarprosent på drøye 1/3, kan man på den annen side samtidig stille spørsmål ved datamaterialets representativitet, det vil si i hvilken grad materialet reflekterer status på habiliteringsfeltet samlet sett. Det viser seg at om lag 75 pst. av de ansatte med en stillingsstørrelse på 96-100 pst., har svart på undersøkelsen. Videre har om lag 50 pst. av de ansatte med stillingsstørrelser på 71-95 pst. og 36-70 pst. svart på undersøkelsen. Blant dem med en stillingsstørrelse fra 0-35 pst., er imidlertid svarprosenten kun i overkant av 10 pst.¹⁰⁷ Revisjonen bemerker at

- På den ene siden er det en styrke at en betydelig andel av dem med store stillinger, det vil si de som er fagansvarlige / primærkontakter og som tilbringer mye tid med beboerne, har svart på undersøkelsen. Andelen årsverk på habiliteringsfeltet som har svart på undersøkelsen er i så måte større enn andelen ansatte.
- Samtidig er det en svakhet at en så liten andel av dem i mindre stillinger, har svart på undersøkelsen.

¹⁰⁵ Se <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/dette-ma-jeg-kunne/>. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse tilbyr e-læringskurset *Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming*. Kurset gir en kort innføring i fagtemaer en bør ha kunnskap om for å arbeide med mennesker med utviklingshemming. Hensikten er å gi deltakeren faglig basiskunnskap og inspirere til videre opplæring. Kurset er tenkt som et supplement til kommunens øvrige opplæringsløp.

¹⁰⁶ Undersøkelsens reliabilitet er vanskelig å vurdere. Det at det synes å være samvariasjon mellom respondentenes svar på spørsmål i undersøkelsen som er beslektet (eksempelvis mellom spørsmål 26-28 om utforende atferd), kan være en positiv indikasjon på undersøkelsens interne reliabilitet.

¹⁰⁷ Merk her at det for å legge til rette for størst mulig grad av sannferdige svar, ble vurdert som viktig at spørreundersøkelsen mot de ansatte på habiliteringsfeltet var anonym. Det viste seg imidlertid at anonyme spørreundersøkelser i *Microsoft Forms* krever at respondenten er innlogget på sin kommunale brukerkonto når de svarer. Samtidig tyder henvendelser til revisjonen fra enkelte respondenter om at de ikke fikk tilgang til undersøkelsen, på at ikke alle de ansatte på habiliteringsfeltet har tatt i bruk egne brukerkontoer i Kristiansand kommune (mange av de oppgitte e-postadressene var også private). Manglende tilgang til brukerkonto har følgelig etter alt å dømme hindret noen fra å svare på undersøkelsen. Det er nærliggende å anta at dette i større grad gjelder ansatte i helgestillinger og i vikariat (små stillinger) enn fast ansatte i større stillinger. *Helse og mestring* har for øvrig spilt inn at pasientjournalssystemet *Profil* er en viktigere informasjonskanal enn e-post i det daglige arbeidet på habiliteringsfeltet.

Samlet sett må utvalget som har svart på undersøkelsen betegnes som gunstig i den forstand at det må antas at status når det gjelder kompetanse på habiliteringsfeltet samlet sett, er svakere enn det som fremkommer i figurene under som oppsummerer de 317 svarene vi har fått inn. Som vi skal se i avsnitt 3.3.2 under, indikerer også revisjonens innsamlede datamateriale at respondenter som

- Er midlertidig ansatt / tilkallingsvikar, og / eller
- Har vært kort tid i jobben (0-2 år – merk at høy turnover vil bidra til at flere ansatte har vært kort tid i jobben), og / eller
- Har lav stillingsstørrelse (0-35 pst.), og / eller
- Ikke ønsker å videreutvikle egen kompetanse, og / eller
- Ikke har autorisasjon,

kommer noe dårligere ut enn utvalget som har svart på revisjonens spørreundersøkelse sett under ett.

Det er videre verdt å nevne at vi i denne spørreundersøkelsen har valgt å gi svaralternativene et semantisk innhold knyttet opp mot en vurdering av egen kompetanse, snarere enn å ta utgangspunkt i en ordinal svarskala (eksempelvis fra 1 til 5):

- ☐ Ja, dette er jeg trygg på [grønn farge i figurene].
- ☐ Nei, jeg tror jeg vil gjøre en enda bedre jobb hvis jeg får mer opplæring om dette [gul farge i figurene].
- ☐ Nei, jeg tror jeg trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben jeg gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp [rød farge i figurene].
- ☐ Annet [blå farge i figurene]

Det må her understrekes at respondentens egenvurdering av om at man på et felt «trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben jeg gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp», ikke er ensbetydende med at respondenten yter tjenester som i juridisk forstand er uforsvarlige. Andelen respondenter som velger dette svaralternativet på et spørsmål, vil imidlertid være en indikasjon for kommunen på hvor kommunen bør øke fokus / sette inn tiltak.

Revisjonen legger samtidig til at dersom en respondent velger overnevnte svaralternativ på flere sentrale spørsmål, så vil det være en sterk indikasjon på at den ansatte ikke yter tjenester i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det viser seg at 1 pst. av de ansatte på habiliteringsfeltet som har svart på revisjonens spørreundersøkelse, har valgt overnevnte svaralternativ på flere sentrale spørsmål¹⁰⁸. Felles for disse respondentene er at de ikke har vært ansatt lenge på habiliteringsfeltet samt at de ikke har autorisasjon eller annen relevant utdanning.

¹⁰⁸ Det gjelder her

- Spørsmål 9: Kjenner du til avdelingens rutiner for å forebygge og avdekke vold / overgrep etc. mot brukere av tjenestene?
- Spørsmål 12: Er du kjent med hvordan du skal sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse?
- Spørsmål 16: Personer med utviklingshemming opplever sykdom oftere enn andre, og de har lavere levealder enn befolkningen generelt. Kjenner du til, og er du i stand til å fange opp, tegn på helsesvikt hos utviklingshemmede?

3.3.2 Gjennomgang av spørreundersøkelsen for de ansatte på habiliteringsfeltet

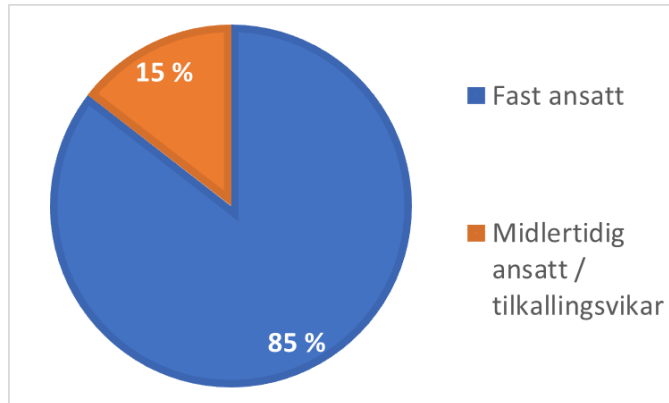
Merk at

- spørsmål 1-7 bidrar til å klassifisere respondenten¹⁰⁹, mens
- spørsmål 8-32 tar for seg respondentens kompetanse på habiliteringsfeltet.

1) KLASSIFISERINGSSPØRSMÅL:

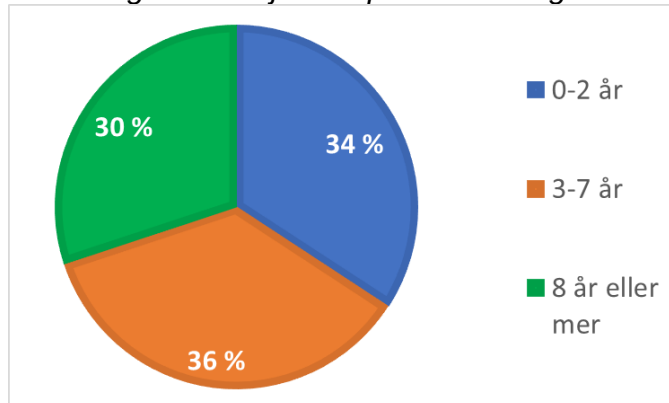
1. SPØRSMÅL:

Hvordan er ditt ansettelsesforhold i kommunen?



2. SPØRSMÅL:

Hvor lenge har du jobbet på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune?

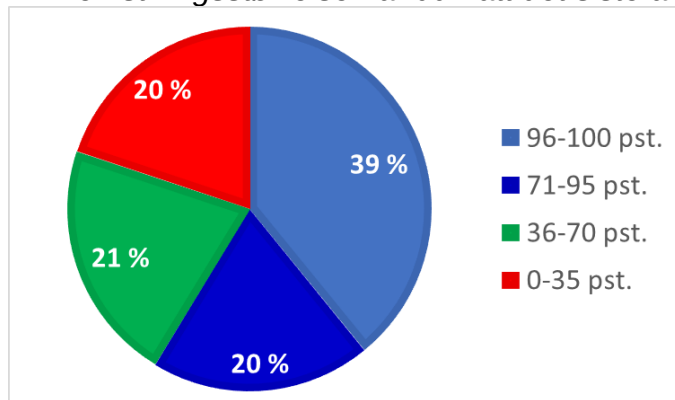


-
- Spørsmål 18: Kjenner du til / har dere jobbet på avdelingen med etisk refleksjon omkring tjenestene som ytes?
 - Spørsmål 27: Utfordrende atferd krever blant annet god kompetanse i tjenestetilbudene og gode rammebetingelser for faglig arbeid. Kjenner du til når grensene for atferd blir så utfordrende at det kreves et systematisk arbeid med kartlegging av årsaker, forebygging og behandling?

¹⁰⁹ I forbindelse med områdets videre forbedringsarbeid, ville det i utgangspunktet være ønskelig å overlate revisjonens innsamlede datasett til *Helse og mestring* når dette prosjektet avsluttes. Respondentene har imidlertid blitt lovet anonymitet, og med så mange klassifiseringsspørsmål, viser det seg at man sannsynligvis vil kunne identifisere flere respondenter. Revisjonen beholder derfor datasettet, men så lenge respondentenes anonymitet sikres, vil vi formidle eventuelle spøringer som *Helse og mestring* er interessert i til sitt videre forbedringsarbeid.

3. SPØRSMÅL:

Hvilken stillingsstørrelse har du hatt det siste året?

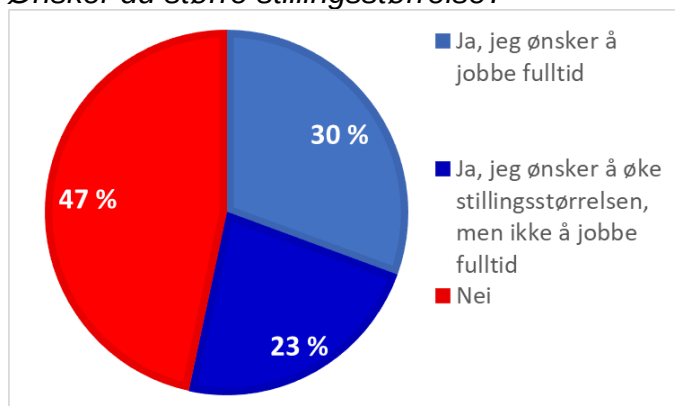


Som vi så i avsnitt 3.3.1 over, er det viktig å være klar over at 75 pst., det vil si en stor andel, av dem som jobber fulltid, har svart på spørreundersøkelsen, at om lag 50 pst. av dem som jobber 36-95 pst. har svart på spørreundersøkelsen, og at kun i overkant av 10 pst. av dem som 0-35 pst., har svart på revisjonens spørreundersøkelse.

4. SPØRSMÅL:

[NB: dette spørsmålet ble kun stilt dersom respondenten ikke oppga alternativet «96-100 pst.», det vil si dersom respondenten ikke allerede jobbet fulltid.]

Ønsker du større stillingsstørrelse?



En utfordring for Kristiansand kommunes arbeid med å utvikle en heltidskultur og med å øke stillingsstørrelsene på området *Helse og mestring* generelt og på habiliteringsfeltet spesielt, er at nesten halvparten av de 193 respondentene som ikke jobber fulltid, *ikke* ønsker å øke stillingsstørrelsen. Dette er i tråd med funn som det vises til i Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2017-2020*¹¹⁰. Kun 30 pst. av respondentene som ikke allerede jobber fulltid, ønsker ifølge revisjonens innsamlede data å jobbe fulltid.¹¹¹

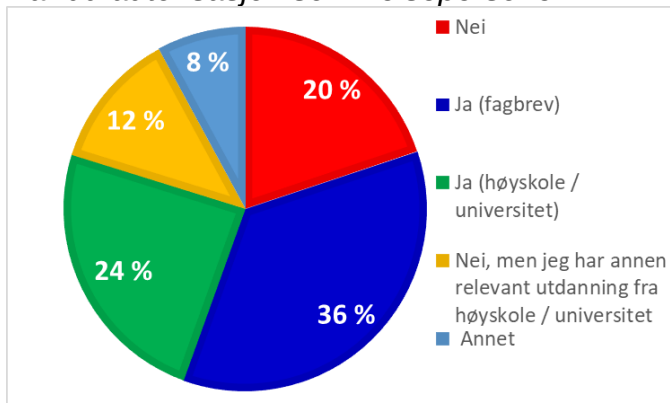
¹¹⁰ Se *Økonomiplan 2017-2020*, kapittel 3.9.1 «Arbeidsgivervirksomheten», avsnitt «Heltidskultur».

¹¹¹ Merk at *Helse og mestring* har gjennomført en kartlegging av frivillig og ufrivillig deltidsstillinger vinteren 2022. Resultatene fra kartleggingen skal brukes til å lage mål og tiltak som skal bidra til å øke andelen heltidsansatte, jf. det pågående *Heltidskulturprosjektet* som skal vare ut 2024. Målsettingen for kommunen som helhet er at andelen heltidsansatte skal være 60 pst., og gjennomsnittlig stillingsstørrelse 86 pst., innen utgangen av 2024.

Samtidig må det understrekes at det er såpass mange som ønsker å jobbe fulltid eller øke stillingsstørrelsen at mangel på kandidater i utgangspunktet ikke bør være en begrensning for kommunen i det videre arbeidet med heltidskultur.

5. SPØRSMÅL:

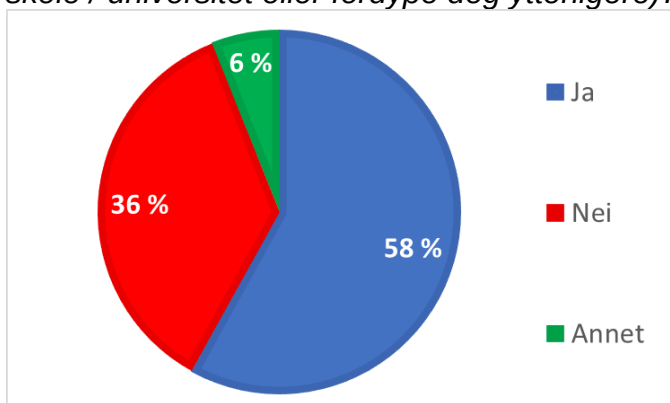
Har du autorisasjon som helsepersonell?



I avsnitt 3.2.3 over (spørsmål 16) oppgir *Helse og mestring* at om lag 40 pst. av de ansatte på habiliteringsfeltet som jobber pasientnært med brukere i kommunale bofellesskap (eksklusiv avdelingsledere), har autorisasjon.¹¹² Blant utvalget som har svart på revisjonens spørreundersøkelse, har 60 pst. autorisasjon (fagbrev eller høyskole / universitet) samtidig som 20 pst. har annen (relevant) utdanning. 20 pst. oppgir at de hverken har autorisasjon eller annen utdanning. Dette er nok en indikasjon, jf. spørsmål 3 over om stillingsstørrelse, på at utvalget som har svart på revisjonens spørreundersøkelse, må betegnes som gunstig i den forstand at det må antas at status på habiliteringsfeltet samlet sett, er noe svakere enn det som fremgår av revisjonens innsamlete datamateriale sett under ett.

6. SPØRSMÅL:

Ønsker du å videreutvikle kompetansen din på habiliteringsfeltet (ta fagbrev, ta høyskole / universitet eller fordype deg ytterligere)?



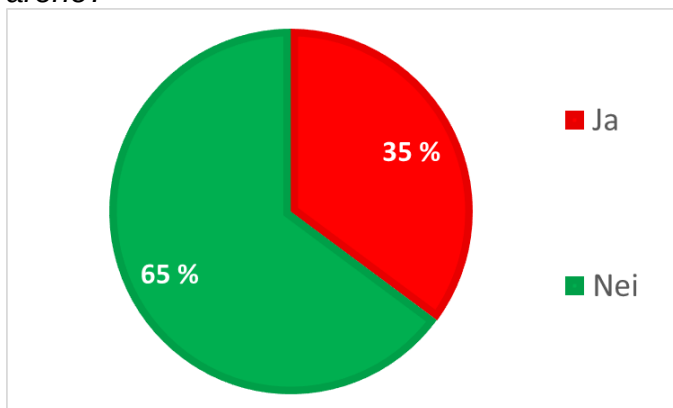
¹¹² Revisjonen bemerker at overnevnte kriterier tar utgangspunkt i om lag 760 midlertidige og fast ansatte med stillingsprosent over 0. De om lag 240 tilkallingsvikarene på feltet med en stillingsprosent på 0, er på den annen side ikke tatt med i denne beregningen.

Over 60 pst. av de ansatte på habiliteringsfeltet, inkludert dem som under «Annet» har spesifisert hvilken videreutdanning de ønsker, ønsker å videreutvikle sin formelle kompetanse. Enkelte har under «Annet» også presisert at de ikke ønsker mer formell kompetanse, men at de ønsker mer opplæring og kurs i regi av arbeidsplassen / kommunen.

36 pst. har svart at de ikke ønsker «å videreutvikle kompetansen [sin] på habiliteringsfeltet (ta fagbrev, ta høyskole / universitet eller fordype deg ytterligere)». Det må her legges til at en betydelig del av dem med høy formalkompetanse har svart på undersøkelsen, og at en del av disse allerede har tatt den formalkompetansen de ønsker. Det må også understrekes at å svare «Nei» på dette spørsmålet, ikke betyr at man ikke ønsker mer opplæring / kurs i regi av kommunen.

7. SPØRSMÅL:

Har du vært sykmeldt i løpet av det siste året / langtidssykmeldt i løpet av de siste 5 årene?

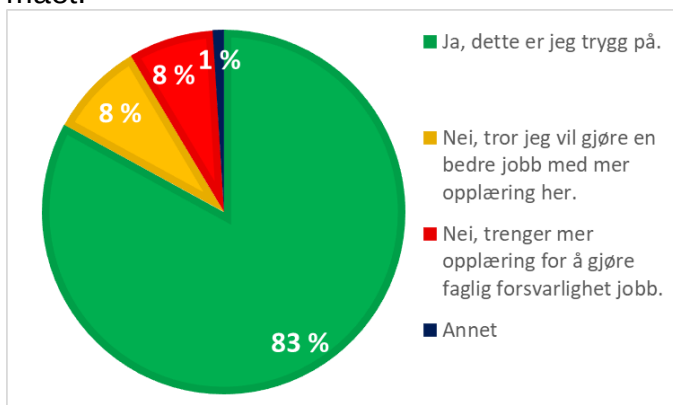


II) SPØRSMÅL OM RESPONDENTENES KOMPETANSE:

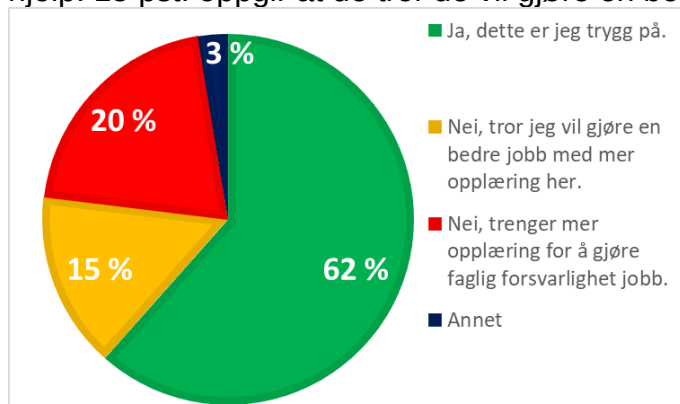
8. SPØRSMÅL:

Kjenner du til avdelingens rutiner og prosedyrer for å melde avvik i forbindelse med uønskede hendelser / svikt / forsømmelser etc.?

For utvalget samlet sett oppgir 83 pst. av respondentene at de er trygge på dette temaet:



Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «små stillinger» og «ikke autorisasjon», endres bildet: 20 pst oppgir at de trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben de gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. 15 pst. oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb dersom de får mer opplæring:

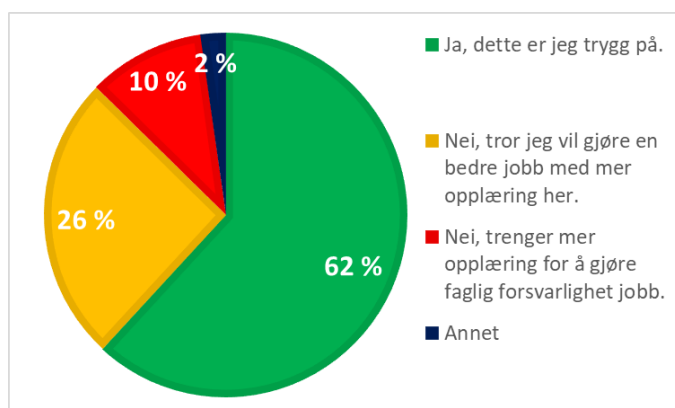


Dersom man legger til kriteriene «ønsker ikke å videreutvikle kompetansen» eller «ønsker ikke større stilling», øker andelen som oppgir at de trenger mer opplæring for å gjøre en forsvarlig jobb ytterligere. Det samme gjelder dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon».

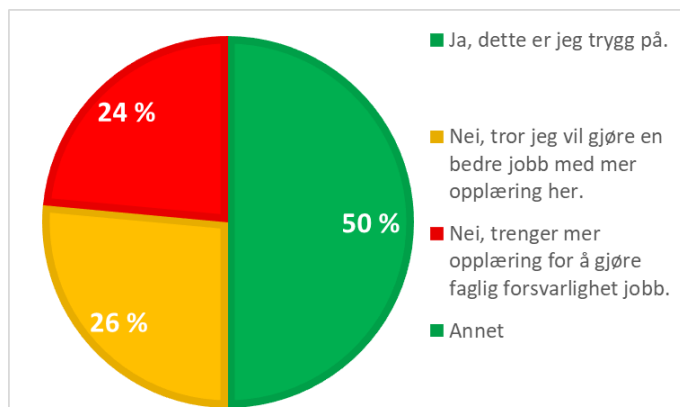
9.SPØRSMÅL:

Kjenner du til avdelingens rutiner for å forebygge og avdekke vold / overgrep etc. mot brukere av tjenestene?

For utvalget samlet sett oppgir 62 pst. av respondentene at de er trygge på dette temaet. 26 pst. oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb dersom de får mer opplæring, og 10 pst oppgir at de trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben de gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp:



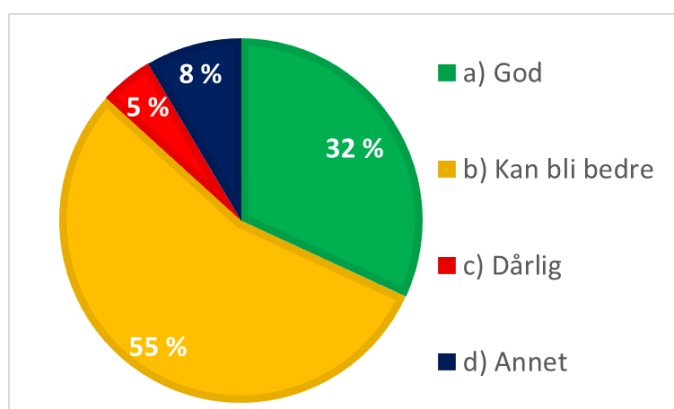
Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon», så øker andelen som oppgir at de trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben de gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp:



10. SPØRSMÅL:

Hvordan vil du beskrive meldekulturen blant de ansatte på avdelingen?

Over halvparten av respondentene svarer at de oppfatter at meldekulturen kan bli bedre blant de ansatte på avdelingen. Om lag $\frac{1}{3}$ oppgir at meldekulturen er god, mens kun 5 pst. oppgir at meldekulturen er dårlig¹¹³. De ansattes svar viser at de opplever at det er potensial for utvikling og forbedring på dette området.



Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder synet på avdelingens meldekultur. En dimensjon skiller seg imidlertid ut: blant dem som i spørsmål 7 over oppga at de har vært sykemeldt, oppgir 63 pst. at meldekulturen kan bli bedre, mens 9 pst. oppgir at den er dårlig. Kun 25 pst. av de som har vært sykemeldt, oppgir at meldekulturen på avdelingen er god.

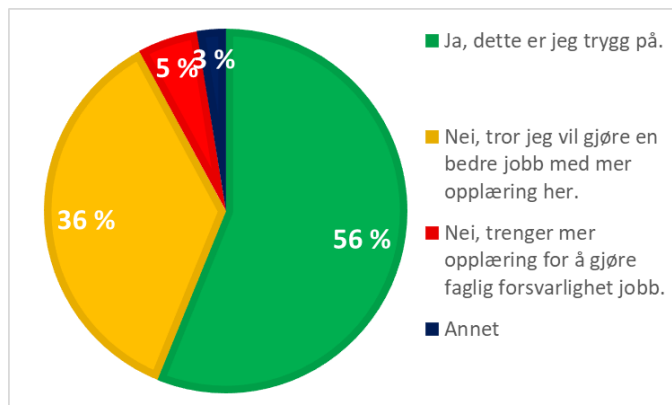
11. SPØRSMÅL:

Vet du hvilke lover (og litt om innholdet i disse lovene) som setter rammen om tjenestene på habiliteringsfeltet?

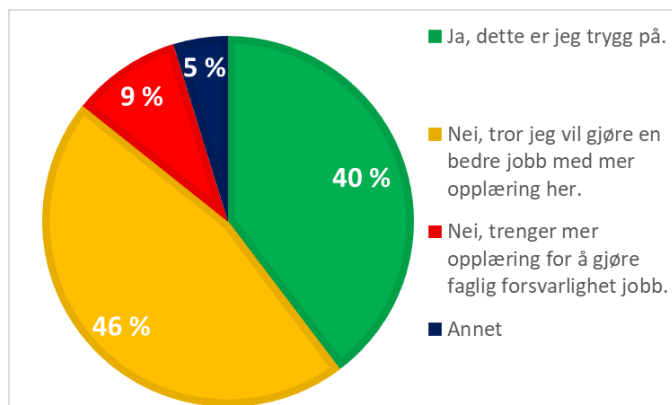
Over $\frac{1}{3}$ av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 56 pst. oppgir at de føler seg trygge når det gjelder lovverk

¹¹³ Under «Annet» kom det også et innspill om «[...] større ting som bl.a. ulovlig tvangsinnngripen mot beboer i vår omsorg som hverken snakkes om eller meldes videre».

på habiliteringsfeltet, mens 5 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



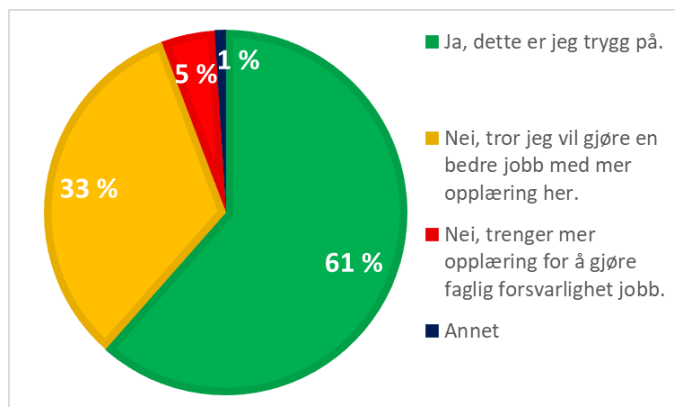
Dersom man kun tar med svarene fra de som er ansatt i «små stillinger», så øker både andelen respondenter som oppgir at de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og andelen som vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



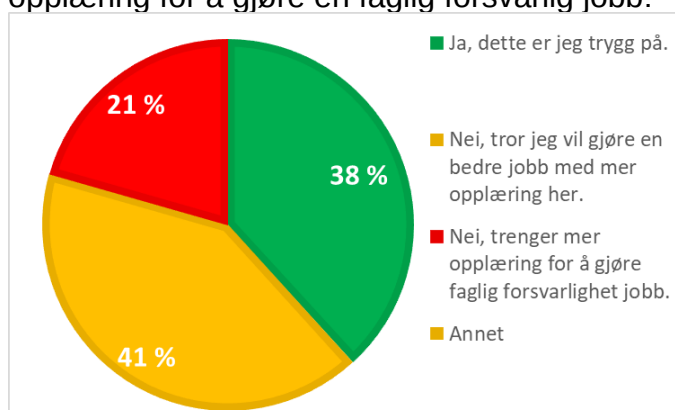
12. SPØRSMÅL:

Er du kjent med hvordan du skal sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse?

1/3 av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 61 pst. oppgir at de føler seg trygge når det gjelder lovverk på habiliteringsfeltet, mens 5 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



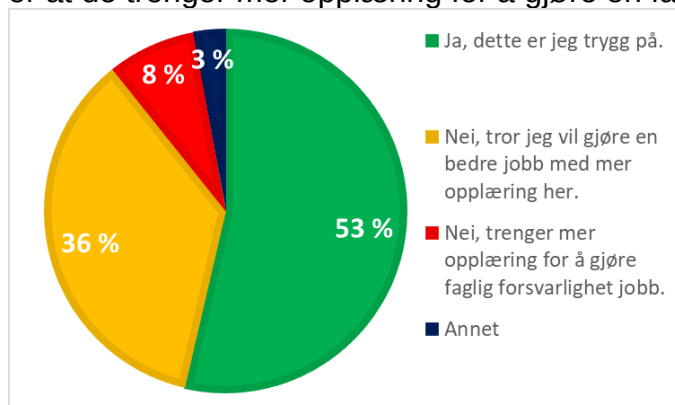
Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon», så øker både andelen respondenter som oppgir at de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og andelen som vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



13. SPØRSMÅL:

Kjenner du til ulike modeller (individualistisk, relasjonell) som forklarer begrepet funksjonshemming, og forstår du at de ulike modellene har forskjellige konsekvenser for hvordan en møter og legger til rette for personer med utviklingshemming?

Over 1/3 av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 53 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 8 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:

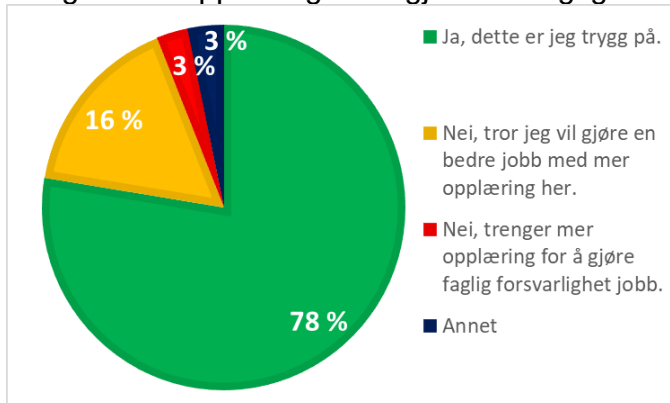


Som vi så i avsnitt 3.2.3 over (spørsmål 19), så peker imidlertid både *Helse og mestring* og avdelingslederne på at begrepene i spørsmålet neppe er kjent for de ansatte, men at den relasjonelle forståelsen og tilnærmingen likevel ligger til grunn for arbeidet som gjøres på habiliteringsfeltet. Spørsmål 20-22 under viser også at de ansatte oppgir at de i stor grad er trygge på sentrale dimensjoner ved den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming. Vi legger følgelig mindre vekt på de ansattes svar på dette spørsmålet.

14. SPØRSMÅL:

Har du kunnskap om diagnosen psykisk utviklingshemming og om årsaker til utviklingshemming?

16 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 78 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 3 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:

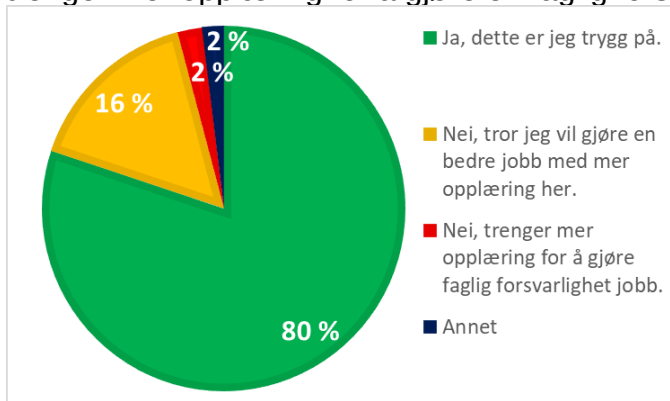


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder kunnskap om diagnosen psykisk utviklingshemming og om årsaker til utviklingshemming.

15. SPØRSMÅL:

Kjenner du til og forstår ulike utfordringer knyttet til utviklingshemming og hva det vil si å leve med en utviklingshemming?

16 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 80 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 2 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:

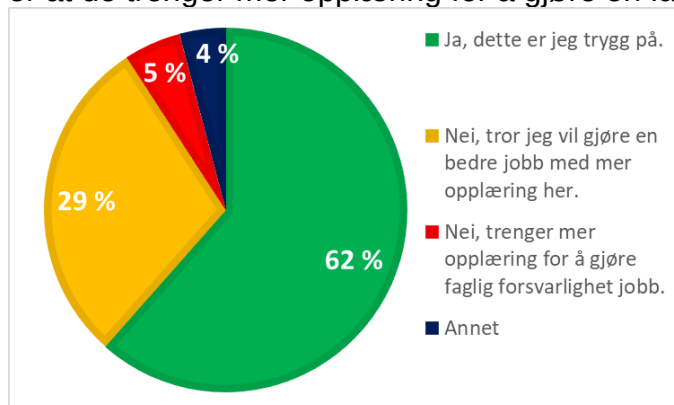


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder å kjenne til og forstå ulike utfordringer knyttet til utviklingshemming og hva det vil si å leve med en utviklingshemming.

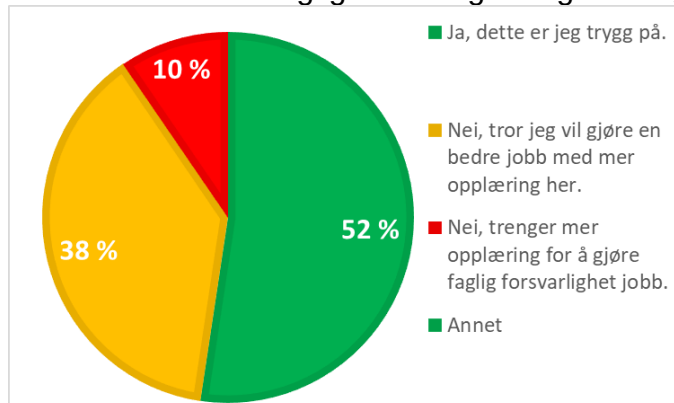
16. SPØRSMÅL:

Personer med utviklingshemming opplever sykdom oftere enn andre, og de har lavere levealder enn befolkningen generelt. Kjenner du til, og er du i stand til å fange opp, tegn på helsesvikt hos utviklingshemmede?

Nær 1/3 av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 62 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 5 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så øker både andelen som oppgir at de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring, og andelen som oppgir at de trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben de gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp:

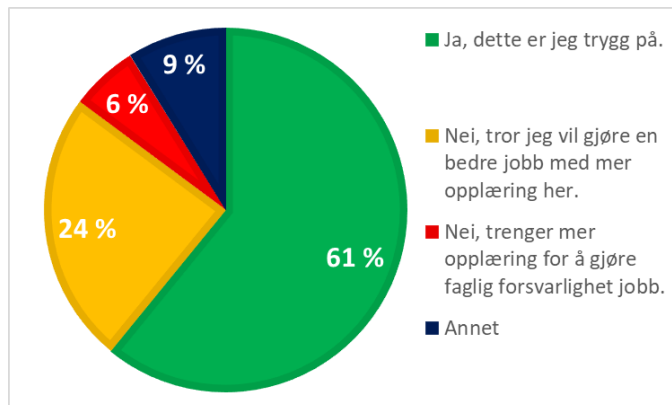


Overnevnte tendens er enda sterkere dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon»,

17. SPØRSMÅL:

Kjenner du til / har dere jobbet på avdelingen med etisk refleksjon omkring tjenestene som ytes?

24 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 61 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 6 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb¹¹⁴:

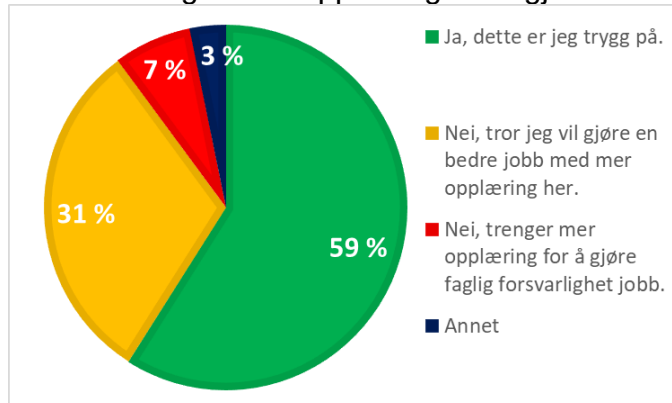


Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så reduseres andelen som oppgir at de er trygge på dette til 54 pst.

18. SPØRSMÅL:

Kjenner du til og vet hva individuell plan er og hvilke oppgaver en koordinator har?

Nær 1/3 av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 59 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 7 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



¹¹⁴ På dette spørsmålet har 9 pst. svart «Annet». Noen bemerker her at de har behov for mer kompetanse, og andre at de ikke har jobbet med etisk refleksjon på avdelingen, men at de kjenner til temaet fra studiene. Vi tar med følgende tre svar:

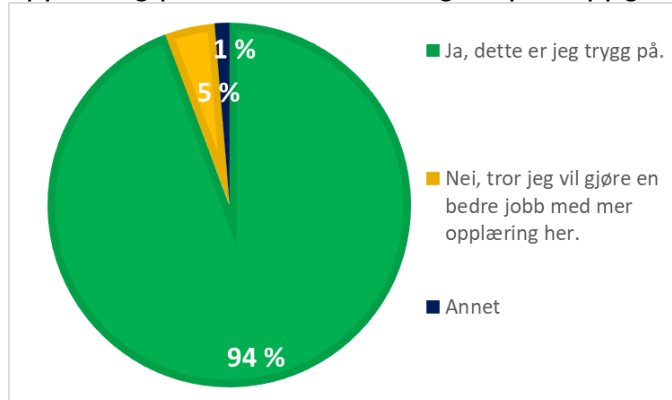
- «Tror en etisk diskusjon rundt valg og graden av selvbestemmelse vil være meget nyttig. Det er mye ubevisst som gjøres i hverdagen. Diskusjon rundt det etiske grunnlaget for hvorfor vi gjør det vi gjør, vil innebære en stor grad av læring.»
- «Tror de i større stillinger gjør dette, men vi i mindre stillinger (50%) får ingen tilbud så vidt jeg vet.»
- «Det er blitt forsøkt løftet, men grunnet lav kompetanse blant personalgruppen på feltet fører det aldri til god refleksjon rundt temaet.»

Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så øker andelen som opplever at de trenger mer opplæring til 40 pst.

19. SPØRSMÅL:

Er du bevisst på betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende?

Kun 5 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og 94 pst. oppgir at de føler seg trygge:

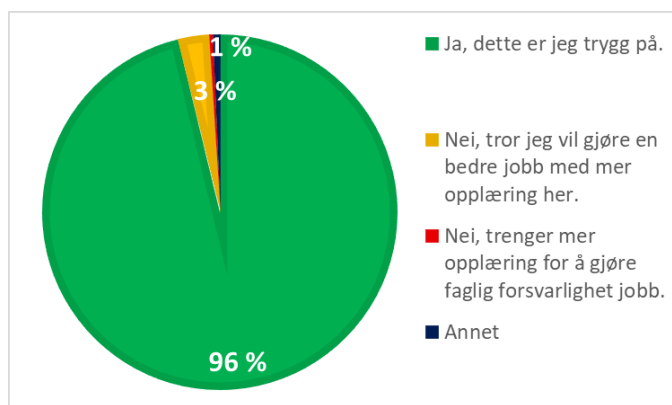


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder å være bevisst på betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende.

20. SPØRSMÅL:

Er du bevisst på, og tilpasser du, kommunikasjonen og kommunikasjonsformen din til personene du yter tjenester til?

Kun 3 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og 96 pst. oppgir at de føler seg trygge:

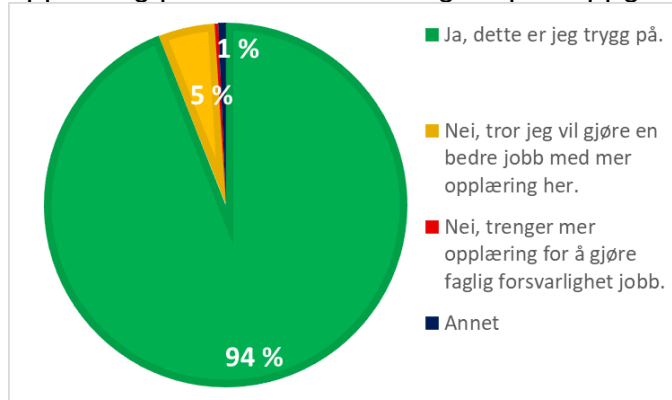


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder å være bevisst på, og tilpasse, kommunikasjonen og kommunikasjonsformen til personene som de ansatte yter tjenester til.

21. SPØRSMÅL:

Miljøarbeid handler om å samhandle med mennesker på en profesjonell måte. En grunnstein i miljøarbeidet er kommunikasjonen og relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Er du i møtet med beboere bevisst på betydningen av gode relasjoner og ditt eget ansvar for å etablere og opprettholde en god relasjon?

Kun 5 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og 94 pst. oppgir at de føler seg trygge:

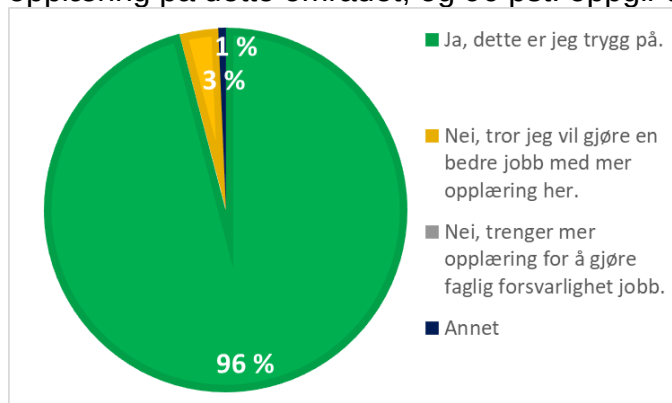


Det er ingen variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder miljøarbeid og å være bevisst på betydningen av gode relasjoner og ansattes ansvar for å etablere og opprettholde en god relasjon i møtet med beboere.

22. SPØRSMÅL:

Er du bevisst på hvordan dine verdier og holdninger påvirker møtet ditt og arbeidet ditt med beboere med kognitive funksjonsnedsettelser?

Kun 3 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området, og 96 pst. oppgir at de føler seg trygge:

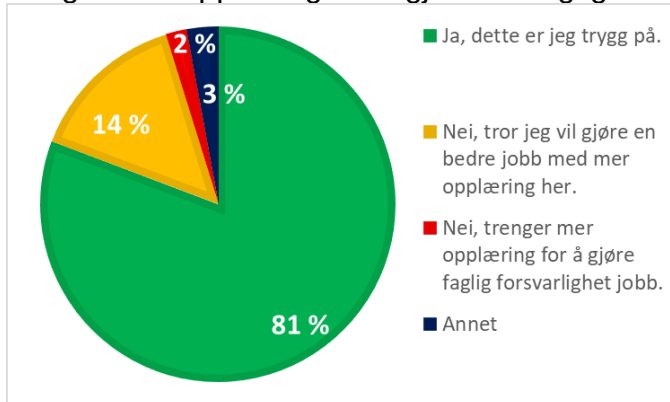


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder å være bevisst på hvordan ansattes verdier og holdninger påvirker møtet og arbeidet med beboere med kognitive funksjonsnedsettelser.

23. SPØRSMÅL:

Er du i møtet med bruker bevisst på å legge til rette for at brukerne kan utøve selvbestemmelse (Fra ny nasjonal veileder om tjenester til utviklingshemmede: Tjenestene skal være «personsentrerte og individuelt tilrettelagte», «Tjenesteytere skal ikke gripe inn på skjulte måter, ved for eksempel å avlede eller manipulere»).

14 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 81 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 2 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:

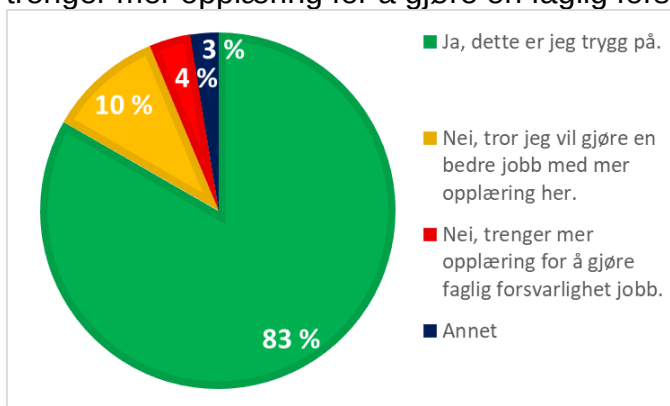


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder ansattes egenvurdering av sin bevissthet i forhold til å legge til rette for at brukerne kan utøve selvbestemmelse.

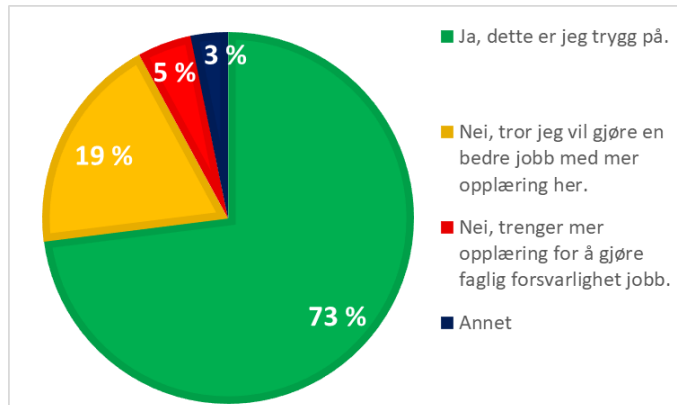
24. SPØRSMÅL:

Personer med utviklingshemming er på grunn av sin funksjonsnedsettelse sårbare for å utvikle utfordrende atferd. Er du kjent med lovverk som regulerer bruk av tvang i kommunale helse- og omsorgstjenester og hva som regnes som bruk tvang og makt?

10 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 83 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 4 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



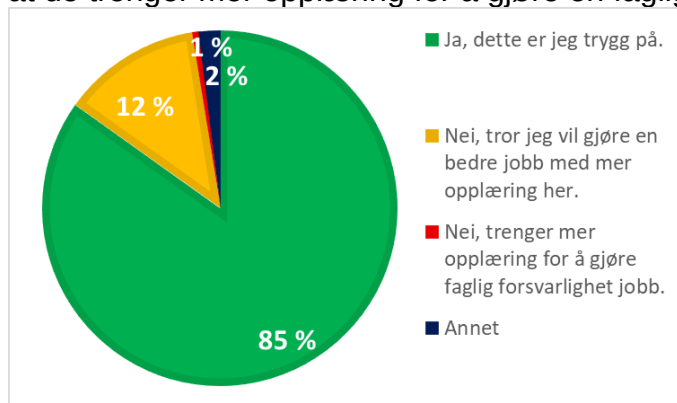
Andelen som oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring, øker noe langs dimensjonen «ikke autorisasjon»:



25. SPØRSMÅL:

Har du i din tjenesteutøvelse systematisk fokus på andre løsninger enn bruk av tvang og makt?

12 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 85 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens kun 1 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:

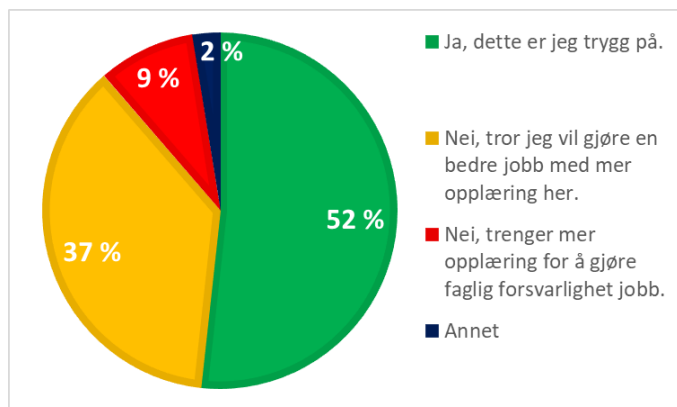


Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder ansattes fokus på andre løsninger enn bruk av tvang og makt.

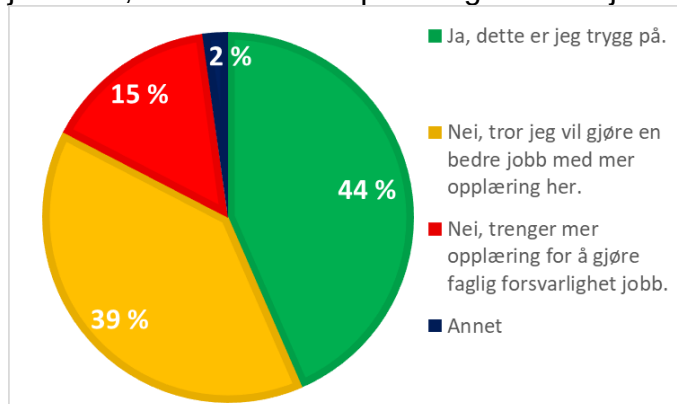
26.SPØRSMÅL:

Utfordrende atferd krever blant annet god kompetanse i tjenestetilbudene og gode rammebetingelser for faglig arbeid. Kjenner du til når grensene for atferd blir så utfordrende at det kreves et systematisk arbeid med kartlegging av årsaker, forebygging og behandling?

37 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 52 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 9 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



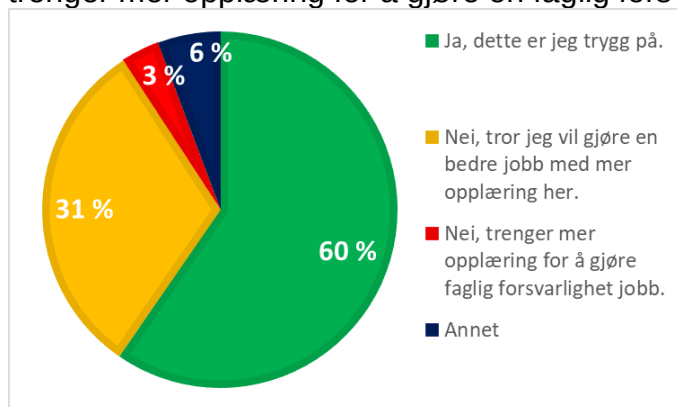
Andelen som oppgir at de tror de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb her, øker til hele 15 pst. langs dimensjonen «midlertidig ansatte»:



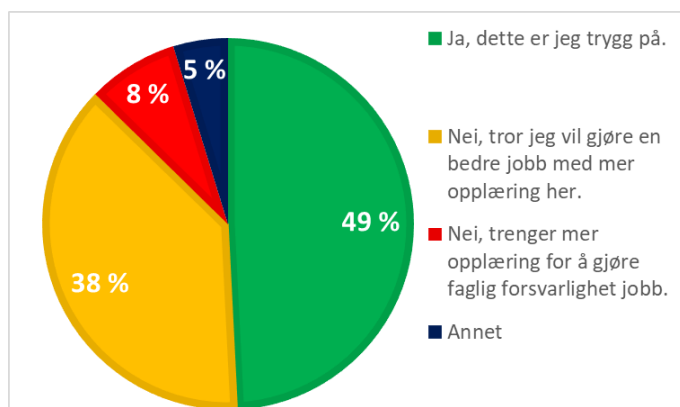
27. SPØRSMÅL:

Kjenner du til viktige årsaker til at utfordrende atferd oppstår, og hvordan en kan oppdage årsaker?

31 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 60 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 3 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



Andelene som oppgir at de tror de trenger mer opplæring for å gjøre en bedre jobb en faglig forsvarlig jobb her, øker noe langs dimensjonen «liten stilling»:

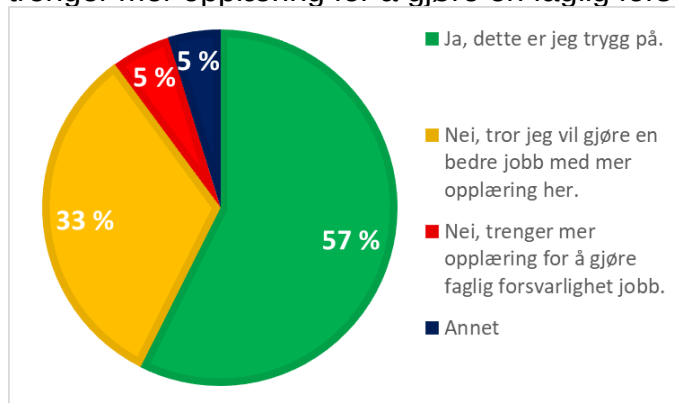


Denne tendensen forsterkes ytterligere dersom man legger til dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon» eller «ikke autorisasjon» og «ønsker ikke videreutdanning».

28. SPØRSMÅL:

Kjenner du til viktige måter å forebygge og behandle utfordrende atferd på?

33 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 57 pst. oppgir at de føler seg trygge, mens 5 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



Det er mindre variasjon langs de forskjellige dimensjonene på dette spørsmålet enn på det foregående spørsmålet, men tendensene er de samme.

29. SPØRSMÅL:

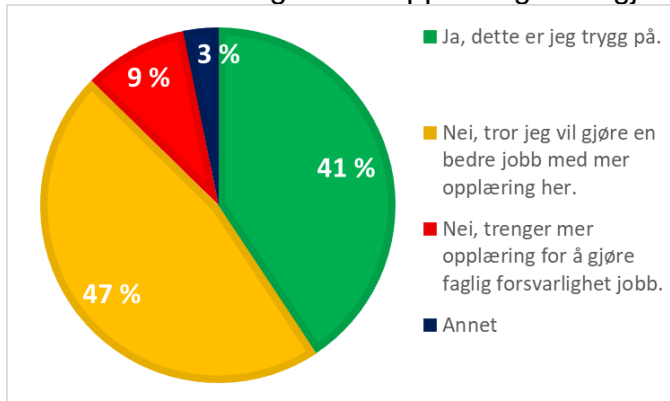
Har du kunnskap om observasjon og analyse av atferd og miljøbetingelser som verktøy i det systematiske miljøarbeidet («funksjonell analyse»)?¹¹⁵

¹¹⁵ Dette spørsmålet har tatt utgangspunkt i *Mitt livs ABC*, perm 2 (fordypning), hefte 9 «Miljøarbeid fordypning», jf. <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/utviklingshemming/paabygging/mitt-livs-abc-2/hefter-mitt-livs-abc/hefte-9-miljoearbeid-fordypning/>, hvor man kan lese at «Dette heftet bygger videre på hefte 5, *Miljøarbeid*, i perm 1. Heftet handler blant annet om hvordan en kan legge til rette for at personer med utviklingshemming får økt innflytelse og medvirkning på egne livsvilkår, bruk av refleksjon som verktøy for å utvikle tjenesteyteres handlingskompetanse, og om funksjonell analyse som et verktøy i det systematiske miljøarbeidet.

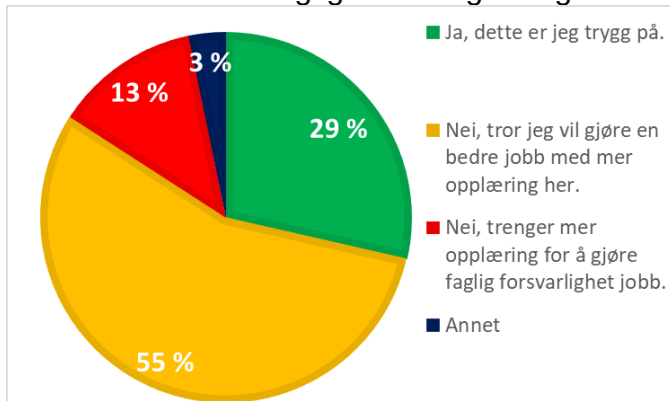
Etter å ha lest heftet er målet at du

- forstår betydningen av å jobbe strukturert og målrettet

Nær halvparten av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 41 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 9 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb:



Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så øker andelen som oppgir at de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring. Også andelen som oppgir at de trenger mer opplæring for å være sikker på at jobben de gjør er i samsvar med forventede krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, øker noe.



Revisjonen bemerker at det her må tas høyde for at begrepet «funksjonell analyse» ikke brukes aktivt på habiliteringsfeltet i Kristiansand. Samtidig ser vi at det er samsvar mellom svarene på dette spørsmålet og de tre foregående spørsmålene om utfordrende atferd.

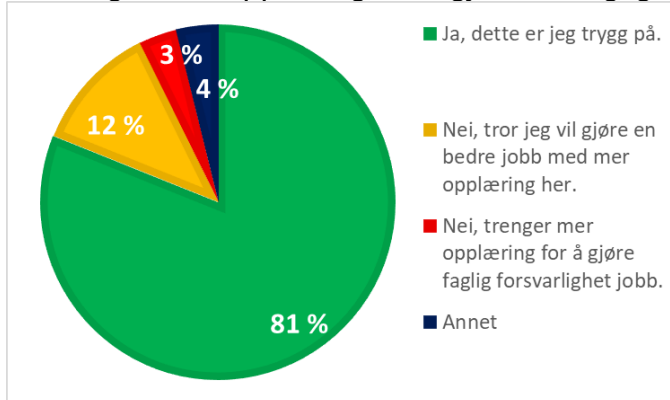
30. SPØRSMÅL:

Innen tjenestene til personer med utviklingshemming er det sentralt å kjenne den enkelte tjenestemottaker godt for å kunne gi faglig forsvarlige tjenester. Eksempler her kan være kommunikasjonsform og hvordan man best kommuniserer med personen, kunnskap om hva personen liker å gjøre, kunnskap om helse og sykdommer, kunnskap om hva som er vanlig atferd hos personen for å kunne observere og rapportere når noe er uvanlig (gjelder f.eks. symptomer på sykdom, uvanlig atferd eller mistriivsel). Det er også nødvendig å kjenne personen godt for å kunne tilrettelegge for selvbestemmelse.

Opplever du at du har fått god nok opplæring om de personene du gir tjenester til?

- har kunnskap om observasjon og analyse av atferd og miljøbetingelser
- har kunnskap om tegnøkonomi og atferdsavtaler
- kan bidra til gode relasjoner med både tjenesteytere og tjenestemottakere

12 pst. av respondentene oppgir at de tror de vil gjøre en bedre jobb med mer opplæring på dette området. 81 pst. oppgir at de føler seg trygge her, mens 3 pst. vurderer at de trenger mer opplæring for å gjøre en faglig forsvarlig jobb



Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene når det gjelder om man opplever å ha fått god nok opplæring om personene man gir tjenester til.

31. SPØRSMÅL:

Hvor tilfreds er du med ansettelsesforholdet du har i dag?

Dette spørsmålet hadde en svarskala fra 1 til 5 stjerner, hvor 5 betyr at respondenten er svært tilfreds med arbeidsforholdet. Respondentene svarer i gjennomsnitt 4 på dette spørsmålet. Det er liten variasjon langs de forskjellige dimensjonene, og blant dem som oppgir at de har vært sykemeldte, er gjennomsnittlig tilfredshet 3,9.

Vi legger her til at kun i overkant av 1 pst. av respondentene svare 1, det vil si at de er svært lite tilfredse med arbeidsforholdet. Felles for disse er at de har store stillinger og at de har vært sykemeldt.

32. SPØRSMÅL:

Oppsummert: Hva trenger du for å levere tryggere og faglig bedre habiliteringstjenester som i større grad er tilpasset brukernes behov? Andre ting du vil ta opp (gode eksempler, kritikkverdige forhold) etc.?

Dette avsluttende spørsmålet er åpent, og respondentene inviteres til å spille inn det de er opptatt og ta opp eventuelle kritikkverdige forhold. Vi har fått inn 167 svar på dette spørsmålet, noe som innebærer at 53 pst. av respondentene har kommet med innspill.

Det må understrekes at mange av innspillene er knyttet opp mot den konkrete situasjonen som den enkelte ansatte står i, og det er i så måte stor variasjon når det gjelder hva som tas opp. For å presentere dette relativt heterogene materialet på en oversiktlig måte, har vi valgt å plassere hvert innspill i en av et sett med kategorier¹¹⁶:

¹¹⁶ Merk at en del svar dekker flere kategorier. Vi har for det første søkt å plassere svaret i den kategorien som er mest fremtredende. For det andre har vi søkt å fordele svar som legger lik vekt på flere kategorier jevnt over de aktuelle kategoriene (eksempel: hvis to innspill legger lik vekt på de to første kategoriene, har vi plassert et innspill i hver av de nevnte kategoriene).

SVARKATEGORIER	ANDEL (%)
1. <u>Fag- og kompetanseutvikling:</u> Forstå brukergruppen bedre, traumebasert omsorg, håndtere utfordrende atferd, reflektere rundt tvang, arbeide med ny nasjonal veileder etc.; God opplæring i forhold til enkeltbrukere; God opplæring av nyansatte; Tilgang til kurs og faglig utvikling for dem med små stillinger; Tilgang på kurs / kompetanseutvikling i forhold til enkeltbrukeres særlige utfordringer.	55,7 ¹¹⁷
2. <u>Tydelig og tilstedeværende leder / intern organisering:</u> God informasjon og kommunikasjon internt, god behandling og involvering av de ansatte; Legge til rette på avdelingen for faglig diskusjon, etisk refleksjon, tverrfaglig samarbeid og å lære av hverandre; God struktur på og organisering av arbeidet; Tydelighet i forhold til hva som er akseptabelt når det gjelder bruk av tvang og makt; Noen yngre ansatte med høy kompetanse spiller inn at eldre ansatte tar styringen på avdelingen, uten at de i tilstrekkelig grad er faglig oppdaterte.	25,7
3. <u>Kritikk av ressurs situasjonen / rammevilkår for å gjøre en god jobb:</u> For lav bemanning til at man kan gjøre en god / forsvarlig jobb; For mange oppgaver og mangel på tid til at man kan gjøre en god / forsvarlig jobb (gjelder særlig dem med mye ansvar på avdelingen); For lite tid til å yte faglig gode tjenester til beboere; Manglende 1:1-vedtak for beboere med store utfordringer / krevende atferd etc.	12,6
4. <u>Kritikk av andre ansattes kompetanse og holdninger:</u> Andre ansattes ureflekterte bruk av makt, tvang, kjefting etc.; Personer som ikke er skikket til å jobbe med mennesker, får fortsette i jobben / blir ikke luket ut i prøvetiden; Avdelinger bruker tvang uten at det dokumenteres.	3,6
5. Fokus på å følge opp ansatte som utsettes for trusler og vold etc.; Ta ansattes utrygghet i forhold til enkelte beboere på alvor.	1,2
6. Annet	1,2

¹¹⁷ Revisjonen bemerker at når man spør hva ansatte trenger for å levere tryggere og faglig bedre habiliteringstjenester som i større grad er tilpasset brukernes behov på slutten av en spørreundersøkelse som fokuserer på kompetanse, så er det å forvente at mange av respondentene vektlegger økt kompetanse i sine svar.

3.4 Innspill fra pårørende- og brukerorganisasjoner

3.4.1 Innspill fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)¹¹⁸

I revisjonens forvaltningsrevisjonsrapport *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune* fra 2021, tok et av kapitlene for seg NFUs innspill når det gjelder boligsituasjonen til utviklingshemmede i Kristiansand kommune.¹¹⁹ NFU har i nytt møte med revisjonen understreket at det er svært viktig for NFU at disse innspillene fremover følges opp av kommunen.

Fædrelandsvennens artikkelserie om utfordringer på habiliteringsfeltet i april 2021, bidro til Kontrollutvalgets vedtak om å igangsette dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, jf. kapittel 1 over. Flere av dem som uttalte seg og fortalte sine historier i disse artiklene, var medlemmer av NFU. Det var også NFUs medlemmer som delte sine opplevelser og vurderinger i intervjuer som ble spilt av i temamøtet om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021.

Med dette utgangspunktet ba revisjonen NFU om et innspill til prosjektplanen slik at brukermedvirkning ble sikret ikke bare i gjennomføringen av dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, men også i selve innretningen av prosjektet. NFUs innspill fra mai 2021 er gjengitt i avsnitt 1.3.1 over. Her fremkom det blant annet at det var viktig for NFU at det ble satt fokus ikke bare på hvordan man unngår uønskete hendelser, men også på innholdet i tjenestene og på hva kommunen kan gjøre for å levere gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov.

I juni 2021 la Helsedirektoratet frem den nye nasjonale veilederen *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*¹²⁰. Det har i utarbeidelsen av veilederen blitt lagt vekt på «å kombinere brukerperspektivet og det faglige perspektivet med etiske og verdimeslige aspekter», og brukere og bruker- og pårørendeorganisasjoner har deltatt aktivt i arbeidet med veilederen. Med den nye veilederen har man følgelig fått en ny og svært nyttig referanse for hva som er gode tjenester på området, og NFU understreker at det generelt er viktig for dem at kommunen leverer tjenester i tråd med veilederen, jf. revisjonens spørsmål til kommunen i avsnitt 3.2 over.

Kort sagt, det å sikre at kommunes praksis er i tråd med Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, bidrar til å sikre brukermedvirkning og at brukerperspektivet ivaretas både

- direkte: veilederen tar for seg konkrete forhold knyttet opp mot brukerperspektivet og brukermedvirkning, jf. avsnitt 3.2.4 over.
- indirekte: arbeidsprosessen for å utarbeide veilederen og beskrive hva som kreves for å levere innholdsmessig gode tjenester på habiliteringsfeltet, har vært preget av utstrakt brukermedvirkning.

¹¹⁸ Se <http://www.nfunorge.org/>.

¹¹⁹ Se kapittel 3.4.7 i revisjonens rapport, jf. <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2021/06/Forvaltningsrevisjon-2020-21-Boligsosialt-arbeid-i-Kristiansand-08.06.21.pdf>.

¹²⁰ Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>. Veilederen ble publisert i juni 2021. Se også <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalveileder>.

Med dette som utgangspunkt, valgte NFU høsten 2021 å gi et relativt kort innspill hvor det pekes på konkrete forhold i Kristiansand kommune hvor NFU opplever at det er behov for forbedring / forbedringspotensial:

i. Nærmere om vedtak:

- *Det er helt avgjørende at alle skal ha et enkeltvedtak på tjenester. Enkeltvedtak på tjenester skal sikre at den enkelte bruker får individuelle tjenester ut fra sitt behov. Vedtaket må ikke være av generell art, det er et vedtak som skal gjelde hver enkelt person. Her må det stå hva personen trenger bistand til (behovet), det være seg helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand (hjelp til å komme seg på aktiviteter, treffe venner, osv.), samt hvilke tjenester som er innvilget. Vedtaket må være så detaljert at både tjenesteyter og tjenestemottaker blir informert om hvilke tjenester som er innvilget. Enkeltvedtak gir klagerett, det er derfor vesentlig å vite hva det er innvilget hjelp til.¹²¹*
- *Støttekontakttjenesten må styrkes. Vedtak på støttekontakt burde være mer detaljert og forpliktende, samt beskrive den enkeltes behov. Slik det fungerer i dag har ikke kommunen støttekontakter å oppdrive og tilbyr isteden vennegrupper med en leder. Det passer ikke for alle, og for mange betyr det fravær av sårt tiltrengt aktivitet. Innvilget vedtak på støttekontakt burde være forpliktende for kommunen. Eventuelt bør kommunen benytte en ansatt på ekstra timer.*
- *Individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet!: IP er et svært viktig verktøy til bruk og oppfølging i ansvarsgruppemøter. Her blir brukerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, kartlagt. Det kan her også nevnes IPLOS som også er et godt verktøy for å kartlegge funksjonsnivå og, ut fra det, tjenester.*
 - *Et innspill fra en NFU-medlem hvor alt går etter boka: IP er med på hvert ansvarsgruppemøte, det er den det jobbes ut fra. Møtes gjerne 2 ganger i året eller etter behov. Brukeren har et godt enkeltvedtak. Kopi av IPLOS skår ligger som bilag i vedtaket.*
 - *En annen NFU-medlem sier at IP er blitt ubrukelig etter at alt må registreres digitalt i ACOS, nå DIPS. Det er for tungvint i en fra før krevende hverdag og logge seg inn hver gang. Mye greiere før, da dette ble gjort på et papir.*

Når det gjelder i hvilken grad NFU oppfatter at kommunen ikke forholder seg til IP som en rettighet, så kan vi vise til mange eksempler på at kommunen ikke gjør det. Vi har samtidig også noen solskinnseksempler hvor ting fungerer bra. Vi lurer på om det kan ha noe å gjøre med kommunesammenslåingen? I så fall er det på tide at storkommunen får det på stell. Et ønske fra NFU: tidligere var det en konsulent for funksjonshemmede. Den stillingen finnes ikke lenger. Vi trenger en konsulent som kan hjelpe og støtte bruker / pårørende.

- *Aktivitetsplan / dagsplan er viktige for beboeren og må ikke slurves med.*

ii. Bemanning og kompetanse:

- *Nødvendig med økt vernepleierfaglig kompetanse.*

¹²¹ NFU legger her til at «Vedtakene bør evalueres minimum hvert 3 - 4 år. Et enkeltvedtak følger person uansett hvor vedkommende bor eller hvordan tjenesten organiseres».

- *Faglig, ansvarlig person må være fysisk til stede i hver bolig. En person kan ikke være leder for mange forskjellige enheter. De må være til stede både for personalet og beboere.*
- *Få flere folk i større stillinger.*
- *Øke kompetansen blant personalet.*

iii. Boligene:

- *Etter sammenslåingen av Søgne, Songdalen og Kristiansand er det viktig at husleie og vedtekter harmoniseres.*
- *Max antall beboere i en bolig bør være 4-6 leiligheter / personer.*
- *Ikke ulike brukergrupper i samme bolig, eksempelvis ikke rusproblematikk og personer med utviklingshemming i samme bolig.*
- *Mest mulig like kognitive funksjonsnivå i samme bolig.*

iv. Transport:

- *Styrke transporttjenesten. Mange kommer seg ikke av sted på aktiviteter på grunn av manglende transporttilbud.*
- *Varsling av endring av TT-kort ordningen: NFU er skeptisk til om den nye ordningen vil føre til et dårligere tilbud.*

v. Overganger:

- *Alle overganger må styrkes, jf. Helsedirektoratets nye nasjonale veileders kapittel 4. Dette gjelder alle overganger, men kanskje spesielt overgangen fra videregående skole til arbeid. Denne planleggingen må starte tidlig, kanskje allerede i 1. klasse på videregående.*

NFU understreker avslutningsvis at «når det gjelder støttekontakt og transport, så er det virkelig en sak som det må tas noen grep på!», og «dette med fritid er en for sømt tjeneste. Det er ikke lovpålagt og derfor er det tilbudet som blir gitt, svært begrenset. Vi forventer at det blir tatt noen grep her».

3.4.2 Innspill fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)¹²²

I) TILBAKEMELDINGER PÅ SYSTEMNIVÅ FRA FFO AGDER

Disse tilbakemeldingene er basert på den kontinuerlige dialogen vi har med medlemmene i de 87 medlemsorganisasjonene våre.

i) Litt om brukervedvirkning:

Rådet for funksjonshemmede har representasjon i By- og stedsutvalget, for å med rette kunne gi kommunen råd om blant annet universell utforming i kommunen. Fra andre kommuner vet vi at Rådet for funksjonshemmede har fast representasjon og talerett på andre arenaer, og vi oppfordrer Kristiansand kommune til å tenke større når det gjelder

¹²² Se <https://ffo.no/>. FFO er Norges største paraplyorganisasjon for organisasjoner for kronisk syke, funksjonshemmede og deres pårørende.

talerett og møterett for lovpålagte råd og interessenter for funksjonshemmede i Helseutvalget, Oppvekstutvalget, Arbeids- og inkluderingsutvalget, Bystyret og på andre aktuelle møtearenaer, slik lovverket også åpner opp for.

Vi ønsker også større fokus på den reelle brukermedvirkningen til de lovpålagte rådene, slik at de fungerer etter hensikten om å oppnå mer samfunnsdeltakelse og likestilling for mennesker med funksjonsnedsettelse. Blant annet er det viktig at rådet får hjelp av sekretariatet i kommunen til å løfte egne saker, som mange ganger har sitt utspring i den enkeltes individuelle og konkrete erfaringer og opplevelser, til systemnivå og til å legge dem frem og behandle dem i rådet.

ii) Tjenestenivået

Vi får mange tilbakemeldinger fra tjenestemottakere i både Kristiansand og andre kommuner knyttet til det tjenestetilbudet brukerne mottar.

Blant annet:

- Det er vanskelig å få innvilget brukerstyrt personlig assistanse (BPA), og enda vanskeligere å få så mange timer som man trenger.
- Kommunen anbefaler ofte brukerne om å la være å søke om BPA, både fordi det er en omfattende søknadsprosess og at det er krevende å være arbeidsleder.
- Mange søkere, både tjenestemottakere og pårørende, er bekymret for om klage- og ankeprosesser vil føre til redusert kvalitet i tjenestetilbudet, altså at de er redde for om brukeren vil møte mer motstand i apparatet hvis de står på kravene for å få det de har rett på og behov for.¹²³
- Langt flere familier har behov for kommunal koordinator som følger opp og veileder dem gjennom tjenestetilbudet. Praksis har vært at det er de som har privat avlastning gjennom kommunen, som har bistand til å koordinere tjenestene.
- Individuell plan (IP) bør brukes i langt større grad.
- FNs spesialrapportør for funksjonshemmede rapporterte i 2018 at Norge har et godt tjenestetilbud, men at de mange lokale forskjellene og den manglende koordineringen, gjør det vanskelig å orientere seg i systemet. Det bidrar til store forskjeller, både sosioøkonomisk og geografisk. Også i Kristiansand kommune må det jobbes bevisst og aktivt for at alle skal få god informasjon om hvilke rettigheter som finnes, og få god og tilpasset hjelp i søkeprosessene.
- Selv om FNs konvensjon om funksjonshemmede sine rettigheter (CRPD)¹²⁴ ikke er inkorporert i lovverket enda, er konvensjonen ratifisert, og den skal følges på alle nivåer. Det betyr blant annet at alle har rett til å velge bosted, hvem de vil bo med, og i hvilken boform. Også i Kristiansand etterlyser vi økt bevissthet om funksjonshemmedes menneskerettigheter blant ansatte.

¹²³ FFO Agder har i dialogen med revisjonen ønsket å understreke at man har fått overraskende få svar fra medlemmene på forespørselen om å komme med innspill til revisjonen, og at man oppfatter at dette må ses i sammenheng med «frykt for represalier» dersom man klager på tjenestene som kommunen leverer.

¹²⁴ Se avsnitt 2.1.1 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

- CRPD innebærer også et paradigmeskifte, fra objektivisering av tjenestemottakerne, til langt mer likestillings- og individfokus.
- Det er viktig at kartlegginger av habiliteringsfeltet gir informasjon om dem som mottar tjenester, men det er også viktig å inkludere dem som får avslag på tjenester, ikke har tilstrekkelig med tjenester, eller kunne hatt behov for andre tjenester for å danne et mest mulig realistisk bilde og dekke hele spekteret. Det har kommet tilbakemeldinger på at den pågående pårørendeundersøkelsen i kommunen ikke dekker de som faller utenfor tjenesteapparatet.
- Det er et alvorlig problem at mistillit mellom brukere og kommunen bygger seg opp over tid. Mistilliten oppleves ofte å være gjensidig.

II) KONKRETE TILBAKEMELDINGER FRA FFO- MEDLEMMER I ORGANISASJONENE:

Case 1:

«Regelmessig halvårlig tverrfaglig oppfølging fungerer rimelig bra for vår datter (usikker på om det heter IP, og om eventuelle formelle krav er oppfylt)

Ansvarliggjøring og oppfølging går bra på de fleste områder.

- Tjenestetilbudet i boligen er varierende, og med litt for lav bemanning slik vi vurderer det. På noen områder er tilbudet meget bra. Vår datter er avhengig av mye hjelp i det daglige (toalettbesøk, dusj, måltider osv.). Enkelte ansatte får ikke til å kommunisere på en god måte. Flere eksempler på at en ansatt bare forlater boligen hvis vedkommende ansatt føler situasjonen ubehagelig. Dette medfører meget stor frustrasjon og utrygghet for vår datter som fra før har en svært krevende situasjon med tanke på kommunikasjon. Plager som spiserørskramper og sure oppstøt forverres betydelig når slike situasjoner oppstår.

Vår datter er fortvilet over at hun ser ut til å være bundet til å motta hjelp fra denne personen. Vi har tatt dette opp med avdelingsleder og på ansvarsgruppemøter. Vi har blitt hørt i forhold til problemstillingen, men det ser ut til at denne ansattes behov så langt trumfer vår datters ønske om å få velge bort denne personen.

- Et blankt ark i tjenestetilbudet i boligen er individuelle aktiviteter og ferieopplevelser. Dette er nesten lik null. Alle beboere ser ut til å være avhengig av pårørende for det som strekker seg lenger enn det en eventuell støttekontakt kan bidra med. Med stadig flere venner som har BPA (fra flere kommuner) blir enkelte aktiviteter komplisert, og vi som pårørende blir "tvunget" til å bli med som assistenter. Det er vanskelig å si nei når det inviteres til bursdager, helgesamlinger og turer.
- I tillegg er boligen rent fysisk nokså utdatert. Den ble bygget 90 tallet ut fra forventninger til HVPU-reformen. Oppgraderinger av boligen / bofellesskapet er ikke prioritert fra huseier (kommunen / boligstiftelsen).»

Case 2:

«Her følger noen punkter vedrørende å ha barn i bolig. Barnet er over 18 år.

Det har vært IP [individuell plan] gjennom hele oppveksten. Det ble laget IP da han flyttet i bolig, men den har aldri blitt fulgt opp. Ansvarsgruppemøtene som skulle holdes, skulle plutselig ikke holdes og plan var ikke viktig.

Selv om jeg har brukt kommunens Handlingsplan for personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne som bakgrunn for mange henvendelser, så blir jeg som forelder avvist.

(NN) sier at det skal være møter i boligene årlig, det har aldri forekommet. Kommunen skal arrangere møter for pårørende, det ble gjort noen år, men det har bare vært ett møte i løpet av de siste ti årene.

Når man bor i bolig, får man ikke individuelt vedtak. Det står bare at en skal få hjelp til nødvendige ting. En får ikke tildelt antall timer eller noe en kan framsette en klage på.

Uansett hvor mye en er borte fra boligen, så er det aldri ressurser til noe ekstra ved behov.

Det har aldri vært mulig å få følge til sykehus, selv når pårørende selv har ligget på sykehus.

Det er mye bruk av tvang og indirekte tvang. Det har blitt fjernet dørhåndtak, innlåsing osv. uten at det får noen konsekvenser for de ansatte.¹²⁵

Når en melder fra om utført vold, skader osv. blir en bare møtt med at en har snakket med de ansatte, men ingen har gjort noe. Går ting i stykker har ingen gjort noe, ingen er ansvarlig for noe.

Det jobbes hardt for å skyve vekk pårørende. Personalet vil ha kontroll på alt av klesinnkjøp, inventar osv., leietakers eiendeler blir ikke respektert. Trenger de noe til felles bruk eller annet, så bare benyttes det. Vaskemaskin, tørketrommel osv. ødelegges av personalet, hardhendt bruk, slask og slendrian er en gjenganger.

Klær vaskes i stykker. Dongeri og gensere vaskes sammen. På forespørsel om de kan ha en vaskeansvarlig som har litt peiling på hva en vasker sammen, grader osv. så var svaret nei, det går ikke.

Det er lite som er mulig når en spør.

Det FN kritiserer Norge mest for når det gjelder CRPD, er umyndiggjøring av utviklingshemmede. Boligen brukte makt for å få pårørende bort fra vergeoppgaven, i den

¹²⁵ Revisjonen har bedt om nærmere opplysninger om hva det her gjelder. Så vidt revisjonen forstår, gjelder det her først og fremst til forhold som startet for om lag 10 år siden og som varte i om lag 2 år. Med utgangspunkt i beskrivelsen som gis samt at det oppgis at ny avdelingsleder i boligen umiddelbart stoppet tiltakene, oppfatter revisjonen at det her er mulig at kommunen har utøvd ulovlig tvang. Den pårørende oppgir også at det ikke ble opplyst om mulighetene for å klage til Statsforvalteren [tidligere Fylkesmannen] på det som ble oppfattet som ulovlig tvang. Gitt at forholdene det her er snakk om, skjedde for 8-10 år siden, går vi ikke nærmere inn på forholdene det vises til her. FFO er enig i denne vurderingen. Revisjonen bemerker samtidig at denne typen saker er uheldig, og at de bidrar til mistillit bygges opp. Når det gjelder status for bruk av tvang på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune i dag, så vil denne problematikken være gjenstand for en grundig gjennomgang i Sivilombudets rapport.

tro at det ville bli mer å disponere. Vel, det slo feil og da vendte de seg til pårørende med klager over sein respons fra oppnevnt verge, at de ikke fikk det som de ville osv.

Det er stor gjennomtrekk av personale. Alt kan visst settes inn i boliger.

Regler brukes etter eget forgodtbefinnende. Spiser han sukker og jeg ber de se til at han ikke gjør det, så henvises det til at det kan de ikke, det er hans sukker og da blir det tvang.

Forebyggende helsearbeid blir umulig når alt ansvar for veiledning fraskrives. Hvem har kjøpt sukkeret, det er personalet. Riktig nok for hans penger, men det er ikke vanlig å spise sukker. Da må en veiledes til å ikke gjøre det. Det går utover helse.

Han flyttet i bolig uten ett hull i tennene, godt over tjue år gammel. I boligen slurves det med tannstell, det har blitt hull og annet trøbbel. Hver gang vi er hos tannlegen, får vi klage på dårlig tannstell. Hva svarer de i boligen: «vi gjør så godt vi kan». Det er ikke bra nok, de er lønnet, de er på jobb og jobben består i å ta seg av tannstell, personlig hygiene osv., da skal det gjøres.

Bevisstheten til ansatte er på et lavmål. Det er mye mer jeg kunne sagt, men jeg setter strek her.

Etter ti år er jeg desillusjonert.»

4 Vurderinger

4.1 P1: Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester»)?

P1: I HVILKEN GRAD HAR KOMMUNEN RUTINER OG SYSTEMER FOR Å UNNGÅ, FOR Å FANGE OPP OG EVENTUELT FOR Å HÅNDTERE, FORHINDRE GJENTAKELSER AV OG LÆRE AV UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK?

Samlet sett vurderer revisjonen at *Helse og mestring* svarer ut våre spørsmål knyttet opp mot å ha på plass rutiner og systemer som skal bidra til trygge tjenester og til å lære av uønskede hendelser / svikt / avvik, på en tilfredsstillende måte, jf. avsnitt 4.1.1.

Det fremkommer samtidig av revisjonens gjennomgang at det er potensial for forbedring når det gjelder å styrke de ansattes faktiske kjennskap til overnevnte rutiner, jf. avsnitt 4.1.2 under.

4.1.1 Helse og mestring har rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik

Som vi så i avsnitt 3.2.2 (P1) over, har kommunen prosedyrer i sitt EQS Kvalitetssystem:

- For referansesjekk og for ansettelsesprosessen mer generelt, herunder dokumentasjon, jf. spørsmål 1. Det vises samtidig til mulige feilkilder (feilaktige opplysninger, unnlater etc.), og det konkluderes med at kommunen vanskelig kan sikre seg helt mot å bli forledet, selv om kommunens rutiner her følges.
- For innhenting og oppbevaring av politiattest ved ansettelse, jf. spørsmål 2. En slik attest er et viktig kriminalitetsforebyggende virkemiddel.
- For kontroll av autorisasjonen for personell med utdanning etter Helsepersonellovens § 48 opp mot Helsepersonellregisteret ved ansettelse. For de som allerede er ansatt og har autorisasjon, foretas det rutinemessig / årlig kontroll av autorisasjonsstatus opp mot Helsepersonellregisteret. I tillegg jobber kommunen med å utarbeide en rutine for i hvilke tilfeller kommunen skal kontakte Statsforvalteren for å sjekke ut om den som skal ansettes, har fått administrative reaksjoner og / eller tilsynssaker mot seg, jf. spørsmål 3.
- For å varsle rette instanser (Statens helsetilsyn, Stasforvalter etc.) om forskjellige typer avvik, alvorlige hendelser og mulige straffbare forhold begått av ansatte, samt for å håndtere disse sakene, jf. spørsmål 4. Ved enkelte alvorlig hendelser kan ledelsen i *Helse og mestring* beslutte å nedsette en analysegruppe for å belyse bakenforliggende systemårsaker og identifisere mulige systemforbedringer.
- For oppfølging av tilsynssaker samt for å melde om avvik og uønskede hendelser blant de ansatte. Alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått rut-

inen for å melde om avvik og uønskede hendelser, og det fremkommer at det er bevissthet i organisasjonen rundt viktigheten av å lære av avvik, jf. spørsmål 5, 6 og 11. Kommunen oppgir videre at «avvikssystemet er bygd opp slik at ledelsen kan få ut mye data til å jobbe med forbedring og hindre gjentakelse», jf. spørsmål 23, og den øverste ledelsen i *Helse og mestring* skal orienteres gjennom tertialrapportering om status for avvikshåndtering.

- For å håndtere mulige overgrep mot beboere i bofellesskap. Når det gjelder å avdekke overgrep, så viser kommunen til at det i Agder politidistrikt er et tverrfaglig konsultasjonsteam i regi Barnehuset som kommunen deltar i og som kan benyttes ved bekymring eller mistanke om vold og seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming. Kommunen anbefaler også å ta i bruk *Trygg-Est*, et program som skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Videre er VIP et voldsforebyggende program som skal gi personer med intellektuell funksjonsnedsettelse bedre evne til å forstå egne følelser, til å sette grenser og til å forstå hva som er vold og overgrep, jf. spørsmål 7. Merk at rutinene som det vises til i de andre spørsmålene som kommer inn under P1 (referansesjekk, politiattest etc.), også skal bidra til å forebygge overgrep mot beboere i bofellesskap.
- For å følge opp saker hvor det er indikasjoner på at en ansatt er uegnet (misligheter, vold, uakseptabel utførelse av tjenesten etc.) og ivareta brukers trygghet og interesser i disse sakene, jf. spørsmål 8. Avdelingslederne i bofellesskapene peker på at de i denne typen saker enten vil sjekke prosedyren i kvalitetssystemet eller kontakte enhetsleder, eller gjøre begge deler. Det er videre bevissthet blant avdelingslederne om at god dokumentasjon og korrekt saksgang er svært viktig i denne typen saker.
- For å bidra til at relevant og nødvendig dokumentasjon¹²⁶ registreres i kommunens elektroniske pasientjournalssystem Profil. *Helse og mestring* har i tillegg blant annet modulbasert basiskompetanse som et tilbud om systematisk kompetanseheving, og dokumentasjon og kvalitet er en av modulene, jf. spørsmål 10. Avdelingsledernes svar på dette spørsmålet varierer en del, men mange oppfatter at det jobber godt på avdelingen med å dokumentere nødvendige og relevante opplysninger. Det understrekes samtidig at det å skrive gode journaler, er utfordrende, og det pekes på at man her alltid kan bli enda bedre. Spesielt er det ifølge avdelingsledere viktig å være bevisst på at dokumentasjonen bør være mer observerende og ikke tolkende, samt på at man kun dokumenterer journalverdig helsefaglig informasjon.¹²⁷

¹²⁶ Relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming omtales i kapittel 8.1 i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*.

¹²⁷ Merk at revisjonen i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet ikke har gått gjennom journaler til beboere i kommunens bofellesskap. Spørsmål 12 i revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte, jf. avsnitt 3.3.2 over, viser imidlertid at kun 61 pst. av respondentene oppgir at de er trygge når det gjelder å sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelser. Vi legger her til at Sivilombudet har lagt vekt på å gjennomgå journaler i sin rapport om et avgrenset utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand kommune. Revisjonens og Sivilombudets rapporter vil i så måte etter alt å dømme komplementere hverandre.

For å ivareta sitt ansvar, er det viktig at kommunen har gode rutiner og systemer for å unngå, for å fange opp og for å håndtere, forhindre gjentakelser av og lære av uønskede hendelser / svikt / avvik. Kommunen må videre ha rutiner som bidrar til at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder, og tjenesteyteren må også dokumentere relevant og nødvendig informasjon for at tjenesten skal være forsvarlig. Når det gjelder problematikken som kommer inn under P1 i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, og som skal bidra til trygge tjenester for beboerne samt til forbedring av tjenestene, så vurderer revisjonen at *Helse og mestring*s kvalitetssystem bidrar til kommunens ansvar på dette området blir ivaretatt. Det er her verdt å merke seg at det har vært en positiv utvikling de seneste årene når det gjelder kommunens kvalitetssystem¹²⁸.

4.1.2 Implementering: Utfordringer når det gjelder ansattes kjennskap til rutiner og prosedyrer

Svarene fra *Helse og mestring* og fra avdelingslederne på revisjonens spørsmål, indikerer videre at rutiner og prosedyrer som skal bidra til trygge tjenester på habiliteringsfeltet og som gjelder avdelingslederne eller ledernivåene over (referansesjekk, politiattest etc.), i hovedsak følges opp.¹²⁹ Avdelingsledere peker også på at selv om de ikke alltid er oppdatert på alle detaljer i alle prosedyrer, så vet de hvor de skal finne aktuelle rutiner dersom et behov oppstår. Avdelingsledere peker også på at de vil søke støtte hos enhetsledere dersom mer alvorlige avvik / uønskede hendelser oppdages, samt til at god dokumentasjon og korrekt saksgang er svært viktig i denne typen saker. *Helse og mestring* viser også til rutiner for å følge opp klagesaker og for å lukke avvik i tilsynssaker.

Det er videre sentralt at aktuelle rutiner og prosedyrer faktisk er kjent blant de ansatte i organisasjonen. *Helse og mestring* har som vi har sett et system for at alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått forskjellige rutiner. Svar fra avdelingslederne viser at det legges vekt på å arbeide systematisk med å gjøre de ansatte kjente med sentrale prosedyrer for å melde fra om og håndtere uønskede hendelser / svikt / avvik. Avdelingslederne er også bevisst på viktigheten av å etablere en kultur blant de ansatte på avdelingene for å skrive avvik og rapportere om uønskede hendelser.

¹²⁸ Man kan i *Økonomiplan 2017-20* lese at «Det skal bygges opp et helhetlig kvalitetssystem i helse- og sosialsektoren. Målet er å gi ansatte bedre kunnskap og kompetanse om tjenestenes organisering og virksomhetens generelle og spesielle prosedyrer, i den hensikt å kvalitetssikre og forbedre tjenestene» (s. 121). I *Økonomiplan 2018-21* står det at «Kristiansand kommune har frem til 2017 ikke hatt et helhetlig kvalitetssystem. Det har kun vært en blanding av frittstående kvalitetssystemer i sektorene, håndbøker samt annen styrende dokumentasjon på flere ulike plattformer» (s. 168).

¹²⁹ Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet tar for seg habiliteringsfeltet, som er en del av kommunalsjefsområdet *Livsmestring* på området *Helse og mestring* i Kristiansand kommune. Vi ønsker imidlertid i tillegg å understreke at det på generelt grunnlag er viktig at mislighetssaker meldes raskt til revisjonen jf. kommunelovens § 24-7 og Kristiansand kommunes prosedyre for «Håndtering av mulige straffbare forhold begått av ansatte». Revisjonen skal deretter melde denne typen saker i nummerert brev til Kontrollutvalget, jf. kommunelovens § 24-7. På området *Helse og mestring*, herunder habiliteringsfeltet, er det imidlertid eksempler på at det å melde mislighetssaker til revisjonen, har tatt for lang tid.

Det må også understrekes at det alltid vil være rom for forbedring i kommunens kvalitetsarbeid. I revisjonens rapport *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune* (2021) understrekes det eksempelvis at «Kvalitetsrådgiveren opplever at området [*Helse og mestring*] fortsatt har et forbedringspotensial i forhold til å evaluere måloppnåelsen når det gjelder målene som settes i rådets forskjellige planer» (s. 40).

Samtidig peker flere avdelingsledere at det kan være krevende å finne tid til å følge opp avvik slik man ideelt sett ønsker. Det pekes videre på at det er en utfordring at ansatte i små stillinger ikke er godt nok kjent med kvalitetssystemet og rutinene for å melde inn avvik, samt at det er vanskelig å nå alle ansatte med lik informasjon, blant annet fordi deltidsstillinger og vikarer ofte ikke er til stede på personalmøter. Noen avdelingsledere oppgir også at man kan ha et forbedringspotensial i forhold til nye vikarer, da det er mye som nye vikarer skal læres opp i, og opplæring i hvordan man melder inn avvik blir kun en liten del av hele opplæringen. En avdelingsleder skriver at

«[...] Graden av kunnskap og kjennskap henger ofte sammen med stillingsstørrelse. De små stillingene er vanskeligere å løfte faglig både som følge av stillingsstørrelsen, men også som følge av tilhørighet og ansvarsopplevelse for arbeidsplassen.

Avdelingsledere viste også til at det er en utfordring for avdelingene at kompetanse som bygges opp, forsvinner når ansatte bytter avdeling eller slutter og nye ansatte begynner. Spesielt gjelder ifølge avdelingsledere dette rulling på helgestilling, tilkallingsvikarer, sommervikarer og andre små stillinger. Det pekes også på at avvikene øker i perioder med mye sykdom, vikarer og endringer.

Revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet, jf. avsnitt 3.3.2 over, støtter opp om avdelingsledernes vurderinger. Vi så blant annet at når det gjaldt kjennskap til avdelingens rutiner og prosedyrer for å melde avvik i forbindelse med uønskede hendelser / svikt / forsømmelser etc., så ble andelen ansatte som oppga at de her følte seg trygge, markert redusert dersom man tok utgangspunkt i dimensjonene «små stillinger» og «ikke autorisasjon». Kun 62 pst. av disse respondentene oppgir at de føler seg trygge når det gjelder avdelingens rutiner og prosedyrer for å melde avvik, jf. spørsmål 8.

Tilsvarende ser vi at når man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon», oppgir kun 50 pst. av respondentene at de er trygge på avdelingens rutiner for å forebygge og avdekke vold / overgrep etc. mot brukere av tjenestene, jf. spørsmål 9.¹³⁰

Når det gjelder de ansattes beskrivelse av avdelingens meldekultur, så er det kun 32 pst. av respondentene som vurderer at den er god, jf. spørsmål 10 i revisjonens spørreundersøkelse. De ansatte som oppgir at de har vært sykemeldte, vurderer meldekulturen på avdelingene som noe dårligere enn respondentene samlet sett. Vi har samtidig sett at ledelsen i *Helse og mestring* oppfatter at kulturen for å melde EQS-avvik er «meget god». I avdelingsledernes svar problematiseres utfordringene knyttet til det å etablere gode meldekulturer på avdelingene. Revisjonen legger her til at det må skilles mellom kvalitets- / EQS-avvik på den ene siden, og det å varsle¹³¹ på den an-

¹³⁰ Merk at Sivilombudet har signalisert at de i sin gjennomgang vil kommentere i hvilken grad 1-1 bemanning gjennom store deler av døgnet for enkelte beboere, bidrar til økt risiko knyttet til vold og overgrep.

¹³¹ Kommunens varslingsgruppe rapporterte i sak 12/22 i Kontrollutvalget at antall varsler i kommunen samlet sett har gått kraftig ned, fra 61 i 2018 til kun 8 i 2021. Når det gjelder årsaker til denne nedgangen, så ble det i presentasjon i Kontrollutvalget vist til at «a) Senvirkninger av kommunesammenslåingen og pandemien har begrenset svært mange aktiviteter / tiltak i kommunen; b) Organisasjonen bærer preg av en slitenhet (høyt sykefravær); c) Mange ledere har for stor arbeidsbelastning (ref. kartlegging); d) Noen steder er det jobbet for lite med arbeidsmiljøet; e) Bruk av 10-faktor forskyves; f) Varsling oppleves trolig som «skummelt tema» → utrygt å

dre siden. Mens *Helse og mestring* i sitt svar har tatt utgangspunkt i kvalitets- / EQS-avvik, så kan det tenkes at de ansatte har forstått begrepet «meldekultur» mer helhetlig og at de i så måte har tatt utgangspunkt i både kvalitets- / EQS-avvik, varsling¹³² og andre aktuelle typer avvik. I alle tilfeller vurderer revisjonen at de ansattes tilbakemelding om meldekulturen viser at de opplever at det er potensial for utvikling og forbedring på dette området.

Når det gjelder de ansattes arbeid med å sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelser, så svarer 61 pst. respondentene på revisjonens spørreundersøkelse at de er trygge, jf. spørsmål 12. Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonene «kort tid i jobben» og «ikke autorisasjon», så faller denne andelen til 38 pst.

Oppsummert så viser revisjonens spørreundersøkelse at selv om kommunen har på plass rutiner for at alle nyansatte skal kvittere ut at de har lest og forstått sentrale rutiner som skal bidra til at tjenestene på habiliteringsfeltet er trygge, så er det et forbedringspotensial når det gjelder de ansattes faktiske kjennskap til disse sentrale rutine-ene. Både avdelingsledernes svar og revisjonens spørreundersøkelse indikerer at kort tid i jobben, små stillinger, høy turnover og lav formell kompetanse / manglende autorisasjon, har negativ innvirkning på de ansattes faktiske kjennskap til sentrale rutiner og prosedyrer.

4.2 P2: Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)

P2: I HVILKEN GRAD JOBBER KOMMUNEN SYSTEMATISK LANGS DIMENSJONER SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ OG INNHOLDET I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET PÅ HABILITERINGSFELTET?

4.2.1 Kommunen jobber systematisk med deltidsproblematikk og sykefravær

Spørsmål 12: Deltid¹³³:

varsle?; g) Varsler har frykt for sine «personlige omkostninger»; h) Ulike medieoppslag svekker tilliten til vårt system». Samtidig ble det i møtet pekt på at antall kvalitetsavvik for kommunen samlet sett har økt fra 6238 i 2020 til 7430 2021.

Kommunen informerte også Kontrollutvalget om at det gjennomføres flere tiltak som skal bidra til å styrke varslingsinstituttet i kommunen: «a) Kommunedirektøren har presisert viktigheten av hele varslingsinstituttet på store ledermøter; b) Varsling er tema i kommunedirektørens styringsdialogmøter med alle direktørene (enkeltvis); c) Det jobbes med en egen e-læringsmodul om varsling som skal bli tilgjengelig for alle ansatte; d) Varsling er jevnlig tema i ulike møter med tillitsvalgte og verneombud; e) Temadag om varsling; f) Det legges opp til mer informasjon på *Innafor* (inkl. video)».

¹³² Vi bemerker her at når det gjelder de to spørsmålene i spørreundersøkelsen som kom før spørsmålet om meldekultur, så kan det ene spørsmålet (spørsmål 8 om avvik) ses i sammenheng med kvalitets- / EQS-avvik, mens det andre spørsmålet (spørsmål 9 om vold og overgrep) kan ses i sammenheng med varsling.

¹³³ I *Kompetanseløft 2020 – Årsrapport* kan man lese at «De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært preget av deltidsarbeid siden siste del av 1980-tallet. Arbeidstidsreformen i 1987 medførte en endring fra 38 timers uker til 35,5 timers uker. Reduksjonen ble tatt ut som en ekstra frihelg, uten at turnusene ble lagt om. Dette resulterte i et behov for små stillingsbrøker til å sikre bemanning i helgene. Dessverre er bruken av deltid i dag blitt

I Kompetanseløft 2020 – Årsrapport 2019 pekes det på at

«Deltidsproblematikken påvirker kvaliteten i tjenestene på flere nivå, ved at kontinuitet, forutsigbarhet, informasjon og faglighet blir utfordret. Samtidig skaper deltid lite pleie-kontinuitet hos sårbare pasientgrupper, og gjør det vanskelig å sikre god informasjonsflyt og kontakt med pårørende. [...] Med mange ansatte i mindre stillinger får ledere personalansvar for svært mange ansatte, noe som igjen medfører mye administrasjon og utfordringer knyttet til opplæring og kunnskapsoverføring. Når leders arbeidstid bindes opp av administrativ personaladministrasjon, kan dette også påvirke muligheten for etablering og utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling i tjenesten» (s.15-16).

[...] «Det bør vurderes kraftfulle tiltak og insitament for å styrke omlegging til heltidsstillinger» (s. 53).¹³⁴

Når det gjelder spørsmål 12 om deltidspromatikk, så svarer kommunen presist: 71,2 pst. av de ansatte på habiliteringsfeltet som jobber direkte pasientnært i bofellesskapene tilhørende habilitering, er deltidsansatte. *Helse og mestring* understreker de negative effektene på tjenestekvalitet, arbeidsmiljø, rekruttering og likestilling av en høy andel deltidsansatte, og disse negative effektene utdypes også som vi har sett i avdelingsledernes svar.

Kommunen viser videre til at hovedgrepet for å øke andelen heltid på området *Helse og mestring* er knyttet til å endre arbeidstidsordninger, og da særlig til å øke vaktlengder, samt at det som hovedregel skal tilsettes i heltidsstillinger. Kommunen har også et heltidskulturprosjekt. *Helse og mestring* oppgir samtidig at det er ikke funnet økonomisk handlingsrom til å prioritere virkemidler relatert til heltid i perioden. Revisjonen legger her til at i tillegg til ressursmessige og praktiske utfordringer knyttet til det å etablere en heltidskultur, har vi i avsnitt 3.3.2 sett at kun 30 pst. av respondentene i revisjonens ansattundersøkelse som ikke allerede jobber fulltid, ønsker å jobbe fulltid.

Revisjonen bemerker at andelen deltidsansatte på habiliteringsfeltet som jobber direkte pasientnært i bofellesskapene, er høy, og at dette har en negativ innvirkning på kvaliteten på tjenestene som leveres.¹³⁵ Revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte viser også at respondenter som kommer inn under kategorien «små stillinger», kommer dårligere ut på flere av spørsmålene.

så utbredt at Helsedirektoratet vurderer den som en av de fire hovedutfordringene i omsorgstjenestene» [de tre andre er: mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover] (s. 14-15).

¹³⁴ I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* understrekes det i kapittel 2.1 videre at «Deltid og små stillinger påvirker kvaliteten på tjenestene og forutsigbarheten for virksomheten. Deltid reduserer stabilitet og kontinuitet i relasjoner mellom tjenestemottakere og tjenesteytere. Kommunen bør arbeide systematisk for en heltidskultur med minst mulig bruk av deltid». Også i veilederens kapittel 5.6 om forebygging av utfordrende atferd, understrekes det at «Kommunen må arbeide kontinuerlig med en heltidskultur, med minst mulig deltid og utskiftning». I Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-25* kan man lese at «Heltidskultur høyner kvalitet på tjenesteleveransene, virker positivt for arbeidsmiljøet og styrker kommunens omdømme som en attraktiv arbeidsgiver» (s. 68).

¹³⁵ Merk at kommunens i sitt svar til revisjonen skriver at «Ved mulighet økes stillinger, for ansatte med rett kompetanse, til 100%». Dette poenget illustrerer utfordringene kommunen står overfor: isolert sett er det ønskelig å øke stillingsprosenten for flest mulig av de ansatte; samtidig vil det imidlertid skape nye utfordringer for tjeneste-produksjonen på feltet dersom en økende andel av de ansatte i heltidsstillinger, er ufaglærte.

Samtidig viser de seneste års økonomiplaner at kommunen over tid har hatt fokus å redusere deltid, etablere en heltidskultur¹³⁶ og øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Revisjonen konkluderer med at kommunen, i tråd med Bystyrets vedtak og forutsetninger, jobber systematisk med å etablere en heltidskultur på habiliteringsfeltet.¹³⁷ Vi legger imidlertid til at vi har sett at det i *Kompetanseløft 2020 – Årsrapport 2019* understrekes et manglende heltidskultur er et alvorlig problem for kvaliteten på tjenesteproduksjonen samt at «det bør vurderes kraftfulle tiltak og insitament for å styrke omlegging til heltidsstillinger» (s. 53), og i hvilken grad ressurser til tiltak i arbeidet med heltidskultur som *ikke* kan iverksettes innenfor gjeldende rammer, skal prioriteres, vil være et politisk spørsmål.

Spørsmål 13: Sykefravær:

I Kristiansand kommunes økonomiplaner kan man lese at

Flere ansatte i hele stillinger kan ses i sammenheng med satsing på redusert sykefravær (Økonomiplan 2021-24).

Økt nærvær bidrar til kvalitet i tjenesteleveringen og bedre arbeidsmiljø. (Økonomiplan 2020-23).

Høyt sykefravær er en utfordring. Dette går utover tilgjengelig kompetanse, stabilitet i arbeidsstokken og kjennskap til beboeren, som igjen kan påvirke adferden til beboere (Økonomiplan 2020-23 og Økonomiplan 2021-24).¹³⁸

I avdelingsledernes svar til revisjonen utdypes utfordringene som avdelingene opplever som følge av høyt sykefravær. Det er stor variasjon mellom avdelingene når det gjelder nivået på sykefraværet, og det fremgår av kommunens svar til revisjonen at sykefraværet på habiliteringsfeltet samlet sett ligger på i underkant av 12 pst. I sitt svar til revisjonen viser kommunen til *Økonomiplan 2021-24*, hvor man kan lese at

Området har et høyt sykefravær; arbeidet med å øke nærvær må derfor prioriteres høyt i perioden. [...].

Kommunen viser videre til prosjektet «NED med sykefraværet» samt til flere andre tiltak, og avdelingslederne viser også til flere forskjellige lokale tiltak på de enkelte avdelingene for å redusere sykefraværet. Arbeidet med å redusere sykefraværet omtales også som «et viktig satsingsområde for kommunen» i de seneste års økonomiplaner.¹³⁹ Som for spørsmål 12 om deltidsproblematikk over, konkluderer revisjonen med

¹³⁶ I *Økonomiplan 2020-23* understrekes det at «Arbeidet [med heltidskultur] vil ha et tydelig fokus fremover - blant annet ved en egen koordinator plassert i sentral personalenhet, sammen med operative grupper i kommunalområdene. Noen tiltak kan iverksettes innenfor gjeldende rammer, mens andre vil ha noen kostnadmessige utfordringer og må vurderes spesielt i forbindelse med det årlige økonomiplanarbeidet. Arbeidet vil innebære et sterkt fokus på kultur og holdninger, samt noe på system og struktur» (s. 30).

¹³⁷ En detaljert gjennomgang av kommunens arbeid med heltidskultur kan eventuelt gjøres i et eget forvaltningsrevisjonsprosjekt.

¹³⁸ Merk at omtalen i dette avsnittet er fra kapittelet om omsorgssentre. Revisjonen legger til grunn at den er gyldig også for bofellesskap for utviklingshemmede.

¹³⁹ Følgende sitat fra *Økonomiplan 2022-25* indikerer også at de forskjellige utviklingsprosjektene som tar utgangspunkt i kommunen som arbeidsgiver, ses i sammenheng: «Hvordan kommunen skal møte målkonflikter som gjelder satsing på redusert sykefravær og heltidskultur, samtidig som man skal rekruttere personer med nedsatt

at kommunen, i tråd med Bystyrets vedtak og forutsetninger, jobber systematisk med å redusere sykefraværet på habiliteringsfeltet.¹⁴⁰

4.2.2 Autorisasjon, rekruttering, kompetanseheving

Spørsmål 16 (autorisasjon), 17 (rekruttering) og 18 (kompetanseheving):

I Kompetanseløft 2020 - Årsrapport 2019 pekes det på at

En kvalitetsindikator for kommunal helse- og omsorgstjeneste er hvor stor andel årsverk som utføres av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Kvalitetsindikatoren er viktig å følge i lys av økt behov for mer avansert og tverrfaglig helsehjelp, blant annet grunnet brukergrupper med behov for omfattende og sammensatte tjenester. Det er viktig å påpeke at ufaglærte utgjør en viktig ressurs, da mange kan ha ervervet betydelig realkompetanse. Samtidig ligger det et potensial for kompetanseutvikling og kvalifisering i de ufaglærte (s. 16-17).

Det er uheldig at mange ufaglærte har svært lavt utdanningsnivå samtidig som brukere tjenestene krever stadig mer kompetanse (s. 18).

Det har siden oppstart av Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner vært sats- et mye på å kvalifisere ansatte uten relevant fagutdanning til helsefagarbeidere (s. 24).

Brukergruppen i boliger for personer med utviklingshemming er kjennetegnet av flere og komplekse tilstander, og de har stort behov for kompetent helsehjelp i tillegg til miljøterapeutisk kompetanse (s. 32). Det er påpekt utfordringer med manglende kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i en rekke rapporter¹⁴¹ (s. 33).

I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* understrekes det i kapittel 2.1 videre at

Kommunen skal ha oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov, sett opp mot brukernes behov for tjenester og de oppgavene som skal løses. Kommunen skal videre sørge for tilstrekkelig kvalifisert bemanning sett opp mot behovet. Dette betyr både tilstrekkelig personell med høyskoleutdanning innen helsefag, sosialfag og spesialpedagogikk, og tilstrekkelig personell med fag- og yrkesspesifikk kompetanse.

[...] Kommunen må sørge for at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder og at de får nødvendig veiledning. Kommun-

arbeidsevne [det vises her til satsingen *Flere i arbeid*] vil være et viktig tema. Kommunens heltidsprosjekt og nærværprosjekt blir viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet».,

¹⁴⁰ Revisjonen gjennomførte i 2019 et forvaltningsrevisjonsprosjekt som tok for seg sykefraværet i Kristiansand kommune. I rapporten kommer revisjonen med 10 konkrete anbefalinger for kommunens videre arbeide med å forebygge og redusere sykefraværet i kommunen som vi her legger til grunn at kommunen følger opp, jf. <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2018/01/Sykefrav%C3%A6r-i-Kristiansand-kommune.pdf>.

¹⁴¹ Det vises her til Helsetilsynet (2017) *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, NOU 2016:17 På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming, og Rambøll (2016) *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse*. I Helsetilsynets rapport pekes det blant annet på at «ufaglærtes mulighet til å fange opp endringer i helsetilstand er begrenset, og at ansatte uten formell kompetanse kan ha dårlig faglig skjønn ved kriser» (s. 22).

en må legge til rette for kompetanseheving, som kurs, videreutdanning og etterutdanning. [...] Kommunen bør jobbe systematisk med kompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming. Dette bør skje gjennom strategisk kompetanseplanlegging både for den enkelte sektor og deltjeneste og på et overordnet nivå.

I Rambølls rapport *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*¹⁴² fra 2018 pekes det på at kommunene som systematisk satser på kompetanse, jobber langs flere spor:

De jobber med å øke grunnkompetanse, satse på videreutdanning, samt tilrettelegge for læring på arbeidsplassen. Videre ser de elever, studenter og lærlinger som viktige bidragsyttere i tjenestene - både som vikarer, for arbeidsmiljøet og ikke minst som en viktig rekrutteringskanal (s. 5).

Når det gjelder svarene på revisjonens spørsmål, så bemerker vi at

- *Helse og mestring* svarer utfyllende på spørsmål 15-17 om kompetanseutvikling og rekruttering. Det vises blant annet til at ansatte i medarbeidersamtaler gis mulighet til å fremme ønske om kompetanseutvikling, og at kommunen hvert år søker tilskudd fra Statsforvalteren til kostnader ved utdanning / kompetanse. Det understrekes samtidig at kommunens rekrutteringsutfordringer knyttet til sykepleiere og vernepleiere merkes også på habiliteringsfeltet. *Helse og mestring* viser videre til at systemet for overordnet strategisk kompetanseplanlegging, som kommunen planlegger ferdigstilt innen utgangen av 2022, vil kunne bedre systematikken og tiltak knyttet til kompetansebehov, og i *Økonomiplan 2022-25* understreker *Helse og mestring* at rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging vil bli særlig prioritert i perioden. Når belastningen med pandemien avtar, vil lederne i habilitering også gjenoppta samarbeidet med UiA omkring studenter i vernepleie. Det vises også til kommunens e-læringskurs, modulbasert basiskompetanse, overordnede opplæringspakker for nyansatte, interne opplæringsrutiner for avdelingene og opplæringsrutiner knyttet til enkeltbrukere. Det gjennomføres også kurs i forhold til bruk av tvang og makt, og noen avdelinger har kurs i konflikthåndtering. *Helse og mestring* viser også til andre kompetansehevende tiltak. Med utgangspunkt i ett sett med kriterier¹⁴³, oppgir *Helse og mestring* at 42,4 pst. av ansatte som jobber pasientnært med brukere, har autorisasjon.
- Avdelingsledere peker på at utfordringene de faktisk står overfor i det daglige arbeidet, er betydelige. Selv om man opplever å ha tilstrekkelig kompetanse i grunnturnus / større stillinger, oppstår utfordringer i forbindelse med sykefravær og permisjoner. Mange peker også på at manglende fagkompetanse hos vikarer og i helgestillinger er utfordrende, og at nettene og helgene er det svake leddet. De fleste avdelingslederne skriver at det er ett kontinuerlig behov for kompetanseheving på alle områdene som nevnes i spørsmål 18, samt at det kan være utfordrende å sikre nødvendig kompetanse for små stillinger / vikarer / helgestillinger. Det kan også være utfordrende å finne rom til refleksjon og kollegaveiledning innenfor egen drift. Noen spiller inn at det bør legges til rette for videreutdanning og at det kan være

¹⁴² Se <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=strategisk%20kompetanseplanlegging>.

¹⁴³ Revisjonen bemerker at overnevnte kriterier tar utgangspunkt i om lag 760 midlertidige og fast ansatte med stillingsprosent over 0. De om lag 240 tilkallingsvikarene på feltet med en stillingsprosent på 0, er på den annen side ikke tatt med i denne beregningen.

krevenne å ha ufaglærte i forholdsvis store stillinger. Det pekes også på at det er hensiktsmessig å ansette studenter og lærlinger i forskjellige typer deltidsstillinger slik at avdelingene kan rekruttere dem etter endt utdanning. Noen avdelingsledere har vært særlig aktive og systematiske i arbeidet med å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. På spørsmål 45 og 46 om hva man bør gjøre for å styrke rekrutteringen og hva som skal til for å levere trygge og faglig gode habiliteringstjenester som er tilpasset brukernes behov, understreker mange avdelingsledere at vektlegging av videreutdanning og kompetanse- og fagutvikling er viktig både for å levere gode tjenester og for å gjøre arbeidsplassen attraktiv. Flere avdelingsledere peker på at det er behov for flere fagpersoner med relevante fagutdanninger som kan sikre aktive og tverrfaglige fagmiljøer, samt ressurser til å arrangere fagutviklingsdager / videreutdanning, både internt og eksternt.

- Revisjonens spørreundersøkelse viser at respondenter som kommer inn under kategorien «ikke autorisasjon», kommer dårligere ut på flere av spørsmålene, og på spørreundersøkelsens avsluttende åpne spørsmål om hva respondenten trenger for å levere tryggere og faglig bedre habiliteringstjenester som i større grad er tilpasset brukernes behov, svarte 56 pst. av respondentene «fag- og kompetanseutvikling». Over 60 pst av respondentene oppgir at de ønsker å videreutvikle sin formelle kompetanse. Det er for øvrig verdt å merke seg at det viser seg at de som *ikke* ønsker å videreutvikle sin kompetanse, kommer dårligere ut på noen av spørsmålene i undersøkelsen.
- Revisjonen legger til at brukere som er underlagt bruk av tvang og makt etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-5, ifølge nevnte lovs § 9-9 har rett på kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak. Ifølge § 9-9 kan imidlertid Statsforvalteren «i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet». Den enkelte kommunes behov for dispensasjoner vil være en indikator for status når det gjelder kompetansen på habiliteringsfeltet. Denne problematikken diskuteres utfyllende i Sivilombudets rapport om bruken av tvang og skjermingstiltak for et utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak. Vi bemerker her at Statsforvalteren oppgir til revisjonen at det gis mange dispensasjoner til Kristiansand kommune. I en del tilfeller ber Statsforvalteren kommunen om å gjøre endringer og justeringer, men Statsforvalteren oppgir samtidig at man i liten grad avslår søknader om dispensasjon, da kommunene på kort sikt søker å løse oppgavene med den kompetansen de har til rådighet. Statsforvalterens oppgir at hovedinntrykket er at situasjonen i Kristiansand ikke er verre enn i andre norske kommuner.

Revisjonen vurderer at *Helse og mestring* ivaretar sitt ansvar når det gjelder å bidra til at alle tjenesteytere, herunder nyansatte og vikarer, har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder. Samtidig har vi sett at det er et forbedringspotensial når det gjelder de ansattes faktiske kjennskap til sentrale rutiner og prosedyrer, jf. avsnitt 4.1.2, og når det gjelder i hvilken grad de ansatte faktisk følger seg trygge i forhold til etisk refleksjon, jf. avsnitt 4.2.12.

Revisjonen vurderer videre at når det gjelder den strategiske kompetanseplanleggingen på habiliteringsfeltet, så er forbedringspotensialet betydelig. Feltet er komplekst, og vi har sett at *Helse og mestring* gjennomfører forskjellige tiltak samt at enkelte avdelingsledere jobber aktivt og systematisk med å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Sam-

tidig, med utgangspunkt i materialet kommunen har oversendt og svarene fra avdelingslederne, er revisjonens inntrykk at et mer langsiktig og systematisk arbeid på dette området, vil styrke kvaliteten på tjenesteproduksjonen på kommunens habiliteringsfelt. Vi viser her kort til Statsforvalteren i Agders webinar *Gode tjenester til utviklingshemmede* i september 2021, hvor Flekkefjord kommunes arbeid ble presentert som et godt eksempel som andre kommuner kan lære av.

Det fremgår av nevnte presentasjon og oversendte dokumenter¹⁴⁴ at habiliteringsfeltet i Flekkefjord kommune «over flere år har satset på en helhetlig kompetanseheving for å utvikle tjenestene samt rekruttere og beholde medarbeidere». Det vises til at habiliteringsenheten blant annet «jobber systematisk med satsning på fagutdanning gjennom prosjektet *Fra assistent til helsefagarbeider*, og det er verdt å merke seg at mens Kristiansand kommune oppgir at ansatte i medarbeidersamtaler «gis mulighet til å fremme ønske om kompetanseutvikling», så har Flekkefjord utarbeidet dokumentet *Oppfordring til kompetanseheving*, hvor man kan lese at

Flekkefjord kommune oppfordrer ansatte innen helse og velferd til å øke sin kompetanse innen prioriterte områder for å sikre nok og riktig kompetanse i tråd med fremtidige behov og krav til kvalitet på tjenestene. Vi håper ansatte med fagskole- og høyskoleutdanning tar etter- og videreutdanning og at ansatte uten formell kompetanse tar relevant fagbrev.

Nevnte dokument oppsummerer videre hvilke kurs og utdanninger som er aktuelle, søknadsfrister og andre praktiske opplysninger. Flekkefjord oppgir at kommunes proaktive tilnærming til å styrke de ansattes kompetanse har ført til at flere ansatte selv ønsker å styrke sin kompetanse.

Resultatet av satsingen, som også innbefatter arbeid med å øke stillingsstørrelser, med å redusere sykefraværet (som på feltet har vært på 8-9 pst. de seneste årene) samt systematisk satsing på å ansette studenter i små stillinger og rekruttere dem til fulltidsstillinger ved endt utdanning, er bemerkelsesverdig:

Utviklingen fra 2015 til 2021 viser at vi har fått økt grunnkompetanse i enheten gjennom at årsverk ufaglært har blitt redusert fra 31 årsverk til 13,5. Tjenesten har i samme periode økt med 6,2 årsverk.

Flekkefjord viser også til at langvarig systematisk satsing på økt kompetanse sammen med kontinuitet over tid i rollen som overordnet faglig ansvarlig, har ført til at bruken av tvang har gått vesentlig ned samtidig som behovet for dispensasjoner fra kompetansekrav er redusert. Presentasjonens konklusjon var at «gode faglige tjenester er god økonomi». Revisjonen legger til at vi har sett at kompetanse er en sentral kvalitetsindikator, og at overnevnte arbeid må antas å ha bidratt til økt kvalitet på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet i Flekkefjord kommune.

Oppsummert så vurderer revisjonen at det på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune er et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging, og at dette bør adresseres i systemet for overordnet strateg-

¹⁴⁴ Flekkefjord kommune har oversendt dokumentene *Oppfordring til kompetanseheving 2022* og *Strategi for rekruttering, kompetanse, heltid og inkludering 2021- 2030*.

isk kompetanseplanlegging som kommunen planlegger ferdigstilt innen utgangen av 2022.

4.2.3 Forebygge utvikling av utfordrende atferd

Spørsmål 23: utfordrende atferd:

I Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-4. Krav til forebygging fastslås det at

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt.

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar i kapittel 5.6 for seg forventninger til kommunenes arbeid med å forebygge utvikling av utfordrende atferd hos beboerne med utviklingshemming. Det pekes blant annet på at

Utfordrende atferd kan ha mange årsaker og skyldes ofte et samspill mellom miljøfaktorer og personlige sårbarhetsfaktorer hos tjenestemottaker. Eksempler på miljøfaktorer er organisatoriske, relasjonelle forhold eller forhold i de fysiske omgivelsene. Personlig sårbarhet kan handle om kognitive funksjoner som gir lavere terskel for å reagere med en spesiell atferd når man ikke forstår eller ikke blir forstått av omgivelsene, ved opplevd stress, usikkerhet, press, smerte, sykdom eller andre belastninger.

[...] For å forebygge utfordrende atferd er det avgjørende at kommunen yter til rettelagte tjenester med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet hvor det legges til rette for at tjenestemottaker kan uttrykke seg, bli forstått og utøve selvbestemmelse.

[...] Kommunen må arbeide kontinuerlig med:

- *en heltidskultur, med minst mulig deltid og utskiftning*
- *kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteytingen*
- *kompetanse og faglig skjønn hos tjenesteytere*
- *konkret opplæring knyttet til den enkelte tjenestemottaker*
- *rutiner for kartlegging, utforming av tiltak og evaluering av tiltak*
- *mulighet for etisk refleksjon og debriefing for tjenesteytere*

Mulige tiltak for å forebygge / redusere utfordrende atferd kan, i kjølvannet av kartlegging, være:

- *miljørettede tiltak som økt forutsigbarhet, bedre kommunikasjon, støyreduksjon, mer privatliv*
 - *organisatoriske tiltak som opplæring og kompetanseheving, økt bemanning og etisk refleksjon*
 - *familieorienterte tiltak som foreldreveiledning alene eller i gruppe*
 - *individrettede tiltak som behandling av sykdom, sosial ferdighetstrening,*
 - *kommunikasjonstrening, dagsplaner, atferdsavtaler, opplæring i egen sykdom og tilstand*
 - *atferdsspesifikke tiltak med utgangspunkt i kartlegging*
 - *reaktive tiltak som de-eskalering, passive vergeteknikker / posisjonering*
- *Helse og mestring viser til at uønskede hendelser pga. utagerende atferd registreres i avvikssystemet EQS. Det understrekes også at habiliteringsfeltet jobb-*

er ut fra målrettet miljøarbeid, noe vernepleiere har særlig god kompetanse på. Det er imidlertid utfordringer i journalsystemet Profil med å se sammenhenger mellom det man kartlegger og de tiltakene som eventuelt iverksettes. Det er opprettet et fagteam («Atferdsteam»), og det gis e-læringskurs om makt / tvang samt kurs i konflikthåndtering til de ansatte. Det samarbeides med spesialisthelsetjenesten i saker etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, og kommunen etterlyser i enkelte saker en ambulant tjeneste fra spesialisthelsetjenesten. *Helse og mestring* peker også på at primærhelse-team og systematisk arbeid med den årlige helsekontrollen kan ha positiv innvirkning i forhold til utfordrende atferd og bruk av tvang.

- De fleste avdelingslederne svarte utfyllende og kom med mange interessante innspill på dette sentrale spørsmålet. Mange var opptatt av at godt målrettet miljøarbeid og fokus på å prøve å forstå hva som ligger bak utfordrende atferd (eksempelvis smerte), reduserer behovet for å benytte makt og tvang. Flere pekte også på at reduksjon av fravær og turnover blant ansatte vil bidra positivt i forebygging av utfordrende atferd, og det ble også spilt inn at flere heltidsstillinger og flere med riktig kompetanse, vil bidra positivt.
- Revisjonens spørreundersøkelse indikerer at om lag halvparten av de ansatte opplever å ha behov for å utvikle kompetansen sin når det gjelder å forebygge og håndtere utfordrende atferd, jf. spørreundersøkelsens spørsmål 26-29. På enkelte spørsmål kommer respondenter som faller inn under kategoriene «små stillinger», «ikke autorisasjon», «kort tid i jobben» og «midlertidig ansatt», dårligere ut.

Problematikken rundt utfordrende atferd er viktig blant annet fordi systematisk arbeid med å redusere utfordrende atferd bidrar til å redusere behovet for bruk av tvang og makt. Sitatene over fra Helsedirektoratets nye veileder indikerer også at sentrale dimensjoner ved tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet (heltidskultur, kompetanse, opplæring, rutiner etc.) i stor grad spiller inn på i hvilken grad kommunen lykkes i arbeidet med å forebygge utfordrende atferd.

Revisjonen bemerker her at avdelingsledernes svar indikerer at det er bevissthet rundt denne problematikken på de fleste avdelingene. Det er fokus både på målrettet miljøarbeid og på jobbe med å forstå årsakene som kan ligge bak utfordrende atferd. Avdelingslederne viser videre til at arbeidet med å redusere utfordrende atferd påvirk- es av de ansattes kompetanse, deltidsproblematikk, sykefravær og turnover, og revisjonen viser her til diskusjonen rundt strategisk kompetanseplanlegging i avsnitt 4.2.3 over. De ansattes svar på spørsmål 26-29 i revisjonens spørreundersøkelse indikerer for øvrig at det er behov for å øke ansattes kompetanse på dette området spesielt.¹⁴⁵

Vi legger til at bruk av tvang og forebygging av bruk av tvang har vært blant hovedte- maene i Sivilombudets undersøkelse rettet mot et utvalg beboere med høye omsorgs- behov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand kommune. Mens revi- sjonen her har lagt vekt på strukturkvaliteten i arbeidet med å redusere utfordrende

¹⁴⁵ Revisjonen bemerker at kapittel 10 i *Mitt livs ABC*, Perm 2 (fordypning), tar for seg utfordrende atferd. Kom- munen har også vist kurs som omhandler bruk av tvang og makt og konflikthåndtering.

atferd, vil Sivilombudet, i kjølvannet av en gjennomgang av et utvalg enkeltsaker, komme med innspill og kritikk når det gjelder prosess- og resultat kvaliteten i dette arbeidet.

4.2.4 Relasjonell tilnærming til utviklingshemming

Spørsmål 19:

Vi har sett at en relasjonell forståelse av utviklingshemming ligger til grunn for både NOU 2016:17 *På lik linje* og Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, jf. avsnitt 2.1.3 og 2.1.6 over.

Helse og mestring oppgir at denne tilnærmingen ligger til grunn for mye av arbeidet som gjøres på habiliteringsfeltet, og det vises til flere konkrete eksempler. Avdelingslederne svarer også, med henvisning til konkrete eksempler, at den relasjonelle tilnærmingen ligger til grunn for arbeidet.

Selv om revisjonens spørreundersøkelse viser at nesten halvparten av de ansatte ikke er trygge på hva begrepet «relasjonell tilnærming» innebærer, så viser samtidig spørsmål 20-22 i samme spørreundersøkelse at de ansatte i stor grad er trygge på sentrale dimensjoner ved den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming. Revisjonen vurderer overnevnte svar indikerer at habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune preges av den relasjonelle tilnærmingen til utviklingshemming.

4.2.5 Legge til rette for fysisk aktivitet og en aktiv og meningsfylt tilværelse

Spørsmål 21 (fysisk aktivitet) og 33 (aktiv og meningsfylt tilværelse):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar i kapittel 5.2 for seg forventninger til kommunenes arbeid med å legge til rette for fysisk aktivitet for personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap. I kapittel 3.5 gjennomgås forventninger om at kommunen legger til rette for at beboerne kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

- *Helse og mestring* viser til at arbeidet med å legge til rette for fysisk aktivitet blant annet innbefatter utviklingsarbeid knyttet til aktivitetsmåler, prosjektet *Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming*, opplæringsmoduler samt kartlegging og samtaler med pårørende ved innflytting. Det vises også til flere tilbud i kommunen, både i kommunal og privat- / organisasjonsregi, og det understrekes at «flere brukere har behov for følge til aktiviteter og det gjøres så langt det er mulig innenfor de økonomiske driftsrammer». Når det gjelder en aktiv og meningsfull tilværelse, så kartlegges beboers ønsker, behov og interesser ved innflytting. Det lages så planer for hver enkelt beboer ut ifra det som kommer frem. *Helse og mestring* understreker igjen at personalet legger til rette for en meningsfylt tilværelse «utfra de ressurser som finnes i avdelingen».
- Igjen indikerer svarene fra flere avdelingsledere at det jobbes aktivt med å legge til rette for fysisk aktivitet på mange avdelinger. Det vises samtidig til at ressurs situasjonen kan begrense mulighetene i noen situasjoner, samt at man ser at det er forbedringspotensial på spesifikke områder. Noen avdelingsledere

oppgir at de kan bli flinkere til å aktivere og motivere enkelte beboere. Når det gjelder en aktiv og meningsfylt tilværelse, så viser avdelingsledernes svar at det gjøres mye på avdelingene også på dette feltet. Det spilles inn at det kan være en utfordring at det som oppleves som meningsfylt for bruker, kan være i konflikt med hva som oppleves meningsfylt for pårørende, tjenesteytere eller andre. I tillegg kan det ifølge avdelingsledere være utfordrende hvis pårørende ønsker at beboere som flytter inn skal ha følge til alle aktiviteter de holdt på med da de bodde hjemme, da dette sjeldent samsvarer med vedtak og ressurser. Det pekes også på at det er vanskelig å få tak i støttekontakter, og det er også vanskelig å få de støttekontaktene man har til å bli i jobben over tid.

Når det gjelder fysisk aktivitet og en aktiv og meningsfylt tilværelse, er innspillene fra bruker- og pårørendeorganisasjonene særlig kritiske:

- *Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)* har pekt på at ferie- og fritidstilbud til utviklingshemmede i Kristiansand kommune har et stort forbedringspotensial. Transport og følge er ifølge NFU et hinder for mange utviklingshemmede, og man opplever at stimuli samt fysisk aktivitet er mangelvare for mange voksne utviklingshemmede. Hver enkelt bruker bør ifølge NFU ha en vedtatt aktivitetsplan for hele uken med et gitt antall minutter / timer. Denne planen skal personale følge opp slik at den kan gjennomføres. Planen skal utarbeides i samråd med den utviklingshemmede og i så stor grad som mulig tilpasses den enkelte. Videre må støttekontakttjenesten ifølge NFU styrkes. Vedtak på støttekontakt burde ifølge NFU være mer detaljert og forpliktende, samt beskrive den enkeltes behov. Det er også et problem at det er mangel på støttekontakter. Når det gjelder brukerstyrt personlig assistanse (BPA), understreker NFU at denne ordningen bør bli et reelt valg for flere, spesielt for utviklingshemmede. Tilbakemeldinger til NFU viser imidlertid at de som har fått innvilget BPA, opplever å ha fått for få timer. NFU understreker avslutningsvis at «når det gjelder støttekontakt og transport, så er det virkelig en sak som det må tas noen grep på!», og «dette med fritid er en forsømt tjeneste. Det er ikke lovpålagt og derfor er det tilbudet som blir gitt, svært begrenset. Vi forventer at det blir tatt noen grep her».
- *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)* opplever at det er vanskelig å få innvilget BPA, «og enda vanskeligere å få så mange timer som man trenger». FFO er videre kritiske til at kommunen ifølge medlemmene ofte anbefaler brukerne å la være å søke om BPA, både fordi det er en omfattende søknadsprosess og fordi det er krevende å være arbeidsleder. Pårørende spiller inn at «et blankt ark i tjenestetilbudet i boligen er individuelle aktiviteter og ferieopplevelser. Dette er nesten lik null. Alle beboere ser ut til å være avhengig av pårørende for det som strekker seg lenger enn det en eventuell støttekontakt kan bidra med. Med stadig flere venner som har BPA (fra flere kommuner) blir enkelte aktiviteter komplisert, og vi som pårørende blir "tvunget" til å bli med som assistenter. Det er vanskelig å si nei når det inviteres til bursdager, helgesamlinger og turer».

Revisjonen bemerker at vi i vår vurdering skiller mellom:

1. *Utførersiden*: kommunens tjenestetilbud vurdert opp mot relevante kapitler i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder på den ene siden, og
2. *Bestillersiden*: spørsmålet om kommunens utmåling av timer til støttekontakt / BPA på den andre siden.

1. Utførersiden:

Svarene revisjonen har mottatt fra *Helse og mestring* og avdelingslederne i kommunens bofellesskap når det gjelder fysisk aktivitet og en aktiv og meningsfylt tilværelse, indikerer at det gjøres mye godt arbeid innenfor de gjeldende rammene. Det er også bevissthet omkring dilemmaer som kan oppstå knyttet opp mot beboerens selvbestemmelse. Det er samtidig krevende å gi hver enkelt beboer et individuelt tilpasset tilbud, og flere av avdelingslederne har i sitt svar også gjort en egen vurdering hvor det fremkommer at man ser at man har forbedringspotensial på konkrete punkter. Alt i alt oppfatter revisjonen likevel at man på habiliteringsfeltet jobber systematisk med å gi et tjenestetilbud som, innenfor rammene som foreligger, søker å følge opp aktuelle kapitler i Helsedirektoratets nye veileder.

2. Bestillersiden:

Samtidig er det slik at punktene det vises til i Helsedirektoratets nye veileder når det gjelder «en aktiv og meningsfull tilværelse», i hovedsak tilsvare innholdet i begrepet «personlig assistanse». Personlig assistanse, som innbefatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, kan også organiseres som *brukerstyrt personlig assistanse* (BPA). I revisjonens rapport *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) i Kristiansand kommune*¹⁴⁶ fra 2019 fremkommer det at brukerne er svært kritiske til Kristiansand kommunes utmåling av timer til BPA. I *NOU 2021:11 Selvstyrt er velstyrt. Forslag til forbedringer i ordningen med brukerstyrt personlig assistanse*¹⁴⁷, som ble publisert i desember 2021, bekreftes det at Kristiansand kommune historisk sett har tildelt et lavt antall timer i forbindelse med vedtak om BPA sammenliknet med andre storbykommuner:

*Videre viser rapporten*¹⁴⁸ *til tall for storbykommunene Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim, Kristiansand og Drammen, som dokumenterer betydelige forskjeller mellom ulike kommuner i hvor mange som har ordningen og hvor mye tjenestetid som tildeles. I 2019 ble det i gjennomsnitt tildelt 25,9 timer per uke i Kristiansand, mot hele 58,1 timer per uke i Bergen. Rapporten peker på at en av hovedutfordringene med rettighetsfestingen ser ut til å være at det til dels er svært ulike oppfatninger av hva rettigheten innebærer blant kommuner, politikere og personer som har BPA (s. 68).*

Oppsummert så synes det å være dekning for å si at andre storbykommuner prioriterer tjenestetid som skal bidra til en aktiv og meningsfylt tilværelse høyere enn Kristiansand kommune. Revisjonen konkluderte samtidig i rapporten om BPA fra 2019 med at

¹⁴⁶ Se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2018/01/Brukerstyrt-personlig-assistanse-i-Kristiansand-kommune.pdf>.

¹⁴⁷ Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-11/id2892257/>.

¹⁴⁸ Det vises her til den KS-finansierte NORCE-rapporten *Suksess eller katastrofe? Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*. I rapporten kan man lese at «Når det gjelder gjennomsnittlig timetall per bruker per år, skiller Kristiansand kommune seg ut. Ikke bare har kommunen det laveste gjennomsnittlige timetallet i hele perioden, men snittet faller over tid fra 1566 i 2017 til 1345 i 2019, en reduksjon på ca. 14 %. Veksten i antall brukere mellom 2017 og 2019 er imidlertid på 16,6 %. Siden veksten i antall timer samlet sett er på bare 0,3 %, følger det at gjennomsnittsnivået faller over tid» (s. 37-38), jf. <https://www.ks.no/contentassets/7ebe665a57b94abea0f551f4894f26fd/BPA-suksess-eller-katastrofe.pdf>.

Kristiansand kommune ikke brøt lovverket når det gjaldt utmålingen av tjenestetid til personlig assistanse og vedtak om BPA, og at i hvilken grad kommunen fremover prioriterer ressurser til personlig assistanse som skal bidra til en aktiv og meningsfull tilværelse for brukerne, vil være et politisk spørsmål.

Vi legger her til at det fremgår av Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-25* at

Det ble i Økonomiplan for perioden 2020-2023 bevilget ekstra midler til styrking av [BPA-] ordningen, som i 2023 utgjør en styrking av budsjetttramme på 7 millioner. Dette med bakgrunn i politisk sak hvor det ble gjort rede for at ved å øke antall timer til sosial aktivitet og samfunnsdeltakelse for innbyggere med vedtak på BPA-ordning, måtte dette gjelde for alle brukere med like behov for å ivareta likebehandlingsprinsippet.

Det ble derfor i saken besluttet å øke tildelingsnivået på antall timer til sosial deltakelse og aktiviteter. Det betyr økt tildeling av støttekontakttimer og bistand til sosial deltakelse for innbyggere med tilsvarende behov. Dette har medført økt press på tjenestene Aktiv fritid og Konsulenter for funksjonshemmede barn og unge. Disse tjenestene har ansvar for å skaffe til veie støttekontakter og fritidstilbud for å effektivisere tildelte vedtak.

Bruker- og pårørendeorganisasjonene har spilt inn til revisjonen at de ikke har merket noen forskjell når det gjelder utmåling av tid til sosial aktivitet og samfunnsdeltakelse siden revisjonens BPA-rapport i 2019.

4.2.6 Overgang til voksenliv, varig tilrettelagt arbeid (VTA) og jobb eller dagaktivitetstilbud

Spørsmål 29 (overgang voksenliv), 30 (VTA) og 31 (jobb / dagaktivitet)):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg kommunens arbeid for å legge til rette for god overgang når tjenestemottaker blir voksen i kapittel 4.3, og kommunens bidrag til at personer med utviklingshemming får jobb eller dagaktivitetstilbud i kapittel 4.5.

Kommunen viser selv i sine svar til utfordringer og rom for forbedring og utvikling på disse områdene. Eksempelvis er det utfordringer knyttet til å inkludere personer med utviklingshemming i det ordinære arbeidslivet, jf. HELT MED-satsingen og NFUs kritikk av status for denne satsingen i Kristiansand kommune. Kommunen anslår også at et betydelig antall personer i målgruppen står uten dagtilbud.

Kommunen viser videre til at relevante sjekklister er under utarbeidelse. Revisjonen understreker her at det relativt omfattende settet med punkter for sentrale temaer for kartlegging og planlegging av overganger i kapittel 4.3 og 4.5 i Helsedirektoratets nye veileder, bør innarbeides i disse sjekklistene.

Videre bemerker vi at NFU avsnitt 1.3.1 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten har spilt inn at

overgangen fra videregående skole til arbeid / VTA fungerer dårlig, blant annet fordi NAV ikke starter prosessen med den enkelte før utpå våren selv om skoleslutt er i juni. NFU viser til at noen elever ikke har fått tilbud om hvor veien går videre før skolen har

sluttet i juni, og dette skaper unødige mye stress og slitasje for både den det gjelder og for de pårørende.

Kommunen skriver at «Forvaltning har samtale / kartlegging med elever som går 3 år et på videregående skole». Revisjonen viser her, i tråd med NFUs innspill i avsnitt 3.4.1, til at det i Helsedirektoratets nye veileder understrekes at

[...] Kartleggingsarbeidet og planleggingen bør starte tidlig, fortrinnsvis allerede første videregående skoleår, slik at det ikke blir ventetid etter avsluttet videregående skole.

4.2.7 Årlig helsekontroll og fange opp tegn på mistilpasning og sykdom hos beboerne

Spørsmål 25 (årlig helsekontroll) og spørsmål 26 (fange opp sykdom etc.):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg årlig helsekontroll og oppfangning av tegn på mistilpasning og sykdom hos beboerne henholdsvis i kapittel 6.2 og kapittel 6.3.

Når det gjelder tilrettelegging for årlig helsekontroll for beboere i bofellesskap, så er revisjonens inntrykk at Kristiansand kommune har gjort et særlig godt arbeid, og dette arbeidet har også vakt nasjonal interesse, jf. spørsmål 25 i avsnitt 3.2.3 over. Sjekklisen som er utarbeidet svarer etter revisjonens skjønn ut forventningene i kapittel 6.2 i Helsedirektoratets nye veileder. Utfordringen for kommunen fremover blir å implementere sjekklisen på hele habiliteringsfeltet, slik at alle beboerne i bofellesskap i kommunen fremover nyter godt av det gode utviklingsarbeidet som USHT Agder Vest, Habilitering i Kristiansand kommune og Primærhelseteam ved Sørlandsparken legesenter sammen har stått for.

Også når det gjelder å fange opp tegn på mistilpasning og sykdom hos beboerne, er revisjonens inntrykk at Kristiansand kommune har gjort en særlig god jobb som andre kommuner kan lære av, jf. spørsmål 26 i avsnitt 3.2.3 over, hvor det blant annet vises til innkjøp av måleutstyr og opplæring i NEWS₂ (et hjelpemiddel for å systematisere observasjoner av vitale parameter). I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder står det blant annet at «ved observasjon og tolkning av adferdsendringer skal tjenesteytere alltid vurdere om årsaken kan være helserelatert». Revisjonen vurderer at kommunen i sitt svar viser at den har et system for å følge opp dette punktet.

4.2.8 Legge til rette for god ernæring

Spørsmål 20 (ernæring):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar i kapittel 5.1 for seg forventninger til kommunenes arbeid med å legge til rette for god ernæring for personer med utviklingshemming.

- NFU understrekte i sitt innspill at ernæring må få mer plass i dagliglivet for beboere i bofellesskap, da beboere i samlokaliserte bofellesskap med døgntjenester ifølge NFU ofte legger på seg, noe som for mange fører til helseproblemer, redusert livskvalitet og økt behov for kommunale tjenester. Et medlem i FFO (avsnitt 3.4.2 over, Case 2) oppgir at ansatte kjøper inn sukker til beboer, at de

ikke veileder beboeren om negative effekter av å spise sukker, og at de viser til beboerens rett til selvbestemmelse når pårørende ber om at de ansatte slutter å kjøpe inn sukker til beboer.

- *Helse og mestring* skriver at det ble pekt på utfordringer på dette området allerede i *Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse* i 2017. Det er utarbeidet en opplæringsmodul for ernæring som flere ansatte har gjennomført, det er gjennomført et innovasjonsprosjekt, og prosjektet *Bedre helseoppfølging av personer med utviklingshemming*, som innbefatter en klinisk ernæringsfysiolog, bidrar også til forbedring. Det pekes samtidig på at fagområdet er krevende fordi utviklingshemmede er i en ernæringsmessig sårbar gruppe med økt risiko for ernæringsmessige helseplager, samtidig som det raskt oppstår dilemmaer når det gjelder ernæring i forhold til selvbestemmelse og tvang.
- Svarene fra flere avdelingsledere indikerer at det jobbes godt med denne problematikken på mange avdelinger. Det pekes blant annet på at det kan være nyttig å gjennomføre en forventningsavklaring med pårørende slik at det er klart hvilket mandat boligpersonal har i forhold til tvang og makt. Noen avdelinger oppgir samtidig at de har stort forbedringspotensial på dette området.

Revisjonen vurderer svarene fra *Helse og mestring* og avdelingslederne indikerer at både fokuset og kompetansen på habiliteringsfeltet når det gjelder ernæring, har økt de seneste årene. Tiltakene og initiativene som det vises til i overnevnte svar, synes å følge opp forventningene i den nye nasjonale veilederen til at kommunen jobber systematisk med ernæring. Utfordringen for kommunen fremover vil samtidig være å redusere uønsket variasjon mellom avdelingene når det gjelder kompetanse og system for å jobbe med ernæring.

4.2.9 Legge til rette for god psykisk helse

Spørsmål 27 (psykisk helse):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg kommunens arbeid med å legge til rette for god psykisk helse hos beboerne i kapittel 6.5.

- *Helse og mestring* viser her til en helhetlig tilnærming som blant annet innbefatter *Recovery* som verdigrunnlag, brukermedvirkning, samarbeid med fastlege (årlig helsekontroll), pårørende og Habiliteringstjenesten for voksne, kosthold, søvn og aktivitet. Det vises også til deltakelse i programmer som *Traumebevisst omsorg* (TBO). Det uttrykkes samtidig et ønske om økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Flere av avdelingsledernes svar her er svært solide. Perspektivet er helhetlig, og det legges blant annet vekt driften av avdelingen (lav turnover, nærværsarbeid, rekruttering etc.), relasjonelt arbeid og målrettet miljøarbeid, den enkelte beboers historie, balanse mellom aktivitet og hvile etc. Det vises samtidig til at det er utfordrende når beboernes psykiske helse indikerer at det er behov for kompetanse som går utover det habiliteringsfeltet kan tilby (det vil si psykolog

eller psykiatri / spesialisthelsetjeneste). Avdelingsledere peker også på at legemiddelgjennomgang er viktig for å sikre at bruk av medikamenter som kan skape bivirkninger, er tilstrekkelig begrunnet.

Revisjonen vurderer at det på habiliteringsfeltet er bevissthet rundt psykisk helse og at kommunen har fokus på mange av momentene som det legges vekt på i Helsedirektoratets nye nasjonal veileder. Det er samtidig utfordringer med samarbeidet med, og oppfølgingen fra, spesialisthelsetjenesten, noe som til dels er utenfor kommunens kontroll.

Revisjonen legger til at pårørende har stilt spørsmål ved medisineringen av utviklingshemmede og om behovet for medisinerings hadde vært lavere dersom kvaliteten på tjenestetilbudet var høyere.¹⁴⁹ Vi viser i så måte her til følgende poenger fra kapittelet om psykisk helse i Helsedirektoratets veileder:

For å unngå feilbruk av psykofarmaka og sedativa hos personer med utviklingshemming, skal fastlegen eller ansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten gjøre en grundig utredning av tilstanden og behandlingen. Sammensatte tiltak, som for eksempel medikamentell behandling i kombinasjon med miljøterapi, bør forsøkes. Hos personer med utviklingshemming som står på antipsykotiske legemidler skal fastlegen eller ansvarlig lege vurdere om:

- *diagnosen tilsier bruk av psykofarmaka*
- *personen har effekt av psykofarmaka*
- *alle bivirkninger er kartlagt og vurdert*
- *gjeldende dose er nødvendig eller om dosen kan reduseres*
- *andre tiltak kan redusere behovet for legemidler*

Sivilombudet har i dialog med revisjonen oppgitt at også medisinbruk er blant temaene som belyses i rapporten som publiseres våren 2022. Sivilombudet vil også ha mulighet til å løfte problematikken knyttet til i hvilken grad spesialisthelsetjenestens tilbud til kommunene på dette feltet er tilfredsstillende.

4.2.10 Munn- og tannhelse

Spørsmål 28 (munn- og tannhelse):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg kommunens arbeid for å legge til rette for god munn- og tannhelse hos beboerne i kapittel 6.7.

- Det å følge opp munn- og tannhelsen til beboerne i bofelleskap er både viktig og krevende. *Helse og mestring* oppgir at det er et godt samarbeid mellom avdelingene og den offentlige tannhelsetjenesten, og at tannhelse også er noe som tas opp i årlig helsekontroll. Ansatte i bofellesskap skal ha fokus og opplæring i tann- og munnhygiene hos tjenestemottaker. *Helse og mestring* oppgir samtidig at det for å få gjennomført tannstell for enkelte brukere, kan være

¹⁴⁹ Merk at hele 30-50 pst. av mennesker med utviklingshemming behandles med psykofarmaka, jf. Helsetilsynets Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, s. 6.

nødvendig å fatte vedtak om bruk av tvang etter Pasientrettighetsloven kap. 4a eller Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

- Avdelingene oppgir videre at de har fokus på det daglige tannstellet på avdelingene, og samtidig som utfordringer og krevende situasjoner beskrives, så vises det også til gode eksempler på at man med målrettet miljøarbeid, opptrening og planlegging, har klart å håndtere disse krevende situasjonene.

Revisjonen vurderer at *Helse og mestrings* svar i hovedsak dekker de aktuelle punktene i den nye nasjonale veilederen. Vi viser samtidig til innspillet fra en avdelingsleder om at et forbedringspotensial er å bli bedre på å dele de gode eksemplene på hvordan man løser krevende situasjoner.

4.2.11 Fremme helsekompetanse og forebygge rusmiddelproblemer

Spørsmål 22 (rusmiddelproblemer) og spørsmål 24 (helsekompetanse):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg forebygging av rusmiddelproblemer og fremming av helsekompetanse henholdsvis i kapittel 5.4 og kapittel 6.1.

- *Rusmiddelproblemer:* de fleste avdelingslederne oppgir at denne problemstillingen i liten grad er aktuell på avdelingene. Kommunen har ikke noen overordnet rutine for dette temaet, men avdelingslederne peker samtidig på at man på avdelingene har fokus på sykdom, mistilpasning, endring av atferd etc. hvor eventuelle rusmiddelproblemer sannsynligvis vil fremkomme, og man vil uansett søke hjelp hos aktuelle instanser hvis man kommer opp i konkrete situasjoner.
- *Helsekompetanse:* både *Helse og mestring* og flere avdelingsledere viser her til arbeidet med årlig helsekontroll, og det pekes på at det å i større grad inkludere beboerne i kartlegging før årlig helsekontroll, kan bidra til å fremme den enkeltes beboers helsekompetanse.

Rusproblematikk synes å være relativt sjelden i de aktuelle bofellesskapene for utviklingshemmede. Revisjonen oppfatter at veilederens krav om at tjenestemottaker ved bekymring om rus, må få tilbud om hjelp, har blitt oppfylt. Fremover må kommunen jobbe med å følge opp veilederens krav om at «virksomhetsledere i helse- og omsorgstjenesten for voksne personer med utviklingshemming skal sørge for kompetanse og etisk bevissthet knyttet til rusmiddelbruk hos tjenestemottakere».

Når det gjelder helsekompetanse, så bemerker revisjonen at det i utgangspunktet synes klart at det i veilederen legges til grunn at det her handler om mer enn forberedelse til den årlige helsekontrollen. Eksempler fra veilederen er «lære å kjenne kroppen, kunne gi uttrykk for at noe er galt, [...] forstå betydningen av livsstil, vite hvordan man kan få hjelp». Samtidig fremgår det av avdelingsledernes innspill om i hvilken grad det er ønskelig og hensiktsmessig / effektivt å informere utviklingshemmede om egne diagnoser og forutsetninger, at det er dilemmaer og begrensninger knyttet opp mot ideen om å utvikle utviklingshemmedes helsekompetanse som også må tas med i betraktning.

4.2.12 Etisk refleksjon: system for opplæring på plass, utfordringer små stillinger og vikarer

Spørsmål 14 og 15: Kompetanse etisk refleksjon:

I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* er overskriften på kapittel 2.4 at «kommunen skal sørge for at tjenesteyterne har kompetanse på etisk refleksjon», og det understrekes blant annet at «tjenesteytere må gis tid, møteplasser og mulighet til å ta opp etiske dilemmaer som oppstår i hverdagen».

- *Helse og mestrings* svar på revisjonens spørsmål viser blant annet at området har på plass opplæringspakker for nyansatte vikarer og ansatte i faste stillinger. Opplæringspakken for nyansatte er obligatoriske og gjennomføres av den nyansatte på egenhånd (e-læring) ved at den nyansatte går gjennom oppgavene i skjemaene og kvitterer for «lest / sett» og «forstått». Nærmeste leder har slik full oversikt over hvem som har gjennomført hva. *Helse og mestring* viser også til at personalmøtene (gjørne hver 3. uke) er arenaer for etisk refleksjon.
- Avdelingslederne bekrefter at det jobbes systematisk med opplæring, herunder etisk refleksjon, på avdelingene, og det vises til nevnte e-læringskurs og opplæringspakker som den enkelte selv har ansvar for å kvittere ut. Flere oppgir at det er i et kompetanseperspektiv er en fordel å ansette vikarer / helgestillinger som er i utdanningsløp innen helsefag eller pedagogiske fag. Likevel viser flere avdelingsledere til at en utfordring er at vikarer og små stillinger ikke får med seg alt som de i store stillinger reflekterer over, og at de i liten grad deltar på arenaene for etisk refleksjon. Noen avdelingsledere etterlyser også opplæringspakker for nyansatte som innebærer oppmøte, undervisning og praktiske øvelser etc.
- Revisjonens spørreundersøkelse viser at 61 pst av respondentene oppgir at de er trygge på problematikk rundt etisk refleksjon. Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så reduseres denne andelen til kun 54 pst., jf. avsnitt 3.3.2.

Revisjonen vurderer at kommunen har et system for å sikre at nyansatte forholder seg til etisk refleksjon på habiliteringsfeltet. Det å ta utgangspunkt i obligatoriske e-læringskurs og den nyansattes egenansvar for å sette seg inn i og kvittere ut at kursenes innhold er lest og forstått, er en svært ressurseffektiv måte å gjennomføre opplæringen på.

Avdelingsledere har samtidig spilt inn at e-læringen ideelt sett bør suppleres med opplæringspakker for nyansatte som også innebærer oppmøte, undervisning, praktiske øvelser etc. Avdelingsledernes svar viser videre at det jobbes aktivt med etisk refleksjon på avdelingene, men at det er krevende å inkludere vikarer og helgestillinger i dette arbeidet. Revisjonens spørreundersøkelse indikerer også at en relativt lav andel av respondentene faktisk føler seg trygge når det gjaldt dette temaet.

4.2.13 Størrelse på bofellesskap

Spørsmål 36:

Spørsmålet om hvilken størrelse bofellesskap for utviklingshemmede bør ha, er vanskelig. På *Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemmings* (NAKU) nettsider kan man lese at

Mens politiske føringer gir personer med utviklingshemming rett til å bo og leve som andre, bygger kommunene stadig større bofellesskap og omsorgsboliger for utviklingshemmede og andre personer med hjelpebehov.¹⁵⁰

I en studie fra 2011 kommer små bofellesskap, definert som 6 eller færre leiligheter, best ut langs de fleste dimensjonene, og

Forfatterne konkluderer med at store bofellesskap ikke er en fordel slik mange kommuner argumenterer med. Det er heller tvert imot.¹⁵¹

I NOU 2016:17 *På lik linje* (Rettighetsutvalget) kan man lese at

Utvalget mener at den økte etableringen av store bofellesskap, ofte med fellesarealer og lokaler for dagaktivitetstilbud, er i konflikt med de politiske målsettingene om at om utviklingshemmede skal bo i mest mulig vanlige boliger, i ordinære bomiljøer (s. 149).

Rettighetsutvalget foreslo derfor

Nye vilkår for lån og tilskudd i Husbanken. Det gis ikke lån eller tilskudd for bygging av mer enn seks samlokaliserte enheter i kommunal regi for personer med utviklingshemming (s. 18).

Når det gjelder fellesskapsboliger og samlokaliserte boliger for utviklingshemmede, så anbefaler Husbanken imidlertid fortsatt, som i 2016, «små bogrupper fra fire til maksimum åtte boliger sammen»¹⁵².

NFU har spilt inn at 4-6 leiligheter samlet oppleves å være optimal størrelse på bofellesskap. Kommunen har i sitt svar til revisjonen pekt på at man i dag har flere bofellesskap med kun 4 beboere, og at erfaringen her er at tilbudet blir veldig sårbart:

Det blir et lite bo og fagmiljø, og det er vanskelig å rekruttere fagpersoner til å jobbe der. Bofellesskap hvor det bor 6 personer gir et bedre utgangspunkt for drift, rekruttering og trivsel for beboere og ansatte.

Det fleste avdelingslederne svarer at 6 beboere er optimalt, at 4 beboere er for lite, og at mer enn 8 beboere er for stort. Revisjonen ser at kompetansemiljøer som NAKU, i tråd med pårørendes innspill, argumenterer for små bofellesskap for utviklingshemmede, forstått som 6 eller færre leiligheter, og at Rettighetsutvalget i 2016 foreslo

¹⁵⁰ Se <https://naku.no/kunnskapsbanken/rapport-store-bofellesskap-personer-med-utviklingshemming>.

¹⁵¹ Se <https://naku.no/kunnskapsbanken/boformer-forskning-0>.

¹⁵² Se kapittel 4.5 i Husbankens *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg* fra 2022 (<https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8f7.pdf>).

at Husbanken ikke skulle gi lån eller tilskudd for bygging av mer enn 6 samlokaliserte leiligheter. Dette bør Kristiansand kommune ta med i vurderingen i forbindelse med fremtidige byggeprosjekter. Kommunen argumenterer samtidig for at hensyn til fagmiljø og rekruttering innebærer at bofellesskap med 4 enheter er for små.

Revisjonen konkluderer her med at så lenge Husbanken, som er statens sentrale organ for å gjennomføre boligpolitikken, fortsatt gir tilskudd til opptil 8 boliger sammen, kan vi ikke komme med en konkret anbefaling når det gjelder bofellesskapenes størrelse utover at det ikke bør samlokalisere flere enn 8 boliger. Det er samtidig i alle tilfeller viktig at bofellesskapene fremstår som samlokaliserte leiligheter og at de ikke bærer preg av å være institusjoner.¹⁵³

4.2.14 Andre utfordringer for kommunens tjenesteproduksjon på habiliteringsfeltet

Spørsmål 34, 35, 37 og 47:

Revisjonen har spurt hvordan bofellesskapenes standard / utforming / differensiering (spørsmål 34), sammensetningen av beboere (spørsmål 35) og avdelingsledernes eventuelle manglende fysiske tilstedeværelse (spørsmål 37), påvirker avdelingenes muligheter for å levere kvalitativt gode tjenester.

- Selv om noen avdelingsledere her svarer at bygget er relativt nytt og utformet på en god måte, så viser svarene fra *Helse og mestring* og flere avdelingsledere at bofellesskapenes standard / utforming / differensiering i mange tilfeller har en negativ innvirkning på avdelingenes muligheter for å levere kvalitativt gode tjenester. Vi viser her for øvrig til vår rapport *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune*¹⁵⁴ fra 2021.
- Svarene fra avdelingslederne når det gjelder beboernes sammensetning varierer. Noen opplever at sammensetningen er bra, og noen avdelingsledere peker på at det ofte kan være positivt at beboerne i et bofellesskap har forskjellige utfordringer. Flere spiller imidlertid også inn at sammensetningen når spennet mellom utfordringene beboerne har blir for stort, svekker mulighetene for å levere kvalitativt gode tjenester.
- Når det gjelder avdelingsledernes fysiske tilstedeværelse i bofellesskapene, så er kommunen enig i at denne er viktig. Flere avdelingsledere har imidlertid to avdelinger de er ledere for. Det vises samtidig til at flere bofellesskap ikke har tilrettelagte kontorfasiliteter, men at avhjelpende tiltak (møter, signalisere at man er tilgjengelig, at leder søker å være innom fysisk på begge avdelingene med jevne mellomrom etc.) gjennomføres. Samtlige avdelingsledere oppgir i sitt svar til revisjonen at de mener at leders tilstedeværelse på avdelingen er viktig. Ikke alle har imidlertid rent faktisk anledning til å være til stede på avdel-

¹⁵³ Sivilombudet diskuterer spørsmålet om i hvilken grad enkelte bofellesskap i Kristiansand kommune fremstår som institusjoner i sin rapport om et utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand kommune. I Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-25* vises det for øvrig til «store avdelinger med kompleks drift» (s. 150).

¹⁵⁴ Se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2021/06/Forvaltningsrevisjon-2020-21-Boligsosialt-arbeid-i-Kristiansand-08.06.21.pdf>

ingene de har ansvar for så mye som de ønsker og oppfatter at det er behov for.

- Andre innspill: Om lag $\frac{1}{3}$ av avdelingslederne har svart på dette spørsmålet. Flere mener at Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, er et godt verktøy som fremover vil bidra til å øke kvaliteten på tjenestene på habiliteringsfeltet. Det pekes videre på at kvalifiserte ansatte er avgjørende, og flere opplever at det i dag er en mismatch mellom beboernes kartlagte behov og ressursene man har til rådighet.

Revisjonen vurderer at overnevnte forhold bidrar til å hemme kvaliteten på tjeneste-produksjonen på habiliteringsfeltet. *Forvaltning*, som er bestiller i kommunens bestiller-utførermodell, kan i noen grad påvirke sammensetningen av beboerne i kommunens bofellesskap. Utfordringene knyttet til bofellesskapenes standard / utforming / differensiering er på den annen side av ressursmessig karakter og vil måtte ses i sammenheng med politiske prioriteringer, jf. revisjonens forvaltningsrevisjonsrapport *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune* fra 2021.

Spørsmål 32 i revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte:

I det avsluttende spørsmålet i revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte ble det spurt hva respondenten trenger for å levere tryggere og faglig bedre habiliteringstjenester som i større grad er tilpasset brukernes behov, jf. avsnitt 3.3.2 over.

- 56 pst. av respondentene svarte her fag- og kompetanseutvikling.¹⁵⁵
- 26 pst. viste til interne forhold på avdelingen som en tydelig og tilstedeværende leder og den interne organiseringen av arbeidet.
- 13 pst. av respondentene er kritiske til ressurs situasjonen og rammevilkårene for å gjøre en god jobb.
- 4 pst. kritiserer andre ansattes kompetanse og holdninger.
- 1 pst. av respondentene viser til at det er viktig å ha fokus på å følge opp ansatte som utsettes for trusler og vold etc.; og å ta ansattes utrygghet i forhold til enkelte beboere på alvor.

4.3 P3: Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet

P3: I HVILKEN GRAD IVARETAS BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET?

4.3.1 Brukermedvirkning på systemnivå og brukerundersøkelser

Spørsmål 38 (brukermedvirkning systemnivå) og 40 (brukerundersøkelser):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg brukermedvirkning på systemnivå og brukerundersøkelser i kapittel 3.4. Der understrekes det at

¹⁵⁵ Revisjonen bemerker at det her må tas høyde for at respondentene nettopp har svart på et sett med spørsmål som bidrar til å synliggjøre potensial for utvikling og forbedring når det gjelder den enkeltes kompetanse, og at dette sannsynligvis har bidratt til at det har vært nærliggende for mange å svare «fag- og kompetanseutvikling» på dette avsluttende åpne spørsmålet.

Kommunen skal ha systemer for innhenting av erfaringer og synspunkter hos tjenestemottakere med utviklingshemming og deres pårørende. Tjenestemottakere og pårørende skal bli lyttet til i kommunens tjenesteutviklings- og forbedringsarbeid.

i) Brukermedvirkning på systemnivå:

Helse og mestring viser i sitt svar til revisjonen til husmøter på avdelingene, arbeid med etableringen av et brukerpanel i forbindelse med utviklingen av tjenesten, halvårslige møter med NFU samt Rådet for funksjonshemmede. Prosedyren «Brukermedvirkning i Helse og mestring» (ID 2483) er for øvrig under utarbeidelse, og kommunen viser også til rutinen «Involvering av kommunens råd – prosedyre» (ID 8283) i kommunens EQS kvalitetssystem. Habiliteringsfeltet oppgir også at brukere, pårørende og bruker- og pårørendeorganisasjoner vil være viktige parter i arbeidet med å implementere Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*.

Revisjonen vurderer at kommunen i sitt svar dekker mange sentrale punkter i den nye veilederens kapittel 3.4. Samtidig er kritikken fra bruker- og pårørendeorganisasjonene når det gjelder den reelle brukermedvirkningen i Kristiansand kommune, viktig å ta med i det videre arbeidet på habiliteringsfeltet:

- NFU oppfatter at forbedringspotensialet i kommunen er betydelig når det gjelder å få komme med innspill til planer og prosjekter¹⁵⁶, og Råd for funksjonshemmede bør ifølge NFU brukes mer aktivt.

Vi tar med i sin helhet FFOs innspill om hvordan Kristiansand kommune kan styrke den reelle brukermedvirkningen på systemnivå dersom dette er noe kommunen ønsker å prioritere:

- Rådet for funksjonshemmede har representasjon i By- og stedsutvalget, for å med rette kunne gi kommunen råd om blant annet universell utforming i kommunen. Fra andre kommuner vet vi at Rådet for funksjonshemmede har fast representasjon og talerett på andre arenaer, og vi oppfordrer Kristiansand kommune til å tenke større når det gjelder talerett og møterett for lovpålagte råd og interessenter for funksjonshemmede i Helseutvalget, Oppvekstutvalget, Arbeids- og inkluderingsutvalget, Bystyret og på andre aktuelle møtearenaer, slik lovverket også åpner opp for.
- Vi ønsker også større fokus på den reelle brukermedvirkningen til de lovpålagte rådene, slik at de fungerer etter hensikten om å oppnå mer samfunnsdeltakelse og likestilling for mennesker med funksjonshemmede. Blant annet er det viktig at rådet får hjelp av sekretariatet i kommunen til å løfte egne saker, som mange ganger har sitt utspring i den enkeltes individuelle og konkrete erfaringer og opplevelser, til systemnivå og til å legge dem frem og behandle dem i rådet.

ii) Brukerundersøkelser:

Brukerundersøkelser er blant eksemplene på brukermedvirkning på systemnivå som det vises til i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* kapittel 3.4. Man kan også lese i kapittel 4 i

¹⁵⁶ NFU viser til følgende eksempel: «skisse over planlagt boligmasse både på Tinnheia og nå i Harald Gilles vei sendes til NFU for godkjenning fra brukernes side – fiks ferdige tegninger uten mulighet til endringer og samarbeid med kommunen mot et resultat som begge parter var delaktige i». Fristen var i tillegg ifølge NFU svært kort, og det er ifølge NFU heller ikke første gang dette skjer.

Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* at blant tiltakene for brukermedvirkning på systemnivå, så anbefales «regelmessige brukerundersøkelser».

Kommunen oppgir at et system for gjennomføring av overordnede bruker- og pårørendeundersøkelser ikke er kommet plass. I *Økonomiplan 2022-25* kan man imidlertid lese at

Brukerundersøkelser og kontinuerlig dialog med mottakere av tjenester er svært avgjørende kunnskapsgrunnlag for kvalitetsarbeidet. Dette er et område en vil utvikle i perioden i samarbeid med brukere og pårørende og gjennom innbyggerdialog. Alt planarbeid skal ha et sterkt fokus på dette (s. 135).

FFO har i avsnitt 3.4.2 spilt inn at

det er også viktig å inkludere dem som får avslag på tjenester, ikke har tilstrekkelig med tjenester, eller kunne hatt behov for andre tjenester for å danne et mest mulig realistisk bilde og dekke hele spekteret. Det har kommet tilbakemeldinger på at den pågående pårørendeundersøkelsen i kommunen ikke dekker de som faller utenfor tjenesteapparatet

Revisjonen bemerker her at kommunen bør få på plass et system for brukerundersøkelser samt at det jevnlig bør gjennomføres brukerundersøkelser på habiliteringsfeltet. I revisjonens forvaltningsrevisjonsprosjekt *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune* (2021) ble det fra brukerorganisasjonene spilt inn at gjennomføring av brukerundersøkelser bør gjøres i samarbeid med organisasjonene. I dialog med revisjonen har bruker- og pårørendeorganisasjonene spilt inn at de ikke opplever å få gitt uttrykk for hva de er opptatt av i undersøkelser hvor de kun skal oppgi hvor tilfredse / utilfredse de er langs dimensjoner som kommunen på forhånd har valgt ut.¹⁵⁷

4.3.2 Pårørendes medvirkning og dialog med pårørende

Spørsmål 42 (pårørendes medvirkning) og 43 (dialog med pårørende):

I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* kan man i kapittel 7.1 lese at sentrale elementer ved godt pårørendesamarbeid er:

- hyppig og jevnlig kontakt og dialog
- avklaring av forventninger
- god informasjon i samråd med tjenestemottaker
- avtaler om hvem som tar ansvar for hva
- hensyn til tjenestemottakerens og pårørende sine felles aktiviteter og tradisjoner
- åpenhet og dialog om utfordringer, problemer og løsninger

Kommunen og avdelingslederne viser i sine svar til revisjonen til flere forhold som bidrar til pårørendes medvirkning og til dialog med pårørende. I svarene fra avdelingslederne vises det også til eksempler på at samarbeidet med pårørende fungerer godt.

¹⁵⁷ Revisjonen bemerker at fokusgruppeintervjuer kan være en måte å samle inn data om brukernes opplevelse og tilfredshet som unngår denne innvendingen, jf. eksempelvis <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>.

Avdelingsledere peker videre på at høy turnover blant ansatte kan føre til hyppig bytte av primærkontakt, noe som oppleves som negativt for samarbeidet med pårørende. Avdelingslederne viser også til forhold som kan være utfordrende i samarbeidet med pårørende, eksempelvis i forbindelse med ernæring, og en avdelingsleder konkluderer med at «jeg er opptatt av å gå i dialog dersom noen pårørende ikke er fornøyd med tjenesten som gis». I revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet, svarer hele 94 pst. av respondentene at de er bevisst på betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende (spørsmål 19).

Revisjonen oppfatter at avdelingene, innenfor de rammene de har, søker å ha en god og konstruktiv dialog med pårørende. I innspillene fra pårørende på temamøtet om habiliteringsfeltet i Helseutvalget 11. mai 2021, ble det også gitt uttrykk for at de samlet sett var fornøyd med tilbudet som kommunen ga i dag. Det ble samtidig understreket at god dialog og godt samarbeid med kommunen er avgjørende, og at det er viktig å være åpne om hendelser har skjedd og feil som har blitt gjort slik at man sammen kan finne ut hvordan man kan løse ting bedre fremover.

Samtidig kommer det flere kritiske innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjonene når det gjelder pårørendes medvirkning og dialog med pårørende. I NFUs innledende innspill til dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, kom det frem at det kan virke som kommunen i enkelte tilfeller opplever pårørende som «brysomme» og «vanskelige», og mange pårørende opplever ikke å bli sett på som en ressurs. Vi så videre i avsnitt 4.2.5 over at det er stor avstand mellom kommunen og brukerne når det gjelder utmålingen av tid til personlig assistanse / BPA / støttekontakt spesielt, noe som har medført friksjon mellom kommunen og brukerne over flere år. FFO har som vi har sett også spilt inn at

Mange søkere, både tjenestemottakere og pårørende, er bekymret for om klage- og ankeprosesser vil føre til redusert kvalitet i tjenestetilbudet, altså at de er redde for om brukeren vil møte mer motstand i apparatet hvis de står på kravene for å få det de har rett på og behov for.

Revisjonen bemerker her at det er oppsiktsvekkende at det ikke har vært klager til Statsforvalteren [tidligere Fylkesmannen] på bruk av tvang i bofellesskap i Kristiansand kommune de seneste fem årene.¹⁵⁸ FFO spilte videre inn at

Det er et alvorlig problem at mistillit mellom brukere og kommunen bygger seg opp over tid. Mistilliten oppleves ofte å være gjensidig.

Case 2 (innspill fra et FFO-medlem i avsnitt 3.4.2) er et eksempel på dette. Revisjonen viser i denne typen saker til innspill fra politikerne, jf. avsnitt 1.3.2 over, om at kommunen må være bevisst på at maktforholdet mellom kommunen og brukere er asymmetrisk, og at det er kommunen som er den profesjonelle og den sterke parten i disse sakene. Vi legger til at kommunens bruk av individuell plan (IP) og koordinator, jf. avsnitt 4.3.3 under, bør ses i sammenheng med overnevnte forhold.

¹⁵⁸ Dette poenget kommenteres nærmere i Sivilombudets rapport. Sivilombudet har som nevnt tatt for seg et utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand, og vil i så måte også kunne uttale seg nærmere om i hvilken grad tjenestetilbudet til enkeltbrukere over tid har vært preget av brukermedvirkning.

4.3.3 Individuell plan (IP) og koordinator

Spørsmål 44 (individuell plan (IP) og koordinator):

Kapittel 13 i Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* tar for seg individuell plan og koordinator. Det fremgår av *For-skrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, § 1, at formålet med individuell plan og koordinator er å

- Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* har ikke et eget kapittel for individuell plan og koordinator, men det understrekes innledningsvis at

Lovkravene og anbefalingene [som beskrives i den nye nasjonale veilederen] må også sees i lys av kommunens plikt til å utarbeide en individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. For tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Det er verdt å merke seg at selv om vilkårene for når kommunens lovpålagte plikt til å utarbeide individuell plan («behov for langvarige og koordinerte tjenester» samt at bruker / pårørende ønsker å ha individuell plan) utløses, gir rom for tolkning, så vises det i Helsedirektoratets nye veileder til individuell plan som et hensiktsmessig verktøy i hele 12 av underkapitlene som har relevans for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.¹⁵⁹ Det må samtidig understrekes at den individuelle planen i seg selv ikke gir brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

- Kommunen oppgir at man får tilbakemelding både fra brukergrupper og tjenester om at det ikke opplyses godt nok om muligheten til å søke. Det vises videre til at noen brukere takker nei til individuell plan som følge av «manglende informasjon om hva en IP er og hvordan den kan være nyttig». Revisjonen legger her til at man i Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2022-2025* i kapittel 5.11.1 kan lese at «Koordinerende enhet er en lovpålagt tjeneste som har et overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring

¹⁵⁹ Individuell plan nevnes i kapitlene om 1) tverrfaglig samarbeid, 2) samarbeid med spesialisthelsetjenesten, 3) bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), 4) å gi personer med utviklingshemming og nærmeste pårørende mulighet til å medvirke i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av egne tjenester, 5) tilrettelegging for en aktiv og meningsfylt tilværelse, 6) god overgang når tjenestemottaker blir voksen, 7) jobb eller dagaktivitetstilbud, 8) god ernæring, 9) fysisk aktivitet, 10) årlig helsekontroll, 11) forberede og følge opp medisinsk utredning, behandling, habilitering og rehabilitering, og 12) tilrettelegging for god psykisk helse. I tillegg nevnes individuell plan som et viktig verktøy i kapitler som omhandler barn, men som ikke diskuteres i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

og veiledning av koordinator.» I *Økonomiplan 2021-2024* står det videre i kapittel 5.10.2 at «Det er behov for å videreutvikle kommunens *Koordinerende enhet* med hensyn til rolle og myndighet i den nye kommunen. For å kunne gi brukere helhetlige og sammenhengende tjenester, er det behov for økt kompetanse og utvikling av metodikk når det gjelder koordinering. Kommunen har fortsatt lav andel med brukere som har individuell plan, innenfor flere målgrupper [...]».

- De fleste avdelingslederne oppgir at beboerne ikke har individuell plan og at individuell plan ikke brukes aktivt på avdelingen. Svarene fra enkelte avdelingsledere indikerer at kommunen har kommunisert til pårørende at det ikke er behov for individuell plan. Avdelingsledere peker også på at de oppfatter at andre planer (tiltaksplaner, målplaner, dagsplaner, ukeplaner etc.) kan fungere som substitutter for individuell plan. Revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet viser at om lag 60 pst. kjenner til og vet hva individuell plan (IP) er og hvilke oppgaver en koordinator har.
- FFO understreker i sin tilbakemelding til revisjonen at «individuell plan (IP) bør brukes i langt større grad. [...] Langt flere familier har behov for kommunal koordinator som følger opp og veileder dem gjennom tjenestetilbudet. Praksis har vært at det er de som har privat avlastning gjennom kommunen, som har bistand til å koordinere tjenestene». Tilsvarende la NFU i sitt innspill vekt på at kommunen må sikre at individuell plan, som er en lovfestet rettighet, brukes systematisk som et sentralt verktøy i utformingen av tjenestene. NFU oppgir at «vi kan vise til mange eksempler på at kommunen ikke forholder seg til individuell plan som en rettighet». NFU viser samtidig også til gode eksempler hvor bruken av individuell plan har fungert godt.

Revisjonen bemerker her for det første at kommunen selv oppgir at man ikke jobber godt nok med individuell plan og koordinator. For det andre betyr ikke det at en beboer ikke har individuell plan, at ikke tjenestene som mottas er organisert rundt planer (tiltaksplaner, målplaner, dagsplaner, ukeplaner etc.), og avdelingsledere peker også på at de oppfatter at disse kan fungere som substitutter for individuell plan. Det er her også verdt å nevne at Statsforvalteren under webinaret *Gode tjenester til utviklingshemmede* i november 2021 oppga at man i tilsyn la større vekt på om brukerne fikk tjenestene de skulle ha enn på om de hadde individuell plan.

I avsnitt 4.3.2 over fremkom det samtidig at det er betydelige utfordringer når det gjelder samarbeidet mellom kommunen og pårørende. Gitt at formålet med individuell plan blant annet er å «sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse» og å «styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende», så vurderer revisjonen at kommunen fremover bør jobbe systematisk med å ta i bruk individuell plan der hvor det er hensiktsmessig. Individuell plan er for øvrig lovpålagt når vilkårene (behov for langvarige og koordinerte tjenester, og bruker / pårørende ønsker individuell plan) er oppfylt. I Helsedirektoratets nye veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* vises det til individuell plan som et viktig verktøy i en rekke kapitler. I kapittel 13 Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* understrekes det at

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess.

Det er også verdt å merke seg at man i Helsedirektoratets *Tipshefte om Individuell plan* i artikkelen *Samarbeidet er det viktigste* kan lese at

Det er prosessen fram til planen som er det viktige, det å samle folk fra de ulike instansene og få dem til å samhandle og utveksle informasjon. Det er viktigere enn selve plandokumentet. (s. 38).

Selv om det nok i det siste sitatet refereres til samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer, så legger revisjonen til grunn at dette poenget har overføringsverdi til samhandlingen og samarbeidsprosessene mellom tjenesteyter og bruker / pårørende.

4.3.4 Selvbestemmelse og Empowerment

Spørsmål 41 (selvbestemmelse) og 39 (Empowerment):

Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar for seg problematikk rundt selvbestemmelse i kapittel 3.1., og det understrekes at

Retten til å bestemme selv er et menneskerettslig prinsipp som handler om retten til å ta egne avgjørelser og bestemme over sitt eget liv. Den enkeltes rett til selvbestemmelse kan bare innskrenkes med hjemmel i lov.

Empowerment omtales i kapittel 4 Helsedirektoratets nasjonale veileder *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, og det pekes her på at

Vektlegging av brukerens ressurser og muligheter fremfor mangler og problemer, er sentralt.

- Kommunen viser til at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal ligge til grunn for arbeidet med beboerne i bofellesskapene, og at det tilstrebes å legge til rette for at den enkelte gis mulighet til å utøve selvbestemmelse over eget liv, ut fra sine forutsetninger. Videre bidrar opplæring i *Traumebevisst omsorg (TBO)* og *Recovery*, og verdisynet som følger av disse måtene å jobbe på, til å styrke brukernes selvbestemmelse og *Empowerment*. Kommunen understreker at dette er områder som krever kontinuerlig fokus og refleksjon.
- Avdelingsledernes svar her er interessante, og de viser både at det jobbes med denne problematikken på avdelingene samt at man kan komme opp i dilemmaer når det gjelder beboernes selvbestemmelse. Avdelingslederne er opptatt av at tjenestene skal være preget av selvbestemmelse, men temaet er krevende, og de fleste avdelingslederne ser et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med selvbestemmelse

Revisjonen bemerker at det her handler om det verdimeslige grunnlaget for tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, og selvbestemmelse må også ses i sammenheng med individuell tilrettelegging av tjenestene. Revisjonen oppfatter at det er fokus på dette temaet på habiliteringsfeltet, og er for øvrig enig i kommunens og avd-

elingsledernes egenvurdering om at dette er områder som krever kontinuerlig fokus og refleksjon, samt at det etter alt å dømme er forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med selvbestemmelse på avdelingene. Selvbestemmelse er også blant de grunnleggende verdiene som Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* tar utgangspunkt i, og implementeringen av veilederen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune vil nødvendigvis føre til økt fokus på og bevissthet rundt denne problematikken fremover.

5 Konklusjoner og anbefalinger

5.1 Konklusjoner

I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, som tar for seg habiliteringsfeltet for voksne i Kristiansand kommune, har revisjonen gjennomført en omfattende datainnsamling som innbefatter innspill fra *Helse og mestring*, avdelingslederne i bofellesskap, ansatte i bofellesskap, bruker- og pårørendeorganisasjoner og pårørende, jf. kapittel 3.

For innledningsvis å gi en overordnet vurdering av situasjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune, kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i følgende to dokumenter:

i. Helsetilsynets rapport *Det gjelder livet*¹⁶⁰ fra 2017:

Rapporten, som oppsummerer det landsomfattende tilsynet med kommunale tjenester til personer med utviklingshemming i 2016, er svært kritisk, og i sammenheng kan man lese at «det var til dels svært alvorlige forhold som ble avdekket i dette landsomfattende tilsynet», herunder

*store mangler knyttet til styring og ledelse, kompetanse, planmessig opplæring, systematisk tjenesteyting, individuell tilpasning av tjenestene, utarbeidelse av mål- og tiltaksbeskrivelser og dokumentasjon og evaluering av tiltak. På helseområdet fant statsforvalterne svikt i helseoppfølging, dokumentasjon, kunnskap og kompetanse og legemiddelhåndtering.*¹⁶¹

ii. Helsedirektoratets veileder¹⁶² fra 2021:

Helsedirektoratets nye veileder er et sentralt og faglig normerende dokument på habiliteringsfeltet, jf. avsnitt 2.1.6 over. Revisjonen har vist til denne veilederen innledningsvis i de fleste avsnittene i denne forvaltningsrevisjonsrapportens kapittel 4, hvor vi gjennomgår våre vurderinger.

Med utgangspunkt i innsamlede data i kapittel 3 og våre vurderinger i kapittel 4, oppfatter vi at situasjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune samlet sett er vesentlig bedre¹⁶³ enn bildet som tegnes i Helsetilsynets oppsummerende rapport *Det gjelder livet* fra 2017. Revisjonen oppfatter videre at svarene fra *Helse og mestring* og fra avdelingslederne indikerer at det har vært en positiv utvikling på habiliteringsfeltet de seneste årene, både når det gjelder kvalitetssystem og styring, og når det gjelder fokus på fag og faglig utvikling. Kommunen har gjort et særlig godt arbeid når det

¹⁶⁰ Se https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetsrapport4_2017.pdf/.

¹⁶¹ Slik oppsummeres Helsetilsynets rapport i Helsedirektoratets nye veileder fra 2021 om gode tjenester til utviklingshemmede, jf. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>, kapittel 1.

¹⁶² Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>.

¹⁶³ Revisjonen bemerker at denne vurderingen forutsetter at Sivilombudet, som, parallelt med revisjons arbeid, har undersøkt bruken av tvang og skjermingstiltak for et avgrenset utvalg beboere med høye omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak i bofellesskap i Kristiansand, ikke finner lovbrudd eller annen alvorlig svikt i sin gjennomgang.

gjelder årlig helsekontroll og å fange opp sykdom, jf. avsnitt 4.2.7. Et humoristisk innspill fra en avdelingsleder illustrerer denne positive utviklingen:

Det som gjør det givende, er at vi nå er i ferd med å ta tilbake FAGET på dette feltet. Vi skal bort fra 10 husmødre som kjemper om plassen og om riktig håndtering av skit-tentøy, til faglig godt begrunnede tjenester med fokus på selvbestemmelse! Vi fyller verktøysskuffen med TBO, Recovery, NEWS-2, MOBID-2, VIP – ALLE får de samme tegningene å følge! Det er spennende :)

Kommunen oppgir også at man er i gang med arbeidet med å gjøre Helsedirektoratets nye nasjonale veileder fra 2021 kjent på habiliteringsfeltet

Samtidig fremkommer det i denne rapportens kapittel 4 at det er potensial for forbedring og utvikling langs mange av dimensjonene som omtales i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder fra 2021. Det er videre behov for å styrke ansattes faktiske kjennskap til rutiner og prosedyrer samt for å styrke meldekulturen på avdelingene. Revisjonens gjennomgang viser også at det er utfordringer når det gjelder bruker- og pårørendemedvirkningen både på individnivå og på systemnivå.

Overnevnte funn må ses i sammenheng med Kristiansand kommunens egen omtale / egenvurdering av habiliteringsfeltet i *Økonomiplan 2022-2025*, jf. avsnitt 3.1.1 over. Her fremkommer det at feltet står overfor betydelige utfordringer fremover, og man kan blant annet lese at

- *Stadig flere beboere har et sammensatt og økt tjenestebehov.*
- *Det er utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det er behov for økt kompetanse i tjenestene. Dette gjelder både med hensyn til å øke andelen faglærte generelt, men også spesifikt med tanke på kompetansekrav som øker behovet for helsepersonell.*
- *Boligtilbudet for utviklingshemmede er ikke tilstrekkelig differensiert.¹⁶⁴*
- *En stor andel av registrerte HMS-avvik knyttet til vold og utagerende atferd finner en innen habiliteringsfeltet. Dette er svært krevende og det gjør at tjenesten må ha høyt fokus på forebygging, rett kompetanse og tverrfaglig miljøarbeid. Dette må også sees i sammenheng med behovet for differensierte boligtilbud, både med hensyn til fysisk utforming og sammensetning av beboere.*
- *Målgruppen har et underforbruk av helsetjenester.*
- *Utviklingshemmede har i liten grad tilgang til tilrettelagt arbeid.*
- *Det er utfordringer med kapasiteten ved aktivitetshusene*
- *Det er behov for å utvikle og harmonisere tilbud og tjenester innenfor habiliteringsfeltet, og det er økt press på avlastningstilbud.*
- *Det er økt press på tjenestene «Aktiv fritid» og «Konsulenter for funksjonshemmede barn og unge».*
- *Det vil i perioden bli prioritert å ha et fokus på dialog med pårørende.*

¹⁶⁴ Status når det gjelder den kommunale boligmassen ble gjennomgått i forvaltningsrevisjonsrapporten *Boligsosialt arbeid i Kristiansand kommune* (se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2021/06/Forvaltningsrevisjon-2020-21-Boligsosialt-arbeid-i-Kristiansand-08.06.21.pdf>). I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet om habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune, har vi diskutert størrelsen på bofellesskap i avsnitt 4.2.13 over. Vi konkluderte der med at så lenge Husbanken, som er statens sentrale organ for å gjennomføre boligpolitikken, fortsatt gir tilskudd til opptil 8 boliger sammen, kan vi ikke komme med en konkret anbefaling når det gjelder bofellesskapenes størrelse utover at det ikke bør samlokalisere flere enn 8 boliger og at bofellesskapenes ikke bærer preg av å være institusjoner.

- *Habilitering for voksne har hatt overforbruk utover budsjettet i flere år (s. 149-150 i Økonomiplan 2022-2025).*

Med utgangspunkt i innsamlede data i kapittel 3 og revisjonens vurderinger i kapittel 4 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten, har revisjonen følgende sett med anbefalinger:

5.2 Anbefalinger med kommentarer

Anbefalingene i denne rapporten knyttes i utgangspunktet opp mot rapportens tre hovedproblemstillinger.

Den første anbefalingen, som tar for seg det som kan kalles «strukturkvaliteten», antas imidlertid å påvirke tjenestekvaliteten på habiliteringsfeltet mer generelt, og den vil i så måte ha betydning for *alle* de tre problemstillingene. Vi starter derfor med denne overordnede anbefalingen, og ordner deretter de resterende anbefalingene inn under prosjektets tre hovedproblemstillinger.

Merk videre at anbefalingene under problemstilling 2 (P2) og problemstilling 3 (P3) må ses i sammenheng med, og kan forstås som innspill til, kommunens arbeid med å implementere Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* på habiliteringsfeltet.

5.2.1 «Strukturkvalitet»: Kompetanse, deltid, sykefravær og turnover

Spørsmålet om kommunens arbeid med å sørge for tilstrekkelig kvalifisert bemanning sett opp mot behovet, omtales i kapittel 2.1 i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Vi har videre sett i avsnitt 2.1.5 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten at Helsedirektoratet i *Kompetanseløft 2020* har identifisert fire hovedutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste: deltidsproblematikk, mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover.¹⁶⁵ Det er et gjennomgående funn i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet at utfordringer langs disse sentrale dimensjonene bidrar til å svekke kvaliteten på tjenesteproduksjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune:

- Mange *avdelingslederne* oppgir at utfordringer knyttet opp mot lav kompetanse, mange ansatte i små stillinger (deltid), høyt sykefravær og det at ansatte blir kort tid i stillingene (turnover), bidrar til at det krevende å implementere rutiner i kvalitetssystemet blant alle de ansatte (P1), å sikre at alle er på høyden faglig og at det er kontinuitet i tjenestene som leveres (P2), samt å sikre at brukerperspektivet og samarbeidet med pårørende fungerer (P3). Avdelingsledere har spilt inn at det er vanskeligere å løfte ansatte med lav kompetanse / lave kvalifikasjoner.
- *Revisjonens spørreundersøkelse* for de ansatte på avdelingene viser at de som faller inn under kategoriene

¹⁶⁵ Sammenhengen mellom disse fire hovedutfordringene er kompleks. Det må antas at det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom nevnte utfordringer, og antakelsen i Kristiansand kommunes *Økonomiplan 2021-24* om at flere ansatte i hele stillinger kan bidra til redusert sykefravær, fremstår som rimelig.

- Er midlertidig ansatt / tilkallingsvikar, og / eller
- Har vært kort tid i jobben (0-2 år) (merk her at høy turnover vil bidra til at flere ansatte har vært kort tid i jobben), og / eller
- Har lav stillingsstørrelse (0-35 pst.), og / eller
- Ikke ønsker å videreutvikle egen kompetanse, og / eller
- Ikke har autorisasjon,

kommer noe dårligere ut enn utvalget som har svart på revisjonens spørreundersøkelse sett under ett.

i) Sykefravær:

Kommunen viser til prosjektet «NED med sykefraværet» samt til flere andre tiltak, og avdelingslederne viser også til flere forskjellige lokale tiltak på de enkelte avdelingene for å redusere sykefraværet. Arbeidet med å redusere sykefraværet omtales også som «et viktig satsingsområde for kommunen» i de seneste års økonomiplaner, jf. avsnitt 4.2.1. Revisjonen gjennomførte i 2019 et forvaltningsrevisjonsprosjekt som tok for seg sykefraværet i Kristiansand kommune¹⁶⁶, og i rapporten kom revisjonen med 10 konkrete anbefalinger for kommunens videre arbeide med å forebygge og redusere sykefraværet i kommunen som vi her legger til grunn at kommunen jobber med å følge opp.

ii) Deltid:

Helse og mestring understreker i sitt svar til revisjonen de negative effektene på tjenestekvalitet, arbeidsmiljø, rekruttering og likestilling av en høy andel deltidsansatte, og disse negative effektene utdypes også som vi har sett i avdelingsledernes svar. Kommunen viser videre til at hovedgrepet for å øke andelen heltid på området *Helse og mestring* er knyttet til å endre arbeidstidsordninger, og da særlig til å øke vaktlengder, samt at det som hovedregel skal tilsettes i heltidsstillinger. Kommunen har også et heltidskulturprosjekt. Kommunen jobber med andre ord aktivt med deltidsproblematikk, og revisjonen kommer derfor ikke med anbefalinger når det gjelder dette temaet.

Vi legger imidlertid samtidig til at vi har sett at det i *Kompetanseløft 2020 – Årsrapport 2019* understrekes et manglende heltidskultur er et alvorlig problem for kvaliteten på tjenesteproduksjonen samt at «det bør vurderes kraftfulle tiltak og insitament for å styrke omlegging til heltidsstillinger» (s. 53), og i hvilken grad ressurser til tiltak i arbeidet med heltidskultur som *ikke* kan iverksettes innenfor gjeldende rammer, skal prioriteres, vil være et politisk spørsmål.

iii) Strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling:

I Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* understrekes det blant annet at kommuner bør jobbe systematisk med strategisk kompetanseplanlegging, jf. avsnitt 4.2.2 over.

Selv om noen avdelingsledere på habiliteringsfeltet i sine svar til revisjonen viser at de har vært særlig aktive og systematiske i arbeidet med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft, så oppfatter revisjonen at det her er et klart forbedringspotensial på overordnet nivå for habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune. Vi viser i avsnitt 4.2.2 til Flekkefjord kommunes systematiske og langsiktige arbeid hvor man «over flere år har

¹⁶⁶ Se <https://agderkomrev.no/wp-content/uploads/2018/01/Sykefrav%C3%A6r-i-Kristiansand-kommune.pdf>.

satset på en helhetlig kompetanseheving for å utvikle tjenestene samt rekruttere og beholde medarbeidere». Det vises til at habiliteringsenheten i Flekkefjord blant annet «jobber systematisk med satsning på fagutdanning gjennom prosjektet *Fra assistent til helsefagarbeider*, og det er verdt å merke seg at mens Kristiansand kommune oppgir at ansatte i medarbeidersamtaler «gis mulighet til å fremme ønske om kompetanseutvikling», så har Flekkefjord utarbeidet det mer proaktive dokumentet *Oppfordring til kompetanseheving*. Resultatet av satsingen er bemerkelsesverdig:

Utviklingen fra 2015 til 2021 viser at vi [Habiliteringsenheten i Flekkefjord kommune] har fått økt grunnkompetanse i enheten gjennom at årsverk ufaglært har blitt redusert fra 31 årsverk til 13,5. Tjenesten har i samme periode økt med 6,2 årsverk.

Oppsummert så vurderer revisjonen at det på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune er et klart forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling, og at dette bør adresseres i systemet for overordnet strategisk kompetanseplanlegging som kommunen planlegger ferdigstilt innen utgangen av 2022.

Med dette utgangspunktet anbefaler revisjonen at

1. **Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune bør fremover jobbe systematisk og proaktivt med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling.**

En positiv utvikling når det gjelder strukturkvaliteten på habiliteringsfeltet, vil ha positiv innvirkning på i hvilken grad tjenestene som leveres er trygge (P1), på kvaliteten og innholdet i det ordinære tjenestetilbudet (P2) og på bruker- og pårørendemedvirkningen på feltet (P3).

5.2.2 P1: Rutiner i forhold til uønskede hendelser / svikt / avvik («trygge tjenester»)?

P1: I HVILKEN GRAD HAR KOMMUNEN RUTINER OG SYSTEMER FOR Å UNNGÅ, FOR Å FANGE OPP OG EVENTUELT FOR Å HÅNDTERE, FORHINDRE GJENTAKELSER AV OG LÆRE AV UØNSKEDE HENDELSER / SVIKT / AVVIK?

Samlet sett vurderer revisjonen at *Helse og mestring* svarer ut våre spørsmål knyttet opp mot å ha på plass rutiner og systemer som skal bidra til trygge tjenester og til å lære av uønskede hendelser / svikt / avvik, på en tilfredsstillende måte, jf. avsnitt 4.1.1, hvor vi har sett at kommunen blant annet har rutiner for:

- Ansettelsesprosess (referanser, politiattest etc.).
- Kontroll av autorisasjon (ved ansettelse; årlig for ansatte).
- Å varsle rette instanser om forskjellige typer avvik, alvorlige hendelser og mulige straffbare forhold begått av ansatte (Statens helsetilsyn, Stasforvalter etc.).
- Å følge opp tilsynssaker
- Å følge opp klagesaker.
- Å melde om avvik og uønskede hendelser blant de ansatte.
- Å håndtere mulige overgrep mot beboere i bofellesskap.

Kommunen har også rutiner og systemer som skal bidra til at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder, herunder for at alle nyansatte skal kvittere på at de har lest og forstått rutinen for å melde om avvik og uønskede hendelser. Svarene på revisjonens spørsmål fra *Helse og mestring* og fra avdelingslederne indikerer videre at rutiner og prosedyrer som skal bidra til trygge tjenester på habiliteringsfeltet, og som gjelder avdelingslederne eller ledernivåene over (referansesjekk, politiattest etc.), i hovedsak følges opp.

Det fremkommer samtidig av revisjonens gjennomgang at det, på tross av at overnevnte rutiner og systemer er på plass, er potensial for forbedring når det gjelder å styrke de ansattes faktiske kjennskap til overnevnte rutiner. Vi har også sett at det er behov for forbedring når det gjelder hvordan og hvor raskt *Helse og mestring* følger opp mislighetssaker overfor revisjonen, jf. avsnitt 4.1.2.

i) Ansattes faktiske kjennskap til rutiner og prosedyrer:

Vi har sett at både avdelingsledernes svar og revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte indikerer at strukturkvaliteten, herunder stillingsstørrelse, kompetanse og tid i jobben, har betydning for de ansattes faktiske kjennskap til overnevnte rutiner, jf. avsnitt 5.2.1 over. Revisjonens spørreundersøkelse indikerer samtidig at det på kort sikt vil være behov for å styrke de ansattes faktiske kjennskap til rutiner og prosedyrer for:

- å melde avvik i forbindelse med uønskede hendelser / svikt / forsømmelser etc.,
- å forebygge og avdekke vold / overgrep etc. mot brukere,
- å sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse,

og vi anbefaler derfor at

2. Kommunen bør, med utgangspunkt i resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet, søke å styrke de ansattes faktiske kjennskap til sentrale rutiner.

ii) Meldekultur:

Det fremkom videre av revisjonens spørreundersøkelse at når det gjelder de ansattes beskrivelse av avdelingens meldekultur¹⁶⁷, så er det kun 32 pst. av respondentene som vurderer at den er god, jf. spørsmål 10 i revisjonens spørreundersøkelse. De ansattes tilbakemelding om meldekulturen viser i så måte at de opplever at det er potensial for utvikling og forbedring på dette området, og revisjonen anbefaler at

3. Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som bidrar til å styrke meldekulturen blant de ansatte på habiliteringsfeltet.

5.2.3 P2: Kvalitet / innhold i det ordinære tjenestetilbudet («faglig gode tjenester»)

P2: I HVILKEN GRAD JOBBER KOMMUNEN SYSTEMATISK LANGS DIMENSJONER SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ OG INNHOLDET I DET ORDINÆRE TJENESTETILBUDET PÅ HABILITERINGSFELTET?

¹⁶⁷ Se avsnitt 4.1.2 for en diskusjon av forskjellen mellom kvalitets- / EQS-avvik og varsling.

Anbefalingene under problemstilling 2 (P2) må som nevnt ses i sammenheng med, og kan forstås som innspill til, arbeidet med å implementere Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune. Det er videre verdt å merke seg at strukturkvaliteten, jf. avsnitt 5.2.1 over, i betydelig grad vil ha innvirkning på tjenestekvaliteten langs flere av dimensjonene som omtales under.

i) Forebygge utvikling av utfordrende atferd:

Forebygging av utfordrende atferd, som må ses i sammenheng med at kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, vil i betydelig grad påvirkes av strukturkvaliteten, jf. avsnitt 5.2.1. Bofellesskapenes standard / utforming / differensiering og sammensetningen av beboerne vil også påvirke dette arbeidet.

Avdelingsledernes svar til revisjonen indikerer at det er bevissthet rundt denne problematikken på de fleste avdelingene. Det er fokus både på målrettet miljøarbeid og på jobbe med å forstå årsakene som kan ligge bak utfordrende atferd. Samtidig indikerer de ansattes svar på spørsmål 26-29 i revisjonens spørreundersøkelse for øvrig at det er behov for å øke de ansattes kompetanse rundt dette temaet spesielt, jf. avsnitt 4.2.3. I *Økonomiplan 2022-25* kan man også lese at «en stor andel av registrerte HMS-avvik knyttet til vold og utagerende atferd finner en innen habiliteringsfeltet».

Vi anbefaler med dette utgangspunktet at

4. Kommunen bør styrke de ansattes kompetanse når det gjelder å forebygge utvikling av utfordrende atferd.

Revisjonen bemerker at kapittel 10 i *Mitt livs ABC*, Perm 2 (fordypning)¹⁶⁸, tar for seg utfordrende atferd. Kommunen har også vist kurs som omhandler bruk av tvang og makt og konflikthåndtering. Målrettet miljøarbeid vil også være relevant her¹⁶⁹, og kommunen må selv vurdere nøyaktig hvordan denne anbefalingen følges opp.

Det må her også legges til at bruk av tvang alltid innebærer etiske dilemmaer. Vi så i avsnitt 4.2.12 at revisjonens spørreundersøkelse viser at 61 pst av respondentene oppgir at de er trygge på problematikk rundt etisk refleksjon. Dersom man tar utgangspunkt i dimensjonen «små stillinger», så reduseres denne andelen til kun 54 pst., noe som indikerer at arbeidet med etisk refleksjon også bør styrkes.

ii) Overgang til voksenliv, varig tilrettelagt arbeid (VTA) og jobb eller dagaktivitetstilbud

Det fremgår både av *Helse og mestrings* svar på revisjonens spørsmål 29-31, og av kommunens egen omtale av habiliteringsfeltet i *Økonomiplan 2022-25*, at det er potensial for utvikling og forbedring på disse viktige områdene.

¹⁶⁸ Overskriftene i kapittel 10 i *Mitt livs ABC*, Perm 2 (fordypning), er: 1 Innledning; 2 Hva er utfordrende atferd?; 3 Årsaker til utfordrende atferd; 4 Hvordan kan vi finne årsaker til utfordrende atferd?; Hva kan vi gjøre når vi finner årsakene til utfordrende atferd?; 6 Tiltak som ikke bygger på årsaker til utfordrende atferd; 7 Referanser og videre lesning.

¹⁶⁹ *Mitt livs ABC*, perm 2 (fordypning), hefte 9 «Miljøarbeid fordypning», som innbefatter en gjennomgang av såkalt «funksjonell analyse», er av særlig interesse her.

Når det gjelder overgangen til voksenliv, så viser kommunen til at relevante sjekklister er under utarbeidelse. Revisjonen understreker her at det relativt omfattende settet med punkter for sentrale temaer for kartlegging og planlegging av overganger i Helse- og sosialtjenestene nye nasjonale veileder, bør innarbeides i disse sjekklisene. I veilederen understrekes det blant annet, i tråd med *Norsk Forbund for Utviklingshemmedes* (NFU) kritiske innspill, at «kartleggingsarbeidet og planleggingen bør starte tidlig, fortrinnsvis allerede første videregående skoleår, slik at det ikke blir ventetid etter avsluttet videregående skole».

Kommunenes bidrag til at personer med utviklingshemming får jobb eller dagaktivitetstilbud omtales i kapittel 4.5 i Helse- og sosialtjenestene nye nasjonale veileder. Kristiansand kommune oppgir selv både i sine svar til revisjonen og i *Økonomiplan 2022-25* at det er betydelige utfordringer og rom for forbedring på disse viktige områdene.

Revisjonen anbefaler her at

5. Kommunen bør vurdere å styrke arbeidet med at beboere i bofellesskap på habiliteringsfeltet får jobb / VTA eller dagaktivitetstilbud.

iii) Andre dimensjoner i Helse- og sosialtjenestene nye nasjonale veileder:

Revisjonen har i forbindelse med problemstilling 2 (P2) kun gitt anbefalinger langs de dimensjonene hvor det, med utgangspunkt i vår datainnsamling, er klare indikasjoner på at det er behov for å iverksette tiltak. Samtidig må det understrekes at det naturlig nok vil være potensial for forbedring og utvikling langs de fleste dimensjonene som omtales i Helse- og sosialtjenestene nye veileder, også dem som ikke kommenteres her (fysisk aktivitet og en aktiv og meningsfylt tilværelse, etisk refleksjon, ernæring, munn- og tannhelse, psykisk helse, rutiner for å forebygge rusmiddelproblemer).

Revisjonen bemerker i den forbindelse at det var variasjon mellom avdelingslederne når det gjelder svarene på revisjonens spørsmål. For det første var noen svar faglig og ledelsesmessig sterkere enn andre. For det andre var det på noen spørsmål slik at noen avdelingsledere svarte at de opplevde å jobbe godt langs den aktuelle dimensjonen, mens andre svarte at de nok kunne gjøre en bedre jobb.

Revisjonen understreker i så måte avslutningsvis at det er viktig at *Helse og mestring* jobber systematisk med å redusere uønsket variasjon mellom de forskjellige avdelingene når det gjelder kvaliteten på tjenestene som leveres. I et innspill fra en avdelingsleder ble det også pekt på forbedringspotensial når det gjaldt å dele de gode eksemplene på hvordan de forskjellige avdelingene har løst krevende situasjoner.

Med dette utgangspunktet anbefaler vi at

6. Kommunen bør innarbeide revisjonens analyse i denne rapportens kapittel 4.2 i sitt videre arbeid med å implementere Helse- og sosialtjenestene nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming på habiliteringsfeltet*.

5.2.4 P3: Brukerperspektivet på habiliteringsfeltet

P3: I HVILKEN GRAD IVARETAS BRUKERPERSPEKTIVET PÅ HABILITERINGSFELTET?

i) Brukermedvirkning på systemnivå – Politiske utvalg:

Både Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) er kritiske til brukermedvirkningen på systemnivå i Kristiansand kommune, jf. avsnitt 4.3.1.

FFO har spilt inn at den reelle brukermedvirkningen på systemnivå vil styrkes dersom kommunen «tenker større når det gjelder talerett og møterett for lovpålagte råd [...] slik lovverket også åpner opp for» samt hvis *Rådet for funksjonshemmede* får mer hjelp av sekretariatet i kommunen «til å løfte egne saker, som mange ganger har sitt utspring i den enkeltes individuelle og konkrete erfaringer og opplevelser, til systemnivå og til å legge dem frem og behandle dem i rådet».

Med dette utgangspunktet anbefaler revisjonen at

7. Kommunen bør vurdere å følge opp FFOs innspill om hvordan den reelle bruker- og pårørendemedvirkningen på systemnivå, kan styrkes.

ii) Brukermedvirkning på systemnivå - Brukerundersøkelser:

Brukerundersøkelser er blant eksemplene på brukermedvirkning på systemnivå som det vises til i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder. Kommunen oppgir at et system for gjennomføring av overordnede bruker- og pårørendeundersøkelser ikke er kommet plass, jf. avsnitt 4.3.1.

Revisjonen anbefaler at

8. Kommunen bør få på plass et system for brukerundersøkelser og gjennomføre brukerundersøkelser jevnlig på habiliteringsfeltet

Vi bemerker her at bruker- og pårørendeorganisasjonene spilt inn til revisjonen at de ikke opplever å få gitt uttrykk for hva de er opptatt av i undersøkelser hvor de kun skal oppgi hvor tilfredse / utilfredse de er langs dimensjoner som kommunen på forhånd har valgt ut. FFO har spilt inn at «det er også viktig å inkludere dem som får avslag på tjenester, ikke har tilstrekkelig med tjenester, eller kunne hatt behov for andre tjenester for å danne et mest mulig realistisk bilde og dekke hele spekteret», jf. avsnitt 3.4.2.

iii) Pårørendes medvirkning, dialog med pårørende og Individuell plan (IP) og koordinator

Spørsmålet knyttet opp mot brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå, er vanskelig. I avsnitt 3.2.4 har vi sett at det er bevissthet på avdelingene og blant de ansatte om betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende. Både kommunen og bruker- og pårørendeorganisasjoner viser til eksempler hvor samarbeidet fungerer greit.

Samtidig er innspillene fra bruker- og pårørendeorganisasjonene til dels svært kritiske, jf. avsnitt 3.4. FFO viser til at det er et «alvorlig problem at mistillit mellom brukere og kommunen bygger seg opp over tid. Mistilliten oppleves ofte å være gjensidig». De pårørendes mistillit, som blant annet må ses i sammenheng med at pårørendes (til dels svært) dårlige opplevelser tilbake i tid, jf. Case 2 i avsnitt 3.4.2, er i mange tilfeller med på å prege opplevelsen av dagens tjenester. Det oppgis også at pårørende er urolige for å klage på tjenester fordi de er «redde for om brukeren vil møte mer motstand i apparatet hvis de står på kravene for å få det de har rett på og behov for». Vi så videre i avsnitt 4.2.5 at det er stor avstand mellom kommunen og brukerne når det gjelder utmålingen av timer til personlig assistanse / BPA / støttekontakt, noe som har medført friksjon mellom kommunen og bruker- og pårørendeorganisasjoner over flere år.

Med dette utgangspunktet er det krevende for revisjonen å komme med anbefalinger som skal bidra til å styrke brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå. Vi merker oss at avdelingsledere har spilt inn at høy turnover blant ansatte kan føre til hyppig bytte av primærkontakt, noe som oppleves som negativt for samarbeidet med pårørende. Dette indikerer at det vi har kalt «strukturkvaliteten», jf. anbefaling 1 og avsnitt 5.2.1 over, har betydning også for pårørendesamarbeidet.

Mer generelt vil det også være viktig at habiliteringsfeltet fremover følger opp det som står om brukermedvirkning i Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, spesielt kapittel 7 med tittelen *Familie, pårørende og verge*. Vi viser også til innspill fra politikerne, jf. avsnitt 1.3.2 over, om at kommunen må være bevisst på at maktforholdet mellom kommunen og brukere er asymmetrisk, og at det er kommunen som er den profesjonelle og den sterke parten i disse sakene.

Vår konkrete anbefaling i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet for å styrke brukeres og pårørendes medvirkning på individnivå, gjelder individuell plan (IP).

- NFU og FFO la i sine innspill vekt på at kommunen må sikre at individuell plan (IP), som er en lovfestet rettighet, brukes systematisk som et sentralt verktøy i utformingen av tjenestene. FFO etterlyste også økt bruk av koordinator.
- Kommunen er tydelige både i sitt svar til revisjonen og i seneste års økonomiplaner på at man ikke er gode nok når det gjelder individuell plan (IP), og det fremgår av avdelingsledernes svar at individuell plan (IP) i liten grad er tatt i bruk på avdelingene, jf. avsnitt 4.3.3. Svarene fra enkelte avdelingsledere indikerer også at kommunen aktivt har kommunisert til pårørende at det ikke er behov for individuell plan.
- Revisjonen legger her til at individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for brukerne når vilkårene («behov for *langvarige* og *koordinerte* tjenester» samt at bruker / pårørende ønsker å ha individuell plan) er oppfylt. Vilårene gir noe rom for tolkning, men det må understrekes at Helsedirektoratets nye veileder nevner individuell plan som et viktig verktøy i en rekke kapitler, noe som indikerer at beboere i bofellesskap i utgangspunktet er i målgruppen for individuell plan.

Det fremgår som vi har sett av *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, § 1, at formålet med individuell plan og koordinator er å

- Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Revisjonen anbefaler med dette utgangspunktet og på bakgrunn av diskusjonen over at

9. Kommunen bør, i tråd med brukere og pårørendes lovfestede rettigheter, bruke individuell plan (IP) aktivt både som et planleggingsverktøy og som et verktøy for å sikre en strukturert samarbeidsprosess.

5.3 Anbefalingene samlet

1. Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune bør fremover jobbe systematisk og proaktivt med rekruttering og strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling.
2. Kommunen bør, med utgangspunkt i resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse for de ansatte på habiliteringsfeltet, søke å styrke de ansattes faktiske kjennskap til sentrale rutiner.
3. Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som bidrar til å styrke meldekulturen blant de ansatte på habiliteringsfeltet.
4. Kommunen bør styrke de ansattes kompetanse når det gjelder å forebygge utvikling av utfordrende atferd.
5. Kommunen bør vurdere å styrke arbeidet med at beboere i bofellesskap på habiliteringsfeltet får jobb / VTA eller dagaktivitetstilbud.
6. Kommunen bør innarbeide revisjonens analyse i denne rapportens kapittel 4.2 i sitt videre arbeid med å implementere Helsedirektoratets nye nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* på habiliteringsfeltet.
7. Kommunen bør vurdere å følge opp FFOs innspill om hvordan den reelle bruker- og pårørendemedvirkningen på systemnivå, kan styrkes.
8. Kommunen bør få på plass et system for brukerundersøkelser og gjennomføre brukerundersøkelser jevnlig på habiliteringsfeltet
9. Kommunen bør, i tråd med brukere og pårørendes lovfestede rettigheter, bruke individuell plan (IP) aktivt både som et planleggingsverktøy og som et verktøy for å sikre en strukturert samarbeidsprosess.

6 Kommunedirektørens høringsuttalelse



Kristiansand
kommune

Agder Kommunerevisjon IKS

Vår saksbehandler
Jan Helge Lislevand

Sak i Kontrollutvalget:
32/21

Dato:
07.04.2022

Kommunedirektørens høringssvar til rapporten «Forvaltningsrevisjon - Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune».

Revisjonen oversendte den 11.03.2022 høringsutkast av rapporten «Forvaltningsrevisjon - Habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune» til kommunedirektøren til uttalelse.

Rapporten er grundig og viser at det gjøres mye godt og systematisk arbeid innen habiliteringsfeltet. Kommunedirektøren er glad for at revisjonen oppfatter at situasjonen på habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune samlet sett er vesentlig bedre enn bildet som tegnes i Helsetilsynets oppsummerende rapport *Det gjelder livet* fra 2017. Videre at revisjonen indikerer at det har vært en positiv utvikling på habiliteringsfeltet de seneste årene, både når det gjelder kvalitetssystem og styring, og når det gjelder fokus på fag og faglig utvikling. Revisjonen trekker også frem at kommunen har gjort et særlig godt arbeid når det gjelder årlig helsekontroll og å fange opp sykdom.

Revisjonen dokumenterer tydelig etter gjennomført forvaltningsrevisjonsprosjekt de utfordringene habiliteringsfeltet har. Rapportens funn og anbefalinger vil bli fulgt opp i arbeidet med videre kvalitetsforbedring og utvikling av habiliteringsfeltet i Kristiansand kommune.

Den samlede vurdering er at rapporten er nyttig og utgjør et godt grunnlag for læring. Kommunedirektøren vil takke revisjonen for konstruktivt samarbeid med forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Camilla Bruno Dunsæd

Kommunedirektør | Kristiansand kommune

7 Litteratur

Aldring og helse, *Mitt livs ABC* (perm 1 og 2).

Aldring og helse, *Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming*.

FN, *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (utgitt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet).

Helsedirektoratet (2015) *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Nasjonal veileder).

Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Nasjonal veileder).

Helsedirektoratet (2020) *Kompetanseløft 2020 - Årsrapport 2019*.

Helsedirektoratet (2021) *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* (Nasjonal veileder).

Helsetilsynet (2017) *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*.

Kristiansand kommune, *Handlingsplan for tjenester til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse 2017-2020*

Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmede (NAKU), nettressurser.

NOU 2016:17 *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*.

Rambøll (2016) *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse*.

Rambøll (2018) *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*

Stortingsmelding 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasient-sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

Stortingsmelding 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming*.