

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 4/2017

Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Oktober 2017

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN: 978-82-93595-02-1 (elektronisk)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Sammendrag	2
1 Om tilsynet og tilsynets temaer	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Om rapporten	6
2 Funn i tilsynet.....	8
2.1 Personlig assistanse.....	8
2.1.1 Utilstrekkelige og lite individuelt tilpassede tjenester	9
2.1.2 Lite systematisk tjenesteutøvelse	11
2.1.3 Dokumentasjon av personlig assistanse – mangelfull og spredt	12
2.1.4 Få spor av brukers medvirkning.....	14
2.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling.....	15
2.2.1 Medvirkning til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til fastlege	15
2.2.2 Helsetjenestene i hjemmet – ikke trygge nok.....	16
2.2.3 Lite systematisk dokumentasjon av helsehjelp	19
2.3 Styring og ledelse av tjenestene	20
2.3.1 Uklar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet	20
2.3.2 Svak kompetanse og mangelfull opplæring	20
2.3.3 Ledelsen følger ikke godt nok med, etterspør for lite	23
3 Gjennomføring av tilsynet	24
4 Veien videre	26
Vedlegg: Oversikt over kommuner med tilsyn	28
Čoahkkáigeassu.....	30
English summary	31

Sammendrag

Hvorfor dette tilsynet?

Personer med utviklingshemming har ofte behov for omfattende og varige tjenester, og behovene endres underveis. Mange er avhengige av hjelp og bistand til det aller meste, hver eneste dag, og livet ut. Brukerne skal ha et meningsfylt innhold i livet, tilbudet må derfor være individuelt tilpasset. Når den enkeltes livsvilkår og livskvalitet i stor grad er betinget av kvaliteten på det kommunale tilbudet, er det ikke godt nok at det «går rundt» fra dag til dag. Tilbudet må også være helhetlig, forutsigbart, tilstrekkelig, kompetent og trygt. Mange av brukerne klarer ikke å meddele behov og si fra når noe ikke fungerer. Svikt i tjenesten kan derfor være vanskelig å oppdage, som igjen kan få alvorlige konsekvenser. For personer med utviklingshemming med store og til dels komplekse tjenestebehov «gjelder det livet».

Hvem og hvordan?

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Som ledd i et utviklingsarbeid i Statens helsetilsyn, intervjuet fylkesmennene mer enn 200 brukere og ca. 70 representanter for brukere som ikke selv kunne formidle sine erfaringer. Fylkesmennene oppfattet at brukerne fortalte om hva som var viktig for dem, og ga innblikk i egen hverdag og tjenestetilbud. Mange fylkesmenn meldte at brukerintervjuene ga informasjon som de kunne ettergå i videre undersøkelser i tilsynet og som styrket beslutningsgrunnlaget.

Det ble gjennomført tilsyn med 57 kommuner. I 12 kommuner fant fylkesmennene ingen lovbrudd. I de øvrige 45 kommunene fant fylkesmennene til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet.

Fylkesmennene undersøkte om kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen undersøkte om kommunen legger til rette for personlig assistanse i form av tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg, bistand til aktivisering og opplæring i dagliglivets gjøremål. Fylkesmennene undersøkte videre om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling. I undersøkelsen inngikk om kommunene legger til rette for at brukerne får medvirke, og for samhandling internt og med fastlege og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmennene undersøkte også om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

Hva fant vi?

Det var til dels svært alvorlige forhold som ble avdekket i dette landsomfattende tilsynet. I mange kommuner var tjenestene preget av svak styring og høyt risikonivå, og det ble avdekket svikt med potensielt alvorlige konsekvenser for brukernes livskvalitet og helse.

I noen kommuner var svakhetene mange og store, og tjenesteytingen framsto tilfeldig. I mange tilsyn ble det påpekt som en alvorlig styringssvikt at kommunens ledelse ikke følger godt nok med på om brukerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester og at de ikke etterspør informasjon om tjenestene fungerer som forutsatt.

Blant hovedfunnene var at tjenestene som inngår i personlig assistanse mange steder var utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset. I mange kommuner påpekte fylkesmannen at tjenesteyterne hadde svak kompetanse og at det manglet planmessig opplæring av de ansatte. Tjenesteytingen var ofte lite systematisk, og dokumentasjonen av personlig assistanse mangelfull og spredt. Resultatet var at mange ansatte er dårlig informert og oppdatert om brukerne de skulle bistå, om oppgavene de skulle utføre og hvordan det skulle gjøres. Det var også i mange kommuner få spor av at brukerne medvirket i utmåling, utforming og evaluering av eget tjenestetilbud, og pårørende og verger var ofte ikke godt nok informert til å ivareta brukernes interesser.

På helseområdet fant fylkesmennene i mange kommuner svikt i hvordan brukernes helseforhold ble fulgt opp. Opplysninger om brukernes helseforhold kunne være vanskelig tilgjengelige, og mange steder hadde ansatte dårlig kunnskap om den enkelte brukers diagnoser og andre helseforhold, om hva de skulle observere av endringer og om hva de skulle dokumentere. I flere kommuner avdekket fylkesmannen alvorlig svikt i legemiddelhåndteringen. Det gjaldt blant annet uklare ansvarsforhold, dårlig kontroll med utdeling og utilstrekkelig kompetanse hos dem som gjør i stand og deler ut legemidler.

Videre oppfølging av tilsynet

Fylkesmennene følger opp kommuner hvor det er påpekt lovbrudd, og er godt i gang med denne oppfølgingen. Der det er funnet omfattende svikt i kommunens ledelse og kvalitetssikring av tjenestene til mennesker med utviklingshemming, kan det være nødvendig med et større endringsarbeid og oppfølging fra fylkesmennene.

Helsetilsynet oppfordrer ledere i kommuner som ikke har hatt tilsyn til å bruke erfaringene fra tilsynet beskrevet i enkeltrapporter og i denne oppsummeringsrapporten som utgangspunkt for å vurdere om egen praksis og eget styringssystem er i tråd med myndighetskravene.

Tilsynsveilederen til fylkesmennene er offentlig, og tilgjengelig på www.helsetilsynet.no.

1 Om tilsynet og tilsynets temaer

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming.

Fylkesmennene har undersøkt om kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker med utviklingshemming over 18 år og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tilsynet var rettet mot kommunens gjennomføring av helse- og omsorgstjenester som kommunen selv yter.

Fylkesmennene har undersøkt:

- Om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg, bistand til aktivisering, og opplæring i dagliglivets gjøremål.
- Om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling.

Undersøkelsene av begge temaene omfattet om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke i egne tjenester, og om kommunen legger til rette for samhandling internt og for samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmennene undersøkte også om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har over lang tid vært bekymring for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til mennesker med utviklingshemming. Det er rapportert om mangelfull ivaretagelse av rettssikkerheten og dokumentert utilstrekkelig fagkompetanse og tjenesteomfang for mange tjenestemottakere.¹ Statens helsetilsyn har også sett mangler i tjenestetilbudet gjennom tilsynssaker og fylkesmennesenes planlagte tilsyn.

Voksne med utviklingshemming er en sårbar gruppe

Kommunene registrerer og melder årlig til Helsedirektoratet hvor mange mennesker med utviklingshemming som har vedtak på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og som er over 16 år. I 2016 gjaldt det ca. 19 000 personer.

1 Norges offentlige utredninger. På lik linje. NOU 2016:17.

Utviklingshemming reduserer den enkeltes evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, bearbeiding av informasjon, problemløsning og tilegnelse av kunnskap og erfaring. Mennesker med utviklingshemming lever med begrensninger når det gjelder planlegging og gjennomføring av dagligdagse oppgaver. Mange kan også ha store somatiske og psykiske helsemessige utfordringer, flere diagnoser, kroniske sykdommer, og dessuten økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer som følge av usunt kosthold og inaktivitet.

Mennesker med utviklingshemming som mottar helse- og omsorgstjenester har ulike behov. 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, og livet ut. Behovene endrer seg gjerne i løpet av livet, men mange har vansker med selv å melde fra om tjenestebehov, og spesielt om fysiske og psykiske helseplager. Det kan skyldes reduserte kognitive forutsetninger til å overskue og vurdere egen situasjon, begrensede kommunikasjonsferdigheter eller lojalitet til hjelpere de står i et avhengighetsforhold til. Brukerne mangler ofte informasjon og kunnskap om muligheten til å medvirke i gjennomføringen av tjenestene, og de deltar i liten grad i utredning av egne behov og evaluering av de tjenestene de mottar.

Ofte er det uavklart om tjenestemottakeren selv kan ta beslutninger og ivareta egen rettssikkerhet. Pårørende og verger får ofte lite informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenesten fungerer, og kommer derfor ikke i posisjon til å ivareta brukernes rettigheter på en god måte.

Identifisering av risikoområder

For å identifisere de viktigste risikoområdene innen helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming, gjennomgikk Statens helsetilsyn tilsynsrapporter, aktuelle tilsynssaker og relevant litteratur og forskning. Det ble opprettet en referansegruppe fra fire fylkesmenn som bidro med viktige tilsynserfaringer. I tillegg ble det innhentet informasjon gjennom en rekke møter med bruker- og interesseorganisasjoner (inklusive en gruppe personer med utviklingshemming), med fagmiljøer, Helsedirektoratet, KS og habiliteringstjenesten. Mulige temaer ble også presentert på en samling for medarbeidere hos fylkesmennene som arbeider med overprøving av vedtak om tvang og makt.

Arbeidsgruppen som forberedte tilsynet merket seg særlig følgende momenter etter gjennomgangen:

- Svak ledelse og dårlig styring av tjenestene er en viktig risikofaktor. Hyppige lederskifter er en utfordring, og krever særlig god oppfølging fra kommunens øverste ledelse, både faglig og administrativt. I mange kommuner fordeles også faglig ansvar for tjenesteyting og oppfølging av de ansatte ofte på flere personer.
- Tjenestene som ytes er omfattende og komplekse. Det er derfor behov for koordinering av tilbudet og god oppfølging av tjenesteytere og ansatte for å sikre kvaliteten på tilbudet. Dersom de ansvarlige for daglig tjenesteyting ikke kjenner den enkelte brukers individuelle behov og tildelte tjenester, kan det medføre at tjenestene ikke blir planlagt og gjennomført forsvarlig. Hvis ansatte ikke har tilstrekkelig kompetanse om utviklingshemming og har for dårlig kjennskap til brukeren til å fange opp, fortolke og formidle det hun eller han uttrykker, kan redusert livskvalitet og unødig lidelse bli resultatet.

- I døgnkontinuerlige tjenester vil det gjerne være flere personer som har ansvar for de samme oppgavene knyttet til enkeltbrukere, fordi det i tjenestene er mange deltidsansatte og mange ansatte som ikke har formell kompetanse. Det er ikke sjelden et stort antall tjenesteytere som gir tjenester til den enkelte, og det kan derfor gå lang tid mellom hver gang en ansatt yter tjenester til en bruker. Dette øker risikoen for at brukeren ikke får tilstrekkelig og kontinuerlig tilsyn, og det øker risikoen for at brukeren ikke selv får utføre oppgaver, og gjennom det lære eller vedlikeholde ferdigheter.
- Personer med utviklingshemming har større behov for helsetjenester enn andre, men det er mindre sjans for at de mottar hjelpen de trenger.² Risikoen for at disse brukerne ikke får forsvarlige helsetjenester forsterkes av lav faglig kompetanse hos mange av de ansatte som står for daglig omsorg, av at ansatte ikke har oversikt over brukernes tidligere sykdommer og aktuelle symptomer, og av uklare ansvarslinjer i tjenesten. Hvis helseproblemer og behandling av erkjente helseproblemer ikke følges opp, kan det få alvorlige konsekvenser.
- 30–50 % av mennesker med utviklingshemming behandles med psykofarmaka.³ Legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering til utviklingshemmede som bor i eget hjem er et område med stor fare for svikt. Mangelfull oppdatering av legemiddellister, for lite samarbeid med fastlege, utilstrekkelig opplæring av ansatte som deler ut legemidler og svakheter i rapporteringssystemer og dokumentering er kjente sviktområder.
- Mange mottar helsehjelp fra flere deler av spesialisthelsetjenesten, i tillegg til tjenestene de får fra sin fastlege. Mangelfull koordinering kan føre til at helseoppfølgingen ikke blir god nok.⁴

1.2 Om rapporten

Det er drøyt 1 av 10 av landets kommuner som har hatt tilsyn. Selv om fylkesmennene i valg av kommuner har tatt hensyn til risikokunnskap, og utvalget dermed er skjevt, er det grunn til å tro at mange av manglene og lovbruddene som er avdekket også kan forekomme i andre kommuner. De vesentlige og typiske trekkene i det bildet som rapportene samlet gir, kan derfor bidra til nyttig læring og kvalitetsarbeid i alle landets kommuner.

Denne oppsummeringsrapporten formidler hvilke lovbrudd som ble avdekket og observasjoner som var grunnlag for lovbruddene. Observasjoner som ikke har munnet ut i påvisning av lovbrudd, omtales ikke. Noen av kommunene har allerede rettet lovbruddene når denne rapporten publiseres, og fylkesmannen vil ha avsluttet tilsynet.

Fordi lovbrudd kan være formulert noe ulikt og fordi bevisene som underbygger lovbrudd kan være organisert på forskjellige måter i tilsynsrapportene, er det ikke dekning for å foreta noen eksakt kvantitativ oppsummering av funn. Vi tallfester derfor ikke lovbrudd og observasjoner under hvert enkelt tema, men benytter verbale mengdebeskrivelser.

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

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

4 KE Ellingsen. Op cit, se kapittel 4.

Vi angir omfang lovbrudd i forhold til det totale antall kommuner som har hatt tilsyn. Av 57 undersøkte kommuner, fant fylkesmannen lovbrudd i 45 kommuner.

Noen av kriteriene som fylkesmennene har vurdert kommunenes praksis opp mot, er særskilte for de tre hovedtemaene personlig assistanse, forsvarlig gjennomføring av helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling, men i mange av rapportene beskriver fylkesmennene observasjoner som går på tvers av temaene for tilsynet. Vi har forsøkt å gi et bilde av funn som belyser hvert av hovedtemaene personlig assistanse og helsetjenester i hjemmet i kapittel 2.1 og 2.2, og samlet omtalen av noen gjennomgående funn som gjelder svikt i kommunenes styring og ledelse i kapittel 2.3. Presentasjonen av funn i form av avvik og observasjoner blir illustrert med sitater (innrykket med « ») fra enkeltrapper. Sitatene viser dels hva som er typiske observasjoner, dels funn som opptrer mer sjeldent, for å vise bredden.

2 Funn i tilsynet

Fylkesmennene har gjennomført tilsyn med 57 kommuner, og påpekt lovbrudd i 45 av disse. I mer enn halvparten av kommunene med lovbrudd gjelder lovbruddene begge områdene personlig assistanse og helsetjenester.

Det er til dels svært alvorlige forhold som er avdekket. I mange kommuner er tjenestene preget av svak styring og høyt risikonivå, og det er avdekket svikt med potensielt alvorlige konsekvenser for brukernes livsvilkår og helse. I noen kommuner er svakhetene mange og store, og tjenesteytingen framstår tilfeldig.

At 12 av de undersøkte kommunene ikke fikk påvist avvik, viser at det på de undersøkte områdene mange steder fungerer, og at det er fullt mulig å gi et forsvarlig tjenestetilbud.

2.1 Personlig assistanse

Fylkesmannen konstaterte brudd på kravene til forsvarlig gjennomføring av tjenesten personlig assistanse i om lag halvparten av de 57 kommunene som hadde tilsyn.

Innholdet i personlig assistanse er i dette tilsynet avgrenset og konkretisert til:

Bistand til egenomsorg, som er personrettede oppgaver som personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påkledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltider.

Tilsyn, som innebærer tilstedeværelse av ansatte. Noen brukere vil ha behov for kontinuerlig tilsyn for å hindre at de utsetter seg for fare når de er alene, mens andre selv vil kunne tilkalle hjelp.

Aktivisering, som omfatter bistand til aktiviteter i og utenfor hjemmet, som hjelp til å opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet eller å delta i aktiviteter og hobbyer.

Opplæring, som betegner målrettede tiltak for å øke ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål og i personlig stell og egenomsorg.

Den faglige tilnærmingen i tjenesteytingen til mennesker med utviklingshemming er målrettet miljøarbeid, som innebærer en systematisk tilrettelegging av tjenestene, for at den enkelte kan oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling.

Det er avgjørende at det er kjent og tydelig for alle som er involvert i tjenesteytingen hvordan ansvar og oppgaver er fordelt. Bemanning og kompetanse må til enhver tid være tilpasset brukernes behov og de tjenestene de er tildelt. Kommunen må derfor sørge for nødvendig opplæring og veiledning. Kommunen må videre sikre samarbeid med aktuelle instanser og ha nødvendige rutiner for dette, og sikre at brukermedvirkning blir ivaretatt i utredning av behov, i utforming av tjenestetilbud og i daglig tjenesteutøvelse.

Kommunene skal ved ansettelse også innhente politiattest.

2.1.1 Utilstrekkelige og lite individuelt tilpassede tjenester

For å gi faglig forsvarlige tjenester, må tilbudet være individuelt tilrettelagt til den enkelte bruker, og med brukerens medvirkning i utarbeidelse av mål og delmål. Tjenesteytingen skal ta utgangspunkt i en grundig kartlegging av behov og utviklingspotensial. De som er ansvarlige for å planlegge tilbudet må sikre at det til enhver tid er bemanning som er tilstrekkelig for å ivareta personlig assistanse i form av aktivisering, tilsyn og bistand til egenomsorg og opplæring. De ansatte må videre være satt i stand til å kunne møte brukerne ut fra deres individuelle behov og forutsetninger. Det innebærer at de må få opplæring i aktuelle metoder, de må følge konkrete planer og tjenestebeskrivelser, og de må benytte metodene som er besluttet. Ledelsen må sørge for at de ansatte gis anledning til å evaluere tjenesteytingen, og legge til rette for at de formidler eventuelle behov for endringer i utmåling og utføring av tjenester til faglig leder.

Fylkesmennene rapporterer om *mangelfull bemanning* i flere av kommunene, beskrevet som manglende samsvar mellom hva den enkelte hadde behov for, det som var innvilget i brukernes vedtak og årsverkene eller timeverkene som var disponert til å yte tjenestene. Resultatet var at innvilgede tjenester ikke ble gjennomført.

«Det går fram at kommunen planlegg at ein tenesteytar skal gi tenester til fleire brukarar, deriblant brukar med 1:1 bemanning. Tenesteytar kan då ikkje gje 1:1 bistand til brukar som har vedtak om det.»

Noen steder har fylkesmannen funnet at det ikke er tilstrekkelig bemanning enten i helgen, om kvelden og/eller natten i ukedagene, andre steder settes det ikke alltid inn vikar ved fravær. Det er også eksempel på at de ansatte er usikre på når det er nødvendig å sette inn ekstravakter ved fravær, og at det mangler rutiner for hvordan man skal sikre tilstrekkelig bemanning ut fra brukernes vedtak om tjenester.

Mangelfull og knapp bemanning får konsekvenser for brukerne, ved at de i enkelte tilfeller ikke får dekket grunnleggende behov på grunn av *mangelfullt tilsyn og bistand til egenomsorg*.

I en kommune var det for eksempel avdekket at det for flere brukere ikke ble sørget for regelmessig tannpuss for å forebygge og forhindre tannplager. Samme sted fant fylkesmannen et tilfelle der bruker var tildelt utilstrekkelig tilsyn og oppfølging vurdert ut fra funksjonsnivå og kjente utfordringer. Et annet sted var det brukere som hadde behov for bistand til ernæring og tilrettelegging av kosthold, uten at det var dokumentert at dette ble fulgt opp. Det er stor risiko for svikt dersom bemanningen er for knapp, og risikoen øker hvis det samtidig er uklart hva de ansatte skal foreta seg i uforutsette situasjoner.

«Kommunen har berre ei ambulerande nattevakt for alle brukarane i habiliterings-tenesta. Det er ikkje gjort greie for korleis nødvendig tilsyn skal gjennomførast om natta. () Dersom det oppstår situasjonar som nattevakt ikkje er i stand til å løyse sjølv, skal personell frå andre deler av pleie- og omsorg tilkallast. I intervju kom det fram at det er uklart kva personell som kan tilkallast når.»

«Enkelte brukere føler seg ensomme og utrygge på grunn av manglende bistand eller tilgjengelig personale. Ved enkelte av boligene er det ansatte alene på vakt.»

«Det blir ikkje alltid leigd inn ekstra personell dersom ein brukar har behov for auka tenester. I intervju kom det fram at dersom ein brukar i ei periode har behov for meir tenester, fører det til at andre brukarar får mindre bistand enn det som går fram av deira sitt vedtak, utan at det blir fatta vedtak om reduksjon av tenester.»

I flere av rapportene blir det også beskrevet hvordan mangelfull bemanning går ut over *aktivitetstilbud* som brukerne har behov for og vedtak om. Når ansatte yter tjenester til flere brukere som bor i samme bolig og bemanningen er knapp, blir de tvunget til å prioritere mellom brukerne, eller må avlyse eller utsette aktiviteter utenfor boligen. Det er beskrevet at aktiviteter for den enkelte utgår på grunn av for få ansatte på jobb, og at dette har skjedd jevnlig og over lengre tid.

«Personalet gir tydelig uttrykk for at de brukerne som har minst behov for tjenester blir sittende alene fordi begrensede ressurser må benyttes på brukerne med størst behov. Det er uttrykt at disse brukerne «går for lut og kaldt vann.»

«Det er ikke tilstrekkelig bemanning til å gjennomføre individuelle aktiviteter med brukerne ut fra den enkeltes behov. Spesielt gjelder dette aktiviteter utenfor huset.»

«Brukarane får tilbod om felles aktivitetar, og i liten grad individuelt tilrettelagte aktivitetar.»

I noen tilsyn er det også avdekket at det var lite konkrete planer for hva den enkelte bruker kan forvente av aktiviteter, spesielt i helgene, og at aktivitetene brukerne får bistand til er lite varierte. I andre tilsyn kunne bemanningssituasjonen være slik at brukerne må tilpasse seg de ansattes tidsskjema, og ikke kunne få aktiviteter eller bistand på de tidspunktene de hadde behov for det.

Det bemerkes i flere rapporter at mange vedtak mangler beskrivelse av innholdet i tjenesten sett i lys av den enkelte brukers diagnoser, utfordringer og behov for tjenester. Vedtak er lite konkrete og presise, og/eller av gammel dato, og avspeiler *utilstrekkelig kunnskap om brukerens forutsetninger*. Mål for tjenestene for hver bruker framgår i begrenset grad, mange brukere har ikke aktivitetsplaner eller spesifikke dags- og ukeplaner i det hele tatt, og det er i noen tilfeller «lite spor av at tjenestene har som mål å fremme mestring og økt selvstendighet», som én fylkesmann uttrykker det. Når mange brukere bor sammen, velges ofte fellesskapsløsninger framfor individuelt tilpassede tjenester.

«Individuelle tenester er avslutta med grunngeving i at det er etablert fellesareal knytt til bustaden.»

Det framkommer at særlig tiltaksplaner for brukere med spesielle utfordringer er mangelfulle og uten konkrete tiltak for kommunikasjon og samhandling, og at råd fra habiliteringstjenesten ikke alltid blir fulgt, uten videre begrunnelse.

Det er også beskrevet at ansatte ikke er tilstrekkelig godt orientert om hva tilbudet til den enkelte skal bestå i og hvordan de skal utføre bistanden, eller at de ansatte ikke har fått nødvendig opplæring eller veiledning til å yte tjenesten slik det er bestemt.

«Det er i vedtak og IPLOS-registreringer opplyst om funksjonsfall og opplæringspotensiale, men vi finner lite informasjon om at dette får betydning i tjenesten i form av tid og fokus på ferdighetstrening eller vedlikehold av mestringssevne.»

«Det er beskrevet marginalt med personell og at personalet i hovedsak dekker basale behov. Det beskrives i varierende grad muligheter til å gjennomføre aktiviteter basert på individuelle ønsker utenfor bolig.»

«Aktiviteter for den enkelte utgår på grunn av for få ansatte på jobb. Dette har skjedd jevnlig og over lengre tid.»

Det er også eksempler på at brukere, pårørende og verger ikke er i posisjon til å ivareta sine/brukers rettigheter, fordi de ikke får informasjon om hva som er vurdert og besluttet eller hvordan tjenestene faktisk utføres.

Flere kommuner *mangler rutiner for evaluering* av tjenestetilbud, og følger ikke med på om den hjelpen brukerne har vedtak på, faktisk blir gjennomført.

2.1.2 Lite systematisk tjenesteutøvelse

Forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse forutsetter at kommunen sikrer systematisk gjennom målrettet miljøarbeid. Skriftlige rutiner og prosedyrer og aktivitets- og dagsplan for hver bruker er, sammen med rapporter, regelmessige møter, opplæring og veiledning, virkemidler for å sikre at tjenester gjennomføres slik de skal og på samme måte av alle som yter tjenester til den enkelte.

Mange fylkesmenn fant at for mange brukere var det ikke utformet mål, tiltaksbeskrivelse og plan for evaluering av tiltakene, eller tiltaksplanene var ufullstendige og ikke oppdaterte.

«Det fremkommer av dokumentasjonen at flertallet av tiltaksplanene er lite utfyllende og oppdaterte sett i lys av brukernes diagnoser, utfordringer og behov for tjenester.»

«Brukerpermene er ikke tilstrekkelig ryddige og oppdaterte til å kunne benyttes på en forsvarlig måte i tjenesteytingen.»

Flere steder ble det påvist *svakheter ved prosedyrer og rutiner*. Det øker risikoen for svikt. Det kunne være uklare rutiner for utarbeidelse av tiltaksplan, evaluering og justering opp mot brukerens behov og personlige mål. Prosedyrer for enkeltbrukere var ikke datert og signert, og hadde dermed uklar status.

«I fagpermene og medisinerpermene til to brukere, ligger det blant annet møte-referater datert tilbake til 2008, og prosedyrer og miljøregler datert 2003.»

«Innholdet i fagpermene i flere av de undersøkte boligene er mangelfullt. Det mangler eksempelvis tiltaksbeskrivelser, og flere av prosedyrene er utdaterte.»

Det ble flere steder også påpekt at kommunen manglet plan for faste møter, for eksempel i ansvarsgrupper, eller at planlagte møter ikke ble gjennomført. I noen kommuner manglet det prosedyrer for hvordan tjenesten personlig assistanse skulle dokumenteres. Ikke alle ansatte er derfor kjent med omfang og innhold i tjenesten til den enkelte, og med hva som var omforente arbeidsmåter og arbeidsmål. Konsekvensen kunne bli at tiltak ikke ble iverksatt, eller ikke gjennomført som beskrevet.

«Avdelingsmøter, personalmøter samt leilighetsmøter gjennomføres ikke i tråd med rutiner. For flere brukere har det kun vært ett leilighetsmøte i løpet av seks måneder.»

Flere fylkesmenn påpekte at ikke alle brukere som skulle hatt det, hadde individuell plan eller så ut til å være tilbudt individuell plan.

Mange fylkesmenn har rapportert observasjoner av at *det mangler mål og planer* for den enkelte bruker. Bl.a. kunne dagsplanene være utdaterte og mangelfulle, særlig for helgene. Miljøarbeidet var dermed mindre målrettet enn hva som er forutsatt. I flere kommuner var det ulike oppfatninger om hva en «fagperm» skal inneholde, og fagpermene var av varierende kvalitet, av og til også med utdaterte prosedyrer.

2.1.3 Dokumentasjon av personlig assistanse – mangelfull og spredt

Jo mer bistand den enkelte bruker trenger, jo større deler av døgnet brukeren trenger bistand, og jo flere ansatte som yter tjenester, jo viktigere er det å sikre informasjon og informasjonsdeling. Muntlig rapportering fra vakt til vakt er ikke tilstrekkelig til å sikre at tjenesteyterne vet hva de skal gjøre. Skriftlig dokumentasjon fungerer som et nødvendig «lim» for å skape sammenheng i tjenesteytingen fra dag til dag, for å sikre at alle som trenger det lett kan finne ut hva oppgavene går ut på og hvordan de skal utføres, og for at det skal være mulig å følge utviklingen til den enkelte over tid og evaluere tilbudet underveis.

Manglende og mangelfull dokumentasjon kan få alvorlige følger, hvis det fører til at de ansatte ikke har god nok oversikt over brukerens situasjon. Hvis tjenesteyteren ikke vet om planlagte aktiviteter er gjennomført, om brukeren har spist og drukket, hva som ellers har skjedd i løpet av dagen, eller ikke er kjent med avtaler som er inngått, kan det skape frustrasjon og uro. For noen brukere er det avgjørende at dagene er forutsigbare, at alle ansatte møter dem på samme måte, og at spørsmål som brukerne er spesielt opptatt av blir besvart på samme måte. Når det ikke skjer fordi de ansatte ikke er godt nok orientert, kan det skape stor utrygghet, og i alvorligste fall føre til at brukeren skader seg selv eller andre.

For å sikre brukerne forsvarlige tjenester, må derfor alle planer og rutiner være dokumentert i fagadministrative systemer. De ansatte må ha informasjon om endringer i brukernes behov, de må vite hvor de kan finne nødvendige opplysninger om brukerens rutiner, tiltak og planer, og de må kunne stole på at informasjonen de finner er oppdatert og gyldig. Det må også være avklart hvem som har ansvar for å dokumentere, hva som skal dokumenteres og hvor. Det er avgjørende at de ansatte vet hvordan de skal melde behov for endringer i brukernes behov.

Endelig må det være klart hvem som er ansvarlig for å gjennomgå dokumentasjonen, både for å etterse at tjenestene blir gitt som planlagt, og for å følge med på om det er behov for endringer i tjenestetilbudet til den enkelte, i innhold og omfang.

I mange av kommunene som fikk påpekt lovbrudd på området personlig assistanse fant fylkesmennene feil og mangler i virksomhetenes dokumentasjon av tjenesteytingen.

I flere tilsyn bemerket fylkesmannen at dokumentasjonen var *fragmentert og uoversiktlig*. Det fantes ikke noen enhetlig journal, men opplysninger ble ført flere ulike steder; i elektronisk pasientjournal, i elektroniske brukermapper, i papirmapper, i møtereferater eller beskjedbøker, eller også på løse ark. Til dette kom at de ansatte kunne være usikre på hvilken informasjon de skulle nedtegne hvor, og gjenfinne hvor. Slike uklårheter gir en betydelig risiko for at det skal glippe i informasjonsutvekslingen.

«Leiinga sikrar ikkje at alle tilsette har den informasjonen dei treng for å yte forsvarlege tenester til brukarane. Ingen følgjer opp om dei tilsette oppdaterer seg på informasjonen som står om brukarane i Profil.»

«Mange tilsette har deltidsstillingar. Det er ikkje rutinar for informasjonsutveksling sånn at dei tilsette kan halde seg oppdatert om kva som skal bli gjort og korleis tenesta skal utførast. Det er stor fare for at tenestane ikkje tilførast på lik måte når mange forskjellige yter tenester til ein brukar.»

Det var også eksempler på *manglende samsvar mellom dokumentasjonen på de forskjellige stedene*, og det ble observert at det kunne variere både mellom ansatte og mellom tjenestesteder hvilke opplysninger som ble nedtegnet.

Det er beskrevet *mangelfulle journaler*, og eksempler på at det ikke ble nedtegnet vurderinger, heller ikke etter særlige hendelser, til hjelp for de ansatte i liknende situasjoner. Det framgår at de ansatte kunne være usikre på hva de skulle dokumentere.

«Nokon dokumenterer berre avvik frå planer, medan andre skriv kva dei har gjort hjå brukar. Ikkje all relevant informasjon om gjennomført praktisk bistand og helsetenester blir dokumentert fortløpande.»

Slik tilfeldig og/eller ulik dokumentasjonspraksis kan ha opphav dels i manglende eller mangelfulle rutiner, dels i at rutiner ikke er kjent og innarbeidet. Fylkesmennene fant eksempler på begge deler. Flere kommuner hadde ikke rutiner for dokumentasjon av personlig assistanse.

«Kommunen har ikkje skriftlege rutinar for dokumentasjon av personleg assistanse og opplæring. Av Profil går det fram at personalet dokumenterer tenesteytinga ulikt. Fleire journalnotat manglar konkrete observasjonar.»

I andre kommuner var rutinene ikke tilstrekkelig kjent og innarbeidet, og ble ikke fulgt. Men det er også i flere tilsyn funnet at ikke alle ansatte som trenger det har fått god nok opplæring i dokumentasjonssystemet, eller i hva slags opplysninger de skal nedtegne, og i noen tilfeller hadde de ikke nødvendige tilganger for å kunne rapportere.

«Det kom fram at dei med lave stillinger (under 50%) ikkje får opplæring i Gerica. Det kom også fram at ikkje alle tenesteytarar hadde hatt tilgong til Gerica.»

2.1.4 Få spor av brukers medvirkning

Kommunen forventes å innhente brukers eller representants erfaring med tjenesten, og å benytte slik informasjon sammen med annen tilbakemelding i utmåling, utforming og evaluering av den personlige assistansen.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta tjenester. Brukere har rett til den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta egne rettigheter.

Brukermedvirkning forutsetter at bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor sørge for at brukerne får informasjon tilpasset den enkeltes forutsetninger og gitt på en hensynsfull måte. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pårørende eller verger (der bruker ikke har samtykkekompetanse) ønsker å benytte seg av retten til å medvirke, må kommunen sikre at de får nødvendige og relevante opplysninger, slik at de kan følge opp bruker. Nærmeste pårørende til brukere som ikke har samtykkekompetanse er ikke gitt tilsvarende rettigheter, da det forutsettes at det oppnevnes verger med mandat til å ivareta disse brukernes personlige forhold.

I enkelte kommuner har fylkesmannen påpekt lovbrudd på grunn av mangelfull ivaretagelse av brukernes rett til informasjon og til medvirkning. Avvikene gjaldt dels at ikke alle brukere fikk medvirke systematisk i planlegging og evaluering av tjenestetilbudet, dels at det ikke ble sikret at samtykkekompetanse ble vurdert.

Flere kommuner *manglet en systematisk, dokumentert brukermidvirkning*. Brukernes synspunkter var i noen tilfeller lite etterspurt, og deres meninger og ønsker hadde liten innvirkning på kommunens beslutninger. Det var dermed få spor av brukerens ønsker, behov og mål i utforming av tjenestene. Det var i mange tilfeller uklart om det var fastslått om brukeren hadde forutsetninger til å kunne medvirke alene, eller om hun/han trengte eller ønsket bistand. Brukererfaringer ble heller ikke alltid innhentet til evaluering av tjenestene. Dokumentasjonen av brukermidvirkning var i flere tilfeller usystematisk og mangelfull.

«Mål for tenesteutøvinga blir ikkje alltid utarbeidd i samarbeid med brukar og/eller representanten til brukar. Det kom fram at brukarane si meining og ønskjer om tenesteutforminga blir lite etterspurt. Enkelte brukarar vert tatt med i nærgruppemøta, men får da ikkje være med før på slutten av møtet.»

Brukernes *forutsetninger for medvirkning blir i mange tilfeller ikke kartlagt*, heller ikke hvilken informasjon den enkelte tjenestemottaker eller representant må ha for å kunne medvirke. Informasjonen som kommunen sender brukeren om vedtak, er ofte ikke tilstrekkelig tilpasset den enkelte bruker. Hva som faktisk er innvilget av hjelp kan være for lite konkret og tydelig til at brukeren, pårørende eller verger kan klage.

«Det er ikkje avklart om brukar har evne til å medverke sjølv, ønskjer hjelp av representant eller må være representert i planlegging, vedtaksutforming og gjennomføring av tenestetilbodet.»

I mange tilsyn ble det avdekket mangelfull kunnskap om kravene til vurdering av samtykkekompetanse hos ansatte. Hvem som skal vurdere samtykkekompetanse og hvordan dette gjøres, framstår for mange som uklart, og det går ikke alltid fram av journal om brukeren er samtykkekompetent eller har behov for en representant for å ivareta sine rettigheter.

«Det går fram av intervju at dei tilsette ikkje har eit bevisst forhold til kva slags informasjon brukarane skal ha.»

I en del tilfeller kan det være *tvil om brukeren har reell innvirkning*. I noen kommuner deltar ikke brukeren, pårørende eller verge i de møtene som er av størst betydning, for eksempel møter om innholdet i tiltaks-, ukes- eller dagsplaner. Det hender også at pårørende eller verge inviteres til møter uten brukeren, uten klar begrunnelse for at bruker ikke er invitert.

2.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

Fylkesmennene påpekte brudd på kravene til forsvarlige helsetjenester i hjemmet, inklusive legemiddelbehandling, og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling i mer enn halvparten av kommunene.

2.2.1 Medvirkning til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til fastlege

Jevnlig *helsekontroll hos fastlegen* utgjør del av den nødvendige helsehjelpen til voksne personer med utviklingshemming. Mange brukere er ikke selv i stand til å vurdere behov for legetjenester, eller til å ta kontakt og formidle hva som er problemet. Kommunen må derfor medvirke til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til fastlege og/eller lege i spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansatte må også bistå med å formidle opplysninger som legen trenger for å yte helsehjelpen.

Kommunen må ha rutiner som sikrer at kontrolltimer bestilles i henhold til avtaler med fastlege og spesialisthelsetjenesten, og sikre at avtalte timer blir gjennomført. Det må være klart hvem som skal sørge for at brukeren møter opp. Den som er ansvarlig for helsetjenestene i brukerens hjem, må ta kontakt med fastlegen dersom det er tvil om videre helsekontroller.

Med noen svært få unntak ser det ut til at kommunene i dette tilsynet ivaretar plikten til å medvirke til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til fastlege. I de kommunene der det ble avdekket svikt, ble det beskrevet mangel på rutiner og tydelig ansvar for å sørge for legetimer og for å følge bruker til lege.

«I en elektronisk melding til fastlege står det at en bruker har vann i kroppen. Legen svarte at de ansatte måtte bestille legetime til brukeren. Det går ikke fram av journal at dette ble fulgt opp videre verken med time eller tiltak.»

2.2.2 Helsetjenestene i hjemmet – ikke trygge nok

Med *helsetjenester i hjemmet* menes her helsetjenester som gis av hjemmesykepleien og/eller av ansatte i personens bolig. Helsetjenester i hjemmet omfatter både helse-tjenester som er initiert av kommunens helsetjeneste og oppfølging av tiltak igang-satt av brukers fastlege eller av spesialisthelsetjenesten.

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

Det er viktig at involverte ansatte blir gjort kjent med hvilke helseforhold som skal følges opp hos den enkelte bruker, og med hvordan observasjonene skal rapporteres og dokumenteres. Nødvendige journalopplysninger skal nedtegnes og være tilgjengelige for ansatte som trenger dem. Ansvarlig leder for helsehjelpen må føre kontroll med at journalføringen er tilstrekkelig. Ansatte må melde fra om brukere som ikke får ivare tatt sin helseoppfølging. Ansvarlig leder må iverksette korrigerende tiltak og følge med på om situasjonen bedrer seg.

Et funn som gikk igjen i flere kommuner, var *mangelfull kunnskap om brukeres individuelle behov*. Dette er en problemstilling også for helsepersonell med høgskolekompetanse, som kunne ha faglig ansvar for samtlige tjenestemottakere, selv om de ikke kjente behovene til hver enkelt. Når ingen helsepersonell med høgskolekompetanse er til stede, for eksempel i helger og ferier, må medisinskfaglige spørsmål ivaretas av hjemmetjenesten, som i enda mindre grad kjenner den enkelte brukers helsemessige situasjon.

I noen kommuner har fylkesmannen avdekket at *opplysninger om endringer i brukeres helsetilstand er vanskelig tilgjengelig*.

I flere av kommunene ble det avdekket mangelfull oppfølging av brukerne etter legekonsultasjon. I noen tilfeller ble det observert mangelfulle rutiner for informasjonsutveksling mellom tjenestestedet og fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Det kunne konkret gjelde hvordan epikriser, prøvesvar eller svar på spørsmål fra tjenesten skulle mottas, håndteres og følges opp på tjenestestedet. I ett tilfelle fantes ikke klare rutiner for hvordan tjenester for funksjonshemmede skulle få informasjon om endringer i legemiddelbehandling.

Tilsynet har også avdekket flere eksempler på at anbefalte tiltak fra lege var mangelfullt dokumentert, og at det heller ikke var journalopplysninger om tiltak var fulgt opp og hvordan, eller om effekt av tiltak. Som det heter i en av rapportene, framsto oppfølging etter legekonsultasjon som tilfeldig, og det var ikke klart for tjenesteyterne hvilke konkrete tiltak de skulle iverksette.

«Flere rapporter inneholder opplysninger om ulike helseplager, men det journalføres ikke hvilke tiltak som er satt inn eller hvordan og hvem som skal følge opp.»

For å sikre at den informasjonen helse- og omsorgstjenesten trenger for sitt videre arbeid bringes tilbake fra legekonsultasjonen, må kommunen sørge for at den ansatte har nødvendige faglige kvalifikasjoner til å forstå og formidle opplysningene korrekt. En særlig utfordring kan det være i tilfeller der pårørende følger til fastlege eller

spesialisthelsetjenesten. Hvordan opplysninger da skal tilflyte de ansatte i boligen kunne framstå som tilfeldig, og dermed begrense muligheten for å følge opp bruker på en forsvarlig måte.

Manglende dokumentasjon av om tiltak etter legekonsultasjon var iverksatt var observert i flere av tilsynene. Det gir grunn til bekymring for om anbefalte og nødvendige tiltak er iverksatt.

«Det går fram av journal at brukar skal ta nye blodprøver om ein måned. Det står ikke noko om dette har skjedd.»

«Det fremkommer av journalgjennomgangen at anbefalt oppfølging hos fastlege av mulig diabetes ikke er fulgt opp.»

«Forhold som behandlende leger har bestemt skal følges opp er ikke dokumentert fulgt opp. Eksempler er økning av væskeinntak for flere brukere, mulig smertelindrende behandling, penicillinkur, oppfølging av infeksjon og allmenntilstand.»

I noen kommuner konstaterte fylkesmannen alvorlig svikt ved at kommunen hadde unnlatt å iverksette tiltak etter legekonsultasjon, og med potensielt alvorlige konsekvenser for brukerne:

«Bruker som skulle ta blodprøver og ikke skulle hatt medisiner, fikk disse og blodprøve kunne derfor ikke tas.»

«Det fremkommer at spesialisthelsetjenestens anbefaling i 2014 om årskontroll hos fastlege ikke er fulgt opp for en bruker.»

«Det gjennomføres ikke systematisk, relevant og nødvendig oppfølging av anbefalte tiltak overfor brukere i etterkant av legeundersøkelser og annen helseoppfølging.»

Et annet deltema gjelder helse- og omsorgstjenestens plikt til å følge med på og observere brukernes helsetilstand. I enkelte kommuner ble det avdekket mangelfull oppfølging og observasjon av brukernes helsetilstand og manglende ivaretagelse av enkelte brukeres behov for nødvendig helsehjelp. I ett tilfelle fant fylkesmannen at verken endringer i beboeres helsetilstand over tid eller akutte hendelser alltid ble fulgt opp med nødvendig legebesøk. Det fantes heller ikke skriftlige rutiner for når lege skal tilkalles/opsøkes ved akutt sykdom og uforutsette hendelser. Flere rapporter inneholder opplysninger om symptomer (utslett, tørrhet, rødhet), men ikke om det er iverksatt tiltak, og av hvem som følger opp.

«Fylkesmannen har avdekket at manglende helseoppfølging (manglende observasjoner av endring i helsetilstanden og ikke iverksatt tiltak) har fått konsekvenser for to brukere.»

Særlig om legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering til brukere som bor i eget hjem er et område med stor fare for svikt. Forhold som kan føre til svikt, er blant annet mangelfull oppdatering av legemiddellister, mangelfullt samarbeid med forskrivende lege, utilstrekkelig opplæring og veiledning av fast ansatte, eller at ufaglært personell og vikarer settes til å dele ut legemidler. Svakheter ved dokumentasjon og rapporteringsrutiner kan også bidra til svikt i legemiddelhåndteringen. Mellom 30 og 50 prosent av personer med

utviklingshemming behandles med psykofarmaka.⁵ Fra faglig hold er det påpekt at feil bruk av denne type legemidler er svært vanlig, bl.a. på grunn av mangler ved samhandlingen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten om diagnostisering, legemiddelvalg, dosering og evaluering. Mangelfull kunnskap om psykiske lidelser og de aktuelle legemidlenes virkninger og bivirkninger er også viktige risikofaktorer.

I mange av kommunene ble det påvist *svakheter ved organiseringen av og ansvaret for legemiddelhåndteringen*. I flere kommuner var det ikke avklart og/eller kjent hvem som har det overordnede ansvaret for legemiddelhåndtering. Det ble i flere tilfeller konstatert at virksomhetsleder ikke hadde utpekt en lege eller provisorfarmasøyt som faglig rådgiver, etter de krav som stilles i den nye forskriften. I noen kommuner fant fylkesmannen at ansvar for legemiddelutdeling ble delegert til avdelingsleder uten legemiddelkompetanse eller nødvendig opplæring. Avdelingsledere kunne i sin tur delegere ansvaret og oppgavene til medisinsansvarlig verne-/sykepleier. At ansvaret var delegert til enkeltansatte, var ikke alltid dokumentert.

I flere kommuner avdekket tilsynet *prosedyrer og rutiner med uklar status*. Det øker risikoen for svikt. Det framgikk i noen tilfeller ikke hvem som hadde utarbeidet og/eller signert dem, eller når de var datert. I noen kommuner fantes det prosedyrer som var nye og ikke gjort kjent, mens andre var gamle, men ikke i bruk.

Det ble påvist at *flere kommuner manglet systematisk kontroll* med utdeling av legemidler. Det fantes ikke rutiner for optelling av «eventuelt-medisin» i alle boligene, og i én kommune ble legemidler oppbevart i ulåst skap i et åpent rom.

Tilsynet har avdekket *svakheter i kompetanse* blant dem som håndterer legemidler. Det kan være uklart om faglig rådgiver eller andre fyller kravene, enkelte kommuner mangler oversikt over ansatte med nødvendig kompetanse om legemiddelhåndtering, og gjør ingen vurdering av personellens kompetanse før oppgaven tildeles. Istandgjøring av legemidler kan dermed være tillagt personell uten tilstrekkelige kunnskaper til å vurdere virkninger og bivirkninger og pasientens tilstand. I noen kommuner har fylkesmannen påpekt at det er uklart hvor ansvaret for opplæring i legemiddelhåndtering er plassert, og at det ikke iverksettes systematisk opplæring.

«Det er tilgang for alle til å gi medisiner, det er ingen systematisk vurdering av egnethet.»

I flere kommuner er det påpekt *alvorlige svakheter i administrasjon og bruk av legemiddellister*. Legemiddellister for hver enkelt bruker kan finnes flere steder i ulik form og til ulik bruk. Listene er ikke alltid kvalitetssikret og signert av lege, heller ikke etter besøk hos fastlege eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell ber ikke lege eller medisinsk faglig rådgiver om oppdatert legemiddelliste i alle tilfeller, og prosedyren for tillaging spesifiserer ikke nødvendigvis hvilken liste som skal følges. Legemiddelliste, diagnose, hvilke medisiner som er gitt og annen kritisk informasjon blir ikke alltid dokumentert. I noen tilfeller er det ikke samsvar mellom informasjon fra ulike kilder.

«Det fremgår ikke av journal at det er blitt gjort legemiddelgjennomgang og intervju bekrefter at det ikke blir etterspurt oppdatert legemiddelliste fra lege rutinemessig.

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

Legemiddellistene blir ikke systematisk kvalitetssikret av lege.»

Det er i flere kommuner fastslått *mangelfull journalføring* av observasjoner knyttet til legemiddelhåndtering. De blir dokumentert på forskjellige steder, og det er ikke alltid angitt i dokumentasjonssystemet hvor ulike journalopplysninger er nedtegnet. Kommunens retningslinjer for legemiddelhåndtering er ikke alltid kjent, og journalansvarlig følger ikke alltid med på om det foretas tilstrekkelig journalføring.

«Stikkprøver i journal viser at det ikke alltid journalføres virkning og bivirkning av legemiddel, heller ikke om det er gitt tilbakemelding til rekvirerende lege.»

2.2.3 Lite systematisk dokumentasjon av helsehjelp

Journalen skal gi en oversiktlig framstilling av brukerens aktuelle helsetilstand og av hva som særlig skal følges opp, både når det gjelder legemiddelbehandling og andre tiltak. Nødvendige journalopplysninger skal nedtegnes og være tilgjengelige for ansatte som trenger dem utfra sitt ansvar og sine oppgaver, herunder diagnose og årsak til utviklingshemmingen, aktuelle og tidligere sykdomstilstander, epikriser og annen skriftlig dokumentasjon fra fastlege og spesialisthelsetjeneste, behandlingstiltak som skal følges opp i hjemmet, avtale om kontrolltimer, legemidler (oppdatert legemiddelliste), individuell plan, og avtaler (med fastlege, habiliteringstjenesten) om helseoppfølgingen.

Ansvarlig leder for helsehjelpen må følge med på om journalføringen er tilstrekkelig og sørge for at den blir forbedret når det er nødvendig.

Fylkesmennene har avdekket mangelfull journalføring, dårlig systematikk og styring med hvordan journalføring skal skje og hvilke opplysninger som skal være tilgjengelige for hvem og hvor. I noen kommuner var ansatte usikre på hva som skal journalføres, andre steder kunne det være uenighet og ulik praksis både med hensyn til hva som skal journalføres, og hvor.

«Vanskelig å finne fram til viktig informasjon om brukerne i Profil og å holde seg oppdatert på endringer.»

I flere tilsyn fant også fylkesmannen at det ble journalført opplysninger om endringer eller om utdelte legemidler flere ulike steder, for eksempel både på papir og i elektronisk pasientjournal. Opplysninger kunne også være notert på avkryssingsskjema i beboers leilighet eller i vaktboka.

Mangelfulle journalopplysninger kunne bero på at kommunens system for å notere observasjoner knyttet til den enkelte brukers aktuelle helsetilstand i elektronisk journal var for dårlig, et annet sted sviktet det med hensyn til å få informasjon fra fastlege eller epikriser fra sykehus.

«Det er store skilnader i kva, kvar og kor ofte det blir dokumentert i pasientjournal. I enkelte journalar er det lang tid mellom notat.»

Det er også eksempler på at ansatte som trenger det ikke har tilgang til journal-systemet.

2.3 Styring og ledelse av tjenestene

Noen sviktområder er gjennomgående for de to områdene personlig assistanse og helsetjenester i hjemmet. Det gjelder blant annet hvordan ansvar og myndighet er forankret og hvordan oppgaver er organisert, det gjelder kommunenes kompetanse- og personellstyring, og på hvilken måte kommunens ledelse følger med og etterspør om tjenestene fungerer som forutsatt. Dette er grunnforutsetninger for tjenestene.

2.3.1 Uklar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

Kommunene har stor frihet til å velge organisatoriske løsninger for hvordan oppgaver skal løses. Uavhengig av organisasjonsform må det likevel, som ledd i kommunens internkontroll, klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og fordelingen må være kjent i virksomheten. Den enkelte må ha kjennskap til andres ansvar og oppgaver i den utstrekning som er nødvendig for samhandling og samarbeid.⁶

Kommunen må søke å sikre stabil ledelse med ansvar for daglig og faglig drift av tjenestene, og må ha sørget for at de oppgavene som skal løses på tjenestestedet er fordelt og kjent. Det gis ofte tjenester hele døgnet. Det medfører at leder ikke vil være til stede til enhver tid, og det må derfor utpekes en ansvarlig i leders fravær. Det kan også være bakvaksordninger. Kommunen må ha avklart hvem som har henholdsvis faglig ansvar og ansvar for tjenesteytingen overfor hver enkelt bruker. I det faglige ansvaret, og i målrettet miljøarbeid, inngår det å avklare og utarbeide mål, IP og tiltaksplaner. I ansvaret for å yte tjenester til brukerne vil det kunne inngå særlige oppgaver med å følge opp den enkelte i hverdagen.

Fylkesmennene har undersøkt om det er klart hvem som har ansvaret for den daglige tjenesteytingen til brukerne, hvem som har det faglige ansvaret og om det er avklart hvem som har ansvar for driften på tjenestestedet når lederen ikke er til stede. Det har vært spesielt viktig å undersøke om det er tydelig hvem som har ansvar for at bemanningen er tilpasset de behovene brukerne har for personlig assistanse og hvem som har ansvar for at personalet har tilstrekkelige kunnskaper.

Fylkesmennene konstaterte *uklare ansvarsforhold* i flere kommuner. Det dreide seg i flere kommuner om uavklart ansvarsfordeling mellom fagansvarlig, boligkoordinator, primær/sekundærkontakt og avdelingsleder for enkeltbrukere. I noen kommuner fantes det få stillingsbeskrivelser, og de som forelå, var lite kjent og i noen tilfeller heller ikke etterlevd. Det var ikke alltid avklart og kjent hvem som kontrollerer at det er samsvar mellom vedtak og tiltaksplaner, og/eller hvem som har ansvar for utarbeidelse, evaluering og oppdatering av tiltaksplanene. Funksjonen som systemkoordinator var ikke alltid tilstrekkelig avklart, og ikke alle koordinatorene var kjent med innholdet av sin funksjon.

2.3.2 Svak kompetanse og mangelfull opplæring

Forsvarlig gjennomføring av helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming forutsetter at kommunen sørger for nødvendig kompetanse i tjenestene, og for at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper til å utføre oppgavene. Kommunen må kartlegge kompetansebehov, og gjennom rekruttering, personellstyring, opplæring og veiledning sikre at helse- og omsorgstjenestene til enhver tid utføres med tilstrekkelig kompetanse.

6 Jf. dagjeldende forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskriften i helsetjenesten) § 4 andre ledd bokstav a. Forskriften er erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1.1.2017.

For å yte forsvarlig personlig assistanse, kreves grunnleggende kunnskap om utviklingshemming og om målrettet miljøarbeid, og at ansatte har fått tilstrekkelig opplæring i enkeltbrukeres funksjonsnivå, diagnoser og utfordringer. Gode opplæringsplaner må bygge på at kommunen har kartlagt hvilken kompetanse som kreves for å gi tjenester til de aktuelle brukerne og hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter de ansatte trenger i tjenesteytingen. Kommunen må også avklare hva som er opplæringsbehovet hos hver enkelt ansatte. Dette er spesielt viktig i de situasjonene der ansatte jobber alene med å gi tjenester til brukeren uten hjelp og støtte fra kollegaer.

Det er et lederansvar å sikre forsvarlig helseoppfølging ved å sørge for at det rundt den enkelte bruker er ansatte som har nødvendig kompetanse. De ansatte må ha kunnskap om sykdomsrisiko hos utviklingshemmede generelt og om hva som er aktuelle symptomer. Behovet for kompetanse hos de ansatte vil avhenge av hva som skal følges opp hos den enkelte bruker. De ansatte som yter daglig omsorg for brukerne må derfor være kjent med brukernes helsetilstand, sykdommer og om virkninger og mulige bivirkninger av legemidler.

De ansatte må videre være i stand til å gjøre nødvendige observasjoner og vurderinger av brukerens helsetilstand, de må ha skolering i generell førstehjelp og i å identifisere og yte hjelp ved akutte tilstander som epileptiske anfall. De må være kjent med hva de skal foreta seg dersom det oppstår situasjoner som krever akutt legehjelp, og alle som ledsager brukere til lege må kunne formidle relevante opplysninger fra legekonsultasjoner.

Funnene knytter seg dels til mangelfull kompetanseplanlegging og personellstyring, dels til utilstrekkelig kompetanse i tjenestene og dels til mangelfull opplæring og veiledning i konkrete oppgaver til ansatte.

Det er beskrevet *mangelfull kompetanseplanlegging og mangelfulle kompetansetiltak*. Fra flere kommuner ble det opplyst at det ikke var gjennomført noen kartlegging av personellens kompetanse, og/eller forelå noen opplæringsplaner. I flere kommuner var det ikke foretatt noen systematisk vurdering av hva slags kompetanse og ferdigheter de ansatte trenger for å gi forsvarlige tjenester til de enkelte brukere ut fra deres individuelle behov. I mange tilsynsrapporter er det også beskrevet at gis utilstrekkelig opplæring i aktuelle somatiske og diagnoser og tilstander, som epilepsi, diabetes, feilernæring og CP, og dessuten etterlyst mer opplæring i forskjellige type utviklingshemninger og i kommunikasjon tilpasset den enkelte bruker. I mange kommuner ble det dessuten gitt lite systematisk veiledning til ansatte, og veiledning var flere steder ikke obligatorisk. Det var i flere kommuner satt av lite tid til samarbeid og faglige diskusjon om felles brukere. Det var eksempler på at opplæringsplaner fantes, og behovet for opplæring erkjent, men at det ikke var tid eller økonomi til opplæring og veiledning.

«Det er ikke systematisk opplæring av nyansatte utover to-tre opplæringsvakter. Dermed er det planløst hva de ansatte får opplæring i – og uten at det tas utgangspunkt i hva som trengs for å yte tjenester til de aktuelle brukerne.»

I flere av kommunene med lovbrudd har fylkesmannen beskrevet kunnskapssvikt og mangel på adekvat opplæring på sentrale områder for tjenesteytingen hos kommunens ansatte. Det beskrives mangel på grunnleggende kunnskap om utviklingshemming og om målrettet miljøarbeid, at det er gitt utilstrekkelig opplæring i enkeltbrukeres funksjonsnivå, diagnoser, utfordringer og behov, og det er eksempler på at mange ansatte ikke kan føre journal.

For noen er det en utfordring å rekruttere tjenesteytere med høgskoleutdanning. Desto viktigere vil det da være å utnytte den kompetansen kommunen allerede har for å sikre faglighet i tjenesten, og å sørge for planmessig opplæring og veiledning.

Mange kommuner har ikke god nok systematikk i arbeidet med å sørge for at tjenestene ytes på en tilstrekkelig kvalifisert måte, det gjøres ingen kompetanse-kartlegging, er få spor av opplæringsplaner. Det kan bli litt tilfeldig hva som settes i gang av opplæringstiltak, eller om alle som trenger det får delta.

«Det er risiko knytta til opplæring i kvardagslivets gjøremål: om den ansvarlege har tid og kompetanse til å avklare, planleggje, gjennomføre og evaluere tiltak og om iverksatte tiltak følgjast opp av alle tilsette.»

Noen rapporter beskriver at det gis opplæring ved ansettelse, men at det ikke blir sørget for å opprettholde kompetanse, eller med å avklare hva slags kompetanse som trengs ved endringer i brukernes behov. På samme måte som det mange steder gis mangelfull opplæring, er det også observert lite systematiske veiledningstiltak, for eksempel at veiledning bare gis etter initiativ fra de ansatte selv, eller er noe ansatte kan velge bort.

Tilsynet avdekket *kunnskapssvikt* om brukernes helseforhold hos personalet i et relativt stort omfang. Det ble bl.a. påpekt utilstrekkelig opplæring av nyansatte og vikarer om brukeres helsetilstand og individuelle behov før personalet blir satt i turnus. I flere kommuner fikk personalet lite opplæring i aktuelle somatiske og psykiske sykdomsproblemer hos den enkelte, og i observasjon ved akutte og gradvise endringer. Det ble påpekt 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. I enkelte kommuner avdekket fylkesmennene sviktende opplæring i tiltak ved epilepsi.

«Ufaglærte har ikke alltid tilstrekkelig kunnskap til å fange opp endringer i brukers helsetilstand.»

«Tilsette sier at de ikke har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder helsetilstanden til brukerne og kva det er viktig at de følger med på for å fange opp endring, eller i hvordan de skal rapportere og dokumentere.»

«Ikke alle tilsatte som trenger det har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere eventuelle virkninger og bivirkninger av legemiddel.»

Knapphet på høgskoleutdannet helsefaglig personell kunne medføre svikt i nødvendig helseoppfølging. Men det kunne også gi for stor risiko for svikt i helseoppfølgingen når høgskoleutdannet personell hadde helsefaglig ansvar for brukere de ikke kjente, eller ikke kjente godt nok.

I flere kommuner framgikk det at det manglet rutiner for å innhente og kontrollere at politiattest foreligger før tiltredelse, og enkelte steder ble nyansatte satt i turnus uten at politiattest faktisk forelå. Poliattiattest kan bidra til å hindre at mennesker med utviklingshemming utsettes for overgrep.

2.3.3 Ledelsen følger ikke godt nok med, etterspør for lite

Som ledd i plikten til systematisk styring, må kommunens ledelse følge med på om brukerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at kommunens ledelse har tatt stilling til hva som er målsettingen med tjenesten, til hva tjenestemottakerne skal kunne forvente og til hvilke rammebetingelser som må være på plass for at tjenestene kan ytes som forutsatt.

Ledelsen må selv etterspørre forhold nedover i organisasjonen og benytte avvik som er meldt og andre innrapporterte forhold som grunnlag for ytterligere undersøkelser. Ledelsen må følge med på kompetansesituasjonen i virksomhetene, kontrollere om rutiner er oppdatert, og om de blir etterlevd og fungerer etter hensikten. Kommunens ledelse må aktivt etterspørre og forsikre seg om at lokale ledere rapporterer i linjen ved mangler som det ikke kan kompenseres for lokalt, og de må følge med på at brukere og pasienter blir informert om de tjenestene de får, og at de gis mulighet til å medvirke til tildeling og ytelse av tjenester.

I flere kommuner har fylkesmennene registrert *mangler i ledelsens gjennomgang* og kontroll av om praksis og rutiner er egnet til å ivareta brukernes behov, og av om den løpende tjenesteutøvelsen er faglig forsvarlig. Tilsynet har også avdekket at det å bruke avviksmeldinger – meldinger om feil og mangler i tjenestene – ikke nødvendigvis benyttes som del av kommunens styringssystem. De utløser ikke tiltak for å korrigere praksis og forbedre rutiner.

«Det går fram av intervju og av journal at tilsette melder i frå til leiinga om brukarar som ikkje får ivaretatt si helseoppfølging. Det blir ikkje gjort korri-gerande tiltak.»

«Det går fram av intervju og av journal at epi-alarm har feil. Det er journalført i mars 2015, men det har ikkje skjedd noko i saka.»

I noen kommuner er det *ikke gjennomført risikovurderinger* for å forebygge svikt i ulike tjenester til mennesker med utviklingshemming. Det er også konstatert *ulik og mangelfull forståelse* av hva som skal meldes som avvik, og hvordan dette skal gjøres. Fra noen kommuner rapporteres det at ressursmangel, kompetansesvikt, mangelfull opplæring, manglende journalføring, sviktende helseoppfølging mv. ikke blir meldt. Meldinger om feil og mangler får i noen kommuner *bare* en sporadisk behandling i personalmøter, og tas ikke som utgangspunkt for forbedringsarbeid.

3 Gjennomføring av tilsynet

Fylkesmennene har gjennomført tilsyn i minimum tre utvalgte kommuner i hvert fylke. Kommunene er valgt ut på grunnlag av fylkesmennenes lokalkunnskap om svikt i tjenestene. Det er gjort tilsyn i til sammen 57 kommuner.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon, etter en veileder utarbeidet av Statens helsetilsyn.⁷ Systemrevisjon egner seg godt til å undersøke om kommunene har tilstrekkelige styringsaktiviteter slik de er pålagt etter regelverket om internkontroll, til å sikre at det faglige arbeidet er underlagt styring og tjenestene drives forsvarlig.

Under en systemrevisjon innhenter tilsynsmyndighetene opplysninger fra flere kilder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved virksomheten. De viktigste kildene for tilsynet var kommunens interne dokumenter om styring (prosedyrer, rutiner, vaktlister, vedtak), resultatdokumenter (for eksempel journaler, rapporter) og intervjuer med ledere, ansatte og brukere. Det var utarbeidet et eget kartleggingsskjema som fylkesmennene kunne bruke for å undersøke legemiddelhåndteringen.

Etter at fylkesmennene har klarlagt hvordan forhold og praksis ved den aktuelle virksomheten er, blir tjenestene og styringen av tjenestekvaliteten vurdert opp mot revisjonskriterier, fastsatt ut fra bestemmelser i helse- og omsorgslovgivningen, regelverk avledet av dette, og av gjeldende faglige normer for god og forsvarlig praksis.

Fylkesmennene utarbeider en rapport til kommunen etter hvert tilsyn. Den blir oversendt øverste administrative leder. Alle rapportene fra systemrevisjonene blir etter hvert sendt til Statens helsetilsyn, og er tilgjengelige på www.helsetilsynet.no.

Brukere som informanter i tilsynet

Som ledd i Statens helsetilsyns arbeid med å styrke brukernes stilling i tilsyn, skulle fylkesmennene i dette landsomfattende tilsynet intervjuer tjenestemottakere eller deres representanter om erfaringer med tjenestetilbudet. Fylkesmennene skulle intervjuer 4 brukere/representanter i hvert tilsyn, og informasjonen legges sammen med øvrig informasjon som revisjonsbevis.

Det ble intervjuet mer enn 200 brukere og ca. 70 representanter for brukere som ikke selv kunne formidle sine erfaringer, fordelt på de 57 kommunene som hadde tilsyn.

⁷ Tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Veileder for landsomfattende tilsyn 2016. Oslo: Statens helsetilsyn, 2016. Internserien 2016:1

I veilederen for tilsynet utarbeidet av Statens helsetilsyn var det skissert framgangsmåte for valg av informanter, og gitt noen praktiske råd om gjennomføring. De aktuelle brukerne ble invitert skriftlig, og de aller fleste stilte seg positive til å delta. De kunne velge å ha med seg en støtteperson. Spørsmålsstillingene gjaldt i utgangspunktet temaene i tilsynet, men konkrete samtaler og spørsmål måtte tilpasses den enkelte informants forutsetninger, og fylkesmannen var godt forberedt ved på forhånd å ha satt seg inn i den enkeltes funksjonsnivå, hjelpebehov, vedtak, tiltaksplaner, ukeplaner, rutiner osv.

Statens helsetilsyn har samlet fylkesmennenes erfaringer. Tross behovet for å forberede og tilpasse intervjuene individuelt, mente 8 av fylkesmennene at de fikk tak i brukernes erfaringer og synspunkter i stor grad, mens 8 fylkesmenn sa de fikk dette i noen grad. To fylkesmenn fant at tiden som var til rådighet var for kort til å skape tilstrekkelig trygghet i samtalen og til å lære brukerens kommunikasjonsform. Men i hovedsak var erfaringen at brukerne fortalte om hva som var viktig for dem, og ga et innblikk i hvordan de så på sin egen hverdag og på tjenestetilbudet de hadde.

Et flertall av fylkesmennene meldte at brukerintervjuene ga informasjon som de ettergikk i den videre informasjonsinnhenting, og at informasjonen styrket beslutningsgrunnlaget.

De fleste fylkesmenn fikk muntlig tilbakemelding fra de intervjuede brukerne om at det var positivt og spennende å dele erfaringer og uttale seg om eget tjenestetilbud.

4 Veien videre

I planlegging og utforming av faglig forsvarlige tjenester må kommunene legge inn premisser om at tjenestene skal vare hele livet og at det vil skje endringer underveis som forutsetter regelmessig vurdering og evaluering av den enkeltes tjenestebehov. Utstrakt bruk av fellesskapsløsninger kan også stå i motstrid til individuell tilpasning. Individuell tilpasning forutsetter at brukeren trekkes inn og får medvirke så langt mulig ut fra sine forutsetninger.

Oppsummeringsrapporten vil bli distribuert til alle landets kommuner, til aktuelle brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger og utdanningsinstitusjoner, og til ansvarlige departementer og direktorat. Vi vil også gjøre funnene i tilsynet tilgjengelige i en versjon tilpasset brukere med utviklingshemming. Vi håper at kommunene vil bruke både tilsynsrapportene enkeltvis og denne oppsummeringsrapporten til læring og som utgangspunkt for styrking av tilbudene til mennesker med utviklingshemming.

For å lykkes med nødvendig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming, trengs bidrag fra alle aktører som er involvert og berørt. Statens helsetilsyn utfordrer:

Brukerne til å medvirke aktivt i utviklingen av eget tjenestetilbud. Brukerne og deres pårørende og verger må tørre å stille krav og etterspørre planer, og å melde fra når tilbud ikke gjennomføres som forutsatt og planlagt.

De ansatte i tjenestene til å aktivt observere og følge med og melde fra til ledelsen om mangler og risiko for feil i tjenestene. De som er nærmest brukerne har et særlig ansvar og en selvstendig plikt til å se og si fra, også om egen kompetanse ikke er tilstrekkelig for å utføre de oppgavene de er satt til.

Kommunens ledelse til å ta stilling til hva som skal til for at tjenestene til kommunens brukere skal være forsvarlige. Ledelsen må vite hva de skal etterspørre for å forsikre seg om at tjenestene ytes som forutsatt, og sikre at tjenestene har de verktøyene (for eksempel IKT) som trengs for at det skal være mulig å følge med. Særlig viktig er det å sørge for å kompensere for eventuelt manglende fagkompetanse gjennom gode opplæringsystemer.

Spesialisthelsetjenesten gjennom habiliteringstjenesten til å veilede kommunene og å sikre kvaliteten på kommunenes tilbud, og særlig til å bidra til å styrke brukernes medvirkning og selvbestemmelse.

Helsedirektoratet til å utarbeide veiledningsmateriell for tjenestene. 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.

Prinsippet om at mennesker med utviklingshemming skal være integrert ble virkelig gjort med ansvarsreformen og avviklingen av sentralinstitusjonene på 1990-tallet. Kommunene har siden hatt ansvar for at mennesker med utviklingshemming blir inkludert i lokalsamfunnet og får leve verdige liv og delta på lik linje, uavhengig av individuelle forutsetninger.

De alvorlige forholdene som dette tilsynet har avdekket gir grunn til å stille spørsmål om dagens rammer og ressurser for kommunenes tjenestetilbud er tilstrekkelige til å sikre gode og trygge tjenester til alle brukerne. Har kommunene nødvendige forutsetninger for å etablere og drifte forsvarlige tilbud – også til brukere med store og komplekse tjenestebehov? Gir staten tydelige nok krav, føringer og faglig støtte til kommunenes oppgaveløsning? Prioriterer spesialisthelsetjenesten bistanden til kommunene høyt nok?

Og videre – kan det tenkes alternative måter å organisere (deler av) tjenestene på som på en bedre måte kan ivareta kravene til forsvarlige tjenester? Statens helsetilsyn mener det er behov for en diskusjon på bred basis, blant brukere og i brukerorganisasjonene, i fagmiljøene, i kommunene og kommunenes organisasjoner og hos myndighetene, om hvilke organisatoriske betingelser og mulige løsninger som kan bære framover.

Vedlegg: Oversikt over kommuner med tilsyn

<i>Fylke</i>	<i>Kommune</i>
Østfold	Spydeberg Halden
Oslo og Akershus	Ski Oppegård Nes Søndre Nordstrand bydel, Oslo Alna bydel, Oslo Nordre Aker bydel, Oslo
Hedmark	Stange Ringsaker Kongsvinger
Oppland	Østre Toten Nord-Fron Vågå
Buskerud	Ringerike Nes Øvre Eiker
Vestfold	Holmestrand Larvik Tjøme
Telemark	Kragerø Seljord Vinje
Aust- og Vest-Agder	Kristiansand Kvinesdal Grimstad Froland
Rogaland	Gjesdal Sandnes Sokndal
Hordaland	Ullensvang Kvinnherad Meland Laksevåg bydel, Bergen Bergenhus bydel, Bergen
Sogn og Fjordane	Årdal Balestrand Eid
Møre og Romsdal	Hareid Ulstein Sunndal Haram
Sør-Trøndelag	Midtre Gauldal Orkdal Trondheim

<i>Fylke</i>	<i>Kommune</i>
Nord-Trøndelag	Stjørdal Levanger Inderøy
Nordland	Flakstad Saltdal Vefsn
Troms	Nordreisa Tromsø Lenvik
Finmark	Sør-Varanger Vadsø Porsanger

«Det gjelder livet» (Heaggamávssolaš)

Čoahkkáigeassi riikkaviidosaš geahčus 2016:s. Suohkaniid dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusat doaimmashehttejuvvon olbmuide

Dearvvašvuodageahču raporttas 4/2017

Fylkkamánit čadahedje 2016:s riikkaviidosaš geahču suohkaniid dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusain doaimmashehttejuvvon olbmuide. Geahčču čadahuvvui 57 suohkanis. 12 suohkanis eai gávdnon láhkarihkkumat, ja dan eará 45 suohkanis gávdne fylkkamánit muhtin oalle duodalaš váilevuodaid. Fylkkamánit jearahalle badjel 200 geavaheaddji ja birrasiid 70 ovdasteaddji geavaheddjiide geat ieža eai sáhte iežaset vásáhusaid mitalit.

Fylkkamánit gávnnahehje ahte persovnnalaš assistentadoaimma lei mángga sajis váilevaš ja unnán heivehuvvon ovttaskas geavaheddjiide. Fylkkamánit čujuhedje ahte olu bargiin lei unnán gelbbolašvuolta, ii ge lean čadahuvvon plánavuloš oahpaheapmi. Bálvalusa addin sáhtii leat unnán systemáhtalaš ja dain lei váilevaš ja biedgguid dokumenteren. Bargit sáhtte leat ožžon unnán dieđuid daid geavaheddjiid birra geaid galget veahkehit ja das maid sii galget doaimmahit. Olu sajiin ii vuhtton ahte geavaheaddji beassá ieš váikkuhit, ja lagamusat ja válldi fuolaheaddjit dávjá eai diehtán doarvái dasa ahte sáhttit áimmahuššat geavaheddjiid beroštumiid.

Dearvvašvuodasuorggis gávdne fylkkamánit ahte diedut geavaheddjiid dearvvašvuodadili birra ledje hui váddása duohken, ja ahte bargiin lei unnán diehtu iešgudetge geavaheddjiid dearvvašvuodadili birra ja das makkár rievdamiid sii galggaše áicat dahje dokumenteret. Mángga suohkanis fuomášuvvojedje maid váilevuodát dálkkasgiedahallamis, ovdamearkka dihte ledje eahpečielga ovddasvástádusčielggadeamit, váilevaš dárkkisteapmi dálkasiid juohkimis ja váilevaš gelbbolašvuolta sis geat lágidit ja juhket dálkasiid.

Fylkkamánit čuoovvolit juohke suohkana gos gávdnojedje láhkarihkkumat. Dearvvašvuodageahčču ávžžuha suohkaniid, gos ii leat leamaš geahčču, atnit dán geahču vásáhusaid vuoddun árvvoštallat ahte čuvvot go sin iežaset geavat ja stivrenvuogádagat láchkamearrádusaid.

It is all about life

Summary of countrywide supervision in 2016 of municipal health and social services for people with mental disabilities

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 4/2017

In 2016, the Offices of the County Governors carried out countrywide supervision of municipal health and social services for people with mental disabilities in 57 municipalities. No breaches of the legislation were detected in 12 municipalities, but service errors were found in 45 municipalities, some of them serious. More than 200 clients were interviewed, and about 70 representatives for clients who could not relate their experiences themselves were interviewed.

The Offices of the County Governors found the following: The service *personal assistance* was inadequate in many places, and was not well adapted to the needs of the individual. The staff often had inadequate skills, and there was no plan for training. Provision of services was not always systematic, and documentation was inadequate and scattered. The staff were not always fully informed about the clients they should help, and about the tasks they should carry out. In many places, there was little trace of client participation, and relatives and guardians were often not well enough informed in order to take care of the clients' interests.

With regard to health services: In many municipalities, access to information about the clients' health status was difficult, and the staff had inadequate knowledge about the clients' health status, and what they should observe or document if there were changes. In several municipalities, errors in administration of medication were also detected, for example unclear responsibility and poor control of administration. Some of the staff who prepared and administered medication had inadequate qualifications and experience.

The Offices of the County Governors will follow up the municipalities where breaches of the legislation were detected.

The Norwegian Board of Health Supervision encourages the management in the municipalities where supervision has not taken place to use the experience gained from supervision, presented in the individual reports and in the summary report, as a basis to assess whether their own practice and management is in accordance with the statutory requirements.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 4/2017

Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Det var tilsyn i 57 kommuner. 12 kommuner hadde ingen lovbrudd, i de øvrige 45 fant fylkesmennene til dels alvorlig svikt. Fylkesmennene intervjuet mer enn 200 brukere og ca. 70 representanter for brukere som ikke selv kunne formidle sine erfaringer.

Fylkesmennene fant at tjenesten personlig assistanse mange steder var utilstrekkelig og lite individuelt tilpasset. Fylkesmannen påpekte mange steder at de ansatte hadde svak kompetanse og at det manglet planmessig opplæring. Tjenesteytingen kunne være lite systematisk, og dokumentasjonen mangelfull og spredt. Ansatte kunne være dårlig informert om brukerne de skulle bistå og om oppgaver de skulle utføre. Mange steder var det få spor av brukermedvirkning, og pårørende og verger var ofte ikke godt nok informert til å ivareta brukernes interesser.

På helseområdet fant fylkesmennene i mange kommuner at opplysninger om brukernes helseforhold kunne være vanskelig tilgjengelige, og at de ansatte hadde dårlig kunnskap om den enkelte brukers helseforhold og om hva de skulle observere eller dokumentere av endringer. I flere kommuner ble det også avdekket svikt i legemiddelhåndteringen, for eksempel uklare ansvarsforhold, dårlig kontroll med utdeling og utilstrekkelig kompetanse hos dem som gjør i stand og deler ut legemidler.

Fylkesmennene følger opp kommuner hvor det er påpekt lovbrudd. Helsetilsynet oppfordrer ledere i kommuner som ikke har hatt tilsyn til å bruke erfaringene fra tilsynet, beskrevet i enkeltrapper og i oppsummeringsrapporten, som utgangspunkt for å vurdere om egen praksis og eget styringssystem er i tråd med lovkravene.