

Beregnet til
Helsedirektoratet

Dokumenttype
Rapport

Dato
Mars 2017

HELSEDIREKTORATET

KARTLEGGING AV HELSE- OG

OMSORGSTJENESTETILBUDET TIL VOKSNE MED

HABILITERINGSBEHOV

**KARTLEGGING AV HELSE- OG
OMSORGSTJENESTETIBUDTE TIL VOKSNE MED
HABILITERINGSBEHOV I KOMMUNENE**

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	SAMMENDRAG	1
1.1	Oversikt over behovet	1
1.2	Innhold i tjenestene til voksne med habiliteringsbehov	1
1.3	Samhandling og koordinering	1
1.4	Egenmestring og brukermedvirkning	2
1.5	Likeverdig tilbud	2
2.	INNLEDNING	4
2.1	Voksne med habiliteringsbehov – beskrivelse av målgruppen	4
2.2	Ansvar og roller på habiliteringsfeltet	4
2.3	Kort om metode	5
2.4	Leserveiledning	7
3.	ORGANISERING AV HABILITERINGSTILBUDET I KOMMUNENE	8
3.1	Fra særomsorg til særlig omsorg	9
3.2	Organisering i kommunene	12
3.3	Kommunens oversikt over behovet for tjenester for voksne med habiliteringsbehov	13
4.	KOMPETANSESITUASJONEN I KOMMUNENE	15
4.1	Kompetanse på brukergruppen i kommunal ledelse	16
4.2	Kompetanse på brukergruppen i Koordinerende enhet (KE)	16
4.3	Kompetanse på brukergruppen i kommunens helse- og omsorgstjeneste	16
4.4	Rekruttering og fastholdelse av kompetanse	18
4.5	Utnyttelse av kompetanse	19
4.6	Fagmiljøer og arenaer for kompetanseutveksling	20
4.7	Kompetansemangler i kommunen	21
4.8	Fremtidige kompetansebehov	24
5.	INNHOOLD I TJENESTENE – TILBUD OG KAPASITET	26
5.1	Forståelse av begrepet habilitering i kommunene	26
5.2	Beskrivelse av innhold i tjenestene i vedtak og arbeidsplaner	27
5.3	Tilbud tilpasset brukernes behov	28
5.4	Variasjoner i tilbudet avhengig av boform	29
5.5	Kapasitet i tjenestene	31
5.6	Arbeid- og aktivitetstilbud	33
5.7	Brukergrupper det er utfordrende å gi gode tilbud til	35
6.	SAMHANDLING OG KOORDINERING	38
6.1	Samhandling internt i kommunen	39
6.2	Samhandling med spesialisthelsetjenesten	41
6.3	Bruk av Individuell Plan og koordinator som verktøy for samhandling	43
6.4	Koordinering av overganger	45
7.	BRUKERMEDVIRKNING	47

7.1	Brukermedvirkning på systemnivå	47
7.2	Brukermedvirkning på individnivå	48
7.3	Mangel på alternative tilbud om aktivitet og fritid	49
8.	VURDERING AV TILBUDET	50
8.1	Oversikt over behovet	50
8.2	Innhold i tjenestene	51
8.3	Samhandling og koordinering	51
8.4	Egenmestring og brukermedvirkning	52
8.5	Likeverdig tilbud	52
8.6	Hva skal til for å styrke tilbudet til målgruppen?	55
9.	EKSEMPLER PÅ GODE GREP I KOMMUNENE	56
9.1	Habilitering som egen virksomhet	56
9.2	Utnytte tilgjengelig kompetanse og etablering av fagmiljø	58
9.3	Fastleger med særlig kompetanse på målgruppen	60
9.4	Team med kompetanse på både letter psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og rus	61
9.5	Bruk av tvang og makt	62
9.6	Samarbeid om overgang fra skole til arbeidsliv	63
9.7	Brukermedvirkning i praksis	63
9.8	Styrke arbeids- og aktivitetstilbud	64

1. SAMMENDRAG

Rambøll har gjennomført en kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov i kommunene på oppdrag for Helsedirektoratet.

I det følgende presenteres et sammendrag av rapporten, med vekt på å belyse hvilke områder som særlig bør styrkes.

1.1 Oversikt over behovet

Kartleggingen viser at kommunen har en oversikt på systemnivå for personer med habiliteringsbehov med mer omfattende behov. Imidlertid tas denne kunnskapen i liten grad i bruk til strategisk planlegging av tjenester og boliger til målgruppen.

På individnivå baserer de fleste kommuner seg på søknader om tjenester og tildelingskontorets kunnskap om brukernes behov. Hvis det ikke søkes om tjenester, varierer det i hvilken grad kartlegging, vurdering og evaluering skjer kontinuerlig. Funn fra kartleggingen kan indikere at enkelte kommuner mangler kunnskap om brukerens behov på individnivå, og at det er store mangler knyttet til kontinuerlig kartlegging, vurdering og evaluering.

Kartleggingen viser at kommunene mangler oversikt over personer med underliggende psykisk utviklingshemming eller autismspekterdiagnoser, både på individ- og systemnivå. Flere i denne gruppen får diagnosen sent, og gjerne ikke før annen problematferd har fått utvikle seg, slik som rus- psykiske helseutfordringer, atferdsvansker eller kriminalitet. Det er behov for å styrke kompetanse og systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling, for å fange opp barn med behov for oppfølging. Her er det viktig at helsestasjonen, skolehelsetjenesten, samt barnehager og skoler bidrar til å avdekke og henvise videre for utredning og kartlegging.

1.2 Innhold i tjenestene til voksne med habiliteringsbehov

Kartleggingen viser at et flertall av kommunene i liten grad legger til rette for tidsavgrensede, planlagte og målrettede innsatser overfor målgruppen. Denne formen for tjenester forbindes i større grad med rehabilitering. Kartleggingen viser også at tilbudet overfor målgruppen i liten grad er tverrfaglig. Mange kommuner innehar flerfaglig kompetanse, men allikevel ytes det i liten grad tverrfaglige tjenester til voksne med habiliteringsbehov. Basert på dette fremkommer det at det er et stort forbedringspotensial knyttet til å gi målrettede, tidsavgrensede og tverrfaglige tjenester til målgruppen.

1.3 Samhandling og koordinering

Kartleggingen viser at samarbeidet mellom tjenestene internt i kommunen om målgruppen er mangelfullt. Det mangler samarbeid både mellom ulike boliger og aktivitetstilbud samt mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene. For å styrke samhandlingen bør det opprettes interne rutiner for samhandling og tverrfaglig tjenesteyting som sikrer at relevant kompetanse blir gjort tilgjengelig for brukeren ved behov.

Kartleggingen viser særlig at det er utfordringer i samarbeidet mellom somatiske helsetjenester og psykiatrien for personer med sammensatte behov. Dette gjelder både internt i kommunen, internt i spesialisthelsetjenesten, samt mellom disse.

Tall fra IPLOS¹ viser at i underkant av halvparten av målgruppen har Individuell plan. Kommunene i kartleggingen vurderer at IP har begrenset verdi for voksne med habiliteringsbehov, da de opplever at koordineringsbehovet er begrenset. Brukerne som er

¹ IPLOS 2015

intervjuet vurderer imidlertid at det er behov for koordinering av tjenestene, og etterlyser mer bruk av individuell plan og koordinator.

Videre viser kartleggingen at det er vesentlige utfordringer forbundet med å benytte Individuell plan som et aktivt verktøy. Dette handler både om at koordinatorene i liten grad sikres rammene som skal til for å utføre arbeidet, samt at det er utfordrende å finne ansatte med rett kompetanse til å utføre koordinatoroppgavene.

1.4 Egenmestring og brukermedvirkning

Mange av kommunene er opptatt av at det har skjedd og er i ferd med å skje et skifte i tankene rundt brukermedvirkning og egenmestring. Flere av kommunene oppgir at de er opptatt av å finne ut av hva som er viktig for den enkelte, hva den enkelte vil mestre, og hva som skal til for å få det til. Kartleggingen viser imidlertid at tjenestene fortsatt i for liten grad er innrettet eller gjennomført slik at man ivaretar kravene til egenmestring og brukermedvirkning på en god nok måte. Kartleggingen viser blant annet at kommunene i noe grad kan sies å ha forhåndsdefinerte tilbud som i begrenset grad tilpasses den enkeltes behov. Kommunene mangler også tilbud til deler av målgruppen, særlig mangler det egnede tilbud til personer med lettere utviklingshemming og autismespekterdiagnoser. Gitt at man har få eller ingen valgmuligheter kan det stilles spørsmålsteget ved hvorvidt brukermedvirkningen er reell.

1.5 Likeverdig tilbud

I følge veileder om «rehabilitering, habilitering, individuelle plan og koordinator» skal det tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov. Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/henne som andre.²

1.5.1 Organisering

Kartleggingen viser at når tjenestene til voksne med habiliteringsbehov er organisert som en del av det generelle helse- og omsorgstjenestetilbudet, opplever de som arbeider tettest med målgruppen at det er utfordrende å få tilgang til kompetanse og tjenester fra andre etater eller virksomheter, eksempelvis hjemmetjenester eller fysioterapi. Årsaken er ikke entydig, men kan ha sammenheng med manglende kompetanse i tjenestene og prioritering mellom brukergrupper. Med bakgrunn i disse utfordringene har enkelte kommuner valgt å gjøre organisatoriske grep, som skal bidra til å sikre likeverdige tjenester av god kvalitet til brukergruppen.

Kartleggingen finner at hvordan kommunene har organisert tjenestene har stor betydning for kompetansesituasjonen i tjenestene samt vil organisering ha innvirkning på samarbeidsstrukturer mellom ulike kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.5.2 Tilgjengelig kompetanse

Hvorvidt brukergruppen får tilgang på helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre innbyggere har primært sammenheng med om det er god kompetanse nær brukeren, og om kommunen har rutiner og systemer for å innhente kompetanse fra andre tjenester når det er behov for dette.

Det er vesentlige utfordringer forbundet med å rekruttere og beholde kompetanse i deler av tjenesten. Mange tiltak/boliger er hovedsakelig bemannet med assistenter og ufaglærte, hvor enkelte deler av personalet mangler observasjonskompetanse. Kommunene mangler også systemer for kartlegging av helsesituasjonen, og som sikrer kontakt med fastlege og annen relevant fagkompetanse ved behov. Slik vi vurderer det, kan disse utfordringene ha stor betydning for kvaliteten som gis i tjenestene og hvorvidt målgruppen får de tjenestene de har

² Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet

behov for. Kommunene må sikre, gjennom organisering og/eller rutiner, at den enkelte bruker har jevnlig tilgang på kompetent personell. Personellet skal foreta vurderinger av brukeren og eventuelle behov brukeren har for henvisning til annen fagkompetanse.

Kartleggingen identifiserer særlige mangler i kompetanse, samt mangler knyttet til tverrfaglig samhandling, når det gjelder brukere med habiliteringsbehov og samtidige psykiske lidelser. Dette gjelder både i kommune og spesialisthelsetjenesten.

1.5.3 Likeverdighet uavhengig av botilbud

Kartleggingen viser at hovedvekten av tjenester til målgruppen gis i bemannede boliger. De som bor i egen bolig får hovedsakelig tjenester fra hjemmetjenesten, gjennom BPA-ordningen eller andre assistentordninger. Kartleggingen synliggjør at det er vesentlige utfordringer forbundet med disse tjenestene, både med tanke på tilgjengelighet og kompetanse. Enkelte kommuner opplever det derfor som utfordrende å gi samme kvalitet og innhold i tjenestene til de som bor hjemme.

1.5.4 Likeverdighet uavhengig av behov

Kartleggingen viser at kommunene prioriterer å gi tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Dette er en naturlig prioritering, da disse brukerne både har rett på og stort behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Funn indikerer imidlertid at dette kan gå på bekostning av tilbudet som gis til personer med mindre omfattende behov. Kartleggingen viser blant annet at det er vesentlige mangler i tilbudet til personer med lettere utviklingshemming og velfungerende personer med autismespekterdiagnoser.

Avslutningsvis kan overordnede funn også indikere at personer med habiliteringsbehov og andre kronikergrupper nedprioriteres i deler av kommunens helse- og omsorgstjenester, til fordel for personer med mer akutte tilstander eller personer som vurderes å ha et større rehabiliteringspotensiale.

2. INNLEDNING

Rambøll Management Consulting har, på vegne av Helsedirektoratet, gjennomført *Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov i kommunene*. Kartleggingen er gjennomført i perioden desember 2016 til mars 2017.

Formålet med kartleggingen er å gi Helsedirektoratet økt kunnskap om hvordan helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov er organisert i kommunene, hva som er innholdet i de ulike tjenestene og hvordan samhandling om brukergruppen foregår. Kartleggingen skal videre trekke frem særlige utfordringer og suksesskriterier samt innhente eksempler på god praksis.

Under vil vi kort beskrive målgruppen for undersøkelsen, samt ansvar og roller på habiliteringsfeltet. Avslutningsvis i dette kapitlet gis en kort beskrivelse av vår metodiske tilnærming i gjennomføringen av prosjektet.

2.1 Voksne med habiliteringsbehov – beskrivelse av målgruppen

Voksne med habiliteringsbehov er personer over 18 år som har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Dette kan være personer med tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer med kognitiv svikt, utviklingshemning eller tilstander innen autismspekteret. Målgruppen omfatter også personer med tidlig ervervede nevrologiske skader eller sykdommer, nevrologiske sykdommer, eksempelvis muskeldystrofier eller ryggmargsbrokk. Målgruppen kan ofte ha flere diagnoser.

Personer med habiliteringsbehov er en sammensatt gruppe med svært ulike behov, både knyttet til innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. Funksjonsnedsettelsen vil imidlertid oftest være varig og habiliteringsbehovet vil derfor vare livet ut. Personer med habiliteringsbehov vil, avhengig av funksjonsnivå, kunne ha behov for oppfølging og tilrettelegging på flere livsområder, herunder eksempelvis bolig, arbeid og aktivitet og sosialt miljø, samt oppfølging av somatisk og psykisk helsetilstand. Tjenester til målgruppen skal fremme mestringsevne og understøtte pasientens og brukerens innsats for best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Målet er best mulig selvstendighet og deltakelse.³

Mange brukere i målgruppen har behov for tverrfaglige sammensatte tjenester på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Samhandling på tvers og god koordinering av tjenestene er derfor avgjørende for å få til et godt tjenestetilbud til gruppen.

2.2 Ansvar og roller på habiliteringsfeltet

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for tjenester til målgruppen. I forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator understrekes det at det er kommunene som har hovedansvaret for at innbyggerne får nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering.⁴ Ved behov skal brukeren henvises til oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Henvisningen til spesialisthelsetjenesten for å avklare behov kan omfatte både diagnostisering og funksjonsutredning. Eksempler kan være nevropsykologisk utredning, kognitive og spesialmotoriske tester. Innen habilitering kan diagnostisering knyttet til eventuell psykisk utviklingshemning og utredning av adferdsproblemer være bakgrunn for henvisning.⁵

Kommunen har også hovedansvar for utarbeidelse av individuell plan, dersom brukeren har rett til og ønsker dette. Videre har kommunen ansvar for å tilby koordinator.

³ Veileder om rehabilitering, habilitering individuell plan og koordinator

⁴ Veileder om rehabilitering, habilitering individuell plan og koordinator

⁵ Veileder om rehabilitering, habilitering individuell plan og koordinator

Spesialisthelsetjenesten (ved det regionale helseforetaket (RHF)) skal blant annet sørge for at brukerne får tilbud om trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning. De skal også tilby intensiv trening som inngår i individuell habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling. Videre skal spesialisthelsetjenesten gi råd og veiledning til kommunen, både generelt og vedrørende enkeltpasienter, og samarbeide med kommunen om habiliteringstilbudet til enkeltbrukere.

2.3 Kort om metode

Undersøkelsen baserer seg i hovedsak på kvalitativ metode. Ved å bruke kvalitative intervjuer i datainnsamlingen fikk informantene anledning til å gi utfyllende og beskrivende informasjon som bidro til en utdypende besvarelse av problemstillingene.

Selve kartleggingen baserer seg i hovedsak på telefonintervjuer med representanter fra sentrale aktører, brukerorganisasjoner, brukere og primærhelsetjenesten. I tillegg er det gjort en gjennomgang av tilgjengelig statistikk fra IPLOS-registeret (individuell pleie- og omsorgsstatistikk fra kommunehelsetjenesten 2015).

Nedenfor følger en gjennomgang av de sentrale datakildene som har blitt benyttet i oppdraget.

2.3.1 Innledende intervjuer

Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført intervjuer med fem sentrale aktører på feltet. Dette ble gjort med den hensikt å sikre et godt kunnskapsgrunnlag, samt kvalitetssikre tema og problemstillinger. Det ble gjennomført intervjuer med følgende aktører:

- Representanter fra Helsedirektoratet
- Representanter for voksenhabiliteringen i spesialisthelsetjenesten

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Norges Handicap - forbund ble også forespurt om deltakelse i kartleggingen, men henviste videre til andre diagnoseorganisasjoner de mente ville kunne bidra med mer detaljert kunnskap om feltet.

2.3.2 Brukerorganisasjoner og brukere

For å sikre brukerrepresentasjon ble det gjennomført intervjuer med både brukere og brukerorganisasjoner.

Det har vært en målsetning å inkludere organisasjoner som representerer de diagnosegruppene som inngår i kartleggingen. Det har blitt gjennomført intervjuer med fem brukerorganisasjoner.

Nedenfor gis en oversikt over brukerorganisasjonene som har blitt intervjuet i forbindelse med kartleggingen.

- Foreningen for muskelsyke
- Ryggmargsbrokk- og hydrocephalus-foreningen
- CP-foreningen
- Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU)
- Autismeforeningen

LUPE - Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende - ble invitert til å delta i undersøkelsen, men foreningen har ikke meldt tilbake på henvendelser angående deltakelse.

I tillegg til intervjuene med brukerorganisasjonene har det i forbindelse med kartleggingen blitt gjennomført intervjuer med brukere/pårørende. Til sammen har det blitt gjennomført syv

intervjuer med pasienter med diagnosene: muskelsykdommer, ryggmargsbrokk- og hydrocephalus, CP, og utviklingshemming.

Rekrutteringen av brukere til intervju har skjedd via brukerorganisasjonene. Dette for å ivareta både personvern- og etiske hensyn. I de tilfeller hvor brukeren selv ikke har samtykkekompetanse har det blitt gjennomført intervju med pårørende.

I tillegg forsøkte Rambøll å intervju pasienter med autismespekterdiagnoser. Rambøll har vært i kontakt med Autismeforeningen, men det har ikke lyktes foreningen å rekruttere brukere til intervju.

2.3.3 Kvalitative intervjuer med 10 utvalgte kommuner

Med bakgrunn i ulike variabler, som for eksempel kommunestørrelse, innbyggertall, geografi og sentralitet er det valgt ut 10 casekommuner. I forbindelse med kartleggingen er det gjennomført kvalitative intervjuer med sentrale aktører innen kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det er gjennomført til sammen 57 intervjuer med ulike representanter fra kommunens helse- og sosialtjeneste. Vi har snakket med ledere på ulike nivå, samt ansatte i tjenestene. Det varierer i noe grad hvilke aktører som inngår i hver enkelt kommune, da kommunal organisering og ansvar på området varierer stort. Det er gjennomført mellom fire og syv intervjuer per kommune.

Intervjuobjektene har i hovedsak hatt følgende funksjoner:

- Leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Leder tildelingskontoret
- Kommunal-/helsesjef helse og omsorg
- Kommuneoverlege
- Fysioterapi-/ergoterapitjenesten
- Hjemmetjenesten
- Bo- og miljøtjenester/tjenester til funksjonshemmede/Aktivitet og bistand
- Rus- og psykiske helsetjenester
- NAV tiltaksansvarlig/velferdsavdeling
- Koordinator for voksenopplæring
- Leder VTA-bedrift

2.3.4 Statistikk fra IPLOS-registeret

IPLOS-registeret er et lovbestemt register med informasjon om personer som har søkt om eller har vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret brukes til statistikk og forskning, og har som formål å bidra til en god ressursutnyttelse samt likeverdige og virkningsfulle tjenester. Registeret inneholder blant annet informasjon om relevante diagnoser, behov for bistand og assistanse, individuell plan (IP) er mangel på sådan, og hvilke tjenester som gis til den enkelte.

For å kunne underbygge de kvalitative funnene fikk Rambøll oversendt statistikk fra Helsedirektoratet over antall personer med Individuell plan. Det har ikke vært mulig å bryte tallene ned på alder og kjønn. Årsaken er at enkelte av diagnosene har få pasienter og at dette derfor ville gått på bekostning av personvern og anonymitet.

2.3.5 Metodiske begrensninger

Kvalitativ metode benyttes hovedsakelig til prosjekter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen er sammensatt og kompleks og der det er mulig med et mangfold av svar.

Metoden har imidlertid også noen klare begrensninger. Først og fremst er metoden ressurskrevende og det er derfor vanskelig å sikre representativitet i datainnsamlingen. I dette

prosjektet har heller ikke dette vært mulig, men sammensetningen av intervjuobjekter og antallet intervjuer gir et godt kunnskapsgrunnlag som kan gi et overordnet og generelt bilde av tjenestetilbudet til voksne personer med habiliteringsbehov.

Det er også noen metodiske begrensninger knyttet til statistikken fra IPLOS, da det er heftet svakheter ved denne. I IPLOS er det utfordringer når det gjelder innsending av data fra kommunene. Det varierer i hvor stor grad kommunene sender inn diagnosedata og særlig hvorvidt de oppdaterer informasjonen som ligger i registeret. Alle kommuner sender inn data og tjenestevariablene er av god kvalitet, men med manglende diagnoseopplysninger er det ikke anledning til å gi fullstendig statistikk på sykdomsgrupper. Særlig gjelder dette når kommunene fastsetter diagnoser og tjenestebehov da dette utvikler seg over tid.

2.4 Leserveiledning

Kapittel 3 gir en beskrivelse av ulike måter å organisere tilbudet til voksne med habiliteringsbehov

Kapittel 4 omhandler kompetansesituasjonen i kommunen knyttet til tjenester til voksne med habiliteringsbehov

Kapittel 5 gir en oversikt over innholdet i tilbudet, herunder kapasiteten

Kapittel 6 presenterer hvordan samhandling og koordinering av tjenestetilbudet fungerer

Kapittel 7 beskriver hvordan kommunene arbeider med å sikre brukermedvirkning i tjenestene

Kapittel 8 oppsummerer hovedfunn og Rambølls vurderinger

Kapittel 9 fremstiller eksempler på gode grep for å sikre gode tjenester til voksne med habiliteringsbehov

3. ORGANISERING AV HABILITERINGSTILBUDET I KOMMUNENE

I dette kapittelet gis en beskrivelse av hvordan tjenester til voksne med habiliteringsbehov er organisert i kommunene. Det ses også på sammenhengen mellom organisering av tjenestene og likeverdighet i tjenestetilbudet. Avslutningsvis gis også en beskrivelse av kommunenes arbeid med å skaffe oversikt over behovet for habilitering i kommunene, både på system og individnivå.

Utfordringer og hovedfunn fra kapittelet er oppsummert i boksen under:

Hovedutfordringer:

- Flertallet av kommunene erfarer at målgruppen blir prioritert etter andre brukergrupper med akutte behov eller som anses å ha et større rehabiliteringspotensiale
- Flertallet av kommunene mener at det er utfordrende å få kommunale helse- og omsorgstjenester til å samarbeide om målgruppen. Dette medfører at det kan være vanskelig å få tilgang på hjemmetjenester, fysioterapi eller annen somatisk eller psykisk helsehjelp
- Én til én-omsorg medfører ofte mange timer med tjenester, men sikrer ikke nødvendigvis kvalitet i timene, for eksempel når BPA-assistenter er ufaglærte.
- Flere kommuner har erfart at de har manglet eller mangler overordnet strategi for arbeidet med voksne med habiliteringsbehov. Dette fører til ulik praksis innad i kommunen
- Fragmentert organisering fører også til at kompetansen er spredt og det er vanskelig å rekruttere ansatte med fagkompetanse samt bygge opp et fagmiljø.
- Kommunene opplever at de har god oversikt over behovene for habilitering på system- og individnivå, men opplever at hovedutfordringen er at de ikke har tilbud som samsvarer med brukerbehovene
- Kommunene mangler oversikt over personer med lettere psykisk utviklingshemning og autismspekter-diagnoser

Habilitering er organisert ulikt i kommunene, enten under en egen etat/tjeneste, eller som en del av det generelle helse- og omsorgstilbudet. Hvis tilbudet er en del av den generelle helse- og omsorgstjenesten er tilbudet ofte fragmentert, og innunder en rekke ulike virksomheter. Flere kommuner opplever at det er utfordringer forbundet med å organisere tjenestene til personer med habiliteringsbehov som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Derfor ser enkelte kommuner behovet for å gjøre organisatoriske grep som bidrar til å sikre større enheter og større fagmiljøer for de ansatte. Kartleggingen viser at hvorvidt brukergruppen får tilgang på helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre innbyggere eller ikke primært har sammenheng med om det er god kompetanse nær brukeren, og om kommunen har rutiner for tverrfaglig samarbeid om brukerne.

Kartleggingen viser at kommunene organiserer tilbudet til voksne med habiliteringsbehov på ulike måter. Noen kommuner har organisert tilbudet som en del av det generelle helse- og omsorgstilbudet. Andre kommuner har organisert alle, eller store deler av, tjenestene til voksne med habiliteringsbehov inn under samme etat eller virksomhet.

I tabellen under beskrives de to ytterpunktene når det gjelder organisering av tjenester til voksne med habiliteringsbehov. Kommunene som inngår i kartleggingen har som hovedsak valgt en av disse organiseringsformene, men alle kommunene har elementer fra begge former for organisering. Tabellen beskriver også hvilke konsekvenser de ulike formene for organisering kan få.

Tabell 3-1: Beskrivelse av organisering og positive og negative konsekvenser av organiseringsformene

Organisering	Kort beskrivelse	Positive konsekvenser	Negative konsekvenser
Som del av det generelle helse- og omsorgstjenestetilbudet	<p>Brukergruppen mottar tjenester på lik linje med alle andre brukergrupper i kommunen.</p> <p>I disse tilfellene kan bofellesskap, dagsenter eller andre tjenester være organisert under ulike tjenesteområder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukergruppen likestilles med andre brukere og befolkningen forøvrig • Alle tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstilbud inngår i tilbudet til brukergruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere blir prioritert etter akutte tilfeller og brukere med større rehabiliteringsbehov eller rehabiliteringspotensiale • Det mangler en helhetlig strategi for brukergruppen – gir ulik praksis • Kompetansen blir spredt og det er vanskelig å bygge opp et fagmiljø
Som egen etat/virkomhet	<p>Brukergruppen mottar tjenester fra en egen etat. Denne etaten har ansvar for bofellesskap, hjemmetjenester til hjemmeboende i målgruppen, egne fysiske og ergoterapeuter, egne fastleger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukergruppen unngår å bli prioritert etter andre brukere • Det er lettere å bygge opp et fagmiljø • Det er lettere å få en helhetlig strategi og lik praksis 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerne kan bli kategorisert som «etatens brukere» • Dersom etaten ikke innehar nødvendig kompetanse kan det være vanskelig å innhente kompetanse utenfra hvis det ikke foreligger klare retningslinjer for samarbeid

Vi vil komme nærmere tilbake til ulike former for organisering og konsekvenser i de neste delkapitlene.

3.1 Fra særomsorg til særlig omsorg

I forbindelse med HVPU-reformen var «normalisering» et viktig begrep. Personer med psykisk utviklingshemming skulle motta helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre brukergrupper og befolkningen forøvrig. Kartleggingen viser at historien knyttet til tilbudet til utviklingshemmede preger arbeidet og utviklingen som skjer i kommunene i dag. Kommunene ønsker seg ikke tilbake til tiden med institusjoner og særomsorg, men ser allikevel at det er noen utfordringer knyttet til at tilbudet til målgruppen skal være inkludert i det ordinære helse- og omsorgstjenestetilbudet. Kommunene opplever også at det er utfordringer forbundet med små boenheter med kun én beboer og at dette medfører dårlig kvalitet i tjenestene og ensomhet blant brukergruppen. Derfor ser enkelte kommuner behovet for å gjøre organisatoriske grep som bidrar til å sikre større enheter og større fagmiljøer for de ansatte.

Under oppsummeres de utfordringer som følger av at tjenestene er spredt rundt i de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene.

3.1.1 **Konsekvenser av at tjenestene er fragmentert**

Reformens hensikt, å likestille personer med habiliteringsbehov med den øvrige befolkningen og sikre lik tilgang til tjenester, oppleves som selvsagt både i brukerorganisasjonene og kommunen. Kommunene arbeider for å etterstrebe lik tilgang til tjenester, men opplever at dette er utfordrende å sikre. Dette knytter seg blant annet til fragmentert organisering.

Kommunene trekker frem flere konsekvenser av å spre tjenestene til brukergruppen i det generelle helse- og omsorgstilbudet.

- En spredt organisering fører til at kompetansen blir fordelt utover ulike virksomheter og det er vanskelig å bygge opp sterke fagmiljøer.
- Det er ingen overordnet strategi for hvordan man skal arbeide med målgruppen. Kommunene opplever at man ved fragmentert organisering ikke får en rød tråd i arbeidet og at dette fører til ulik praksis. Kommunene opplever at det blant annet blir vanskelig å se sammenhengen mellom tilbudene som gis i bolig og tilbudene som gis på dagtid.
- Brukergruppen har større risiko for å bli prioritert etter andre brukergrupper og dermed får de ikke tjenestene de har behov for.
- Det kan være vanskelig å få kommunale helse- og omsorgstjenester til å samarbeide om målgruppen, og dette medfører at det kan være vanskelig å få tilgang på hjemmetjenester, fysioterapi eller annen somatisk eller psykisk helsehjelp. Blant annet møter ansatte i bofelleskap argumenter knyttet til at tjenestene ikke har kompetanse på denne brukergruppen. Enkelte kommuner er bekymret for om de klarer å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til gruppen.

Flere kommuner har på bakgrunn av utfordringer knyttet til en spredt organisering gjennomført organisatoriske endringer for å styrke tilbudet til målgruppen.

3.1.2 **Negativ og positiv særomsorg**

Kartleggingen viser at omsorgen i enkelte kommuner kan sies å bære preg av særomsorg. Særomsorg var noe man ønsket seg bort fra gjennom HVPU-reformen, ved å sikre lik tilgang på tjenester til alle målgrupper. Gjennom intervjuer med kommunene kommer det frem at mange av tjenestene som gis til målgruppen forbindes primært med tjenestene som gis i bofelleskap eller bo- eller miljøtjenester. Det er utfordrende for målgruppen å få tilgang til tjenester i det øvrige tjenesteapparatet, slik som beskrevet over.

Brukerorganisasjoner opplever i stor grad at habilitering primært tilbys i boligene og av de ansatte som arbeider i boligene.

«Min opplevelse er at de får det de får i boligen. Stopper liksom der, Noen blir kanskje kjørt til en fysioterapeut. Habilitering er for meg likt som rehabilitering. Føler den tanken mangler veldig i kommunene»

Brukerorganisasjon CP-foreningen

Flere av kommunene oppgir at de har utfordringer med å sikre lik tilgang på tjenester til voksne med habiliteringsbehov.

«Det er ikke noe tvil om at vi har sett at dette (sikre lik tilgang til helse- og omsorgstjenester) har vært en utfordring. Det er en del av de brukerne vi har i dag som er blitt gamle. Det er ikke kompetanse i tiltakene/boligene til å gi kartlegging, gjøre observasjoner eller sette inn intervensjoner etter behov».

Leder helse- og omsorgstjenesten

«Det har vært utfordrende å få hjelp til helse fordi vi bruker mye ufaglærte som ikke fanger opp helseutfordringer. Ikke tilsatt helsepersonell i boligene. Eks. epilepsitvilling, fysisk aktivitet, ernæring, effekter og bivirkninger av medisiner, og psykisk helse. Kvaliteten varierer mellom de ulike botiltakene på grunn av varierende kompetanse».

Leder helse- og omsorgstjenesten

Særomsorg blir imidlertid tolket på to måter, der en er positivt ladet og den andre er negativt ladet.

I boksen under beskrives de to ulike tolkningene av begrepet «særomsorg» slik de er blitt fremstilt i intervjuer med brukerorganisasjoner og ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Positiv særomsorg – særlig omsorg til brukere med et særlig behov

Positiv særomsorg velger vi å kalle det når man samler tjenestene til en brukergruppe for å på denne måten bidra til å samle og øke kompetansen gjennom å styrke fagmiljøet i kommunen, og bedre tjenester til gruppen. Flere kommuner har erfart og erfarer at personer med habiliteringsbehov ikke blir prioritert når tjenestene til brukergruppen inngår i de ordinære helse- og omsorgstjenestene. Når tjenestene er spredt rundt oppgis det at det også er vanskelig å bygge spisskompetanse og gi tilstrekkelig gode tilbud til gruppen.

Negativ særomsorg – brukere uten likeverdig tilgang til tjenester

Personer med behov for habiliteringstjenester har i flere tilfeller ikke tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester på lik linje med resten av befolkningen. I disse tilfellene snakker vi om negativ form for særomsorg. Kartleggingen viser også at negativ særomsorg kan være selvforsterkende, ved at det flere steder mangler kompetanse i bofellesskapene til å vurdere behovet for eksterne tjenester.

3.2 Organisering i kommunene

Flere av kommunene som inngår i kartleggingen har gått fra å organisere tjenestene til målgruppen som en generell del av helse- og omsorgstjenestetilbudet til å etablere en egen etat/virksomhet. Årsaken oppgis å være at brukergruppen ikke mottok tilstrekkelig tjenester og tjenester av tilstrekkelig god kvalitet når tjenestene ikke var organisert i egen enhet.

Det varierer imidlertid hvilke type tjenester disse virksomhetene/etatene har tilgjengelig. Noen av virksomhetene kan tilby tilnærmet *alle* tjenester til målgruppen, mens andre har en felles organisering av eksempelvis bofellesskap og dagsenter, men hvor man fortsatt må benytte hjemmetjenester og fysioterapeuttenester som er organisert i annen tjeneste.

To av kommunene som har organisert habiliteringstilbudet til målgruppen i egen etat/tjeneste tilbyr altså en stor del av de samlede tjenestene målgruppen har behov for. Dvs. at avdelingen/etaten har egne dedikerte ressurser, eksempelvis hjemmetjenester, fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber dedikert med denne målgruppen. Årsaken oppgis blant annet å være at det er vanskelig å få andre kommunale helse- og omsorgstjenester til å samarbeide om målgruppen. Bakgrunnen for dette kan variere, men mye synes å handle om diskusjoner knyttet til ansvar og roller, manglende kompetanse om målgruppen samt at målgruppen nedprioriteres til fordel for andre med mer akutte behov.

«Føler ikke vi er særomsorg fordi vi har fokus på en spesiell gruppe. Er mer at vi har løftet og synliggjort tingene på en annen måte. De er ikke nederst på stigen lenger.»

Virksomhetsleder habilitering

I to av kommunene, hvor man tidligere hadde fragmentert organisering av tjenestene, har man nå opprettet en egen virksomhet som organiserer alle boligene, dagsenter og egne ambulante hjemmetjenester til målgruppen. Det oppgis at en slik organisering bidrar til at man i større grad får en helhetlig strategi for hvordan man skal arbeide med målgruppen i kommunen. Dette gjør at man får en mer enhetlig praksis, og at det er lettere å se sammenhengen mellom tilbudet som gis i boligene og tilbudene på dagtid. Omorganiseringen har også bidratt til at man kan utnytte kompetanse mer på tvers av de ulike tiltakene og at man har fått større fagmiljøer som bidrar til å styrke tilbudet. I disse kommunene er man fortsatt avhengig av å få tjenester som eksempelvis fysioterapi, ergoterapi og sykepleie fra andre etater. Kommunene erfarer at det er viktig å ha klare retningslinjer for samarbeid for å sikre at brukergruppen får tilgang til disse tjenestene. Videre erfarer kommunene at å ha kompetanse nær brukeren samt rutiner for utveksling av kompetanse er viktig for å gi gode tjenester.

Et par av kommunene som inngår i kartleggingen har valgt å organisere tjenestene til målgruppen ved at ansatte i de generelle helse- og omsorgstjenestene får et særlig ansvar for brukergruppen. For eksempel har én av kommunene fysioterapeuter ansatt i ordinær fysioterapitjeneste, og som også har ansvar for å gi tjenester til beboere med habiliteringsbehov i bofellesskap. Andre kommuner har gjort det samme med ansatte i hjemmetjenesten og blant fastleger. Kommunene opplever at det er svært viktig å dedikere ansvar til noen utvalgte i de ordinære helse- og omsorgstjenestene for å sikre at de har tilstrekkelig kompetanse om brukergruppen og for å sikre at brukergruppen ikke blir nedprioritert til fordel for andre mer akutte behov eller personer som vurderes å ha et større rehabiliteringspotensiale.

3.2.1 **Organisering og ledelse**

Kartleggingen viser at organisering av de ulike virksomhetene eller tiltakene har stor betydning for muligheten til å utøve fagledelse og ledelse på et overordnet nivå.

Gjennom intervjuer med ledere i kommunene kommer det frem at det er vanskelig å utøve stedlig ledelse når tiltakene eller boligene har spredt organisering, og særlig når det er mange små tiltak. Kartleggingen viser at enkelte ledere har hatt ansvar for å lede svært mange boliger og ansatte. Det oppgis at dette gjør det utfordrende å drive stedlig ledelse, særlig faglig ledelse og kvalitetssikring av tjenestene oppleves som mangelfull i slike situasjoner.

Flere av kommunene er i ferd med, eller har nylig, omorganisert tjenestene til målgruppen. I slike prosesser oppleves det som viktig at hver enkelt leder får et håndterlig antall boliger eller ansatte å lede. Dette er viktig for kvalitetssikring og faglig utvikling av tjenestene.

Gjennom kartleggingen kommer det også frem at kommunene vurderer det som særlig sentralt å ha en overordnet ledelse som kjenner feltet, og som har kunnskap om og forståelse for virksomheten de skal lede. Dette knytter seg særlig til kunnskap om behovet for omfang av tjenester og særegenheter i tjenestene. Kommunene som er intervjuet opplever at dette er viktig for strategisk utvikling av tjenestene. De opplever også at det settes mer fokus på fagutvikling i de tilfeller der ledelsen har forståelse for feltet. Et par av informantene informerer om at de enten har eller har hatt ledere i kommunen med erfaring fra habilitering, for eksempel vernepleiere, og at de opplever at dette har stor betydning for i hvilken grad dette blir prioritert i kommunen.

I kapittel 8 vil vi nærmere beskrive gode grep utvalgte kommuner har tatt for å styrke organiseringen av tjenester til voksne med habiliteringsbehov.

3.3 **Kommunens oversikt over behovet for tjenester for voksne med habiliteringsbehov**

Kommunene oppgir at de har oversikt over behovene for habilitering på et mer overordnet nivå gjennom at de har god kjennskap til brukere med omfattende behov for tjenester. De oppgir at de kjenner denne brukergruppen godt fra de er barn. Dette gjelder både personer med psykisk utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse.

På individnivå baserer de fleste kommuner seg på søknader om tjenester og tildelingskontorets kunnskap om brukernes behov for tjenester.

Flere av kommunene opplever selv at de har gode rutiner for overgangen mellom barn og voksen og at dette bidrar til at man har god oversikt over både brukerne og brukernes behov. Rutinene består gjerne i at man har tverrfaglige møter i god tid før brukeren fullfører skolegang eller skal flytte i egen bolig. En utfordring som trekkes frem er at man ikke har tilbud og tjenester tilgjengelig som samsvarer med brukerens behov. Dette gjelder for eksempel bolig og arbeids-/aktivitetstilbud.

3.3.1 **Personer med letter utviklingshemming eller autisme**

Kartleggingen viser at kommunene har utfordringer med å ha oversikt over alle voksne med lettere psykisk utviklingshemming og autismespekter-forstyrrelser. Alle kommuner opplever også at dette er en voksende gruppe. At gruppen blir større antas blant annet å ha sammenheng med at man har blitt dyktigere til å utrede og diagnostisere.

Kommunene erfarer at flere ikke fanges opp i skolen og at individer som tilfaller gruppen blir identifisert først når de ikke er i stand til å komme seg i jobb, utdanning eller ivareta bolig eller på annen måte ivareta egne behov. Ofte er NAV den første instansen som identifiserer behovet for utredning. Kompetansen til å vurdere dette behovet ser ut til å variere både mellom NAV-kontorer og mellom ansatte i NAV.

Fastlegen er også en viktig instans når det gjelder å identifisere denne brukergruppen. Også her er tilbakemeldingene fra kommunene at kompetansen er svært varierende.

Det legges vekt på at det er behov for bedre systemer for å fange opp disse personene tidlig. Ved tidlig identifisering av underliggende psykisk utviklingshemming eller autismspekterforstyrrelser mener flere at man vil kunne unngå at personer blir involvert i rus og kriminalitet og/eller utvikler psykiske lidelser.

4. KOMPETANSESITUASJONEN I KOMMUNENE

Dette kapitlet beskriver kompetansesituasjonen i kommunene; både i kommunens ledelse, koordinerende enhet og i tjenestene. Deretter beskrives utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde kompetanse samt hvordan kommunene best mulig kan nyttiggjøre og disponere tilgjengelig kompetanse. Sist i kapitlet oppsummeres områder hvor det særlig mangler kompetanse i kommunene.

Utfordringer og hovedfunn fra kapitlet er oppsummert i boksen under:

Hovedutfordringer:

- Kommunene mangler i stor grad gode rutiner for å sikre oppfølging av somatisk og psykisk helse
- Flertallet av kommunene mangler rutiner som sikrer at brukerne får jevnlig vurdering av helsefaglig personell
- Enkelte av kommunene mangler kunnskap om målgruppen i koordinerende enhet
- Stor andel ufaglærte i tjenestene kan gå ut over kvaliteten i tjenestene grunnet manglende observasjonskompetanse
- Manglende kunnskap om målgruppen i kommunens helse- og omsorgstjeneste fører til at det er utfordrende å få tilgang på tjenester (manglende kunnskap i hjemmetjenester, fysioterapitjenester etc.)
- Liten kjennskap til den enkelte bruker i tillegg til få pasienter med tilsvarende diagnose medfører, i følge kartleggingen, at mange fastleger ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å gi tjenester av tilstrekkelig god kvalitet til voksne med habiliteringsbehov
- Kommunene har utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde vernepleiere
- Det mangler gode fagmiljøer i kommunene og det er lite samarbeid mellom ansatte som arbeider innenfor habilitering
- Kommunene oppgir særlig å mangle observasjonskompetanse, kompetanse på kognitiv funksjon, psykiske lidelser og bruk av tvang og makt. Det er også utfordringer forbundet med kompetanse på å være koordinator.

Kartleggingen viser at kompetanse nær brukeren er avgjørende for at brukerne får likeverdig tilgang til helse og omsorgstjenester. Kunnskap i kommunens ledelse anses også som svært viktig for kvaliteten i tjenestene. Dette handler særlig om kunnskap om behovet for omfang av tjenester og særegenheter i tjenestene samt kunnskap på systemnivå knyttet til internkontroll og fag- og tjenesteutvikling.

Kartleggingen viser at et godt fagmiljø er viktig både for å rekruttere kompetanse til tjenestene og for å beholde ansatte. Det ser ut til å være enklere å bygge fagmiljøer når tilbudet til brukergruppen er organisert i egen tjeneste, eller hvor det er større enheter hvor man kan dra veksler på kompetanse på tvers. Å organisere tjenestene slik at ansatte får utnyttet sin kompetanse er også viktig for at tjenestene skal være attraktive å arbeide i. Kommunene opplever at det i fremtiden vil være behov for mer somatisk kompetanse inn i tjenestene samt kompetanse knyttet til læring, mestring og motivasjon.

4.1 **Kompetanse på brukergruppen i kommunal ledelse**

Flere av informantene trekker frem kompetanse på brukergruppen hos kommunal ledelse som helt sentralt for tilbudet brukergruppen får. Dette knytter seg særlig til kunnskap om behovet for omfang av tjenester og særegenheter i tjenestene. Dersom kommunal ledelse har god kjennskap til brukergruppen vil det også prioriteres mer ressurser til disse tjenestene og ansatte opplever at det medfører økt fokus på å etablere gode fagmiljøer samt fag- og tjenesteutvikling.

4.2 **Kompetanse på brukergruppen i Koordinerende enhet (KE)**

Det er stor forskjell på hvor vidt koordinerende enhet oppgis å ha kompetanse på voksne med habiliteringsbehov. Koordinerende enhet skal, i følge veileder for rehabilitering og habilitering, være godt synlig, lett tilgjengelig og med god kompetanse og kapasitet.⁶

To av kommunene har koordinerende enheter som oppgis å ikke være funksjonelle. Én av dem er ikke etablert, annet enn på papiret, og en annen er under omorganisering og derfor ikke operativ.

De fleste kommunene oppgir imidlertid at KE er sammensatt av ulike kompetanseområder og at disse til sammen har god kompetanse på voksne med habiliteringsbehov. Det fremheves også at det er svært viktig at KE innehar denne kompetansen for at tilbudet fra kommunen skal være i tråd med brukerens behov.

Én av kommunene, som ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse i KE, forteller at det primært er sykepleiere som sitter i koordinerende enhet og at dette går utover fokuset på fysisk funksjon.

«Koordinerende enhet har en veldig sykepleierfaglig sammensetting. Tenker at fysisk funksjon ofte blir borte og den er veldig viktig for denne brukergruppen. Det blir mye pleiefokus.»

Fysioterapeut

4.3 **Kompetanse på brukergruppen i kommunens helse- og omsorgstjeneste**

Kartleggingen viser at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder i hvilken grad de som yter tjenester til voksne med habiliteringsbehov har særlig kompetanse på brukergruppen.

Flere kommuner har erfart og erfarer at det er utfordrende for de generelle tjenestene å gi tjenester av god kvalitet til brukergupper med habiliteringsbehov. Dette har sammenheng både med at brukergruppene kan ha spesielle behov og kjennetegn og at det er et begrenset antall brukere slik at det er vanskelig å få mye erfaring for den enkelte tjenesteyter.

Flere kommuner, som tidligere har gitt tjenester til voksne med habiliteringsbehov på lik linje med andre innbyggere, har erfart at dette hadde flere negative konsekvenser både for den enkelte bruker og for fagmiljøet. Derfor har flere kommuner valgt å organisere tilbudet enten i en egen enhet eller etablere fagpersoner med et særlig ansvar for brukergruppen. Kommunene opplever at dette bidrar til å styrke kompetansen og gjennom dette bidrar til et bedre kvalitativt tilbud til brukergruppen.

⁶ Helsedirektoratet (2017) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*

Flere kommuner har erfart at god kompetanse nær brukeren er avgjørende for tilbudet brukeren får. Dersom det er høyt kvalifisert personell i boligene, vil disse kunne gjennomføre kartlegging av behov og være tydelig overfor kommunen på hva brukeren trenger.

Flere kommuner opplever at manglende kompetanse i boligene til utviklingshemmede bidrar til at det ikke identifiseres hvilke behov brukeren har.

NOUen *Fra bruker til borger*, fra 2001, viser til at en del utviklingshemmede hadde vanskeligheter med å håndtere spørsmål omkring helse på egenhånd, og var ofte avhengige av andres hjelp for å kunne kontakte lege. Denne problemstillingen er fremdeles høyst aktuell i følge funnene fra kartleggingen. Flere kommuner mangler i stor grad systemer som sørger for å kartlegge helsesituasjonene til den enkelte bruker, og som skal sikre kontakt med fastlege og annen relevant fagkompetanse ved behov. Kartleggingen viser at de fleste kommuner ikke har faste systemer for helsesjekk av brukergruppen, men at helsesjekk ev. gjennomføres ved mistanke om sykdom eller behov for annen oppfølging. Kommunene oppgir imidlertid at det er utfordrende for ansatte i de ulike tjenestene å tolke adferd eller endringer, og de opplever at det kan være vanskelig å se om den enkelte har behov for ettersyn av fastlege etc. Flere av informantene ønsker at det etableres klare rutiner for oppfølging av fastlege. Slik oppfølging er i dag helt avhengig av hvilken fastlege den enkelte bruker har.

4.3.1 **Kompetanse hos personlige assistenter**

Kartleggingen viser at det er avgjørende at brukerne har tilgang på helsefaglig kompetanse for å få tilgang til helse- og omsorgstjenester når det er behov for dette. I intervju med brukere kommer det imidlertid frem at personlige assistenter ikke nødvendigvis må ha noen form for relevant fagkompetanse for å utføre arbeidet på en god måte for brukerne. I to av intervjuene med brukere/pårørende har det kommet frem at det først og fremst handler om personlig kjemi og tillit. Personer med helsefaglig bakgrunn kan få et pleiebasert forhold til brukeren, mens brukerne selv ofte ønsker praktisk bistand og å være så selvhjulpne som mulig.

«Jeg styrer unna folk som har medisinskfaglig bakgrunn fordi for meg er det viktig å kunne programmere assistentene mine selv og lære dem opp selv. BPA er som et nøkkelkort, skal kodes riktig for at det skal passe med døren. Jeg har opplæringsansvaret».

Bruker med personlig assistent

Det fremheves at det er store personlige forskjeller mellom personlige assistenter og at det er viktig å finne en personlig assistent som fungerer godt sammen med brukeren.

«Hun trenger ikke alltid pleiere, men venner. Noen vernepleiere er ikke bare for henne. De kan bli så veldig pleiere. Da kan hun bli vanskelig. De kan det etter boken, men har problemer med å se mennesket».

Pårørende til jente med personlig assistent

En av brukerne er opptatt av at det ikke er assistentens jobb å henvise til helse- og omsorgstjenester eller koordinere dette.

«Ikke en assistentoppgave å henvise og vurdere. Det tar jeg ansvar for selv. Assistenten skal gi praktisk bistand for eksempel i forhold til energiøkonomisering så jeg har overskudd til å ta telefon for å skaffe henvisning og slikt».

Bruker med personlig assistent

4.3.2 Kompetanse på brukerguppen hos fastlegene

Kartleggingen viser at ansatte i kommunene, brukerorganisasjoner og brukere, erfarer at det er store forskjeller når det gjelder kompetanse på voksne med habiliteringsbehov hos fastleger.

Et sentralt funn knytter seg til fastlegens kjennskap til brukerne. Mange brukere får svært tett, og nesten tilnærmet lik all, oppfølging av barne- og ungdomshabilitering ved helseforetakene frem til de er 18 år. Dette medfører at enkelte brukere ikke er i kontakt med fastlegen før de fyller 18 år og fastlegen har i liten grad kjennskap til brukeren før vedkommende er voksen. Liten kjennskap til den enkelte bruker i tillegg til få pasienter med tilsvarende diagnose medfører, i følge kartleggingen, at mange fastleger ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å gi tjenester av tilstrekkelig god kvalitet til voksne med habiliteringsbehov.

Flere kommuner har, eller vurderer, å etablere et system der enkelte fastleger får et særlig ansvar for brukere med habiliteringsbehov. Dette gjøres for å sikre at fastlegen har nødvendig kompetanse og systemer som sikrer god nok oppfølging fra den enkelte fastlegen.

4.4 Rekruttering og fastholdelse av kompetanse

En betydelig andel ansatte i habilitering i kommunene er *ufaglærte*. Dette er tilbakemeldingene både i denne kartleggingen og i andre, tidligere gjennomførte prosjekter.⁷ Det er mangel på vernepleiere og andre med fagkompetanse på personer med medfødte og tidlig ervervede skader og lidelser. Dette medfører både at tjenestene som gis kan være av manglende kvalitet, samt at nye symptomer og atferdsendringer ikke blir oppfattet og henvist videre for vurdering.

Flertallet av kommunene som inngår i kartleggingen har utfordringer knyttet både til rekruttering og fastholdelse av kompetanse i tjenestene som retter seg spesifikt mot voksne med habiliteringsbehov.

Informantene trekker frem flere årsaker som bidrar til både at det er vanskelig å rekruttere og beholde ansatte med fagkompetanse i tjenestene knyttet til habilitering. En av de viktigste årsakene er at det ofte ikke er et fagmiljø innen habilitering i kommunen. Dette bidrar til at man blir stående alene i arbeidet med å gi et faglig godt tjenestetilbud og at man ikke har noen å samarbeide med omkring enkeltbrukere/tilfeller og utvikling av tjenestene. Mange opplever videre at de ikke får brukt kompetansen og at arbeidshverdagen blir spist opp av arbeidsoppgaver som ikke krever fagkompetanse. Dette gjelder særlig når vernepleiere blir brukt i én til én-tiltak overfor brukere. I mange kommuner har man også hatt mange små stillinger knyttet til bofellesskap, noe som er lite attraktive for jobbsøkende vernepleiere. Flere kommuner som opplyser at de har hatt fokus på stillingsstørrelser har imidlertid gått bort fra deltidstillinger.

For de ansatte i kommunen handler kompetanse i tjenestene om muligheten til å gi de ansatte et fagmiljø. I intervjuer med ansatte i kommunene fremkommer det at et fagmiljø innen habilitering både bidrar til en spennende arbeidshverdag for den enkelte ansatte og til mindre turnover i

⁷ Rambøll (2014) *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering*, Rambøll (2017) *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer som inngår i begrepet hjernehelse*.

tjenestene. Et større fagmiljø oppgis også å bidra til at det er lettere å rekruttere fagpersonell med høyere utdanning, særlig vernepleiere.

4.4.1 Rekruttering og fastholdelse av vernepleiere

Mange kommuner opplever at det er vanskelig å rekruttere kompetanse og særlig gjelder dette vernepleiere.

Helsedirektoratet oppgir at de gjennom Kompetanseløftet har fått kjennskap til at fylkesmennene er bekymret over kompetansesituasjonen knyttet til psykisk utviklingshemmede i kommunen. Det kommer også frem at det knytter seg usikkerhet til hvorfor det er vanskelig å rekruttere vernepleiere. Blant annet opplyses det i intervju med Helsedirektoratet at man vet at det utdannes vernepleiere, men man er usikre på hvor de får seg jobb.

I kommunene opplever flere av informantene at vernepleiere velger å gå til yrker innen rus- og psykisk helse, arbeid med barn og unge eller andre helse- og omsorgstjenester slik som sykehjem. Kommunene opplever også at vernepleiere både går til første- og andrelinjen innenfor psykiatri.

Gode fagmiljøer og faglig rettede stillinger trekkes frem som sentralt for både å rekruttere og beholde vernepleiere.

4.5 Utnyttelse av kompetanse

Til tross for at det er enkelte utfordringer forbundet med kompetansesituasjonen i kommunene, fremgår det av kartleggingen at det ofte finnes mye god kompetanse i kommunene også. Kartleggingen viser at flere kommuner er i en prosess hvor man ser på mulighetene til å utnytte kompetansen som er tilgjengelig i kommunen på en mest mulig hensiktsmessig måte. Kommunene opplever at organiseringen av tjenestene og samhandling mellom disse har stor betydning for hvordan man får utnyttet kompetansen best mulig. Det er derfor hensiktsmessig å ikke bare gjøre en vurdering av hvilken kompetanse som finnes i kommunen, men også å stille spørsmål om hvorvidt kompetansen som finnes er tilgjengelig for den enkelte bruker. I tilknytning til hva vi vet om organisering, og at habilitering ofte blir utført som en type «særomsorg» hvor mye av tjenestene ytes i boliger eller bofellesskap, så blir det nødvendig å stille spørsmål om hvorvidt kompetansen som finnes er tilgjengelig for den enkelte bruker.

Organisering kan som nevnt bidra til å gjøre kompetansen mer tilgjengelig for den enkelte bruker. Flere kommuner oppgir at personalressurser i dag ofte er knyttet direkte til en bolig eller til den enkelte bruker som én til én-bemanning. Dette kan bidra til å binde opp mye av ressursene til én bolig eller til én enkelt bruker. Noe som kan føre til at noen brukere får mye oppfølging av personell med faglig kompetanse, mens andre får lite eller ingen slik oppfølging. Flere av kommunene ser nå på muligheten for å lage en felles «kompetanse-pool» for organisering av de ansatte istedenfor at tjenestene skal følge den enkelte bolig eller være knyttet spesifikt én til én til den enkelte bruker. Flere kommuner ser på muligheten for å organisere deler av tjenestene som mer ambulante tjenester hvor man skal kunne gi tjenester som er mer differensierte ut fra behov og hvor dette bidrar til mer fleksibel bruk av kompetansen der behovene er størst.

Kommunene mener at å løsrive ressursene mer fra boligene vil kunne bidra til mer fleksibel bruk av ressurser og også mer fleksibel bruk av kompetansen. Kommunene opplever at dette også kan bidra til utvikling av større og mer robuste fagmiljøer. De oppgir at de ønsker å gjøre slike endringer også for å gjøre det lettere å rekruttere og beholde kompetanse.

Som allerede nevnt mangler det vernepleierkompetanse i kommunene. Dette medfører at kompetansen i de ulike bo- og miljøtjenestene ofte er mangelfull og at det er en stor andel ufaglærte. Da blir det tverrfaglige samarbeidet med andre tjenester i kommunen særlig viktig.

Det ser imidlertid ut til at denne samordningen av kommunale tjenester ofte er mangelfull. Særlig gjelder dette overfor gruppen med psykisk utviklingshemming.

I kapittel 8 vil vi gi eksempler på kommuner som arbeider strategisk med å utnytte kompetanse på best mulig måte.

4.6 Fagmiljøer og arenaer for kompetanseutveksling

Kartleggingen viser at kommunene ikke har tilrettelagt for gode fagmiljøer for personer som arbeider med voksne med habiliteringsbehov. Informantene sier det er lite samarbeid mellom ansatte ved de ulike virksomhetene som har voksne med habiliteringsbehov som den primære målgruppen, slik som bofellesskap, miljøtjeneste og ulike aktivitets- og fritidstilbud.

«Ja, dette har vært en utfordring for oss. Jeg har hatt noen av de små enhetene, stort sykefravær, vikarer og ufaglærte, man får ikke fagmiljø opp å gå. Det er slitsomt hvis man er den eneste fagpersonen igjen etter hvert. Tror ikke det er sunt heller for brukeren. Man har ikke kvalitetssikring når man jobber én til én. Kan føre til at brukeren ikke får de tjenestene man har behov for. Får ikke faglige gode diskusjoner».

Leder bo- og miljøtjenesten

Én av kommunene sier de har klart å bygge opp et godt fagmiljø innad i en av virksomhetene fordi denne virksomheten er stor og har mange årsverk. Herunder mange med ulike fagkompetanser og videreutdanninger. Virksomhetslederen sier videre at de samarbeider med andre ansatte i kommunen, fra andre mindre virksomheter. Informanten tror et bedre fagmiljø ville kunne bidra til mindre turnover og bedre arbeidsmiljø ved de mindre virksomhetene som ikke kan etablere sterke fagmiljøer internt.

Habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten opplever at kommunene mangler arenaer og rutiner for kompetanseutveksling. Informanter fra helseforetakene opplever blant annet at det kan komme henvisning knyttet til samme tema fra flere av bofellesskapene i sammen kommune. Helseforetakene opplever at dette vitner om lite samarbeid internt i kommunen. Helseforetakene opplever også at kompetansen ikke overføres innad i virksomhetene i tilfeller der ansatte slutter. Dette kommer til uttrykk gjennom at habiliteringstjenesten kan få henvisning på samme bruker og samme tema eller utfordring med kun få års mellomrom. ⁸

⁸ Rambøll (2017) *Kartlegging av helse og omsorgstilbudet til personer med medfødte eller tidlig ervervede sykdommer og skader som inngår i begrepet hjernehelse.*

4.7 Kompetansemangler i kommunen

Kartleggingen viser at det er noen områder det særlig mangler kompetanse på i kommunene. Disse områdene er oppsummert i boksen under og beskrives i mer i detalj i det følgende..

Særlige kompetansemangler i kommunene knyttet voksne med habiliteringsbehov

- Observasjonskompetanse
- Psykiske lidelser hos voksne med behov for habilitering
- Voksne med lettere psykisk utviklingshemming og autismspekter-forstyrrelser
- Kognitiv funksjon
- Bruk av tvang og makt

4.7.1 Observasjonskompetanse

En særlig mangel i flere kommuner knytter seg til kompetanse til å observere brukere for å oppdage og tolke nye symptomer og atferdsendringer. Det er sentralt at de som jobbet tett på brukerne har denne kompetansen slik at man kan henvise videre ved behov for nærmere vurdering.

Et par av kommunene har forsøkt å etablere rutiner der lege har fast tilsyn med beboere i bofellesskap. Dette gjennomføres enten ved at fastlege har faste tilsyn med samtlige beboere i bofellesskapet eller ved at det er etablert rutiner for å kontakte fastlege så fort det mistenkes helsemessigforandring.

Én av kommunene sier at hjemmetjenesten mangler observasjonskompetanse hos brukere med habiliteringsbehov. Dette har medført at brukere som får oppfølging i hjemmet av hjemmetjenesten i flere tilfeller har hatt somatiske sykdommer som har kommet langt i forløpet før det er blitt henvist videre. Dette har både sammenheng med hjemmetjenestens kompetanse på brukergruppen og hjemmetjenestens ansvarsområder.

4.7.2 Kompetanse om psykiske lidelser hos voksne med behov for habilitering

Kommunene oppgir at de mangler kompetanse på kombinasjonen psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Dette gjelder både hos de med lettere, moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming, og lettere og mer alvorlige former for psykiske lidelser.

Kartleggingen viser at manglende kompetanse i tillegg til manglende rutiner for tverrfaglig oppfølging medfører at personer med utviklingshemming blir gående med psykiske lidelser i lengre perioder uten at dette blir avdekket. Flere av informantene har erfart at symptomer på psykiske lidelser er blitt feiltolket og for eksempel oppfattet som vanskelig atferd.

Psykisk helse i en av kommunene er opptatt av at det er behov for noe generell kompetanse om psykisk helse i alle tjenester. Dette må, ifølge informanten, til for at man på en god måte skal kunne ivareta lettere psykiske lidelser og identifisere mer alvorlige lidelser på et tidlig tidspunkt.

Flere av informantene er opptatt av å synliggjøre behovet for tett tverrfaglig samhandling rundt denne gruppen. Her er det svært viktig at de ulike bo- og miljøtjenestene med kompetanse på utviklingshemming og adferd arbeider tett sammen med psykiske helsetjenester for å lage gode tilbud og oppfølging for brukere som har behov for dette.

Kommunene opplever også at det er en utfordring at spesialisthelsetjenesten mangler kompetanse om denne målgruppen. Kommunene oppgir at helseforetakene heller ikke besitter den nødvendige kompetanse for å gi et godt tilbud til gruppen. Habiliteringstjenesten mangler ofte psykolog eller psykiatrisk kompetanse, og psykiatrien har i liten grad kompetanse på utviklingshemming og adferd. Ved enkelte helseforetak er det imidlertid opprettet egne akutt plasser for personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, samt egne psykiatriske innsatsteam.

4.7.3 **Voksne med lettere psykisk utviklingshemming og autismespekter-forstyrrelser**

I alle kommunene som inngår i kartleggingen oppgir informanter at de mangler kompetanse om personer med lettere psykisk utviklingshemming og autismespekter-forstyrrelser.

Kompetansemangelen knyttes både til å identifisere og utrede disse brukergruppene samt å utarbeide gode tilbud tilpasset disse brukergruppenes behov.

Flere kommuner erfarer at personer med lettere psykisk utviklingshemming og autismespekter-forstyrrelser utvikler annen utfordrende adferd, gjerne knyttet til rus, psykiske lidelser eller kriminalitet. Informantene oppgir at den lettere psykiske utviklingshemmingen eller autismespekterdiagnosen ofte kommer frem sent og at det er andre utfordringer som rus og atferdsproblemer som gjør at de blir fanget opp av systemet. Flere gir klart uttrykk for at man ville kunne unngå at flere av disse begynner med rus og utvikler psykiske lidelser dersom man hadde kompetanse ved helsestasjonen, i barnehage og skole til å fange opp og henvise disse personene til utredning.

Spesialisthelsetjenesten mangler samme tverrfaglighet og kompetanse som kommunene

Kommunene opplever at de ikke får bistand fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder brukere med lett psykisk utviklingshemming og/eller autismespekter i kombinasjon med rus og psykiatri.

Det fremheves at spesialisthelsetjenesten, i likhet med kommunen, ikke har et godt nok samarbeid mellom psykiatri og habilitering til at det er utviklet god kompetanse om disse brukergruppene. Fragmentert og lite enhetlig organisering innad og mellom de ulike helseforetakene trekkes også frem som en utfordring.

4.7.4 **Kompetanse på kognitiv funksjon**

Flere brukerorganisasjoner opplever at det er for lite kompetanse på kognitiv funksjon i kommunene. Dette medfører, i følge brukerorganisasjonene, at brukere får feilvurdert sin kognitive funksjon. Mange pasienter med habiliteringsbehov, herunder for eksempel CP-pasienter og brukere med autismespekter-forstyrrelser, kan ha noe nedsatt kognitiv funksjon som kan gjøre det utfordrende å eksempelvis organisere innholdet i egen hverdag. Ofte er ikke slik kognitiv funksjonsnedsettelse lett å oppdage eller kartlegge, da personene oppfattes som klare og tilstede i samtaler. Dette medfører at enkelte brukere ikke får den bistanden de har behov for, da kommunen ikke har kompetansen til å utrede den kognitive funksjonen eller vet at denne bør utredes. Flere oppgir, i følge foreningene, å få beskjed om å «ta seg sammen» og opplever at ansatte i kommunen mener brukerne ikke gidder eller ikke vil, når det brukerne egentlig opplever er at de ikke mestrer.

Kommunene som inngår i kartleggingen kartlegger og vurderer i liten grad kognitiv funksjon hos sine brukere. Dette anses som spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Flere kommuner oppgir at det er utfordrende å kartlegge kognitiv svikt hos ulike brukere. Dette knytter seg først og fremst til manglende kompetanse om kognitiv svikt, ulike symptomer og hvordan man kartlegger kognitiv funksjon. Ergoterapeuter anses som en yrkesgruppe som er egnet til å kartlegge kognitiv funksjonsnivå. Kartleggingen viser imidlertid at det er mangler på denne yrkesgruppen i kommunens helsetjeneste. Én av kommunene arbeider aktivt med å utnytte ergoterapiressursene mer effektivt for å i større grad benytte denne yrkesgruppen i kartlegging

av kognitiv funksjon og tilrettelegging for personer med kognitiv svikt. Vi vil komme tilbake til dette i kapittelet under gode grep.

En annen konsekvens av manglende kompetanse på kognitiv funksjon hos CP-pasienter er at de kan bli vurdert som psykisk utviklingshemmede når de ikke er det, i følge CP-foreningen. I disse tilfellene får ikke brukerne tilbud og omsorg som er tilpasset dere kognitive funksjon. Dette kan oppleves som svært vanskelig for den enkelte bruker.

4.7.5 **Kompetanse på bruk av tvang og makt**

Kartleggingen viser at det har skjedd og skjer mye i kommunene når det gjelder å øke kompetansen på bruk av tvang og makt knyttet til kapittel 9 i hele- og omsorgstjenesteloven. Flere av kommunene som inngår i kartleggingen forteller at det er blitt iverksatt tiltak som en følge av at kommunen har hatt tilsyn som har avdekket store mangler på dette området.

Det er imidlertid stadig et behov for bedre kompetanse og rutiner for kompetanseheving hos nye og gamle ansatte. Flere av informantene forteller at de har opplevd at tvang og makt er blitt anvendt som en «lettvint» løsning. Flertallet av kommunene sier bruk av tvang og makt kan forekomme i tilfeller der ansatte ikke har kompetanse om alternative verktøy og metoder for å håndtere brukere og situasjoner. Det fremkommer også eksempler på at det er brukt tvang og makt uten at det er gitt vedtak om dette fra fylkesmannen.

NFU er tydelige på at det mangler kompetanse om bruk av tvang og makt i kommune. Forbundet erfarer at det i stor grad benyttet unødvendig bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede. De har fått inn mange henvendelser som knytter seg dette i tilfeller der atferden til bruker ikke tilsier at det er behov for noen form for tiltak. I tillegg har de fått flere henvendelser i tilfeller der kommunen skulle ha benyttet andre tiltak.

«Når det gjelder tvang og makt; opplever at noen bruker det for å slippe å gjøre så mye. Er lettvint.»

Ansatt i habiliteringstjenesten

En annen utfordring knyttet til tvang og makt er ansatte som ikke har kompetanse til å motivere brukere til å ta gode valg. Både ansatte i kommunene, brukerorganisasjoner og pårørende sier det er en utfordring at ansatte sier de ikke får med seg brukere ut på aktiviteter, til å spise sunn mat og ta gode valg for seg selv. Begrunnelsen som brukes er at brukerne selv ikke ønsker å gå tur eller heller ønsker å spise pølser enn laks. Det ser derfor ut til å være behov for mer kompetanse om hva som er tvang og makt og hva som er motiverende arbeid. Flere opplever at ansatte i tjenestene er redde for at tiltak, for eksempel for å bedre kosthold eller øke fysisk aktivitet, går under tvang.

En av foreldrene som er intervjuet opplever dette som en stor utfordring i bofellesskapet der hennes voksne barn bor.

«De [ansatte i boligen] sier at beboerne ikke vil gå tur og de vil ikke ditt og vil ikke datt. Men når beboerne får spørsmål om de vil gå tur eller spise pizza, så velger de jo pizza.»

Pårørende

4.8 Fremtidige kompetansebehov

Kartleggingen viser at det er særlig enkelte kompetanser som trekkes frem som viktige i tiden fremover og som det vil bli et stadig økende behov for.

4.8.1 Kompetanse om læring, egenmestring og rehabilitering

Flere ansatte i kommunene sier det er et økende fokus på motivasjon og egenmestring i tjenestene generelt, også i tjenestene rettet mot voksne med habiliteringsbehov.

Et annet hovedfunn fra kartleggingen er kommunens økte fokus på egenmestring og brukernes egne ressurser, fremfor fokus på diagnose. Flere kommuner oppgir at de i den senere tiden har arbeidet aktivt med mestringsperspektivet. Til tross for at dette er en positiv utvikling er det vesentlige forbedringspunkter også her. Flere informantgrupper, både fra spesialisthelsetjenesten, kommunen og brukerorganisasjonene etterspør et enda større fokus på egenmestring og ressurser fremfor diagnose og funksjonsnivå.

Kartleggingen viser også at det varierer i hvilken grad egenmestring og rehabilitering vektlegges av ulike profesjoner og av ansatte med og uten fagutdanning. Ansatte i kommunehelsetjenesten opplever at eksempelvis sykepleiere og ergoterapeuter har en helt ulik fagtradisjon som gjør at de vektlegger egenmestring og rehabilitering på helt ulike måter. Kommunene oppgir også at det er ulikheter også mellom de med høyskoleutdanning og personale uten fagutdannelse.

Informanter fremhever at det i fremtiden vil være stort behov for ansatte med kompetanse på hvordan man skal motivere brukeren, og hvordan man skal se og utnytte brukerens egne ressurser og egenmestring. Det vil også være viktig å vektlegge helsefremmende tilnærming i arbeidet. I dag nevnes særlig ergoterapeuter som en profesjon som er gode på dette.

«Vi trenger lærings- og mestring- pedagogkompetanse, fysio- og ergoterapeuter, og psykologer. (...) Vi trenger motivatorer. De som er best til å jobbe med hendene på ryggen er ergoterapeutene. Men vi trenger også pedagogisk kompetanse.»

Kommuneoverlege

Informantene opplever også at fysioterapeuter og vernepleiere har arbeidsmetoder og verktøy som støtter opp under egenmestring og rehabilitering. Fremover anser man også at pedagogkompetanse kan bli viktig i tjenestene til målgruppen.

4.8.2 Somatisk kompetanse

I tråd med samhandlingsreformen har det skjedd en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen som medfører at kommunene har ansvar for å gi tjenester til pasienter og brukere med et større behandlings- og oppfølgingsbehov. Dette bidrar til at personer med habiliteringsbehov mottar flere tjenester fra kommunen. I tillegg til at kommunene får et stadig større ansvar for å gi tjenester blir forventet levealder høyere, også for personer med habiliteringsbehov. Dette medfører at brukergruppen i større grad får aldersbetingede sykdommer. I tilfeller der brukerne får somatiske sykdommer og aldersbetingede tilstander som skal ivaretas i kommunen oppstår også et behov for å ha kompetanse på de samtidige diagnosene pasienten får. Informantene som i dag opplever at det er vanskelig å få til gode tverrfaglige samarbeid omkring brukergruppen sier at de tror dette vil bli en økende utfordring.

Kommunene opplever at det er økt behov for somatisk kompetanse, blant annet sykepleiekompetanse, i bofellesskap når brukerne blir eldre. Dette er eksempelvis for å gjennomføre oppgaver slik som sårstell og smertelindring etc. Et flertall av bo- og

miljøtjenestene i de kommunene som inngår i kartleggingen har i dag ikke sykepleiekompetanse, eller det er få med slik kompetanse i de respektive tjenestene. Ved behov for slik kompetanse må de henvende seg til hjemmetjenestene. Flere av kommunene vurderer imidlertid å ansette sykepleiekompetanse i bofellesskap med eldre brukere for å sikre lett tilgang til somatisk kompetanse.

Utviklingen i levealder bidrar også til at flere av kommunene er i en prosess hvor de er i ferd med å definere hvilke avdeling som skal ha ansvar for eldre brukere med habiliteringsbehov. Spørsmålet er hvorvidt de fortsatt skal bo i bofellesskap eller om de skal få plass på sykehjem ved behov for mer intensive helse- og omsorgstjenester. Dette får også følger for hvilke kompetanse de ulike tjenestene må inneha.

Flere av kommunene som inngår i kartleggingen har opplevd flere tilfeller der man internt i kommunen har vært uenige om en bruker skal ivaretas i bofellesskap eller på sykehjem. Det synes særlig å være en utfordring at de ordinære helse- og omsorgstjenesten, i dette tilfellet sykehjemmene, har manglende kunnskap om utviklingshemming eller funksjonsnedsettelse og at de anser målgruppen som bo- og miljøtjenestens brukere.

4.8.3 **Kompetanse på demens**

I tilknytning til at brukergruppen blir eldre, vil også flere med habiliteringsbehov utvikle demens. Flere i denne brukergruppen vil også ha høyere sannsynlighet for å utvikle demens også i relativt ung alder. Kommunene ser derfor et stort behov for å få mer kunnskap og kompetanse om brukere som har både psykisk utviklingshemming og demens, eller fysiske funksjonsnedsettelse og demens.

5. INNHOLD I TJENESTENE – TILBUD OG KAPASITET

I dette kapittelet gis en beskrivelse av hvordan kommunene definerer habilitering, hvem som anses å være målgruppen og hva som er innholdet i tjenestene. Kartleggingen har også undersøkt hvorvidt tilbudet brukerne mottar er i tråd med brukernes behov og ønsker.

Utfordringer og hovedfunn fra kapittelet er oppsummert i boksen under:

Hovedutfordringer:

- Begrepet habilitering er uklart og forstås på ulike måter
- Habilitering er i liten grad målrettet og tidsavgrenset – dette forbindes med rehabilitering
- Habilitering tolkes ofte som tiltak som skal vedlikeholde og opprettholde funksjon og som i liten grad er målrettet og intensiv
- Det er store mangler knyttet til kartlegging og evaluering av behov for å justere og tilpasse tiltak og behandling

- Mange voksne med habiliteringsbehov går uten tilbud om dagaktiviteter grunnet manglende eller uegnede tilbud
- Ofte har ikke kommunene tilstrekkelig differensierte tilbud til personer med ulike behov, for eksempel psykisk utviklingshemmede og personer med fysisk funksjonsnedsettelse
- Flere kommuner opplever utfordringer knyttet til å gi egnede tilbud til brukere med letter psykisk utviklingshemming og autismespekterdiagnoser

- Det er generelt sett god kapasitet og bemanning i tilbud rettet mot brukerne og i bofellesskapene, men ikke tilstrekkelig kompetanse
- Kapasitetsutfordringer i andre helse- og omsorgstjenester i kommunene ser ut til å gå på bekostning av tilbudet til voksne med habiliteringsbehov

5.1 Forståelse av begrepet habilitering i kommunene

Kartleggingen viser at habilitering er et begrep som knyttes til ulike brukergrupper og som forstås ulikt.

Flertallet av de som er intervjuet fra kommunens helse- og omsorgstjeneste knytter habiliteringsbegrepet først og fremst til personer med psykisk utviklingshemming. Enkelte knytter imidlertid habilitering utelukkende til personer med medfødte eller tidlige ervervede fysiske funksjonsnedsettelse. Det har også forekommet at informantene har knyttet begrepet til andre brukergrupper der det langvarige behovet for tjenester har oppstått i voksen alder.

Kartleggingen viser videre at begrepet habilitering i liten grad benyttes for å beskrive de tiltak som iverksettes overfor brukerne. Habilitering ser ut til å i større grad settes i sammenheng med brukergruppens behov for langvarige tjenester, ikke som en beskrivelse av tjenestene i seg selv. Flere av informantene knytter habilitering til habiliteringstjenesten ved helseforetakene og ikke til tjenester i kommunene.

5.1.1 Habilitering som tidsavgrenset og målrettede tiltak

Gjennom intervjuene finner vi at det er stor forskjell i hvorvidt kommuner gir målrettet og tidsavgrensede tiltak til voksne med habiliteringsbehov.⁹

Flertallet av kommunene som inngår i kartleggingen sier de i liten grad har fokus på å gi målrettede og tidsavgrensede habiliteringsinnsats til brukergruppen. Denne formen for tjenester forbindes i større grad mer rehabilitering. De fleste informantene opplever at habilitering dreier seg om å opprettholde funksjon og at det er tjenester som gis over svært lange perioder.

«Habilitering skal være målrettet, men det er på autopilot. Det man gjør var sikkert rett for 20 år siden, men det er ikke rett i dag. (...) Tilbudet vi har hatt har vært lite tilrettelagt og ikke endret etter behovene. Man gjør de samme tiltakene selv om man ikke vet om det fungerer eller ikke. Vi evaluerer ikke underveis. Mer brukerfokus og mer kompetanse vil kunne bidra til mer aktiv habilitering.»

Leder i kommunehelsetjenesten

Enkelte trekker frem gruppebaserte innsatser som er tidsavgrensede og målrettede knyttet til bofellesskap. Dette kan for eksempel være at bofellesskap har fokus på ernæring eller fysisk aktivitet i en periode og at det er satt opp konkrete tiltak som skal gjennomføres i en tidsavgrenset periode med klare mål for alle beboere i ett bofellesskap.

Flere av kommunene trekker frem at de i overgangsperioder setter inn mer intensive tiltak for å nå spesifikke mål. Kommunen nevner spesielt overgangen til egen bolig som en periode man arbeider målrettet for å bidra til å kartlegge og vurdere behovene og muligheten for egen bolig og grad av selvstendighet.

En av kommunene som inngår i kartleggingen har i større grad gått over til å tenke målrettet og intensiv habilitering over kortere perioder. Kommunene forteller at de har samarbeidet med helseforetaket og fått kunnskap om at intensive perioder med trening gir bedre effekt for den enkelte bruker.

To av kommunene som er intervjuet opplever at det er utfordrende å endre innholdet i tiltak eller oppfølging ut fra brukerbehov og særlig i overgangen til alderdommen. Kommunen opplever at de pårørende ikke ser behovet for endring eller at de ikke er enige i at endringene er til det beste for brukeren, selv om det kan være brukerens eget ønske å gjøre endringer i tiltaket. Én av kommunene har også hatt sak oppe hos Fylkesmannen og opplever at det er vanskelig å få gehør for endringene også her.

5.2 Beskrivelse av innhold i tjenestene i vedtak og arbeidsplaner

To av kommunene som inngår i kartleggingen har nylig gjort, eller er i ferd med å gjøre, en større gjennomgang av organisering og innretning av tjenestetilbudet til personer med habiliteringsbehov i kommunen. I forbindelse med dette arbeidet gjøres det også en gjennomgang av IPLOS vurdering, innholdet i vedtak og arbeidsplaner for den enkelte bruker i målgruppen. Her fremkommer det at mange av vedtakene og arbeidsplanene er svært gamle og at det i liten grad har blitt gjort evalueringer og justeringer av tiltak underveis ut fra behov. Vedtakene er også i stor grad knyttet til bemanningsgrad og sier i liten grad noe om innholdet i tjenestene og hvordan disse skal ytes. Kommunene ønsker i fortsettelsen å sette inn tiltak som er mer målrettede og tidsavgrensede.

⁹ § 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering. «Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

«Mange har gamle vedtak fra 80-90 tallet. Er like og sier lite om den enkeltes behov. Det er kun vedtak om bolig og bemanning. Veldig generelt formulert. Ved å gjøre en gjennomgang av behovene og vedtakene vil det også bidra til å gi en oversikt over hvilke kompetanse det er behov for i de ulike tiltakene. Det er noen boliger som har mange vernepleiere og andre som ikke har dette. Vi må se behovene, tiltak og kompetanse i sammenheng».

Leder tildelingsenheten

5.3 Tilbud tilpasset brukernes behov

Kartleggingen har undersøkt hvorvidt kommunen selv opplever at de gir tilbud som er tilpasset brukernes behov.

Om tilbudene er tilpasset brukerens behov har både sammenheng med ressurser og kompetanse i kommunen, samt hvordan kommunen arbeider med å kartlegge behov og ønsker hos den enkelte bruker.

Flertallet av kommunene som inngår i kartleggingen opplever at det er manglende ressurser som bidrar til at kommunen ikke kan gi tilbud tilpasset brukernes behov. Dette knytter seg særlig til oppfølging av helse, aktivitets- og fritidstilbud.

Kartleggingen viser videre at det er store mangler knyttet til kommunens rutiner for å kartlegge brukernes behov. Det fremkommer lite informasjon om hvordan kommunene arbeider for å gjøre kontinuerlig kartlegging og vurdering av brukernes behov for tjenester. På spørsmål om dette henvises det ofte til at dette gjøres når det søkes om tjenester. Det ser i liten grad ut til at kommunene har rutiner for å kartlegge behov underveis. Eventuelle nye kartlegginger og utredninger skjer i forbindelse med at bruker får ytterligere behov for tjenester eller man ser tydelige funksjonsfall.

Dette vises også gjennom flere eksempler fra kommunene hvor de oppgir at det i liten grad gjøres evaluering av de tiltakene som er iverksatt og om de er hensiktsmessig. Kommunene som nylig har gjort en systematisk gjennomgang av vedtak og arbeidsplaner har funnet at flere av brukerne har arbeidet med de samme tiltakene eller metodene i årevis og at de ikke lenger er hensiktsmessige i forhold til brukernes behov, ønsker, alder eller funksjonsnivå.

I samtale med brukerne oppgir de at de opplever at kommunen i begrenset grad har forståelse for deres behov. Særlig er det brukere med mindre omfattende behov eller skjulte behov som utmattelse, belastningsskader og kognitiv svikt som opplever at det er vanskelig å få forståelse og gjennomslag for sine behov.

«Det er vanskelig å forklare og få de til å forstå. Hvis vi ikke får hjelp i dag kommer vi til å bli uføre på sikt. Vi kan gå på en smell eller det ender opp med at vi må jobbe mindre. (...) Det er lettere for de som har rullestol, man ser helt åpenbart behovet. Det ser ut som jeg klarer alt, men de ser ikke hvor mye energi jeg bruker. Jo mer konkrete ting man ikke får til, jo større behov man har, jo høyere prioriterer kommunen dette».

Bruker

Videre fremstår det som utfordrende å få forståelse for behovet for tilrettelegging og tjenester for å komme i aktivitet og arbeid.

«Det er lettere for kommunen å dekke de basale behovene, men det som gir livet mening er det vanskeligere å få forståelse for. Komme seg ut i aktivitet eksempelvis.»

Bruker

5.4 Variasjoner i tilbudet avhengig av boform

Norsk Forbund for Utviklingshemmede forteller at flere av deres medlemmer har fått beskjed om at de må flytte i bofellesskap dersom de ønsker å motta tjenestene de har krav på fra kommunen. NFU opplyser om at de har bistått mange medlemmer med klagesaker knyttet til dette.

Kommunene viser i stor grad til at tilbudet som gis er basert på vedtak om tjenester og at dette er basert på brukeren behov, ikke bosted.

Det opplyses videre om at en del tilbud, slik som aktivitetstilbud, er tilknyttet boligene og derfor ikke blir tilgjengelige for de som bor hjemme. Dette gjelder imidlertid ikke, i følge ansatte i kommunene, tilbud det er fattet vedtak om.

«Det er noe som man automatisk får i bofellesskap. Sosial tilhørighet, mer tilsyn uten at det er stadfestet i vedtak fordi man er organisert sånn. Men det er ikke noen tilbud som kun er for noen i boliger.»

Ansatt i tildelingsenhet

Flere ansatte i kommunen synes det er en større utfordring at personer som ønsker seg til et bofellesskap ikke får plass. De kommunene som inngår i kartleggingen har ikke erfaringer med at brukere som ønsker å bli hjemme blir presset til å bo i bolig for å motta tjenester.

Enkelte kommuner er imidlertid åpne om at de opplever at det er utfordrende å gi samme kvalitet og innhold i tjenestene til de som bor hjemme. I mange kommuner gis hovedvekten av tjenestene i boliger og kun et fåtall kommuner har ambulante tjenester som gir tjenester spesifikt til målgruppen. Disse kommunene er avhengig av tjenester fra eksempelvis hjemmetjenester eller de har BPA eller assistent, hvis de ikke er bosatt i bofellesskap. Som vi har sett er det utfordringer forbundet med å få tilgang til tjenester av god kvalitet under disse ordningene.

«Synes vel at de som ikke bor i bofellesskap er jeg kanskje litt bekymret for. De som bor i bofellesskap og i nærheten får bedre oppfølging. Vi ser også at det er en del syke brukere som er i denne tjenesten, det er somatiske sykdommer, epilepsi, men vi har lav fagkompetanse her».

Leder i tildelingsenhet

5.4.1 Tjenester i hjemmet til personer som ikke bor i bofellesskap

Beboere som bor hjemme og har et omfattende behov for tjenester kan få vedtak om brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt eller andre hjemmebaserte tjenester.

Kartleggingen viser at kommunene opplever utfordringer knyttet til bruk av BPA i en del tilfeller. Assistentene har ikke nødvendigvis kompetanse til å ivareta nødvendige oppgaver overfor brukeren, som å identifisere funksjonsfall, nye symptomer og atferdsendringer. Selv om brukeren får et høyt antall timer med bistand er nødvendigvis ikke kvaliteten og innholdet i oppfølgingen stilstrekkelig. Flere av kommunene har store utfordringer med å rekruttere personer med fagkompetanse inn i slike stillinger. Selv om brukeren selv har arbeidsgiveransvar ved BPA, har kommunen fortsatt et faglig ansvar for tjenestene. Flere kommuner opplever dette som utfordrende å ivareta på en god måte, særlig når det er snakk om brukere med omfattende somatiske og/eller psykiske helseutfordringer.

«Vi har kommet skjevt ut når det gjelder BPA. Det er store behov for helsehjelp og dette skal driftes utelukkende av assistenter som ikke har kompetanse (ufaglærte). Og det er avskjermet geografisk, det er vanskelig å følge med på kvaliteten. Det er stor utskifting i personale, og det er vanskelig å rekruttere og beholde personale inn i disse tiltakene. Man får ikke noe fagmiljø på denne måten. Man får satellitter med stor utskiftinger av personalet».

Leder i kommunen

«Vi har utfordring med å følge opp BPA-tiltak. Vi har tilsynsplikt og faglig ansvar. Arbeidsgiveransvaret ligger hos brukeren. Det er en assistentordning og det er ikke noen krav til kompetanse, men vi i kommunen har ansvar for det faglige. Per i dag har de ikke andre tjeneste., Noen har hjemmesykepleie innimellom. Det er i grenseland i forhold til kapittel 9. Det er en av brukerne som har vedtak om dette. Dette er ikke så bra. De har ikke pasientjournaler tilgjengelig etc.»

Leder i kommunen

Kommunene opplever generelt at det kan være utfordrende å gi forsvarlige tjenester i hjemmet til brukere med veldig store behov. Dette oppleves særlig som en utfordring når omsorgen er organisert som BPA.

Enkelte kommuner har egne ansatte som gir hjemmetjenester til voksne med habiliteringsbehov, enten som en del av en habiliteringsenhet eller som ansatte i den generelle hjemmetjenesten med et særskilt ansvar for denne brukergruppen.

En av kommunene har valgt å gi hjemmetjenester fra en egen etat for utviklingshemming. Ansatte i etaten mener at dette skulle blitt gitt av den ordinære hjemmetjenesten, men opplever at dette ikke blir gjort grunnet blant annet kompetanse på brukergruppen.

I en av kommunene som har gitt et særskilt ansvar for brukergruppen til ansatte i den generelle hjemmetjenesten, har de også erfart at manglende kompetanse på brukergruppen gjorde det utfordrende for den ordinære hjemmetjenesten å gi gode tjenester til disse brukerne.

Én av brukerne som er intervjuet har søkt om BPA og fremhever at dette er et nyttig tiltak slik at tjenestene skal bli mest mulig brukerstyrt. Brukeren har behov for en del praktisk bistand til hygiene og daglige gjøremål, og bistand for å kunne arbeide og delta på sosiale aktiviteter. Brukeren ønsker ikke tjenester fra hjemmetjenesten da disse i liten grad kan gis fleksibelt i samsvar med behovene.

5.4.2 **Refleksjon rundt ny merverdiavgiftskompensasjon for borettslag og eierseksjonssameier**

I intervju med brukerorganisasjoner kommer det som nevnt frem at brukere opplever å få mindre tilbud dersom de bor i egen bolig. Dette anses som svært uheldig og i strid med loven.

Finansdepartementet har hatt et forslag om merverdiavgiftskompensasjon for borettslag og eierseksjonssameier til høring med høringsfrist januar 2017.

«Forslaget innebærer at borettslag og eierseksjonssameier som har et botilbud som framstår som et integrert heldøgns helse- og omsorgstilbud i kommunens lovpålagte tjenesteproduksjon skal være omfattet av merverdiavgiftskompensasjonsloven ved oppføring og drift av boliger, jf. forslag til endring i loven § 2. Lovforslaget skal legge til rette for likebehandling av ulike private aktører og økt fleksibilitet i valg av samarbeidsløsninger mellom kommuner og private aktører.»

I intervju med NFU fremkommer det bekymring til dette forslaget, da de mener dette vil stimulere kommunene til å i større grad gi gruppebaserte tjenester som blir mindre individuelt tilpasset. De mener videre at endringen vil medføre at kommunene vil arbeide for å få flest mulig brukere inn i slike borettslag og eierseksjonssameier og i mindre grad bli stimulert til å yte tjenester til brukere som bor i egne, individuelle husstander.

5.5 **Kapasitet i tjenestene**

I det følgende gis en beskrivelse av situasjonen knyttet til kapasiteten i tjenestene.

5.5.1 **Bemanningsgrad og omsorgsnivå i boligene og dimensjonering av tjenestene**

Informanter i kommunen som kjenner arbeidet som gjøres i bofellesskapene i kommunene oppgir at det som oftest er god bemanning i boligene. Kartleggingen har ikke gjort en grundig vurdering av bemanningsgraden eller antallet ansatte til stede, men baserer dette på informasjon fra kommunene.

Informasjon fra brukerorganisasjoner og brukere viser imidlertid at dette bildet må nyanseres noe. Enkelte opplever at det ikke er tilstrekkelig bemanning i boligene, i alle fall i deler av døgnet.

Enkelte ansatte i kommunene er opptatt av at omsorgsnivået for en del voksne med habiliteringsbehov er for høyt og går ut over brukernes egenmestringsevne. Også informasjon fra brukerorganisasjonene tilsier at funksjonsnivået til enkelte brukere faller når de flytter inn i bemannede boliger. Om dette skyldes at det er for høyt omsorgsnivå eller om det er innholdet og gjennomføring av tjenestene som er årsaken kan ikke denne kartleggingen svare på.

Flere av kommunene fremhever at det ikke er manglende personalressurser som først og fremst er til hinder for gode tjenester i bemannede boliger. Flere opplever at man har kvantitet, men manglende kvalitet. Flere fremhever at det er kompetansen og utnyttelse av tilgjengelige ressurser samt organiseringen av de ansatte som er viktig. Flere kommuner er i en prosess hvor de ønsker å se på bedre ressursutnyttelse og utnyttelse av kompetanse på tvers av de ulike tjenestene for å styrke tjenestene i de bemannede boligene. Å søke kompetanseheving og heltidsstillinger fremheves også som viktige tiltak snarere enn å øke selve bemanningen.

Flere opplever at det gir tilbud om tjenester uten at det er gjort en kartlegging av hva brukerne er i stand til å gjøre selv, uten eller med noe bistand. For eksempel gjelder dette transport. Flere har erfart at kommunen bruker mange ressurser på transport til brukere som senere har vist seg å være fint i stand til å benytte kollektiv transport. Det fremheves at dette ikke bare er en unødvendig kostnad for kommunen, men også går ut over brukerens evne til å klare ting selv og føle mestringsevne. Dette gjelder også i andre situasjoner slik som for eksempel påkledning, matlaging og toalettbesøk.

5.5.2 **Kapasitet i fysio- og ergoterapitjenesten**

Kartleggingen finner imidlertid at det er kapasitetsutfordringer i andre helse- og omsorgstjenester i kommunene og at kommunene selv opplever at dette går på bekostning av tilbudet til voksne med habiliteringsbehov. Dette gjelder spesielt tjenester innen fysioterapi og ergoterapi. Disse tjenestene opplever å være svært presset, som følge av økende behov grunnet samhandlingsreformen. Fysio- og ergoterapitjenestene prioriterer akutt oppstått skade, personer som vurderes å ha rehabiliteringspotensiale og barn og unge. Flere av kommunene opplever at disse prioriteringene går på bekostning av personer med kroniske tilstander, også personer med habiliteringsbehov.

5.5.3 **Konsekvenser av kapasitetsmangler i kommunens generelle helse- og omsorgstjenester**

Kartleggingen viser at det er enkelte utfordringer knyttet til kapasitet. Dette får også konsekvenser for tilbudet til målgruppen.

Tjenester i individuelle husstander nedprioriteres

For å imøtekomme utfordringene knyttet til kapasitet opplever brukerorganisasjoner at kommunene prioriterer å gi tjenester til personer i bofellesskap. Dette går utover tilbudet til personer som bor i egne, individuelle boliger. Det fremkommer eksempler på at kommuner ber brukere om å flytte til bofellesskap dersom de ønsker å motta tjenester fra kommunen. Ingen av kommunene som inngår i kartleggingen sier de har erfart dette. Kommunene erfarer imidlertid at det gis flere tilbud til beboere i bofellesskap som ikke er knyttet til vedtak, slik som aktiviteter og fellessamlinger.

Individuell tilrettelegging og behandling nedprioriteres

For liten kapasitet i tjenestene medfører at de ansatte ikke har anledning til å gi tilstrekkelige individuelt tilpassede tjenester. Særlig trekkes dette frem i forbindelse med bofellesskap for utviklingshemmede. Når det er få ansatte i boligene prioriteres det å lage felles mat til beboerne, kle på beboere og utføre oppgaver på vegne av beboere fremfor å bistå beboerne slik at de kan gjennomføre disse oppgavene selv. Flere foreldre har gitt tilbakemelding til brukerorganisasjoner om at funksjonsnivået blir dårligere når barna flytter i egen bolig fordi de ikke får bistand til å gjennomføre oppgaver selv.

Beboere i bofellesskap blir også i stor grad avhengige av at alle beboere ønsker og kan delta på de samme aktivitetene når kapasiteten blant de ansatte er lav. Et eksempel som fremkommer i intervju med brukerorganisasjon er at alle beboere blir forhindret i å delta på aktiviteter som for eksempel kino dersom én av beboerne ikke ønsker å delta.

Belastningsskader

Mangler i kapasitet kan medføre belastningsskader hos brukere. I intervju fremkommer blant annet eksempler på at brukere som har behov for bistand til å komme seg på toalettet har fått varige skader i urinveiene fordi de ikke har personell som ivaretar dette behovet. Andre eksempler knytter seg til belastningsskader i skjelett og muskulatur når brukere blir liggende og sittende i feil stilling uten at dette blir oppdaget.

Prioritering mellom grupper

Kommunen selv opplever at de har særlig presset kapasitet på fysio- og ergoterapitjenesten. Kommunene sier at de i stor grad prioriterer akutt oppstått skade og personer som vurderes å ha et rehabiliteringspotensiale. Dette kan gå på bekostning av personer med habiliteringsbehov.

5.6 Arbeid- og aktivitetstilbud

For mange voksne med habiliteringsbehov innebærer det å bli voksen at man går fra en hverdag der man er tilknyttet ulike opplæringsløp, for eksempel ordinær videregående eller voksenopplæring til å skulle komme videre i utdanning, arbeid eller annen aktivitet.

Flertallet av informantene oppgir at aktivitetstilbud er svært viktig for personer med habiliteringsbehov. Meningsfull aktivitet i hverdagen er viktig for å gi mening i livet, for at man skal føle at man bidrar med noe og for å sikre god psykisk helse. For mange er arbeidsplassen eller dagaktivitet en svært viktig arena for sosialisering og dermed også en viktig faktor for å forebygge ensomhet.

«Arbeid og aktivitet er veldig viktig for vår målgruppe. For de vi er i kontakt med er jobben viktigere enn for oss som kaller oss funksjonsfriske. Ofte er jobben den eneste arenaen man har meningsfull sosial aktivitet med mennesker. Det er mange hos oss som gruer seg til ferier og helger. De fleste lever livene sine på arenaen som er jobb. Jobben er svært viktig som en sosial arena».

Leder VTA-bedrift

«Det er veldig viktig for meg å jobbe, det er viktig for psykisk helse. At jeg kan bruke den kompetansen og erfaringen jeg har. Dette er viktig for meg».

Bruker

5.6.1 Arbeids- og dagaktivitetstilbud

Overordnet viser kartleggingen at det er store mangler knyttet til kommunale og/eller statlige arbeids- og aktivitetstilbudet til målgruppen. Kartleggingen viser imidlertid at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder tilgjengelige tilbud til gruppen som ikke har anledning til å delta i ordinært arbeid eller utdanning.

Et flertall av kommunene oppgir imidlertid at de har manglende kapasitet på sitt arbeids- og dagaktivitetstilbud. Dette medfører at flere i målgruppen blir stående lenge uten dagaktivitetstilbud.

Flere av kommunene oppgir også at de tilbudene som kommunen har tilgjengelig er lite differensiert og at ikke alle brukergrupper får et tilbud som er tilpasset deres behov. Kommunene oppgir at de dagaktivitetstilbudene de har tilgjengelig særlig er tilpasset den tradisjonelle gruppen med personer med psykisk utviklingshemming. Disse tilbudene er i liten grad tilpasset personer med fysiske funksjonsnedsettelse, lettere psykisk utviklingshemming eller autismespekterdiagnoser.

Særlig er det vanskelig for brukere med fysisk funksjonsnedsettelse og blir plassert sammen med brukere som har kognitiv nedsatt funksjonsevne, men er i fin fysisk form. Behovene til brukergruppene er svært ulike og det blir lite tilpasset det sosiale og psykososiale behovet til brukerne som primært har fysiske funksjonsnedsettelse.

«Mange av dem [brukere med fysiske funksjonsnedsettelse] har opplevd det som vanskelig å bli sendt på dagtilbud sammen med psykisk utviklingshemmede når de er friske i hodet selv. Handler om hvordan man organiserer tjenestene. Det må ikke bli en egen plass der man samler opp alle de som ikke passer inn andre steder»

Ansatt i NAV

En av brukerne med fysiske funksjonsnedsettelse som er intervjuet fremhever at det er lite tilpasset og at brukergruppen som inngår i tilbudet er svært differensiert.

«Det er et sted å være hvor man stuer sammen kreti og pleti. Aktivitetene er lite tilpasset. (...) Det er alt fra multi-funksjonshemmede til PU og CP. Det sosiale der er også lik null fordi de er så ulike. Det er ikke noe alternativt tilbud i kommunen».

Pårørende til bruker

Kommunen oppgir at personer med lettere psykisk utviklingshemming eller autismespekter heller ikke passer inn i disse tradisjonelle tilbudene. Flere brukere ønske ikke å benytte seg av de tilbudene som er tilgjengelig, da de har andre behov eller ønsker og da de ikke identifiserer seg med de andre som benytter seg av tilbudet. Kommunene oppgir at de har flere personer med lettere psykiske utviklingshemming eller autismespekter som står uten dagaktivitet eller arbeidstilbud, da kommune ikke har tilbud som er tilpasset disse gruppene.

I en av kommunene har de en egen enhet som er ansvarlig både for arbeid og aktivisering for funksjonshemmede. Her har de opprettet differensierte tilbud tilpasset ulike brukergrupper med ulike muligheter og behov. Enheten er opptatt av å både gi tilbud tilpasset ulike kognitive funksjonsnivå, men også ulike aldergrupper. De erfarer blant annet at flere får et tidlig behov for å tilpasse aktivitetene etter alderen.

5.6.2 Erfaringer med Varig Tilrettelagt Arbeid (VTA-plasser)

Alle kommunene som inngår i kartleggingen oppgir at de har for få VTA-plasser i sin kommune. Kommunene oppfordrer statlige myndigheter til å prioritere opprettelse av flere VTA-plasser. I intervju med en leder for en VTA-bedrift oppgis det at de har lange ventelister og at det er mange som ønsker plass som ikke får dette. Enkelte av kommunene har opprettet egne kommunale tilrettelagte arbeidsplasser fordi det mangler VTA-plasser.

Enkelte av informantene stiller spørsmål ved hvorvidt personer med habiliteringsbehov som har nedsatt arbeidsevne slik at de må benytte seg av VTA-plasser har reell valgfrihet når de skal velge arbeidsgiver. Ofte har kommunene kun ett tilbud tilgjengelig. Medfører dette reell brukermedvirkning og valgfrihet når man kun har denne ene arbeidsplassen å velge i? Flere etterlyser også mer fleksibel bruk av VTA-plasser på tvers av kommunegrensene. Dette er ikke mulig i dag selv om en bruker ønsker å benytte seg av et annet tilbud i en annen kommune, og denne arbeidsplassen kan være mer tilpasset ut fra ønsker, behov og kompetanse.

5.6.3 Tilrettelagte arbeidsplasser i ordinært arbeidsliv

Det kommer frem i intervjuer at det er utfordrende å rekruttere ordinære bedrifter til å etablere tilrettelagte arbeidsplasser. Dette gjelder både i offentlige og private virksomheter.

En av de intervjuede opplever at kommunen som arbeidsgiver ikke tar sitt samfunnsansvar om å tilrettelegge for personer med habiliteringsbehov.

«Jeg synes det burde være mer med tanke på samfunnsansvaret. Tror det handler om kunnskap og en frykt...at man tror det er mer krevende enn det er. Også blir det merarbeid i hverdagen. Mange er nok redd for at det spiser mer enn det gir.»

Ansatt NAV

Den nav-ansatte opplever videre at det kan være vanskeligere å få med private virksomheter dersom ikke offentlige virksomheter går foran som et godt eksempel de kan trekke erfaringer fra.

5.6.4 Fritidsaktiviteter på kveldstid

Kartleggingen viser at flere i brukergruppen ikke har aktiviteter på kveldstid. Det oppgis at flere opplever isolasjon og ensomhet grunnet manglende sosiale aktiviteter eller manglende nettverk.

Mange kommuner har ikke tilrettelagte aktiviteter på kveldstid for denne målgruppen. Disse kommunene oppgir dette som en stor svakhet og uttrykker ønske om å kunne opprette slike tilbud, enten i kommunal regi eller i samarbeid med frivillige eller andre aktører. Noen kommuner har eksempelvis tilbud om fritidsklubber etc.

5.6.5 Større aktivitets- og fritidstilbud til beboere i bofellesskap

Flere kommuner opplyser om at det er flere aktivitets- og fritidstilbud til beboere som bor i bofellesskap med andre i tilsvarende målgruppe. Bofellesskapene arrangerer gjerne turer og aktiviteter i tilknytning til boligen. Dette bidrar til at beboere i bofellesskap får en større tilgang til aktiviteter og lettere kan delta på sosiale arrangementer enn de som bor i egen bolig eller hjemme hos sine foreldre.

5.6.6 Frivillige lag og organisasjoner

Frivillige lag og organisasjoner står blant annet for fritids- og aktivitetstilbud samt likemannsarbeid til voksne med habiliteringsbehov i kommunen. Ofte er frivillige lag og organisasjoner en viktig del av det totale tilbudet voksne med habiliteringsbehov mottar.

Kartleggingen viser at det i flere kommuner brukes frivillige lag til å etablere fritidstilbud. Blant annet har fotballklubber og bokseklubber opprettet egne tilbud i samarbeid med kommunene eller brukerorganisasjoner. Dette oppleves som veldig positivt. Dette blir også en arena der deltagerne har anledning til å delta i aktiviteter sammen med andre.

5.7 Brukergrupper det er utfordrende å gi gode tilbud til

Kartleggingen viser at kommunene opplever at de har særlige utfordringer med å gi gode tilbud til enkelte brukergrupper med habiliteringsbehov. Under oppsummeres kort de utfordringene kommunene trekker frem.

5.7.1 Autismespekterdiagnoser

Flertallet av kommunene trekker frem brukere innen autismespekteret som en målgruppe de ikke klarer å gi tilstrekkelig gode tilbud til. Dette gjelder både høyt fungerende innen autismespekter og autister med lavere kognitivt funksjonsnivå. Ansatte i kommunene opplever at de mangler kompetanse på hvilke tilbud som er egnet til denne brukergruppen.

Blant annet vises det til at mange innenfor denne gruppen identifiseres sent, noen ofte i ungdomsårene eller i voksen alder. Ofte fanger ikke skolene opp symptomer eller adferd og flere får ikke diagnosen før de er ferdige på grunnskolen. Først på senere tidspunkt fanges det opp at

brukerne har adferd eller kognitive vansker som gjør at de har manglende evne til å ivareta seg selv. Flere fremhever at barnehage, skole og helsestasjonen i større grad burde bidra til å kartlegge og avdekke behov.

I tillegg til manglende kompetanse på målgruppen som fører til manglende observasjon, utredning og diagnostisering, fremhever kommunene at de også har utfordringer med å gi gode tilbud til målgruppen også etter at brukere har fått diagnosen. Manglende tilbud til målgruppen handler både om manglende kompetanse og manglende tiltak og metoder som er tilpasset målgruppen. I tillegg ser det ut til å handle om at kommune i liten grad har egnede bo- og aktivitetstilbud til målgruppen. Flere innen denne gruppen kan ikke nyttiggjøre seg samme tilbud eller metoder som personer med utviklingshemming eller andre funksjonsnedsettelse.

En annen utfordring som fremheves er manglende enhetlig organisering av tilbudet til personer med autisme ved helseforetakene. Flere kommuner er frustrerte over at de i enkelte tilfeller må forholde seg til habiliteringstjenesten og i andre tilfeller psykiatrien. Kommunen opplever at tilbudet til målgruppen i spesialisthelsetjenesten er fragmentert, og at det er vanskelig å få tilstrekkelig veiledning om målgruppen.

5.7.2 Lettere psykisk utviklingshemming og/eller autisme i kombinasjon med psykiatri og rus

Et flertall av kommunene som inngår i kartleggingen opplever at det er vanskelig å gi gode og tilpassede tjenester til brukere med lettere psykisk utviklingshemming og/eller autismespekterforstyrrelser i kombinasjon med psykiske lidelser og/eller rus. Enkelte i denne målgruppen har også utfordrende adferd, herunder også kriminalitet. Ofte blir denne brukergruppen fanget opp sent og får diagnose først i voksne alder.

Kommunene er tydelige på at de mangler kompetanse på hvilke tilbud som egner seg og at det er vanskelig å finne denne kompetansen, fordi den også mangler i spesialisthelsetjenesten. Også her mangler kommunen gode verktøy og metoder. Kommunen opplever at bo- og miljøtjenestens arbeidsmetoder ikke er tilstrekkelig, samtidig som psykiske helsetjenester heller ikke har tilbud som er tilpasset målgruppen.

En annen utfordring er som nevnt at mange i denne målgruppen fanges opp sent, også her er det mange som får diagnosen sent. Først når problematferden har utviklet seg oppdages det at personen har en utviklingshemming eller en utviklingsforstyrrelse. Rus og psykisk helsetjeneste opplever at de gir behandling for psykiske lidelser og at de gjennom dette identifiserer at det er noe mer underliggende. Deretter henvises brukeren til habiliteringstjenesten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Flere er opptatt av at man må komme tidlig inn for å identifisere denne brukergruppen og arbeide forebyggende. Det fremstår som at det mangler kompetanse eller rutiner som fanger opp denne brukergruppen tidlig nok til å arbeide forebyggende for å forhindre problemer knyttet til rus, psykiatri og kriminalitet.

Enkelte av kommunene har gjort endringer i organisering eller tilbud, samt etablert et tettere samarbeid mellom bo- og miljøtjenesten og psykiske helsetjenester. Dette for å få et godt tilbud til brukergruppen. Én av kommunene har opprettet en egen ambulant bo-oppfølgingstjeneste, som er organisert under psykisk helse og rus, for å følge opp brukere med lettere psykisk utviklingshemming eller autismespekter i kombinasjon med psykiske lidelser og rus. Før opprettelsen av denne ambulante tjenesten hadde brukerne ingen tjenester.

Enkelte kommuner ser også at man i større grad må gi denne gruppen kommunale botilbud eller andre tilrettelagte botilbud, da de ikke klarer å ivareta sitt eget boforhold.

Et flertall av kommunene oppgir at dette er en voksende gruppe som de stadig har større utfordringer knyttet til. Kommunene oppgir at de ønsker mer kunnskap om målgruppen.

Kommunen ønsker mer kunnskap om årsaker til at målgruppen stadig blir større, og om hvilke tilbud som er egnet for målgruppen. Videre vil de vite mer om målrettede tiltak og metoder som kan brukes for å gi et tilrettelagt tilbud for målgruppen.

6. SAMHANDLING OG KOORDINERING

I dette kapittelet beskrives hvordan kommunene samarbeider internt om tjenester til voksne med habiliteringsbehov samt hvordan de arbeider med å koordinere tilbudet til målgruppen. Hvordan kommunene samarbeider med spesialisthelsetjenesten omhandles også i dette kapittelet. Til sist beskriver vi hvordan kommunene benytter individuell plan og koordinator til å koordinere tjenestetilbudet til målgruppen.

Utfordringer og hovedfunn fra kapittelet er oppsummert i boksen under:

Hovedutfordringer:

- Det er manglende samarbeid mellom tjenestene internt i kommunen om målgruppen
- Det mangler samarbeid både mellom ulike boliger og aktivitetstilbud samt mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene
- Kommunene har flerfaglighet, men mangler reelt tverrfaglig samarbeid om målgruppen
- Fastleger mangler kunnskap om pasientene når de blir voksne fordi de har blitt fulgt opp av helseforetaket i barne- og ungdomsårene
- Det er store individuelle forskjeller mellom fastleger når det gjelder kompetanse om og prioritet av målgruppen
- Ikke alle kommunene som inngår i kartleggingen har en fungerende koordinerende enhet
- Kun om lag halvparten av kommunene anser at koordinerende enhet er lett tilgjengelig
- Tall fra IPLOS viser at kun om lag 1/3 av brukergruppen har Individuell plan
- Flere informanter opplever at voksne med habiliteringsbehov ikke har behov for individuell plan
- Det er utfordrende å finne koordinatorene med tilstrekkelig kompetanse til å drive planarbeidet
- Ansatte med koordinatorrolle tilgodeses i liten grad med rammebetingelser og tid til å utføre oppgavene
- I de tilfeller hvor brukeren har en individuell plan er den i liten grad benyttet som et aktivt verktøy

Selv om en stor andel i brukergruppen ikke har Individuell plan og ansatte i tjenestene i liten grad opplever at det er behov for IP etterlyser brukerne selv større grad av koordinering av tjenestene gjennom bruk av Individuell plan og koordinator. Både ansatte og brukere opplever at Individuell plan er et veldig godt verktøy når det brukes riktig. Kommunene legger hovedvekten på koordinering av tjenestene i overgangsfaser, slik som overgang til egen bolig, overgang fra utdanning til arbeidsliv og overgang til alderdom.

Samhandlingen med habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten oppleves primært som god, men spesialisthelsetjenesten mangler noe av den samme kompetansen som kommunene når det gjelder kombinasjon av utviklingshemming og psykiske lidelser.

6.1 Samhandling internt i kommunen

En rekke undersøkelser og tilsyn har vist at det er mangler knyttet til samordning og koordinering av tjenestene til målgruppen. Gjennom intervjuer med ansatte i tjenestene i kommunen kommer det frem at det er lite, om dog varierende, samarbeid mellom de ulike tjenestetilbudene som retter seg mot voksne med habiliteringsbehov.

6.1.1 Samarbeid mellom ulike bo- og aktivitetstilbud

Flere av kommunene oppgir at de ser behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike avdelingene eller tiltakene som yter tjenester til personer med habiliteringsbehov. Dette handler både om mangler i samarbeidet mellom ulike boliger og aktivitetstilbud samt mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene.

Flere av kommunene som inngår i undersøkelsen oppgir at de har mange bofellesskap i kommunen, enkelte av disse har liten størrelse, eller er kun én til én tiltak i brukerens eget hjem. Det oppgis at det er lite samarbeid på tvers mellom disse bofellesskapene. Som allerede nevnt har kommunen manglende arenaer for samarbeid på tvers for å dele kompetanse mellom slike botiltak. Imidlertid er det flere av kommunene som er i en prosess med å organisere eller har organisert alle botilbudene i en egen virksomhet. Et av argumentene for slik organisering er å styrke samordningen og koordineringen slik at kommunen skal ha en mer enhetlig praksis og yte mer likeverdige tjenester i de ulike tilbudene.

Et flertall av kommunene oppgir også at de i liten, om dog varierende, grad ser sammenhengen mellom tiltak og aktiviteter som gjøres i boligene og dagaktivitetstilbudene. Når det gjelder kommunene som har opprettet egen virksomhet for tjenester til personer med habiliteringsbehov oppgir de at det er svært viktig å styrke samordning og koordinering mellom boliger og dagaktivitetstilbudene til målgruppen. Flere av kommunene arbeider aktivt med å styrke denne samordningen for å bidra til mer helhetlige og effektive tjenester overfor den enkelte bruker.

6.1.2 Samarbeid og koordinering mellom de ulike helse- og omsorgstjenester

Informanter fra kommunene oppgir også at det er manglende samarbeid og koordinering mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene som yter tjenester til målgruppen, herunder fastlege, hjemmetjenesten og psykisk helse og rus. I det følgende beskriver vi utfordringene i samarbeidet.

6.1.2.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

Funn fra intervjuene viser at koordinerende enhet i kommunene som inngår i undersøkelsen har veldig ulik organisering og at de i varierende grad er i aktiv drift. Flertallet av kommunene har koordinerende enhet som består av ulike faggrupper. Den tverrfaglige sammensetningen opplever å være avgjørende for å gjøre gode vurderinger av behovet til den enkelte bruker. To av kommunene har ikke fungerende koordinerende enhet.

Det er omtrent halvparten av kommunene som anser koordinerende enhet som lett tilgjengelig.

6.1.2.2 Samarbeid med fastlege

Fastlegen er sentral i forhold til oppfølging av brukerne, koordinering samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har medisinsk faglig koordineringsansvar for sine pasienter.

Et sentralt funn knytter seg til fastlegens kjennskap til brukerne. Mange brukere får tilnærmet lik oppfølging av barne- og ungdomshabilitering i spesialisthelsetjenesten frem til de er 18 år. Dette medfører at fastlegen i liten grad kjenner brukeren før brukeren er voksen. Ansatte i kommunehelsetjenesten opplever at dette er utfordrende når de søker fastlegen om råd da de heller ikke kjenner brukeren tilstrekkelig til å gi god rådgivning eller vurdere pasientens behov. Etter innledende intervjuer med et utvalg habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten kommer det frem at de ofte mottar manglende henvisninger fra fastleger. Habiliteringstjenesten opplever at fastlegen i noen tilfeller ikke gjør egne vurderinger, men kun henviser på oppfordring fra pårørende eller ansatte i boligene.

Kartleggingen viser at det har skjedd en utvikling mot at fastlegene i større grad er involvert i tjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov. Blant annet trekkes det frem at elektronisk kommunikasjon og refusjon i forbindelse med deltagelse i ansvarsgruppemøter har bidratt til dette.

Én av kommunene opplyser om at de fleste i målgruppen benytter de samme fastlegene og at disse fastlegene er kommunalt ansatt. Fastlegekontoret er lokalisert i kort avstand fra botilbudene til målgruppen og det er etablert et godt samarbeid mellom fastlegene og ansatte i bofellesskapene. Kommunen har erfart at samarbeidet ikke har fungert like godt når brukere har benyttet andre, privatpraktiserende fastleger. To andre kommuner sier de vurderer en tilsvarende løsning, der man samler brukergruppen hos noen få fastleger som da får anledning til å bygge opp god kompetanse om målgruppen. En leder, med ansvar for fastlegeordningen, fremhever at dette må være en frivillig ordning.

Da fastlegeforskriften ble endret i 2013, fikk fastlegene plikt til å drive oppsøkende virksomhet. Oppsøkende virksomhet vil kunne føre til at fastlegen kan gjøre vurderinger av symptomer og atferdsendringer som ikke har blitt fanget opp av andre ansatte som arbeider med brukerne. Dette er særlig relevant for personer som selv ikke oppsøker fastlegen og som har vanskelig for å oppdage egen helsesvikt. Tilsyn med kommunene viser imidlertid med forskriftsendringen at den ikke har bedret tilgangen til fastlegetjenesten for personer med utviklingshemming.¹⁰ Enkelte av de ansatte i kommunene som er intervjuet opplever at enkelte fastleger driver noe mer oppsøkende virksomhet enn tidligere. Det ser imidlertid ut til at dette har sammenheng med om andre ansatte som jobber med brukerne har dialog med fastlegene omkring behov for oppfølging.

6.1.2.3 Samarbeid med hjemmetjenesten

Som allerede nevnt opplever ansatte som arbeider tett med brukergruppen, særlig i bofellesskap, at det kan være utfordrende å få til et godt samarbeid med hjemmetjenesten knyttet til å yte tjenester til brukergruppen. Dette knytter seg både til tjenester som praktisk bistand og opplæring, og hjemmesykepleie ved behov for oppfølging av somatisk helsetilstand. Årsaken til manglende samarbeid er ikke entydig, men ser ut til å ha sammenheng med interne diskusjoner i kommunen om hvem som skal ha ansvar for målgruppen. Hjemmetjenesten opplever også i enkelte tilfeller at de ikke har tilstrekkelig kompetanse om målgruppen og at dette fører til usikkerhet knyttet til å gi tjenester.

6.1.3 Samarbeid med psykisk helse

Gjennom kartleggingen fremkommer det at det er enkelte brukere med samtidige psykiske lidelser eller atferdsvansker som også vil ha stort behov for tjenester fra psykiske helsetjenester. Samarbeidet er særlig relevant for brukere som kombinerer lettere psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og rus, eller andre brukere med mer omfattende utviklingshemming og samtidige psykiske lidelser. Også her ser det ut til å være mangler i samarbeidet mellom tjenestene.

¹⁰ NOU 2016:17 *På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*

Ansatte som arbeider tettest med målgruppen, eksempelvis bo- og miljøtjenesten i kommunene, opplever i flere kommuner at det er utfordrende å engasjere rus og psykiske helsetjenester i samarbeidet. Manglende kompetanse på utviklingshemming i rus og psykiske helsetjenester ser ut til å være en av årsakene.

I intervju med rus og psykisk helse i en av kommunene kommer det tydelig frem at enhetene har ulikt syn på ansvarsfordelingen i kommunen. Rus og psykisk helse i kommunen opplever at de skal ha spisskompetanse på psykisk helse og at de derfor skal bistå alle beboere i kommunen som får alvorlige psykiske helseproblemer. De opplever imidlertid å få mange henvendelser som gjelder lettere og moderate psykiske lidelser, noe de mener de andre enhetene innen helse og omsorg i kommunen burde inneha kompetanse på selv.

«Jeg mener vi bidrar med det vi kan. Jeg mener de bør ha noe kompetanse på psykisk helse. I den grad de trenger spisskompetanse på psykisk helse, så føler jeg vi gir det.»

Leder psykisk helse og rus

6.1.4 Flerfaglighet vs. tverrfaglighet

Selv om det er kompetansemangler på flere områder og store utfordringer forbundet med å utnytte kompetansen som er tilgjengelig oppgir alle kommunene at de har mange ulike yrkesgrupper tilgjengelige og at de således har flerfaglig kompetanse. Kommunen selv opplever at de har tilgang på mange ulike yrkesgrupper og et bredt spekter av fagkompetanse, men oppgir at de ikke er gode nok på å bruke denne kompetansen og arbeide tverrfaglig.

Flere av informantene oppgir at det er noe annet å ha flerfaglig kompetanse enn å faktisk jobbe tverrfaglig sammen om oppgaver som eksempelvis kartlegging, vurdering og tjenesteyting. Flere i kommunen oppgir at de i dag jobber litt i bolker med hver sine fagfelt. Dette medfører at brukerne får tjenester fra mange ulike yrkesgrupper, men at man i mindre grad jobber sammen, eksempelvis i team.

«Det at vi har et tverrfaglig miljø er ikke det samme som at vi jobber tverrfaglig. Må jobbe videre med dette».

Leder miljøtjenesten

De aller fleste kommuner oppgir at de har et stort forbedringspotensial knyttet til det å faktisk jobbe tverrfaglig.

Enkelte kommuner er imidlertid flinke til å arbeide tverrfaglig. Dette gjøres ofte i forbindelse med kartlegging ved tildeling av tjenester, og enkelte av de koordinerende enhetene har også tverrfaglig kompetanse og jobber mye i team.

6.2 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Alle kommunene som er intervjuet opplever samarbeidet med voksenhabiliteringen i spesialisthelsetjenesten som positiv. Imidlertid opplever informantene at voksenhabiliteringen i mindre grad, sammenlignet med barnehabiliteringen følger brukerne tett. Dette betyr at brukerne i større grad er kommunehelsetjenestens ansvar. Helseforetakene har imidlertid en veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten.

6.2.1 Helseforetakenes veiledningsplikt

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor kommunene. Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene i å sikre nødvendig faglig kompetanse slik at de skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Dette røkter ikke ved kommunens ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å gi veiledning med begrunnelse i ressurser eller arbeidsbelastning. Plikten gjelder «helsemessige forhold», og omfatter et hvert tiltak som angår pasientens somatiske eller psykiske helse. Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen. Veiledningen bør skje direkte til det kommunale personellet som har oppfølgings- og/eller behandlingsansvaret for pasienten. Det kan også innebære veiledning til personell utenfor helsetjenesten når dette er nødvendig for å ivareta helsemessige forhold; eksempelvis i barnehager, skoler, voksenopplæring og PP-tjenesten.

Kommunene har ulik erfaring når det gjelder veiledning fra helseforetakene. De fleste kommunene opplever at veiledningen ivaretas på en god måte, her henviser kommunene primært til samarbeidet med habiliteringstjenestene ved helseforetakene.

Flere av kommunene oppgir imidlertid at det særlig mangler god veiledning fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder personer med habiliteringsbehov som har samtidige psykiske lidelser. Dette gjelder både personer med mer omfattende utviklingshemming og samtidige psykiske lidelser samt personer med lettere utviklingshemming eller autismespekterforstyrrelser og psykiske lidelser.

«Det er utfordringer når det er alvorlige psykiske lidelser (psykose, angst, depresjoner, psykose) og PU. Her er det en utfordring ifht HF med veiledning. Hvem skal gi veiledning her er uklart. Vi henvender oss til DPS. Vi får til svar at de ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen. Har ikke behandlingsopplegg som passer for denne gruppen. Har ringt så mange ganger at vi til slutt fikk hjelp fra psykoseteamet i DPS. Men det er utfordringer med hvem som skal ta ansvar her. Det er ingen som har kompetanse på dette».

Leder i psykiske helsetjenester

En av de større kommunene som inngår i kartleggingen har flere ganger erfart at helseforetaket ikke har den kompetansen de etterspør. Særlig gjelder dette kombinasjonen psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og autismespekterforstyrrelser i kombinasjon med vanskelig atferd, rus og kriminalitet. Kommunen ser i økende grad et behov for å etablere kompetansen i egen kommune på egen hånd.

«Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er vanskelig. Voksenhabiliteringen ved helseforetaket mangler kompetanse på det samme som oss. Først må vi vente lenge for å få noe også er det skuffende når de kommer fordi de ikke har kompetansen. Vi må sørge for å ha kompetansen selv»

Ansatt i kommunen

Innledningsvis i kartleggingen ble det gjennomført intervjuer med et utvalg habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Som allerede nevnt er det flere av de ansatte ved habiliteringen som opplever at de ofte får mange av de samme henvisningene fra samme kommune. Dette har også kommet frem gjennom andre undersøkelser. Habiliteringstjenesten mener at dette kan vitne om

at kommunene har manglende rutiner for kompetanseheving og kompetanseoverføring internt i kommunen.

6.3 Bruk av Individuell Plan og koordinator som verktøy for samhandling

Tabell 6-1 viser antallet tjenestemottakere med utvalgte medfødte eller tidlig ervervede tilstander over 18 år, og andelen som hadde individuell plan (IP) i 2015.

Tabell 6-1: Andel tjenestemottakere med individuell plan, etter utvalgte diagnoser, 2015¹¹

Diagnose	Antall personer	Har virksom IP	Har ikke IP	Ønsker ikke	Ikke relevant
Medfødte feil i nervesystemet – N85	291	37 %	56 %	2 %	5 %
Sykdom i nervesystemet IKA – N99	1988	26 %	62 %	3 %	9 %
Spesifikke utviklingsforstyrrelser – P24	191	38 %	54 %	4 %	4 %
Psykisk utviklingshemming – P85	10307	36 %	56 %	4 %	4 %
Psykisk lidelse IKA – P99	1496	29 %	61 %	5 %	5 %

Det har ikke vært mulig å bryte tallene ned på alder pga. at enkelte av diagnosene har få pasienter og da dette ville gått på bekostning av personvern hensyn og anonymitet.

Som det fremgår av figuren er det en stor andel av de voksne med habiliteringsbehov som ikke har Individuell plan.

I intervjuer med kommunene kommer det frem at flere i målgruppen har individuell plan. Imidlertid oppgir kommunene at dette på langt nær gjelder alle voksne med habiliteringsbehov. Flere av informanter som arbeider tett med brukergruppen opplever at voksne med habiliteringsbehov har en stabil situasjon og relativt lite komplekse behov som gjør at de ikke har behov for individuell plan. Flere informanter mener at det er et verktøy som i liten grad oppleves som aktuelt for målgruppen. Ansatte som arbeider tett med brukerne nevner blant annet bruk av arbeidsplaner, dags- og ukesplaner som viktige for å strukturere det daglige arbeidet rundt brukeren.

Denne kartleggingen viser at det er utfordringer forbundet med IP både knyttet til utarbeidelse av selve planen, men også administrasjon og koordinering av allerede utarbeidede individuelle planer. Gjennom intervjuer med kommunene kommer det frem at selv om en bruker har individuell plan har enkelte kommuner utfordringer med å følge opp planen og benytte denne som nyttig verktøy i koordineringen.

Årsaken til manglende oppfølging av individuelle planer kan være sammensatt, men en av årsakene ser ut til å knytte seg til at ansatte ikke opplever IP som et nyttig verktøy. Videre oppgir kommunene at det er utfordrende å finne ansatte med kompetanse til å være koordinator og kunne drive planarbeidet på en hensiktsmessig måte. Flere som er intervjuet opplever at det er vanskeligere å få kvalifiserte koordinatører innen sektoren som arbeider med personer med habiliteringsbehov, sammenlignet med ansatte som arbeider innen mer tradisjonelle helse- og omsorgstjenester, slik som hjemmetjeneste og sykehjem.

¹¹ Kilde: IPLOS-registeret

«Det har vært litt vanskelig å få folk til å ta ansvar for koordinatoroppgavene. Finne egnede personer som er villige til å ta på seg dette ansvaret er utfordrende. De skal følge opp og kalle inn til møter m.m. Det er en særlig utfordring i bo- og miljøtjenesten. Det er få vernepleiere og sykepleiere her. De som ikke har utdanning er litt mer usikre på dette arbeidet».

Leder tildelingsenheten

Sist opplever kommunene at det er utfordrende å få tid til å drive en aktiv plan og koordinere arbeidet. Arbeidet som koordinator kommer ofte i tillegg til de ordinære oppgavene som ansatte utfører i tjenestene og det oppleves derfor som utfordrende å skulle prioritere arbeidet som koordinator over andre tjenesteoppgaver.

Flere informanter opplever også at det er utfordrende for brukere med nedsatt kognitiv funksjonsevne å ha eierskap til egen plan. I disse tilfellene er det sentralt at tjenesteyterne, og særlig koordinator, arbeider aktivt med å inkludere brukeren i arbeidet med planen. Det er også naturlig at pårørende eller verge har et ansvar for å holde i planen.

Ikke alle kommuner vet om alle som takker nei til individuell plan får tilbud om koordinator. I kommuner der brukerne får tilbud om koordinator varierer det hvordan denne koordinatorfunksjonen ivaretas. Også på dette punktet ser det ut til å være andre verktøy som fremheves som viktigere enn bruk av koordinator. Flere kommuner nevner bruk av primærkontakt for den enkelte bruker som svært viktig for å koordinere tjenestetilbudet til den enkelte.

Brukerne som er intervjuet vurderer imidlertid at det er behov for koordinering av tjenestene, og etterlyser med bruk av koordinator og Individuell plan. Ikke alle som er intervjuet har koordinator, men flere har omfattende behov og det oppleves som strevsomt og ressurskrevende å organisere alt selv. Mye handler om å finne informasjon om tilgjengelige rettigheter og tjenester.

«Man må selv koordinere og finn ut av ordninger. Vi bruker masse krefter på dette. Det er så mye å administrere».

Bruker

«Jeg må hele tiden følge opp for at det skal skje noe. Jeg har mer lyst til å gjøre andre ting enn å få alt det praktiske til å fungere for min del. Det blir mye koordinering og organisering av livet mitt».

Bruker

6.3.1 Elektronisk versjon av individuell plan

Flere av kommunene som har inngått i kartleggingen har innført elektronisk individuell plan. De som har gjort seg erfaringer med bruk av disse systemene opplever flere fordeler ved at planen er elektronisk. Erfaringene tilsier at elektronisk plan bidrar til at brukeren i større grad kan ha eierskap til planen og at det er lettere å dele informasjon mellom tjenestene. Dette bidrar til at planen i mye større grad blir et aktivt verktøy. Ledere i tjenestene og leder for koordinerende enhet opplever også at det blir enklere kontrollere og vurdere hvordan planen følges opp når den foreligger elektronisk.

6.4 Koordinering av overganger

Til tross for at ansatte i tjenestene opplever at koordineringsbehovet til voksne med habiliteringsbehov ikke er vesentlig stort fordi de opplever at situasjonen er stabil, oppgir de at det er spesielt viktig å koordinere tjenestetilbudet i sentrale overgangsfaser i brukernes liv.

6.4.1 Overgang fra ungdom til voksen

For brukere med habiliteringsbehov handler overgangen fra ungdom til voksen både om temaer som gjelder befolkningen generelt, som jobb, utdanning og bolig, men også om at organiseringen av tjenestetilbudet endres. En god overgang fra ungdom til voksne kjennetegnes blant annet av kontinuitet i tjenestetilbudet, samarbeid mellom sentrale aktører og koordinering av tilbudet.

En utfordring knyttet til overgangen mellom barn/ungdom og voksen er at helseforetaket følger målgruppen tett og at dette medfører at fastlegen i liten grad har kjennskap til brukerne når de blir voksne. Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter, og det er derfor svært viktig at fastlegen får god informasjon om brukeren og brukerens behov.

Flere av kommunene opplever selv at de har gode rutiner for overgangen mellom barn og voksen og at dette bidrar til at man har god oversikt over både brukerne og brukernes behov. Rutinene består gjerne i at man har tverrfaglige møter i god tid før brukeren fullfører skolegang eller før man skal flytte i egen bolig. Selv om kommunene har varierende rutiner for slike overganger opplever de at det er utfordrende å sikre gode overganger.

Overgangen til egen bolig er en stor overgang og oppleves ofte som utrygg og vanskelig både for den enkelte bruker og for foreldre/pårørende. For pårørende er det særlig viktig at denne overgangen skjer i god dialog med de som er ansvarlig for å yte tjenester til brukeren i boligen. Mange voksne med habiliteringsbehov har et stort behov for struktur og faste rutiner. Kommunene opplever at god kommunikasjon med både bruker og pårørende gjennom hele prosessen samt gode forberedelser er viktig.

En av hovedutfordringene som trekkes frem når det gjelder overganger er ikke selve rutinene for samarbeid, kommunikasjon eller kartlegging av behov, men snarere at det ikke er noe tilbud tilgjengelig som er tilpasset brukerens behov. Eksempelvis kartlegges brukerens ønsker og behov for bolig og arbeidsmuligheter, men dette hjelper lite når kommunen ikke har botilbud, tjenester eller arbeids- eller aktivitetstilbud tilgjengelig som samsvarer med brukerens behov.

En annen utfordring omhandler å sikre god overgang fra utdanning til arbeidsliv eller dagaktivitet for målgruppen. Kartleggingen viser at alt for mange opplever at de ikke har et egnet arbeids- eller aktivitetstilbud når de har fullført skolegang. Dermed handler overgangen til voksenlivet for mange om at de går fra å fylle dagene med læring og aktivitet gjennom skolen til at de blir sittende hjemme uten meningsfylt aktivitet.

De fleste kommunene har ikke etablert dagtilbud med tilstrekkelig antall plasser til å dekke kommunens behov. Dette gjelder både tilrettelagte arbeidsplasser, VTA-plasser og kommunale plasser samt annen dagaktivitet.

6.4.2 Overgang til alderdom

Flere av kommunen opplever at de i dag og fremover kommer til å stå overfor stadig større utfordringer fordi brukergruppen blir stadig eldre. Særlig enkelte kommuner som tidligere har vært vertskommuner opplever at de får mange utviklingshemmede med geriatriske tillegg utfordringer.

Kommunene ser at de har behov for å øke sin kompetanse på utviklingshemming og geriatri, herunder demens. Flere av kommunen nevner at de benytter Nasjonale kompetansetjeneste for Aldring og helse sitt ABC på utviklingshemming og aldring for å øke kompetansen på området.

Flere av kommunene opplever også at de må definere ansvar og roller internt i kommunen rundt denne målgruppen for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenesten. Flere kommuner er i en prosess hvor de vurderer om aldrende personer med habiliteringsbehov som har behov for heldøgnsomsorg og intensive helsetjenesten skal boettes på sykehjem, eller om slike tjenester skal ytes i bofellesskapet der de er bosatt. Dette vil også få betydning for hvilken kompetanse man må ha ved henholdsvis boligene og sykehjemmene, og vil kreve større grad av tverrfaglige samarbeid mellom tjenestene.

7. BRUKERMEDVIRKNING

I dette kapitlet beskrives hvordan kommunene arbeider med å sikre brukermedvirkning. I kapitlet beskrives også etiske dilemmaer kommunene møter når det gjelder å ivareta brukermedvirkning for personer med habiliteringsbehov.

Utfordringer og hovedfunn fra kapitlet er oppsummert i boksen under:

Hovedutfordringer:

- Det er til dels store variasjoner mellom kommunene når det gjelder om og i hvilken grad de ivaretar brukermedvirkning på systemnivå
- På individnivå ivaretas brukermedvirkning primært gjennom at bruker og/eller pårørende/verge deltar i møter som omhandler brukeren. Imidlertid er det vanskelig å ivareta brukermedvirkning når kommunene ikke kan tilby brukerne reelle valgmuligheter
- Til tross for mye én til én oppfølging er det liten grad av differensiert og tilpasset tilbud – mye gis som gruppetilbud i bolig
- Det er særlig mangler på dag- aktivitetstilbud samt tilrettelagte arbeidstilbud

Flere informanter opplever også etiske dilemmaer knyttet til brukerens rett til å bestemme over seg selv versus tjenesteytneres plikt til å gi gode tjenester. Etiske dilemmaer knyttet til å vurdere hva som er brukerens ønsker og hva som er pårørendes ønsker oppleves også som utfordrende for tjenestene.

7.1 Brukermedvirkning på systemnivå

Kartleggingen viser at det er ulikt hvorvidt kommunen arbeider målrettet med brukermedvirkning på systemnivå når det kommer til voksne med habiliteringsbehov.

En utfordring med å ivareta brukermedvirkning på systemnivå knytter seg til brukere som har nedsatt kognitiv funksjonsevne og som trenger bistand for kommunikasjon. Flere kommuner sier de overlater ansvaret for å besvare brukerundersøkelsene til pårørende eller verger. De fleste informantene som har snakket om dette opplever det som uproblematisk at pårørende eller verger besvarer undersøkelsene på vegne av brukeren. Det er imidlertid noen som opplever at pårørende og verger ikke nødvendigvis har de samme vurderinger og ønsker som brukerne selv. Disse mener derfor at kommunene bør gjøre en innsats for å identifisere brukernes egne erfaringer.

Én av kommunene som inngår i kartleggingen har sørget for at alle brukere med habiliteringsbehov har fått egne undersøkelser som er gjennomført med bistand fra personell som har kompetanse på kommunikasjon, for å på best mulig måte innhente brukerens egne erfaringer. Dette er imidlertid en ressurskrevende øvelse som ikke nødvendigvis lar seg gjennomføre tilsvarende ofte som de ordinære brukerundersøkelsene.

Kommunene har også med brukerrepresentanter inn i prosesser knyttet til utviklingen av kommunale helse- og omsorgstjenester samt boligutviklingsprosjekter. Det fremkommer ikke av kartleggingen hvorvidt dette gjøres systematisk.

7.2 Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå oppgis å blir ivaretatt primært gjennom at bruker eller pårørende er til stedet under alle møter som omhandler tjenestene til bruker. Dette knytter seg til den lovpålagte brukermedvirkningen, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven, som blant annet sier at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker.¹²

Enkelte kommuner er imidlertid også veldig bevisst på at brukermedvirkning er en del av det daglige arbeidet med den enkelte bruker og at alle tjenester som ytes i løpet av en dag skal være i tråd med brukers egne ønsker og mål.

Ved ett av bofellesskapene i én av kommunene har man rutiner for å innhente brukererfaringer flere ganger per år. Dette gjøres ved at alle beboere får snakke med leder av bofellesskapet og komme med tilbakemeldinger.

7.2.1 Ethiske dilemmaer knyttet til brukermedvirkning

Flere av informantene fra kommunene er opptatt av å synliggjøre at det er vesentlige etiske dilemmaer knyttet til å ivareta brukermedvirkning for personer med habiliteringsbehov.

Kommunene opplever ofte at de står i situasjoner hvor det er vanskelig å vurdere hva som faktisk er brukers eget ønske og hva som er pårørendes ønsker. Kommunene opplever også at de kommer i situasjoner hvor pårørendes ønsker kan være i strid med det som er brukeren egentlig ønsker. Flere av kommunene opplever særlig dette dilemmaet når det handler om bolig. De opplever at pårørende ofte ønsker at brukeren skal bo hjemme så lenge som mulig eller i bolig i tilknytning eller nærhet av foreldrenes hjem. Kommunen opplever at det i enkelt tilfeller er uklart om dette også faktisk er brukers eget ønske. Kommunen mener at dette er særlig problematisk når det gjelder brukere som har behov for intensive helse- og omsorgstjenester og hvor det er store helseplager. I slike situasjoner mener kommunen at det kan være utfordrende å gi et kvalitativt godt tilbud gjennom én til én omsorg, slik som eksempelvis BPA ordningen.

Flere informanter opplever også etiske dilemmaer knyttet til brukers rett til å bestemme over seg selv versus tjenesteytneres plikt til å gi gode tjenester. Brukergruppen med lettere psykiske lidelser og atferdsproblematikk trekkes i den forbindelse frem som en stor utfordring. Når det gjelder denne gruppen er det et dilemma at de på den ene siden har rett til å bestemme over seg selv og eget liv, mens de på den andre siden i liten grad er i stand til å ta avgjørelser som er til det beste for seg selv og sine omgivelser. Kommunen opplever at de også kan ta valg som bidrar til å sette seg selv eller andre i fare, eller at de blir utsatt for kriminelle handlinger eller at de selv blir utøver.

En del brukere med psykisk utviklingshemming tar også i stor grad valg som bidrar negativt til helsetilstanden. Særlig er mange tilbøyelige til å velge usunne matalternativer og lite fysisk aktivitet. I en kommune har det kommet frem at ansatte i boligene er redd for at det kan defineres som tvang dersom man serverer næringsrike og sunne matalternativer når brukeren selv ikke ønsker dette. Den samme problematikken knytter seg til fysisk aktivitet. Lederen for tjenesten som er intervjuet opplever at denne utfordringen i stor grad skyldes lite kompetanse hos ansatte og at man mangler kunnskap om blant annet motivering og andre tiltak eller verktøy.

¹² Pasient og brukerrettighetsloven §3-1

7.3 Mangel på alternative tilbud om aktivitet og fritid

Til tross for at mye av oppfølgingen av brukergruppen er én til én oppfølging eller annen oppfølging i bolig kommer det frem gjennom intervjuer med de ansatte at tilbudet i liten grad er differensiert og tilpasset den enkelte bruker. Som allerede nevnt viser intervjuene at mye av tilbudet som gis i boligene er gruppebasert. Dette skjer både fordi det er effektivt og enkelt. Ofte har man ikke ressurser til å ivareta den enkelte brukers behov for individuelt tilpassede tjenester. Dersom man skal ivareta hver enkeltes behov erfarer enkelte ansatte også at det går ut over tilbudet til fellesskapet, da mye tid går med på å bistå den enkelte i å for eksempel kle på seg selv.

Flere kommuner oppgir at de har få tilgjengelige tilbud som brukerne kan velge mellom når det kommer til arbeid, aktivitet og fritid. Ofte er det kun et fåtall arbeidsplasser, og et eller to fritids- og aktivitetstilbud. I disse tilfellene føler ikke kommunen det er anledning til å ivareta brukermedvirkning.

«Vanskelig med brukermedvirkning når man ikke kan gi folk et valg. Koker ofte ned til at vi sitter der med kun ett tilbud»

Ansatt i NAV

I tillegg til at det er få tilbud i kommunen er det også vanskelig å tilpasse tilbudene som eksisterer til ulike brukergrupper. Dermed opplever enkelte kommuner at de i realiteten ikke har tilgjengelige tilbud til alle brukergruppene. Dette er særlig en utfordring i mindre kommuner der det er begrenset med brukere med tilsvarende ønsker og behov. I disse tilfellene kan private aktører være et alternativ. De private tilbudene er ofte godt tilpasset ulike brukere, men er ofte kostbare for kommunen.

8. VURDERING AV TILBUDET

I dette kapittelet gis en kort oppsummering av hovedfunnene fra kartleggingen, samt en presentasjon av Rambølls vurderinger og anbefalinger. Vi har tatt utgangspunkt i «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator», samt tilhørende veileder for å vurdere hvorvidt kommunene bidrar til å realisere nasjonale føringer for feltet.¹³

Det er viktig å påpeke at den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for kartleggingen ikke er egnet for å vurdere hvorvidt tjenestene er forsvarlige. I tillegg er datagrunnlaget begrenset, og det er ikke mulig å entydig konkludere hvorvidt kommunene oppfyller de nasjonale kravene på feltet. Imidlertid har vi gjennom kartleggingen identifisert utfordringer, mangler og forbedringspunkter i tjenestene som kan bidra til å belyse problemstillingen.

8.1 Oversikt over behovet

Kommunene skal ha oversikt over behovet for habilitering i kommunene. Dette fremkommer av «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator».¹⁴ I «veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» fremkommer det at kommunene også bør kunne innhente informasjon fra de som mottar meldinger, søknader og henvendelse om behov for habilitering. Dette gjelder både koordinerende enhet og fastleger.

Kartleggingen antyder at kommunen har oversikt på systemnivå over personer med omfattende habiliteringsbehov. Kommunen oppgir at de kjenner denne brukergruppen godt, da de har fulgt de tett fra de var barn. Imidlertid synes det å være enkelte utfordringer forbundet med å omsette denne kunnskapen om overordnede behov inn i konkret tjenesteutvikling og strategisk planlegging. Kartleggingen viser at til tross for at kommunen kan ha oversikt over antall brukere, tas dette i liten grad med inn i fremtidig planlegging av tjenester og boliger. Kartleggingen viser at det er stor mangel på tilrettelagte botilbud for målgruppen, og at mange derfor blir boende hjemme hos foreldre også etter 18-års alder.

På individnivå baserer de fleste kommuner seg på søknader om tjenester og tildelingskontorets kunnskap om brukernes behov for tjenester. Kartleggingen finner at det er varierende i hvilken grad kartlegging, vurdering og evaluering skjer kontinuerlig dersom det ikke søkes om tjenester. Funn fra kartleggingen viser at det er mange brukere som har vedtak og arbeidsplaner, hvor man arbeider mot samme mål i årevis, men hvor kommunen vurderer at dette ikke lengre er hensiktsmessig ut fra brukerens alder, behov og ønsker. Slik vi vurderer det, kan disse funnene indikere at enkelte kommuner mangler kunnskap om brukerens behov på individnivå, og at det er store mangler knyttet til kontinuerlig kartlegging, vurdering og evaluering.

Det kommer tydelig frem gjennom kartleggingen at kommunene mangler oversikt over personer med underliggende psykisk utviklingshemming eller autismespekterdiagnoser, både på individ- og systemnivå. Våre funn viser at flere i denne gruppen får diagnosen sent, og at denne ikke oppdages før andre utfordringer har fått utvikle seg, slik som rus- og/eller psykiske helseutfordringer, atferdsvansker eller kriminalitet. Med bakgrunn i dette, vurderer vi at det er behov for å styrke kompetanse og systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling, for å fange opp barn med behov for oppfølging. Her er det viktig at helsestasjonen, skolehelsetjenesten, samt barnehager og skoler bidrar til å avdekke og henvise videre for utredning og kartlegging.

¹³ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet.

¹⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §5

8.2 Innhold i tjenestene

I «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» fremkommer det at:

*«habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».*¹⁵

Kartleggingen viser at det er stort forbedringspotensial knyttet til å styrke innholdet i tjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov. Funn viser at flertallet av kommunene som inngår i kartleggingen i liten grad legger til rette for tidsavgrensede, planlagte og målrettede innsatser overfor målgruppen. Denne formen for tjenester forbindes i større grad med rehabilitering. De fleste informantene opplever at habilitering dreier seg om å opprettholde funksjon, og at det er tjenester som gis over svært lange perioder. Disse funnene kan indikere at kommunene som inngår i kartleggingen i liten, men varierende grad, oppfyller kravet om at prosessen skal være tidsavgrenset, med klare mål og virkemidler.

Det er viktig å påpeke at brukere med varige funksjonsnedsettelse kan ha behov for gjentakende prosesser gjennom livsløpet. Det er derfor sentralt at det arbeides systematisk med å sikre kontinuitet i tiltakene over tid. Mål, tidsplan og ansvarsfordeling bør nedfelles skriftlig. Individuelle planer kan være et godt verktøy i dette arbeidet.¹⁶

I følge veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal kommunenes tilbud være tverrfaglig. Kartleggingen viser at mange kommuner innehar flerfaglig kompetanse, men allikevel ytes det i liten grad tverrfaglige tjenester til målgruppen. Dette kan indikere at kommunene heller ikke på dette området bidrar til å realisere de nasjonale føringene. Vi vurderer derfor at det er et stort forbedringspotensial knyttet til å gi tverrfaglige tjenester til målgruppen. For å styrke samhandlingen bør det opprettes interne rutiner for samhandling og tverrfaglig tjenesteyting, som videre sikrer at relevant kompetanse blir gjort tilgjengelig for brukeren ved behov.

8.3 Samhandling og koordinering

Voksne med behov for habilitering har ofte medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, med konsekvenser for funksjon på mange livsområder. Behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljø er sentralt.¹⁷ Ved behov for tiltak fra flere sektorer, skal helse- og omsorgstjenesten i kommunen legge til rette for tverrsektoriell samhandling.¹⁸

Kartleggingen viser imidlertid at samarbeid mellom tjenestene internt i kommunen om målgruppen er mangelfullt. Det mangler samarbeid både mellom ulike boliger og aktivitetstilbud, samt mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene som skal yte tjenester til målgruppen. Funn viser også at det er forbedringspunkter knyttet til å inkludere fastlegen inn i arbeidet med individuell plan og ansvarsgrupper. Det er i denne sammenheng viktig å legge til rette for at fastlegen kan delta i slike møter på en mest mulig effektiv måte. Som allerede nevnt er det også store mangler i det tverrfaglige samarbeidet. Kommunen har flerfaglig kompetanse, men arbeider i liten grad tverrfaglig.

Funn viser også at det er særlige utfordringer i samarbeidet mellom somatiske helsetjenester og psykiatrien for personer med sammensatte behov. Dette gjelder både internt i kommunen, internt i spesialisthelsetjenesten, samt mellom disse.

¹⁵ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

¹⁶ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet

¹⁷ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet

¹⁸ jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5, fjerde ledd og § 18, fjerde ledd.

Tall fra IPLOS¹⁹ viser at i underkant av halvparten av målgruppen har Individuell plan. Funn fra intervjuene synliggjør at kommunene vurderer at individuell plan har begrenset verdi overfor voksne brukere med habiliteringsbehov. Årsaken mener kommunene at er brukers stabile tilstand, som gjør at koordineringsbehovet er så lite at det ikke er behov for individuell plan. Hvorvidt dette er tilfellet, eller om dette er brukere som har rett på individuell plan etter loven, kan ikke denne kartleggingen konkludere rundt. Likevel kan det være grunn til å vurdere hvorvidt individuell plan er et egnet verktøy for denne målgruppen eller hvordan dette verktøyet kan gjøres mer relevant. Enkelte kommuner opplever at andre verktøy, slik som primærkontakt, fungerer bedre for å koordinere tilbudet til brukergruppen. Brukerne som er intervjuet vurderer imidlertid at det er behov for koordinering av tjenestene, og etterlyser mer bruk av individuell plan og koordinator.

Kartleggingen viser også at det er vesentlige utfordringer forbundet med å benytte individuell plan som et aktivt verktøy. Dette handler både om at koordinatorene i liten grad sikres rammene som skal til for å utføre arbeidet, samt at det er utfordrende å finne ansatte med rett kompetanse til å utføre koordinatoroppgavene.

Koordinerende enhet har det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.²⁰ Hvorvidt kommunene som inngår i denne kartleggingen bidrar til å oppfylle disse kravene, kan ikke kartleggingen konkludere med. Imidlertid kan det sies at det er stor variasjon i hvordan koordinerende enhet i de ulike kommunene er organisert, og enkelte opplever at koordinerende enhet ikke har tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse til å utføre sine oppgaver.

8.4 Egenmestring og brukermedvirkning

Mange av kommunene er opptatt av at det har skjedd (og er i ferd med å skje) et skifte i tankene rundt brukermedvirkning og egenmestring. Flere av kommunene oppgir at de er opptatt av å finne ut av hva som er viktig for den enkelte, hva den enkelte vil mestre, og hva som skal til for å få det til.

Imidlertid viser funn fra kartleggingen at kommunen ikke er i mål med dette arbeidet. Tjenestene er fortsatt i for liten grad innrettet eller gjennomført slik at man ivaretar kravene til egenmestring og brukermedvirkning på en god nok måte.

Når det gjelder brukermedvirkning oppgir kommunen samtidig at dette er noe de er opptatt av, og at de ofte har rutiner for å kartlegge dette både på systemnivå og på brukernivå. Imidlertid vil vi med bakgrunn i funn fra denne kartleggingen stille spørsmål ved hvorvidt brukermedvirkningen er reell. Kartleggingen viser at kommunene i realiteten ikke har tilrettelagte tilbud til alle brukergrupper. Dette er særlig en utfordring i mindre kommuner, der det er begrenset med brukere med tilsvarende ønsker og behov. Det fremstår derfor som om brukermedvirkningen i begrenset grad faktisk er reell, gitt at kommunen har forhåndsdefinerte tilbud som i liten grad tilpasses den enkeltes behov, eller at de ikke har tilbud i det hele tatt. Kartleggingen viser at kommunen mangler tilbud til deler av målgruppen, særlig er det mangler knyttet til personer med lettere utviklingshemming og autismespekterdiagnoser.

8.5 Likeverdige tilbud

I følge «veileder om rehabilitering, habilitering, individuelle plan og koordinator» skal det tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov. Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjans til å nå de målene som er realistiske for han/henne som andre.²¹

¹⁹ IPLOS registeret 2015

²⁰ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6

²¹ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet

I det følgende gis en oppsummering og vurdering av hvorvidt brukergruppen mottar tjenester på lik linje med andre brukergrupper og befolkningen for øvrig. Kartleggingen er basert på et begrenset datagrunnlag, så det er ikke mulig å gjøre noen entydig konklusjon rundt denne problemstillingen. Imidlertid kan funnene bidra til å belyse problemstillingen.

8.5.1 **Organisering**

Målet er at tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud er integrert i habiliteringen til voksne.²²

Kartleggingen viser at når tjenestene til voksne med habiliteringsbehov er organisert som en del av det generelle helse- og omsorgstjenestetilbudet, opplever de som arbeider tettest med målgruppen at det er utfordrende å få tilgang til kompetanse og tjenester fra andre etater eller virksomheter. Dette gjelder blant annet tilgang på hjemmetjenester, både til brukere som bor i bofellesskap og til brukere som er hjemmeboende. Brukerne oppfattes i stor grad «som bo- og miljøtjenestens brukere» og ansatte i hjemmetjenesten opplever at de mangler kompetanse på brukergruppen. Vi vurderer at dette kan gå på bekostning av likeverdigheten i tilbudet. Enkelte kommuner har derfor valgt å opprette egne hjemmetjenester til målgruppen, eller har egne ansatte i den ordinære hjemmetjenesten som har et spesielt ansvar for å yte tjenester til målgruppen.

Med bakgrunn i funn fra kartleggingen, vurderer vi at organisering kan ha betydning for hvorvidt voksne med habiliteringsbehov får tilgang til likeverdige tjenester. Imidlertid er det ikke selve organiseringen i seg selv som er av betydning, men ulike former for organisering kan ha ulik påvirkning på innhold og gjennomføring av tjenestene. Om brukergruppen får tilgang på helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre innbyggere, har primært sammenheng med om det er god kompetanse nær brukeren, samt om kommunen har rutiner og systemer for å innhente kompetanse fra andre tjenester når det er behov for dette.

Organisering av tjenestene kan imidlertid ha betydning for hvorvidt det legges til rette for at det er kompetanse nær brukeren.

8.5.2 **Tilgjengelig kompetanse**

Ifølge «veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» skal kommunen ha grunnleggende basiskompetanse innen habilitering og rehabilitering samt fagspesifikk kompetanse.

Hvorvidt kommunen har nødvendig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester av god kvalitet kan ikke denne kartleggingen fullt ut svare på. Funn kan imidlertid indikere at det er vesentlige utfordringer forbundet med å sikre tilstrekkelig kompetanse inn i deler av tjenesten til brukergruppen. Kommunene oppgir at det særlig er utfordrende å gi gode tjenester til brukergruppen når disse er organisert i form av små botiltak eller én til én tiltak. Disse er hovedsakelig bemannet med assistenter og ufaglærte. Kommunen oppgir at det er svært utfordrende å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft inn i slike tiltak, og at det er utfordringer forbundet med å drive kvalitetssikring av tjenestene og fagutvikling.

Slik vi vurderer det kan disse utfordringene ha stor betydning for kvaliteten som gis i tjenestene og hvorvidt målgruppen får de tjenestene de har behov for. Det fremkommer gjennom kartleggingen at enkelte deler av personalet mangler observasjonskompetanse og dermed ikke er i stand til å oppdage endringer i behov og sette inn tiltak ut fra behovene. Selv om kartleggingen ikke entydig kan konkludere rundt spørsmålet om likeverdighet i tjenestene, kan disse funnene indikere at brukergruppen ikke har likeverdig tilgang på helsetjenester.

²² Kommunen skal legge til rette for at tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 inngår i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert eller finansiert.

Det fremkommer som et helt tydelig funn at kommuner må sikre, gjennom organisering og/eller rutiner, at den enkelte bruker har jevnlig tilgang på kompetent personell som kan gjøre vurderinger av brukeren og eventuelle behov brukeren har for henvisning til annen fagkompetanse. Dette er viktig for å sørge for at somatiske og psykiske helseplager blir identifisert, og at bruker blir henvist videre ved behov. Imidlertid mangler et flertall av kommunene systemer som sørger for å kartlegge helsesituasjonene til den enkelte bruker, og som sikrer kontakt med fastlege og annen relevant fagkompetanse ved behov.

«Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse» har utarbeidet informasjonsmaterieil og sjekklister til helsepersonell, fastleger og miljøarbeidere for å sikre tilgang til helsetjenester til personer med utviklingshemming.²³ Disse verktøyene har ikke blitt nevnt som sentrale i kommunenes arbeid med å sikre tilgang til helsetjenester for målgruppen. Det er grunn til å anta at det i fremtiden bør arbeides med å implementere disse verktøyene i kommunene.

For å sikre lik tilgang på tjenester til målgruppen er det også viktig å sikre god kompetanse i kommunens ledelse, slik at ledelsen evner å gjennomføre strategisk fag- og tjenesteutvikling, samt kvalitetssikring og internkontroll. Koordinerende enhet og bestillerkontoret må ha kompetanse til å gjøre en tilstrekkelig god vurdering av den enkelte brukers behov for tjenester.

Vi vil særlig fremheve at kartleggingen identifiserer mangler knyttet til kompetanse, samt mangler knyttet til tverrfaglig samhandling, når det gjelder brukere med habiliteringsbehov og samtidige psykiske lidelser. Dette gjelder både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederne²⁴ for spesialisthelsetjenesten er tydelige på at mennesker med utviklingshemming, på lik linje med andre, har rett til utredning og behandling av psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. Funn fra kartleggingen kan imidlertid indikere at det er enkelte mangler knyttet til oppfølgingen av prioriteringsveilederne. Når det gjelder oppfølging av denne målgruppen, fremkommer denne som fragmentert, med lite enhetlig organisering både innad og mellom de ulike helseforetakene, noe som medfører at brukere ikke får den oppfølgingen de har behov for.

8.5.3 Likeverdighet uavhengig av botilbud

Kartleggingen viser at hovedvekten av tjenester som gis til målgruppen gis i bemannede boliger, og kun et fåtall kommuner har ambulante tjenester som gir tjenester spesifikt til målgruppen. Hvorvidt tilbudet til målgruppen er likeverdig uavhengig av botilbud kan denne kartleggingen imidlertid ikke entydig konkludere på.

Kommuner som ikke har egne ambulante tjenester som yter hjemmetjenester til målgruppen er avhengig av tjenester fra eksempelvis hjemmetjenester, de som gir tjenester gjennom BPA eller assistentordninger til brukere som ikke er bosatt i bofellesskap. Kartleggingen viser videre at det er vesentlige utfordringer forbundet med å få tilgang til tjenester av god kvalitet under disse ordningene. Enkelte av kommunene er derfor åpne om at de opplever det som utfordrende å gi samme kvalitet og innhold i tjenestene til de som bor hjemme.

Ulikheten i tilbudet som gis i bemannede boliger og i eget hjem har også sammenheng med at det arrangeres mange aktiviteter i regi av bofellesskapet. Brukerne får dermed ikke vedtak om flere tjenester, men de får delta i aktiviteter og sosiale settinger som hjemmeboende brukere ikke får tilbud om.

8.5.4 Likeverdighet uavhengig av behov

Funn fra kartleggingen kan indikere at kommunene prioriterer å gi tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Dette er en naturlig prioritering, da disse brukerne har både rett på og

²³ Helsesjekk og utviklingshemming. <http://www.aldringoghelse.no/startside/utviklingshemming/temasider/helse>

²⁴ Prioriteringsveileder – Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for voksne

stort behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Våre funn kan imidlertid indikere at dette kan gå på bekostning av tilbudet som gis til personer med mindre omfattende behov. Kartleggingen viser blant annet at det er vesentlige mangler i tilbudet til henholdsvis personer med lettere utviklingshemming og velfungerende personer med autismespekterdiagnoser.

Avslutningsvis indikerer våre funn at personer med habiliteringsbehov og andre kronikergrupper nedprioriteres i deler av kommunens helse- og omsorgstjenester, til fordel for personer med mer akutte tilstander eller personer som vurderes å ha et større rehabiliteringspotensiale.

8.6 Hva skal til for å styrke tilbudet til målgruppen?

Vi har identifisert følgende suksesskriterier for å styrke tilbudet til målgruppen:

- Kompetanse nær brukeren
- Retningslinjer for tverrfaglig samarbeid og henvisning til andre faggrupper ved behov
 - Organisering og/eller rutiner som sikrer jevnlig oppfølging av psykisk og somatisk helse-tilstand
- Mer tverrfaglig, målrettede og tidsavgrensede tiltak
- Større grad av brukermedvirkning
- Faglig ledelse og fagutvikling
- Lederkompetanse
- Mer differensierte dagaktivitetstilbud som dekker et bredere spekter av brukerbehov
- Flere tilrettelagte arbeidsplasser (både VTA og kommunale)
- Boligutvikling - Tilrettelagte kommunale boliger eller boliger som opprettes i fellesskap mellom kommune og brukere/pårørende
- Systemer for samhandling og koordinering av tjenester
- Bruk av individuell plan
- Sikre tilstrekkelig kompetanse og rammebetingelser for koordinatorene

9. EKSEMPLER PÅ GODE GREP I KOMMUNENE

Som beskrevet gjennom rapporten er det en rekke utfordringer forbundet med kommunenes helse- og omsorgstjenestetilbud til voksne med habiliteringsbehov. Utfordringene knytter seg både til hvordan kommuner organiserer tjenestene, kompetanse og kapasitet hos de ansatte i tjenestene, samhandling og brukermedvirkning.

Kartleggingen viser midlertid at det finnes mange gode initiativer i kommunene og at flere av kommunene arbeider målrettet med å forbedre tjenestene til personer med habiliteringsbehov.

I dette kapitlet presenteres eksempler på gode grep fra et utvalg kommuner. Eksemplene er identifisert gjennom dokumentstudier og intervjuer med kommunene. De gode grepene er kun basert på kommunens opplevelse av tiltaket og Rambøll kan ikke konkludere med at grepene som kommunene har tatt er eksempler på beste praksis på feltet. Eksemplene på gode grep kan imidlertid være til inspirasjon, og bidra til refleksjon rundt hvordan man kan styrke tjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov.

9.1 Habilitering som egen virksomhet

Flere av kommunene som inngår i kartleggingen har valgt å organisere tjenestene til voksne med habiliteringsbehov i en egen virksomhet.

Kartleggingen viser at kommuner med et større antall brukere i målgruppen opplever det som svært hensiktsmessig å organisere tjenestene på denne måten. Kommunene erfarer at en spredt organisering kan føre til at det er utfordrende å få til et godt samarbeid mellom alle helse- og omsorgstjenester for å sikre at brukergruppen får tilgang på alle tjenester.

I tillegg fremhever informanter at det blir et sterkere fagmiljø når tjenestene er organisert i egen enhet. Et sterkt fagmiljø bidrar videre til et bedre tilbud til brukergruppen.

I rammen under beskrives eksempel fra Bodø kommune som har opprettet en egen virksomhet.

Bodø kommune - Etablering av ny virksomhet

Tjenestene til personer med habiliteringsbehov hadde tidligere svært fragmentert organisering i Bodø kommune. Tjenestene var underlagt fem ulike virksomheter.

«Tidligere var disse tjenestene fordelt geografisk, noe i egne virksomheter, dag- og aktivitetstilbudene var på siden av de andre tjenestene. Noe var organisert sammen med institusjonene og noe sammen med hjemmetjenester. Annet var tilfeldig fordelt ut fra geografi»

Kommunen opplevde at den spredte organiseringen resulterte i veldig ulik praksis rundt om i de ulike tjenestene.

«Det vi har sett som en klar problemstilling er at det har vært veldig ulik utvikling og ulikt lederskap når det var så delt. Det har vært veldig ulikt hvordan man har fokusert, og man har ikke hatt noe felles tanke eller strategi for tjenestene. Dette resulterer i ulik praksis på feltet».

Den spredte organiseringen var også et hinder for samarbeid og samordning internt. Særlig så kommunen et behov for å se tjenester i bolig og dag- og aktivitetstilbud mer i sammenheng.

Organiseringen med mange små enheter gjorde det også vanskelig å rekruttere og beholde kompetanse. Kommunen opplevde også at det var vanskelig å kvalitetssikre innhold og kvalitet på tjenestene som ble gitt i små tiltak, og tjenestene ble heller ikke tilgodesett med fagutvikling.

Med bakgrunn i denne situasjonen har kommunen gjort flere grep, blant annet knyttet til organisering av tjenestene, og det har blitt opprettet en egen enhet med navnet «miljøtjenesten».

Ved opprettelse ble det arbeidet målrettet med å lage en felles målsetting for tjenesten. I miljøtjenesten skal man «tilby et helhetlig tjenestetilbud, forutsigbare tjenester med god kvalitet i samsvar med behov, og tjenester som tømmer opp under medbestemmelse. Tjenestene skal også støtte opp under brukerens muligheter til å kunne være en medborger og brukerne skal ha færrest mulig tjenester å forholde seg til».

Kommunen opplever at denne felles målsettingen har bidratt til at man har fått en større enhetlig forståelse for hva feltet skal være, og hvordan man skal jobbe i tjenestene. Tidligere opplevde ansatte at tjenestene til personer med habiliteringsbehov ble nedprioritert, men etter at man har samlet alle tjenestene inn i én virksomhet oppleves det at dette har bidratt til å heve feltets omdømme og prioritet. Ansatte i tjenestene mener at samling av tjenestene har bidratt til å profesjonalisere arbeidet som gjøres i tjenestene, og at det i dag i større grad også legges vekt på videreutvikling av tjenestene, samt kompetanseheving innen denne tjenesten. At alle tjenestene er samlet i en virksomhet med en felles virksomhetsleder gjør det også enklere å planlegge behovene fremover.

9.2 Utnytte tilgjengelig kompetanse og etablering av fagmiljø

Kartleggingen viser også at det er utfordringer forbundet med kompetansesituasjonen i kommunen. Alle kommunene oppgir at det er utfordrende å rekruttere og beholde kompetanse, samt å etablere fagmiljø innen habilitering i kommunene. Flere av kommunene arbeider målrettet med å samle og utnytte kompetanse på en mer målrettet måte.

I rammen under beskrives eksempel fra Bodø kommune som har arbeidet strategisk med rekruttering og fastholdelse av kompetanse på feltet.

Bodø kommune – Rekruttere, beholde og utnytte kompetanse

I forbindelse med de organisatoriske endringene som har blitt gjennomført i Bodø kommune har man også diskutert hvordan dette kan bidra til å rekruttere, beholde og utnytte kompetanse på en bedre måte.

Kommunen opplever at det er utfordrende både å rekruttere og beholde kompetanse, dette gjelder særlig vernepleiere. Kommunen opplever at de mister vernepleiere til andre kommunale virksomheter, slik som rus- og psykisk helse fordi vernepleierne opplever at de i større grad får brukt sin kompetanse innen disse tjenestene. Kommunen mener at de må se på organisering og innhold i arbeidsoppgavene for å gjøre det mer spennende og faglig utfordrende å jobbe i tjenestene til personer med habiliteringsbehov.

«I dag ser vi at man utfører alle arbeidsoppgaver uavhengig av utdanning. Det kan være gode grunner til det - som effektiv utnyttelse av ressurser. Dette betyr at kompetansen blir litt usynlig, eller at den ikke kommer godt nok frem. Dette kan gjøre det mindre attraktivt å jobbe som utdannet i denne sektoren. Vi må rigge oss for å være en attraktiv arbeidsgiver og for å kunne gi gode tjenester til brukerne».

Kommunen ser i dag på muligheten til å bruke ressursene og kompetansen mer fleksibelt på tvers, slik at de ansatte skal kunne arbeide med mer varierte problemstillinger, og slik at man skal få et større fagmiljø som kan samarbeide om fagutvikling.

Kartleggingen viser at det er store kapasitetsutfordringer i ergoterapitjenesten i kommunen. Samtidig viser kartleggingen at kommunen har utfordringer med å kartlegge brukere med kognitiv svikt og at kommunen mangler kompetanse på dette.

I rammen under vises eksempel fra Østre - Toten kommune som arbeider med å utnytte tilgjengelige ergoterapeutressurser for å benytte disse inn i kartlegging av kognitiv svikt.

Østre - Toten kommune - Strategisk bruk av ergoterapeutkompetanse

Kommunen oppgir at de har presset kapasitet på ergoterapitjenesten i kommunen. Det har derfor blitt opprettet egne hjelpemiddelkoordinatorer ved hver institusjon eller bolig i kommunen med ansvar for håndtering av enklere hjelpemiddelsaker. Fysioterapeuter har fått opplæring i å håndtere mindre komplekse saker. Dette bidrar til at ergoterapeutene som har spesialisert kompetanse får frigitt tid til å arbeide med de mer kompleksene hjelpemiddelsakene.

Kommunen ser også potensiale i å utnytte ergoterapeutenes kompetanse mer strategisk i å kartlegge kognitiv svikt. Ergoterapeutene i kommunen skal i fremtiden arbeide mer med å kartlegge personer med kognitiv svikt eller skade, og bidra til tilrettelegging for denne målgruppen. Kommunen ser et økende behov for kompetanse til å kartlegge kognitiv svikt og tilrettelegging, da mange ulike brukergrupper har kognitiv svikt som går ut over funksjon i dagliglivet.

Kartleggingen viser at det er flere utfordringer forbundet med kompetansesituasjonen i kommunen. Blant annet viser kartleggingen at kommunene mangler høyskolekompetanse. En annen utfordring omhandler hvordan kommunen best mulig kan utnytte den kompetansen de har tilgjengelige, samt hvordan de skal kunne gi tverrfaglige tjenester. I Flora kommune er man i en prosess hvor man skal opprette større enheter med tverrfaglig kompetanse, slik at man best mulig skal kunne utnytte tilgjengelig kompetanse i tråd med brukerens behov.

I rammen under beskrives hvordan Flora kommune arbeider med å opprette tverrfaglige ambulante tjenester til målgruppen.

Flora kommune - Etablere tverrfaglige ambulante tjenester

Flora er i en prosess hvor de ser på organisering, gjennomføring og innholdet i tjenestene til personer med habiliteringsbehov i kommunene. Bakgrunnen er at organisering og innhold av tjenestene har endret seg lite siden HVPU-reformen. Kommunen opplever at de i varierende grad har lyktes med fagutvikling på feltet, og ser at det er enkelte utfordringer forbundet med å gi tverrfaglige individuelt tilpassede tjenester til brukergruppen innen dagens organisering. Blant annet opplever kommunen at det er stadig økende behov for somatisk kompetanse fordi brukerne blir eldre og at flere har sammensatte behov.

Kommunen er derfor i gang med å gjøre en gjennomgang av IPLOS-vurderinger, innholdet i vedtakene og arbeidsplaner for brukerne. Dette skal bidra til å tilpasse tjenestene bedre til hver enkelt brukers behov. Denne gjennomgangen har også gitt kommunen en oversikt over hvilke kompetanse som er nødvendig i de ulike tiltakene/boligene.

Kompetansen som kommunen har tilgjengelig i dag er i noe grad skjevt fordelt, og kommunen ser på muligheten til å disponere tilgjengelig kompetanse mer fleksibelt på tvers ut fra brukerbehovene. Tjenestene skal leveres av «arbeidslag» fra en større enhet, med mer bredde i kompetanse og færre ansatte i fortrinnsvis hele stillinger. I den sammenhengen er de i ferd med å samle kompetansen i en felles «kompetanepool» med bred tverrfaglig kompetanse.

En slik organisering skal også bidra til å sikre at man har en basiskompetanse tilgjengelig til en hver tid, samtidig som man kan trekke på mer spisset kompetanse når dette er nødvendig ut fra brukernes behov. Tjenestene skal ytes ambulant i større grad enn det som gjøres i dag. I opprettelsen av den nye tjenesten ønsker man også å ansatte flest mulig i hele stillinger for å sikre kontinuitet overfor brukerne. Samtidig skal man arbeide aktivt med primærpleieprinsippet for å sikre at kontinuitet og helhet ivaretas på en god måte.

9.3 Fastleger med særlig kompetanse på målgruppen

Kartleggingen viser at det er svært store forskjeller mellom fastleger både når det gjelder kompetanse på, og prioritering av brukergruppen og brukergruppens behov.

For å imøtekomme utfordringen knyttet til variasjon mellom fastleger har flere av kommunene som inngår i kartleggingen etablert, eller vurderer å etablere, fastleger som har et særlig ansvar for voksne med habiliteringsbehov.

I rammen under beskrives hvordan Hjartrdal kommune har arbeidet med å opparbeide kompetanse blant fastlegene på målgruppen.

Hjartdal kommune - Dedikerte fastleger

Hjartdal kommune har sikret at fastleger har god kompetanse om målgruppen. Kommunen har to kommunalt ansatte fastleger som har alle innbyggere med et omfattende habiliteringsbehov på sine fastlegelister.

Kommunen oppgir at ordningen medfører at alle i brukergruppen får fast oppfølging av fastlege, at fastlegen driver oppsøkende virksomhet overfor de som ikke oppsøker fastlegen selv, og at det er etablert gode rutiner for systematisk oppfølging av den enkelte bruker.

Dedikerte fastleger utfordrer imidlertid fastlegeordning og pasientrettighetene. Dette må derfor være en frivillig ordning der brukeren selv, eller pårørende eller verge, søker seg til fastlegens lister.

9.4 Team med kompetanse på både letter psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og rus

I alle kommunene som inngår i kartleggingen oppgir informanter at det er utfordrende å gi et godt tilbud til personer med lettere psykisk utviklingshemming og autismspekter-forstyrrelser, gjerne når målgruppen i tillegg har psykiske helseutfordringer, utfordrende adferd eller rusutfordringer. Utfordringene handler både om å kartlegge, identifisere og sette inn tidlig tiltak, samt å finne gode metoder og tiltak for oppfølging i kommunen etter at problematferd har oppstått. Kommunene oppgir også at dette er en økende gruppe.

Flere av kommunene oppgir at disse målgruppene krever en koordinert og helhetlig innsats fra flere hold, både internt i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Froland kommune har opprettet en egen ambulant bo-oppfølgingstjeneste for denne målgruppen. Eksempelet fremkommer i rammen under.

Froland kommune - Oppfølgingsteam PU og psykisk helse

Froland kommune har opprettet en egen ambulant bo-oppfølgingstjeneste for å følge opp brukere med lettere psykisk utviklingshemming eller autismespekter-forstyrrelser i kombinasjon med psykiske lidelser og/eller rus.

Bakgrunnen for opprettelsen av oppfølgingstemaet var at man så at flere yngre personer i denne målgruppen hadde utfordringer med å fullføre videregående og komme ut i arbeidslivet. Flere hadde også utfordringer med rus og annen problematferd. Før opprettelsen av denne ambulante tjenesten hadde kommunen begrenset med tjenester tilpasset brukergruppen.

I dag yter kommunen ambulante tjenester inn i hjemmet til målgruppen. Oppfølgingen er veldig varierende ut fra hva brukeren har behov for, alt fra tilsyn, til samtaleoppfølging og miljøarbeid i form av ADL-oppfølging. ADL-oppfølgingen kan knytte seg til døgnrytme, stå opp om morgenen, organisere dagen, følge til legen, handle, lage mat og gjøre husarbeid.

Teamet er organisert under psykisk helse og rus, men det er et tett samarbeid mellom rus og psykiske helsetjenester og miljøtjenesten for å sikre riktig kompetanse inn i tjenestene.

Teamet samarbeider også med NAV og arbeidsgivere for å sikre at brukerne skal kunne stå i jobb.

9.5 Bruk av tvang og makt

Alle kommunene som inngår i kartleggingen har hatt utfordringer når det gjelder kompetanse på bruk av tvang og makt. Flere av kommunene oppgir at de har iverksatt tiltak på bakgrunn av tilsyn som har identifisert mangler og avvik.

Kartleggingen viser at det skjer mye ute i kommunene for å øke kompetansen på bruk av tvang og makt, men at det enda er en vei å gå.

Under er et eksempel fra en kommune som har satt i gang et systematisk arbeid som retter seg mot alle relevante ansatte i kommunen.

Ålesund kommune - Refleksjonsgrupper

Ålesund kommune har opprettet et system for gjennomføring av refleksjonsgrupper som omhandler bruk av tvang og makt i tjenestene. Kommunene fikk inspirasjon fra besøk i en annen kommune. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid mellom habilitering og arbeids- og aktivitetstilbudet i kommunen. Det er opprettet refleksjonsgrupper der ansatte sammen skal ha etisk refleksjon rundt kapittel 9, om bruk av tvang og makt.

Refleksjonsgruppene er satt i system, der alle ansatte skal være gjennom et visst antall refleksjonsgruppemøter i løpet av et år.

Kommunen har erfart at det må være tydelige strukturer for refleksjonsgruppene, og at de bør gjennomføres med faste mellomrom. Det er også viktig at disse er forankret i planverk. Dersom det ikke er tydelig forankret vil det være vanskelig å prioritere å gjennomføre dem.

9.6 Samarbeid om overgang fra skole til arbeidsliv

En utfordring som fremkommer i denne kartleggingen som også har vært påpekt i flere tidligere utredninger²⁵ er utfordringer i overgangen mellom skole og arbeids- og aktivitetstilbud. Her handler det både om kartlegging av ønsker og muligheter, tverrfaglig samarbeid, samt tilrettelegging og individuell tilpasning av tilbud.

Tromsø kommune, NAV Tromsø og Troms fylkeskommune har inngått en samarbeidsavtale for å bedre overganger mellom grunnskole, videregående opplæring og arbeidslivet for elever med utviklingshemming og annen kognitiv svikt. Kommunen selv opplever at de fortsatt har en vei å gå før de lykkes i dette arbeidet, men mener at en samarbeidsavtale er et skritt på veien til å lykkes.

Tromsø kommune - Samarbeidsavtale for å bedre overganger mellom grunnskole, videregående opplæring og arbeidslivet

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom kommunen, fylkeskommunen og NAV for å sikre bedre overganger mellom grunnskole, videregående opplæring og arbeidslivet for personer med utviklingshemming og annen kognitiv svikt.

I samarbeidsavtalen står det at, «god koordinering mellom ulike offentlige etater er en stor utfordring, og eleven står ofte uten et tilbud etter videregående skole. Elever med ulik grad av utviklingshemming og kognitiv svikt tar sjelden utdanning etter videregående opplæring. Det er derfor av stor betydning at årene i videregående opplæring planlegges godt slik at det legges et godt grunnlag for fremtidig yrkesdeltakelse».

Avtalen har følgende mål:

- Målgruppen og deres foresatte får tilstrekkelig og nødvendig informasjon om rettigheter og ulike utdanningsprogram, som gjør at de blir rustet for å ta bevisste valg.
- Målgruppen får forutsigbare og planlagte overganger mellom grunnskole, videregående opplæring og arbeidsliv.
- Målgruppen får en målrettet opplæring mot planlagt grunnkompetanse for arbeidsliv.

9.7 Brukermedvirkning i praksis

Kartleggingen finner at det er flere utfordringer forbundet med å sikre god brukermedvirkning for målgruppen. Dette knytter seg til etiske dilemmaer rundt hva som er pårørendes ønsker og hva som er brukerens ønsker eller behov. Videre er det også utfordrende å sikre brukermedvirkning for personer med utviklingshemming, da det kan være vanskelig å få disse til å delta aktivt.

Ved ett av bofellesskapene i Østre – Toten kommune arbeides det aktivt med å sikre brukerinvolvering av beboerne. Dette kan trekkes frem som et eksempel på hvordan man kan gjennomføre brukermedvirkning i praksis. Eksempelet presenteres i rammen under.

²⁵ Blant annet Sveinung Legard; .(2013). *En kunnskapsoversikt over forskning, politikk og tiltak for å bedre unge funksjonshemmedes overgang til høyere utdanning og arbeid*(AFI Rapport 2013:7).Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Østre – Toten kommune - Brukermedvirkning i praksis

Ved ett av bofellesskapene i Østre – Toten kommune gjennomføres det flere små tiltak for å sikre brukermedvirkning i praksis. Dette gjøres blant annet gjennom husmøter. Dette er møter mellom beboere og leder i bofellesskapet. Det gjennomføres individuelle samtaler mellom beboerne og leder fire ganger i året. I møtene er det åpen agenda, og beboerne får ta opp det de selv ønsker å snakke om. Det er særlig vekt på hva de er fornøyd med, hva de savner og hva som må forbedres. Leder for bofellesskapet opplever at dette er en svært nyttig arena for å få tilbakemelding fra beboerne. Dette er også en fin arena for leder til å bli godt kjent med alle brukerne som bor i bofellesskapet.

9.8 Styrke arbeids- og aktivitetstilbud

Et av hovedfunnene i kartleggingen er at de er store mangler når det gjelder arbeids- og aktivitetstilbud til målgruppen. Dette handler både om kapasiteten på tilbudet som eksisterer, men også at tilbudet er lite differensiert og tilpasset til enkelte målgrupper. Videre finner kartleggingen at det er store kapasitetsutfordringer på VTA-plasser og andre tilrettelagte arbeidsplasser.

Tromsø kommune skal fremover arbeide aktivt med å styrke tilbudet om arbeids- og aktivitetstilbud. Eksempelet vises i rammen under.

Tromsø kommune - Opprette egen enhet for arbeids- og aktivitetstilbudet

Kommunen oppgir at de har hatt flere utfordringer forbundet med sitt arbeids- og aktivitetstilbud. Blant annet ser kommunen at det er stor mangel på VTA-plasser. Videre opplever kommunen at de i for liten grad har tilbud som er tilstrekkelig differensierte for å dekke alle brukerbehovene. Tidligere organisering av tilbudene har også medført at det er utfordrende å se de ulike tilbudene på tvers.

Med bakgrunn i dette skal kommunen opprette en egen ny enhet for arbeid- og aktivitetstilbud. Bakgrunnen for opprettelsen er at kommunen ønsker å ha arbeid- og aktivitet som et prioritert område for kommunen. Kommunen fremhever at arbeid- og aktivitet må ses i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Ved å samle alle arbeids- og aktivitetstilbudene i én enhet vil man kunne se de ulike tilbudene i sammenheng og trekke vekslers på hverandre. Ved opprettelse av en slik ny enhet vil det også ses på behov for å styrke bemanning og kompetanse ved dagtilbudene. Slik det er i dag er mye av ressursene knyttet opp til boligene, men dagtilbudene har mindre ressurser tilgjengelig til tross for at brukerne er her store deler av dagen.

Det fremheves også som viktig at man gjennom denne endringen får samlet kompetanse på arbeid- og aktivitet. Kommunen håper at dette kan bidra til at det vokser frem et fagmiljø på området og at feltet får høyere prioritet fremover.

