



Forvaltningsrevisjon | Bergen kommune

Tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap

Februar 2023

«Forvaltningsrevisjon av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap» - oppdatert versjon etter kontrollutvalgsmøtet 15. februar 2023

Februar 2023

Rapporten er utarbeidet for Bergen kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap¹ i Bergen kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune 19.1.2022 i sak 12/22. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende internkontroll knyttet til tjenestene som gis i bofellesskapene til personer med utviklingshemming i Bergen kommune. God internkontroll skal sikre at tjenestene som gis til personer med utviklingshemming er i samsvar med etablerte mål, krav til god kvalitet og i samsvar med regelverket. I undersøkelsen er det gjennomført dokumentanalyse av planer og rutiner, spørreundersøkelse til alle ledere ved bofellesskap i kommunen, intervju med ledere og ansatte ved fire bofellesskap og intervju med tre pårørende. Oppdraget er gjennomført i tidsrommet februar til desember 2022.

Bofellesskap for personer med utviklingshemming består av bygg med flere individuelle leiligheter, fellesrom og fasiliteter for personalet som yter tjenester til den enkelte beboer. Bofellesskap er private hjem der beboerne skal gis mulighet for selvråderett, innflytelse på eget liv og medbestemmelse. Beboerne har svært ulike bistandsbehov, men skal kunne leve gode liv i tråd med egne ønsker, behov og forutsetninger. Ved utgangen av 2021 hadde Bergen 499 beboere i kommunale bofellesskap og 119 beboere private bofellesskap.²

Denne undersøkelsen omfatter de 80 kommunale og ni privateide bofellesskapene som bemannes av kommunen. Hvert bofellesskap ledes av en *avdelingsleder*. Bofellesskapene i kommunen er organisert under fire områder i kommunen kalt botjenester. Disse er omtalt som *enheter* i denne rapporten. Det er totalt 68 avdelingsledere fordelt på alle de 89 bofellesskapene i kommunen. Avdelingslederne rapporterer til og følges opp av ledelsen i de fire enhetene.³

Under oppsummerer vi Deloitte's funn og vurderinger fra forvaltningsrevisjonen.

Mål, ansvar og myndighet

Det er utarbeidet tydelige mål, men rapportering i forhold til overordnede mål er ikke tilstrekkelig systematisk

Det er utarbeidet både overordnede mål for kommunen og mål for enhetene som omhandler tjenester til personer med utviklingshemming i bofellesskap. Deloitte's vurdering at det er etablert tydelige overordnede mål med tilhørende tiltak i kommunens tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming. Mål for tjenestene fremkommer også i årsbudsjett, økonomi- og handlingsplaner, styringskort for ulike ledernivå og oppdragsnotat for etatsdirektør og enhetsledere. Verken mål i styringskort, mål i kompetanseplaner eller oppdrag i oppdragsnotat til etat og enhet viser til hvilke konkrete overordnede mål i tiårsplanen de er ment å ivareta eller følge opp. Det er derfor ikke eksplisitt gjort rede for hvilke av tiårsplanens overordnede mål tjenestene har valgt å prioritere på kortere sikt. Kommunens rapportering knyttet til status på overordnet plan, kunne vært tydeligere fremstilt. Mens tiårsplanen gir en skjematisk oversikt over mål, tiltak og overordnet kostnadsoverslag, gir ikke rapporteringen en tilsvarende tydelig og systematisk oversikt over gjennomførte tiltak, status for pågående tiltak eller påløpte kostnader i forhold til plan.

Selv om det er utarbeidet relevante fullmaktsdokumenter, stillings- og rollebeskrivelser, er det behov for å tydeliggjøre avdelingsledernes rolle samt rollen som primærkontakt

Kommunen har utarbeidet relevante fullmaktsdokumenter for fag, personal og økonomi, og disse gjengir hvilke fullmakter som er delegert til hvilket ledernivå i etaten. Stillingsbeskrivelsene som er utarbeidet for stillinger på etats- og avdelingsnivå fremstår som tydelige når det gjelder hvilket ansvar som er knyttet til de ulike stillingene i bofellesskap. Basert på at mange ledere i spørreundersøkelsen ikke opplever sitt ansvarsområde som tydelig definert, mener Deloitte likevel at dette viser behov for å gå nærmere inn i og tydeliggjøre hva avdelingsledernes ansvar og oppgaver er i praksis.

Viktige funksjoner i bofellesskapene, for eksempel rollen som ansvarsvakt er beskrevet. Det er imidlertid ikke utarbeidet en felles rollebeskrivelse for rollen som primærkontakt for brukerne. Deloitte mener at rollen som primærkontakt bør vurderes tydeliggjort og registreres at kommunen har planer for dette i sitt arbeid med å følge opp nasjonal veileder for tjenester til personer med utviklingshemming.

¹ Deloitte har etter kontrollutvalget behandlet rapporten i sitt møte 15. februar 2023, valgt å gjennomgående omtale brukerne omtalt i rapporten som *personer med utviklingshemming* (i stedet for *utviklingshemmede* som ble benyttet i tidligere versjon). Etatens navn *Etat for tjenester til utviklingshemmede* er imidlertid ikke endret.

² De private bofellesskapene er både eid av privat-ideelle organisasjoner og av andre private.

³ Dette avsnittet er lagt til i rapporten etter at byråden har hatt den på høring.

Organisering og system for lederoppfølging og lederstøtte

Kommunen har ikke sikret tilstrekkelig lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofellesskap

Etaten har etablert et system for oppfølging av enhetsledere som består av fellesmøter og individuelle møter. De individuelle samtaler mellom etatsdirektør og enhetsledere fungerer som ledelsens gjennomgang der viktig informasjon gjennomgås og styringsdata analyseres og drøftes. En slik struktur med ledelsens gjennomgang er imidlertid ikke etablert for oppfølgingen av lederne for bofellesskap. Vår vurdering er at dette gir risiko for at avdelingslederne ikke får tilstrekkelig lederstøtte og oppfølging med hensyn til å nå ønskede mål og resultater.

Det er etablert en fast møtstruktur for avdelingsledere i alle enheter for å ivareta informasjonsdeling og erfaringsdeling. Selv om dette ikke gjelder alle, viser undersøkelsen at de fleste lederne opplever at møtene gjennomføres tilstrekkelig ofte og at de mottar tilstrekkelig informasjon og oppdatering fra enhetsledelsen. Undersøkelsen viser samtidig at kun halvparten av avdelingslederne opplever at de i stor grad får tilstrekkelig støtte og veiledning når det gjelder HR/personalrelaterte tema. Videre er det kun en tredjedel av avdelingslederne opplever å få tilstrekkelig støtte og veiledning knyttet til økonomi og oppfølging av tjenestebrukere. Deloitte mener derfor at oppfølgingen av avdelingslederne derfor ikke er tilstrekkelig. Deloitte mener det er uheldig at ledere ikke opplever at enhetene har tilstrekkelig kapasitet til å følge dem opp når de opplever å ha behov for dette, verken på en helhetlig måte, i krevende personalsaker, når det gjelder oppfølging av brukere eller i forbindelse med vanskelige situasjoner med pårørende. Manglende oppfølging i slike tilfeller kan medføre negative konsekvenser for arbeidsmiljøet, redusert kvalitet i tjenestene og at pårørendesamarbeidet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt til det beste for bruker og tjenestene.

Etatsledelsen har startet et viktig og nødvendig arbeid med å revurdere organiseringen av bofellesskapene

Etat for tjenester til utviklingshemmede ble i 2017/2018 omorganisert fra tidligere å ha utgjort åtte bydelsgesografiske botjenester, til nå å utgjøre fire bygeografiske botjenester (i hovedsak omtalt som *enheter* i denne rapporten). I denne omorganiseringsprosessen besluttet man også å satse på rendyrket lederskap for avdelingslederne tjenestestedene, ledere som tidligere også jobbet miljøterapeutisk. Det ble også åpnet for at to bofellesskap kunne ledes av en og samme avdelingsleder der det var tjenlig. Undersøkelsen viser at de fleste ledere har ansvar for mellom 30 og 50 ansatte (27 av lederne som har svart på spørreundersøkelsen). Det er likevel 14 ledere som har ansvar for mellom 50 og 70 ansatte og tre ledere med ansvar for over 80 ansatte. I tillegg opplyser lederne at de også har ansvar for mange vikarer. Det opplyses om ansvar for inntil 30 ringevikarer eller ekstravakter.

Etatsledelsen ved etat for tjenester til utviklingshemmede har satt i gang et prosjekt for å revurdere organiseringen av bofellesskapene fordi de har erfart at nåværende organisering med store enheter ikke fungerer tilfredsstillende og er for store til å sikre oppfølging og utvikling både faglig, administrativt og økonomisk.

Deloitte mener det blir viktig å etablere en organisering som gir lederne tilstrekkelig støtte, veiledning og kapasitet til å følge opp sitt ansvarsområde slik at de kan lede på en god måte. Dette er viktig for å sikre kvaliteten i tjenestene til brukerne og for samarbeidet med verger og pårørende. Undersøkelsen viser at en del avdelingsledere med ansvar for to bofellesskap, opplever dette som svært krevende.

Risikokartlegging og iverksetting av tiltak

Kommunen har et godt system for å registrere risiko, men ansatte trenger veiledning knyttet til hvordan risiko skal registreres

Kommunen har etablert system for å kartlegge individuell risiko for brukere og for tjenestene ved bofellesskapene. Risiko knyttet til enkeltbrukere dokumenteres i den enkeltes brukers journal. Risiko knyttet til tjenesteutøvelsen i etaten registreres i kommunens kvalitetssystem BkKvalitet. Per desember 2022 var det registrert 1892 risikoelementer i BkKvalitet innenfor etat for tjenester til utviklingshemmede. Det er særlig risiko knyttet til personskaade, psykisk belastning og produksjon/drift som har risikoelementer med høy vurdering på konsekvens og/eller risiko.

Risiko registrert i BkKvalitet gir ledelsen oversikt over hvor det er risiko for svikt eller mangler i virksomheten, samt detaljinformasjon om innmeldte risikoer dersom dette er ønskelig, for eksempel slik at alvorlig risiko kan følges raskt opp. Kommunens systemer bidrar til å sikre at risikonivået defineres for innmeldte risikoer, men undersøkelsen viser samtidig at etaten erfarer at risiko ikke alltid blir vurdert eller meldt riktig av dem som melder inn risiko. Deloitte mener det blir viktig å utarbeide en tydelig veileder til ansatte om hvilke risikoer som skal registreres i den enkeltes journal og hvilke risikoer som skal registreres i BkKvalitet.

Mange ledere og ansatte registrerer risiko, men andelen bør økes ytterligere

Undersøkelsen viser at mange ledere og ansatte i tjenestene registrerer risiko i BkKvalitet og i brukernes journaler. Ledernes svar i spørreundersøkelsen viser samtidig at det likevel er behov for å sikre at dette blir gjort i større grad. Ledere som rapporterer at risiko enten «i noen» (13 avdelingsledere svarte dette) eller «i liten grad» (6 avdelingsledere svarte

dette), blir kartlagt knyttet til tjenesteutøvelsen, opplyser at årsakene er mangel på kompetanse, bemanning, opplæring og tid. Deloitte mener derfor at kommunen må sikre tilstrekkelig opplæring knyttet til registrering av risiko, samt forståelse for viktigheten av å registrere risiko.

Risikoreduserende tiltak blir ikke alltid iverksatt

Undersøkelsen viser at det i bofelleskapene ikke alltid er satt i verk tilstrekkelige tiltak for å håndtere risiko knyttet til enkeltbrukere og knyttet til hvordan tjenestene blir utøvd. Årsakene til dette blir opplyst å være knyttet til blant annet mangel på kompetanse, bemanning og opplæring. At tiltak ikke blir satt i verk er ikke i samsvar med krav i § 7c i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensene av dette kan etter Deloittes vurdering potensielt bli alvorlige for brukerne. Det er derfor sentralt at kommunen retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot å sikre at ledere og ansatte prioriterer å registrere risiko og følger opp med nødvendige tiltak.

Rutiner for sentrale arbeidsprosesser

Etaten har gode systemer for å sikre relevante og oppdaterte rutiner

Etatens rutiner er tilgjengelig for de ansatte i BkKvalitet, kommunens kvalitetssystem. Etatens felles prosedyrer utarbeides i etatsadministrasjon eller fagrådgivernettsverk, godkjennes i etatens kvalitetsmøte hvor enhetslederne er til stede. Etaten har iverksatt et utviklingsarbeid for å sikre ivaretagelse av regelverk og overordnede mål på områder som blir oppfattet som krevende. Dette gjelder blant annet rutiner for samarbeid med pårørende.

Undersøkelsen viser at de fleste avdelingsledere opplever at det er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser og at det er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko. Samtidig er det en del ledere som peker på områder der de mener at rutinene ikke er tilfredsstillende. Det er ikke enkeltområder som peker seg ut når det gjelder dette, men revisjonen vil peke på at det er viktig at etaten følger opp de tilbakemeldingene som har kommet frem i undersøkelsen for å sikre at rutinene er dekkende.

Selv om de fleste ledere mener at nødvendige rutiner i stor grad er gjort tilstrekkelig kjent og etterleves, er det ikke tilfredsstillende at dette ikke alltid er tilfellet

Undersøkelsen viser at de fleste lederne mener at nødvendige rutiner i stor grad er gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte. Deloitte mener imidlertid at det ikke er tilfredsstillende at så mange som ti ledere rapporterer at dette ikke er tilfellet. Dette gir risiko for feil og manglende kvalitet i tjenestene. Deloitte mener videre at selv om flertallet av ledere opplever at nødvendige rutiner etterleves i stor grad, er det ikke tilfredsstillende at så mange som 39 ledere nevner rutiner som ikke blir tilstrekkelig etterlevd. Dette er rutiner knyttet til en rekke områder, blant annet områder etaten har definert som risikoområder. Deloitte mener dette viser at det er behov for å sette i verk tiltak for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap om og kompetanse i om retningslinjer og rutiner.

Det gjennomføres interne kontroller på områder med stor risiko, men tettere oppfølging bør gjennomføres for å sikre at tiltak fungerer

Etaten gjennomfører interne kontroller innenfor områder der det er ansett at det er høy risiko for avvik. Deloitte mener dette er hensiktsmessig, og vil understreke at det er viktig å prioritere for å avdekke avvik og sikre regeletterlevelse. Deloitte vil imidlertid fremheve viktigheten av at etaten prioriterer å ferdigstille og iverksette system for etterkontroll for å avklare om iverksatte tiltak faktisk fungerer.

Avvikssystem

BkKvalitet er en hensiktsmessig løsning for å melde og få oversikt over avvik

Kommunens avvikssystem inngår i BkKvalitet som ble rullet ut i januar 2019. Kommunen har gjennom dette systemet oversikt over alle uønskede meldinger/avvik fra og med 2019 meldt i systemet med hendelsestype og kategori. I etat for tjenester til utviklingshemmede ble det meldt om 15368 avvik i 2022. Tallene viser at antall nye meldinger om avvik økte gjennom 2022. Av BkStyring går det frem at legemiddelhåndtering og fysisk vold er de kategoriene der det ble registrert flest avvik i 2022.

Det er Deloittes vurdering at Bergen kommune gjennom BkKvalitet har etablert en hensiktsmessig løsning der ansatte kan melde fra om avvik og der ledere har et tydelig ansvar for å følge opp på lavest mulig nivå i linjen. Samtidig kan overordnet ledelse få aggregert styringsinformasjon om avvikene som blir meldt og sikre at informasjonen blir benyttet til utvikling og forbedring av rutiner og veiledere.

Det er behov for å sikre at flere avvik blir meldt

Undersøkelsen viser at de fleste avdelingsledere mener at ansatte er tilstrekkelig kjent med hva som er avvik, hvordan avvik skal meldes og at ansatte melder avvik. Deloitte vil samtidig peke på at det i enkeltenheter ikke meldes avvik. Når det i undersøkelsens kommentarfelt blir vist til at mangel på kompetanse og opplæring er årsaker til at avvik ikke blir

meldt, tyder det på at ansatte fortsatt trenger opplæring og påminnelser om viktigheten av å melde avvik. Deloitte vil peke på at det er viktig å opprettholde ansattes motivasjon for å melde avvik ettersom dette er et viktig kunnskapsgrunnlag for å kunne lære og utvikle tjenestene

Oppfølgingen av avvik er ikke alltid tilstrekkelig

Basert på lederens svar i spørreundersøkelsen følger de fleste bofellesskapene opp avvik med hensiktsmessige tiltak. Samtidig viser svar både fra ledere i spørreundersøkelsen, informasjon fra hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og pårørende, at oppfølgingen ikke alltid er tilstrekkelig. Særlig uheldig er det at to ledere opplyser at alvorlige avvik i liten grad er fulgt opp med tiltak som vil forebygge lignende hendelser, og seks avdelingsledere opplyser at dette kun i noen grad er gjort. Deloitte vil understreke at det er svært uheldig at alvorlige avvik ikke følges tilstrekkelig opp, ettersom konsekvensene for dem det gjelder potensielt kan være store både for helse, sikkerhet, arbeidsmiljø og for tjenestekvalitet. Deloitte vil også understreke viktigheten av å sikre at avvik meldt av pårørende blir registrert og fulgt opp og at kommunikasjonen med pårørende avklares og gjennomføres på en måte som sørger for at pårørende ivaretas på en god måte.

Kapasitet og kompetanse for personell som arbeider i kommunens botilbud til personer med utviklingshemming

Å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming er en kjent utfordring

Kommunen har gjennom BkStyring gode systemer for å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse, ledige stillinger, samt sykefravær. Tall fra september 2022 viser at helsefagarbeidere er den største yrkesgruppen i etaten med 199 ansatte fordelt på 148,6 årsverk. Dernest følger vernepleiere med 138 ansatte fordelt på 129 årsverk og hjelpepleiere med 51 ansatte fordelt på 40 årsverk.⁴ BkStyring gir også oversikt over antall ledige stillinger. Per september 2022 hadde etaten 87 ledige stillinger i botjenestene i enhetene og av disse var de aller fleste ledige stillinger i bofellesskap. Etatens sykefravær fremgår også av BkStyring og tallene viser at sykefraværet har variert fra 10,8 til 12% de siste årene og at sykefraværet også i 2022 har lagt godt over måltallet på 7,9%.

Undersøkelsen viser at det å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming er krevende for en del av bofellesskapene og en kjent utfordring for etatsledelsen. Etatsledelsen har prøvd ulike rekrutteringstiltak, men med varierende hell og søker nå å finne nye tiltak. Rekrutteringsutfordringer kombinert med høyt sykefravær og høy vikarbruk gir dette etter Deloittes vurdering en særlig utfordrende situasjon for tjenestene.

Det arbeides med viktige kompetansehevende tiltak. Undersøkelsen viser at tilfredsstillende opplæring i arbeidsoppgaver og etisk kompetanse ikke alltid er sikret

Etatens og enhetenes kompetanseplaner gir oversikt over planlagt opplæring på enhetsnivå. Tjenestene har tilgjengelig et stort omfang av kurs og opplæringsmaterieell, samt system med opplæringslogg som bidrar til å sikre opplæring av ansatte. Deloitte vil fremheve det som positivt at det satses på en generell kompetanseheving knyttet til volds- og aggresjonsproblematikk ettersom dette er et område med mange avvik. Undersøkelsen viser imidlertid at ikke alle ledere opplever at de har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for sine ansatte. Deloitte mener dette ikke er tilfredsstillende og at det gir risiko for mangelfull kvalitet i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Det er etablert en rekke kurs, samt system som etter Deloittes vurdering vil kunne bidra til etisk refleksjon og kompetanse hos de ansatte som arbeider med tjenester til personer med utviklingshemming. Undersøkelsen viser imidlertid at en del ledere ikke opplever at det fullt ut er sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte i bofellesskapet de leder, i hovedsak på grunn av mangel på tilstrekkelig tid til å arbeide med etisk refleksjon eller som følge av lav kompetanse eller ikke tilstrekkelig opplæring. Deloitte mener dette ikke er tilfredsstillende.

System for å sikre at bruker- og pårøndererfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene

Involveringen av brukere/pårørende er mangelfull. Kommunen har igangsatt utviklingsprosjekt knyttet til pårørendesamarbeid

Kommunen har mål om bedre involvering og medvirkning fra pårørende og brukere i sin tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming samarbeid. Alle tiltakene er likevel ikke satt i verk per desember 2022. Det gjennomføres ikke bruker/pårørende undersøkelser slik kommunen har satt mål om. Det er etablert et system for å tilby kvalitetssamtaler, men disse gjennomføres ikke i så stor grad som det er satt mål om.

Undersøkelsen viser at pårørende og avdelingsledere har erfart at alvorlige avvik ikke blir fulgt opp i tilstrekkelig grad. Flere avdelingsledere og pårørende gir videre uttrykk for at det er behov for å bedre involveringen av brukere/pårørende i utvikling av tjenestene. Undersøkelsen viser eksempler på at pårørende har erfart manglende involvering og at de

⁴ Tallene gjelder hele etaten, ikke bare bofellesskap

opplever at negative hendelser for brukerne kunne vært unngått dersom de hadde blitt hørt. Deloitte mener på bakgrunn av dette at involveringen av brukere/pårørende er mangelfull.

Kommunen har søkt og fått penger fra helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt som omhandler pårørendesamarbeid som skal gjennomføres vinter 2022/vår 2023.

Jevnlig evaluering av at internkontrollen fungerer

Det er tilrettelagt for systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten

Det gjennomføres ledelsens gjennomgang mellom etatsdirektør og kommunaldirektør fire ganger i året. I forbindelse med dette har det blitt rapportert på overordnet styringsinformasjon og denne blir gjennomgått. Kommunen har etter Deloitte vurdering med dette tilrettelagt for systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Gjennom BkStyring innhentes det informasjon om internkontrollen fungerer som forutsatt.

Basert på funn og vurderinger i undersøkelsen kommer Deloitte med noen anbefalinger til kommunen. Disse går frem av kapittel 11

Innhold

1	Innledning	12
2	Om tjenesteområdet	14
3	Mål, organisering, ansvar og myndighet	17
4	Systemer for lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofelleskap	27
5	Risikokartlegging knyttet til utøving av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap	37
6	Arbeidet med å etablere tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser	44
7	Avvikssystem	50
8	Kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse	57
9	Systemer for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene	67
10	Evalueringsav internkontroll	71
11	Konklusjon og anbefalinger	73
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	75
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	81
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	88

Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	12
1.1	Bakgrunn	12
1.2	Formål og problemstillinger	12
1.3	Metode	13
1.3.1	Dokumentanalyse	13
1.3.2	Intervju	13
1.3.3	Spørreundersøkelse	13
1.3.4	Verifiseringsprosesser	13
1.4	Revisjonskriterier	13
2	Om tjenesteområdet	14
2.1	Innledning	14
2.2	Organisering	14
3	Mål, organisering, ansvar og myndighet	17
3.1	Problemstilling	17
3.2	Revisjonskriterier	17
3.3.1	Mål relevante for tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap	17
3.3.2	Ansvar og myndighet for ledere og ansatte	21
4	Systemer for lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofelleskap	27
4.1	Problemstilling	27
4.2	Revisjonskriterier	27
4.3	Datagrunnlag	27
4.3.1	Kort om ledernes erfaring som ledere for bofelleskap og om lederopplæring i etaten	27
4.3.2	System for fast kontakt og oppfølging av ledere	28
4.3.3	Avdelingsledernes opplevelse av oppfølging fra enhetsledelsen når de har behov for dette	31
4.3.4	Oppfølging og erfaringsoverføring til nye ledere	34
4.3.5	Avdelingsledernes opplevelse av mulighet til å lære av praksis i andre avdelinger	34
4.3.6	Ønsker om å gjøre endringer med hensyn til organisering og lederspenning	34
5	Risikokartlegging knyttet til utøving av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap	37
5.1	Problemstilling	37
5.2	Revisjonskriterier	37
5.3	Datagrunnlag	37
5.3.1	Kommunens system for å kartlegge individuell risiko for brukere og for tjenestene ved bofelleskapene	37
5.3.2	Avdelingsledernes erfaringer med kommunens system for å melde fra om risiko	40
5.3.3	Kartlegging av risiko i bofellesskapene og iverksetting av tiltak	41
6	Arbeidet med å etablere tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser	44
6.1	Problemstilling	44
6.2	Revisjonskriterier	44
6.3.1	Rutiner og rutineutviklingsarbeid innen etat for tjenester til utviklingshemmede	44
6.3.2	Rutiner for områder med størst risiko	45
6.3.3	Ansattes kjennskap til etablerte rutiner	46
6.3.4	Etterlevelse av rutiner	47
6.3.5	Intern kontroll av om rutinene etterleves	48

7	Avvikssystem	50
7.1	Problemstilling	50
7.2	Revisjonskriterier	50
7.3	Datagrunnlag	50
7.3.1	Etatens avvikssystem	50
7.3.2	Ansattes oppfatning av om det er tydelig hva som er avvik og hvordan disse skal meldes	51
7.3.3	Oppfølging av avvik for å sikre læring og forbedring	53
8	Kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse	57
8.1	Problemstilling	57
8.2	Revisjonskriterier	57
8.3.1	Utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming	57
8.3.2	Tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved bofellesskapene	60
8.3.3	Arbeidet med å sikre nødvendig etisk kompetanse og bevissthet i etat for tjenester til personer med utviklingshemming	63
9	Systemer for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene	67
9.1	Problemstilling	67
9.2	Revisjonskriterier	67
9.3.1	System for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene	67
9.3.2	Pårørendes erfaringer med å bli hørt i utviklingsarbeidet	70
9.4	Vurdering	70
10	Evalueringsav internkontroll	71
10.1	Problemstilling	71
10.2	Revisjonskriterier	71
11	Konklusjon og anbefalinger	73
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	75
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	81
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	88
Tabeller		
	Tabell 1 Oversikt over mål og indikatorer på ulike nivå i etat for tjenester til utviklingshemmede	19
	Tabell 2 Roller og ansvar basert på stillingsbeskrivelser eller oppgavebeskrivelser	23
	Tabell 3 Oversikt over lederoppfølgingsaktiviteter i etaten	28
	Tabell 4 Oversikt over meldte avvik i etat for tjenester til utviklingshemmede i 2022	50
	Tabell 5 Oversikt over gjennomførte kvalitetssamtaler i 2022	68
	Tabell 6 Oversikt over innhold i ledelsens gjennomgang mellom etatsdirektør og kommunaldirektør	71

Figurer

Figur 1: Oversikt over etat for tjenester til utviklingshemmede med tilhørende bofellesskap	15
Figur 2: Avdelingslederens opplevelse av hvorvidt eget ansvarsområde tydelig definert	25
Figur 3: Avdelingsledernes opplevelse av om ledermøtene i enheten gjennomføres tilstrekkelig ofte.	30
Figur 4: Avdelingsledernes opplevelse av om de mottar tilstrekkelig med informasjon og oppdateringer fra sin enhetsledelse.	30
Figur 5 Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder økonomi.	31
Figur 6: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder HR/personalrelaterte tema.	32
Figur 7: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder oppfølging av tjenestebrukere.	33
Figur 8: Avdelingsledernes opplevelse av om de har mulighet til å lære av praksis i andre avdelinger og drøfte felles utfordringer med ledere i andre bofellesskap.	34
Figur 9: Utklipp av oversikt over identifisert risiko i etat for tjenester til utviklingshemmede fra BkStyring (per desember 2022)	39
Figur 10 Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at kommunens system for å registrere risiko blir benyttet av de ansatte?	40
Figur 11: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad opplevde du at kommunens system for å registrere risiko er enkelt å bruke og er nyttig.	40
Figur 12: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad blir det på bofellesskapet(ene) der du leder kartlagt risiko knyttet til hvordan tjenester blir utøvd og satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko knyttet til hvordan tjenester blir utøvd.	42
Figur 13: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad blir det innen bofellesskapet(ene) der du leder kartlagt risiko knyttet til hver enkelt bruker og satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko knyttet til den enkelte bruker.	42
Figur 14: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at det er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser innenfor bofellesskapet(ene) du leder.	45
Figur 15: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at det er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko innenfor bofellesskapet(ene) du leder.	46
Figur 16: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at nødvendige rutiner er gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte innenfor bofellesskapet(ene) du leder.	46
Figur 17: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at nødvendige rutiner etterleves innenfor bofellesskapet(ene) du er leder.	47
Figur 18 Utklipp fra BkStyring - oversikt over avvik i etat for tjenester til utviklingshemmede fordelt på hvem som er berørt per desember 2022	51
Figur 19: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere innen ditt ansvarsområde følger opp avvik med hensiktsmessige tiltak.	54
Figur 20: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad arbeides det systematisk for å sikre at meldte avvik følges opp på en måte som bidrar til å sikre læring og forbedring innen ditt ansvarsområde.	54
Figur 21: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: Har du de siste tre årene erfart at det har vært alvorlige hendelser innen ditt ansvarsområde.	55
Figur 22: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad ble hendelsen(e) fulgt opp med hensiktsmessige tiltak som vil forebygge lignende tiltak.	55
Figur 23 Utklipp fra BkStyring som viser oversikt over sykefravær per år og sykefravær per kvartal i 2022.	58
Figur 24: Avdelingslederens opplevelse av om det er sikret bemanning med tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig antall ansatte på jobb (kapasitet) ved bofellesskapet.	59
Figur 25: Avdelingslederens svar på spørsmålene: I hvilken grad opplever du at dere i ditt bofellesskap har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for høyskoleutdannede og ansatte med fagbrev.	62
Figur 26: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere i ditt bofellesskap har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for ufaglærte.	63
Figur 27: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere innen ditt ansvarsområde har sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte.	65
Figur 28 Avdelingsledernes svar på spørsmålene: Etter din vurdering: har bofellesskapet/bofellesskapene du leder gode systemer for å sikre at tjenestebrukernes erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene og at pårørende erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene.	69

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap i Bergen kommune. Tjenester til personer med utviklingshemming har vært et prioritert område for forvaltningsrevisjon i kommunens plan for forvaltningsrevisjon. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune 19.1.2022 i sak 12/22. I forkant av kontrollutvalgets bestilling, orienterte Deloitte om at flere ansatte i bofellesskap hadde tatt kontakt om utfordringer i tjenestene knyttet til ledelse. Dette ble gjort i forbindelse med at Deloitte gjennomførte en forvaltningsrevisjon av systemet for varsling i 2021/2022.⁵

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende internkontroll knyttet til tjenestene som gis i bofellesskapene til personer med utviklingshemming i Bergen kommune. God internkontroll skal sikre at tjenestene som gis til personer med utviklingshemming er i samsvar med etablerte mål, krav til god kvalitet og i samsvar med regelverket.

Med bakgrunn i formålet har følgende problemstillinger blitt undersøkt:

1. Er det etablert tydelige mål, organisering, ansvar og myndighet knyttet til arbeidet med tjenestene som gis i bofellesskap til personer med utviklingshemming?
2. Er det kartlagt risiko knyttet til utøving av tjenester til personer med utviklingshemming i bofellesskap, og eventuelt satt i verk hensiktsmessige tiltak?
3. I hvilken grad er det etablert gode systemer for lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofellesskap?
 - a. Blir det gjennomført jevnlig oppfølging av ledere?
 - b. Er det lagt til rette for erfaringsutveksling mellom ledere for bofellesskap?
 - c. I hvilken grad opplever ledere at de har kapasitet til å følge opp sitt ansvarsområde?⁶
4. I hvilken grad er det etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser?
 - a. Er det etablert tilfredsstillende rutiner for områdene med størst risiko?
 - b. Er rutinene gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte?
 - c. Blir rutinene etterlevd?
 - d. Blir det gjennomført nødvendige kontroller av om rutinene etterleves?
5. I hvilken grad er det etablert et tilstrekkelig avvikssystem?
 - a. I hvilken grad mener ansatte at det er tydelig hva som er avvik og hvordan disse skal meldes?
 - b. I hvilken grad blir det meldt avvik?⁷
 - c. Blir avvik fulgt opp på en tilfredsstillende måte for å sikre læring og forbedring?
6. Har kommunen sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for personell som arbeider i kommunens botilbud til personer med utviklingshemming?
 - a. Hvilke tiltak er eventuelt satt i verk for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved bofellesskapene?
 - b. I hvilken grad blir det gjennomført nødvendig opplæring av ufaglærte?
 - c. I hvilken grad sikres det at ansatte har nødvendig etisk kompetanse og bevissthet?
7. I hvilken grad har bofellesskapene gode system for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene?
 - a. I hvilken grad opplever representanter for pårørende at tjenestene er lydhøre for deres tilbakemeldinger om tjenestetilbudet og bruker dette aktivt i utviklingsarbeid

⁵ De to siste setningene i dette avsnittet er lagt til i rapporten etter at byråden har hatt den på høring

⁶ Denne problemstillingen ble lagt til på oppfordring fra kontrollutvalget i forbindelse med bestilling av prosjektet.

⁷ Opprinnelig problemstilling var her følgende: «I hvilken grad blir det meldt avvik ved brudd på rutiner?». Vi har valgt å utvide denne problemstillingen til å gjelde alle salgs avvik.

8. I hvilken grad gjennomføres det jevnlige evalueringer av at internkontrollen fungerer?

1.3 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet februar til desember 2022.

1.3.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre har informasjon om kommunens planer, systemer, rutiner og retningslinjer knyttet til tjenester til personer med utviklingshemming i bofellesskap blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene.

1.3.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte intervjuet utvalgte personer fra Etat for tjenester til personer med utviklingshemming som har overordnet ansvar for tjenester til personer med utviklingshemming som bor i kommunens bofellesskap. Vi har gjennomført et intervju med etatsledelsen (etatsdirektør og fagrådgiver i etaten) og intervju med fire enhetsledere. Vi har også intervjuet tre tillitsvalgte for fagforeninger og hovedverneombud ved etaten.

Videre har vi gjennomført intervju med fire ledere som har ansvar for tjenester i bofellesskap på enhetsnivå, samt intervju med fagrådgiverne i alle botjenestene. Vi har også intervjuet avdelingsledere ved fire bofellesskap. Ved hver av disse fire bofellesskapene har vi intervjuet to representanter for de ansatte.

Vi har også intervjuet tre pårørende. Dette innebærer at vi ikke har gjennomført en representativ undersøkelse av pårørendeerfaringer. Vi har imidlertid sett pårørendes erfaringer i sammenheng med informasjon fremkommet gjennom andre datakilder, det vil si gjennom andre gjennomførte intervju med ledere og ansatte og gjennom spørreundersøkelsen til lederne for bofellesskapene. Rapportens tiltak rettet mot pårørende baserer seg derfor på flere datakilder.⁸

Samlet sett har vi gjennomført 28 intervju i denne forvaltningsrevisjonen.

1.3.3 Spørreundersøkelse

Revisjonen sendte siste halvdel av august 2022 ut en spørreundersøkelse til lederne ved alle bofellesskapene i kommunen (66 ledere⁹) for å kartlegge deres erfaringer knyttet til felles system og rutiner, oppfølging fra etat og erfaringer fra eget arbeid med internkontroll. 52 ledere svarte på spørreundersøkelsen, dette gir en svarprosent på 79%.

1.3.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering. Deloitte mottok tilbakemeldinger på faktagrunnlaget og har justert rapporten basert på tilbakemeldingene. Høringsutkast av rapporten er sendt til byråden for uttalelse. Byrådets høringsuttalelse er lagt ved rapporten (vedlegg 1).

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra kommuneloven og helse- og omsorgstjenesteloven med forskrift og veileder. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema og i vedlegg 2.

⁸ Dette avsnittet er lagt til i rapporten etter at byråden har hatt den på høring

⁹ Av ulike årsaker var 66 av 68 ledere tilgjengelige for å svare på undersøkelsen på dette tidspunktet

2 Om tjenesteområdet

2.1 Innledning

Bofellesskap for personer med utviklingshemming består av bygg med flere individuelle leiligheter, fellesrom og fasiliteter for personalet som yter tjenester til den enkelte beboer. Bofellesskap er å regne som private hjem der beboerne skal gis mulighet for selvråderett, innflytelse på eget liv og medbestemmelse. Beboerne skal kunne leve gode liv i tråd med egne ønsker, behov og forutsetninger. Personalet i bofellesskapet yter både individuelle og felles tjenester som blant annet omfatter praktisk bistand til egenomsorg og personlig stell, helsetjenester og praktisk bistand til husholdningsoppgaver.

Det er totalt 80 kommunale bofellesskap og ni privateide bofellesskap som bemannes av kommunen. Det er også totalt 68 avdelingsledere fordelt på alle de 89 bofellesskapene i kommunen.

2.2 Organisering

Etat for tjenester til personer med utviklingshemming har ansvar for til sammen syv enheter:

- fire botjenester med ansvar for blant annet bofellesskapene i kommunen og hjemmeteam som yter tjenester til andre hjemmeboende personer med utviklingshemming i kommunen
- to byomfattende tjenester, det vil si byomfattende avlastning og byomfattende dagsentertjeneste
- en forvaltningsenhet som fatter vedtak om tildeling av tjenester til etatens tjenestebrukere

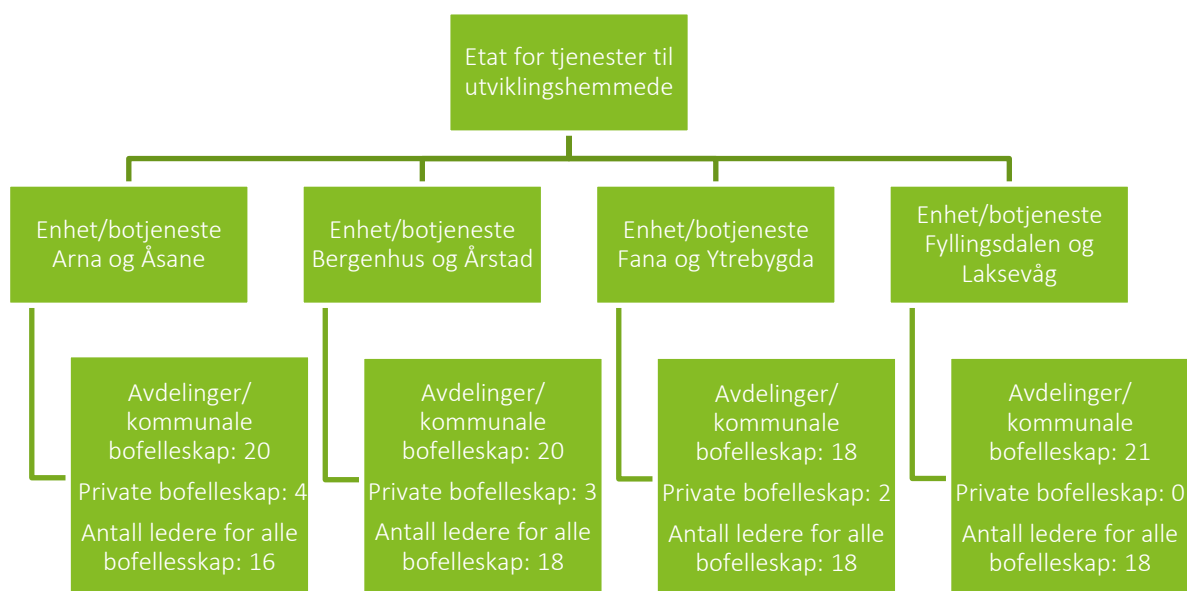
Denne forvaltningsrevisjonen omhandler de fire enhetene/botjenestene som en har ansvar for bofellesskapene (omtales også som *avdelinger*) i kommunen og for tjenestene som gis i bofellesskap med kommunal bemanning.

Ved oppstart av forvaltningsrevisjonen var etaten organisert under byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig. Høsten 2022 ble det satt i verk en omorganisering av byrådsavdelingene som innebærer at etaten nå er organisert under byrådsavdeling for helse og omsorg.

Etat for tjenester til utviklingshemmede ledes av etatsdirektør. Etatens fire botjenester (i hovedsak omtalt som enheter i rapporten) er følgende: Arna og Åsane, Bergenhus og Årstad, Fyllingsdalen og Laksevåg og Fana og Ytrebygda. Hver botjeneste/enhet er ledet av enhetsledere med støttefunksjoner i enhetslederens stab. Som det går frem av figuren under er bofellesskapene organisert under de fire enhetene/botjenestene og ledes av avdelingsledere ved hvert enkelt bofellesskap. Flere avdelingsledere har ansvar for mer enn et bofellesskap.¹⁰

¹⁰ Bergen kommune. Organisasjonskart 2022- Etat for tjenester til utviklingshemmede.

Figur 1: Oversikt over etat for tjenester til utviklingshemmede med tilhørende bofellesskap¹¹¹²



2.3 Kort om tjenestebrukerne i bofellesskap

Fra etatsledelsen blir det vist til at personer med utviklingshemming som mottar tjenester i Bergen kommune er en stor og variert gruppe med svært forskjellige hjelpebehov. Omfanget av personer som mottar tjenester fra etaten er i vekst og kompleksiteten i oppgavene er økende, blant annet fordi brukergruppen blir eldre. Etaten yter tjenester til mer enn 1300 personer med utviklingshemming (omtalt som tjenestebrukere eller brukere i rapporten) i kommunale og privatideelle bofellesskap, dagsenter og avlastningsboliger. Videre gis det også hjemmetjenester og tjenester som støttekontakt til personer med utviklingshemming.

Ved utgangen av 2021 hadde Bergen 499 beboere i kommunale bofellesskap, 46 beboere i privat-ideelle bofellesskap og 73 beboere i andre private bofellesskap. Beboerne/tjenestebrukerne har svært ulike bistandsbehov.¹³

Bemanning i botjenestene er tilpasset individuelle vedtak om tjenester til den enkelte beboer, og varierer derfor mellom boligene. Det arbeider 2828 ansatte i etat for tjenester til personer med utviklingshemming. Det blir opplyst at 92% av de som arbeider i tjenestene har faste stillinger. 40% av de ansatte arbeider i heltidsstillinger, mens den gjennomsnittlige stillingsprosenten for en ansatt er 65%. I 2021 hadde 855 av etatens ansatte høyskoleutdanning, 586 ansatte hadde fagutdanning fra videregående skole og 340 ansatte var ufaglærte.¹⁴

¹¹ Etaten har også ansvar for bl.a. og hjemmeteam.

¹² Figuren er noe justert etter at byråden har hatt den på høring

¹³ Byrådssak 2022/88394-1 [Framstilling-Statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021 \(bergen.kommune.no\)](https://www.bergen.kommune.no/ramstilling-statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021)

¹⁴ [Framstilling-Statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021 \(bergen.kommune.no\)](https://www.bergen.kommune.no/ramstilling-statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021)

2.4 Begreper som benyttes i rapporten¹⁵

Etat for tjenester til utviklingshemmede har ansvar for enheter som gir tjenester til personer med utviklingshemming. Tjenestene omfatter hjemmetjenester, tilrettelagt bolig, avlastning, dagtilbud og fritidstilbud.

Etatsleder er leder for etat for tjenester til utviklingshemmede og er på nivå under kommunaldirektør i styringslinjen

Enhet er ansvarsnivået under etat. Etat for tjenester til utviklingshemmede har syv enheter. Fire av disse har ansvar for bofellesskapene i hvert sitt byområde i kommunen. Disse fire omtales også som botjeneste, men i denne rapporten omtaler vi dem primært som *enheter*.

Enhetsleder er leder for en enhet/botjeneste (se over) og er på nivå under etatsleder i styringslinjen i kommunen

Bofellesskap for personer med utviklingshemming består av ett bygg med flere individuelle leiligheter, fellesrom og fasiliteter for personalet som yter tjenester til den enkelte beboer. Bofellesskapene i denne undersøkelsen er både eid av kommunen (80) og av private (9), men alle er bemannet av kommunen som har arbeidsgiveransvar og ansvar for tjenestene. Kommunen kjøper også noen plasser i andre private bofellesskap der bemanningen er ansatt av eierne. Disse bofellesskapene er ikke omfattet av undersøkelsen.

Avdelingsleder er betegnelsen som benyttes for lederne for bofellesskapene. Avdelingslederne er på nivå under enhetsleder i styringslinjen i kommunen.

Privat samlokalisert bolig for personer med utviklingshemming er private boligprosjekter for personer med utviklingshemming. Kommunen yter hjemmetjenester til beboerne i disse boligen på lik linje med andre hjemmeboende personer med utviklingshemming. Samlokaliserte boliger og hjemmetjenestene omhandles ikke av denne undersøkelsen.

3 Mål, organisering, ansvar og myndighet

3.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling:

Er det etablert tydelige mål, organisering, ansvar og myndighet knyttet til arbeidet med tjenestene som gis i bofelleskap til personer med utviklingshemming?

3.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6a med veileder har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Kommunen skal

- skal ha oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- sikre at det klart fremgår hvordan ansvar, oppgaver og myndighet skal være fordelt

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Datagrunnlag

3.3.1 Mål relevante for tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap

Tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming

Kommunens langsiktige plan, *Plan for tjenester til personer med utviklingshemming- et helt liv med mening, vekst og utvikling. 2018-2028*, har langsiktige mål.¹⁶

Planen danner utgangspunkt for utvikling av helhetlige tjenester med god kvalitet, og målet er at personer med utviklingshemming skal ha en meningsfull hverdag og at kommunen skal bidra til at hver enkelt kan oppnå best mulig funksjon, mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet. Planen har fem satsingsområder:

- Støtte til familien
- Gode overganger
- Læring, mestring og deltakelse
- Riktig bolig til rett tid
- Gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester

Det er utarbeidet 32 mål, med underliggende 85 tiltakspunkter for å følge opp alle satsingsområdene i tiårsplanen. Planen omhandler alle kommunens tjenester til personer med utviklingshemming, og målene omfatter derfor også tjenestene til personer med utviklingshemming i bofellesskapene. Planen har en rekke mål og tiltak som er særlig relevante for disse bofellesskapene. Under følger et utdrag av målene i planen:

- **Pårørende som er godt ivaretatt.** Gode informasjons- og samarbeidsarenaer mellom personer med utviklingshemming, pårørende og kommunen.
- Personer med utviklingshemming **skal bo trygt og godt.** Bergen kommune skal utvikle et differensiert botilbud slik at personer med utviklingshemming kan få tilbud om en bolig som er tilpasset den enkeltes ressurser, muligheter og behov.
- Personer med utviklingshemming skal **oppleve selvbestemmelse og medvirkning:** Selvbestemmelse og medvirkning skal ikke bare ivaretas gjennom å sikre personer med utviklingshemming større innflytelse i

¹⁶ Det er vedtatt at planen skal rulleres midt i planperioden. Dette arbeidet var opprinnelig planlagt gjennomført i 2022 (<https://www.bergen.kommune.no/politikk/byradet/behandlede-saker/helse-omsorg-og-inkludering/rullerer-plan-for-tjenester-til-utviklingshemmede>). Deloitte får i januar 2023 opplyst at rulleringsarbeidet nå er planlagt gjennomført i løpet av 2023.

hverdagen, men at også ved at personalet må vite og reflektere over holdninger og valg de tar for å sikre tjenestemottaker mer medbestemmelse og selvbestemmelse.

- Bergen kommune skal ha et tjenestetilbud av **høy kvalitet med kompetente ansatte**. Under dette har kommunen utarbeidet flere tiltak. Kommunen vil blant annet utarbeide en strategi for rekruttering for Byrådsavdeling for helse og omsorg med tiltak for økt rekruttering av ansatte. Bergen kommune vil blant annet arrangere informasjons- og rekrutteringskampanjer rettet mot helsefagstudenter i Bergen. Under dette målet er det også satt opp tiltak om at Bergen kommune vil kartlegge og utvikle kompetansebehov og anskaffe relevante lederprogrammer.
- Bergen kommune skal forebygge overgrep og sikre at eventuelle overgrepssituasjoner avverges. Under dette skal kommunen styrke ansattes kompetanse om **forebygging og håndtering av vold** ved kompetansehevende tiltak
- **Medvirkning og deltakelse** er et annet mål som blant annet skal følges opp ved å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser for personer med utviklingshemming og deres pårørende. Videre skal det etableres kurs for personer med utviklingshemming som ønsker å bli brukerrepresentant eller som ønsker å lære mer om selvbestemmelse, brukermedvirkning og demokrati
- Bergen kommune skal gi **støtte til familier** slik at de kan håndtere utfordringer de står ovenfor og opplever mestring.

Tiårsplanen inneholder et kapittel om økonomiske konsekvenser der driftskostnader er beregnet for 12 av tiltakene samt gjort rede for hvilke seks tiltak som er innarbeidet i handlings- og økonomiplan for 2019. Det gjøres ikke nærmere rede for fordeling av estimerte driftskostnader i planperioden. Det går videre frem at planen innebærer et brutto investeringsbehov på ca. 574 millioner kroner.

I et fagnotat fra januar 2022 som knytter seg til oppstartsak om rullering av ti-årsplanen *Et helt liv med mening*, skriver etatsdirektør at planen for tjenester til personer med utviklingshemming på godt og nærmest uttømmende vis, beskriver samfunnsoppdraget etaten er tillagt i tjenesten til personer med utviklingshemming. Etatsdirektøren etterlyser samtidig en tydeligere kostnadsvurdering av tiltakene i planen.

I tillegg til å yte kvalitetssikrede tjenester til utviklingshemmede har etaten også et overordnet mål om å framstå med oversikt, kontroll og god drifts- og økonomistyring. Samtlige tiltak i planen bør derfor bli gjenstand for en økonomisk kostnadsvurdering med tilhørende prioriteringer, og da spesielt de ikke lovpålagte tiltakene. Videre bør alle de tiltak som fordrer budsjettmidler, bli gjenstand for faglige og økonomiske vurderinger, prioriteringer og eventuelt tilhørende finansiering, før de forventes utført fra etatens side. Det kan kanskje være fordelaktig å vurdere mulige synergieffekter på tvers av tjenesteområder og byrådsavdelinger.»

Etatsdirektøren viser videre til at etaten ser at den gjeldende tiårsplanen utfordrer den kommunale økonomien. Det blir vist til at dette knytter seg til vedtaksveksten på tjenesteområdet og at denne veksten ikke nødvendigvis relaterer seg til flere brukere, men til det faktum at personer med utviklingshemming lever lenger og får aldersrelaterte pleiebehov, for mange knyttet til tidlig demens. Det blir videre vist til at vedtaksveksten er knyttet til at etaten i stadig høyere grad, tillegges tjenesteansvar for personer med utviklingshemming med alvorlige psykiske lidelser – der bistandsbehovet i overveiende grad er knyttet til den psykiske helsetilstanden mer enn det kognitive funksjonsnivået. Det blir samtidig vist til at denne gruppen ofte også preges av å ha en høyrisikoatferd som fordrer tvangsvedtak og dermed kostnadskrevede høy bemanning

Det utarbeides årlig statusrapport for tjenester til personer med utviklingshemming som blant annet følger opp den tiårige planen. Statusrapporten følger imidlertid ikke opp konkret status på alle mål og tiltak i planen.¹⁷

Budsjett og handlings- og økonomiplan – omtale av mål og tiltak for tjenester til personer med utviklingshemming

Det vises til tiårsplanen i årsbudsjett og økonomi- og handlingsplaner der utvalgte mål og tiltak er fremhevet. Kommunens handlings- og økonomiplan for 2023- 2026 fremhever tre mål for tjenester til personer med utviklingshemming i planperioden: boligløftet/avvikle boligøen for personer med utviklingshemming, brukerne

¹⁷ [Framstilling-Statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021 \(bergen.kommune.no\)](https://www.bergen.kommune.no/ramstilling-statusrapport-for-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-2021)

skal ha færre ansatte å forholde seg til og heltidskultur/øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Virkemidlene skal være erfaringsdeling, bruk av langvakter og forbedring av turnuser. Videre skal det etableres trådløst nett på tjenestestedene for å kunne gjøre bruk av velferdsteknologi. Det rapporteres på status i kommunens årsmelding.¹⁸

BkStyring som styringsverktøy

BkStyring er et digitalt verktøy som benyttes til rapportering, monitorering og dokumentering av målstyringen i Bergen kommune. I BkStyring får ledere, både etatsleder, enhetsledere og avdelingsledere oversikt over nøkkeltall for sin enhet og hvordan den ligger an i forhold til de mål som er satt. BkStyring benyttes til å holde oversikt over blant annet økonomi, tilsynsaktivitet, sykefravær, innmeldt risiko og innmeldte avvik. BkStyring inneholder de strategiske målene som enhetene og avdelingen skal styre mot innen hovedperspektivene: *medarbeidere, kvalitet og økonomi*. For eksempel vil det fremgå under styringskortene for enhetsledere og avdelingsledere under «kvalitet» hvor mange andel gjennomførte kvalitetssamtaler¹⁹ i tjenestene, mens tall for sykefravær vil fremgå under «medarbeidere».

Av BkStyring går det frem at mål i styringskortene på alle tre ledernivå er relativt like innenfor områdene medarbeider og økonomi. Målene knyttet til området «medarbeider» er her på etatsnivå «Inkluderende arbeidsliv» som bl.a. inneholder sykefraværtall og tall for uønskede hendelser der ansatte er berørt som indikatorer., videre er det mål knyttet til «gjennomsnittlig stillingsstørrelse» på etats og enhetsnivå, men ikke på avdelingsnivå.

For området økonomi er målene «god økonomistyring» likt for alle tre ledelsesnivå der avvik i prosent av årsbudsjett bl.a. er indikator. Målet om økonomioppfølging er felles for etat og enhetsnivå og har tall for vikarbruk som indikator.

Når det gjelder området kvalitet er det definert ulike mål for de tre ledernivåene. Etatens ansvarsområde er videre enn bofellesskapene og dette gjenspeiles i etatens mål knyttet til gjennomføring av boligloftet som dreier seg om å etablere flere boliger for personer med utviklingshemming i Bergen.

Tabell 1 Oversikt over mål og indikatorer på ulike nivå i etat for tjenester til utviklingshemmede

Område	Etat	Botjenester/Enhet	Bofellesskap
Kvalitet	Boligloftet <ul style="list-style-type: none"> Tall for personer med boligbehov 	Fremme selvbestemmelse og brukermedvirkning <ul style="list-style-type: none"> Andel beboere med individuell plan Andel kvalitetssamtaler 	Samme mål og indikator som på enhetsnivå
	Brukere skal ha færre ansatte å forholde seg til <ul style="list-style-type: none"> Tall for langvakter 	God fysisk og psykisk helse <ul style="list-style-type: none"> Andel konsultasjoner hos fastlege og tannlege 	Samme mål og indikator som på enhetsnivå
	Forbedret tjenestekvalitet /kontinuerlig forbedring <ul style="list-style-type: none"> Tall for avvik 	Samme mål og indikator som på etatsnivå	Samme mål og indikator som på enhetsnivå og etatsnivå
	Kvalitet i tjenestene og god dokumentasjon <ul style="list-style-type: none"> Tall for avdelinger med wifi 	Sikre kvalitet i tjenesteutøvelsen og internkontroll <ul style="list-style-type: none"> Andel ansatte som har fått opplæring i 	Samme mål og indikator som på enhetsnivå

¹⁸ https://pub.framsikt.net/2021/bergen/mr-202112-%C3%A5rsmelding_2021/#/budsja/mainmenu/03c

¹⁹ Samtaler som skal gjennomføres minst en gang i året mellom bruker og/eller pårørende og dedikert person i avdelingen, vanligvis primærkontakt.

		forvaltning av brukers midler	
		<ul style="list-style-type: none"> • Beboere med avstemt regnskap 	
	Ta i bruk velferdsteknologi	Sikre og utvikle tverrfaglig samhandling	Samme mål og indikator som på enhetsnivå
	<ul style="list-style-type: none"> • Tall for ulike verktøy som er tatt i bruk 	<ul style="list-style-type: none"> • Andel beboere som har oppnevnt primærkontakt 	
		God internkontroll ved særlig identifiserte områder	
		<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomførte internkontroller ved avdelinger 	

Det rapporteres også i styringskortene til handlings- og økonomiplanens måltabeller.

Målene i styringskortene omhandler tema i tiårsplanen for tjenester til personer med utviklingshemming, men det fremgår ikke eksplisitt hvilke mål og tiltak i tiårsplanen målene og delmålene i styringskortene er ment å bidra til å oppnå.

Årlige mål eller oppdrag for etat og for enhetene

Oppdragsnotat for etaten

Etat for tjenester til utviklingshemmede mottar et årlig oppdragsnotat for utvikling og verdiskapning fra overordnet ledelse i egen byrådsavdeling. Sist fra byrådsavdeling for arbeid sosial og bolig. Av oppdragsnotatet går det frem at tjenestene til personer med utviklingshemming har gjennomført økonomieffektiverende tiltak tilsvarende nær 15 millioner kroner. Samtidig står tjenestene overfor reduksjon i budsjetter som krever kostnadsreducerende tiltak uten at disse påvirker kvaliteten i tjenestene negativt. Oppdragsnotatet omhandler en rekke av de overordnede temaene fra tiårsplanen, men refererer i begrenset grad konkret til den overordnede planen.

Etatens oppdragsnotat omtaler samarbeid og samhandling, utviklingsmål og ressursforvaltning (de ansatte omtales som etatens viktigste ressurs) samt særskilte forhold ved etaten. Etaten gis fire konkrete oppdrag for det kommende året (2022):

1. Overføre en avlastningsbolig til etat for barn og familie
2. Evaluere organiseringen av tjenestene og eventuelt korrigerer denne
3. Evaluere pilotprosjekt for heltidskultur
4. Implementere MAP «Møte med aggresjonsproblematikk» for å utarbeide en standardisert kunnskapsbasert og kvalitetssikret opplæring av ansatte relatert til vold og trusler.

I november 2022 er det notert i styringskortet at prioriterte oppgaver fremover er:

- Behov for evaluering og justering av organisasjonsstruktur (nedfelt i fagnotat av 29.01.2022, samt Oppdragsnotat 2022)
- Starte prosess med innføring av MAP (Møte med aggresjonsproblematikk) - metodisk verktøy i møte med personer som utøver risikoatferd
- Fokus på forbedring av pårørendesamarbeid og implementering av "veileder for gode helse- og omsorgstjenester".

I tillegg til målene i oppdragsnotatet og målene som fremgår av styringskortet, er det utarbeidet mål knyttet til kompetanse for etaten. Disse er omtalt i kapittel 8 i rapporten. Verken styringskort eller oppdragsnotatene viser til kompetanseplanene.

Oppdragsnotat for de fire enhetene

Basert på oppdragsnotatet har etaten for første gang i 2022 utarbeidet særskilte oppdragsnotat for hver enkelt resultatenheter i tjenesten²⁰. Oppdragsnotatet viser til at det blant annet bygger på etatens oppdragsnotat og overordnet tiårsplan for området. Oppdragsnotatet skisserer utfordringsbildet for tjenestene knyttet til økonomi, rekruttering og helse, miljø og sikkerhet (HMS). Med utgangspunkt i dette gis boenhetene fire oppdrag for det kommende året:

- **Oppdrag 1: Beredskap og risikostyring:** Under dette skal enhetene vurdere om pandemien har læringspunkt som kan overføres til håndtering av eventuelle andre helsehendelser som kan ha alvorlig innvirkning på utøvelsen av tjenestene og oppdatere beredskapsplaner. Videre skal enheten gjøre kontinuerlige vurderinger av risikobildet - identifisere nye risikoområder, mulige årsaker, konsekvenser, sannsynlighet og tiltak for å forebygge. De skal også implementere og benytte LEAN-metodikk i kontinuerlig forbedringsarbeid. Det går også frem at enheten skal sikre nyttig og tilstrekkelig erfaringsdeling mellom tjenestestedene og arbeide aktivt for forbedring av samarbeid på tvers av tjenestekområder.
- **Oppdrag 2: Økonomi:** Enhetene skal aktivt delta i Ledelses gjennomgang- møtene med etatens administrasjon, følge opp en handlings- og tiltaksplan etter gjennomførte møter og aktivt tilpasse driften til budsjettammen ved å gjennomgå bemanning/turnuser/vedtak i enheten. Videre går det frem at enheten skal utarbeide og iverksette tiltak, i samarbeid med etatens administrasjon, for å oppnå budsjettbalanse i 2022 og sikre opplæring av avdelingsledere i verktøy for økonomistyring.
- **Oppdrag 3: Rekruttering:** Enhetene skal arbeide aktivt for å gjøre det attraktivt å arbeide i enheten, delta i etatens rekrutteringsstrategi for å sikre gode og helhetlige rekrutteringsprosesser og arbeide aktivt for forbedring av enhetens og tjenestenes omdømme.
- **Oppdrag 4: HMS-meldinger:** Enhetene skal kartlegge arbeidsmiljø (gjennom verktøy som 10-faktor og vernerunde), vurdere risiko og arbeide for å redusere risikoen. Det skal videre vær en sterk meldekultur hvor ledere følger opp uønskede meldinger/avvik, og tiltak iverksettes i enhetene. Enhetene skal også implementere MAP- programmet i tjenestene og sikre god oppfølging av ansatte som utsettes for vold/trusler på arbeidsplassen, herunder inkludere Bedriftshelsetjeneste etter behov.

I oppdragsnotat fra etat til enhetene går det frem at etatsdirektør blant annet vil følge opp målene ved at enhetsleder skal utarbeide en skriftlig årsrapportering med kort oppsummering av resultatene. Fristen for dette arbeidet er 15. januar 2022. I tillegg til målene i oppdragsnotatene er det utarbeidet mål knyttet til kompetanse for enhetene. Disse er omtalt i kapittel 8 i rapporten.

Mål for den enkelte avdeling/bofellesskap

Det er ikke etablert system der det blir utarbeidet egne mål med tilhørende tiltak for den enkelte avdeling eller bofellesskap i enhetene.

3.3.2 Ansvar og myndighet for ledere og ansatte

Organisering og fullmakter

Det er utarbeidet organisasjonskart for etaten som viser botjenestenes plassering og inndeling i enheter og avdelinger. Organisasjonskartet viser dessuten oversikt over etatsdirektør og etatsadministrasjonen.

Ansvar og myndighet innenfor etat for tjenester til utviklingshemmede fremgår av stillingsbeskrivelser, arbeidsreglement og personalreglement, samt dokumenter som beskriver delegering av fullmakter. Det foreligger

²⁰ Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 for botjenester Arna og Åsane*. Datert 12 april 2022, Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 for botjenester Bergenhus og Årstad*. Datert 12 april 2022, Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 for botjenester Fana og Ytrebygda*. Datert 12 april 2022, Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 for botjenester Laksevåg og Fyllingsdalen*. Datert 11. april 2022

dokument²¹ som viser hvilke fagfullmakter, budsjettfullmakter og personalfullmakter som er delegert til henholdsvis etatsdirektør, enhetsleder og avdelingsledere.

Stillingsbeskrivelser for leder og ansatte på enhetsnivå

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser for enhetsleder og enhetsleders stab i etaten. Av intervju går det frem at hvilke oppgaver som inngår i de ulike rollene under enhetsleder i praksis kan variere mellom enhetene.

Stillingsbeskrivelsene omtaler kvalifikasjonskrav, personlige egenskaper, organisasjonsmessig plassering, faglig/administrative oppgaver og ansvar eller oppgaver/ansvarsområder. I alle stillingsbeskrivelser med unntak av stillingsbeskrivelsen for enhetsleder går det også frem informasjon om generelle krav til stillingen. I tabellen under oppsummerer vi roller og ansvar på enhetsnivå basert på stillingsbeskrivelsene. Som det fremgår av tabellen, har ulike stillinger under enhetsleder dedikerte veiledningsoppgaver overfor avdelingslederne/lederne for bofellesskapene.

Tabell 2: Roller og ansvar i enhetene med ansvar for bofellesskap i etat for tjenester til utviklingshemmede.

Stilling	Oppgaver og ansvarsområder
Enhetsleder	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig²² for at driften gjennomføres etter gjeldende lover, kvalitetskrav, etisk standard, politiske føringer og etatens visjon og mål. • Faglig-, økonomisk- og administrativt ansvar for enhetens drift i tråd med lederavtale og lederansvar for avdelingslederne i enheten. • Ansvar for å sikre at oppdragsnotat og styringskort blir gjort kjent og fulgt opp, utarbeide og følge opp handlingsplan etter mål i styringskortet. • Utføre systematiske HMS-arbeid på alle plan i samarbeid med verneombud og tillitsvalgte og sikre god brukermedvirkning.
Stabsleder	<ul style="list-style-type: none"> • Lederansvar for administrative stabsfunksjoner i enheten. • Ansvar for oppfølging av enhetens samlede avvik. • Videreutvikle og vedlikeholde kvalitetssystemet i enheten. • Enhetsleders stedfortreder.²³ • Bistå til å systematisere HMS arbeidet og internkontroll i enheten.
Økonomirådgiver	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for opplæring og veiledning av avdelingsledere, stabsledere og enhetsleder innen økonomiområdet,²⁴
Lønnskonsulent	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for veiledning til avdelingsledere innenfor praktisk lønnsoppfølging²⁵
Personalrådgiver	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for rådgiving og bistand til enhetsleder, stabsleder og avdelingsleder i personalfaglige spørsmål og personalsaker. • Skal være ledernes bindeledd inn mot etaten i vanskelige og viktige saker innen personalfeltet og bistå med opplæring til ledergruppen innen ulike områder av personalfeltet. • Skal bistå enhetsleder, stabsleder og avdelingsledere i rekrutteringsprosesser og oppfølging av HMS-arbeidet og delta i enhetens AMG- gruppe.²⁶
Fagrådgiver	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for og oppfølging av fagsatsninger. • Skal følge opp tvangslovgivning ved tjenestestedene og ha et overordnet ansvar for planlegging og gjennomføring av veiledning, undervisning og opplæringstiltak innenfor tvangslovgivning.²⁷

²¹ Bergen kommune. *Delegering av fagfullmakter i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Dato fremgår ikke.

²² Bergen kommune. *ETTU stillingsbeskrivelse resultatenehetsleder i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 04.02.2021.

²³ Bergen kommune. *ETTU Stillingsbeskrivelse stabsleder i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 07.03.2022

²⁴ Bergen kommune. *ETTU Stillingsbeskrivelse økonomirådgiver i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 17.06.2022

²⁵ Bergen kommune. *ETTU Stillingsbeskrivelse lønnskonsulent i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 15.02.2021

²⁶ Bergen kommune. *ETTU Stillingsbeskrivelse personalrådgiver i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 15.02.2021

²⁷ Bergen kommune. *ETTU Stillingsbeskrivelse fagrådgiver i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 17.06.2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Skal påse at legemiddelhåndtering ivaretas på en forsvarlig måte ved tjenestestedene. • Skal støtte avdelingsleder i følge med utfordrende brukersaker. • Skal inngå i etatens faglinje og være et bindeledd mellom fagrådgivere i etaten og det enkelte tjenestested.
Driftskoordinator	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at ressursene i etatens tjenester benyttes på en fleksibel og effektiv måte ved å kvalitetssikre og klargjøre turnusplaner for godkjenning.²⁸ • Bidra til å utvikle gode systemer som sikrer enhetsleder løpende tilgang på styringsinformasjon for god virksomhetsstyring og ha ansvar for oppfølging av driftsoppgaver og ansvarlig kontaktperson ved tjenestested ved avdelingsleders fravær. • Fadderansvar for nye avdelingsledere, som inkluderer å gi avdelingsleder veiledning og opplæring i data/nye systemer og tjenesteproduksjon. • Skal ha tett samarbeid med enhetens økonomirådgiver og etatens driftsrådgiver, • Skal gjøre analyse av enkelte tjenestested sin økonomiske situasjon og tjenesteproduksjon og bidra til god økonomistyring.²⁹

Roller og ansvar for ansatte ved bofellesskapene

Også for stillingene i bofellesskapene er det utarbeidet stillingsbeskrivelser. I tillegg er det utarbeidet rollebeskrivelser

Tabell 2 Roller og ansvar basert på stillingsbeskrivelser eller oppgavebeskrivelser

Stilling /Rolle	Roller og ansvar for ansatte i bofellesskap
Avdelingsleder³⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for daglig oppfølging av personalet og tjenestestedets budsjett³¹, samt fagansvar for driften på tjenestestedet og oppdrag utenfor.³² • Ansvar for oppfølging av styringskortet og å arbeide målbevisst for å implementere enhetens handlingsplaner for å nå vedtatte mål. Avdelingsleder skal også utvise de verdier og holdninger som er nedfelt i kommunens arbeidsgiverpolitikk og etisk standard.³³ • Være en tilretteleggende avdelingsleder, samarbeidsvillig og omgivelsesorientert, i tillegg til å være utviklingsorientert og opptatt av å forbedre tjenestekvaliteten og utnytte ressursene på en fleksibel og effektiv måte. Herunder skal avdelingsleder sørge for oppretting og deltakelse i ansvarsgrupper, iverksetting av individuell plan og utarbeiding av konkrete handlingsplaner i.h.h.t. overordnede styringsmål. • Skal sikre faglig og etisk forsvarlige tjenester, ajourholde kunnskaper om aktuelt lovverk herunder lov om helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Avdelingsleder skal også sørge for at retningslinjene for legemiddelhåndtering og brukerregnskap nedfelt blir etterlevd.

²⁸ Bergen kommune. ETTU Stillingsbeskrivelse driftskoordinator i Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gyldig fra 11.02.2021

²⁹ Stillingsbeskrivelsen inkluderer også at driftskoordinator skal arbeide med gevinstrealisering i pågående og nye utviklingsprosjekter, styrke internkontrollperspektivet på økonomirådet, bidra aktivt og være pådriver i utviklingsprosesser, samt delta i relevante prosjekter og fremme god informasjonsflyt mellom etat og enhet.

³⁰ Det går også eksplisitt frem av stillingsbeskrivelsen at stillingen kan tildeles stedfortrederfunksjon for enhetsleder etter nærmere avtale.

³¹ Bergen kommune. ETTU Stillingsbeskrivelse avdelingsleder i Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gyldig fra 04.02.2021

³² Det går frem av stillingsbeskrivelsen at enhetsleder delegerer oppgaveområder til avdelingsleder for å sikre at den daglige driften på tjenestestedet blir forsvarlig ivaretatt, samt at enhetsledelsen sine samlede ressurser brukes effektivt

³³ Kommunens overordnede verdier er kompetent, åpen, pålitelig og samfunnsengasjert - KÅPE. Dette er verdier alle som jobber i Bergen kommune skal kjenne til og ha som utgangspunkt for sitt arbeid.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for HMS og ajourhold av HMS-perm, tjenestestedets internkontroll og veiledning internt og eksternt.
Miljøterapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til å fremme et godt faglig innhold i tjenesten og arbeide målbevisst for å nå overordnede og oppsatte mål i henhold til tjenestevedtak.³⁴ • Skal kvalitetssikre en god og helhetlig tjenesteomsorg. Terapeut skal bidra til å fremme et godt arbeidsmiljø og omdømme ved å gi god service til pårørende, tjenestemottagere, pårørende og medarbeidere. Videre skal miljøterapeut delta i kvalitetsarbeid, herunder kontakt med pårørende, deltagelse i ansvarsgrupper, oppfølging av individuelle planer og delta i planlegging og oppfølging av konkrete handlingsplaner i tråd med overordnede styringsmål • Utarbeiding og oppfølging av vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 og Pasient og brukerrettighetslovens kap. 4a. • Skal bidra med veiledning av kollegaer, samarbeidspartnere og studenter. Miljøterapeut skal også ha et tverrfaglig samarbeid med interne og eksterne aktører. • ansvar og primærkontakt/fagansvarlig for en eller flere tjenestebrukere. Skal bistå tjenestebrukerne i målrettet miljøterapeutisk arbeid i henhold til vedtak og bidra til daglig drift av praktiske gjøremål i bolig.
Miljøarbeider	<ul style="list-style-type: none"> • Skal tilegne seg kunnskap innen fagområdet og holde seg oppdatert på fag, lov og avtaleverk og bidra til at ressursene innen etatens tjenester benyttes på en fleksibel og effektiv måte.³⁵ • Skal bidra til å fremme et godt faglig innhold i tjenesten og arbeide målbevisst for å nå oppsatte mål. Miljøarbeider skal og kvalitetssikre en god og helhetlig tjenesteomsorg. Miljøarbeider skal også bidra til å fremme et godt arbeidsmiljø og omdømme ved å gi god service til pårørende, tjenestemottaker og medarbeidere. • Skal følge opp vedtak etter Helse og omsorgstjenestelovens kap. 9 og Pasient og brukerrettighetslovens kap. 4A, og delta i kvalitetsarbeid, herunder kontakt med pårørende, deltagelse i ansvarsgrupper, oppfølging av individuelle planer og delta i planlegging og oppfølging av konkrete handlingsplaner i tråd med overordnede styringsmål. • Skal bidra med veiledning av kollegaer, samarbeidspartnere og lærlinger, samt holde i tverrfaglig samarbeid med interne og aktører. • Skal bistå beboerne i målrettet miljøarbeid i henhold til vedtak og bidra til daglig drift av praktiske gjøremål i bolig.
Assistent	<ul style="list-style-type: none"> • Skal³⁶ skaffe seg kjennskap til Helse og omsorgslovens kap. 9 og Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4A og bidra til at ressursene innen etatens tjenester benyttes på en fleksibel og effektiv måte. Assistent skal og arbeide målbevisst mot oppsatte mål.

³⁴ Bergen kommune. ETTU Stillingsbeskrivelse miljøterapeut i Etat for tjeneste til utviklingshemmede. Gyldig fra 04.02.2022.

³⁵ Bergen kommune. ETTU Stillingsbeskrivelse miljøarbeider i Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gyldig fra 15.02.2021.

³⁶ Bergem kommune. ETTU Stillingsbeskrivelse assistent i Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gyldig fra 20.10.2021

- Bistå beboerne i målrettet miljøarbeid og delta i hverdagslig planlegging, samt oppfølging av konkrete handlingsplaner i henhold til beslutning og styringsmål.
- Skal tilegne seg kompetanse om journalsystemet Profil, herunder sikre god dokumentasjon og bidra til utviklings av et godt arbeidsmiljø og omdømme ved å gi god service til pårørende, tjenestemottakere og medarbeidere. Assistent skal og bidra til daglig drift av praktiske gjøremål i bolig.

I tillegg til stillingsbeskrivelser foreligger det også en prosedyre for **ansvarsvakt** ved bofellesskapene. Av denne går det frem at ansvarsvakt skal sikre forsvarlig drift ved leders fravær. Ansvarsvakt har blant annet ansvar for å sikre forsvarlig bemanning, og at prosedyrer og individuelle dagsplaner følges.

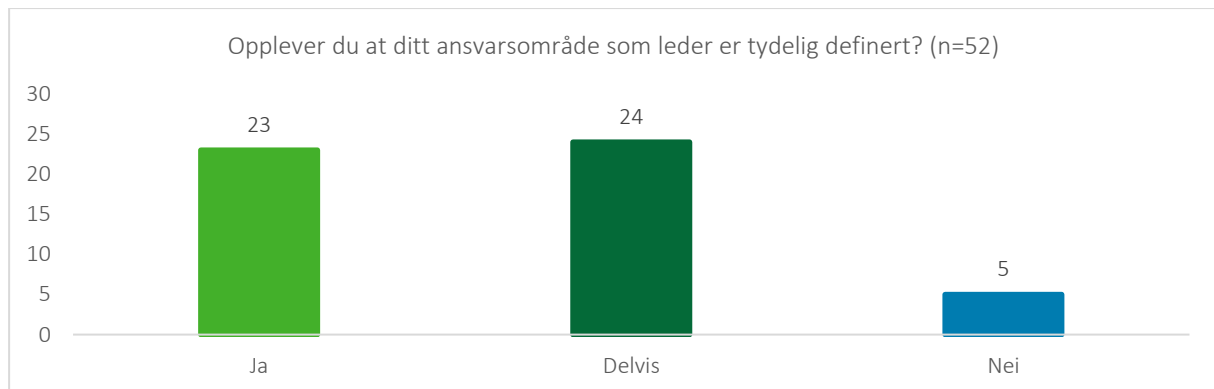
En annen viktig rolle som fremheves i intervju med ansatte og ledere i tjenestene er tjenestebrukernes *primærkontakt*³⁷ ved bofellesskapene. Dette er en rolle som det går frem av stillingsbeskrivelsen til miljøterapeutene at de kan få. Det foreligger ikke en egen rutine, veileder eller prosedyre som definerer primærkontaktrollen i etat for tjenester til utviklingshemmede, men rollen omtales blant annet i veiledende prosedyre for kvalitetssamtale med tjenestebruker og pårørende der det går frem at primærkontakt skal ha en vesentlig rolle i dette arbeidet.

I forbindelse med verifisering av rapporten opplyser etaten at de på det nåværende tidspunkt ikke har definert primærkontaktens rolle i et oppdatert dokument. De viser imidlertid til at primærkontaktfunksjonen omtales mange steder i nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, og at veilederen på nåværende tidspunkt iverksettes i Bergen kommune. Tydeliggjøring av primærkontaktens rolle blir opplyst å være en del av dette implementeringsarbeidet.³⁸

Erfaringer med definert ansvarsområde

Om lag halvparten av avdelingslederne som svarte på spørreundersøkelsen svarer at de opplever sitt ansvarsområde som delvis tydelig definert. Nesten like mange mener at ansvarsområdet er tydelig, mens fem ledere mener at det ikke er tydelig. Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 2: Avdelingslederens opplevelse av hvorvidt eget ansvarsområde tydelig definert



Svarene i undersøkelsen viser at særlig ledere i enheten Arna og Åsane opplever at deres ansvarsområde ikke er tydelig (4 av 11 ledere svarer nei og 7 av 11 ledere svarer delvis i denne bydelen). I Fana og Ytrebygda opplever imidlertid de fleste lederne at ansvaret er tydelig definert.

Lederne som svarte delvis eller nei på spørsmålet om de opplever at eget ansvarsområde som leder er tydelig definert fikk anledning til å utdype hva som burde vært tydeligere definert. 24 avdelingsledere valgte å gjøre dette og i svarene fremheves særlig følgende tema:

³⁷ I helsedirektoratets veileder «Gode hele- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» omtales primærkontakt slik (kap1): «Tjenesteyter med et særlig oppfølgingsansvar overfor en voksen person med utviklingshemming, eller overfor et barn og barnets familie. Primærkontakt er ofte den som kjenner tjenestemottaker best og har oversikt over hverdagen til vedkommende. Primærkontakten er ofte den som samarbeider med pårørende, følger til legen, osv. Primærkontakt kan også ha rolle som koordinator.»

³⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

- Uklart hva som ligger i lederansvaret, hvilke fullmakter som følger med stillingen og hva som kan delegeres videre.
- Ansvar og myndighet i forbindelse med rekruttering og i personalsaker som er utydelig. En uttrykker seg slik: «*Det kommer stadig opp nye oppgaver som jeg trodde personalkonsulent eller lønn hadde ansvaret for*». En annen peker på at fravær av personalkonsulent over tid har gjort at mange, til dels svært krevende oppgaver har falt på avdelingsleder.
- Oversikt over arbeidsoppgavene som følger med stillingen bør være tydeligere. En avdelingsleder skriver for eksempel følgende: «*...man må lære seg alt undervegs ved å spørre andre ledere. Dette vil si at en lærer seg ting etter at frist har gått ut, som du ikke visste at du hadde. Dette fører til at personalgruppen, pårørende og verge oppfatter at du ikke har kontroll*».

Ingen av de intervjuede i undersøkelsen fremhever roller eller ansvarsområder som er uklare, men en enhetsleder peker på at utskifting av personell i enhetens stab kan ha medvirket til at det har vært utydelig for avdelingsledere hvem de skulle kontakte ved behov. Det blir også pekt på at nye ledere ansatt under pandemien trolig har behov for videre oppfølging for å få tydeliggjort sitt ansvarsområde.

3.4 Vurdering

Det er Deloitte's vurdering at det er etablert tydelige overordnede mål med tilhørende tiltak i kommunens tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming. Videre fremkommer det mål i årsbudsjett, økonomi- og handlingsplaner, styringskort for ulike ledernivå og oppdragsnotat for etatsdirektør og enhetsledere. Verken mål i styringskort, mål i kompetanseplaner eller oppdrag i oppdragsnotat til etat og enhet viser til hvilke konkrete overordnede mål i tiårsplanen de er ment å ivareta eller følge opp. Det er derfor ikke eksplisitt gjort rede for hvilke av tiårsplanens overordnede mål tjenestene har valgt å prioritere på kortere sikt. Deloitte mener at dette med fordel kunne ha vært gjort slik at tjenestens prioriteringer i forhold til overordnet plan ble synliggjort.

Det er Deloitte's vurdering at rapportering knyttet til status på overordnet plan, kunne vært tydeligere fremstilt. Mens tiårsplanen gir en skjematisk oversikt over mål, tiltak og overordnet kostnadsoverslag, gir ikke rapporteringen en tilsvarende tydelig og systematisk oversikt over gjennomførte tiltak, status for pågående tiltak eller påløpte kostnader i forhold til plan.

Det er Deloitte's vurdering at kommunen har utarbeidet relevante fullmaktsdokumenter for fag, personal og økonomi, og at disse gjengir hvilke fullmakter som er delegert til hvilket ledernivå i etaten. Deloitte mener videre at stillingsbeskrivelsene som er utarbeidet for stillinger på etats- og avdelingsnivå fremstår som tydelige når det gjelder hvilket ansvar som er knyttet til de ulike stillingene i bofellesskap. Basert på at mange ledere i spørreundersøkelsen ikke opplever sitt ansvarsområde som tydelig definert, mener Deloitte likevel at dette viser behov for å gå nærmere inn i og tydeliggjøre hva avdelingsledernes ansvar og oppgaver er i praksis.

Deloitte anser det som hensiktsmessig at det er beskrevet viktige funksjoner i bofellesskapene. Dette gjelder for eksempel rollen som ansvarsvakt. Det er imidlertid ikke utarbeidet en felles rollebeskrivelse for rollen som primærkontakt for brukerne. Deloitte mener at rollen som primærkontakt bør vurderes tydeliggjort og registreres at kommunen har planer for dette i sitt arbeid med å følge opp nasjonal veileder for tjenester til personer med utviklingshemming.

4 Systemer for lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofelleskap

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstillinger med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det etablert gode systemer for lederoppfølging og lederstøtte for ledere av bofelleskap?

Under dette:

- *Blir det gjennomført jevnlig oppfølging av ledere?*
- *Er det lagt til rette for erfaringsutveksling mellom ledere for bofelleskap?*
- *I hvilken grad opplever ledere at de har kapasitet til å følge opp sitt ansvarsområde?*

4.2 Revisjonskriterier

Basert på Coso-rammeverket og Bergen kommunes ledelsesprinsipper har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingene som undersøkes i dette kapitlet:

Ledere skal

- Gjennomføre handlinger som er nødvendige for å oppnå god intern kontroll
- Legge til rette for kompetanseutvikling og godt samarbeid mellom medarbeiderne
- Utvikle velorganiserte, trygge, inkluderende og etisk bevisste arbeidssteder

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

4.3 Datagrunnlag

4.3.1 Kort om ledernes erfaring som ledere for bofelleskap og om lederopplæring i etaten

Avdelingsledernes erfaring

Svarene i spørreundersøkelsen viser at ca. 40 % av lederne for bofelleskapene har under to års erfaring med dette ansvaret. Tre femtedeler har vært leder for bofelleskap i over tre år. Arbeidserfaring som leder for bofelleskap i Bergen kommune fordeler seg slik for de 52 lederne som svarte på spørreundersøkelsen:

- 7 - under seks måneders erfaring som ledere for bofelleskap
- 14 - lederansvar for bofelleskap i 1-2 år
- 7 - lederansvar for bofelleskap 3-5 år
- 24 - lederansvar for bofelleskap i mer enn 5 år

Fra etaten blir det opplyst til at det kom mange nye avdelingsledere inn i bofelleskapene i løpet av januar/februar 2022. Det blir vist til at årsaken til dette mest sannsynlig er todelt. For det første var det en generasjon ledere som har gikk av med pensjon, men det var også en del ledere som sluttet etter at de erfarte at det var utfordrende å lede to bofelleskap under Covid-19 pandemien.

Kommunen har ikke tall som viser oversikt over hvor ofte det ansettes nye ledere ved bofelleskapene i kommunen. Data fra intervju og svar i åpne kommentarfelt i spørreundersøkelsen, viser imidlertid at det er flere enheter som har hatt mange lederskifter de siste årene. Blant annet peker hovedtillitsvalgte på at det har vært en relativt høy andel lederskifter (turnover) blant avdelingsledere/ledere for bofelleskapene. Det fremkommer i undersøkelsen at noen bofelleskap har hatt svært mange lederskifter de senere årene (ny leder nesten hvert år i over en 5-7 års periode), men Deloitte har ikke oversikt over hvor mange bofelleskap dette gjelder.

Lederopplæring

I sin oversendelse til Deloitte opplyser etaten at avdelingsledere ved bofelleskap får tilbud om følgende opplæring:

- Kurs for nye avdelingsledere i bofelleskap: «Ny som leder i Bergen kommune» som foreligger i KS læring (Kommunens digitale kursportal). Kurset er obligatorisk og omhandler følgende tema: Bergen kommune som organisasjon, rammer for personalledelse, ledelse og deg som leder og HMS for nye leder.
- Kurs for ledere i bofelleskap «Om rollen som nærmeste leder» - foreligger i BkKvalitet.
- Kurs i HR og ledelse «Leder i Bergen kommune» som foreligger på Allmenningen.
- Kurs i etikk for ledere: «Etikkurs for ledere».

Videre går det frem av kursene som foreligger på kommunens intranettside Allmenningen at ledere kan ta kurs i endringsledelse, kompetanseledelse, effektiv møteledelse, «den vanskelige samtalen», «konfliktprogrammet» og «10-faktor medarbeiderundersøkelse.»³⁹

Det foreligger ikke en samlet oversikt over hvor mange ledere innen etat for tjenester til utviklingshemmede som har gjennomført de ulike kursene og det blir opplyst at en slik oversikt ikke lar seg fremskaffe uten å gjennomføre en spørreundersøkelse/rapportering blant ledere. Oversikt over gjennomførte kurs er tilgjengelig for nærmeste leder i linjen og den enkelte ansatte. Etaten er i gang med å benytte kommunens kompetanseportal der det kan legges inn kurskrav til den enkelte og leder kan få digital oversikt over ansattes gjennomføring av kurs tatt gjennom Ks-læring.

Andre opplæringstiltak for nye ledere blir opplyst å være veiledning til fra enhetsleders stab og fadderordning for nye ledere. Det arrangeres ellers fagsamlinger for avdelingsledere i enhetene et par ganger i året og felles fagdager for alle avdelingsledere i etaten.

4.3.2 System for fast kontakt og oppfølging av ledere

Oppfølging av ledere gjennom ledermøter, driftsoppfølging og samtaler

Styring og oppfølging av ledere for bofelleskap følger linjen. Dette innebærer at etatsledelsen følger opp enhetslederne, mens det er enhetsledelsen i hvert av de fire byområde som har ansvar for å følge opp lederne for bofelleskapene (avdelingslederne) i sitt byområde. Av undersøkelsen går det fram at faste møter er hovedarenaen for oppfølging av avdelingsledere og at oppfølging og samtaler ellers skjer basert på innmeldte behov. Tabellen under gir en oversikt over hvilke lederoppfølgingsaktiviteter som gjennomføres i etaten. Som det fremgår av tabellen, er det i større grad etablert system for fast kontakt og oppfølging desto lenger opp i linjen en kommer.

Tabell 3 Oversikt over lederoppfølgingsaktiviteter i etaten

Aktivitet	Etatens oppfølging av enhetsledere	Enhetsledelsens oppfølging av avdelingsledere
Faste ledermøter	Hver sjettede uke: etatsdirektør, etatsstab og enhetsledere	Hver fjortende dag mellom enhetsledelse og avdelingsledere
Enhetsledermøte	Hver tredje uke: Etatsdirektør og enhetsledere (annen hver uke, fra 01.01.2023)	
Faste individuelle ledersamtaler (ledelsens gjennomgang)	En gang per måned	Gjennomføres ikke
Driftsoppfølgingsmøter	Gjennomføres årlig i de fire boenhetene	Gjennomføres ikke i avdelingene/bofelleskapene
Behovsbaserte ledersamtaler	Gjennomføres fortløpende på forespørsel	Gjennomføres fortløpende på forespørsel

³⁹ Legg inn fotnote om kurs.

I tillegg til møtepunktene mellom ledere som fremgår av tabellen over, blir det opplyst at det er etablert egne nettverk der rådgivere i etaten har møtepunkt med tilsvarende rådgivere i staben på enhetsnivå. Dette gjelder for eksempel fagrådgivere og personalrådgivere. Rådgiverne i staben ved enhetene har på sin side ansvar for å følge opp avdelingslederne/lederne for bofellesskap innenfor sine ansvarsområder og gi råd og veiledning på innenfor disse. Blant annet skal personalrådgiverne bistå avdelingsleder i personalsaker, sykefraværsoppfølging og i rekrutteringsprosesser. Fagrådgiver skal bistå avdelingsleder i utfordrende brukersaker og gi veiledning/undervisning innenfor tvangslovgivning, legemidler og andre brukerorienterte tema.

Nærmere om oppfølging av enhetsledere

Fra etatsledelsen blir det opplyst at de benytter styringsinformasjon tilgjengelig i oppfølgingen av lederne, både tallgrunnlaget generelt, men tall eller informasjon som skiller seg ut blir drøftet i møtene mellom etatsledelsen og enhetene. Dette blir gjort i *individuelle ledersamtaler* (ledelsens gjennomgang) mellom etatsdirektør og hver av de fire enhetslederne⁴⁰ en gang per måned. Fast agenda på disse møtene blir opplyst å være

- Hva har skjedd siden forrige samtale? - utfordringer eller positive hendelser i enheten (alle fagfelt).
- Samarbeid og samhandling hvor etatsdirektør bidrar.
- Viktig informasjon

Videre gjennomføres det felles *ledermøter* mellom etatsdirektør og enhetslederne hver tredje uke (annen hver uke, fra 01.01.2023) for å dele erfaring, informasjon, økonomi og drøfte fagsaker.

Etatsledelsen gjennomfører også *driftsoppfølging* med enhetene en gang i året, siste gang våren 2022. Alle rådgivere ved enhetene⁴¹ er til stede under driftsoppfølging med enhetene. Også her blir det opplyst at data fra BkStyring gjennomgås.

Det går frem av oppdragsnotatene til hver enhet at etatsdirektør vil følge opp oppdragsnotatet ved å motta en skriftlig årsrapportering med en oppsummering av oppdrag senest 15.1.2022.

Nærmere om oppfølging av/lederstøtte for avdelingsledere/ ledere for bofellesskap

Ledermøter og informasjon fra etaten

Enhetenes oppfølging av lederne for bofellesskapene (avdelingslederne) skjer gjennom faste ledermøter. Disse møtene blir fremhevet som en arena for å dele informasjon og drøfte erfaringer. Det gjennomføres «store ledermøter» innen hver enhet hver fjortende dag der alle lederne for bofellesskapene i enheten deltar. Dette er informasjonsmøter der det formidles informasjon fra etatsadministrasjon, for eksempel om endringer i retningslinjer og prosedyrer og eller tilbakemeldinger fra ulike fagnettverk. Det kan også gis opplæring i de store ledermøtene. En enhetsleder forteller at det er utarbeidet et årshjul for enheten som blir fulgt opp i de store ledermøtene. Formålet med årshjulet er å holde avdelingslederne oppdatert med hensyn til hvilke tidspunkt ulike oppgaver skal utføres.

I tillegg gjennomføres det såkalte «små ledermøter» i hver enhet hver fjortende dag. I disse møtene er enhetens ledergruppe delt inn i mindre grupper og det er i større grad lagt til rette for erfaringsdeling, dialog og samhandling enn i de store ledermøtene der det i hovedsak gis informasjon.

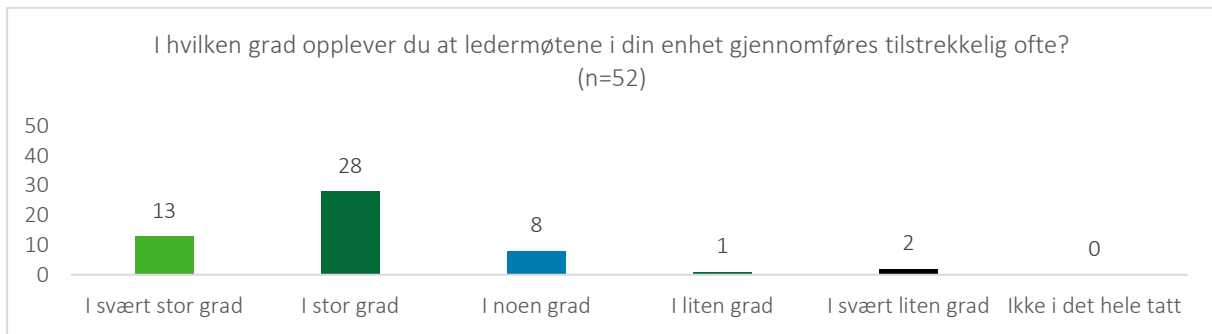
De intervjuede avdelingslederne gir uttrykk for at både store og små ledermøter fungerer godt og flere av avdelingslederne peker på at de har mulighet til å komme med innspill om saker de ønsker mer informasjon om i forkant av møtet. To avdelingsledere fremhever også at det er lav terskel for å komme med innspill under ledermøtene og at de får god støtte av leder og andre avdelingsledere under ledermøtene.

De fleste avdelingslederne er tilfredse med ledermøtenes hyppighet. I spørreundersøkelsen svarer 41 av 52 avdelingsledere opplever «i stor grad» eller «i svært stor grad» at ledermøtene i deres enhet gjennomføres tilstrekkelig ofte.

⁴⁰ Det gjennomføres tilsvarende individuelle ledersamtaler for de øvrige enhetslederne i etaten

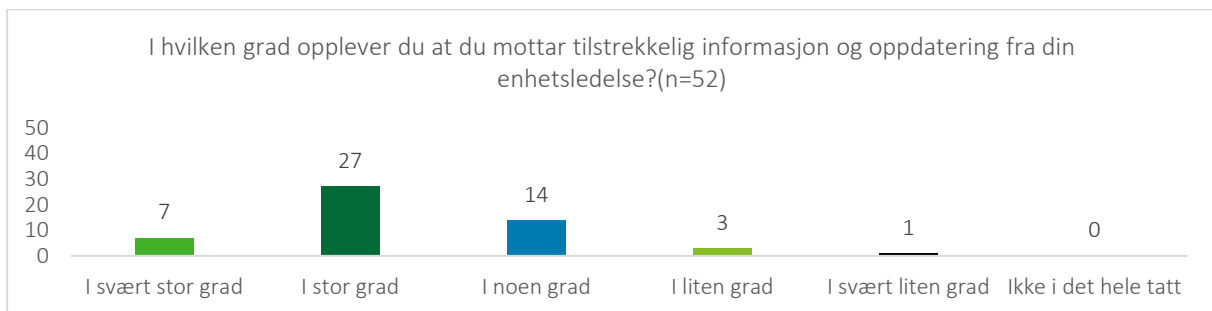
⁴¹ Enhetsledelsen i hvert byområde består av ulike funksjoner med ansvar for å følge opp lederne for bofellesskapene både når det gjelder faglige spørsmål, personalmessige forhold, økonomi og avvik. Det varierer imidlertid noe hvilke funksjoner på enhetsnivå som har hvilket oppgaver i dette oppfølgingsarbeidet.

Figur 3: Avdelingsledernes opplevelse av om ledermøtene i enheten gjennomføres tilstrekkelig ofte.



Selv om to tredjedeler (34 personer) av avdelingsledere som svarte på spørreundersøkelsen opplever at de mottar tilstrekkelig informasjon og oppdatering fra sin enhetsledelse, viser samtidig svarene i undersøkelsen at 18 avdelingsledere mener det kunne vært bedre. Fire ledere svarer at de i liten grad⁴² opplever å få tilstrekkelig informasjon og oppdatering og 14 ledere som mener de får dette «i noen grad».

Figur 4: Avdelingsledernes opplevelse av om de mottar tilstrekkelig med informasjon og oppdateringer fra sin enhetsledelse.



Ledersamtaler

Det er ikke etablert system for gjennomføring av individuelle ledersamtaler med ledere for bofellesskap der mål, utfordringer og status for virksomheten diskuteres systematisk. Av intervju går det imidlertid frem at enhetsleder og ulike stabsfunksjoner i enhetene har kontakt med lederne for bofellesskapene, og at lederne for bofellesskapene kan ta kontakt med enhetsledelsen ved behov. En enhetsleder vektlegger at det er ikke uvanlig å sette opp oppfølgingssamtaler med avdelingsledere i etterkant av ledermøtene. I intervju opplyser dessuten en enhetsleder at vedkommende gjennomfører årlige samtaler med avdelingslederne. Vedkommende har i den forbindelse benyttet seg av Bergen kommune sin mal for medarbeidersamtale som blir opplyst å også inneholde spørsmål om ledelse. Svarene i spørreundersøkelsen viser samtidig at 23 av avdelingslederne som har svart på spørreundersøkelsen og som har vært leder i mer enn ett år, ikke har gjennomført medarbeidersamtale med sin enhetsleder siste år.

I intervju blir det samtidig pekt på at lederoppfølging krever mer enn standard ledersamtaler og medarbeidersamtaler. En enhetsleder fremhever at avdelingslederne i bofellesskapene er ulike. Mens noen har og tar hyppig kontakt med enhetsleder, har andre har mindre behov for oppfølging. Det blir opplyst at oppfølging av nye ledere blir prioritert. I undersøkelsen opplyser samtidig flere at avdelingsledere unngår å ta kontakt med enhetsleder fordi de vet at vedkommende er travel og ikke vil forstyrre. En enhetsleder fremhever at vedkommende hadde ønsket mer tid til å følge opp avdelingsledere.

Pasient- og brukersikkerhetsvisitt

Etatsledelsen gjennomførte tidligere pasient- og brukersikkerhetsvisitter ved utvalgte avdelinger. Disse besøkene var et verktøy for å jobbe systematisk med organisasjonskulturen, tilrettelegge for en åpen og ærlig dialog mellom avdelingsleder og personalet for å avdekke risikoforhold og forbedringsmuligheter ved å lytte til ledernes/ansattes tanker om deres arbeidshverdag⁴³. I tillegg skulle brukersikkerhetsvisittene bidra til å synliggjøre leders

⁴² svarer «i liten grad» eller «i svært liten grad»

⁴³Bergen kommune. *Skjema for pasient- og brukersikkerhetsvisitt*.

engasjement og betydningen av kvalitetsforbedring. Antallet bofellesskap i kommunen gjorde at det var begrenset hvor mange bofellesskap etatsledelsen kunne besøke hvert år og Deloitte får opplyst at etaten nå arbeider med å finne en ny form for oppfølging som kan erstatte pasient- og brukersikkerhetsvisittene.

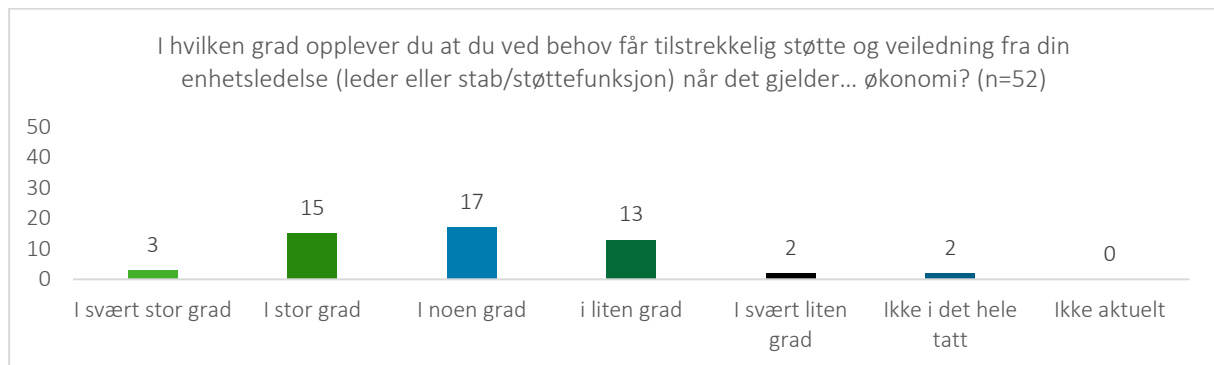
4.3.3 Avdelingsledernes opplevelse av oppfølging fra enhetsledelsen når de har behov for dette

Det er som nevnt ulike funksjoner i botjenestene sine staber som har oppgaver og ansvar når det gjelder å gi avdelingslederne støtte og oppfølging knyttet til økonomi, HR/personalrelaterte tema og oppfølging av tjenestebrukere. I spørreundersøkelsen har vi spurt avdelingslederne om de opplever å ved behov få tilstrekkelig støtte og veiledning fra enhetsledelsen knyttet til disse områdene.

Opplevelse av støtte og veiledning knyttet til økonomi

Av spørreundersøkelsen Deloitte har gjennomført går det frem at en tredjedel av avdelingslederne (18) opplever at de i stor grad (svarer i svært stor grad eller i stor grad) får tilstrekkelig støtte og veiledning fra enhetsledelsen når det gjelder økonomi. Nesten like mange, 17 avdelingsledere, har svart «i noen grad» på samme spørsmål og like mange opplever at de «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» får tilstrekkelig oppfølging knyttet til økonomi. Ledernes svar går frem av figuren under:

Figur 5 Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder økonomi.



Svarene viser imidlertid at det er flere ledere i Arna og Åsane som i liten grad opplever å få tilstrekkelig støtte når det gjelder økonomi enn i de andre byområdene.

Lederne som svarte «i noen grad», «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» på spørsmålet i figuren over, fikk anledning til å utdype hva de savner når det gjelder støtte og veiledning knyttet til økonomi. 28 avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at

- 15 avdelingslederne opplever generelt sett å ikke få tilstrekkelig opplæring, oppfølging eller veiledning av enhetsledelsen i *arbeidet med budsjett og prognoser*, og åtte av disse opplyser at dette er utfordrende siden de opplever å ikke ha tilstrekkelig økonomikompetanse.
- Ellers opplever lederne at det har behov for mer støtte og opplæring tilknyttet rapportene som sendes inn månedlig, strategier, boligens økonomiske status og avklaring av egne oppgaver.

De intervjuede avdelingsledere har ulike erfaringer med hensyn til å få oppfølging ved økonomiske spørsmål. En avdelingsleder opplever stort sett å få god oppfølging av enhetsledelsen ved økonomiske spørsmål. Samtidig peker samme avdelingsleder på at det er utfordrende at det bare er ansatt en økonomirådgiver i enheten, og vedkommende er kjent med at flere avdelingsledere vegrer seg for å henvende seg til økonomirådgiver siden vedkommende har svært mange avdelingsledere å følge opp. En annen avdelingsleder peker på at vedkommende kan sende e-post til enhetsleder ved behov og at det da gis god oppfølging av økonomikonsulent i enheten.

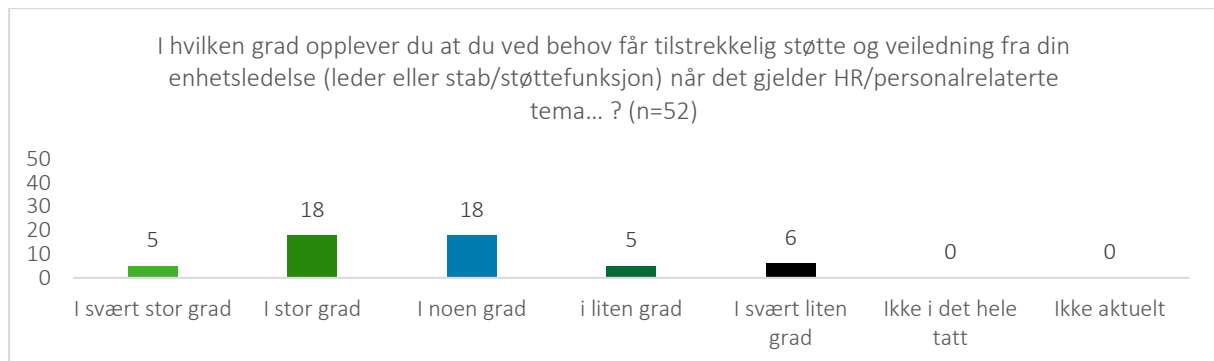
Opplevelse av støtte og veiledning når det gjelder HR/personalrelaterte tema

Litt under halvparten av avdelingslederne som svarte på spørreundersøkelsen, det vil si 23 avdelingsledere, opplever at de i stor grad⁴⁴ får tilstrekkelig oppfølging og veiledning fra enhetsledelsen når det gjelder

⁴⁴ Svarer «i svært stor grad» eller «i stor grad»

HR/personalrelaterte tema ved behov for dette. Den øvrige halvparten av lederne svarer at de får slik støtte «i noen grad» (18 ledere) eller i liten grad⁴⁵ (11 ledere). Ledernes svar går frem av figuren under:

Figur 6: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder HR/personalrelaterte tema.



Svarene viser at det er flere ledere i Arna og Åsane og i Fyllingsdalen og Laksevåg som i liten grad eller i svært liten grad opplever å få tilstrekkelig støtte når det gjelder HR/personalrelaterte tema, sammenliknet med avdelingslederne i de andre enhetene.

Lederne som svarte «i noen grad», «i liten grad» eller «i svært liten grad» fikk anledning til å utdype hva de savner når det gjelder støtte og veiledning knyttet til HR/personalrelaterte tema. 26 avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at mange savner hjelp til vanskelige saker og etterlyser bedre kapasitet hos personalrådgiver. Seks avdelingsledere fremhever at enheten de er tilknyttet har vært uten personalkonsulent i enheten over lengre tid (gjelder Arna og Åsane og Fyllingsdalen og Laksevåg).⁴⁶Noen ønsker mer bistand i rekrutteringsprosesser, saker knyttet til langtidssykemeldte og ellers til annen veiledning i saker.

En avdelingsleder formulerer seg slik: «Det er dessverre alt for lite kapasitet på HR, dette går hardt ut over ledere og ansatte som ikke får nødvendig oppfølging. Mange ledere er overarbeidet og har for mange arbeidsoppgaver.»

Hovedtillitsvalgte peker i intervju på at avdelingsledere ikke har fått tilstrekkelig opplæring og at konsekvensene av utilstrekkelig opplæring og støtte er at avdelingslederne ikke har den kompetansen som er nødvendig når de skal gå inn i rollen som avdelingsleder. De hovedtillitsvalgte mener at det er lav ledelseskompetanse blant avdelingslederne i tjenesten. Blant annet er de hovedtillitsvalgte kjent med at flere avdelingsledere har brutt arbeidsmiljøloven. En hovedtillitsvalgt peker for eksempel på at dårlig arbeidskultur i flere bofelleskap ikke har blitt håndtert på en hensiktsmessig måte fra avdelingslederne fordi ansatte har fått advarsler i stedet for at det blir arbeidet med å sikre en god organisasjonskultur der rutiner blir repetert og gjennomgått dersom noen har gjort en feil. Hovedtillitsvalgte er kjent med at flere helsefagarbeidere har latt være å søke stillinger i bofelleskap fordi de har hørt om slike hendelser (at ansatte får advarsler i stedet for tilstrekkelig oppfølging og opplæring) dersom de gjør noe feil.

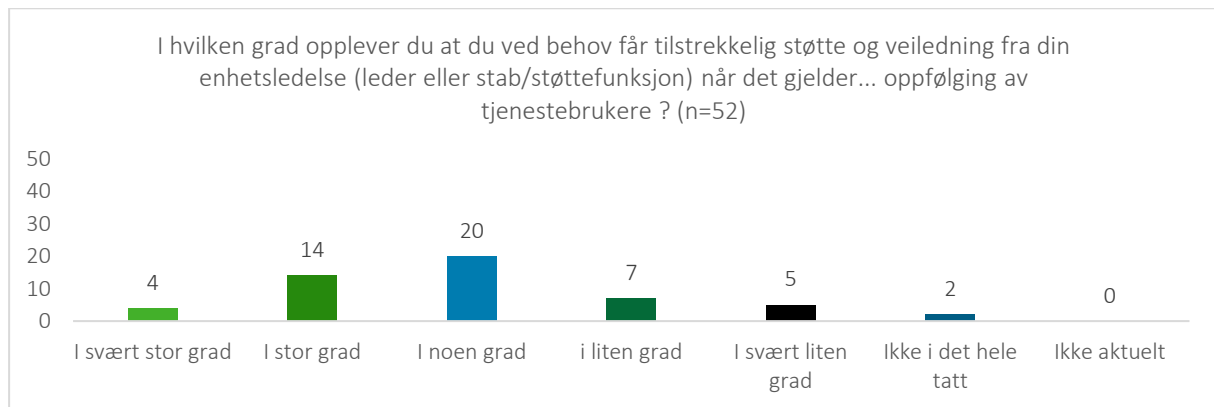
Behov for støtte og veiledning når det gjelder oppfølging av tjenestebrukere

En tredjedel av avdelingslederne som svarte på spørreundersøkelsen opplever at de ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra enhetsledelsen når det gjelder oppfølging av tjenestebrukere (18 av 52 avdelingsledere). 20 avdelingsledere har svart «i noen grad» og 14 avdelingsledere har svart «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» på at de ved behov får støtte og veiledning fra enhetsledelsen når det gjelder oppfølging av tjenestebrukere.

⁴⁵ Svarer «i liten grad» eller «i svært liten grad»

⁴⁶ Staten opplyser i forbindelse med verifisering av rapporten at disse stillingene er besatt per januar 2023.

Figur 7: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at du ved behov får tilstrekkelig støtte og veiledning fra din enhetsledelse når det gjelder oppfølging av tjenestebrukere.



Lederne som svarte «i noen grad», «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» fikk anledning til å utdype hva de savner når det gjelder støtte og veiledning knyttet til oppfølging av tjenestebrukere. 28 avdelingsledere valgte å gjøre dette, og av svarene går det blant annet frem følgende:

- Nesten halvparten av kommentarene knyttet seg til ønske om at leder eller stad burde bruke *mer tid i boligene*, tid og engasjement til å drøfte brukernes behov eller ønsket at enhetsledelsen skulle følge opp saker der det var satt inn tiltak
- Dernest pekte en del ledere på at de skulle ønske at enhetsledelsen hadde en *mer helhetlig tilnærming* opplæring og veiledning og at de ikke bare var koblet på i enkeltsaker, noe som av enkelte ble beskrevet som brannslukking.
- Fem avdelingsledere savnet dessuten bedre fagkompetanse i enhetene
- Og to avdelingsledere viste til at de ønsket hjelp til å følge opp vanskelige situasjoner med pårørende.

Fagrådgiverne i enhetene har et særlig ansvar for faglige oppfølging. I intervju går det frem at fagrådgiverne opplever å ha en flerdelt rolle i oppfølgingen av avdelingsledere i enheten. På den ene siden har fagrådgiver ansvar for å delta på faste møter (ledermøter) med avdelingslederne, hvor de gir informasjon og veiledning til avdelingslederne. De har samtidig også ansvar for å bistå avdelingsledere ved individuelle behov for dette i bofelleskapene. Fagrådgiverne opplyser at de følger tett opp ledere som ber om bistand i forbindelse med oppfølging av tjenestebrukere eller saker som de ikke har kapasitet til å håndtere internt i bofelleskapet. Oppfølgingen skjer basert på innmeldte behov fra avdelingsleder. Samtidig opplyser fagrådgiverne at de i varierende grad har tid og kapasitet til å gjennomføre oppgaver som følger av stillingsbeskrivelsen. Fagrådgiverne opplever at de klarer å følge opp alle avdelingene i henhold til lovpålagte tjenester og krav, men det pekes også på at ansvarsområdet deres er stort, noe som tilsier at de ikke har mulighet til å følge opp alle bofelleskapene tilstrekkelig knyttet til fagutvikling, ønskelig forebyggende arbeid og langvarig systematisk kvalitetsarbeid. Dermed er det de bofelleskapene med størst utfordringer blir prioritert for oppfølging.

Flere ledere gir uttrykk for at lederspennet er for stort for enhetslederne og at dette har innvirkning på hvilken oppfølging enhetslederne klarer å gi. En avdelingsleder formulerer seg slik:

«Mange bofelleskap er på størrelse med en mellomstor norsk bedrift. Et stort lederspenn og en ledelse som er langt unna gjør at vi blir mye overlatt til oss selv. Min leder har vært her to ganger på 4 år (...) Det vil si at de fleste ikke vet hvem denne personen er.»

«Det som holder oss gående er engasjement for beboerne og medarbeiderne, ikke støtte og oppfølging fra ledelsen. De sender for det meste ut e-poster som kommer fra etaten...»

Også fra enhetsledernivå blir det pekt på at enheten oppleves å være for stor og at en ønsker å følge opp avdelingsledere i større grad enn per i dag.

4.3.4 Oppfølging og erfaringsoverføring til nye ledere

I intervju blir fadderordning for nye ledere og ledermøtene fremhevet som de viktigste arenaene for erfaringsutveksling i enheten. Som del av oppfølging av nye ledere, gis den nytilsatte en fadder med ansvar for oppfølging og bistand i den innledende fasen for en ny leder, og fadder skal fungere som kontaktperson for deling av små og store erfaringer underveis i første del av tilsetningen. Fadder kan være en representant fra enhetsleders stab eller en annen avdelingsleder. I spørreundersøkelsen til avdelingslederne spurte vi ikke konkret om lederens erfaring med lederopplæring. Seks avdelingslederes kommenterer likevel i spørreundersøkelsen at lederopplæringen må bli betydelig bedre. De viser til at det må bli tydeligere hva lederansvaret innebærer og hva det er viktigst å kjenne til som leder. Det blir vist til at fadderordningen ikke alltid er på plass eller blir gjennomført og at dette er uheldig ettersom det er svært mye å sette seg inn i som ny leder. En av lederne fremhever at mulige konsekvenser av å ikke ha et tydelig opplegg for hva en leder skal kunne, gjør at viktige oppgaver kan glippe og at oppfølgingen av og tilliten fra personalgruppe og pårørende ikke blir tilstrekkelig. Flere ledere peker på at de selv etter ett år som leder strever med å få tilstrekkelig oversikt over eget ansvarsområde. En leder formulerer dette slik:

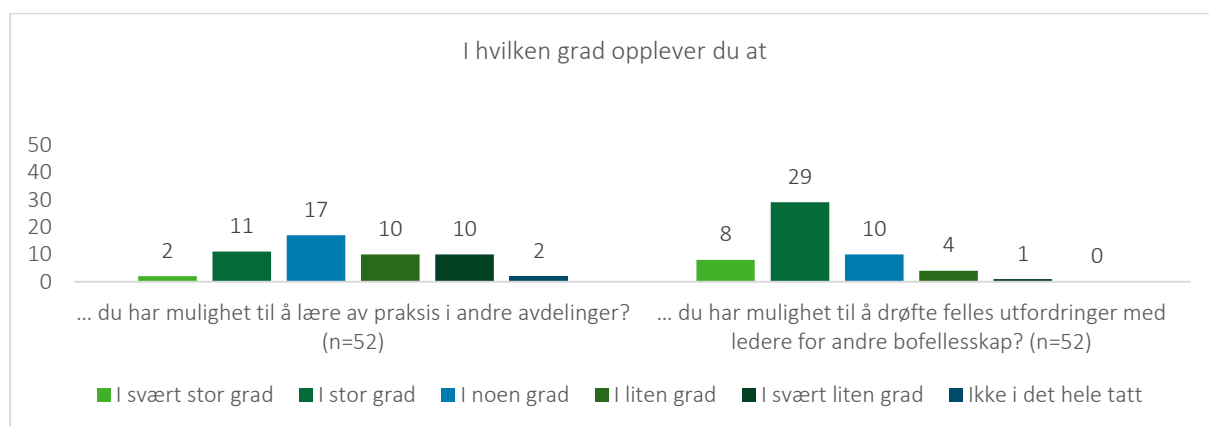
«Har vært leder et år, men har fremdeles til gode å sette meg inn i og få oversikt over beboeren som bor der og rutiner de har på huset. Samt utfordringer de står i hverdagen. Ser at personalet er presset på tid og at manglende kompetanse går utover tjenestemottaker.»

4.3.5 Avdelingsledernes opplevelse av mulighet til å lære av praksis i andre avdelinger

I undersøkelsen blir det vist til at det er særlig i de små ledermøtene, der ledergruppe delt inn i mindre grupper, at det legges til rette for erfaringsdeling, dialog og samhandling. I intervju blir det samtidig pekt på at avdelingsledere har mulighet til å kontakte enhetsleder, enhetens stabsfunksjoner og andre lederkollegaer for utveksling av erfaring, deling av beste praksis og lederstøtte tilknyttet de ulike fagområdene.

Nær halvparten av avdelingslederne (20) opplever at de i liten grad eller ikke i det hele tatt (2) har mulighet til å lære av praksis i andre avdelinger. Kun en fjerdedel (13) av lederne opplever at de i stor grad⁴⁷ har mulighet til dette. Samtidig opplever 37 avdelingsledere at de i stor grad⁴⁸ har mulighet til å drøfte felles utfordringer med ledere for andre bofelleskap. Lederens svar går frem av figuren under

Figur 8: Avdelingsledernes opplevelse av om de har mulighet til å lære av praksis i andre avdelinger og drøfte felles utfordringer med ledere i andre bofelleskap.



I et intervju blir det pekt på at etaten tidligere var organisert på en måte som en erfarte i større grad bidro til erfaringsdelingsdeling, sammenliknet med organiseringen slik den er på revisjonstidspunktet.

4.3.6 Ønsker om å gjøre endringer med hensyn til organisering og lederspenn

Etat for tjenester til utviklingshemmede ble i 2017/2018 omorganisert fra tidligere å ha utgjort åtte bydelsgeografiske botjenester, til nå å utgjøre fire bygeografiske botjenester (i hovedsak omtalt som *enheter* i denne rapporten). I denne omorganiseringsprosessen besluttet man også å satse på rendyrket lederskap for

⁴⁷ svarer «i svært stor grad» eller «i stor grad»

⁴⁸ svarer «i svært stor grad» eller «i stor grad»

avdelingslederne på tjenestestedene, ledere som tidligere også jobbet miljøterapeutisk. Det ble også åpnet for at to bofellesskap kunne ledes av en og samme avdelingsleder der det var tjenlig.

Som det går frem av kapittel 2 har 13 avdelingsledere ansvar for to bofellesskap, mens de øvrige 55 har ansvar for ett bofellesskap hver. Svarene i spørreundersøkelsen viser at avdelingsledere høsten 2022 har ansvar for et varierende antall ansatte. De fleste ledere har ansvar for mellom 30 og 50 ansatte (27 av lederne som har svart på spørreundersøkelsen). Det er likevel 14 ledere som har ansvar for mellom 50 og 70 ansatte og tre ledere med ansvar for over 80 ansatte. I tillegg opplyser lederne at de også har ansvar for mange vikarer. Det opplyses om ansvar for inntil 30 ringevikarer eller ekstravakter. Flere ledere med ansvar for to bofellesskap peker på at dette er utfordrende fordi de opplever at de ikke er tilstrekkelig til stede på arbeidsplassen. Flere av de ansatte som er intervjuet peker også på at det hadde vært bedre for fagmiljøet og arbeidskulturen med en leder som er daglig til stede i bofellesskapet.

I intervju fremhever etatsledelsen at de er kjent med at flere avdelingsledere opplever det som utfordrende å ha ansvar for flere tjenestestede, og det blir vist til at delt ansvar oppleves å ha negativ effekt på oppfølging av ansatte og kvaliteten i tjenesten til tjenestebrukerne. Dette fremkommer også i intervju og i kommentarfelt fra en del av lederne i spørreundersøkelsen. En avdelingsleder forteller om krevende arbeidsforhold for ledere i bofellesskap og skriver blant annet følgende:

«Mange ledere sliter seg ut og slutter etter kort tid. Dette fører til dårlige tjenester og til tider kaotiske tilstander i boligene rundt omkring. Det er ikke mulig for leder å ha oversikt på to steder med utfordringer. Personal er gode til å følge opp så godt det lar seg gjøre.»

En annen avdelingsleder peker på at det er viktig å være til stede for å være en god rollemodell for de ansatte både med hensyn til bruk av arbeidstid, oppfølging av tjenestebruker, refleksjoner omkring det daglige arbeidet og intern kommunikasjon og samhandling. Vedkommende formulerer seg blant annet slik:

«Det er viktig å ha tid nok til å være til stede i boligen. Min opplevelse er at leder er sentral for å sikre systematisk refleksjon og gode tjenester, fordi leder er den som er på jobb hver dag der andre jobber turnus. Spesielt er dette viktig i boliger der det jobbes mange langvakter som igjen medfører at fast ansatte har lengre friperioder. I vår bolig merker vi en enorm forskjell når leder er på jobb og dersom leder har vært borte noen dager, selv om vi har flinke miljøterapeuter som tar ansvar. (...)

Etatsdirektør har imidlertid også fått positive tilbakemeldinger fra avdelingsledere som opplever at det fungerer godt å ha ansvar for flere bofellesskap, blant annet siden dette gir økt fleksibilitet med tanke på bemanning. Deloitte er videre kjent med at erfarne ledere har fått ansvar for bofellesskap med utfordringer i tillegg til eget ansvarsområde, og at dette blir opplevd å ha ledet til viktige forbedringer.

I intervju blir det opplyst at enhetslederne fremover, på bakgrunn av utfordringene en del ledere med ansvar for flere bofellesskap opplever, vil vurdere hvert bofellesskap mer grundig enn det som har blitt gjort tidligere, før de tildeler en avdelingsleder ansvaret for flere tjenestestede. I undersøkelsen kommer det frem at avdelingsledere som melder fra om at det er for krevende med ansvar for flere bofellesskap har fått tilbud om avlastning eller redusert ansvar. Det blir samtidig pekt på at det ikke alltid er enkelt å finne personer som kan bidra til dette avlastningsarbeidet og at i enkelte tilfeller kan det derfor ta tid før avlastning blir gitt.

Omorganiseringen i 2017/2018 innebar rendyrket ledelse, mulighet for at ledere kunne ha ansvar for flere bofellesskap. Den skulle samtidig innebære bemanningskutt som skulle kompenseres med ulike tiltak i regi av prosjektet «Smart omsorg», inkludert velferdsteknologiske. I fagnotat datert 29. januar 2022 skriver etatsdirektør om erfaringene knyttet til denne omorganiseringen:

«Tiltakene har medført negative konsekvenser både for tjenestemottakere, ledelse og ansatte. Store enheter, manglende stedlig ledelse på enkelte tjenestestede, manglende mulighet for faglig (sam)arbeid hindrer alle tiltrengt forbedringsarbeid. Etaten kartlegger stadig årsaker til merforbruk og vil sette i verk tiltak som bidrar til å bremse kostnadsveksten og sikre en tjeneste i balanse. Erfaring har vist at eksisterende organisasjonsform er kostnadsdrivende. Store enheter med stort lederspenn og flere hundre ansatte i hver enhet gjør det vanskelig, og til tider umulig, å ha kontroll over. Enhetene er for store til å sikre god driftskontroll, oppfølging og utvikling både faglig, administrativt og ikke minst økonomisk.»

Etatsdirektør uttaler på kommunens hjemmesider sent høst/vinter 2022 at omorganiseringen i etaten i 2017/2018 innebar reduksjon av antall ledere i etaten, men at erfaringen har vist at omorganiseringen ikke har hatt ønsket effekt. Hun viser til at personalansvaret for lederne er blitt for stort, og flere steder er det én avdelingsleder som

skal følge opp flere tjenestesteder. Hun viser til at lederne blir spist opp av driftsoppgaver, og i mindre grad får tid til utviklingsarbeid, ledelse av ansatte og ikke minst det viktige samarbeidet med pårørende. Dette gjør at etatsleder ser behov for å styrke ledelsen i etaten igjen. Det er nå satt i gang et utviklingsarbeid i etaten som skal ferdigstilles sommeren 2023

4.4 Vurdering

Etaten har etablert et system for oppfølging av enhetsledere som består av fellesmøter og individuelle møter. De individuelle samtalen mellom etatsdirektør og enhetsledere fungerer som ledelsens gjennomgang der viktig informasjon gjennomgås og styringsdata analyseres og drøftes. Deloitte mener det er uheldig at en tilsvarende struktur med ledelsens gjennomgang ikke er etablert for oppfølgingen av lederne for bofellesskap. Vår vurdering er at dette gir risiko for at avdelingslederne ikke får tilstrekkelig lederstøtte og oppfølging med hensyn til å nå ønskede mål og resultater.

Deloitte mener det er positivt at det er etablert en fast møtestruktur for avdelingsledere i alle enheter for å ivareta informasjonsdeling og erfaringsdeling. Selv om dette ikke gjelder alle, viser undersøkelsen at de fleste lederne opplever at møtene gjennomføres tilstrekkelig ofte og at de mottar tilstrekkelig informasjon og oppdatering fra enhetsledelsen. Undersøkelsen viser samtidig at kun halvparten av avdelingslederne opplever at de i stor grad får tilstrekkelig støtte og veiledning når det gjelder HR/personalrelaterte tema. Videre er det kun en tredjedel av avdelingslederne opplever å få tilstrekkelig støtte og veiledning knyttet til økonomi og oppfølging av tjenestebrukere. Deloitte mener derfor at oppfølgingen av avdelingslederne derfor ikke er tilstrekkelig. Deloitte mener det er uheldig at ledere ikke opplever at enhetene har tilstrekkelig kapasitet til å følge dem opp når de opplever å ha behov for dette, verken på en helhetlig måte, i krevende personalsaker, når det gjelder oppfølging av brukere eller i forbindelse med vanskelige situasjoner med pårørende. Manglende oppfølging i slike tilfeller kan medføre negative konsekvenser for arbeidsmiljøet, redusert kvalitet i tjenestene og at pårørendesamarbeidet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt til det beste for bruker og tjenestene.

Deloitte mener det er et hensiktsmessig tiltak etatsledelsen har satt i gang ved å etablere et prosjekt for å revurdere organiseringen av bofellesskapene. Det blir viktig å etablere en organisering som gir lederne tilstrekkelig støtte, veiledning og kapasitet til å følge opp sitt ansvarsområde slik at de kan lede på en god måte. Dette er viktig for å sikre kvaliteten i tjenestene til brukerne og for samarbeidet med verger og pårørende. Undersøkelsen viser at en del avdelingsledere med ansvar for to bofellesskap, opplever dette som svært krevende. Deloitte mener derfor at det er positivt at enhetene nå vil følge dette og vurdere tiltak for ledere som opplever at det blir for krevende å ha lederansvar for flere bofellesskap.

5 Risikokartlegging knyttet til utøving av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling:

Er det kartlagt risiko knyttet til utøving av tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap, og eventuelt satt i verk hensiktsmessige tiltak?

5.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6d og § 7c med veileder har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Øverste leder

- Skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- Må sørge for at risikonivået defineres
- Sette i verk risikoreducerende tiltak
- Bør systematisk etterspørre og bruke erfaringer og innspill fra brukere, pårørende og medarbeidere om risiko

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Datagrunnlag

5.3.1 Kommunens system for å kartlegge individuell risiko for brukere og for tjenestene ved bofelleskapene

Risiko knyttet til enkeltbrukere dokumenteres i den enkeltes journal

Risiko knyttet til enkeltbrukere dokumenteres i den enkeltes brukers journal. Det blir opplyst at dette minimum skal gjennomføres årlig og ellers ved behov. Det skal blant annet gjøres risikovurderinger knyttet til fall, sår og psykisk helse, eller andre områder hvor det faktisk foreligger risiko. Pasientjournalssystemet Profil har ifølge etatsledelsen lenge vært vanskelig å benytte til formålet, og i tjenesten benytter de derfor et skjema for vurdering av risiko knyttet til sannsynlighet og konsekvens (såkalt 5*5 skjema) som de nylig har lyktes med å integrere i den elektroniske pasientjournalen. Deloitte får opplyst at risikokartlegging knyttet til tjenestebrukernes risiko var et av hovedtemaene ved stedlig/digital veiledning til ledere og ansatte som ble gitt av enhetens fagrådgivere mellom 2019-2021.

Bofelleskapene skal tilby årlige kvalitetssamtaler med tjenestebruker, eller eventuelt pårørende/verge dersom ikke bruker selv kan delta i slik samtale. Det foreligger en veiledende prosedyre for gjennomføringen av samtalen og samtalskjema til bruk i slike samtaler med henholdsvis tjenestebruker eller pårørende/verge. Ingen av dokumentene legger opp til at tjenestene eksplisitt skal etterspørre mulige risikoområder. Samtaleguidene er samtidig bygget opp på en måte som innebærer at områder bruker eller pårørende opplever at tjenesten ikke fungerer når det gjelder for eksempel samarbeid, brukermedvirkning, trivsel, mestring og utvikling, fysisk og psykisk helse kan komme frem. Skjemaet legger opp til at eventuelle behov for oppfølging skal noteres, samt ansvar og frist for oppfølging.

Oversikt over risikoområdene i tjenestene – BkKvalitet og BkStyring

Risiko knyttet til tjenesteutøvelsen i etaten registreres i kommunens kvalitetssystem BkKvalitet. Deloitte får opplyst at alle ansatte kan registrere risiko i BkKvalitet og basert på den registreringen de ansatte gjør, vil ledelsen kunne få oversikt over alle registrerte risikoer innenfor eget ansvarsområde.⁴⁹ Slik oversikt fremkommer både i BkKvalitet, men også i BK-styring som er koblet til BkKvalitet slik at styringsinformasjonen er oppdatert. I systemene kan ledelsen få oversikt både over risiko på overordnet aggregert nivå, men også få oversikt over risikoer på enhets- eller avdelingsnivå, samt lese innholdet i de registrerte risikoelementene som ansatte (og ledere) har skrevet inn. Dette gir avdelingsledere, enhetsledere og etatsledelsen en oversikt over registrerte risikoområder, men også innholdet i en melding om risiko dersom det er ønskelig (for eksempel dersom risikonivået er angitt som høyt). Nærmeste ledere har ansvar for å følge opp, vurdere og gjøre noe med registrerte risikoer. Systemet gir etatsledelsen og enhetsledelsene oversikt over vurdert alvorlighet til risikoene som er meldt inn.

I intervju går det frem at etatsledelsen kontinuerlig følger med på risikovurderinger og gir tilbakemeldinger til enhetsledelsene dersom det er noe er meldt som rød risiko og må følges opp/justeres om dette ikke allerede er fulgt opp. Enhetsledelsen er deretter ansvarlig for å følge opp risikoområdet med den enkelte avdelingsleder som har registrert risikoen. På enhetsnivå holdes det kontinuerlig oversikt over registrert risiko. Det er stabsleder som har ansvar for å jevnlig gå igjennom registrert risiko og melde fra til enhetsleder dersom det er områder som må følges opp. Stabsleder skal også følge opp at avdelingene/hvert bofellesskap registrerer risikoelementer. Samtidig er det leder ved bofellesskapene som har ansvar for at risikovurderinger gjennomføres og behandles i tråd med overordnet rutine for risikostyring.

En enhetsleder fremhever at registrering av risiko i BkKvalitet fungerer svært hensiktsmessig og viser blant annet til at BkKvalitet tillater ansatte å jobbe målrettet med risiko, siden systemet krever at en i tjenestene registrerer hendelse som det er risiko for at kan inntreffe, sannsynlighetsgrad og konsekvens. Vedkommende peker på at det er tydelig definert hvilke risikoer som skal registreres, og at BkKvalitet er enklere å arbeide i og bruke som verktøy enn tidligere løsning etaten har hatt for risikoregistrering.

Veiledning og opplæring til dem som skal registrere risiko i BkKvalitet og i pasientjournal

I BK-kvalitet blir ansatte som skal registrere risiko bedt om å beskrive årsak, konsekvens og redegjøre for sannsynlighet for forekomst av risiko. Ansatt som registrerer risiko blir også bedt om å skrive inn eksisterende tiltak og forslag til nye tiltak.

Det foreligger en veileder som beskriver hvordan den som registrerer risiko skal vurdere sannsynligheten for at risiko inntreffer ved å skille mellom svært lav, lav, middels, høy og svært høy sannsynlighet. Det går også frem hvilke områder den som registrer risiko skal vurdere konsekvens for (Liv og helse, personvern/informasjonsikkerhet, tjenesteproduksjon/drift, ytre miljø, omdømme og materielle verdier og økonomi). Det er også lagt inn lenke til en veileder hvor det blant annet er beskrevet hvordan den som registrerer risiko skal vurdere alvorlighetsgrad av risikoen innenfor hvert område⁵⁰. Det foreligger også lenke til et kurs om praktisk bruk av risikomodulen i BkKvalitet⁵¹.

Etatsledelsen er samtidig kjent med at det er utfordringer knyttet til registrering av risiko i avdelingene. Det er for eksempel flere risikoelementer som er feilregistrert i BkKvalitet og som i stedet skulle ha vært registrert i elektronisk pasientjournal ettersom de er knyttet til enkeltbrukere.⁵² I veileder for risikostyring går det blant annet frem hva som skal risikovurderes og det blir vist til ulike eksempler på risikovurdering. Samtidig går det ikke frem hvilke risikoelementer som skal registreres i pasientjournal av veilederne som foreligger i BkKvalitet. Deloitte får opplyst at etaten vil utarbeide en egen etatsovergrepene rutine for dette med forankring i overordnet rutine for risikovurdering i byrådsavdeling for helse og omsorg.

Av intervju går det frem at erfaringen har vært at det kreves litt opplæring i å definere og melde risikoelementer og at mange vurderer for høy grad av alvorlighet når de risikovurderer, samt at risikonivået ikke blir tatt ned når det er iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er særlig utfordrende for ansatte å forstå hvordan de skal vurdere sannsynligheten av at et risikoelement inntreffer, og i AMU- møte i etaten blir det vist til at lederne må få bedre veiledning om hva som skal legges inn som risikoelementer. I intervju blir det opplyst at det i etaten har blitt

⁴⁹ Dette innebærer at etatsledelse har oversikt over all registrert risiko i etaten, enhetsledelse for alle tjenestesteder i sin enhet/botjeneste og avdelingsleder for sin/sine tjenestesteder.

⁵⁰ Bergen kommune. *Bk-Veileder for risikostyring i Bergen kommune*. Dato fremgår ikke.

⁵¹ Kommunesektorens organisasjon (KS). *BkKvalitet- Praktisk bruk av risikomodulen*. Datert: 22.2.2023.

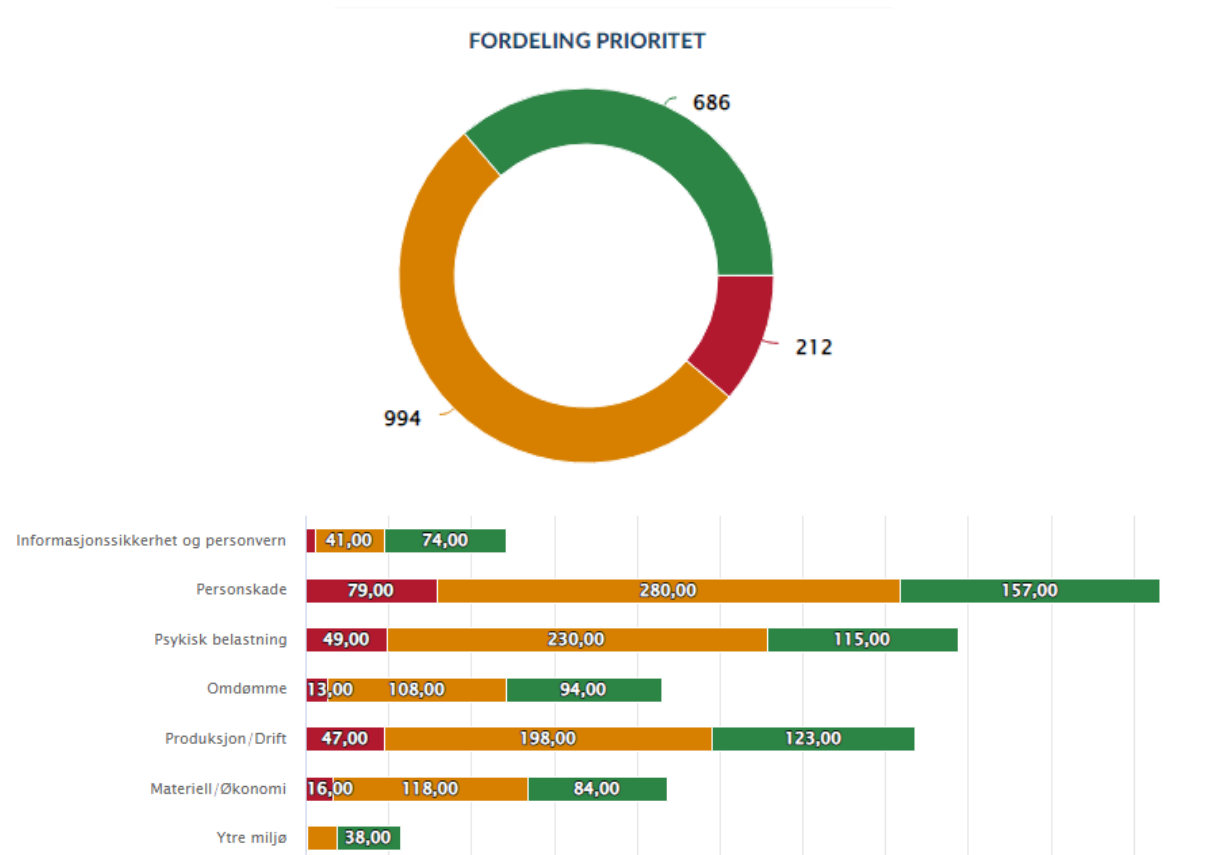
⁵² Bergen kommune. *AMG- Referat*. Datert: 08.11.2022

arbeidet med å tydeliggjøre hvordan avdelingsledere skal definere nivå på risiko i bofelleskap, men det blir også pekt på at dette er et område det må gis bedre på opplæring på for å sikre forståelse av systemet.

Oversikt over innmeldt risiko

Per desember er det registrert 1892 risikoelementer i BkKvalitet innenfor etat for tjenester til utviklingshemmede. Som det går frem av figuren under er det særlig risiko knyttet til personskade, psykisk belastning og produksjon/drift som har risikoelementer med høy vurdering på konsekvens og/eller risiko. Systemet er lagt opp slik at ledelsen kan klikke seg inn figurene under og lese nærmere om de ulike registrerte risikoene på detaljnivå om det er ønskelig. Systemet gjør det mulig å for eksempel få oversikt over beskrivelsene gitt av risikoer som er registrert som røde, hvilken avdeling som melder risiko og iverksatte tiltak.

Figur 9: Utklipp av oversikt over identifisert risiko i etat for tjenester til utviklingshemmede fra BkStyring (per desember 2022)



Risiko vurderes også på overordnet og aggregert nivå i kommunen. Per januar 2023 er de overordnede risikoanalysene ikke tilgjengelig i BkStyring, men etatsledelsen opplyser i intervju at de alvorligste risikoområdene innen tjenestene er følgende:

- **Vold og utagerende atferd fra tjenestebrukere** ved bofelleskap blir fremhevet som en stor utfordring og risiko. Etatsledelsen peker på at voldsproblematikk er et komplekst og sammensatt problem som krever at tiltak må tilpasses hver enkelt tjenestebruker, og at det derfor er utfordrende å utarbeide generelle tiltak for alle bofelleskapene i etaten. I intervju med ledere for bofelleskap går det imidlertid frem at det gjennomføres opplæring knyttet til vold og utagerende atferd fra tjenestebrukere, samt at det blir utarbeidet handlingsplaner. Dette er likevel ikke alltid til hinder for at vold og utagerende atferd forekommer. Etaten har arbeidet med opplæring av ansatte på dette området, og styrker nå denne opplæringen ved å gjennomføre opplæring av alle 2700 ansatte i kunnskapsbasert og landsdekkende metode for forebygging og håndtering av aggresjonsproblematikk i løpet av 2023⁵³ I tilfeller hvor det

⁵³ [MAP – Sifer](#)

foreligger behov om opplæring knyttet til skadeavvergende tiltak kan ansatte få opplæring i håndtering av dette av habiliteringstjenesten for voksne ved Helse Bergen (MAP kurs).

- **Tilgangen til kompetent personell** er ikke tilstrekkelig i tjenestene og kommunens tiltak har så langt ikke vært tilstrekkelige. Dette utgjør dermed en stor risiko for tjenestene. Se nærmere omtale av dette temaet i kap. 8)
- **Lederspennet er for stort** for en del av lederne i etaten og dette utgjør en risiko for oppfølging av ansatte og dermed tjenestene – etaten har høsten 2022 satt i gang en omorganiseringsprosess som skal ferdigstilles sommeren 2023 (se nærmere omtale av dette temaet i kap. 5)

Ellers er de største risikoområdene som er definert for tjenestene legemiddelhåndtering, tvang og maktproblematikk i henholdt til kapittel 9a i helse- og omsorgstjenesteloven og brukerøkonomi. På bakgrunn av dette er disse områdene valgt ut for interne kontrollaktiviteter i alle bofellesskap.

Gjennomgang av risikoområder i AMU og med pårørenderepresentanter

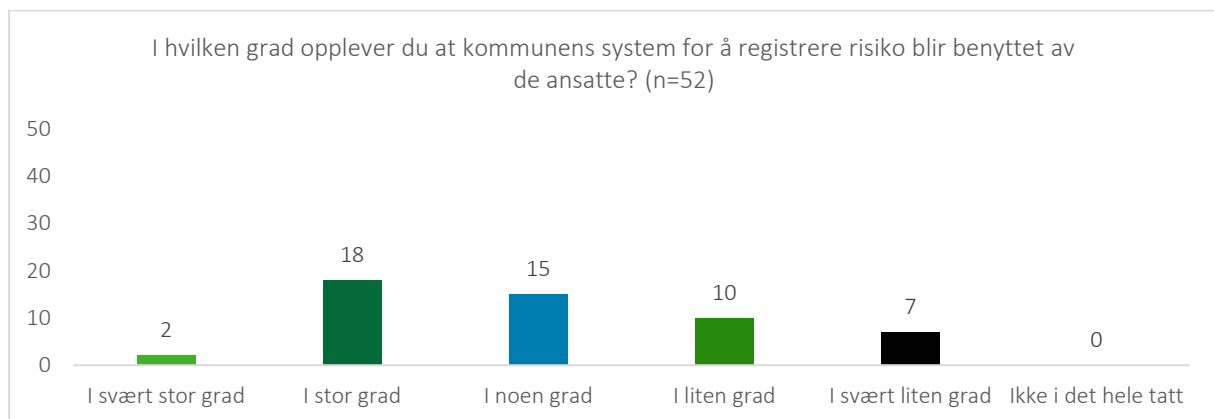
I intervju blir det opplyst at etatsledelsen går igjennom avvik og risikovurderinger på overordnet nivå i møter med pårørende i egne møter to ganger i året og med arbeidstakerrepresentanter i AMU (byrådsavdelingens arbeidsmiljøutvalg). Det går også frem av referat fra AMU at det har vært utfordringer knyttet til forståelsen av konsekvens og sannsynlighet angående risikoregistrering i BkKvalitet og at en del brukerrelatert risikoelementer er feilregistrert i BkKvalitet i stedet for i brukerjournal.

Det gjennomføres møter mellom byrådsavdeling, etat og pårørendeorganisasjoner, men disse omhandler ikke gjennomgang av avvik og risikoområder for tjenesteområdet

5.3.2 Avdelingsledernes erfaringer med kommunens system for å melde fra om risiko

I spørreundersøkelsen ble avdelingslederne spurt om i hvilken grad de mener ansatte registrerte risiko i kommunens system for dette. 20 avdelingsledere mente ansatte benyttet systemet i stor grad, mens 15 avdelingsledere mente de brukte det i noen grad og 17 mente ansatte i liten grad (svarte «i liten grad» eller «i svært liten grad») brukte kommunens system for å registrere risiko. Ledernes svar går frem av figuren under.

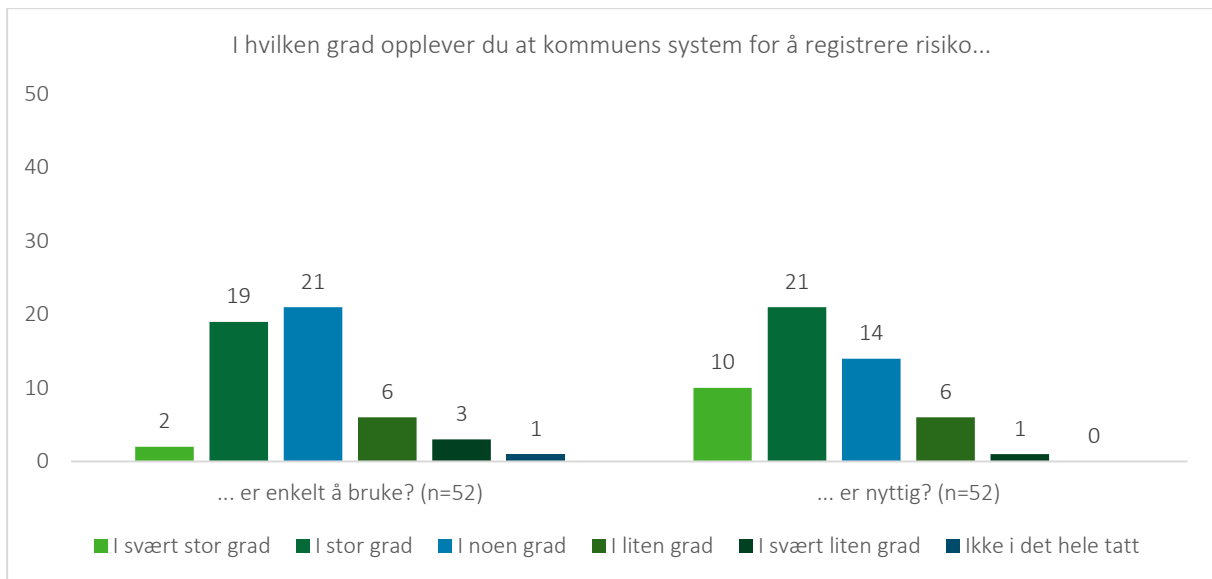
Figur 10 Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at kommunens system for å registrere risiko blir benyttet av de ansatte?



Alle ledere som svarte på dette spørsmålet, fikk anledning til å legge ved utfyllende kommentarer. Syv avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at noen avdelingsledere erfarer at de ansatte kun registrerer risiko sporadisk og at mangel på tilstrekkelig kompetanse og tid ved bofellesskapene, påvirker negativt i hvilken grad systemet for å registrere risiko blir benyttet av de ansatte.

Svarene i undersøkelsen viser at ikke alle ledere for bofellesskap opplever at kommunens system for å registrere risiko er enkelt å bruke eller er nyttig. Henholdsvis ni og syv avdelingsledere mener at systemet i liten grad er enkelt å bruke eller nyttig. Tilsvarende mener 21 og 14 av avdelingslederne at systemet i noen grad er enkelt å bruke og nyttig. Avdelingsledernes svar går frem av figuren under.

Figur 11: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad opplevde du at kommunens system for å registrere risiko er enkelt å bruke og er nyttig.



Svarene i undersøkelsen viser at særlig de erfarne avdelingslederne, som har vært leder i over 5 år, opplever at kommunens system for å registrere risiko kun i noen grad, i liten grad og i svært liten grad, er enkelt å bruke⁵⁴.

Alle ledere som svarte på spørsmålet om hvorvidt de opplever at systemet for å registrere risiko er *enklert å bruke* fikk anledning til å legge ved utfyllende kommentarer. Åtte ledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at noen av avdelingslederne opplever at kommunens system for å registrere risiko er noe tungvinte da skjemaene ikke er enkle å bruke og uoversiktlige, samtidig som det tar tid å lære opp å lære opp ansatte i hvordan det skal benyttes. En avdelingsleder forteller at det er kun leder og verneombud som registrerer risiko i BkKvalitet, mens de ansatte registrerer i brukers journal.

Også alle ledere som svarte på spørsmålet om hvorvidt de opplever at systemet for å registrere risiko er *nyttig*, fikk anledning til å utdype dette. Ni avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at to avdelingsledere savner mer kjennskap til og opplæring i systemet. To avdelingsledere opplever at det ikke har noen hensikt å melde risiko da det ikke blir satt i verk tilstrekkelige tiltak i etterkant. Det går også frem at en avdelingsleder opplever at det ikke er tilstrekkelig med tid til å registrere risiko i løpet av arbeidsdagen. En annen mener at systemet vil bli nyttig når ansatte begynner å bruke det.

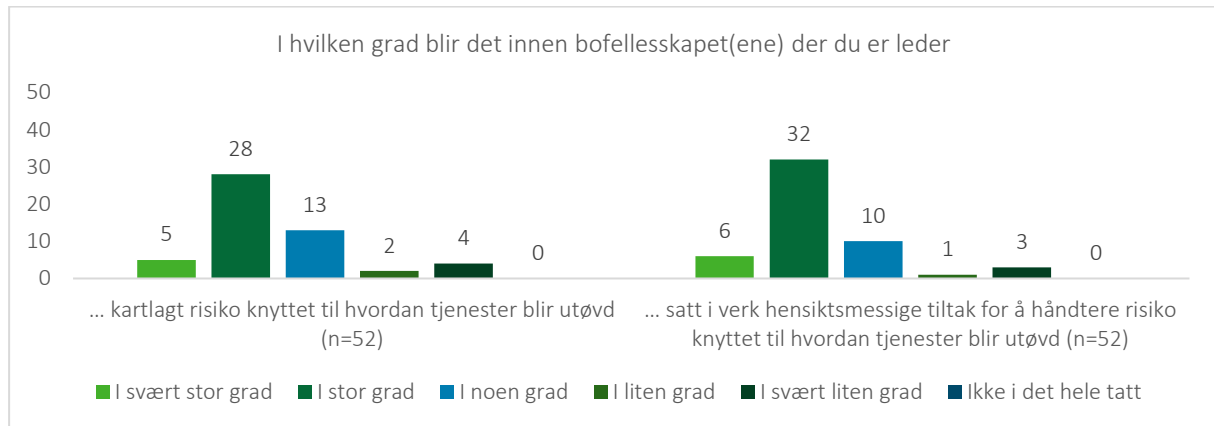
5.3.3 Kartlegging av risiko i bofellesskapene og iverksetting av tiltak

Alle enhetslederne viser til at ved forekomst av hendelser som indikerer alvorlig risiko kontakter avdelingsleder enhetsleder direkte. I etterkant av registrert risiko fra avdelingsleder i enheten blir det iverksatt risikoreducerende tiltak ved bofellesskapet, samt at dato for evaluering av tiltak blir iverksatt. Hovedtillitsvalgt for FO opplever at avdelingslederne er bedre på å håndtere og følge opp risiko sammenliknet med avviksmeldinger. Utfordringene knyttet til risiko handler om at avdelingsleder ikke har kapasitet til å drøfte risikoområder med personalgruppen.

⁵⁴ 54 prosent svarer i noen grad, 8 prosent svarer i liten grad og 4 prosent svarer i svært liten grad i denne gruppen. I denne respondentgruppen finner vi også den respondenten som opplever at systemet ikke i det hele tatt er enkelt å bruke.

De fleste avdelingslederne svarer at det i stor grad registreres risiko og settes i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko. Det er likevel noen ledere som mener dette skjer i liten grad, og noe flere som mener dette skjer i noen grad. Avdelingsledernes svar går frem av figuren under.

Figur 12: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad blir det på bofellesskapet(ene) der du leder kartlagt risiko knyttet til hvordan tjenester blir utøvd og satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko knyttet til hvordan tjenester blir utøvd.

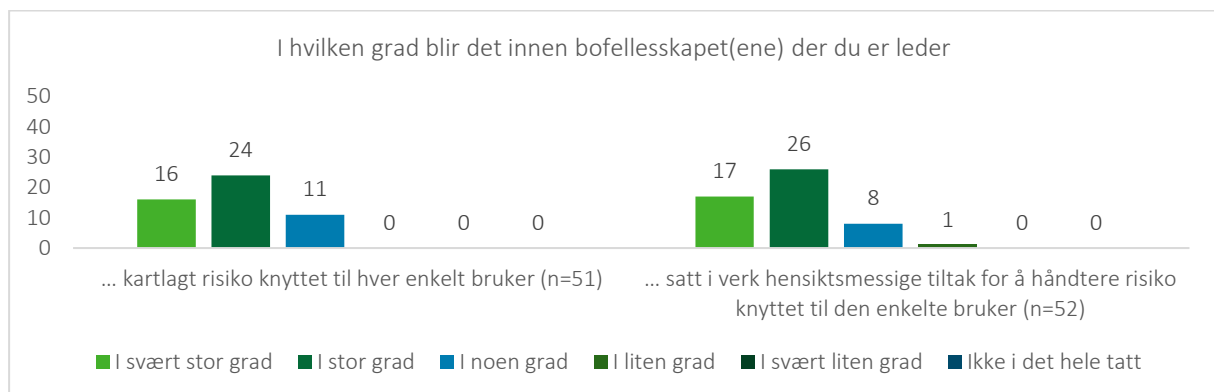


Avdelingslederne som svarte «i noen grad», «i liten grad» eller «i svært liten grad» på spørsmålene over, fikk anledning til å utdype årsakene til at risiko ikke alltid blir kartlagt eller hensiktsmessige tiltak satt i verk. 16 avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene på begge spørsmål går det frem at mangel på kompetanse, bemanning og opplæring er årsaker til at risiko ikke alltid blir kartlagt og tiltak satt i verk. Det går også frem at mangel på tid (avsatt tid i turnus) er en årsak og at kartlegging av risiko ikke er en prioritert oppgave.

Risiko knyttet til enkeltbrukere blir ikke alltid tilstrekkelig kartlagt og fulgt opp med hensiktsmessige tiltak

De fleste lederne som svarte på spørreundersøkelsen, opplever at det i svært stor grad eller i stor grad er kartlagt risiko og satt i verk hensiktsmessig tiltak for å håndtere risiko knyttet til den enkelte bruker. Ledernes svar går frem av figuren under. Det er likevel ca. en femtedel av avdelingslederne som svarer at dette kun er tilfellet i noen grad.

Figur 13: Avdelingsledernes svar på spørsmålene: I hvilken grad blir det innen bofellesskapet(ene) der du leder kartlagt risiko knyttet til hver enkelt bruker og satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko knyttet til den enkelte bruker.



Svarene i undersøkelsen viser at særlig ledere i enheten Arna og Åsane opplever at det kun i noen grad blir kartlagt risiko knyttet til hver enkelt bruker innenfor bofellesskapet(ene) de leder.⁵⁵ I de andre tre enhetene opplever imidlertid de fleste lederne at risiko knyttet til hver enkelt bruker i svært stor grad eller i stor grad blir kartlagt. Det er også de som har vært avdelingsleder i mer enn 5 år som opplever at det i svært stor grad eller i stor grad blir kartlagt risiko og er satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risiko knyttet til hver enkelt bruker. Av de som har vært leder i ett til to år, svarer halvparten at det kun i noen grad er kartlagt risiko til hver enkelt bruker, og at det i liten grad eller i noen grad er satt i verk hensiktsmessige tiltak for å håndtere risikoen.

⁵⁵ 50 prosent svarer i noen grad i denne enheten

De ledere som svarte «i noen grad» på spørsmålet om i hvilken grad det *kartlegges risiko* og blir satt i verk *hensiktsmessige tiltak* knyttet til hver enkelt bruker ved bofelleskapet fikk anledning til å utdype sitt svar. Alle elleve valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at at risiko knyttet til enkeltbrukere ikke alltid blir kartlagt fordi ledere og ansatte ikke har tid til dette i en travel hverdag, eller at lederne eller ansatte ikke har fått tilstrekkelig opplæring i systemet. Videre svarer avdelingsledere at det ikke blir satt i verk hensiktsmessige tiltak fordi det ikke er tilstrekkelig bemanning med kompetanse ved bofelleskapene.

En av de intervjuede avdelingslederne forteller at de arbeider med risikovurdering av ulike situasjoner ved bofelleskapet, men at dette arbeidet ikke er godt nok implementert i arbeidsmiljøet. En annen av de intervjuede avdelingslederne opplyser at de i bofellesskapet har rettet mye oppmerksomhet mot risikokartlegging for tjenestebrukerne og de ansatte. Avdelingslederen vektlegger at det er svært viktig å benytte risikokartlegginger i det forebyggende arbeidet ved bofelleskapet.

5.4 Vurdering

Kommunen har et godt system for å registrere risiko som, under forutsetning av at risiko blir registrert, gir ledelsen oversikt over hvor det er risiko for svikt eller mangler i virksomheten, samt detaljinformasjon om innmeldte risikoer dersom dette er ønskelig, for eksempel slik at alvorlig risiko kan følges raskt opp. Kommunens systemer bidrar til å sikre at risikonivået defineres for innmeldte risikoer, men undersøkelsen viser samtidig at etaten erfarer at risiko ikke alltid blir vurdert eller meldt riktig av dem som melder inn risiko. Deloitte mener det blir viktig å utarbeide en tydelig veileder til ansatte om hvilke risikoer som skal registreres i den enkeltes journal og hvilke risikoer som skal registreres i BkKvalitet.

Det er Deloitte's vurdering at selv om undersøkelsen viser at mange ledere og ansatte i tjenestene registrerer risiko i BkKvalitet og i brukernes journaler, er det behov for å sikre at dette blir gjort i enda større grad. Ledere som rapporterer at risiko enten i noen eller i liten grad blir registrert, opplyser at årsakene er mangel på kompetanse, bemanning, opplæring og tid. Deloitte mener derfor at kommunen må sikre tilstrekkelig opplæring knyttet til registrering av risiko, samt forståelse for viktigheten av å registrere risiko.

Basert på informasjon som har kommet frem i undersøkelsen mener Deloitte at det i bofelleskapene ikke alltid er satt i verk tilstrekkelige tiltak for å håndtere risiko knyttet til enkeltbrukere og knyttet til hvordan tjenestene blir utøvd. Dette er ikke i samsvar med krav i § 7c i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensene av dette kan etter Deloitte's vurdering potensielt bli alvorlige for brukerne. Det er derfor sentralt at kommunen retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot å sikre at ledere og ansatte prioriterer å registrere risiko og følger opp med nødvendige tiltak.

6 Arbeidet med å etablere tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser

6.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser?

Under dette:

- *Er det etablert tilfredsstillende rutiner for områdene med størst risiko?*
- *Er rutinene gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte?*
- *Blir rutinene etterlevd?*
- *Blir det gjennomført nødvendige kontroller av om rutinene etterleves?*

6.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 7b og c, § 8a og § 9c har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Øverste leder skal

- sikre nødvendige rutiner og prosedyrer
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll
- sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- Skal sikre at virksomheten utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen
- kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

6.3 Datagrunnlag

6.3.1 Rutiner og rutineutviklingsarbeid innen etat for tjenester til utviklingshemmede

Det foreligger en prosedyre som beskriver etatens kvalitetsarbeid. Av prosedyren går det frem at formålet med kvalitetsarbeidet er å sikre at

- arbeidsoppgaver blir utført i tråd med gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer og prosedyrer
- kvalitetsutvalgenes arbeid bidrar til god internkontroll og utvikling av kvalitet i tjenestene.
- avvik/uønskede hendelser blir meldt/registrert og rettet opp, og unngå at samme feil/uønskede hendelse oppstår igjen

Det er opprettet lokale kvalitetsutvalg i hver enhet og et kvalitetsutvalg for etaten som har ansvar å følge opp, påse og bidra til å sikre at kvalitetssikringssystemet, og under dette internkontrollen, fungerer som det skal jf relevante krav. De lokale kvalitetsutvalgene skal gjennomgå risikovurderinger og vurdere risiko og tiltak, gjennomgå relevante tilsynsrapporter for enheten og vurdere risiko og tiltak etter merknader/avvik og vurdere status for gjennomføring av prosedyrer/rutiner. Etatens kvalitetsutvalg skal også gjennomgå risikovurderinger og vurdere risiko og tiltak, men også gjennomgå tilsynsrapporter og melde behov for utarbeidelse, eller endring av retningslinjer/prosedyrer/rutiner på tvers av etater.

Deloitte får opplyst at etatens felles prosedyrer utarbeides i etatsadministrasjon eller fagrådgivernettsverk, godkjennes i etatens kvalitetsmøte hvor enhetslederne er til stede. De publiseres deretter i BkKvalitet. Stabsledernettsverket og fagrådgivernettsverket i etaten er fora som identifiserer behov for nye prosedyrer og sørger for revidering av eksisterende prosedyrer som gjelder for etat for tjenester til utviklingshemmede. Nettsverkene møtes jevnlig og Deloitte får opplyst at behov for prosedyrer/revidering av prosedyrer drøftes jevnlig. Faglige prosedyrer skal revideres annet hvert år eller oftere ved behov. Etaten har oversendt en oppstilling av 20 felles rutiner/retningslinjer/prosedyrer som gjelder for etaten. Blant annet har etaten rutiner for

- Kvalitetssamtale – årlig samtale for å sikre medvirkning for tjenestebrukere og verge/pårørende
- Forebygging av fall og trykksår
- Bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9
- Forbedrings- og kvalitetsarbeid
- Legemiddelhåndtering
- Forvaltning av brukers midler
- Hva som skal dokumenteres i brukers pasientjournal

Av intervju går det frem at bofellesskapene også utarbeidet egne felles rutiner for de ansatte og rutiner knyttet til arbeidet med den enkelte bruker. En intervjuet avdelingsleder forteller for eksempel at det er utarbeidet en lokal prosedyre og et organisasjonskart ved bofellesskapet, som blant annet definerer ansvarsområder (eksempelvis legemiddelhåndtering og kapittel 9 a knyttet til tvang og makt). Avdelingsleder opplyser at nesten hver ansatt har et eget ansvarsområde eller har ansvar for et område sammen med andre. Deloitte har ikke kjennskap til omfanget av og variasjonen av lokale prosedyrer ved bofellesskapene.

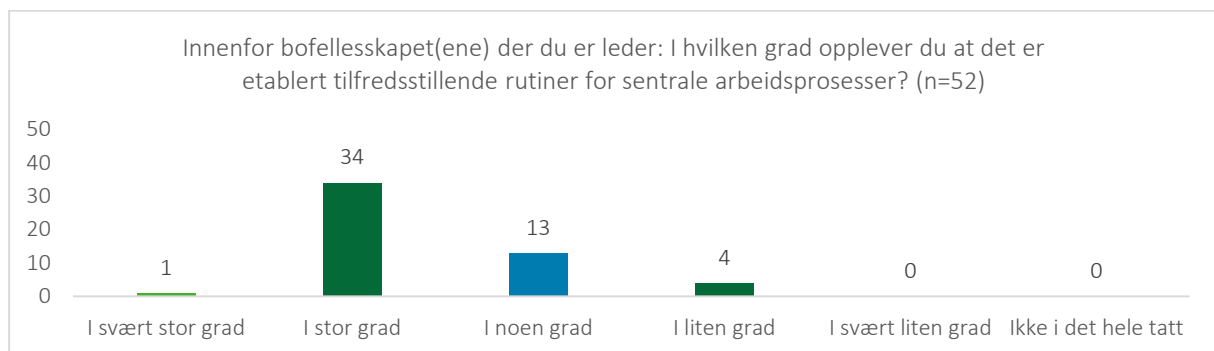
Når det gjelder rutiner knyttet til den enkelte til tjenestebruker er det primærkontakten som skal sikre at disse rutinerne er oppdaterte i henhold til tjenestebrukers behov. Ansatte som skal arbeide med tjenestebruker skal benytte disse rutinerne.

6.3.2 Rutiner for områder med størst risiko

Avdelingsledernes oppfattelse av om det er etablert rutiner for sentrale arbeidsprosesser

De fleste avdelingslederne opplever at det i stor grad er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser innenfor bofellesskapet de leder (35 personer svarer dette). Det er likevel 17 avdelingsledere som kun «i noen grad» (13) eller «i liten grad» (4) opplever at det er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser.

Figur 14: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at det er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser innenfor bofellesskapet(ene) du leder.

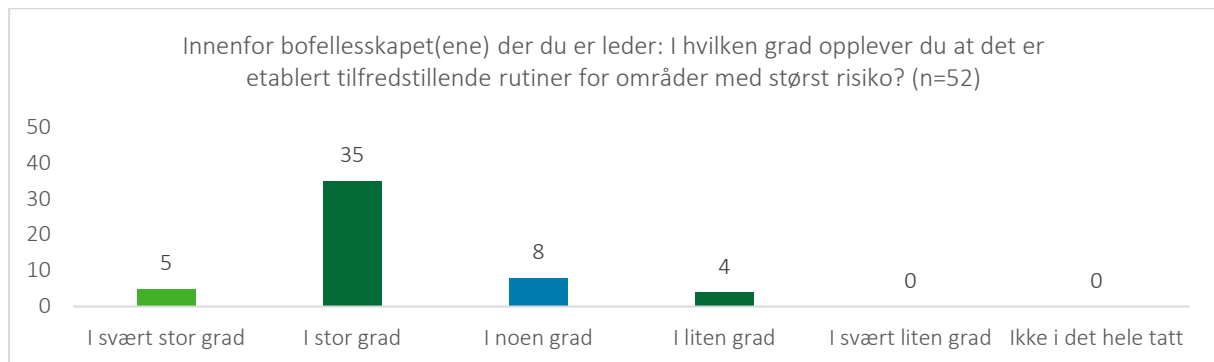


De lederne som svarte «i noen grad» og «i liten grad» fikk anledning til å utdype hvilke sentrale arbeidsprosesser som burde hatt bedre rutiner. 12 avdelingsledere valgte å gjøre dette og det nevnes flere ulike arbeidsprosesser der avdelingsledere mener det burde vært bedre rutiner for blant annet primærkontaktens faglige oppgaver, arbeidet knyttet til miljøperm, dagsplan og arbeid rundt den enkelte tjenestebruker, HMS, legemiddelhåndtering, muskel og skjelettutfordringer og etikk.

Avdelingsledernes oppfattelse av om det er etablert rutiner for områder med størst risiko

De fleste avdelingslederne (40 av 52) opplever også det i stor grad er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko innenfor bofellesskapet(ene) de leder. Det er samtidig 12 avdelingsledere som kun «i noen grad» (8) eller «i liten grad» (4) opplever at det er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko.

Figur 15: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at det er etablert tilfredstillende rutiner for områder med størst risiko innenfor bofellesskapet(ene) du leder.



De lederne som svarte «i noen grad» og «i liten grad» kunne utdype sitt svar. Åtte avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at rutiner knyttet til områdene kapittel 9 om makt og tvang, men også bilkjøring med beboer, legemiddelhåndtering, endrede behov for tjenestebruker, arbeidsbelastning og HMS burde vært bedre.

Utvikling av veileder for samarbeid med pårørende

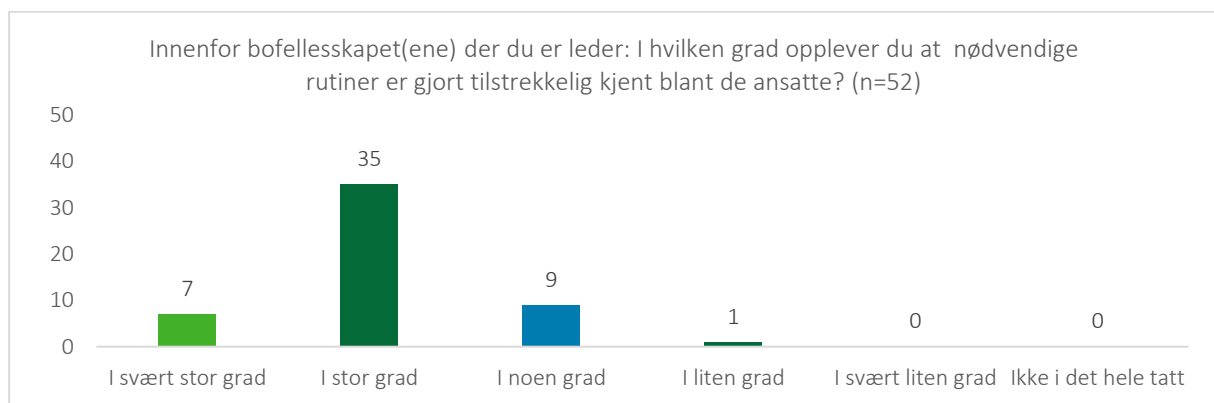
Et av målene i kommunens overordnede tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming er «Pårørende som er godt ivaretatt. Gode informasjons- og samarbeidsarenaer mellom personer med utviklingshemming, pårørende og kommunen.» (se også kapittel 3). Området samarbeid med pårørende blir i undersøkelsen fremhevet av flere, både i spørreundersøkelsen og i intervju som et krevende område. Deloitte har fått opplyst at pårørendesamarbeid er et område som det vil rettes oppmerksomhet mot i 2023. Det er nylig etablert to parallelle prosjekt i etaten, ett knyttet til pårørendesamarbeid og ett knyttet til taushetsplikt. Formålet med pårørendeprojektet er blant annet å utarbeide en modell som sikrer god samhandling i tråd med overordnet nasjonal veileder og regulerende lovverk.

6.3.3 Ansattes kjennskap til etablerte rutiner

Ved nye retningslinjer/prosedyre som gjelder for de som arbeider i etaten sendes disse til enhetsleder, som så har ansvar for å sende det videre til avdelingsleder. Avdelingsleder har så ansvar for å gjøre de ansatte kjent med denne og sørge for at den blir tatt i bruk. Ved store endringer eller revisjoner, eller ved nye retningslinjer/rutiner gjennomføres det i tillegg gjennomgang på ledermøter eller i enhetene. Det blir opplyst at det oftest er representant fra enhetens stab tilknyttet fagområdet for endring/ny retningslinje/rutine som gjennomgår rutinene for avdelingslederne som så tar disse opp med sine ansatte. Det gjennomføres også fagsamlinger for avdelingsledere som blir benyttet til å gi opplæring i nye rutiner og systemer.

De fleste avdelingsledere (42) opplever at nødvendige rutiner i enten «i stor grad» eller «i svært stor grad», er gjort tilstrekkelig kjent blant ansatte innenfor bofellesskapet(ene) de leder. Ledernes svar går frem av figuren under. Det er likevel ni avdelingsledere som kun i noen grad mener at rutinene er gjort tilstrekkelig kjent, og en avdelingsleder som mener at de i liten grad er det.

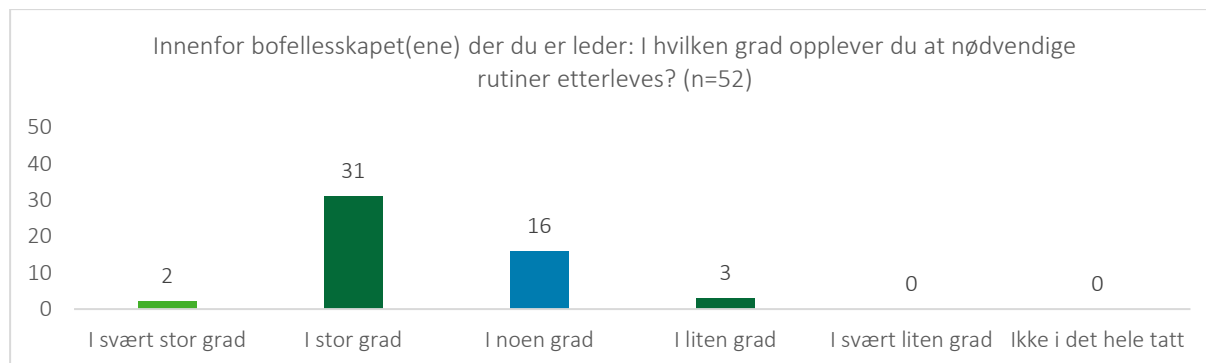
Figur 16: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at nødvendige rutiner er gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte innenfor bofellesskapet(ene) du leder.



6.3.4 Etterlevelse av rutiner

De fleste avdelingslederne svarer i spørreundersøkelsen at nødvendige rutiner etterleves i stor grad (33). Det er samtidig 16 ledere som svarer at dette skjer i noen grad, mens tre ledere svarer «i liten grad» på spørsmålet om nødvendige rutiner etterleves innenfor bofellesskapet(ene) de leder. Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 17: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at nødvendige rutiner etterleves innenfor bofellesskapet(ene) du er leder.



Alle avdelingslederne fikk anledning til å utdype hvilke rutiner som ikke blir tilstrekkelig etterlevd og 39 avdelingsledere gjorde dette. Dette viser at også ledere som svarer at rutiner i stor grad blir etterlevd, også erfarer at det er rutiner som ikke blir det. Av svarene går det frem at det er særlig innenfor følgende områder at rutiner ikke blir etterlevd:

Tema for rutine	Antall avdelingsledere som opplyser at rutine ikke blir tilstrekkelig etterlevd
Legemiddelhåndtering	6
Håndtering av utfordrende adferd fra tjenestebrukere (Blant annet bruk av alarm inne hos tjenestebruker og sikringsrutiner)	5
Aktiviteter til bruker som følger av plan	4
Rutine for ansvarsvakt	3
HMS	2
Etikk	2
Brann og førstehjelp	2

Ut over områdene som går frem av tabellen over er det ellers stor variasjon i hvilke rutiner avdelingslederne nevner som ikke blir tilstrekkelig etterlevd. Områder som blir nevnt er bruk av tvang (Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven), bruk av hjelpemidler hos beboer, håndtering av beboers midler, oppgaver knyttet til rollen som primærkontakt, renhold, og bruk av pasientjournal. Det blir også nevnt at rutiner for oppfølging av medarbeidere som er sykemeldte og gjennomføring av medarbeidersamtaler ikke blir tilstrekkelig etterlevd.

Avdelingsledere ved to av de intervjuede bofellesskapene forteller at det kan være krevende å nå ut til alle ansatte og sikre at rutiner blir etterlevd. Det blir vist til at endringsviljen kan være lav hos en del av personalet. Den ene av avdelingslederne forteller at det er krevende å følge opp at rutine blir fulgt, men at de ved bofellesskapet jobber med å lage et bedre system slik at avvik i forhold til rutiner lettere skal bli avdekket, for eksempel ved bruk av sjekklister. En annen avdelingsleder forteller at etterlevelse av rutiner kontrolleres fortløpende gjennom sjekklister og gjennom samtaler med ansvarsvakter. Vedkommende peker samtidig på at kontroll av om rutiner etterleves er et forbedringsområde fordi oppfølgingsarbeid og forebyggende arbeid blir nedprioritert til fordel for å sikre forsvarlig drift med tilstrekkelig antall ansatte på jobb ved høyt sykefravær.

Ansatte som er intervjuet peker på at manglende etterlevelse av rutiner kan henge sammen med mangelfull kompetanse og forståelse for rutinene hos en del ansatte. Det blir også pekt på at det i noen tilfeller kan være knapp tid til å sette seg inn i rutinene. Andre ansatte opplyser at de har fått den tiden de har hatt behov for når det gjelder opplæring i rutiner knyttet til tjenestebrukere.

6.3.5 Intern kontroll av om rutinene etterleves

Etaten har etablert system for gjennomføring av kontroller basert på identifisert risiko for brudd, tap eller skade. Basert på en vurdering av at dette er risikoområder, gjennomfører enhetene hvert år interne kontroller i alle bofellesskapene/avdelingene knyttet til følgende risikoområder:

- HMS
- Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt ovenfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.
- Pasient - og brukerrettighetsloven, Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp.
- Legemiddelhåndtering
- Forvaltning av brukers midler.

Det foreligger internkontrollskjema for områdene Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9, Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt ovenfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming⁵⁶, legemiddelhåndtering⁵⁷, HMS⁵⁸ og brukers midler.⁵⁹ Det blir opplyst at internkontrollverktøyet som brukes i disse kontrollene evalueres hvert annet år eller hyppigere dersom det avdekkes behov for endring/forbedring.

Det er driftsrådgivere og stabsleder i enhetene som gjennomfører internkontroll på pasientregnskap og HMS, mens fagrådgiverne i enhetenes staber gjennomfører internkontroll på områdene legemiddelhåndtering, tvang og maktproblematikk som følger av kap. 9 og brukerøkonomi. Flere av fagrådgiverne peker på at det er svært tidkrevende å gjennomføre interne kontroller på disse områdene i alle bofellesskapene i enheten og det blir blant annet pekt på at det kunne vært ønskelig med ressursgrupper som kunne bistått i internkontrollarbeidet, slik at arbeidsmengden kan fordeles. Gjennomførte interne kontroller er en indikator i botjenestenes styringskort, men det fremgår ikke status med hensyn til gjennomføringsgrad av interne kontroller per desember 2022.

Når det avdekkes et avvik i forbindelse med en intern kontroll, så skal det iverksettes tiltak, og deretter gjennomføres en etterkontroll for å kontrollere at avviket er behandlet. Fra etatsledelsen blir det vist til at gjennomføring av slike etterkontroller i er et forbedringsområde. Etaten har ikke arbeidet tilstrekkelig systematisk med dette tidligere og trenger bedre systemer for å følge opp om avvik etter internkontroll blir behandlet og om tiltak som iverksettes faktisk fungerer. Etaten opplyser at det i stabsledernetverket arbeides med å utvikle et bedre skjema for gjennomføring av etterkontroll etter interne kontroller.

6.4 Vurdering

Det er Deloitte's overordnede vurdering at etaten har gode systemer for å sikre relevante og oppdaterte rutiner og mener det er positivt at det er iverksatt utviklingsarbeid for å sikre ivaretagelse av regelverk og overordnede mål på områder som blir oppfattet som krevende (blant annet pårørendesamarbeid). Undersøkelsen viser også at de fleste avdelingsledere opplever at det er etablert tilfredsstillende rutiner for sentrale arbeidsprosesser og at det er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko. Samtidig er det en del ledere som peker på områder der de mener at rutinene ikke er tilfredsstillende. Det er ikke enkeltområder som peker seg ut når det gjelder dette, men revisjonen vil peke på at det er viktig at etaten følger opp de tilbakemeldingene som har fremkommet i undersøkelsen for å sikre at rutinene er dekkende.

Selv om de fleste lederne mener at nødvendige rutiner i stor grad er gjort tilstrekkelig kjent blant de ansatte, mener Deloitte det ikke er tilfredsstillende at så mange som ti ledere rapporterer at dette ikke er tilfellet. Dette gir risiko for feil og manglende kvalitet i tjenestene.

Deloitte mener videre at selv om flertallet av ledere opplever at nødvendige rutiner etterleves i stor grad, er det ikke tilfredsstillende at så mange som 39 ledere nevner rutiner som ikke blir tilstrekkelig etterlevd. Dette er rutiner knyttet til en rekke områder, blant annet områder etaten har definert som risikoområder. Deloitte mener dette viser at det er behov for å sette i verk tiltak for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap om og kompetanse i om

⁵⁶ Bergen kommune. 9 - Prosedyre - Årlig internkontroll i forbindelse med Helse- og omsorgstjenesteloven kap 9. Dato fremgår ikke

⁵⁷ Bergen kommune. *Internkontroll-legemiddelhåndtering*. Dato fremgår ikke.

⁵⁸ Bergen kommune. *Internkontrollskjema HMS*.

⁵⁹ Bergen kommune. *Internkontrollskjema Brukers midler*.

retningslinjer og rutiner. Samtidig blir det viktig å identifisere årsakene til at de ulike rutinene ikke blir etterlevd. Rutinene må også justeres dersom det er nødvendig.

Deloitte mener etaten har etablert et hensiktsmessig system ved at det gjennomføres interne kontroller innenfor områder der det er ansett at det er høy risiko for avvik. Deloitte merker seg at fagrådgivere opplever at arbeidet med de interne kontrollene er tidkrevende, men vil understreke at det er viktig å prioritere for å avdekke avvik og sikre regeletterlevelse. Deloitte vil imidlertid fremheve viktigheten av at etaten prioriterer å ferdigstille og iverksette system for etterkontroll for å avklare om iverksatte tiltak faktisk fungerer.

7 Avvikssystem

7.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det etablert et tilstrekkelig avvikssystem?

Under dette:

- *I hvilken grad mener ansatte at det er tydelig hva som er avvik og hvordan disse skal meldes?*
- *I hvilken grad blir det meldt avvik?*
- *Blir avvik fulgt opp på en tilfredsstillende måte for å sikre læring og forbedring?*

7.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6g og § 8e med veileder, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Øverste leder

- Må sikre kultur og system slik at avvik blir meldt/avdekket
- Må sikre oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- Skal sikre at avvik og risiko for avvik blir fulgt opp
- Har ansvar for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser for å avdekke årsaker, fremme læring og forebygge tilsvarende hendelser

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

7.3 Datagrunnlag

7.3.1 Etatens avvikssystem

Omfang av avviksmeldinger i etaten

Kommunens avvikssystem inngår i BkKvalitet som ble rullet ut i januar 2019. Kommunen har gjennom dette systemet oversikt over alle uønskede meldinger/avvik fra og med 2019 meldt i systemet med hendelsestype og kategori.⁶⁰ I intervju blir det vist til at kompetansen knyttet til bruk av BkKvalitet har utviklet seg i perioden.

I BkKvalitet eller i BkStyring kan etatsledelsen til enhver tid hente ut oversikt og rapporter knyttet til avvik i hele den underordnede organisasjonen. Ledelsen kan om de ønsker å analysere avvik per enhet, avdeling eller enkeltavvik. Systemet gjør det mulig å få oversikt over hvilke enheter som melder mange avvik og hvem som ikke melder avvik i det hele tatt. I etat for tjenester til utviklingshemmede ble det meldt om 15368 avvik i 2022. Tallene viser at antall nye meldinger om avvik økte gjennom 2022. Av BkStyring går det frem at legemiddelhåndtering og fysisk vold er de kategoriene der det ble registrert flest avvik i 2022.

Tabell 4 Oversikt over meldte avvik i etat for tjenester til utviklingshemmede i 2022 (inkluderer alle 7 enheter i etaten, ikke bare de fire enhetene som har bofellesskap). Tallene er hentet fra BkStyring.

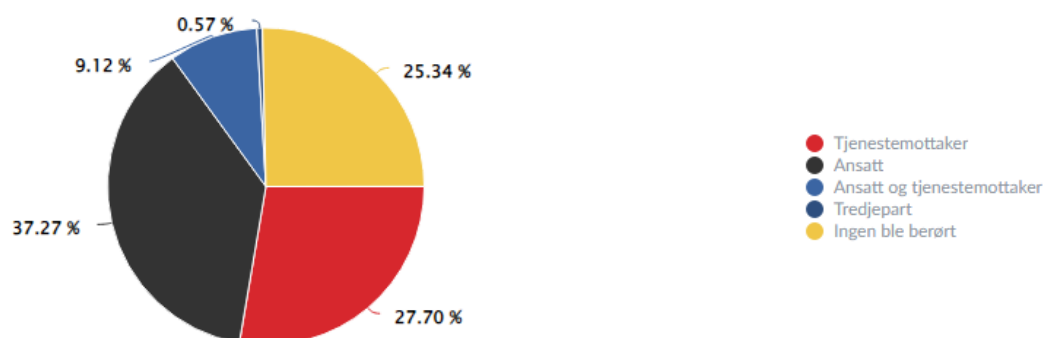
Kategori	Antall avvik meldt i 2022	Antall avvik der tjenestemottaker var berørt av hendelsen
Legemiddelhåndtering	5442	2552
Fysisk vold	3718	130
Øvrige fagspesifikke kategorier	1759	317

⁶⁰ Det blir opplyst at meldingsskjemaet er endret årlig eller halvårlig slik at kategoriene ikke nødvendigvis kan sammenlignes fra år til år.

Trusler og trakassering	1083	113
Psykososiale, organisatoriske og ledelsesforhold	774	110
Uhell og arbeidsulykker	718	437
Tjenester/tjenesteproduksjon - tjenestemottaker	687	364

Figur 18 Utklipp fra BkStyring - oversikt over avvik i etat for tjenester til utviklingshemmede fordelt på hvem som er berørt per desember 2022

HENDELSER/AVVIK FORDELT PÅ HVEM SOM ER BERØRT - HITTIL I ÅR



Kommunens arbeid med å sikre at ansatte melder fra om uønskede hendelser eller avvik

BkKvalitet har en veileder for å melde uønskede hendelser, avvik eller forbedringsforslag som er tilgjengelig for ansatte. Det går frem av veilederen av ansatte skal melde uønskede hendelser/ avvik med og uten konkret konsekvens eller skade i BkKvalitet. Forbedringsforslag kan også meldes inn. Veilederen gir en trinn for trinn oversikt over hvordan en går frem i BkKvalitet når avvik skal meldes med bilder av de ulike stegene

Etat for tjenester til utviklingshemmede har også utarbeidet en prosedyre for avvikshåndtering som gjelder for etaten. Prosedyren angir ansvar og myndighet når det gjelder ansvar for å melde, behandle og lukke avvik i etaten. Her fremgår det at alle ansatte har plikt til å melde fra om brudd på gjeldende lover, prosedyrer, retningslinjer og forskrifter. Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av et krav i lov, forskrift, kommunens retningslinjer eller etatens prosedyrer, og det går frem at avvik skal registreres i BkKvalitet som uønsket hendelse. Prosedyren gjennomgår ulike former for avvik og det går frem av rutinen at alle avvikstyper skal registreres og saksbehandles i BkKvalitet. For eksempel skal både avvik knyttet til tjenestebruker og systemavvik registreres i BkKvalitet. Avvik knyttet til tjenestebruker skal også dokumenteres i journalsystemet Profil. Videre omtales meldeplikt til statens helsetilsyn ved svært alvorlige hendelser.

Etaten eller kommunen har ikke veiledere eller prosedyrer som omtaler hvordan ansatte og ledere skal håndtere og følge opp avvik meldt til dem av pårørende eller verge, og hvordan eventuelle tilbakemeldinger på oppfølging skal gis. En avdelingsleder opplyser at de jobber med å med interne rutiner, slik at avvik meldt fra pårørende fortløpende blir rapportert til avdelingsleder. Avdelingsledere opplyser i intervju at de følger opp avvik som blir meldt av pårørende/verge og har dialog med og gir tilbakemelding til pårørende/verge om oppfølging og tiltak.

7.3.2 Ansattes oppfatning av om det er tydelig hva som er avvik og hvordan disse skal meldes⁶¹

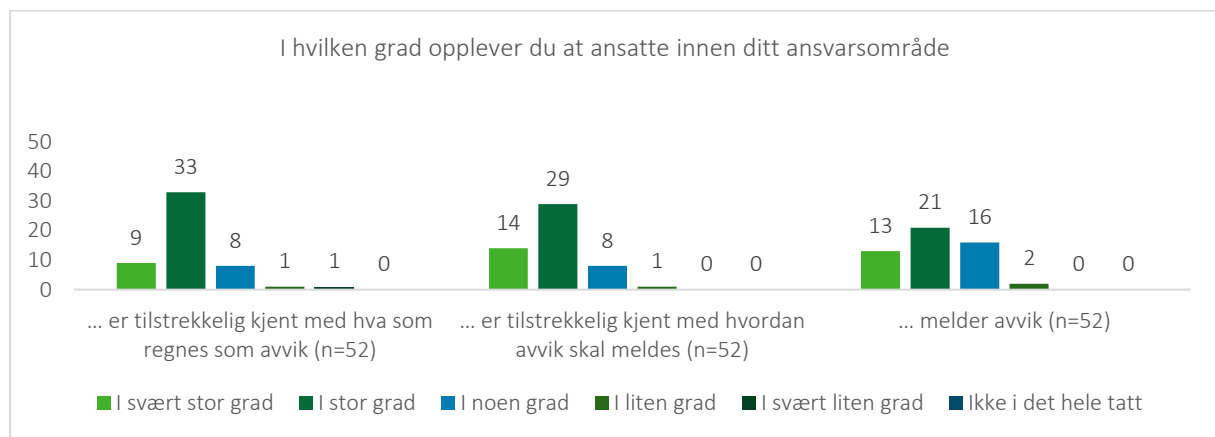
Av intervju går det frem at avvik jevnlig er tema på personalmøter i avdelingene i etaten. Det blir vist til at det er en god meldekultur i etaten og at mange avvik blir meldt. Enkelte peker på at god meldekultur så langt også betyr

⁶¹ Problemstillingen «I hvilken grad mener ansatte at det er tydelig hva som er avvik og hvordan disse skal meldes?» må på bakgrunn av de metodiske valgene som er gjort i spørreundersøkelsen, besvares gjennom avdelingsledernes svar i spørreundersøkelsen, tilbakemeldinger fra ansattrepresentanter og intervju med enkeltansatte.

at avvik med relativt sett lav alvorlighetsgrad meldes. Oversiktene i BkStyring viser samtidig at det er avdelinger hvor det ikke meldes avvik. Flere peker på at det fortsatt er behov for ytterligere opplæring knyttet til avvik. En enhetsleder viser til at tilbakemeldingene fra avdelingslederne er at det har tatt tid å lære opp de ansatte til å melde avvik i BkKvalitet, spesielt de som er helgeansatt og har lave stillingsdeler. Videre har det vært en utfordring at enkelte ansatte vegrer seg for å bruke PC.

Avdelingsledernes svar i spørreundersøkelsen viser at de fleste avdelingslederne opplever at de ansatte innen deres ansvarsområde i stor grad er tilstrekkelig kjent med hva som regnes som avvik og hvordan avvik skal meldes. De fleste avdelingslederne mener også at ansatte melder avvik. Ledernes svar viser samtidig at en ca. en tredjedel av lederne som har svart på spørsmålet mener at de ansatte kun i noen grad melder avvik (16 personer) eller melder avvik i liten grad (2 personer). Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 22: Avdelingslederes svar på spørsmålene: I hvilken grad opplever du at ansatte innen ditt ansvarsområde er tilstrekkelig kjent med hva som regnes som avvik, hvordan avvik skal meldes og melder avvik.



Ledere som svarte «i noen grad» eller «i liten grad» på spørsmålet om i hvilken grad de opplever at ansatte innen eget ansvarsområde melder avvik, fikk anledning til å utdype sitt svar med *hvilke avvik som ikke blir meldt* i tilstrekkelig grad. 15 personer har valgt å gjøre dette og av svarene fremgår det særlig avvik på legemidler, HMS (arbeidsbelastning eller andre belastningsskader), vold og utagerende atferd eller underbemanning som nevnes.

Ledere som svarte «i noen grad», «i liten grad» eller «i svært liten grad» på spørsmålet om i hvilken grad de opplever at ansatte innen eget ansvarsområde melder avvik fikk anledning til å utdype hva som er *årsaken til at avvik ikke blir meldt*. 15 avdelingsledere har valgt å gjøre dette og av svarene fremgår det at særlig mangel på tid, mangel på kunnskap og kompetanse, komplisert avvikssystem og mangel på opplæring er årsaker til at avvik ikke alltid blir meldt. To avdelingsledere skriver også at det er mangel på oppfølging fra enheten og/eller av ledere, noe som fører til at ansatte ikke ser poenget med å melde avvik. Årsakene som fremheves av avdelingslederne i spørreundersøkelsen fremheves også av enkelte av de ansatte som er intervjuet i undersøkelsen.

Avvik knyttet til ikke gjennomført aktivitet for tjenestebruker

I intervju peker flere, både ansatte og ledere, på at det enten ikke meldes avvik dersom planlagte aktiviteter for tjenestebrukere ikke blir gjennomført, eller at avdelingene kan bli flinkere til å melde denne type avvik. I en enhet blir det blant annet fremhevet at de ikke har rettet nok oppmerksomhet mot det å melde avvik når tjenestebrukere ikke får gjennomført aktiviteter, og at slike avvik heller vil bli meldt inn som underbemanning i BK-kvalitet. I intervju blir det samtidig understreket at det også kan være situasjoner der pårørende ikke aksepterer at en bruker har selvbestemmelse og for eksempel over tid ikke ønsker å gjennomføre en aktivitet. I slike situasjoner vil de ansatte ikke skrive avvik, selv om pårørende skulle mene at aktiviteten burde ha vært gjennomført. Det blir samtidig understreket at det er viktig å gå i dialog med tjenestebruker for å finne ut hvorfor vedkommende ikke ønsker å gjennomføre aktiviteten og prøve å motivere bruker til en eller annen form for aktivitet som vedkommende ønsker.

7.3.3 Oppfølging av avvik for å sikre læring og forbedring

Kommunens system for å håndtere og følge opp avvik

Avvik skal lukkes på lavest mulig nivå i organisasjonen. Det følger av etatens prosedyre for avvikshåndtering at *avdelingsleder* skal saksbehandle avviksmeldingene fortløpende og sette i verk nødvendige korrigerende tiltak for å hindre at avviket oppstår på nytt. Det er utarbeidet en egen prosedyre for å saksbehandle avvik og hendelser. Av etatens prosedyre for avvikshåndtering går det frem at avvikene skal gjennomgå en gang i måneden på personalmøte. Saker som krever umiddelbar behandling og er av alvorlig karakter, skal videresendes enhetsleder og håndteres umiddelbart. Det foreligger en egen veileder for vurdering av alvorlighetsgrad ved avvik.

Deloitte får opplyst at *enhetsadministrasjonen* følger opp avvikshåndtering i egen enhet. Stabsleder i enhetene har som hovedregel ansvar for oppfølging av enhetens avvikshåndtering og kvalitetsarbeid. Av intervju går det frem at stabsleder sjekker registrerte avvik kontinuerlig. Alvorlige avvik blir videresendt til enhetsleder for oppfølging. Det blir videre opplyst at avvik knyttet til fagrelaterte og brukerrelaterte saker kan bli delegert til oppfølging av fagrådgiver i aktuell enhet. I intervju blir det opplyst at fagrådgiverne i alle enhetene har jevnlig oppfølging og veiledning av avdelingsleder og primærkontakter knyttet til avviksmeldinger ved bofelleskapene som er knyttet til deres ansvarsområde. En fagrådgiver fremhever imidlertid at det er sjelden at vedkommende blir koplet på oppfølging av avdelinger ut ifra avviksmeldinger. Vedkommende fremhever at fagrådgiver er avhengig av samarbeid med avdelingsleder (som har oversikt over avvik i egen avdeling) eller stabsleder (som gjennomgår innmeldte avvik i enheten) for at denne informasjonen skal bli bragt til fagrådgiver. Det blir opplyst at det er først fra høsten 2022 at fagrådgiver har hatt tilgang til meldinger i BK-kvalitet, og har derfor ikke før dette hatt muligheter til å fange opp avviksmeldinger selv. Den aktuelle fagrådgiveren opplyser at enheten glipper på nyoppståtte hendelser, fordi enheten ikke har gode nok rutiner på å fange opp og komme med tiltak i de boligene hvor dette er nyoppstått. Enheten er imidlertid inne og veileder der hvor risikoen knyttet til vold og trusler er kjent og hvor man allerede har tiltak inne. En enhetsleder opplyser at vedkommende tar stikkprøver for å undersøke om avvik er behandlet og om tiltak er satt i verk.

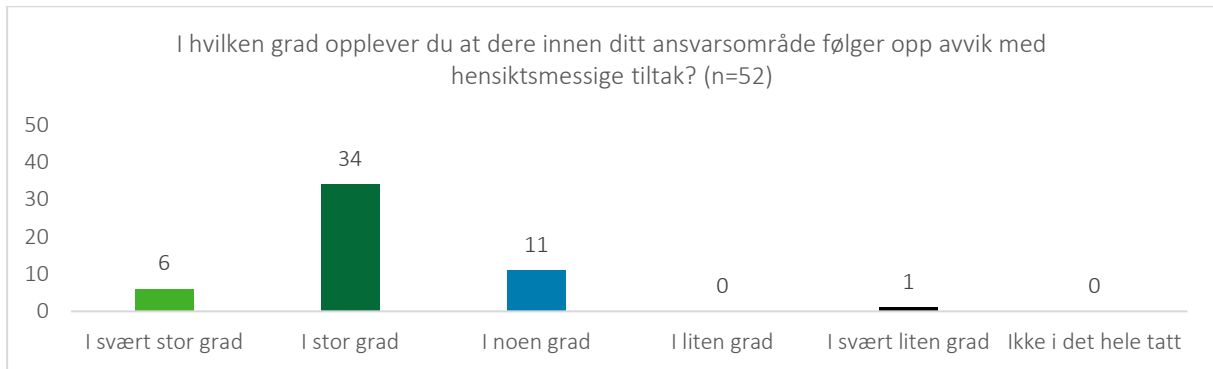
Enhetsadministrasjonen arrangerer LKU (Lokalt kvalitetsutvalg) og AMG (Arbeidsmiljøgruppe på etatsnivå) i samsvar med prosedyre for avvikshåndtering, hvor avviksrapporter, statistikk og tiltak gjennomgås (se også kap 6 for omtale av dette) Kvalitetsutvalget vurderer videre oppfølging av avvik i ut fra antall avvik totalt, hvordan avvik er håndtert, historikk, for å vurdere endring av prosedyre eller praksis og andre forbedringstiltak (beste praksis). Det går også frem av prosedyren at hendelser knyttet til HMS og skademeldinger skal behandles i AMG gruppen, og at tilbakemelding skal sendes til tjenestestedet ved leder og verneombud.

Etatsadministrasjonen følger opp avvik av alvorlig karakter. De har også ansvar for overordnet oppfølging av avvik og iverksetting av tiltak. Dette innebærer at de skal følge opp avvik hvor behandling ikke er startet innen 30 dager og bistår enhetene. Etaten skal videre vurderer revisjoner av prosedyrer og retningslinjer, arrangerer EKV (Etatenes kvalitetsutvalg) og AMG (Arbeidsmiljøgruppe) på etatsnivå. AMU i byrådsavdelingen behandler saker knyttet til HMS hendelser og skademeldinger,

Avdelingsledernes erfaring med oppfølging av avvik

De fleste avdelingslederne som har svart på spørreundersøkelsen opplever at avvik innenfor deres ansvarsområde i svært stor grad (seks personer) eller i stor grad (34 personer) blir fulgt opp med hensiktsmessige tiltak. Det er likevel elleve ledere som svarer at dette kun skjer i noen grad og en leder som mener at dette skjer i svært liten grad. Ledernes svar går frem av figuren under.

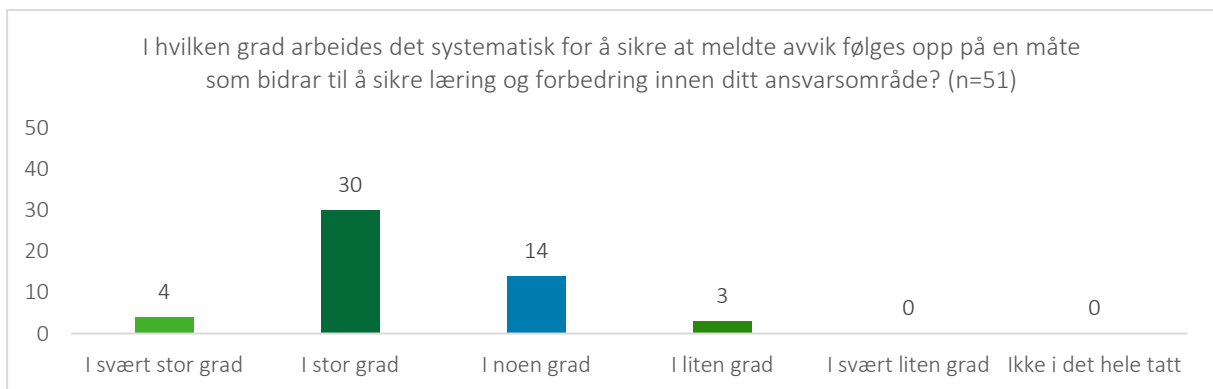
Figur 19: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere innen ditt ansvarsområde følger opp avvik med hensiktsmessige tiltak.



De lederne som svarte «i noen grad» eller «i svært liten grad» på spørsmålet om i hvilken grad de opplever at det innen deres ansvarsområde følger opp avvik med hensiktsmessige tiltak, fikk anledning til å utdype årsakene til dette. Alle avdelingslederne valgte å gjøre dette, og av svarene fremgår det at noen avvik ikke kan gjøres noe med, fordi beboer har utagerende atferd. Tre avdelingsledere skriver at de har sprengt kapasitet fordi de har ansvar for to bofellesskap og dermed ikke har tid til å behandle alle avvik på en tilfredsstillende måte. Tre avdelingsledere svarer videre at det ofte er HMS avvik (for eksempel: dårlig luftkvalitet, dårlig vedlikehold av bygg eller utfordringer på grunn av boligmassen) som er vanskelige å gjøre noe med på kort sikt, men at dette er avvik som må forbedres. Tre avdelingsledere skriver også at det er en utfordring å få tilstrekkelig tid til å behandle alle avvikene og sette inn tiltak.

Det fremgår av figuren under at to tredjedeler av lederne (34 personer) opplever at det i svært stor grad (4) eller i stor grad (30) arbeides med å sikre at meldte avvik følges opp på en måte som bidrar til å sikre læring og forbedring innenfor deres ansvarsområde. Det er likevel 14 ledere som mener dette gjøres i noen grad eller i liten grad (3). Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 20: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad arbeides det systematisk for å sikre at meldte avvik følges opp på en måte som bidrar til å sikre læring og forbedring innen ditt ansvarsområde.

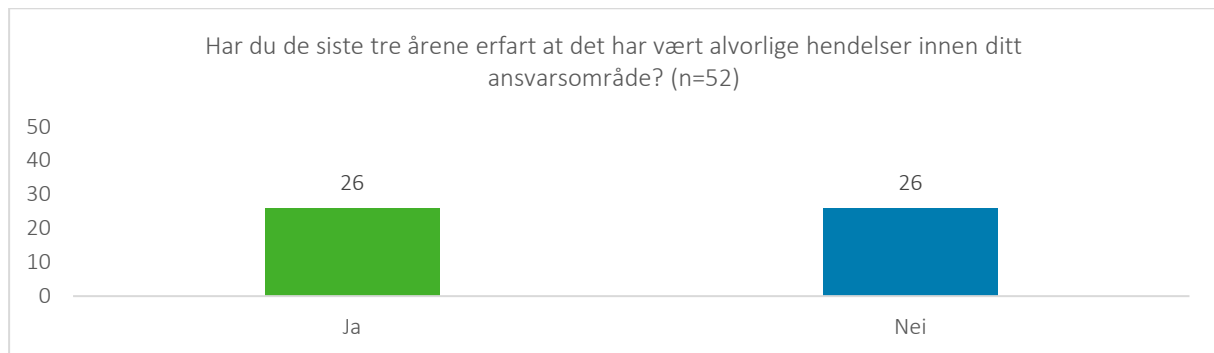


De ledere som svarte «i noen grad» eller «i liten grad» på spørsmålet om i hvilken grad det arbeides systematisk for å sikre at meldte avvik følges opp på en måte som bidrar til å sikre læring og forbedring innen eget ansvarsområde, fikk anledning til å utdype årsakene til dette. 16 avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at det er særlig mangel på tid og bemanning, men også manglende kompetanse og lederstøtte som årsaker. En avdelingsleder skriver også at de fleste avvikene gjelder forhold som «noen høyere i systemet må gjøre noe med».

Håndtering av alvorlige hendelser

Halvparten av lederne som svarte på undersøkelsen har opplevd alvorlige hendelser innen sitt ansvarsområde de siste tre årene. Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 21: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: Har du de siste tre årene erfart at det har vært alvorlige hendelser innen ditt ansvarsområde.

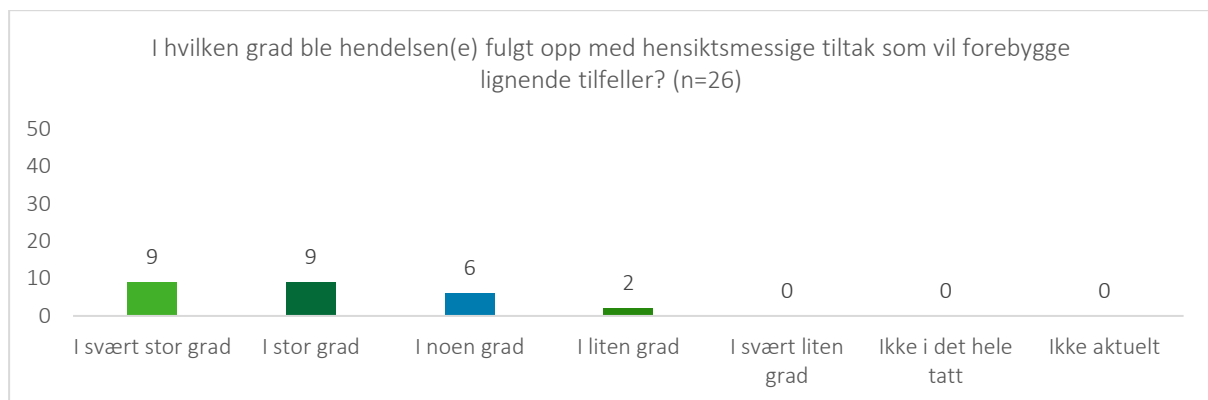


Ledere som svarte «ja» på spørsmålet om de i løpet av de siste tre årene har erfart at det har vært alvorlige hendelser innen eget ansvarsområde fikk anledning til å utdype årsakene til hendelsene. 25 avdelingsledere har valgt å gjøre dette og av svarene går det frem at 19 ledere har opplevd alvorlige hendelser som har vært relatert til utagering fra beboere, ellers nevnes det også at bofellesskap har erfart trakassering fra pårørende og krevende personalmessige forhold (disse er ikke utdypet nærmere). I noen tilfeller blir det opplyst at tjenestebud brukere var utagerende tross risikovurderinger og tiltak. Utageringen kan være rettet mot ansatte eller beboer selv. Flere av avdelingslederne fremhever imidlertid mangelfull kompetanse og forståelse for faget og/eller mangelfulle holdninger (to ledere) og manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer (fire ledere) som årsak til de alvorlige hendelsene.

I intervju blir det fremhevet at forebygging av utagerende adferd blir gjennomført gjennom utarbeiding av rutiner knyttet til den enkelte bruker. For eksempel er det enkelte brukere som har to til en bemanning. Samtidig blir det vist til at hendelser likevel vil kunne skje fordi en gjennom risikovurderinger ikke alltid har lyktes med å forutse alt som kan skje.

Selv om de fleste lederne som har erfart alvorlige hendelser innenfor deres ansvarsområde de siste tre årene, i stor grad opplever at hendelsene har blitt fulgt opp med hensiktsmessige tiltak, er det likevel åtte avdelingsledere som ikke mener dette (seks svarer «i noen grad», mens to svarer «i liten grad»). Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 22: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad ble hendelsen(e) fulgt opp med hensiktsmessige tiltak som vil forebygge lignende tiltak.



De ledere som svarte «i noen grad» eller «i liten grad» på spørsmålet, fikk anledning til å utdype sitt svar om hva som er årsaken til at tiltak som er egnet til å forebygge lignende tilfeller ikke er satt i verk eller kun delvis satt i verk. Syv avdelingsledere valgte å gjøre dette og av svarene går det frem at selve bygningsmassen ikke er egnet for tiltakene og at dette derfor er forhold som må følges opp av overordnet ledelse. Noen peker på at det blir satt i verk tiltak, men det er utfordrende å lykkes med disse på grunn av lav kompetanse og endringsvilje i personalgruppen.

Både fra hovedverneombud og fra en hovedtillitsvalgt blir det vist til at flere ansatte opplever at meldte avvik ikke blir fulgt opp og håndtert av nærmeste leder, eller at avvikene blir lukket uten en tilstrekkelig forklaring fra avdelingsleder eller en vurdering av om iverksatte tiltak fungerer. Hovedverneombud mener også at det finnes

mange eksempler på alvorlige avvik som ikke følges opp. Dette gjelder manglende håndtering og oppfølging av blant annet vold- og trusselssaker og andre arbeidsmiljø saker som involverer psykososialt arbeidsmiljø. Hovedverneombud forteller om krevende saker der lokale verneombud ikke opplever å bli hørt når boligene har fått krevende tjenestebrukere og det mangler tilstrekkelig med fasiliteter og bemanning til å håndtere dem. Slike situasjoner kan innebære at hovedverneombudet må varsle stenging av bofellesskapet og det blir opplyst at dette forekommer 2-3 ganger i året. En hovedtillitsvalgt mener at mangel på oppfølging og håndtering av avvik i ledelsen har hatt en negativ konsekvens for meldekulturen i bofellesskapene, og peker på at mangel på oppfølging og håndtering av avvik fra avdelingsleder vil kunne ha en svært negativ konsekvens for tjenestebrukerne på lang sikt. Blant annet vil en dårlig meldekultur medføre at tjenestene ikke iverksetter korrigerende tiltak for å sikre kvalitet i det faglige arbeidet ut mot tjenestebrukerne og for å ivareta brukernes sikkerhet. En annen hovedtillitsvalgt legger til at dette også er en trussel for sikkerhet og arbeidsmiljø for ansattes.

Også flere av de intervjuede pårørendes forteller at de har erfart alvorlige hendelser/avvik knyttet til sine nærstående, og at deres opplevelse er at bofellesskapene ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp med tilstrekkelige forebyggende tiltak i etterkant. De er derfor bekymret for at nye hendelser fortsatt kan skje.

7.4 Vurdering

Det er Deloitte's vurdering at Bergen kommune gjennom BkKvalitet har etablert en hensiktsmessig løsning der ansatte kan melde fra om avvik og der ledere har et tydelig ansvar for å følge opp på lavest mulig nivå i linjen. Samtidig kan overordnet ledelse få aggregert styringsinformasjon om avvikene som blir meldt og sikre at informasjonen blir benyttet til utvikling og forbedring av rutiner og veiledere.

Undersøkelsen viser at de fleste avdelingsledere mener at ansatte er tilstrekkelig kjent med hva som er avvik, hvordan avvik skal meldes og at ansatte melder avvik. Deloitte vil samtidig peke på at det i enkeltheter ikke meldes avvik. Når det i undersøkelsens kommentarfelt blir vist til at mangel på kompetanse og opplæring er årsaker til at avvik ikke blir meldt, tyder det på at ansatte fortsatt trenger opplæring og påminnelser om viktigheten av å melde avvik.

Vi merker oss bekymringen fra hovedtillitsvalgte om at den gode meldekulturen er i ferd med å snu som følge av mangelfull oppfølging av avvik. Tallene i BkStyring gir imidlertid så langt ikke indikasjoner på at dette er tilfellet, men Deloitte vil uavhengig av dette peke på at det er viktig å opprettholde ansattes motivasjon for å melde avvik ettersom dette er et viktig kunnskapsgrunnlag for å kunne lære og utvikle tjenestene

Basert på lederens svar i spørreundersøkelsen følger de fleste bofellesskapene opp avvik med hensiktsmessige tiltak. Samtidig viser svar både fra ledere i spørreundersøkelsen, informasjon fra hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og pårørende, at oppfølgingen ikke alltid er tilstrekkelig. Deloitte vil understreke at det er svært uheldig at alvorlige avvik ikke følges tilstrekkelig opp, ettersom konsekvensene for dem det gjelder potensielt kan være store både for helse, sikkerhet, arbeidsmiljø og for tjenestekvalitet. Deloitte vil også understreke viktigheten av å sikre at avvik meldt av pårørende blir registrert og fulgt opp og at kommunikasjonen med pårørende avklares og gjennomføres på en måte som sørger for at pårørende ivaretas på en god måte.

8 Kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse

8.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Har kommunen sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for personell som arbeider i kommunens botilbud til personer med utviklingshemming?

Under dette:

- *Hvilke tiltak er eventuelt satt i verk for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved bofellesskapene?*
- *I hvilken grad blir det gjennomført nødvendig opplæring av ufaglærte?*
- *I hvilken grad sikres det at ansatte har nødvendig etisk kompetanse og bevissthet?*

8.2 Revisjonskriterier

Basert på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6 f og § 7b med veileder og Helsedirektoratets veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming», har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Kommunen skal

- skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten, og at oppgavene faktisk gjennomføres
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- sørge for at medarbeidere i virksomheten har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte.
- sørge for at tjenesteyterne har kompetanse på etisk refleksjon

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

8.3 Datagrunnlag

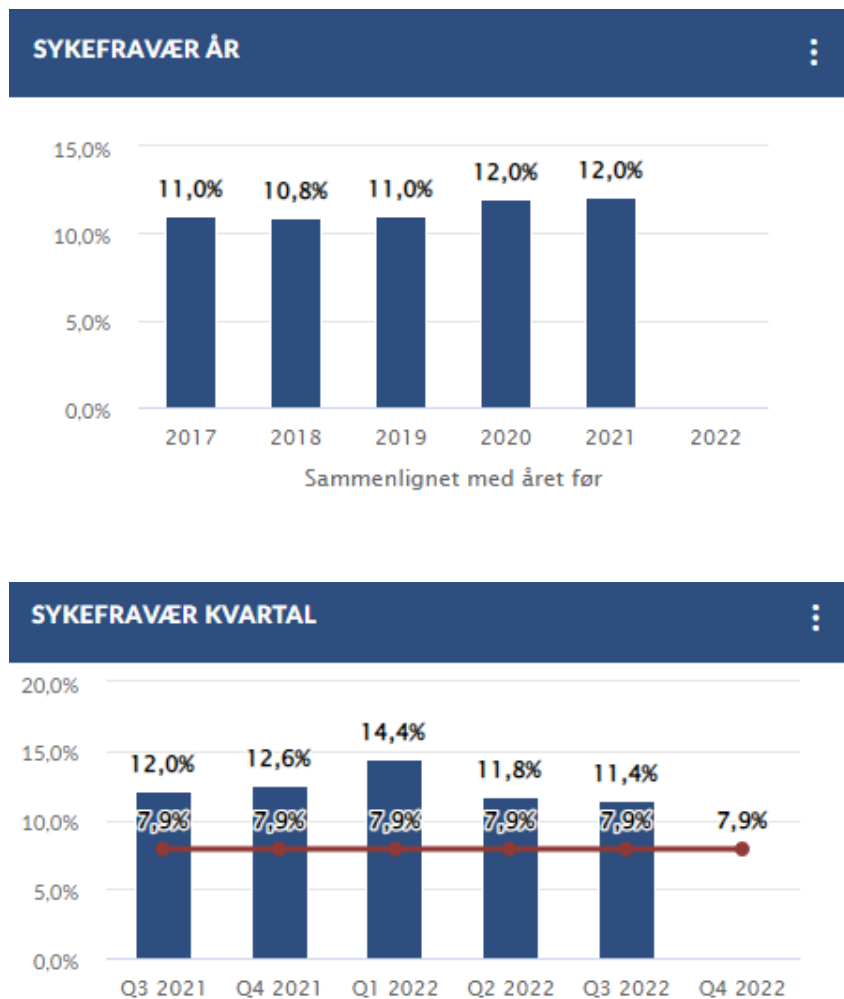
8.3.1 utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming

BkStyring gir ledelsen oversikt over antall ansatte, antall årsverk og yrkesbakgrunn. Systemet gjør det mulig å både ha overordnet oversikt, men også å gå nærmere inn i og få oversikt over enheter og avdelinger. Tall fra september 2022 viser at helsefagarbeidere er den største yrkesgruppen i etaten med 199 ansatte fordelt på 148,6 årsverk. Derneft følger vernepleiere med 138 ansatte fordelt på 129 årsverk og hjelpepleiere med 51 ansatte fordelt på 40 årsverk.⁶² BkStyring gir også oversikt over antall ledige stillinger. Per september 2022 hadde etaten 87 ledige stillinger i botjenestene i enhetene og av disse var de aller fleste ledige stillinger i bofellesskap.

Etatens sykefravær fremgår også av BkStyring. Utsnittene under viser at sykefraværet har variert fra 10,8 til 12% de siste årene og at sykefraværet også i 2022 har lagt godt over måltallet på 7,9 %.

⁶² Tallene gjelder hele etaten, ikke bare bofellesskap

Figur 23 Utklipp fra BkStyring som viser oversikt over sykefravær per år og sykefravær per kvartal i 2022.



I statusrapport for tjenester til personer med utviklingshemming⁶³ for 2021 går det frem at etaten har hatt en økning i antall årsverk over flere år. Økningen blir forklart ved åpning av nye kommunale bofellesskap og tjenester basert i private bogrupper de siste årene. Økningen gjelder ansatte i alle stillingskategorier og er størst for årsverk med krav om fagutdanning fra videregående skole.⁶⁴ Det blir forklart at vekst i tjenestene, både i antall tjenestebrukere og i gjennomsnittlig tjenestebehov for brukerne, legger press på tjenestene gjennom økt behov for bemanning og nødvendig kompetanse for utøvelse av helse- og omsorgstjenester.

Som tidligere nevnt anser etatsledelsen tilstrekkelig kompetanse ved bofellesskapene som en av de alvorligste risikoene i etaten. Det er en rekrutteringsutfordring i etaten. Det går frem i intervju med enhetslederne at det er konkurranse mellom enheter i kommunen, arbeidsgivere i helsesektoren for øvrig og mellom kommuner, i rekrutteringen av vernepleiere og sykepleiere. Det blir videre pekt på at det er en nasjonal utfordring at det ikke er tilstrekkelig utdanningskapasitet for vernepleiere. Det mangler studieplasser til å dekke det behovet for vernepleierkompetanse i tjenestene.

Også enhetsledere og avdelingsledere viser i intervju til at det over lengre tid har vært utfordrende å sikre tilstrekkelig bemanning med høyskolekompetanse ved bofellesskapene og at stillinger utlyses flere ganger uten at noen søker. Fra enhetsledere blir det fremhevet at rekrutteringsutfordringene er størst i bofellesskap med utfordrende tjenestebrukere eller i små bofellesskap som har mindre faglig miljø. I intervju blir det også opplyst at det er enklere å rekruttere til mer sentralt beliggende bofellesskap sammenliknet med de bofellesskapene som ligger

⁶³ Bergen kommune. Statusrapport for tjenester til personer med utviklingshemming 2021. Byråds sak/22.

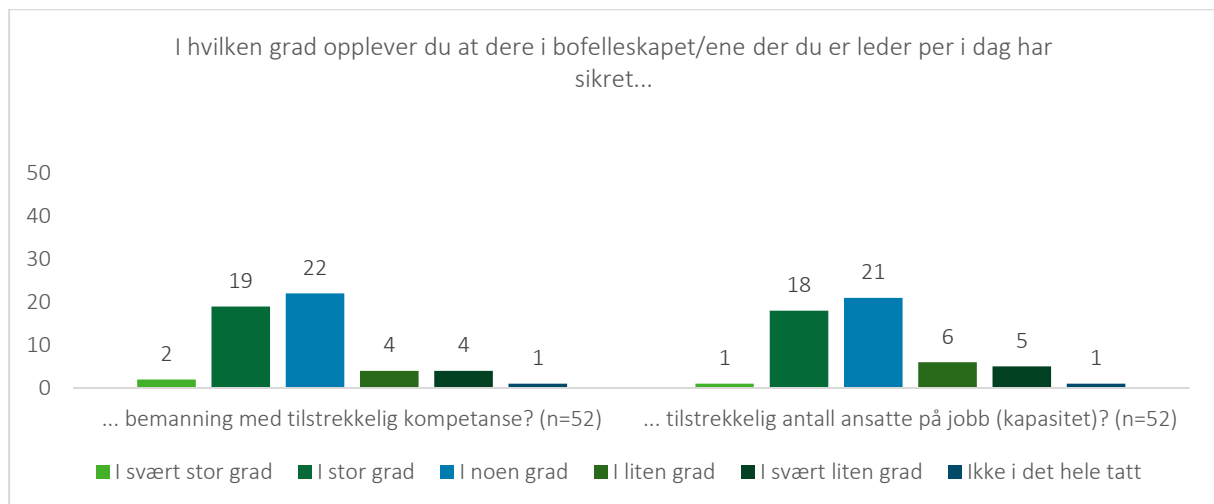
⁶⁴ Det er en økning antall årsverk med 6,9 % økning, dernest årsverk med krav om fagutdanning fra høyskole eller universitet som har 6,2 % økning, og lavest i årsverk uten krav om fagutdanning – som har 4,9 % økning

mer perifert til. Bofelleskap som har nærhet kollektivtransporttilbud fremstår også som mer attraktive arbeidsplasser blir det opplyst.

Over halvparten av avdelingslederne opplever utfordringer knyttet til kompetanse og kapasitet i bofelleskapet de leder

Over halvparten av avdelingslederne opplever utfordringer knyttet til å sikre bemanning med tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig antall ansatte på jobb i bofelleskapet de leder. Avdelingsledernes svar går frem av figuren under.

Figur 24: Avdelingslederens opplevelse av om det er sikret bemanning med tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig antall ansatte på jobb (kapasitet) ved bofelleskapet.



De ledere som svarte «i noen grad», «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» på spørsmålene om i hvilken grad det er sikret tilstrekkelig *kompetanse* og *antall ansatte* på jobb (kapasitet), fikk anledning til å utdype årsaker til dette. 31 avdelingsledere valgte å gjøre dette. De fleste lederne viser til ett eller flere av følgende forhold som årsaker til manglende kapasitet og kompetanse:

- høyt sykefravær og vansker med å skaffe vikarer
- for lav grunnbemanning gitt oppgavene som skal ivaretas
- store utfordringer knyttet til å rekruttere personell med kompetanse

Sykefravær, tilgang på vikarer og grunnbemanning – erfarte konsekvenser for tjenestebrukere og ansatte

Både av intervju og i spørreundersøkelsens kommentarfelt blir det fremhevet av flere at det er *krevende å skaffe ringevikarer* og at dette fører til at bofelleskapet er særlig sårbart dersom det oppstår sykdom blant personalet. Samtidig går det frem av intervju med enhetslederne at avdelinger opplever bemanningsutfordringer i 2022 på grunn av høyt sykefravær også der bemanning og kompetanse er på plass i grunnturnus. Flere peker også på at turnusordningene ikke tar høyde for sykefravær, og at dette *gjør* bofelleskap sårbare dersom en ansatt blir sykemeldt. Det brukes mye tid på å ringe rundt til vikarer og på å lære dem opp. En ansatt uttrykker frustrasjon over at det går mye tid med til opplæring av vikarer som bare er innom en kort periode.

Flere peker på at det er særlig utfordrende med fravær i bofelleskap der tjenestebrukere har *vedtak om tvang og makt*, fordi dette innebærer at kun personell med fagkompetanse kan arbeide med tjenestebruker. Det blir også fremhevet at sykefravær er særlig utfordrende i bofelleskap med få ansatte og tjenestebrukere som krever bemanning fra 1-3 personer. Ved sykefravær blir det krevende å sikre tilstrekkelig personell og aktivitet for tjenestebrukerne. Det blir videre fremhevet at det kan være krevende å sikre stabil bemanning over tid for brukere som er utagerende.

I tillegg blir det vist til at *brukergruppen har blitt mer krevende* og at det vil bli nødvendig med flere stillinger i fremtiden for å møte det økende behovet til brukerne. Aldersrelaterte utfordringer gjør at det må trappes ned på arbeidstilbud og dagsentertilbud. Brukerne blir dermed mer hjemme i egen bolig og trenger mer oppfølging i det daglige.

En ansatt fremhever at *dagens turnusordning* kan være årsak til høyt sykefravær, og viser til at flere ansatte syns det er utfordrende med lange vakter og lite hvile mellom vaktene. Vedkommende fremhever at personalet ofte

registrerer avvik fordi de får for få timer hviletid mellom vaktene. En avdelingsleder forteller at bofellesskapet fikk støtte for flere stillinger og kunne da etablere en ny og mer forsvarlig turnus som sikrer tilstrekkelig antall personell på jobb. Samtidig opplever vedkommende leder at turnusen fortsatt ikke er tilstrekkelig og bare sikrer at de absolutt nødvendige tjenestene blir gjennomført ved bofellesskapet.

Enkelte peker på at konsekvensen av høyt sykefravær og knapp grunnbemanning er at personalet kun har kapasitet til å tilby de mest grunnleggende tjenestene som dusj og dagligvarehandling ved stort fravær. Det blir ikke tid til å ta initiativ til eller tilby sosiale aktiviteter til tjenestebrukene, noe som har en negativ innvirkning i hverdagen til brukerne i bofellesskap. En avdelingsleder viser til at dette også passiviserer tjenestebrukene:

«De ansatte har over lengre tid ikke hatt tid eller kapasitet til å tilby sosiale aktiviteter til tjenestebrukene. Dette har gjort at de fleste tjenestebrukene har sluttet å spørre personalet om de kan få dra ut på aktiviteter»

En avdelingsleder peker på at dagens organisering og grunnbemanning ikke gir rom for at vernepleiere kan delta i et *faglig forum* på tvers av bofellesskapene for å dele erfaringer, og at de dermed står i fare for at de opplever at de ikke holder seg faglig oppdatert som følge av fravær av et fagmiljø på arbeidsplassen.

8.3.2 Tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved bofellesskapene

Det er utarbeidet kompetanseplaner for etat og enheter

Det er utarbeidet en kompetanseplan⁶⁵ for etat for tjenester til utviklingshemmede gjeldende fra juli 2020. Deloitte har fått opplyst at planen foreløpig ikke er revidert. Kompetanseplanen er inndelt i seks satsningsområder, under dette:

- Riktig fagkompetanse og kontinuerlig læring,
- Lederferdigheter
- Forbedringskompetanse og brukerinvolvering
- Ferdigheter i bruk av teknologi
- Etikk og verdirefleksjon
- Språk og kulturforståelse.

Etaten har etablert egne mål koblet til disse satsingsområdene, men også koblet til strategisk kompetansemål fra byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig, samt overordnet plan for tjenester til personer med utviklingshemming. Til etatens egne definerte mål er det etablert 44 tilhørende tiltak. For de fleste tiltakene foreligger det beskrivelser av når tiltaket skal gjennomføres. Det foreligger ikke en oversikt over status for gjennomføringen av tiltakene. I Styringskortet i BkStyring går det imidlertid frem at etaten i 2023 vil gjennomføre opplæring i håndtering av vold og trusler, og at etaten skal utarbeide en pilot for traineestillinger for vernepleiere og helsefagarbeidere. Enhetene har også laget handlingsplaner og kompetanseplaner, med blant annet mål for virksomheten kommende år.

Enhetenes kompetanseplaner er stort sett utarbeidet i et likt oppsett hvor enhetens visjon, arbeid med plan, etikk og verdirefleksjon og oversikt over kompetansebehov går frem. I kompetanseplan for Bergenhus og Årstad går det også frem en handlingsplan for hver bolig i enheten. Kompetanseplanene inneholder underliggende mål, tiltak og ansvarsbeskrivelse. Et tiltak som går igjen i kompetanseplanene er å tilby kurs og videreutdanning ved behov. Det foreligger ikke rapportering eller statusoversikter knyttet til enhetenes kompetanseplaner.

Iverksatte tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved bofellesskapene

Rekrutteringstiltak

Deloitte får opplyst at etaten har iverksatt følgende tiltak for å sikre rekruttering til i bofellesskapene.

- Etaten er representert i arbeidsgruppe for *strategisk rekrutteringsplan* på byrådsavdelingsnivå.
- Det har blitt etablert *praksisplasser og læreplaner* ved bofellesskapene i tjenesten.
- Etaten deltar på eksterne *informasjonsarrangementer*. Dette gjelder Alrekdagene, et opplegg i regi av Alrek helseklynge hvor formålet er at studenter skal bli kjent med Alrek helseklynge og underliggende faggrupper. Blant annet gjennomføres det en «studentworkshop» under arrangementet og flere representanter fra etaten står på stand og snakker med studenter. Etaten deltar også på karrieredagene

⁶⁵ Bergen kommune. ETTU- kompetanseplan. Godkjent kompetanseplan for Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gyldig fra 15.07.2020, revisjonsfrist 30.6.2022

i Grieghallen. Videre har det blitt arrangert samlinger med studenter fra Høgskulen på Vestlandet og høyskolen VID.

Det går frem av intervju at de iverksatte rekrutteringstiltakene ikke har hatt ønsket effekt. Etaten opplyser at de vil gå i gang med å vurdere andre alternative tiltak for å sikre rekruttering til bofellesskap.

Heltidskultur

Av kommunens handlings- og økonomiplan for 2022-2025 går det frem at vedvarende høyt sykefravær (rundt 12%) og vikarbruk er en kjent utfordring på tjenesteområdet. Det gjort fremskritt de siste årene i form av økt gjennomsnittlig stillingsprosent i tjenestene og markant økning i antall ansatte som jobber langvakter på 10 timer eller mer som kan sikre videre utvikling i retning heltidskultur og bedre kontinuitet og kvalitet i tjenestene. Gjennom pilotprosjekt på heltidskultur på tjenesteområdet i samarbeid med HR konsern, jobbes det med utprøving av nye tiltak og driftsmodeller med mål om å påvirke sykefravær og bruk av vikarer i en positiv retning. I årsrapporten for 2021 går det frem at det har vært noe økning gjennomsnittlig stillingsstørrelse til 71,5%, men måltallet på 77% ble ikke nådd.

Alternativ bruk av kompetanse

Fra etatsledelsen blir det ellers pekt på at de for å møte den økende bemannings- og kompetanseutfordringen i etaten, bør ansvarsområdene som ligger under vernepleiere i bofellesskap vurderes på nytt. Blant annet er et alternativ å åpne opp for at ansatte uten høgskoleutdanning kan bli avdelingsledere. Høsten 2022 det er det to avdelingsledere uten høgskolekompetane i etat for tjenester til utviklingshemmede.

I undersøkelsen opplyser en avdelingsleder at bofellesskapet har lyktes med å sikre full dekning av fagkompetanse ved at de har ansatt andre yrkesgrupper enn vernepleiere, som for eksempel sosionomer og barnevernspedagoger i miljøterapeut stillinger. De opplever at dette tiltaket har vært positivt med tanke på å sikre tilstrekkelig fagkompetanse ved bofellesskapet. Samtidig er legemiddelkompetansen dekket ved at det er ansatt et tilstrekkelig antall vernepleiere og sykepleiere med kompetanse til å håndtere legemiddel.

Samarbeid om bemanning mellom bofellesskap

Ved to av bofellesskapene går det frem at det er inngått samarbeid med andre bofellesskap for å sikre tilstrekkelig bemanning. Samarbeidet bidrar til å løse utfordringene med gjennomtrekk av ufaglærte vikarer i små stillinger, slik at ansatte kan arbeide i begge bofellesskapene ved behov og på denne måten få mer tilgang til arbeid. Samtidig peker en avdelingsleder på at det ikke er mulig å benytte seg av ansatte fra andre bofellesskap hos dem fordi flere av deres tjenestebrukere har utfordringer knyttet til vold og utagerende atferd, noe som krever særskilt kompetanse og opplæring.

Kompetanseheving for ansatte

I sin oversendelse til revisjonen har Bergen kommune lagt ved en oversikt av kurs eller kompetanseheving som ble gjennomført for ansatte i bofellesskap i perioden 2019-2021. I løpet av 2021 har det blant annet blitt avholdt kurs innen personvern og informasjonssikkerhet, HR og ledelse/kurs for nye ledere, etikk, kapittel 9 knyttet til helse og omsorgstjenesteloven, kurs knyttet til kapittel 4A knyttet til pasient og brukerrettighetsloven og legemiddelhåndtering. Totalt sett har det blitt avholdt rundt 50 kurs for ledere, ansatte og verneombud i etat for tjenester til utviklingshemmede. Det foreligger ikke samlet oversikt over hvor mange og hvem av de ansatte som har gjennomført ulike typer kurs i etaten.

Etaten skal i 2023 gjennomføre en kompetansehevende satsing ved at alle ansatte skal gjennomgå opplæring knyttet til håndtering av vold og aggresjon (MAP).

Bergen kommune tilbyr også ansatte ved bofellesskap en deltidsutdanning i vernepleie, men det er imidlertid mange av dem som får tilbudet som ikke fullfører utdanningen. Samtidig peker etatsledelsen på at flere er svært fornøyd med tilbudet i etterkant av fullført vernepleierutdanning.

Opplæring av nyansatte

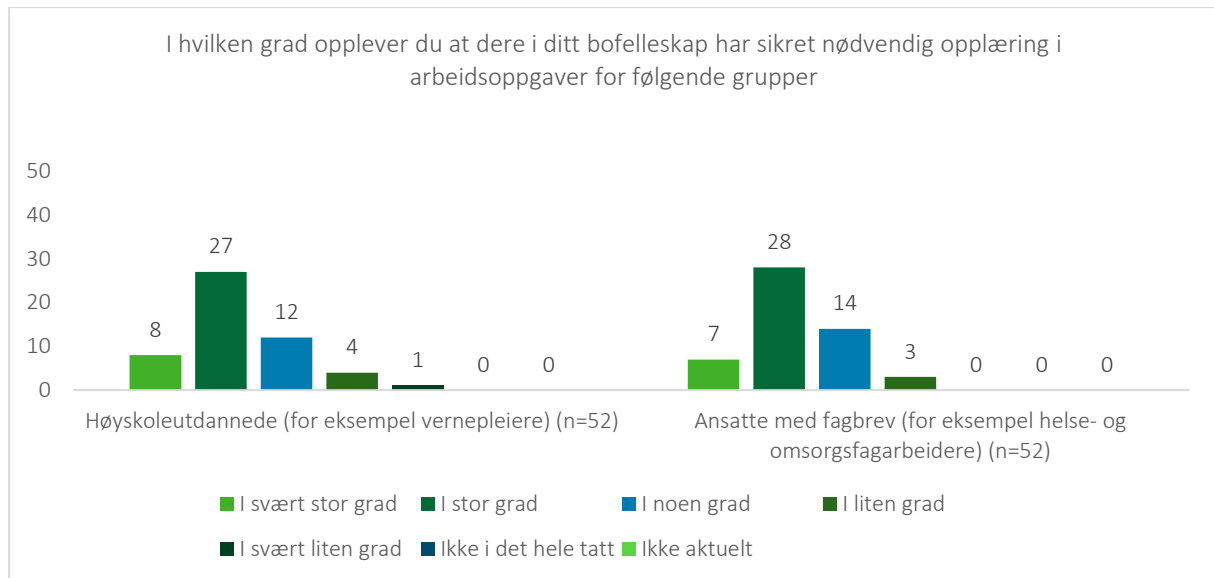
I sin oversendelse til revisjonen peker Bergen kommune på at alle nyansatte skal gjennomgå generell opplæring og individuell opplæring knyttet til den enkelte tjenestebrukere. Både generell og individuell opplæringslogg skal det kvitteres for hvilke punkter som har blitt gjennomgått ved tilsettelse, etter 4 uker, 8 uker og 12 uker. Generell opplæringsplan benyttes uavhengig av hvilket bofellesskap fellesskap man blir tilsatt i. Det foreligger en rekke e-læringskurs på KS læring for nytilsatte som er del av opplæringskrav i generell opplæringslogg. Dette gjelder opplæring i f.eks. arbeidstakers rettigheter, relevant lovverk for arbeidet, legemiddelhåndtering, prosedyrer og retningslinjer. Den individuelle opplæringsplanen tilpasses lokalt på tjenestestedene og omhandler opplæring i lokale rutiner og rutiner knyttet til tjenestebrukere. Det er utarbeidet opplæringslogger som skal benyttes til å notere ned hvilken opplæring som er gjennomført for den enkelte medarbeider. Opplæringsloggene skal sikre at

ansatte får nødvendig opplæring og leder eller eventuell annen person som er tildelt ansvar for opplæring skal holde oversikt over at opplæring er gjennomført.

Avdelingsledernes vurdering av om det sikres tilstrekkelig opplæring ved bofelleskapene

To tredjedeler av avdelingslederne opplever at de i deres bofelleskap i svært stor grad eller i stor grad har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for både høyskoleutdannede og ansatte med fagbrev.

Figur 25: Avdelingslederens svar på spørsmålene: I hvilken grad opplever du at dere i ditt bofelleskap har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for høyskoleutdannede og ansatte med fagbrev.



Avdelingslederne som svarte «i noen grad», «i liten grad» og «i svært liten grad» på spørsmålet om de opplever at det er sikret nødvendig opplæring for høyskoleutdannede og ansatte med fagbrev fikk anledning til å utdype hva slags opplæring de mener ikke er sikret for disse gruppene. Det er god spredning i svarene fra de 15 avdelingsledere som valgte utdype dette: To til tre ledere nevnte områdene under og av svarene går det frem at det er de samme områdene som blir nevnt som for begge yrkesgruppene:

- Opplæring knyttet til legemiddelhåndtering,
- Kapittel 9 i helse og omsorgstjenesteloven (knyttet til tvang og maktbruk),
- Rapportering i journalsystemet Profil
- Kurs i brann og førstehjelp (en leder nevnte dette)

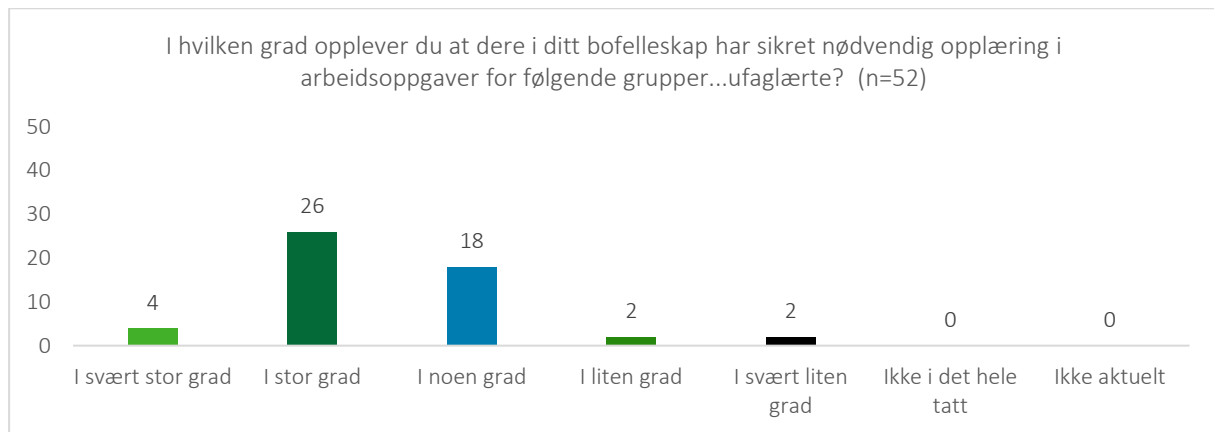
For ansatte med fagbrev nevnte enkelte også følgende områder der det ikke er sikret nødvendig opplæring:

- kjennskap til brukergruppen/diagnoser/adferd/målrettet miljøarbeid
- hva som skal til for å sikre etterlevelse av planer (1stk)

Avdelingslederne kunne også utdype hva som er årsaken til at tilstrekkelig opplæring ikke er sikret. 14 avdelingsledere valgte å gjøre dette og seks ledere viser til at det ikke satt av nok tid til at ansatte kan få opplæring. Tre avdelingsledere mener at tilbud om videreutdanning og kurs for høyskoleutdannede er for lite, mens for ansatte med fagbrev viser enkelte til at det ikke er tilgjengelig tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer til at tilstrekkelig opplæring kan sikres.

Når det gjelder ufaglærte er andelen ledere som mener nødvendig opplæring i stor grad er ivaretatt noe lavere, men fortsatt over halvparten. Ledernes svar går frem av figuren under.

Figur 26: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere i ditt bofelleskap har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for ufaglærte.



Også her fikk ledere som svarte «i noen grad», «i liten grad» og «i svært liten grad» på spørsmålet anledning til å utdype hva slags opplæring som ikke er sikret. 16 ledere valgte å gjøre dette. Svarene viser stor spredning i hvilke områder som blir nevnt: to av avdelingslederne peker på at opplæring knyttet til makt og tvangsproblematikk *ifl. kapittel 9* og opplæring innen brann og førstehjelp. Videre skriver avdelingslederne at opplæring knyttet til, målrettet miljøarbeid, diagnoser, atferd, tjenester til bestemte brukergrupper, etikk, MAP (møte med aggresjonsproblematikk) og skademeldinger ikke er tilstrekkelig sikret for ufaglærte. To avdelingsledere påpeker videre at mangel på kompetanse finnes i flere ledd, noe som fører til en utilstrekkelig opplæring blant annet for ufaglærte.

Syv avdelingsledere begrunner årsakene til at opplæring ikke er sikret. Også for denne gruppen blir det fremhevet at det ikke er satt av nok tid i turnusene til opplæring, men det blir også fremhevet at flere deltidsansatte bare arbeider når ikke leder er til stede og at dette har negativ innvirkning på opplæringen de får.

Nærmere om opplæring av nyansatte

Av intervju går det frem at opplæringsloggene blir benyttet ved opplæring av nyansatte og at det gis opplæring over tid med nyansatte. I et bofelleskap blir det for eksempel som en del av individuell opplæring gitt tre opplæringsvakter per tjenestebruker for nyansatte, og særskilt opplæring knyttet til vold og utagering for, fordi flere tjenestebrukere har utfordringer på dette området

Opplæringsmaterieil er tilgjengelig i bofellesskapene. Også i to av de intervjuede bofellesskapene opplyser de at de arbeider med å videreutvikle opplæringen av nyansatte. Ved et bofelleskap vil de arbeide med å forenkle de lokale rutineene for opplæring. Ved et annet ser de at opplæringen av nyansatte må foregå over lenger tid. Avdelingsleder viser til at beboerne ofte har en til en oppfølging av personalet og det forventes at den nyansatte fort blir satt til selvstendig arbeid med beboerne. Avdelingsleder peker på at når dette skjer for tidlig kan det resultere i at den nyansatte føler seg usikker og ikke kompetent med arbeidsoppgavene, og at en i verste fall mister en ansatt som det med bedre veiledning og oppfølging kunne utviklet til å bli en god ansatt.

8.3.3 Arbeidet med å sikre nødvendig etisk kompetanse og bevissthet i etat for tjenester til utviklingshemmede

Kommunale føringer og planer for å sikre etisk kompetanse og bevissthet hos ledere og ansatte i etaten

Bergen kommune har etablert en etisk standard som gjelder for alle ansatte. Formålet med den etiske standarden er å bidra til å klargjøre for ledere og ansatte hva som er riktig og galt i gitte situasjoner, samt tilrettelegge for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard. Etisk standard foreligger i en kortversjon som en etikkplakat som skal brukes i det daglige av kommunale ansatte.

Mål og tiltak for arbeidet med etisk kompetanse i etaten

I etatens overordnet kompetanseplan går det frem at etikk- og verdirefleksjon er et satsningsområde og at de i etaten skal:

- Øke fokus på og kunnskapen om systematisk etisk refleksjon
- Gjenetablere et eget nettverk av etikkveiledere.

For å gjøre dette vil etaten koordinere etikkveiledere igjennom fire årlige samlinger mellom etikkveiledere på etatsnivå og enhetsnivå. Det er også et mål å gi etisk refleksjon økt oppmerksomhet. Etisk refleksjon er derfor planlagt å ha jevnlig på sakslisten i ledermøter i etaten.

Også de lokale kompetanseplanene i enhetene omhandler etikk og verdirefleksjon og inneholder oversikt over mål og tiltak som skal gjennomføres for å sikre god etisk kompetanse i enhetene. Blant annet går det frem av en kompetanseplan⁶⁶ at enheten skal etterspørre og videreutvikle bruken av etiske refleksjonsverktøy ved bofelleskapene og at etisk refleksjon skal være tema på personalmøter, ledermøter og stabsmøter i enheten. Videre er det et mål at enheten skal bli bedre på etisk refleksjon knyttet til problemstillinger som omhandler kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven (bruk av makt og tvang), samt at det skal arbeides med å skape bevissthet rundt bruk av sosiale medier ved bofelleskapene.

Gjennomførte tiltak for å sikre tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos ansatte i tjenesten

Kurs og skriftlige veiledere

I sin oversendelse til revisjonen skriver etaten at det har blitt gjennomført flere kurs knyttet til etisk refleksjon, blant annet har det blitt gjennomført en digital etikksamling over to halve dager for etikkveiledere og etikk - kontakter, hvor det var 63 påmeldte.⁶⁷⁶⁸ Etikk i praksis, tilretteleggelse for etisk refleksjon i på arbeidsplassen og den nasjonale veilederen i etikk var noen av temaene under etikksamlingene. Deloitte får videre opplyst at det ble gjennomført etikk-kurs for etatsdirektører og enhetsledere i 2020, hvor formålet blant annet var å gi lederne innsikt i etisk lederskap, verktøy og refleksjonsmodeller og persepsjon.⁶⁹

Det er også utarbeidet en rekke e-læringsverktøy for ansatte i tjenesten. Blant annet henviser etaten til e-læringsverktøyet «etisk refleksjon» (martin filmene) som foreligger på KS sine nettsider⁷⁰⁷¹ og e-læringskurset «etiske valg» fra Oslo kommune sine nettsider.

Det foreligger også en mengde andre hjelpemidler/dokumenter på kommunens nettsider som er utarbeidet av etaten. Blant annet heftet «tips og hjelp til å komme i gang med etisk refleksjon», «Den lille etikkveilederen», «refleksjonshåndboken», «etikkhåndboken» og refleksjonshefte som er utarbeidet av KS. Videre blir det vist til «6-trinnsmodellen» som er utarbeidet av UIO og «SME- modellen» som er utarbeidet av senter for medisinsk etikk. Det foreligger også et verdihefte og etikklakaten som er utarbeidet av Bergen kommune.

Etikknettverk og etikkveiledere

Etaten opplyser at de har et aktivt etikknettverk forankret på etatsnivå, som ledes av rådgiver i etatsadministrasjon. Hver enhet har egne etikkveiledere som deltar i etikknettverket. Etikkveilederne er igjen hovedkontakt for etikk-kontaktene som er etablert i hvert bofelleskap. Det går frem av intervju med enhetslederne at det varierer hvem som er etikkveileder i enheten, men at etikkveilederen er en del av enhetsleders stab.

Det går frem av informasjon i BkKvalitet⁷² at etikkveilederne på etatsnivå har følgende oppgaver/roller:

- Delta i etatens nettverk og være et bindeledd mellom etikknettverket og etikk-kontakt.
- Bistå med veiledning innenfor sin enhet ved å trene opp etikk-kontakter til å gjennomføre etisk refleksjon på egen arbeidsplass.
- Være en god rollemodell i kraft av sin veilederrolle.

Etatsledelsen presiserer i oversendelsen til Deloitte at de har jevnlig møter med etikkveilederne og oppfordrer lederne til å ha etisk refleksjon som fast tema på møteplaner.

Det gjennomføres også jevnlig møter mellom enhetenes etikkveiledere og etikk-kontaktene ved bofelleskapene, hvor formålet er å veilede og gi opplæring knyttet til etisk refleksjon. I tillegg arrangerer etikkveilederne kurs og samlinger for alle etikk-kontaktene i enheten. Formålet med veiledningen knyttet til etisk refleksjon er å sikre at ansatte handler etisk riktig i vanskelige situasjoner ved bofelleskapet.

⁶⁶ Bergen kommune. Handlings- og kompetanseplan for Fana og Ytrebygda.

⁶⁷ Bergen kommune. *Velkommen til etikksamling 2021 (på teams) dag 1*. Dato fremgår ikke.

⁶⁸ Bergen kommune. *Velkommen til etikksamling 2021 (på teams) dag 2*. Dato fremgår ikke.

⁷⁰ Bergen kommune. E-læring- Martin filmene.

⁷¹ E-læringsprogrammet er laget for å støtte kommunene i arbeidet med å øke lederes og ansattes kompetanse på å identifisere, reflektere og håndtere etiske utfordringer i deres hverdag.

⁷² Bergen kommune. ETTU- Etikk- roller og oppgaver.

To enhetsledere opplyser at det har vært utfordrende å gjennomføre etikk møter og arbeide tilstrekkelig med etikk under covid-19 pandemien, blant annet fordi det har vært utfordrende å gjennomføre arbeidet digitalt.

Etisk refleksjon i bofellesskapene

I intervju med enhetsledere går det frem at hvert bofellesskap har etablert sin egen etikk-kontakt, som skal være et bindeledd i arbeidet med etikk på enhetsnivå og arbeidet ved bofellesskapet. Etikk-kontakten skal gjennomføre refleksjon rundt etiske dilemmaer og aktuelle temaer på egen arbeidsplass. Både enhetsledere og avdelingsledere peker også på at etisk refleksjon ofte er en del av evalueringen i etterkant av vanskelige situasjoner som oppstår i bofellesskapene.

Intervjuene Deloitte har gjennomført viser at det varierer i hvilken grad og hvordan det arbeides med etisk refleksjon i bofellesskapene. Flere avdelingsledere forteller at det arbeides med etisk refleksjon i personalmøtene. Dette kan være i form av gjennomgang av case, drøfting og refleksjon rundt etiske dilemma, for eksempel problemstillinger knyttet til bruk av makt og tvang. Flere fremhever at de benytter noe av tiden i personalmøtene til at ansatte kan gå igjennom avviksmeldinger som har blitt sendt inn ved bofellesskapet, og benytte disse som utgangspunkt for etisk refleksjon.

Ved flere av bofellesskapene blir det også satt av tid til etisk refleksjon i helgene. Ved et bofellesskap forteller avdelingsleder at de har et etikktteam som har laget en kurv med etiske påstander, slik at personalet kan trekke en påstand fra kurven ved anledning og reflektere sammen over denne. Samme bofellesskap har også utarbeidet egne miljøregler som henger i personalbasen i bofellesskapet. Avdelingsleder opplever at begge tiltakene har fungert godt i arbeidet med etisk refleksjon, blant annet fordi etikk blir mer et mer tilgjengelig tema for de ansatte.

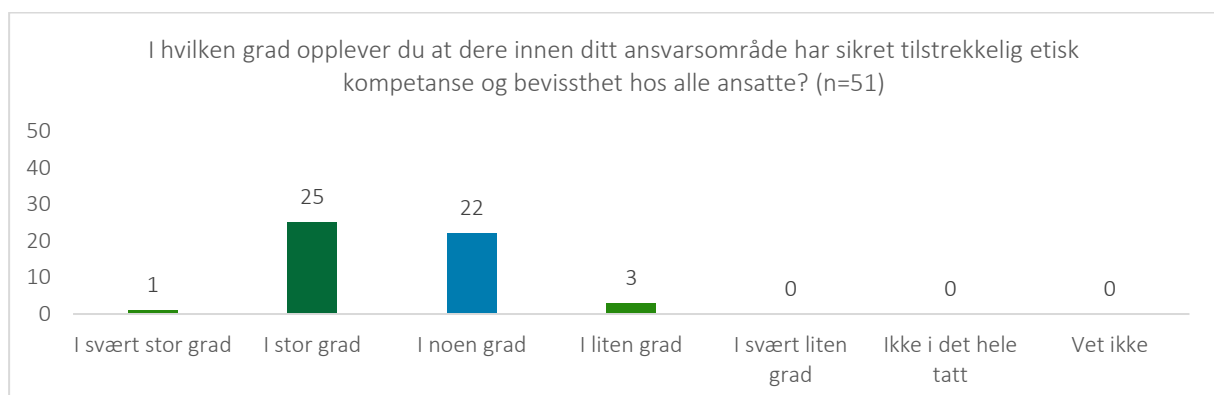
Ved et bofellesskap peker avdelingsleder på at det blir satt av tid til å diskutere etiske problemstillinger, selv om det ikke lenger gjennomføres faste etikk møter ved bofellesskapet. Ved bofellesskap blir det imidlertid gjennomført jevnlig fagmøter, hvor det blant annet er satt av tid til å diskutere etiske problemstillinger knyttet til enkelte tjenestebrukere ved bofellesskapet.

En ansatt viser til at selv om det i bofellesskapet ikke lenger settes av tid til å arbeide systematisk med etisk refleksjon, opplever vedkommende at det er mulig å diskutere etiske problemstillinger med avdelingsleder og personalet dersom det oppstår situasjoner i det daglige arbeidet. Vedkommende viser til at det ikke har vært noen arena for å diskutere etiske problemstillinger i fellesskap ved bofellesskapet på grunn av mangel på stabil ledelse de siste årene.

Avdelingsledernes opplevelse av hvorvidt det sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos ansatte ved bofellesskapet

Nærmest halvparten av lederne opplever at de i stor grad har sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte innenfor deres ansvarsområde. Samtidig svarer nesten like mange av lederne at de kun i noen grad har sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte. Lederne svar går frem av figuren under.

Figur 27: Avdelingsledernes svar på spørsmålet: I hvilken grad opplever du at dere innen ditt ansvarsområde har sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte.



Ved nærmere undersøkelser går det frem at kun avdelingsledere under enhet Arna og Åsane og Fana og Ytrebygda har svart «i liten grad» på spørsmålet. Videre ser revisjonen at flest respondenter fra Arna og Åsane og Bergenhus og Årstad har svart «i stor grad», sammenliknet med den totale svarfordelingen.

Alle avdelingslederne har fått anledning til å utdype sitt svar. 44 avdelingsledere har valgt å utdype hvorfor etisk kompetanse og bevissthet ikke alltid er sikret og av svarene går det særlig frem at frem følgende

- *mangel på tilstrekkelig* tid til å arbeide med etisk refleksjon i løpet av arbeidsdagen eller under personalmøter der mye annet også skal drøftes. En avdelingsleder formulerer seg slik: «*Bergen kommune har mange fine metoder for å holde oss oppdatert og etisk reflektert, problemet er at vi ofte ikke klarer å sette av nok tid til å jobbe med dette.*» Andre peker på at det ikke er satt av nok tid til personalmøter eller at ansatte i små stillinger eller vikarer ikke deltar på disse møtene.
- *lav kompetanse og ikke tilstrekkelig opplæring* av deltidsansatte og vikarer ansatte er årsaker til at etisk kompetanse og bevissthet ikke er tilstrekkelig sikret. En leder som opplyser at de jobber mye med etisk refleksjon ønsker å få tilbake kurstilbud for dem som jobber helg og for vikarer.

8.4 Vurdering

Kommunen har gjennom BkStyring gode systemer for å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse, ledige stillinger, samt sykefravær.

Undersøkelsen viser at det å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming er krevende for en del av bofellesskapene og en kjent utfordring for etatsledelsen. Etatsledelsen har prøvd ulike rekrutteringstiltak, men med varierende hell og søker nå å finne nye tiltak. Rekrutteringsutfordringer kombinert med høyt sykefravær og høy vikarbruk gir dette etter Deloitte vurdering en særlig utfordrende situasjon for tjenestene.

Det er Deloitte vurdering at etatens og enhetenes kompetanseplaner gir nyttig oversikt over planlagt opplæring. Deloitte mener imidlertid at slike planer også bør utarbeides i avdelingene i samarbeid med de ansatte for å sikre planmessig, målrettet og tilstrekkelig oppmerksomhet mot viktigheten av opplæring, for å igjen sikre kvalitet i tjenestene.

Tjenestene har etter Deloitte vurdering tilgjengelig et stort omfang av kurs og opplæringsmateriell, samt system med opplæringslogg som bidrar til å sikre opplæring av ansatte. Deloitte vil fremheve det som positivt at det satses på en generell kompetanseheving knyttet til volds- og aggresjonsproblematikk ettersom dette er et område med mange avvik. Undersøkelsen viser imidlertid at av ulike årsaker opplever ikke alle ledere at de har sikret nødvendig opplæring i arbeidsoppgaver for sine ansatte. Deloitte mener dette ikke er tilfredsstillende og at det gir risiko for mangelfull kvalitet i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Det er etablert en rekke kurs, samt system som etter Deloitte vurdering vil kunne bidra til etisk refleksjon og kompetanse hos de ansatte som arbeider med tjenester til personer med utviklingshemming. Undersøkelsen viser imidlertid at en del ledere ikke opplever at det fullt ut er sikret tilstrekkelig etisk kompetanse og bevissthet hos alle ansatte i bofellesskapet de leder, i hovedsak på grunn av mangel på tilstrekkelig tid til å arbeide med etisk refleksjon eller som følge av lav kompetanse eller ikke tilstrekkelig opplæring. Deloitte mener dette ikke er tilfredsstillende.

9 Systemer for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene

9.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad har bofelleskapene gode system for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene?

Under dette:

- *I hvilken grad opplever representanter for pårørende at tjenestene er lydhøre for deres tilbakemeldinger om tjenestetilbudet og bruker dette aktivt i utviklingsarbeid?*

9.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §6 g, § 7 e og § 8 d med veileder, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Øverste leder

- Skal sørge for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende om hvordan de opplever tjenestetilbudet, de tjenestene de mottar og hva de mener bør forbedre.
- Skal gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende og aktivt involvere dem i forbedringsarbeidet

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

9.3 Datagrunnlag

9.3.1 System for å sikre at bruker- og pårørendeerfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene

Planer og tiltak for å inkludere bruker- og pårørendeerfaringer for å utvikle tjenester til personer med utviklingshemming i bofelleskap

Det fremgår av tiårsplanen *plan for tjenester til personer med utviklingshemming* at Bergen kommune vil jobbe for at personer med utviklingshemming opplever selvbestemmelse og medvirkning. I planen pekes det på tre tiltak knyttet til dette som kommunen vil gjennomføre:

- informere personer med utviklingshemming om satsningsområder og tiltak i aktuell plan.
- gjennomføre bruker- og pårørende undersøkelser for personer med utviklingshemming og deres pårørende.
- etablere kurs for personer med utviklingshemming som ønsker å bli brukerrepresentant eller som ønsker å lære mer om selvbestemmelse, brukermedvirkning og demokrati.

Videre fremgår det av plan for tjenester til personer med utviklingshemming at Bergen kommune har etablert et mål knyttet til informasjon, rådgivning og samarbeid med pårørende. Kommunen ønsker at pårørende som er godt ivaretatt, samt gode informasjons- og samarbeidsarenaer mellom personer med utviklingshemming, pårørende og kommunen. Knyttet til målet har kommunen blant annet utarbeidet følgende tiltak:

- styrke oppfølging av pårørende til personer med utviklingshemming med å etablere et 2-årig prosjekt for å styrke pårørendearbeidet.
- i dialog med brukerorganisasjoner avklare hvilke informasjons- og samarbeidsarenaer for personer med utviklingshemming og deres pårørende ønsker.

Kommunens handlings- og økonomiplan omtaler ikke bruker- og pårørendearbeid, men i BkStyring fremgår det i november 2022 at etaten fremover vil ha fokus på forbedring av pårørendesamarbeid i implementering av

"veileder for gode helse- og omsorgstjenester". Deloitte har fått opplyst at kommunen har søkt og fått penger fra helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt som skal gjennomføres vinter 2022/vår 2023 på dette området.

Kommunens arbeid med å sikre at pårørende og tjenestebrukers erfaringer blir benyttet i arbeidet med å utvikle tjenestene

I sin oversendelse av dokumentasjon til Deloitte forklarer etaten at det er særlig tilbudet om en årlig kvalitetssamtale mellom bruker/pårørende/verge og bofelleskapet som skal sikre tjenestebrukere og pårørende god mulighet til å påvirke tjenestene og komme med sine innspill og tilbakemeldinger til forbedringspunkter rundt den enkeltes ønsker og behov. Det foreligger som nevnt en veiledende prosedyre for gjennomføringen av samtalen og samtalskjema til bruk i slike samtaler med henholdsvis tjenestebruker eller pårørende/verge. Samtaleguidene er samtidig bygget opp på en måte som innebærer at bruker eller pårørende kan dele sine erfaringer på en rekke områder for eksempel samarbeid, brukervedvirkning, trivsel, mestring og utvikling, fysisk og psykisk helse. Skjemaet legger opp til at eventuelle behov for oppfølging skal noteres, samt ansvar og frist for oppfølging.

BkStyring viser tall for gjennomførte kvalitetssamtaler i enhetene. Her går det frem at måltallet for andel gjennomførte kvalitetssamtaler er 95%, men at ingen av enhetene har lyktes med dette. Av BkStyring går det frem at andelen gjennomførte kvalitetssamtaler i de ulike enhetene er slik:

Tabell 5 Oversikt over gjennomførte kvalitetssamtaler i 2022

Enhet	Andel gjennomførte kvalitetssamtaler i 2022
Arna og Åsane	65%
Bergenhuis og Årstad	60%
Fana og Ytrebygda	67%
Fyllingsdalen og Laksevåg	75%

Etaten opplyser videre at individuell plan (IP) et viktig verktøy i arbeidet med å sikre medvirkning og planlegging rundt tjenestebrukers egne ønsker og behov. Individuell plan skal tilbys brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan skal lages i samarbeid mellom tjenestebruker og IP-koordinator og ansvarsgruppe beskrive hvordan tjenestene skal samarbeide slik at tjenestebruker får en helhetlig oppfølging.⁷³

Kommunen forklarer videre at de i 2019 startet planleggingsarbeidet rundt gjennomføring av brukerundersøkelse, men utfordringer knyttet til CRPD⁷⁴ og Covid-19 pandemiens utbrudd i mars 2020 har gjort at dette arbeidet er stanset. Etat for tjenester til utviklingshemmede planlegger å starte opp igjen med planlegging og mulig gjennomføring av brukerundersøkelse når covid-19 pandemien ikke lengre er begrensende for arbeidet. Brukerundersøkelse planlegges gjennomført i løpet av 2023.

Etaten opplyser videre at de har et overordnet mål om opprettelse av brukerråd/brukerutvalg i alle enheter. To enheter hadde før Covid-19 pandemien opprettet brukerråd, hvor tjenestebrukere fikk møte enhetsledelse for å formidle sine ønsker og behov. Deloitte har fått opplyst at det ikke er brukerråd i drift på enhetsnivå høsten 2022 og at en arbeider med å finne en hensiktsmessig form for brukerrådene.

To ganger pr. halvår arrangeres samarbeidsmøte mellom pårørendeorganisasjoner, byrådsnivå (nivå 1) og etatsledelse med henblikk på samarbeid og medvirkning. Referatene fra siste års møter viser at hovedoppmerksomheten i samarbeidsmøtene har vært rettet mot kommunens satsing på å bygge flere boliger til personer med utviklingshemming (boligløftet).

Avdelingsledernes syn på bruker- og pårørendeinvolvering i bofelleskapene

Litt over halvparten av avdelingslederne mener at bofelleskapet(ene) de leder i stor grad⁷⁵ har gode system for å sikre at tjenestebrukernes og pårørendes erfaringer bli benyttet til å utvikle tjenestene. De øvrige lederne mener i

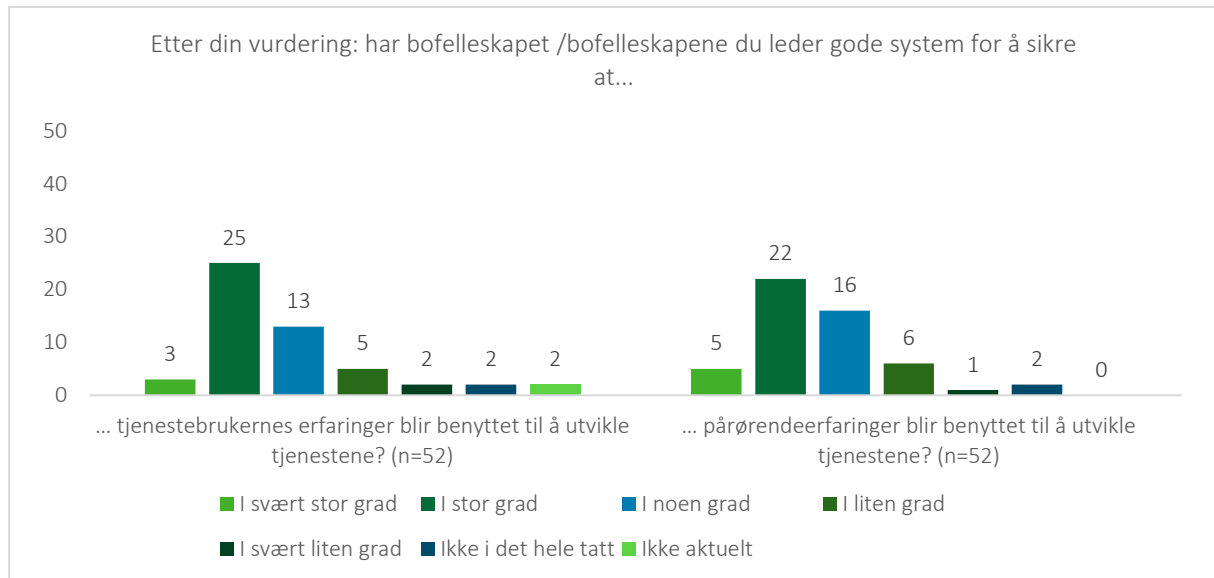
⁷³ Se blant annet: [Individuell plan - en rettighet - Helsenorge](#)

⁷⁴ Deloitte har her korrigert rapporten. Tidligere stod det GDPR her, mens det skulle ha stått CRPD slik det nå står. CDPR er Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I sitt hørings svar skriver byråden at å gjennomføre brukerundersøkelser blant personer med utviklingshemming byr på en rekke problemstillinger sett i forhold til CRPD.

⁷⁵ Svarer «i svært stor grad» og «i stor grad»

hovedsak at dette blir gjort i noen grad, men ni avdelingsledere mener at dette blir gjort i liten grad eller ikke i det hele tatt. Lederens svar går frem av figuren under.

Figur 28 Avdelingsledernes svar på spørsmålene: Etter din vurdering: har bofelleskapet/bofelleskapene du leder gode systemer for å sikre at tjenestebrukernes erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene og at pårørende erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene⁷⁶.



Lederne som svarte «i noen grad», «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» på spørsmålet om tjenestebrukernes erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene fikk anledning til å utdype hva som bør gjøres bedre når det gjelder å benytte *tjenestebrukernes* erfaringer til å utdype tjenestene. 13 avdelingsledere valgte å gjøre dette og i svarene fremhever avdelingsledere følgende:

- Etablere en kultur hvor de pårørende blir oppmerksomme på at personalet ved bofelleskapet har god kjennskap til tjenestebrukerne, og at de godtar at tjenestebrukerne har rett til selvbestemmelse.
- Bedre ansattes bevissthet om sin rolle som tjenesteyter, og sette tjenestebrukeres behov fremfor egne.
- Sørge for bedre kompetanse blant ansatte slik at de kan jobbe bedre med brukermedvirkning.
- Etablere brukerråd der tjenestebrukere kan komme med sine synspunkter kan bidra til at tjenestebrukernes erfaringer blir benyttet til å utvikle tjenestene,
- gjennomføre brukerundersøkelser eller annen systematisk innsamling av informasjon fra brukere og pårørende,
- sikre representasjon av brukere i møter med forvaltningen eller på ledermøter

Det går også frem at flere avdelingsledere ser utfordringer med hvordan tjenestebrukernes ønsker skal tas hensyn til i tjenestene. Blant annet skriver en avdelingsleder at bemanningsutfordringer gjør det vanskelig for personalet å tilby brukers ønsker om aktivitet utenfor bolig, mens en annen avdelingsleder peker på at økonomi spiller en stor rolle for om tjenestebruker for eksempel kan reise på turer eller ferie som han/hun selv ønsker.

Lederne som svarte «i noen grad», «i liten grad», «i svært liten grad» eller «ikke i det hele tatt» på spørsmålet om *pårønderfaringer* blir benyttet til å utvikle tjenestene fikk også mulighet til å utdype hva de mener bør gjøres bedre. 15 avdelingsledere valgte å gjøre dette og i svarene fremhever avdelingsledere en rekke ulike punkt som kan bli bedre slik de ser det:

- bedre samarbeid med pårørende fra starten av.
- mer tydelig kommunikasjon i møte med pårørende
- gi pårørende/verge større innflytelse
- flere treffpunkt/møtepunkt med og for pårørende, f.eks. pårønderåd
- mer informasjon fra etat til pårørende

⁷⁶ Vi inkluderte svaralternativet «ikke aktuelt» ettersom enkelte bofelleskap kun har brukere som ikke har et funksjonsnivå som gjør at de kunne deltatt i en brukerundersøkelse.

- kurs for pårørende bl.a. i relevant lovverk
- jevnlig pårørendeundersøkelser for å innhente informasjon og erfaringer fra pårørende gjennom et spørreskjema bør prioriteres for å benytte pårønderfaringer for å utvikle tjenestene.

Også her viser et par avdelingsledere til utfordringer med å benytte pårønderfaringer til å utvikle tjenestene. Blant annet skriver en avdelingsleder at enkelte pårørende har høyere forventninger til tjenestene enn hva tjenestemottaker har krav på og i noen tilfeller forventninger som ansatte ikke opplever er faglig eller etisk riktige, og til dels i strid med lov- og regelverk. Flere avdelingsledere opplyser om svært vanskelig samarbeid med enkelte pårørende og tilfeller der ansatte har opplevd seg verbalt angrepet og truet.

9.3.2 Pårørendes erfaringer med å bli hørt i utviklingsarbeidet

I intervju med pårørende/verger peker flere på at det er vanskelig å vite hvem en skal ta kontakt med når de opplever at noe ikke fungerer som det skal i boligen til deres nærstående. Enkelte opplyser at de i slike tilfeller har prøvd oppnå kontakt med ansvarlig ledelse over lang tid, uten å lykkes med dette. Andre har fått kontakt, men opplever at tilbakemeldingen ikke har vært tilstrekkelige. Dette har medført at de ikke har opplevd trygghet for at bofellesskapet deres nærstående bor i vil håndtere forhold som ikke fungerer på en god måte. Flere pårørende/verger forteller i intervju de er dypt fortvilet og bekymret over at de har meldt fra om risiko knyttet til sine nærstående, men at alvorlige hendelser likevel har inntruffet. Flere pårørende/verger opplever også at det i etterkant av alvorlige hendelser, ikke er tilstrekkelig bevissthet og holdninger hos ansatte til å sikre tilstrekkelig forebygging for å hindre nye ulykker. Som vi pekte på i kapittel 7.3.3, opplever heller ikke alle avdelingsledere at alvorlige hendelser i stor grad blir fulgt opp med hensiktsmessige tiltak. Syv avdelingsledere viser til at tiltak er vanskelige å sette i verk på grunn av bygningsmessige forhold, forhold overordnet ledelse må følge opp eller fordi det er lav kompetanse og endringsvilje blant de ansatte.

Flere av de pårørende Deloitte har intervjuet opplever at det har vært krevende å forholde seg til hyppige lederskifter der deres nærstående bor, og at dette har gjort at kommunikasjon og involvering vanskelig eller fraværende. Enkelte pårørende/verger Deloitte har snakket med opplyser videre at de verken har hatt en fungerende primærkontakt for sin nærstående, eller blitt tilbudt kvalitetssamtaler. En pårørende opplyser at vedkommende ikke har hatt tilbud om kvalitetssamtale siden 2018.

Flere pårørende savner tydelige aktivitetsplaner og innsikt i disse. Noen verger/pårørende peker på at de ikke kan være sikre på om aktivitetsplanen til deres nærstående blir fulgt. Som nevnt i kapittel 7.3.2 peker flere, både ansatte og ledere, på at det enten ikke meldes avvik dersom planlagte aktiviteter for tjenestebrukere ikke blir gjennomført, eller at avdelingene kan bli flinkere til å melde denne type avvik.

Pårørende viser samtidig til at det finner sted ulike former for bruker/pårørende involvering. En pårørende viser til at selv om det sjelden lages aktivitetsplaner ved bofellesskapet, så bidrar personalet til brukermedvirkning ved at tjenestebrukere for eksempel er med å bestemme middagsplan for uken og hvilke aktiviteter som skal gjennomføres sammen.

9.4 Vurdering

Kommunen har mål om bedre involvering og medvirkning fra pårørende og brukere i sin tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming samarbeid. Alle tiltakene er likevel ikke satt i verk per desember 2022. Det gjennomføres ikke bruker/pårørende undersøkelser slik kommunen har satt mål om. Det er etablert et system for å tilby kvalitetssamtaler, men disse gjennomføres ikke i så stor grad som det er satt mål om.

Undersøkelsen viser at pårørende og avdelingsledere har erfart at alvorlige avvik ikke blir fulgt opp i tilstrekkelig grad. Flere avdelingsledere og pårørende gir videre uttrykk for at det er behov for å bedre involveringen av brukere/pårørende i utvikling av tjenestene. Undersøkelsen viser eksempler på at pårørende har erfart manglende involvering og at de opplever at negative hendelser for brukerne kunne vært unngått dersom de hadde blitt hørt. Deloitte mener på bakgrunn av dette at involveringen av brukere/pårørende er mangelfull.

10 Evaluering av internkontroll

10.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad gjennomføres det jevnlig evalueringer av at internkontrollen fungerer?

10.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven § 25-1, COSO-modellen for internkontroll og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §8 f med veileder, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingen som undersøkes i dette kapitlet:

Ledelsen skal

- Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.
- Gjennomføre ledelsens gjennomgang for å få besvart om
 - ønskede mål og resultater oppnås?
 - gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes?
 - styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

10.3 Datagrunnlag

Oppsummering av internkontroll innen etat for tjenester til utviklingshemmede

Elementene i Internkontrollen innenfor etat for tjenester til utviklingshemmede kan oppsummeres i følgende elementer:

- Mål for virksomheten – omtalt i kap 3
- Delegering og fullmakter – omtalt i kap 3
- Kartlegging og oppfølging av risiko – omtalt i kapittel 5
- Ledelsens gjennomgang, lederoppfølging/informasjon og kommunikasjon gjennom linjen – omtalt i kapittel 4
- Rutiner for sentrale arbeidsprosesser – omtalt i kapittel 6
- System for registrering og oppfølging av avvik – omtalt i kapittel 7
- Kompetanse – omtalt i kapittel 8
- Innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer til å utvikle tjenestene – omtalt i kapittel 9

Evaluering av om internkontrollen fungerer

Det gjennomføres ledelsens gjennomgang mellom etatsdirektør og kommunaldirektør fire ganger i året. I forbindelse med dette har det blitt rapportert på overordnet styringsinformasjon. I BkStyring er det lagt opp til at det skal gjennomføres ledelsens gjennomgang på etatsnivå. I BkStyring går det frem at ledelsens gjennomgang er bygget opp av ulike elementer der informasjon skal samles inn før lederoppfølgingen skal gjennomføres:

Tabell 6 Oversikt over innhold i ledelsens gjennomgang mellom etatsdirektør og kommunaldirektør

Tema	Forhold som skal rapporteres på overordnet nivå
Oppdragsnotat	<ul style="list-style-type: none">• Hva har gått bra inneværende periode?• Hva har vært utfordrende?• Hva er prioriteringene for neste periode

HR- Lederdasbord	<ul style="list-style-type: none"> • Gi en presentasjon av etatens totale utviklings- og utfordringsbilde • Gi en presentasjon av pågående eller mulige tiltak i ett forbedringsperspektiv
Målstyring	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå status for utvalgte mål som er rapportert • Beskriv eventuelle utfordringer relatert til mål i handlings- og økonomiplanen
Risikovurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå etatens risikovurderinger på et overordnet nivå, herunder alvorlighetsgrad og risikoområde • Gjennomgå risikovurderinger med alvorlig/rød risikoscore. Etatsledelsen opplyser at også risikoelementer på gult nivå blir gjennomgått
Tilsyn og revisjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå pågående tilsyn og revisjoner i etat eller underliggende etater/avdelinger • Gjennomgå pålegg fra tilsyn og revisjoner som er oppfylt siden forrige møte • Gjennomgå pågående tiltak fra tilsyn og revisjoner, vurder behov for ytterligere tiltak for å innfri pålegg
Hendelser og avviksmeldinger	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå meldinger om uønskede hendler med potensiell eller reell høy alvorlighetsgrad (rød score) i etat eller underliggende enheter/avdelinger • Gjennomgå tiltak etter uønskede hendler med potensiell eller reell høy alvorlighetsgrad (rød score) i etat eller underliggende enheter/avdelinger
Egenkontroller	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå pågående egenkontroll og etterkontroll siden forrige møte • Gjennomgå funn i etatsadministrasjonens egenkontroll og etterkontroll siden forrige møte • Gjennomgå tiltak og etterkontroller som er iverksatt med formål å utbedre feil og mangler

Referat fra møter i Etatens kvalitetsutvalg viser at en overordnet vurdering og gjennomgang av styringssystemet ikke var på agendaen i 2022.

Deloitte får opplyst at etatsledelsen kontinuerlig evaluerer deler av internkontrollen på ulike nivå i de de ukentlige stabsmøtene i etaten. Disse blir fremhevet som en viktig arena for å ha gode dialoger og refleksjoner om hva som fungerer og ikke av etatens systemer. Det blir vist til at de pågående prosessene for å gjennomføre endringer i organiseringen i etaten skyldes overordnede vurderinger av at organisering ikke har fungert tilfredsstillende.

10.4 Vurdering

Kommunen har etter Deloitte vurdering tilrettelagt for systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Gjennom BkStyring innhentes det informasjon om internkontrollen fungerer som forutsatt.

11 Konklusjon og anbefalinger

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende internkontroll knyttet til tjenestene som gis i bofellesskapene til personer med utviklingshemming i Bergen kommune. Deloitte mener kommunen har gode systemer for å samle styringsinformasjon til bruk i utvikling av tjenestene. Undersøkelsen viser samtidig at området tjenester til personer med utviklingshemming har en utfordringer knyttet til organisering av tjenestene, lederoppfølging, kapasitet og kompetanse og bruker- og pårørendemedvirkning som medfører redusert kvalitet i tjenestene.

Kommunen har tydelige overordnede mål med tilhørende tiltak i kommunens tiårsplan for tjenester til personer med utviklingshemming. Det gjennomføres en rekke tiltak i etaten for å utvikle tjenestene. Kommunen har imidlertid ikke en rapportering som gir tydelig oversikt over når tiltak er gjennomført, status for pågående tiltak eller påløpte kostnader. Fullmakter og roller er i hovedsak tydelig definert, men det kan være behov for å tydeliggjøre hva avdelingsledernes ansvar og oppgaver er i praksis, samt primærkontaktens rolle.

Det er ikke etablert tilstrekkelig **lederoppfølging og lederstøtte** for ledere av bofellesskap. Dette er fordi det ikke er etablert en struktur som sikrer ledersamtaler mellom avdelingsledere og enhetsledelsen og fordi kun halvparten av avdelingslederne opplever at de i stor grad får tilstrekkelig støtte og veiledning når det gjelder HR/personalrelaterte tema og kun en tredjedel av avdelingslederne opplever å få tilstrekkelig støtte og veiledning knyttet til økonomi og oppfølging av tjenestebrukere. Deloitte mener derfor det er et hensiktsmessig tiltak etatsledelsen har satt i gang ved å etablere et prosjekt for å revurdere organiseringen av bofellesskapene.

Kommunen har et godt system for å registrere **risiko** som, under forutsetning av at risiko blir registrert, gir ledelsen oversikt over hvor det er risiko for svikt eller mangler i virksomheten, samt detaljinformasjon om innmeldte risikoer dersom dette er ønskelig. Risiko blir registrert i tjenestene, men Deloitte mener at det er behov for å tydeliggjøre hvor ulike typer risiko skal registreres og arbeide for at risiko blir registrert i større grad. På bakgrunn av at det i undersøkelsen kommer frem at bofellesskapene ikke alltid er satt i verk tilstrekkelige tiltak for å håndtere risiko mener Deloitte det sentralt at kommunen retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot å sikre at ledere og ansatte prioriterer å registrere risiko og følge opp med nødvendige tiltak. Å ikke følge opp identifisert risiko innebærer brudd på § 7c i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Basert på informasjonen som fremkommer i spørreundersøkelsen i denne revisjonen, fremstår det som kommunen har etablert tilfredsstillende **rutiner** for sentrale arbeidsprosesser og at det er etablert tilfredsstillende rutiner for områder med størst risiko. Det er likevel en del ledere som peker på områder der de mener at rutinene ikke er tilfredsstillende og Deloitte vil derfor peke på at det er viktig at etaten følger opp de tilbakemeldingene som har fremkommet i undersøkelsen for å sikre at rutinene er dekkende. Det er imidlertid ikke tilfredsstillende at så mange som 39 ledere nevner rutiner som ikke blir tilstrekkelig etterlevd i tjenestene og at det også er ledere som opplyser at rutiner ikke har blitt gjort fullt ut kjent i bofellesskapene.

Bergen kommune har gjennom BkKvalitet etablert en hensiktsmessig løsning der ansatte kan melde fra om **avvik** og der ledere har et tydelig ansvar for å følge opp på lavest mulig nivå i linjen. Samtidig gir systemet overordnet ledelse aggregert styringsinformasjon om avvikene som blir meldt og kan sikre at informasjonen blir benyttet til utvikling og forbedring av rutiner og veiledere. Det meldes mange avvik innen etat for tjenester til utviklingshemmede og dette gir nyttig informasjon til utvikling av tjenestene. Deloitte vil mener samtidig at det er viktig at tjenestene til personer med utviklingshemming sikrer at avvik meldt av pårørende blir registrert og fulgt opp og at god kommunikasjonen med pårørende omkring eventuelle avvik sikres. Oppfølgingen av avvik er ikke alltid tilstrekkelig selv om lederne ved de fleste bofellesskapene opplyser at de følger opp avvik med hensiktsmessige tiltak. Deloitte vil understreke at det er svært uheldig at det forekommer at alvorlige avvik ikke følges tilstrekkelig opp, ettersom konsekvensene for dem det gjelder potensielt kan være store både for helse, sikkerhet, arbeidsmiljø og for tjenestekvalitet.

Det å sikre **tilstrekkelig bemanning og kompetanse** i tjenestene til personer med utviklingshemming er krevende for en del av bofellesskapene og en kjent utfordring for etatsledelsen. Etatsledelsen har prøvd ulike rekrutteringstiltak, men med varierende hell og søker nå å finne nye tiltak. Rekrutteringsutfordringer kombinert med høyt sykefravær og høy vikarbruk gir dette etter Deloittes vurdering en særlig utfordrende situasjon for tjenestene.

Deloitte mener det ikke er tilfredsstillende at ikke alle ledere har sikret nødvendig **opplæring** i arbeidsoppgaver for sine ansatte. Dette at det gir risiko for mangelfull kvalitet i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Deloitte mener det heller ikke er tilfredsstillende at en del ledere ikke opplever at det fullt ut er sikret tilstrekkelig **etisk kompetanse og bevissthet** hos alle ansatte i bofellesskapet de leder, i hovedsak på grunn av mangel på tilstrekkelig tid til å arbeide med etisk refleksjon eller som følge av lav kompetanse eller ikke tilstrekkelig opplæring.

Deloitte mener at **involvering av brukere og/eller pårørende** er et område som bør forbedres. Både flere ledere i tjenesten og særlig pårørende gir uttrykk for at det er behov for å bedre involvering av brukere/pårørende i utvikling av tjenesten. Undersøkelsen viser også at pårørende har erfart at manglende involvering har ført til negative hendelser for brukerne som kanskje kunne vært unngått. Det gjennomføres ikke bruker/pårørende undersøkelser slik kommunen har satt mål om. Kvalitetssamtaler mellom tjenestene og bruker/pårørende gjennomføres heller ikke i det omfang det er satt mål om. Både bruker/pårrendeundersøkelse og kvalitetssamtaler er viktige verktøy for å sikre involvering i samsvar med § 6g, §7e og §8d i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Deloitte merker seg at kommunen har søkt og fått penger fra helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt som omhandler pårørendesamarbeid som skal gjennomføres vinter 2022/vår 2023.

Kommunen har etter Deloitte vurdering tilrettelagt for systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten i etaten. Gjennom BkStyring innhentes det informasjon om **internkontrollen** fungerer som forutsatt.

Basert på funn og vurderinger i undersøkelsen anbefaler Deloitte at Bergen kommunen gjennomfører tiltak for å:

1. Tydeliggjøre hvilke mål i kommunens overordnede tiårsplan for personer med utviklingshemming som prioriteres i ulike faser av planperioden og sikre tydelig rapportering i forhold til handlingsplanens mål og tiltak.
2. Tydeliggjøre ansvaret til:
 - a. Lederne for bofellesskap for personer med utviklingshemming
 - b. Tjenestebrukenes primærkontakter
3. Legge til rette for god ledelse i bofellesskap gjennom å:
 - a. Sikre jevnlig, systematisk og tilstrekkelig oppfølging av lederne for bofellesskap
 - b. Sikre en organisering som gjør lederne for bofellesskap i stand til å gjennomføre sine oppgaver og ivareta sitt ansvarsområde på en god måte.
4. Sørge for at identifiserte risikoer blir registrert ved å
 - a. Sikre tilstrekkelig opplæring knyttet til registrering av risiko, samt forståelse for viktigheten av å registrere risiko.
 - b. Tydelig veilede ansatte om hvilke risikoer som skal registreres i den enkeltes journal og hvilke risikoer som skal registreres i BkKvalitet.
5. Sikre at identifisert risiko blir fulgt opp med tilstrekkelige tiltak
6. Ferdigstille og iverksette system for etterkontroll for å avklare om iverksatte tiltak faktisk fungerer.
7. Sikre at alle rutiner blir gjort tilstrekkelig kjent og etterlevd.
8. Sikre at ansatte og ledere ved alle avdelinger/bofellesskap melder avvik, og at meldte avvik blir fulgt opp.
9. Sikre nødvendig opplæring og kompetanse ved å sørge for at
 - a. Alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i arbeidsoppgaver
 - b. Det blir arbeidet systematisk med etisk refleksjon i alle bofellesskap
10. Sikre bedre involvering og bruk av erfaringene til tjenestebrukerne og pårørende.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN
KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG
BHO - Kommunaldirektørens stab

DELOITTE AS AVD BERGEN
Postboks 6013

5892 BERGEN

Vår referanse: 2022/15868-7
Saksbehandler: Marit Hagevik
Dato: 8. februar 2023
Deres ref.:

Unntatt offentlighet: Offl § 5

Høringsuttalelse til forvaltningsrevisjon av tjenester til utviklingshemmede i bofellesskap

Det kommunale samfunnsoppdraget på tjenesteområdet for utviklingshemmede er å legge til rette for at personer med utviklingshemming sikres et helt liv med mening, vekst og utvikling. I den hensikt å innfri samfunnsoppdraget yter nær 3000 ansatte tjenester til mer enn 1300 tjenestebrukere i Etat for tjenester til utviklingshemmede. Gjennom godt lederskap, et solid miljøarbeid og gjennom klinisk miljøterapeutisk arbeid i bofellesskapene, søker etaten daglig å lykkes i sitt oppdrag.

Personer med utviklingshemming er en uensartet gruppe mennesker med ulike behov i forskjellige livsfaser og de gis kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom hele livsløpet i foreldrehjem, i privat eiet eller leiet bolig, i barne- og avlastningsboliger, i besøkshjem, i kommunale og privat-ideelle bofellesskap, i private bogrupper og i dagsenter. De gis også tjenester i form av støttekontakt og brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Av de 1300 brukerne utgjør nær 600 beboere i bofellesskap og byråden påpeker at forvaltningsrevisjonsrapporten om tjenester til utviklingshemmede i bofellesskap slik omhandler under halvparten av dem som mottar tjenester av denne store etaten.

Byråden berømmer Kontrollutvalget for å ha initiert forvaltningsrevisjonen og Deloitte for å ha undersøkt i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende internkontroll knyttet til tjenestene som gis i bofellesskapene til utviklingshemmede i Bergen kommune. Det å sikre at tjenesten som gis til utviklingshemmede er i samsvar med etablerte mål, krav til god kvalitet og er i samsvar med regelverket er også i byrådets overordnede interesse.

Byråden opplever at Deloitte har utført en grundig forvaltningsrevisjon bygget på evidensbasert metodikk. Spesielt gledelig er det å se den høye svarprosenten (79 %) på spørreundersøkelsen der 52 av i alt 66 potensielle avdelingsledere har svart.

Med utgangspunkt i rapportens omtale av bruker- og pårørendemedvirkning, finner byråden det imidlertid riktig å påpeke at undersøkelsen har en svakhet ved at bare 3 pårørende/verger har vært deltakende i pårørendeintervju. Byråden ser det derfor viktig å være forsiktig med å ha en konkluderende tilnærming til uttalelser fra et så lite pårørendeutvalg i undersøkelsen. Dette både sett i forhold til pårørende/verger til de 27 beboerne i de fire inkluderte bofellesskapene i undersøkelsen, og ikke minst i forhold til det totale omfanget pårørende i en tjeneste som teller nær 600 beboere i bofellesskap. Byråden ser det derfor som en svakhet at forbedringstiltakene knyttet til pårørendeuttalelser i rapporten, feilaktig, er generalisert. Byråden påpeker derfor at pårørendeuttrykkene fra de 3 pårørende/verger som har deltatt i undersøkelsen, må forstås som enkeltuttrykk knyttet til enkelthendelser og ikke som uttrykk for et generelt utfordringsbilde i etaten. Så tar byråden

Postadresse:
Postboks 7700, 5020 BERGEN
Kontoradresse:
Rådhusgaten 10

Telefon: 55565556
E-post:
Internett: www.bergen.kommune.no

selsvagt hver enkelthendelse alvorlig – og vet at det også er gjeldende i etaten som følger alle avvik opp med tiltak slik rapporten også godt beskriver.

Som det går fram av rapporten ble Etat for tjenester til utviklingshemmede omorganisert i 2017/2018. Etter tidligere å ha utgjort åtte geografiske botjenesteenheter, en byomfattende avlastningsenhet og en byomfattende dagsenterenhet med til sammen 10 enhetsledere, ble tjenesten i 2017/2018 omorganisert og utgjør i dag fire geografiske boenheter med fire enhetsledere og tre byomfattende enheter med tre enhetsledere som administrerer henholdsvis forvaltningsenheten, dagsentervirksomheten og avlastningstjenestene til målgruppen.

Omorganiseringen medførte at hver enhetsleder i den enkelte botjeneste fikk nær doblet sin oppfølgingsportefølje for avdelingslederne i bofellesskapene. De ble også tillagt arbeidsgiveransvar for hver sin stabsenhet og hjemmetjenester. Det ble ved omorganiseringen i 2017/2018 også satset på rendyrket ledelse og avdelingsledere i mindre bofellesskap ble satt til å lede mer enn ett bofellesskap.

Etaten erfarte allerede i 2019 at enhetene og lederspennet var blitt for stort og hindret optimal oppfølging og utvikling av tjenestene både faglig, administrativt og økonomisk. Etaten initierte derfor en evaluering av organiseringen allerede tidlig i 2020, men Covidpandemien hindret dessverre gjennomføringen av denne.

Byråden understreker derfor at utfordringsbildet som revisjonsrapporten beskriver har vært kjent for kommuneadministrasjonen og byråden – og at årsakene til den i stor grad kan tillegges organiseringen av tjenestene i etaten. Dette er også årsaken til at Etat for tjenester til utviklingshemmede, så snart pandemisituasjonen var under kontroll høsten 2022, satt i gang et prosjekt for å revurdere og omstrukturere organiseringen av tjenestene i etaten.

Byråden ser at Deloitte har fått fram at det gjennomføres ledelsens gjennomgang mellom etatsdirektør og enhetsledere månedlig, samt mellom etatsdirektør og kommunaldirektør fire ganger i året. Der gjennomgås enhetenes og etatens rapportering på ulike kvalitets- og driftsmål som gir tiltrengt styringsinformasjon fra operativt nivå til administrativt nivå i etaten, og administrativt nivå i Byrådsavdeling for helse og omsorg. Dette muliggjør tiltak og tilpassede styringssignaler ut i hele organisasjonen.

Byråden finner det slik betryggende at Deloitte ser at kommunen har tilrettelagt for systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Likeledes at kommunen, gjennom BK-styring, innhenter informasjon om hvorvidt internkontrollen fungerer som forutsatt.

Evaluering og læring er avgjørende for utvikling av gode tjenester og byråden setter pris på de innspill og tilbakemeldinger som gis gjennom forvaltningsrevisjonen fra Deloitte. Byråden gir under kommentarer til Deloitte anbefalte tiltak:

1. *Tydliggjøre mål i kommunens overordnede tiårsplan for utviklingshemmede som prioriteres i ulike faser av planperioden og sikre tydelig rapportering i forhold til handlingsplanens mål og tiltak.*

Byråden erfarer at Etat for tjenester til utviklingshemmede er en organisasjon som, gjennom sitt lederskap og fagfokus, framstår med tydelig mål i tjenestene sine. Likeledes er de en organisasjon som i stor grad innfrir sine målsettinger. Når det gjelder målene og tiltakene i kommunens overordnede tiårsplan for utviklingshemmede er ansvaret for oppfølgingen av disse fordelt mellom Byrådsavdeling for helse og omsorg (nivå 1), og Etat for tjenester til utviklingshemmede (nivå 2). Vi er nå godt i gang med rulleringen av den overordnede tiårsplanen på tjenesteområdet. Vi registrerer at de tiltakene som er tillagt etaten for måloppnåelse, i stor grad, er gjennomført i tråd med gjennomføringsplanen knyttet til den overordnede 10-årsplanen. Gjennom implementering av den overordnede 10-årsplanens mål og tiltak i BK-Styring, vil byråden sørge for en mer systematisk rapportering som sikrer tydelig oversikt over tiltak som er gjennomført, status for pågående tiltak og oversikt over eventuelle påløpte kostnader.

2. *Tydeliggjøre ansvaret til:*
 - a. *Lederne for bofellesskap for utviklingshemmede.*
 - b. *Tjenestebrukernes primærkontakter.*

Byråden er betrygget over at relevante fullmaktsdokument med stillings- og rollebeskrivelser er på plass i etaten. Byråden ser likevel betydningen av, i større grad, å tydeliggjøre avdelingsledernes og primærkontaktens rolle. Etat for tjenester til utviklingshemmede er som omtalt over en stor organisasjon med rundt 100 avdelingsledere og nærmere 1000 primærkontakter. Byråden understreker at avdelingslederrollen er en kompleks og krevende rolle å fylle. Avdelingslederne skal sikre faglig-, administrativ- og økonomisk forsvarlig drift. Byråden vet også at mange som tiltrer avdelingslederstillinger har lite erfaring som leder og trenger en god opplæringsfase der rolleavklaring inngår som en viktig del. Det samme gjelder for primærkontaktoppgaven som kan være tilsvarende kompleks og preget av krysspreser der forventninger fra pårørende og overordnet ledelse, sammen med brukernes ønsker og behov ikke alltid lar seg forene. Byråden vil derfor sikre at etaten prioriterer avdelingsledere til Bergen kommunes nye helhetlige lederutviklingsprogram i 2023. Videre må etaten utarbeide fellesrutiner som tydeliggjør primærkontaktens oppgaver, og beskrive hvordan de forventes utøvd.

Byråden er overbevist om at en mer tjenlig organisering av etaten vil bidra til forbedringer for begge de omtalte rollene.

3. *Legge til rette for god ledelse i bofellesskap gjennom å:*
 - a. *Sikre jevnlig, systematisk og tilstrekkelig oppfølging av lederne for bofellesskap.*
 - b. *Sikre en organisering som gjør lederne for bofellesskap i stand til å gjennomføre sine oppgaver og ivareta sitt ansvarsområde på en god måte.*

Byråden er glad for at Deloitte har fått fram det solide systemet etaten har etablert for oppfølging av enhetslederne gjennom felles- og individuelle møter. Byråden anerkjenner også behovet for tilsvarende god lederoppfølging og lederstøtte for lederne i bofellesskapene – samt lederne i avlastnings- og dagsentervirksomheten. Det er viktig at organiseringen av tjenestene i etaten får en form som sikrer tilstrekkelig støtte, veiledning og kapasitet hos (?) avdelingslederne slik at de kan følge opp sitt ansvarsområde på en god måte. Dette lar seg realisere gjennom den grundige evaluering av organisering som nå gjøres av etaten.. I samsvar med Tillitsreformen gjøres evalueringen i nær dialog mellom ansatte, ledere, arbeidstakerorganisasjonene og vernetjenesten.

Etat for tjenester til utviklingshemmede skal gjøre risikovurderinger i de tilfeller der de ønsker å la en leder lede mer enn ett bofellesskap, og slik sikre at lederskapet kan gjennomføres på forsvarlig vis.

4. *Sørge for at identifiserte risikoer blir registrert ved å:*
 - a. *Sikre tilstrekkelig opplæring knyttet til registrering av risiko, samt forståelse for viktigheten av å registrere risiko.*
 - b. *Tydelig veilede ansatte om hvilke risikoer som skal registreres i den enkeltes journal og hvilke risikoer som skal registreres i BK-Kvalitet.*

Byråden er tilfreds med at Deloitte anerkjenner kommunens elektroniske kvalitetssystem; BK-kvalitet som et godt system for registrering av risiko. Byråden registrerer at det i Etat for tjenester til utviklingshemmede, per desember 2022, var registrert 1892 risikoelement i dette elektroniske kvalitetssystemet. Dette gjør byråden trygg på at Etat for tjenester til utviklingshemmede har utviklet en god meldekultur med fokus på å avdekke risikoelement, elektronisk registrering, og at ledelsen gis oversikt over hvor det er risiko for svikt eller mangler i virksomheten. Byråden er også betrygget over at mange ledere og ansatte registrerer risiko og at ledelsen gis detaljinformasjon om innmeldte risikoer dersom dette er ønskelig, for eksempel slik at

alvorlig risiko kan følges opp raskt. Kommunens systemer bidrar slik til å sikre at risikonivået defineres av innmeldte risikoer. Det vil bli utarbeidet en veileder og gitt opplæring til ansatte om hvilke risikoer som skal registreres i den enkeltes journal, og hvilke risikoer som skal registreres i BK-Kvalitet.

5. Sikre at identifisert risiko blir fulgt opp med tilstrekkelige tiltak.
6. Ferdigstille og iverksette system for etterkontroll for å avklare om iverksatte tiltak faktisk fungerer.

Byråden ser at det i revisjonsrapporten framkommer at det gjennomføres interne kontroller på områder med stor risiko, men at tettere oppfølging bør gjennomføres for å sikre at tiltak fungerer. Etaten vil få i oppgave å ferdigstille og iverksette system for etterkontroll.

7. Sikre at alle rutiner blir gjort tilstrekkelig kjent og etterlevd.

Forvaltningsrevisjonen fastslår at etaten har gode systemer for å sikre relevante og oppdaterte rutiner, og at lederne mener disse i stor grad er gjort tilstrekkelig kjent og etterlevs blant ansatte. Byråden deler Deloitte's bekymring over at flere ledere sier at rutiner ikke alltid blir etterlevd av ansatte – og at dette også omhandler områder etaten har definert som risikoområder. Etatsledelsen vurderer at årsakene til dette i stor grad kan knyttes til turnover og problemer med å få rekruttert fagkvalifisert personell. Byråden vil sikre at etaten setter i verk tiltak som sørger for at ansatte har nødvendig kunnskap om, og kompetanse i, gjeldende retningslinjer og rutiner i etaten. Dette gjennom utarbeiding av et e-læringsprogram som bidrar til at ansatte i større grad får en god systemforståelse og forståelse for etterlevelse av rutiner og retningslinjer.

8. Sikre at ansatte og ledere ved alle avdelinger/bofelleskap melder avvik, og at meldte avvik blir fulgt opp.

Bergen kommunes elektroniske kvalitetssystem BK-Kvalitet vurderes som en hensiktsmessig løsning for å melde og få oversikt over avvik. Ansatte kan melde fra om avvik på en enkel måte og ledere har et tydelig ansvar for å følge opp på lavest mulig nivå i linjen. Byråden finner det betryggende at systemet bidrar til at overordnet ledelse får aggregert styringsinformasjon om avvikene som blir meldt og slik kan sikre at informasjonen blir benyttet til utvikling og forbedring av rutiner og veiledere i etaten. Det er viktig å sikre at motivasjonen blant ansatte for å melde avvik opprettholdes, og at de få enhetene som ikke har meldt avvik følges tett opp. Byråden er enig i at kunnskapsgrunnlaget for læring og utvikling forutsetter at også disse få enhetene etablerer en god meldekultur, tilsvarende den som er gjeldende for øvrig i etaten.

Deloitte skriver at avvik i hovedsak følges opp med hensiktsmessige tiltak. Byråden ser at enkelte avvik ikke følges opp tilstrekkelig slik hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og pårørende har gitt uttrykk for.

Byråden viser her til at etaten allerede, gjennom oppdragsnotat fra kommunaldirektøren, har fått i oppdrag å:

- Sikre at avvik og uønskede hendelser behandles innen avtalte frister, med tiltaksplan og eventuelt risikovurdering i BK-Kvalitet.

For øvrig vil etaten også utarbeide et system for å registrere uønskede hendelser/avvik meldt av pårørende.

9. Sikre nødvendig opplæring og kompetanse ved å sørge for at:
 - a. Alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i arbeidsoppgaver.
 - b. Det blir arbeidet systematisk med etisk refleksjon i alle bofelleskap.

Byråden er vel kjent med problemstillingen som Deloitte omtaler i revisjonsrapporten knyttet til det å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i tjenestene. Etatsledelsen jobber aktivt med ulike rekrutteringstiltak for å sikre riktig bemanning og kompetanse i tjenestene.

Deloitte framhever etatens store omfang av kurs og opplæringsmaterieell, samt system med opplæringslogg som bidrar til å sikre opplæring av ansatte. Satsing på en generell kompetanseheving knyttet til volds- og aggresjonsproblematikk i etaten holdes også frem som positivt. Byråden er kjent med at dette kurs- og opplæringsssystemet faktisk brukes til etisk refleksjon og kompetanse hos de ansatte.

Byråden erfarer at etaten gjennom sitt oppdragsnotat til enhetene, også framover, sikrer at samtlige enheter gir ansatte i bofellesskap tilstrekkelig etisk kompetanse for egen bevisstgjøring.

10. Sikre bedre involvering og bruk av erfaringene til tjenestebrukerne og pårørende.

Det var før Covid-19 pandemien igangsatt et forarbeid for gjennomføring av brukerundersøkelse i 2019. Pandemien og spesielt utfordringer knyttet til krav etter CRPD gjorde at brukerundersøkelsen ikke kunne gjennomføres på forsvarlig vis. Å gjennomføre brukerundersøkelse blant personer med utviklingshemming byr på en rekke problemstillinger sett i forhold til Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Etat for tjenester til utviklingshemmede har igangsatt et utviklingsprosjekt knyttet til pårørendesamarbeid som gjennomføres vinteren 2022/våren 2023. Dette bygger på «Veilederen for gode helse og omsorgstjenester for utviklingshemmede» der det å sørge for rutiner og opplæring for samarbeid med pårørende inngår. Likeledes det å sikre at tjenesteyterne kjenner til nærmeste pårørendes rettigheter til informasjon, samtykke og klage. Etaten vil sikre at tjenesteyterne gis kunnskap om taushetsplikten, og unntakene fra denne, samtykkereglene, opplysningsrett og opplysningsplikt. Etaten vil også gi tjenesteytere opplæring slik at de har kompetanse på samhandling og håndtering av uenighet.

For øvrig har etaten gjennom lang tid tilbudt årlige kvalitetssamtaler med den enkelte bruker og pårørende. Samtalene er viktige i utvikling av tjenestene.

Revisjonsrapporten beskriver det omfattende og gode internkontrollsystemet etaten benytter.

Byråden har ved selvsyn sett hvordan det arbeides faglig i etaten, til beste for brukerne – og at arbeidet differensieres og tilpasses for å møte den enkeltes spesifikke behov. Dette er en etat som daglig også møter mennesker med omfattende bistandsbehov, mennesker som ikke alltid selv forstår, eller klarer å gjøre seg forstått. I dette ligger at ansatte også opplever å måtte håndtere høyrisikoatferd der skader kan oppstå. Byråden er derfor glad for å se at etaten har en lav terskel for å skrive skade- og avviksmeldinger i dette arbeidet – og ikke minst for at disse erfaringene blir gjenstand for forbedringsarbeidet i etaten.

Oppsummert har byråden, gjennom revisjonsrapporten fra Deloitte, fått bekreftet sin opplevelse av at Etat for tjenester til utviklingshemmede leverer gode og forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming. Etatens systematiske og strukturelle tilnærming til internkontrollsystemet er godt beskrevet. Prosedyrer og rutiner er også gjenstand for stadige korrigeringer som fremmer forbedringsarbeid i etaten.

Forbedringsområdene som Deloitte anbefaler kommunen å sette inn tiltak på, vil bli effektivt. Spesielt ser byråden behov for at avdelingslederne sikres en god og systematisk lederoppfølging, gis god lederstøtte og sikres tiltrengt faglige oppdateringer og mulighet for egenutvikling. Slik utvikles gode og trygge ledere som igjen vil bidra til at bofellesskapene

driftes faglig, administrativt og økonomisk forsvarlig – og at internkontrollforskriften etterleves.

Med hilsen
Byrådsavdeling for helse og omsorg

Ruth Grung - byråd

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Overordnet om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne

For personer med utviklingshemninger FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) særlig viktig. CRPD ble vedtatt av FNs generalforsamling 13. desember 2006, undertegnet av Norge i 2007 og ratifisert i 2013. Konvensjonens formål er fastsatt i artikkel 1, og er «å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet».

I konvensjonen blir det understreket at mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettighetene som alle andre uavhengig av individenes egenskaper og kognitive fungering. Konvensjonen legger blant annet vekt på behovet for menneskelige relasjoner, kommunikasjon, fellesskap, inkludering og deltakelse, retten til selvbestemmelse, respekt for forskjeller, like muligheter, tilgjengelighet, likestilling mellom kjønnene og respekt for utviklingsmulighetene og identiteten til barn. Tjenester må ta utgangspunkt i personens vilje og preferanser.

Om internkontroll

Kommuneloven stiller krav til internkontroll. I § 25-1 står det at kommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges og at kommunedirektøren⁷⁷ i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen. Videre står det at internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Videre står det følgende om kommunedirektørens ansvar:

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

De ulike tjenesteområdene i kommunen må involveres i internkontrollarbeidet som skal gjøres etter § 25-1 for eksempel ved utarbeidelse av risikovurderinger, tilpasninger og innretning på internkontrollen innenfor ulike tjenesteområder og formalisering av rutiner. Kommunedirektøren både kan og vil normalt delegere ansvaret for utførelsen av det konkrete internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen.⁷⁸

Det finnes flere rammeverk for hvordan en kan utarbeide et internkontrollsystem. Et av de mest brukte rammeverkene for internkontroll er COSO-modellen som definerer internkontroll som en prosess som gir rimelig trygghet for at en organisasjon oppnår sine mål, og som sikrer en effektiv drift, pålitelig rapportering og etterleving av lover og regler. For å sikre at kommunen har en helhetlig internkontroll, må det etableres et system for internkontroll som favner om og blir benyttet av alle tjenestene i kommunen.

COSO-rammeverket legger til grunn at for å sikre gjennomføring av handlinger eller endringer som er nødvendige for å oppnå en god internkontroll, er ledelsens oppfølging viktig. Dette krever at ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt til å vurdere hvilke elementer i internkontrollen som fungerer bra og hvilke elementer som bør forbedres. Ledelsen kan for eksempel følge opp internkontrollen gjennom regelmessige gjennomganger i møte (ledelsens gjennomgang), inspeksjonsrunder/stikkprøver, og/eller systemrevisjoner. For at oppfølgingen skal fungere så formålstjenlig som mulig, bør underliggende enheter rapportere kritiske risikoer videre til kommunedirektørnivået, og kommunedirektøren bør sørge for at internkontroll går inn som en del av den ordinære rapporteringa og styringsdialogen i kommunen.

⁷⁷ I en parlamentarisk modell er det kommunerådet som leder den kommunale administrasjonen, i Bergen byrådet i kommunelovens § 10-2 står det at bestemmelser om kommunedirektøren gjelder på tilsvarende måte for kommunerådet hvis ikke noe annet er bestemt i lov.

Bestemmelser om kommunedirektøren gjelder på tilsvarende måte for kommunerådet og fylkesrådet hvis ikke noe annet er bestemt i lov.

⁷⁸ Jf. veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8f omhandler systematisk gjennomgang av styringssystemet. Her står det følgende:

«Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten»

I Helsedirektoratets veileder til dette punktet i forskriften står det at en systematisk gjennomgang, kalt ledelsens gjennomgang, kan bestå av å:

- fremskaffe og sammenfatte informasjon og resultater for virksomheten
- gjennomføre et møte hvor ledelsen gjennomgår det fremlagte underlaget, treffer beslutninger og legger en plan for hva som skal endres eller forbedres
- teste og implementere endringene, og sikre at disse har ønsket effekt

Det står videre at formålet med ledelsens gjennomgang i hovedsak er å besvare følgende spørsmål:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

§3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen sørge skal for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det går videre frem at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I § 3-2 står det at kommunen for å oppfylle ansvaret etter § 3-1 kommunen blant skal annet tilby følgende:

- (...)
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- (...)

Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming»⁷⁹ som omhandler både lovkrav og anbefalinger for å sikre gode tjenester. Veilederen omhandler blant annet temaet samarbeid og kompetanse og går nærmere inn på blant annet følgende forhold som delvis tar utgangspunkt i krav som stilles i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

- Kommunen skal sørge for nok personell med rett kompetanse i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming
- Kommunen skal sørge for at tjenesteyterne har kompetanse på etisk refleksjon
- Kommunen skal sørge for kommunikasjons- og relasjonskompetanse hos tjenesteyterne
- Kommunen skal legge til rette for bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) hos personer med utviklingshemming
- Kommunen skal sørge for at tjenestene kjenner reglene om samtykke til helse- og omsorgstjenester

Mål organisering og ansvar

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6a omhandler kommunens ansvar for å mål, oppgaver og organisering. Her står det følgende om ledelsens ansvar:

«Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.»

I Helsedirektoratets veileder til dette punktet i forskriften står det blant annet følgende:

⁷⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

«Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.

En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur og god oversikt over oppgavene. Det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Medarbeiderne skal ikke bare kjenne sine egne oppgaver. Kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er også avhengig av at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver.»

Risiko – kartlegging og håndtering

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6d omhandler det at ledelsen skal ha oversikt over områder med risiko for svikt. Her står det følgende om ledelsens ansvar:

«Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerhete.»

I Helsedirektoratets veileder til § 6d i forskriften står det blant annet følgende:

«I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- identifisere områder der svikt kan inntre ofte
- identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre
- forebygge svikt og uønskede hendelser

Øverste leder må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges.

Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes.»

§ 7c i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å utvikle og iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt. Dette er formulert slik:

«Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen»

I Helsedirektoratets veileder til § 7c i forskriften står det blant annet følgende:

«Øverste leder skal sikre at virksomheten utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Virksomhetene står langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak som er nødvendige. Noen deler av lovverket har krav om konkrete prosedyrer og rutinebeskrivelser, slik som forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Men i hovedsak må virksomhetene selv ta stilling til hvilke faglige og administrative rutiner som er nødvendig.

Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. Individuelle vurderinger skal imidlertid alltid gjøres i forbindelse med hvert handlingsvalg. Dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller likevel ikke velger å følge en nasjonal faglig retningslinje bør dette begrunnes faglig og dokumenteres.

§ 6 d og § 6 g handler om å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskede hendelser og forbedringsområder. Denne kunnskapen må benyttes til forbedring. Ledelsen og medarbeiderne bør gjennomgå de ulike funksjonene og arbeidsprosessene og vurdere dem i et risiko- og sårbarhetsperspektiv. På denne måten kan det defineres hvilke tiltak som må iverksettes og hvilke rutiner og prosedyrer som er nødvendige.

Gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Det bør ikke undervurderes hvor krevende det er å få til endring i praksis. Det krever tett lederoppfølging og konstant fokus for å skape resultater og vedlikeholde dem. Det forutsetter også en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring.»

Rutiner

§ 9c i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å forbedre rutiner og prosedyrer. Dette er formulert slik:

«Forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»

I Helsedirektoratets veileder til § 9c i forskriften står det blant annet følgende:

«Det er øverste leders ansvar å sørge for at virksomheten forbedrer prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å hindre at svikt, feil og avvik kan skje igjen.

Der det er avdekket fare for svikt eller svikt i tjenesten, skal man foreta en vurdering av om eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende og eventuelt utvikle og iverksette nye og forbedrede rutiner, instruksjoner og lignende ved behov.

Det er ikke bare arbeidsprosesser og kvaliteten på tjenestene som kontinuerlig skal forbedres og utvikles. Virksomheter må samtidig jobbe med forutsetningene for å bli bedre. Dette betyr at virksomheten må styrke evnen til å avdekke forbedringsområder, til å rette opp feil eller uønskede hendelser og til å spre læring og ny kunnskap mellom avdelinger og medarbeidere.

Medarbeidere bør ha tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeid. Det bør settes av tid og ressurser til å arbeide med forbedring som en del av daglig drift. Medarbeidere trenger også arenaer for å drøfte avdelingens mål, utfordringer og forbedringsideer sammen med lederen, og anledning til å teste disse. Medarbeidere med særlige oppgaver innen kvalitetsforbedring bør være tilknyttet lokale, regionale og nasjonalt nettverk for å gi inspirasjon og dele erfaringer på tvers.

Det anbefales at ledelsen velger enhetlige metoder for kvalitetsforbedring i virksomheten. Slik unngår man metoder som skiller seg veldig fra hverandre, både prosessuelt og begrepsmessig. Felles rammeverk og verktøy gjør det også enklere for medarbeidere å delta i ulike prosjekter i ulike avdelinger»

Avvikssystem

§ 6g i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å ha oversikt over avvik og forbedringsarbeid. Her står det:

«Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

I Helsedirektoratets veileder til § 6g i forskriften står det blant annet følgende:

«Øverste leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om:

- tjenestene er faglig forsvarlige
- virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.

En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Pasientene, brukerne og de pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap. Det bør arbeides systematisk med å innhente, prioritere og følge opp tilbakemeldinger og forbedringsideer fra pasienter, brukere og pårørende. Dette kan gjøres gjennom årlige undersøkelser og løpende gjennom for eksempel pasientsikkerhetsvisitter, å følge i pasienten/brukerens fotspor og på faste møtearenaer.»

§ 8e i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å gjennomgå avvik og uønskede hendelser, formulert slik:

«Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges»

I Helsedirektoratets veileder til § 8 e i forskriften står det blant annet følgende:

«Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil.

Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6 g.

Erfaringer viser at pasienter, brukere og pårørende ofte har relevant og viktig informasjon om uønskede hendelser og om hvordan virksomheten har håndtert hendelsen. I tillegg til informasjon fra personell som var involvert i behandlingen eller tjenesten, gir dette samlet sett et bedre bilde av hendelsen. Dette kan igjen bidra til bedre avklaring av årsaksforhold og læring.»

Kapasitet og bemanning

§ 6f. i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å ha oversikt over kompetanse og behov for opplæring:

«Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring»

I Helsedirektoratets veileder til § 6f i forskriften står det blant annet følgende:

«Øverste leder skal sikre at det finnes en oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Det stilles særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Blant annet skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring.

Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.»

§ 7b i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å sørge for nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere:

«Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet»

I Helsedirektoratets veileder til § 7b i forskriften står det blant annet følgende:

«Medarbeidere i virksomheten skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. I kravet ligger det en forutsetning om at kompetansebehovet kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring

og etterutdanning. For å lykkes med endring og forbedring er det også nødvendig at medarbeiderne har kompetanse i forbedringsarbeid. Det er øverste leders ansvar å sørge for at det er etablert et system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne.

Kjennskap til regelverket vil i noen grad inngå som et ledd i de ulike profesjonenes utdanning. Hvilke krav til kunnskap om regelverket de enkelte har behov for vil derfor variere. Den enkelte medarbeider har også en selvstendig plikt til å holde seg oppdatert innen sitt fagområde. Videre må de ha god tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer, andre relevante retningslinjer og veiledere samt til virksomhetens styringssystem.

Eksempler på aktuelle tiltak

- etablere oversikt over virksomhetens oppgaver og hvilke kompetanser som er nødvendig for å løse disse, herunder kompetanse i forbedringsarbeid
- etablere oversikt over medarbeidernes kompetanse knyttet til de vesentligste oppgavene
- gjennomføre strategisk kompetanseutvikling for å være forberedt på nye oppgavetyper
- sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning innen sitt fagfelt
- gjennomføre opplæring i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet
- rekruttere ansatte med kompetanse tilpasset virksomhetens behov»

Bruker og pårørende erfaringer

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 omhandler brukerens rett til medvirkning. Her står det følgende.

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2](#) første ledd nr. 6, [3-6](#) og [3-8](#).

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.»

§ 6g i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å ha oversikt over avvik og forbedringsarbeid:

«Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

I Helsedirektoratets veileder til § 6g i forskriften står det blant annet følgende:

«Øverste leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om:

- tjenestene er faglig forsvarlige
- virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.

En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Pasientene, brukerne og de pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap. Det bør arbeides systematisk med å innhente, prioritere og følge opp tilbakemeldinger og forbedringsideer fra pasienter, brukere og pårørende. Dette kan gjøres gjennom årlige undersøkelser og løpende gjennom for eksempel pasientsikkerhetsvisitter, å følge i pasienten/brukerens fotspor og på faste møtearenaer.»

§ 7e i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å sørge for medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende:

«Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende»

I Helsedirektoratets veileder til § 7b i forskriften står det blant annet følgende:

«Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tas i bruk.

I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens regler om plikten til å informere om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen, dersom pasienten eller brukeren er påført skade eller alvorlige komplikasjoner.»

§ 8d i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten omhandler ledelsens ansvar for å bruke erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende:

«Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer»

I Helsedirektoratets veileder til § 8d i forskriften står det blant annet følgende:

«Helse- og omsorgstjenestene er til for pasientene, brukerne og pårørende. Det er derfor viktig å ta utgangspunkt i deres behov og vurderinger når tjenester skal evalueres og utvikles. Hvordan virksomheten vurderes av pasienter, brukere og pårørende gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder som det eventuelt må jobbes med for å bedre kvaliteten og pasient- og brukersikkerheten.

Øverste leder har ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten. Ledelsen må systematisk gjennomgå og drøfte resultatene av faste evalueringer, som PasOpp, klager og andre tilbakemeldinger. Forbedringer som skal gjennomføres bør ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienter, brukere og pårørende, og de bør være aktivt med i forbedringsarbeidet.»

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2020-06-19-78.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-2020-12-04-134.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). LOV-2020-12-04-134.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2020-02-04-119.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-2021-04-23-24 fra 01.01.2022

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helse- og omsorgsdepartementet. «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming». Nasjonal veileder. Sist endret 17.10.2022.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018): Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Sist endret 29.10.2018.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Internkontroll i kommunesektoren. Veileder. Sist endret i 2021.

Dokumenter fra kommunen

- Bergen kommune. *Plan for tjenester til personer med utviklingshemming- et helt liv med mening, vekst og utvikling 2018-2028*. Datert: 2021.
- Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan 2022-2025- Budsjett 2022*. Datert: 2022
- Bergen kommune. *Organisasjonskart 2022- Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Dato: våren 2022.
- Bergen kommune. *Saksfremstilling. Statusrapport for tjenester til personer med utviklingshemming 2021. Byrådssak /22*. Dato: 2021.
- Bergen kommune. *Oppdrag for utvikling og verdiskapning 2022- Oppdragsnotat*. Datert:10.07.2022
- Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 til Arna og Åsane*. Datert 12.04.2022.
- Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 til Bergenhus og Årstad*. Datert 12.04.2022
- Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 til Fyllingsdalen og Laksevåg*. Datert 11.04.2022
- Bergen kommune. *Oppdragsnotat 2022 til Fana og Ytrebygda*. Datert 12.04.2022
- Bergen kommune. *Årsmelding 2021/03c- Tjenester til utviklingshemmede*. Datert:2021.

- Bergen kommune. *Årsmelding 2020/03c- Tjenester til utviklingshemmede*. Datert:2020.
- Bergen kommune. *Delegering av fagfullmakter i Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Prosedyre for risikostyring i Byrådsavdeling for helse og omsorg*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *ETTU- kompetanseplan. Godkjent kompetanseplan for Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Gyldig fra 15.07.2020, revisjonsfrist 30.6.2022.
- Bergen kommune. *Kompetanseplan for botjenester i Fana og Ytrebygda*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Lokal kompetanseplan med handlingsplan for botjenester I Bergenhus og Årstad 2019-2020*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Kompetanseplan for botjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg 2018-2021*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Kompetanseplan for botjenester i Arna og Åsane*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Skjema for pasient- og brukersikkerhetsvisitt*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Bk-Veileder for risikostyring i Bergen kommune*. Dato fremgår ikke.
- Kommunesektorens organisasjon (KS). *Bkkvalitet- Praktisk bruk av risikomoduen*. Datert: 22.2.2023.
- Bergen kommune. *AMG- Referat*. Datert: 08.11.2022
- Bergen kommune. *Prosedyre - Årlig internkontroll i forbindelse med Helse- og omsorgstjenesteloven kap 9*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Internkontroll-legemiddelhåndtering*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Internkontrollskjema HMS*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Internkontrollskjema Brukers midler*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Statusrapport for tjenester til personer med utviklingshemming 2021*. Byråds sak/22.
- Bergen kommune. *Handlings- og kompetanseplan for Fana og Ytrebygda*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Velkommen til etikk saling 2021 (på teams) dag 1*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *Velkommen til etikk saling 2021 (på teams) dag 2*. Dato fremgår ikke.
- Bergen kommune. *E-læring- Martin filmene*. Dato fremgår ikke
- Bergen kommune. *ETTU- Etikk- roller og oppgaver*. Dato fremgår ikke. Gyldig



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2022 Deloitte AS