



SIVILOMBUDET

HAMAR KOMMUNE
Postboks 4063
2306 HAMAR

Vår referanse
2022/1283

Deres referanse
Tom Werner Hansen
21/7016(8)

Vår saksbehandler
Mona Keiko Løken

Dato
12.08.2022

Kommunens oppfølging etter besøksrapport fra boliger for personer med utviklingshemning

Vi viser til kommunens svar 28. juni og 22. juli 2022, der kommunen har redegjort for sitt arbeid med å følge opp Sivilombudets funn og anbefalinger etter besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Hamar kommune. Besøket ble gjennomført 19.–21. oktober 2021. Rapporten ble oversendt 5. april 2022. Ombudets funn ga grunnlag for 15 anbefalinger til kommunen på følgende områder: selvbestemmelse og tvang, forebygging av tvang, helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud, og beskyttelse mot vold og overgrep.

Generelt om kommunens oppfølging

Vi merker oss at kommunen har iverksatt enkelte nye tiltak på bakgrunn av ombudets rapport. Utover dette synes kommunens oppfølging å være begrenset.

Kommunen redegjør i sitt svar i stor utstrekning kun for eksisterende rutiner, ordninger og arbeidsmåter. Vi er kjent med disse, da kommunens rutiner og prosedyrer også inngikk i våre undersøkelser i forbindelse med besøket.

Sivilombudets anbefalinger er imidlertid gitt på bakgrunn av våre funn om den faktiske praksisen og situasjonen i de boligene som var omfattet av ombudets besøk i Hamar kommune. Kommunens svar inneholder lite informasjon om tiltak som er igangsatt eller nye vurderinger som er gjort som følge av disse funnene og anbefalingene i vår rapport.

Det går heller ikke fram om, og eventuelt hvordan, kommunen har involvert ansatte og ledere i oppfølgingen av rapporten, eller om kommunens overordnede styrende organer er informert om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger.

Vi går i det følgende nærmere inn på de områdene der vi vil be om grundigere og mer konkrete beskrivelser fra kommunen.

Selvbestemmelse og tvang

I rapporten er det pekt på flere svakheter i kommunens rettsanvendelse og saksbehandling. Dette gjaldt blant annet mangelfulle vurderinger av om tiltaket hadde hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, om lovens krav var oppfylt for det enkelte tvangstiltaket og mangelfullt begrunnede vedtak. Kommunen syntes i liten grad å være bevisst på forhold som

kan tale mot bruk av tvang og makt, eller å legge vekt på den samlede virkningen av tiltakene. Vurderingene i vedtakene framstod derfor som ensidige og ubalanserte i drøftelsene av om vilkårene for tvang og makt var oppfylt. Oppsummert tilsa funnene at den interne kvalitetssikringen av kommunens tvangsvedtak bør styrkes.

Kommunens svar reflekterer ikke alvoret i Sivilombudets funn. Å bruke tvang og makt er et alvorlig inngrep i den enkeltes selvbestemmelsesrett, frihet og personlige integritet. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 fastsetter derfor tydelige vilkår for slike inngrep av hensyn til personens rettssikkerhet og menneskerettighetsvern. Kommunen har et selvstendig menneskerettighetsansvar etter Grunnloven § 92. Kommunen må derfor påse at tvang og makt ikke brukes i større utstrekning enn det er hjemmel for, og at alle vilkårene er oppfylt og dokumentert.

I rapporten er det pekt på at ansatte og ledere i boligene ofte rådførte seg med Statsforvalteren ved utformingen av tvangstiltak og den rettslige vurderingen av disse. Dialogen med Statsforvalteren syntes å være en viktig støtte for ansatte i arbeidet med å lage vedtak. Samtidig tydet dette på et udekket behov for relevant kompetanse og veiledning i kommunen. Vårt inntrykk av kommunens svar på dette punktet, er at kommunen fortsatt i stor grad viser til Statsforvalteren.

På bakgrunn Sivilombudets funn og anbefalinger har Statsforvalteren sett behov for å iverksette flere tiltak for å forbedre sin saksbehandling og for å sikre grundige overprøvinger av kommunens tvangsvedtak. Det går blant annet fram av Statsforvalterens svar til Sivilombudet at Statsforvalteren slutter seg til ombudets vurdering om at vedtakene må begrunnes bedre, og at vurderingene av det rettslige grunnlaget og oppfyllelse av vilkår må tydeliggjøres for hvert enkelt tvangstiltak. Statsforvalteren opplyser også at det i enkelte saker burde vært stilt strengere krav til kommunens dokumentasjon som ligger til grunn for vedtakene. Statsforvalterens oppfølging og ombudets svar til Statsforvalteren vedlegges her til orientering.

Vi understreker at kommunen har et selvstendig ansvar for å påse at vurderingene og begrunnelsene i vedtakene tilfredsstillende gjeldende krav. Vi savner derfor at kommunen beskriver hvilke tiltak som gjennomføres for å sikre mer systematisk forebygging av feil og mangler i saksbehandlingen og rettsanvendelsen, og at feil og mangler blir fanget opp og korrigert.

Vi ber kommunen redegjøre nærmere for sitt arbeid med å styrke den interne kvalitetssikringen av tvangsvedtak.

I rapporten punkt 3.3.1 er det beskrevet vedtak om rutinemessig låsing av dører som hindret beboeren i å forlate boligen. Beboeren hadde ikke mulighet til å låse opp selv. Under besøket ble det opplyst at beboeren ble nektet utgang til fellesgangen i boligen, hvor det blant annet var en felles informasjonstavle, og at beboeren ikke fikk delta på ukentlige fellesmiddager på lik linje med øvrige beboere. I vedtaket var opplegget rundt beboeren i hovedsak begrunnet ut fra hensynet til andre, og for å unngå uheldige episoder for

beboeren. Det gikk blant annet fram at kommunen fryktet for trafikkfare, barns sikkerhet i nabolaget og at situasjonen skapte mye utrygghet for naboer i bofellesskapet.

Kommunen har svart at de nevnte tiltakene ikke vurderes som frihetsberøvelse eller skjermingstiltak. Kommunen begrunner dette med at beboeren ikke blir holdt tilbake eller tatt med til et annet rom, og at personalet er sammen med beboeren til enhver tid. Ifølge kommunen er «avlåsing av dører [...] noe personalet opplever at beboer selv ønsker, da vedkommende ofte påser og sørger for at dette er gjort».

Ombudet understreker at begrensninger i beboernes frihet til å bevege seg utenfor boligen sin må ha hjemmel i lov. Det avgjørende er ikke om beboeren faktisk utøver motstand, men om beboeren står fritt til å forlate boligen dersom han eller hun skulle ønske det. På bakgrunn av kommunens svar finner vi grunn til å gjenta at rutinemessig låsing av dører framstår som en frihetsberøvelse som det ikke er hjemmel til etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Dette endres ikke av at ansatte er til stede i leiligheten. Inngripende tiltak hvor personen i realiteten er sperret inne har et stort skadepotensial og øker risikoen for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Risikoen blir større jo lenger begrensningene i bevegelsesfriheten varer.

I rapporten uttrykte ombudet også bekymring for at boforholdene i seg selv bidro til bruk av tvang og makt. Funnene ved tre boliger tydet på at boligsituasjonen bidro til en isolert tilværelse for noen beboere, og til en mindre trygg tilværelse for andre beboere i bofellesskapet. Funnene tydet også på at sammensetningen av beboere påvirket bomiljøet, og at bomiljøet kunne påvirke beboernes helseutfordringer negativt. Ombudet konkluderte med at totalsituasjonen i alle de tre boligene ga risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling av beboerne, og at boligforholdene var en vesentlig medvirkende faktor til den økte risikoen.

Til dette har kommunen svart at det generelt «tilstrebes at leietakere i bofellesskap skal få et godt tilrettelagt bo- og tjenestetilbud i hjemmet» gjennom en boligpolitisk handlingsplan, som ifølge kommunen skal «sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang». Kommunen beskriver ingen konkrete tiltak på området, men slår fast at dagens botilbud er «tilrettelagt på en slik måte at beboeren opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang». Vårt inntrykk er at kommunen her i liten grad tar ombudets funn og beskrivelser på et tilstrekkelig alvor.

Som påpekt i rapporten, er det et grunnvilkår i loven for å kunne bruke tvang og makt at andre løsninger først har vært vurdert og prøvd ut, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd. Kommunens tjenestetilbud må tilrettelegges ut fra den enkeltes behov og situasjon slik at tjenester så langt mulig kan utføres uten bruk av tvang og makt. Flytting eller endring av boforholdene og de fysiske rammebetingelsene kan være aktuelt dersom utfordrende atferd eller tvangsbruk er en konsekvens av bomiljøet.

Ombudets gjennomgang av kommunens tvangsvedtak viste at kommunen i liten grad hadde vurdert og prøvd ut andre boligløsninger i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd før vedtaket ble truffet.

Ombudet påpekte også at boforholdene enkelte steder ga grunn til bekymring for om beboerne ble beskyttet godt nok mot vold fra hverandre og mot eskalerende situasjoner som gjorde bruk av tvang og makt nødvendig. Byggets fysiske utforming og leilighetenes beliggenhet gjorde det krevende å ivareta beboernes trygghet og sikkerhet.

Vi ber kommunen redegjøre mer konkret for hvordan den vil følge opp anbefalingen om å sikre at botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

Forebygging av tvang

Kompetanse og oppfølging av ansatte er viktig for å forebygge unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

Som det går fram av rapporten, var hovedinntrykket at kommunen arbeidet lite systematisk for å sikre jevnlig veiledning og oppfølging av ansatte. Denne oppgaven var i stor grad overlatt til ledelsen og personalgruppen i den enkelte bolig som så ut til å ha liten kapasitet til å følge dette opp. Særlig var det uttrykt behov for økt kunnskap om sykdomsutvikling hos personer med utviklingshemning, og om hvordan beboernes psykiske helse skulle følges opp.

Vi merker oss at arbeidstidsordningene (turnusen) er tilrettelagt for at ansatte kan avvikle kurs- og fagdager innenfor ordinær arbeidstid. Det er også positivt at kommunen planlegger å utarbeide et veiledningsopplegg i samarbeid med bedriftshelsetjenesten der debrifing av ansatte etter vanskelige hendelser vil inngå som et tema. Et system for løpende evalueringssamtaler med ansatte i etterkant av tvangsbruk er viktig forebyggende arbeid.

Vi savner imidlertid at kommunen beskriver hva som er gjort for å styrke boligenes og arbeidslagslederens kapasitet til å veilede de ansatte i det daglige arbeidet.

Vi ber kommunen redegjøre for hvordan den konkret vil tilrettelegge for at ansatte i boligene sikres jevnlig veiledning og oppfølging i det daglige arbeidet.

For beboere kan bruk av tvang og makt oppleves som krenkende og skummelt, og være en psykisk og emosjonell tilleggsbelastning. Vi kan ikke se at kommunen har kommentert ombudets anbefaling om å sikre at det gjennomføres evalueringssamtaler med beboere i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser.

Vi ber kommunen redegjøre for hvordan den vil følge opp anbefalingen om å sikre at det gjennomføres evalueringssamtaler med beboere i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser når dette vil oppleves som meningsfullt for beboeren.

Ombudet påpekte at det var få systematiske tiltak for å kompensere for slitasje og sikre avlastning i løpet av vaktperioden ved langvaktturnus. For boliger med ekstra krevende omsorgsoppgaver og mye utfordrende atferd er dette uheldig. På besøkstidspunktet så det ikke ut til at kommunen hadde foretatt risikovurderinger av de turnusordningene som var valgt i de ulike boligene. Ombudet er også bekymret for at langvaktturnus ved et bestemt bofellesskap – i kombinasjon med andre risikoforhold på stedet – kan føre til økt risiko for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang. Vi merker oss at kommunen ikke har kommentert de risikomomenter og funn som er beskrevet i rapporten når det gjelder bruk av langvaktturnus.

Vi ber kommunen redegjøre for hvilke konkrete tiltak den vil iverksette for å kompensere for slitasje og sikre avlastning i løpet av vaktperioden ved langvaktturnus. Vi ber kommunen også informere om det er foretatt risikovurderinger av de turnusordningene som er valgt i de ulike boligene, og ettersende disse vurderingene.

Videre tydet funn på at kommunens arbeid med å sikre møtearenaer for personalgruppen kunne styrkes og systematiseres bedre. Flere steder var det lite overlapp mellom vakter. Det var også eksempler på få møtepunkter mellom faste nattevakter og resten av personalgruppen. At kun de i 100 prosent stilling pliktet å delta på personalmøtene, gjorde det vanskeligere å følge opp alle ansatte.

Kommunen har i svaret hit opplyst at arbeidstidsordningene er tilrettelagt for å sikre faste møtearenaer. Utover dette har kommunen ikke kommentert ombudets funn som beskrevet i avsnittet over. Det framgår ikke om det er gjort noen endringer i etterkant av vårt besøk.

Vi ber kommunen redegjøre nærmere for hvordan den konkret vil sikre overlapp mellom vakter, møtepunkter mellom faste nattevakter og resten av personalgruppen og følge opp ansatte som ikke arbeider i 100 prosent stilling.

Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud

Ombudet ser positivt på at kommunen i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet vil ta i bruk kartleggingsverktøy for å sette ansatte bedre i stand til å gjenkjenne tegn på smerter og sykdomsutvikling hos beboere. Det er også positivt at kommunen i større grad vil dra nytte av fagressursene ved utviklingssenteret og utdannet personell i kommunen med kompetanse innen utviklingshemning, psykisk helse og kvalitetsforbedring i praksis.

I rapporten beskrev ombudet en bekymring for at personer med utviklingshemning på grunn av sin diagnose mottar et dårligere psykisk helsetilbud i kommunen. Ombudet bemerket at en døgnbemannet bolig ikke kan erstatte kommunens plikt til å sørge for et faglig forsvarlig helsetilbud til beboere som har behov for nødvendig psykisk helsehjelp. Det ble påpekt at kompetansekravet til de ansatte ikke omfatter at de skal kunne gi slike helsetjenester, og det store antallet tilkallingsvikarer og ufaglærte i faste stillinger understreker det problematiske i å legge slike oppgaver til personalet i boligen. At de ansatte i andre situasjoner skal bruke inngripende tvang overfor beboeren, gjør også en slik oppgave problematisk.

Vi kan ikke se at kommunen har svart på hvordan den vil følge opp ombudets funn og anbefaling på dette punktet.

Vi ber kommunen redegjøre nærmere for hvordan den konkret vil sikre at beboerne har tilgang til et likeverdig kommunalt psykisk helsetjenestetilbud.

Videre er det i rapporten beskrevet alvorlige mangler i beboernes tilgang til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at dette bidro til å opprettholde en belastende totalsituasjon for aktuelle beboere, pårørende og ansatte i boligene. Ingen av beboerne som var omfattet av ombudets besøk, hadde en individuell plan. Det er uklart i hvilken grad disse beboerne og deres pårørende har tatt aktivt stilling til kommunens tilbud om individuell plan og koordinator. Vi savner en nærmere redegjørelse for dette, og hvordan kommunen arbeider med å sikre samhandling med spesialisthelsetjenesten på andre måter.

Vi ber kommunen redegjøre for hvordan den konkret vil arbeide for å styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten for å sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer får nødvendig helsehjelp.

Beskyttelse mot vold og overgrep

Kommunen opplyser å ha iverksatt tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og seksuelle overgrep, i tråd med ombudets anbefaling. Konkret viser kommunen til utdanning av instruktører gjennom det voldsforebyggende programmet VIP, og et kurstilbud til ansatte om hvordan snakke om vanskelige temaer som vold og overgrep. Det er uklart om kommunen i etterkant av ombudets besøk har iverksatt nye tiltak.

Vi ber kommunen utdype hvilke nye tiltak som er iverksatt etter ombudets besøk, for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og seksuelle overgrep, slik at de ansatte settes i stand til å forebygge, fange opp og håndtere slike forhold.

I rapporten ble det påpekt at de ansatte hadde liten eller ingen kjennskap til om boligen hadde varslingsrutiner ved mistanke om vold eller overgrep fra ansatte. I ett bofellesskap var kontaktinformasjonen i rutinene utdatert, og det var liten kontroll med at ansatte, særlig nyansatte, hadde lest og satt seg inn i rutinene. Ombudet ga derfor uttrykk for at kommunen bør ha klare varslingsrutiner og tydeliggjøre interne ansvarsforhold for å sikre god håndtering av mistanker om voldelig eller seksuelt krenkende atferd. Funn tydet også på at ikke alle boligene hadde gode rutiner for registrering av avvik eller rutiner for evaluering av pågående risiko for vold fra andre beboere. I svaret hit har kommunen ikke kommentert dette.

Vi ber kommunen redegjøre for hvordan den konkret vil sikre at ansatte har kjennskap til oppdaterte rutiner for varsling og oppfølging ved mistanke om vold eller overgrep, og rutiner for evaluering av risiko for og registrering av avvik ved vold fra andre beboere.

Sivilombudet ber om ny tilbakemelding

Som det går fram av gjennomgangen ovenfor, savner vi en mer grundig redegjørelse for hvordan kommunen konkret har fulgt opp ombudets funn og anbefalinger på en rekke av

områdene som er beskrevet i besøksrapporten. Vi ber derfor kommunen gi en ny skriftlig tilbakemelding på de punktene som er framhevet i brevet her innen **20. september 2022**. Dersom det er tiltak som krever lenger tid, ber vi om en kort redegjørelse for prosessen fram til ferdigstillelse.

For sivilombudet

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

Mona Keiko Løken
seniorrådgiver

Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner, og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Vedlegg

- 1 Tilbakemelding på oppfølging av Sivilombudets funn og anbefalinger
- 2 Statsforvalterens oppfølging etter besøksrapport fra boliger for personer med utviklingshemning i Hamar kommune

Kopi til:

STATSFORVALTEREN I INNLANDET Postboks 987 2604 LILLEHAMMER

KONTROLLUTVALGET I HAMAR jan.ingvar.wibe@gmail.com

KOMMUNE v/ leder Jan Ingvar Wibe