



Møteinnkalling

Utvalg:	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested:	Konferanserommet Sonjatun, Ekstraordinært møte
Dato:	06.11.2017
Tidspunkt:	09:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 58 80 15, eller til postmottak@nordreisa.kommune.no – ved forfallsmelding på e-post er vil dere motta en bekreftelse på at den er registrert, dersom dere ikke mottar en slik bekreftelse MÅ dere ta kontakt pr. telefon.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Omvisning:

Sonjatun sykehjem

Sykestua i forbindelse med ombyggingssak

Saksliste

Omvisning på Sonjatun sykehjem og sykestue.

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 43/17	Referatsaker		
RS 83/17	Nytt tilsynsansvar for landets kommuner		2016/1387
RS 84/17	Rapport utførte salg, skjenke og røykekontroller 22.09.17		2017/1088
RS 85/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Bios Kafe		2015/372
RS 86/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Grillstua mat og vinhus AS		2015/387
RS 87/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Henriksen gjestestue		2015/777
RS 88/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Reisa friluftsentre AS		2015/276
RS 89/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Minibar 1		2015/388
RS 90/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Reisafjord hotell		2015/377
RS 91/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - På Taket kafe AS		2015/383
RS 92/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Bios galleriet		2015/389
RS 93/17	Rapport kommunal skjenkebevilling - Kronebutikken butikkdrift AS		2015/386
RS 94/17	Rapport kommunal salgsbevilling - Havna handel		2015/371
RS 95/17	Rapport kommunal salgsbevilling - Snarkjøp AS		2015/2163
RS 96/17	Rapport kommunal salgsbevilling - Spar gammen		2015/390
RS 97/17	Rapport kommunal salgsbevilling - Coop ekstra Storslett		2015/375
RS 98/17	Rapport kommunal salgsbevilling - Rema Storslett		2015/376
RS 99/17	Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med sosiale tjenester i NAV		2015/1132
RS 100/17	Innvilger tilskudd til kommuneturnus for leger høsten 2016 og våren 2017 over statsbudsjettet 2017 kapittel 783 post 61		2015/1170

REFERATSAKER ETTERSENDT 03.11.17

- RS 101/17 Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming
- RS 102/17 Frie midler 2018, søknadsfrist 15. november 2017
- RS 103/17 Kunngjøring - Tilskudd til Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2018
- RS 104/17 Tilskudd til kommunalt rusarbeid kap. 765.62 - Overføring av tilskuddsmidler fra 2017 til 2018
- RS 105/17 Melding om delegert vedtak - skjenkebevilling for en bestemt anledning BIOS AS Galleriet
- RS 106/17 Avvikling av helseradionettet - beslutning

- PS 44/17 Økt behov for stillinger på Guleng 3 2017/1135
- PS 45/17 Behov for økt avlastning Guleng Bo og avlastning 2017/1140
- PS 46/17 Resultatrapport september 2017 - helse- og omsorgssektoren 2016/919
- PS 47/17 Budsjett 2018 - helse- og omsorgssektoren 2017/1004

Tilleggssak legges frem på møtet

- PS 48/17 Innspill til budsjett 2018 – ombygging av østre fløy, 2. etg Sonjatun 2017/1035

PS 43/17 Referatsaker

Fra: Mari Jonsrud Lindbekk (Mari.Jonsrud.Lindbekk@helsedir.no)

Sendt: 10.10.2017 15:21:49

Til: Tobakkssalgs- og Bevillingsregisteret

Kopi:

Emne: Nytt tilsynsansvar for landets kommuner

Vedlegg: Nytt tilsynsansvar for landets kommuner - tilsyn med stedlig...pdf

Vennligst se brev vedlagt.

Med vennlig hilsen

Mari Jonsrud Lindbekk
seniorrådgiver/jurist
avd. Miljø og helse
tlf. 810 20 050, direkte 90665289

Helsedirektoratet

Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo, Universitetsgata 2

www.helsedirektoratet.no

Landets kommuner

Deres ref.:
Vår ref.: 17/31191-1
Saksbehandler: Mari Jonsrud Lindbekk
Dato: 09.10.2017

Nytt tilsynsansvar for landets kommuner

Tilsyn med stedlig salg av tobakksvarer mv. fra 1.januar 2018

Kommunene skal fra 1.januar 2018 føre tilsyn med registrerte salgssteder av tobakksvarer mv. Tilsynsplikten og en ny registreringsordning for salg av tobakksvarer mv. ble vedtatt i Stortinget den 21.juni 2017, og bestemmelsene om ordningen er tatt inn i [tobakksskadeloven](#) kapittel 2.

Ordningen innebærer at kommunene skal føre tilsyn med registrerte salgssteder av tobakksvarer og tobakkssurrogater (f.eks. e-sigaretter) i kommunen. Det er særlig viktig at kommunene fører tilsyn med at slike varer ikke selges til mindreårige. Kommunen skal ikke føre tilsyn med nettsalg og grossister.

Det er fastsatt en forskrift som blant annet regulerer kravene knyttet til kommunenes tilsyn. [Forskrift om registrering og tilsyn](#) med salg av tobakksvarer mv. ble fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 21.september 2017.

Alle virksomheter som selger tobakk skal registrere seg i Tobakkssalgsregisteret innen 31.desember 2017. Det er ikke tillatt å selge tobakksvarer mv. etter 1.januar 2018 uten registrering i Tobakkssalgsregisteret.

Det nye nasjonale Tobakkssalgsregisteret er tilgjengelig på tbr.helsedirektoratet.no fra 1.november. Tobakkssalgsregisteret vil fra 1.januar 2018 gi kommunene en oversikt over salgssteder som kan selge slike varer og hvor kommunen skal føre tilsyn.

Tobakkssalgsregisteret er offentlig, som innebærer at enhver kan søke i registeret. Kommunen kan f.eks. søke på bestemte virksomheter eller alle salgssteder i sin kommune.

Tobakkssalgsregisteret er utviklet i samme løsning som nytt Bevillingsregister etter alkoholloven, blant annet fordi kommunen er bruker av begge registrene. Informasjon om kommunens bruk av ny løsning for Bevillingsregisteret kommer i løpet av året.

Utvidet tilsyn med røykeforbudet for e-sigaretter

Fra 1. juli 2017 inkluderte røykeforbudet i tobakksskadeloven (den såkalte «røykeloven») også bruk av e-sigaretter, både med og uten nikotin. Det vil si at det er forbudt å dampe alle steder hvor det er forbudt å røyke. Kommunens tilsynsansvar utvides tilsvarende.

Mer informasjon og veiledning

Helsedirektoratet vil fortløpende utarbeide og publisere veiledning om det nye regelverket på Helsedirektoratet sine [nettsider](#).

Ved spørsmål om regelverket for øvrig som ikke besvares på våre nettsider, ta kontakt med Helsedirektoratet på e-postadresse postmottak@helsedir.no.

For spørsmål knyttet til bruk av Tobakkssalgsregisteret, ta kontakt på registerets e-postadresse tbr@helsedirektoratet.no.

Vennlig hilsen

Jakob Linhave e.f.
avdelingsdirektør

Mari Jonsrud Lindbekk
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Mottaker

Kontaktperson

Adresse

Post

Landets kommuner

 NORDREISA KOMMUNE	
<i>Christin Kopp</i> <i>Midtrem. dr. Hilde</i> 5 OKT 2017 <i>Ref. Heem</i>	
SAKS NR.	
LØPENR.	
DOK. NR.	ARK. KODE

Nordfjeldske Kontroll AS
Org. nr. 998 530 652 MVA
Aktiv i 19 år



Til
 Nordreisa kommune
 Sentrum 17
 9151 Storslett

Inderøy, den 27. september 2017

Rapport vedr utførte salgs, skjenke og røykekontroller.

Nordfjeldske Kontroll AS, har jmf. norsk alkohol- og tobakkskadelov, utført salgs, skjenke og røykekontroller i Nordreisa kommune i perioden september 2017. Samtlige krav fra Helsedirektoratet jf. utførelse av salgs-, skjenke og røykekontroller er ivarettatt. Kontrollen er utført med og av to kontrollører. Tilsynsbetjentene har observert følgende:

Alvorlige brudd på alkoholloven så som salg/skjenking av alkohol til mindreårige eller salg/skjenking av alkohol til åpenbart påvirkede personer, er ikke observert. Salgs og skjenketider er overholdt.

På butikker var tobakk og tobakksvarer usynliggjort for kunder i nøytrale skap. Ingen reklame er observert, og salget har godt for seg i lovlige former. Salg av øl til mindreårige er ikke observert på butikker.

Kontrollørene har observert mangler ved de aller fleste salgs- og skjenkesteder jf. kontroll av deres IK-system. Vi har informert om at dette må ordnes opp i, samt at kontrollørene har gitt orientering vedr. oppbygging av et godt IK-alkohol system. Vi minner imidlertid om at å skaffe til veie et fullverdig IK-system hviler på styrer sine skuldre. Det er styrer som er ansvarlig for at ansatte mottar nødvendig kunnskap for å trygge salg av øl i butikk og for å trygge forsvarlig skjenking ved skjenkesteder.

Vi roser Rema 1000 og Reisafjord Hotell da de begge har tilfredsstillende IK-system å vise til denne gangen.

Vi vil fremover følge opp salgs- og skjenkesteder slik at alle får et fullverdig IK-system på plass.

Vi viser for øvrig til vedlagte rapportskjemaer for ytterligere detaljer.

Kontrollene er utført på forskjellige tidspunkter og observasjonene er gjort i forkant av og rundt angitte tidspunkt på rapportskjemaet. Samtidig tas hensyn til risikobetonte steder, aktivitet og tilbud til kunder, kafé kontra pub/diskotek.

Spørsmål kan rettes til undertegnede eller aktuell kontrollør vedr selve kontrollen.

Kontrollørs navn og telefon nummer oppgis kommunen på forespørsel.

Vennlig hilsen
Nordfjeldske Kontroll AS

Kontrollør IDNR: 771603
Kontrollør IDNR: 771601



Thor Olaf Myhre

NB! Vi har fått ny post- og forretningsadresse som under:

Nordfjeldske Kontroll AS, Åsavegen 98, 7670 Inderøy. Mobil: 47 62 82 60
E-post: nordfjeldske.kontroll@online.no
tholmyhr@online.no

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: Bios Kafe
Adresse: Sentrum 5
Styrer: Jane Johansen
Stedfortreder: Dag Arne Johansen
Skjenkesteds
ansvarshavende
ved kontrollen: Jon Egil Johansen
Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
Klokkeslett: 21:55
Kontrollens varighet: 15 min
Gjester, lite/mye/fullt: lite
Type skjenkested: Kafe/ber
Skjenkesteds åpningstid: _____
Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☒ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☒ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☒ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☒ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☒ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☒ |
| <hr/> | | |
| | Ja | Nei |
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist for videre servering? | ☒ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☒ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☒ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☒ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☒ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☒ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☐ | ☒ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☐ | ☒ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☒ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens
eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers
eksemplar

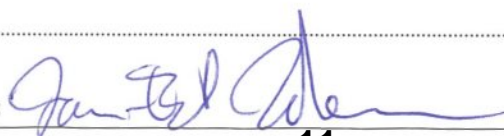
3.blad:

Nordfjeldske
Kontroll AS'
eksemplar

Kommentar:

Bar er stengt i dag. Har ikke IK-perm

Kontrollør legitimerte seg for:



Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771601



Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:		Kontrollopplysninger:	
Navn: GRILLSTUA MAT & VINHUS AS	Saksnr. 10000000000000000000	Dato: 22/9-2017	
Adresse: SENTRUM 2, 4151 Storslett	Løpnr. 10000000000000000000	Klokkeslett: 21:35	
Styrer: GUDLEIF HANSEN	Ark kode	Kontrollens varighet: 20 min	
Stedfortreder: GEIR A. HANSEN		Gjester; lite/mye/fullt: LITE	
Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen:		Type skjenkested: SPISESTED	
Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin		Skjenkestedets åpningstid: 1100-2200	
		Kommune: NORDFJELDSKE	

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:		Ja	Nei
01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet?		☐	☒
02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige?		☐	☒
03. Foregår skjenking til mindreårige?		☐	☒
04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre?		☐	☒
05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer?		☐	☒
06. Nytes medbrakt alkohol?		☐	☒
07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde?		☐	☒
08. Er brudd på tobakkskadeloven observert?		☐	☒
		Ja	Nei
09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering?		☒	☐
10. Ble/blir skjenketidene overholdt?		☒	☐
11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder?		☒	☐
12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt?		☒	☐
13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige?		☒	☐
14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet?		☒	☐
15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system?		☐	☒
16. Er styrer / stedfortreder til stede?		☐	☒
17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?		☒	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevilingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:
Kommunens eksemplar

2.blad:
Bevilingshavers eksemplar

3.blad:
Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

MANGLER KRYSSLISTE FOR SIKKERT OPPLÆRING BLANT ANSATTE
ELLERS ER IK-PERMAN OVERSIKTLIG

Kontrollør legitimerte seg for: *Harne Wangen*

Kontrollør IDNR: 771601
Kontrollør IDNR: 7716

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: Henriksen Gjestestue
Adresse: Meieriveien 5
Styrer: Johanny Henriksen
Stedfortreder: Anne kristin korstuv
Skjenkesteds
ansvarshavende
ved kontrollen: Anne kristin korstuv
Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
Klokkeslett: 21 15
Kontrollens varighet: 15 min
Gjester, lite/mye/fullt: Ingen
Type skjenkested: Gjestestue
Skjenkesteds åpningstid: 24/7
Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☒ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☒ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☒ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☒ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☒ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☒ |

- | | Ja | Nei |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist for videre servering? | ☒ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☒ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☒ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☒ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☒ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☒ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☐ | ☒ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☒ | ☐ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☒ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens
eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers
eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske
Kontroll AS'
eksemplar

Kommentar:

Har ikke IK-perm iht alkoholloven
Styrer bemerker at det ligger tilgjengelig på PC.

Kontrollør legitimerte seg for:

Anne K. Kaufman

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771604

Nordfjeldske Kontroll AS

7282 Bogøyvær

ARK.KODE	DOK.NR.
LOPENR.	SAKS.NR.
Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling	

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: REISA FRILUFTSENTER AS

Adresse: REISADALEN 2912, 9151 Storslett

Styrer: TERJE NORDBERG

Stedfortreder:

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen:

Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-2017

Klokkeslett: 17 45

Kontrollens varighet:

Gjester, lite/mye/fullt:

Type skjenkested:

Skjenkestedets åpningstid:

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☐ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☐ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☐ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☐ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☐ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☐ |
| <hr/> | | |
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering? | ☐ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☐ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☐ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☐ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☐ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☐ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☐ | ☐ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☐ | ☐ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☐ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevilingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevilingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

STENGT

Kontrollør legitimerte seg for:

Kontrollørs IDNR: 771601

Kontrollørs IDNR: 771603

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling



Opplysninger om skjenkestedet:		Kontrollopplysninger:	
Navn: <u>Mine bar 1) HANSABAKKEN INVEST AS</u>	Dato: <u>22/9-17</u>	SAKS NR.	
Adresse: <u>Stendrum SENTRUM 15, 9151 Storslett</u>	Klokkeslett: <u>2205</u>	DOK NR.	
Styrer: <u>BLØRN ARNE OLSEN</u>	Kontrollens varighet: <u>30 min</u>	ARK KODE	
Stedfortreder: <u>LISBETH ALBRIHTSEN</u>	Gjester; lite/mye/fullt: <u>lite</u>		
Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: <u>JORUN SEVERINSEN</u>	Type skjenkested: <u>bar/pub</u>		
Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin	Skjenkestedets åpningstid: <u>12⁰⁰ - 02⁰⁰</u>		
	Kommune: <u>Nordreisa</u>		

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:	Ja	Nei
01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet?	☐	☒
02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige?	☐	☒
03. Foregår skjenking til mindreårige?	☐	☒
04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre?	☐	☒
05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer?	☐	☒
06. Nytes medbrakt alkohol?	☐	☒
07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde?	☐	☒
08. Er brudd på tobakkskadeloven observert?	☐	☒
	Ja	Nei
09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering?	☒	☐
10. Ble/blir skjenketidene overholdt?	☒	☐
11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder?	☒	☐
12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt?	☒	☐
13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige?	☒	☐
14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet?	☒	☐
15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system?	☐	☒
16. Er styrer / stedfortreder til stede?	☐	☒
17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?	☒	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:
Kommunens
eksemplar

2.blad:
Bevillingshavers
eksemplar

3.blad:
Nordfjeldske
Kontroll AS'
eksemplar

Kommentar:
<u>MANUJLER kryssliste for opplærings BLANT ANSATTE.</u>
Kontrollør legitimerte seg for: <u>Jorun Severinsen</u>
Kontrollør IDNR: <u>771601</u>
Kontrollør IDNR: <u>771603</u>

Nordfjeldske Kontroll AS

7282 Bogøyvær



NORDREISA KOMMUNE

5 OKT 2017

SAKS NR.
LØPENR.
DOK. NR. ARK. KODE

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: Reisaflord Hotell

Adresse: Hovendret Nesseveien 32, 9152

Styrer: Conny Gusstausen

Stedfortreder: Torgrim Jenssen

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: Torgrim Jenssen

Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17

Klokkeslett: 20.55

Kontrollens varighet: 20 min

Gjester; lite/mye/fullt: lite

Type skjenkested: Hotell

Skjenkestedets åpningstid: 24/7

Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☒ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☒ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☒ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☒ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☒ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☒ |

- | | Ja | Nei |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering? | ☒ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☒ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☒ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☒ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☒ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☒ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☒ | ☐ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☒ | ☐ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☒ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Kontrollør legitimerte seg for:

Torgrim Jenssen

Kontrollørs IDNR: 721603

Kontrollørs IDNR: 721601



Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: På Tanet kafé AS
Adresse: Ringveien 2
Styrer: Stine Iversen
Stedfortreder: Evald Andre Jacobsen
Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: Jekatrina Sersnova
Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
Klokkeslett: 20:35
Kontrollens varighet: 20 min
Gjester; lite/mye/fullt: lite
Type skjenkested: kafé
Skjenkestedets åpningstid: 09:30 - 22
Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☒ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☒ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☒ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☒ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☒ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☒ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☒ |
| <hr/> | | |
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering? | ☒ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☒ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☒ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☒ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☒ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☒ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☒ | ☒ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☐ | ☒ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☒ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:
Kommunens
eksemplar
2.blad:
Bevillingshavers
eksemplar
3.blad:
Nordfjeldske
Kontroll AS'
eksemplar

Kommentar:

Mangler krysslister for opplering av ansatte i ik-permer.

Kontrollør legitimerte seg for:

J. Sersnova

Kontrollørs IDNR: 771603
Kontrollørs IDNR: 771601

Nordfjeldske Kontroll AS

7282 Bogøyvær

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: Bios BAR Galleriet

Adresse: Sentrum 5

Styrer: Dag Arne Johansen

Stedfortreder: Jane Johansen

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: —

Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-2017

Klokkeslett: 2245

Kontrollens varighet: —

Gjester, lite/mye/fullt: Stengt

Type skjenkested: Bar

Skjenkestedets åpningstid: —

Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☐ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☐ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☐ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☐ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☐ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☐ |
| <hr/> | | |
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering? | ☐ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☐ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☐ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☐ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☐ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☐ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☐ | ☐ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☐ | ☐ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☐ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

STENGT

Kontrollør legitimerte seg for:

Kontrollørs IDNR: 771601

Kontrollørs IDNR: 771603

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling



Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: Kronebutikken
 Adresse: Hovedveien 36A, 9152 Sørkjosen
 Styrer: Kirsti Johansen
 Stedfortreder: Fritax
 Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: -
 Skjenkerett for: ☒ Øl ☒ Vin ☒ Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
 Klokkeslett: 11:30
 Kontrollens varighet: -
 Gjester; lite/mye/fullt: Stengt
 Type skjenkested: kafé
 Skjenkestedets åpningstid: -
 Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Finnes det personer åpenbart påvirket av rusmidler i lokalet? | ☐ | ☐ |
| 02. Serveres alkoholholdig drikk av mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 03. Foregår skjenking til mindreårige? | ☐ | ☐ |
| 04. Drikker mindreårige alkohol som blir servert til andre? | ☐ | ☐ |
| 05. Foregår skjenking til åpenbart berusede personer? | ☐ | ☐ |
| 06. Nytes medbrakt alkohol? | ☐ | ☐ |
| 07. Medbringes alkohol ut av godkjent skjenkeområde? | ☐ | ☐ |
| 08. Er brudd på tobakkskadeloven observert? | ☐ | ☐ |
| <hr/> | | |
| | Ja | Nei |
| 09. Ble/blir åpenbart påvirkede personer bortvist før videre servering? | ☐ | ☐ |
| 10. Ble/blir skjenketidene overholdt? | ☐ | ☐ |
| 11. Kreves det legitimasjon ved tvil om alder? | ☐ | ☐ |
| 12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt? | ☐ | ☐ |
| 13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige? | ☐ | ☐ |
| 14. Er alkoholfrie og lette alternativer oppført på skjenkekartet? | ☐ | ☐ |
| 15. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system? | ☐ | ☐ |
| 16. Er styrer / stedfortreder til stede? | ☐ | ☐ |
| 17. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner? | ☐ | ☐ |

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevilingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

- 1.blad:
Kommunens eksemplar
- 2.blad:
Bevilingshavers eksemplar
- 3.blad:
Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Stengt

Kontrollør legitimerte seg for:

Kontrollørs IDNR: 771603
 Kontrollørs IDNR: 771601

Nordfjeldske Kontroll AS

7282 Bogøyvær



NORDREISA I SAMMUNE

5 OKT 2017

SÅKEN NR. _____

LØPENR. _____

DOK.NR. _____

ARK. NR. _____

Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: Havna Handel Joker

Adresse: Ringveien 2, 9152 Sørkjosen

Styrer: Einar Iversen

Stedfortreder: Stine Iversen

Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: Siv Sørensen

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17

Klokkeslett: 20.15

Salgsstedets åpningstid: _____

Kontrollform anonym: X

Kontrollens varighet: 20 min

Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Ble det observert drikking på salgsstedets område?
02. Satt mindreårige i kassen ved salg av alkoholholdig drikk?
03. Selges alkoholholdig drikk til åpenbart påvirkede personer?
04. Selges rusbrus, øl eller lettøl til mindreårige?
05. Ble alkoholholdig drikk annonsert til redusert pris?

Ja Nei

☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒

06. Ble kommunens salgstid overholdt?
07. Har butikken alkoholfritt øl?
08. Er det skille mellom alkoholfri / alkoholholdig drikk?
09. Overholdes reklameloven for alkoholholdig drikke?
10. Er tobakksvarer usynliggjort for kunder?
11. Har salgsstedet et tilfredsstillende IK-system?
12. Er styrer / stedfortreder til stede?
13. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja Nei

☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☐	☒
☐	☒
☒	☐
☐	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Kan ikke vise frem IK-permen.

Kontrollør legitimerte seg for:

Siv Sørensen

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771601



Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: Snarkjøp
Adresse: Oksfjordhamn
Styrer: Merete Rollsted
Stedfortreder: Torbjørn Johansen
Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: Torbjørn Johansen

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
Klokkeslett: 12⁵⁰
Salgsstedets åpningstid: 9-18
Kontrollform anonym: X
Kontrollens varighet: 30 min
Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

1. Ble det observert drikking på salgsstedets område?
2. Satt mindreårige i kassen ved salg av alkoholholdig drikk?
3. Selges alkoholholdig drikk til åpenbart påvirkede personer?
4. Selges rusbrus, øl eller lettøl til mindreårige?
5. Ble alkoholholdig drikk annonsert til redusert pris?

Ja Nei

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

Ja Nei

6. Ble kommunens salgstid overholdt?
7. Har butikken alkoholfritt øl?
8. Er det skille mellom alkoholfri / alkoholholdig drikk?
9. Overholdes reklameloven for alkoholholdig drikk?
10. Er tobakksvarer usynliggjort for kunder?
11. Har salgsstedet et tilfredsstillende IK-system?
12. Er styrer / stedfortreder til stede?
13. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☒	☐
-------------------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Styrer mangler IK-mappen iht alkoholloven. bevillingsoppsettet er ikke til stede.

Kontrollør legitimerte seg for:

Torbjørn Johansen 21

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

7282 Bogøyvær



Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: Spar Storslett
Adresse: Fosseng 2
Styrer: L. H. Adriansen
Stedfortreder: Per Helge Olsen
Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: Susanne Halvorsen

SAKSNR.
LØPENR.
DOK.NR. ARK.KODE

5 OKT 2017

Kontrollopplysninger:

Dato: 23/9-17
Klokkeslett: 19.50
Salgsstedets åpningstid: 7-23
Kontrollform anonym: X
Kontrollens varighet: 20 min
Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Ble det observert drikking på salgsstedets område?
02. Satt mindreårige i kassen ved salg av alkoholholdig drikk?
03. Selges alkoholholdig drikk til åpenbart påvirkede personer?
04. Selges rusbrus, øl eller lettøl til mindreårige?
05. Ble alkoholholdig drikk annonsert til redusert pris?

Ja Nei

☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒

06. Ble kommunens salgstid overholdt?
07. Har butikken alkoholfritt øl?
08. Er det skille mellom alkoholfri / alkoholholdig drikk?
09. Overholdes reklameloven for alkoholholdig drikke?
10. Er tobakkssvarer usynliggjort for kunder?
11. Har salgsstedet et tilfredsstillende IK-system?
12. Er styrer / stedfortreder til stede?
13. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja Nei

☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☒
☐	☒
☒	☐
☐	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Mangler kryssliste for opplæring

Kontrollør legitimerte seg for:

S. Halvorsen

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771601



Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: Coop Extra
 Adresse: Sentrum 22, 9151 Storslett
 Styrer: Tatiana Samuelsen
 Stedfortreder: Merete Voss
 Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: Kristoffer Teigen

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17
 Klokkeslett: 1910
 Salgsstedets åpningstid: 7-23
 Kontrollform anonym: x
 Kontrollens varighet: 20 min
 Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Ble det observert drikking på salgsstedets område?
02. Satt mindreårige i kassen ved salg av alkoholholdig drikk?
03. Selges alkoholholdig drikk til åpenbart påvirkede personer?
04. Selges rusbrus, øl eller lettøl til mindreårige?
05. Ble alkoholholdig drikk annonsert til redusert pris?

Ja	Nei
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒

06. Ble kommunens salgstid overholdt?
07. Har butikken alkoholfritt øl?
08. Er det skille mellom alkoholfri / alkoholholdig drikk?
09. Overholdes reklameloven for alkoholholdig drikke?
10. Er tobakksvarer usynliggjort for kunder?
11. Har salgsstedet et tilfredsstillende IK-system?
12. Er styrer / stedfortreder til stede?
13. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja	Nei
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☐	☒
☐	☒
☒	☐
☐	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Mangler IK-perm iht alkoholloven.

Kontrollør legitimerte seg for:

Christoffer Teigen

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771601



Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: Remaloca Storslett

Adresse: Hovekveien 14, 9151

Styrer: Elin Bakkehaug

Stedfortreder: ~~Madelene~~ Kenneth Berg Johansen

Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: Madelene Spjøblom

Kontrollopplysninger:

Dato: 22/9-17

Klokkeslett: 1930

Salgsstedets åpningstid: 7-23

Kontrollform anonym: x

Kontrollens varighet: 20 min

Kommune: Nordreisa

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Ble det observert drikking på salgsstedets område?
02. Satt mindreårige i kassen ved salg av alkoholholdig drikk?
03. Selges alkoholholdig drikk til åpenbart påvirkede personer?
04. Selges rusbrus, øl eller lettøl til mindreårige?
05. Ble alkoholholdig drikk annonsert til redusert pris?

Ja Nei

☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒

06. Ble kommunens salgstid overholdt?
07. Har butikken alkoholfritt øl?
08. Er det skille mellom alkoholfri / alkoholholdig drikk?
09. Overholdes reklameloven for alkoholholdig drikk?
10. Er tobakksvarer usynliggjort for kunder?
11. Har salgsstedet et tilfredsstillende IK-system?
12. Er styrer / stedfortreder til stede?
13. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja Nei

☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☐	☒
☒	☐
☐	☐

Rapporten anses med dette for mottatt, og bevillingshaver har rett til å uttale seg innen to uker iht. alkoholforskriften (08.06.05. nr 538) § 9-6. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:

Kommunens eksemplar

2.blad:

Bevillingshavers eksemplar

3.blad:

Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar

Kommentar:

Kontrollør legitimerte seg for:

Madelene Spjøblom

Kontrollørs IDNR: 771603

Kontrollørs IDNR: 771601



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rådmannen
wpi: ordfører
ref. heom + kst

Etter liste

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF:

2014/401 1 BEF

DATO: / DATE:

12. september 2017

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med sosiale tjenester i NAV

Vedlagt følger oppsummeringsrapporten «Med lua i handa» fra det landsomfattende tilsynet i 2015 og 2016 med kommunenes arbeid i Nav-kontoret med opplysning, råd og veiledning og økonomisk stønad til ungdom i alderen 17–23 år.

Rapporten er basert på fylkesmennenes tilsynsrapporter fra 71 tilsyn med til sammen 73 kommuner og bydeler. I tillegg har landets fylkesmenn samarbeidet med 150 kommuner som selv har gått igjennom sin egen praksis på de samme områdene som omfattes av tilsynet.

Som det fremgår av rapporten er det funnet lovbrudd og forbedringsområder i et flertall av kommunene. Det ble avdekket svikt på områder som er viktige for unge som har behov for sosiale tjenester. Flere kommuner følger ikke systematisk med på om og hvordan sosiale tjenester ytes og det settes derfor ikke inn tiltak som kan forebygge eller korrigere svikt som oppstår.

Fylkesmennene følger opp kommunene med lovbrudd til forholdene er brakt i orden. Statens helsetilsyn vil oppfordre kommuner, aktuelle undervisningssteder og andre til å bruke rapporten til opplæring og eget forbedringsarbeid.

Med hilsen

Hanne Knudsen etter fullmakt
fagsjef

Beate Fisknes
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosiale tenester, barnevern og helse- og omsorgstenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2017

Med lua i handa? Oppsummering av det landsomfattande tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

Dei fleste unge i Noreg er i arbeid eller under utdanning, men somme treng sosiale tenester over lengre eller kortare tid for å komme i arbeid eller aktivitet.

Fylkesmennene i landet gjennomførte 71 tilsyn med til saman 73 kommunar og bydelar i 2015 og 2016. Tilsynet fann lovbrøt i 43 kommunar. I tillegg har 150 kommunar sjølv gått gjennom sin eigen praksis på dei same områda som tilsynet omfattar. Det er i stor grad samanfall mellom det fylkesmennene fann, og det kommunane sjølv fann i tenestene sine.

Fylkesmennene har funne svikt på område som er viktige for unge som har behov for sosiale tenester. Det er funne manglar når det gjeld kartlegging av situasjonen til kvar enkelt ungdom, og det er lite spor av brukarmedverknad. Dette er alvorleg fordi det ikkje er mogleg å sjå om ungdommane får tildelt dei tenestene dei har behov for og rett til. Fleire kommunar følgjer ikkje systematisk med på om og korleis sosiale tenester blir ytte, og det blir derfor ikkje sett inn tiltak som kan forebyggje eller korrigere svikt som oppstår.

Fylkesmennene følgjer opp kommunane med svikt heilt til forholda er retta opp. Statens helsetilsyn oppmodar alle kommunar og Nav-kontor om å gå gjennom sin eigen praksis og sjå praksisen opp mot funna i denne rapporten, og om å setje i verk nødvendige tiltak for å sikre utsette unge eit godt utgangspunkt for eit aktivt voksenliv.

Statens helsetilsyn er et offentlig organ som har til oppgave å tilsynse og kontrollere at kommunene og Nav oppholder seg til de lover og forskrifter som gjelder for sosialtjenestene. Statens helsetilsyn er et uavhengig organ som ikke er underlagt noen politisk eller administrativ ledelse. Statens helsetilsyn har til hovedoppgave å sikre at kommunene og Nav oppholder seg til de lover og forskrifter som gjelder for sosialtjenestene. Statens helsetilsyn har til hovedoppgave å sikre at kommunene og Nav oppholder seg til de lover og forskrifter som gjelder for sosialtjenestene.



Med lua i handa? Oppsummering av det landsomfattande tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)
ISBN: 978-82-90919-00-7 (elektronisk)
978-82-90919-01-4 (trykt)

Design: Gazette
Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Utgjevingar 2017

2/2017 Utenkelig eller forutsigbart?
Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser
i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer
2016 fra Undersøkelsenheten i Statens
helsetilsyn

3/2017 Med lua i handa? Oppsummering av det landsomfattande tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

Utgjevingar 2016

1/2016 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

2/2016 Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? Status og erfaringer 2015 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

3/2016 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Menyen Rettigheter og klager på helse-
tilsynet.no inneholder informasjon om de
enkelte rettighetene brukerne har i møte
med sosiale tjenester, barnevern og helse-
og omsorgstjenestene, og hvordan man
klager når rettighetene ikke blir oppfylt.
Tekstene er skrevet for befolkningen.
Menyen inneholder også en samling
nettsteder for pasient- og brukerrettigheter
og klageordninger.



Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Statens helsetilsyn. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosiale tenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstenestene og for offentlig debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan òg
tingast i trykt utgåve.

Innhold

Samandrag..... 3

1 Bakgrunnen for tilsynet 5

1.1 Ungdom og sosiale tenester5

1.2 Meir om målgruppa og tenestene.....6

1.2.1 Ungdommane6

1.2.2 Tenestene.....7

1.2.3 Ansvar til kommunen7

2 Tema for tilsynet 8

3 Funn 9

3.1 Sikrar kommunane informasjon og tilgjengelegheit?9

3.2 Kartlegging er grunnmuren i sosiale tenester.....10

3.3 Får den unge tildelt rett teneste?12

3.4 Utilstrekkeleg oppfølging.....13

3.5 Styring og leing av tenestene15

3.5.1 Kompetanseansvaret.....15

3.5.2 Ansvar for forsvarlege tenester og oppfølging av praksis.....16

4 Kva fortel eigenvurderingane? 18

4.1 Informasjon og tilgjengelegheit18

4.2 Kartlegging og saksbehandling.....18

4.3 Oppfølging19

5 Gjennomføring av tilsynet 20

5.1 Systemrevisjonar20

5.2 Eigenvurdering – læring og endring av eigen praksis.....21

6 Vegen vidare 22

7 Vedlegg – oversikt over regelverket 23

Čoahkkáigeassu..... 24

English summary 25

Samandrag

Dei fleste norske ungdommar er under utdanning eller i arbeid, har god helse og går framtida trygt i møte. Dette tilsynet og denne rapporten ser på ein avgrensa del av velferdstenestene til den relativt vesle gruppa som av ulike grunnar ikkje er like trygge. Unge som treng sosiale tenester, har ulike og ofte samansette problem. Det kan dreie seg om utfordringar med å fullføre vidaregåande skole eller å skaffe seg inntekt gjennom lærlingplass eller jobb. Ganske mange har tilleggsbelastningar på grunn av familiesituasjon, einsemd, butilhøve, rusproblem eller dårleg psykisk eller fysisk helse.

Fylkesmennene gjennomførte i 2015 og 2016 landsomfattande tilsyn med arbeidet kommunane gjer gjennom i Nav-kontoret med opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til ungdom i alderen 17–23 år.

Det blei gjennomført 71 tilsyn med til saman 73 kommunar og bydelar. I 30 av tilsyna fann fylkesmennene ingen lovbrøt. I resten av tilsyna, som omfattar 43 kommunar, fann fylkesmennene svikt som har betydning for ei sårbar gruppe. I tillegg har fylkesmennene i landet samarbeidd med 150 kommunar som sjølve har gått gjennom sin eigen praksis på dei same områda som tilsynet omfatta. Det er i stor grad samanfall mellom det fylkesmennene har funne, og det kommunane sjølve har sett i sine eigne tenester.

Tilsynet avdekte manglar på fleire område innanfor dei sosiale tenestene til unge i ein sårbar situasjon. Helsetilsynet meiner at dette er alvorleg fordi det kan ha store konsekvensar for den enkelte og for samfunnet som heilskap. På den andre sida viser den relativt store delen tilsyn der det ikkje er funne lovbrøt, at det er fullt ut mogleg å sikre forsvarleg tilgang til og tildeling av tenester til unge når kommunen og Nav innrettar tenestene med utgangspunkt i behova til dei unge. Dei kommunane som ikkje legg til rette for forsvarleg tilgjengelegheit og tildeling av tenester, kan finne døme på løysingar ved å gå gjennom tilsynsrapportane til fylkesmennene.

Formålet med sosialtenestelova er å «... fremme overgangen til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet» (sosialtenestelova §1). Opplysning, råd og rettleiing er – saman med eller utan økonomisk stønad – viktige verkemiddel for å bidra til å føre dei unge inn i aktiv samfunnsdeltaking. Unge som kan trenge denne typen hjelp, må få informasjon, og det må leggjast til rette slik at tenestene er reelt tilgjengelege.

Søknader frå ungdom om økonomisk stønad skal alltid realitetsbehandlast. Det er forventat at ungdom over 18 år skal kunne forsørge seg sjølv, og ein kan ikkje automatisk vise til at foreldre har forsøringsplikt. Ungdom under 18 år som bur heime, blir vanlegvis forsørge av foreldre. Lova opnar likevel for at det etter ei konkret, individuell vurdering kan vere forhold som tilseier at også unge under 18 år skal få stønad.

Alle med sosiale problem har rett til opplysning, råd og rettleiing. Nav-kontoret skal kunne fange opp førespurnader som kan tyde på at den unge har behov for det, og det skal når det er nødvendig, gjerast vedtak om tenesta så raskt som råd.

I mottaket skal det informerast godt og korrekt om ulike tenester og tilbod. Kommunen skal sikre at tenestene er tilgjengelege og at dei tilsette har tilstrekkeleg kompetanse. Tilsynet har vist at den informasjonen som blir gitt om sosiale tenester, kan vere mangelfull og i somme tilfelle feilaktig.

Fylkesmennene har funne manglar når det gjeld korleis kommunane har kartlagt situasjonen til den enkelte unge. I over halvparten av kommunane som har hatt tilsyn, er det til dømes funne at det er tilfeldig kva som vert kartlagt, korleis det blir gjort, om tilgjengelege verktøy blir nytta, og ikkje minst korleis relevant informasjon vert dokumentert. Det er også lite spor av brukarmedverknad i sakene. Dette er alvorleg fordi det ikkje er mogleg å sjå om ungdommane får tildelt dei tenestene dei har behov for og rett til.

Fylkesmennene har også funne at fleire kommunar har ein saksbehandlingspraksis som ikkje er i tråd med lover og reglar. Fleire av tilsynsrapportane viser at det er manglande individuell vurdering i saksbehandlingen. Det blir i ein del tilfelle brukt vedtak med standardtekst der det berre blir vist til kommunale normbeløp. Ikkje alle kommunane har sikra at lovforståinga og kompetansen hos dei tilsette er god nok.

Fylkesmennene har funne svikt på område som er viktige for dei unge som har behov for sosiale tenester. Fleire kommunar følgjer ikkje systematisk med på om og korleis sosiale tenester blir ytte, og det blir derfor ikkje sett inn tiltak som kan førebyggje eller korrigere svikt som oppstår.

Dei 73 kommunane som fylkesmennene har gjennomført tilsyn med, er valde ut på bakgrunn av ei risikovurdering fylkesmannen har gjort. Kommunane har frivillig og ut frå eige ønske gjennomført eigenvurderingar. Vi kan derfor ikkje seie at dette er ein representativ tilstandsrapport om situasjonen i kommunane i landet. Sidan aktivitetane samla likevel omfattar nesten halvparten av kommunane i landet, meiner vi det er grunn til å vere urolege for kvaliteten på tenestene, og vi vil tilrå at alle kommunar går gjennom sin eigen praksis med tanke på å avdekkje behov for forbetringar.

«Cap in hand?»

Summary of countrywide supervision of social services in 2015 and 2016

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2017

Supervision was carried out by the Offices of the County Governors, and included the following social services: the work of the municipalities provided by the offices of the Norwegian Labour and Welfare Administration: information about services, advice and guidance, and social security benefits for people in the age group 17 to 23.

Most young people in Norway either have a job or are students, but some need social services for a varying period of time in order to get a job or to find another activity.

In 2015 and 2016, supervision was carried out on 71 occasions with 73 municipalities and urban districts. In addition 150 municipalities assessed their own practice. To a large extent, the findings of the Offices of the County Governors and of the municipalities were similar.

Deficiencies in the services were identified in areas that are important for young people who need social services. Deficiencies were found in assessment of young people's situation, and there was little involvement of clients. This is serious, because it is not possible to assess whether young people are allocated the services they need, and that they have the right to receive. In several municipalities, there is no systematic assessment of how social services are used. Therefore, measures to prevent or correct deficiencies in the services are not implemented.

The municipalities where there were deficiencies shall be followed up until the situation is improved. The Norwegian Board of Health Supervision encourages all the municipalities, and the offices of the Norwegian Labour and Welfare Administration, to evaluate their own practice in the light of the findings presented in this report, and to implement necessary measures to ensure that young people have an adequate point of departure for an active adult life.

«Gahpir oaivvis?»

Čeahkkáigeassu riikkaviidosáš geahčus: suohkaniid bargu sosiála
bálvalusaid dáfus NAV olis 2015 ja 2016 – bálvalusaid diediheapmi,
rávvagat ja bagadeapmi ja ekonomalaš doarjja olbmui de gaskkal
17 ja 23 jagi

Dearvvašvuodageahču raporttas 3/2017

Eanas nuorat Norggas leat barggus dahje oahpus, muhto soapmásat dárbbasit sosiála
bálvalusaid oanehit dahje guhkit áiggi vai besset bargui dahje eará doibmii.

Riikka fylkkamánit čadahedje 71 bearráigeahču oktiibuot 73 suohkanis ja gávpoto-
asis 2015:s ja 2016:s. Dan olis gávnnavuođedje láhkarihkumiid 43 suohkanis.
Dasa lassin leat 150 suohkana ieža guorahallan iežaset doaimma seamma surggiin
go maid bearráigeahču guorahalai. Dat maid suohkanat fuomášedje iežaset bálvalu-
sain lea buori muddui seamma go maid bearráigeahču fuomášii.

Fylkkamánit leat maid gávnnavuođaid váilevašvuodaid surggiin mat leat deatalaččaid
nuoraide geat dárbbasit sosiála bálvalusaid. Leat gávdnon váilevašvuodaid ovttaskas
nuoraid dilálašvuoda kártemis, ja geavaheaddjit besset unnán ieža váikkuhit. Dát lea
duodalaš danne go ii leat vejolaš oaidnit ožžot go nuorat daid bálvalusaid maid
dárbbasit ja maidda lea vuoigatvuohta. Mánna suohkana eai čuovo systemáhtalaččat
mielde addojuvvojit go bálvalusat ja mo dat láhččojuvvojit, ja danne eai čadahuvvo
doaimmat mat sáhtáše eastadit dahje njulget boasttuvuodaid maid čuožžilit.

Fylkkamánit čuoovolit suohkaniid main leat váilevašvuodaid, dassázii go áššit leat
njuolgan. Stáhta dearvvašvuodageahču ávžžuha buot suohkaniid ja NAV-kantuvr-
raid guorahallat iežaset vuogi dán rapporta gávdnosiid olis, ja čadahit dan
mii lea dárbbaslaš dasa ahte nuoraide láhččojuvvo buorre vuoddu olahit aktiiva olle-
solbmoeallima.

1 Bakgrunnen for tilsynet

1.1 Ungdom og sosiale tenester

Norsk ungdom er i arbeid eller under utdanning. Dei får støtte frå foreldra sine og
lån i Lånekassen. Somme treng over kortare eller lengre tid hjelp frå velferds-
tenestene, helsetenestene, barnevernet eller dei kommunale sosiale tenestene for å
komme i arbeid eller aktivitet.

I 2015 var det registrert ca. 127 000 mottakarar av økonomisk stønad i Noreg.
Talet har auka kvart år dei siste åra. Av dei som fekk sosialstønad i 2015, var nesten
30 000 personar under 24 år. I tillegg kjem dei unge som får andre sosiale tenester,
men her finst det lite statistikk.

Talet på unge som får økonomisk stønad, har halde seg ganske stabilt trass i dei
mange målretta tiltakspakkane som regjeringa har sett i verk for å fokusere på
utdanning, jobb- og inntektssikring for ungdom.

Sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltinga er det siste tryggingssystemet i vel-
ferdssystemet. Formålet med sosialtenestelova er å medverke til sosial og økonomisk
tryggleik, fremje overgangen til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltaking i sam-
funnet. I tillegg skal barn og unge og familiane deira få eit heilskapleg og samordna
tenestetilbod. Tenestene etter denne lova er kommunale og blir forvalta av det lokale
Nav-kontoret. Kommuneleinga har ansvaret for at det blir ytt forsvarlege tenester
etter lova.

Dei fleste unge i Noreg greier seg godt på eiga hand med støtte frå familie og nett-
verk. Somme av dei som strevar, treng berre litt rettleiing og kjem raskt på rett spor
vidare. Ein del ungdommar har større problem med å nå måla sine. Fleire studiar og
statistikk og rapportar viser at unge som har behov for sosiale tenester, har ulike og
ofte samansette sosiale problem. Det kan handle om å fullføre vidaregåande skole,
om å få seg jobb, lærlingplass eller skaffe seg inntekt. For somme er utfordringa ein
vanskeleg familiesituasjon, einsemd, buforhold, rus- eller helseproblem, eller det er
ei blanding av fleire ting som hindrar dei i å komme vidare i livet.

Det er også mange unge som ikkje har nokon kontakt med Nav, men som heller
ikkje studerer eller har registrert inntekt. Dei blir kanskje forsørgde av foreldra sine
eller kjærasten, jobbar svart eller driv med kriminalitet. Dette kan tyde på at mange
unge vaksne med behov for – og rett til – sosiale tenester ikkje tek kontakt med Nav.
Det kan vere fleire årsaker til dette. Det er viktig at kommunane på ulike måtar tek
ansvar for å spreie kunnskap om kva slags god og effektiv hjelp denne sårbare
gruppa kan få, og kva rettar dei har til å få hjelp.

Dette tilsynet gjeld sosiale tenester til ungdom i alderen 17–23 år. Sosialtenestelova har inga nedre aldersgrense for tenestene som er tema for dette tilsynet, og personar som er 17 år, kan ha rett til sosiale tenester dersom dei oppfyller krava i lov og forskrift. I dette tilsynet har vi undersøkt om sosiale tenester også tek vare på rettane til 17-åringar.

Det var viktig for Statens helsetilsyn å rette merksemda mot at Nav og sosiale tenester for mange unge kan gjere ein forskjell – og at tidleg og rett innsats lønner seg. Gjennom tilsyn kan vi undersøkje om tenestene når ut til dei som har behov for dei, og om dei blir ytte i tråd med lov og forskrift og kan reknast som forsvarlege. Tilsynet er gjennomført av fylkesmennene i alle fylka.

1.2 Meir om målgruppa og tenestene

1.2.1 Ungdommane

Ungdomstida er generelt prega av raske og mange omstillingar, val og krav. Erfaringar frå denne perioden vil ofte prege dei vala ein tek seinare i livet, og er med på å forme vilkåra for vaksenlivet. Dette vil kunne verke inn på både utdanningsval, livskvalitet og helse, og på kva høve ein seinare får for arbeid og sjølvforsørging. Det kan vere viktig å gi hjelp tidleg, med rett teneste, for å medverke til ei positiv utvikling med tanke på sosial og økonomisk tryggleik og deltaking i samfunnet. Noreg er eit godt land å vekse opp i, og dei fleste har ein god oppvekst med ein god overgang til vaksenlivet. Det er viktig å fange opp den sårbare gruppa av ungdommar som av ulike grunnar slit og ikkje klarer å gjere seg nytte av standardtilbodet, eller som strevar med å meistre overgangane.

Ein skal alltid vurdere om det er aktuelt med ettervern for ungdom som har hatt tiltak frå barnevernstenesta, etter at dei har fylt 18 år, og dei skal få tilbod om eigna tiltak i overgangen til sjølvstende. Nav er ein viktig samarbeidspartnar både for ungdommen og barnevernstenesta i kommunen når ein skal vurdere kva innhald og omfang ettervernet skal ha. Ungdom kan ha behov for råd og rettleiing og eventuell anna hjelp frå Nav.

Unge som har behov for sosiale tenester, kjem i kontakt med Nav-kontoret av ulike årsaker. Mange kjem på eige initiativ fordi dei har høyrte om tilboda gjennom familie eller venner. Somme har hatt kontakt med barnevernet tidlegare, eller med helsevesenet. Nokre kjem saman med foreldra, andre åleine. Ganske mange blir viste vidare frå vidaregåande skole eller oppfølgingstenesta (OT) fordi dei slit på skolen eller allereie har valt å avslutte skolegangen utan å fullføre. Manglande lærlingplassar eller råd om val av utdanningsretning kan skape behov for hjelp, mens andre treng hjelp til å finne seg arbeid. Manglande inntekt får mange til å ta kontakt for å søkje om økonomisk stønad eller rådgiving om økonomi, mens andre treng nokon å snakke med eller råd og rettleiing om diverse andre personlege utfordringar.

Mange av dei som kjem, kan ha problem med den fysiske eller psykiske helsa, og dette kan vere ei vesentleg årsak til at dei ikkje har fullført opplæringa. Det er kjent at særleg psykiske problem reduserer evna elevane har til å tileigne seg nødvendig kunnskap i skolen og/eller kan verke negativt inn på gjennomføringa. Mobbing og det at den unge opplever at han eller ho ikkje meistarar tilværet, kan vere alvorleg. Skrive- og lesevanskar er utbreidde, og dersom dei unge ikkje får hjelp til dette, kan dei få vanskar med å delta og fullføre. Helseutfordringar kan også påverke arbeids- evna, økonomien og buforholda deira. Hjelp og rådgiving som stimulerer til aktiv

7 Vedlegg – oversikt over regelverket

Tilgjengelegheit:

Heimel: sosialtenestelova §§ 17, 18 og 19, jf. § 4, jf. forvaltningslova § 11, jf. sosialtenestelova § 5, jf. forskrift om internkontroll i kommunalt NAV.

Tildeling:

Heimel: sosialtenestelova §§ 17, 18 og 19, jf. § 5, 42 og 43, jf. forvaltningslova § 17 og forskrift om internkontroll i kommunalt NAV.

Oppfølging:

Heimel: sosialtenestelova §§ 4, 5, 17, 18, 19 og forskrift om internkontroll i kommunalt NAV.

Styring og leiing:

Heimel: sosialtenestelova § 5, jf. forskrift om internkontroll i kommunalt NAV.

Brukarmedverknad:

Heimel: sosialtenestelova § 42, jf. § 43

6 Vegen vidare

«Ungdom står øvst på lista mi», sa leiar i Nav, Sigrun Vågeng, på velferds-konferansen 2016.

Omverdsanalysen til Nav som også kom i desember 2016, konkluderer med at nett-opp dei unge, og ikkje minst dei utan fullført utdanning, er blant dei gruppene som vil slite mest i åra framover. Det blir stadig færre jobbar med låge krav til kompetanse, og dei unge som ikkje gjennomfører ei utdanning, vil måtte kjempe hardt i ein stadig trongare arbeidsmarknad.

Det er viktig å satse på å støtte og hjelpe unge som er på veg inn i eit utdanningsløp eller eit arbeidsretta løp. Mange offentlege tenester er retta mot dei unge. Sosiale tenester i Nav-kontoret er ein del av det store heilskaplege tilbodet som finst i det norske utdannings- og velferdssystemet. Dei sosiale tenestene har god fleksibilitet når det gjeld innhald og omfang for dei som har sosiale problem. Det er gode høve for å tilpasse tenestene individuelt, noko som kan vere til god hjelp for unge med samansette problem. Ei oppfølging av ungdommane kan innebere ei nødvendig heilskapleg tilnærming gjennom plikta til samarbeid med andre instansar. Ein sterk, målretta og tilpassa innsats vil kunne resultere i at fleire ungdommar står betre rusta til å klare seg som vaksne.

Trass i at det blir avdekt manglar i dei sosiale tenestene som kan ha alvorlege konsekvensar for unge menneske, er det gledeleg at såpass mange kommunar har valt å vurdere sin eigen praksis og har sett i verk forbetringstiltak basert på dette arbeidet. Vi ser også i tilsynsrapportane døme på god praksis i fleire kommunar. Vi vil understreke at både svikt og gode eksempel kan brukast til eige endringsarbeid, og vi vil oppmode kommunar og Nav-kontor om å gå gjennom sin eigen praksis og setje i verk nødvendige tiltak for å sikre at dei kan gi utsette unge menneske eit godt utgangspunkt for eit aktivt vaksenliv.

deltaking, vil kunne førebyggje marginalisering og medverke til at dei seinare kan delta positivt som vaksne i samfunnet.

Nav-kontoret har mange ulike tilbod som er godt tilpassa ungdommar som treng ekstra tilrettelegging, og diverse tenester og tilbod som er skreddarsydde for unge. I mange kommunar har Nav tilsett rettleiarar som er utplasserte i vidaregåande skular. Dei skal vere tilgjengelege og gi informasjon og praktisk hjelp. Nav har fleire statlege ordningar og tilbod som kan vere aktuelle for ungdom. I tillegg forvaltar Nav-kontoret dei kommunale tenestene etter sosialtenestelova.

1.2.2 Tenestene

Statens helsetilsyn har etter sosialtenestelova ansvar for det overordna faglege tilsynet med kommunen sine tenester i Nav-kontoret. Fylkesmannen gjennomfører tilsynet.

Tenesta *Opplysning, råd og rettleiing* er ei av kjerneoppgåvene for dei sosiale tenestene i Nav-kontoret. Tenesta er eit viktig verkemiddel for å nå måla i lova om å medverke til at utsette barn og unge og familiane deira får eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Mange 17-åringar oppfyller vilkåra for å ha rett til denne tenesta. Tenesta er meint å vere ei lågterskelteneste med sosialfagleg rådgiving for å førebyggje eller løyse dei sosiale problema som den enkelte har, og kan særleg vere nyttig for ungdom. Råd og rettleiing kan vere avgjerande for at ungdommar skal kunne gjere gode val for framtida og få oversikt over kva som er mogleg for dei, i tillegg til at dei får hjelp til å løyse utfordringar.

Etter søknad om tenesta skal det gjerast enkeltvedtak, eller retten skal gå inn som ein del av eit vedtak om ei anna teneste etter lova. Opplysning, råd og rettleiing dekkjer alle livsområda og kan gjelde økonomi, skole, jobb, bustadforhold, rus, helse, familie eller jobb.

Retten til *økonomisk stønad* er heller ikkje knytt til at søkjaren har fylt 18 år. Likevel er det slik at ein 17-åring ofte ikkje oppfyller vilkåra for å ha rett til stønad, først og fremst fordi foreldra har forsørgjarplikt. Barnelova inneheld reglar om at foreldre har plikt til å forsørge barna sine til dei fyller 18 år. Det kan likevel vere tilfelle der det etter konkret individuell vurdering er grunnlag for å innvilge stønad til 17-åringar. Søknad om økonomisk stønad frå ein søkjar under 18 år skal derfor alltid realitetsbehandlast, og vedtak skal grunnleggjast.

1.2.3 Ansvar til kommunen

God styring og leiing er påkravd for å sikre forsvarlege tenester. Kommunen har plikt til å styre og leie for å sikre at verksemd og tenester er i samsvar med krava som er fastsette i eller i samsvar med lov eller forskrift. Internkontrollplikta inneber at kommunen skal ha systematiske tiltak som sikrar at aktivitetar knytte til å tilby og gi tenester til ungdom mellom 17 og 23 år, blir planlagde, organiserte, utførte og haldne ved like i samsvar med dei lov- og forskriftskrava som regulerer aktivitetane.

Fylkesmannen har i tilsynet vurdert om styringsaktivitetane er tilstrekkelege til å sikre forsvarlege tenester. Der det er avdekt svikt i tenestene, er det undersøkt kva som kjem av manglande styring, og kva styringsaktivitetar som manglar. Styringsaktivitetane skal vere tilpassa storleiken på, eigenarten til, aktivitetane i og risikoforholda til verksemda, og han skal ha det omfanget som heile tida er nødvendig for å sikre at tenestene er forsvarlege.

2 Tema for tilsynet

Fylkesmannen har undersøkt om kommunane har oppfylt dei lov- og forskriftskrava som regulerer plikta kommunen har til å tilby tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år. Fylkesmannen har undersøkt nærare

- om kommunen sikrar at dei sosiale tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad er *tilgjengelege* for personar mellom 17 og 23 år;
- om kommunen sikrar at *tildeling* av tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år er forsvarleg. Krav til kartlegging og forsvarlig saksbehandling er sentrale tema;
- om kommunen sikrar at *oppfølging* av personar mellom 17 og 23 år som får tenesta opplysning, råd og rettleiing eller økonomisk stønad er forsvarleg. Til dette høyrer det at kommunen oppfyller plikta si til å leggje til rette for å samhandle og samarbeide med andre relevante tenesteleverandørar.

Plikta til å gjere individuelle vurderingar har også vore ein del av tilsynet. Krav om individuelle vurderingar gjeld for heile saksprosessen frå identifisering av søknader, innhenting av nødvendige opplysningar og kartlegging fram til vurderingar og vedtak om rådgivingstiltak og/eller økonomisk stønad.

Plikta til å leggje til rette for brukarmedverknad er eit gjennomgåande tema for tilsynet og gjeld her i alle dei tre undersøkingsområda. Det er eit sentralt prinsipp i sosialtenesta at tenestetilbodet så langt som råd skal formast ut med utgangspunkt i behova og ønska til tenestemottakaren.

- oversikt som viser kompetansebehovet
- opplæringsplanar for tilsette
- framstilling av dei ulike internkontroll- og styringsaktivitetane i kommunen

Fylkesmannen skriv etter tilsynet ein rapport om kva som er undersøkt, korleis informasjonen er henta inn, og korleis den samla informasjonen er vurdert opp mot krava i lova. Når rapporten er utarbeidd, er han send til kommuneleiinga. I dei kommunane der det er funne lovbrøt, må leiinga ordne opp i forholda innan ein gitt frist. Fylkesmannen følgjer opp kommunane gjennom faste prosedyrar. Tilsynet er ikkje avslutta før lovbrota er retta opp og tiltaka som er sette i verk, har den ønskede effekten.

Alle rapportane frå systemrevisjonane som fylkesmannen har gjort i kommunane, blir etter kvart sende til Statens helsetilsyn og er tilgjengelege på helsetilsynet.no.

5.2 Eigenvurdering – læring og endring av eigen praksis

Formålet med tilsynet er å medverke til at brukarane får tenester med den kvaliteten og det innhaldet som lova føreset. Det er derfor viktig at tilsyn blir utførte på ein måte som støttar opp under det ansvaret kommunane har for å yte gode tenester.

Parallelt med systemrevisjonane har Statens helsetilsyn derfor utforma materiell som kommunane sjølve har kunna bruke til å gå gjennom og vurdere sin eigen praksis. Det sentrale i slike eigenvurderingar er å vurdere eigen praksis og eventuelt endre han.

Tema for eigenvurderinga var dei same som for systemrevisjonane. Der kommunen sjølv avdekte lovbrøt eller manglar i eigne tenester, har dei laga ein plan for å rette opp. Fylkesmannen har deretter hatt dialog med kommunane og samarbeidd med dei i oppfølginga og vurderinga av om endringane i praksis har hatt den ønskede effekten.

158 kommunar har gjennomført eigenvurderingar i samband med dette tilsynet. Kommunane har sjølve valt korleis dei skulle gjennomføre eigenvurderingane. Det er derfor variasjon når det gjeld kva slags prosess eigenvurderinga har utløyst i kommunane, kven som har undersøkt, vurdert og svart på eigenvurderinga, og om leiinga i kommunen har vore involvert i vurderingane.

5 Gjennomføring av tilsynet

Fylkesmennene har ført tilsyn som systemrevisjon med kommunar som er valde ut etter ei risikovurdering frå fylkesmannen. Eigenvurderingar er gjennomførte av kommunar som sjølv ønskte dette, og der ein systemrevisjon ikkje var planlagd eller aktuell. Funna som er presenterte i denne rapporten, er ikkje nødvendigvis representative for alle kommunane. Når dei same temaa likevel er gjennomgått og praksis er vurdert i til saman over 200 kommunar, er det grunn til å leggje vekt på funna.

5.1 Systemrevisjonar

Fylkesmannen har som ledd i tilsynet gjennomført 71 systemrevisjonar i 2015 og 2016.

Tilsynet er gjennomført i kommunar som fylkesmennene har valt ut lokalt, der fylkesmennene har hatt grunn til å tru at det var risiko for svikt. Kunnskapen om svikt og risiko kan komme frå ei systematisering av kjennskap til kommunane og tenestene over tid, av klagesaker som fylkesmennene har fått, og gjennom andre formelle eller uformelle kjelder.

Systemrevisjonar er godt eigna til å undersøkje om kommunane leier og styrer tenesta slik at det blir gitt forsvarlege tenester, og slik at det ikkje blir tilfeldig om tenesta blir gitt, *kven* som får tenesta, og på *kva måte*.

Fylkesmennene har som ledd i tilsynet gjennomført intervju med rettleiarar og leiarar i Nav-kontoret og med kommuneleiinga. Kven og kor mange som er intervjuar, har vore avhengig av korleis kontoret er organisert.

Som ledd i tilsynet har fylkesmennene gått gjennom eit tal enkeltsaker for å sjå korleis det er dokumentert at kontoret arbeider med opplysning, råd og rettleiing og søknader om økonomisk stønad til ungdommar.

Fylkesmannen har også i forkant av sjølv tilsynet henta inn dokumentasjon som gjer greie for korleis tenesta blir styrt. Døme på det kan vere

- samarbeidsavtale mellom kommunen og Nav
- organisasjonskart med ansvarslinjer / klargjering av mynde
- retningslinjer/rutinar/malar for saksbehandlina
- prosedyrar og verktøy for kartlegging/referat/notat
- vedtaksmal/søknadsskjema

3 Funn

Samla sett fann fylkesmennene i systemrevisjonane sine lovbrøt i 43 av 71 undersøkte Nav-kontor. Ved alle dei påpeikte lovbrøta i utøvinga av tenesta, er det også vist til svikt i styringa og leiinga til kommunen (internkontroll). I denne rapporten har vi summert opp funna til fylkesmennene, og for å illustrere funn og observasjonar har vi teke med nokre sitat frå rapportane frå fylkesmennene. Desse er markerte med rammer.

3.1 Sikrar kommunane informasjon og tilgjengelegheit?

Opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad skal vere tilgjengeleg for alle som fyller krava for å få tenesta, og informasjonen skal vere korrekt og god nok. Det er kommunane som har ansvaret for at informasjonen om tenestene er tilgjengeleg for publikum. Informasjonen kan nå publikum på ulike måtar, for eksempel via nettsidene til kommunen og sosiale medier.

Ikkje alle ungdommar som har behov for sosiale tenester, bruker eller har tilgang til internett. Kommunen må derfor leggje til rette for at informasjonen kan gå gjennom andre kanalar, hos samarbeidsinstansar, på skolar osv. Det må vere mogleg å skaffe tolk om det er behov for det, og det må også vere enkelt å ta kontakt med Nav-kontoret for å få informasjon.

Kommunen skal sørge for at dei ungdommane som møter opp på Nav, får korrekt informasjon om tenestene. Dette skal vere personleg informasjon i mottaket, i skriftleg materiell, brosjyrar, oppslag eller infoskjerm. Dei unge skal få tilbod om ein samtale dersom dei ønskjer det, eller dersom Nav-kontoret vurderer at det kan vere behov. Unge som får andre (statlege) tenester frå Nav-kontoret, skal ved behov bli informert om kva rettar dei har, og om at dei også kan søkje om relevante kommunale sosiale tenester. Dette gjeld både opplysning, råd og rettleiing og høvet dei har til å få økonomisk støtte. Dersom søkjaren ber om det, eller Nav ser at det er behov for det, skal søkjaren få tilbod om ein samtale for vidare utgreiing.

Fylkesmennene har i dette tilsynet avdekt at omtrent ein tredel av dei undersøkte kommunane ikkje sørgjer for at informasjon om tenestene er lett tilgjengeleg. Informasjonen kan gjerast tilgjengeleg på ulike måtar, og kommunane har stor fridom til å utforme og legge informasjonen til rette med utgangspunkt i forholda lokalt. Fylkesmennene har vurdert om informasjonen samla sett er slik at ein kan forvente at dei unge som treng hjelp, utan vidare får og forstår kva tilbod som er tilgjengelege. Eit døme på svikt er at det er vanskeleg å finne informasjon om sosiale tenester på nettsidene til kommunen, eller at Nav-kontoret manglar informasjonsmateriell.

Fylkesmennene finn ofte verken oppslag, informasjon eller brosjyrar som kan fortelje om tenestene.

Det blir heller ikkje alltid gitt tilstrekkeleg og korrekt informasjon om tenesta når dei unge tek munnleg og personleg kontakt. Tilsynet viser at for mange tilsette i mottaka på Nav kjenner lovverket for dårleg. Særleg er retten til opplysning, råd og rettleiing dårleg kjend av dei tilsette, og tenesta er derfor lite tilgjengeleg. Eit vanleg funn er at tenesta er avgrensa til økonomisk rådgiving.

Fylkesmennene fann også at tilsette i mottaket ofte ikkje kjenner til at ungdom kan ha rett til økonomisk stønad og råd og rettleiing etter sosialtenestelova. Dette kan komme av at leiinga ikkje har sørgd for tilstrekkeleg kompetanse til å kunne avdekkje at det er behov for desse tenestene. Somme stader blir ungdommar under 18 år som søker økonomisk stønad, avviste eller dei får ikkje levere søknad.

«Før ungdommen er kommet i kontakt med mottaket, finnes ikke / er det ikke informasjon som kan anses for å være tilgjengelig.»

«Tjenesten opplysning, råd og veiledning er ikke godt nok kjent for de ansatte i jobb- og veiledningssenteret, og bruker får derfor ikke informasjon om tjenesten.»

«Det foreligger ikke et system som sikrer at den informasjonen som gis i mottak, er riktig, og at informasjonsmateriellet oppdateres ved behov.»

«Ungdom må vite hva de skal søke etter for å finne ut hva de kan ha krav på.»

3.2 Kartlegging er grunnmuren i sosiale tenester

Tildelingsprosessen startar med at søknaden blir identifisert, mottaken og registrert, og vidare består prosessen av elementa kartlegging, vurdering og avgjerd. Ein søknad må opplysast slik at rettstryggleiken til søkjaren blir teken vare på, at medverknadsretten er sikra og at vurderingane kan gjerast på rett grunnlag. Når ein søknad om økonomisk stønad kjem inn, omfattar prosessen vidare ofte at Nav må hente inn dokumentasjon frå andre instansar, i tillegg til å leggje til rette for skjerma samtalar mellom søkjaren og ein rettleiar. Samtalen skal klargjere fakta, kartleggje situasjonen til søkjaren og vere tilstrekkeleg til å kunne vere grunnlag for å vurdere om søkjaren har rett til tenester. Ei kartlegging av situasjonen til søkjaren knytt til søknad om økonomisk stønad skal vere omfattande nok til å danne grunnlaget for ei individuell vurdering.

Dersom det blir søkt om eller uttrykt ønske om opplysning, råd og rettleiing, eller dersom Nav vurderer at det er behov for det, bør det i første omgang vere tilstrekkeleg at den unge leverer ein søknad. For å ha rett til tenesta må den unge ha sosiale problem eller stå i fare for å få det. Sosiale problem kan ha samanheng med utfordringar på ulike livsområde. Ei breiare og meir målretta kartlegging må da planleggjast og gjennomførast i sjølve råd- og rettleiingsprosessen. Det faktum at den unge søker hjelp og på den måten avdekkjer moglege sosiale problem eller fare for å få sosiale problem, er tilstrekkeleg for å gjere vedtak, føresett at den unge ønskjer tenesta. I ein råd- og rettleiingssamtale skal kartlegginga vere relevant og dekkjande for det problemområdet som er presentert, og samtalen skal fokusere på løysingar i tett samarbeid med brukaren. Har brukaren samansette utfordringar, må ein gjennomføre ei breiare og grundigare kartlegging som del av rettleiingsprosessen vidare.

4.3 Oppfølging

Også her ser vi at kommunane finn manglar. Dei erkjenner at det er svikt i oppfølginga av dei unge brukarane, og at dette særleg blir avdekt ved at dei finn for lite dokumentasjon av si eiga oppfølging. Det er ikkje alltid semje om praksis eller felles rutinar for korleis dei unge skal følgjast opp. Dette kan også henge saman med at dei sjølve vurderer si eiga kartlegging som mangelfull og ikkje godt nok dokumentert.

Kommunane kjem særleg med merknader om manglar knytte til vurderinga av behovet for å samarbeide med andre instansar, og manglar ved evalueringa av oppfølgingsløpet. Ein del kommunar konkluderer også med at dei ikkje har teke nok omsyn til kva brukarane meiner.

4 Kva fortel eigenvurderingane?

Statens helsetilsyn har lese og gått gjennom svar frå 150 eigenvurderingar der kommunar eller Nav-kontor har gått gjennom praksisen sin på dei same områda som fylkesmennene har ført tilsyn med. I vurderingane av sin eigen praksis har kommunane gjennomgåande peikt på svikt på dei same områda som fylkesmannen har konkludert med i tilsynet.

4.1 Informasjon og tilgjengelegheit

Eigenvurderingane forsterkar på dette området inntrykka frå systemrevisjonane til fylkesmennene. Kommunane konkluderer sjølve med at den generelle informasjonen ut mot publikum, fysisk og nettbasert, er for dårleg. Dersom heimesidene til kommunane har lenkje til nav.no, finst det litt generell informasjon der, mens kommunane sjølv sagt uansett bør ha informasjon om alle kommunale tenester tilgjengeleg på nettsidene. Mange Nav-kontor rapporterer at det finst for lite eller til dels ingen informasjon om sosiale tenester på nettsidene til kommunen.

Kommunane stadfestar også at det er sparsamt med søknadsskjema, informasjonsmaterieill, oppslag eller annan «fysisk» informasjon å finne på sjølve Nav-kontoret. Det vil seie at dei unge må kjenne til kva tenester dei kan eller skal søkje om for å få nødvendig hjelp. Det finst ikkje eigne søknadsskjema for opplysning, råd og rettleiing.

Mange kontor har oppdaga at dei ikkje kan nok om – og derfor heller ikkje informerer godt nok om – tenestene opplysning, råd og rettleiing. Kommunane seier at dei blant anna har kjent for dårleg til at dette er søknader som skal innvilgast gjennom enkeltvedtak.

4.2 Kartlegging og saksbehandling

På spørsmål relaterte til vurdering av behovet for, kvaliteten på eller rutinane for kartlegging bedømmer kommunane svært ofte sjølve at dei ikkje gjer ein god nok jobb. Dette inneber at unge som søkjer for første gong, ikkje alltid får tilbod om samtale, og at kommunane ikkje kartlegg for å sjå om den unge oppfyller vilkåra for å få tenester. Ikkje minst stadfestar eigenvurderingane at den kartlegginga som eventuelt blir gjennomført, i altfor liten grad er dokumentert.

Avhengig av kor kompleks saka er, kan det vere stor variasjon i kva og kor mykje som skal kartleggjast i kvar sak.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidd verktøy som Nav-kontora bruker til kartlegging (og oppfølging). Krava til kartlegging kan oppfyllast dersom ein bruker desse verktøya systematisk eller har ein praksis som gir minimum tilsvarende informasjon.

Når Nav-kontora kartlegg om den unge har behov for tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad, skal dei også kartleggje om han eller ho har behov for samarbeid eller koordinerte tenester. Dette inneber for eksempel å kartleggje om den unge har andre kontaktar i hjelpeapparatet som det kan vere tenleg å samarbeide med. I så fall er samarbeidet med tilvisande eller andre samarbeidsinstansar svært relevant. Behovet må skildrast slik at det er mogleg å planleggje tiltak.

Lov om sosiale tenester skil seg klart frå lovgrunnlaget for mange andre tenester i Nav-kontoret ved at lovreglar baserer seg på stor grad av skjønn. Det er derfor viktig å kartleggje omhyggjeleg og systematisk når ein skal vurdere om søkjaren oppfyller vilkåra for dei ulike tenestene. Dette stiller krav til retningslinjene for praksis ved kontoret, og til at dei tilsette har kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og lovforståing.

Ei kartlegging som skal danne grunnlaget for vidare saksbehandling eller tildeling av ei teneste, skal dokumenterast slik at andre tilsette og søkjaren sjølv ved behov kan gå tilbake for å sjå kva som er kartlagt og opplyst, og når det er gjort. Opplysningane skal danne grunnlaget for individuell vurdering og avgjerd om tiltak, stønad og hjelp vidare.

I over halvparten av kommunane som har hatt tilsyn, finn fylkesmennene lovbrøt relatert til mangelfull kartlegging av situasjonen til søkjaren. Det blir ikkje alltid tilbydd kartleggingssamtale til dei som søkjer om tenesta opplysning, råd og rettleiing, eller behovet for samtale blir ikkje godt nok vurdert. Det blir ikkje gjort systematisk kartlegging i alle saker, og ofte finst det ikkje rutinar eller anna som tek vare på ein felles praksis for kartlegginga. Det er uklart for dei tilsette både kva som skal kartleggjast, når det skal kartleggjast, og korleis dette skal gjerast. Tilsette på same kontoret kan kartleggje ved hjelp av ulike sjekklister og skjema utan at det er diskutert eller bestemt kva som skal vere felles haldningar, metodar og praksis. Somme stader blir det gjennomført kartleggingssamtale for søknad om økonomisk stønad og kanskje kartleggingssamtale knytt til gjeldsrådgiving, men det kjem ikkje fram om det er kartlagt om den unge har behov for andre opplysningar, råd og rettleiing.

Det er også vanskeleg for fylkesmennene å finne god nok dokumentasjon av kartleggingsprosessen. Det blir skrive gjennomgåande lite, og samhandlinga mellom rettleiar og brukar eller brukaren sine presenterte ønske er vanskeleg å spore. Mange stader er det så lite skriftleg dokumentasjon i samband med kartlegging og opplysning i saka at fakta og vurderingar som er gjorde, ikkje er forståelege for verken brukaren eller tilsette som treng å gjere seg kjende med saka. Dette gjer det også umogleg å sjå i ettertid kva om er vurdert, og kvifor.

« ... har ikkje utarbeidd eller sett i verk rutinar eller praksis for kva som skal gjerast av kartlegging og vurdering i søknader om økonomisk stønad frå personar mellom 17 og 23 år. Det er heller ikkje avklart kva som skal dokumenterast av dette.»

«Det finnes ikke dokumentasjon for hvordan brukernes helhetlige behov for tjenester kartlegges i gjennomgåtte saker fra 2015 og 16.»

«Stikkprøver i fagsystemet Socio viser at det med få unntak ikkje er dokumentert kva kartlegging som er gjort i den enkelte saka, og heller ikkje kva oppfølginga i saka omfattar. Vi gjekk ikkje gjennom saker der det var dokumentert at brukar sin heilskaplege situasjon var kartlagt.»

3.3 Får den unge tildelt rett teneste?

Ein konsekvens av manglande kartlegging og dokumentasjon er at det ikkje er mogleg å sjå om tildeling eller avslag på søknad er korrekt ut frå dei opplysningane som er gitt. Kommunen skal på bakgrunn av ei tilstrekkeleg opplyst og kartlagd sak sikre forsvarleg vurdering og avgjerd. Individuell vurdering er eit grunnleggjande prinsipp i behandlinga av søknader etter sosialtenestelova. Det er krav om at vurderingane kjem fram, og at det blir teke skriftlege avgjerder i form av enkeltvedtak med høve til å klage.

Eit vedtak kan innehalde ein rett til fleire individuelle tenester, til dømes kan eit vedtak gjerast både for tildeling av opplysning, råd og rettleiing og for økonomisk stønad. Individuelle vurderingar som har hatt noko å seie for saka, skal komme fram i vedtaket, slik at den unge ved behov kan klage på dette. Saka skal ha brukarmedverknad, det vil seie at det skal leggjast stor vekt på ønska og innspela frå søkjaren.

Når kommunar har manglar knytte til kartlegging, kan dette føre til at det blir gjort feil vurderingar og vedtak i sakene. Der det er gjort vedtak om økonomisk stønad, finn fylkesmannen til dømes manglande individuell vurdering av saka. Det blir skrive standardvedtak som viser til kommunale satsar, nokre gonger også til ungdomssatsar, utan at det er spor av individuell vurdering, og utan at det blir vist til ei eventuell kartlegging. I ein del tilfelle er det uklart om det er gjennomført kartlegging.

Når ein ungdom som framleis bur heime, søker om økonomisk stønad, skal ein vanlegvis sjå på forsørgingsplikta til foreldra (til 18 år). Alle søknader skal likevel realitetsbehandlast, fordi det kan vere spesielle situasjonar der Nav likevel skal gi støtte. Søknader frå 17-åringar må dermed ikkje avvisast utan behandling.

Nav skal heller ikkje avslå søknader frå heimebuande ungdommar og vise til inntekta til foreldra. Rapportane frå fylkesmennene viser at kommunane ikkje alltid følgjer lova her. Somme kommunar er kategoriske og avslår alle søknader frå 17-åringar, eller dei får ikkje levere søknad. Andre kommunar grunngir avslag med forsørgingsplikta til foreldra sjølv om ungdommane er eldre enn 18 år.

Ein del kommunar vurderer og skriv i vedtaka sine at sambuarar har forsørgingsplikt for kvarandre. Dette er heller ikkje i tråd med lover og reglar.

«Leiinga har ikkje sørgt for at det blir meldt avvik på det området. Kommunen har eit avvikssystem, men Nav-kontoret har ikkje tatt dette i bruk. Dei tilsette har ikkje fått opplæring i kva som skal reknast som avvik på det faglege området.»

Mange kommunar har ikkje eit internt system der tilsette og leiarar sjølve kan melde frå om feil og manglar, og som kan brukast i forbetningsarbeidet. Somme stader har dei system, men det blir ikkje brukt av Nav-kontoret, og/eller det som blir meldt, blir ikkje teke med vidare, og blir ikkje brukt til forbetring. Same skjebnen lir ofte klagesaker som går til fylkesmannen. Her kan kommunen i Nav få nyttig kunnskap om eiga saksbehandling ved å gå gjennom og lære av tilbakemeldingane frå fylkesmannen.

«Manglende kartlegging og oppfølging er rapportert til overordnet nivå i kommunen. Ansatte ved kontoret har avdekket svikten, og påbegynt et arbeid med å rette dette opp i enkeltsaker. Ledelsen har ikke iverksatt systematiske korrigerende tiltak.»

«Kommunens ledelse har kunnskap om svikt ved tjenesten opplysning, råd og veiledning, men har ikke iverksatt tiltak for endring av praksis.»

«Nav-kontoret er ikke innlemmet i kommunens system for å melde og følge opp avvik i tjenesteytingen. Kommunens ledelse mottar heller ikke informasjon om klager vedrørende kommunale tjenester som Nav-kontoret mottar gjennom systemet for serviceklager. Eventuelle avvik i tjenesteytingen på dette området er derfor ikke kjent for kommunens ledelse.»

«Lovbrudd knyttet til forsvarlig kartlegging og individuell vurdering av sosiale tjenester ble påpekt ved tilsyn i 2012. Kommunens egen plan med tiltak for lukking av disse avvikene er ikke systematisk fulgt opp.»

Kommunen må sørge for at dei tilsette på Nav-kontoret som skal møte brukarane av sosialtenesta, og som skal behandle søknader eller ha samtalar, har tilstrekkeleg kompetanse, kunnskap og ferdigheiter til å handtere førespurnadene på ein forsvarleg måte. Det må vere sikra at dei som tek imot unge i eit mottak eller på telefon, gir rett rettleiing. Leiinga må setje i verk tiltak som sikrar at rettleiinga er god og tilstrekkeleg. Kommunen må også sikre at det er god kompetanse om lover, reglar og forvaltning i saksbehandlingsprosessen. Dei som skal rettleie søkjarar, må ha kompetanse om og ferdigheiter i kommunikasjon og kartlegging, og dei må kunne identifisere sosiale problem og hjelpe til med å løyse dei. Kommunen skal uansett sørge for å vurdere kva slags kunnskap om sosiale tenester som er nødvendig i alle ledd, og arbeide systematisk for å tilføre slik kompetanse. Dei må systematisk vurdere kompetansen til dei tilsette opp mot behovet og setje i verk nødvendig opplæring og rettleiing.

«Arbeidet med sosiale tjenester kvalitetssikres ikke av ledelsen. Det er heller ikke iverksatt noen andre tiltak for å forebygge, avdekke eller rette opp svikt på området.»

I dette tilsynet er det fleire lovbrøt som kan ha samanheng med at kompetansen er for dårleg sikra. Døme på dette er at kommuneleiinga følgjer for dårleg med på kva slags rettleiing om tenestene Nav-kontoret gir, og at kommuneleiinga ikkje undersøker om arbeidet har tilstrekkeleg kvalitet. Vi ser også døme på at kommunane ikkje tek hand om ansvaret dei har for å sikre opplæring av dei som yter kommunale tenester. Somme stader er kompetansebehovet kartlagt, eller tilsette har meldt frå om at det er behov, men tiltak er ikkje sette i verk.

«Det er ikke satt i verk systematisk opplæring basert på hvilke veiledningsoppgaver de som tar imot henvendelser fra unge, har. Det følges ikke med på om opplæringstiltakene virker etter sin hensikt og at tiltakene justeres ved behov.»

3.5.2 Ansvar for forsvarlege tenester og oppfølging av praksis

Kommuneleiinga har ansvaret for å sikre at det er semje om den praksisen ein har, og at praksis er korrekt. I tillegg til å kartleggje kompetansebehovet må kommuneleiinga ta initiativet til å systematisk gå gjennom og følgje opp praksis. På kva måte dette blir gjort, kan variere. Kvar enkelt kommune må identifisere eigen risiko og leggje til rette for å forebyggje svikt: Det kan handle om å gå konkret gjennom saker, leiarar kan ta stikkprøver i skriftleg materiale, dei kan sørge for at tilsette får fagleg rettleiing som tek for seg aktuelle problemstillingar, dei kan bruke personalmøte eller andre møte for å drøfte enkeltsaker osv. Ofte er det mogleg å planleggje og ta vare på god praksis gjennom rutinar, prosedyrar eller anna felles materiell, og gjennom å halde desse ved like.

Der kontrollrutinar og avvikssystem avslører feil og manglar som allereie finst, må kommunen setje i verk tiltak for å rette dei opp. Informasjon kan komme gjennom formelle og uformelle klager frå dei unge og representantane deira, frå rettleiarar som arbeider med personar over tid, frå brukarutval eller frå avvikssystemet til kommunane. Slik informasjon er gode kjelder til kunnskap som kan brukast i arbeidet med å forbetre tenesta.

Etter sosialtenestelova skal rettstryggleiken til søkjaren takast vare på ved at avslag som er gjorde etter § 18 i lova, også blir vurderte etter § 19. I mange kommunar er dette ikkje vanleg praksis.

Fylkesmennene har i somme kommunar også gjort meir spesielle funn, som til dømes at det fleire gonger er utdelt gåvekort som akutt/nødhjelp utan at dette er vurdert eller grunngitt, eller at alle ungdommar som søker, berre får 60 prosent av kommunesatsane for sosialstønad dei tre første månadene, utan at dette er individuelt vurdert. Somme kommunar har gitt standardbeløp til buitgifter, heilt uavhengig av kva søkjaren har dokumentert som utgift. Dette er alvorlege lovbrøt.

«Det foreligger rutine for «godkjenning av sosialhjelpsvedtak», men det foretas ikke alltid en konkret individuell vurdering av om det er grunnlag for å innvilge søknad om økonomisk stønad.»

«Faktum vurderes ikke opp mot lovbestemmelsen når de begrunner innvilgelse/avslag.»

«Det er igjennom tilsynet avdekket at enkelte deler av søknad om stønad ikke er behandlet, at søknader avslås på grunn av feil fakta, og at faktisk situasjon på søknadstidspunktet ikke er lagt til grunn for vurdering. Det er videre avdekket at stønad til husleie innvilges fra dato hvor dokumentasjon er innlevert. Ved at saksbehandlingsreglene ikke følges ved tildeling av økonomisk stønad, er det derfor en stor risiko for at tjenestene ikke tildeles i henhold til lov og forskrift.»

«I intervjuene kom det fram at det kan innvilges nødhjelp på henholdsvis kr 90 per dag i sju til åtte dager, opptil en måned og opptil tre uker ved manglende dokumentasjon.»

3.4 Utilstrekkeleg oppfølging

Kommunen har plikt til å sørge for at personar som har fått innvilga tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad, får forsvarleg oppfølging.

Oppfølgingsansvaret går lenger enn til å yte den tenesta som er innvilga. Plikta til å yte den innvilga tenesta følgjer av reglane om brukarrettar, og plikta til å følgje opp søkjaren utover det at tenesta blir ytt, følgjer av reglane om brukarrettar saman med kravet om forsvarlege tenester i sosialtenestelova. Formålsreglane i sosialtenestelova er også retningsgivande for innhaldet i oppfølgingsansvaret. Oppfølginga skal vere tilstrekkeleg til at den unge er sikra god nok hjelp til at han eller ho aktivt kan delta i samfunnet og i arbeid. Oppfølginga skal fokusere på eit heilskapleg tenestetilbod og på å forebyggje sosiale problem.

Ein viktig føresetnad for forsvarleg oppfølging er at ein legg til rette for og har jamleg kontakt med den unge. Det vil seie at tilbod om oppfølgingssamtale og kartleggingssamtale kan vere viktige element i oppfølginga. Dette kjem i tillegg til å gjennomføre ein eller fleire samtalar som ledd i det å yte tenesta opplysning, råd og rettleiing.

Vidare er det viktig for å sikre ei forsvarleg oppfølging at tenestene er tilgjengelege, og at den unge får tildelt rett teneste. Ei oppfølging inneber ofte ei samhandling og eit konkret samarbeid med andre tenesteytarar. Kommunen har plikt til å sikre samhandling som ledd i oppfølginga av unge som får tenesta opplysning, råd og

rettleiing og/eller økonomisk stønad. Plikta inneber at ein både skal kartleggje kven det bør samarbeidast med, og at ein skal motivere brukarane slik at det er mogleg å etablere samarbeid og samhandling, og det inneber også at ein utviklar gode samarbeidsrelasjonar med tenesteapparatet elles.

For å medverke til framdrift kan det vere behov for å kartleggje jamt kven som kan vere relevante samarbeidspartnarar. Kven som er relevant samarbeidsinstans, kan variere og endre seg gjennom oppfølgingsperioden.

Oppfølgingssamtalar vil vere viktige, ikkje minst i ein råd- og rettleiingsprosess der kartlegginga av utfordringar ofte først skjer etter at ein har starta med rettleiinga. Nav-kontoret må samhandle jamt og tydeleg med både ungdommen sjølv og med samarbeidsinstansar. Det skal leggjast vekt på ønska og behova til ungdommen, og Nav skal støtte og motivere. Det kan vere viktig å dokumentere planar og samhandling, også for å vise at brukaren har innverknad i saka.

I tilsynet blei det undersøkt om kommunen kallar inn til råd- og rettleiingssamtalar og oppfølgingssamtalar. Det blei også undersøkt om rettleiaren følgjer opp den unge dersom han eller ho ikkje møter opp, om tenestene blir tilpassa og endra i takt med behovet, og om gjennomføringa blir dokumentert.

Det er i rapportar frå tilsynet gjennomgåande skildra færre døme på lovbrøt på oppfølgingsområdet enn på område som gjeld tilgjengelegheit og tildeling av tenestene. Det har vore utfordrande for fylkesmannen å finne saker der oppfølgingsarbeidet er tydeleg og synleg. Når oppfølginga ikkje er synleg eller dokumentert i saka, er det vanskeleg å peike på kva som eventuelt manglar.

For dårleg oppfølging – eller det at oppfølginga ikkje er skildra eller dokumentert i dei undersøkte sakene – kan også vere eit resultat av manglande kartlegging tidlegare i prosessen. Ein oppfølgingsplan som til dømes gjer greie for korleis og kor ofte ungdommen skal følgjast opp, bør tydeleg spegle den vurderinga som er gjort ut frå kartlegging og tidlegare innhenta informasjon.

Den merknaden fylkesmannen oftast kjem med i tilsynet med oppfølging, er at dokumentasjonen av oppfølgingsarbeidet er svært mangelfull. Slik dokumentasjon kan vere planar, referat frå oppfølgingssamtalar eller møte, notat frå telefonsamtalar osv. Det kan også vere dokumentasjon i samband med samarbeid med skole, helsestasjon, barnevern eller andre relevante partar. God dokumentasjon vil kunne vise om det har vore reell brukarmedverknad i saka. I ein del kommunar blir det uttrykt – gjennom intervju med tilsette – at dei unge blir følgde opp, men fylkesmannen kan likevel ikkje finne dokumentasjon i saksmapper og journalar.

På same måten er det i ein del kommunar sparsamt med dokumentasjon i sakene som kan vise at *behovet* for oppfølging er vurdert. Andre stader finn ein ingen planar for oppfølging eller for samarbeid med andre instansar. God dokumentasjon er generelt ein viktig reiskap i arbeidet med å sørge for forsvarlege tenester på Nav-kontoret. Mangelfull dokumentasjon gjer det vanskeleg å ha oversikt, og gjer det utfordrande å vurdere dei individuelle behova til brukarane. I tillegg blir systemet også sårbart når det er skifte av tilsette eller den faste saksbehandlaren har fråvær. Dei leiarane som har ansvaret for å vurdere om tenesteytinga er forsvarleg, kan vanskeleg undersøkje og sjekke kva som burde ha vore gjort eller faktisk er gjort i kvar enkelt sak. Manglande dokumentasjon gjer det vanskeleg å vurdere om oppfølginga blir gjennomført, og om ho blir gjennomført på ein forsvarleg måte.

I somme kommunar handlar oppfølging berre om å sende søkjaren til arbeidsretta tiltak, og det kjem i ein del saker ikkje fram om oppfølginga involverer samarbeidsinstansar på andre område, eller om det er eit resultat av kartlegging og individuell vurdering.

I ein del kommunar kjem det fram at det er opp til kvar enkelt rettleiar å vurdere omfanget av rettleiinga og oppfølgingsarbeidet, og kor ofte det skal skje. Det er også opp til kvar enkelt å vurdere behovet for samarbeid og samhandling med andre instansar, og rapportane viser at det kan vere ulik praksis innanfor same kontoret. Det finst for eksempel ikkje rutinar eller prosedyrar eller noko som sikrar ein felles vedteken praksis for oppfølgingsarbeidet. Dette resulterer i ein tilfeldig praksis som utgjør ein stor risiko for svikt i tenestetilbodet.

«Ved gjennomgang av saksmapper finner vi i liten grad dokumentasjon fra møter med tjenestemottakere, planer/målsettinger for oppfølging eller referat fra samarbeidsmøter.»

«Ledelsen sørger ikke for at det er vurdert hva som er nødvendig skriftliggjøring av faglige og andre prosedyrer og rutinebeskrivelser for forsvarlig oppfølging av unge brukere.»

«Oppfølgingen av den enkelte dokumenteres ikke i tilstrekkelig grad til at bruker kan få informasjon om vurderinger som er gjort underveis osv., og til at andre ansatte og leder ved NAV-kontoret kan sette seg inn i og vurdere oppfølgingen av den enkelte.»

«Tilsynet har fått forelagt saker der det kan stilles spørsmål ved om oppfølging kunne ha vært tilbudt. Det finnes ikke dokumentasjon som viser at det er foretatt vurderinger av behov for oppfølging eller for å opprette et samarbeid med andre instanser.»

3.5 Styring og leing av tenestene

Forsvarlege tenester er ikkje sikra dersom verksemda ikkje i tilstrekkeleg omfang og med tilstrekkeleg kvalitet planlegg, organiserer og gjennomfører tenestene og kontrollerer korleis tenestene blir utførte. Ein tilsynsrapport frå ein kommune der det ikkje blei funne lovbrøt, viser kor viktig god leing er:

«Det er etablert og innarbeidet saksbehandlingsrutiner. Saksbehandlingstiden er kort for ungdomsgruppa. Alle unge som henvender seg, får raskt timeavtale. Det er kort ventetid på samtale og lett for ungdom å komme i kontakt med veileder. Det stilles tydelige krav til brukerne, og brukarmedvirkning vektlegges. Det avholdes saksbehandlarmøter og gis kollegaveiledning. Leder gjennomgår vedtak. Faste kontormøter sikrer erfaringsutveksling.»

3.5.1 Kompetanseansvaret

Kommuneleinga har ansvar for å sørge for at tilsette med rett kompetanse er med på å utforme og halde ved like informasjonen om dei kommunale tenestene. Det må avgjerast kven som følgjer med på endringar i regelverket og andre vilkår som har noko å seie for heile tenestetilbodet. Det må sikrast at informasjonen om tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad heile tida er korrekt og oppdatert.

NORDREISA KOMMUNE
Postboks 174
9156 STORSLETT

Deres ref.:
Vår ref.: 16/30484-4
Saksbehandler: Inger Elisabeth Østraat
Dato: 03.10.2017

 NORDREISA KOMMUNE	
Kirsh Blomli Wip: Jørn S. Øyund R 5 OKT 2017 Ret. heom, fsk	
SAKSNR.	
LØPENR.	
DOK.NR.	ARK.KODE

Innvilger tilskudd til kommuneturnus for leger høsten 2016 og våren 2017 over statsbudsjettet 2017 kapittel 783 post 61

Kommuner som tar imot nyutdannede leger i kommuneturnus tildeles et turnustilskudd. Høsten 2017 utbetales tilskudd for høsten 2016 og våren 2017. Tilskuddet utbetales etterskuddsvis i henhold til mottatte lister fra Fylkesmannen ref. vår sak 16/19619. Det er derfor ikke krav til søknad fra kommunene. Se mer informasjon om tilskuddet på vår nettside: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/turnus-for-leger-tilskudd-til-kommuner>

Deres kommune vil motta tilskudd for en fast stilling for turnuslege/LIS1.

Utbetalingen er merket: *Tilskudd turnuslege høst 2016/vår 2017*, og utbetales:

Termin dato	Terminbeløp	Kapittel, post
06.10.2017	258 000	kap. 783, post 61

KLAGERETT

Dere har ikke klagerett på avgjørelsen. Dette følger av forvaltningsloven § 28.

Evt. korrespondanse sendes til postmottak@helsedir.no eller vår postadresse, og merkes med vår referanse 16/30484.

Vennlig hilsen

Randi Moen Forfang e.f.
avdelingsdirektør

Inger Elisabeth Østraat
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Helsedirektoratet

Avdeling spesialisering og etterutdanning

Inger Elisabeth Østraat, tlf.: +4724163591

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Fra: Postmottak HTIL (Postmottak@helsetilsynet.no)

Sendt: 02.11.2017 13:37:40

Til:

Kopi:

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

Vedlegg: Oversendelsesbrev Rapport fra Helsetilsynet 4-2017.pdf

Vedlagt følger brev og lenke til rapport fra Helsetilsynet 4/2017 «Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.»

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf

Vi ber om at eposten videresendes til alle som kan ha interesse av å lese rapporten.

Med hilsen

Marianne Noodt
Statens helsetilsyn
Tlf. 21529978



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Etter adresseliste

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

2015/739 2 MN

DATO: / DATE:

27. oktober 2017

Oversendelse av rapport

Statens helsetilsyn har laget rapporten «Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.»

Fylkesmennene fant lovbrudd i 45 av 57 kommuner.

Tilsynet avdekket at tjenestene i mange av kommunene var preget av svak styring og høyt risikonivå, og det ble avdekket svikt med potensielt alvorlige konsekvenser for brukernes livskvalitet og helse. I noen kommuner var svakhetene mange og store, og tjenesteytingen kunne framstå som tilfeldig. I mange tilsyn ble det påpekt som en alvorlig styringssvikt at kommunens ledelse ikke følger godt nok med på om brukerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester og at de ikke etterspør informasjon om tjenestene fungerer som forutsatt.

Fylkesmennene fant videre at tjenestene som inngår i personlig assistanse mange steder var utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset. I mange kommuner ble det påpekt svak kompetanse hos tjenesteytere og mangel på planmessig opplæring av de ansatte. Tjenesteytingen var ofte lite systematisk, og dokumentasjonen mangelfull og spredt. Resultatet var at mange ansatte var dårlig informert og oppdatert om brukerne de skulle bistå, om oppgavene de skulle utføre og hvordan det skulle gjøres. Det var også få spor av at brukerne medvirket i utmåling, utforming og evaluering av eget tjenestetilbud i mange kommuner, og at pårørende og verger ofte ikke var godt nok informert til å ivareta brukernes interesser.

På helseområdet fant fylkesmennene svikt i hvordan brukernes helseforhold ble fulgt opp mange steder. Helseopplysninger kunne være vanskelig tilgjengelige, og ansatte hadde dårlig kunnskap om den enkelte brukers diagnoser og andre helseforhold, om hva de skulle observere av endringer og om hva de skulle dokumentere. I flere kommuner avdekket fylkesmannen alvorlig svikt i legemiddelhåndteringen. Det gjaldt

blant annet uklare ansvarsforhold, dårlig kontroll med utdeling og utilstrekkelig kompetanse hos dem som gjør i stand og deler ut legemidler.

Fylkesmennene følger opp kommuner hvor det er påpekt lovbrudd. Vi håper at de øvrige kommunene vil bruke både tilsynsrapportene enkeltvis og denne oppsummeringsrapporten til forbedring og som utgangspunkt for å vurdere om egen praksis og eget styringssystem er i tråd med myndighetskravene.

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

Rapport fra Helsetilsynet 4/2017 Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi e.f.
assisterende direktør

Marianne Noodt
fagdirektør

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Saksbehandler: Marianne Noodt, tlf. 21 52 99 78

Det gjelder livet

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 4/2017

OKTOBER
2017

Rapport fra Helsetilsynet 4/2017

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

Oktober 2017

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

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

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

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

Sammendrag

Hvorfor dette tilsynet?

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

Hvem og hvordan?

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

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

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

Hva fant vi?

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

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

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

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

Videre oppfølging av tilsynet

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

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

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

1 Om tilsynet og tilsynets temaer

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

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

Fylkesmennene har undersøkt:

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

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

1.1 Bakgrunn for valg av tema

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

Voksne med utviklingshemming er en sårbar gruppe

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

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

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

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

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

Identifisering av risikoområder

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

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

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

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

1.2 Om rapporten

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

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

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

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

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

4 KE Ellingsen. Op cit, se kapittel 4.

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

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

2 Funn i tilsynet

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

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

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

2.1 Personlig assistanse

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommunene skal ved ansettelse også innhente politiattest.

2.1.1 Utilstrekkelige og lite individuelt tilpassede tjenester

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2 Lite systematisk tjenesteutøvelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Dokumentasjon av personlig assistanse – mangelfull og spredt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4 Få spor av brukers medvirkning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Helsetjenestene i hjemmet – ikke trygge nok

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Særlig om legemiddelhåndtering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Legemiddellistene blir ikke systematisk kvalitetssikret av lege.»

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

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

2.2.3 Lite systematisk dokumentasjon av helsehjelp

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

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

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

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

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

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

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

Det er også eksempler på at ansatte som trenger det ikke har tilgang til journalsystemet.

2.3 Styring og ledelse av tjenestene

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

2.3.1 Uklar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

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

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

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

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

2.3.2 Svak kompetanse og mangelfull opplæring

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tilsynet avdekket *kunnskapssvikt* om brukernes helseforhold hos personalet i et relativt stort omfang. Det ble bl.a. påpekt utilstrekkelig opplæring av nyansatte og vikarer om brukeres helsetilstand og individuelle behov før personellet blir satt i turnus. I flere kommuner fikk personalet lite opplæring i aktuelle somatiske og psykiske sykdomsproblemer hos den enkelte, og i observasjon ved akutte og grad-vise endringer. Det ble påpekt at ufaglærtes mulighet til å fange opp endringer i helsetilstand er begrenset, og at ansatte uten formell kompetanse kan ha dårlig faglig skjønn ved kriser. I enkelte kommuner avdekket fylkesmennene sviktende opplæring i tiltak ved epilepsi.

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

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

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

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

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

2.3.3 Ledelsen følger ikke godt nok med, etterspør for lite

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

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

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

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

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

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

3 Gjennomføring av tilsynet

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

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

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

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

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

Brukere som informanter i tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

4 Veien videre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg: Oversikt over kommuner med tilsyn

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

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

«Det gjelder livet» (Heaggamávssolaš)

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

Dearvvašvuodageahču raporttas 4/2017

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

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

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

Fylkkamánnt čuovvolit juohke suohkana gos gávdnojedje láhkarihkumat. Dearvvašvuodageahčču ávžžuha suohkaniid, gos ii leat leamaš geahčču, atnit dán geahču vásáhusaid vuoddun árvvoštallat ahte čuvvot go sin iežaset geavat ja stivrenvuogádagat láhkamearrádusaid.

It is all about life

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

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

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

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

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

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

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

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2017

1/2017 Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbake-melding til den som har meldt

2/2017 Utenkelig eller forutsigbart?

Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

3/2017 Med lua i handa? Oppsummering av det landsomfattende tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

4/2016 Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Utgivelser 2016

1/2016 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

2/2016 Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? Status og erfaringer 2015 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

3/2016 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyns veileder som fylkesmennene har brukt i gjennomføringen av dette landsomfattende tilsynet, Internserien 1/2016, menyen Publikasjoner

Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet, menyen Tilsyn

Alle tilsynsrapporter som omhandler tjenester til utviklingshemmede, menyen Tilsyn

Involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn, menyen Tilsyn



Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

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

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

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 4/2017

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

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

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

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

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

Fra: Bülow, Toril (toril.bulow@tromso.kommune.no)

Sendt: 03.11.2017 10:04:06

Til: PLO - Fagkonsulenter; Johansen, Arne Kjell; Skoglund, Annie; Kristiansen, Margrethe; Dragland, Aud-Helene; Breivik, Elisabet; Solbakken, Line Elisabeth; Fagutviklingssykepleiere i Tromsø kommune; Balsfjord kommune; Balsfjord kommune, kommunalsjef; Bardu kommune; Bardu kommune, avdelingsleder; Bardu kommune, fagutviklingssykepleier; Bardu kommune, leder; Bardu kommune, leder; Berg kommune; Brattland, Trond; Dyrøy kommune; Dyrøy kommune, enhetsleder; Dyrøy kommune, Fagleder; Gratangen kommune; Gratangen kommune; Gratangen kommune, enhetsleder; Harstad kommune; Harstad kommune Omsorg Øysamfunn, enhetsleder; Harstad kommune, Slottet sykehjem; Ibestad kommun, Ibestad sykehjem; Ibestad kommune; Ibestad kommune, PRO-leder; Karlsøy kommun, Vannvåg bo- og servicesenter; Karlsøy kommune; Karlsøy kommune, Karlsøy hjemmetjeneste; Karlsøy kommune, PRO-leder; Rickard Printz; Kvæfjord kommune; Kvæfjord kommune, omsorgssjef; Kvæfjord kommune, PO-rådgiver; Post Kvænanen; Hege-Mari Karlsen; Unni Edvardsen; Post Kafjord; Agnes Nilsen; Lavangen kommune; Lavangen kommune, PLO-leder; Lenvik kommune; Lenvik kommune, HS-faglig ansvarlig; Lyngen kommune; Lyngen kommune, helse og omsorgssjef; Målselv kommune; Post Nordreisa; Salangen kommune; Salangen kommune, PO-sjef; Post Skjervoy; Åshild Hansen; Helse- og omsorgsetaten; Skånland kommune; Skånland kommune, Grovfjord bo- og servicesenter (GBS); Skånland kommune, Hjemmetjenesten Nord; Skånland kommune, Sandstrand Bo- og Servicesenter (SBS); Skånland kommune, Skånland sykehjem; Skånland kommune, Spes rådg. Leif Hugo Hansen; Post Storfjord; Sørreisa kommune; Sørreisa kommune, enhetsleder; Tommy Arne Hansen; Torsken kommune; Tranøy kommune; Postmottak Tromsø kommune

Kopi: Bendiksen, May Iren

Emne: Frie midler 2018, søknadsfrist 15. november 2017

Vedlegg: image001.emz; Søknadsskjema.docx

Vennligst videresend denne e-posten til aktuelle personer innen Helse- og omsorgstjenesten



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Troms
Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddás
Tromsø

**Ønsker du å drive fagutvikling i kommunehelsetjenesten?
Nå kan du søke prosjektmidlene «Frie midler» for 2018**

Vil du starte et prosjekt? Har du fått en ide? Er det et tiltak på arbeidsplassen din som du gjerne skulle ha gjort noe med? Er du engasjert og nytenkende?

USHT Troms utlyser årlig ut «Frie midler» som økonomisk støtte til prosjekt som bidrar til økt kvalitet på helse- og omsorgstilbudet til brukere i hjemmetjeneste og sykehjem i Troms. Midlene er tilgjengelige for helsearbeidere og andre aktuelle fagpersoner i kommunehelsetjenesten i Troms fylke. Frivillige organisasjoner og/eller pårørende kan også søke.

Søknadsfrist for «Frie midler» for 2018 er 15. november 2017. Send søknad til

usht@tromso.kommune.no

Mer informasjon på: <http://www.tromso.kommune.no/usht-troms>

Med vennlig hilsen

Toril Bülow
Leder USHT Troms
Tlf 48034599



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Troms
Buhcciidruovttu ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddás
Tromsø

www.tromso.kommune.no/usht-troms
www.utviklingssenter.no



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Troms

**Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddáš**

Romsa



Søknadsskjema «Frie midler»

Ansvarlig(e) for prosjektet:

Navn:

Avdeling/arbeidssted:

Adresse:

Postnummer:

Telefon:

E-postadresse:

Prosjektets tittel:

Bakgrunn:

(Beskriv hvorfor dette prosjektet er viktig. Beskriv egne erfaringer, og eventuelt kjennskap til lignende prosjekt. Henvis gjerne til litteratur/forskning på området)

Målgruppe:

(Hvilken målgruppe retter prosjektet seg mot – ansatte, pasienter/brukere, pårørende?)

Formål / mål:

(Beskriv hva du vil oppnå med prosjektet)

Gjennomføring:

(Beskriv hvilke tiltak som må gjennomføres for å nå målene. Hvordan vil du evt. involvere andre ansatte/ pasienter/ brukere/pårørende på din avdeling?)

Etiske vurderinger relatert til prosjektet:

Hvordan skal evaluering av prosjektet foregå?

Hvordan tenkes resultatene av prosjektet publisert/gjort kjent?

Beskriv tanker om videreføring av prosjektet etter endt prosjektperiode:



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Troms

Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddáš

Romsa



Tidsplan:

Planlegging:

Gjennomføring:

Avslutning:

Finansieringsplan:

Planlagte driftsutgifter:	Sum
	Sum totalt:

Total kostnadsramme: kr _____

Egne midler/egen innsats er vurdert til: kr _____

Søkes dekket av andre: kr _____

Søkes fra USHT: kr _____

Faglig veileder for prosjektet? (Navn, tittel, arbeidssted)

Uttalelse fra leder:

Sign.:

Sted _____ Dato _____

signatur søker/søkere

Fra: Jannicke Berg Leknes (Jannicke.Berg.Leknes@helsedir.no)

Sendt: 03.11.2017 10:57:20

Til:

Kopi:

Emne: Kunngjøring - Tilskudd til Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2018

Vedlegg:

Til landets kommuner og bydeler

Helsedirektoratet har publisert kunngjøring av tilskudd til *Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* for 2018.

Formål med ordningen: Styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet. Ordningen skal bidra til at flest mulig kommuner har rekruttert psykolog ved innføring av lovkrav om psykologkompetanse fra 2020.

Søknadsfrist til Fylkesmannen: **1. februar 2018**

Bevilgning: **155 mill. kr**

Prioriteringer:

- Kommuner som tidligere ikke har mottatt tilskudd skal prioriteres
- Kommuner som benytter psykologkompetansen i rusarbeid har høy prioritet, jf. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

Kontakt deres fylkesmann ved behov for mer informasjon

Vennlig hilsen

Jannicke Berg Leknes

seniorrådgiver

avdeling psykisk helse og rus

tlf. 810 20 050, dir. 953 06 754

Helsedirektoratet

Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo, Universitetsgata 2

www.helsedirektoratet.no

Fra: Larsen, Kjetil Trygve (fmtrktl@fylkesmannen.no)

Sendt: 02.11.2017 09:44:41

Til: rigmor.hamnvik@balsfjord.kommune.no; tove.utmo@dyroy.kommune.no; Gratangen kommune; Harstad kommune; anne.britt.kristensen@harstad.kommune.no; lisa.vikholt@harstad.kommune.no; alf.lorentsen@karlsoy.kommune.no; Linn Sylvi Steinnes; May Heitmann Knutsen; jens.vidar.viken@lenvik.kommune.no; postmottak@lyngen.kommune.no; liv-merethe.sorensen@lyngen.kommune.no; sivhege.severi@malselv.kommune.no; May-Britt Voll; Post Nordreisa; Elin Vangen; lars@salangen.kommune.no; Ellen Fossbakk Børsen; Skånland kommune; jostein.oyan@skanland.kommune.no; Liv Marit Torbergsen; Linda Rasmussen; Post Storfjord; Sørreisa kommune; monica.mikkelsen@sorreisa.kommune.no; dag.rydmark@gmail.com; birgit.eilertsen@tromso.kommune.no

Kopi:

Emne: Tilskudd til kommunalt rusarbeid kap. 765.62 - Overføring av tilskuddsmidler fra 2017 til 2018

Vedlegg:

Til postmottak: Videresendes til ledere i rus- og psykiske helsetjenester

Hei

Dere har mottatt tilskudd over Kommunalt rusarbeid kap. 765.62 for 2017, og det nærmer seg ulike frister gitt i tilskuddsbrevet fra Fylkesmannen:

Ubrukt tilskudd

Midler som dere ikke bruker fullt ut i år, kan dere søke om å få overført til 2018.

Frist for å søke overføring av overskytende tilskuddsmidler til 2018 er **30. november 2017**.

Søknad kan sendes på epost til fmtrpostmottak@fylkesmannen.no med kopi til meg.

Årsrapportering

Mottaker av tilskuddet skal rapportere i henhold til kravene beskrevet i tilskuddsbrevet.

For prosjekter/tiltak/aktiviteter som går over flere år, skal det rapporteres hvert år kommunen mottar tilskudd.

Frist for årsrapport/sluttrapport pr. 31.12.2017 er **1. februar 2018**.

Det vil bli lagt ut rapporteringsskjema på Helsedirektoratet.no når fristen nærmer seg.

Regnskapsrapportering og revisorattest

Frist for oversendelse av regnskap pr. 31.12.2017 er **1. februar 2018**.

Revisorkontroll og attestasjon skal oversendes Fylkesmannen så snart som mulig etter lukket regnskap, og **senest innen 1. mars 2018**.

For nærmere informasjon om krav knyttet til rapportering, se tilskuddsbrev og regelverk ([her](#)) for tilskuddsordningen.

Rapportering, regnskap og revisorkontroll/attest kan sendes på epost til fmtrpostmottak@fylkesmannen.no med kopi til meg.

Dersom det er spørsmål knyttet til dette er det bare å ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Kjetil Trygve Larsen

Rådgiver

Fylkesmannen i Troms/Romssa Fylkkamánni

Helse- og omsorgsavdelingen

Besøksadresse: Fylkeshuset, Strandvegen 13, Tromsø
Postadresse: Postboks 6105, 9291 Tromsø

Telefon: +4777642143

Telefaks: +4777642139

Mobil:

E-post: fmtrktl@fylkesmannen.no

Web: www.fylkesmannen.no/troms



Tenk på miljøet før du skriver ut denne eposten



Nordreisa kommune

Service- og personaltjenester

BIOS AS Galleriet
Sentrum 5
9151 STORSLETT

Delegert vedtak Delegert utvalg kommunestyre - nr. 24/17

Vedtaket er gjort i henhold til delegasjonsreglement gitt av Nordreisa kommunestyre i sak 57/16

Deres ref:	Vår ref (bes oppgitt ved svar):	Løpenr.	Arkivkode	Dato
	2015/389-26	9958/2017	U63	31.10.2017

Melding om delegert vedtak - skjenkebevilling for en bestemt anledning BIOS AS Galleriet

Saksopplysninger:

BIOS AS Galleriet ved Dag-Arne Johansen søker om skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) i forbindelse med Reisarevyen 10. og 11. november 2017.

Skjenkested er i foajeen i Halti bygget, Hovedveien 2, 9151 Storslett.

Det søkes om skjenking før forestillingene og i pausene, ønsket skjenketid er fra kl. 17.00 – 22.00 begge dager. Arrangementet har 18 års aldersgrense og vaktholdet vil bestå av 2 vakter.

De forventer en omsetning på 100 liter i gruppe 1 (tilsvarer øl) og 50 liter i gruppe 2 (tilsvarer vin).

Skjenkeansvarlig er Dag-Arne Johansen.

Politiet har gitt følgende uttalelse:

«Politiet har ingen bemerkninger til søker eller til søknaden. Politiet har ingen bemerkninger til skjenkestyrer.»

Vurderinger:

Tillatelse til skjenking gis etter skriftlig søknad som må være sendt kommunen senest fire (4) uker før arrangementet skal avholdes. Søknaden om skjenkebevilling ble mottatt 10. oktober.

Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – Reisarevyen.

I henhold til kommunal forskrift vedtatt i Nordreisa kommunestyre 16.06.2016 avgjøres skjenketid for arrangementet av ordfører.

Iht. kommuneloven § 9 pkt 5 delegeres ordfører å tildele ambulerende skjenkebevilling til et lukket arrangement (alkhl § 4-5) samt bevilling for en bestemt anledning (alkhl § 1-6, 2.ledd siste setn), for deltakere i åpent arrangement.



Postadresse:
Postboks 174, N- 9156 Storslett
E-post:
postmottak@nordreisa.kommune.no

Besøksadresse:
Sentrum 17
Internett:
www.nordreisa.kommune.no

Telefon: + 47 77 58 00 00
Telefaks: + 47 77 77 07 01

Bankkonto: 4740.05.03954
Org.nr: 943 350 833

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter § 5 a og § 5 b. Det skal ikke gis skjenkebevilling til stevner og utearrangement hvor det er allmenn adgang uten aldersbegrensning eller som er rettet spesielt mot familie, barn og ungdom. Dette gjelder selv om skjenking skal skje på et fysisk avgrenset område.

Vedtak etter § 5 refereres i påfølgende møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg.
Vedtak etter § 5 kan påklages til kommunestyret, jf. forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- BIOS AS Galleriet ved Dag-Arne Johansen gis skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til Reisarevyens forestilling 10. og 11. november 2017. Skjenkested er i foajeen i Halti bygget, Hovedveien 2, 9151 Storslett.
- Det gis skjenkebevilling 10. november fra kl. 17.00 – 22.00 og 11. november fra kl. 17.00 – 22.00.
- Skjenkeansvarlig er Dag-Arne Johansen.
- Området det skjenkes i, skal ikke være åpent for allmenheten i skjenketiden.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr. 350,- pr. arrangement.

Klageadgang

Vedtaket kan påklages til Nordreisa kommune.. Klagefristen er 3 uker regnet fra den dagen da brevet kom fram til påført adressat. Det er tilstrekkelig at klagen er postlagt innen fristens utløp.

Klagen skal sendes skriftlig til den som har truffet vedtaket, angi vedtaket det klages over, den eller de endringer som ønskes, og de grunner du vil anføre for klagen. Dersom du klager så sent at det kan være uklart for oss om du har klaget i rett tid, bes du også oppgi når denne melding kommer frem.

Med vennlig hilsen

Øyvind Evanger
Ordfører
77 58 80 02

Maylill Synnøve Henriksen
Konsulent
77 58 00 12

Dette dokumentet er produsert elektronisk, og har derfor ingen signatur.

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvænangen, boks 32, 9156 Storslett

Fra: Trykk-Tjenester (Trykk-Tjenester@helsedir.no)

Sendt: 01.11.2017 07:54:13

Til:

Kopi: Willy Skogstad

Emne: Avvikling av helseradionettet - beslutning

Vedlegg: 171020 Avvikling av helseradionettet - beslutning.pdf



Til

Regionale helseforetak,
helseforetak og
kommuner

Avvikling av helseradionettet - beslutning

Helsedirektoratet viser til brev av 28.1.2016 og 8.7.2016 vedrørende avvikling av Helseradionettet (HE-nettet) og Luftambulansetjenestens medisinske radionett (LA-nettet). Jfr. vedlagt brev.

Willy Skogstad
Helsedirektoratet
Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste
Telefon: +47 24 16 32 16
Mobil: +47 901 06 000
E-post: willy.skogstad@helsedir.no

Regionale helseforetak, helseforetak og kommuner

Deres ref.:
Vår ref.: 12/1553-39
Saksbehandler: Willy Skogstad
Dato: 20.10.2017

Avvikling av helseradionettet - beslutning

Helsedirektoratet viser til brev av 28.1.2016 og 8.7.2016 vedrørende avvikling av Helseradionettet (HE-nettet) og Luftambulansetjenestens medisinske radionett (LA-nettet).

Helse- og omsorgsdepartementets styringsgruppe for nødnett (HSN) besluttet i mars 2016 at et begrenset antall radiobaser i HE-/LA-nettet skulle beholdes inntil videre, for å sikre minimum radiodekning for Sea King redningshelikopter under ambulanseoppdrag.

På møte med 330-skvadronen 17.10.2017 fremkom at arbeidet med å få installert Nødnett i Sea King redningshelikopter var startet og at et tilstrekkelig antall redningshelikoptre var operative på Nødnett innen forholdsvis kort tid.

Det ble derfor besluttet at HE-/LA-nettet kan avvikles umiddelbart, med unntak av fire radiobaser som benyttes hyppig til kommunikasjon mellom Sea King redningshelikopter og AMK-sentral. Dette gjelder;

- **Kanal HE-65** på Kopparen i Sør-Trøndelag, som skal være i drift fram til 1.4.2018, med mulighet til forlengelse.
- **Kanal LA-07** på Vassfjellet i Sør-Trøndelag, som skal være i drift fram til 1.4.2018, med mulighet til forlengelse.
- **Kanal LA-09** på Røverkollen i Oslo/Akershus, som skal være i drift til begge Sea King redningshelikoptrene på Rygge har Nødnett installert – sannsynligvis innen utgangen av 2018, med mulighet til forlengelse.
- **Kanal LA-18** på Gamlemsveten i Møre og Romsdal, som skal være i drift fram til 1.4.2018, med mulighet til forlengelse.

Luftambulansetjenesten HF vil være ansvarlig for drift- og vedlikehold av LA-basene og St Olavs Hospital for HE-basen, inntil disse skal avvikles.

Helsedirektoratet er i dialog med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet om oppsigelse av spektrumstillatelsen som gir bruksrett til frekvensspekteret som benyttes i HE-/LA-nettet. Alle frekvensene er sagt opp, bortsett fra de som benyttes i kanalene nevnt over.

Helsedirektoratet

Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

Willy Skogstad, tlf.: +4724163216

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

I forbindelse med avvikling av HE-/LA-nettet vil Helsedirektoratet gjøre oppmerksom på følgende:

- Det er eier som er ansvarlig for forsvarlig kassering/avhending av utstyr, iht. gjeldende regler.
- Demontering av utstyr bør utføres av teknisk fagkyndige fra egen organisasjon eller fra leverandør. Dette gjelder RBO med betjeningsutstyr, kabling, antenner, leide samband og RBO-RBO-linjer mv.
- Informasjon som ligger på lagringsmedium i utstyret, slik som styring av brukeraksess, brannmurer og annen sensitiv informasjon mv. må fjernes for godt før utstyret kasseres/avhendes.

Videre må eierne av utstyret huske å si opp:

- Telelosji for innplassering av RBO, radiobase, antenne mv.
- Eventuelle leide 4-tråds samband mellom radiobase og RBO
- RBO-RBO telefonlinjer
- Eventuelle serviceavtaler tilknyttet utstyr i HE-/LA-nettet
- Eventuell forsikring av utstyret

Spørsmål i denne saken kan rettes til saksbehandler på telefon eller e-post willy.skogstad@helsedir.no.

Vennlig hilsen

Steinar Olsen e.f.
avdelingsdirektør

Willy Skogstad
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Bliksund AS
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett
HF (HDO)
Hovedredningssentralen Nord-Norge
Hovedredningssentralen Sør-Norge
IHM PS
Luftambulansetjenesten ANS
Nasjonalt kompetansesenter for
helsetjenestens kommunikasjons-beredskap
TC Connect AS

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
Regionale helseforetak, helseforetak og kommuner			



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
44/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	06.11.2017

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	

Behov for økte ressurser Guleng 3

Henvisning til lovverk:

- Lov om helsetjenestene i kommunene.
- Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften) .

Rådmannens innstilling

Kostnader til 124 % stilling helsefagarbeider - Guleng 3 på kr. 705.050 innarbeides i budsjett for 2018.

Saksopplysninger

Guleng 3 startet opp 1. mars 2017. Da flyttet de brukerne som hadde hatt tilbud andre plasser inn og 1 mai flyttet resten inn. I utgangspunktet var det budsjettet med stillinger i forhold til hvor mye man da vurderte at behovet var. Det viser seg at det er behov for økt stilling på 124% helsefagarbeider.

På Guleng bor det 8 brukere i egne leiligheter. 4 av brukerne har behov for 1 til 1 mens de andre har varierende behov. Det flyttet en bruker til Guleng med betydelig større hjelpebehov enn det som var planlagt, men her har det blitt tilført ekstra midler.

Flere av brukerne flyttet hjemmefra eller fra fosterhjem og det var liten kunnskap om hjelpebehovet deres. Her viser det seg at hjelpebehovet er betydelig større enn det man gikk ut fra da Guleng 3 ble planlagt. Her kan nevnes at det er behov for hjelp til alt fra personlig

hygiene, matlaging, handling, praktisk bistand i leiligheten, aktiviteter i fritiden o.l. Dette er brukere som for eksempel ikke kan dra på kino, svømmehallen, kirken, turer i skog og mark. Dette er brukere som er unge og har hele livet foran seg. De er ikke fornøyd med å sitte i leiligheten eller på fellesarealet på ettermiddagstid uten at noe skjer. Når ansatte må haste fra en leilighet til neste for å utføre oppgavene blir brukerne påvirket av det og de utvikler uønsket adferd for å kompensere for usikkerheten.

Det er naturligvis også et stort påtrykk fra pårørende som ønsker at brukerne skal få aktiviteter som er tilpasset det de har behov for jamfør lovverket.

I lov om helsetjenestene i kommunene er formålet i § 1 å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, videre er formålet å sikre tjenestetilbudets kvalitet og gi et likeverdig tjenestetilbud, sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov og sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

I § 3-2 går det frem at det er kommunens ansvar å tilby helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt.

I § 4-1 står det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert helse og omsorgstilbud, at tjenestetilbudet er verdig og det personell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester. Iplos registrering av våre beboere som ikke har 1:1 bemanning pr i dag , viser at tre av de har en skår på 4,5 og en har en skår på 3. Dette viser at de 3 med skår på 4,5 skulle hatt 1:1 bemanning.

4,0 i skår viser at de har store behov for bistand/assistanse/helsehjelp. De kan utføre/klare deler selv, men med bistandsyter tilstede hele tiden. Bistandsyter er til stede for assistanse/tilrettelegging/veiledning.

5.0 i skår tilsier fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp.

Pr i dag deler 4 beboere på 2 ansatte om kvelden.

IPLOS-registeret er hjemlet i

- Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften) .

Vurdering

Slik situasjonen er på Guleng 3 i dag, har ansatte ikke mulighet å gi et godt nok tilrettelagt tilbud slik at den enkeltes brukers integritet og verdighet opprettholdes.

Lovpålagte arbeidsoppgaver må utføres. Men, det man ser er at kvaliteten blir dårligere, fordi det er for få ressurser, konsekvensen er avvik på oppgaver og utvikling av uønsket adferd hos brukerne.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
45/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	06.11.2017

Behov for økt avlastning Guleng Bo og avlastning

Henvising til lovverk:

Lov om helsetjenester i kommunene

Rådmannens innstilling

Kostnader på 15 % stilling helsefagarbeider på kr. 85.300 innarbeides i budsjett for 2018.

Saksopplysninger

Guleng bo og avlastning driver avlastning til funksjonshemmede unge. Pårørende til en av ungdommene har søkt om økt avlastning for sitt barn med utvidelse av eksisterende avlastning fra 5 til 7 døgn hver 3 uke. Det er behov for 1 til 1 dag og aften og med tilsyn på natt. Ekstra midler til natt er ikke lagt inn her da Guleng har nattvakt. Årsaken til behov for økt avlastning er at foresatt har kroniske plager relatert til stell og pleie. Det foreligger legeerklæring fra vedkommende fastlege.

En utvidelse på avlastningen medfører en økning i årsverk på 15 %.

I lov om helsetjenestene i kommunene er formålet i § 1 å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, videre er formålet å sikre tjenestetilbudets kvalitet og gi et likeverdig tjenestetilbud, sikre et tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov og sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

I § 3-6 omhandler kommunens ansvar overfor pårørende går det frem at kommunen skal tilby nødvendig pårørendestøtte til de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, her er avlastningstiltak listet opp.

Vurdering

Uten økt avlastning vil foresatte sine kroniske plager bli større og behov for andre omsorgstiltak vil øke.

Til opplysning ligner denne saken på en tidligere sak om økt avlastning hvor Nordreisa kommune først ga avslag. Da dette ble behandlet hos Fylkesmannen opphevdde Fylkesmannen kommunens vedtak om avslag og skrev «vi ber kommunen merke seg at kommunen ikke kan legge avgjørende vekt på å begrunne sitt vedtak i personal og økonomihensyn».

Videre skriver Fylkesmannen at formålet med avlastningstiltak er å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Tjenesten skal hindre utmatting hos omsorgsgiver og gi pårørende regelmessig fritid og ferie, samt muligheter til å delta i vanlige samfunnsgoder og aktiviteter. Avlastningstiltak må organiseres slik at pårørende fortsatt kan gi tilfredsstillende omsorg. Avlastning erstatter ikke, men ytes i tillegg til tjenester til den omsorgstrengende. Fylkesmannen sa også at pårørende sparer Nordreisa kommune for tusenvis av kroner hvert år.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
46/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	06.11.2017

Resultatrapport september 2017 - helse- og omsorgssektoren

Henvising til lovverk:

Vedlegg

1 September 2017 Resultatrapport

Rådmannens innstilling

Resultatrapport for september 2017 tas til orientering.

Saksopplysninger

Resultatrapportering skal gjøres av alle virksomheter etter utgangen av hver måned. Virksomhetsleder skal innen den 10. i hver måned rapportere til sektorleder. Sektorleder rapporter innen 15. hver måned til rådmannen. Rådmannen rapporterer til hvert formannskapsmøte status på lønnskostnadene og lager hver tertial en resultatrapport til kommunestyret.

Sektorleder for helse og omsorg lager en totalrapport for sektoren til hvert møte i utvalget. Rapporten skal inneholde status på;

- Måloppnåelse i forhold til økonomi- og virksomhetsplaner
- Økonomi
- Medarbeidere
- Intern kontroll

Vurdering

Det er foretatt en analyse av sektor for helse og omsorg.



RESULTATRAPPORT

Frister: 1. kvartal: 15. april 2. kvartal: 5. august 3. kvartal: 15. oktober Årsrapport: 1. februar å.e
 Eller den 10. i hver måned (månedssrapportering)

RAPPORTDATO

17. oktober 2017

NAVN

Helse og omsorg

KLARGJORT AV

Navn på leder
 Kirsti Blomli og Linda Halvorsen

STATUS – MÅLOPPNÅELSE IFT ØKONOMIPLAN/VIRKSOMHETSPLAN

Her skriver du om tiltak som er iverksatt som følge av mål i vedtatte planer (kommuneplanens handlingsdel, økonomiplan, sektorplaner, virksomhetsplaner). Dersom vedtatte tiltak ikke er iverksatt, må årsaken skrives her.

STATUS - ØKONOMI

ANSVAR-AVDELING	REGNSKAP	BUDSJETT	FORBRUK I %	AVVIK
Lønn inkl sosiale utg	73 484 731,00	100 016 402,00	73,47	770 126,00
Øvrige utgifter	41 597 829,00	53 929 580,00	77,13	1 148 700,00
Inntekter	13 901 620,00	36 154 311,00	38,45	13 214 400,00
Dobbelklikk på denne tabellen.				
Lim inn tall fra Agresso (disse tallene er kun eksempel)				
Avviket må du regne ut fra differansen mellom hva forbruket i % skulle vært				
og hva den faktisk ble. Denne prosenten ganges med budsjetttrammen og du får				
da avviket i forhold til budsjett.				

KOMMENTARER TIL AVVIK:

Lønn; Merforbruk 770126

3 hovedområder:

1. Turnustillegg, Merforbruk kr. 1.419.793.

Turnustillegg til fast ansatte og vikarer utbetales fra samme konto, dermed vanskelig å analysere hvor overforbruk ligger, om det er vikarer, ekstrahjelp eller fast ansatte.

Tiltak; Jobber med å skille ut hva som er på faste ansatte og hva som er på vikarer og ekstrahjelp. Skal få dette adskilt i budsjett og regnskap 2018. Jobbe med den enkelt virksomhet, da det er stor forskjell på mer- og mindre forbruk innen de ulike virksomheter. Se nærmere på hvorfor noen klarer å være innfor, mens noen har store overforbruk.

Hittil i år er det utbetalt 1.mill mer i faste turnustillegg enn i fjor på samme tid. Bare Guleng har hatt en økning i sine utbetalinger på 500.000 hittil i år, sammenlignet med 2016 på samme tidspunkt. I år er Guleng 3 startet opp og de kjører en helt annen turnus enn det som har vært vanlig tidligere og som er dyrere og drifte.

2. Ferievikarer, Merforbruk kr. 1.000.734.

Merforbruk på ferievikarer, må også sees i sammenheng med øvrige utgifter, kjøp fra private vikarbyrå som bokføres på konto for konsulentttjenester. Det kan forventes en ytterligere økning på kr. 400.000-600.000 fram til årsskiftet sammenlignet med fjoråret.

Tiltak; Det har vært urealistisk budsjett på ferievikarer i forhold til det som må leies inn. Det har vært foretatt beregninger som vil legges inn for neste års budsjett for å gjøre denne posten mer realistisk.

3. Overtid; Merforbruk kr. 990.100,

3 virksomheter skiller seg ut, Bo- og Kultur, Sonjatun sykehjem og hjemmetjenesten.

Sammenlignet med fjoråret er det en økning på 600.000 hittil i år.

Tilbakemeldinger fra virksomhetsledere er; Udekte sykepleierstillinger, sykepleier må inn på overtid.

Andre yrkesgrupper har også jobbet overtid, som helsefagarbeider og assistenter. Mye av dette forklares som et resultat av nedbemanningen, der virksomheter tidligere har klart seg med 1 mindre på jobb, men nå blir de for få til å kunne ivareta driften hvis 1 blir fraværende.

Et tiltak kan være å rekruttere flere vikarer, samordne vikarer i forhold til virksomheter. Samt vikarpool.

Lønn i faste stillinger. Mindreforbruk 2.158.370.

Nesten alle virksomheter har et mindreforbruk på lønn i faste stillinger. Det jobbes med at virksomhetsledere vil komme med tilbakemelding på hvorfor det er mindreforbruk. Ubesatt og vakante stillinger er nok hovedgrunnen. Ser en også i sammenheng med bruk av vikarer, overtid og ekstrahjelp. Dette er noen som det skal jobbes med. Det skal ansettes i de faste stillingene.

Lønn sykevikar/sykelønns refusjoner; Mindreforbruk 375 633

Begrunnelse er at det ikke leies inn vikarer, evt det beordres overtid. Dermed må ses i sammenheng med merforbruk på overtid.

Per nå står det et merforbruk på 770 000. Det har snudd fra et mindreforbruk. Det forventes at mindreforbruk på lønn i faste stillinger vil reduseres samt at merforbruk på de aktuelle postene forventes å øke ytterligere.

Ser vi på oktober så er det en økning i prosent hvor merforbruket har økt totalt med 0,68 % som utgjør en økning av merforbruket fra 770000 til 1.450.000.

Øvrige utgifter; Merforbruk 1 148 700

Pensjon; Mindreforbruk 617 259

Dette ses i sammenheng med at det ikke er overforbruk på lønn i faste stillinger men overforbruk på vikarer. Overtid og variabel turnustillegg gir ikke pensjonsutbetaling. Må ses i sammenheng med merforbruk på disse postene.

Medisin; Mindreforbruk; 131.740

Mat og drikke. Sonjatun kjøkken. Merforbruk 376.828.

Urealistisk matbudsjett og det er ikke tatt hensyn til prisjusteringer og faktiske kostnader i forbindelser med tilbudet.

Arbeidstøy; Merforbruk 164.625

Driftstilskudd private; Merforbruk 458 249.

Private tjenester hvor det sendes krav for hele året og det bokføres i regnskapet. Det forventes at det går i null til slutten av regnskapsåret.

Driftsavtale private; Merforbruk 261 000.

Iht til avtale så forventes det at merforbruket på private omsorgstiltak vil komme opp til 758 000. Her tar vi forbehold om eventuelle forandringer som kan skje med tiltak underveis.

Driftsavtale leger. Merforbruk 500 000,

Hvorav 100 000 gjelder for 2016.

Her justeres ikke satsene kontinuerlig og det blir feil. Husleie er heller ikke deflator justert i 2017. Her er det de som fakturerer for legene som beregner dette. Men det jobbes med at dette forandres til at kommunen fakturerer slik at prisjustering og satsene hele tiden er oppdatert, og regnskapet fortløpende kan justeres. Det er tidligere rapportert at iht nye kontrakter, utjevningstilskudd for 1 lege mer enn budsjettet. Tilsvarende 185 000. Budsjettpostene må økes.

Konsulenttjenester; Merforbruk 1.158.113,

Virksomhetene er flinke å spare inn på variable poster. Det har vært en kraftig økning på konsulenttjenester fra i fjor på innleie av vikarbyrå. Sammenheng med ferievikar. For lite budsjett. Øke tiltak for å rekruttere vikarer. Samordne. Vikarpool. Det forventes ikke at bruk av vikarbyrå resten av året.

Kjøp av vaskeritjenester. Merforbruk 87.000,-

Budsjett er ikke justert i forhold til avtale.

Kommentar til avvik.

Merforbruket på øvrige utgifter ligger i hovedsak på bruk av vikarbyrå og et stort merforbruk på driftstilskudd og driftsavtale til private. Dette gjelder private omsorgsinstitusjoner og legetjenesten.

Det er vanskelig å sammenligne framover da vi forventer at store kostnader når det gjelder private omsorgstiltak vil bortfalle eller halveres.

Inntekter; Mindreinntekter; 13.200.000

Egenandeler; Merinntekt; 422 368

Overbelegg på sykehjem. Mindre bruk av dbl rom. Ikke like lett å fastsette fast sum. Det jobbes med å kvalitetsikre at det budsjettreguleres gjennom hele året.

Ressurskrevende tjenester. Er budsjettert høyt så og inntekt vil ikke komme før slutten av perioden.

Forventet Mindreinntekt 2 400 000

Blir inntektsført på slutten av året. Budsjettert med inntekt på 17 mill. Gjort en beregning at det skal være 15 mill. Derfor mindre inntekt på 2 mill. Det ligger en kostnadspost på 400 000 som er mindre inntekt fra 2016 som må tas inn. Så derfor er mindre inntekt 2.400.000.

Salginntekter; Mindreinntekt 211271

Dette gjelder i største grad mindre inntekt på kjøkkenet 140 000. Det har vært stor nedgang i matsalg fra kjøkkenet.

Leieinntekter; Mindreinntekt 117 700

Dette gjelder husleie inntekt iht avtale med Asvo vedr medfinansiering. Inntektene er ikke riktig kontert i regnskapet.

Fastlønnstilskudd til staten; Mindreinntekt 372750

Dette er tilskudd som gjelder refusjon fysioterapeuter og kan ikke søkes refusjon før perioden er over. Inntekten for 2 kvartal vil komme januar 18.

Hovedgrunnen til så høyt mindreinntekt kommer på ingen registrert inntekt på ressurskrevende tjenester før slutten av året. Det jobbes for at det skal lages rutiner slik at registreringene av inntektene og eventuelle budsjettreguleringer skal gjøres hvert tertial. Mindreinntektene på over 13 mill er ikke reelle slik det framkommer. De reelle mindreinntekter er 2,4 millioner når ressurskrevende tjenester blir bokført på slutten av året. Dette på grunn av de nye beregninger og overføring av mindreinntekter fra 2016

Konteringsliste lønn

Periode:

Kommentarer: Denne er gjennomgått, er det funnet feil?

0

MEDARBEIDERE

SYKEFRAVÆR (PR MÅNED): **FOR EKSEMPEL 9%**

Kommentarer: hvor mye er kortids- og langtidsfravær og hvilke tiltak gjøres for å motvirke fravær.

SIST GJENNOMFØRTE MEDARBEIDERUNDERSØKELSE:

Igangsatte tiltak etter undersøkelsen:

MEDARBEIDERSAMTALER (sett kryss)

Ikke påbegynt ()

Påbegynt ()

Fullført ()

Oppgi antall ansatte og hvor mange samtaler som er gjennomført hittil i år.

RESULTATOPPNÅELSE – STATUS MÅLEKORT

NAVN PÅ VIRKSOMHETEN/SEKTOREN			
	Støttetjenester til rådmannen, fagområdene, tillitsvalgte/verneombud og det politiske system		
	Indikator	Mål	Resultat
Organisasjon	Faglig og personlig utvikling		
	Årlige medarbeidersamtaler		
	Stolthet over egen arbeidsplass		
	Arbeidsnærvær		
Tjenestekvalitet	Økonomiavdelingen		
	Andel lovpålagte arbeidsgiverkontroller jf skattebetalingsloven. (andel selvstendig næringsdrivende)		
	Opplever økonomiavdelingen som serviceinnstilte og fleksible		
	Personal		
	Tilfreds med faglige råd, analyser og støtte i personalspørsmål		
	Rådgivning skole og barnehage		
	Tilfreds med faglige råd, analyser og støtte i personalspørsmål		
	Servicetorg		
	Besøkende opplever servicetorget som serviceinnstilte og fleksible		
	Ansatte opplever servicetorget som serviceinnstilte og fleksible		
	Andel politiske dokumenter elektronisk		
	IT avdelingen		
	Opplever IT-avdelingen som serviceinnstilte og fleksible		
	Gjennomsnittlig behandlingstid på supportsaker		

STATUS PÅ INTERN KONTROLL

STATUS OPPFØLGING AV POLITISKE VEDTAK

Her skriver du om vedtak er iverksatt og evt hvorfor de ikke er iverksatt.

STATUS PÅ INNMELDTE OG LUKKEDE AVVIK

Her oppgir du hvor mange avvik som er innmeldt og hvor mange av de er lukket.

GJENNOMFØRTE KONTROLLER, RESULTATER OG IVERKSATTE TILTAK

For eksempel tilsyn, revisjoner, vernerunder.

UTFØRTE RISIKOANALYSER:

Her lister du opp ROS-analyser som er gjennomført



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
47/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	06.11.2017

Budsjett 2018 - helse- og omsorgsektoren

Henvising til lovverk:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Rådmannens innstilling

Sektorleder har følgende endringsforslag til budsjett 2018:

- Øke budsjett ferievikar med 1.3 million
- Øke investering utstyr kjøkken med 1.4 mill. (400.00 til evt. andre kostnader hvis det må gjøres noe med eks.strømtilkoblinger).
- Lønnskostnader 50% kjøkken. Mulig mer ved gjennomgang av tjenesten, da kok/kjøl driften gir en høyere produksjon pr. ansatt.
- Nødvendig å oppjustere matbudsjettet med 500.000 for et realistisk budsjett. Dersom matproduksjon til hjemmeboende utgår vil dagens matbudsjett kunne holde med en økning på 300.000 kr, men da må inntekt av matsalg til hjemmeboende strykes.
- Avlastningsplassene integreres på Sonjatun Omsorgssenter og Sonjatun Bo- og kultursenter med tilsammen 4 plasser.
- Lillebo benyttes i hovedsak kun til dagtilbud. Dersom det er behov for å benytte rommene til langtidsplass, må disse pasientene være stabil og avklart. Det innebærer følgende behov:
 - 1 stilling til kr 600.000,-.
 - 100.000 kr. i skyss til dagtilbud
 - 50.000 til utstyr og diverse
 - Egenandel inntekt: 20.000
- Opprettelse av et tildelingskontor vil gi en mer målrettet saksbehandling og tildeling av tjenester. Økning i stabsfunksjon til saksbehandling og kvalitetsarbeid: 40% stilling, 240.000 kroner.
- Utvide heldøgnsomsorg begrepet fra bare institusjon til også å innebærer helsedøgns omsorg i omsorgsbolig og i egne hjem. Dette kan være ved å ta i bruk feks teknologi og økt hjemmetjenester på natt. På sikt vil man da kunne reduserer presset på institusjon og dreie driften mer mot hjemmene.
- Det må legges til rette for at man benytter eksisterende dataprogram fullt ut, og tar i bruk de funksjonene som ikke benyttes i dag. Feks kjøreruter i hjemmetjenesten. Denne effektivitet vil

kunne hentes raskt inn i form av besparelse av tid, samt kvalitetssikring. Dette vil kreve økt kursing, estimert utgift på kr 20.000,-

- Kurs i medisinhåndtering til alle helsefagarbeiderne i helse og omsorg.
- Multidose for sykehjem: 160.000 i utgift, 2400 i uka. Se politisk vedtak i HEOM.
- Innkjøp av medisinkabinett, estimert kostnad på kr 1.000.000,-
- Det er behov for økt budsjett i forhold til håndduker, sengetøy, vaskekluter, arbeidsklær, og lignende med kr 200.000,-.
- Vaksiner til ansatte: Anbefalt vaksine: Hepatitt, samme som vaktmester og renholder får tilbud om, noe som krever økt budsjett på kr 60.000 kr. Anbefalt Influensavaksine til ansatte med estimert kostnad på 60.000 kr gjennom økt budsjett.
- Trygghetsalarm: Må kjøpes inn nye da de gamle er analoge, og må digitaliseres. Økt budsjett på 200.000 kr.
- Velferdsteknologi: Plattform og utstyr med budsjett på 1.200.000 kr.
- Kriseteam : Fast godtgjørelse på medlemmer med estimert utgift på kr 50.000,-.
- Etablering av sykepleierpool med 2 hele stillinger med budsjett på kr 1.400.000,-.

Saksopplysninger

Regjeringen la 11.mai i år frem st.prop nr 128 S Kommuneproposisjon 2018.

Kommuneproposisjonen gir føringer for forslaget til statsbudsjett for 2018 som legges frem i begynnelsen av oktober. Det legges opp til en vekst i frie inntekter på 3,5 og 4,0 mrd kr, noe som utgjør mellom 1,1 % og 1,2 %. Veksten begrunnes i:

- Kr 300 mill til opptappingsplan på rusfeltet.
- Kr 200 mill til satsning på tidlig innsats i barnehage og skole.
- Kr 200 mill i forebyggende tiltak til barn, unge og familier for å ruste kommunene for barnevernsreformen. Tiltaket støtter opp om satsingen i arbeidet med psykisk helse, rus og opptappingsplanen mot vold og overgrep, samt satsingen på helsestasjons- og skolehelsetjenester.
- Kr 100 mill fordeles mellom fergefylkene for å sikre god infrastruktur for folk og næringsliv langs kysten.

I proposisjonen for budsjett i 2017 ønsket regjeringen å synliggjøre effektivitetspotensialet som ligger i kommunesektoren. Dette fokuset fortsetter i proposisjonen for 2018. Dersom kommunen setter et effektivitetskrav til egen virksomhet på 0,5% tilsvare det mellom kr 1,65 mrd og 2,15 mrd på landsbasis, som kan benyttes til styrking av tjenestene i tillegg til det som følger av inntektsveksten. For Nordreisa utgjør 0,5 % kr 1,55 mill (av kr 310,8 mill) i 2017-tall.

Nordreisa kommune står på ROBEK-listen og har et akkumulert merforbruk på kr. 4,86 millioner per 31.12.2016. Godkjent inndekningsplan for tidligere års merforbruk er som følger:

Merforbruk	Resterende underskudd 31.12.2016	Inndekning 2017
2010	2 415 619	2 415 619
2014	469 043	469 043
2015	1 978 500	1 978 500
Sum	4 863 162	4 863 162

Kommune skal etter planen være ferdig med inndekning av tidligere års merforbruk i 2017, og i 2018 blir det ikke budsjettert med inndekning.

Når budsjettrammer for 2018 settes tas det utgangspunkt i den opprinnelig budsjettramme for 2017 som ble vedtatt i desember 2016. Denne rammen justeres for lønnsøkning og bindende politiske vedtak som har økonomisk virkning. Opprinnelig budsjettramme for 2017 er som følger:

Sektor	Økonomisk ramme 2017
1 Sektor for administrasjon	27 067 137
2 Sektor for oppvekst og kultur	125 799 980
3 Sektor for helse og omsorg	120 396 639
5 Selvkost	0
6 Sektor for drift og utvikling	36 850 218
7 Skatter og rammetilskudd	-331 022 000
8 Renter, avdrag og avsetninger	20 878 026
9 Prosjekter	30 000

Vurdering

Kommunens budsjettprosess 2018 startet i juni med vedtak på foreløpig budsjettrammer for 2018. Det er nødvendig at prosessen starter tidlig for å få med politiske prioriteringer, gi politiske signaler og få en bedre prosess frem mot oktober når statsbudsjettet legges frem. Det legges opp til at i første utvalgsmøtet etter sommerferien presenteres sektorens behov ut fra politiske vedtak som allerede foreligger, og utvalget arbeider med sektorens ramme og prioriteringer i møtene frem mot november. På utvalgsmøtet i november foreligger sektorens totalbudsjett, og eventuelt forslag til rammeøkning som skal behandles av formannskap/kommunestyret.

Når det gjelder lønnsbudsjettet er det nødvendig å kvalitetssikre dataene før disse presenteres i utvalgene. Sentrale forhandlinger ferdigstilles de siste dagene i mai og informasjon sendes ut til kommunene i løpet av juni/juli. Sentralt oppgjør utbetales på lønnen for august måned. I tillegg er det i 2017 lokalt lønnsoppgjør som er fastsatt til begynnelsen av oktober måned. Det totale lønnsoppgjøret vil derfor tidligst være klart i midten av oktober.

Rådmannens signaler fremover er at sektorene i mye større grad må ta utfordringer i sektoren innenfor egne rammer, og at dette gjøres av hovedutvalgene. Dersom nye tiltak skal gjennomføres må dette hentes fra sektorens totalramme på bakgrunn av omdisponeringer.

Sektorenes prioriteringer og behov

Det er foretatt en gjennomgang av behovene i sektorene, og det er avdekket følgende behov:

Økt budsjett ferievikarer

Det anbefales at ferievikar budsjett økes med ca 1.300.000,- sett i forhold til erfaringer i 2017. Dette for å få et mer realistisk nivå på feriebudsjettene. Budsjettet er i 2017 på kr 2,77 mill, og anbefales å være på 4 mill. Ferieavvikling er en fast kostnad.

Hvert årsverk som er i direkte pleie må erstattes av vikar. Eks ett årsverk er lik 25 dager * 2370,- per årsverk = kr 59.250 per årsverk på 5 ukers ferie. På 6 ukers feriedager er kostnaden lik kr 71.100,-.

Forslag: Øke budsjett ferievikar med 1.3 million til totalt 4.mill.

Alternativ drift av kjøkkenet ved Sonjatun

Et annet alternativ til dagens drift er å endre kjøkkendriften til å være et produksjonskjøkken, ta i bruk kok/kjøl metoden. Kjøkkenet produserer maten og kjøler ned. De kan produsere for flere dager fram i tid, og har produksjon 4 dager i uken, den femte dagen er til planlegging og annet vedlikehold. Produksjonskjøkken er innført i mange kommuner. Det nye er at avdelinger på sykehjem blir utstyrt med utstyr slik at de kan varme maten selv på avdelingene i egne ovner. Dette er enkelt da maten ligger ferdig i spesielle beholdere og settes direkte i ovn, og det krever ikke mye innsats av pleiepersonalet. Middagen oppbevares i egne kjøleskap på hver avdeling. Alle nye moderne sykehjem legger opp til denne metoden, eks. Tromsø, Alta og Hammerfest. Dette krever en del utstyr som er engangsinvestering. Av utstyr trengs følgende:

Hovedkjøkken:	Blåsekjøler	kr	90.000
Hver bogruppe (avdeling)	Oppvaskmaskin	kr	35.000
	Kombiovn	kr	65.000
	Stort kjøleskap	kr	22.000
	<u>Totalt hver bogruppe</u>	<u>kr</u>	<u>122.000</u>

Det er 7 bogrupper og den totale kostnaden på bogruppene blir kr 854.000,-.

Blåsekjølen til kjøkkenet er det behov for uavhengig av om oppvarming skjer på avdelinger eller ikke.

Totalt 944.000,- kr. Dette vil gi besparelse på kjøkkenet bemanningsmessig da kjøkkenet vil være stengt i helger og høytider, samt at produksjonskjøkken vil ha en mer fleksibel produksjon i løpet av hele dagen, i motsetning til dagens drift da den daglige produksjon er knyttet opp mot et klokkeslett, middagstid kl. 13. Det vil være behov for å ha en gjennomgang av behovet for antall personell, da det vil reduseres med en slik drift.

I dag leverer også kjøkkenet middager til hjemmeboende.

Spørsmålet er i hvor stor grad skal dette fortsette.

Et forslag er at kjøkkenet kun leverer middag til hjemmeboende med spesielle ernæringsbehov.

Det finnes i dag fullgode middager i form av ferdigmat (eks Fjordland, Toro osv). Det er flere pasienter i hjemmetjenesten som allerede har disse produktene.

Dette vil også gi en kostnadsbesparelse for kjøkkenet i produksjonstid, samt utkjøring for hjemmetjenesten rundt et spesielt klokkeslett som binder opp mye tid, som heller kunne vært anvendt mer fleksibelt.

Ernæring er et av satsningsområdene fra sentrale myndigheter, og da er det viktig at det er tid og ro til å kunne følge opp pasienten i forhold til middag. Slik det er nå med utkjøring av varm mat, er det å få middagen raskest mulig ut for hjemmetjenesten slik at den ikke skal bli kald. Dette gir lite fleksibilitet og lite fokus på den enkeltes pasient sitt behov for oppfølging i måltidsituasjon.

Enkelte pasienter trenger god til, ro og tilstedeværelse av ansatte for at vedkommende skal spise. Dette behovet blir satt under press på en utkjøringsrunde der flere middager skal kjøres ut varm.

Forslag: Øke investering utstyr kjøkken med 1.4 mill. (400.00 til evt. andre kostnader hvis det må gjøres noe med eks.strømtilkoblinger)

Redusere: Lønnskostnader 50% kjøkken. Mulig mer ved gjennomgang av tjenesten, da kok/kjøl driften gir en høyere produksjon pr. ansatt.

Øke til 4 måltider på sykehjemmene

Sentrale myndigheter anbefaler at det serveres 4 måltider på sykehjem, noe som er en økning på ett måltid sett mot dagens praksis. Middagen vil da bli servert på ettermiddagen. Dette vil gi et mer fokus på mat og måltid, noe som forskning sier skaper mer ro og trivsel blant beboere, samt at ernæringsbehovet dekkes på en bedre måte med hyppigere faste måltid. Kostnaden ved å øke med ett ekstra måltid vil være minimal, og man må se på kosten hele døgnet i sammenheng.

Forslag: Nødvendig å oppjustere matbudsjettet med 500.000 for et realistisk budsjett. Dersom matproduksjon til hjemmeboende utgår vil dagens matbudsjett kunne holde med en økning på 300.000 kr. , men da må inntekt av matsalg til hjemmeboende strykes.

Drift av Lillebo

Lillebo ble åpnet våren 2017 og er ment som avlastningsplasser til hjemmeboende, 5 plasser, samt 6 plasser på dagtilbud for hjemmeboende. Pasienter på avlastning har ett stort hjelpebehov. Det blir ustabilitet i pasientgruppen ettersom det stadig er utskiftning, noe som skaper uro internt på avdelingen. Det er utfordrende å være kun en ansatte på jobb. Det har vært uro på avdelingen og man har derfor forsøkt å gått ned til 3 pasienter på avlastning. I tillegg har vært pasienter på Lillebo som har vært der i påvente av en langtidsplass.

Når man ser på omsorgstrappen er de pasientene som er på avlastning høyt oppe i omsorgstrappen, mens dagtilbudet er et lavterskeltilbud og er på første steg i omsorgstrappen. Det er vanskelig å kombinere disse i samme lokaler; 11 pasienter med svært ulikt behov. Forslag til løsning er at avlastningsplassene integreres på Sonjatun Omsorgssenter og Sonjatun Bo- og kultursenter med tilsammen 4 plasser. Lillebo benyttes i hovedsak kun til dagtilbud. Dersom det er behov for å benytte rommene til langtidsplass, må disse pasientene være stabil og avklart.

Løsningen vil ikke innebære behov for økte ressurser men en reduksjon dersom pasientene inngår i pasientantallet til virksomhetene.

Dersom hjemmetjenesten iverksetter tiltak som utsetter et langtidsopphold, eks. gjennom ernæringsoppfølging, legemiddelgjennomgang, fallforebyggende tiltak, tidlig innsats og hverdags rehabilitering, samt avlastning og dagtilbud så skal det være mulig å redusere antall langtidsplasser på sikt.

Dagtilbud

Tilbudet er ikke startet opp enda på grunn av forhold på Lillebo.

Forslag 1 stilling 600.000 kr.

100.000 kr. i skyss til dagtilbud

50.000 til utstyr og diverse

Egenandel inntekt: 20.000

Tildelingskontor av tjenester/kvalitetsarbeid på grunn av manglete rutiner

Opprettelse av et tildelingskontor vil gi en mer målrettet saksbehandling og tildeling av tjenester. Slik det er nå er det mange saksbehandlere og mange som foretar tildeling. Det kan gi en ulik praksis på hvilke pasienter som har behov for hvilke tjenester. Det må jobbes mer systematiske med saksbehandling og tildeling av tjenester framover i tid, spesielt nå som velferdsteknologi også skal inn som en tjeneste. Det vil kreve en ytterligere kompetanse i saksbehandling og tjeneste tildelingen.

Det må også framover i tid settes mer fokus på rutiner og kvalitetsarbeid.

Økning i stabsfunksjon til saksbehandling og kvalitetsarbeid: 40% stilling, 240.000 kroner.

Heldøgnsomsorg

Utvide heldøgnsomsorg begrepet fra bare institusjon til også å innebærer helsedøgns omsorg i omsorgsbolig og i egne hjem. Dette kan være ved å ta i bruk feks teknologi og økt hjemmetjenester på natt. På sikt vil man da kunne reduserer presset på institusjon og dreie driften mer mot hjemmene. Denne omstillingen krever at dagen ressursbemanning må sees mer i sammenheng og være mer målrettet etter pasientenes behov.

Økning: Se under punktet velferdsteknologi

Utnytte eksisterende dataprogram og et tilleggsprogram kjøpt i 2017

Det må legges til rette for at man benytter eksisterende dataprogram fullt ut, og tar i bruk de funksjonene som ikke benyttes i dag. Feks kjøreruter i hjemmetjenesten. Denne effektivitet vil kunne hentes raskt inn i form av besparelse av tid, samt kvalitetssikring.

Øke: Fast kostnad 40.000 kr til lisens for innkalle vikarer via SMS. Lisens kjøpt i 2017.

Det vil kreve økt kursing, estimert utgift på kr 20.000,-

Medisindelegasjon

Kurs i medisin håndtering til alle helsefagarbeiderne i helse og omsorg. I dag er det kun sykehjemmene som ikke har en slik delegasjon. Dette vil gi en besparelse på overtidbruk, der sykepleiere må være på jobb for å dele ut medisin. Forbruket på overtid har ikke hatt budsjett slik at budsjettmessig er det ingenting å redusere, men reduserer faktisk overtidbruk.

Multidose

Sykehjem: 160.000 i utgift, 2400 i uka. Se politisk vedtak i HEOM.

Medisinkabinett

1.000.000 kr.

Klesbudsjett (håndduker, arbeidsklær, utstyr)

Det er behov for økt budsjett i forhold til håndduker, sengetøy, vaskekluter, arbeidsklær, og lignende med kr 200.000,-.

Vaksiner til ansatte:

Anbefalt vaksine: Hepatitt, samme som vaktmester og renholder får tilbud om.

Budsjett: 60.000 kr

Anbefalt Influensavaksine til ansatte:

Budsjett: 60.000 kr.

Trygghetsalarm:

Må kjøpes inn nye da de gamle er analoge, og må digitaliseres.

Budsjett: 200.000 kr.

Velferdsteknologi:

Plattform og utstyr:

Budsjett 1.200.000 kr.

Krisetaem

Eget budsjett

Fast godtgjørelse på medlemmer

<u>Betegnelse</u>	<u>Beløp</u>	<u>Antall</u>	<u>Årsgodtgjøring</u>
Leder	9 600	1	9 600
Medlemmer	4 800	4	19 200
Sum			
godtgjørelse			28 800

<u>Utrykninger</u>	<u>Timelønn</u>	<u>Antall timer</u>	<u>Beløp</u>
Per utrykning:	430	24 t	10 320
Sum:			39 120

Dersom man tar høyde for 2 utrykninger pr år, kan en budsjettere med 50.000

Sykepleierpool

2 hele stillinger,

1.400.000