



Møteinnkalling

Utvalg: Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested: Møterom 2. etg bo- og kultur, Sonjatun bo- og kultur
Dato: 13.11.2019
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.

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 31/19	Referatsaker		
RS 95/19	Diagnosetting av personer med utviklingshemming - rapport fra stikkprøveundersøkelse i kommunene		2019/1154
RS 96/19	Invitasjon til deltagelse i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester		2019/1153
RS 97/19	Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning - 8.10.19 - North of Lyngen Apartments AS		2019/982
RS 98/19	Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 10.09.19 - North of Lyngen Apartments AS		2019/982
RS 99/19	Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 13.09.2019 - Kultnett AS		2019/903
RS 100/19	Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 16.10.19 - Bjørn Arne Olsen		2018/586
RS 101/19	Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en enkelt anledning 8. og 9. november 2019		2019/862
RS 102/19	Rapport etter utførte salgs-, skjenke- og røykekontroller i perioden august 2019		2018/100
RS 103/19	Referat møte i Ungdomsrådet 19.09.19		2019/135
RS 104/19	Svar på-tilsyn		2019/485
RS 105/19	Tilsynsrapport - Mattilsynet forhåndsvarsler vedtak om vedlikehold		2019/1164
RS 106/19	Vedtak om skjenkebevilling 8.10.19 North of lyngen Apartments AS		2019/982
RS 107/19	Vedtak om vedlikehold fra Mattilsynet		2019/1164
PS 32/19	Evaluering av drift på Guleng 3 - jfr sak 37/18		2019/1138
PS 33/19	Fremdriftsplan - helse og omsorgsplan		2016/399
PS 34/19	Status avvik tom 30.09.19 - sektor for helse og omsorg		2019/1123
PS 35/19	Status sak om framtidig kjøkkendrift Sonjatun		2017/1346
PS 36/19	Vedtak fra formannskapets møte 10.9.19 i PS 32/19 Dialog med ulike brukergrupper – søknad om midler fra formannskapet til dialogmøte		2019/1007

PS 31/19 Referatsaker

Fra: Postmottak HTIL (Postmottak@helsetilsynet.no)

Sendt: 09.10.2019 15:16:24

Til:

Kopi:

Emne: Diagnosesetting av personer med utviklingshemming - rapport fra stikkprøveundersøkelse i kommunene

Vedlegg: Stikkprøverapport.pdf

Vi ber om at denne eposten videresendes til ansvarlige for helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Statens helsetilsyn har i samarbeid med fylkesmennene gjennomført en stikkprøveundersøkelse i et utvalg kommuner av diagnosesetting hos personer med psykisk utviklingshemming. Resultatene er oppsummert i vedlagte rapport.

Vi takker de kommunene som har bidratt i undersøkelsen.

Se også presstekst: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2019/de-fleste-faar-stilt-diagnose-psykisk-utviklingshemming-korrekt-viser-stikkproevekontroll/>

Vennlig hilsen

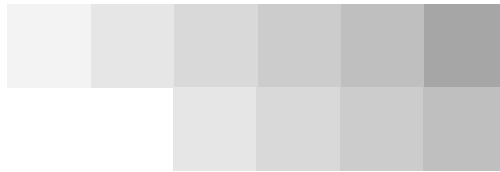
Marianne Noodt

Fagdirektør

Avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester

Statens helsetilsynet

Tlf.: 21529978



Hvor stilles diagnosen psykisk utviklingshemming?

En stikkprøveundersøkelse av diagnosesetting hos personer registrert med en psykisk utviklingshemming

**Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet fra Statens helsetilsyn
august 2019**

Hvor stilles diagnosen psykisk utviklingshemming?

En stikkprøveundersøkelse av diagnosesetting hos personer registrert med en psykisk utviklingshemming

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Bakgrunn	3
3	Hva ønsket vi å finne ut?	4
4	Gjennomføring av undersøkelsen	5
5	Resultater	9
5.1	Hvor ble diagnose stilt?.....	9
5.2	Feilaktige eller manglende diagnoser?.....	12
5.3	Diskusjon.....	12
6	Konklusjon	13
7	Anbefalinger og tilsynsmessig oppfølging	13
8	Vedlegg	14

1 Sammendrag

Statens helsetilsyn har gjennomført en stikkprøveundersøkelse i et utvalg kommuner. Kommunene er bedt om å rapportere hvor diagnose er stilt og av hvem for et utvalg personer med psykisk utviklingshemming.

Undersøkelsen gjaldt personer over 16 år registrert som personer med utviklingshemming i kommunens innrapportering til Helsedirektoratet, og med vedtak om tjenester fra kommunen. 90 kommuner ble valgt ut, og vi har mottatt opplysninger fra 88 kommuner om til sammen 704 personer.

83 prosent av de 704 personene vi har fått opplysninger om, har fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten. Flere små enn store kommuner oppgir at alle i personutvalget har fått stilt diagnose i spesialisthelsetjenesten. Det er noen, men ikke betydelige geografiske variasjoner.

De faktiske opplysningene om hvor, når og av hvem diagnosen er stilt indikerer etter Helsetilsynets vurdering ikke at dette området er beheftet med systematisk svikt. Det ser ut til at de aller fleste har fått satt diagnosen i den delen av helse- og omsorgstjenesten som har spesiell og nødvendig kompetanse til å gjøre det. Undersøkelsen gir derfor ikke holdepunkt for en generell bekymring for at personer feilaktig får stilt diagnosen eller blir registrert med diagnose psykisk utviklingshemming.

De kommunene der denne undersøkelsen – og Helsedirektoratets samtidige undersøkelse – har avdekket feil, svikt og mangelfull dokumentasjon, må sørge for å rette opp og bringe forholdene i orden. Kommunene trenger korrekte og oppdaterte opplysninger om alle brukere, inklusive diagnoser og dokumentasjon av utredningsforløp for å kunne yte forsvarlige tjenester til den enkelte. De må også sikre at all behandling av pasient- og brukerinformasjon blir utført eller kvalitetssikret av personell med helse- eller omsorgsfaglig kompetanse.

Fylkesmennene vil vurdere, ut fra et helhetsbilde, om det er kommuner eller enkeltsaker som bør følges opp tilsynsmessig. Det inkluderer de kommunene som ikke har svart på undersøkelsen.

2 Bakgrunn

Media avdekket høsten 2018 at tre brødre i Tolga kommune hadde diagnosen psykisk utviklingshemming, uten at de selv var kjent med det. Statens helsetilsyn fikk i oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet å undersøke om kommunen «på lovlig måte har fastsatt diagnose». Etter Helsetilsynets gjennomgang av utredningen og diagnostiseringen av de tre brødrene, var konklusjonen at to av brødrene aldri hadde fått stilt diagnosen psykisk utviklingshemming. For den ene av disse var diagnosen psykisk utviklingshemming ved en

feil blitt journalført og deretter lagt til grunn og videreformidlet i flere sammenhenger. Etter ny utredning i 2018 ble denne diagnosen avkrefte. For den tredje av brødrene ble det bekreftet at han var diagnostisert med psykisk utviklingshemming etter en forsvarlig utredning i spesialisthelsetjenesten i 2014.¹

I kjølvannet av reportasjen og den offentlige debatten ble det reist spørsmål om mangelfull og sviktende utredning og diagnostisering av psykisk utviklingshemming gjelder flere personer, og i flere kommuner. Statens helsetilsyn vurderte at det var behov for nærmere undersøkelser og eventuell tilsynsmessig oppfølging, og valgte å gjennomføre en stikkprøveundersøkelse knyttet til noen personer med psykisk utviklingshemming i noen tilfeldig utvalgte kommuner.

Samtidig har Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet innhentet kunnskap om grunnlaget for kommunenes innrapportering av personer med psykisk utviklingshemming; hvilke kriterier som er lagt til grunn, hvilke instanser som har fastsatt diagnosen, og hvilke tjenester personene har mottatt. Helsedirektoratet har også gjennomgått hva som finnes av faglige retningslinjer på området, for å undersøke om praksis er i tråd med føringene i rundskriv IS-3/2018. Noen av problemstillingene vil også bli belyst gjennom en kartleggingsundersøkelse (questback) til samtlige norske kommuner. Helsedirektoratet publiserer resultatene samtidig med Helsetilsynets rapport.

3 Hva ønsket vi å finne ut?

Kort om utredning og diagnostisering av psykisk utviklingshemming

Diagnose er betegnelse for sykdommer eller tilstander med felles kjennetegn, og stilles på bakgrunn av pasienters symptomer, sykehistorie og undersøkelser. Psykisk utviklingshemming regnes som en livslang tilstand som må ha oppstått før personen er fylt 18 år, IQ må ligge under 70 og personens adaptive ferdigheter i dagliglivet må vise vesentlige avvik fra normalnivået. Definisjonen bygger på diagnosekodeverket som blir benyttet i spesialisthelsetjenesten (ICD-10), og er tilsvarende i allmennlegenes kodeverk (ICPC). Det er vanlig å skille mellom ulike grader av utviklingshemming; lett, moderat, alvorlig og dyp.

Rundskriv IS-3/2018, som er retningslinjen for tildeling av rammetilskudd til kommunene på grunnlag av antall personer med psykisk utviklingshemming, nevner noen (nærliggende) diagnoser og tilstander i tillegg til diagnosen psykisk utviklingshemming som relevante for tildeling. Det er Downs syndrom og noen sjeldne tilstander/kromosomlidelser som medfører psykisk utviklingshemming (eks. Retts syndrom, Angelmans syndrom, Cri du Chat syndrom). Vi bruker i fortsettelsen psykisk utviklingshemming som samlebetegnelse om alle disse tilstandene.

¹ Statens helsetilsyns gjennomgang av diagnostiseringen av tre brødre fra Tolga. Rapport fra Statens helsetilsyn 11. februar 2019.

Det er ikke noe absolutt krav i faglige retningslinjer at utredning og diagnostisering skal foretas i spesialisthelsetjenesten, men som det oppsummeres i Helsetilsynets rapport 11. februar 2019, må den som stiller diagnosen «beherske utredningsverktøyene som benyttes i intelligenstester som avdekker IQ og (å) kunne vurdere personens ferdigheter innen motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare dagligdagse aktiviteter». Utviklingshemming fordrer grundig utredning, som ikke sjelden kan strekke seg over år, og gjerne i et samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste, PP-tjeneste og spesialisthelsetjeneste. I praksis vil ofte diagnose stilles i spesialisthelsetjenesten, men det er ikke nødvendigvis uforsvarlig dersom diagnosen formelt er stilt utenfor spesialisthelsetjenesten, f.eks. av fastlege eller av psykolog i kommunen.

Diagnosen har stor betydning personlig, sosialt, rettslig og økonomisk for den enkelte. Den er ikke minst avgjørende for at skole og helse- og omsorgstjenester skal ha relevant og nødvendig kunnskap om den enkeltes utfordringer for å kunne gi riktige og tilpassede tilbud.

Problemstillingen

Vi ønsket å innhente informasjon som kunne belyse om utredning og diagnostisering av personer med psykisk utviklingshemming foretas med riktig kompetanse – som en indikasjon på at utredningen og diagnostiseringen er forsvarlig. Fylkesmannen har i undersøkelsen ikke sett i den enkeltes journal og vurdert om utredningen har vært forsvarlig og diagnosen er riktig satt. Diagnostisering, som innebærer utredninger og å se på den enkeltes historie, kan ikke undersøkes med enkle stikkprøver. Det å utrede og stille diagnosen psykisk utviklingshemming er en kompleks og omfattende prosess med flere involverte. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal ha kunnskap om diagnoser hos sine pasienter og brukere.

Vi valgte å konkretisere vårt spørsmål i stikkprøven til *hvor, når og av hvem er diagnosen stilt*. Selv om det ikke nødvendigvis er uforsvarlig praksis om en fastlege/allmennlege har foretatt utredning og diagnostisering, la vi til grunn at dersom diagnosen er stilt av lege eller psykolog i spesialisthelsetjenesten, er det i seg selv en indikasjon på forsvarlig praksis.

For personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester, skal kommunen i sin egen dokumentasjon (journal) ha opplysninger om den enkeltes diagnose, om grunnlaget for diagnosen, om hvem som har stilt den, om hvor, dvs. hvilken instans, og i de fleste tilfeller også om utredningen som ligger til grunn. Manglende eller mangelfulle opplysninger, f.eks. om diagnostiserende lege eller psykolog, skal kunne finnes hos fastlege.

Vi ønsket, i tillegg til opplysninger om diagnosesettingen, opplysninger om omfang (timer) og type tjenester i tjenestevedtak.

4 Gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført av Statens helsetilsyn som en stikkprøve i et utvalg kommuner, for et utvalg personer registrert med psykisk utviklingshemming. Kommunene

rapporterte disse opplysningene til fylkesmennene, som i neste omgang rapporterte utvalgte opplysninger samlet for hver enkelt kommune til Statens helsetilsyn.

Tidsplan og koordinering med Helsedirektoratet og med øvrig arbeid i Statens helsetilsyn

Helsetilsynets undersøkelse av utredning og diagnostisering av tre personer i Tolga-saken var avsluttet i januar 2019, og var et viktig grunnlag for hvordan vi innrettet stikkprøveundersøkelsen.

Helsedirektoratet planla å løse en del av sitt oppdrag gjennom en questback-undersøkelse innen 15. april, med sikte på å oppsummere resultater og rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juli.

Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet har hatt løpende samarbeid i utarbeidelsen av våre respektive undersøkelser. Av hensyn til kommunene tilstrebet vi god koordinering mellom undersøkelsene, og sendte oppdragene til kommunene ut samlet fra Helsedirektoratet, med samordnede beskrivelser av formål, opplegg og adressater for de to undersøkelsene.

Utvalg kommuner

Vi valgte å gjøre undersøkelsen i et omfang på 90 kommuner og bydeler (i Oslo), dvs. i rundt 20 prosent av landets kommuner/bydeler. Vi ønsket et utvalg av kommuner som ville gi en god fordeling med hensyn til geografi, urbanitet, befolkningsstørrelse, fylker og fylkesmannsområder, og hadde kontakt med SSB for å få råd om hvordan vi skulle gå fram for å få et mest mulig representativt utvalg. Vi ble anbefalt å trekke et såkalt stratifisert, enkelt tilfeldig utvalg.

Hovedprinsippet ved utvelgelsen var, i tråd med SSB's anbefaling, en styrt inndeling i tre kommunistørrelser og ti geografiske områder (fylkesmannsområdene). Det utgjør til sammen 30 grupper (3 x 10). Deretter er det foretatt et tilfeldig uttrekk av kommuner innenfor disse gruppene, proporsjonalt med det totale antallet i hver gruppe. Det ble deretter justert for en restgruppe på ca. ti kommuner for å få rimelig forholdsmessig fordeling innen større regioner.

I arbeidet med utvelgelse av kommuner, hadde vi kontakt med Helsedirektoratet og fikk oversendt «Grønt hefte», som viser antall og andel personer (av befolkningen) med psykisk utviklingshemming årlig rapportert fra kommunene i perioden 2004 - 2018. Med utgangspunkt i disse opplysningene valgte vi av personvern hensyn bort kommuner med fem eller færre personer med utviklingshemming.

De 90 kommunene ble fordelt med 38 små (42 prosent), 33 mellomstore (37 prosent) og 19 store (21 prosent) kommuner.

Utvalg personer

Vi valgte å inkludere personer over 16 år, registrert med utviklingshemming og med vedtak om tjenester fra kommunen. Siden det er mest interessant og vesentlig å få et bilde av situasjonen og praksis de siste årene, ønsket vi opplysninger om de 10 (i kommuner over 5000 innbyggere) hhv 5 (i kommuner under 5000 innbyggere) personene som sist ble registrert med psykisk utviklingshemming. Gitt sammensetningen i kommuneutvalget ville det gi opplysninger om omtrent 700 personer.

Oppdraget til kommunene

Vi ba kommunene rapportere opplysninger om de sist registrerte personene over 16 år med utviklingshemming. Det ble understreket at dersom kommunen manglet opplysninger om diagnoser og/eller om lege/psykolog som har stilt dem, kunne disse opplysningene innhentes fra fastlegen.

Vedlagt var et skjema for registrering av følgende opplysninger per person (se også vedlegg):

- brukers navn
- fødselsår
- diagnose/diagnoser
- dato for diagnose
- navn på lege eller psykolog som har satt diagnosen
- stilling/spesialitet
- arbeidssted da diagnosen ble satt (helseforetak/avdeling/kommune).

Kommunene ble bedt om å sende skjemaene samlet til fylkesmannen innen 15. april 2019.

Oppdraget til fylkesmennene

Vi ba fylkesmennene om å bistå Helsetilsynet ved å motta og gjennomgå rapporterte opplysninger fra «egne» kommuner, og videreformidle nærmere utvalgte opplysninger oppsummert per kommune i en rapportmal (se vedlegg).

De opplysningene fylkesmannen ble bedt om å videreformidle til Statens helsetilsyn var (per kommune)

- antall personer der diagnose var stilt i spesialisthelsetjenesten
- antall personer der diagnose ikke var stilt i spesialisthelsetjenesten
- antall saker der det var uklarheter om diagnostiseringen, selv etter fylkesmannens undersøkelser.

Vi ba også fylkesmennene om å kontakte kommunen for å bringe klarhet i hvordan utredning og diagnosesetting hadde foregått i tilfeller der kommunene rapporterte ufullstendige opplysninger, og presiserte samtidig at «Fylkesmannen må selv, ut fra en risikovurdering, ta stilling til om det er behov for å opprette tilsynssak eller på andre måter bidra til at kommunen bringer forholdene i orden, og sikrer en forsvarlig praksis fremover».

Fylkesmannens frist for innsending til Statens helsetilsyn var 15. mai 2019.

Respons

88 av de 90 kommunene har svart. Disse kommunene har rapportert for sine 10 eller 5 personer i henhold til oppdraget². Etter påminninger, og i noen tilfeller etter frist for rapportering til fylkesmannen 15. april, har vi til sammen mottatt opplysninger om 704 personer.

Metodiske overveielser og forbehold

Rammen for undersøkelsen var i korthet at det skulle gjøres stikkprøver i kommunene og at resultatene skulle leveres innen 1. juli 2019.

Undersøkelsen ble lagt opp i to trinn, ved at kommunene skulle rapportere personopplysninger til fylkesmennene, som etter gjennomgang og eventuelle videre undersøkelser for å få mer fullstendige opplysninger, skulle videreformidle opplysninger summert per kommune til Statens helsetilsyn. Med denne framgangsmåten ble håndteringen av opplysningene fordelt mellom alle de ti fylkesmennene. Dette avlastet Statens helsetilsyn for arbeidet med å håndtere persondata om rundt 700 personer. Men viktigst var hensynet til at det er tilsynsmyndigheten i fylkene som ut fra kompetanse og lokalkunnskap er nærmest til å avklare og kvalitetssikre opplysninger i «sine» kommuner, og til eventuelt å følge opp kommuner eller saker om enkeltpersoner dersom resultatene skulle tilsi tilsynsmessige tiltak.

Når opplysninger formidles i flere trinn, gir det imidlertid risiko for feil. Når data mottas og bearbeides på ti ulike steder, er det i tillegg fare for at det har foregått ulikt. Dette er svakheter ved metoden. Vi vurderte likevel at den valgte framgangsmåten var hensiktsmessig med tanke på tiden til rådighet og til det doble formålet med undersøkelsen: Kunnskap her og nå og på landsbasis om diagnosesetting, og grunnlag for mulig videre tilsynsmessig oppfølging.

Enkelte av kommunene hadde ikke fullstendige opplysninger for samtlige personer om hvem som hadde stilt diagnose og/eller når. I de tilfellene kommunene rapporterte (langt) etter frist, hadde fylkesmennene begrenset mulighet til å kvalitetssikre kommunenes opplysninger. Særlig der kommuner har opplyst at etterspurte opplysninger verken fantes i egen dokumentasjon eller hos fastlege, innebærer det mye arbeid å finne relevante opplysninger.

Vi hadde oppgitt kontaktpersoner i Statens helsetilsyn for spørsmål. Etter et 20-talls slike henvendelser fra kommuner og etter dialog med noen av fylkesmennene, vet vi at det i enkelte kommuner var uklarheter om oppdraget og om hvordan det skulle håndteres. Særlig der vår henvendelse ble besvart av administrativt personell uten helse- eller omsorgsfaglig bakgrunn kan det ha skjedd sammenblanding mellom å stille og å bekrefte en diagnose, og dermed variasjon i hvordan manglende opplysninger ble etterspurt hos fastlege.

² En kommune har rapportert om 4 i stedet for 5, en annen for 10 mens de skulle ha rapportert for 5.

Vi ba om opplysninger om de sist registrerte personene, fordi vi ønsket å få et bilde av praksis de senere år, hvilket i hovedsak vil gjelde de yngste brukerne. Blant de sist registrerte kan det imidlertid også være personer som nylig har flyttet til kommunen. Kommuner med få personer med utviklingshemming kan ha rapportert om noen eldre personer utredet/diagnostisert langt tilbake i tid. Der kommunene mangler dokumentasjon om disse, kan det samme være tilfellet for fastlegen. Kommunen kan også ha «oversett» kriteriet om de sist registrerte. Men i hovedsak kan vi anta at kommunene har rapportert opplysninger om de yngste brukerne.

Med disse forbeholdene presenterer vi i det følgende resultatene slik de er rapportert fra kommunene via fylkesmennene.

5 Resultater

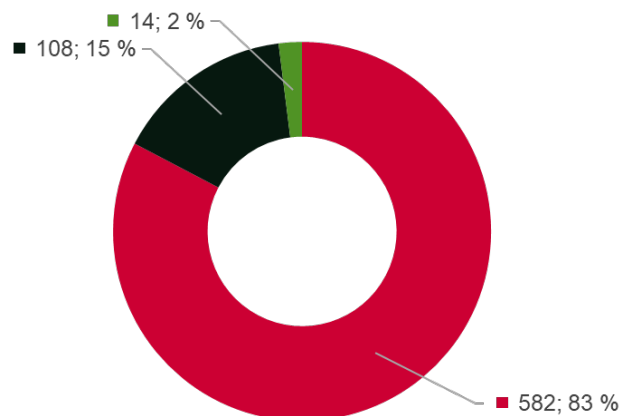
5.1 Hvor ble diagnose stilt?

Registreringskjemaet til kommunene hadde rubrikker for «Arbeidssted for lege/psykolog da diagnose ble stilt (HF, avdeling, kommune) og «Navn og tittel på lege/psykolog som har stilt diagnose».

Hvor mange av personene hadde fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten?

For det nasjonale utvalget personer (704 personer i 88 kommuner) viste kommunenes rapportering at diagnose var stilt i spesialisthelsetjenesten for 83 prosent (582 personer). Av de siste 17 prosent (122 personer), har fylkesmennene oppgitt for 2 prosent (14 personer) at det var uklarhet om diagnostiseringen³. Fylkesmennene oppgir for 15 prosent (108 personer) at diagnose ikke er stilt i spesialisthelsetjenesten. I praksis betyr dette at diagnose er stilt i kommunen (kan være fastlege, psykolog, autismesenter oa.).

³ Uklarhet om diagnostisering betyr ikke (nødvendigvis) at personens diagnose er uklar, men at det er usikkerhet om hvor diagnosen er stilt og av hvem.



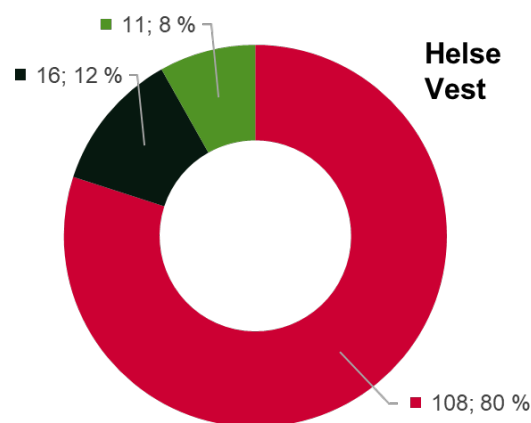
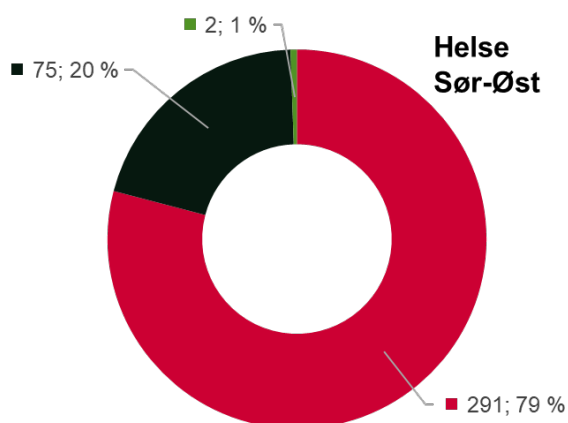
- Kommunen rapporterer at diagnosen er satt i spesialisthelsetjenesten
- Kommunen rapporterer at diagnosen ikke er satt i spesialisthelsetjenesten
- Uklarheter om diagnostiseringen, selv etter fylkesmannens undersøkelser

I hvor mange kommuner hadde alle personene fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten

Mer enn halvparten av kommunene (antall og prosent) oppga at alle de ti hhv fem personene de rapporterte opplysninger om hadde fått stilt diagnose i spesialisthelsetjenesten. I de resterende kommunene, er det mest typiske mønsteret at et flertall av personene var oppgitt å ha fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten, og et mindretall ikke i spesialisthelsetjenesten.

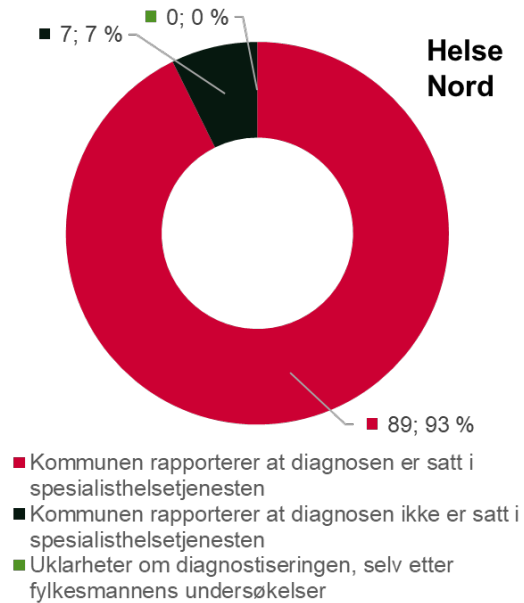
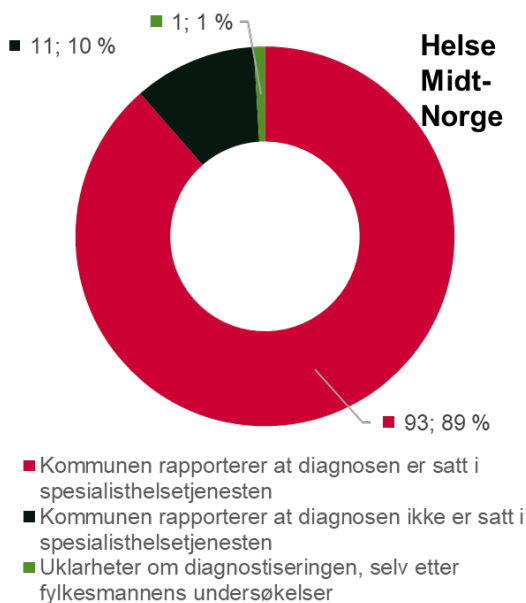
Forskjeller mellom helseregionene

Det er små forskjeller når man sammenlikner helseregioner. Men Helse Nord utmerker seg ved at 93 prosent har fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten, mot 79 prosent i Helse Sør-Øst. Mellom disse ligger Helse Vest og Helse Midt med 80 prosent og 89 prosent.



- Kommunen rapporterer at diagnosen er satt i spesialisthelsetjenesten
- Kommunen rapporterer at diagnosen ikke er satt i spesialisthelsetjenesten
- Uklarheter om diagnostiseringen, selv etter fylkesmannens undersøkelser

- Kommunen rapporterer at diagnosen er satt i spesialisthelsetjenesten
- Kommunen rapporterer at diagnosen ikke er satt i spesialisthelsetjenesten
- Uklarheter om diagnostiseringen, selv etter fylkesmannens undersøkelser

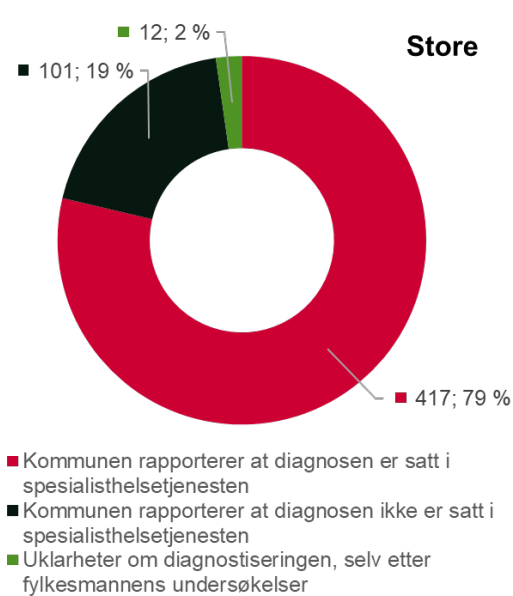
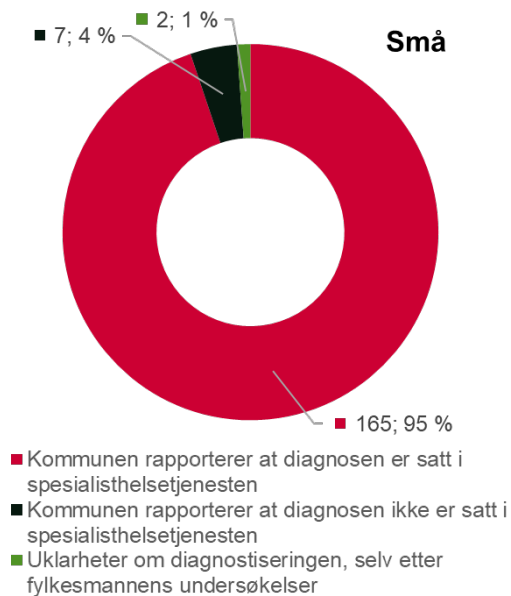


4

Spiller kommunestørrelse noen rolle

Kommunene ble inndelt etter størrelse etter antall innbyggere (over og under 5000), og det ble innhentet opplysninger for 10 personer i de større kommunene og for 5 i de små kommunene. Det er 53 store kommuner og 35 små kommuner med blant de 88 kommunene.

Når vi ser på fordeling etter kommunestørrelse, er det en langt større andel av personene i små kommuner som har fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten enn i de store kommunene.



⁴ Antall personer per helseregion: Sør-Øst: 347, Vest: 116, Midt: 94, Nord: 85

5.2 Feilaktige eller manglende diagnoser?

I registreringsskjemaet var spørsmålet stilt slik: «Personens diagnose, med diagnosekode (alle diagnoser med relevans for utviklingshemming)».

Det er gjennom undersøkelsen avdekket to tilfeller av *feilaktig* diagnostisering av psykisk utviklingshemming. I det ene tilfellet medførte kommunens gjennomgang i forbindelse med stikkprøveundersøkelsen at diagnosen ble revurdert, og slik at den ikke skal inngå i rapporteringen videre. I det andre tilfellet viste det seg at diagnosen psykisk utviklingshemming var avkreftet etter ny utredning alt i 2015. Kommunen hadde ikke mottatt melding om endringen, og feilen ble oppdaget i forbindelse med stikkprøveundersøkelsen.

Av de 704 personene fylkesmennene har innhentet opplysninger om, har de formidlet åtte tilfeller av diagnoser som ikke faller inn under kriteriene i rundskrivet for tildeling av tilskudd, som f.eks. Asperger syndrom, cerebral parese og uspesifisert encefalopati. Dette betyr ikke at diagnosene disse personene har fått i og for seg er feilaktige, eller at personene ikke har behov for tjenester. Men disse personene skulle ikke vært talt med i kommunens innrapportering til Helsedirektoratet.

5.3 Diskusjon

At personer med utviklingshemming ikke har fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten kan være uttrykk for dårlig tilgjengelighet til, eller dårlig kapasitet i, spesialisthelsetjenesten. Det kan også skyldes at personene ikke er henvist til utredning i spesialisthelsetjenesten. På den andre siden kan det også være uttrykk for god kompetanse i primærhelsetjenesten, eventuelt kombinert med at diagnosen har vært åpenbar, som ved Downs syndrom. Med en lege eller psykolog med interesse og kompetanse om fagfeltet kan utredning og diagnostisering i kommunen være fullt forsvarlig.

Som omtalt i kapittel 4, er det mulig at noen av de personene kommunene oppgir har fått diagnose utenfor spesialisthelsetjenesten faktisk er utredet i spesialisthelsetjenesten og har fått stilt diagnose der, men at kommunen enten har basert sin rapportering på attest/bekreftelse fra fastlege, og/ eller fastlege har ikke hatt dokumentasjon/epikrise. Det siste kan være aktuelt for personer nylig innflyttet til kommunen. På den andre siden kan vi heller ikke se bort fra feilrapportering i motsatt retning. Men vi mener resultatet på 83 prosent i dette utvalget av de sist registrerte og alt overveiende yngre personer i kommunen, gir en rimelig god pekepinn for situasjonen, og en indikasjon på forsvarlig praksis med hensyn til kompetansen til den som stiller diagnosen.

Det er flere i de små enn i de store kommunene som har fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten. Ofte vil større kommuner ha større faglige ressurser enn små kommuner.

6 Konklusjon

83 prosent av de 704 personene registrert med utviklingshemming i 88 kommuner har fått stilt diagnosen i spesialisthelsetjenesten, ifølge kommunenes rapportering. Vi mener at resultatene gir et godt bilde av forholdene på landsbasis for praksis de senere år.

Det er i denne stikkprøveundersøkelsen avdekket to tilfeller der personer som ikke hadde utviklingshemming var registrert med diagnosen. I det ene av disse tilfellene var diagnosen avkrefte, men kommunen var ikke underrettet. Undersøkelsen gir ikke holdepunkter for en generell bekymring for at personer feilaktig får stilt diagnosen eller blir registrert med diagnose psykisk utviklingshemming. Resultatene tyder også på at kommunene har god oversikt over sine brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming.

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Det ble konstatert til dels alvorlig svikt i 45 av de 57 kommunene som hadde tilsyn. I mange kommuner var tjenestene preget av svak styring og høyt risikonivå. Blant hovedfunnene var at tjenestene som inngår i personlig assistanse var utilstrekkelige, lite systematiske og lite individuelt tilpasset. På helseområdet fant fylkesmennene i flere kommuner svikt i hvordan brukernes helseforhold ble fulgt opp. I noen av kommunene var det også uklarerheter om ansvar for legemiddelhåndtering og utilstrekkelig kompetanse hos dem som gjør i stand og deler ut legemidler.

Helsetilsynet vurderer at det er større risiko forbundet med om personer med utviklingshemming får de tjenestene de trenger og om tjenestene har forsvarlig kvalitet, enn om diagnostiseringen foregår på forsvarlig måte. Kommunenes oppmerksomhet bør være på tjenestekvaliteten. Det er der det må gjøres et større løft framover.

7 Anbefalinger og tilsynsmessig oppfølging

Kommunene

De kommunene som har avdekket feil, svikt og mangelfull dokumentasjon, må bringe forholdene i orden:

- Kommunene må sørge for å ha korrekte og oppdaterte opplysninger om alle sine brukere, inklusive diagnoser og dokumentasjon av utredningsforløp. Med mindre bruker, pårørende og/eller verge ikke samtykker til det, skal kommunen ha rapporter fra utredning, oversikt over hvilke tester som er tatt og av hva resultatene viser, og de skal ha eventuelle vurderinger av spesialist. Uten denne dokumentasjonen kan kommunen ikke tilrettelegge og yte individuelt tilpassede tjenester og tilbud. Det er med dette formålet kunnskapen er framskaffet, og blir den ikke benyttet, er den overflødig.

- Kommunene må gjennomgå og forsikre seg om at de har rutiner for å sikre forsvarlig praksis for å henvise til og utveksle informasjon med spesialisthelsetjenesten, og særlig når nye brukere flytter til kommunen.
- Behandling av pasient- og brukerinformasjon er et helsefaglig arbeid. Der det er administrativt ansatte involvert, må kommunene likevel sørge for at arbeidet blir helsefaglig kvalitetssikret. Om registrering og utveksling av informasjon om helseforhold skal være sikker og god, er det nødvendig at både sender og mottaker forstår informasjonen. Bruker og pasient skal også ta del i informasjonen om egne helseforhold slik pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til. På denne måten kan hun eller han delta og medvirke i utmåling og utforming av hjelpen.

Fylkesmennene

Fylkesmennene vil vurdere, ut fra et helhetsbilde, om det er kommuner eller enkeltsaker som bør følges opp tilsynsmessig, for eksempel:

- I de tilfellene fylkesmennene har kunnskap om kommuner der det ser ut som alle eller et flertall diagnoser er stilt hos fastlegen og om det er uklart, om det beror på misforståelser eller uheldig og uønsket praksis.
- Dersom det er personer der det er uklarheter om diagnosen eller på annen måte om utredningen og diagnostiseringen.

8 Vedlegg

- Brev og skjema til kommunene
- Brev og skjema til fylkesmennene
- Kommuneutvalget
- Pressetekst



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Se Liste

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2018/2362 2 MN

20. februar 2019

Stikkprøveundersøkelse av diagnostisering av personer med utviklingshemming

Bakgrunn

Statens helsetilsyn har undersøkt utredningen og diagnostiseringen av de tre personene i det som er omtalt som «Tolgasaken». Rapporten er tilgjengelig på Statens helsetilsyns nettsider.

I den offentlige diskusjonen har det kommet opplysninger om mulig mangelfull og sviktende utredning og diagnostisering av personer med utviklingshemming i flere kommuner. På denne bakgrunnen samarbeider Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn om å belyse disse problemstillingene på en noe bredere basis. Helsedirektoratet vil innhente kunnskap om kommunenes praksis med hensyn til registrering av personer med utviklingshemming i en questbackundersøkelse til alle landets kommuner.

Statens helsetilsyn vil i samarbeid med fylkesmennene gjøre en stikkprøveundersøkelse av diagnostiseringen. Undersøkelsen skal gjøres i et utvalg på 90 kommuner, med god fordeling med hensyn til befolkningsstørrelse og fylker/fylkesmannsområder, og for et utvalg personer registrert med utviklingshemming. Vi ber om bistand fra kommunen til dette.

Undersøkelse av diagnoser i kommunen

Formålet med undersøkelsen er å få bedre kunnskap om hvor utredning og diagnostisering av personer registrert med utviklingshemming gjøres, og av hvem. Undersøkelsen gjelder personer over 16 år, registrert med utviklingshemming og som har vedtak om tjenester fra kommunen.

For personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester, skal kommunen ha opplysninger om diagnose, om hvem som har satt den og hvor, og i de fleste tilfeller også om utredningen som ligger til grunn for diagnostiseringen.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health Supervision

Org. nr.: 974 761 394

Postadresse / Postal address:

Pb. 231 Skøyen,
0213 Oslo, Norway

Besøksadresse / Street address:
Møllergata 24

Fakturaadresse / Invoice address:

Statens helsetilsyn
Fakturamottak DFØ

Pb. 4746, 7468 Trondheim
EHF-format - adresse 974761394

Tlf. / Tel.: (+47) 21 52 99 00

E-post / E-mail:

postmottak@helsetilsynet.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Oppdraget til kommunen

Vi ber om at kommunen rapporterer opplysninger for de 5 hhv. 10 sist registrerte personene med utviklingshemming over 16 år.

Kommuner som hadde mindre enn 5000 innbyggere per 1. januar 2018, skal sende opplysninger om inntil 5 registrerte personer med utviklingshemming. Kommuner og bydeler som hadde over 5000 innbyggere per 1. januar 2018, skal sende opplysninger om de inntil 10 sist registrerte personer med utviklingshemming.

Dersom kommunen mangler opplysninger om diagnoser og/eller om lege/psykolog som har stilt dem, ber vi om at de innhentes fra fastlegen.

Opplysninger skal registreres i vedlagte skjema, i ett skjema per person. Skjemaene sendes samlet til *fylkesmannen*.

Hvordan blir opplysningene behandlet og oppsummert?

Fylkesmannen skal rapportere opplysninger fra kommunene til Statens helsetilsyn, som vil sammenstille resultatene i en rapport, hvor personene er anonymisert. I de tilfellene der kommunene ikke har fullstendige eller sikre opplysninger, vil fylkesmannen kunne ta kontakt med kommunen for videre undersøkelser, i første omgang med tanke på å innhente manglende informasjon fra fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten. Dersom fylkesmannen får indikasjon på at praksis ikke er i tråd med faglige retningslinjer, vil de følge opp kommunen på egnet måte.

Resultatene fra arbeidet vil bli publisert innen sommeren 2019.

Frist for innsending til fylkesmannen er 15. april 2019.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene er i helsetilsynsloven § 2 gitt hjemmel til å undersøke og kontrollere personsensitive og taushetsbelagte helseopplysninger. Kommunene kan derfor, uten hinder av taushetsplikten, oversende etterspurt dokumentasjon til fylkesmannen. Vi ber derfor om at dokumentasjonen ikke sendes elektronisk, men gjennom ordinær postforsendelse, ettersom den inneholder taushetsbelagte opplysninger, jf. FVL § 13.

Dersom noe er uklart, ta gjerne kontakt med Pål Kristian Molin (tlf. 21529955) eller Marianne Noodt (tlf. 21529978) i Statens helsetilsyn.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi
fung. direktør

Marianne Noodt
fagdirektør

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Saksbehandler: Marianne Noodt, tlf. 21 52 99 78

Stikkprøveundersøkelse, registreringsskjema til kommunen. Ett skjema fylles ut per person med utviklingshemming.

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Personens navn:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Personens fødselsår:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Personens diagnose, med diagnosekode (alle diagnoser med relevans for utviklingshemming):	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Hvilken dato ble diagnose stilt (her menes dato for fastsettelse av at personen har utviklingshemming):	Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
Arbeidssted for lege/psykolog da diagnose ble stilt (HF, avdeling, kommune):	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Navn og tittel på lege/psykolog som har stilt diagnose:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Type tjenester og omfang i vedtak for 2018:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Kommune/bydel:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Kontaktperson i kommunen/bydelen, med telefonnummer og epostadresse:	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Merk følgende:

- Opplysningene skal innhentes fra kommunens/bydelens egen dokumentasjon
- Dersom kommunen mangler opplysninger om diagnoser og/eller om lege/psykolog som har stilt dem, ber vi om at de innhentes fra fastlegen
- Skjemaet fylles ut for hver enkelt person og oversendes fylkesmannen i papirform for å ivareta den lovpålagte taushetsplikten, jf. FVL § 13 innen 15. april 2019.

Dersom noe er uklart, ta gjerne kontakt med Pål Kristian Molin (tlf. 21529955) eller Marianne Noodt (tlf. 21529978) i Statens helsetilsyn.



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Landets fylkesmenn

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2018/2362 2 MN

2. februar 2019

Stikkprøveundersøkelse av diagnostiseringen av personer med utviklingshemming

Vi viser til orientering om opplegg for en stikkprøveundersøkelse i et utvalg kommuner som oppfølging etter den såkalte «Tolgasaken», oversendt fylkesmennene i epost 8. januar 2019. Se også [Statens helsetilsyns gjennomgang av diagnostiseringen av tre brødre fra Tolga](#). Rapport fra Helsetilsynet 11.2.2019

Bakgrunn

I den offentlige diskusjonen har det kommet opplysninger om mulig mangelfull og sviktende utredning og diagnostisering av personer med utviklingshemming i flere kommuner. Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn samarbeider om å belyse problemstillingene på en noe bredere basis. Helsedirektoratet vil innhente kunnskap om kommunenes praksis med hensyn til innrapportering av personer med utviklingshemming i en questbackundersøkelse til alle landets kommuner. Statens helsetilsyn vil gjøre en stikkprøveundersøkelse av diagnostiseringen for et utvalg personer i et utvalg kommuner, og ber fylkesmennene bistå med gjennomføringen.

Undersøkelse av diagnoser i kommunene

Statens helsetilsyn ønsker å få bedre kunnskap om hvor utredning og diagnostisering av personer registrert med utviklingshemming gjøres, og av hvem.

For personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester, skal kommunen ha opplysninger om diagnose, om hvem som har stilt den og hvor, og i de fleste tilfeller også om utredningen som ligger til grunn for diagnostiseringen. Disse opplysningene vil gi indikasjon på om praksis er forsvarlig. Dersom kommunene rapporterer ufullstendige opplysninger, ber vi fylkesmannen om å foreta videre undersøkelser for å få klarhet i hvordan utredning og diagnostisering har foregått. Fylkesmannen må selv, ut fra en risikovurdering, ta stilling til om det er behov for å opprette tilsynssak eller på andre måter bidra til at kommunen bringer forholdene i orden, og sikrer en forsvarlig praksis fremover.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health Supervision

Org. nr.: 974 761 394

Postadresse / Postal address:

Pb. 231 Skøyen,
0213 Oslo, Norway

Besøksadresse / Street address:
Møllergata 24

Fakturaadresse / Invoice address:

Statens helsetilsyn
Fakturmottak DFØ

Pb. 4746, 7468 Trondheim
EHF-format - adresse 974761394

Tlf. / Tel.: (+47) 21 52 99 00

E-post / E-mail:

postmottak@helsetilsynet.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Undersøkelsen gjelder personer over 16 år, registrert med utviklingshemming og som har vedtak om tjenester fra kommunen. Undersøkelsen vil bli gjennomført i et utvalg på 90 kommuner. Utvalget av kommuner er foretatt av Helsetilsynet, etter råd fra SSB, og slik at det ivaretar mangfoldet med hensyn til befolkningsstørrelse, og fylke/fylkesmannsområder.

De utvalgte kommunene blir bedt om å rapportere opplysninger til fylkesmannen for de (inntil) 10 (5 i de minste kommunene) sist registrerte personene med utviklingshemming.

Bistand fra fylkesmannen

Helsetilsynet sender i dag stikkprøveundersøkelsen til de aktuelle kommunene (se vedlagte brev, registreringsskjema og oversikt over kommunene). Frist for tilbakesending til fylkesmannen er 15. april 2019. Utsendelsen inngår i en samlet «pakke» i epost fra Helsedirektoratet, som også inkluderer en questbackundersøkelse til samtlige kommuner, og dessuten IS-3/2019 for innrapportering av antall personer med psykisk utviklingshemming. Fristen til Helsedirektoratet er også 15. april 2019.

Vi ber om at fylkesmannen bistår Helsetilsynet med gjennomføring av undersøkelsen, og med innhenting av opplysninger der kommunene har rapportert ufullstendig. Helsetilsynet vil sende ut en påminnelse til kommunene i uke 13.

Fylkesmannens oppgaver vil bestå i:

- Sørg for å få inn utfylte skjema innen fristen 15. april 2019
- Registrere opplysninger fra kommunene i vedlagte mal som skal oversendes Statens helsetilsyn innen 15. mai 2019.
- Følge opp kommuner på en hensiktsmessig måte der opplysningene tilsier behov for nærmere undersøkelser.

Hvordan blir opplysningene behandlet?

Statens helsetilsyn vil sammenstille resultatene i en rapport innen sommeren 2019.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi
fung. direktør

Marianne Noodt
fagdirektør

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Brev til kommunene

Registreringsskjema for kommunene

Mal for fylkesmannens rapportering til Helsetilsynet

Liste over kommuner som inngår i undersøkelsen, sortert etter embete.

Saksbehandler: Marianne Noodt, tlf. 21 52 99 78

MAL - FYLKESMANNENS RAPPORTERING TIL HELSETILSYNET, STIKKPRØVEUNDERSØKELSE

Navn på FM: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Dato for utfylling: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
Navn på kommune: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Kommune > 5000 <input type="checkbox"/> Kommune < 5000 <input type="checkbox"/> (sett kryss)

1. Antall personer der diagnose var stilt i spesialisthelsetjenesten	2. Antall personer der diagnose ikke var stilt i spesialisthelsetjenesten	3. Antall personer der det er uklarheter om diagnostiseringen, selv etter fylkesmannens undersøkelser.	4. Antall personer der tjenestevedtak mangler
Velg et element.	Velg et element.	Velg et element.	Velg et element.

Fylkesmannens kommentarer om saker der det er uklarheter om diagnostiseringen:

MERK:

- Kolonne 1-3 kan til sammen gi maksimum 10 personer hvis det er en kommune med mer enn 5000 innbyggere, og 5 personer om det er en kommune med under 5000 innbyggere. Kolonne 4 kan gi maksimum 10 personer hvis det er en kommune med mer enn 5000 innbyggere, og 5 personer om det er en kommune med under 5000 innbyggere.
- Ett skjema per kommune

Kommuneutvalg

Fylke	Kommuner
Østfold	Sarpsborg
	Rygge
	Trøgstad
	Hvaler
	Skiptvedt
Akershus	Bærum
	Nes
	Sørum
	Frogn
	Enebakk
Oslo	Sagene
	Bjerke
	Søndre Nordstrand
	Vestre Aker
	Alna
Buskerud	Drammen
	Ringerike
	Hurum
	Nes
	Krødsherad
Hedmark	Stange
	Nord-Odal
	Trysil
	Engerdal
Oppland	Østre Toten
	Nord-Fron
	Ringebu
	Øystre Slidre
	Vang
Vestfold	Sandefjord
	Færder
	Sande
Telemark	Bamble
	Kragerø
	Hjartdal
	Vinje
	Nissedal
Aust-Agder	Grimstad
	Tvedestrand
	Åmli
Vest-Agder	Vennesla
	Farsund
	Sirdal
	Lindesnes

Rogaland	Karmøy
	Eigersund
	Gjesdal
	Lund
	Sauda
	Forsand
Hordaland	Fjell
	Bømlo
	Kvam
	Odda
	Øygarden
	Austrheim
Sogn og Fjordane	Flora
	Gloppen
	Luster
	Naustdal
	Balestrand
Møre og Romsdal	Kristiansund
	Sula
	Herøy
	Sande
	Ørskog
	Smøla
Trøndelag	Steinkjer
	Orkdal
	Indre Fosen
	Midtre Gauldal
	Namdalseid
	Åfjord
	Frosta
	Lierne
Nordland	Sortland
	Alstadhaug
	Saltdal
	Grane
	Lurøy
	Lødingen
	Flakstad
Troms	Lenvik
	Målselv
	Skånland
	Skjervøy
Finnmark	Alta
	Kautokeino
	Nordkapp
	Tana

Fra: Kirsten Petersen (Kirsten.Petersen@helsedir.no)

Sendt: 09.10.2019 14:54:12

Til: Kirsten Petersen

Kopi:

Emne: Invitasjon til deltagelse i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

Vedlegg: Invitasjon til deltagelse i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten.pdf

Se vedlagt invitasjonsbrev.

Med vennlig hilsen

Kirsten Petersen

Prosjektleder

Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering

Helsedirektoratet

Telefon 911 13 707

Landets kommuner

Deres ref.:
Vår ref.: 18/31546-6
Saksbehandler: Kirsten Petersen
Dato: 08.10.2019

Invitasjon til deltagelse i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

Regjeringen har i Prop. 1 S for 2020 foreslått å utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten. Det åpnes for at 6 nye kommuner og Indre Østfold kommune kan søke om deltagelse.

Formålet med forsøksordningen er å se om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. De kommuner som blir med i prosjektet får gjennom dette mulighet til å påvirke morgendagens omsorgstjenester, og bidra til å skape økt likhet og bedre kvalitet i tildeling av tjenester. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper. Forsøket evalueres.

Innretningen på forsøket:

- Kommuner skal tildele tjenester etter statlige tildelingskriterier, arbeidsprosess- og tjenestekriterier.
- Det gis et inntektspåslag pr år tilsvarende 4 % av utgifter til omsorgstjenester, begrenset oppad til 28 mill. kroner i 2020 for en enkelt kommune.
- Forsøket finansieres ved at det for hver forsøkskommune gjøres et uttrekk fra kommunenes rammetilskudd. Tilskudd gis kommunen for omsorgstjenestene ut fra en aktivitetsbasert finansieringsmodell og et tilskudd til tjenester det ikke fattes vedtak om.

HelseDirektoratet har fått i oppgave å forberede og gjennomføre forsøksordningen. De kommunene som blir valgt ut til å delta i forsøket, vil få tett oppfølging av HelseDirektoratet. Det er utarbeidet kriterier for deltagelse i forsøket der det blant annet forutsettes at kommunestyret har vedtatt deltakelse i forsøksordningen.

HelseDirektoratet

Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering

Kirsten Petersen, tlf.: +4791113707

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

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

For nærmere informasjon om forsøkets innhold, søknadsprosess og kriterier for utvelgelse av kommuner for deltagelse vises til

- Kunngjøringen på Helsedirektoratets nettsider <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester> og
- Informasjonsmøte den 18. november i Helsedirektoratets lokaler, Vitaminveien 2, Oslo.

Møtet streames og legges ut på nett i etterkant.

Søknadsfrist for Indre Østfold kommune er 01.12.2019, for andre kommuner er søknadsfristen 01.02.2020.

Vennlig hilsen

Kristin Mehre e.f.
Avdelingsdirektør

Kirsten Petersen
Prosjektleder

Dokumentet er godkjent elektronisk

Mottaker

Kontaktperson

Adresse

Post

Landets kommuner



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

NORTH OF LYNGEN APARTMENTS AS
Hovedvegen 43
9152 SØRKJOSEN

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 24/19

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
	2019/982-9	8852/2019	U63	23.09.2019

Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning - 8.10.19 - North of Lyngen Apartments AS

Saksopplysninger:

North of Lyngen Apartments AS ved Line B. Løvoll søker om skjenkebevilling 08.10.19 til sushikurs.

Lerøy Aurora skal arrangere sushikurs og de ønsker å kunne tilby kursdeltakerne muligheten til å smake øl og vin til maten. Forventet antall personer er 14. Målgruppe er voksne i alderen 18 – 100 år. Det vil bli avkrevd betaling for arrangementet.

Skjenkested er North of Lyngen Apartments, Meieriveien 14, 9152 Sørkjosen.

Det søkes om skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin). Ønsket skjenketid er fra kl. 18.00 – 21.00. Skjenkeansvarlig er Line B. Løvoll.

Uttalelse fra politiet:

«Politiet har ingen anmerkninger til søker eller til søknaden. Politiet har ingen anmerkninger 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 23.08.2019. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – sushikurs.

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

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

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. Det skal ikke gis skjenkebevilling til stevner og utarrangement hvor det er allmenn adgang uten aldersbegrensning

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

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, jfr forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- North of Lyngen Apartments AS ved Line B. Løvoll gis skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til arrangementet sushikurs den 08.10.19.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 18.00 – 21.00. Skjenkested er North of Lyngen Apartments, Meieriveien 14, 9152 Sørkjosen
- Skjenkeansvarlig er Line B. Løvoll.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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 S. Henriksen
Konsulent
77 58 80 12

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

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvæningen Boks 32 9156 STORSLETT



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

NORTH OF LYNGEN APARTMENTS AS
Hovedvegen 43
9152 SØRKJOSEN

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 22/19

[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
	2019/982-8	8366/2019	U63	10.09.2019

Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 10.09.19 - North of Lyngen Apartments AS

Saksopplysninger:

North of Lyngen Apartments AS ved Line B. Løvoll søker om skjenkebevilling 10.09.19 til en gruppe turoperatører.

Leilighetshotellet får besøk av en gruppe turoperatører og de ønsker å kunne tilby gjestene å nyte alkohol til maten. Forventet antall personer er 14.

Skjenkested er leilighetshotellet, Meieriveien 14, 9152 Sørkjosen.

Det søkes om skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin). Ønsket skjenketid er fra kl. 18.00 – 21.00. Skjenkeansvarlig er Line B. Løvoll.

Uttalelse fra politiet:

«Politiet har ingen anmerkninger til søker eller til søknad. Politiet har ingen anmerkninger 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 23.08.2019. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet.

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

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

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. Det skal ikke gis skjenkebevilling til stevner og utearrangement hvor det er allmenn adgang uten aldersbegrensning

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

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, jfr forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- North of Lyngen Apartments AS ved Line B. Løvoll gis skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til arrangementet rettet mot turoperatører den 10.09.19.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 18.00 – 21.00. Skjenkested er leilighetshotellet, Meieriveien 14, 9152 Sørkjosen
- Skjenkeansvarlig er Line B. Løvoll.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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 S. Henriksen
Konsulent

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

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvæningen Boks 32 9156 STORSLETT



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

Kultnett AS
Hovedveien 2
9151 STORSLETT

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 20/19

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
	2019/903-5	8359/2019	U63	10.09.2019

Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 13.09.2019 - Kultnett AS

Saksopplysninger:

Kultnett AS ved Inger Johanne Birkelund søker om skjenkebevilling 13.09.19 til seinsommerfest. Kultnett ønsker å arrangere en bli kjent fest for nye i Nordreisa og «ferieslutt» fest for de som allerede bor her. Det vil bli servert mat og det vil bli underholdning og musikk. Det forventes at 150 personer vil delta på seinsommerfesten.

Skjenkested er Gamlegården, Hovedveien, 9152 Sørkjosen.

Det søkes om skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 1, 2 og 3. Ønsket skjenketid er fra kl. 19.00 – 24.00 og aldersgrensen for arrangementet er satt til 18 år.

Skjenkeansvarlig er Inger Johanne Birkelund.

Uttalelse fra politiet:

«Politiet har ingen anmerkninger til søker eller til søknad. Politiet har ingen anmerkninger 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 12.08.2019. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – Seinsommerfest.

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

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

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. Det skal ikke gis skjenkebevilling til stevner og utearrangement hvor det er allmenn adgang uten aldersbegrensning

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

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, jfr forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- Kulturnett AS ved Inger Johanne Birkelund gis skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 (over 2,5 vol.prosent og høyst 4,7 vol.prosent), gruppe 2 (over 4,7 vol.prosent og under 22 vol.prosent) og gruppe 3 (over 22 vol.prosent og under 60 vol.prosent) til arrangementet Seinsommerfest 13.09.2019.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 19.00 – 24.00.
- Skjenkeansvarlig er Inger Johanne Birkelund.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 20 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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 S. Henriksen
Konsulent

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

Kopi til:
Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og
Kvænanngen

Boks 32 9156 STORSLETT



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

Bjørn Arne Olsen
Nordkjosveien 105
9151 STORSLETT

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 27/19

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
	2018/586-29	9370/2019	U63	07.10.2019

Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en bestemt anledning 16.10.19 - Bjørn Arne Olsen

Saksopplysninger:

Bjørn Arne Olsen søker om skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til konsert med Violet Road den 16.10.2019.

Ønsket skjenketid er fra kl. 19.00 – 22.00. Skjenkested er Halti kulturscene, Hovedveien 2, 9151 Storslett.

Det forventes at 170 personer vil delta og det vil bli avkrevd betaling for arrangementet. Det opplyses i søknaden at det vil være 1 vakt og 2 som sjekker inngang. Målgruppen er et voksent publikum.

Omsetning av alkoholholdig drikk anslås til 30 liter i gruppe 1 (tilsvarer øl) og 15 liter i gruppe 2 (tilsvarer vin). Skjenkeansvarlig er Bjørn Arne Olsen.

Politiet har gitt følgende uttalelse:

«Politiet har ingen anmerkninger til søker eller søknad.

Politiet har ingen anmerkninger 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 17.09.2019. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – konsert med Violet Road.

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

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

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. 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, jfr forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- Bjørn Arne Olsen gis skjenkebevilling for alkoholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til konsert med Violet Road 16.10.19. Skjenkested er Halti kulturscene, Hovedveien 2, 9151 Storslett.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 19.00 – 22.00.
- Skjenkeansvarlig er Bjørn Arne Olsen.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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

Maylill S. Henriksen
Konsulent

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

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvæningen Boks 32 9156 STORSLETT



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

Grillstua mat og vinhus
Sentrum 2
9151 STORSLETT

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 29/19

[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
	2019/862-9	9816/2019	U63	17.10.2019

Melding om delegert vedtak - Søknad om skjenkebevilling for en enkelt anledning 8. og 9. november 2019

Saksopplysninger:

Grillstua mat og vinhus ved Gudleif Hansen søker om skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) i forbindelse med Reisa revyen 8. og 9. november 2019. Ønsket skjenketid er fra kl. 17.00 – 21.30. Skjenkested er Halti kulturscene, Hovedveien 2, 9151 Storslett.

Det forventes at 300 personer vil delta. Skjenking vil foregå før og i pausene på revyen. Skjenkested er i foajeen på Halti. Vakhold vil bestå av 2 personer. Skjenkeansvarlig er Gudleif Hansen.

Politiet har gitt følgende uttalelse:

«Politiet har ingen anmerkninger til søkeren eller til søknaden. Politiet har ingen anmerkninger til skjenkestyreren.»

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 15.10.2019. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – Reisa revyen.

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

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

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. 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.

Vedtaket etter §5 refereres i påfølgende møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg.

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

Vedtak:

- Grillstua mat og vinhus v/Gudleif Hansen gis skjenkebevilling for alkoholig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til revy den 8. og 9.november 2019. Skjenkested er Halti kulturscene, Hovedveien 2, 9151 Storslett.
- Det gis skjenkebevilling begge dager fra kl. 17.00 – 21.30.
- Skjenkeansvarlig er Gudleif Hansen.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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 S. Henriksen
Konsulent

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

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvænanen Boks 32 9156 STORSLETT

 NORDREISA KOMMUNE	
30 AUG 2019	
SAKSNR.	
LØPENR.	
DOK.NR.	ARK.KODE



Nordfjeldske Kontroll AS
Org. nr. 998 530 652 MVA
Aktiv i 21 år



Til
 Nordreisa kommune
 Sentrum 17
 9151 Storslett

Inderøy, den 22. august 2019

Rapport vedr utførte salgs, skjenke og røykekontroller.

Nordfjeldske Kontroll AS, har jf. norsk alkohol- og tobakkskadelov, utført salgs, skjenke og røykekontroller i Nordreisa kommune i perioden august 2019. Samtlige krav fra Helsedirektoratet jf. utførelse av salgs-, skjenke og røykekontroller er ivaretatt. 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.

Tobakkssalgsregisteret:

Kontrollerte salgssteder er registrerte. Veldig bra at aldersgrensene for salg/kjøp av tobakk og tobakksvarer er overholdt. At en butikk/kiosk ikke har røyking forbudt skilt er ikke noe krav, men en anbefaling. På bensinstasjoner, verksted o.l. er det et krav.

Alt vel, merknader er ikke gjort.

Salgskontroller:

Salgskontroller er utført uten kommenterer fra tilsynsbetjent.

Skjenking:

Alt vel på kontrollerte steder. Merknader er ikke gjort.

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 taes 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



Thor Olaf Myhre

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport iht. tobakkssalgsregisteret

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: EUROPAS SØRHOSEN
 Adresse: SØRHOSEN
 Salgsstedets åpningstid: 9-20.00
 Kontrollform anonym:
 Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: ANNE GRETHE NÆSS

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08-19
 Klokkeslett: 16.00
 Type salgssted: BUTIKK
 Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Røykes det/dampes det e-sigaretter på salgsstedet sitt område? Ja Nei
 02. Tilbyr salgsstedet eget røykerom? Ja Nei

03. Er salgsstedet registrert i tobakkssalgsregisteret? Ja Nei
 04. Er tobakksvarene o.l. under oppsyn av ansatte til enhver tid? Ja Nei
 05. Er tobakk og tobakksvarene usynliggjort for kunder? Ja Nei
 06. Overholdes aldersgrensen for salg/kjøp av tobakksvarene? Ja Nei
 07. Er reklameforbudet for tobakksvarene overholdt? Ja Nei
 08. Er IK-tobakk tilfredsstillende? Hvis nei, noter mangler Ja Nei
 09. Har ansatte kjennskap til salgsstedet sin internkontroll? Ja Nei
 10. Er salgsstedet sin ansvarshavende enig i ovennevnte observasjoner? Ja Nei

Rapporten anses med dette for mottatt, og salgsstedet har rett til å uttale seg innen to uker iht. tobakkskadeloven. Tilbakemelding sendes kommunen.

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



Salg av tobakk må ikke skje til personer under 18 år.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for: Anne Grethe Næss

Kontrollørs IDNR: 771607
 Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport iht. tobakkssalgsregisteret

Opplysninger om salgsstedet:	Kontrollopplysninger:
Navn: <u>MIX-SBSAM USTOR</u>	Dato: <u>16.08-19</u>
Adresse: <u>SENTRUM 2</u>	Klokkeslett: <u>17.15</u>
Salgsstedets åpningstid: <u>9-24</u>	Type salgssted: <u>WOSH</u>
Kontrollform anonym: <u>✓</u>	Kommune: <u>NORDREISA</u>
Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: <u>Kaja Hele Mikkelsen</u>	

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

	Ja	Nei
01. Røykes det/dampes det e-sigaretter på salgsstedet sitt område?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
02. Tilbyr salgsstedet eget røykerom?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<hr/>		
	Ja	Nei
03. Er salgsstedet registrert i tobakkssalgsregisteret?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Er tobakksvarer o.l. under oppsyn av ansatte til enhver tid?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Er tobakk og tobakksvarer usynliggjort for kunder?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Overholdes aldersgrensen for salg/kjøp av tobakksvarer?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Er reklameforbudet for tobakksvarer overholdt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Er IK-tobakk tilfredsstillende? Hvis nei, noter mangler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Har ansatte kjennskap til salgsstedet sin internkontroll?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er salgsstedet sin ansvarshavende enig i ovennevnte observasjoner?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rapporten anses med dette for mottatt, og salgsstedet har rett til å uttale seg innen to uker iht. tobakkskadeloven. Tilbakemelding sendes kommunen.

1.blad:
Kommunens eksemplar

2.blad:
Salgsstedets eksemplar

3.blad:
Nordfjeldske Kontroll AS' eksemplar



Salg av tobakk må ikke skje til personer under 18 år.

Kommentar:

Kontrollør legitimerte seg for: Kaja H Mikkelsen

Kontrollørs IDNR: 771607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport iht. tobakkssalgsregisteret

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: COOP EXORA
 Adresse: SENTRUM 22
 Salgsstedets åpningstid: 7-23
 Kontrollform anonym:
 Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: CECILIE GARDEN HAMMAR

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08.19
 Klokkeslett: 17.50
 Type salgssted: BUTIKK
 Kommune: NORDREIS

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

01. Røykes det/dampes det e-sigaretter på salgsstedet sitt område?
 02. Tilbyr salgsstedet eget røykerom?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

03. Er salgsstedet registrert i tobakkssalgsregisteret?
 04. Er tobakkvarer o.l. under oppsyn av ansatte til enhver tid?
 05. Er tobakk og tobakkvarer usynliggjort for kunder?
 06. Overholdes aldersgrensen for salg/kjøp av tobakkvarer?
 07. Er reklameforbudet for tobakkvarer overholdt?
 08. Er IK-tobakk tilfredsstillende? Hvis nei, noter mangler
 09. Har ansatte kjennskap til salgsstedet sin internkontroll?
 10. Er salgsstedet sin ansvarshavende enig i ovennevnte observasjoner?

Ja	Nei
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rapporten anses med dette for mottatt, og salgsstedet har rett til å uttale seg innen to uker iht. tobakkskadeloven. Tilbakemelding sendes kommunen.

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



Salg av tobakk må ikke skje til personer under 18 år.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for:

Cecilie G. Hammar

Kontrollørs IDNR:

771607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: STORSLETT MATHUS - SPAR
 Adresse: FOSBØMG 2
 Styrer: LILL ADRIANSEN
 Stedfortreder: PER HELGE OLSEN
 Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: PER HELGE OLSEN

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08.19
 Klokkeslett: 16.30
 Salgsstedets åpningstid: 7-23
 Kontrollform anonym:
 Kontrollens varighet: 15 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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Er kunden gammel nok?

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for:

Kontrollørs IDNR: 771 607
 Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal salgsbevilling

Opplysninger om salgsstedet:

Navn: COOP EXTRA

Adresse: SENTRUM 22

Styrer: TATIANA SAMVØYEN

Stedfortreder: MØRETE NÆSS

Salgsstedets ansvarshavende ved kontrollen: CECILIE GARDEN HAMMØD

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08-19

Klokkeslett: 17.50

Salgsstedets åpningstid: 7-23

Kontrollform anonym:

Kontrollens varighet: 15 min

Kommune: NORDBISA

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

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?

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



Er kunden gammel nok?

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for: Cecilie R. Hammød

Kontrollørs IDNR: 771607
Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: GRILLSTUA MAT & VINBUS

Adresse: SENTRUM 2

Styrer: GUDLØIF HANSEN

Stedfortreder: GØRIL AGØ HANSEN

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: BJØRN ERIK TVEED

Skjenkerett for: Øl Vin Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08-19

Klokkeslett: 17.30

Kontrollens varighet: 15 MIN

Gjester; lite/mye/fullt: LITE

Type skjenkested: GRILL

Skjenkestedets åpningstid:

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

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?

Ja

Nei

10. Ble/blir skjenketidene overholdt?

11. Krevs det legitimasjon ved tvil om alder?

12. Ble/blir reklameforbudet for alkohol overholdt?

13. Er alkoholfrie og lette alternativer tilgjengelige?

14. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system?

15. Er styrer / stedfortreder til stede?

16. 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



Er du åpenbart påvirket skal du nektes inngang og alkoholserving.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for: Bjørn-Erik Tveed

Kontrollørs IDNR: 701607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: HENRIKSEN GJESTESTUE

Adresse: MØLFRV. 5

Styrer: JOANNY HENRIKSEN

Stedfortreder: ANNE KRISTIN KORSPUR

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: ANNE KRISTIN KORSPUR

Skjenkerett for: Øl Vin Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08.19

Klokkeslett: 18.20

Kontrollens varighet: 10 MIN

Gjester; lite/mye/fullt: LITE

Type skjenkested: OVERVÅTUNG

Skjenkestedets åpningstid: 18-02

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

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

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system?
15. Er styrer / stedfortreder til stede?
16. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja Nei

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



Er du åpenbart påvirket skal du nektes inngang og alkoholserving.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for: Anne K. Karhu

Kontrollørs IDNR: 771607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: RØISARHODD HOTELL

Adresse: MESSEVEIEN 32

Styrer: HARALD EIRIK JOHANNSEN

Stedfortreder: JOHANNE HANSEN

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: NATALIE

Skjenkerett for: Øl Vin Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08-19

Klokkeslett: 18.45

Kontrollens varighet: 15 MIN

Gjester; lite/mye/fullt: LITE

Type skjenkested: HOTELL

Skjenkestedets åpningstid: 11-02

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Ja Nei

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Er du åpenbart påvirket skal du nektes inngang og alkoholserving.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for:

Norhøio Fabrice

Kontrollørs IDNR:

771607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: PÅ TAKET KAFE

Adresse: RINGV. 2

Styrer: STINE IVERSEN

Stedfortreder: EVALD ANDRE JAKOBSEN

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: VICTORIA

Skjenkerett for: Øl Vin Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 16.08-19

Klokkeslett: 19.05

Kontrollens varighet: 15 min

Gjester; lite/mye/fullt: LITE

Type skjenkested: KAFE

Skjenkestedets åpningstid: 10-22

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Ja	Nei
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Er du åpenbart påvirket skal du nektes inngang og alkoholserving.

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollør legitimerte seg for:

Victoria Sheptytska

Kontrollørs IDNR: 771607

Kontrollørs IDNR:

Nordfjeldske Kontroll AS

Rapport vedr. kommunal skjenkebevilling

Opplysninger om skjenkestedet:

Navn: REISA FRUWFTSENTON

Adresse: SAPPEN

Styrer: TORJE NORDBERG

Stedfortreder: _____

Skjenkestedets ansvarshavende ved kontrollen: _____

Skjenkerett for: Øl Vin Brennevin

Kontrollopplysninger:

Dato: 16-08-19

Klokkeslett: 15.15

Kontrollens varighet: _____

Gjester; lite/mye/fullt: _____

Type skjenkested: _____

Skjenkestedets åpningstid: STENGT

Kommune: NORDREISA

Følgende ble observert/registrert i løpet av tilsynet:

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. Har skjenkestedet et tilfredsstillende IK-system?
15. Er styrer / stedfortreder til stede?
16. Er ansvarshavende enig i kontrollørs observasjoner?

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Er du åpenbart påvirket skal du nektes inngang og alkoholserving.

Kommentar: STENGT

~~STENGT~~
STENGT PGA PRIVAT ARRANGEMENT

Kontrollør legitimerte seg for:

Kontrollørs IDNR: 731607

Kontrollørs IDNR:

Referat fra møte i ungdomsrådet.

Sted	Halti, Jorma. Nordreisa
Tid	19.september 2019 kl. 14:00 – 15:30.

Tilstede:	Ramona Soleng Thomassen Oda K. Fossvoll, Ottar Evensen Storaas, 1 vgs Peter Eri Bråstad, montessori 9 kl. Jon Andreas Fyhn, montessori 9 kl. Alf Sindre Einevoll, 1 vgs Emma Halvorsen Agorsah, storslett skole 9a Joel Siayor, 8 B storslett Elias Olsen, 9B storslett skole Jens Severin Giæver, 10 B storslett. Mathilde Stabell, storslett skole 8a Silje Båtnes, sekretær.
------------------	--

Frafall:	Hedda J. Bjerkli, strømfjordnes skole Isak Båtnes Lund, 2 vgs
-----------------	--

Sakskart

24/19 Informasjon om Ungdomsrådet

25/19 Valg av medlemmer og vara

26/19 Valg av utvalgsområder

27/19 Eventuelt

24/19 Informasjon om Ungdomsrådet

Vi går gjennom eget reglement til Ungdomsrådet. Det informeres også om den nye kommuneloven som trer i kraft denne høsten. Her står det bl.a.:

- Ungdomsrådet er et rådgivende organ for kommunen og fylkeskommunen.
- Rådet har rett til å uttale seg i alle saker som gjelder ungdom. Slike saker skal kommunestyret, fylkestinget eller andre folkevalgte organer forelegge for rådene.
- Kommunestyret og fylkestinget skal etablere rutiner som sikrer at rådene mottar sakene på et så tidlig tidspunkt i saksbehandlingen, at uttalelsene fra rådene har mulighet til å påvirke utfallet av saken. Rådene kan også ta opp saker på eget initiativ. Uttalelsene skal følge saksdokumentene til det kommunale eller fylkeskommunale organet som avgjør saken endelig.
- Vi møtes ca. hver 6 uke. Evt. oftere dersom det er behov. Vara innkalles dersom medlem ikke kan stille.
- Egen innkalling til det utvalget man sitter i kommer på mail fra servicetorget. Vi skal ifølge servicetorget kontakte vara selv dersom vi ikke kan stille på møte.
- Lønn for ungdomsrådet utbetales hvert kvartal. For utvalg utbetales hver måned.

25/19 Valg av medlemmer og vara

Leder: Ramona	Vara: Oda
Nestleder: Oda	Vara: Ottar
Medlem: Mathilde	Vara: Joel
Medlem: Emma	Vara: Elias
Medlem: Jens	Vara: Ottar
Medlem: Jon Andreas	Vara: Peter
Medlem: Alf Sindre	Vara: Isak
Medlem: Hedda	Vara: Elias

26/19 Valg av utvalgsområder:

Kommunestyre (2 stk): Ramona, Oda

BUK (2 stk): Jon Andreas, Alf Sindre,

Miljø, plan og utvikling: Mathilde

Helse og omsorg: Emma

Oppvekst og kultur: Alf Sindre

Formannskapet: Oda

Næringsutvalget: Jens

Rust (2 stk): Ramona, Jon Andreas

27/19 Eventuelt

Vi snakker om den nye ungdomsklubben og innhold her. Flere som har innspill som vi kan ta med oss videre. Planlegger et besøk i lokalene f.eks. ved neste møte.

- Bilder og presentasjon av alle medlemmer og vara

Neste møte er satt til 22.oktober. Innkalling kommer.

Referent: Silje Båtnes, 20.09.19.

Fra: Silje Båtnes

Sendt: 02.10.2019 12:50:27

Til: Alf Sindre Einevoll; Elias Olsen; Emma Halvorsen Agorsah; Hedda J. Bjerkli; Isak Båtnes Lund; Jens severin Giæver; Joel Siayor; Jon Andreas Fyhn; Mathilde Stabell; Oda Kristine Fossvoll; Ottar Evensen Storaas; peter Eri Bråstad; Ramona Soleng Thomassen

Kopi: Else Elvestad

Emne: Referat møte i Ungdomsrådet 19.09.19

Vedlegg: Referat fra møte 19.09.19.docx

Hei 😊

Eg sender over referat fra møte i Ungdomsrådet 19.09.19.

Neste møte planlegges til 22.oktober. Da er det kun ordinære medlemmer som møtes, og vara innkalles ved behov.

Med vennlig hilsen

Silje Båtnes

Ungdomskontakt



Nordreisa kommune

Ráissa suohkan

Raisin komuuni

Telefon: 41706116

Postadresse:

Postboks 174, 9156 Storslett

E-post:

postmottak@nordreisa.kommune.no

Besøksadresse:

Sentrum 17

Internett: www.nordreisa.kommune.no

Telefon: 77 58 80 00

Telefaks: 77 77 07 01

www.facebook.com/nordreisakommune

Bankkto: 4740
05 03954

Org nr: 943 350
833



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

ARBEIDSTILSYNET
Postboks 4720 Torgarden
7468 TRONDHEIM

Deres ref: 2019/19427	Vår ref (bes oppgitt ved svar): 2019/485-8	Løpenr. 9389/2019	Arkivkode X55	Dato 07.10.2019
---------------------------------	--	-----------------------------	-------------------------	---------------------------

Svar på-tilsyn

Vedlagt følger svarbrev på pålegg etter tilsyn

Med vennlig hilsen

Merete Karlsen
Virksomhetsleder
merete.karlsen@nordreisa.kommune.no
77 58 81 35

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

Vedlegg
1 Svar på tilsyn

Interne kopi mottakere:
Rickard Printz Sektor for helse- og omsorg
Anne-Marie Gaino Rådmannen

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

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

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

Telefon: + 47 77 58 80 00
Telefaks: + 47 77 77 07 01

Bankkonto: 4740.05.03954
Org.nr: 943 350 833



Nordreisa kommune

04.10.19

V/virksomhetsleder for hjemmetjenester

Merete Karlsen

Arbeidstilsynet

V/ v Marit Brygfjell

Ref 2019/19427

Svar på oppfylte pålegg etter tilsyn Hjemmesykepleien Nordreisa kommune 943350833

Vi har jobbet med å risikovurdere og kartlegge tjenesten, i arbeidet har vi delt opp slik at vi har laget en som går på vold og trussel om vold, samt en vurdering som går på generelle utfordringer derunder også tidspress og psykisk helse. Der vi under risikovurderingen har kommet på rødt område, har jeg skrevet inn i risikomatriksen hvordan tiltak som må til for å få dem på gul.

Til hver risikovurdering har vi laget en aktivitetsplan/handlingsplan slik at alle punkter som skal lages rutiner på er synliggjort. Vi har frist til 31.12.19 med å sende inn alle rutiner, så dem ettersendes når vi har kommet i mål med alle.

Når det gjelder pålegg om kurs i vold og trussel om vold, er dette noe som mange avdelinger i kommunen skal ha. Det planlegges å sette opp 3 x kursdager i perioden jan-april 2020, slik at vi får mulighet til å sende flest mulig på kurs. Ansvar for at kursene blir satt om er på virksomhetslederne i helse, og avdelingslederne ordner det slik at flest mulig av de ansatte blir tatt ut til kurs.

Vedlegg 1:

- Risikovurdering og handlingsplan i forhold til vold og trussel om vold
- Risikovurdering og handlingsplan i HMS, med fokus på tidspress, samtidskonflikter og psykisk helse for ansatte i hjemmesykepleie.

Vedlegg 2: Retningslinjer for forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte

Vedlegg 3: rutiner

Mvh Merete Karlsen


Virksomhetsleder Hjemmetjenester

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

Sannsynlighet:

- 1 = Usannsynlig (Tenkelig),
- 2 = Lite sannsynlig (Skjer svært sjelden, >5 år mellom hver hendelse),
- 3 = Mulig (Skjer årlig),
- 4 = Sannsynlig (Kan skje flere ganger pr år)
- 5 = Nesten sikkert (månedlig)

Konsekvens:

- 1 = Ufarlig,
- 2 = Lav (0d),
- 3 = Middels (< 14d),
- 4 = Alvorlig (> 14d),
- 5 = Svært alvorlig (varig eller død)

65

Risikoverdi: = Produktet av risiko og sannsynlighet

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

	Arbeid og forhold i virksomheten som kan medføre risiko (farer og problemer)	Risikovurdering av hendelsen		Risiko-verdi
		Sannsynlighet (1-5)	Konsekvens (1-5)	
1) Trusler				
a) Vold		2	2	4
b) Drap		1	4	4
c) Gå til avisa		4	1	4
d) Varsling til fylkeslegen		3	1	3
e) Selvdrap		1	5	5
f) Mot familien til ansatt		1	5	5
g) Fra pårørende		2	3	6
h) Trakassering og trusler fra ledelse og kolleger		1	4	4
2) Vold fra brukere / pårørende				
a) Kaste ting etter ansatte		5	3	15
b) Slått, sparket, bitt, spyttet på		3	2	6
c) Psykisk vold, sjikanering		5	3	15
3) Seksuell trakassering				
a) Fra brukere og mennesker rundt bruker		3	2	6
b) Fra kolleger		1	5	5
4) Seksuelle overgrep		1	5	5
5) Ran				
a) Kontor		1	5	5
b) Ute på veien		1	5	5

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

6) Alenearbeid, natt primært					
a) Psykisk belastning (ansvar, dårlig vær, frykt for uønskede hendelser)	5	4	20		
b) Bilkjøring på natt (ulykker, dårlig vær, ingen som vet hvor du er)	5	4	20		
c) Manglende mulighet for bistand fra kolleger (alarm)	5	4	20		
7) Anklager om seksuelle tilnæringer mot pasienter	1	2	2		
8) Anklager om brudd på taushetsplikt	1	2	2		
9) Anklager om tyveri fra pasienters hjem	5	2	10		
10) Bilkjøring med brukere					
a) Vold mot sjåfør	1	5	5		
b) Hoppe ut i fart	1	5	5		
c) Dra i håndbrekk	1	5	5		

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

Risikomatrixe vold og trusler om vold-Hjemmesykepleie

konsekvens					
5	Svært alvorlig	9, (6.a), 6.b,6.c tilrettelegge for ansatte som får psykisk belastning, kollegaalarm, evt lyse ut nattstilling)	2.a, 2.c, områder på rødt vil med risikoforebyggende tiltak komme på gul.	6 a, 6 b, 6.c ved risikoforebyggende tiltak, eller omstrukturering av tjenesten, samt ordne kollegaalarm til nattevakt kommer dem på gu.	
4	Alvorlig	(2.a og 2.c, når det er igangsatt risikoreducerende tiltak)			
3	Middels	2.b,3.a,			
2	Lav		1.g,		
1	Ufarlig	7, 8	1.d,	1.a, 1.b, 1.c, 1.h,	1.e,1.f, 3.b, 4, 5.a,5.b,10.a,10.b,10.c
sannsynlighet		Usannsynlig(tenkelig) 1	Mulig skjer årlig 3	Sannsynlig kan skjete flere x pr år 4	Nesten sikkert månedlig 5

Aktivitetsplan

Tiltak	Ansvarlig	Utføres
<p>Trusler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vold • Drap • Gå til avisa • Varsling til fylkeslegen • Selvdrap • Mot familien til ansatt • Fra pårørende • Trakassering og trusler fra ledelse og kolleger <p>Gode rutiner på hvordan en møter pasienter, god opplæring av alle ansatte slik at grensesetting ift pas er lik. Dette må skrives inn i Profil og oppdateres ved behov.</p> <p>Leder skal ha melding om alle trusler. Avvik (trusler) skal registreres i KF Kurs i vold og trussel om vold.</p>	<p>Leder ansvarlig for å ha gode rutiner og god opplæring.</p> <p>Alle ansatte skal skrive avvik slik at det fanges opp, og kan lages individuelle tiltaksplaner i pasientjournal.</p>	<p>Rutiner ferdigstilles innen 31.12.19</p> <p>Alle ansatte melder fortløpende</p>
<p>Vold fra brukere / pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaste ting etter ansatte • Slått, sparket, bitt, spyttet på • Psykisk vold, sjikanering <p>Rutiner, opplæring, melde avvik. Debrifing.</p> <p>Det skal iverksettes risikoreducerende tiltak i alle hjem hvor den ansatte kan utsettes for Vold fra brukere eller pårørende. Risikoforebyggende tiltak er samarbeid med pasient/pårørende, gå inn med to ansatte, lage individuelle oppfølgingsplaner i de hjem hvor det er risiko for vold og trusler om vold.</p>	<p>Avdelingsleder.</p> <p>Det skal være fokus på at i hjem hvor det er utagerende adferd eller annen risiko skal de ansatte kunne gå inn to for å trygge situasjonen.</p>	<p>Rutiner ferdigstilles innen 31.12.19</p>
<p>Seksuell trakassering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra brukere og mennesker rundt bruker • Fra kolleger <p>Det skal være rutiner for at all slik adferd skrives avvik på og den ansatte som melder fra blir fulgt opp av leder.</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>Rutiner ferdigstilles innen 31.12.19</p>

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

<p>Seksuelle overgrep Det skal være en rutine på å melde avvik på adferd som kan oppleves som seksuell tilnærming, slik at det kan lages en tiltaksplan i journal som ivaretar den ansatte. Eks, alltid to ansatte.</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>Rutiner ferdigstiltes innen 31.12.19</p>
<p>Ran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontor • Ute på veien <p>Alle ansatte skal ha opplæring i hvordan dem forholder seg ved eventuelt ran, i bil eller arbeidsplass.</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>Rutiner ferdigstiltes innen 31.12.19</p>
<p>Alenearbeid, natt primært</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykisk belastning (ansvar, dårlig vær, frykt for uønskede hendelser) • Bilkjøring på natt (ulykker, dårlig vær, ingen som vet hvor du er) • Manglende mulighet for bistand fra kolleger (alarm) <p>For å ivareta HMS (da særlig psykisk helse hos de ansatte), vil det være nødvendig å ha to ansatte på jobb på natt. Dette ivaretar HMS i form av trygghet ved bilkjøring, sikkerhet og trygghet ute hos den enkelte bruker og være en risikoreduserende faktor. Konsekvensen av alenearbeid på natt vil reduseres til 2 i stede for 4. Ergonomi og fysisk belastning vil også ivaretas på en langt bedre måte dersom det er to ansatte ute, da det er en del tyngre forflytninger og uforutsette hendelser på natt. Alternativt bør natt-tjeneste legges ned på grunn av den belastning det er på de ansatte sin helse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsleder og avdelingsleder jobber også med å endre turnus slik at ansatte som får psykisk belastning på å jobbe tredelt turnus ikke trenger det. Det blir søkt om mulighet til å få lyse ut 1 nattstilling slik at dem som evt søker på den har lyst til å jobbe natt i hjemmesykepleien. Ved utrykning på alarmer er det alltid 1 ambulerende hjelper fra sykehjem som blir med ut. - Natt arbeidere skal også sikres med en alarmknapp slik at dem kan tilkalle hjelp fort ved behov. 	<p>Avdelingsleder</p>	<p>Rutiner ferdigstiltes innen 31.12.19</p> <p>Det legges inn 1 nattstilling i Budsjettprosess 2020.</p>
<p>Anklager om seksuelle tilnærmelser mot pasienter Melde fra til leder/ leder vil ta det opp med den det gjelder</p>	<p>Avdelingsleder</p>	

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

<p>Anklager om brudd på taushetsplikt Melde fra til leder/ leder vil ta det opp med den det gjelder.</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>Rutiner ferdigstiltes innen 31.12.19</p>
<p>Anklager om tyveri fra pasienters hjem Når det meldes inn en slik sak, må den som tar imot beskjed skrive en detaljert beskrivelse av anklagen under journalnotat i pasientjournal. Avdelingsleder vil gjennomføre samtale med pasient og evt ansatt, for å finne ut hva som har skjedd. Ved mistanke om at noe straffbart har skjedd, veiledes pasient og anmelde forholdet til politiet.</p>		
<p>Bilkjøring med brukere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vold mot sjåfør • Hoppe ut i fart • Dra i håndbrekk <p>Rutine for risikovurdering av pasienter før de tas med i bil. Dersom hendelse inntreffer, stans, ring etter bistand. Meld fra til leder ved hendelse.</p>	<p>Avdelingsleder Ansatte må vurdere og melde ifra,</p>	<p>Rutiner ferdigstiltes innen 31.12.19</p>
<p>Deltakere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nina Bredeesen, avdelingsleder • Renate Fyhn, VO • Heidi Berg Hansen, VO • Merete Karlsen, Virksomhetsleder • Tor Jørgen Johnsen, INVENI bht 		

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

	Arbeid og forhold i virksomheten som kan medføre risiko (farer og problemer)	Risikovurdering av hendelsen		Risiko-verdi
		Sannsynlighet (1-5)	Konsekvens (1-5)	
1	Ergonomi Ikke tilretteleggingsmuligheter i brukernes hjem (ikke hev/senkbare senger, trange dører, dørstokker, glatte gårdsveier og trapper, ikke brøytet, dårlige knestående arbeidsstillinger, trange bad, overmøblert)	5	3	15
2	Trafikk a) Dårlige veivedlikehold b) Kjøretøy tilpasset forholdene (gode dekk, 4x4 (?), komfort)	5 2	2 2	10 4
3	Inneklima a) Medisnrom uten ventilasjon b) Pauserom uten vindu c) Trekk fra vindu vinterstid	5 5 5	2 1 1	10 5 5
4	Smittefare a) Kjent Hepatitt hos pasienter b) Tuberkulose risiko ved oppfølging av flytninger c) MRSA	5 2 1	1 3 5	5 6 5
5	Arbeidsbelastning / tidspress a) Lange avstander øker tidspresset b) Samtidskonflikter for trygghetsalarmansvarlig c) mange pasienter, mye organisering for god tjeneste d) Nok tid til å utføre oppgaver (risiko blir 10 med risikoforebyggende tiltak som: elektroniske kjørelistene, vikar ved fravær, leder som delegerer)	5 5 5 5	3 2 2 4	15 10 10 20

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

6	Innflytelse og autonomi				
	Ikke bli tatt med på råd om det planlegges omorganisering	3	4	4	12
7	Bli sett på jobb, og få tilbakemelding på jobben som gjøres	5	4	4	20
8					
9					
10					

Sannsynlighet: 1 = Usannsynlig (>10 år), 2 = Lite sannsynlig (1-10 år), 3 = Mulig (Årlig), 4 = Sannsynlig (månedlig) 5 = Nesten sikkert (ukentlig)

Konsekvens: 1 = Ufarlig, 2 = Lav (0d), 3 = Middels (< 14d), 4 = Alvorlig (> 14d), 5 = Svært alvorlig (varig eller død)

Risikoverdi: = Produktet av risiko og sannsynlighet

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

Risikomatrise ROS HMS hjemmesykepleie

konsekvens						
5 Svært alvorlig	3.b,3.c,4.a, 4.c, (7 slik vi jobber blir de ansatte sett og tatt med på råd.Vi fokuserer på mestringsledelse)	1(i kartlegging av helsehjelp gjøres også en ergonomi kartlegging for ansatte, i de fleste hjem kommer vi inn med hjelpemidler) 2.a, 3.a, 5.b,5.c	1 (med risikosenkende tiltak kommer den under gul) 5.a,	5.d(med elektroniske kjørelister i bruk kommer denne på gul, ved fravær skal det leies inn vikar,) (7dette er tatt med for å synliggjøre hvor viktig det er å sette pris på ansatte og kollegaer.)		
4 Alvorlig						
3 Middels				6		
2 Lav		2.b	4.b,			
1 Ufarlig						
sannsynlighet	usannsynlig	Lite sannsynlig under 1 x pr år	Mulig skjer årlig	Sannsynlig kan skje flerex pr år	Nesten sikkert månedlig	
	1	2	3	4	5	

INVENT bedriftshelsejteneste

Aktivitetsplan

Tiltak	Ansvarlig	Utføres
<p>1. Ergonomi Når pasienter får tjeneste fra Hjemmesykepleien skal det gjøres en ergonomi vurdering, det skal være fokus på samarbeid med pasient og pårørende om tilrettelegging for god ergonomi. I hjem hvor man ikke får dette til må arbeidsgiver sette inn andre tiltak som gå inn to, fordele belastningen slik at ikke de samme går for ofte, i verste fall må arbeidsgiver vurdere om helsehjelpen må gis i en annen form.</p>	<p>Avdelingsleder har overordnet ansvar -ansatte skal være med å kartlegge og ha fokus på ergonomi</p>	<p>Rutiner for ergonomi skal være på plass innen 30.06.20</p>
<p>2. Kjøretøy. Hjemmesykepleien har leasing avtale på 11 kjøretøy, 4 av dem har 4 x 4 hjuls drift, bli med firehjulsdraft brukes på utkantstrøk hvor det kan være dårligere veistandard/brøyting. Hjemmesykepleien kan ikke gjøre så mye med dårlige veier, men arbeidsgiver må ta dette med i betraktning når man utarbeider kjørelister, slik at det er mere kjøretid på disse listene. Må være rutiner for omlegging av vinterdekk og vedlikehold av biler.</p>	<p>Avdelingsleder Ansatte</p>	<p>Rutiner innen 30.06.20</p>
<p>3. Inneklima Generelt er det god inneklima i lokalene til hjemmesykepleien. Medisinrommet er ikke et bra arbeidsrom for sykepleierne, det jobbes med å flytte medisinrom til ett mere egnet rom.</p>	<p>Virksomhetsleder/avdelingsleder</p>	
<p>4. Smittefare: Når man jobber i hjemmesykepleien er det naturlig at man utsettes for noe smittestoffer, om personalet følger smitteplaner hos den enkelte pasient skal ikke dette medføre risiko for helsepersonellet. Ved evt. Brudd på smittevern må det igangsettes ivaretagelse av evt smittet ansatt. Eks stikkskader. Det ligger rutiner for det i KF kvalitetssystemet. Alle ansatte skal ha opplæring i smitte og være med på å forebygge egen smitte og evt smitteveier til andre. Det er også tilbud om vaksine til ansatte.</p>	<p>Avdelingsleder Ansatte</p>	<p>Rutiner for smitte ligger i KF</p>
<p>5. Arbeidsbelastning/tidspress. Høsten 2018 innførte tjenesten elektroniske kjørelister, den gir leder en oversikt over hvor mye tid hver enkelt oppgave tar, slik at listen kan planlegges bedre med tanke på</p>	<p>Avdelingsleder Ansatte</p>	<p>Rutiner innen 30.06.20</p>

Risikovurdering Hjemmesykepleien Nordreisa kommune Vold og trussel om vold 04.10.19

<p>tidspres, og kjøretid mellom brukere. Det er faste møter 1 x pr uke hvor man tar opp pasienter og evt endrer på tjenestebilde/kjøreliste. Trygghetsalarmtelefon ble overført tjenesten august 19 og svares av 1 av de ansatte i hjemmesykepleien, den som har trygghetsalarmtelefon kan oppleve samtidskonflikter. Det er laget rutine for trygghetsalarmtelefon og hvordan den ansatte skal prioritere når det oppstår. Dette ansvaret rulleres på flere slik at det ikke blir for stor belastning på noen. Avdelingsleder har god fordeling på oppgaver slik at alle har nok tid til å utføre oppgaver.</p>		
<p>6. innflytelse autonomi Hjemmesykepleien har to tillitsvalgt og to verneombud, i tillegg til personalmøter minimum hver 6 uke, ansattes stemme blir hørt og dem skal være tatt med på råd når det er endringer i tjenesten. I forhold til turnuser drøftes dem alltid med verneombud og tillitsvalgt. Hjemmesykepleien skal sette av faste møteidspunkt med verneombud, og verneombud skal være sentral i forhold til rutiner som påvirker forhold på jobb.</p>	<p>Avdelingsleder Verneombud Tillitsvalgte Ansatte</p>	<p>Rutiner innen 30.06.20</p>
<p>7. Bli sett på jobb og få tilbakemelding på jobben som gjøres Avdelingsleder og virksomhetsleder jobber med mestringsbasert ledelse, vi prøver å se den enkelte ansattes kvaliteter og behov. Personal møter brukes på å fokusere på psykososialt arbeidsmiljø, og vi legger til rette for mestrings og trivsel på jobb.</p>	<p>Alle</p>	
<p>Nina Bredeesen avdelingsleder Merete Karlsen Virksomhetsleder Heidi Hansen Verneombud Renate Fhyn Verneombud</p>		

Retningslinje for forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte

Formål

Forebygge og sikre god håndtering av vold og trusler mot ansatte, og være et hjelpemiddel for ledere og ansatte i forbindelse med oppfølging etter at de har vært utsatt for vold og trusler.

Denne retningslinjen er overordnet og enhver virksomhet/avdeling vurderer om det er behov for egne tillegg, det vil særlig være i forhold til risikovurdering og opplæring.

Grunnlag

Arbeidsmiljøloven § 4-3 pkt.4 slår fast at arbeidstakere skal så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakere gis nødvendig informasjon om risikofaktorer knyttet til vold og trusler, samt iverksette tiltak og rutiner for å forebygge, håndtere og følge opp vold -og trusselsituasjoner.

Arbeidstakere har en plikt til å medvirke i dette arbeidet Arbeidsmiljøloven § 2-3.

Definisjon på vold og trusler

Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk, psykisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse velvære.

Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person. Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på en person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det fører til skade på inventar og utstyr.

Vold og trusler kan dreis seg om:

Fysisk vold-som primært skader kroppen, eller psykiske skader kan oppstå som følge av å bli utsatt for slik vold.

Psykisk vold- trusler og truende adferd som kan uttrykkes både verbalt, gjennom kroppsspråk eller ved skade på materiell. Formålet med slik vold er å skape psykisk ubehag, frykt, engstelse og/eller usikkerhet.

Seksuell vold-som kan gi både fysiske og psykiske skader.

Beskrivelse

Systematisk HMS-arbeid er nøkkelen i forebygging av vold og trusler mot ansatte. I dette ligger risikovurdering og opplæring for å unngå at ansatte kommer i uønskede situasjoner. Skulle det likevel skje, er det viktig at den ansatte er trygg på egen opptreden og at hendelsen blir fulgt opp på en god måte og korrekt registrert.

Risikovurdering skal skje årlig, og gjøres sammen med arbeidstakerne, tillitsvalgte og verneombud.

Risikovurderingen skal ta særlig hensyn til: arbeidets organisering og tilrettelegging, hvor/når og i hvilke situasjoner arbeidstaker kan bli utsatt for vold og trusler, alenearbeid/bemannings, arbeidstidens plassering og organisering, kompetanse, utforming av arbeidslokalene og teknisk løsninger, manglende informasjon til arbeidstakere om risikoen de blir utsatt for i møte med pasienter/brukere/publikum, effekten av iverksatte og planlagte forebyggende tiltak, systematisk vedlikehold av relevant arbeidsutstyr eks. alarmer der dette kan brukes, mulighet for å tilkalle hjelp.

Plan for håndtering av vold og trusler mot ansatte:

Ved fysisk vold mot ansatte:

- Hvis du er alene, trekk deg umiddelbart ut av situasjonen og hvis mulig tilkall hjelp fra kollegaer. Dersom man er alene om kvelden/natten kontakt politiet og eventuelt lege om man er skadet.
- Vurder om politiet skal kontaktes for å forhindre ytterligere vold.
- Vurder om situasjonen tilsier at helsesøster og/eller barnevern skal kontaktes.
- Vurder om de/den skadde trenger helsebehandling.
- Varsle nærmeste leder/arbeidsgiver.
- Vurder om virksomheten må stenge
- Det er nærmeste leder/arbeidsgivers ansvar å sikre at den voldsrammede ikke er alene umiddelbart etter voldshendelsen.
- Nærmeste leder og/eller kollegaer gir psykisk førstehjelp til den voldsrammede (skape ro rundt den voldsrammede, vise omsorg og nærvær, akseptere følelser, følge den voldsrammedes behov, lytte og spørre om situasjon).
- Nærmeste leder/Arbeidsgiver må i samråd med den voldsrammede avgjøre hvilken type oppfølging som er mest egnet i hvert enkelt tilfelle og vurdere bistand fra kvalifisert helsepersonell.
- Nærmeste leder/arbeidsgiver bør samle de ansatte til en samtale/debrifing i løpet av de første timene etter hendelsen, eventuelt første virkedag etter hendelsen hvis dette er det som er praktisk mulig. Det må vurderes om de involverte har behov for ekstern oppfølging utover samtale med helsepersonell.

-Nærmeste leder har ansvar for oppfølgende samtaler med den/de ansatte etter en uke, så igjen etter en måned. På siste møte avklares behov for eventuell ytterligere oppfølging.

-Personlige klær utstyr som er blitt skadet eller ødelagt vil som hovedregel bli erstattet av arbeidsgiver.

Ved trusler mot ansatte:

-Hvis du er alene, trekk deg umiddelbart ut av situasjonen og hvis mulig tilkall hjelp fra kollegaer. Dersom man er alene om kvelden/natten kontakt politiet.

-Vurder om det er nødvendig å kontakte politiet for å forhindre skade, eller om det er annet personell som skal ta hånd om den som avgir truslene.

-Varsle nærmeste leder/arbeidsgiver.

-Vurder om situasjonen tilsier at helsesøster og/eller barnevern skal kontaktes.

-Vurder om virksomheten må stenge

-Hvis truslene ikke gjelder en selv, må den/de som truslene gjelder varsles. Dette gjøres av nærmeste leder/arbeidsgiver.

-Nærmeste leder/Arbeidsgiver må i samråd med den ansatte som er utsatt for trusler avgjøre hvilken type oppfølging som er mest egnet i hvert enkelt tilfelle og vurdere bistand fra kvalifisert helsepersonell.

-Nærmeste leder/arbeidsgiver bør samle de ansatte til en samtale/debrifing i løpet av de første timene etter hendelsen, eventuelt første virkedag etter hendelsen hvis dette er det som er praktisk mulig. Det må vurderes om de involverte har behov for ekstern oppfølging utover samtale med helsepersonell.

-Nærmeste leder har ansvar for oppfølgende samtaler med den/de ansatte etter en uke, så igjen etter en måned. På siste møte avklares behov for eventuell ytterligere oppfølging.

Ved muntlig trusler via telefon, SMS, sosiale medier, e-post eller pr brev:

-Dokumenter, skriv ned, ta bilde/utskrift av truslene.

-Hvis truslene kommer via telefon, SMS, sosiale medier, e-post eller pr. brev, skal nærmeste leder kontaktes så snart som mulig.

-Hvis truslene ikke gjelder en selv, må den/de truslene gjelder varsles. Dette gjøres av nærmeste leder/arbeidsgiver.

-Det må vurderes om politiet skal kontaktes avhengig av sakens alvorlighetsgrad.

-For øvrig gjelder punktene under ved trusler mot ansatte.

Nærmeste leder/Arbeidsgivers oppfølging av arbeidstakere som har blitt utsatt for vold og trusler om vold:

- Vurder behovet for å tilkalle ekstern hjelp som eks kriseteam, psykolog, lege, o.l.
- Underrett pårørende.
- Vurder om hendelsen skal politianmeldes.
- Registrer hendelsen i kommunens avvikssystem.
- Vurder behovet for tilpasning av arbeidsoppgaver den første tiden etter hendelsen.
- Vurder oppfølging for familien om dersom den trekkes indirekte eller direkte inn i volds -og trusselsituasjonen.
- Arranger informasjonsmøter hvor alle ansatte blir informert om hva som skjedde under- og etter voldshendelsen.
- Beskytt arbeidstakerne mot media og tredjeperson.

Dersom det dreier seg om alvorlig skade er arbeidsgiver pliktig til å melde fra til arbeidstilsynet og politi. Det er nærmeste leder/arbeidsgiver som har ansvar for å anmelde. Skade og sykdom som oppstår på arbeidsplassen skal meldes NAV med eget skademeldingsskjema jf. folketrygdloven §13-14. Dette for å sikre rettigheter til den skadede og eventuelle etterlatte.

Nærmeste leder/Arbeidsgiver skal sende skademelding så snart som mulig.

Nærmeste leder/Arbeidsgiver og arbeidstaker samordner om melding om yrkesskade til KLP-Skadeforsikring. Skjema ligger på forsikringselskapets hjemmeside.

Opplæring:

Nærmeste leder/arbeidsgiver har ansvar for å gjøre arbeidstaker kjent med ulykkes- og helsefarer som kan vær forbundet med arbeidet, og at arbeidstaker får opplæring, øvelse og instruksjoner som er nødvendig. Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trusler, skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold -og trusselsituasjoner, samt bruk av evt. sikkerhetsutstyr. Opplæringen skal dokumenteres og inneholde plan for nåværende og fremtidig opplæring/øvelser, navn på ansatte, dato for opplæring og innhold i opplæringen.

Ansvar/myndighet

På vegne av arbeidsgiver er det virksomhetsleder som har hovedansvar for HMS funksjoner på alle plan i virksomheten. Virksomhetsleder skal iverksette rutiner i samarbeid med arbeidstakere og deres tillitsvalgte for hvordan vold, trusler og andre uheldige belastninger skal forebygges, håndteres og følges opp. Verneombud skal medvirke i å utarbeide rutinen på arbeidsplassen.

All vold og trusler skal meldes til nærmeste leder/arbeidsgiver. Hvis nærmeste leder ikke er tilgjengelig, meldes det fra til Service -og personalsjef, om det er behov for rask oppfølging.

Etter voldshendelser skal Hovedverneombud varsles første virkedag, og stedlig verneombud orienteres.

Evaluering

Retningslinjer og rutiner evalueres årlig.

Prosedyre for handling ved fysisk og psykisk vold fra bruker

1. Målgruppe	Prosedyren omfatter alle ansatte i tjenesten
2. Formål	Formål med prosedyren er å hindre fysisk og psykisk vold og å begrense følgene av eventuelle episoder for virksomhetens ansatte
3. Definisjon/ generelt	Denne prosedyren omfatter arbeid med brukere som utøver fysisk og eller psykisk vold mot ansatte. Dette gjelder både i brukers hjem og annet sted, inkludert pr telefon
4. Aktivitet	<p>Ved en voldsepisode skal</p> <ul style="list-style-type: none"> • ansatte skal forsøke å roe ned bruker • bruker skal gis beskjed om at videre hjelp ikke blir gitt dersom adferden ikke opphører umiddelbart • dersom bruker ikke etterkommer beskjeden, skal den ansatte forlate situasjonen • leder skal ha beskjed om hendelsen (uten unødig opphold) • de ansatte skal dokumentere hendelsen i journalsystem og i avvikssystem (bruk ikke navn i avvikssystem jfr taushetsplikt) • det skal vurderes om det skal registreres skademeldingsskjema i forbindelse med hendelsen. Leder dokumenterer hendelsen i personalmapper <p>For å forebygge uheldige episoder</p> <ul style="list-style-type: none"> • bruker skal informeres om forventninger, og informeres om innholdet i denne rutinen • alle ansatte skal gjøres kjent med denne rutinen <p>Etter en voldsepisode</p> <ul style="list-style-type: none"> • leder vurderer om det skal gjennomføres personlig samtale med ansatte som har vært utsatt for episoden for bl a å finne fram til tiltak som kan hjelpe på kort og lang sikt. Verneombud kan vurderes tatt med i slik samtale
5. Ansvar	<ul style="list-style-type: none"> • leder er ansvarlig for at prosedyren blir gjort kjent for de ansatte og at prosedyren oppdateres en gang i året • leder er ansvarlig for korrigerende tiltak
6. Avviksbehandling og korrigerende tiltak	Avvik (voldsepisoder og alvorlige tilløp) skal registreres i avviksskjema og følges opp så snart det er mulig
7. Dokumentasjon/ henvisninger	Dokumenteres i Profil
8. Distribusjon	Alle ansatte

Verneombud tatt med på råd

Formål

Arbeidsgiver skal sørge for at verneombudet tas med på råd under både planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet.

Grunnlag

Arbeidsmiljøloven § 6-2 fjerde ledd.

Beskrivelse

Arbeidsgiver ved virksomhetsleder skal ha møte med verneombud hver måned, der verneombudet tas med på råd under både planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet i Hjemmesykepleien. Arbeidsgiver setter opp en halvårig møteplan. Det føres møtereferat fra møter. Skulle det oppstå situasjoner mellom de planlagte månedlige møtene der verneombudet skal tas med på råd innkaller virksomhetsleder verneombudet på møte.

Ansvar/myndighet

Arbeidsgiver har ansvar for å følge opp møteplan, og for å sørge for at det skrives referat fra møter.

Evaluering

Prosedyren evalueres fortløpende.

Vold og trussel om vold- opplæring

Formål

Arbeidsgiver skal gi arbeidstakerne nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, samt i bruka av eventuelt sikkerhetsutstyr, slik at arbeidstakerne så langt det er mulig, er beskyttet mot vold eller trussel om vold. Opplæringen og øvelsen skal gjentas og tilpasses vesentlige endringer i risikovurderingen og ellers når det er nødvendig.

Grunnlag

Arbeidsmiljøloven §§ 3-2 første ledd bokstav a og 4-3 fjerde ledd, forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 8-1 og forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) § 23A-2.

Beskrivelse

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer som kan være forbundet med arbeidet, og at arbeidstaker får opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig. Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, samt bruk av evt. sikkerhetsutstyr.

- Skriftlig bekreftelse på opplæring som er gitt
- Plan på neste opplæring og øvelse, ved endringer i risikovurderingen og ellers når det er nødvendig
- Oversikt over innholdet i opplæring og øvelse
- Plan for framtidig opplæring og øvelser

Ansvar/myndighet

Avdelingsleder har ansvar for oppfølging av rutinen.

Evaluering

Evaluere om prosedyren følges.

Plan videre:

- Ansatte som får opplæring skriver under på at opplæring er gitt på et eget ark.
- Det lages en skriftlig plan på når opplæring og øvelse er planlagt, og ved endringer i risikovurderingen og ellers når det er nødvendig
- Det lages en skriftlig oversikt over innholdet i opplæring og øvelse og en plan for videre opplæring og øvelse.

Vold og trussel om vold- kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan

Formål

Forebygge at arbeidstakere blir utsatt for vold og trussel om vold.

Grunnlag

Arbeidsmiljøloven § 3-1 første ledd og andre bokstav c, forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 7-1 og forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) §§ 23A-1 og 24A-4.

Beskrivelse

- Arbeidsgiver skal kartlegge og gjøre risikovurdering på forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold.
- Arbeidsgiver skal iverksette tiltak eller plan med frist for gjennomføring av tiltak
- Arbeidsgiver skal beskrive hvordan løpende kartlegging følges opp
- Arbeidsgiver skal beskrive hvordan verneombud/ ansattes representant har medvirket

Det skal brukes skjema for kartlegging og risikovurdering.

Risikovurderingen skal særlig ta hensyn til:

- Arbeidets organisering og tilrettelegging
- Hvor, når og i hvilke situasjoner arbeidstaker kan bli utsatt for vold og trussel om vold
- Alenearbeid
- Arbeidstidens plassering og organisering
- Bemanning
- Kompetanse
- Utforming av arbeidslokalene og tekniske løsninger
- Manglende informasjon til arbeidstakere om risikoen de blir utsatt for i møte med pasienter/ brukere
- Effekten av iverksatte og planlagte forebyggende tiltak

Ved gjennomføring av tiltak skal det særlig tas hensyn til:

- Utforming og tilrettelegging av arbeidsplassen og arbeidet som utføres
- Systematisk vedlikehold av relevant arbeidsutstyr mv, for eksempel alarmer der dette brukes
- Mulighet for tilkalling av hjelp
- Bemanning, herunder bruk av alenearbeid

Det skal fremkomme hvordan forløpende kartlegging følges opp.

Det skal komme frem hvordan verneombud og tillitsvalgte har medvirket.

Ansvar/myndighet

Virksomhetsleder har ansvar for at prosedyren følges.

Evaluering

Forløpende evaluering om prosedyren følges.

SONJATUN SYKEHJEM
v/Kjøkken , Postboks 171
9156 STORSLETT

Deres ref:
Vår ref: 2019/215489
Dato: 2. oktober 2019
Org.nr: 985399077

Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler



Tilsynsrapport - Mattilsynet forhåndsvarsler vedtak om vedlikehold

Vi viser til inspeksjonen hos SONJATUN SYKEHJEM 30. september 2019.

Inspeksjonen ble utført av seniorinspektør Knut Øystein Johansen. Kirsten Pedersen var til stede under inspeksjonen.

Oppsummering av inspeksjonen

Ved dette tilsynet så vi på

- Prøvetaking (parametre og frekvens)
- Temperaturregistreringer i kjøle- og fryseinretninger
- Hygiene generelt
- Lokaler og vedlikehold

Prøvetaking er utført iht egen plan. Det er bla tatt ut Listeriaprøver og andre bakteriologiske prøver av utstyr og områder.

Temperaturregistreringene viste at et kjølerom er målt til mellom 4 og 5 grader C. den siste tiden. Temperaturen vil justeres ned. Ellers var det tilfredsstillende temperaturer.

Renholdet var tilfredsstillende utført.

Kjøkkenet var ellers preget av manglende vedlikehold.

Vi har sett det nødvendig å varsle dette vedtaket:

Varsel om vedtak om pålegg

Dere må utføre nødvendig vedlikehold i lokalene ved å:

- Reparere gulv der hvor vannrør til Steameren går ned i gulvet slik at vannansamling unngås
- Reparere fliser ved sluk
- Reparere inngangsdør og lister ved dør til potet- og grønnsakskjøla

Vedtaket vil bli fattet med hjemmel i næringsmiddelhygieneforskriften § 1 jfr vedlegg II, kapittel I Allmenne krav til lokaler som brukes til næringsmidler (unntatt dem som er angitt i kapittel III)

Vi har observert:

- Det er lekkasje/vannskade og vannansamling i gulv ved vannrør som går til steamer.
- Det er skade på hovedinngangsdør.
- Maling flasser av på listverk ved døren til potet- og grønnsakskjølen.
- Gulvflisene rundt sluk er skadet.

Mattilsynet vurderer dette slik:

Lokaler der det finnes næringsmidler, skal holdes rene og i god stand. Der hvor næringsmidler lagres og produseres er det viktig at lokalene er slik at

- det er mulig å vedlikeholde, rengjøre og/eller desinfisere lokalene på en egnet måte, og å unngå eller redusere forurensning fra luft mest mulig.
- de beskytter mot ansamling av skitt, kontakt med giftige materialer, avgivelse av partikler til næringsmidlene og dannelse av kondens eller uønsket mugg på overflatene,
- det er mulig å holde en god næringsmiddelhygiene, herunder beskytte mot forurensning og særlig bekjempe skadedyr.

Kjøkkenet har vært i drift i mange år og har stedvis vedlikeholdsbehov. Overflatene skal være glatte og lett å rengjøre og desinfisere. Manglende vedlikehold kan medføre vanskeligheter når renhold skal utføres, og kan medføre fare for vekst av bakterier og sopp.

Dere produserer mat til en sårbar gruppe mennesker (eldre og folk med nedsatt immunforsvar). Det er følgelig svært viktig at lokalene holdes godt vedlike for å sikre en god hygienepraksis.

Mattilsynet vurderer at regelbruddet kan sette mattryggheten i fare. For å sikre at driften foregår innenfor regelverkets krav, må dere gjennomføre tiltak innen en bestemt frist.

Fristen for å oppfylle vedtaket vil bli satt til:

1. desember 2019

Se regelverk og rettigheter.

Med hilsen

Hilde Haug
seksjonssjef

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.
Dokumenter som må ha signatur blir i tillegg sendt i papirversjon.*

Vedlegg:

Regelverk og rettigheter
Uttalelse til varsel om vedtak

Regelverk og rettigheter

Mattilsynet kan føre tilsyn og fatte nødvendige vedtak

Mattilsynet har hjemmel til å føre tilsyn og fatte nødvendige vedtak i Matloven § 23.

Du har rett til å få veiledning om regelverket og saksbehandlingen

Du har rett til å få veiledning om regelverket og saksbehandlingen. Dette betyr at du kan kreve å få vite hvilket regelverk som gjelder, hvor du finner regelverket og hvordan dette regelverket skal forstås. Du har også rett til å få vite hvordan saken din behandles og hvilke rettigheter du har i den sammenheng. Men vi kan ikke gi konkrete råd om hvordan du skal oppfylle regelverket. Plikten til å veilede følger av forvaltningsloven § 11.

Du har rett til å uttale deg

I dette brevet har du fått forhåndsvarsel om at vi vurderer å fatte enkeltvedtak. Du har rett til å uttale deg hvis du mener at noe i forhåndsvarselet er feil, at vedtaket er unødvendig, urimelig eller umulig å gjennomføre. Du bør også si fra hvis du allerede har rettet opp avviket. Du må sende uttalelsen til oss innen **10. oktober 2019**.

Du har rett til å se saksdokumentene

Du har også rett til å få innsyn i saksdokumentene. Innsynsretten følger av forvaltningsloven §§ 18 - 21.

Du må betale gebyr hvis Mattilsynet må gjennomføre nytt tilsyn i saken

Vi krever at du betaler et gebyr på 2345 kroner hvis vi må gjennomføre nytt tilsyn i saken. Krav om gebyr er hjemlet i forskrift 22. desember 2008 nr. 1621 om offentlig kontroll med etterlevelse av regelverk om fôrvarer, næringsmidler og helse og velferd hos dyr (kontrollforskriften) § 1, kontrollforordningen artikkel 28, og forskrift 28. januar 2004 nr. 221 om avgifter og gebyr i matforvaltningen § 15a.

Vi har vurdert saken etter dette regelverket

- Lov 19. des. 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv (matloven)
- FOR 1994-12-15 nr 1187: Forskrift 15. des. 1994 nr. 1187 om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (internkontrollforskriften for næringsmidler)
- FOR 2008-12-22 nr 1623: Forskrift 22. des. 2008 nr. 1623 om næringsmiddelhygiene (næringsmiddelhygieneforskriften)

Vi har funnet brudd på disse bestemmelsene:

- Næringsmiddelhygieneforskriften § 1, forordning (EF) nr. 852/2004 vedlegg II, kapittel I Allmenne krav til lokaler som brukes til næringsmidler (unntatt dem som er angitt i kapittel III)

Mattilsynet Avdeling Troms og Svalbard
v/ Knut Øystein Johansen
Felles postmottak, Postboks 383
2381 Brumunddal

Deres ref:
Vår ref:
Dato:
Org.nr:

UTTALELSE TIL VARSEL OM VEDTAK

Det vises til varsel om vedtak fra Mattilsynet, Avdeling Troms og Svalbard gitt i rapport datert 2. oktober 2019 med saksnummer 2019/215489 med uttalerett innen 10. oktober 2019.

Uttalelse fra: SONJATUN SYKEHJEM

Uttalelse

Her gis tilføyelser og bemerkninger som har betydning for saken / beskrivelse av tiltak som er utført / skal utføres.

Eventuelt ytterligere opplysninger, som for eksempel kopi av utfylt avviksskjema, gis i vedlegg.

Varslet vedtak	Vedtaket skal oppfylles innen	Uttalelse
Dere må utføre nødvendig vedlikehold i lokalene ved å: - Reparere gulv der hvor vannrør til Steameren går ned i gulvet slik at vannansamling unngås - Reparere fliser ved sluk - Reparere inngangsdør og lister ved dør til potet- og grønnsakskjøla	1. desember 2019	

Sted:
Dato:

.....
Ansvarlig for virksomheten



Nordreisa kommune
Ráissa suohkan
Raisin komuuni

NORTH OF LYNGEN APARTMENTS AS
Hovedvegen 43
9152 SØRKJOSEN

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 26/19

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
	2019/982-11	9292/2019	U63	03.10.2019

Vedtak om skjenkebevilling 8.10.19 North of lyngen Apartments AS

Saksopplysninger:

I delegert vedtak nr. 24/19 i vår sak 19/982 er det etter søknad gitt skjenkebevilling 8.10.19 fra kl 18.-21.00. Vi mottatt i dag søknad på utvidelse av skjenketid fra kl 21.00 til kl 23.00. Ønsket om utvidet skjenketid er grunnlagt i at selve kurset varer fra kl 18.-21.00, og så er det i etterkant av kl 21:00 mulighet å nyte maten de har laget på kurset og kunne ha drikke til maten.

Vurderinger:

Det er vurdert å være helt kurant å gi utvidet skjenketid fra kl 21 til kl 23.00.

Vedtak:

- North of Lyngen Apartments AS ved Line B. Løvoll gis skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 (øl og vin) til arrangementet sushikurs den 08.10.19.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 18.00 – 23.00. Skjenkested er North of Lyngen Apartments, Meieriveien 14, 9152 Sørkjosen
- Skjenkeansvarlig er Line B. Løvoll.
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 370,-. Faktura vil bli tilsendt.

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

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

Ellinor Anja Evensen
Sak- og arkivleder
ellinor.evensen@nordreisa.kommune.no
77 58 80 11

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

Kopi til:

TROMS POLITIDISTRIKT	Postboks 6132	9291	TROMSØ
NORDFJELDSKE KONTROLL AS	Åsavegen 98	7670	INDERØY

Interne kopi mottakere:

Øyvind Evanger Ordfører

SONJATUN SYKEHJEM
v/Kjøkken , Postboks 171
9156 STORSLETT

Deres ref:
Vår ref: 2019/215489
Dato: 10. oktober 2019
Org.nr: 985399077

Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler



Mattilsynet fatter vedtak om vedlikehold

Vi viser til inspeksjonen hos SONJATUN SYKEHJEM 30. september 2019.

Brev med varsel om vedtak ble oversendt 02.10.19.

Vi har ikke fått opplysninger som endrer grunnlaget for vedtaket vi forhåndsvarslet. Vi fatter derfor vedtak i samsvar med varselet.

Vi har sett det nødvendig å fatte dette vedtaket:

Vedtak om pålegg

Dere må utføre nødvendig vedlikehold i lokalene ved å:

- Reparere gulv der hvor vannrør til Steameren går ned i gulvet slik at vannansamling unngås
- Reparere fliser ved sluk
- Reparere inngangsdør og lister ved dør til potet- og grønnsakskjøla

Vedtaket er fattet med hjemmel i næringsmiddelhygieneforskriften § 1 jfr vedlegg II, kapittel I Allmenne krav til lokaler som brukes til næringsmidler (unntatt dem som er angitt i kapittel III)

Vi har observert:

- Det er lekkasje/vannskade og vannansamling i gulv ved vannrør som går til steamer.
- Det er skade på hovedinngangsdør.
- Maling flasser av på listverk ved døren til potet- og grønnsakskjølen.
- Gulvflisene rundt sluk er skadet.

Mattilsynet vurderer dette slik:

Lokaler der det finnes næringsmidler, skal holdes rene og i god stand. Der hvor næringsmidler lagres og produseres er det viktig at lokalene er slik at

- det er mulig å vedlikeholde, rengjøre og/eller desinfisere lokalene på en egnet måte, og å unngå eller redusere forurensning fra luft mest mulig.
- de beskytter mot ansamling av skitt, kontakt med giftige materialer, avgivelse av partikler til næringsmidlene og dannelse av kondens eller uønsket mugg på overflatene,
- det er mulig å holde en god næringsmiddelhygiene, herunder beskytte mot forurensning og særlig bekjempe skadedyr.

Kjøkkenet har vært i drift i mange år og har stedvis vedlikeholdsbehov. Overflatene skal være glatte og lett å rengjøre og desinfisere. Manglende vedlikehold kan medføre vanskeligheter når renhold skal utføres, og kan medføre fare for vekst av bakterier og sopp.

Dere produserer mat til en sårbar gruppe mennesker (eldre og folk med nedsatt immunforsvar). Det er følgelig svært viktig at lokalene holdes godt vedlike for å sikre en god hygieneprosedyre.

Mattilsynet vurderer at regelbruddet kan sette mattryggheten i fare. For å sikre at driften foregår innenfor regelverkets krav, må dere gjennomføre tiltak innen en bestemt frist.

Vedtaket skal oppfylles innen

1. desember 2019

Vi vil ha tilbakemelding når vedtaket er oppfylt

Mattilsynet har satt frist for når vedtatte tiltak skal gjennomføres. Det er viktig at dere gir oss tilbakemelding så snart disse er utført slik at vi kan avslutte saken. Vi ber om at dere gir tilbakemeldingen på det vedlagte tilbakemeldingsskjemaet.

Se regelverk og rettigheter.

Med hilsen

Hilde Haug
seksjonssjef

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.
Dokumenter som må ha signatur blir i tillegg sendt i papirversjon.*

Vedlegg:
Regelverk og rettigheter
Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak
Tilbakemeldingsskjema i forbindelse med vedtak

Regelverk og rettigheter

Mattilsynet kan føre tilsyn og fatte nødvendige vedtak

Mattilsynet har hjemmel til å føre tilsyn og fatte nødvendige vedtak i matloven § 23 / dyrevelferdsloven § 30 / dyrehelsepersonelloven / forskrift om omsetning av reseptfrie legemidler § 18.

Du har rett til å få veiledning om regelverket og saksbehandlingen

Du har rett til å få veiledning om regelverket og saksbehandlingen. Dette betyr at du kan kreve å få vite hvilket regelverk som gjelder, hvor du finner regelverket og hvordan dette regelverket skal forstås. Du har også rett til å få vite hvordan saken din behandles og hvilke rettigheter du har i den sammenheng. Men vi kan ikke gi konkrete råd om hvordan du skal oppfylle regelverket. Plikten til å veilede følger av forvaltningsloven § 11.

Du har rett til å se saksdokumentene

Du har også rett til å få innsyn i saksdokumentene. Innsynsretten følger av forvaltningsloven §§ 18 - 21.

Du har rett til å klage

Du kan klage på enkeltvedtak. Du må begrunne klagen, skrive under og sende den til oss innen tre uker etter at du har mottatt brevet om vedtaket. Reglene om klage står i forvaltningsloven §§ 28-29. Du finner mer informasjon om klageretten i vedlegget; Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak.

Du må betale gebyr hvis Mattilsynet må gjennomføre nytt tilsyn i saken

Vi krever at du betaler et gebyr på 2345 kroner hvis vi må gjennomføre nytt tilsyn i saken. Krav om gebyr er hjemlet i forskrift 22. desember 2008 nr. 1621 om offentlig kontroll med etterlevelse av regelverk om fôrvarer, næringsmidler og helse og velferd hos dyr (kontrollforskriften) § 1, kontrollforordningen artikkel 28, og forskrift 28. januar 2004 nr. 221 om avgifter og gebyr i matforvaltningen § 15a.

Vi har vurdert saken etter dette regelverket

- Lov 19. des. 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv (matloven)
- FOR 1994-12-15 nr 1187: Forskrift 15. des. 1994 nr. 1187 om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (internkontrollforskriften for næringsmidler)
- FOR 2008-12-22 nr 1623: Forskrift 22. des. 2008 nr. 1623 om næringsmiddelhygiene (næringsmiddelhygieneforskriften)

Vi har funnet brudd på disse bestemmelsene:

- Næringsmiddelhygieneforskriften § 1, forordning (EF) nr. 852/2004 vedlegg II, kapittel I Allmenne krav til lokaler som brukes til næringsmidler (unntatt dem som er angitt i kapittel III)

Avsender	Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak (Forvaltningsloven § 27)	
Mattilsynet Avdeling Troms og Svalbard Felles postmottak, Postboks 383 2381 Brumunddal		
Mottaker (navn og adresse)	Dato	Klageinstans
NORDREISA KOMMUNE SONJATUN SYKEHJEM v/Kjøkken , Postboks 171 9156 STORSLETT	10. oktober 2019	Mattilsynet, hovedkontoret

Denne meldingen gir viktige opplysninger hvis du ønsker å klage over vedtak du har fått underretning om.

Klagerett	Du har rett til å klage over vedtaket.
Hvem kan du klage til	Klagen sender du til oss, dvs. avsenderen av dette vedtaket. Hvis vi ikke tar klagen til følge, sender vi den til klageinstansen for endelig avgjørelse.
Klagefrist	Klagefristen er tre uker fra den dag du mottar dette brevet. Det er tilstrekkelig at klagen er postlagt før fristen løper ut. Dersom du klager så sent at det kan være uklart for oss om du har klaget i rett tid, ber vi deg oppgi den datoen du mottok dette brevet. Dersom du klager for sent, kan vi se bort fra klagen. Du kan søke om å få forlenget klagefristen. Vi ber deg da nevne grunnen til at du ønsker det.
Rett til å kreve begrunnelse	Dersom du mener vi ikke har begrunnet vedtaket, kan du kreve å få begrunnelse. Slikt krav må i så fall sendes oss før klagefristen utløper. Klagefristen blir da avbrutt, og ny frist på tre uker begynner å løpe fra det tidspunktet du mottar begrunnelsen.
Klagens innhold	I klagen må du nevne: <ul style="list-style-type: none"> • hvilket vedtak du klager over • årsaken til at du klager • den eller de endringene du ønsker • eventuelt andre opplysninger som kan ha betydning for vår vurdering av klagen Du må undertegne klagen.
Utsetting av vedtaket	Vedtaket er ment å skulle gjennomføres innen den fastsatte fristen. Dette gjelder selv om du klager på vedtaket. Du kan søke om å få utsatt iverksettingen inntil klagefristen er ute eller klagen er avgjort.
Rett til dokumentinnsyn og veiledning	Du har som hovedregel rett til å se dokumentene i saken etter forvaltningsloven §§ 18 og 19. Du må i så fall kontakte oss. Da kan du også få nærmere veiledning om klageretten, om fremgangsmåten ved klage og om reglene for saksbehandlingen ellers.
Kostnader ved klagesaken	Du kan søke om å få dekket utgifter til nødvendig advokathjelp etter reglene om fritt rettsråd. Vanligvis gjelder visse inntekts- og formuegrenser. Fylkesmannen eller advokaten din kan gi nærmere veiledning. Uavhengig av denne ordningen, kan du etter forvaltningsloven § 36 kreve dekning for vesentlige kostnader som følge av klagen dersom Mattilsynet omgjør vedtaket. Dette vil for eksempel kunne omfatte utgifter til advokathjelp. Ved en omgjøring av vedtaket som følge av klagen, vil vi orientere deg om denne rettigheten.
Klage til Sivilombudsmannen	Hvis klagen ikke har ført frem og du mener at Mattilsynet har utsatt deg for urett, kan du klage til Stortingets ombudsmann for forvaltningen (Sivilombudsmannen). Sivilombudsmannen kan ikke selv endre vedtaket, men kan gi sin vurdering av hvordan vi har behandlet saken og om vi har begått feil eller forsømmelser.

Mattilsynet Avdeling Troms og Svalbard
v/ Knut Øystein Johansen
Felles postmottak, Postboks 383
2381 Brumunddal

Deres ref:
Vår ref:
Dato:
Org.nr:

TILBAKEMELDING OM OPPFYLT VEDTAK (UTFØRTE TILTAK)

Det vises til vedtak fra Mattilsynet, Avdeling Troms og Svalbard gitt i rapport datert 10. oktober 2019 med saksnummer 2019/215489.

Tilbakemelding gjelder: SONJATUN SYKEHJEM

Her gis en beskrivelse av tiltak som er utført.

Eventuelt ytterligere opplysninger, som for eksempel kopi av utfylt avviksskjema, gis i vedlegg.

Vedtak	Vedtaket skal oppfylles innen	Beskrivelse av utført tiltak
Dere må utføre nødvendig vedlikehold i lokalene ved å: - Reparere gulv der hvor vannrør til Steameren går ned i gulvet slik at vannansamling unngås - Reparere fliser ved sluk - Reparere inngangsdør og lister ved dør til potet- og grønnsakskjøla	1. desember 2019	

Sted:

Dato:

.....
Ansvarlig for virksomheten



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
26/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	08.10.2019
32/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	13.11.2019

Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 08.10.2019

Behandling:

Møtet avlyst pga. vedtaksførhet. Saken utsettes til neste møte.

Evaluering av drift på Guleng 3 - jfr sak 37/18

Rådmannens innstilling

Saken tas til orientering. En større evaluering skjer i desember måned.

Saksopplysninger

I vedtaket fra Helse- og omsorgsutvalgets møte 7.11.2018 i sak 37/18 står det, sitat: Evaluering av turnus ordning på Guleng 3 gjennomføres i første kvartal 2019. Evalueringen må spesielt utrede hvordan en kan fremme heltidskultur.

Guleng 3 har 21.52 årsverk (22.52 inkl virksomhetsleder) Turnusen innehar både langvakter og ordinære vakter. 12 personer i 100% stilling går langturnus, resterende ansatte (både hele stillinger og brøkstillinger) går ordinær turnus.

Det ble i 2018 vedtatt i helse- og omsorgsutvalget at Guleng 3 skulle nedbemanne nesten 3 stillinger, da avdelingen har forbrukt flere stillinger enn budsjettert. Årsaken til overforbruket er at det ble feilberegnet årsverk ved oppstart av langturnus i 2017.

Før hadde alle langvakter 182 timer/ år i minus som de skulle jobbe inn som tilkallingsvikar / ferievikar i bakvaks uker. Ny turnus ble iverksatt 19.08.19, de endringer som ble gjort er at langvakter nå går alle timer i stillingen sin i turnus og med det så kunne vi nedbemanne de 3 stillingene. Flere ansatte i ordinær turnus har gått ned i stilling eller har måttet byttet arbeidsplass og prosesser og avklaringer rundt dette pågår fortsatt.

At gjennomføre en evaluering av turnusordningen på Guleng 3 samtidig som avdelingen skal nedbemanne med påfølgende ny endret turnus blir lite hensiktsmessig. Turnusen skal evalueres og virksomhetsleder foreslår at dette gjøres i desember da turnusen har gått over 8 uker da vi ser konsekvenser for tjenesten, de ansatte og brukerne.

Vurdering

Det virksomhetsleder kan se så langt er at tidligere så skulle de ansatte i langturnus jobbe inn 182 timer/ år og dette gjorde at de klarte ferieavvikling med langt færre ferievikarer. I tillegg har langvaktene tidligere vært vikarer i annet fravær gjennom hele året. Ansatte i langturnus har fra ny turnus ble iverksatt krav på ferie på lik linje med andre ansatte (dette er beregnet slik: 5 uker ferie kan inneholde maksimalt 14 langvakter á 13 timer). For 2020 så må de budsjettere med ferievikar for hele avdelingen. I tillegg må budsjettet økes for vikar annet fravær. Avdelingen har ikke hatt budsjett for ferievikar og annet fravær tidligere.

Endring av turnus medfører at det er flere langvakter i turnus (ingen timer de som går langvakter skal jobbe inn), noe som igjen betyr at flere vakter skal ha pauseavvikling. Hver langvakt har 1,5 timer pause på hver vakt, hvor de kan forlate arbeidsplassen (avtale som ble inngått ved oppstart av langturnus i 2017.) Vi ser at avdelingen bruker inntil 7,5 timer/ dag på pauseavvikling for langvakter. Dette er tid som må tas av tjenesten til brukerne. Spesielt er dette sårbart i helger. Brukerne får ikke tilstrekkelig oppfølging i hht. vedtak fordi det er for lite personale tilstede deler av dagen. Det er i budsjettframlegg foreslått å øke stillinger for å dekke opp dette.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
28/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	08.10.2019
33/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	13.11.2019

Fremdriftsplan - helse og omsorgsplan

Henvising til lovverk:

Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 08.10.2019

Behandling:

Møtet avlyst pga. vedtaksførhet. Saken utsettes til neste møte.

Rådmannens innstilling

Følgende fremdriftsplan godkjennes:

Nr.	Aktivitet	Tid
1.	Avtaleinngåelse	Uke 37 - 2019
2.	Oppstartsmøte	1. oktober
3.	Prosjektgruppemøte 1	29. oktober kl. 13.00-15.00
4.	Referansegruppemøte 1	7. november kl. 13.00-15.00
5.	Prosjektgruppemøte 2	19. november kl. 13.00-15.00
6.	Prosjektgruppemøte 3	11. desember kl. 13.00-15.00
7.	Referansegruppemøte 2	15. januar kl. 13.00-15.00
8.	Prosjektgruppemøte 4	16. januar kl. kl. 13.00-15.00
9.	Arbeid med sluttdokument	
10.	Referansegruppemøte 3	18. februar kl. 13.00-15.00
11.	Prosjektgruppemøte 5	24. februar kl. 13.00-15.00
12.	Ferdigstilling av dokument	
13.	Eventuell høringsrunde	Mars 2020
14.	Ferdigstillelse av plan etter høring	April 2020

15.	Planen behandles i utvalget	April/Mai 2020
16.	Planen behandles i kommunestyre	Mai/juni 2020

Det oppnevnes en referansegruppe bestående av:

- Leder i helse og omsorgsutvalget
- Nestleder i helse og omsorgsutvalget
- Representant fra opposisjonen i helse og omsorgsutvalget
- Representant fra eldrerådet
- Representant fra rådet for funksjonshemmede

Prosjektgruppa består av sektorleder, DMS leder og virksomhetsledere.

Sektorleder oppnevner arbeidsgrupper etter behov.

Saksopplysninger

Kommunal planstrategi for Nordreisa kommune for 2016-2019 ble vedtatt i kommunestyret 13.10.16, sak 78/16. I planstrategien ble det vedtatt å utarbeide en ny helse og omsorgsplan.

Arbeidet med helse og omsorgsplanen startet opp etter vedtak i helse- og omsorgsutvalget 12.01.16 hvor følgende arbeidsgruppe ble opprettet:

- Leder for gruppen: Helse og omsorgsleder
- Nestleder: DMS leder
- Virksomhetsleder hjemmetjenesten
- Sekretær staben
- Leder i helse og omsorgsutvalget
- Brukerrepresentant utpekt av Eldrerådet

I interpellasjonssak i kommunestyret 20.04.17 ble det vedtatt at det i forbindelse med arbeidet med helse- og omsorgsplanen skulle arrangeres en fagdag i kommunestyret. Temadagen ble avholdt 04.10.17 etterfulgt av sak i kommunestyret 08.02.18 hvor følgende ble vedtatt:

1. *Arbeidet med helse- og omsorgsplanen må ha en helhetlig tilnærming til helse- og omsorgstjenesten i Nordreisa. Det vil si tydeliggjøre og foreslå tiltak som ivaretar kommunes ansvar og utførelse for hele befolkningen slik det fremkommer i nasjonale føringer og mål. Det være seg f.eks. utbygging, utstyr, kompetanse, rekruttering og organisering/ledelse.*
2. *For å ivareta helhet i planarbeidet: Helse- og omsorgsutvalget lager en plan for medvirkning fra brukergrupper slik at et bredere brukeraspekt blir ivaretatt. I tillegg må kommuneoverlegen være med i plangruppen.*
3. *Bruken av velferdsteknologi må være innrettet for å sikre at det bidrar til brukertilfredshet, kvalitet og effektiv bruk av ressurser.*
4. *Helse- og omsorgsplanen må legge vekt på omstilling fra institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester. Det skal søkes om prosjektmidler til dette.*
5. *Helse- og omsorgsplanen skal ivareta en heltidskultur*

Neste kommunestyremøte får vi en gjennomgang av nåsituasjon i helsesektoren, utfordringer generelt. Hvor mange går av med pensjon de neste årene? Hvilke fagfolk trenger vi å rekruttere?

Sak om nåsituasjonen i helsesektoren, utfordringer og rekrutteringsbehov ble behandlet i kommunestyret 21.06.18. Det ble fattet følgende vedtak:

Kommunestyret tar redegjørelsen til orientering.

Saken oversendes helse- og omsorgsutvalget for videre behandling.

Det er en helse politisk målsetning å forskyve virksomheten i psykisk helsevern fra sykehus til DPS, fra døgn til ambulant og poliklinisk virksomhet. Det vil bli innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 1.1.19. Hvordan er vi forberedt på det?

Oppfølgingssaken fra kommunestyret ble behandlet i helse og omsorgsutvalget 07.11.18 og saken ble tatt til orientering.

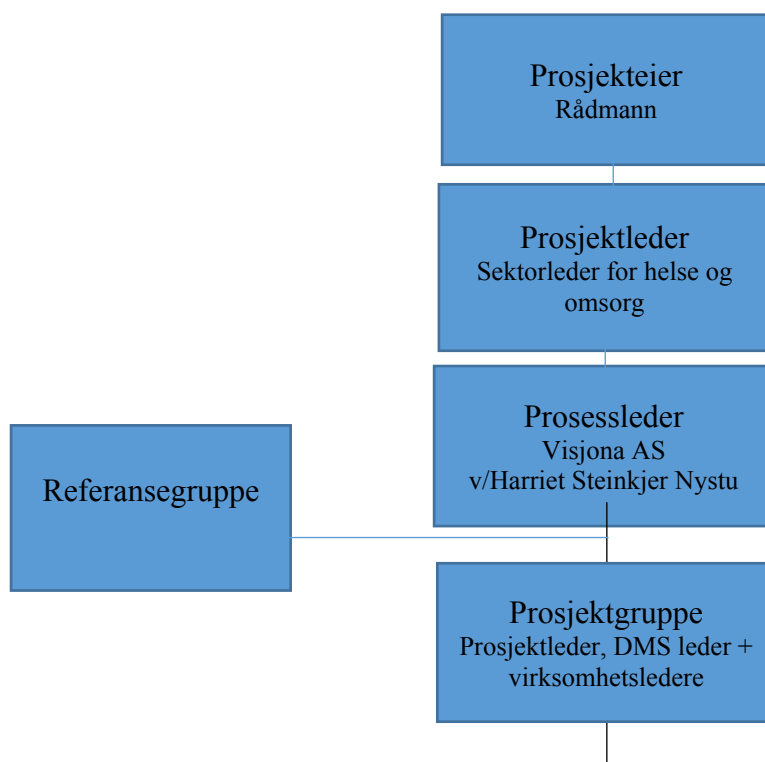
Arbeidet ble helse og omsorgsplanen ble igangsatt høsten 2017, men stoppet opp på grunn av kapasitetsproblemer i sektorledelsen.

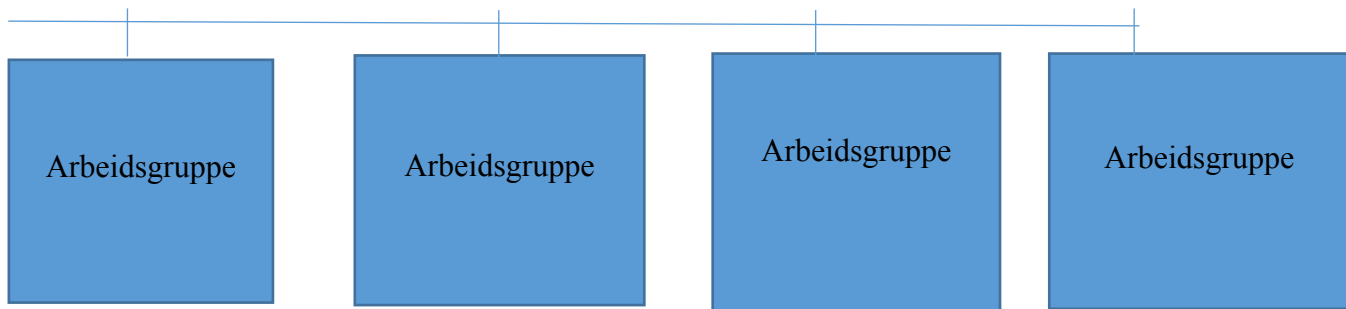
13.03.19 vedtok helse og omsorgsutvalget at det innhentes tilbud fra ekstern konsulent på utarbeidelse av helse og omsorgsplan.

I juni 2019 ba administrasjonen om tilbud fra ekstern konsulent og avtale om oppdrag ble undertegnet i september 2019 med Visjona AS ved Harriet Steinkjer Nystu.

Vurdering

Prosjektorganisering foreslås slik:





I Visjona sitt tilbud inngår følgende aktiviteter:

- Innledende oppstartsmøte med Nordreisa kommune
- Dokumentanalyse av dokumenter fra Nordreisa kommune på området supplert med intervju av et utvalg ledende fagansatte ved behov
- Gjennomføring og møteledelse av møter i prosjektgruppa, 5-6 møter
- Gjennomføring og møteledelse av møter i referansegruppa, 3 møter
- Sekretariatsfunksjon som inkluderer forberedende dokumentasjon til møter og referat i etterkant.
- Oppfølging mellom møtene etter behov
- Ansvar for slutføring av helse- og omsorgsplan etter at innhold til planen er levert av prosjektleder/prosjektgruppe/andre bidragsyttere

Kommunens hovedbidrag i prosjektet blir:

- Prosjekteier/prosjektleder:
 - Delta i prosjektplanlegging: Prosjektplan inkl. milepælsplan og ressursallokering
 - Definere mål/suksesskriterier for prosjektet
 - Definere hvem som skal delta i referansegruppe, prosjektgruppe, arbeidsgrupper
 - Definere endelig innhold i plan
- Prosjektleder/prosjektgruppe/arbeidsgrupper:
 - Delta i oppsatte møter, og bidra med faglig innhold
 - Levere alt skriftlig innhold til helse- og omsorgsplan
- Referansegruppa bidrar med innspill og tilbakemeldinger på arbeidet som gjøres

På oppstartsmøte med Visjona 01.10.19 ble det utarbeidet forslag til fremdriftsplan. Den tar utgangspunkt i at arbeidet starter opp etter at det nye kommunestyret er konstituert (24.10.19) og valg til hovedutvalgene er gjort. Videre legges det opp til at planen tenkes ferdigstilt til kommunestyrets møte i juni 2020.

Det må opprettes referansegruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Det foreslås at utvalget utnevner referansegruppe og prosjektgruppe, mens sektorleder oppretter arbeidsgrupper etter behov.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
25/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	08.10.2019
34/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	13.11.2019

Status avvik tom 30.09.19 - sektor for helse og omsorg

Henvising til lovverk:

Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 08.10.2019

Behandling:

Møtet avlyst pga. vedtaksførhet. Saken utsettes til neste møte.

Rådmannens innstilling

Status avvik helse og omsorg pr 30.09.19 tas til orientering.

Saksopplysninger

Helse- og omsorgstjenestene har to system for registrering av avvik. KF kvalitetsstyring (kommunens verktøy for internkontroll) og pasientprogrammet Profil. I KF kvalitetsstyring

Det legges frem status på avvik som gjelder sektor for helse og omsorg tom 30.09.19. Avvik er hentet fra KF kvalitetssystem og fra pasientsystemet Profil.

KF Avvik - statistikkrapport for 01.01 - 30.09.2019

Avvik innmeldt i perioden hele sektoren:

- Innmeldt 288
- Lukket 278
- Forfalt 60 (ligget inne over 7 dager før behandling)

Gjennomsnittlig behandlingstid: 18 dager

Alvorlighetsgrad på innmeldt avvik:

- Meget alvorlig 118 (ikke akseptabel risiko for hendelse, tiltak MÅ iverksettes umiddelbart. Stans av aktivitet må vurderes)
- Alvorlig 135 (normal akseptabel risiko for hendelse hvis tiltak iverksettes)
- Lite alvorlig 35 (akseptabel risiko for hendelse, ikke nødvendig å iverksette tiltak, vurder forbedringstiltak)

Lukkinger i perioden der avvik fikk endret alvorlighetsgrad av leder:

- Økt alvorlighetsgrad 6
- Senket alvorlighetsgrad 86

Avvik gruppert på område og avvikstype	Antall
Brann og redning - Annet	2
Eiendom - Mangel på vedlikehold/bygning i dårlig stand	1
Hjemmetjeneste - Annet	13
Hjemmetjeneste - Forsinkede besøk praktisk bistand/hjemmetjeneste	1
Hjemmetjeneste - Mangelfull opplæring ansatte	1
Hjemmetjeneste - Medisinering/medikamenthåndtering	18
Hjemmetjeneste - Teknisk utstyr fungerer ikke/mangel på utstyr	23
HMS - Annet	1
HMS - Inneklima	5
HMS - Interne krav og rutiner som ikke blir fulgt	4
HMS - Klemskade, vridning, overbelastning	2
HMS - Manglende personlig verneutstyr	5
HMS - Manglende sikkerhet ved maskiner	1
HMS - Personfall/personskade	5
HMS - Støy	1
HMS - Trusler/vold på arbeidsplassen	2
IKKE AVVIK - IKKE AVVIK	3
Informasjonssikkerhet - Annet	1
Informasjonssikkerhet - Informasjon er ikke korrekt	2
Informasjonssikkerhet - Menneskelig svikt/røping av informasjon	1
Informasjonssikkerhet - Nedetid på fagsystemer	9
Plan og bygg – Annet	1
Sykehjem - Annet	70
Sykehjem - Avvik fra behandlingsprosedyre	10
Sykehjem - Mangelfull opplæring ansatte	9
Sykehjem - Medisinering/medikamenthåndtering	18
Sykehjem - Personalmangel	48
Sykehjem - Teknisk utstyr fungerer ikke/mangel på utstyr	28
Sykehjem – Trykksår	1
Sykehjem - Uhell med alvorlig skade	1
Sykehjem - Voldstiltfeller fra pasienter ovenfor ansatte/andre pasienter	3

Avvik gruppert på tjenestested	Antall
DMS Nord-Troms	1
Fosseng bofelleskap	19

Fysikalsk avdeling	2
Guleng Bofellesskap	4
Helse-og omsorg administrasjon	5
Hjemmesykepleien	1
Hjemmetjenesten	11
Høgegga boliger	15
Omsorgsboliger	3
Utetjenesten Rus-og psykisk helse	6
Sonjatun Bo og kultursenter	55
Sonjatun Omsorgsenter	6
Sonjatun sykehjem	127
Sonjatun sykestue	33

PROFIL - statistikkrapport for 01.01 - 30.09.2019

Profil inneholder avvik som går direkte på pasienter, pasientbehandlingen.

Avvik gruppert på tjenestested	Antall
Udefinert	69
Guleng omsorgsboliger (alle avdelinger)	115
Høgegga omsorgsboliger	82
Sonjatun omsorgssenter	51
Sonjatun sykehjem	79
Sonjatun bo- og kultursenter	25
Hjemmesykepleien	148

Vurdering

KF Kvalitetssystem, avvik og oppfølging av avvik innenfor helsesektoren er nå et godt kjent system som brukes av ansatte i alle avdelinger. Rådmannen er fornøyd med at helse sektoren er de beste til å bruke kvalitetssystemet og internkontrollsystemet som er tilrettelagt for tjenestene. Et avvik er brudd på regler og prosedyrer og lov. Det er satt inn retningslinjer og rutiner på mange tjenester i systemet, som er tilgjengelig for alle ansatte.

Det er ennå en veg å gå i forhold til både plassering i riktig kategori og avvikstype. «Annet» som kategori settes i mange tilfeller når ansatte ikke vet hvilken sette avvik på. Mange av disse kunne med fordel vært kategorisert av ledere når de behandler avvik. Det ble kjørt kurs om avvik i juni av Inveni Bedriftshelsetjeneste.

Opplæringen i systemet foregår gjennom kontinuerlige henvendelser og opplæring ute på tjenestestedene.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
27/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	08.10.2019
35/19	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	13.11.2019

Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 08.10.2019

Behandling:

Møtet avlyst pga. vedtaksførhet. Saken utsettes til neste møte.

Status sak om framtidig kjøkkendrift Sonjatun

Rådmannens innstilling

Ernæring er en viktig del av menneskers liv for å holde seg frisk men og for å oppleve livskvalitet. I dag har vi en økonomisk drift med god matkvalitet men vi kan alltid bli bedre. Rådmannens innstilling er som følger:

1. Kok/kjøøl saken avsluttes og at man avventer fullstendig tilstandsrapport av Sonjatun sykehjem for deretter prosjektere nytt kok/server kjøkken.
2. Ernæring som tema tas med i helse og omsorgsplan der fokus blir på økt matlyst og prosjekter med maten i fokus.

Saksopplysninger

Helse og omsorgsutvalget bad i møte 3.9.2019 om følgende i PS 21/19 sitat:

Vedtak:

Etterlyser sak om Sonjatun kjøkken i sak 45/18, vedtak 28.11.17 om å endre kjøkkendriften til kok og kjøøl.

Tilstandsrapport Sonjatun kjøkken. Vedtak jfr sak 28.11.17 og sak 45/18. Helse og omsorgsutvalget ber om at tilstandsrapporten vedr Sonjatun kjøkken legges frem til neste møte i utvalget.

Helse og omsorgsutvalget har foretatt følgende vedtak i sak 57/17 og 45/18 sitat:

28.11.17 (PS57/17) Vedtak:

1. Nordreisa kommune endrer kjøkkendriften fra kok-server til kok-kjøøl i løpet av 2018.

2. Det innføres 4 måltider ved sykehjemmene fra 01.02.2017. Lunsj kl. 12 og middag kl. 16.
3. Følgende engangsinvesteringer foreslås i 2018 gjennom bruk av disposisjonsfond:

Ovn for oppvarming av middag og evt. oppvarming av lunsj og stort kjøleskap til hver avdeling:

Kr. 1.500.000

Kjøleutstyr til kjøkken for å kjøle ned mat, kr. 90.000.

Sum kr. 1 590 000

45/18 Vedtak:

Matsservering til institusjonsbeboere og hjemme beboere med mattilbud utbedres. Følgende alternativ utredes:

1. Sentralkjøkken på Sonjatun, event. Ombygging av eller flytting av dagens kjøkken. Dette sees i sammenheng med fastbygging av Sonjatun og to sykehjem. Nytt kjøkken bygges event. På bakken.
2. Kjøkkenet på enhetene leveres fra eksterne tilbydere for varmmat.
3. Fullverdig kjøkkenløsning på den enkelte institusjon.
4. Mellomløsningen som antas å være funksjonelle utredes også
5. Opplevd matkvalitet, lokal produksjon og pris skal særskilt vektlegges.

I tillegg har helse og omsorgsutvalget i møte 12.3.2019 vedtatt i sak 6/19 sitat:

Til utredningsarbeidet innhentes det tilbud fra ekstern konsulent innenfor en ramme på 250 000 kroner. Midlene tas fra investeringsprosjektet

Status per i dag:

Fakta grunnlaget vi har pr i dag ligger hovedsakelig i utredningen av tidligere sektorleder helse og omsorg, Bodil Mikkelsen, sak 45/18 i HO møte 30.11.2018. I denne saken foreligger det stipulerte kostnader for renovering av nåværende kjøkken samt kostnader for et nybygg. Det er og regnet på kostnader for bygging og utstyr til postkjøkken.

I tillegg er det rettet forespørsel til private firmaer i Nordreisa om kjøp av varm lunsj og middag og forespørsel til Kåfjord kommune om kjøp av varm mat fra deres kjøkken. Fra den private firma ble kostnaden beregnet til å bli mellom 3 794 175,- og 5 456 750,- årlig. I utredningen så står det at den ene kostnaden er uten merverdiavgift som er 15% på mat og drikke.

Fra Kåfjord kommune er der ikke mottatt svar.

I pkt. 4 vurderer daværende sektorleder å drifte kjøkkenet slik det er i dag. Det pekes også på at bygget er gammelt og at det ikke er gjort en tilstandsrapport på mange år.

Kommunen har ikke hittil innhentet en ekstern konsulent som besluttet i sak 6/19 i møtet 12.3.2019.

Det er innhentet uttalelse fra sektorleder for drift og utvikling (19.09.19) vedr bestilt tilstandsrapport Sonjatun:

Sonjatun helsesenter er fra 1976, dvs et bygg på 43 år. Det er i årene løp blitt gjort mange ombygginger for å få bygget tilpasset til endrede behov og funksjoner. Det som er utfordringen er den grunnleggende infrastrukturen som i mange tilfeller ikke er fornyet siden bygget var nytt. Med det mener vi ventilasjonssystemer, styringssystemer av varme og /eller ventilasjon, elektriske anlegg, nødaggregat, nødstrøm, avløpsanlegg innvendig og fra bygget og ut med mer. Kommunestyret ga i sak 80/18 en bestilling til sektor for drift og utvikling:

Vi ber rådmann innhente tilbud på plan for renovering av Sonjatun Helsesenter, og at det blir lagt fram som sak til kommunestyret i første halvår 2019 etter behandling i helse- og omsorgsutvalget og MPU. Saka må også vise finansieringsmuligheter ved ulike alternativ.

Etter noe avklaring og konkretiseringer våren 2019 er en enige om at det innhentes anbud fra et firma som kan ta en total gjennomgang av bygget og lage en tilstandsrapport. Samt komme med forslag på forbedringer hvis en ser at funksjoner drives lite hensiktsmessig. Det ble ikke avsatt midler til dette i sak 80/19, så dette tas i en egen sak til Formannskapetets møte 3.oktober 2019.

Tilbudsforespørselen er ferdig og blir lagt ut på KGV-light i uke 38 med svarfrist siste halvdel av oktober.

Sektor for drift og utvikling mener at dette er en viktig utredning og tilstandsrapport som vil gi kommunen som byggeier masse informasjon i forhold til fremtidig drift og utvikling av bygget.

Et prosjekt som blir direkte berørt er kjøkkenet. Det har vært utredet kostnader ved ombygging av kjøkkenet, men i de kostnadene ligger ikke vurdering av tilstanden til ventilasjon, elektrisk eller avløp mm. Det blir derfor viktig å få denne tilstandsrapporten gjort før en går videre med de planene.

Vurdering

I den første saken gjeldende Sonjatun kjøkken så vedtok helse og omsorgsutvalget å gå over til kok/kjøøl metoden og dette sku medføre en investering på 1 590 000,-. Utredninger som er gjort i etterkant viser på investeringskostnader 15 ganger den kostnaden.

En av argumentene for overgang til kok/kjøøl i saken var Matomsorgsprisen 2017. Informasjonen om prisen var upresist og grunnen for å gå over til kok/kjøøl var hovedsakelig å få servert middag ved senere tidspunkt.

Det henvises i saken og til Årets matgledebedrift 2017 og det framkommer ikke at de bruker kok/kjøøl metoden men på gode tiltak som krever tid og personellressurser for å få gjennomført. Ur juryens motivering står det «...stedet har godt rykte for god mat – matgleden tas ut i hver liten krok. Maten er laget fra bunnen av, og rettene tilpasser til alles ønsker og behov».

I saken mangler en del opplysninger om kostnader vedr kok/kjøøl da tidligere utredninger ikke tatt høyde f.eks. krav om matmerking av maten som kjøles ned. Dette krever utstyr og programvara og det tar personellressurser å få utført. Det er heller ikke regnet med merarbeid for personell på avdelingen, spesielt i de tider man regner med at kjøkkenet skal ha stengt.

Videre i saken at de store kostnadene for investeringer gjelder i hovedsak renovasjon av lokaler og innkjøp av utstyr og det tar en viss høyde for uforutsette kostnader men det sier ikke noe om nåværende status på lokalene. Som sektorleder drift og utvikling sier så trenger vi en status på den grunnleggende strukturen på bygget for å kunne gå videre.

Fra et brukerperspektiv så er det gunstig med matproduksjon på Sonjatun der avdelingspersonell kan ha daglig kontakt med kjøkkenet hvis en beboer trenger spesiell mat, det kan være allergier, eller at de trenger å berike maten til en beboer som må gå opp i vikt eller tvertom. Det fins mulighet å tilpasse maten til den enkeltes behov og smak. At vi skal kunne stenge kjøkkenet over lenger tid kommer å bety en dårligere kvalitet for beboerne.

Vi har i dag en kjøkkendrift som produserer mat til beboerne og vi har innført seinere tidspunkt for middagen og det er vel og bra. Kjøkkenet på Sonjatun har veldig lavt sykefravær og vi har ansatt kokker, i tillegg så sluttet budsjettet for 2018 på cirka 3 920 000,- Med mer ressurser/planlegging så kan vi få et bedre samarbeid mellom kjøkken og avdelinger og starte prosjekter for å øke matgleden og fokus på bra mat og gode matopplevelser. De ansatte kokkene har ikke vært involvert i denne saken i det hele tatt, hvilket er anmerkningsvert.

Utbedring av matsituasjonen på Sonjatun er en selvfølge da vi vet hvor stor helsemessig gevinst det er for beboerne med rett ernæring, i tillegg så er maten en kilde til trivsel og livskvalitet. Med dette sagt så er ikke en overgang til kok/kjøøl metoden en garanti for dette, ingenting i saken taler for det og ikke heller tidligere referanser i saken peker på dette.

Rådmann anbefaler at saken om kok/kjøøl avsluttes og at man avventer fullstendig tilstandsrapport av Sonjatun sykehjem for deretter prosjektere nytt kok/server kjøkken

Saksprotokoll i Nordreisa formannskap - 10.09.2019

Behandling:

Tor-Arne Isaksen (Krf) fremmet følgende endringsforslag: Saken sendes tilbake til HO-utvalget for bedre utredning på hva slags temaer som skal belyses. Og hvilke kostnader som skal dekkes. Formannskapet ønsker også en prioritert liste over andre brukergrupper utvalget ønsker dialog med.

Endringsforslaget enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Saken sendes tilbake til HO-utvalget for bedre utredning på hva slags temaer som skal belyses. Og hvilke kostnader som skal dekkes. Formannskapet ønsker også en prioritert liste over andre brukergrupper utvalget ønsker dialog med.

Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 03.09.2019

Behandling:

Olaug Bergset (SP) fremmet følgende forslag: HO-utvalget ønsker en bedre dialog med ulike brukergrupper / pårørende og kommunen som tjenesteyter og frivillig sektor. Vi vil derfor ha et dialogmøte i løpet av høsten 2019 med funksjonshemmede som brukere. Vi ber formannskapet bevilge kr 50.000,- til formålet.

Forslaget enstemmig vedtatt.

Vedtak:

HO-utvalget ønsker en bedre dialog med ulike brukergrupper / pårørende og kommunen som tjenesteyter og frivillig sektor. Vi vil derfor ha et dialogmøte i løpet av høsten 2019 med funksjonshemmede som brukere. Vi ber formannskapet bevilge kr 50.000,- til formålet.