



Møteinnkalling

Utvalg:	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested:	Kommunestyresalen, Rådhuset
Dato:	23.03.2021
Tidspunkt:	09:00

Kaukus varainnkalling

Nordreisa kommune har tatt i bruk ett nytt digitalt system for automatisk varainnkalling. Det betyr at alle faste medlemmer får tilsendt en egen e-post med en lenke til møtet – dersom noen av de faste melder forfall må de gjøre det ved å klikke seg inn på tilsendt lenke. Når de har meldt forfall vil det automatisk gå en sms til første vara på listen. Dersom denne vara svarer nei – går spørsmålet videre til neste på listen.

Dere skal altså ikke lenger melde om forfall til servicetorget – men bruke det nye systemet vi har tatt i bruk - Kaukus varainnkalling.

Saksliste

Orienteringer:

- Medlem av kriseteam, Mette Johansen- Vik, orienterer angående kriseteam.
- Rus og Psykisk helsetjeneste orienterer angående Brukerplan og tjenestetilbud.
- Økonomisjef, Rita Toresen, orienterer angående budsjettkontroll.
- Kommunalsjef Helse og Omsorg, Angela Sodefjed, orienterer angående fravær og avvik i 2020.
- Leder for Distriktsmedisinsk senter, Hanne Marita Hansen, orienterer angående fravær og avvik i 2020.
- Leder for Distriktsmedisinsk senter, Hanne Marita Hansen, orienterer angående nytt røntgen rom.
- Leder for Distriktsmedisinsk senter, Hanne Marita Hansen, orienterer angående korttids- og ø-hjelps senger ved sykestua.
- Kommunalsjef Helse og Omsorg, Angela Sodefjed, orienterer angående demensteam.

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 13/21	Referatsaker		
RS 27/21	Årsmelding 2020 - Pasient- og brukerombudet i Troms		2015/846
RS 28/21	Samarbeids om prosjekt aktivitør på institusjon for eldre - Røde kors Nordreisa og Nordreisa kommune		2020/973
RS 29/21	Forvaltningsrevisjonen "Etablering av Solbakken botiltak" - Oversendelse av rapport		2020/317
PS 14/21	Helse- og Omsorgsplan 2021-2026		2016/399
PS 15/21	Plan for videre arbeid Sonjatun nybygg/renovering		2020/912
PS 16/21	Inventarbudsjetten til oppgradering av interiør på Sonjatun		2021/298

PS 13/21 Referatsaker

Fra: Odd Arvid Ryan (Odd.Arvid.Ryan@pasientogbrukerombudet.no)

Sendt: 09.03.2021 10:41:54

Til: post@senja.kommune.no; postmottak@sorreisa.kommune.no; Nordreisa kommune; Sentralbord Kvæningen kommune; postmottak@tromso.kommune.no; Post Storfjord; post@tjeldsund.kommune.no; Postmottak@kvafjord.kommune.no; postmottak@harstad.kommune.no; %20post@lyngen.kommune.no; postmottak@karlsoy.kommune.no; Post Kafjord; Post Skjervoy; postmottak@balsfjord.kommune.no; postmottak@malselv.kommune.no; postmottak@bardu.kommune.no; postmottak@salangen.kommune.no; post@lavangen.kommune.no; postmottak@gratangen.kommune.no; postmottak@dyroy.kommune.no; postmottak@ibestad.kommune.no

Kopi:

Emne: Årsmelding 2020 - Pasient- og brukerombudet i Troms

Vedlegg: 20-15731-2 Årsmelding 2020 POBO Troms 30426085_3_1.pdf

Vår årsmelding for 2020 er nå offentlig. Se vedlagte pdf-fil.

Denne orienteringen ble oversendt til kommunene tidligere i dag, med henvisning til lenke på vår nettside. Da det viser seg at meldingen ble mislykket til en del kommuner, oversender vi årsmeldingen som vedlegg til denne e-posten.

Med vennlig hilsen

Odd Arvid Ryan

pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

Telefon: 77 75 10 00/926 78 520



ÅRSMELDING 2020

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS



Pasient- og brukerombudsordningen

Pasient- og brukerombudets mandat følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8.

Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor statlige spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og offentlig tannhelsetjeneste. Ombudet skal arbeide for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helse- og omsorgsdepartementet. Pasient- og brukerombudet i Hordaland har funksjon som nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig.

Pasient- og brukerombudet i Troms

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i Fylkeshuset i Tromsø. Kontoret hadde 5 ansatte per 31.12.2020:

Kristin Jenssen, seniorrådgiver
Hege Pedersen, seniorrådgiver
Malene Richardsen, rådgiver
Odd Arvid Ryan, pasient- og brukerombud
Eli Åsgård, seniorrådgiver

Fra 1.2.2021 heter kontoret Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø.

Troms

Fylkene Troms og Finnmark ble fra 1.1.2020 slått sammen og fikk navnet Troms og Finnmark fylke. Det er to ombudskontor i det nye fylket, lokalisert i henholdsvis Tromsø og Hammerfest. Tromsøkontoret skal ha hovedansvar for kommunene i det tidligere Troms fylke og for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF). Det er et samarbeid under utvikling mellom ombudskontorene i Troms og Finnmark, men ingen planer om sammenslåing.

I vårt nedslagfelt, tidligere Troms fylke, dekkes spesialisthelsetjenestene i fylket fortrinnsvis av UNN HF. UNN HF har avdelinger i Tromsø, Harstad og Narvik, samt Longyearbyen. Helseforetaket har fire distriktpsikiatriske sentra. UNN HF er universitetssykehus og har i tillegg funksjon som lokalsykehus. Det er etablert distriktsmedisinske sentra i Nordreisa og Senja, med både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Kommunene består av tre bykommuner, Tromsø, Harstad og Senja. Kommunene for øvrig har et innbyggertall på mellom 1000-6000. Flere kommuner har en stadig økende andel eldre innbyggere.

FORORD

Årsmeldingen formidler brukererfaringer, pasientopplevelser og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten som vi har merket oss i året som har gått. Den omhandler svakheter og forbedringspotensial i tjenestene, men kan ikke leses som en generell tilstandsrapport. Vi håper meldingen kan være et bidrag i arbeidet med å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og sikre at pasient- og brukerrettighetene blir ivaretatt.

2020 var naturlig nok preget av den pågående pandemien. Vårt fokus mot helse- og omsorgstjenesten ble endret som følge av at tjenestene måtte iverksette kriseberedskap og smitteverntiltak. I første fase fant vi det riktig å avvete og observere utviklingen. Vi bidro også med personalressurs på Covid-mottaket på UNN HF.

Vår kontakt med pasienter og brukere ble betydelig redusert i denne fasen, men fra mai og ut året lå antall henvendelser på normalnivå. Bruk av hjemmekontor og digitale møteløsninger førte til færre klientmøter og mindre utadrettet aktivitet. Vi måtte dessverre avlyse vår årlige kommuneturné.

"Covid-19" ble inntatt som stikkord i vårt kodeverk fra 12.3.2020, og henvendelser med tilknytning til Covid-19 er etter dette registrert under den kategorien. De som tok kontakt i saker knyttet til Covid-19 var opptatt av tilgjengelighet og besøksrestriksjoner ved sykehjem og sykehus, i tillegg til tilgang på tjenester. Mange erfarte at tjenestetilbud falt bort over natten.

Vi befant oss i en helt spesiell situasjon 12.3.2020 og de etterfølgende ukene. Ingen hadde full oversikt over faremomenter og konsekvenser av pandemien. Vi er derfor varsomme med kritikk i ettertid med hensyn til denne første fasen. Ansatte og ledere fortjener anerkjennelse for innsatsen som ble lagt ned. Samtidig har vi registrert noen vesentlige læringspunkter, som for eksempel pasienters, brukeres og pårørendes behov for god kommunikasjon og tydelig informasjon. Det gjelder helse- og omsorgstjenesten på både nasjonalt, regionalt og lokalt plan.

Denne årsmeldingen innledes med et sammendrag og anbefalinger til forbedringstiltak. Vi presenterer utviklingstrekk i tjenestene med nærmere omtale av utvalgte problemstillinger og utfordringer. Meldingen inneholder i tillegg nøkkeltall med kommentarer. Avslutningsvis følger en oversikt over vår eksterne virksomhet i 2020.

Landets Pasient- og brukerombud leverer felles årsmelding med et nasjonalt perspektiv. Felles årsmelding for 2020 og årsmeldinger fra de fylkesvise kontorene finner du på www.pobo.no.

Tromsø, 8.3.2021



Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

INNHold

1. Sammendrag	5
2. Anbefalinger	5
3. COVID-19	6
4. Kommunale helse- og omsorgstjenester – utviklingstrekk og utfordringer	8
5. Spesialisthelsetjenesten – utviklingstrekk og utfordringer	13
6. Offentlig tannhelsetjeneste.....	17
7. Nøkkeltall.....	18
7.1 Nøkkeltall totalt.....	18
7.2 Nøkkeltall - kommunale helse- og omsorgstjenester.....	19
7.3 Nøkkeltall – spesialisthelsetjenesten	21
7.4 Nøkkeltall – offentlig tannhelsetjeneste	23
8. Nøkkeltall – Norsk pasientskadeerstatning.....	23
9. Utadrettet virksomhet.....	24
Oversikt over utadrettet virksomhet 2020.....	24

1. SAMMENDRAG

Vi har de siste fem årene hatt en jevn økning i antall henvendelser. I 2020 var det en mindre tilbakegang. Vi mottok 466 henvendelser, mot 507 i 2019. Dette skyldes en nedgang på 23% i henvendelser rettet mot spesialisthelsetjenesten. Nedgangen gjenspeiler den reduserte aktiviteten i disse tjenestene på grunn av koronatiltak. Det er samtidig verdt å merke seg økningen i antall henvendelser rettet mot Tromsø kommune. Her var det en økning på 25%, fra 77 til 97 henvendelser.

Samlet sett ble 2020 et normalår når det gjelder antall henvendelser og innholdet i disse. Det som opptok folk flest var ulike sider ved fastlegeordningen, kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spørsmål om egenandeler, samt ventetid, utsettelse og mangel på samarbeid og koordinering i spesialisthelsetjenesten.

Covid-19, smitteverntiltak og kriseberedskap preget naturligvis vår virksomhet i 2020. Våre inntrykk og erfaringer i den forbindelse er gjengitt i punkt 3 i årsmeldingen. Vi er tilbakeholdne med konklusjoner basert på etterpåklokskap. Vi ønsker også å gi vår anerkjennelse til den betydelige innsatsen som personell og ledere i helse- og omsorgstjenesten la ned.

2. ANBEFALINGER

Kommunale helse- og omsorgstjenester:

- **Kommunene må utarbeide praktiske rutiner for å ivareta sitt informasjonsansvar overfor pasienter, brukere og pårørende ved alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten.**
- **Kommunene må sørge for at de som ønsker å klage får nødvendig hjelp og informasjon. Dette gjelder også informasjon om deres rett til å kontakte pasient- og brukerombudet. Kommunene må herunder sikre at klager blir behandlet innen rimelig tid.**

Spesialisthelsetjenesten/UNN HF:

- **UNN HF må sikre at kontaktlege- og koordinatorfunksjon er ivaretatt ved helseforetaket.**
- **UNN HF må etablere effektive og formelt korrekte systemer for klagebehandling.**

Erfaringer fra pandemien (lokal, regional og nasjonal anbefaling):

- **Det må utvikles klare og entydige retningslinjer og praktiske tiltak som bidrar til rimelig balanse mellom helsetjenestens behov for smittevern og de sterke menneskelige hensyn som taler for at pasienter, brukere og pårørende kan opprettholde nærkontakt med hverandre. Dette bør skje allerede under pågående pandemi.**

3. COVID-19

Covid-19 og de omfattende smitteverntiltakene som ble iverksatt 12. mars 2020 danner et naturlig utgangspunkt for denne årsmeldingen. Smitteverntiltak og kriseberedskap førte i perioder til vesentlige begrensninger i tilgangen til helse- og omsorgstjenester, med nedjustert drift, bortfall av tjenester og suspenderte pasientrettigheter. Det ble iverksatt strenge adgangsregulerende tiltak for pårørende i sykehjem, sykehus og omsorgsboliger. Folk møtte ikke opp til avtalte timer hos lege eller på sykehus av frykt for smitte, mens andre var tilbakeholdne av frykt for å være til bry.

Antall henvendelser til vårt kontor sank betraktelig i mars, noe som gjenspeilet den spesielle samfunnssituasjonen. Fra mai og videre ut året var sakstilfanget normalt. Det var imidlertid en nedgang i antall henvendelser om spesialisthelsetjenester. Slik vi ser det, hadde dette direkte sammenheng med den reduserte aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. I mars/april var reduksjonen i henvendelser på dette området hele 40%, og i den etterfølgende perioden har det tatt tid for helseforetakene å opprette rimelig balanse mellom vanlig drift og kriseberedskap.

Vi hadde en økning på 13% i henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forklaringen på dette er nok sammensatt. Kommunene dekker innbyggernes grunnleggende behov for helse- og omsorgstjenester. De kan derfor i mindre grad redusere eller midlertidig stanse tjenester uten at pasienter, brukere og pårørende reagerer på endringene. På kommuneområdet har vi de siste årene sett en jevn stigning i henvendelser. 2020 bekreftet trenden. Det er imidlertid verdt å merke seg at økningen i realiteten skyldes en klar oppgang i saker rettet mot Tromsø kommune, fra 77 saker i 2019 til 97 saker i 2020.

Landets pasient- og brukerombud har fra 12.3.2020 ført egen statistikk over saker med tilknytning til Covid-19. Det er vanskelig å konkret identifisere Covid-19 relaterte spørsmål i de øvrige henvendelsene som vi mottok, men forhold knyttet til koronasituasjonen inngår mer eller mindre som del av problemstillingene i flere av sakene. Lokalt registrerte vi 37 henvendelser om Covid-19 i 2020. Dette var mindre enn forventet, men samtidig må det nevnes at vi ikke har noe reelt sammenligningsgrunnlag. Vi merket oss at kommunikasjonen fra helsemyndighetene var entydig og unyansert: Sykehusene var i kriseberedskap. En årsak til det relativt lave antallet saker kan derfor være at befolkningen ikke ønsket å belaste sykehusene unødvendig, verken med oppmøte, annen kontakt eller klage. I tillegg var helse- og omsorgstjenestenes overgang fra kriseberedskap til normal drift relativt lang, og både fastleger og helseforetak måtte med tiden etterlyse pasientene. For øvrig har denne effekten, sammenholdt med et betydelig antall utsatte behandlingstiltak, ført til et etterslep i helsetjenesten som gir grunn til bekymring.

Pasienter og brukere tok kontakt med oss om utsatte undersøkelser og behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten, om adgangsbegrensninger overfor pårørende på sykehjem og sykehus, samt pasienter som var avvist ved legevakt eller hos fastlege på grunn av smitteverntiltak. Vi mottok også henvendelser fra pasienter og brukere som var redde for å bli smittet av ansatte i hjemmetjenesten. De var bekymret for at det var mange tjenesteytere i turnus, samtidig som de hadde lite informasjon om hvordan kommunene ivaretok smittevern ved utførelsen av disse tjenestene. Slike spørsmål var særlig fremtredende i pandemiens første fase. Oppsummert var folk opptatt av adgangsbegrensninger og tilgang på tjenester, samt informasjon i den forbindelse.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten merket vi oss blant annet:

- I psykisk helsevern og rusbehandling ble pasienter skrevet ut, med lovnad om oppfølging på telefon. Enkelte pasienter erfarte at dette løftet ikke ble holdt. Når de i tillegg ikke hadde et

tilbud i kommunen, ble situasjonen spesielt krevende for enkelte i pasientgruppa. Noen fortalte i ettertid om den store ensomheten og betydelig selvmedisinering.

- Pasienter med krav på rehabiliteringstiltak fikk tilbud om digitale behandlingstiltak. Tanken er god, men dette er ikke en behandlingsform som passer for alle. I noen tilfeller ble pasientene samlet i digitale "grupper". Dette er i seg selv en krevende kommunikasjonsform. Enkelte pasienter har gitt tilbakemelding om at selve behandlingen hadde klart preg av å være en reserveløsning og at den ga lite utbytte.
- Videre ble vi kontaktet av pasienter med behov for ortopedisk kirurgi og som hadde fått utsatt planlagt undersøkelse eller behandling. I noen tilfeller fremsto dette som forsvarlig. En del pasienter var imidlertid sterkt smerteplaget på grunn av sin ubehandlede tilstand. I enkelte tilfeller kan det nok reises tvil omkring forsvarlighetsvurderingen som ble foretatt. Smerteplager hos pasienten er ett av vurderingskriteriene når man skal ta stilling til om helsehjelpen er forsvarlig.
- Pasientrettighetene ble suspendert for en periode og vi var spesielt oppmerksom på eventuell effekt. Vi mottok få henvendelser om dette, men registrerte at det i noen saker ikke var mulig for pasienten å få en fornyet vurdering. Retten til fritt behandlingsvalg var naturlig nok uaktuell i store deler av 2020.
- Når det gjelder fristbrudd så vi - etter at pasientrettighetene igjen var virksomme - en tendens til at UNN ikke meldte fra om fristbrudd til Helfo. Denne meldeplikten er lovregulert. Vi stiller spørsmål ved om UNN i tilstrekkelig grad sikret at intern praksis ble endret i tråd med gjeninnføringen av pasientrettighetene.

Smittevern tiltakene ved UNN omfattet blant annet **adgangsbegrensninger for besøkende. Høsten 2020 ble det innført inngripende tiltak ved Føde- og barselavdelingen.** Vi har mottatt flere henvendelser fra både gravide og deres partnere som har reagert sterkt på disse restriksjonene. Derfor velger vi å omtale denne avdelingen spesielt. Våre vurderinger og synspunkter er i store trekk aktuelle for adgangsbegrensninger uavhengig av klinikk og avdeling ved UNN.

Tiltakene ved Føde- og barselavdelingen, samt barselhotellet, medførte begrensninger i partners adgang til å delta før, under og etter fødsel, samt regulering av partners adgang til å besøke mor og barn på sykehuset etter fødsel. Vi fikk tilbakemeldinger fra gravide som følte seg utrygge og usikre. Videre fortalte gravide med behov for individuell veiledning og oppfølging at det var vanskelig å få kontakt med personell på avdelingen. Reaksjonene hadde også sammenheng med at partnere regnes som en "kohort", samt den aktuelle smittesituasjonen i Nord-Norge.

Et par som ikke bodde i Tromsø fikk beskjed om at partner ikke kunne overnatte på barselhotellet. Med en times besøkstid til disposisjon måtte partner i mellomtiden oppholde seg 23 timer hos venner og på hotell før nytt besøk på barselhotellet. Partner var med andre ord utsatt for potensiell smitte i dette tidsrommet. Gravide som ble vurdert som risikoføddende fikk ikke den tryggheten det kan være å ha med partner under kontroller sent i svangerskapet. Dette er noen eksempler på effekten av den restriktive adgangsreguleringen.

Vi har anbefalt UNN om å fokusere på tiltak som kan ivareta både smittevernhensyn og behovet som gravide og deres partnere har for kontakt og samkvem før, under og etter fødsel. Konkret ba vi om at UNN prioriterte kommunikasjons- og informasjonstiltak. Avdelingen må være tilstrekkelig tilgjengelig for henvendelser. Videre må man sikre at det blir gjort individuelle tilpasninger for dem som har behov for det, noe som også forutsetter god kommunikasjon og informasjon.

Smitteverntiltak skal vurderes i lys av at all helsehjelp skal være forsvarlig og ytes på en omsorgsfull måte. Herunder skal det gjøres individuelle vurderinger og tilpasninger av helsehjelpen. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal helsetilbudet utformes i samarbeid med pasienten.

Vi har hatt god dialog med UNN i denne forbindelse, men vi mener at helseforetaket skulle lagt større vekt på informasjon på et tidligere tidspunkt, pluss at man nok hadde profitert på å være mer tilgjengelige og utvist mer smidighet ved gjennomføringen av smitteverntiltakene.

Som nevnt mottok vi samme type henvendelser fra **pårørende som ble utestengt fra kommunale sykehjem**, og som dermed ble fratatt muligheten til å besøke sine nærmeste. Pårørende hadde forståelse for tiltakene, men med tiden lå det til rette for å lempe på disse. Det kom nasjonale retningslinjer, og etter hvert ble reaksjonene fra pårørende sterkere. Også på dette området er det mye å tjene på god kommunikasjon, informasjon og ikke minst at kommune/sykehjem er tilgjengelige for dem som har spørsmål eller er utrygge på grunn av smitteverntiltakene. På generelt grunnlag ser det ut til at kommunene i tidligere Troms håndterte situasjonen på en tilfredsstillende måte.

Læringspunktet er at smitteverntiltak kan isolere partnere, foreldre og barn og andre som har nære relasjoner fra hverandre i lang tid. Dette er særlig inngripende og belastende ved helsehjelp som gis ved livets begynnelse og slutt. Men det finnes også andre pasienter og brukere som har særlig behov for kontakt med familie og venner, for eksempel mennesker med utviklingshemming. Helse- og omsorgstjenestene må derfor vise smidighet og legge vekt på menneskelige hensyn.

Vi mener at det må utvikles klare og entydige retningslinjer og praktiske tiltak som bidrar til rimelig balanse mellom helsetjenestens behov for smittevern og de sterke menneskelige hensyn som taler for at pasienter, brukere og pårørende kan opprettholde nærkontakt med hverandre. Dette bør skje allerede under pågående pandemi.

4. KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER – UTVIKLINGSTREKK OG UTFORDRINGER

Kommunene skal sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, og forvalter et vidt spekter av tjenester for å dekke innbyggernes behov for tjenester. Kommunene får stadig større ansvar for pasienter med omfattende og komplekse behov for helsehjelp. Dette ansvaret spenner vidt og omfatter pasienter med psykiske helseplager, somatisk sykdom, kognitiv svikt og fysiske funksjonsnedsettelse. Mange pasienter og brukere har behov for tjenester som krever høy kompetanse, i tillegg til at de trenger stabilitet og forutsigbarhet.

Fastlegeordningen

I 2020 fikk pasient- og brukerombudet i Troms 75 henvendelser knyttet til fastlege. Det er en liten økning sammenlignet med siste år. 15 henvendelser var spørsmål om rettigheter eller egenandeler, mens i 56 saker var problemstillingen knyttet til kvaliteten på helsehjelpen. Særlig var manglende medvirkning og forsinket diagnostikk tema. Noen pasienter fortalte at de over tid hadde rapportert til fastlege om betydelige symptomer eller sykdomstegn uten at det ble iverksatt adekvat utredning. Andre rapporterte å ikke bli tatt på alvor ved beskrivelse av sine symptomer. Resultatet har for

mange av disse vært forsinket diagnostikk. Noen er påført varig skade eller mén, mens andre har opplevd at sykdom utviklet seg til å bli livstruende. I et tilfelle var palliativ behandling eneste tilgjengelige behandlingsalternativ.

Andre kvalitetsklager har vært forårsaket av organisatoriske forhold. Enten det har vært fragmentert oppfølging ved at man møter flere ulike vikarleger eller mange ukers forsinkelse i henvisning til spesialisthelsetjenesten grunnet ferieavvikling. Pasienter har også opplevd avlysninger og utsettelse av time grunnet fastleges fravær. Fastlegetjenesten har et ansvar for å sikre kontinuitet i behandling og oppfølging av pasientene uavhengig av slike forhold.

Tallene vi her refererer til representerer en liten del av alle konsultasjoner som finner sted på fastlegekontorene i Troms i løpet av et år. Fastlegene har også vært satt under press i pandemisituasjonen. Likevel er det grunn til å rette oppmerksomhet mot en høy andel som påpeker kvalitetsbrist i relasjonen mellom pasient og behandler. Helsehjelpen skal både være forsvarlig og omsorgsfull. Det er viktig å anerkjenne pasientens kjennskap til egen kropp og må tas på alvor når han eller hun rapporterer om sykdomstegn. Pasienten har etter pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 rett til å medvirke til helsehjelpen. Dette forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell basert på gjensidig tillit. For at medvirkningsretten skal være reell er det legens ansvar å tilrettelegge for dette.

Egenandeler har også vært tema for en del henvendelser utover året. Det har oppstått en del endringer som følge av pandemisituasjonen, og det er ikke alltid lett for pasientene å orientere seg om gjeldende betalingsplikter til enhver tid. Vi har erfart legekontorene organiserer seg forskjellig i håndtering av henvendelser, timebestilling og fakturering. Pasient- og brukerombudet vil følge med på denne problemstillingen.

Tromsø kommune

Vi mottok 97 henvendelser rettet mot Tromsø kommune i 2020. Dette utgjør i overkant av 50% av totalt 187 kommunesaker. Dette er representativt tatt, i betraktning at halvparten av befolkningen i tidligere Troms bor i Tromsø kommune.

38 saker omhandlet **fastlegeordningen**. Som nevnt over var manglende medvirkning og forsinket diagnostikk tema når det gjaldt fastleger. I saker fra Tromsø kommune var også spørsmål om henvisning og oppfølging fremtredende. Vi noterer som positivt at det var få saker om journal og egenandeler. Både journalspørsmål og bruk av egenandeler og gebyrer hos fastleger i Tromsø har vært bekymringspunkter i våre årsmeldinger de siste årene.

17 saker gjaldt langtidsopphold i **sykehjem**. Her var det noe variasjon i årsakene til at vi ble kontaktet, men mange av henvendelsene dreide seg om kvaliteten på helsetjenestene, som medisinerer, infeksjonsbehandling og rehabilitering. Videre hadde vi en del henvendelser om besøksrestriksjoner, særlig i den første fasen av pandemien. Videre var det 7 saker som gjaldt korttidsopphold ved sykehjem, men ingen problemstillinger peker seg spesielt ut på det området.

Den tredje største kategorien for Tromsø kommune var **helsetjenester i hjemmet**. Her mottok vi 15 henvendelser. Et gjennomgangstema i flere av henvendelsene knyttet seg til antall tjenesteytere i turnus og usikkerhet om hvorvidt disse fikk tilstrekkelig og samordnet opplæring. For brukere og pasienter som har et stort hjelpebehov og som er helt avhengige av helse- og omsorgstjenester, kan det være avgjørende med gode rutiner for at tjenesten skal være forsvarlig. Slik rutiner må være kjent og bli fulgt av alle tjenesteytere i en turnus. Det er ikke alltid tilfellet og rutinesvikt kan på noen

områder få alvorlige følger. Tjenesteytere skal for eksempel kunne håndtere tekniske hjelpemidler, medisinsk utstyr og i noen tilfeller legemidler.

Helsehuset, Tromsø kommune

Vi har de siste tre årene mottatt en rekke henvendelser fra pårørende vedrørende Helsehuset. Dette har omfattet mangler ved helsehjelpen, dårlig dialog og informasjon samt sviktende kommunikasjon mellom Helsehuset og samarbeidende instanser. Dette har omfattet ulike avdelinger ved Helsehuset.

Noen av sakene har resultert i tilynssaker hos Statsforvalteren. Tilsynsmyndigheten har funnet klare brudd på kravet om forsvarlig helsehjelp, ulike former for rutinesvikt, brudd på journalføringsplikten og på informasjonsplikten. I enkelte av sakene har pasienter blitt utsatt for skade og betydelig forverring av sykdommen.

De kritikkverdige forholdene ved Helsehuset ble viet mye oppmerksomhet høsten 2020, blant annet i nyhetsmediene. I den forbindelse merket vi oss at Tromsø kommune tok kritikken til etterretning. Vi har forstått kommunen dit hen at det er iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig drift ved institusjonen. Vi vil imidlertid følge utviklingen fremover.

Vedtak om vederlag og egenandeler for helse- og omsorgstjenester må ha lovhjemmel

Spørsmål om egenandeler og takstbruk i helse- og omsorgstjenesten er en årlig gjenganger. I 2020 mottok vi 22 henvendelser om dette. 11 av disse gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester.

Et utviklingstrekk i 2020 var at enkelte kommuner tok betalt for tjenester som brukeren ikke skal betale vederlag for.

Kommunen kan kreve betaling for praktisk bistand som ikke er personlig stell og egenomsorg. Dette kan være rengjøring av hus, skift av sengetøy, klesvask, matinnkjøp, gå ut med søppel, henting av post og enkel snømåking. For enkelte tjenester er det lovfestet at de skal være unntatt fra betalingsplikt, som blant annet helsetjenester i hjemmet og støttekontakt. Helsehjelp fra kommunen skal være gratis, bortsett fra egenandeler hos fastlege og legevakt og vederlag for sykehjemsplass.

I en sak vi mottok hadde kommunen etablert en praksis hvor det ble krevd vederlag ved tildeling av støttekontakt. Kommunens ansvar for å tildele støttekontakt til dem som trenger det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd bokstav b. Det foreligger ikke hjemmel for å kreve vederlag for denne tjenesten, noe som er bestemt i § 8-2 nr. 4 i forskrift av 4.12.1992 nr. 915, gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Gjennom dialog med kommunen fikk vi bekreftet at praksis ble endret i samsvar med lovverket, samt at brukere som hadde betalt for mye fikk dette tilbakebetalt.

Et annet eksempel er krav fra en kommune om betaling av vederlag for ergoterapi. Ergoterapi regnes som helsetjeneste og faller utenfor betalingsplikten. Her fikk vi opplyst at kommunen innrømmet feilen og korrigerende sin praksis etter at klienten hadde tatt direkte kontakt med kommunen.

For pasienter og brukere kan det være vanskelig å holde oversikt over hvilke tjenester som er vederlagsfrie og hva det skal betales egenandel for. Det er derfor viktig at kommunene sørger for tilgjengelig og oppdatert informasjon til pasienter og brukere og at kommunene har rutiner som sikrer at alle vedtak om betaling av vederlag er lovlige.

Retten til informasjon ved alvorlige hendelser

I etterkant av alvorlige hendelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten tar mange pasienter, brukere og pårørende kontakt med oss for å få avklart sine rettigheter. Sakene kan omhandle alvorlige forhold som feilmedisinering, forsinkelse i behandling, fallulykker og selvmord. Deres utgangspunkt er gjerne et ønske om å klage på hendelsen. Men det er like viktig for dem å få informasjon om hva som skjedde og hva tjenesten gjør for å hindre at andre blir utsatt for det samme.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd skal sikre at pasienter, brukere og pårørende kan ivareta sine interesser etter alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Personer som utsettes for skade eller komplikasjon har et særlig behov for informasjon og hjelp. Kommunen skal sørge for at denne rettigheten blir oppfylt, og i særlig alvorlige saker skal kommunen tilby et møte innen ti dager for informasjon og dialog om hendelsen. Videre skal pasienten, brukeren eller pårørende informeres om Norsk pasientskadeerstatning (NPE), adgangen til å anmode Statsforvalteren om å opprette tilsynssak samt om adgangen til å kontakte Pasient- og brukerombudet for råd og bistand.

I 2018 gjennomføre vi en undersøkelse av informasjonspraksis i kommunene i tidligere Troms fylke. 23 av 24 kommuner besvarte vår henvendelse. Den generelle konklusjonen var at kommunene ikke ivaretok dette informasjonansvaret på en god måte. I løpet av 2019/2020 har vi fulgt denne problemstillingen, og konklusjonen er at situasjonen ikke er synlig bedret.

Dette er viktig for den pasienten som opplevde at rutinesvikt hos helsepersonell førte til at alvorlig sykdom ikke ble oppdaget i tide og for pårørende med et familiemedlem som tok sitt eget liv.

Vi opplever en raushet hos dem som kontakter oss. De vil først og fremst bidra til at andre ikke skal oppleve det samme. Og det er nettopp kjernen i informasjonsrutinen: Pasient, bruker og pårørende skal ha nødvendig informasjon og dialog, og kommunen skal lære av hendelsen. Et annet viktig formål er å bidra til at den enkelte skal kunne ivareta sine interesser, blant annet gjennom å kjenne til erstatningsordningen i NPE, Statsforvalterens klage- og tilsynsordning og Pasient- og brukerombudets råd- og veiledningstjenester.

Dette ble godt illustrert i forbindelse med pandemien. I desember 2020 gikk NPE ut i mediene for å informere om muligheten til å søke erstatning i forbindelse med koronasmitte. Beboere og etterlatte ved dødsfall har ifølge pasientskadeloven krav på erstatning dersom det er sannsynlig at smitten oppsto på kommunal institusjon, som blant annet sykehjem. NPE mente at kunnskapen om denne muligheten var varierende. De fant det nødvendig å minne kommunene om deres plikt til å informere pårørende og etterlatte om muligheten til å søke erstatning fra NPE.

Denne informasjonsplikten er et grunnleggende systemansvar. Kommunene er ansvarlig for at helse- og omsorgstjenesten er kjent med regelverk og rutiner på området. Kommunenes oppfølging av dette ansvaret varierer i stor grad og det glipper for ofte.

Vi vil på denne bakgrunn følge opp kommuneundersøkelsen fra 2018.

Vi anbefaler at kommunene utarbeider praktiske rutiner for å ivareta sitt informasjonsansvar overfor pasienter, brukere og pårørende ved alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunens ansvar for å yte tjenester til pasienter som ønsker å bo hjemme

Vi mottar årlig henvendelser fra pasienter som erfarer at kommunene ikke vil påta seg ansvar for å gi helsetjenester i pasientens hjem. Kommunens begrunnelse er ofte at de ikke har tjenesten eller at det av ulike grunner er vanskelig for kommunen å gi tjenesten i pasientens hjem. Det dreier seg her om tjenester som kommunen er pålagt å kunne gi, og gjelder ofte helsetjenester i hjemmet.

I noen tilfeller fremholder kommunen at det ikke er forsvarlig å gi tjenesten i hjemmet. Dette argumentet kan unntaksvis ha relevans. Men det som er særlig problematisk er at kommunene ofte ikke gir en holdbar og troverdig begrunnelse for påstanden. I noen saker har ikke kommunen engang prøvd å legge til rette for å gi tjenesten i hjemmet. Begrunnelsene er lite konkrete, noe vi også har fått bekreftet gjennom klagesaker til Statsforvalteren.

En sak fra 2020 som ble brakt inn som klagesak til Statsforvalteren kan tjene som eksempelsak. En eldre pasient søkte om helsetjenester i eget hjem på natten. Denne ble avslått av kommunen under henvisning til at man ikke hadde tjenesten. Kommunen fremholdt videre at det ville være så utfordrende for kommunen å yte tjenesten at denne ville bli uforsvarlig. Pasienten ble tilbudt sykehjemsplass, noe pasienten trakk nei til.

Statsforvalteren omgjorde kommunens vedtak og slo fast at pasienten hadde rett til kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet på natt. Statsforvalteren fremholdt at kommunen ikke hadde oppgitt konkrete forhold om pasientens helsetilstand og behov som kunne underbygge påstanden om uforsvarlighet. Kommunen ble heller ikke hørt med at de praktiske forholdene rundt tjenesteytelsen var utfordrende. Etter Statsforvalterens oppfatning var det åpenbart gjennomførbart å gi hjemmebaserte tjenester på natt, og la til at kommunens vedtak ikke var i tråd med pasientens rett til å medvirke ved utformingen og gjennomføringen av tjenesten.

Vi tok opp samme problemstilling i forrige årsmelding. Innfallsvinkelen var kommuner som avslår søknad om helsehjelp i hjemmet når pasienten takker nei til sykehjemsplass. I slike saker må kommunen likevel yte de tjenestene som pasienten har behov for. Kommunen kan ikke kreve at pasienten flytter på sykehjem for å få nødvendig helsehjelp. En samtykkekompetent person kan ikke tvinges til å ta imot sykehjemsplass.

I en tid der kommunenes budsjetter stadig settes under press, er det fare for at kommunene ikke legger tilstrekkelig vekt på individuelle vurderinger av hjelpebehovet, retten til medvirkning og grunnleggende saksbehandlingsregler.

Det er særlig grunn til bekymring for pasienter som ikke selv, eller gjennom pårørende, har ressurser til å imøtegå kommunale vedtak. Mange som kontakter oss i slike saker forteller at det blir konflikt og kamp med kommunen for å få bli hørt. Har man ikke krefter til å gå i en slik kamp, er det fare for at den enkeltes ønsker og behov bli tilsidesatt på en urimelig og ulovlig måte

Vi oppfordrer kommunene til følgende:

- Ta pasienters og brukeres rett til medvirkning på alvor.
- Ved kommunale beslutninger med svært inngripende virkning for enkeltmennesker har kommunen et særlig ansvar for å sikre at saksbehandlingen er grundig og korrekt før vedtak treffes.
- Kommunene må sørge for at de som ønsker å klage får nødvendig hjelp og informasjon. Dette gjelder også informasjon om deres rett til å kontakte pasient- og brukerombudet.

Tjeldsund kommune – en sammenslått og "ny" kommune

I løpet året har det kommet 12 henvendelser fra Tjeldsund kommune. Fra 1.1.2020 ble tidligere Skånland og Tjeldsund kommune sammenslått til Tjeldsund kommune. Det er et åpent spørsmål om antall henvendelser representerer en overgangsfase og harmonisering av rutiner og prosedyrer i de to tidligere nabokommunene. Vi har imidlertid registrert at halvparten av sakene gjaldt klage på kvalitet på helsehjelpen som gis ved korttids- eller langtids opphold ved sykehjemmet. Dette blir en følge med-sak i 2021.

5. SPESIALISTHELSETJENESTEN – UTVIKLINGSTREKK OG UTFORDRINGER

Saker knyttet til spesialisthelsetjenesten gjelder i all hovedsak UNN HF, seksjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Det er de samme utfordringene og problemstillingene som går igjen på vesentlige områder: Informasjon og medvirkning, kommunikasjon med pasienter og pårørende, oppfølging av pasienter, samarbeid mellom avdelinger og koordinering av tjenestene.

Styrk pasientsikkerheten – Sørg for gode pasientopplevelser: Bruk kontaktlege- og koordinatorfunksjonen

Innledningsvis under dette punktet vil vi bemerke at det klare flertallet av pasienter har gode pasientopplevelser ved UNN. Men noen erfarer at helsehjelpen svikter, med de alvorlige utslag dette kan få. Det nedenstående bygger blant annet på deres erfaringer.

"Avviksmeldinger og pasientklager viser at ikke alle pasientforløp fungerer godt nok. Sviktende informasjonsflyt og manglende kontinuitet er ofte medvirkende årsaker. Det er derfor et behov for å sikre bedre tilrettelagte og forutsigbare pasientforløp til beste for både pasienten, pårørende og legen." Dette er et utdrag fra Helsedirektoratets veileder om kontaktlege (IS-2466).

Situasjonsbeskrivelsen har klare likhetstrekk med våre tilbakemeldinger til UNN HF de siste ti årene. I et brev fra UNN HF i 2012 fikk vi opplyst følgende: «Problemer med informasjon til pasient og pårørende når mange avdelinger er involvert i behandlingen er et problemfylt område, og det er bare å beklage....».

Koordinering mellom avdelinger og internt samarbeid er fortsatt en utfordring for UNN. Kvaliteten på informasjonsflyt mellom avdelinger og fra avdelinger til pasienter og pårørende er varierende. Journaler blir ikke lest. Interne henvisninger i UNN-systemet kan stå ubehandlet i lengre tid. Utnyttelse av sengeposter på avdelinger med ledig kapasitet, kan være fornuftig ressursbruk. Men når avdelingene er usikre seg imellom om ansvarsforholdene, kan dette få konsekvenser for pasienten, både i praktisk forstand og i forhold til den medisinske oppfølgingen. Skott og gråsoner mellom avdelinger kan true pasientsikkerheten. Dette er heller ikke god sykehusøkonomi.

Utfordringene kan inndeles og systematiseres slik:

- ✓ Oppfølging og koordinering av pasientforløp, herunder forsinkelser og forglemmelser
- ✓ Internt samarbeid, intern kommunikasjon
- ✓ Informasjon til pasienter og pårørende
- ✓ Variasjoner mellom avdelinger med hensyn til praksis og rutiner

UNN HF benytter ikke lovfestede virkemidler som kontaktlege og koordinator for å styrke og sikre samhandlingen internt og kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Vi hevder ikke at disse funksjonene kan løse alle problemer. Men ordningene er etablert av en god grunn, og riktig brukt kan de bidra til å bedre koordinering, informasjonsflyt og redusere risiko for svikt.

Kontaktlege og koordinator dekker en vesentlig, men likevel avgrenset del av problemstillingen. Kontaktlege er rettet mot pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse. Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal tilbys pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. I pakkeforløpene dekker forløpskoordinator en del av informasjons- og oppfølgingsansvaret. Også nyere tiltak, som Stormottakersatsingen, blir ett av flere fragmenter som skal bidra til koordinering, samarbeid, informasjon i pasientrettet arbeid. Hver for seg skal disse viktige ordningene ivareta behov innenfor avgrensede områder.

Det grunnleggende er imidlertid at et helseforetak er en **ensartet** virksomhet når det gjelder koordinering, samarbeid, informasjon i **alt** pasientrettet arbeid.

Det er mange pasienter med mindre alvorlig sykdom eller med mindre komplekse og langvarige forløp som også trenger koordinerte tjenester med kontinuitet og god informasjonsflyt. Det kan dreie seg om alt fra pasienter med kroniske plager til pasienter som er under utredning, og hvor svikt i denne fasen kan føre til alvorlig sykdom. I den siste kategorien har vi pasienter som for eksempel opplever forsinkelser i diagnostiseringen eller utglemte innkallinger.

UNN må etter vår oppfatning fokusere på funksjonene som ordningene skal ivareta. De inngår som ledd i kravet om at helsehjelpen skal være forsvarlig og omsorgsfull, og det må være fundamentet. Det er behovene for kontinuitet og informasjonsflyt i behandlingen som skal dekkes, både med tanke på pasienten og den faglige kvaliteten. Dette må gjelde alle pasienter. Det må derfor etableres en grunnleggende, allmenn rutine eller plattform som skal sikre koordinerte tjenester med kontinuitet og god informasjonsflyt. Lovpålagte ordninger og andre tiltak må inngå som del av en slik plattform, og de må ses i sammenheng. **Målet må være, som nevnt over, at helseforetaket blir en virksomhet som er ensartet når det gjelder koordinering, samarbeid og informasjon i alt pasientrettet arbeid.**

Vi er kjent med at UNN har utarbeidet rutiner for disse formålene, men vår erfaring er at disse ikke alltid blir fulgt og at det er variasjon mellom avdelingene. Videre får vi ulike tilbakemeldinger om hindringer og hvor det svikter: Det er vist til at systemene (DIPS) ikke er hensiktsmessige. Mange mener at kontaktlegeoppgaven er for tidkrevende. Andre viser til at man får ansvar, men ikke myndighet. Atter andre mener at rutinene er for kompliserte. Når det gjelder koordinatorfunksjonen ser et av problemene ut til å være at det ikke er avsatt ressurser til å ivareta denne.

Vi er kommet til et punkt der vi vil utfordre UNN med tanke på både konkrete problembeskrivelser og -løsninger. Hva mener UNN må til for å ivareta disse helt avgjørende oppgavene på en bedre måte enn i dag?

Vi vil tilføye at disse utfordringene gjelder alle helseforetak og er kjent både på departements- og direktoratsnivå. En vesentlig del av ansvaret for å følge opp disse utfordringene ligger der. Vi viser for øvrig til Pasient- og brukerombudenes felles årsmelding for 2020, hvor kontaktlegeordningen er omtalt (se lenke i forordet).

Klagebehandling

Pasient- og brukerombudet har i de tre siste årsmeldinger rapportert om klagesaksbehandling ved UNN som ikke er i tråd med gjeldende lovverk. Pasienter har vanskelig for å finne hvor de skal henvende seg for å fremme en klage. Vi kjenner til at det er stor ulikhet i hvordan klager besvares og

at saksbehandlingstiden kan bli lang. I mange tilfeller ivaretas ikke pasienters rettssikkerhet som følge av at klagen ikke blir videresendt klageinstansen (Statsforvalteren).

Vår erfaring er at en stor del av pasienters og pårørendes motivasjon for klage eller tilbakemelding er at "andre ikke skal oppleve det som skjedde meg". Her er det verdifull informasjon UNN ikke må gå glipp av i sitt kvalitetsarbeid. Vi anerkjenner UNNs arbeidsmetodikk med kontinuerlig forbedring, og utfordrer helseforetaket til å forbedre og forenkle sin klagesaksbehandling. Et eksempel kan være å opprette et digitalt og/eller nedlastbart skjema til utfylling hvor adekvat kontaklinformasjon allerede er ferdig utfyllt.

Vi er videre kjent med at behandlere anbefaler at pasientene sender inn klage på e-post og at deler av klagesaksbehandlingen foregår gjennom e-postutveksling. Vi vil advare mot en slik praksis, som kan være strid med personvernforordningen (GDPR). En slik praksis øker også faren for at klagen ikke blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven.

UNN HF må etablere effektive og formelt korrekte systemer for klagebehandling.

Kommunikasjon og informasjon til pasienter er viktig!

Informerte pasienter gir effektive helsetjenester. Dette er et mantra hos oss.

Vi har flere steder i årsmeldingen satt et kritisk søkelys på UNNs kommunikasjon med og informasjon til pasienter og pårørende. I løpet av de siste årene har vi samtidig sett positive tiltak som er iverksatt av UNN, som Tilbakemeldingstelefonen/PING og fokus på samvalg.

Tilbakemeldingstelefonen/PING er en tjeneste ved UNN som er operativ hver dag til faste tidspunkter. Her kan pasienter og pårørende henvende seg med tilbakemeldinger eller spørsmål de ikke har fått svar på vedrørende behandling. Vi henviser en del klienter til Tilbakemeldingstelefonen/PING, da dette har vist seg å være raskeste veien til målet i de tilfellene der pasienten ikke har et kontaktpunkt i den aktuelle avdelingen. Vi har i den forbindelse informert klientene om at de kan ta ny kontakt med oss dersom saken likevel ikke blir løst. Det er svært sjelden klientene tar ny kontakt med oss. Vi velger å tro at dette skyldes at Tilbakemeldingstelefonen/PING fungerer etter hensikten.

"Samvalg" er en satsing ved UNN. Samvalg har sitt utspring i pasientens rett til medvirkning. Pasienten skal delta ved utformingen og gjennomføringen av helsehjelpen der dette er mulig. Dette gjelder blant annet valg av behandlingsmetoder. For å kunne ta de rette valgene trenger pasienten informasjon. "Samvalg" er medvirkning i systematisert form og er en verktøykasse med informasjon som pasienten kan bruke for å tilpasse behandlingen i forhold til egne behov og situasjon, i samarbeid med behandler.

Begge ordninger er gode eksempler på hvordan informasjons- og medvirkningsretten kan ivaretas på pasientens premisser. Vi mener at UNN må prioritere og videreutvikle denne type tiltak.

Psykisk helsevern: Pasienter som vil bytte behandler og pasienter som må bytte behandler

Pasienter som vil bytte behandler

Vi mottar med jevne mellomrom henvendelser fra pasienter som mottar samtaleterapi med psykolog. Dette er et vanlig behandlingstiltak i psykisk helsevern. For at denne type behandlingstiltak skal være forsvarlig og hensiktsmessig må det foreligge et tillitsforhold mellom behandler og pasient.

Noen pasienter erfarer at relasjonen til behandler ikke er god og enkelte mister den tilliten som er nødvendig for behandlingen. De kan derfor ha et ønske om å bytte behandler.

Det er ikke en lett beslutning for en pasient å ta opp motsetningsforhold med behandler. Et slikt tiltak kan sitte langt inne, da det er knapphet på psykologer i psykisk helsevern. Pasienten vet at behandleren ikke alltid kan erstattes med det første. (Se også neste punkt). Det kan i seg selv være utfordrende å klage på sin behandler, og når pasienten i tillegg ikke kjenner til hvordan man går frem for å klage og hvordan klagen blir behandlet, kan dette bli utenkelig for mange.

Pasienter forteller om klager som ikke blir formelt behandlet eller oversendt til klageinstansen (Statsforvalteren). De blir ofte henvist til å løse dette i dialog med behandler og blir dermed prisgitt behandler, det vil si den klagen gjelder. Dette er problematisk da klager skal løses med en viss objektivitet, de må behandles korrekt og de må også vurderes av andre enn den som er påklaget.

Vi stiller spørsmål ved om UNN har gode prosedyrer og klagerutiner for behandling av slike klager, eventuelt om rutinene ikke er kjent og brukt i virksomheten.

Pasienter som må bytte behandler (psykisk helsevern unge voksne)

I løpet av 2019 og 2020 har flere unge voksne kontaktet oss og klaget over at behandlingsforløpet avbrytes i urimelig lang tid dersom behandleren må avslutte sitt oppdrag. Dette kan for eksempel skyldes at vedkommende går over i ny stilling eller ut i permisjon. Enkelte pasienter må noen ganger vente flere måneder på å få ny behandler. I mellomtiden går mye av det arbeidet som tidligere er nedlagt mellom pasient og behandler tapt, samtidig som pasienten står uten et tilbud om helsehjelp.

Dette kan nok ikke alltid unngås, men vårt inntrykk fra enkeltsaker er at planleggingen ved slike overganger kan bli betydelig bedre. Dette dreier seg ikke om spontane avgjørelser, men er som regel overveide og varslede beslutninger. Det må derfor være rom for å planlegge med tanke på pasientens behov for kontinuitet i behandlingen, og dermed unngå at behandlingen blir satt på vent i flere måneder med de skadevirkninger det kan ha.

Oppfølging av fristbrudd

Korona-pandemien har ført til et etterslep på behandling ved sykehusene i Nord-Norge. Dette har ført til flere fristbrudd og lengre ventetider for pasienter.

Den som har fått en frist for helsehjelp og ikke har mottatt helsehjelpen innen denne fristen, har rett til å få tilbud ved et annet behandlingssted. Ved fristbrudd skal sykehus eller behandlingsinstitusjon umiddelbart kontakte Helfo pasientformidling,. Helfo skal uten opphold finne et tilbud hos annen behandler dersom pasienten ønsker det.

Vi har mottatt henvendelser som kan tyde på at UNN ikke alltid kontakter Helfo umiddelbart ved fristbrudd, og at pasienter må etterlyse slik kontakt. Pasienten kan dermed både oppleve fristbrudd og deretter forsinkelse i sykehusets oppfølging av fristbruddet. Det er en unødvendig tilleggsbelastning. Dette er en "følge med-sak" ved vårt kontor.

Bekymringsmelding – Nyfødt intensiv, UNN Tromsø

Høsten 2020 fikk vi en bekymringsmelding om de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN Tromsø. Etter kontakt med UNN fikk vi en omvisning 16.10.20.

På bakgrunn av omvisningen kunne vi konstatere følgende:

- Avdelingen lider under plassmangel og uhensiktsmessige lokaler. Korridorer må brukes som lagringsplass til utstyr og undersøkelsesrom er svært trange.
- Det er nødvendig for premature med tett foreldredeltakelse/-nærhet. I akuttrommet er 8 sengeplasser adskilt kun med forheng. Taushetsplikten er dermed et problem. Foreldre og søsken må bruke øreklokker, noe som fremstår som lite verdig.
- I et behandlingsperspektiv er det uheldig at foreldre og barn indirekte kan bli deltaker i dramatiske situasjoner rett ved siden av. Det er belastende for pårørende, og premature kan lett reagere med økt puls og ustabil hjerterytme på høye lyder og uro. Det kan være skadelig.
- Ved langtidsopphold på avdelingen, som kan vare i flere måneder, må foreldre og barn oppholde seg i et lokale uten vinduer.
- De fysiske forholdene gjør det vanskelig å overholde smittevernkrav.

Personalet fortjener anerkjennelse for den jobben de gjør under disse forholdene, noe også foreldrene vi snakket med ønsket å understreke.

Ledelsen i Helse Nord og ved UNN er kjent med problemene og utfordringene, og slik vi oppfatter det, er behovet for tiltak anerkjent hos ledelsen. Etter vår oppfatning må Helse Nord sikre prioritert og fremdrift i arbeidet med å bedre de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN.

6. OFFENTLIG TANNHELSETJENESTE

Pasient- og brukerombudenes mandat ble 1.1.2020 utvidet til å omfatte offentlige tannhelsetjenester. Vi mottok 4 henvendelser på dette området i 2020. En mulig årsak til at vi fikk få henvendelser om offentlige tannhelsetjenester kan være at våre planlagte informasjonstiltak for pasienter og tannhelsetjenesten ble utsatt på grunn av koronasituasjonen.

Fra ulike kilder, blant annet helseforetak og brukerorganisasjoner, er vi blitt kjent med at noen pasientgrupper ikke får de tannhelsetjenestene som de har krav på. Pasienter i helseinstitusjoner eller pasienter som tar imot helsetjenester i hjemmet kan ha rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Disse får ikke gjort nytte av tilbudet fordi det mangler informasjon og oppfølging fra kommunenes side. Det skal ikke være opp til den enkelte å kjenne til og etterspørre dette.

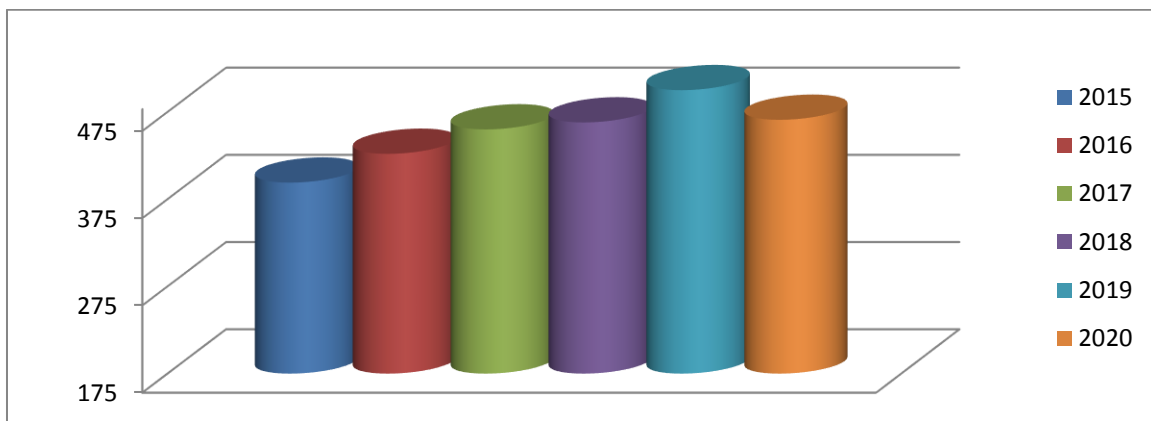
7. NØKKELTALL

7.1 Nøkkeltall totalt

Tallene nedenfor er supplert med generelle omtaler. Spesielle variasjoner og utviklingstrekk er nærmere omtalt i pkt. 3-6 ovenfor.

Pasient- og brukerombudet i Troms mottok til sammen 466 henvendelser i 2020, mot 507 i 2019. Nedgangen på 41 henvendelser skyldes at vi mottok færre saker rettet mot spesialisthelsetjenesten. Denne nedgangen hadde etter alt å dømme sammenheng med at UNN HF i perioder reduserte driften som ledd i smittevern- og beredskapstiltak.

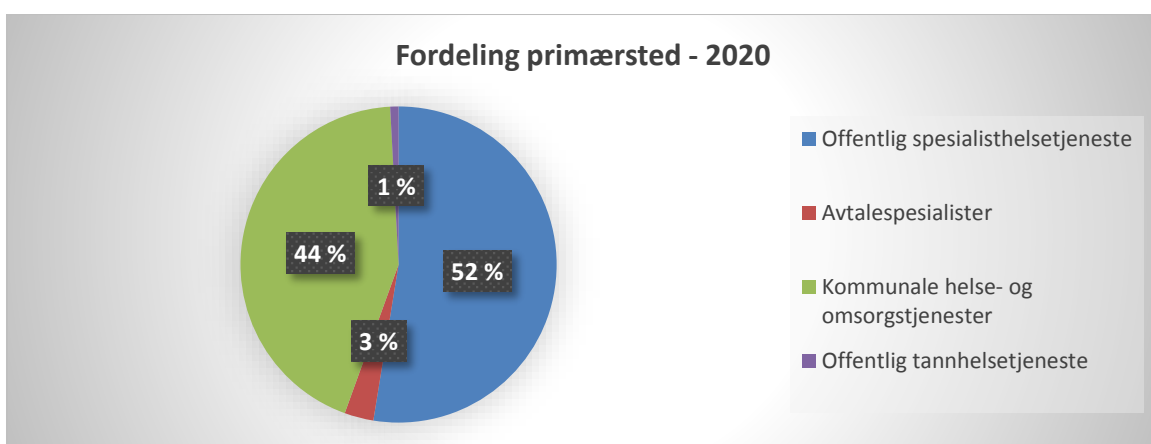
Henvendelsene omfattet 458 saker*. Disse ble behandlet gjennom råd og veiledning, møter, skriftlig dialog med tjenestestedene og bistand til klage. 76 henvendelser inneholdt ikke elementer av klage, men ble behandlet med informasjon, råd og veiledning. 35 henvendelser falt utenfor vårt saksområde.



Totalt antall henvendelser per år 2015 – 2020. Pasient- og brukerombudet i Troms.

*En henvendelse kan omhandle flere problemstillinger. Disse blir registrert som saker i vårt system. Eksempel: Dersom en henvendelse gjelder klage på både fastlege og sykehus kan det bli nødvendig å behandle disse som to separate saker. Denne fremgangsmåten bidrar også til at vi kan gi mer presis tilbakemelding til tjenestestedene. I årsmeldingen viser vi i som regel til saker og innholdet i disse.

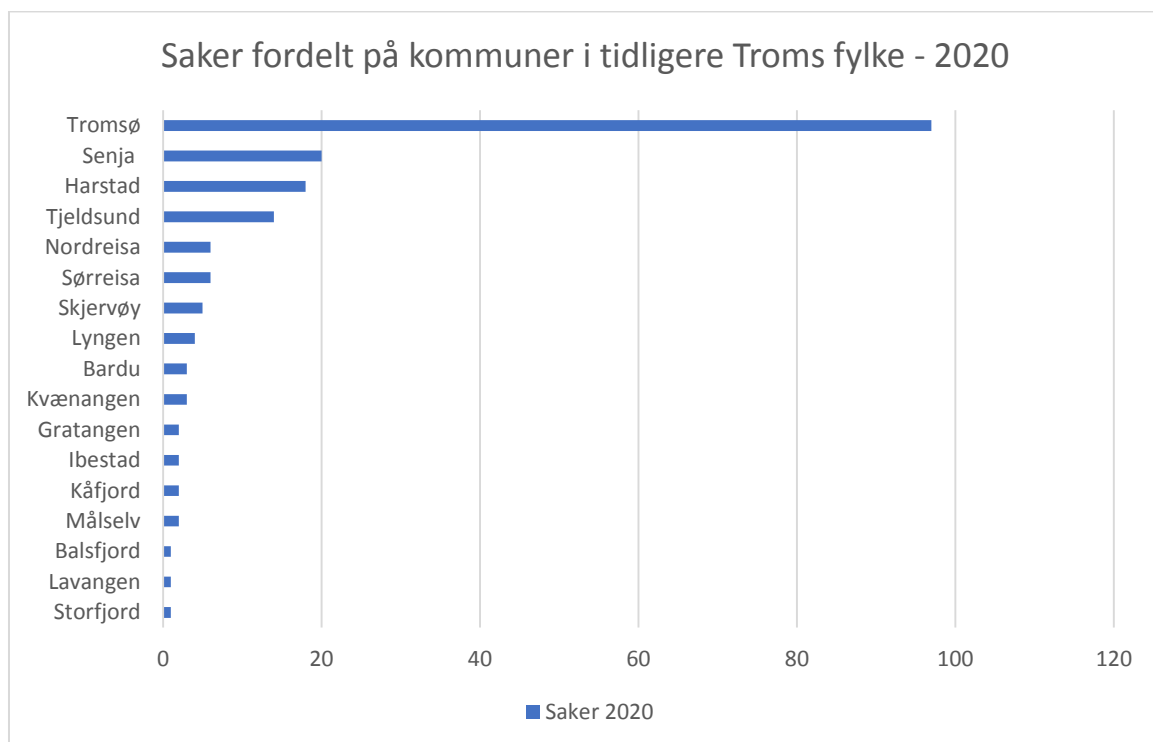
- Sakene fordelte seg slik på tjenesteområder og – nivå:



Fordeling mellom primærsted (tjenesteområder og -nivå) 2020.

7.2 Nøkkeltall - kommunale helse- og omsorgstjenester

187 saker omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i tidligere Troms fylke, mot 169 i 2019. De fleste sakene var rettet mot Tromsø kommune. Her mottok vi 97 saker, mot 77 i 2019. Fra Harstad kommune mottok vi 18 saker, mot 35 i 2019. Nedgangen i Harstad omfattet tjenesteområdene fastlege, sykehjem og helsetjenester i hjemmet. Fra de nye kommunene Senja og Tjeldsund mottok vi henholdsvis 20 og 14 henvendelser. Fra øvrige kommuner i tidligere Troms fylke mottok vi til sammen 38 saker, med 6 saker eller mindre per kommune. Vi mottok til sammen 15 saker fra tidligere Finnmark fylke og fylker utenfor Troms og Finnmark.

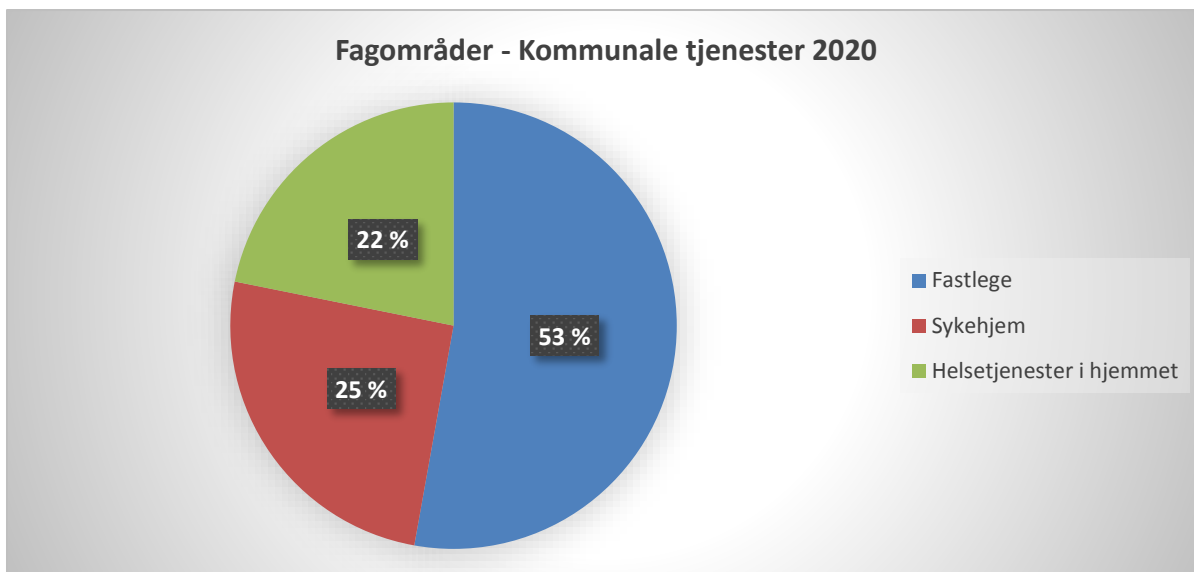


Saker fordelt på kommuner i tidligere Troms fylke for 2020.

- Tjenesteområdene

Det fleste henvendelsene gjelder allmennlegetjeneste (fastlegeordningen), sykehjem og helsehjelp i hjemmet.

75 saker var rettet mot fastleger, 36 saker gjaldt sykehjem og 31 saker omfattet helsetjenester i hjemmet. Det var en liten økning i saker om fastlege og sykehjem, og en mindre nedgang i saker om helsetjenester i hjemmet. På andre tjenesteområder mottok vi 13 saker om legevaktjeneste, 11 saker om korttidsopphold på institusjon og 10 saker om brukerstyrt personlig assistanse.



Tabell: Utvikling 2018-2020. Kommunale tjenester.

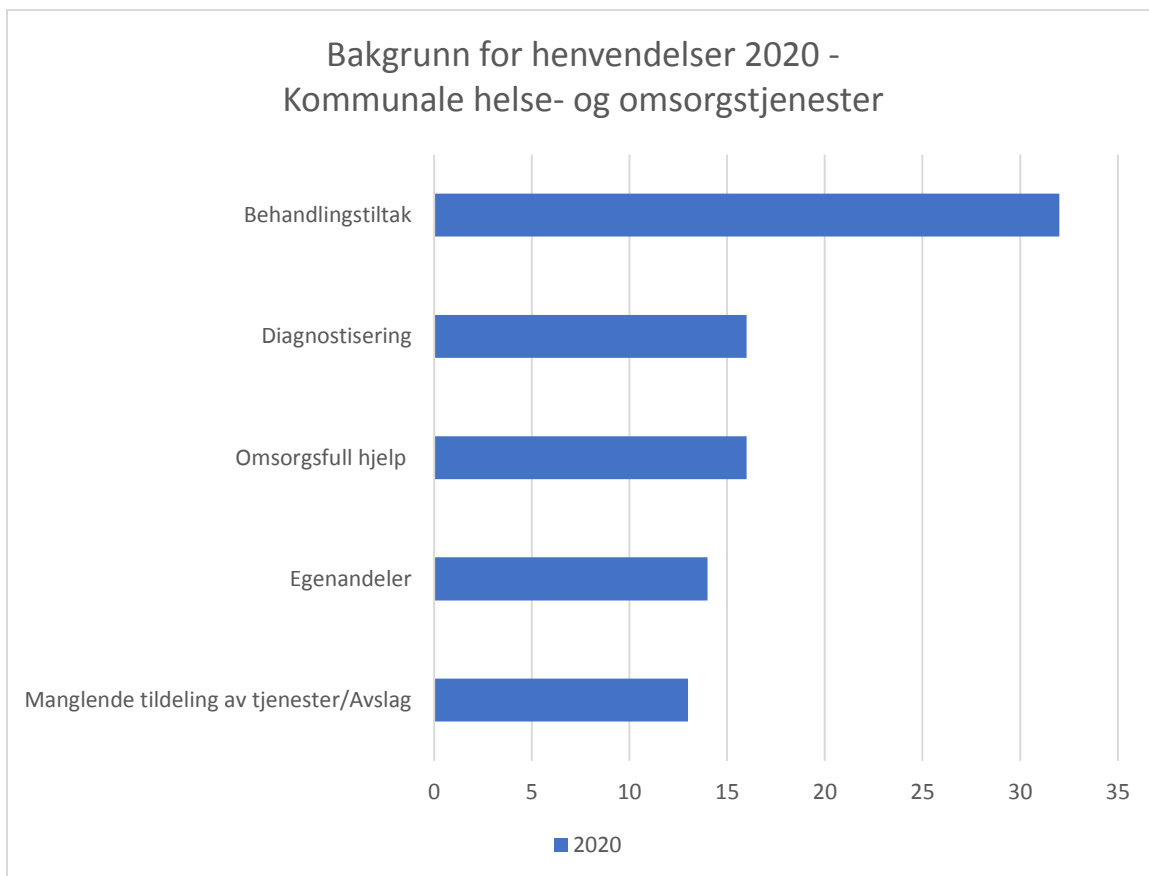
- **Bakgrunn for henvendelsene**

Henvendelsene om fastlegeordningen omfattet i hovedsak spørsmål om behandlingstiltak og diagnostisering. På områdene sykehjem og helsetjenester i hjemmet var forhold som kvalitet, forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i tjenestene fremtredende.

Spørsmål knyttet til egenandeler, vederlag og gebyr for helse- og omsorgstjenester opptar mange. De som kontakter oss om dette har gjerne behov for å få klarhet i grunnlaget for egenbetalingskravet eller fakturaen som de mottar. Praksis hos fastleger har tidligere vært særlig aktuelt, men var mindre fremtredende i 2020. Enkelte fastleger benyttet feil takst ved e-konsultasjoner. For øvrig så vi en tendens til at kommunene tar betalt for tjenester som er vederlagsfrie, som helsetjenester i hjemmet og støttekontakt (se egen omtale over).

Vi mottok også en del henvendelser om avslag på tjenester. Disse var jevnt fordelt på både kommuner og tjenesteområder, som blant annet sykehjem, omsorgsbolig og brukerstyrt personlig assistanse. Klager over avslag på søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester skal behandles av kommunen i førsteinstans og eventuelt hos Statsforvalteren, som er klageinstans. Vi gir veiledning og bistand til pasient, bruker og pårørende.

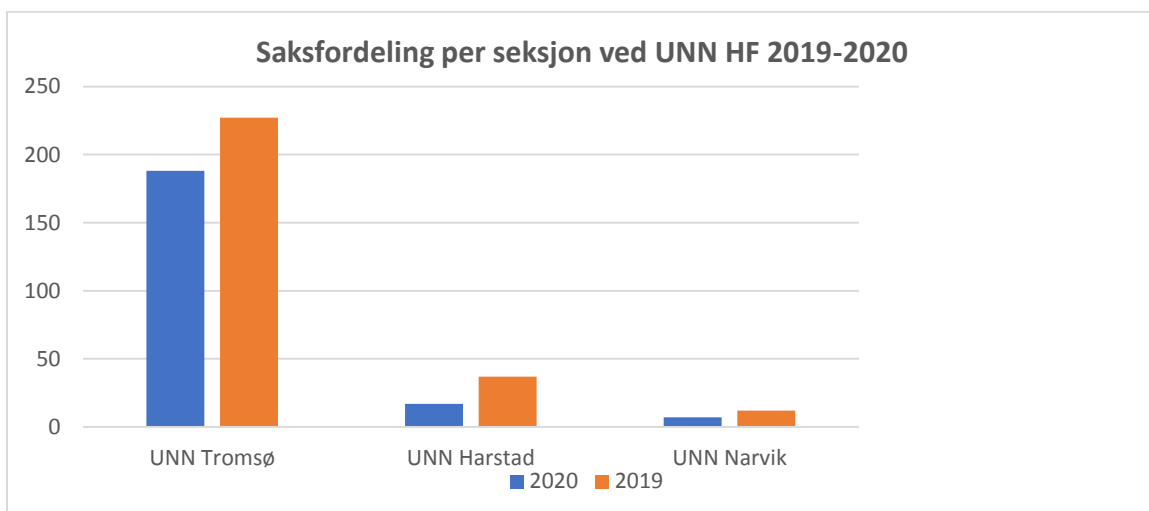
Koronasituasjonen medførte at kommunene iverksatte adgangsbegrensninger for pårørende ved sykehjem. Dette opptok naturlig nok pårørende og vi mottok henvendelser om dette i to omganger, først under nedstengningen mars/april og deretter på høsten når koronasmitten steg på nytt.



Årsaker til henvendelser i saker om kommunale helse- og omsorgstjenester for 2020.

7.3 Nøkkeltall – spesialisthelsetjenesten

247 saker omhandlet spesialisthelsetjenesten. 212 av disse var rettet mot UNN HF, mot 276 i 2019. Antall saker om helsetjenester på UNN HF har hatt en jevn økning de siste årene. I 2020 var det en tilbakegang på 23%. Som også nevnt over, gjenspeiler dette med stor sannsynlighet redusert aktivitet på grunn av koronasituasjonen.



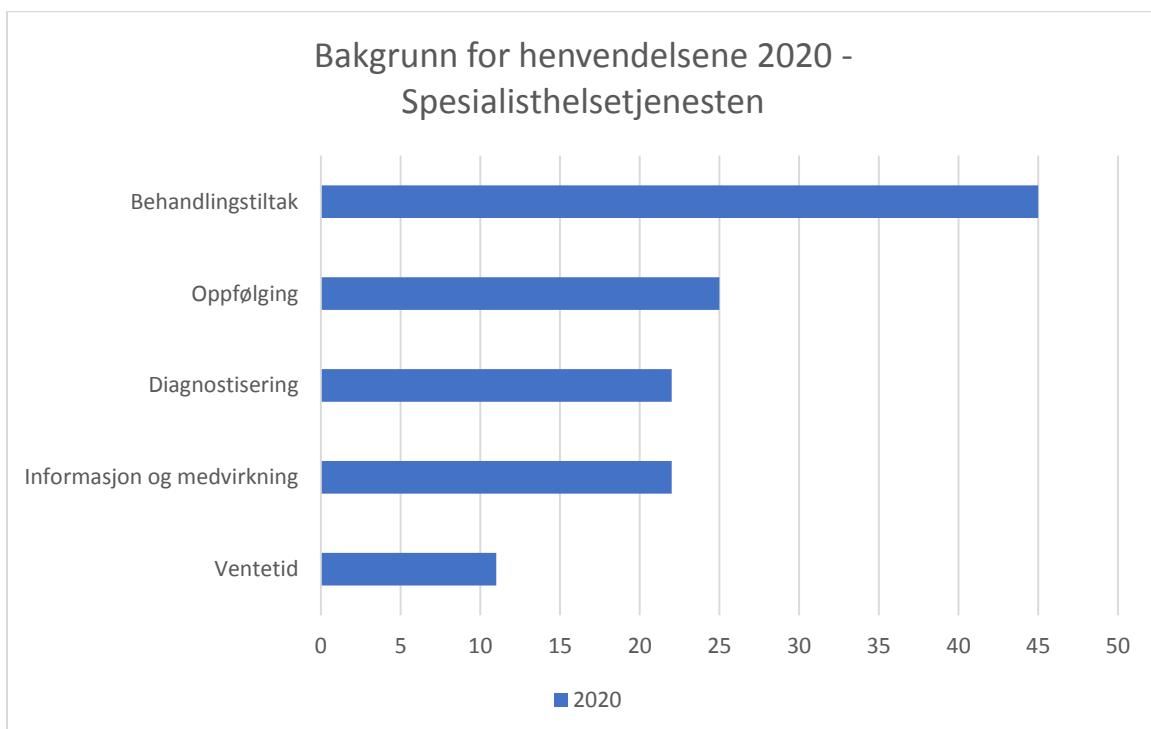
- Fagområdene

Vi har tradisjonelt mottatt flest saker på fagområdene ortopedisk kirurgi, gastrokirurgi og psykisk helsevern. Det var også tilfellet i 2020. I tillegg var områdene nevrologi og obstetikk fremtredende.



- Bakgrunn for henvendelsene

I spesialisthelsetjenesten var de hyppigste grunnene til at vi ble kontaktet behandlingsforløp som ikke fulgte planen, ventetid på behandlingstiltak eller prøvesvar, informasjonssvikt og problemer ved tverrfaglig samarbeid. Pasienter og pårørende tok også opp spørsmål om besøksbegrensning på føde-/barselavdelingen, om retting og sletting av journalopplysninger og om journalsnoking. Vi ga veiledning om Norsk pasientskadeerstatning i 28 saker.



7.4 Nøkkeltall – offentlig tannhelsetjeneste

Vi mottok 4 henvendelser om offentlige tannhelsetjenester i 2020. Tallmaterialet er for lite med tanke på nærmere kommentarer og presentasjon i tabellform.

8. NØKKELTALL – NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Norsk pasientsskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. Pasient- og brukerombudet gir bistand i pasientskadesaker. Vår hovedoppgave er å informere om ordningen. Vi kan etter behov hjelpe pasienter i søknadsprosessen og kan gi råd og veiledning i forbindelse med saksbehandlingen i NPE.

De fleste søknadene gjelder behandling i spesialisthelsetjenesten og på områdene ortopedisk kirurgi og kreftbehandling.

NPE-tall fra 2020 for helse- og omsorgstjenesten i Troms og Finnmark er presentert nedenfor. Det var ingen erstatningssaker fra Troms og Finnmark knyttet til Covid-19. Vi har for øvrig ikke spesielle merknader. Tallene for Troms og Finnmark fylke har vært relativt stabile de siste årene.

Merk at nye saker, vedtak og utbetalinger innenfor ett og samme år ikke har sammenheng med hverandre. Eksempelvis kan en sak få vedtak året etter at den kom inn. På samme måte kan det bli gjort utbetalinger i saken året etter at vedtaket om medhold ble fattet. I noen saker kan utbetalingene fordele seg over mer en ett år.

Nøkkeltall NPE

Nye saker 2020

Skadevolder	Antall
Universitetssykehuset Nord-Norge	197
Finnmarkssykehuset	47
Primærhelsetjenesten	73
Privat helsetjeneste	18
Offentlig tannhelsetjeneste	5
Annet*	4
Totalsum	344

*Annet: Offentlig kjøp av private helsetjenester

Medhold og avslag 2020

Skadevolder	Medhold	Avslag	Totalt
Universitetssykehuset Nord-Norge	60	124	184
Finnmarkssykehuset	22	33	55
Primærhelsetjenesten	17	37	54
Privat helsetjeneste	11	5	16
Offentlig tannhelsetjeneste	5	2	7
Annet*	2	1	3
Totalsum	117	202	319

*Annet: Offentlig kjøp av private helsetjenester

Erstatningsutbetalinger 2020

Skadevolder	Utbetalt
Universitetssykehuset Nord-Norge	46 969 653
Finnmarkssykehuset	22 982 602
Primærhelsetjenesten	21 416 875
Privat helsetjeneste	555 600
Offentlig tannhelsetjeneste	1 216 500
Annet*	15 000
Totalsum	93 156 230

*Annet: Offentlig kjøp av private helsetjenester

9. UTADRETTET VIRKSOMHET

Pasient- og brukerombudet skal gjennom sitt arbeid bidra til å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. I den forbindelse er det viktig å nå ut med informasjon om våre erfaringer, rettigheter og ombudsordningen til pasienter, brukere, pårørende og tjenesteytere.

I 2020 måtte mange tiltak måtte avlyses på grunn av koronasituasjonen, blant annet våre årlige kommunemøter og møter med brukerorganisasjoner. Kontakten med ledelsen på UNN HF og Helse Nord RHF, samt Fylkesmannen (nå Statsforvalteren), ble opprettholdt.

Oversikt over utadrettet virksomhet 2020

Møter o.l. med UNN HF	Dato
Presentasjon av årsmelding 2019 og møte med Brukerutvalget	29 januar
Møte med Ungdområdet UNN	31 januar
Møte med Rus- og psykiatritjenesten	2 juni
Møte med UNN/direktør	28 september
Kreativt verksted, planlegging av nytt Åsgård sykehus	2 oktober
Omvisning, Nyfødt intensiv UNN	16 oktober
Møte om Samvalg	10 november
Kreativt verksted, strategi for UNN	27 november

Møter o.l. med samarbeidsparter/Andre	Dato
Innlegg på Regional pasientsikkerhets-konferanse, Helse Nord	11 februar
Møte med Regional vurderingsenhet, Helse Nord	14 mai
Møte med Fylkesmannen i Troms og Finnmark	16 september
Møte med Regionalt brukerutvalg, Helse Nord	17 september
Møte med Helse Nord-ledelsen	
Foredrag for inspektører i Arbeidstilsynet	1 desember

Informasjon og foredrag om pasient- og brukerrettigheter	Dato
Forelesning for radiografistudenter, UiT	17 februar
Forelesning for sykepleiere (bachelor), UiT	25 februar, 13 august



Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø



KONTRAKT

1. Samarbeidspartnere

Kontrakt mellom Nordreisa Røde Kors ved Herborg Ringstad, Skogly 14, 9152 Sørkjosen og Sektor Helse og Omsorg, Nordreisa kommune

2. Kontraktens formål

Kontraktens formål er å avklare og kvalitetssikre samarbeidet mellom partene. Kontrakten baserer seg på møte mellom partene 21.12.20 og vedlagt prosjektbeskrivelse

3. Bakgrunn for kontrakten

Røde Kors Nordreisa har fått tildelt 295 000 kroner fra Stiftelsen Dam for å ansette en aktivitør i opptil 40 % stilling som aktivitør på de tre sykehjemmene i Nordreisa kommune: Sonjatun Bo- og kultursenter, Sonjatun Omsorgssenter og Sonjatun Sykehjem i perioden 01.01.21 – 31.12.21

Denne stillinga knyttes opp til prosjektstilling aktivitets-/besøksvert ut 2021 som Nordreisa kommune har fått midler til i samme tidsperiode. Nordreisa kommune har gjort en ansettelse og vedkommende er også tilbudt og har takket ja til utvidet stilling.

Bakgrunnen for tildelingen fra Dam er at tiltaket spesielt skal rette seg mot grupper som er sosialt isolerte på grunn av smitteverntiltak. *Se også vedlegg til kontrakten.*

4. Arbeidsgiveransvar

Nordreisa kommune er arbeidsgiver og har arbeidsgiveransvar. Røde Kors Nordreisa forutsetter at stillingen lønnes etter gjeldende tariff og følger arbeidslivets lover.

5. Økonomi

Når kontrakten er signert av begge parter, sender Nordreisa kommune faktura til Røde Kors Nordreisa. 295.000 kroner vil da bli overført til Nordreisa kommune.

Midlene skal gå til å dekke inntil 40 % av aktivitørstilling og opptil 40.000 kan gå til innkjøp av nødvendig utstyr, se vedlagt prosjektbeskrivelse.

Det er aktivitør som ser hva det er behov for å kjøpe inn. Innkjøpene må merkes i kommunens budsjett slik at det er lett å få oversikt når Røde Kors skal rapportere for bruk av midlene i januar 2022. Skulle det være nok lønnsmidler, kan de gå til ekstra assistent om det under noen aktiviteter er behov for dette. Dette må kunne synliggjøres i rapport.

Hvis Røde Kors oppdager at midler ikke er brukt i henhold til kontrakt/prosjektbeskrivelse må midlene tilbakeføres Røde Kors Nordreisa som står ansvarlig overfor Dam-stiftelsen. *Se vedlegg til kontrakten.*

6. Varighet

Kontrakten gjelder for prosjektperioden. Den trår i kraft ved signering av begge parter, og gjelder til prosjektet er slutført.

7. Kvalitetssikring

Det skal være tre oppfølgingsmøter i løpet av perioden for evaluering og justeringer av prosjektet. Her blir Røde Kors orientert om hva som er gjort og hvordan aktivtør/ Helse og Omsorg planlegger arbeidet videre.

1.møte: februar

2. møte: juni

3. møte: november

Fra Røde Kors møter to eller tre representanter, inkludert leder Herborg Ringstad og kasserer Ole Gunnar Severinsen. Fra Nordreisa kommune møter virksomhetsleder for sykehjemmene, (sektorleder Helse og Omsorg) selvvelgelig aktivtør i prosjektstilling og evt. andre som kommunen mener bør delta.

Det er Nordreisa kommune som er ansvarlig for å kalle inn til møter

8. Tvisteløsning

Uenighet om forståelse av eller gjennomføring av prosjektet skal partene søke å løse ved forhandlinger

9. Presse

Ved kontakt med media må Røde Kors Nordreisa og DAM-stiftelsens rolle komme tydelig fram.

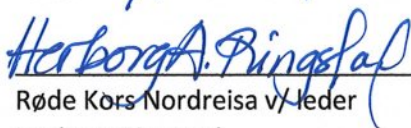
10. Taushetsplikt

Tillitsvalgte og ansatte i Røde Kors har taushetsplikt

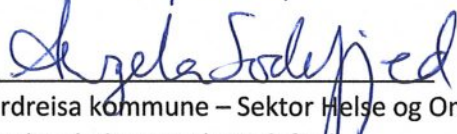
11. Signatur og vedlegg

Denne kontrakten er utarbeidet i to eksemplarer med ett vedlegg hvorav partene beholder hvert sitt eksemplar.

Dato: 19/1-2021


Røde Kors Nordreisa v/leder
Herborg Ringstad

01/02-21


Nordreisa kommune – Sektor Helse og Omsorg
v/ sektorleder Angela Sodefjed

1.1 Bakgrunn

Røde Kors Nordreisa ved besøkstjenesten har gjennom flere år besøkt eldre og syke på omsorgsinstitusjoner tilknyttet Sonjatun helsesenter. Vi har erfart at aktivitetstilbud til beboerne nesten er fraværende. Beboerne, stort sett gamle mennesker, blir passivisert. Også pasienter med demens og andre former for aldersrelaterte svekkelser trenger mentale og fysiske utfordringer. De har glede av å synge, spille spill, gjøre håndarbeid og gymøvelser. Når hverdager er ensformig og monoton forverres psykisk og fysisk helse. Mange er allerede ensomme og har sjelden besøk. Under de strenge koronatiltakene har dette blitt ytterligere forsterket. For besøkstjenesten har det vært fortilende å ikke kunne få komme innenfor dørene siden mars. Vi vet at depresjon er den hyppigst forekommende tilleggslidelsen hos demente som bor på sykehjem. Før var det vanlig å ha aktivitør ansatt på institusjoner, nå har slike tilbud lenge vært helt fraværende i vår kommune. De ansatte gjør det de kan, men må prioritere oppgaver som pleie og mat. Virksomhetsleder har forsikret om at en ansatt aktivitør fra Røde Kors kan få tilgang til alle avdelingene på lik linje som ansatte, også under koronatiltakene. Vi tror at dette tiltaket vil kunne ha stor positiv betydning for den enkelte beboers livsglede.

1.2 Aktivitet/tiltak/metode

Målgruppen for tiltaket er eldre og ensomme i institusjon. Vi ønsker å ansette en aktivitør i en 30 til 40 % stilling, avhengig av hvor mye midler vi får. Vi har tre sykehjem i Nordreisa kommune: Sonjatun Bo- og kultursenter, Sonjatun omsorgssenter og Sonjatun sykehjem. Hvert sykehjem er inndelt i to avdelinger. Eksempler på aktiviteter som kan gjennomføres er: spille spill som ludo og yatzy, garnbøting, enkel strikking og hekling, stelle til kaffeselskap, steke vafler, sang og sangleker, enkel trim, så urter inne, stelle blomster, lime sammen og male fuglekasser som så kan settes opp i nærområdet, lage og pakke julegaver.

Svært mange av beboerne på disse avdelingene er demente, men det er store variasjoner innad i gruppa. De som har plass på sykehjemmet, er ofte de mest pleietrengende. Aktivitør må tilpasse opplegget etter funksjonsnivået til den enkelte, og evaluere opplegget fortløpende. Det er en utfordring at det mangler egne lokaler for å drive med hobbyarbeid. Aktivitør må også ta høyde for at enkelte av beboerne vil gå litt til og fra, og at det kan være vanskelig å få alle engasjerte i det samme aktivitet. Siden Nordreisa Røde Kors begynte å jobbe med dette prosjektet har sykehjemmene i Nordreisa fått midler til en 50 % prosjektstilling aktivitets-/besøksvert ut 2021 med arbeidssted på Sonjatun sykehjem. Dette er svært gledelig, men i og med at den stillingen de har fått midler til er mest knyttet opp mot sykehjemmet, vil det fortsatt være stort behov for en aktivitør knyttet opp mot Sonjatun omsorgssenter og Sonjatun Bo- og kultur. Forutsetning for et vellykket prosjekt vil være et godt samarbeid med ledelsen på sykehjemmene og samkjøring av prosjektstillingene. Grunnlag for evaluering og rapport vil være spørreskjema og/eller intervju med beboere, ansatte og pårørende. Det er en selvfølge at taushets- og etikkerklæring underskrives. Smittevernregler for korona vil bli nøyefulgt.

2.1 Antatt virkning av prosjektet/tiltaket

Aktivitørtjeneste på sykehjem øker livskvaliteten til den enkelte beboer. Studier viser betydningen av å mestre sin aktuelle livssituasjon, og positiv effekt av å opprettholde selvhjulpenhet så langt det er mulig. Hverdagslig aktivitet gir mening for beboerne. Også det å holde på med aktiviteter man har gjort før, gir mestring, glede og vedlikeholder motorikk. Ta for eksempel strikking. Dette er noe de fleste kvinnelige beboerne har hatt som en daglig, hverdagslig syssel. Nå vil de trenge hjelp til å komme i gang og hjelp underveis. Dette vil en aktivitør kunne bidra med. Noen vil også kunne fortsette med denne aktiviteten mellom besøkene fra aktiviteten. Det vil være viktig for prosjektet å inkludere de ansatte på institusjonene i aktivitetene, uten at det føles som de tillegges flere arbeidsoppgaver.

Fysisk aktivitet er med på å forsinke utviklingen av demens, hjerte- kar sykdommer og diabetes. I rapporten "Fysisk aktivitet i forebygging og behandling" utgitt av Helsedirektoratet i 2008, står det at fysisk aktivitet i langt større grad enn da rapporten ble utarbeidet, må bli en del av dagsprogrammet i eldresentrene. Musikk og dans har vist seg å motvirke passivitet, dempe uro og bidra til at demente er mer våkne, gladere og har bedre erindring og kommunikasjon (Myskja 2005.2006, Hicks-More 2005, Palo-Bentsson, Winblad og Ekman 1998).

Dette er forskningsresultater vi tar med inn i prosjektet når aktiviteter planlegges, se beskrivelse av aktiviteter under punkt 1.2.

Fra: Jan Hugo Sørensen (Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no)

Sendt: 22.02.2021 17:36:42

Til: Nordreisa kommune

Kopi:

Emne: FW: Forvaltningsrevisjonen "Etablering av Solbakken botiltak" - Oversendelse av rapport

Vedlegg: Endelig rapport 22.02.2021.pdf

From: Ida Lejon <ida.lejon@komrevnord.no>

Sent: Monday, February 22, 2021 4:23 PM

To: Bjørn Halvor Wikasteen <bhw@k-sek.no>

Cc: Margrete Mjøllhus Kleiven <margrete.kleiven@komrevnord.no>; Doris Gressmyr <doris.gressmyr@komrevnord.no>; Jan Hugo Sørensen <Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no>

Subject: Forvaltningsrevisjonen "Etablering av Solbakken botiltak" - Oversendelse av rapport

Hei,

Vedlagt følger rapport i forbindelse med forvaltningsrevisjonen «Etablering av Solbakken botiltak» i Nordreisa kommune.

Rapporten sendes på nytt da jeg ble oppmerksom på feil i nummerering av kapittel i den versjonen som ble vedlagt forrige e-post. Det er altså sist tilsendte rapport som er den riktige.

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor, Margrete Mjøllhus Kleiven, vil overlevere rapporten i papirutgave til K-sekretariatet førstkommende torsdag for videre overlevering til kontrollutvalget.

Med vennlig hilsen

Ida Lejon

Forvaltningsrevisor

KomRev NORD IKS

Tlf: 77 60 05 05 / 980 14 652

E-post: il@komrevnord.no

Besøksadresse: Vestregata 33, 9008 TROMSØ



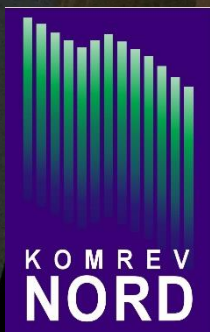
FORVALTNINGSREVISJON

ETABLERING AV SOLBAKKEN BOTILTAK

Nordreisa kommune

Ráissa suohkan

Raisin komuuni



Rapport 2021

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Nordreisa kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot etablering av Solbakken botiltak.

Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Nordreisa kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til år uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Nordreisa kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 22.2.2021

Margrete Mjølhus Kleiven
*Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor,
ansvarlig for kvalitetssikring*

Ida Lejon
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

På oppdrag fra kontrollutvalget i Nordreisa kommune har KomRev NORD gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot *etableringen av Solbakken botiltak*.

Solbakken botiltak var et heldøgns botiltak som ble etablert i Nordreisa kommune for å oppfylle kommunens forpliktelser etter helse- og omsorgslovgivningen ovenfor en person med omfattende tjenestebehov. Etableringsprosessen ble påstartet høsten 2018.

For å huse det aktuelle botiltaket anmodet kommunen Stiftelsen Nybo¹ om å kjøpe en ordinær bolig på det private markedet og deretter sørge for at det ble gjort nødvendige tilpasninger til tiltaket som skulle huses. Investeringene som Stiftelsen Nybo gjorde for å møte kommunens behov, ble hensyntatt ved fastsettelse av leiesum og bindingstid i en udatert leiekontrakt mellom stiftelsen og Nordreisa kommune. Kontrakten skulle etter ordlyden starte å løpe fra 1. september 2019.

I forvaltningsrevisjonen besvarer vi følgende **problemstilling**:

«Har etablering av Solbakken botiltak vært i tråd med gjeldende lokalt og nasjonalt regelverk samt relevante vedtak og forutsetninger fra kommunestyret i Nordreisa kommune?»

Våre undersøkelser viser at inngåelsen av ovennevnte leiekontrakt ikke ble politisk behandlet. Det var daværende rådmann som hadde regien på etableringsprosessen og som i realiteten traff avgjørelsen om å inngå den aktuelle kontrakten med Stiftelsen Nybo. Daværende ordfører signerte leiekontrakten på vegne av Nordreisa kommune. I kontrakten var den månedlige leieprisen satt til kr 41 910,- og leieavtalen var gjort uoppsigelig i en periode på ti år. Etter ordlyden i kontrakten var kommunen bundet av den uavhengig av om botiltaket som boligen var ment for, bestod eller ikke gjennom denne tiårsperioden.

Som følge av en hendelse 25. februar 2020 ble Solbakken botiltak avviklet. Dermed opphørte også kommunens behov for boligen som var leid til dette formålet. På denne bakgrunn traff kommunestyret den 7. mai 2020 vedtak om at terminering av leiekontrakten med Stiftelsen Nybo var ønskelig. Som vilkår for dette hadde stiftelsen krevet dekning av eventuelt tap ved salg av boligen. Kommunestyret vedtok at kommunen ville ta stilling til dette etter at uavhengig takst på eiendommen var innhentet og mulig salgssum var avklart og ga i denne forbindelse formannskapet fullmakt til å godkjenne eventuelt tap ved salg. I samme vedtak ba kommunestyret kontrollutvalget om å gjennomgå historikken i etablering av Solbakken botiltak.

Revisors **konklusjon** på problemstillingen er at etableringen av Solbakken botiltak ikke har vært i tråd med alt relevant lokalt og nasjonalt regelverk samt relevante vedtak og forutsetninger fra kommunestyret i Nordreisa kommune.

Hovedkilder for utledning av revisjonskriterier for å besvare ovennevnte problemstilling er kommunelov og kommunens delegasjonsreglement, samt lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

¹ Stiftelsen Nybo ble etablert av Nordreisa kommune i 1988 og har som vedtektsfestet formål å skaffe boliger for tidsbegrenset leie uten eget økonomisk formål til vanskelighetsstilte i kommunen.

Konklusjonen på problemstillingen bygger på følgende oppsummerende funn og vurderinger:

Helse- og omsorgsutvalget og rådmannen har ifølge delegasjonsreglementet myndighet til å treffe avgjørelser i saker om kommunens helse- og omsorgstilbud. Reglementet trekker imidlertid opp noen nærmere grenser for denne myndigheten. Helse- og omsorgsutvalget er gitt myndighet til å avgjøre enkeltsaker av prinsipiell betydning, men kun på sitt delegerte ansvarsområde, som er tjenesteområdet for helse og omsorg. Utvalget har ikke myndighet til å avgjøre saker som krever samordnet behandling for flere tjenesteområder. Rådmannen på sin side har ikke fullmakt til å treffe vedtak i saker av prinsipiell interesse, men har myndighet til å avgjøre såkalte kurante enkeltsaker.

Revisor vurderer at Nordreisa kommune *ikke oppfyller* det utledete revisjonskriteriet om å sørge for at avgjørelser på vegne av kommunen treffes av den person/det organ som har myndighet til det i henhold til nasjonalt og lokalt regelverk. Vurderingen bygger på at verken rådmann eller ordfører etter revisors syn hadde myndighet til å forplikte kommunen ved inngåelse av den konkrete kontrakten med Stiftelsen Nybo. Vi legger avgjørende vekt på at kommunen ble bundet av kontrakten i ti år. Spørsmålet om kontraktsinngåelse skulle etter vårt syn vært avgjort på politisk nivå. Revisor tolker delegasjonsreglementet dithen at saken skulle vært forelagt kommunestyret som kompetent organ.

Videre vurderer revisor at Nordreisa kommune *ikke oppfyller* det utledede revisjonskriteriet om å foreta en forsvarlig vurdering av om og hvordan kommunen skal forholde seg til regelverket om offentlige anskaffelser ved anskaffelse av bolig som forutsettes tilpasset etter kommunens behov. Det vises i denne forbindelse til at det fra kommunens side ikke ble vurdert hvorvidt den aktuelle leiekontrakten med Stiftelsen Nybo etter omstendighetene måtte klassifiseres som en bygge- og anleggskontrakt, jf. forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) § 4-1 bokstav d, nr. 3, noe som ville medført at kommunen var forpliktet til å følge prosedyrekravene i lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Videre vises det til at kommunen, uten nærmere undersøkelser opp mot relevant regelverk, hadde forutsatt at den aktuelle anskaffelsen var unntatt fra regelverket fordi den omhandlet et helse- og sosialtjenestetilbud. Revisor vurderer at dersom slike undersøkelser var blitt gjort, hadde kommunen blitt oppmerksom på at den omhandlede kontrakten ikke falt inn under aktuell unntaksbestemmelse i FOA § 30-4.

I anledning denne forvaltningsrevisjonen er vi forelagt dokumentasjon som belyser hvilke konkrete tilpasninger og ombygninger som ble gjort i den aktuelle boligen. Etter vårt syn var ikke dette ombyggings- og tilpasningsarbeidet omfattende nok til at det fremsto som kontraktens hovedelement, jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 6-2 (2). Kontrakten med Stiftelsen Nybo hadde dermed fortsatt karakter av å være en leiekontrakt som etter forskriften § 2-4 bokstav a i utgangspunktet er unntatt fra anskaffelsesregelverket. Kommunen hadde dermed anledning til å gå direkte til stiftelsen slik det ble gjort, i stedet for å gjennomføre de prosedyrer for kunngjøring, konkurranse mv. som anskaffelsesregelverket gir anvisning på for bygge- og anleggskontrakter.

Sammendrag	3
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og bestilling.....	6
1.2 Problemstilling og kilder for utledning av revisjonskriterier	7
1.3 Metode, datamateriale og avgrensninger	7
1.3.1 Metode og datamateriale	7
1.3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	9
1.3.3 Avgrensninger	9
2 Etablering av solbakken botiltak – Revisors funn	10
3 Regelverk og revisors vurderinger	33
3.1 Avgjørelsesmyndighet	33
3.1.1 Kort om saksforholdet – revisors funn.....	33
3.1.2 Regelverket og utledning av revisjonskriterium	33
3.1.3 Revisors vurdering	35
3.2 Offentlige anskaffelser.....	37
3.2.1 Kort om saksforholdet – revisors funn.....	37
3.2.2 Regelverket og utledning av revisjonskriterium	37
3.2.3 Revisors vurdering	40
4 Samlet konklusjon	42
5 Uttalelse	43
6 Referanser	44

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

Solbakken botiltak var et heldøgns botiltak etablert i Nordreisa kommune for å oppfylle kommunens forpliktelser etter helse- og omsorgslovgivningen ovenfor en person med omfattende tjenestebehov. Etableringsprosessen ble påstartet høsten 2018. For å huse det aktuelle botiltaket anmodet kommunen Stiftelsen Nybo² om å kjøpe en ordinær bolig på det private markedet og deretter sørge for at det ble gjort nødvendige tilpasninger til det konkrete tiltaket som skulle huses. Investeringene som Stiftelsen Nybo gjorde i form av kjøp og oppgradering av boligen for å møte kommunens behov, ble hensyntatt ved fastsettelse av leiesum og bindingstid i kontrakten som ble inngått mellom Stiftelsen Nybo og Nordreisa kommune om leie av boligen. Den månedlige leieprisen ble satt til kr 41 910,- og leieavtalen ble gjort uoppsigelig i en periode på ti år. Leieforholdet startet å løpe fra 1. september 2019.

Som følge av en hendelse 25. februar 2020 ble imidlertid Solbakken botiltak avviklet, og følgelig hadde kommunen heller ikke behov for boligen som var spesialtilpasset for det aktuelle tiltaket. Det ble ansett vanskelig å få leid ut boligen til andre for den leiesum som kommunen hadde forpliktet seg til å betale Stiftelsen Nybo. På denne bakgrunn innledet kommunen drøftelser med Stiftelsen Nybo om terminering av leiekontrakten, der Stiftelsen Nybo stilte som vilkår at kommunen dekket eventuelt tap ved salg. Det var imidlertid knyttet stor usikkerhet til markedsverdien av den aktuelle boligen og følgelig til potensialet for tap for kommunen.

På denne bakgrunn traff kommunestyret i Nordreisa følgende vedtak i sak 43/20 i møte den 7. mai 2020:

1. Nordreisa kommune ønsker å avvikle leieavtalen med Stiftelsen Nybo, og ber boligstiftelsen om å forberede salg av eiendommen på det åpne marked, etter at man har innhentet uavhengig takst på eiendommen.
2. Når mulig salgssum er avklart vil Nordreisa kommune avklare om man er villig til å dekke eventuelt tap for Stiftelsen Nybo.
3. Kommunestyret gir formannskapet fullmakt til å godkjenne eventuelt tap ved salg, jfr. punkt 2 ovenfor.
4. Kommunestyret ber kontrollutvalget om å gjennomgå historikken i etablering av Solbakken botiltak. Derunder manglende politiske vedtak og utleiekontrakt med Nybo.

Vedtaket punkter 1 til 3 var i henhold til kommunedirektørens innstilling til vedtak. Siste punkt i vedtaket kom etter forslag fra Karl-Gunnar Skjønsvoll, som ble enstemmig vedtatt.

I møte den 9. juni 2020 fulgte kontrollutvalget opp kommunestyrets bestilling, jf. punkt 4 i vedtaket ovenfor ved at det i sak 43/20 ble truffet vedtak om å anmode KomRev NORD om å fremlegge en prosjektskisse for gjennomføring av forvaltningsrevisjon på området. Overordnet prosjektskisse ble oversendt K-sekretariatet 18. juni 2020. Den 30. juni ga sekretariatet tilbakemelding til KomRev NORD om at skissen ble vurdert å være i samsvar med både kontrollutvalgets bestilling og kommunestyrets vedtak. I sak 23/20 ble så fremlagt

² Stiftelsen Nybo ble etablert av Nordreisa kommune i 1988 og har som vedtektsfestet formål å skaffe boliger for tidsbegrenset leie uten eget økonomisk formål til vanskelighetsstilte i kommunen.

prosjektskisse tatt til orientering av kontrollutvalget, og i sak 35/20 den 25. november 2020 sluttet utvalget seg til forslag fra revisor om nærmere avgrensning av forvaltningsrevisjonen.

Formålet med bestillingen av den aktuelle forvaltningsrevisjonen synes å være å få brakt klarhet i prosessen knyttet til etablering av Solbakken botiltak, herunder å få undersøkt og vurdert kommunens regeletterlevelse i forbindelse med etableringen av det aktuelle botiltaket.

1.2 Problemstilling og kilder for utledning av revisjonskriterier

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstilling:

«Har etablering av Solbakken botiltak vært i tråd med gjeldende lokalt og nasjonalt regelverk samt relevante vedtak og forutsetninger fra kommunestyret i Nordreisa kommune?»

For å besvare problemstillingen vil vi belyse grunnlaget for Nordreisa kommunes opprettelse av botiltaket, herunder eventuelle politiske vedtak. Vi vil også belyse og vurdere inngåelse av leieavtale med Stiftelsen Nybo og eventuelle fullmakter i den forbindelse. Videre vil vi, i henhold til bestilling fra kontrollutvalget, redegjøre for stiftelsesformen og belyse forholdet til regler om offentlige anskaffelser.

For å kunne besvare problemstillingen må vi utlede revisjonskriterier, som vil si krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes i forhold til. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området, og utledes med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtatte problemstilling.

De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov 16.6.2016 nr. 73 om offentlige anskaffelser
- Forskrift 12.8.2016 nr. 974 om offentlige anskaffelser
- Lov 25.9.1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) - opphevet
- Delegasjonsreglement vedtatt av Nordreisa kommunestyre 16. juni 2016 (sak 57/16)

I kapittel 2 er revisors funn når det gjelder etableringen av Solbakken botiltak. Utledning av revisjonskriterier fra de ovennevnte revisjonskriteriekildene er i kapittel 3, der også revisors vurderinger inngår.

1.3 Metode, datamateriale og avgrensninger

1.3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon³. Vi sendte oppstartsbrev til Nordreisa kommune v/kommunedirektør 25.8.2020. Saks- og arkivleder Ellinor Evensen ble oppnevnt som kontaktperson. Vi avholdt oppstartsmøte 4.11.2020.

Beskrivelser av faktiske forhold i forvaltningsrevisjonsrapporten bygger på skriftlige og muntlige opplysninger og er lagt til grunn som «revisors funn».

³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

Innsamlingen av *skriftlig* materiale har foregått både ved at K-sekretariatet har videresendt til revisor dokumenter oversendt fra kommunen per e-post, og ved at revisor per e-post har anmodet kommunen om å få oversendt informasjon/dokumentasjon som vi har ansett relevant for besvarelse av kontrollutvalgets bestilling. Vi har også undersøkt innkallinger og protokoller fra møter i Helse- og omsorgsutvalget, formannskapet og kommunestyret.

I kommunens oversendelse til K-sekretariatet fremgikk det at det ikke var arkivert særlig mye dokumentasjon knyttet til etableringen av det aktuelle botiltaket i kommunens saksbehandlings- og arkivsystem, Ephorte. Videre ble det opplyst at det ikke syntes å finnes egne politiske saker vedrørende etableringen av botiltaket. Da det ble innledet en forvaltningsrevisjon om nevnte tema, ble det imidlertid funnet noe ytterligere dokumentasjon som kunne kaste lys over etableringsprosessen. I forbindelse med oppstart av forvaltningsrevisjonen ble først som nevnt sak- og arkivleder Ellinor Anja Evensen, oppnevnt av kommunen som revisors kontaktperson og hun oversendte til revisor en del dokumenter hun hadde fått tak i som ikke tidligere hadde vært arkivert. I forbindelse med oppstartsmøte den 4. november 2020 ble imidlertid saksbehandler ved kommunens Helse- og omsorgsavdeling, Tor Martin Nilsen, oppnevnt som ny kontaktperson i kommunen, og anmodninger fra revisor om ytterligere informasjon/dokumentasjon ble derfor sendt til han. Etter gjennomgang av brukers klientmappe samt arkiverte e-poster på egen e-postkonto fra aktuell periode, lyktes Nilsen å finne noe av det revisor hadde etterspurt. I tillegg foretok revisors kontaktperson, Nilsen, en ny gjennomgang av saker behandlet i Helse- og omsorgsutvalget i kommunen periode november 2018 til mars 2020 og utformet en skriftlig oversikt til oss på bakgrunn av disse undersøkelsene. Som en del av datainnsamlingen innhentet også kommunedirektøren, på revisors anmodning, relevant dokumentasjon om etableringsprosessen fra Stiftelsen Nybo. Det skriftlige materialet revisor har fått tilsendt består i hovedsak av korrespondanse per e-post og referat fra møter mellom personer og faginstanser som har vært involvert overfor aktuell bruker, vedkommendes tilbakeflytting til kommunen og etablering av botiltak for vedkommende, referat fra gjennomførte befaringer i aktuell bolig for tiltaket, leiekontrakt knyttet til valgt bolig og tilbudsinvitasjon med tilhørende dokumentasjon knyttet til boligtilpasning, herunder teknisk kravspesifikasjon.

Innhenting av *muntlige* opplysninger i anledning forvaltningsrevisjonen er gjort gjennom et digitalt oppstartsmøte initiert av revisor via Teams, samt gjennom intervjuer per telefon av personer som hadde ansvar og roller for og/eller kjennskap til det aktuelle botiltaket. Revisors kontaktperson i kommunen har bidratt med kontakthinformatjon til de aktuelle personene. Samtlige personer som ble kontaktet av revisor var villige til å snakke med oss. Nedenfor er oversikt over hvem som deltok fra kommunen under oppstartsmøtet og de vi har intervjuet.

Deltakere fra Nordreisa kommune i oppstartsmøte:

- Kommunedirektør, Jan Hugo Sørensen
- Konsulent, Helse og omsorg, Tor Martin Nilsen (*saksbehandler i aktuell sak*)
- Service- og personalsjef, Personalavdelingen, Christin Andersen (*fungerende rådmann under tidligere kst. rådmann Anne Marie Gainos sommerferieavvikling i 2019, som var over to-tre uker*),
- Sektorleder, Helse og omsorg, Angela Sodefjed
- Sektorleder, Drift og utvikling, Dag Funderud

Personer som er intervjuet i anledning forvaltningsrevisjonen:

- Tidligere rådmann, Anne Marie Gaino
- Tidligere ordfører, Øyvind Evanger

- Tidligere konstituert sektorleder Helse og omsorg, Bodil Mikkelsen
- Tidligere konstituert sektorleder Helse og omsorg, Guro Boltås
- Tidligere konstituert sektorleder, Rickard Printz
- Saksbehandler Helse- og omsorgsavdelinga, Tor Martin Nilsen
- Tidligere leder for Helse- og omsorgsutvalget, Olaug Bergset

1.3.2 Gyldighet og pålitelighet

For at datamaterialet skal kunne betraktes som **gyldig**, må det utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å kunne vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingen. Ved å analysere den skriftlige informasjonen nevnt i kapittel 1.3.1, og ved å intervju personene nevnt i samme kapittel, mener revisor at datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapporten er relevante. Vi kan imidlertid ikke fullt ut fastslå at dataene oppfyller gyldighetskravet, da vi ikke kan utelukke at det er opplysninger med relevans for saken som vi ikke har fått.

Med **pålitelige data** menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. De informantene som revisor har snakket med i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, har i etterkant fått tilsendt referat fra samtalen og er gitt anledning til å komme med suppleringer samt korrigere eventuelle faktafeil. I tillegg har vi fremlagt for kommunen rapportutkast som også viser sammenhengen de innhentede opplysningene er brukt i, for eventuelle suppleringer eller korrigeringer av faktiske feil. Korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen er innarbeidet i rapporten. På bakgrunn av forannevnte vurderinger, sammenligninger og verifiseringer, forutsetter revisor at det datamaterialet som presenteres i den endelige rapporten ikke vil være beheftet med vesentlige feil.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå søkt sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

1.3.3 Avgrensninger

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har vi ikke gjort undersøkelser eller vurderinger knyttet til innholdet i selve tjenestetilbudet som kommunen har levert. Vi har heller ikke gjort undersøkelser i Stiftelsen Nybo.

2 ETABLERING AV SOLBAKKEN BOTILTAK – REVISORS FUNN

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler etableringen av tiltak til en person hjemhørende i Nordreisa kommune som gjennom mange år har hatt et forholdsvis omfattende behov for helse- og omsorgstjenester som følge av sine diagnoser.

På initiativ fra Fylkesmannen i Troms og Finnmark ble det den 11. juni 2018 gjennomført et møte med representanter fra Nordreisa kommune vedrørende den såkalte «Dina-saken»⁴, som gjelder personen det aktuelle botiltaket var ment for. I referat fra møtet, som revisor har fått tilsendt fra kommunen, var det lagt til grunn at personen over år hadde mottatt tjenester i kommunen. På møtetidspunktet hadde imidlertid vedkommende hatt opphold på en institusjon et annet sted i landet over en lengre periode.

Revisor har oppfattet at Fylkesmannens agenda med det ovennevnte møtet var å innhente mest mulig informasjon om saken, for på et best mulig grunnlag kunne vurdere hva Fylkesmannen som tilsynsmyndighet skulle foreta seg. I møtet var det flere deltakere fra Nordreisa kommune til stede, deriblant daværende ordfører, Øyvind Evanger, daværende rådmann, Anne Marie Gaino, daværende helse- og omsorgsleder, Kirsti Løvli og daværende leder for Helse- og omsorgsutvalget, Olaug Bergset. Av referatet fremgikk det for øvrig at Fylkesmannen hadde hatt kontakt med «Dinas» verge, mor og advokat i forkant av møtet, og at det var lagt opp til videre kontakt med de involverte.

Ved revisors gjennomgang av referat fra møtet så vi at de tre sistnevnte fra kommunen hadde redegjort inngående for Nordreisa kommunens tidligere behandling av saken. Oppsummert hadde saken gjennom en årrekke, nærmere bestemt fra 2001 og frem til aktuell dato, involvert det aller meste av kommunens skole/oppvekst- og helsetjenester.

Av oversendt referat fra nevnte møte fulgte det videre at de tilstedeværende anså den aktuelle saken som meget komplisert og krevende. Der saken stod på møtetidspunktet, mente både Nordreisa kommune og Fylkesmannen at bistand fra ekstern ekspertise var helt nødvendig for den videre oppfølgingen. Det ble reist spørsmål om hva som burde gjøres videre i Nordreisa kommune, og i denne forbindelse skal tilstedeværende fylkeslege ha fremholdt at *kommunen også burde ta høyde fra at «Dina» kunne komme tilbake til Nordreisa*. Videre fremgikk det at ordfører hadde gitt tydelig uttrykk for at *det var Nordreisa som var hjemkommunen for jenta, og han ble i så måte ansett å være sitt ansvar bevisst*. Avslutningsvis i referatet fulgte det at det på møtetidspunktet ikke var konkludert med hva Fylkesmannen som tilsynsmyndighet ville foreta seg i saken, men at oppfølging av saken ville innebære kontakt med brukerens verge/advokat og foresatte, behandlingsapparat og kommunen. Ifølge referatet skulle den aktuelle saken drøftes med Helsetilsynet i et møte påfølgende dag, og etter dette ville Fylkesmannen ta endelig stilling.

Flere informanter fra Nordreisa kommune har til revisor opplyst at det høsten 2018 ble kjent for kommunen at ovennevnte person ønsket å flytte tilbake til sin hjemkommune etter endt institusjonsopphold. Som det fremgår ovenfor, hadde personen også tidligere mottatt helse- og omsorgstjenester i kommunen, og i tiden før vedkommende tok opphold i en annen kommune ble tjenestetilbudet i sin helhet gitt gjennom at kommunen kjøpte tjenester fra privat aktør,

⁴ Personen har i virkeligheten et annet navn.

Aleris. Nordreisa kommune har ovenfor revisor bekreftet kjennskap til varigheten på institusjonsoppholdet og sannsynligheten for at den aktuelle personen etter dette ville vende tilbake til hjemkommunen. Etter det opplyste var det imidlertid en periode usikkert hvor personen ville bosette seg, da vedkommende hadde tilkjennegitt et ønske om å flytte til en annen kommune.

Revisor har i anledning forvaltningsrevisjonen gjennomført samtale med Anne Marie Gaino, som var rådmann i Nordreisa kommune i aktuell periode. Hun mente å huske at avklaring på hvor ovennevnte person ville bosette seg fant sted høsten 2018, og at det da var om lag ett år til brukeren ville ankomme Nordreisa kommune. Dette samsvarer med opplysninger fra saksbehandler ved Helse- og omsorgsavdelingen, Tor Martin Nilsen, som også har vært utnevnt som revisors kontaktperson i kommunen i anledning forvaltningsrevisjonen. Han har for øvrig oversendt til revisor et referat fra ansvarsgruppemøte vedrørende aktuell bruker gjennomført den 28. august 2018, hvor brukers verge og involverte instanser deltok. Kommunen deltok ikke. Ifølge Nilsen fant møtet sted *før* det var etablert kontakt med Nordreisa kommune. Av dokumentet fulgte det at formålet med møtet blant annet var behov for forberedelser og kontaktetablering for å tilrettelegge for at bruker kunne flytte tilbake til egen hjemkommune etter endt institusjonsopphold. Det fremgikk at brukeren hadde uttrykt ønske om å bosette seg i nærheten av nettverket i hjemkommunen, samt at hjemkommunen ville være ansvarlig for vedkommende. Endt institusjonsopphold for den aktuelle brukeren, og dermed flytting fra oppholdskommune og ankomst til hjemkommunen Nordreisa, var etter det opplyste den 20. september 2019.

Også Nordreisa kommune vurderte at den aktuelle personen hadde et lovfestet krav på tjenester i kommunen, som på sin side var forpliktet til å sørge for et forsvarlig tjenestetilbud til vedkommende i henhold til helselovgivningen. Ifølge daværende rådmann ble arbeidet for å få på plass et forsvarlig tjenestetilbud i kommunen påstartet så snart det var avklart at vedkommende bruker ville bosette seg der. I samtale med revisor opplyste hun at det var en stor arbeidsgruppe som samarbeidet tett i hele perioden før brukeren ankom kommunen for å bidra til å sikre at botiltaket som ble etablert, var tilfredsstillende.

Tidligere ordfører, Evanger, har i samtale med revisor fortalt at kommunen gjorde alt man kunne for at et nytt tiltak for brukeren i Nordreisa kommune skulle fungere. Som en del av forberedelsene til hjemkomsten ble det gjennomført flere møter knyttet til hvordan situasjonen skulle håndteres, der det ble trukket inn så mye fagkompetanse som mulig. Kommunen fikk bistand fra både involverte faginstanser og Fylkesmannen i etableringsprosessen.

Blant dokumentene som kontaktperson i kommunen har oversendt revisor, var de tidligst daterte fra begynnelsen av oktober 2018. Dette var e-postkorrespondanse mellom Bodil Mikkelsen, konstituert sektorleder ved Helse og omsorg, og Tor Martin Nilsen, konsulent ved Helse- og omsorgsavdelinga i Nordreisa kommune, som omhandlet hva tiltak til aktuell bruker i 2019 anslagsvis ville koste kommunen. Den nevnte korrespondansen ble innledet ved at Mikkelsen per e-post den 8. oktober 2018 ba Nilsen om å komme med tall på hva som var kommunens egenandel sist brukeren var i kommunen. Han ble samtidig bedt om å ta med evt. økte egenandeler. Mikkelsen opplyste i e-posten at hun måtte ha det klart til neste «H/O møte», og revisor har antatt at hun med dette mente møte i Helse- og omsorgsutvalget.

I svar fra Nilsen i e-post av 9. oktober 2018 antok han at Mikkelsen med «egenandel» tenkte på hva kommunens utgifter ville være. Han skrev at han hadde forsøkt å sette dette opp, men at han ikke kunne garantere for punktligheten. Oversikten fra Nilsen viste at «utgifter totalt til

tilbyder» i 2017 var på kr 5 818 032. Med fratrekk for det beløpet som staten ville dekke, ble den kommunale utgiften da beregnet til kr 2 858 563. Når det gjaldt anslaget for 2019 fremgikk det blant annet at Nilsen hadde regnet med lønnsøkning fra 2017 og økning på innslagspunktet for statlig tilskudd. Når det gjaldt det siste, viste Nilsen til at det var foreslått endringer i ordningen og at det var usikkerhet knyttet til hvilke endringer som kunne komme og eventuelt når. I beregningen forutsatte han tjenester 365 dager i året og heldøgn bemanning med tre ansatte hele veien. Ut fra det nevnte ble utgifter totalt til tilbyder for 2019 stipulert til kr 7 813 318, og etter fradrag for statlig refusjon ble kommunal utgift anslått til kr 3 045 763.

I e-post fra Mikkelsen til Nilsen av 17. oktober 2018 opplyste førstnevnte så at følgende var «lagt inn» vedrørende den aktuelle brukeren: «*Bruker kommer tilbake til Nordreisa kommune, kostnadene vil være for 4 måneder. Det beregnes årlige kostnader 7.813.318. Kostnader for 4 måneder vil bli 2.604.439. Innslagspunktet i 2019 er kr. 2.148.358. Det betyr at kommunen får dekt 80% av kr,456.081 som blir 364.865. Kommunens utgifter i 2019 blir kr. 2.239.574*».

Kommunens kontaktperson, Tor Martin Nilsen, har til revisor også oversendt en e-post som Bodil Mikkelsen den 10. oktober 2018 sendte til han selv i tillegg til Merete Karlsen (virksomhetsleder, hjemmetjenester) og Britt Bendiksen (virksomhetsleder, omsorgsboliger) ved Helse og omsorg. Innledningsvis i e-posten ble det vist til referat fra ovennevnte møte med Fylkesmannen vedrørende brukeren «Dina». Det ble så opplyst at aktuell *bruker gjennom sin verge hadde søkt seg tilbake til Nordreisa, noe hun hadde krav på*. Videre fremgikk det at Mikkelsen hadde fått informasjon fra kommunens innkjøpssjef om at tjenestene måtte ut på anbud, som igjen betydde at det måtte lages en ny kravspesifikasjon som iakttok brukerens endrede behov. Før det ble laget en ny kravspesifikasjon, måtte det gjennomføres møter med fagmiljøene for å kartlegge hva slags type tjenester brukeren skulle ha. Ansvar for å arbeide med dette ble deretter delegert til adressatene for e-posten. Avslutningsvis i e-posten fremgikk det at Mikkelsen skulle holdes oppdatert og at rådmannen hadde signalisert at hun kunne være med på møter ved behov. I samtale revisor har gjennomført med Nilsen i anledning forvaltningsrevisjonen, husket han at han selv og de overnevnte ble bedt om å ta tak i planleggingen av et nytt tiltak høsten 2018, men at ingen av dem hadde mulighet til det. Ifølge Nilsen førte dette til at planleggingen ble tatt opp et nivå og at det dermed var Gaino og Mikkelsen som tok seg av dette.

Ved gjennomgang av dokumentasjon oversendt fra Nordreisa kommune, fant revisor også en e-post av 16. oktober 2018 fra institusjonen som aktuell bruker oppholdt seg ved. E-posten var blant annet sendt til kommunen v/ sektorleder for Helse og omsorg, Bodil Mikkelsen, og den inneholdt en invitasjon til et utvidet ansvarsgruppemøte for aktuell bruker den 5. november s.å. Bakgrunnen for invitasjonen var blant annet oppgitt å være *fremtidig flytting til Nordreisa kommune*. Revisor har ikke mottatt referat fra dette møtet.

Blant den oversendte dokumentasjonen lå det videre en e-post av 16. november 2018 fra Tor Arne Veie, Assisterende seksjonssjef Sentral fagenhet for tvungen omsorg, hvor han inviterte Nordreisa kommune ved sektorleder Bodil Mikkelsen og saksbehandler Tor Martin Nilsen til et planleggingsmøte den 21. november 2018 *for å forberede hjemreise til Nordreisa*. Agendaen for møtet var et ønske fra institusjonen der bruker på daværende tidspunkt oppholdt seg om å bidra til å snekre sammen de ytre rammene for hva som måtte på plass i kommunen. Av e-posten fremgikk det at de hadde noen tanker og ideer om hva som var helt nødvendig av tjenester og praktiske betingelser for å tilby et tilfredsstillende botilbud i hjemkommunen. For øvrig fulgte det av invitasjonen at møtet ville omhandle de forberedelser som kommunen måtte sette i gang. Disse omfattet hvor bruker skulle bo, vedtak om hvorvidt kommunen selv eller en

privat leverandør skulle stå for tjenestene (anbudsprosessen) og henvisning til spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) for å komme i gang med arbeidet med vedtak med bruk av tvang. Revisor har heller ikke mottatt referat fra dette møtet.

Til revisor har flere informanter med ulike roller i Nordreisa kommune i aktuelt tidsrom, opplyst om pågående diskusjoner på politisk nivå, også uavhengig av denne konkrete saken, om hvorvidt lovpålagte helse- og omsorgstjenester skulle tilbys gjennom kjøp av private tjenester eller om kommunen skulle etablere tjenestetilbud i egen regi. Når det konkret gjaldt ovennevnte bruker, har Gaino opplyst til revisor at det var grundige drøftelser i Helse- og omsorgsutvalget knyttet til hvilken løsning kommunen skulle gå for. Videre har hun opplyst at det var *utvalget som bestemte* at tjenestetilbudet til vedkommende skulle etableres og driftes i kommunal regi.

Det at det var *politisk bestemt* at det aktuelle botiltaket skulle etableres av kommunen selv, var også den klare oppfatningen til daværende sektorleder ved Helse og omsorg, Bodil Mikkelsen, og daværende ordfører, Øyvind Evanger. Da Guro Boltås ble konstituert som sektorleder ved Helse og omsorg fra januar 2019, oppfattet også hun at det var politisk besluttet at tiltak skulle opprettes i kommunal regi fremfor kjøp av private tjenester.

Saksbehandler ved Helse- og omsorgsavdelingen i kommunen, Tor Martin Nilsen, som også er revisors kontaktperson i kommunen, ga på sin side uttrykk for usikkerhet i samtale med revisor med hensyn til på hvilket nivå i organisasjonen den aktuelle beslutningen var truffet. Også han fortalte om en diskusjon forkant av brukers tilbakeflytting med hensyn til om kommunen skulle kjøpe nødvendige helsetjenester fra privat aktør eller etablere et tjenestetilbud i kommunal regi. I overnevnte e-post som Tor Martin Nilsen sendte til sektorleder Bodil Mikkelsen den 9. oktober 2018, kom han også med noen kommentarer relatert til dette veivalget. I e-posten fremhevet Nilsen nødvendigheten av å avklare hvilke tjenester brukeren skulle ha og om de skulle og kunne gis av kommunen. Han understreket at det måtte gjennomføres en ordentlig *utredning* av hvilke hjelpebehov bruker hadde og hvilken type hjelp som ville være til brukers beste, samt av hvilken type kompetanse tjenesteutøver måtte ha. Nilsen mente at det var grunn til å reise spørsmål ved om kommunen hadde nødvendig kompetanse til å tilby tilfredsstillende omsorg og helsehjelp. I revisors samtale med Nilsen i anledning forvaltningsrevisjonen, opplyste han at det etter hvert ble sagt at det skulle etableres et kommunalt tjenestetilbud og at han forholdt seg til denne beslutningen. Han opplyste for øvrig at det var et uttrykt ønske fra brukers pårørende om at kommunen denne gangen ikke skulle kjøpe tjenester fra Aleris for å dekke vedkommendes tjenestebehov.

Ifølge tidligere ordfører, Evanger, ble han holdt løpende orientert om prosessen knyttet til etablering av det aktuelle botiltaket både av daværende rådmann og varaordfører, Olaug Bergset, som på daværende tidspunkt også var leder for Helse- og omsorgsutvalget. Han ble orientert om at Helse- og omsorgsutvalget hadde bestemt at tjenestetilbud til aktuell bruker fra nå skulle etableres og driftes i kommunal regi, da kommunen ville bygge opp kompetanse til å klare dette selv.

Ovenfor revisor har tidligere rådmann, Gaino, opplyst at Helse- og omsorgsutvalget, etter hennes vurdering, hadde myndighet til å treffe avgjørelser på sitt område om hvorvidt tjenester skulle tilbys gjennom kjøp av tjenester fra privat aktør eller om det skulle etableres et tjenestetilbud i kommunal regi. Hun var imidlertid usikker på om utvalgets beslutning i denne konkrete saken var skriftliggjort, herunder om det var truffet et formelt vedtak. Ifølge Gaino ble imidlertid Helse- og omsorgsutvalget orientert i hvert møte om situasjonen når det gjaldt

botiltaket. Slik orientering fra gitt fra høsten 2018, da det ble klart at brukeren skulle tilbake til kommunen. Orienteringen ble gitt i lukket møte. I tillegg var det faste ukentlige møter mellom rådmann, rådmannens stedfortreder, ordfører og varaordfører, hvor informasjon ble gitt om alle pågående saker i kommunen. Varaordfører var også leder i Helse- og omsorgsutvalget og kjente derfor godt til saken og de problemstillinger som var rundt den.

Under revisors undersøkelser har det ikke fremkommet dokumentasjon som viser at det ble truffet politiske vedtak, verken i kommunestyret eller i Helse- og omsorgsutvalget, knyttet til ovennevnte spørsmål.

Som en del av datainnsamlingen har revisor også gjennomført samtale med Olaug Bergset, som i aktuell periode både var varaordfører og leder for Helse- og omsorgsutvalget i Nordreisa kommune. Bergset redegjorde for at det i utvalget hadde pågått en diskusjon knyttet til at kommunen over tid kjøpte private helse- og omsorgstjenester til flere av sine brukere, men uten at pris og kvalitet var vurdert nærmere opp mot andre alternativer. Det ble ansett som sannsynlig at flere av kommunens brukere, inkludert den aktuelle brukeren, ville være bosatt i kommunen over lang tid og like lenge ha behov for helse- og omsorgstjenester. Utvalget ønsket å få *utredet* om det kunne bidra til tettere oppfølging av brukere, bedre kvalitet på tjenestene og reduserte kostnader for Nordreisa kommune om man, ut fra langsiktig tenkning, bygde opp kompetanse i kommunen for å ivareta disse brukerne selv fremfor å kjøpe private tjenester.

Ifølge Bergset var utvalget av den oppfatning at for å kunne vite at den valgte løsningen var den som samlet sett var best for både kommunen og brukeren, måtte alternativene *utredes* nærmere. Herunder måtte man utrede kostnadsnivået ved kjøp av private tjenester opp mot hva det ville koste å yte tjenestene i kommunal regi. Resultatet fra en slik utredning måtte så legges til grunn for valg av løsning. Ifølge Bergset ble det på denne bakgrunn tydelig signalisert til administrasjonen en forventning om at muligheten for å yte tjenester i kommunal regi, ble utredet. Det ble ansett fordelaktig å bygge opp nødvendig kompetanse i kommunen til å ivareta egne brukere, og dette var et uttrykt ønske fra utvalgets side, forutsatt at en nærmere utredning ga støtte for valg av denne løsningen.

Ved nærmere gjennomgang av protokoll fra utvalgsmøter i aktuell periode, har imidlertid ikke Bergset kunnet finne noe vedtak vedrørende den konkrete saken som forvaltningsrevisjonen omhandler, hvor det ovennevnte fremgår. Hun kunne bare se at det i en annen konkret sak (sak 37/17) var truffet vedtak om at kommunen, innen et nærmere fastsatt tidsrom, skulle innhente tilbud fra andre tilbydere enn Aleris og at det samtidig skulle vurderes om kommunen kunne gi tilsvarende tjenester. Ifølge Bergset ble ikke dette vedtaket fulgt opp fra administrasjonens side.

I samtale med revisor *avviste* Bergset at Helse- og omsorgsutvalget hadde truffet noen beslutning om at det aktuelle tjenestetilbudet *skulle* etableres og driftes i kommunal regi. Utvalget ble aldri forelagt noen utredning fra administrasjonen som ga grunnlag for en konklusjon om at dette var riktig alternativ. Herunder ble utvalget aldri forelagt noen oversikt over hva et tjenestetilbud i kommunal regi ville koste sammenlignet med kjøp av nødvendige tjenester fra privat aktør. Ifølge Bergset hadde utvalget derfor heller ikke nødvendig grunnlag for å treffe et slikt vedtak.

Blant dokumentene revisor har fått tilsendt fra Nordreisa kommune, fremgikk det blant annet en revidert «KRAVSPEK» (kravspesifikasjon) som beskrev den aktuelle tjenestemottakeren og kvalitetskrav til tjenestetilbudet, som blant annet omfattet krav til bemanning, herunder til

at bruker måtte ha minimum tre til én bemanning på dagtid og en våkende nattvakt på nattetid, krav om helsefaglig utdanning og miljøterapeutiske krav. Videre inneholdt nevnte kravspesifikasjon faglige kvalifikasjonskrav og andre krav til ansatte (herunder krav om relevant kompetanse og fysiske forutsetninger) samt krav til samarbeid (herunder samordning på overordnet nivå, mellom ulike deler av kommunens tjenesteapparat og med samarbeidspartnere). Dokumentet var ikke datert, men det fremgikk av oversendte dokumentasjon at det fulgte som vedlegg til en e-post som Bodil Mikkelsen hadde sendt til brukers verge og assisterende seksjonssjef ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg den 15. januar 2019, med kopi til rådmann, ny sektorleder ved Helse og omsorg (Guro Boltås), saksbehandler ved Helse- og omsorgsavdelinga og kommuneoverlege (Øyvind Roarsen).

Revisor har fått opplyst at fremgangsmåten som ble benyttet for å skaffe en egnet bolig til å huse det aktuelle botiltaket, var at Nordreisa kommune henvendte seg til Stiftelsen Nybo med anmodning om bolig ut fra en nærmere beskrivelse av kommunens behov. Både daværende rådmann, daværende ordfører og involverte sektorledere ved Helse og omsorg har til revisor beskrevet denne fremgangsmåten som helt naturlig, da Stiftelsen Nybo etter det opplyste er en del av kommunens boligpolitiske strategi og «boliginstrumentet» til Nordreisa kommune.

Stiftelsen Nybo ble opprettet av Nordreisa kommune i 1988 og har som vedtektsfestet formål å skaffe boliger for tidsbegrenset utleie til vanskeligstilte grupper uten eget økonomisk formål. Etter det opplyste overtok stiftelsen i 2005/2006 hele den kommunale boligmassen, og etter dette tidspunktet har ikke Nordreisa kommune hatt egne boliger til leie.

Under et møte den 4. november 2020 initiert av revisor i forbindelse med oppstart av denne forvaltningsrevisjonen, ble Stiftelsen Nybo av de tilstedeværende fra kommunen beskrevet som en del av «den kommunale familien», og det ble fremhevet at stiftelsen i kommunens eget planverk var forutsatt å ha en rolle i tilknytning til kommunens oppgaver og tjenesteproduksjon. Det ble i denne forbindelse vist til en boligsosial plan, hvor det ble opplyst å fremgå at Stiftelsen Nybo skulle benyttes for ivaretagelse av kommunens boligsosiale behov. Også tidligere ordfører, Øyvind Evanger, viste i samtale med revisor til at det var fastsatt i planverk vedtatt av kommunestyret at boliger til vanskeligstilte i kommunen skulle anskaffes gjennom Stiftelsen Nybo.

Som en del av revisors undersøkelser har vi gjennomgått «*Boligpolitisk strategi, Nordreisa kommune 2014-2024*». Av punkt 2.2 i dette plandokumentet følger det at Nordreisa kommune har ressurser i helse- og omsorgsadministrasjonen i forbindelse med vurderinger og tildelinger av omsorgsboliger *eid av Stiftelsen Nybo*, og videre at *tildelinger til vanskeligstilte for øvrig gjøres av Stiftelsen Nybo* i samarbeid med Nordreisa kommune. Under det aktuelle punktet fremgår det også at *Stiftelsen Nybo har mandat for å håndtere boligsosiale forhold for Nordreisa*, samt at *Nordreisa kommune i samarbeid med Stiftelsen Nybo skal drive aktiv sosial boligpolitikk*.

Det tidligst daterte dokumentet som revisor har fått oversendt som gjaldt anskaffelse av bolig til det aktuelle botiltaket, er et brev av 1. april 2019 fra daværende rådmann, Anne-Marie Gaino, til stiftelsen Nybo med tittelen «*Anmodning – behov for bolig til nytt botiltak*».

I det ovennevnte brevet ble det innledningsvis vist til *et møte* vedrørende kommunens boligbehov i forbindelse med et nytt botiltak for en ressurskrevende bruker. Revisor har etterspurt, men ikke mottatt referat fra dette møtet fra kommunen. Gaino forutsatte i samtalen med oss at det var skrevet møttereferat og at dette lå lagret i kommunens systemer, i likhet med

all øvrig dokumentasjon knyttet til prosessen med å få etablert det aktuelle botiltaket. Slik revisor har forstått det, har imidlertid kommunens kontaktperson ikke kunnet gjenfinne dette ved en nærmere gjennomgang. Gaino har i etterkant av samtalen med revisor opplyst per e-post at hun hadde kontaktet nåværende kommunedirektør og bedt om at revisor ble gitt tilgang til e-postkontoen og kalenderen hun brukte som rådmann, samt til en elektronisk dagbok som hun benyttet som arbeidsverktøy i etableringsprosessen. I den elektroniske dagboka mente hun at blant annet tidspunkt for og notater fra relevante møter, ville fremgå. Ifølge Gaino hadde hun imidlertid fått tilbakemelding om at kommunedirektøren dessverre ikke hadde tilgang til dette, da det viste seg at alt var slettet fra kommunens database.

Når det gjelder møtet som det vises til i ovennevnte brev av 1. april 2019, har både Gaino og tidligere sektorleder, Bodil Mikkelsen, til revisor bekreftet å ha deltatt på et slikt formøte. Under revisors samtale med Gaino kunne hun imidlertid ikke huske om det var hun selv eller daværende sektorleder, Mikkelsen, som konkret hadde avtalt møtet med stiftelsen. Ut fra det ovennevnte brevets dato antok Gaino at det omtalte møtet sannsynligvis fant sted i mars 2019, men hun var usikker på tidspunktet.

Guro Boltås har til revisor opplyst at hun var konstituert i stillinga som sektorleder ved Helse og omsorg fra januar til april 2019 og at det, etter en overgangsmåned der hun fungerte sammen med Mikkelsen (januar 2019), bare var hun som fungerte i stillinga. Ifølge Boltås innkalte rådmannen til flere møter med Stiftelsen Nybo i løpet av hennes periode som sektorleder. Gaino ledet disse møtene og skrev referat, mens Boltås var med som deltaker.

Ifølge Boltås var tema i den nevnte møtevirksomheten blant annet hvorvidt kommunen skulle leie bolig hos Stiftelsen Nybo eller kjøpe bolig selv. Stiftelsen Nybo disponerte ikke en egnet bolig til formålet og måtte derfor ut på markedet og kjøpe en bolig for å kunne møte kommunens behov. Representant(e) fra stiftelsen var ifølge Boltås usikker på om de ønsket at stiftelsen skulle stå for kjøp av en bolig til det aktuelle tiltaket, mens Gaino ga uttrykk for at kommunen ønsket en slik løsning fremfor å investere selv. Ifølge Boltås kom det ikke til en endelig avklaring på dette spørsmålet før hun ble sykemeldt fra stillinga som sektorleder i starten av april 2019.

Om innholdet i møtene med Stiftelsen Nybo, opplyste Boltås videre at valget av konkret bolig til tiltaket ble drøftet og at flere hus ble vurdert som aktuelle. Også behovene i en bolig ble drøftet på et overordnet plan. Blant annet at det i boligen måtte være mulighet for egen personalavdeling i tillegg til at boligen måtte være romslig nok til at bruker fikk mulighet til å ha et eget liv. I boligen måtte det også ligge til rette for at det kunne installeres det som det var behov for av sikkerhetsmessige innretninger. Prosessen hadde imidlertid ikke kommet så langt at man i møtene gikk konkret til verks med hensyn til hvilke konkrete tilpasninger det ville være behov for. Ifølge Boltås var det snakk om at dette skulle vurderes i samarbeid med involverte faginstanser knyttet til bruker. I tillegg ble det også gjennomført møter med Fylkesmannen, involvert fagenhet ved St. Olavs hospital og habiliteringsenheten v/UNN, og det var planlagt at sistnevnte instanser skulle være med i prosessen i forhold til å bygge opp det faglige opplegget rundt bruker.

Revisor er ut fra det ovennevnte usikker på om møtet det vises til i den nevnte brevet fra 1. april 2019, fant sted lengre tid tilbake enn Gaino antok, eller om hun husker feil med hensyn til hvem som deltok sammen med henne. En mulighet kan være at Mikkelsen deltok på et annet og tidligere møte med Stiftelsen Nybo, men at det var Boltås som deltok på møtet som omtales i ovennevnte brev.

Når det gjelder innholdet i møtet som det vises til i brevet av 1. april 2019, har Gaino til revisor opplyst at hun og Mikkelsen beskrev kommunens behov nærmere. Det at bruker skulle bo der med tre ansatte samt en nattevakt, stilte blant annet krav til boligens størrelse. Boligen måtte ha minst to etasjer. Basert på de beskrevne behovene, ble eksisterende muligheter drøftet. Det ble ansett å være to aktuelle hus ute på markedet som var egnet til tiltaket. Gainos beskrivelse av møtets innhold samsvarer langt på vei med de opplysninger Mikkelsen ga under samtale med revisor.

I det etterfølgende brevet fra Gaino til Stiftelsen Nybo av 1. april 2019, ble det også redegjort for hvor mange etasjer og rom boligen måtte romme. Videre ble det oppgitt adresse til en konkret bolig som de pårørende anså som passende, og det ble tilkjennegitt at kommunen vurderte denne boligen som egnet til det aktuelle botiltaket forutsatt at det ble gjort tilpasninger. Avslutningsvis i brevet ble det opplyst at kommunen ønsket å overta boligen 1. august 2019. Kommunens kontaktperson har til revisor opplyst at følgende fremgår av referat fra Rådmannens strategigruppe 29. april 2019: «*Nytt botilbud: anmodet Nybo om å kjøpe [konkret boligadresse]. Vi må inngå 10 års leieavtale for at det skal realiseres.*»

Dokumentene revisor har fått tilsendt i anledning forvaltningsrevisjonen viser at boligen som ble oppgitt i ovennevnte brev og som ble tematisert i Rådmannens strategigruppe i april, er boligen som ble valgt til å huse det aktuelle botiltaket.

I samtale med revisor understreket Gaino at det lå flere føringer for husets utforming som det var viktig å ta hensyn til ved valg av bolig. Det var tale om en stor sak både med hensyn til kostnader og kompleksitet, herunder samfunnsikkerhet. Brukeren selv (gjennom verge) var også involvert i hvordan boligen skulle være, i tillegg til at pårørende, fastlege og andre involverte instanser uttalte seg om boligbehovet/valg av konkret bolig, herunder involvert fagenhet ved St. Olavs hospital, Fylkesmannen og Voksenhabiliteringen ved UNN. Fagmiljø ved Nordlandssykehuset var også involvert. Fylkesmannen og Voksenhabiliteringen stilte ifølge Gaino krav om at bruker ikke skulle bosettes i periferien, men at vedkommende skulle integreres i et normalt boligområde. Dette kom klart frem på et eget møte mellom kommunens politiske og administrative ledelse og Fylkesmannen. En egnet bolig måtte dermed ligge i sentrum. Gaino mente at det, ut fra de føringer som forelå, i realiteten kun var én aktuell bolig på markedet som var egnet til å huse det aktuelle botiltaket.

Revisor har fått tilsendt en e-post av 8. mai 2019 fra Geir Lyngsmark, planlegger i Stiftelsen Nybo, til Tor Martin Nilsen, saksbehandler i kommunen, hvor det innledningsvis ble vist til et møte den 5. mai s.å. mellom daglig leder i Stiftelsen Nybo, Tore Elvestad, og rådmannen i Nordreisa kommune, Anne Marie Gaino, hvor det skal ha blitt opplyst at Nilsen var delegert ansvar for å opprette brukerorganisasjon som skulle være med å utrede og avklare funksjoner og arealbehov tilknyttet tilpasning av boligbygg på konkret adresse for beboer med spesielle behov. Dette var samme adresse som den som ble oppgitt i ovennevnte brev fra rådmannen til Stiftelsen Nybo av 1. april 2019.

I e-posten av 8. mai s.å. opplyste Lyngsmark at han hadde fått i oppdrag å ivareta de arkitektfaglige forhold ved utarbeidelse av byggeprogram for den nevnte boligen, samt foreta en vurdering, basert på godkjent byggeprogram, av om boligen på den konkrete adressen var egnet som bolig for person med spesielle behov. I e-posten fremgikk det videre at Lyngsmark forutsatte at han som planlegger var leder for prosessen ved utarbeidelse av byggeprogram og arealprogram for tiltaket. I denne forbindelse ba Lyngsmark om at Nilsen oversendte

kontaklinformasjon til personer som skulle være med i brukerorganisasjonen, inkludert nødvendig medisinsk, ergonomisk og fysioterapeutisk kompetanse.

Ovennevnte e-post ble besvart av Nilsen samme dag. Etter hans forståelse var det tale om de bygningsmessige og velferdsteknologiske løsninger som måtte gjøres i den aktuelle boligen. Utover foreldre, habiliteringsenheten ved UNN og han selv, regnet han med at involvert fagenhet ved St. Olavs hospital også ville kunne bidra med synspunkter ettersom denne faginstansen best kjente brukerens daværende situasjon. Kopi av e-posten ble sendt til de aktuelle.

Kontaktperson i kommunen, Tor Martin Nilsen, har til revisor også oversendt et notat fra en samtale den 9. mai 2019 mellom han, som saksbehandler ved kommunens Helse- og omsorgsavdeling, og Fred-Rune Bjerkås ved Voksenhabiliteringa ved UNN. Nilsen orienterte her om at det ble organisert en gruppe som skulle utarbeide krav til utforming av boligen, at Lyngsmark (planlegger ved Stiftelsen Nybo) ville innkalle til denne og at det, utover saksbehandler og pårørende, ville være nødvendig med bidrag fra involvert fagenhet ved St. Olavs hospital og habiliteringsenheten. Av referatet fremgår det blant annet videre at det måtte fokuseres på utforming, vindu og passasjealarmer, forhold som gjorde boligen hensiktsmessig i forhold til brukeren og formålet. Videre at det ble forutsatt tilsvarende vedtak som før etter helselovgivningen, noe som ville stille krav til boligens utforming.

Blant dokumentene som revisor har fått oversendt fra kontaktperson, fremgikk det videre av e-postkorrespondanse at det den 3. mai 2019 skal ha blitt gjennomført et digitalt møte der representanter fra Nordreisa kommune (rådmann, sektorleder og saksbehandler), habiliteringen ved UNN, assisterende leder ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg og brukers pårørende deltok. Det fremgikk av korrespondansen at saksbehandler ble bedt om å skrive møtereferat fra nevnte møte, samt at dato for nytt møte var satt til 18. mai 2019. Revisor har imidlertid ikke mottatt dette referatet.

I revisors samtale med Gaino opplyste hun om en *besiktigelse* som ble gjennomført i aktuell bolig. Ifølge henne måtte stiftelsen ha tydelig bestilling fra kommunen vedrørende hva som måtte gjøres av tilpasninger for å kunne beregne hva dette ville koste. Både representanter fra kommunen og Voksenhabiliteringa v/UNN deltok. Fagpersoner som deltok, uttalte seg om behovet ut fra et bruker- og sikkerhetsperspektiv. Under gjennomgangen av boligen ble det tatt bilder og notert hva måtte gjøres av ombygging, herunder for at boligen skulle være sikker nok. Sikringstiltakene ble besluttet ut fra en faglig vurdering. Når det gjaldt tilpasninger av boligen som gikk på andre forhold, herunder kontorfasiliteter for de ansatte i boligens underetasje, kunne ikke Gaino huske hvem som deltok i disse vurderingene. Hun mente å huske at verneombudet var involvert.

Blant hitsendte dokumenter fremgikk det et referat fra *befaring* i ovennevnte bolig og et etterfølgende møte den 7. juni 2019. Referatet var skrevet av Geir Lyngsmark for Stiftelsen Nybo. I tillegg til representanter fra stiftelsen, deltok brukerens pårørende, representanter fra Voksenhabiliteringa v/UNN og Nordreisa kommune, deriblant rådmann (Gaino) og saksbehandler ved Helse- og omsorgsavdelinga (Nilsen), på befaringen.

I ovennevnte referat var *emnet* angitt som befaring i bolig på konkret adresse og «*vurdering av brukbarhet og omfang på tilrettelegging*» av den aktuelle boligen. I post 1, «*Bakgrunn for befaringen*» fulgte det at Nordreisa kommune hadde behov for bolig til beboer med spesielle behov og at bolig på konkret adresse var aktuell. Videre fulgte det at *dersom boligen ble ansett*

som egnet av fagfolk tilknyttet beboeren, skulle boligen kjøpes, forvaltes, driftes og vedlikeholdes av Stiftelsen Nybo, at tiltak beskrevet i referatet fra befaringen og møtet dannet grunnlag for kostnadsberegning av planlagt boligtilpasning og at dette var kostnader som kom i tillegg til kostnaden for kjøp av boligen. I referatets post 12 fremgikk det at konklusjonen etter befaringa var at boligen ble ansett som *ideell som bolig for den aktuelle beboeren* samt *egnet for det aktuelle botiltaket forutsatt at den ble tilpasset/utbedret i henhold til beskrivelsene i referatet*.

Om *fremdrift* fulgte det av post 13 i det ovennevnte referatet at boligen måtte være klar til bruk 1. september 2019, og med hensyn til *behov for byggetillatelse* fulgte det av post 14 at det måtte gjennomføres forhåndskonferanse med byggesaksbehandler for å avklare om noen av de beskrevne tiltakene forutsatte søknad om tillatelse. I denne forbindelse kan det nevnes at revisor, under gjennomgang av tilsendt dokumentasjon, fant en e-post datert 12. juni 2019 der en byggesaksbehandler i Nordreisa kommune redegjorde for sin vurdering av hvilke planlagte tiltak som utløste krav om søknadsplikt.

I ovennevnte referat var det tatt inn *plantegninger* for alle tre etasjer i boligen, samt for utearealet, etterfulgt av *beskrivelser av konkrete tilpasninger* det var behov i post 3 - 11. Når det gjaldt *utearealet* fremgikk det blant annet at det var behov for gjerde i tomtegrense, anleggelse av uterom, parkeringsplass for fem biler, et rekkverk til inngangstrapp samt blokkering og sikring av kjellerluke ved hovedinngangen. *I boligen* måtte det *generelt* monteres systemlås på alle dører, lukkerhåndtak på alle vinduer måtte fjernes og det måtte monteres et internt kommunikasjonsanlegg for de ansatte. I tillegg måtte alle tekniske anlegg i boligen kontrolleres av fagfolk. For *1. og 2. etasje* ble det videre beskrevet behov for flytting og montering av dusjkabinett, badekar og vaskemaskiner, blokkering av luker i knevegg, montering av dobbel dør med glass til stue, dørpumpe på ytterdører og kodelås på skapdører og skuffer på kjøkken. I tillegg måtte benkeplate på kjøkken skiftes. Når det gjaldt *kjelleretasje*, skulle denne disponeres til bruk for personalet, herunder til soverom, kontor og møterom, og her var det behov for maling av rom samt utbedring av ytterdør og utvendig trappenedgang.

Oversendt dokumentasjon viser at det den 11. juni 2019 ble gjennomført styremøte i stiftelsen Nybo, hvor «Anmodning om kjøp av bolig til nytt botiltak Nordreisa kommune» ble behandlet som tilleggssak. I protokollen fra styremøtet som revisor har fått tilsendt, fremgikk det at Nordreisa kommune hadde anmodet stiftelsen om å skaffe bolig til en ressurskrevende bruker, at det var gjennomført befaring i den aktuelle bolig og at denne var anbefalt av fagfolk. Styret i stiftelsen traff vedtak om kjøp av den aktuelle boligen og av protokollen fra styremøtet fremgikk det at «[p]risen på huset er 3 150 000,-, påkostninga med nødvendig ombygging antydes ca. 900 000,- kr inkl. mva. Husleia skal beregnes som ordinær husleie med tillegg av indeks, for utleid areal». Det fremgikk også at styret krevde en kontrakt på 15 år.

Kommunen har oversendt til revisor «Kontrakt ved leie av bolig» mellom stiftelsen Nybo og Nordreisa kommune. Revisor registrerte at det var daværende ordfører, Øyvind Evanger, som hadde signert kontrakten på vegne av kommunen. Tidspunktet for kontraktinngåelse fulgte ikke av det oversendte dokumentet. I e-post av 30. august 2019 fra daglig leder ved Stiftelsen Nybo, Tore Elvestad, til virksomhetsleder for hjemmetjenester i Nordreisa kommune, Merete Karlsen, ble den aktuelle kontrakten vedlagt samtidig som at det i e-posten ble opplyst at kontrakten «ble skrevet i forbindelse med finansiering av huset». Kommunen har ikke oversendt annen dokumentasjon til revisor som kan kaste lys over tidspunktet for kontraktsinngåelsen, og kontraktstidspunktet ble heller ikke brakt på det rene gjennom revisors samtaler med personer som var involvert i prosessen med etablering av det aktuelle botiltaket.

I samtale med revisor bekreftet tidligere ordfører, Evanger, at han fikk leiekontrakt med Stiftelsen Nybo til underskrift, men han husket ikke når. Han var ikke kjent med om inngåelse av aktuell kontrakt hadde vært behandlet i Helse- og omsorgsutvalget. Han forutsatte at administrasjonen hadde sørget for at den var behandlet i nødvendige organer og gått gjennom der før han fikk den på sitt bord. Han hadde ikke vært involvert i prosessen med Stiftelsen Nybo og var ikke kjent med premissene som lå til grunn for kontrakten.

Om bakgrunnen for ovennevnte kontraktsignering, fortalte Evanger om en tidligere sak der kommunestyret hadde reagert på at rådmannen hadde forpliktet kommunen. Etter denne saken var det ordfører som signerte kontrakter om kjøp og leie på vegne av kommunen. Dette gjorde han i sin periode som ordfører etter at alle forberedelser var gjennomført av administrasjonen. Han oppfattet å ha fullmakt til dette. På spørsmål fra revisor bekreftet ordfører at han signerte på vegne av kommunestyret. Videre bekreftet han at den aktuelle saken ikke var behandlet der. Dette begrunnet han med at det var vurdert ikke å være nødvendig i og med at kommunestyret gjennom kommunens boligplan hadde vedtatt at Stiftelsen Nybo var redskapet som skulle benyttes ved anskaffelse av omsorgsboliger.

I samtale med tidligere rådmann, Gaino, stilte revisor også spørsmål relatert til hvem som har myndighet til å forplikte kommunen gjennom avtaler som den omhandlede. Gaino mente at det lå innenfor rådmannens/administrasjonens kompetanse å forplikte kommunen gjennom avtalen med Stiftelsen Nybo for å ivareta det konkrete boligbehovet. Hun baserte dette på at administrasjonen har myndighet til å inngå nødvendige avtaler for å kunne tilby lovpålagt tjeneste til ressurskrevende bruker, også avtaler som innebærer store kostnader for kommunen. Ordfører signerer kontrakter i større prinsipielle saker, men Gaino mente at den omhandlede saken ikke var av en slik art. Hun kunne ikke huske hvorfor ordfører skrev under på den konkrete leiekontrakten med Stiftelsen Nybo, da hun etter egen vurdering hadde nødvendig myndighet til å skrive under selv. På spørsmål fra revisor om politisk behandling ble vurdert, svarte Gaino at det ikke var påkrevd. Den aktuelle brukeren var ikke ny for kommunen, og tidligere da Aleris drev tiltaket kostet tjenestetilbudet totalt rundt kr 50-60 000 brutto per måned inkludert bolig. Det var tale om en ressurskrevende bruker som det ville påløpe store utgifter til, og Gaino anså ikke at dette lovpålagte tilbudet til brukeren var av prinsipiell interesse. Hun definerte det som rådmannens ansvar å tilby brukeren lovpålagt, forsvarlig tjeneste. Det var uansett ikke tid til å få saken politisk behandlet, da kommunen hadde tidspress på seg for å få ting klart til brukeren kom. Helse- og omsorgsutvalget ble imidlertid løpende orientert om situasjonen og progresjonen når det gjaldt botiltaket. Slik orientering ble gitt i hvert møte for lukkede dører. Det ble også sørget for at tiltaket ble budsjettet både i 2019 og 2020.

Under et innledende møte i forbindelse med oppstart av forvaltningsrevisjonen, stilte revisor spørsmål til kommunens representanter knyttet til hvem som hadde myndighet til å forplikte kommunen ved avtaler som den omhandlede. Hvem som deltok i det aktuelle møtet på vegne av kommunen fremgår av kapittel 1.3.1 i rapporten. Som svar på nevnte spørsmål ble det fra kommunens side fremholdt at tiltak etter helse- og omsorgslovgivninga og inngåelse av «kurante» leiekontrakter normalt besluttes på administrativt nivå. Oppfatningen var at administrasjonen hadde myndighet til dette i henhold til delegert fullmakt, jf. delegasjonsreglementet, så lenge tiltak lå innenfor vedtatte budsjetterammer. Det var ikke vanlig praksis at kurante leieavtaler ble signert av ordfører, og de tilstedeværende fra kommunen antok at det var størrelsen på den aktuelle avtalen med Stiftelsen Nybo som var bakgrunnen for at han hadde underskrevet i det konkrete tilfellet. Ordfører måtte ha oppfattet å ha fullmakt til å gjøre dette, men de tilstedeværende var ikke kjent med hvorfor eller hva som var grunnlaget

for dette. Oppfatningen til de tilstedeværende fra kommunen var at politisk behandling og vedtak i kommunestyret var nødvendig i såkalte «ikke-kurante» saker, men at enkelte større tiltak i kommunen etter omstendighetene også kunne bringes inn for behandling i aktuelt sektorutvalg. Dag Funderud, sektorleder ved Drift og utvikling i kommunen, fremholdt at den aktuelle kontraktinngåelsen mellom Nordreisa kommune og Stiftelsen Nybo nok måtte anses som «ikke-kurant» og derfor skulle vært gjenstand for politisk behandling i kommunestyret. Han viste i denne forbindelse til den høye månedsleien (som ikke kunne anses som standard leiepris) og den lange bindingstiden. Både leiepris og bindingstid var basert på og tok utgangspunkt i stiftelsens kostnader relatert til anskaffelse av bolig og gjennomføring av større endringer på denne for å tilpasse boligen etter kommunens behov. Det ble under oppstartsmøtet ikke fremsatt innsigelser mot denne forståelsen fra andre deltakere fra kommunen.

Olaug Bergset, leder for Helse- og omsorgsutvalget, har i samtale med revisor bekreftet at utvalget i flere møter, for lukkede dører, ble orientert om situasjonen til den aktuelle brukeren. Herunder ble utvalget orientert om når vedkommende ville ankomme kommunen og om at det ble opprettet et botiltak. Utvalget ble imidlertid *ikke* involvert i valg av konkrete løsninger relatert til botiltaket, men fikk bare plutselig informasjon om hvilken løsning administrasjonen hadde valgt, som også ble presentert som eneste mulige løsning grunnet tidspresset i saken. Ifølge Bergset ble utvalget aldri orientert om betingelsene i den konkrete leiekontrakten med Stiftelsen Nybo. På grunn av den høye leieprisen og lange leietiden, er hun sikker på at hun ville husket det dersom utvalget hadde fått opplysninger om dette. Orienteringen til utvalget knyttet til aktuell bruker gikk først og fremst på den personmessige siden av tiltaket, og ikke på forhold knyttet til boligen.

Vedrørende det beskrevne tidspresset for å få etablert et forsvarlig tjenestetilbud, ga Bergset ovenfor revisor uttrykk for at administrasjonen, etter hennes oppfatning, fikk unødvendig hastverk med å få ting på plass. Hun mente at administrasjonen, vel vitende om hvor lenge den aktuelle brukeren skulle være borte og sannsynligheten for at vedkommende ville komme tilbake til kommunen etter endt opphold, kunne og burde vært bedre forberedt og tidligere kommet i gang med planlegging av hjemkomsten. Til tross for den usikkerheten som forelå, mente Bergset at kommunen ut fra forholdene hadde vært for avventende. Etter hennes syn kom administrasjonen for sent i gang med planlegging og brukte for lang tid på å få ting på plass. Bergset fortalte at også ved en tidligere anledning hadde brukeren, under et opphold i en annen kommune, snakket om å bosette seg andre steder. Likevel hadde vedkommende landet på å komme hjem til Nordreisa. Også den gangen hadde det ifølge Bergset oppstått tidspress for kommunen med hensyn til å få på plass nødvendige tjenester i tide, noe som skal ha ført til at det ble valgt en privat tjenesteleverandør uten at valget var basert på en nærmere utredning av om dette var det beste alternativet, både ut fra innhold (kvalitet) og kostnad.

Revisors kontaktperson i kommunen, Tor Martin Nilsen, har i anledning forvaltningsrevisjonen foretatt en gjennomgang av saker behandlet i Helse- og omsorgsutvalget i perioden november 2018 til mars 2020. Han fant ikke noen egen sak som omhandlet etablering av det aktuelle botiltaket.

I revisors samtale med både Gaino og Bergset ble det vist til sak i Helse- og omsorgsutvalget den 12. juni 2019 (sak 12/19). Saken gjaldt ikke etablering av Solbakken botiltak direkte, men behov for budsjettrevidering. Saken ble trukket frem av de nevnte fordi utvalget i denne forbindelse ble gjort kjent med kostnadene knyttet til det aktuelle botiltaket. Ifølge Gaino forelå det en beregning av hva Solbakken botiltak ville koste kommunen de siste fem månedene av 2019 (kr 7,1 mill.), og disse kostnadene ble tatt med. Den konkrete utvalgssaken gjaldt ikke

bare Solbakken botiltak, men et behov for mer penger til også andre tiltak innen helse- og omsorgssektoren. Utvalget traff vedtak om at nye omsorgstjenester skulle inndekkes av kommunestyret i budsjettreguleringssak. Ifølge Bergset ble ikke utvalget i forbindelse med behandling av nevnte sak gitt noen nærmere orientering om hva som nærmere lå til grunn for kostnadene relatert til botiltaket.

Revisor har gjennomgått rådmannens saksfremlegg til ovennevnte sak i Helse- og omsorgsutvalget, og det aktuelle botiltaket var der omtalt på følgende måte:

«*Utfordringer:*

- *5,9 mill ligger i budsjettet for to tiltak ansvar kjøp private tjenester. Ene tiltaket er budsjettert med 5 mnd virkning og er beregnet til å koste 7.1 mill kr i 2018. [...] Budsjettet er derfor ikke tilstrekkelig. Det foreslås derfor at kommunestyret må øke rammen til helse og omsorg jfr nye tiltak.»*

Kommunestyret behandlet ovennevnte sak vedrørende budsjettrevidering i møte den 24. juni 2019 (sak 30/19). Ved en gjennomgang av saksfremlegget til dette møtet så vi at det ble opplyst om «nye tiltak innenfor ressurskrevende tjenester» og netto merutgift knyttet til disse. Kommunestyret vedtok å øke budsjetttrammen for sektoren for 2019. Det fremgikk ikke av saksfremlegg eller protokoll fra nevnte møtet at kommunestyret fikk mer inngående informasjon om tiltakene eller hva som lå til grunn for merutgiftene.

Ifølge Gaino ble ikke kommunestyret orientert om botiltaket utover det som eventuelt ble nevnt i forbindelse med budsjettsaker. Hun påpekte at det heller aldri ble etterlyst informasjon eller bestilt noen egen sak angående det aktuelle tiltaket. Dersom kommunestyret ønsket informasjon, måtte man ifølge Gaino forberedt et saksfremlegg om saken og lukket møtet. Dette ble altså ikke gjort.

Av ovennevnte kontrakt fremgikk det at leieforholdet skulle starte den 1. september 2019, og videre at det opphørte uten oppsigelse den 30. september 2029. Avtalt leietid var altså på i overkant av ti år, og det var i kontrakten krysset av for at den ikke kunne sies opp av noen av partene i den avtalte leieperioden. Når det gjelder leiepris, fremgikk det av punkt 4 i leiekontrakten at boligens bruttoareal var på kr 381 kvadratmeter og det var avtalt husleie på kr 110 kr per kvadratmeter. Dette innebar en månedsleie på kr 41 910. På leiekontraktens forside fremgikk det imidlertid at leien ble endret til kr 96 per kvadratmeter den 1. januar 2020, som utgjorde en månedsleie på kr 36 195. Dette siste var skrevet på kontrakten for hånd, og revisor er ikke kjent med hvem som har skrevet det eller når det ble skrevet.

I samtale med revisor kunne tidligere rådmann, Gaino, ikke erindre at det ble forhandlet om kontraktens betingelser. Slik hun husket det, måtte kommunen gå med på betingelsene som ble presentert fra stiftelsens side hvis denne skulle kjøpe boligen og gjøre nødvendige tilpasninger på den. Det ble presentert et kontraktforslag basert på boligens størrelse, i tillegg til at kostnadene til ombygging også var med i regnestykket.

Til revisor opplyste Gaino at den aktuelle boligen kostet i overkant av kr tre millioner, og ombygging av boligen var beregnet til å koste rundt kr én million. Ifølge henne ga stiftelsen uttrykk for å kunne kjøpe den aktuelle boligen samt stå for gjennomføring av ønskede tilpasninger, men på betingelse av at dette kom til uttrykk i husleien (pris per kvadratmeter ifølge Gaino ble beregnet ut fra faste satser) samt at det ble inngått en langtidskontrakt. Det var en spesiell situasjon der stiftelsen ikke satt på boligen, men på vegne av kommunen måtte ut

på markedet og kjøpe en bolig for å møte kommunens behov i den konkrete saken. De investeringer på boligen som skulle gjøres innebar risiko for stiftelsen fordi de konkrete tilpasningene kunne gjøre det vanskelig å leie boligen ut til andre på et senere tidspunkt. På denne bakgrunn ble kontrakten utformet med ti års bindingstid.

I lys av at styret i Stiftelsen Nybo, som nevnt ovenfor, vedtok femten års bindingstid, erkjente imidlertid Gaino at det måtte ha funnet sted visse diskusjoner om dette punktet som førte til at bindingstiden ble redusert med fem år. Hvem som eventuelt «forhandlet» ned bindingstiden kunne hun imidlertid ikke svare på, da hun selv ikke husket noen forhandlinger. Den konkrete betydningen som stiftelsens investeringer hadde for fastsettelse av leiepris og leietid, herunder hvilke beregninger som lå til grunn for kontrakten, fremgikk ifølge Gaino av e-postkorrespondanse som hun forutsatte var arkivert i kommunens systemer.

Ifølge Gaino hadde Stiftelsen Nybo gitt uttrykk for at kommunen kunne kjøpe boligen fra stiftelsen, dersom man ikke ønsket et leieforhold. Det ville imidlertid forutsatt et investeringsvedtak i kommunestyret, samt at kommunen selv måtte driftet både bolig og leieforhold med bruker. En slik løsning ble ikke vurdert som aktuell på daværende tidspunkt, men Gaino vurderte at dette var en mulig løsning dersom bruker flyttet eller at botiltaket ikke lyktes.

Av punkt 9 i ovennevnte leiekontrakt fulgte det at *partene særskilt hadde avtalt ombygning og tilpasning av aktuell bolig for ressurskrevende bruker*. Hvilke tiltak som konkret skulle gjennomføres på/i boligen, av hvem eller til hvilken pris var ikke angitt i kontrakten. Ei heller fremgikk det i kontrakten hvilken betydning dette punktet hadde for øvrige betingelser i kontraktsforholdet, herunder for beregning av leiepris eller for avtalt leietid. Kommunen har imidlertid til revisor opplyst at avtalt månedsløse og leiekontraktens betingelser for øvrig skulle avspeile kostnader for stiftelsen Nybo ved kjøp og oppgradering av boligen.⁵ Etter leiekontraktens punkt 10 skulle det ha fulgt et vedlegg med kontrakten, men dette lå ikke ved i oversendelsen til revisor. Revisor registrerte at det i det aktuelle kontraktpunktet var påskrevet «besiktigelsesrapport», og vi har regnet det som sannsynlig at dette er en henvisning til ovennevnte referatet fra befarings i boligen den 7. juni 2019. Revisor er imidlertid usikker på dette.

På spørsmål fra revisor opplyste Gaino at det ikke ble gjort noen egen vurdering av en eventuell kontraktsinngåelse med Stiftelsen Nybo opp mot anskaffelsesregelverket. Før det var avklart at botiltaket skulle etableres og driftes i kommunal regi hadde administrasjonen gjort noen innledende vurderinger opp mot anskaffelsesregelverket knyttet til et eventuelt kjøp av private helse- og omsorgstjenester for å ivareta den aktuelle brukerens tjenestebehov, og man hadde da kommet til at det gjaldt unntak fra regelverket på dette området. Ifølge Gaino var det brukerens verge, som var advokat, som i forbindelse med utforming av kravspesifikasjon til tjenestetilbudet gjorde dem oppmerksom på det aktuelle unntaket i anskaffelsesforskriften, og det var da de gikk bort fra tanken om å legge tiltaket ut på anbud. Gaino antok at det for inngåelse av kontrakt med en stiftelse om kjøp/ombygging av bolig for å huse et botiltak som så skulle driftes i kommunal regi, ville gjelde samme unntak som hvis kommunen hadde kjøpt «hele pakken» av privat aktør. Hun foretok derfor ikke noen fornyet vurdering opp mot anskaffelsesregelverket i forkant av kontraktsinngåelse med Stiftelsen Nybo.

⁵ Dette følger også av kommunedirektørens saksfremlegg for kommunestyret i møte den 7. mai 2020 (sak 43/20).

Utover befaringen den 7. juni 2019, har revisor fått oversendt korrespondanse per e-post som viser at det ble gjennomført en tilleggsbefaring av områdene utomhus den 24. juni 2019 hvor brukes pårørende, kommunen v/saksbehandler Nilsen og Stiftelsen Nybo v/planlegger Lyngsmark deltok. Av nevnte korrespondanse så vi også at Nilsen den 27. juni 2019 etterspurte og fikk oversendt en såkalt «situasjonsplan», altså en oppdatert skisse over boligen og tilhørende uteområde som blant annet viser planlagt lokalisering for parkering. Slik revisor har oppfattet det, var skissen utferdiget på bakgrunn av nevnte tilleggsbefaring, og Nilsen ønsket denne oversendt i forbindelse med at det samme dag var planlagt et møte med Voksenhabiliteringen v/UNN og involvert fagenhet ved St. Olavs hospital.

Den hitsendte dokumentasjonen viser at Stiftelsen Nybo den 27. juni 2019 så sendte ut en e-post med tittelen «*Forespørsel om tilbud på tilpasning av bolig for bruker med spesielle behov*» til bedriftene Malemester Løvoll AS, Betongsevice AS, Birkelund Sagbruk AS, Storesté entreprenør AS og Sandøy bygg AS.

I den nevnte tilbudsinvitasjonen opplyste stiftelsen at den aktuelle boligen skulle tilpasses til omsorgsbolig, at det ville bli gjennomført tilbudsbefaring i boligen den 9. juli 2019, at frist for å gi tilbud var 15. juli 2019 og at frist for ferdigstilling av arbeider beskrevet i teknisk kravspesifikasjon var den 1. september 2019. Tilbudsskjema samt teknisk kravspesifikasjon datert 26. juni 2019 var vedlagt tilbudsinvitasjonen.

Som en del av revisors undersøkelser har vi gjennomgått vedlegg til ovennevnte e-post av 27. juni 2019. Dokumentet «*Boligtilpasning [aktuell adresse], Teknisk kravspesifikasjon*» var inndelt i to hoveddeler; A) «Krav til prosjektering og bygging» og B) «Teknisk kravspesifikasjon».

Under punkt A.1.1 «Generell orientering om prosjektet» fremgikk det at prosjektet omfattet tilpasning av bolig for bruker med spesielle behov og at *den tekniske kravspesifikasjonen var basert på referat fra befaring på eiendommen og møte 07.06.2019* med brukere og omsorgspersonell i Nordreisa kommune. Videre at boligen etter tilpasningen var å anse som en *omsorgsbolig* i henhold til definisjon i plan -og bygningsloven. Det ble opplyst at personalet omfattet tre personer til stede på dagtid og fire personer på kveldstid/ nattetid og at kjelleretasje skulle anses som et personalområde med tilgang til garderobe med blant annet dusj, møterom, kontor og ett soverom for personale Videre fremgikk det at arbeider utomhus omfattet forskjønning av inngangspartiet ved hovedinngangen ved utlegging av beleggstein samt montering av et hagegjerde rundt boligen og langs tomtegrensen med høyde 1,2 meter. Endelig skulle det elektriske anlegget oppgraderes med hensyn til ny bruk som omsorgsbolig og nye krav.

Punkt A.1.2 i ovennevnte dokument omhandlet «Eksisterende situasjon». Her fremgikk det at boligen på daværende tidspunkt var i bruk som vanlig enebolig og at kjelleretasje hadde vært utleid som egen leilighet. I punkt A.1.3. ble så «Ny situasjon» beskrevet, og her ble en del av opplysningene som allerede var omtalt i punkt A.1.1 gjentatt, herunder at boligen skulle tilpasses bruker med spesielle behov, defineres som omsorgsbolig og hvor mye omsorgspersonale som var påkrevd til enhver tid. Det ble beskrevet at rom i kjelleretasje skulle endres fra rom til boligformål til rom for omsorgspersonale, samt hvilke rom som konkret skulle etableres.

Det ovennevnte dokumentets punkt 1.1 «Generell beskrivelse av planlagte arbeider/ tiltak», ble så innledet med at det var *basert på referat fra befaring og møte den 07.06.2019*. Konkret ble følgende tiltak beskrevet under det aktuelle punktet:

«Generelt

- *Systemlås monteres på alle dører*
- *Lukkehandtak på all lukkebare vinduer skal demonteres*
- *Internt kommunikasjonsanlegg skal leveres og monteres.*

Uteareal

- *Gjerde omkring boligen langs eiendomsgrensen*
- *Uteplass med belegningsstein ved hovedinngangen*
- *Sikring av kjellerluke ved hovedinngangen*
- *Trepanel på vegger og tak i kjellernedgang, inkl. belysning og ny dør 1.etasje*
- *Skap og skuffer i kjøkken og grovkjøkken påmonteres lås*
- *Benkeplate i kjøkken med gassbluss demonteres og erstattes med ny benkeplate.*
- *Dør mellom kjøkken og stue settes på plass*
- *Dusj monteres i bad. Badekar demonteres.*
- *Montering av vaskemaskin tatt fra 2.etasje*

2.etasje

- *Boblebad leveres og monteres i bad*
- *Vaskemaskin demonteres og flytte ned til bad/vaskerom i 1.etasje*
- *Bodluker/-dører til loft ved knevegger skal blokkeres*

Kjelleretasje.

- *Dusjkabinett leveres og monteres i bad*
- *Alle rom skal males omfattende vegger og himling.*
- *Utvendig trapp til kjeller skal klees trepanel el.l. på vegger og tak/himling.»*

Under punkt A.3.1 i det ovennevnte dokumentet fremgikk det at prosjektet ble gjennomført etter *NS8406 Forenklet norsk bygge- og anleggskontrakt* med tilhørende kontraktsformular, dersom ikke annet ble avtalt. Som en del av tilbudsdokumentasjonen skulle byggherren, her Stiftelsen Nybo, levere tegninger av planer, snitt og fasader basert på byggesøknadstegninger datert 1985. Entreprenøren var ansvarlig for nødvendig prosjektering og planlegging av teknisk anlegg samt søknad om tillatelse til tiltak for søknadspliktige arbeider. Dokumentets punkt A4 omhandlet «Situasjonsplan. Reguleringsplan», mens punkt A5 inneholdt «Tegninger», herunder av planer, fasader og snitt.

Under punkt B, den andre hoveddelen av ovennevnte dokument fulgte så «Teknisk kravspesifikasjon», som igjen var inndelt i *hovedpunktene B1 Rigg og drift, B.2 Byggfag, B.3 B4 VVS, 4.1 Elanlegg, 4.2 Andre installasjoner og 1.1 Utomhusarbeider*.

Under *B1 Rigg og drift* følger det blant annet at alle kostnader til komplett rigg og drift av prosjektet skulle medtas i tilbudet, herunder til rent bygg og byggeplass, rivning, avfallsdeponering, renhold brakkerigg og sluttrensjøring bygg, planlegging, ledelse og administrasjon av byggeplassen for kontraktarbeidet, bankgarantier, forsikring av ansvar og

kontraktarbeid samt avgifter og gebyrer, byggemøter hver andre uke i hele byggeperioden, utarbeidelse og oppfølging av HMS-prosedyrer og alle hjelpearbeider og bygningsmessige arbeider tilknyttet tekniske anlegg.

Under *B.2. Byggfag* fremgikk det at *bygningmessige arbeider* omfattet:

1. Montering av dørblad med glass i dør mellom kjøkken og stue. Eksisterende demontert dørblad forutsettes brukt.
2. Rekkverk monteres på utvendig trapp.
3. Ny ytterdør til adkomsttrapp til kjelleretasje.
4. Montering av trepanel eller lignende på vegger og himling i utvendig trapp til kjelleretasjen.
5. Sikring /blokkering av kjellerluke ved hovedinngang.
6. Blokkering av bodluker til loft ved knevegger i 2. etasje.
7. Sikring av vinduer. Lukkerhandtak på lukkbare vinduer demonteres.
8. Systemlås monteres på alle innvendige dører.
9. Elektronisk dørlås av type Yale Doorman elektronisk eller tilsvarende monteres på alle ytterdører.
10. Lås monteres på alle skap og skuffer i kjøkken og grovkjøkken.
11. Demontering av benkeplate med to gassbluss på kjøkken.
12. Montering av ny benkeplate som erstatning for demontert benkeplate.
13. Maling: alle rom i kjelleretasje med malbare overflate skal males. Omfatter vegger og himling.

Under punkt *B.3. VVS* i den tekniske kravspesifikasjonen fulgte følgende arbeider:

1. Demontering av badekar i 1.etasje.
2. Levering og montering av dusjkabinett i bad i 1.etasje
3. Levering og montering av dusjkabinett i bad i kjelleretasje
4. Levering og montering av boblebad i bad i 2.etasje.

Under punkt *4.1. Elanlegg* fulgte det at utbedring /oppgradering av elektrisk anlegg skulle gjøres i henhold til tiltak beskrevet i rapport fra befaring foretatt 17. juni 2019 av Reisa Installasjon AS v/Frode Rudberg, hvor det ble funnet at følgende punkter burde utbedres:

Sikringsskap: Merking, måler og kurssikringer flyttes til eget skap og alle kurssikringer skiftes til jordfeilautomater.

Ute og trappenedgang: To nye kurser med fem uttak for motorvarmere, to nye utelys, lys og bryter i trapperom,

Skap på loft/bad: Avdekning over jordfeilautomater og merking av skap, egen kurs for vaskemaskin på bad.

To soverom: Flere kontakter, vurdere ny belysning hvis et rom blir brukt som kontor.

Under punkt *4.2. Andre installasjoner* var levering og montering av internt kommunikasjonsanlegg oppgitt, og under punkt *1.1. Utomhusarbeider* var levering og montering av hagegjerde oppgitt.

I ovennevnte e-post med tilbudsinvitasjon av 27. juni 2019 ble det videre bedt om at det ved eventuelt tilbud ble vedlagt et tilbudsbrief hvor total tilbudspris, timepris for tilleggsarbeider samt påslagsprosent for materialer og eventuelle tiltransporterte underentreprenører, ble

opplyst. Videre om at det i forbindelse med tilbud ble opplyst om type systemlås og internt kommunikasjonsanlegg.

Av referat fra tilbudserfaring i aktuell bolig den 9. juli 2019 fremgikk det at tilbudserfaringen skulle anses som en del av tilbudsgrunnlaget. I referatet så vi at det kun var daglig leder ved Malemester Løvoll AS blant de inviterte som deltok under befaringen. I referatet ble arbeidet som skulle gjennomføres på og i boligen beskrevet i punkter under overskriftene *Utomhus*, *Generelt*, *Underetasje*, *2. etasje* og *1. etasje*.

2	Utomhus. <ol style="list-style-type: none"> 1. Beleggstein ved inngangspartiet skal tas opp og legges på nytt 2. Parkeringsplasser skal asfalteres. 3. Dørlemmer til kjellernedgang ved hovedtrapp fjernes og nedgang blokkeres / mures igjen. 4. Utvendig trinn og platt i trapp ved hovedinngang skal utbedres til forskriftsmessig stand.
3	Generelt. <ol style="list-style-type: none"> 1. Søknad om tiltak og eventuell søknad om Arbeidstilsynets godkjenning utføres av tilbyder/ entreprenøren . Ref. Kravspesifikasjon pkt. A.3.1

5	Underetasje. <ol style="list-style-type: none"> 1. Tilbyder / entreprenør er ansvarlig for tilfredsstillende rømningsveger. 2. Tilbyder/ entreprenør er ansvarlig for tilfredsstillende ventilasjon av underetasjen. 3. Trapp opp til 1.etasje skal monteres nytt belegg. 4. Dør i trappeom til 1.etasje skal erstattes med ny dør. 5. Tilbudet skal inkluderes nytt belegg i alle rom i underetasjen. 6. Rekkverk skal monteres i innvendig trapp til 1.etasje, mot yttervegg. 7. Tilbudet skal inkludere ny kjøkkeninnredning egnet til underetasjen bruk som personalrom.
6	2.etasje. <ol style="list-style-type: none"> 1. Rom for varmvannsbereder på bad skal utbedres til forskriftsmessig stand. Rommet mangler bl.a membran iht. forskrift for våtrom.
4	1.etasje. <ol style="list-style-type: none"> 1. Fjerning av benkeplate og montering av ny ; ny benkeplate befinner seg i boligen. 2. Plassering av komfyr skal være som i dag. 3. Rekkverk skal monteres i innvendig trapp til 2.etasje , mot yttervegg. 4. Trapp opp til 2.etasje skal monteres nytt belegg.

I e-post fra Stiftelsen Nybo til Nordreisa kommune av 16. juli 2019 som revisor har fått tilsendt, ble det så opplyst at det ikke hadde kommet inn noen tilbud på planlagte tiltak og at alternativ fremgangsmåte for å få utført arbeidene var å ta direkte kontakt med byggmester/entreprenør for å få utført oppdraget basert på timer og påslagsbasert materialleveranse.

Revisor har forespurt kommunen om konkret fremgangsmåte som ble benyttet i forbindelse med at Malemester Løvoll AS etter det nevnte fikk det aktuelle oppdraget. I e-post fra Stiftelsen Nybo til revisors kontaktperson i kommunen av 12. februar 2021, som revisor har fått

videresendt, ble det opplyst at Malemester Løvoll v/daglig leder hadde blitt kontaktet av stiftelsen og forespurt om interesse for å utføre oppdraget basert på timer og påslagsbasert materialleveranse. Dette på bakgrunn av kommunens sterkt uttrykte behov for å ha aktuell boligen klar til bruk til en fast dato, samt ut fra bedriftens utviste interesse for oppdraget ved sin deltakelse på tilbudsbeferingen. På dette grunnlaget ble det inngått og signert kontrakt på utførelsene av oppdraget.

I ovennevnte e-post viste stiftelsen videre til tidligere nevnte vurdering fra byggesaksbehandler om at det for flere av de planlagte tiltakene måtte søkes byggetillatelse samt innhentes samtykke fra henholdsvis Arbeidstilsynet og Statens vegvesen. Det ville drøye å få dette på plass. På denne bakgrunn ba stiftelsen om tilbakemelding fra kommunen på en eventuell alternativ prosess for å gjøre boligen klar for bruk i tide.

I svar fra rådmannen i e-poster den 16. og 25. juli 2019 ble det fremhevet at boligen måtte være innflytningsklar til 20. september 2019 ettersom brukeren ankom hjemkommunen på dette tidspunktet. Byggesaksmyndigheten måtte derfor prioritere behandling av saken for at nødvendig ombygging skulle kunne igangsettes. Det ble videre fremhevet at var det innvendige arbeidet i *bodelen* av huset som var viktigst å få på plass. Klargjøring av kontorlokalene i kjelleretasjen kunne eventuelt utsettes. I korrespondanse mellom stiftelsen og rådmannen den 25. juni 2019, foreslo stiftelsen så at utbedring av kjelleretasjen til personal- og administrative lokaler (kontor og møterom) foreløpig skulle tas ut av byggeprosjektet i henhold til forslag fra rådmannen, samt at dette ble definert som et «byggetrinn 2». Innvendige arbeider som bestod av enkle utbedringer og vedlikehold kunne derimot igangsettes umiddelbart når håndverkere var tilgjengelige. Rådmannen sluttet seg til en slik fremgangsmåte.

Den 8. august 2019 ble det så gjennomført et prosjektmøte mellom stiftelsen Nybo og Nordreisa kommune. Sistnevnte var representert ved enhetsleder for Solbakken botiltak, Aina Eriksen. I tillegg til systemlås på dørene var det enighet om at følgende tiltak skulle prioriteres:

3	Kjeller etasje. <ol style="list-style-type: none"> 1. Kjøleskap sette inn i kjøkken 2. Komfyr settes inn i kjøkken 3. Kontor: <ol style="list-style-type: none"> a. internett-tilgang monteres b. Min. 4 kontakter skal være montert 4. Soverom for ansatte klart til bruk. 5. Bad: dusjkabinett må være montert Generelt: <ul style="list-style-type: none"> - maling av etasje generelt kan foretas ved et senere tidspunkt - paneling av kjellernedgang kan gjøres ved en senere anledning
4	Hovedetasjen. <ul style="list-style-type: none"> - Balkong/veranda: dekke må repareres. - Rekkverk ved inngangstrappa : kan utsettes - Rom 103 brukes som personalsoverom. - Stue: takvifte demonteres/fjernes. Ny lysarmatur i tak monteres. Må være robust mot tilfeldig demontering etc. Med dimmer. - Kjøkken: dør til kjøkken skal ikke ha glass. Må være låsbar. Ref. systemlås - Bad: badekar demonteres og flyttes til 2.etasje. Boblebad er ikke aktuelt på dette tidspunkt. - Fryseboks i trapperom i kjeller flyttes til grovkjøkken
5	2.etasje <ul style="list-style-type: none"> - Rekkverk i trapp fra 1.etasje kan utsettes - 202 Soverom er for personale - 204 Soverom er for beboer.
6	Generelt. <ul style="list-style-type: none"> - Folie på vinduer: alle vindu i 1. og andre etasje skal påmonteres folie som sikkerhetstiltak ved eventuell knusing av glass. - Speil i bad, soverom , gaderover etc. skal være uknuselig. - Løst inventar i bad som såpedispenser, handklønger skal fjernes. - Brannalarmanlegg med branntavle i kjeller må være på plass før boligen tas i bruk. - Ventilasjon iht. krav i pbl og hos Arbeidstilsynet monteres ved første anledning. Eventuell montering etter ibrukttagelse 20.september tilpasses bruk/drift av boligen
7	Befaring vedr. låssystem med driftsavd. I Nordreisa kommune v/ drift.ing Ketil Jensen. Det gjennomføres en befaring med drift.ing Ketil Jensen , Nordreisa kommune i morgen for å vurderes aktuelle systemlås-opplegg.

Et ytterligere prosjektmøte ble gjennomført i stiftelsens lokaler dagen etter, den 9. august 2019. I dette møtet deltok representant fra stiftelsen, fungerende rådmann i kommunen, Christin Andersen, og enhetsleder for botiltaket. Oversendt referat fra møtet viser at det deretter ble gjennomført et etterfølgende møte med daglig leder ved Malemester Løvoll AS. Formålet med møtevirkosomheten var å klargjøre hvilke tiltak som skulle prioriteres og omfang på tiltakene. I referatet fra det etterfølgende møte med daglig leder ved Malemester Løvoll AS fremgikk følgende: «*Kontraktsforhold: Kyrre Løvoll oversender tilbud på timepriser, påslag for materialer og påslagsprosent for arbeider utført av eventuelle underentreprenører.*» Revisor kan ikke se å ha fått oversendt dette.

Den 30. august 2019 ble «Byggemøte nr. 1» gjennomført mellom representant fra Stiftelsen Nybo og daglig leder ved Malemester Løvoll AS, hvor status på byggeplassen ble gjennomgått. I møtet ble referat fra *brukeravklaringsmøte den 28.08.2019* og *befaring med IT-avdelinga i Nordreisa kommune* gjennomgått og tatt til etterretning. Revisor har ikke fått tilsendt disse referatene.

Det fremgikk av referatet fra «Byggemøte 1» at det i møtet ble avtalt at daglig leder ved Malemester Løvoll AS skulle ettersende en beskrivelse av status til Stiftelsen Nybo per e-post. Dette ble gjort. I dokumentet fulgte under «Byggetrinn 1» arbeider som måtte være utført innen 20. september 2019; *Nye innerdører, låssystem, låskasse med smekklås på utvalgte dører, ny*

benkeplate kjøkken, montering folie på vinduer, montering brannanlegg, montering sensoranlegg på dører og vinduer, kontroll av elektrisk anlegg, montering nettverkskabler, innkjøp og montering av hvitevarer, montering av rekkverk på trapp i inngangsparti, samt blokkering av ventil/inspeksjonsluke på gulv og vegg. Under «Byggetrinn 2» var det beskrevet arbeider som skulle utføres etter innflytting; Nye vinduer og ytterdør, ombygging og oppgradering av kjeller, etablere gjerne rundt eiendommen og innbygging av veranda med glass.

Dokumentasjonen revisor har fått tilsendt viser at det den 16. september 2019 ble gjennomført enda et prosjektmøte i stiftelsens lokaler. I møtet deltok tre representanter fra kommunen, blant annet enhetsleder for botiltaket og virksomhetsleder for hjemmetjenester, Merethe Karlsen, representant for stiftelsen og daglig leder ved Malemester Løvoll AS. Dette møtet hadde «brukeravklaringer» som tema. Ifølge referatet ble det i møtet også opplyst at det ble vurdert en alternativ plassering av kontor for enhetsleder i kjelleretasje som ville forutsette ombygging av et vindu.

Revisor har videre fått tilsendt referat fra et møte den 08.10.2019, kalt «Byggemøte nr. 3». Revisor vil i denne forbindelse bemerke at vi ikke har fått tilsendt noe referat fra et «Byggemøte nr. 2». Også i dette møtet deltok enhetsleder for botiltaket samt virksomhetsleder for hjemmetjenester på vegne av kommunen, i tillegg til representant for stiftelsen og daglig leder ved Malemester Løvoll AS. Av referatet så vi at gjenstående tilpasningstiltak som ikke var søknadspliktig ble bedt beskrevet av enhetsleder for botiltaket på en prioritert liste og oversendt til Nybo og Malemester Løvoll AS. Revisor kan ikke se å ha fått denne listen. Når det gjaldt søknadspliktige tiltak fremgikk det av referatet at disse i hovedsak omfattet «ombygging av kjelleretasje til administrative lokaler for ledelse og omsorgspersonell».

Etter det opplyste tiltrådte de ansatte sine stillinger ved botiltaket den 1. august 2019, mens brukeren ankom den 20. september 2019. I samtale med revisor opplyste tidligere rådmann, Gaino, at kommunestyret bevilget penger til tiltaket i budsjettet for 2020.

En gjennomgang av sakspapirer og protokoller fra møter i Helse- og omsorgsutvalget og kommunestyret angående budsjettet for 2020 har ikke gitt revisor holdepunkter for at det i forbindelse med budsjettbehandlingen ble gitt nærmere opplysninger om hva som lå til grunn for kostnadene som knyttet seg til etablering og drift av det aktuelle tiltaket.

Revisor har imidlertid registrert at det aktuelle botiltaket er nevnt ved noen anledninger i forbindelse med saker i Helse- og omsorgsutvalget vedrørende nevnte budsjett. I saksfremlegg til møte den 3. september 2019 (sak 17/19, Budsjett 2020, nr. 1) ble det vist til at kommunestyret den 24. juni 2019 behandlet sak om foreløpig budsjetttramme for 2019 og opplyst at det ville bli en stor økning i driftsutgiftene i helse- og omsorgssektoren som følge av to nye botiltak. I saksfremlegg til møte den 8. oktober 2019 (sak 30/19, Budsjett 2020, nr. 2) ble det igjen vist til at kommunestyret den 24. juni 2019 behandlet sak om foreløpig budsjetttramme for 2020. I utredningen var det tatt med stipulerte utgifter til botiltaket med kr 5,3 millioner. I innstillingen fra Rådmannen fremgikk følgende opplysninger: "Rammene til sektor for helse og omsorg økes tilsvarende netto utgifter til nye botiltak og BPA, da sektoren drifter med vesentlig lavere rammer enn sammenlignbare kommuner med samme utgifts- og inntektsnivå." I møteprotokollen var det påført at møtet ble utsatt på grunn av vedtaksførhet.

Gaino har til revisor opplyst at de nærmere beregningene av kostnadene til botiltaket lå tilgjengelig i kommunens budsjettssystem, Arena, i konsekvensjustert budsjett. Hun viste til at

det, etter ovennevnte budsjettregulering for helse- og omsorgssektoren sommeren 2019, forelå beregninger som ble videreført inn i konsekvensjustert budsjett. Hun presiserte at det var det den **økte** utgiften til botiltaket som fremkom i sak 30/19 i Helse- og omsorgsutvalget og utgjorde kr 5,3 millioner. Gaino fremholdt at detaljene bak de konkrete tallene således fantes i budsjettssystemet, som politikerne hadde tilgang til. Ved behandling av budsjettet i utvalgene var det ifølge Gaino vanlig å ha budsjettssystemet åpent på storskjerm, slik at man lett kunne lete frem detaljer ved spørsmål. Etter kommunestyrets budsjettvedtak ble tallene fra budsjettssystemet så lest inn i regnskapssystemet Agresso. Slik ble det ifølge Gaino også gjort for Solbakken botiltak.

Slik revisor har forstått det, ble alle planlagte tiltak på den aktuelle boligen gjennomført før Solbakken botiltak ble besluttet avviklet gjennom politisk behandling vinteren/våren 2020. Avviklingsspørsmålet ble først behandlet i formannskapet den 27. februar 2020 og deretter i Helse- og omsorgsutvalget den 17. mars 2020 (sak 6/20). I sistnevnte møte traff Helse- og omsorgsutvalget vedtak om å godkjenne avvikling av det aktuelle botiltaket. Bakgrunnen for avviklingen var en hendelse 25. februar 2020 som medførte at aktuell bruker ikke lengre skulle ha opphold i kommunen. Utvalgets vedtak ble tatt til etterretning av kommunestyret i møte den 1. april 2020. Ansatte ved Solbakken botiltak ble følgelig omdisponert til andre oppgaver eller sluttet, og kommunen hadde ikke lengre behov for boligen som var innleid for å huse tiltaket.

På denne bakgrunn vedtok kommunestyret i møte den 7. mai 2020 (sak 43/20) at kommunen ønsket å avvikle leieavtalen med Stiftelsen Nybo. I kommunedirektørens saksfremlegg for kommunestyret ble det redegjort for en e-post fra stiftelsen av 21. april 2020 som inneholdt en oversikt over hvilke kostnader stiftelsen ville kreve dekket av kommunen ved en eventuell terminering av leieavtalen, kostnader som i hovedsak var relatert til kjøp og investeringer for å boligen etter kommunens behov. I e-posten stilte stiftelsen som forutsetning at inndekning skulle skje ved salg av boligen og ved at Nordreisa kommune dekket et eventuelt tap. Under oppstartsmøtet med revisor påpekte Dag Funderud, sektorleder for Drift og utvikling, sannsynligheten for at salgssummen kunne bli lavere enn stiftelsens samlede kostnader til anskaffelse av og påkostninger på boligen, og at kravet fra stiftelsen altså var at kommunen dekket denne differansen. Før kommunen kunne gå med på dette, måtte det imidlertid bringes på det rene hvor mye en slik terminering av leieferholdet konkret ville koste kommunen, noe som igjen forutsatte et tilbud fra en potensiell kjøper.

I ovennevnte vedtak i kommunestyret ble stiftelsen bedt om å innhente en uavhengig takst på eiendommen og deretter forberede salg på det åpne markedet. Avklaring med hensyn til om kommunen ville dekke eventuelt tap for stiftelsen, ville først finne sted etter at eventuell salgssum var kjent. I det aktuelle vedtaket ga kommunestyret formannskapet fullmakt til å godkjenne eventuelt tap ved salg.

Under det nevnte oppstartsmøtet ble det imidlertid opplyst fra kommunens side at prosessen med tanke på salg av den aktuelle boligen og terminering av leieavtalen med Stiftelsen Nybo, midlertidig var satt på vent. Bakgrunnen for dette var at boligen for tiden var leid ut til privatpersoner for en månedsleie på kr 30 000. Til revisor har nåværende kommunedirektør, Jan Hugo Sørensen, opplyst at de midlertidige leietakerne var en familie som måtte flytte ut av sin egen bolig på grunn av vannskade. Videre at leieinntektene for perioden boligen var utleid til denne familien, ville godskrives kommunens leieavtale med Stiftelsen Nybo. Kommunens kontaktperson har til revisor opplyst at det av e-postkorrespondanse i sak 2020/1303 i Ephorte⁶

⁶ Kommunens saksbehandlings- og arkivsystem.

fremgikk at boligen hadde vært leid ut i perioden primo juni 2020 til primo desember 2020. Videre at kommunedirektøren i e-post av 9. desember 2020 hadde påført følgende: *«Jeg regner med at Stiftelsen Nybo forbereder salgsprosess av den aktuelle boligen slik at kommunens leieavtale kan vurderes avsluttet. I påvente av salg bør boligen leies ut (framleie), og jeg ber om at Stiftelsen Nybo medvirker i slik utleie».*

Kommunedirektøren har til revisor opplyst at løpende kostnader knyttet til ovennevnte leieavtale, dekkes over budsjettet til Helse og omsorg. Videre at det er han selv som står for kontakten med daglig leder i Stiftelsen Nybo i forhold til eventuell terminering av leieavtalen. Når det gjelder ovennevnte salgsprosess, bekreftet Sørensen at stiftelsen er i gang med forberedelser for å legge den aktuelle boligeiendommen ut for salg i det åpne marked, etter at det først er innhentet takst. Han påpekte i denne forbindelse at et mulig salg av eiendommen vil måtte vurderes i forhold til Stiftelsen Nybos investeringer i eiendommen og den langsiktige leieavtalen som er inngått mellom kommunen og stiftelsen.

I e-post fra kommunedirektøren til revisor av 16. februar 2021 nevnte han for øvrig at Nordreisa kommune den 7. februar 2021 hadde fått bekreftet et nytt smittetilfelle av covid-19, og at kommunens kriseledelse i den forbindelse hadde godkjent å tilby den smittedes familie den aktuelle boligen i den midlertidige perioden de måtte sitte isolert og i karantene. Ifølge kommunedirektøren ville kommunens leiekostnad for denne perioden bli belastet deres særskilte utgiftspost for ekstraordinære koronakostnader.

3 REGELVERK OG REVISORS VURDERINGER

3.1 Avgjørelsesmyndighet

3.1.1 Kort om saksforholdet – revisors funn

Det foreligger ikke vedtak av politisk organ, verken i kommunestyret, formannskapet eller Helse- og omsorgsutvalget, om inngåelse av aktuell leiekontrakt mellom Stiftelsen Nybo og Nordreisa kommune.

Det var daværende rådmann som i realiteten traff avgjørelsen om at kommunen skulle gå inn på det aktuelle kontraktsforholdet med Stiftelsen Nybo for å huse et konkret botiltak etter helse- og omsorgslovgivningen. Daværende ordfører signerte leiekontrakten på vegne av Nordreisa kommune.

Den aktuelle leiekontrakten forpliktet kommunen å betale en nærmere angitt månedsleie over en periode på ti år - uavhengig av om tjenestetilbudet til aktuell bruker ble opprettholdt eller ikke.

3.1.2 Regelverket og utledning av revisjonskriterium

Basert på gjennomgang av revisors funn i kapittel 2 legger vi til grunn at sentrale avgjørelser var tatt og at avtaler med Stiftelsen Nybo var inngått på tidspunktet da nytt kommunestyre konstituerte seg høsten 2019. Følgelig er det tidligere kommunelov av 1992 som får anvendelse.

Etter kommuneloven (1992) § 6 er det *kommunestyret* som treffer vedtak på vegne av kommunen *så langt ikke annet følger av lov eller delegasjonsvedtak*. Etter lovens § 9 nr. 3 er *ordføreren rettslig representant for kommunen og underskriver på dennes vegne* i alle tilfelle hvor myndigheten ikke er tildelt andre, og av nr. 5 i samme bestemmelse følger det at kommunestyret *kan* gi ordfører myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller i typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning.

Av kommuneloven (1992) § 10 nr. 1 og 2 følger det at kommunestyret selv kan opprette *faste utvalg* for deler av den kommunale virksomhet, at *kommunestyret selv fastsetter området for utvalgets virksomhet* og at slike utvalg *kan tildeles avgjørelsesmyndighet i alle saker hvor ikke annet følger av lov*. Av lovens § 13 følger det videre at kommunestyret selv kan bestemme at et fast utvalg skal ha myndighet til å treffe vedtak i saker som skulle vært avgjort av annet organ når det er nødvendig at vedtak treffes så raskt at det ikke er tid til å innkalle dette. Hvis vedtak treffes i medhold av nevnte bestemmelse, skal melding om dette forelegges vedkommende organ i nevnte møte.

Det fremgår av kommuneloven § 23 nr. 1 at *administrasjonssjefen* er den øverste leder for den samlede kommunale organisasjon, med de unntak som følger av lov, og innenfor de rammer kommunestyret fastsetter, og av nr. 2 følger det at administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges frem for folkevalgte organer er forsvarlig utredet. Videre fremgår det av nr. 4 i bestemmelsen at kommunalt folkevalgt organ *kan* gi administrasjonssjefen myndighet til å treffe vedtak i *enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning*, hvis ikke kommunestyret har bestemt noe annet.

Delegasjonsreglement for Nordreisa kommune ble vedtatt i kommunestyret den 16. juni 2016. I møte den 29. mars 2019 (sak 2/19) traff kommunestyret vedtak om videreføring av dette delegasjonsreglementet. Et nytt reglement skulle fremlegges for politisk behandling i 2020. Revisor legger til grunn at nevnte delegasjonsreglement av 16. juni 2016 er gjeldende for saksforholdet som denne forvaltningsrevisjonen omhandler.

I nevnte delegasjonsreglement er myndighet delegert til blant annet hovedutvalg, herunder Helse- og omsorgsutvalget, ordfører og rådmann. Av reglementets punkt 2 b), Formålet med delegering, fremheves delegering som et viktig element i effektiviseringsarbeidet i Nordreisa kommune. Videre følger det at ved å legge til rette for hensiktsmessig delegering, oppnår man å avlaste både kommunestyret og hovedutvalgene, som derved får bedre tid til å fokusere på sine hovedoppgaver, samt å avlaste administrasjonen som derved får frigjort tid til blant annet bedre tilrettelegging av saker som skal behandles av politiske organer. Det forutsettes i denne forbindelse at administrasjonen gjennom delegering gis avgjørelsesmyndighet i alle kurante enkeltsaker. I reglementets punkt 2 d) fremgår generelle bestemmelser om utøvelse av delegert myndighet, og av § 1 følger retningslinjer for fullmaktutøvelse hvoretter det fremgår at all delegert myndighet utøves i henhold til lover, forskrifter og retningslinjer gitt av overordnet organ, og innenfor budsjettets rammer og forutsetninger.

I reglementets punkt 3 beskrives kommunestyrets hovedarbeidsområde, og av siste strekpunkt følger det at kommunestyret fatter beslutning i alle saker som ikke er delegert til formannskapet, utvalg eller administrasjonen.

Nevnte delegasjonsreglement punkt 9 omhandler *delegasjon til hovedutvalget for helse og omsorg*. I medhold av kommuneloven § 10 nr. 2 gir kommunestyret her hovedutvalget for helse og omsorg, myndighet til å treffe avgjørelser i *saker som gjelder utvalgets ansvarsområde* og som det etter samme lov er adgang til å delegere til utvalg. Det følger imidlertid at hovedutvalget likevel ikke skal ha myndighet til å fastsette regler og generelle retningslinjer som kan få innvirkning på flere tjenesteområder i kommunen, eller til å avgjøre saker som krever samordnet behandling for flere tjenesteområder.

Etter § 3 *Ansvarsområde* fremgår det videre at hovedutvalget for helse og omsorg har som arbeidsoppgave *de oppgaver innenfor tjenesteområdet helse og omsorg som kommunen har ansvaret for*. Hovedutvalget skal ha seg forelagt *alle prinsipielle enkeltsaker der det ikke foreligger tidligere avgjørelser, saker som det ikke er gitt retningslinjer for og saker der det er ønskelig å fravike retningslinjer som er fulgt*. I særlige kontroversielle saker skal hovedutvalgets uttalelse innhentes før det fattes vedtak.

§ 4 omhandler saker hvor hovedutvalget har avgjørelsesmyndighet, og det fastslås i denne bestemmelsen at hovedutvalget treffer vedtak innenfor de rammer og etter de retningslinjer som er fastsatt i lov, i medhold av lov eller vedtatt av kommunestyret/formannskap, herunder forvalte og prioritere bevilgede midler innenfor budsjettets rammer og forutsetninger i overensstemmelse med gjeldende retningslinjer for budsjettbehandling og delegasjon av myndighet samt delegere avgjørelsesmyndighet til rådmannen etter reglene i kommuneloven § 23 nr. 4.

Det følger av § 6, om delegasjon til hovedutvalget etter særlov, at hovedutvalget *skal fatte vedtak i saker etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* av 24. juni 2011 nr. 30 *dersom* det ikke foreligger klare retningslinjer for tildeling, saken er av prinsipiell betydning eller en ønsker å fravike eksisterende retningslinjer.

Når det gjelder *delegasjon til rådmannen på området for helse og omsorg*, følger det at rådmannen *delegeres myndighet til å sikre at kommunen sikrer oppfyllelse av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-6* (om blant annet sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering samt andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og plass i institusjon), kapittel 5, 7, 8, 9, 10, 11-2 og 12-4.

Delegasjonsreglementets punkt 10 omhandler *delegasjon til ordføreren*, hvorefter det delegeres avgjørelsesmyndighet ved søknader i saker hvor det omsøkte ikke beløper seg til mer enn kr 25.000, og søknader om permisjon etter kommuneloven § 15 andre ledd, samt i saker som gjelder nærmere angitte bestemmelser i alkoholloven.

I delegasjonsreglementets punkt 11 om *delegasjon til rådmannen*, fremgår det i § 1 at kommunestyret gir rådmannen fullmakt til å treffe vedtak i alle enkeltsaker eller typer saker som ikke er av prinsipiell interesse.

Under overskriften *Økonomisaker – kjøp – avtaler* fremgår at rådmannen ved enkeltkjøp avgjør kjøpsform/kjøp i.h.t. innkjøpsreglement, jf. nr. 1 og at rådmannen som prosjektleder har fullmakt til å a) innhente og godta tilbud/leveranser under kr. 1 000.000, - ekskl. m.v.a., samt b) foreta tilleggsbestillinger/innkjøp uten pristilbud innenfor en ramme på kr. 20.000, - ekskl. mva. pr. tilfelle. Punkt b) kan delegeres til byggeleder. Videre fremgår det at rådmannen har fullmakt til å undertegne avtaler godkjent av kommunestyre/formannskap og avtaler som ligger innen de rammer kommunestyre/ formannskap har trukket opp, jf. nr. 5. Rådmannen kan delegere denne myndighet til sektorleder.

Ut fra det ovennevnte utledes følgende revisjonskriterium:

Nordreisa kommune må sørge for at avgjørelser på vegne av kommunen treffes av den person/det organ som har myndighet til det i henhold til nasjonalt og lokalt regelverk.

3.1.3 Revisors vurdering

Revisor vurderer at den omhandlede leiekontrakten med Stiftelsen Nybo ikke ble truffet av person/organ med myndighet til det, da verken rådmann eller ordfører hadde fått delegert slik myndighet og da det ikke lå vedtak fra kompetent organ til grunn for den aktuelle kontraktinngåelsen. Følgelig er det revisors vurdering at det ovennevnte revisjonskriteriet *ikke kan anses som oppfylt*.

Når det gjelder *rådmannen*, legger revisor til grunn at vedkommende på området for helse og omsorg er delegert myndighet til å sikre oppfyllelse av forpliktelser kommunen er pålagt i helse- og omsorgslovgivningen. Revisor vurderer imidlertid at rådmannen ikke dermed var delegert myndighet til å avgjøre om kommunen skulle gå inn på den aktuelle kontrakten med Stiftelsen Nybo. I kommunens delegasjonsreglement forutsettes det at administrasjonen, gjennom delegering, gis avgjørelsesmyndighet i alle kurante enkeltsaker. Kommuneloven åpner bare for at rådmannen kan delegeres myndighet til å avgjøre alle enkeltsaker eller typer saker som *ikke er av prinsipiell interesse*. Slik myndighet er delegert i kommunens delegasjonsreglement. Revisor vurderer at leiekontraktens uoppsigelighet i ti år, et vilkår som etter ordlyden gjaldt uavhengig av om botiltaket etter helse- og omsorgstjenesteloven bestod, medfører at kontraktinngåelsen ikke kan anses kurant, men derimot må vurderes å være av prinsipiell betydning for kommunen.

Når det gjelder *ordførere*, vurderer revisor at vedkommende ikke var delegert myndighet til å forplikte kommunen gjennom leiekontrakt som den omhandlede. Revisor vurderer at han, som følge av kontraktens prinsipielle side, uansett ikke kunne vært delegert slik myndighet. Det at ordfører etter kommuneloven er rettslig representant for kommunen og tildelt myndighet til å *underskrive på vegne av* kommunen, må ikke forveksles med avgjørelsesmyndighet. Den store hovedregelen er at ordfører ikke kan forplikte kommunen på egen hånd, men at han normalt underskriver i henhold til avgjørelse truffet av rette myndighet.

Spørsmålet er så hvem/hvilket organ som etter lov eller i medhold av lov hadde myndighet til å beslutte om kommunen skulle forplikte seg gjennom den aktuelle leiekontrakten med Stiftelsen Nybo.

Helse- og omsorgsutvalget er riktignok av kommunestyret gitt vide fullmakter. Blant annet er utvalget på sitt ansvarsområde delegert myndighet til å avgjøre saker etter helse- og omsorgstjenesteloven som er av prinsipiell interesse og hvor det ikke foreligger tidligere avgjørelser, saker som det ikke er gitt retningslinjer for og saker som innebærer fravikelse fra eksisterende retningslinjer.

Det at utvalgets myndighet er knyttet til *sitt ansvarsområde*, som er tjenesteområdet for helse og omsorg, trekker imidlertid opp en viktig grense for utvalgets avgjørelsesmyndighet. Denne grensen kommer blant annet til uttrykk i delegasjonsreglementets punkt 9, hvor det fremgår at utvalget ikke har myndighet til å fastsette regler og generelle retningslinjer som kan få innvirkning på flere tjenesteområder i kommunen, eller til å *avgjøre saker som krever samordnet behandling for flere tjenesteområder*.

Revisor vurderer at den ovenfor beskrevne grensen for Helse- og omsorgsutvalgets myndighetsområde aktualiseres ved den konkrete kontraktinngåelsen som forvaltningsrevisjonen omhandler. Dette særlig som følge av kontraktvilkåret om ti års bindingstid, som etter ordlyden medfører at kommunen er bundet til å bevilge penger til å dekke månedlig leie i hele perioden selv om botiltaket etter helse- og omsorgstjenesteloven skulle avvikles og kommunens behov for boligen følgelig skulle opphøre før periodens utløp. Gjennom nevnte kontraktvilkår får kontraktinngåelsen således betydning utover tjenesteområdet for helse og omsorg.

På bakgrunn av det ovennevnte vurderer revisor at spørsmålet om inngåelse av kontrakt med Stiftelsen Nybo skulle vært forsvarlig utredet av rådmannen og deretter forelagt *kommunestyret* for avgjørelse. Etter revisors vurdering er det altså kommunestyret som er rette myndighet til å treffe denne avgjørelsen.

3.2 Offentlige anskaffelser

3.2.1 Kort om saksforholdet – revisors funn

Saksforholdet som omhandles i denne forvaltningsrevisjonen gjelder kontraktsforhold mellom Nordreisa kommune og Stiftelsen Nybo. Sistnevnte gikk etter det opplyste inn på avtale om å stå for kjøp av konkret bolig og tilpasning/ombygging av denne ut fra kommunens behov, mot at nevnte investeringer ble hensyntatt i leiekontrakt mellom stiftelsen og kommunen. I kontrakten som ble inngått ble investeringene avspeilet i vilkårene om leiepris og bindingstid.

Stiftelsen Nybo kjøpte den aktuelle boligen for kr tre millioner og ombygningene av den kostet omtrent kr 900 000. Vi har redegjort for de aktuelle byggearbeidene for å kunne ta stilling til om kontrakten mellom Nordreisa kommune og Stiftelsen Nybo etter anskaffelsesregelverket skal betraktes som en leiekontrakt eller en bygge- og anleggskontrakt. Det var stiftelsen som leide inn eksterne for å få utført byggearbeidene.

En stiftelse er et selvstendig rettssubjekt. Den er selveiende og uavhengig, slik at kommunen i utgangspunktet ikke kan kontrollere den. Stiftelsen drives etter egne vedtekter, med eget styre og etter en egen lov, stiftelsesloven.

Som redegjort for under punkt 2 i rapporten, er Stiftelsen Nybo opprettet av kommunen og har som *vedtektsfestet formål å skaffe boliger for tidsbegrenset utleie til vanskeligstilte grupper uten eget økonomisk formål*. Stiftelsens formål ligger således nært opp til kommunale lovpålagte oppgaver. Av kommunens boligplan følger det at Stiftelsen Nybo har *mandat for å håndtere boligsosiale forhold for Nordreisa kommune* og det er forutsatt at *tildelinger av boliger til vanskeligstilte skal gjøres av Stiftelsen Nybo i samarbeid med Nordreisa kommune*. Stiftelsens virksomhet synes således tett vevd sammen med den kommunale boligforvaltningen.

Revisor har ikke gjort nærmere undersøkelser knyttet til finansiering, organisering eller forvaltning av stiftelsen.

3.2.2 Regelverket og utledning av revisjonskriterium

Lov om offentlige anskaffelser (LOA) gjelder når «*kommunale myndigheter*» inngår vare-, tjeneste- eller bygge- og anleggskontrakter med en anslått verdi som er lik eller overstiger kr 100 000 ekskl. merverdiavgift, jf. lovens § 2. Nordreisa kommune er altså bundet av dette regelverket.

Anskaffelsesloven med tilhørende forskrifter stiller krav om at formelle prosedyrekrav må følges ved offentlige anskaffelser som omfattes av dette regelverket. Blant annet oppstilles det en plikt til å kunngjøre anskaffelser på nærmere bestemte måter. Kunngjøringen er en henvendelse til markedet for å informere om hva man vil anskaffe, og på bakgrunn av kunngjøringen skal leverandører kunne vurdere om det er relevant for dem å delta i anbudskonkurranse. Det følger av lovens § 4 at oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet. Videre følger det av lovens § 7-1 (1) og (3) at oppdragsgiver skal oppbevare dokumentasjon som er tilstrekkelig til å begrunne viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen, samt at vesentlige forhold for gjennomføringen av anskaffelsen skal nedtegnes eller samles i en protokoll. Anskaffelsesregelverket skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Regelverket skal også bidra til at det offentlige opptrer

med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte, jf. FOA § 1.

I kapittel 2 i forskrift om offentlige anskaffelser beskrives en del anskaffelser som er unntatt fra anskaffelsesregelverket. Blant annet fremgår det av § 2-4 at anskaffelsesloven og forskriften ikke gjelder for visse tjenestekontrakter, herunder kontrakter om «*erverv eller leie av jord, eksisterende bygninger eller annen fast eiendom, eller om rettigheter til slik eiendom*», jf. bokstav a). Unntaket innebærer i utgangspunktet at oppdragsgiveren ikke har kunngjøringsplikt og fritt kan velge en leverandør etter eget forgodtbefinnende. Begrunnelsen for unntaket er at anskaffelsen som regel vil være avhengig av geografisk plassering, og at den derfor ikke berører grenseoverskridende handel.

Selv om leiekontrakter til eksisterende bygninger eller annen fast eiendom altså som utgangspunktet er unntatt anskaffelsesregelverket etter ovennevnte bestemmelse, kan imidlertid dette unntaket i praksis by på vanskelige vurderinger. I tilfeller der leverandøren skal gjøre store bygningsmessige tilpasninger i leieobjektet etter oppdragsgivers krav og behov for å kunne ivareta samfunnsmessige oppgaver, vil kontrakten inneha elementer både fra *bygge- og anleggskontrakter* (som fullt ut er underlagt anskaffelsesregelverket) og fra *leiekontrakter* (som er unntatt fra anskaffelsesregelverket). For å avgjøre om anskaffelsesregelverket kommer til anvendelse eller ikke, må oppdragsgiver i slike tilfeller ta stilling til hvordan kontrakten skal klassifiseres. Grensen mellom bygge- og anleggskontrakter og leiekontrakter må fastlegges. Dersom en kontrakt etter en nærmere vurdering må anses som en «*bygge- og anleggskontrakt*», vil den omfattes av anskaffelsesregelverket selv om den formelt er angitt som leiekontrakt. Den juridiske grensedragningen er omtalt i flere juridiske artikler, som revisor i arbeidet med denne forvaltningsrevisjonen har støttet seg til. Herunder har revisor hentet veiledning fra nevnte kilder i forbindelse med både fremstilling av rettsstilstanden og tolkning av rettskildene på området.⁷

Ved nevnte grensedragning får anskaffelsesforskriften § 6-2 om blandende anskaffelser, anvendelse. Av § 6-2 (2) følger det at en oppdragsgiver som skal anskaffe ytelser som ikke kan skilles fra hverandre på en objektiv måte, og som delvis er omfattet av forskriften og delvis er unntatt fra anskaffelsesregelverket, skal inngå en blandet kontrakt etter reglene som gjelder for ytelsen som utgjør *kontraktens hovedelement*.

Bestemmelsen er en kodifisering av praksis i EU-domstolen, som Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) har sluttet seg til. Praksis i EU-domstolen viser at det ved blandet kontrakt må vurderes konkret hva som er hovedformålet med kontrakten, jf. EU-domstolens sak C-215/09, og at et moment er om ombyggings- og påbyggingsarbeid er så omfattende at kontrakten mister sin karakter av leieavtale.

Blant avgjørelser i EU-domstolen kan videre sak C-536/07 (KölnMesse), trekkes frem. I henhold til tidligere praksis ble det her lagt til grunn at det var kontraktens hovedformål som fastslo hvilket regelverk som kom til anvendelse. I dommen uttales det således at «*where a*

⁷ Revisor har blant annet støttet seg til følgende juridiske artikler: «*Gjelder anskaffelsesregelverket når det offentlige inngår leiekontrakter til fast eiendom?*», skrevet av advokatfullmektig Thea Tomter, Advokatfirmaet CLP DA, publisert 16.08.18: <https://www.anbud365.no/bransjer/bygg-og-anlegg/gjelder-anskaffelsesregelverket-nar-det-offentlige-inngar-leiekontrakter-til-fast-eiendom/> «*Leie eller bygge- og anleggskontrakt*», skrevet av advokat Hanne S. Torkelsen, publisert 18.12.19: <https://linadvokater.no/dette-er-et-innlegg-om-naeringsliv/>

contract contains elements relating both to a public works contract and another type of public contract, it is the main purpose of the contract which determines the Community rules applicable.

I den konkrete vurderingen av hva som utgjorde kontraktens hovedformål ble det i EU-domstolens sak C-536/07 (KölnMesse) vist til at arbeidene ble utført i samsvar med detaljerte krav fastsatt av oppdragsgiver ut fra spesielle behov, og at kravene gikk langt utover det som var vanlig i leieforhold. EU-domstolen konkluderte derfor med at hovedformålet med kontrakten var elementene fra bygge- og anleggskontrakter, og at bygningene som skulle oppføres lå innenfor direktivets definisjon av bygge- og anleggsarbeid. Kontrakten ble derfor klassifisert som en bygge- og anleggskontrakt.

I EU-domstolens sak C-213/13 (Pizzarotti) bygger begrunnelsen i stor grad på ovennevnte sak C-536/07 (KölnMesse). I denne saken vurderte EU-domstolen om planlagte arbeider for oppføring av et bygg (som ble ansett som hovedelementet i den omhandlede kontrakten), lå innenfor direktivets definisjon av bygge- og anleggskontrakter, herunder hvorvidt de planlagte arbeidene korresponderte med de spesifiserte kravene som oppdragsgiver hadde fastsatt. Ifølge EU-domstolen var dette tilfellet når oppdragsgiver «*has taken measures to define the characteristics of the work or, at the very least, has had a decisive influence on its design*». De kravene oppdragsgiver hadde stilt til bygget satte, ifølge EU-domstolen, oppdragsgiver i stand til å kunne utøve avgjørende innflytelse på prosjekteringen av bygge- og anleggsarbeidet. Kontraktens hovedformål var dermed utførelsen av et bygge- og anleggsarbeid som svarte til oppdragsgivers fastlagte behov.

«Bygge- og anleggskontrakt» er i forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) § 4-1 bokstav d, nr. 3. definert som kontrakt om «*utførelsen på en hvilken som helst måte av et bygge- og anleggsarbeid som oppfyller kravene som er satt av en oppdragsgiver som har avgjørende innflytelse på arbeidets art eller planlegging*». Det følger av bestemmelsen i § 4-1 bokstav e) at det med «*bygge- og anleggsarbeid*» menes «*resultatet av et sett av bygge- og anleggsaktiviteter som i sin helhet er tilstrekkelig til å oppfylle en økonomisk eller teknisk funksjon*».

Av ovennevnte redegjørelse følger det at i tilfeller der det utføres endringsarbeider i eksisterende bygg, må det foretas juridiske grensedragninger. Hver sak må vurderes helt konkret. Veiledning til tolkningsarbeidet finnes i praksis i Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) og EU-domstolen.

Dersom oppdragsgiver trår feil i vurderingen og inngår en kontrakt direkte, uten at man følger kunngjøringsreglene i forskrift om offentlige anskaffelser der disse skulle vært fulgt, vil dette regnes som en ulovlig direkte anskaffelse. Dette kan få store konsekvenser, ikke bare for oppdragsgiver, men også for leverandøren. For oppdragsgiver kan en slik overtredelse føre til overtredelsesgebyr i KOFA, og i tillegg innebærer det risiko for at en domstol kjenner kontrakten uten virkning, avkorter kontraktens varighet, idømmer overtredelsesgebyr eller tilkjenner leverandøren erstatning, jf. lov om offentlige anskaffelser §§ 10 - 13. Det er derfor viktig å foreta en forsvarlig juridisk vurdering av hvorvidt en leiekontrakt må klassifiseres som en bygge- og anleggskontrakt.

Når det gjelder den aktuelle leiekontrakten mellom Nordreisa kommune og Stiftelsen Nybo, var kommunen forpliktet til å henvende seg til markedet dersom kontrakten må karakteriseres

som bygge- og anleggskontrakt. Anses den som en leiekontrakt, var det derimot anledning å henvende seg direkte til Stiftelsen Nybo.

Når det for øvrig gjelder tjenester til enkeltbrukere, kan det nevnes at det følger av forskrift om offentlige anskaffelser § 30-4 at oppdragsgiveren *ikke* er forpliktet til å følge forskriftens del IV (unntatt § 30-7) ved inngåelsen av *kontrakter om helse- og sosialtjenester til enkeltbrukere, forutsatt at a) det ikke er mulig å gjennomføre en forsvarlig konkurranse uten å gi taushetsbelagte opplysninger om brukeren, og b) brukeren ikke samtykker til å gi ut slike opplysninger, eller bare samtykker til å gi ut slike opplysninger til en eller flere bestemte leverandører.*

Ut fra det ovennevnte utledes følgende revisjonskriterium:

Nordreisa kommune må, ved anskaffelse av bolig som forutsettes tilpasset etter kommunens behov, foreta en forsvarlig vurdering av om og hvordan kommunen skal forholde seg til regelverket om offentlige anskaffelser.

3.2.3 Revisors vurdering

Revisor vurderer at en kontrakt om leie av bolig mellom Nordreisa kommune og Stiftelsen Nybo etter omstendighetene kan utløse forpliktelse både for kommunen og stiftelsen til å overholde de prosedyrekrav som følger av lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

For det tilfellet at kontrakt om leie av bolig mellom Stiftelsen Nybo og Nordreisa kommune må klassifiseres som en bygge- og anleggskontrakt i henhold til anskaffelsesregelverket, vil dette regelverket som nevnt ovenfor gjelde fullt ut til tross for unntaksbestemmelsen for leiekontrakter, jf. FOA § 2-4 bokstav a). Hvordan en kontrakt skal klassifiseres og hvorvidt anskaffelsesregelverket får anvendelse, byr på grensedragninger og må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.

Revisor vurderer at revisjonskriteriet om at kommunen, ved anskaffelse av bolig som forutsettes tilpasset etter kommunens behov, skal foreta en forsvarlig vurdering av om og hvordan kommunen skal forholde seg til regelverket om offentlige anskaffelser, *ikke er oppfylt*. Ifølge tidligere rådmann ble det ikke foretatt noen vurdering av aktuell kontraktinngåelse opp mot lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Som følge av at den konkrete boligen skulle leies og tilpasses et botiltak etter helse- og omsorgslovgivningen, ble det uten videre forutsatt at inngåelse av kontrakt som den omhandlede av denne grunn var unntatt fra anskaffelsesregelverket.

Kommunen tok således aldri, ut fra en konkret vurdering, stilling til hvordan den aktuelle kontrakten skulle klassifiseres ved å fastlegge grensen mellom en bygge- og anleggskontrakt og en leiekontrakt.

Når det gjelder unntaksbestemmelsen i forskrift om offentlige anskaffelser § 30-4 finner revisor grunn til å påpeke at denne etter ordlyden kan få anvendelse for kontrakter om levering av selve helse- og sosialtjenestetilbudet til enkeltbrukere, men at revisor ikke kan se at den vil kunne anvendes ved kontrakter som alene gjelder leie og tilpasning av bolig for å huse et helse- og sosialtjenestetilbud til en konkret bruker. Etter revisors syn faller den aktuelle kontrakten således utenfor virkeområdet til bestemmelsen i FOA § 30-4. For øvrig er det ikke dokumentert hvorfor kommunen eventuelt mener at det ikke var mulig å gjennomføre en forsvarlig

undersøkelse uten å gi taushetsbelagte opplysninger, jf. bokstav a) eller hvorfor øvrige forutsetninger som nevnes i bokstav b) eller c) gjorde seg gjeldende.

Etter revisors syn har kommunen heller ikke dokumentert å ha gjort en forsvarlig vurdering av om unntaksbestemmelsen ved inngåelse av kontrakter om helse- og sosialtjenester, jf. FOA § 30-4 kom til anvendelse i det konkrete tilfellet, og dermed av om kommunen var forpliktet til å følge anskaffelsesregelverket.

Selv om det ikke har betydning for spørsmålet om Nordreisa kommune har oppfylt det utledede revisjonskriteriet, vil revisor bemerke at kommunen etter vår vurdering sannsynligvis ikke var forpliktet til å følge prosedyrene i anskaffelsesregelverket ved inngåelse av den konkrete kontrakten som omhandles i denne forvaltningsrevisjonen. Kommunen kunne derfor gå direkte til stiftelsen og trenge ikke å gjennomføre prosedyrer for kunngjøring, konkurranse mv.

Ved den konkrete vurderingen har revisor sett hen til at Nordreisa kommune utvilsomt har stilt mange og detaljerte krav om tilpasninger ut fra egne, spesielle behov og at kommunen har hatt avgjørende innflytelse med hensyn til hvilke arbeider som skulle gjøres, jf. FOA § 4-1 bokstav d), nr. 3. Revisor har imidlertid vurdert at det konkrete ombyggings- og tilpasningsarbeidet som ble forutsatt utført, ikke var så omfattende at dette fremstod som hovedelementet i kontrakten, jf. FOA § 6-2 (2) og derfor medførte at avtalen mistet karakter som leiekontrakt.

4 SAMLET KONKLUSJON

Revisors *konklusjon* på problemstillingen er at etableringen av Solbakken botiltak ikke har vært i tråd med alt relevant lokalt og nasjonalt regelverk samt relevante vedtak og forutsetninger fra kommunestyret i Nordreisa kommune.

Relevant regelverk har i denne forvaltningsrevisjonen vært kommunens delegasjonsreglement og regelverket om offentlige anskaffelser. *Avgjørelsen om å inngå den konkrete kontrakten ble ikke foretatt av det organ som har myndighet til det i henhold til nasjonalt og lokalt regelverk. Den aktuelle boligen måtte tilpasses etter kommunens behov, men kommunen gjorde ikke en forsvarlig vurdering av om og hvordan kommunen skulle forholde seg til regelverket om offentlige anskaffelser.*

5 UTTALELSE

KomRev NORD sendte 15. februar 2021 forvaltningsrevisjonsrapporten til Nordreisa kommune v/kommunedirektør for uttalelse. Vi mottok uttalelse innenfor fristen vi hadde satt. Nedenfor har vi inntatt uttalelsen i sin helhet.

RE: Forvaltningsrevisjonen "Etablering av Solbakken botiltak" - Rapportutkast til uttalelse - Utsatt offentlighet, jf. offl. § 5 annet ledd



Jan Hugo Sørensen <Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no>

Til Margrete Mjølhus Kleiven; Ida Lejon

Kopi Doris Gressmyr

Svar

Svar til alle

Videre send



man. 22.02.2021 09:56

Hei.

Jeg synes dere har gjort en grundig jobb, og jeg har ingen merknader til deres vurderinger og konklusjoner i rapporten.

Mvh

Jan-Hugo Sørensen
kommunedirektør

6 REFERANSER

Lover

- Lov 16.6.2016 nr. 73 om offentlige anskaffelser
- Lov 25.9.1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) - opphevet

Forskrifter

- Forskrift 12.8.2016 nr. 974 om offentlige anskaffelser

Forarbeider

- Ot.prp.nr.42 (1991-1992) om lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Rettspraksis fra EU-domstolen

- Sak C-215/09
- Sak C-536/07 (KölnMesse),
- Sak C-213/13 (Pizzarotti)

Veiledere

- Veiledning til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften), Nærings- og fiskeridepartementet, sist oppdatert 24.04.2018

Juridiske artikler

- «Gjelder anskaffelsesregelverket når det offentlige inngår leiekontrakter til fast eiendom?», skrevet av advokatfullmektig Thea Tomter, Advokatfirmaet CLD DA, publisert 16.08.18: <https://www.anbud365.no/bransjer/bygg-og-anlegg/gjelder-anskaffelsesregelverket-nar-det-offentlige-inngar-leiekontrakter-til-fast-eiendom/>
- «Leie eller bygge- og anleggskontrakt», skrevet av advokat Hanne S. Torkelsen, publisert 18.12.19: <https://linadvokater.no/dette-er-et-innlegg-om-naeringsliv/>

Kommunalt planverk

- Boligpolitisk strategi, Nordreisa kommune 2014-2024

Kommunalt regelverk

- Delegasjonsreglement vedtatt av Nordreisa kommunestyre 16. juni 2016 (sak 57/16)

Politiske dokumenter

- Protokoll fra møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg den 10.10.17, sak 37/17
- Innkalling til og protokoll fra møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg den 12.06.19, sak 12/19
- Innkalling til og protokoll fra møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg den 03.09.19, sak 17/19
- Innkalling til og protokoll fra møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg den 12.02.20, sak 6/20
- Innkalling til og protokoll fra møte i Nordreisa kommunestyre den 24. juni 2019, sak 30/19
- Innkalling til og protokoll fra Nordreisa kommunestyre den 7. mai 2020, sak 43/20

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonom

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Nordreisa kommune:

Ressursbruk og kvalitet i grunnskolen, 2014

Økonomistyring og økonomisk internkontroll, 2018

Kvalitet i sykehjemstjenestene, 2019





Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
14/21	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	23.03.2021

Helse- og Omsorgsplan 2021-2026

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Endeleg KS rapport OU prosjektet.
- 2 Helse og omsorgsplan 2021 - 2026

Kommunedirektørens innstilling

Oppdatert forslag til Helse- og omsorgsplan for 2021-2026 vedtas.

Saksopplysninger

Nordreisa kommunestyre vedtok 13.10.16, PS 78/16, at det skulle utarbeides en helse- og omsorgsplan for Nordreisa kommune.

I helse- og omsorgsutvalgets møte 13.11.2019 vedtok utvalget PS 33/19 Fremdriftsplan- helse og omsorgsplan. Harriet Steinkjer Nystu, fra Visjona AS, ledet prosessen og daværende sektorleder Rickard Printz var prosjekteier.

Helse- og omsorgsplanen ble 29.04.20, PS 9/20, vedtatt sendt til offentlig høring med 4 ukers høringsfrist.

Ansvar for oppfølging av planen ligger til kommunedirektør og sektorleder. Tiltakene i planen skal følges opp i forbindelse med budsjett og rullering av økonomiplan.

I forbindelse med høringsrunde Helse- og omsorgsplan 2020-2025, er det mottatt innspill fra Ungdomsrådet, Eldrerådet, Nordreisa Senterparti, Kristelig Folkeparti, Høyre, Arbeiderpartiet, Demensforeningen, Statsforvalteren og RIO.

Kommunalsjefen har nå gjennomgått høringsinnspillene og revidert planen. Planen fremstilles for Helse- og omsorgsutvalgets møte 23.03.21.

Vurdering

Administrasjonen vurderer den oppdaterte Helse- og omsorgsplanen som et godt styringsdokument for planlegging av sektoren frem mot 2026 og videre utover.

Den demografiske utviklingen i Nordreisa fram mot år 2045 viser samme utviklingstrekk som resten av landet, nemlig at antall eldre over 80 år og over 90 år øker betydelig. Dette betyr at kommunen må planlegge for økte aktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren.

Utfordringsbildet framover vil være å skaffe nok personale med nødvendig kompetanse, flere moderne boliger og institusjoner, økt bistand i heimen og økte økonomiske rammer til sektoren. Samtidig må vi sørge for at de eldre kan bo hjemme lengst mulig, blant annet ved bruk av trygge velferdsteknologiske løsninger.

En annen utfordring er den generelle folkehelsen, og her er det viktig å satse på tiltak som gir resultater på kort og lang sikt.

De samlede utfordringer omfatter samtlige kommuner i landet, og vi må påregne at nasjonal politikk vil medvirke slik at kommunene makter å innfri forventningene til gode helse- og omsorgstjenester.

Vedtatt helse- og omsorgsplan for Nordreisa kommune vil danne grunnlag for de årlige budsjett og økonomiplan-behandlinger, samt grunnlag for øvrige satsninger innenfor sektoren.

Organisasjonsutvikling: Gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune

KS-K rapport - nr. 19/2019

17.09.2019

Forord

Nordreisa kommune har ansvaret for utviklingen av lokalsamfunnet og for å yte gode tjenester til kommunens innbyggere. utfordringsbildet for mange kommuner i dag er at de skal yte stadig flere og mer avanserte helse- og omsorgstjenester innenfor begrensede økonomiske rammer.

Kvalitetskravene er høye, samtidig som det er vanskelig å måle kvalitet. Ressursene i Nordreisa kommune er under press. Å gjennomføre en organisasjonsutviklingsprosessen innenfor tjenesteområdene i helse og omsorg vil kunne være et godt fundament for at Nordreisa kommune skal sikre bærekraft, kostnadsbevissthet og kvalitet på disse tjenesteområdene i årene som kommer.

Det er behov for at både politisk og administrativ ledelse skal kunne danne seg en felles forståelse for dagens situasjon innenfor helse- og omsorgstjenestene, og kommunen har derfor bestilt bistand til en organisasjonsutviklingsprosess inklusive en analyse som kan bidra til å synliggjøre sammenhenger og avhengigheter som direkte og indirekte påvirker kostnadsbildet, organisering og kvaliteten i tjenestene. Som en overordnet tilnærming til denne vurderingen har vi valgt å benytte KS sin modell for vurdering av ressursbruk korrigert for objektive utgiftsbehov samt utvalgte KOSTRA-tall.

KS-Konsulent as (KS-K) har fått i oppdrag å gjennomføre analysen, bearbeide funnene og gi kommunen anbefalinger for det videre arbeidet med å sikre kvalitativt gode tjenester. Arbeidet presenteres i denne rapporten.

Når KS-K gjennomfører oppdrag i kommunesektoren, legger vi til grunn noen viktige prinsipper for lokaldemokratiets eksistens og berettigelse. Dette bygger på:

- Kommunen som en politisk-demokratisk arena
- Kommunen som ansvarlig for tjenesteproduksjon overfor innbyggerne
- Kommunen som samfunnsaktør og utvikler av lokalsamfunnet
- Kommunen som myndighetsutøvende organ i henhold til lover og forskrifter

Intensjonen er at kommunen vi jobber med både skal oppnå resultater *underveis* i prosessen for hver enkelt deltaker og for organisasjonen – samt å sikre en god praksis inn i kommunen etter at prosessen er gjennomført.

Seniorrådgiverne Ingjerd Astad og Chriss Madsen fra KS-K har bistått kommune i ou-prosessen og utarbeidet rapporten. Ingjerd Astad har vært prosjektansvarlig for arbeidet. Rådmannen i Nordreisa kommune har sørget for at mange har bidratt med informasjon i prosessen.

KS-Konsulent as takker Nordreisa kommune for samarbeidet.

Oslo 17. september 2019

Innhold

Forord.....	2
Bakgrunn for oppdraget	5
Anbefalinger – områder til oppfølging	6
Organisering av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune.....	11
Kommuneplanen viser retning – folketallsutvikling og drivkrefter	12
Styring og ledelse i kommunen	14
Kvalitet i tjenestene.....	15
<i>Omsorgstrappa</i>	18
KOSTRA-analyse av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa	19
Innledning.....	19
Objektivt utgiftsbehov.....	19
Objektivt utgiftsbehov for Kommunehelsetjenesten:.....	20
Hovedfunn og sentrale KOSTRA-tall for Kommunehelsetjenesten basert på KOSTRA-tall pr 15.06.18.....	20
Hovedfunn og sentrale KOSTRA-tall for pleie og omsorgstjenesten basert på KOSTRA-tall pr 15.06.18.....	21
Nordreisa sin tjenesteprofil for pleie og omsorgstjenesten sammenliknet med KOSTRAgruppe 3	27
Oppsummert og sammenliknet med Kgr. 3 kan vi si at Nordreisa har:.....	28
Kommunens reelle prioriteringer av pleie- og omsorgstjenesten:.....	29
KS modell for «Demografi og endringer i utgiftsbehov som følge av befolkningsendringer».....	30
Hvilke «konsekvenser» får disse prognosene for befolkningsendringene for utgiftsbehovet?	32
Funn fra fokusgruppeintervjuer	33
Oppsummering; lederstrukturen både av virksomheten Helse og Omsorg som helhet og for tjenestene med ansvarsfordeling og faglig oppbygging:.....	34
Organisering av arbeidet – hvor helhet, strukturer og systemer står sentralt.....	35
Ressurser og ressursutnyttelse.....	37
Kompetanse.....	38

Bakgrunn for oppdraget

For å vite hvor man skal, må man vite hvor man er! Det er dette denne gjennomgangen av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune skal gi en oversikt over. Samfunnet utvikler seg med tiltagende tempo. Nordreisa kommune ønsker å løfte blikket og utvikle seg slik at vi kan bli «rigget» for framtidige forventninger, behov og krav innenfor sine helse- og omsorgstjenester. Utfordringsbildet for mange kommuner i dag er at de skal yte stadig flere og mer avanserte helse- og omsorgstjenester innenfor begrensede økonomiske rammer. Kvalitetskravene er høye, samtidig som det er vanskelig å måle kvalitet.

Kommunen har ønsket bistand til organisasjonsutvikling innenfor tjenesteområdene i helse og omsorg, for å se på de utfordringer tjenesteområdene opplever å stå oppe i, og vurdere utviklingen av helse- og omsorgstjenestene sett i lys av status i dag og årene framover. Det vil samtidig være viktig å se på hvor godt/effektivt ressursene blir brukt ifht økonomiske rammer.

På oppdrag fra Nordreisa kommune gir KS-K i denne rapporten en analyse av helse- og omsorgstjenestene i kommunen ut fra det som vi har jobbet med underveis i denne prosessen. . Analysen søker å gi politisk og administrativ ledelse i Nordreisa kommune en felles forståelse for dagens situasjon samt vise til sammenhenger og avhengigheter som direkte og indirekte påvirker kostnadsbildet og kvaliteten på tjenestene.

Analysene vil også vurdere tildelte ressurser mot behov i forhold til de oppgaver virksomheten er satt til å løse, og vise til tiltak som vil bedre virksomhetens mulighet for å oppnå balanse mellom tildelt nettoramme og årlige utgifter. KS-K har benyttet KS sin modell for å vise hva er utgiftsbehovet innenfor pleie og omsorg og hvordan korrigerer ressursbruk for forskjeller i behov og inntekter.

I prosessen har KS-K sammen med Nordreisa kommune valgt følgende tilnærming og metode:

- Kickoff – oppstartseminar med representanter både fra administrasjonen og de folkevalgte
- Datainnsamling og dokumentgjennomgang
- Utført KOSTRA-analyse, basert på tall både fra 2017 og 2018
- Avklaring av diverse spørsmål om tjenestetildeling og IPLOS
- Gjennomført fokusgruppeintervjuer med sentrale personer både i politisk ledelse, administrativ ledelse, på tjenestenivå samt av tillitsvalgte og verneombud
- Samlinger underveis med ledere, tillitsvalgte og verneombud innenfor helse- og omsorgstjenestene, hvor vi har jobbet med både nåtid; *slik er det* og framtid; *slik vil vi ha det*
- Underveis-rapportering til kommunestyret
- Tett dialog med kommunen med fremleggelse av foreløpige tall og kvalitetssikring av opplysninger

KS-K tar forbehold om at mottatt informasjon og KOSTRA-data er korrekte.

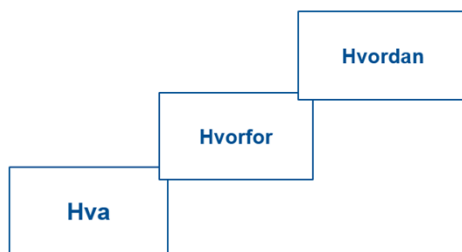
I denne rapporten gir vi anbefalinger til tiltak – veien videre. Ved å ta tak i anbefalingene vil Nordreisa kommune kunne sikre bærekraft, kostnadsbevissthet og kvalitet på helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer – *«De som vet hvor vil også vite hvordan....»*.

Anbefalinger – områder til oppfølging

Det er viktig å understreke at det skjer svært mye godt arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune, og bare ved å sette søkelyset på ulike områder gjennom selve OU-prosessen igangsettes forbedrings- og effektiviseringstiltak. På flere av de oppfølgingspunktene som vi belyser her, er oppfølgingsarbeidet allerede godt i gang.

Ut fra alle de momenter som det er jobbet med underveis i prosessen, er det avdekket områder for videre oppfølging. Det som er omtalt i denne rapporten sammen med det som KS-K kjenner som vesentlige områder for forbedring, effektivisering og tjenestekvalitet, danner grunnlaget for hvorfor dette er viktige oppfølgingspunkter.

Underveis i prosessen har vi brukt følgende inngang i endringsarbeidet:



Hva vil vi endre (utfordringen)?
Hvorfor velger vi dette tema/området?
Hva skal vi oppnå?
Hvilke tjenesteområder er det som omfattes av dette temaet?
Hvordan skal vi arbeide?
Hvordan ser det ut når vi har endret praksis?

Organisering av arbeidet og tjenestene; struktur og systemer

Organisasjonsstrukturen i helse- og omsorgstjenestene er greit organisert. Utfordringen er at mange ikke kjenner til den / ikke forholder seg til den.

Videredelegeringen fra rådmannen er i orden, men ikke nødvendigvis kjent.

Vedtak som fattes, blir ikke nødvendigvis fulgt – det jobbes 'på gammel vane' eller ut fra 'egne' fagvurderinger.

Brukerne blir ikke systematisk involvert i behov og løsning.

Alt dette virker inn på hvordan tjenestene utøves, opplevd ressursbehov, opplevd kvalitet osv.

Det er behov for å jobbe med forståelsen for hvordan organiseringen danner rammene for utøvelse av tjenestene.

Helhetlig styring og strategisk ledelse

Nordreisa kommune har noe å hente på helhetlig styring innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Kommunen må sørge for å framskaffe relevant styringsinformasjon, ved å etablere et sett med styringsindikatorer som vil bidra til å gi kommunen nødvendig styringsinformasjon. Gjennom

helhetlig styring vil tjenestene og folkevalgt nivå styre etter mål og kriterier for tjenestekvalitet, organisasjon og samfunn – og i tillegg til økonomi. Det må også komme på plass en helhetlig plan for sektoren, som gjennomgående sørger for å sikre at overordnede målsetninger blir fulgt opp i sektoren. Gjennom dette skal kommunen kunne prioritere tiltak ut fra de målsettinger som

fastsettes, og sørge for at det gjennomføres i henhold til dette.

Tydelig lederstruktur

Den formelle lederstrukturen oppfatter vi er på plass. Det vesentlige er at kommunen tydeliggjør lederstrukturen og at den gjelder uansett hvem som fyller de ulike rollene. Videre vil vi anbefale at kommunen sikrer at ansvar og myndighet samsvarer med den delegering som er vedtatt – og at det blir skapt praksis i henhold til dette. Dette vil kunne bidra til å bedre kommunikasjonen mellom strategisk og operativt nivå i sektoren.

Det bør også kommuniseres tydelig hva som ligger av ansvar i de ulike ledernivå hva gjelder; 'penger, fag og folk'

God ledelse handler om å planlegge, organisere, lede og ha nødvendig kontroll på de ulike nivåene.

Styrke lederkompetansen

Å ruste kommunens lederkompetanse vil være avgjørende for at Nordreisa kommune i framtiden skal kunne levere kvalitativt gode tjenester. Kommunen bør sikre arenaer for alle med lederansvar innenfor tjenesteområdene i helse og omsorg, der alle ledere med budsjett- og personalansvar skal delta. Et utviklingsarena vil bidra til felles retning og gjennomføringskraft, og det bidrar også til felles kultur og felles forventninger til medarbeiderne.

Arenaen bør også sette fokus på kommunikasjon – det å utvikle et felles språk. Det bør sette fokus på betydningen av god ledelse og godt medarbeiderskap, og det bør utformes en lederplattform som beskriver kjennetegn på god ledelse.

Styrke endringskompetansen

Endring og omstilling er hverdagen innenfor de kommunale tjenestene. Uansett rolle i helse og omsorgstjenestene, må alle involverte få mulighet til å forstå hvorfor endringer er nødvendig, og bidra til hvordan de skal kunne gjennomføres.

Det handler om å skape interesse – at alle involverte får mulighet til å være nysgjerrige og engasjerte.

Det er lurt å jobbe ut fra *HVA-HVORFOR-HVORDAN*. Spørsmål som alle – både medarbeidere og ledere – naturlig bør stille samt kunne bidra til løsninger innenfor, er:

Hvor vil vi med tjenesteleveransene våre – og hvorfor skal vi dit?

Hvordan skal vi komme dit?

Hvordan skal vi håndtere utfordringer underveis?

Hvem skal sørge for det?

Styrke kommunikasjonen og styringsdialogen

Kommunikasjon er avgjørende for den gode styringsdialogen.

I en politisk drevet organisasjon er god styringsdialog avgjørende for at man jobber i samme retning og mot felles mål:

Å vedta visjon, retning, mål og strategier er et politisk ansvar.

Å lede og styre mot de vedtatte målene er et administrativt ansvar.

Å gjennomføre og avgjøre hvordan oppdragene utføres – det operative – er et profesjonelt ansvar, som lederne av tjenestene tar sammen med fagfolkene sine.

Det bør jobbes med å klargjøre hvilke avgjørelser og myndighet som ligger til strategisk nivå og til operativt nivå. Her er ny kommunelov vesentlig samt kommunens videre delegering til rådmannen.

Rolleklarhet

Rolleklarhet handler om å gjensidig avklare tydelige forventninger til roller og oppgaver, både for medarbeidere og ledere. Det er viktig å skape klarhet i hva som kan forventes av hver enkelt, av man kan forvente av hverandre og hva skal være den enkeltes bidrag.

Både medarbeidere og ledere har behov for å vite hva som er forventet av en på jobb; oppgaver og ansvarsområder, hvilke oppgaver som bør/skal prioriteres, koordinering med andre og hva som skal til for å gjøre en god jobb. Det er behov for godt samsvar mellom kompetanse og oppgaver.

Rolleklarhet må styrkes i alle ledd, og ta utgangspunkt i organisasjonskartet og videredelegeringen fra rådmannen. Strukturen er ok, men det må jobbes med innhold og forståelse av rollene.

Ressurstilgang og ressursutnyttelse – økt heltidskultur?

Befolkningsprognosen fra SSB viser at det forventes en svak vekst i aldersgruppa 0-5 år etter år 2021, en nedgang i aldersgruppa 6-15 år etter år 2021 og en jevn sterk vekst i aldersgruppa 67 år+. Den yngste gruppen eldre (67-79 år) forventes å øke sterkt frem mot år 2024 for deretter å synke moderat. For aldersgruppene 80-89 år og 90 år+ viser prognosene en minimal endring frem til år 2022, men deretter forventes de å øke og da særlig gruppen 80-89 år. Nordreisa kommune har høyere andel frie inntekter sammenlignet med andre kommuner har en høyere ressursbruk (prioritering) på de store tjenesteområdene. Kommunen må forvente å skulle gi pleie og omsorgstjenester til flere innbyggere i årene som kommer, uten å kunne øke ressurstilgangen ytterligere. Det innebærer at ressursene må omdisponeres innenfor sektoren.

Små stillingsstørrelser innenfor tjenesteområdene i helse og omsorg, vil påvirke kvaliteten på tjenestene og kan utfordre kommunens mulighet til å sikre seg kompetanse. Kommunen bør vurdere å jobbe for økt heltidskultur. Forskning viser at en heltidskultur har positive effekter på effektivitet, kvalitet og på arbeidsmiljøet. Kommunen vil kunne sikre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, fremme kommunene som en attraktiv arbeidsgiver, utnytte ubenyttet, kompetent arbeidskraftpotensiale og fremme et godt og lærende arbeidsmiljø, som frigir tid til ledelse.

Kompetanse; relevant, tilstrekkelig, tilgjengelig

Å sikre rett kompetanse ut fra til enhver tid gjeldene behovene vil være avgjørende for Nordreisa kommune sin mulighet til å sikre kvalitet i tjenestene.

Kommunen bør ta utgangspunkt i all den kompetansen som faktisk finnes i organisasjonen. Et lurt grep er at organisasjonen styrker sin egen kompetanse på strategisk kompetanseledelse. Det innebærer økt kunnskap om de grepene ledere i kommunen tar sammen med sine medarbeidere for å sikre at tjenestene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å løse oppgavene nå – og fremover.

Samhandling og møtearenaer; Jobbe i team – jobbe over enhets-/avdelingsgrenser

Ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene opplever i stor grad å ha møtearenaene på plass. Det er noe mer uklart hvem som skal delta og om det til tider er for mange som er tilstede på enkelte av arenaene. Derfor er det smart å rydde i ansvar og rollefordeling. Viktig å sikre gode, strukturerte møter, der alle som deltar vet hvorfor de er der, hvilke saker som skal håndteres, at beslutninger tydeliggjøres, og oppfølging er klart; hvem og når.

Jobbe med egen organisasjonskultur – jobbe med det som vi vet virker

Hva betyr kommunens verdier, visjon, mål og strategier for oss innenfor egne tjenesteområder?

Ut fra hva forskningen forteller oss er det sterk sammenheng mellom mestring, motivasjon og bruk av kompetanse – og dermed hvilken form for mestringsklima organisasjonen er i stand til å etablere på avdelingene. Systematisk arbeid med mestringsklima og medarbeiderskap der motivasjon, mestring, læring og deling er hovedelementer, vil ha stor betydning for å lykkes. 10-faktor er et anbefalt utviklingsverktøy i dette arbeidet.

Organisasjonskultur kan defineres som *Det sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og med omgivelsene* (Henning Bang).

Omsorgstrappa

Kommunen må sørge for at alle trinnene i omsorgstrappen kommer på plass. Omsorgstrappen vil bidra til at folkevalgte, ledere, medarbeidere og innbyggere kan ha felles oppfatning av dimensjonering, kapasitet, strukturer, organisering og kvalitet i tjenestene innenfor helse og omsorg. Hensikten er også å synliggjøre at tjenester skal ytes på lavest mulig trinn i trappen.

Et vesentlig trinn som mangler i omsorgstrappen i Nordreisa, er omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Det skaper en situasjon som fører til ekstra press på institusjonsplasser, samt at hjemmetjenesten får økt belastning fordi pleietrengende må bo hjemme lengre. Kommunen har planlagt å rigge boliger med heldøgns omsorg i bygg som pr i dag er bebodd, men har ikke kommet i gang med å gjøre de nødvendige tilpasningene.

Ifølge befolkningsprognosen, vil Nordreisa oppleve en sterk økning i antall innbyggere i aldersgruppen 80+ de neste 10 årene. Kommunen må forvente at trykket på pleie- og omsorgstjenestene vil øke. Da vil boliger med heldøgns bemanning være en vesentlig del av løsningen.

Tildeling av tjenester – hvem og hvordan

Nordreisa kommune har et tildelingsteam for tjenester. Pr i dag har ikke alle helt klart for seg hva dette teamet faktisk har i oppdrag. Derfor anbefaler vi at tildelingsteamet oppgaver tydeliggjøres overfor alle – og videre tydeliggjøre delegeringen til teamet samt vurdere sammensetningen av teamet.

Når tjenester er tildelt: følg opp vedtakene – skap god dialog – evaluer – juster.

Kvalitet i tjenestene – leveranse og forventning; fokus på fag, folk og fordeling

Kvalitet betyr at tjenestene:

- Har god utnyttelse av ressursene
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Er trygge og sikre
- Er virkningsfulle

Ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene bør jobbe med å fylle disse kvalitetsindikatorerne med konkret innhold og gjennom det definere målbare mål. Det vil sikre felles forståelse for nivået på kvalitet og for oppgaveløsningen.

Det stilles strengere krav til at kommunen skal drive systematisk kvalitetsforbedring, internopplæring og veiledning av egne ansatte. Dette stiller krav til mer systematisk planlegging, organisering og ledelse.

Fornyelse og innovasjon

Sektor helse og omsorg bør, i likhet med de andre sektorene, øke innsatsen og takten på utvikling av effektive tjenester, der teknologi og digitalisering både er mål, drivere og en del av løsningene.

Utvikling av digitale tjenester vil påvirke måten vi i dag planlegger, organiserer og utfører tjenester på. Det vi snakker om er *digital transformasjon*. Det dreier seg om endring og fornyelse av tjenester, prosesser og arbeidsmåter.

Sektoren har behov både for å kartlegge hvilke digitale løsninger som allerede finnes innenfor sektorens tjenester, og så utarbeide en strategi for digitalisering av tjenestene. Strategien må anvendes aktivt i alle målprosesser, inngå som ledd i planlegging av prosesser og prioriteringer. Ved å ta mulighetene i bruk, vil kommunen løse utfordringene. Å *begynne med* nye metoder er sannsynligvis mer effektivt enn å *slutte med* de gamle metodene. Fornyelse og innovasjon vil sikre god omsorg både i hjemmebasert omsorg og på sykehjem.

10 kjennetegn på hverdagsdigitalisering

1. Forsker på innbyggernes behov – behovene er alltid utgangspunktet
2. Er stadig på utkikk etter forbedringer av arbeidsprosesser og tjenester
3. Jakter på gode ideer og melder seg på som piloter
4. Har kultur for å prøve og feile
5. Har høy bruk av digitale løsninger som er tilgjengelig og tilpasset krav (internettbasert, samhandlingsbasert, sentralisert i skyen)
6. Har oppmerksomhet på personvern og informasjonssikkerhet
7. Foretar enkle risikovurderinger og risikobegrensninger
8. «Amputerer» gamle arbeidsprosesser
9. Sørger for opplæring/veiledning av brukerne i digitale løsninger
10. Omdisponerer ressurser raskt når ny digitale løsning er iverksatt



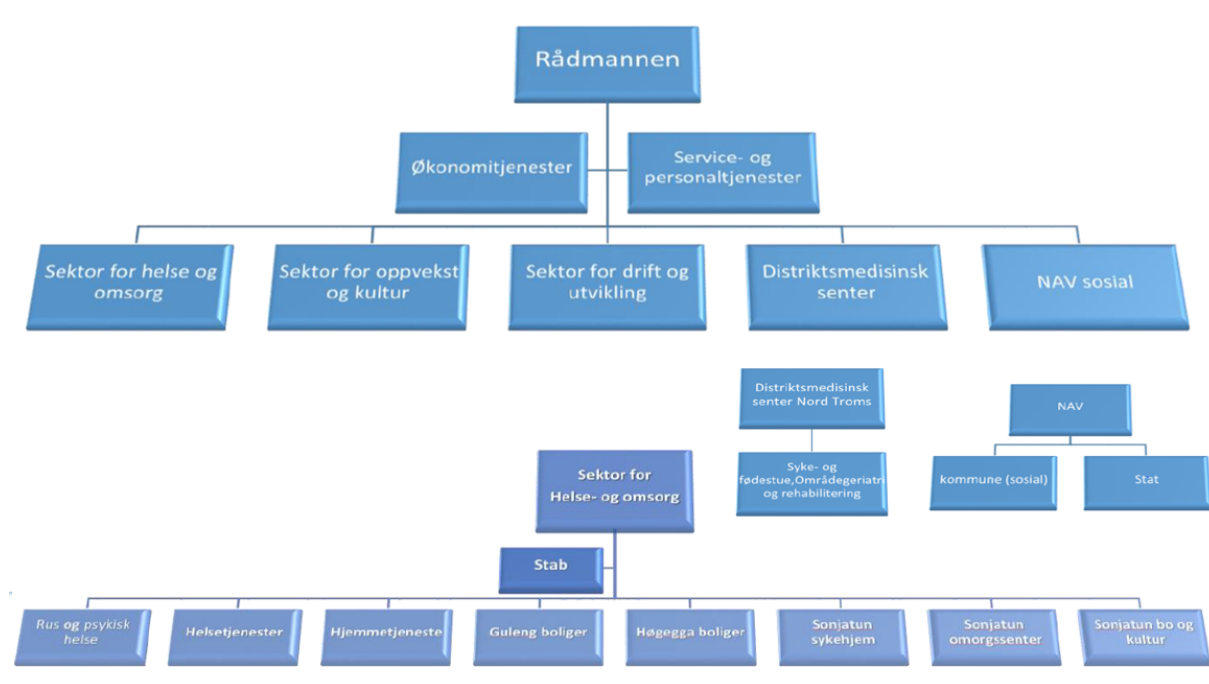
Tjenestedesign og arbeidsprosesser

Vi setter innbygger, ansatt og organisasjon i sentrum!

Vi trenger metoder for å arbeide frem en grundig innsikt som danner forståelse og erkjennelse for et behov for endring. Vi får fram ambisjoner og fremtidsbilder for ønsket tilstand. Med å sikre helhet når det skal jobbes med arbeidsprosesser, bør det fokuseres på: «Frontstage» - kvaliteten i leveransen i førstelinjen. «Backstage» – hvordan dette påvirker arbeidsprosessene i andrelinjen, for å oppnå hensiktsmessig leveranse. «Behind the scenes» for se på den mest formålstjenlige administrative organiseringen, hvordan tjenestene skal kunne gis i et fremtidsperspektiv og som dermed vil synliggjøre fremmere og hemmere for den nødvendige endringen.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene er utgangspunkt for den gjennomgangen som er foretatt. KS-K har fått oversendt dette organisasjonskartet, og arbeidet ut fra dette:



Organisasjonsstrukturen – hvordan kommunen er organisert både politisk og administrativt – vil være rammen for arbeidet med framtidig samfunns- og tjenesteutvikling hvor innbygger og bruker inkluderes og tas med. En tydelig struktur hvor ansvar og myndighet er tydeliggjort, legger grunnlaget for god gjennomføringsevne og en handlekraftig kommune.

I Nordreisa kommune er det en forventning om at skal strukturen bidra til effektiv og rasjonell drift samt kapasitet til utvikling av de ulike tjenesteområdene, og videre støtte opp under de organisasjonsendringer som foretas og utnytte potensialet i dette.

Effektiv og rasjonell drift på tjenesteområdene kan handle om:

- Oppfølging av resultatmål basert på politiske vedtak og føringer
- Drift i tråd med lover og regler
- Effektiv og målrettet ressursbruk
- God samhandling på tvers av organisasjonen – slik at alle innbyggere ivaretas
- Synliggjøring og anerkjennelse av god kvalitet
- Kvalitetssikring og kontinuerlig forbedring av drift og oppgaveløsning
- Avvikling av oppgaver som er blitt unødvendige

Ved vurdering av struktur i organisasjonen er både formål og funksjon viktig. Med formål er utgangspunktet hvilken tjenestetype det er snakk om og med funksjon er utgangspunktet hvilken type oppgave det er snakk om; forvaltningsoppgaver, driftsoppgaver, utviklingsoppgaver.

Kommuneplanen viser retning – folketallsutvikling og drivkrefter

Kommuneplanens samfunnsdel og arealdel samt handlingsprogrammet er av avgjørende betydning for utviklingen av Nordreisasamfunnet. Det er disse styringsverktøyene som viser hvilken retning samfunnet skal utvikles i - fra politisk nivå og ut i hvert tjenesteområde i organisasjonen. Dette skal bidra til at organisasjonen jobber på en slik måte at de sikrer gode kommunale tjenester og utvikling av Nordreisasamfunnet i tråd med de politiske målsetningene. Kommunen helhetlig styring av virksomhetene gjennom klare rutiner, systemer og styringsindikatorer som tjenesteområdene trenger for å nå fastsatte mål og utføre definerte oppgaver på ønsket måte og nivå. I dette står administrativ organisering og lederstruktur og kompetanse sentralt. God ledelse har betydning for både planlegging av og gjennomføring av de mål og strategier som kommunen skal oppnå.

Kommuneplanens samfunnsdel (2012-2025) *Mot et åpent kunnskapssamfunn* er det overordnede styringsverktøyet og beskriver mål og strategier for viktige samfunnsområder, med fokus på *Når vi vet hvordan vi har det, hvor vi er, kan vi beskrive hvor vi vil, våre mål, og hvordan vi kommer dit, våre strategier: Trygghet og livskvalitet – Bærekraftig samfunnsutvikling – Organisasjon – mennesker og ressurser*

Innenfor området Trygghet og livskvalitet er følgende mål fastsatt som de viktigste for utviklingen av lokalsamfunnet:

Helse-, omsorgs- og sosialtjenestene

Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Kultur

I Nordreisa skal kulturarbeidet være preget av åpenhet og inkludering og være forankret i vår egen flerkulturelle historie og identitet.

Utdannings- og oppvekstpolitikk

Nordreisa skal være et attraktivt og helhetlig utdannings- og oppvekst-samfunn forankret i kunnskap om vår kultur, vår natur og vårt miljø. Nordreisa kommune skal styrke den helhetlige ledelsen i oppvekst-sektoren.

Folkehelsen

Nordreisa kommune skal være pådriver og jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen.

Bosettings- og boligforhold

Nordreisa skal ha boliger, boformer og bomiljø som bidrar til mangfold og god livskvalitet. Nordreisa kommune skal være en attraktiv kommune å bo i, og alle skal kunne etablere seg og ha egen bolig.

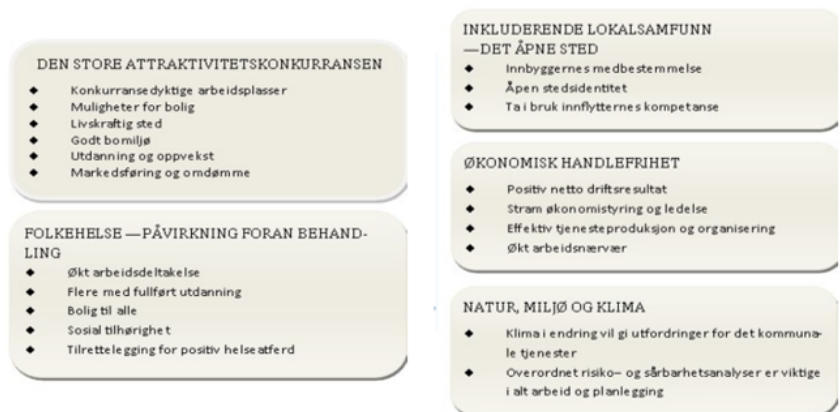
Frivillighet

Nordreisa vil at frivillige lag og foreninger skal være en viktig ressurs i samfunnsutviklingen, og kommunen ønsker å støtte opp om dette.



Sammen for trygghet og trivsel

Samfunnsdelen, med et 12-års perspektiv, gir sammen med økonomiplanen, som har et 4-års perspektiv, gir sammen et helhetlig bilde av forventet utvikling av Nordreisasamfunnet; for perioden 2019-2023 er disse områdene prioritert som vesentlige:



Befolkningsutviklingen: Utviklingen i folketall og ikke minst sammensetningen i de ulike aldersgruppene har stor betydning for hvordan Nordreisa kommune bør prioritere ressursene sine framover. KS-K benytter tall fra SSB, og tabellen under viser befolkningsfremskriving med utgangspunkt i folketall pr 01.01.2019. I tillegg til å være veiviser for hvordan ressursene bør prioriteres, sier dette også noe om hvilke forventninger kommunen kan ha til framtidige rammeoverføringer basert på folketall og sammensetning.

Befolkningsfremskriving per 1.1 - standard er SSB - MMMM alternativet, TBU-metode

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0-1 år	83	84	87	88	91	93	94	94	96	99	100
2-5 år	198	190	187	201	205	213	216	220	223	226	228
6-15 år	623	635	625	611	610	594	592	590	577	584	586
16-18 år	183	158	195	199	201	199	196	204	204	195	193
19-20 år	119	152	128	113	126	138	148	133	139	144	137
21-22 år	127	118	118	143	122	109	119	131	140	127	131
23-29 år	462	462	465	449	456	469	447	445	441	452	458
30-34 år	260	274	296	298	309	314	314	318	310	315	310
35-49 år	878	852	828	821	804	823	824	837	858	876	891
50-66 år	1 070	1 096	1 111	1 140	1 147	1 141	1 148	1 153	1 149	1 140	1 136
67-79 år	670	694	716	727	744	763	764	759	747	742	746
80-89 år	192	201	199	207	216	225	244	268	304	326	341
90 år og eldre	44	46	50	48	55	50	52	48	50	52	55
Sum innbyggere	4 909	4 962	5 005	5 045	5 086	5 131	5 158	5 200	5 238	5 278	5 312

SSB gjør årlige framskrivinger for en periode på 10 år. Jo lengre ut i tabellen man kommer, jo større er usikkerheten. Fremskrivningen indikerer endringer både i antall innbyggere og i sammensetningen i aldersgruppene. For aldersgruppene *80-89 år og 90 år og eldre* forventes det en omfattende økning i årene som kommer på samlet sett rundt 70 %. Det vil være helt nødvendig for Nordreisa kommune å planlegge tjenestene for denne økningen, gjennomføre nødvendige effektiviseringsprosesser – det for å skape større handlingsrom økonomisk, sikre at man optimaliserer bruken av kompetansen i organisasjonen og jobber med felles forståelse av kvaliteten på tjenestene.

Drivkrefter: Utviklingen i Nordreisa kommune vil i likhet med andre kommuner påvirkes av drivkrefter – og disse drivkreftene bør man jobbe med for å skape bilder av hvordan disse kan påvirke utviklingen av samfunnet og av organisasjonen – og dermed tjenestene og kvaliteten på dem. Altså handler dette om drivere som er relevant for kommuner og offentlig forvaltning, og som omfatter politiske, økonomiske, teknologiske, demografiske, miljømessige og sosiale krefter. Om vi ser på hvilke drivkrefter som i stor grad vil påvirke tjenesteområdene i Nordreisa kommune, vil eksempler på dette være:

- Lav befolkningsvekst og flere eldre
- Mindre økonomisk handlingsrom – lavere offentlige inntekter
- Teknologisk utvikling – i raskt tempo (velferdsteknologi)
- Tilgang på kompetent arbeidskraft
- Endringer i klima og miljø som kan påvirke samfunnet
- Kommunale bygg tilpasset ressursbehovet og tjenesteleveransene
- Muligheter for samhandling med nabokommuner og regionene
- Opprettholdelse av eksisterende og etablering av nye næringsaktører (helserettede)
- Økte forventninger fra innbyggere og aktører

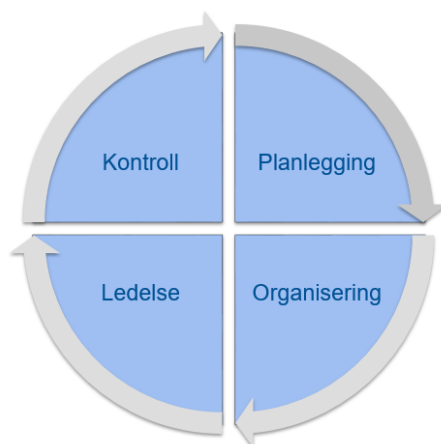
Styring og ledelse i kommunen

Ledelse, styring, strategisk planlegging og politiske veivalg må sees i sammenheng i kommunen. Det handler om å ha oversikt, prioritere og utnytte ressursene best mulig på vegne av innbyggere og tjenestemottakere; planlegging, organisering, ledelse og kontroll.

I en politisk styrt organisasjon er styring både et politisk og et administrativt ansvar. Altså er ikke styringen ene og alene være et resultat av en velfungerende administrativ ledelse, til det er politiske veivalg for tungtveiende. Men en velfungerende ledelsesfunksjon på alle områder, vil gi et langt tryggere grunnlag for de valg som blir tatt. I en politisk styrt organisasjon er det viktig å forstå sammenhengene mellom styring, ledelse og tjenesteutøvelse – det er selve nøkkelen til vellykket og bærekraftig kommunepolitikk. God ledelse og styring vil danne grunnlaget for bevisste veivalg og i det å bevisstgjøre konsekvensene av veivalg i det å forvalte de begrensede ressurser som finnes til rådighet. Det handler om å oppnå forventet kvalitet på tjenestene gjennom å forvalte de økonomiske og menneskelige ressursene; arbeidskraft og kompetanse – ut fra det som er planlagt.

Gjennom god ledelse og styring vil kommunen sikre; hva som planlegges produsert og hva som faktisk produseres – oversikt og kontroll over ressursbruken, effektiv utnyttelse av ressursene, rolleklarhet, stabile og forutsigbare ressursrammer, raskere tilpasning av ressursbruken når rammevilkårene endres, økt politisk handlingsrom. Motsatt vil dårlig ledelse og styring kunne medføre; redusert utnyttelse av ressursene, planlegging basert på syning og mindre på viten som nødvendigvis ikke gir resultater, manglende oversikt over kommunens ressursbruk, redusert politisk handlingsrom.

All styring av den kommunale virksomheten bør inneholde **planlegging** av hva og hvorfor, for å møte det som ligger i fremtiden – fortsetter med å støtte opp gjennom **organisering** av hvordan, de handlinger som må til – **ledelse** sikrer gjennomføring, oppfølging og rapportering ut fra det planlagte – mens **kontroll** sikrer at man holder seg innenfor de til enhver tid gitte rammene og at man evaluerer hva man faktisk har oppnådd og hvordan. Dette sikrer styringsevne og prioriteringene, både i planleggingsfasene og underveis.



Kvalitet i tjenestene

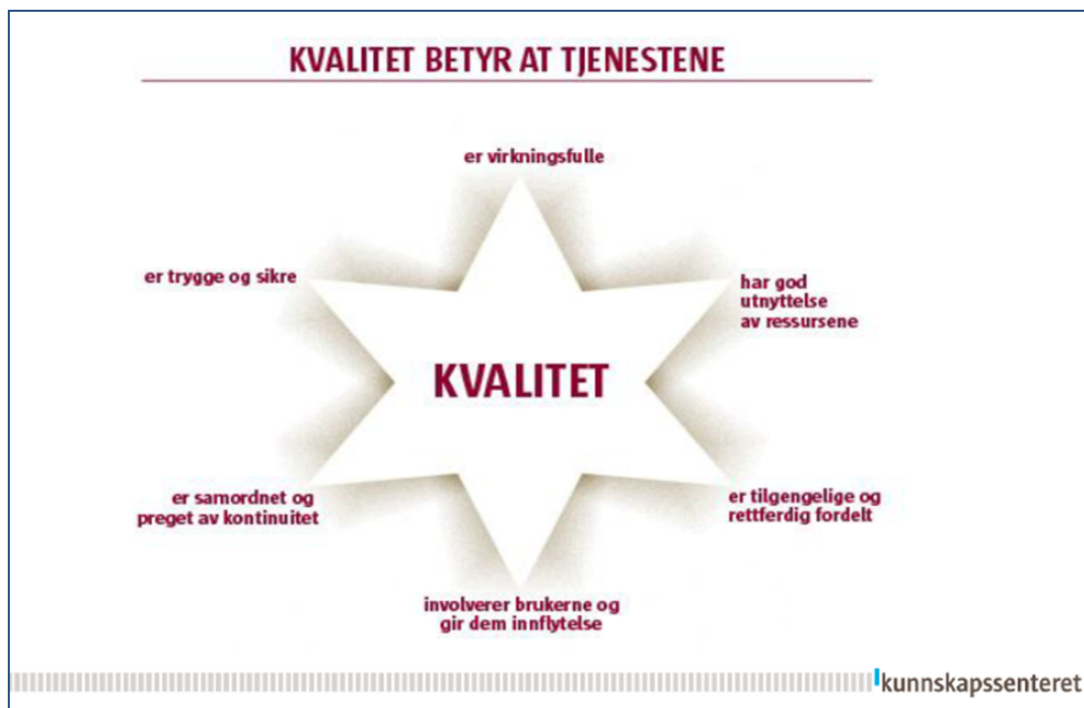
I prosessen har vi lagt vekt på å jobbe med; *hva er kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa kommune?*

En enkel formel på hva kvalitet er kan visualiseres slik:

$$\text{Kvalitet} = \frac{\text{Leveranse}}{\text{Forventning}} = 1$$

↓
Gjensidig avklarte forventninger

Som utgangspunkt for å jobbe med kvalitet har vi i prosessen benyttet innsikten i den såkalte *KVALITETSSTJERNA* som beskriver hva kvalitet i tjenestene betyr:



- 1. Virkningsfulle tjenester:** «Helse- og velferdstjenestene skal i størst mulig grad kunne vise til ønsket effekt om bedret helse, livskvalitet og/eller funksjon. Kommunen skal yte nødvendige og forsvarlige tjenester og bidra til økonomisk og sosial trygghet.»

Hva trenger vi da å vite? Volum, saksmengde og håndtering av søknader om tjenester; (antall enkeltvedtak, antall innvilgede søknader, antall søknader med avslag, antall søknader avskrevet, antall langtidsplass i institusjon ikke iverksatt, innvilget langtidsopphold, avslag langtidsopphold mm.)

- 2. Har god ressursutnyttelse av ressursene:** «Å utnytte ressursene på en god måte innebærer blant annet å forebygge å måtte yte tjenester som kunne vært unngått, og ha tilstrekkelig antall ansatte på jobb som utfører riktige oppgaver på rett måte.»

Hva trenger vi da å vite? Innsikt i behov, ressursbruk, enhetskostnader og dekningsgrader (KOSTRA), Over-/underbelegg (korridorpasienter), Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC, Nærvær blant ansatte i pleie og omsorgstjenesten, Riktig kompetanseprofil.

- 3. Er tilgjengelige og rettferdig fordelt:**

Hva trenger vi da å vite? Ventetid, Legetimer per beboer på sykehjem, Fysioterapitimer per beboer på sykehjem, Andel personell med fagutdanning i omsorgstjenesten, Bruksrater – hvor mange får tjenester og hvor mye.

- 4. Involverer brukerne og gir dem innflytelse:** «Brukerinvolvering/medvirkning og informasjonsinnhenting om brukerens opplevelse av tjenestene og deres mulighet til å være med å ta egne valg har betydning for opplevd kvalitet på tjenestene.»

Hva trenger vi da å vite? I hvilke grad brukerne er med på å utarbeide egne planer, Med i evaluering/justering av tjenestene?, Hva mener pårørende/brukerne om tjenestene som leveres?, På hvilke områder innhenter kommunen systematisk brukeropplevelser gjennom egne undersøkelser?, Hvordan brukes eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne?

- 5. Er samordnet og preget av kontinuitet:** «Helse- og omsorgstjenestene blir stadig mer funksjonsfordelt og spesialisert. For at pasienter/brukere skal oppleve rettmessige helhetlige forløp og sammenhengende tjenester må de ulike aktørene ha gode rutiner for samhandling. St.m. nr. 15 2017-18 «Leve hele livet» har sammenheng og overganger i tjenestene som et av satsningsområdene»

Hva trenger vi da å vite? Samhandlingsforløp, avtaler, rutiner med sykehus/helseforetak, Koordinerende enhet, Individuelle planer (andel langtidsbeboere med IP er en egen KOSTRA-indikator).

- 6. Er trygge og sikre:** «Det er helse og velferdstjenestens ansvar å unngå og å forebygge at brukere påføres skader»

Hva trenger vi da å vite? Antall klagesaker?, Tilsyn (hendelsesbasert tilsyn)?, Anmodninger/saker fra Pasient- og brukerombudets årsrapport?, Bruker-/pasientombud?, Bruk av Øyeblikkelig Hjelp plasser?, Reinnleggelser og betaling for utskrivningsklare pasienter, Bruk av tvang og makt?, Alvorlig avvik (liggesår, fall, ernæring, medisiner mm).

Forskrift om kvalitet i omsorgstjenestene – kvalitetsforskriften: Nordreisa kommune skal, i likhet med alle norske kommuner, utøve faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kravene helse- og omsorgslovgivningen er mange og omfattende, samtidig som at kommunen som ansvarlig for tjenestene kan bruke lov- og forskrifter som verktøy for systematisk styring og ledelse samt

kontinuerlig forbedring. En egen kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene har til hensikt å sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav som er stilt.

Kommunen skal altså drive systematisk kvalitetsforbedring, internopplæring og veiledning av egne ansatte. Dette stiller krav til mer systematisk planlegging, organisering og ledelse.

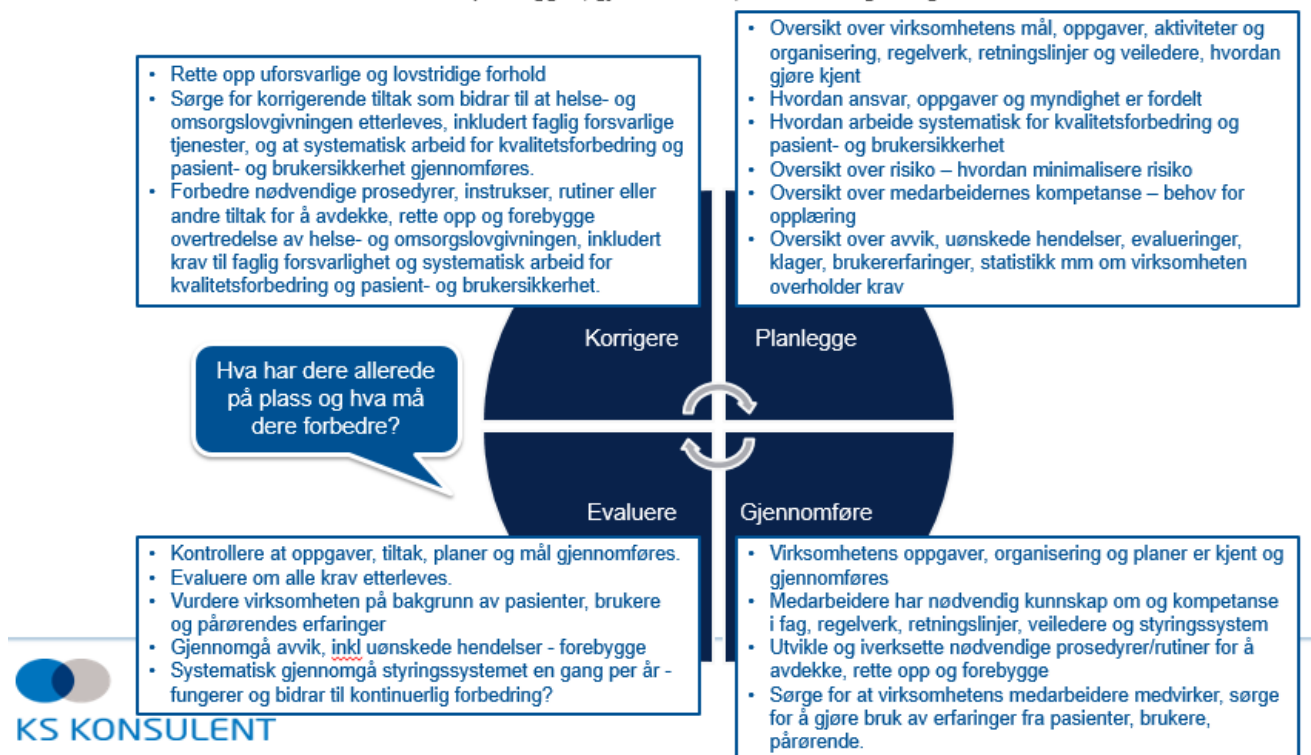
Forskriftens virkeområde er omfattende og gjelder virksomheter på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester.

Ved å jobbe i henhold til kravene som stilles i kvalitetsforskriften, vil sektoren for helse og omsorg kunne sikre tjenestekvaliteten og det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Nedenfor er innholdet i kvalitetsforskriften beskrevet:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

«Virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav»



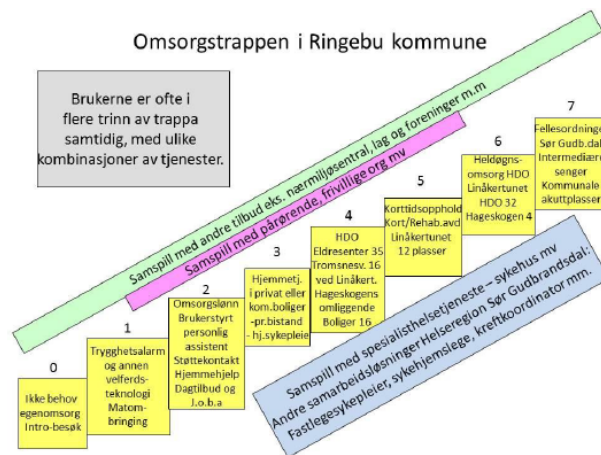
Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er et verktøy som kommuner tar i bruk for å ivareta tjenestemottakernes sammensatte behov. Omsorgstrappens tankegang er *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå). I henhold til Helsedirektoratets Rapport IS-2375 om *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk – Eldres helse og bruk av kommunale omsorgstjenester* har LEON vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet. Det prinsippet innebærer at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet. Primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, skal behandle den overveiende del av befolkningens helseproblemer og være basis for helsetjenestens øvrige ledd. Primærhelsetjenesten skal også være bindeleddet mellom befolkningen i en kommune og de spesialiserte helsetjenestene.

Omsorgstrappen, også kalt tiltakskjeden, beskriver de kommunale helse- og omsorgstjenester. Tankegangen bak trappebegrepet er at disse tjenestene kan plasseres eller rangeres på ulike nivå. Omsorgstrappen visualiserer brukernes helsetilstand og dermed også graden av behov for tjenester.

Omsorgstrappen bør av kommunen benyttes aktivt i utvikling, tilpasning og organisering av tjenestetilbudet. Brukerne er ofte i flere trinn av trappa samtidig med ulike kombinasjoner av tjenester. Samspill med andre kommunale tjenester må finne sted og kan foregå gjennom ansvarsgrupper, individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. I tillegg kan samspill skje med pårørende og frivillige organisasjoner.

Figuren nedenfor viser eksempel på omsorgstrappen – her hentet fra Ringebu kommune. Den viser helse- og omsorgstjenestene skjematisk og synliggjøre hvilke tiltak som er aktuelle på de ulike nivå i omsorgstrappen:



Underveis i ou-prosessen har de involverte arbeidet med hvordan omsorgstrappen ser ut pr i dag i Nordreisa kommune, og hvordan den bør se ut i framtiden. Kommune mangler et vesentlig trinn i omsorgstrappen; omsorgsboliger med heldøgns omsorg til eldre. Dette gir økt press på de øvrige trinnene i omsorgstrappen – både tjenester på lavere og høyere nivå i trappa. Kommunen har vedtak på at det rigges boliger med heldøgns omsorg for eldre, men dette er foreløpig ikke iverksatt. En velfungerende omsorgstrapp er av stor betydning for å kunne yte effektive og kvalitative gode tjenester.

KOSTRA-analyse av helse- og omsorgstjenestene i Nordreisa

Innledning

I en KOSTRA-analyse av Nordreisa er det ønskelig å ha med noen sammenliknbare kommuner slik at vi kan få et bedre inntrykk av hvordan kommunens tjenester «ser ut» relatert og sammenliknet med andre. Ved valg av sammenlikningskommuner er det vanlig å bruke kriteriene; antall innbyggere, nivå på utgifts korrigererte frie inntekter og samlet utgiftsbehov – dette er vist i tabellen under:

Komm.nr.	Kommune	Antall innb. 1.1.18	Utg. korr. frie innt. pr innb.	Samlet utg. behov	KOSTRAgr.
1942	Nordreisa	4 944	60 233	1,133	3
2011	Kautokeino	2 946	67 071	1,192	3
2019	Nordkapp	3 229	62 735	1,082	3
2020	Porsanger	3 964	63 848	1,037	3
2021	Karasjok	2 701	65 708	1,094	3
2025	Tana	2 922	68 285	1,159	6

Vi vurderer kommunene i dette utvalget til å være rimelig sammenliknbare og vi supplerer analysen også med tall for KOSTRAgr. 3 (små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) og land u/Oslo.

Før vi ser nærmere på KOSTRA-tall og vurderer enhetskostnader (hvor mye det koster å produsere en «enhet»), dekningsgrader (hvor mange i en målgruppe som får tjenester) og ressursbruk vil det være formålstjenlig å redegjøre for objektive forhold som påvirker ressursbruken – dvs. sosioøkonomiske og demografiske forhold.

Objektivt utgiftsbehov

I utgiftsutjevningen i inntektssystemet finner vi objektive demografiske og sosioøkonomiske variabler som skal fange opp kommunenes forskjeller i utgiftsbehov. De er vektet med ulike verdier og i tabellen under vises delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg med Nordreisa sine verdier sammenliknet med landssnittet basert på delkostnadsnøkkelen for 2017:

Pleie og omsorg:			
Kriterium	Landet	Nordreisa	Land = 100
Innbyggere 0-66 år	0,1421	0,1374	96,7
Innbyggere 67-79 år	0,1094	0,1317	120,4
Innbyggere 80-89 år	0,2012	0,2383	118,5
Innbyggere 90 år og over	0,1061	0,1097	103,3
Dødelighet	0,1305	0,1596	122,3
Andel ikke gifte over 67 år	0,1305	0,1885	144,4
PU 16 år og over	0,1397	0,2534	181,4
Sone	0,0111	0,0247	222,6
Nabo	0,0111	0,0240	216,3
Basiskriteriet	0,0183	0,0464	253,8
SUM	1,0000	1,3137	

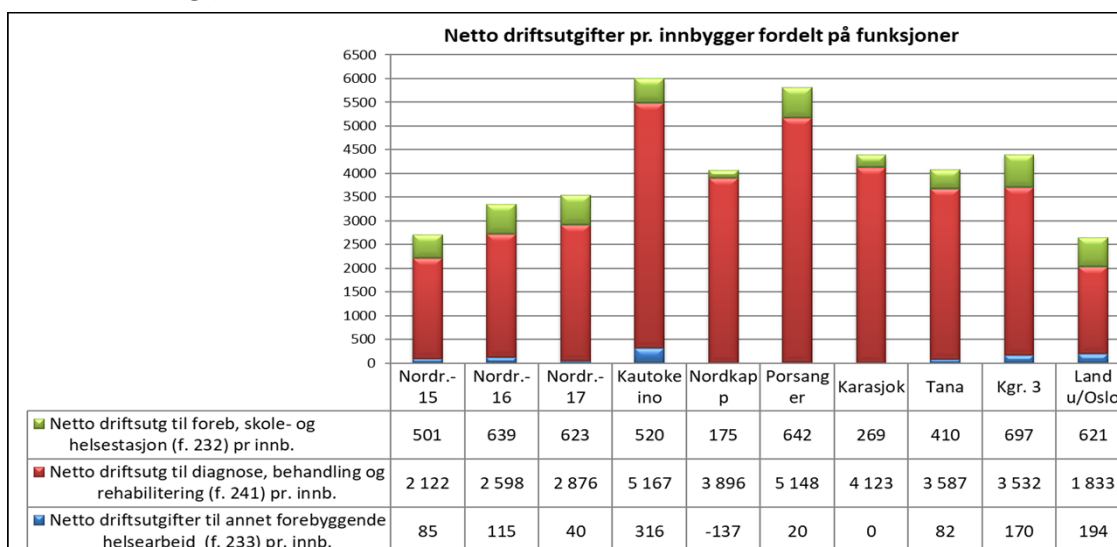
Vi ser at Nordreisa har et objektivt utgiftsbehov for pleie- og omsorgstjenester som ligger ca. 31,4% over landssnittet. Hovedforklaringen til dette er at Nordreisa har en høyere andel PU 16 år og over, høyere andel ikke-gifte over 67 år og høyere andel innbyggere i alderen 67-79 år og 80-89 år.

Objektivt utgiftsbehov for Kommunehelsetjenesten:

Helse:			
Kriterium	Landet	Nordreisa	Land = 100
Innbyggere 0-22 år	0,2815	0,28220	100,2
Innbyggere 23-66 år	0,3011	0,28592	95,0
Innbyggere 67 år +	0,2911	0,34613	118,9
Sone	0,0284	0,06322	222,6
Nabo	0,0284	0,06144	216,3
Basis	0,0695	0,17638	253,8
SUM	1,0000	1,2153	

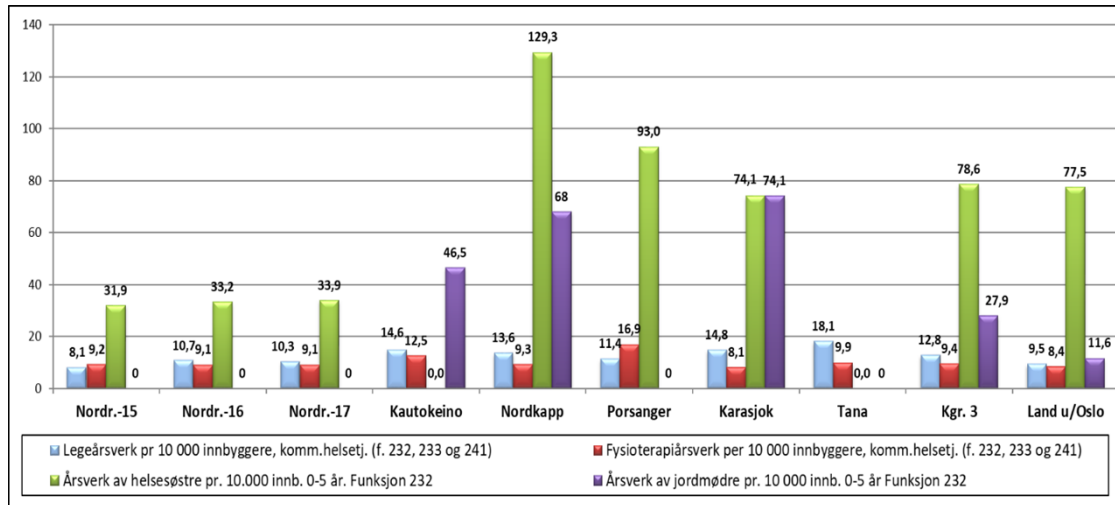
Vi ser at Nordreisa har et objektivt utgiftsbehov for kommunehelsetjenester som ligger ca.21,5% over landssnittet. Hovedforklaringen til dette er at Nordreisa har en høyere andel eldre over 67 år.

Det er viktig å være klar over at i de påfølgende KOSTRA-tallene for ressursbruk (prioritering) vil tallene for Nordreisa ikke være korrigert for kommunens objektive behov.

Hovedfunn og sentrale KOSTRA-tall for Kommunehelsetjenesten basert på KOSTRA-tall pr 15.06.18
Figur 1) Prioritering (ressursbruk)


Vi ser av figuren over at søylen totalt sett ligger en del under Kgr. 3, men over landssnittet (land u/Oslo). Nordreisa har altså en samlet prioritering av kommunehelsetjenesten som er under Kgr. 3, men over landssnittet. Hvis Nordreisa skulle hatt samme prioritering som Kgr. 3 hadde kommunen brukt ca. 4,3 mill. kr mer. Videre ser vi at det er særlig på funksjon 241 «diagnose, behandling og rehabilitering» som Nordreisa har lavere ressursbruk enn Kgr. 3. Funksjon 241 omfatter hovedsakelig lege- og fysioterapitjenester.

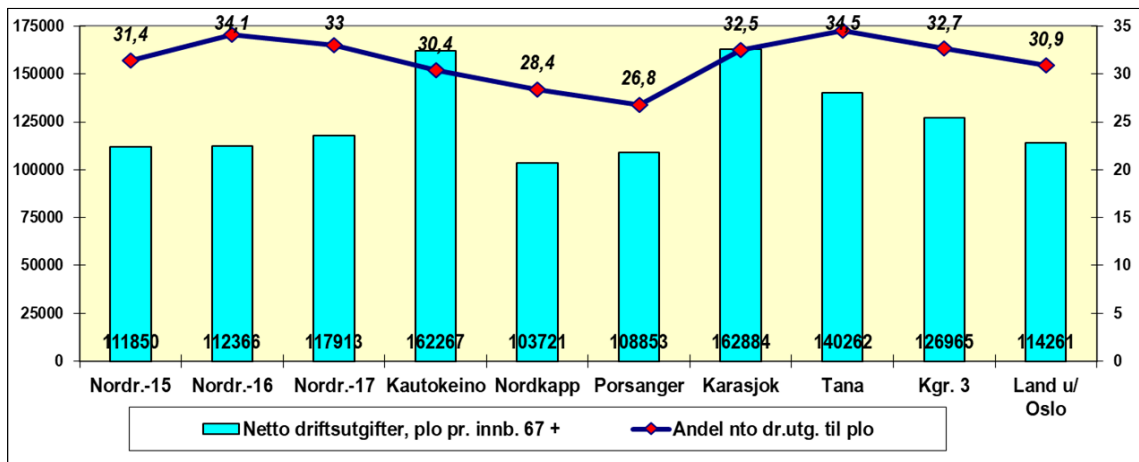
Figur 2) Årsverk



Vi ser av figuren over at Nordreisa har noe lavere bemanning av helsesøster-, lege- og fysioterapiårsverk enn Kgr. 3.

Hovedfunn og sentrale KOSTRA-tall for pleie og omsorgstjenesten basert på KOSTRA-tall pr 15.06.18

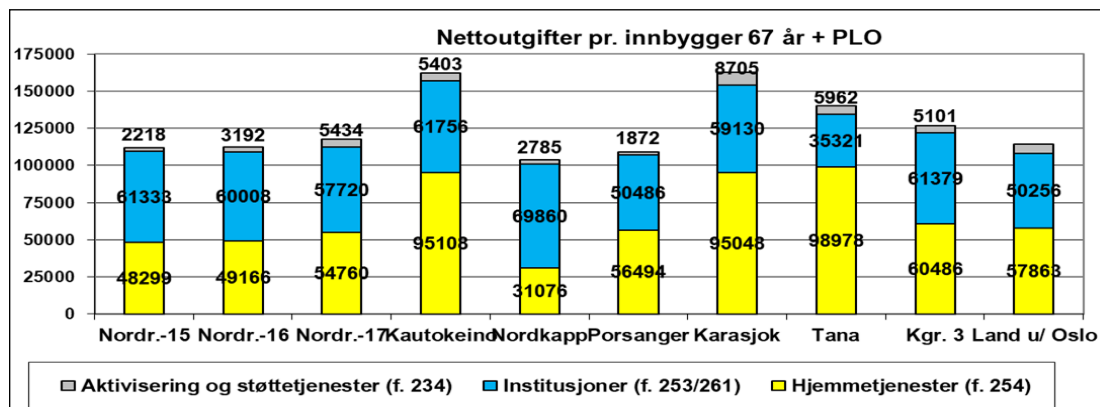
Figur 3) Samlet prioritering (ressursbruk) pleie og omsorg



Figuren over viser netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr innbygger 67 år+ på søylene og andel netto driftsutgifter til pleie og omsorg i % av totale netto driftsutgifter på grafen.

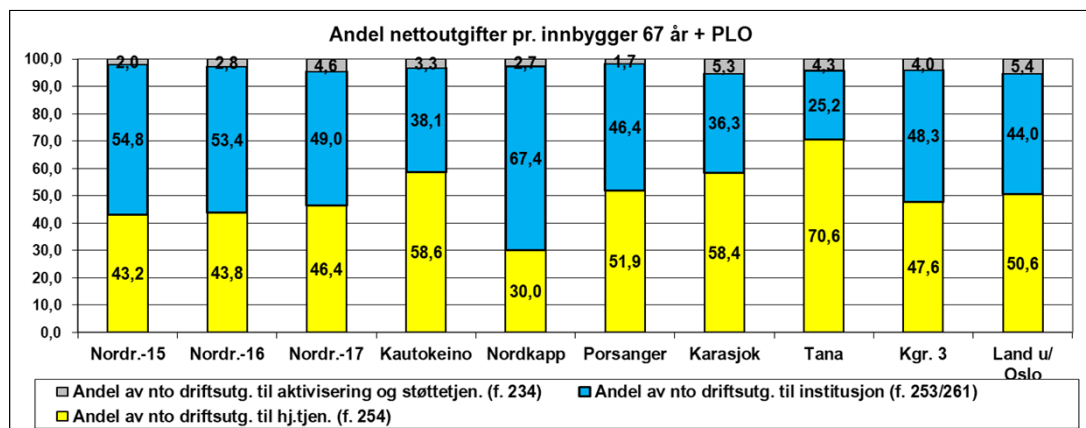
Tallene i figuren er ikke justert for lønns- og prisvekst i perioden 2015 til 2017 og tar vi dette i betraktning så har Nordreisa samme nivå på ressursbruken i 2017 som for 2015. Videre viser tallene at Nordreisa har en lavere prioritering målt ved innbyggere 67 år+ enn Kgr. 3. Skulle kommunen hatt samme ressursbruk som Kgr. 3 ville man ha brukt ca. 7,9 mill. kr mer. Grafen viser at om lag hver tredje krone ble brukt på pleie- og omsorgstjenester, og dette er litt høyere enn Kgr. 3 og landssnittet.

Figur 4) Prioritering (ressursbruk) pr deltjeneste



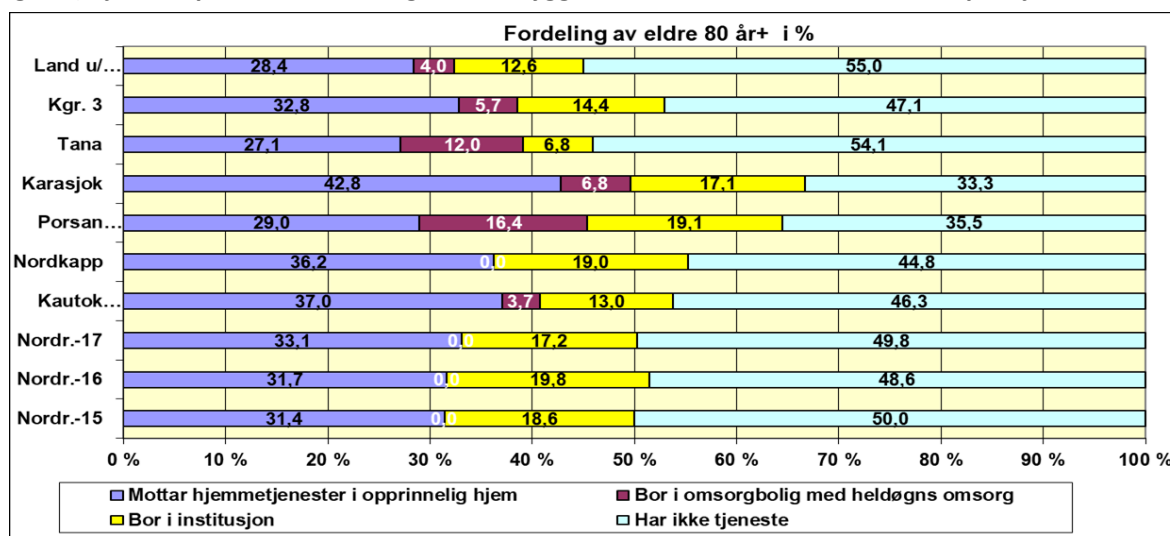
Figuren over viser at Nordreisa har lavere ressursbruk i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, og litt høyere for aktivisering og støttetjenester sammenliknet med Kgr. 3.

Figur 5) Prosentvis prioritering (ressursbruk) pr deltjeneste



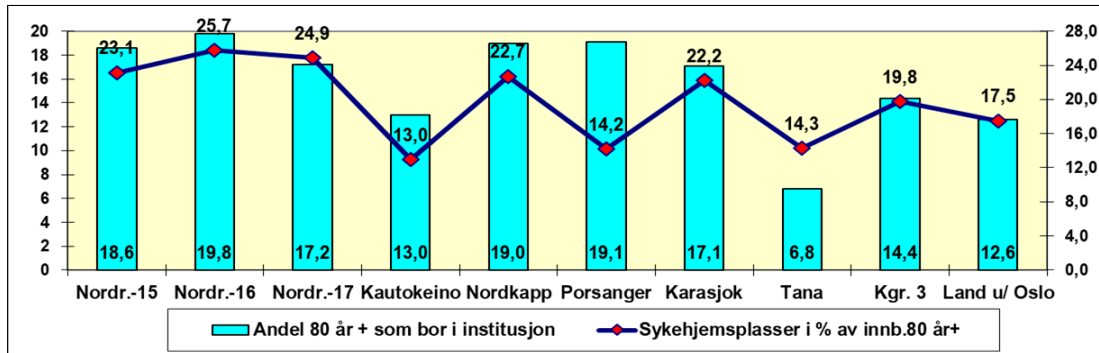
Figuren over viser at Nordreisa har i perioden 2015 til 2017 hatt en dreining fra institusjonstjenester til hjemmetjenester.

Figur 6) Tjenesteprofil – hvor mange av innbyggerne over 80 år er mottakere av plo-tjenester?



Figur 6 viser at litt over halvparten av innbyggerne over 80 år i Nordreisa mottar plei-tjenester i 2017. Dette er en litt lavere andel enn Kgr. 3, men en høyere andel enn landssnittet. Videre viser figuren at Nordreisa har en høyere andel av innbyggerne over 80 år på institusjon, og at kommunen ikke har omsorgsboliger med heldøgns omsorg til denne brukergruppa.

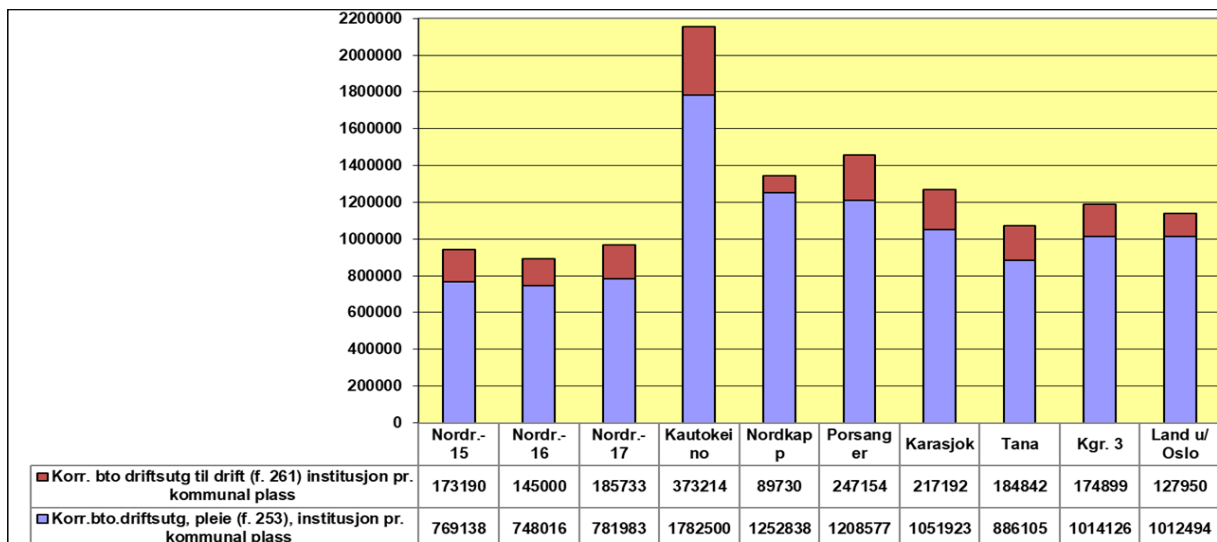
Figur 7) Tilgjengelighet og bruk av sykehjemsplasser – innbyggere over 80 år



Figuren over viser tilgjengelighet til sykehjemsplasser på grafen og hvor mange innbyggere over 80 år som er på sykehjem (bruksrate) på søylene. Nordreisa har høy tilgjengelighet (24,9%) og høyere bruksrate (17,2%) sammenliknet med Kgr. 3 og landssnittet.

For å kunne vurdere «terskler» og tilgjengelighet til pleie og omsorgstjenester må man se på tilgjengeligheten til sykehjemsplasser sammen med bruksrater (hvor mange som mottar) hjemmetjenester – se figur 11. Man bør også ha informasjon om hva slags type plasser kommunen disponerer, hvor lenge beboerne i gjennomsnitt bor på institusjon og hvordan fleksibiliteten/bruken av de plassene man disponerer er.

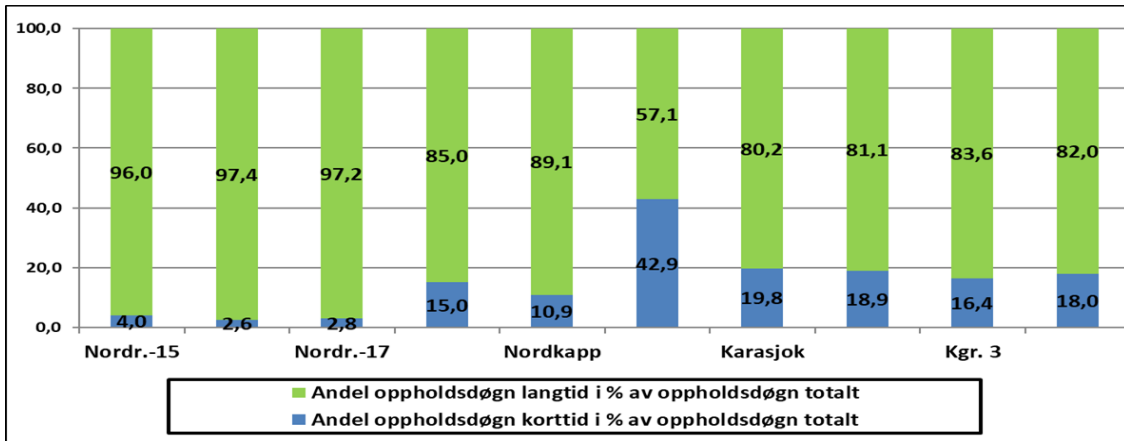
Figur 8) Enhetskostnad – hvor mye «koster» en institusjonsplass?



I figuren over viser vi utgift pr plass splittet opp på f. 261 «drift av bygninger» og f. 253 «pleie». Vi ser at Nordreisa har noe høye utgifter til drift av bygninger, men veldig lave utgifter til pleie sammenliknet med både Kgr. 3 og landssnittet. Lave utgifter pr plass på f. 253 «pleie» betyr lav bemanning da ca. 85-90% av utgiftene på f. 253 er lønnsutgifter. En mulig forklaring til lave utgifter

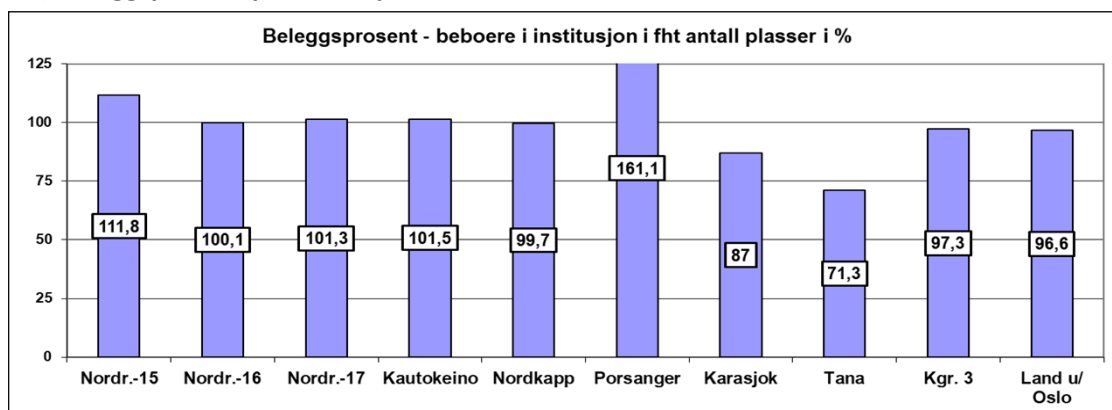
på f. 253 kan være at Nordreisa har ganske mange sykehjemsplasser (bl.a. fordi dere ikke har heldøgns omsorgsboliger til de eldste) og dette kan medføre at gjennomsnittlig bistandsbehov kan bli noe lavere enn gjennomsnittet, noe som igjen kan medføre et lavere bemanningsbehov. Bemanning/pleiefaktor vil også være avhengig av hva slags type plasser man har, samt selve utformingen av institusjonene/avdelingene. KOSTRA-tallene gir ikke noe informasjon om bemanning/pleiefaktor så det anbefales derfor at dette undersøkes nærmere.

Figur 8) Litt om bruken av institusjonsplasser – korttid og langtid



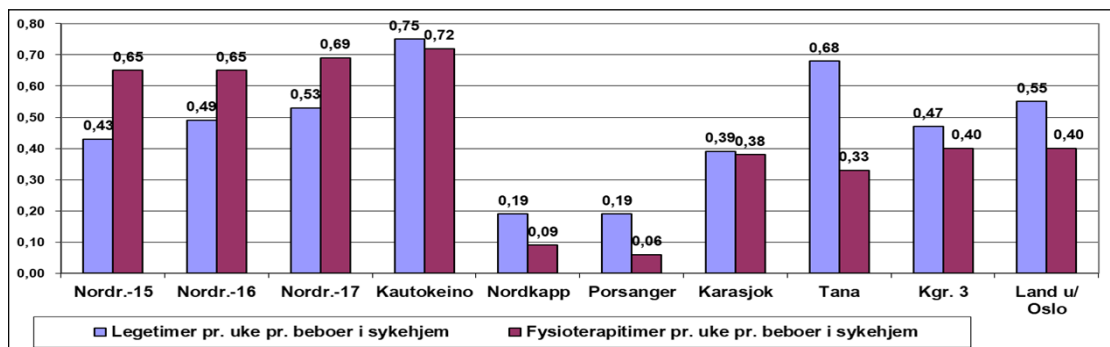
Figuren over viser forholdet mellom andel korttids- og langtidsøgn på institusjon. I Nordreisa var kun 2,8% av oppholdsøgnene i 2017 korttidsopphold, og dette er en betydelig lavere andel enn både Kgr. 3 og landssnittet. Kapasiteten på korttidsplasser er viktig i fht. å få til en fleksibilitet i tjenestetilbudet og for å kunne «plassere» brukerne på riktig omsorgsnivå. Gitt at tallene er riktig rapportert er vår vurdering at Nordreisa har en svært begrenset kapasitet på korttidsopphold.

Figur 9) Beleggsprosent på institusjon



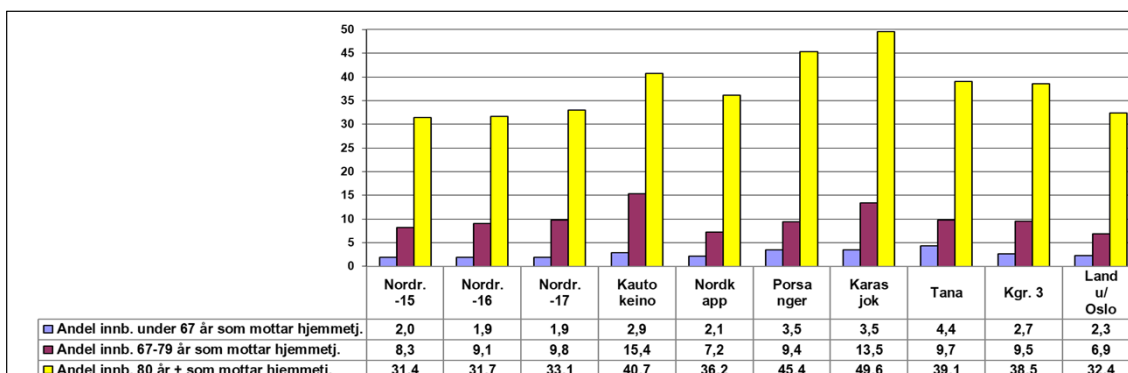
Figuren over viser at Nordreisa har hatt overbelegg på institusjon i hele perioden 2015-17. Sett i lys av dette og i en helhetlig vurdering av ressursbruk og kapasitet er det vår vurderingen at etablering av heldøgns bemannede omsorgsboliger til eldre vil være et formålstjenlig tiltak.

Figur 10) Lege- og fysioterapidekning på sykehjem



Figuren over viser antall timer med lege (blå søyle) og fysioterapeut (lilla søyle) hver enkelt beboer i gjennomsnitt har pr uke i sykehjem. Tallene for Nordreisa viser at både lege- og fysioterapidekning har økt noe i perioden 2015 til 2017, og at Nordreisa har bedre dekning i 2017 enn både Kgr. 3 og landssnittet.

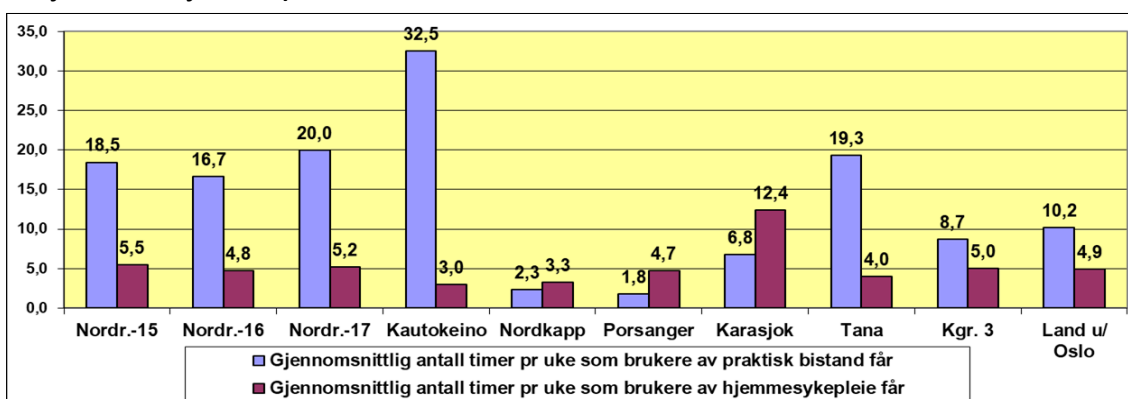
Figur 11) Bruksrater i hjemmetjenesten fordelt etter alder



Sammenliknet med Kgr. 3 viser figuren over at Nordreisa har en lav andel mottakere (bruksrate) i aldergruppene 0-66 år og 80 år+, og ligger omtrent på samme andel for aldersgruppa 67-79 år.

I tillegg til tilgjengelighet til tjenesten må vi i en ressursvurdering vise hvor mye tjenester (antall timer) hver enkelt mottaker får.

Figur 12) Gjennomsnittlig antall timer pr uke pr mottaker for praktisk bistand og hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet)



Vi ser at Nordreisa i gjennomsnitt gir mange timer praktisk bistand, og middels mange timer hjemmesykepleie sammenliknet med Kgr. 3 og landsnittet.

Vi har innhentet utvidede IPLOS-tall for hjemmetjenesten; timer pr uke pr mottaker fordelt etter bistandsbehov pr 01.02.19:

Kommune 30 Nordreisa: 4 944 innbyggere	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Tjeneste			
Praktisk bistand - daglige gjøremål	0,8	1,1	3,3
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål		24,3	86,6
Praktisk bistand - BPA			
Dagsenter/dagtilbud	10,0	16,7	17,4
Avlastning - utenfor institusjon/bolig		8,0	14,8
Støttekontakt	1,3	1,7	1,9
Omsorgslønn	5,0	8,9	9,4
Helsetjenester i hjemmet	1,8	4,8	18,6

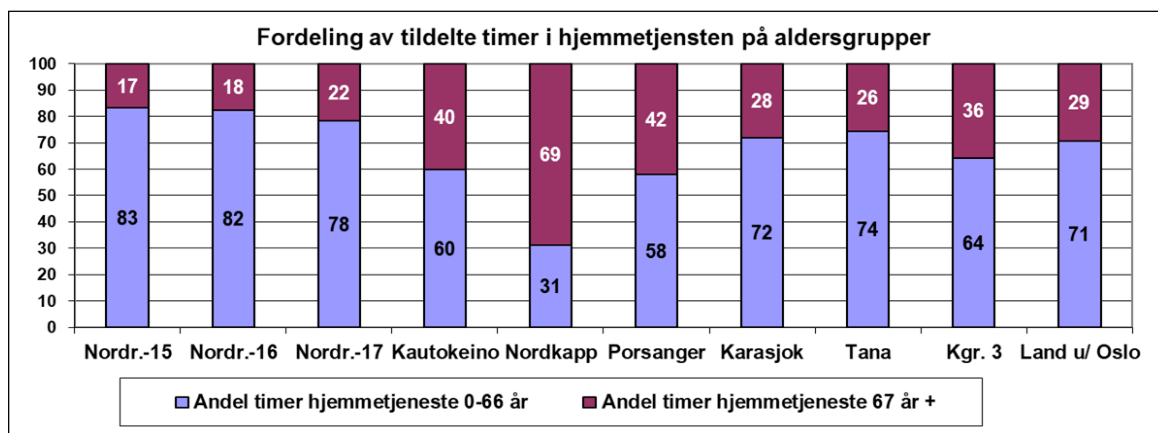
Disse tallene indikerer at det *ikke* gis mange timer til praktisk bistand daglige gjøremål pr uke pr mottaker, men at det er «praktisk bistand opplæring daglige gjøremål som har et høyt gjennomsnittlig timeantall pr mottaker. Dette er normalt timer som gis til mennesker med utviklingshemming/funksjonshemming.

I tabellen nedenfor viser et snitt for 29 kommuner og sammenligner vi Nordreisa kommune med disse gjennomsnittstallene så ser vi at Nordreisa «avviker» noe når det gjelder timetildeling:

Gjennomsnitt: 29 kommuner	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Tjeneste			
Praktisk bistand - daglige gjøremål	1,0	2,5	13,4
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	2,5	8,0	43,7
Praktisk bistand - BPA	9,9	19,4	48,1
Dagsenter/dagtilbud	6,8	10,9	15,0
Avlastning - utenfor institusjon/bolig	13,9	12,9	18,4
Støttekontakt	3,1	4,2	4,6
Omsorgslønn	8,9	9,3	11,0
Helsetjenester i hjemmet	1,9	4,1	13,1

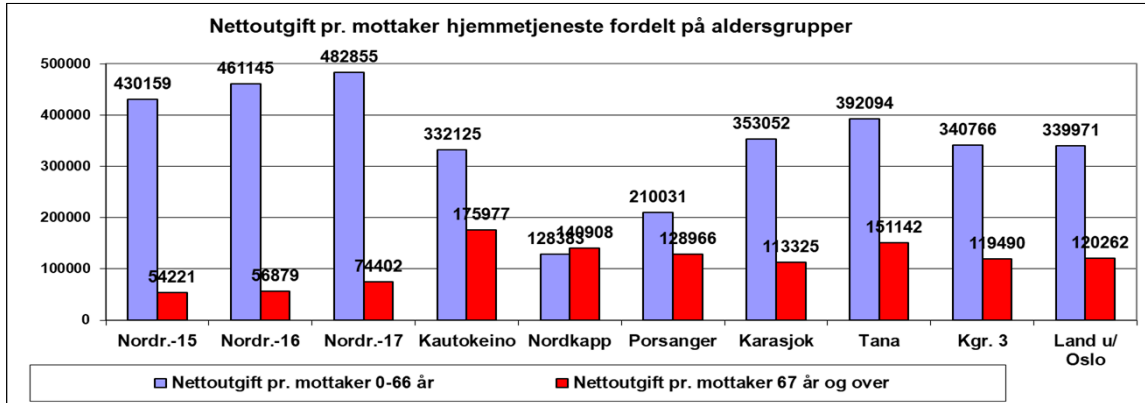
For å sikre et godt beslutningsgrunnlag anbefaler vi å sjekke nærmere grunnlaget for vedtakstimer slik det fremkommer i KOSTRA og i IPLOS.

Figur 13) Hvordan fordeler timene i hjemmetjenesten seg mellom yngre (0-66 år) og eldre (67 år+) brukere?



Figuren over viser at i Nordreisa går hele 78% av timene i hjemmetjenesten til brukere 0-66 år, og dette er en høyere andel enn både Kgr. 3 og landssnittet. En mulig forklaring til fordelingen er at Nordreisa ikke har omsorgsboliger med heldøgns omsorg til eldre.

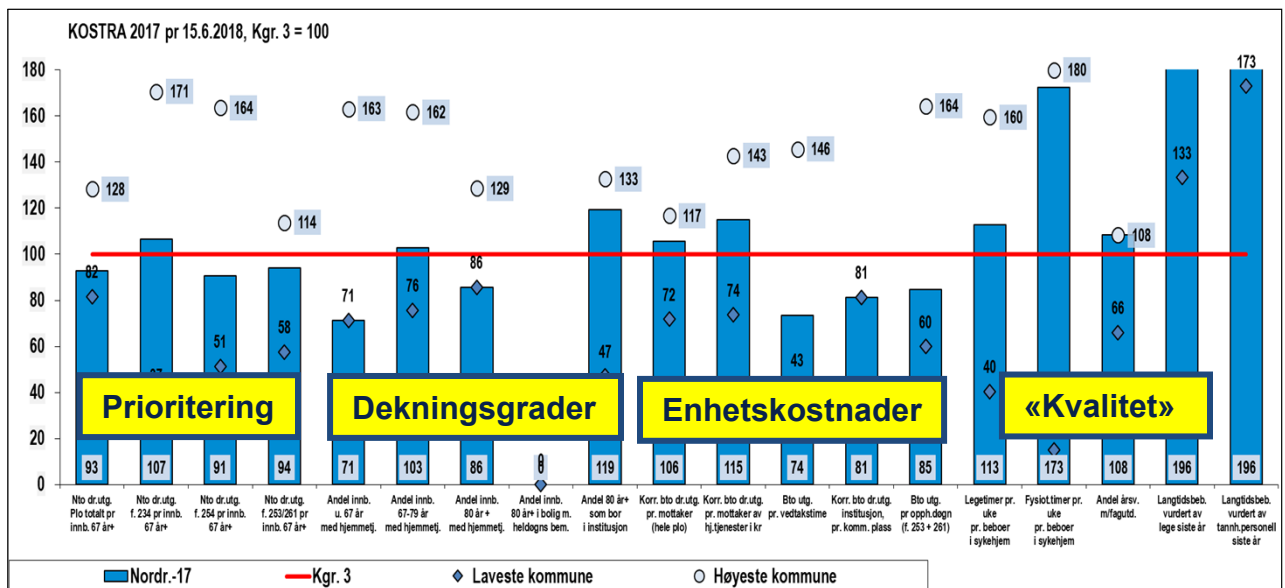
Figur 14) Netto utgift pr mottaker av hjemmetjenester fordelt mellom yngre (0-66 år) og eldre (67 år+) brukere



Figuren over viser at Nordreisa har høy netto utgift pr mottaker av hjemmetjenester 0-66 år og tilsvarende lav netto utgift pr mottaker 67 år+ sammenliknet med både Kgr. 3 og landssnittet.

Nordreisa sin tjenesteprofil for pleie og omsorgstjenesten sammenliknet med KOSTRAGruppe 3

En tjenesteprofil er en sammenstilling av de viktigste styringsindikatorene for en tjenesten og skal gi en helhetlig oversikt i prioritering/ressursbruk, dekningsgrader, enhetskostnader og kvalitet. Tallene i tjenesteprofilen er indekserte tall dvs. deres faktiske reelle verdi i prosent av snittet for Kgr. 3 (Kgr. 3 = 100)



Oppsummert og sammenliknet med Kgr. 3 kan vi si at Nordreisa har:

Prioritering/ressursbruk:

- Litt lav samlet prioritering (ressursbruk)
 - Litt høy prioritering på f. 234
 - Litt lav på f. 254 og 253/261

Dekningsgrader/bruksrater:

- Lave bruksrater/dekningsgrader i hjemmetjenesten med unntak av aldersgruppa 67-79 år
- Mangler omsorgsboliger med heldøgns omsorg til eldre over 80 år
- Høy dekningsgrad på institusjon

Enhetskostnader:

- Lav utgift pr beboer og pr døgn i institusjon
- Høy utgift pr mottaker i hjemmetjenesten, men hver enkelt mottaker får mange timer slik at utgift pr vedtakstime blir lave

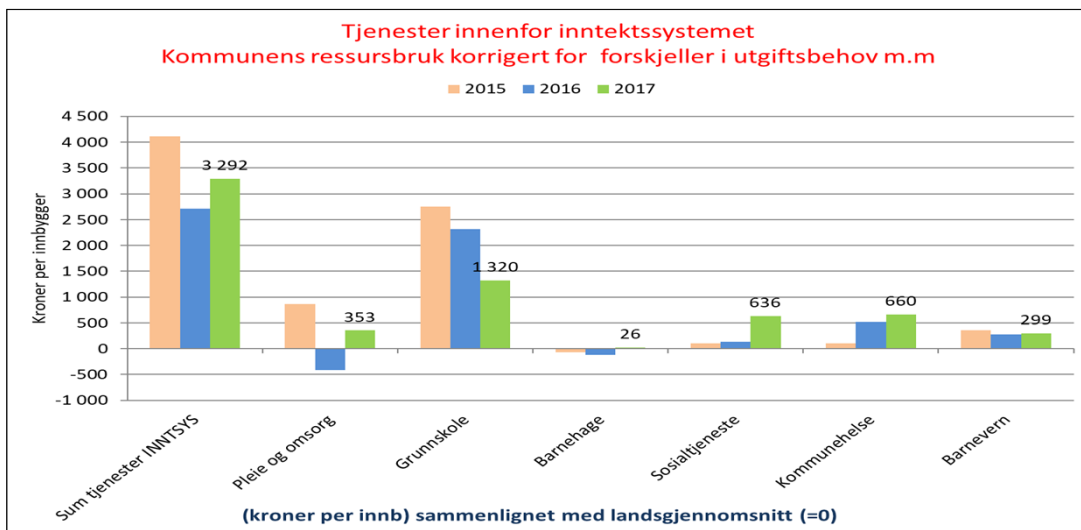
«Kvalitet»:

- God lege- og fysioterapeutdekning på institusjon
- Høy andel av langtidsbeboere på institusjon får årlig vurdering av lege og tannhelsepersonell
- Dere har en litt høyere andel av årsverkene i pleie og omsorgstjenesten med fagutdanning

Kommunens reelle prioriteringer av pleie- og omsorgstjenesten:

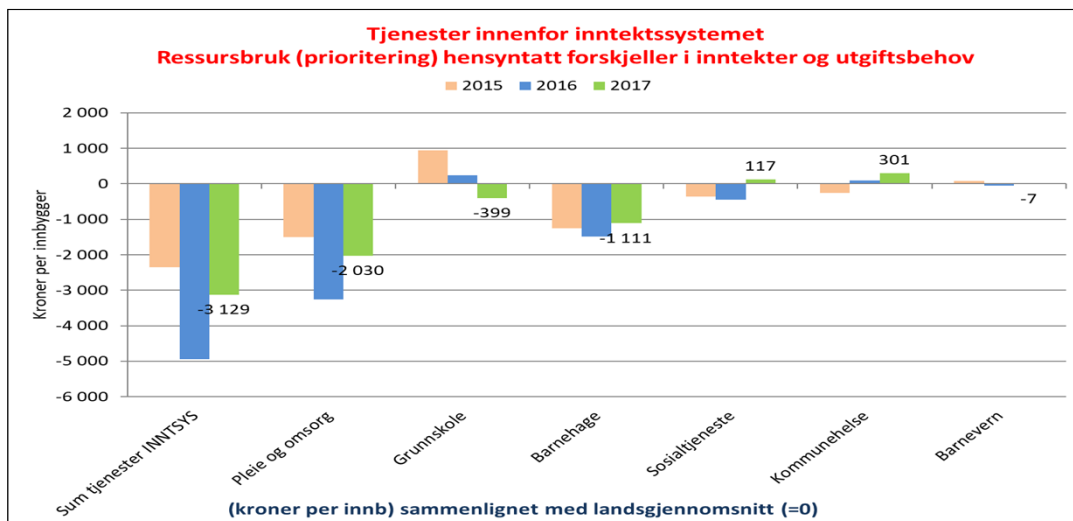
Under viser vi Nordreisa kommunes reelle prioritering av pleie- og omsorgstjenesten ved hjelp av en modell som KS har utviklet. Denne modellen ser på ressursbruk i forhold til landsgjennomsnittet (verdi = 0) og korrigerer for forskjeller i utgiftsbehov, nivå på frie inntekter, pensjon og arbeidsgiveravgift. For pleie og omsorg korrigerer modellen også for tilskudd til tidligere vertskommuner for PU-institusjoner. I tallene inngår netto driftsutgifter for funksjonene 234, 253 og 254, 256 og 261.

Først viser vi ressursbruk/prioritering kun korrigert for forskjeller i objektivt utgiftsbehov:



Figuren over viser at Nordreisa i 2017, sammenliknet med landssnittet, har en høyere ressursbruk (prioritering) på pleie og omsorg med kroner kr 353,- pr innb. = 1,8 mill. kroner og kr 660,- pr innb. = 3,3 mill. kroner for kommunehelsetjenesten.

Nordreisa har høyere frie inntekter enn landssnittet og kan således «bruke mer» på tjenester. Hvis vi viser ressursbruk/prioritering hvor vi også tar høyde for kommunens høye inntektsnivå får vi følgende bilde:



Vi ser da at pleie og omsorgstjenesten har en lavere (- 10,0 mill. kr) ressursbruk/prioritering enn landssnittet, mens kommunehelsetjenesten ligger litt over (+ 1,5 mill. kr).

KS modell for «Demografi og endringer i utgiftsbehov som følge av befolkningsendringer»
Bakgrunn for modellen:

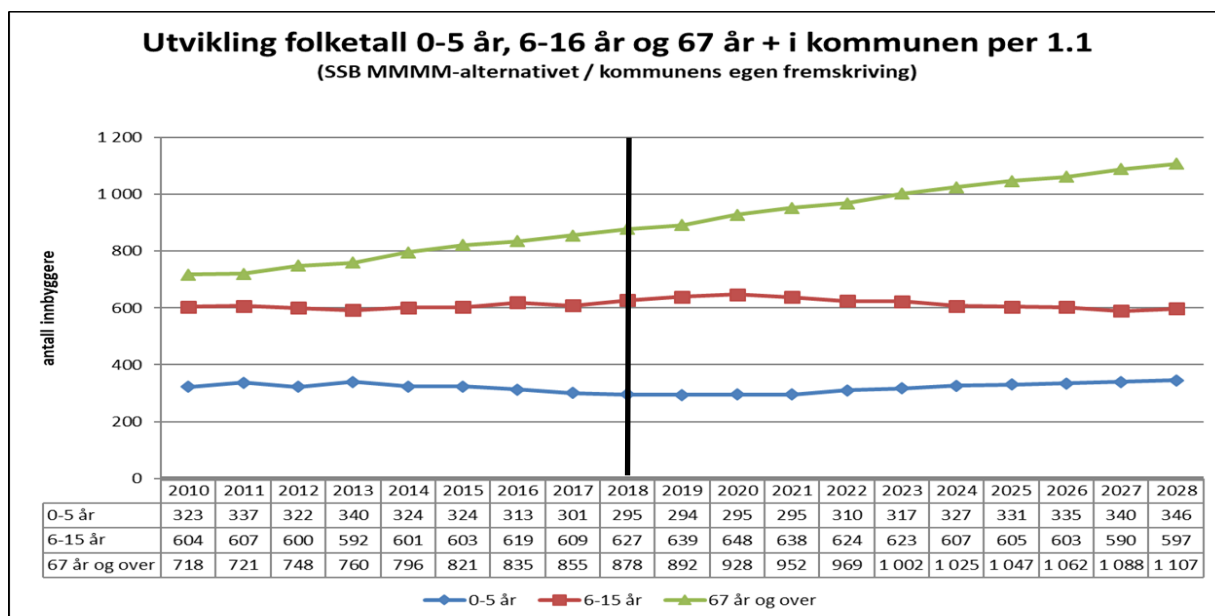
Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) beregner hvordan kommunesektorens utgifter påvirkes av den demografiske utviklingen. Befolkningsendringer påvirker kommunenes samlede utgiftsbehov til velferdstjenester som grunnskole, barnehage og pleie og omsorg.

TBUs beregninger tar utgangspunkt i SSBs middelalternativ for fruktbarhet, levealder og netto innvandring (i tillegg vises alternative beregninger for henholdsvis lav og høy innvandring). Videre baseres de på analyser av hvordan kommunesektorens utgifter faktisk fordeler seg på individrettede velferdstjenester til de ulike aldersgruppene. De bygger altså ikke på noen sentralt fastsatt norm for tjenestetilbudet.

I beregningene benyttes konstante gjennomsnittskostnader, uendret standard, uendret produktivitet og uendret dekningsgrad. Høyere dekningsgrad eller høyere standard vil isolert sett trekke i retning av økte utgifter, mens økt produktivitet vil trekke i retning av reduserte utgifter.

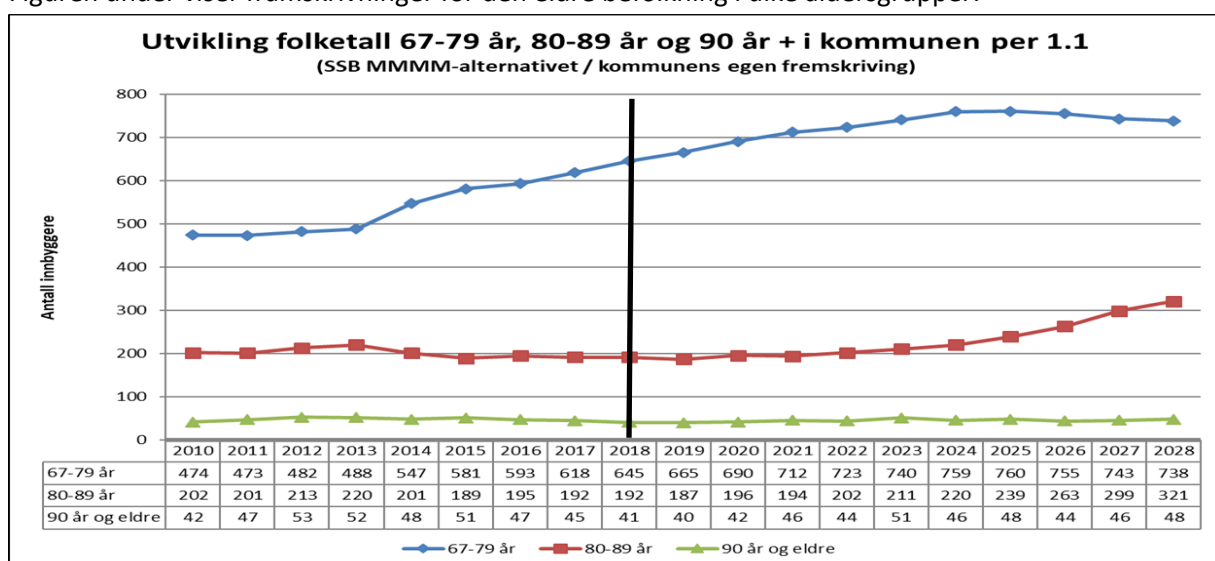
Kommune	1942 NORDREISA										
Befolkningsfremskrivning per 1.1 - standard er SSB - MMMM alternativet	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
0-1 år	89	94	98	101	102	105	107	108	108	110	113
2-5 år	206	200	197	194	208	212	220	223	227	230	233
6-15 år	627	639	648	638	624	623	607	605	603	590	597
16-18 år	193	190	166	203	207	209	207	204	212	212	203
19-20 år	125	125	152	128	113	126	138	148	133	139	144
21-22 år	133	133	127	127	152	131	118	128	140	149	136
23-29 år	460	467	467	470	454	461	474	452	450	446	457
30-34 år	246	271	287	309	311	322	327	327	331	323	328
35-49 år	921	895	871	847	840	823	842	843	856	877	895
50-66 år	1 066	1 081	1 107	1 122	1 151	1 158	1 152	1 159	1 164	1 160	1 151
67-79 år	645	665	690	712	723	740	759	760	755	743	738
80-89 år	192	187	196	194	202	211	220	239	263	299	321
90 år og eldre	41	40	42	46	44	51	46	48	44	46	48
Sum innbyggere	4 944	4 987	5 048	5 091	5 131	5 172	5 217	5 244	5 286	5 324	5 364

Over vises forventet befolkningsutvikling basert på SSBs befolkningsframskriving MMMM-alternativet (middels fruktbarhet, levealder, innvandring og sentralisering) fra 2018. Vi velger å vise tall basert på denne modellen, men opplyser om at overnevnte prognose kan vise seg å gi et litt for høyt anslag i befolkningsveksten. Tall pr 1.1.19 viser at befolkningstallet i Nordreisa var 4.935 innbyggere.



Vi ser av figuren over at det forventes en svak vekst i aldersgruppa 0-5 år etter år 2021, en nedgang i aldersgruppa 6-15 år etter år 2021 og en jevn sterk vekst i aldersgruppa 67 år+.

Figuren under viser framskrivninger for den eldre befolkning i ulike aldersgrupper:



Vi ser av figuren av den yngste gruppen eldre (67-79 år) forventes å øke sterkt frem mot år 2024 for deretter å synke moderat. For aldersgruppene 80-89 år og 90 år+ viser prognosene en minimal endring frem til år 2022, men deretter forventes de å øke og da særlig gruppen 80-89 år.

Hvilke «konsekvenser» får disse prognosene for befolkningsendringene for utgiftsbehovet?

Bruker vi SSBs MMMM-alternativ til befolkningsprognose med de forutsetningene som ble beskrevet i «Bakgrunn for modellen» får vi følgende anslag på endringer i utgiftsbehov/tjenestebehov:

1942 NORDREISA							
Anslag endring i kommunens utgiftsbehov (i 1000 kroner) per tjenesteområde som følge av befolkningsendringer							
(endring fra 1.1.2018)							
Endring utgiftsbehov per 1.1	Pleie- og omsorg	Grunnskole	Barnehage	Sosial	Kommunehelse	Barnevern	SUM NORDREISA
2019	-28	1 607	-839	110	167	114	1 132
2020	3 739	1 205	-343	133	334	103	5 171
2021	2 378	-1 339	-394	83	219	-62	885
2022	1 501	-1 875	2 604	135	208	73	2 646
2023	4 950	-134	882	-3	270	46	6 011
2024	1 051	-2 143	1 561	200	202	-79	792
2025	4 185	-268	598	41	227	94	4 878
2026	2 894	-268	729	171	199	45	3 770
2027	6 701	-1 741	649	124	266	-29	5 970
2028	4 517	938	700	121	196	81	6 553
Sum 2019-22	7 590	-402	1 028	462	928	229	9 834

Det er stor usikkerhet i tallene etter den kommende 4-årsperioden slik av vi har valgt å kun summere opp de 4 første årene. Av tabellen ser vi anslag endring i utgiftsbehovet for pleie og omsorgstjenester med ca. +7,6 mill. kroner og kommunehelsetjenesten med +0,9 mill. kroner.

Funn fra fokusgruppeintervjuer

Som et ledd i arbeidet med å hente inn informasjon og dokumentasjon fra kommunen, ble det gjennomført samtaler med ressurspersoner (respondenter) i Nordreisa kommune. Dette ble gjennomført ved bruk av fokusgruppeintervjuer – en metode som har til hensikt å samle kvalitative data fra en eller flere mindre grupper, hvor man gjennom gruppesamtaler belyser avgrensede tema. Er en kvalitativ metode som er utforskende i tilnærmingen og som kan gi dyptgående informasjon om et tema. Metoden benyttes for å undersøke personers erfaringer, følelser, oppfatninger, meninger, ønsker, bekymringer og holdninger. Fokusgrupper skal –som navnet hentyder til – ha fokus på et gitt tema. Fokusgruppene gir informasjon om temaet som undersøkes, men involverer i tillegg interaksjonen, det vil si den gjensidige påvirkningen mellom gruppedeltakerne. Man kan dermed også undersøke hvordan uttalelser fra en enkelt deltaker påvirker de andre deltakerne. Vi tok i samtalen utgangspunkt i en overordnet intervjuguide (semistrukturert) hvor spørsmål, temaer og rekkefølgen kan varieres. Bakgrunnen for å velge en slik tilnærming er at vi i minst mulig grad ønsker å legge begrensninger på det respondentene informerte om gjennom intervjuene.

Respondentene ble delt inn i følgende grupperinger:

- Virksomhetsledere og avdelingsledere innenfor tjenesteområdene i helse- og omsorg
- Kommuneoverlege og fysio
- Tillitsvalgte og verneombud
- Rådmann og personalsjef
- Ordfører og varaordfører
- Brukerrepresentanter

For å sikre god dialog i en slik intervjusituasjon er det viktig å ivareta anonymiteten til respondentene. KS-K gjorde notater fra respondentenes egne formuleringer. Dette ble gjort for at vi skal kunne kvalitetssikre intersubjektiv tolkning av materialet. Disse notatene er kun tilgjengelig for de 2 konsulentene i KS-K. Notatene vil bli makulert etter at oppdraget er fullført. Nedenfor vil det bli gitt en oppsummering av informasjon fra intervjuene samlet sett. Utsagn og sitater kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner.

Intensjonen med samtalen er å få en oversikt over de utfordringer som tjenesteområdene opplever å stå opp i. Følgende tema ble berørt i intervjuene:

- Lederstruktur både av virksomheten Helse og Omsorg som helhet og for tjenestene med ansvarsfordeling og faglig oppbygging
- Organisering av arbeidet – hvor helhet, strukturer og systemer står sentralt
- Ressurser og ressursutnyttelse
- Kompetanse

For å kunne strukturere tilbakemeldingene ble respondentene bedt om å gradere svarene sine etter følgende skala: *INGEN – NOE – MYE – SVÆRT MYE*

Oppsummering; lederstrukturen både av virksomheten Helse og Omsorg som helhet og for tjenestene med ansvarsfordeling og faglig oppbygging:

I hvilken grad opplever du/dere at lederstrukturen er klar og entydig?

- På ledernivå oppleves lederstrukturen i stor grad som klar og entydig.
- På papiret klar og tydelig lederstruktur, men i praksis ikke så tydelig; rekrutteringsutfordringer – mye folk ut og inn – og mye omorganisering
- Staben blir noe svevende – ikke tydelig avklart oppgaver og ansvar.
- Medarbeiderne opplever lederstrukturen og omorganiseringene som kaotiske. Medarbeiderne blir ikke tatt med / involvert i omorganiseringer.
- Håper at det blir bedre når vi får på plass avdelingsledere, har blitt mye på virksomhetsledere
- Avdelingslederne bruker mye tid på å administrere.
- Store forskjeller mellom virksomhetene i størrelse (årsverk og ansvar).
- Ledere på samme nivå, med samme type ansvar – har forskjellig tittel
- Generelt sett så lederstrukturen vært veldig ok i mange år, men akkurat nå er den kaotisk

Det å bli konstituert; man blir kastet inn i noe, og det blir mye fra den ene dagen til den neste

Det er VI og DEM; de som jobber innenfor helse, har ikke noe forhold til de på rådhuset

Rolleklarhet: I hvilken grad opplever du / dere at rollene er tydelig definert i forhold til ansvar og myndighet?

- I utgangspunktet tydelig definerte roller med ansvar og myndighet, men oppleves ulikt i ulike roller og nivå. For noen klart, for andre utydelig. Større klarhet i de små virksomhetene/enhetene, og større klarhet i hjemmetjeneste enn på institusjonen.
- Blir litt ulik praksis fra tjeneste til tjeneste, og avdeling til avdelingen. Ofte personavhengig.
- Mye støy i helse og omsorg pga. av mangel på tydelig og stabil ledelse
- Lederne har innsikt i sitt ansvar og myndighet, men ikke tydelig rolleklarhet i stabsfunksjonene i helse og omsorg. Når staben ikke fungerer medfører dette frustrasjon ute i tjenestene.
- Ikke like klart hva som er ansvarsområder og rollen til de ulike yrkesgruppene
- Vi har en del uformelle ledere rundt omkring i organisasjonen – særlig innenfor helse og omsorg
- Kuttprosesser har fjernet personer/årsverk, men oppgavene har bare blitt lagt over på noen andre
- Har lederavtaler for virksomhetsledere og avdelingsledere
- Brukerne kan oppleve uklarhet rundt hvem som gjør hva
- Har stillingsinstruks for virksomhetsledere, avdelingsledere får stillingsinstruks nå, har laget stillingsinstruks for alle stabsfunksjoner – skal gi klarhet i 'hvem gjør hva'. Vi har ingen stillingsbeskrivelser for «vanlige medarbeidere»

Utfordrende for lederne å styre fotfolket

Vi har over lang tid slitt med å ha ganske mange småsjefer...

Eksempelvis i omorganisering fattes det vedta, men uformelle ledere velger om og hvis de skal følges



Organisering av arbeidet – hvor helhet, strukturer og systemer står sentralt

I hvilken grad sikrer dagens organisering at brukere av tjenestene får et helhetlig tilbud?

- Faste møter hvor brukernes behov vurderes og diskuteres – og tjenester tildeles – mange som deltar i møtene – kan være utfordrende i fh taushetsplikt. Tildelingsmøter, legemøter, tjenester inne og tjenester samt fellesmøter – faste dager
- Taushetsplikten har vært en liten utfordring
- Diskusjoner om hvordan skal bruke plassene, særlig akutt plassene
- Helhetlig tilbud handler ikke om organisering, handler mer om økonomi og politikk
- Ingen har meldingsovervåkningsansvar, det burde vært EN koordinator/mottaker for disse meldingene
- I den nye staben er det oppretta et eget vedtaksteam, men også dette er utsatt
- Internt på et sykehjem og mellom avdelinger er det liten «på tvers» jobbing
- Brukerne får tjenesten, men vedtak har blitt skrevet i svært liten grad, men etterslepet har nå blitt tatt igjen – men mangler gode rutiner for å holde dette vedlike (dvs. ajourholde vedtakene)
- Jobber lite effektivt fordi man ikke vet hvem som sitter på hvilke opplysninger
- Har dere avklarte kriterier for alle tjenestene som skal gis...NEI

I hvilken grad samsvarer dagens praksis med strukturen. (Sikrer organiseringen samordning av tjenestene)

- Det ser bra på papiret, men praksis blir noe «dårligere», bl.a. fordi man ofte mangler folk.
- Ikke helt samsvar mellom teori og praksis, f.eks. vedr. utskrivningsklare pasienter.
- Mangel på tid til å oppdatere rutiner.
- Månedlig oppfølging på økonomi og kvalitet har 'glidd ut'.
- Mangelfull struktur...har kanskje ikke rett person/kompetanse på rett plass
- Hvem bestemmer innholdet i vedtakene?
- Alle gjør ting for seg selv, så i liten grad samsvarer dagens praksis med strukturen
- Har ikke sett/informasjon om hvordan sektoren er organisert – ønsker seg et visuelt kart, hvem har hvilken rolle og med hvilket ansvar og med navn og telefonnr.
- Før har det vært en koordinatorfunksjon, men den har nå smuldret bort. Dette påvirker samhandlingen – f.eks. ved utskrivning av ferdigbehandlede pasienter.

I liten grad, folk gjør mer enn det vedtakene sier at de skal gjøre

Styringsdialogen: Sammenheng mellom politisk vedtatte mål og organisering av tjenestene / hva tjenestene faktisk gjør?

- Opplevs som liten samsvar mellom de overordnede målene og «mål» nedover i tjenestene
- Planer finnes, men de er i liten grad kjent og operative
- Virksomhetene har egne virksomhetsplaner
- Vi mangler en helhetlig plan/dokument som angir kriterier for tjenestetildeling.
- Behov for å øke kompetanse – på forståelse av sammenhenger;
- Svulstige mål, forventningene er større enn det man klarer å levere
- Folkevalgte fatter mange vedtak og bestillinger, som de i liten grad opplever at blir fulgt opp
- Har månedssrapportering, økonomi, sykefravær, avvik
- Det er i liten grad sammenheng mellom politiske vedtatte mål og organisering av tjenestene
- Opplever at det ofte er veldig lang avstand fra tjenesten/avdeling til politikerne
- Har avviksrapportering, men kvaliteten på innrapportering er for dårlig
- Rådene blir i liten grad invitert på møter og prosesser. Blir tatt sent med i prosesser.



Tjenestetildeling. I hvilken grad opplever dere at dere gir «riktige» tjenester til brukerne? I hvilken grad opplever dere fleksibilitet i tjenestetilbudet?

- Stor variasjon mellom tjenesteområdene – bildet er blandet
- Fra fullstendig klarhet – riktige tjenester og fleksibilitet – til stor grad av kaos og mangel på sammenheng

Fra fysikalsk avdeling:

- Har en egen prioriteringsnøkkel, sortert etter diagnose
- Prøver å korte ned på ventelister, korte ned på behandlingstida
- Har etablert masse gruppetreninger med veiledning fra fysioterapeut
- Fått kortet ned behandlingsløpet

Fleksibilitet; I svært liten grad fleksibilitet, dvs. vanntette skott. Må være frempå selv eller ha oppegående pårørende hvis man skal få tjenester

I hvilken grad sikrer dagens møtestruktur at det arbeides helhetlig? Gode arenaer for samhandling

- Mange møter – vi må prioritere de vi opplever som viktige
- Det er mange møter! Møtene kunne være mer fruktbare.
- Gode intensjoner, ikke alltid at det er klart hvorfor man er med på møtene.
- Oppfølgingene av møtene er ikke alltid godt nok.
- Blir invitert til møter, men vanskelig pga. lav bemanning å delta på møtene.
- Der det er private aktører inn – samhandlingsmøte årlig

Er det behov for alle møtene??

Møtene blir dårligere og dårligere – mye informasjon, lite dialog

Vi ønsker mer åpenhet og informasjon

Ressurser og ressursutnyttelse

I hvilken grad opplever dere at ressursfordelingen mellom tjenesteområdene totalt sett i kommunen er tilfredsstillende?

- Vi opplever at helse får gjennomgå veldig mye
- I noen grad så er det sektortenkning, man ser sitt og ikke andre;
- De ulike tjenestene skyver pasientene mellom seg i noen grad
- Vi vet lite om hverandre, alle har det knapt
- I perioder er det hektisk overalt
- Får pålagt nye oppgaver, men ikke verktøy til å løse oppgavene



Hvorfor skal helse ta veldig mye ned?

I hvilken grad opplever dere at ressursfordelingen mellom tjenestene innenfor helse- og omsorgsområdet er tilfredsstillende

- Ingen har noe ekstra...
- Alle føler at de har for lite...for få hender
- Fordelinga er like knapp alle plasser
- Men, vi har et tungrodd system, rolleklarhet, fikses dette så kan tid frigjøres fra administrative oppgaver til tjenesteyting
- Er dårlig på samarbeid og på struktur
- Har liten kunnskap om hvordan ressursfordelingen mellom tjenestene er
- Mener at unge mennesker skal ha større/mer tilbud enn gamle mennesker
- Ja, er tilfredsstillende slik som det er i dag ...**men, mangler Omsorg+**
- ***Har slitt i mange år med å finne en person til å ta «koordinatorrollen» - f.eks. i fht. utskrivningsklare pasienter***

I hvilken grad opplever dere: Muligheten til å omdisponere ressursene internt i din avd./enhet? Opplever dere muligheten til å omdisponere ressursene mellom tjenesteområdene/enhetene?

- I svært liten grad / ikke eksisterende
- I teorien ok, men har ikke fått testet det særlig ut
- I sykehjemmene er det ikke noe «slakk»
- Liten vilje/evne til å omdisponere ressurser mellom virksomhetene/ avdelingene
- I begrenset grad, man verner om sine
- Veldig vanskelig å omdisponere mellom avdelinger og tjenester
- Må i så fall beordre personell



Man sier «VI» og «DEM på rådhuset»

Kompetanse

Har dere en kompetanseplan? Hvis ja; i hvilken grad opplever dere at planen har et langsiktig perspektiv og er et levende verktøy?

- Har ingen oppdatert kompetanseplan
- Har noe interkommunalt kompetanseplan for kommunene i Nord-Troms
- Noen har mast om noe....har fokus på det, men...
- Har vært jobbet med kompetanseplan, men om det ble fullført....det vites ikke
- Kjenner ikke til om det er noen plan
- Vi har en plan – vi vet ikke om noen plan
- Har ikke bemanningsplan....
- Vi har en plan i skuffen – men den gjelder for oppvekst.
- Har en interkommunal plan, men denne er i liten grad tatt videre inn i Nordreisa/virksomhetene



I hvilken grad opplever dere å ha: Relevant kompetanse på de ulike nivåene? Tilstrekkelig kompetanse på de ulike nivåene?

- I stor grad – gjennomgående – meldes det at organisasjonen Nordreisa har relevant og riktig kompetanse på plass
- Opplever i stor grad at man har relevant kompetanse på de ulike nivåene
- Varierer mellom døgnetts tider og særlig i helgene hvor det bare er en sykepleier på (i sykehjemmet)
- Det er noe avstand mellom uttalt kompetansebehov (og antall ansatte) og det som faktisk er på vakt
- Har i utg.pkt en veldig bra kompetansesammensetning, men ubesatte stillinger og rekrutteringsutfordringer gjør at bildet er noe mindre positivt
- Ny lønnspolitisk plan som sendes ut på høring i disse dager som skal imøtekomme nye av rekrutteringsutfordringer
- Generelt sett så opplever vi at kommunen har tilstrekkelig og god nok kompetanse



Helse- og omsorgsplan, 2021-2026

Nordreisa kommune

Dato: 23.03.2021

Versjonsnr: 2.0

Nordreisa
kommune



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Sammen for trygghet og trivsel – mot et åpent kunnskapssamfunn	4
1.2	Formål med planarbeidet	4
1.3	Overordnede/politiske målsettinger for sektoren Helse og omsorg	4
1.3.1	Helse-, omsorgs- og sosialtjenestene	5
1.3.2	Folkehelsen.....	6
1.4	Mål for Helse- og omsorgssektoren	7
1.5	Styringsdokumenter	7
1.5.1	Fylkeskommunale styringsdokumenter.....	7
1.5.2	Statlige styringsdokumenter.....	7
2	Utviklingstrekk for Nordreisa kommune	10
2.1	Befolkningsutvikling.....	10
2.2	Utvikling innen helse- og omsorg	12
3	Organisering	13
4	Tjenesteområder – Status og utfordringer	14
4.1	Helsetjenester	15
4.1.1	Dagens situasjon.....	15
4.1.2	Utfordringer.....	18
4.2	Hjemmetjenester.....	21
4.2.1	Dagens situasjon.....	22
4.2.2	Utfordringer.....	23
4.3	Omsorgsboliger	24
4.3.1	Dagens situasjon.....	24
4.3.2	Utfordringer.....	25
4.4	Bo- og avlastningstjenester	26
4.4.1	Dagens situasjon.....	27
4.4.2	Utfordringer.....	27
4.5	Sykehjem og institusjonskjøkken.....	28
4.5.1	Dagens situasjon.....	28
4.5.2	Utfordringer.....	29
4.6	Institusjonssenter	30
4.6.1	Dagens situasjon.....	31
4.6.1	Utfordringer.....	31

4.7	Distriktmedisinsk senter Nord-Troms, DMS	31
4.7.1	Dagens situasjon.....	32
4.7.2	Utfordringer.....	35
4.8	Helsefremmende aktører	35
4.8.1	Dagens situasjon.....	35
4.8.2	Utfordringer.....	37
5	Satsingsområder innen helse og omsorg	38
5.1	Område 1: Utvikling av omsorgstrapp.....	39
5.1.1	Trinn 1 og 2 - Helsefremmende og forebyggende tiltak.....	40
5.1.2	Fra institusjon til hjemmebasert omsorg.....	44
5.1.3	Ressursteam som styrker tjenestetilbudet i omsorgstrappen.....	45
5.1.4	Tiltak for å styrke satsingsområdet	47
5.2	Område 2: Digitalisering og Velferdsteknologi.....	47
5.2.1	Trender	47
5.2.2	Velferdsteknologi i Nordreisa	48
5.2.3	Tiltak for å styrke satsingsområdet	49
5.3	Område 3: Kompetanse og rekruttering	49
5.3.1	Kompetanseutvikling	49
5.3.2	Rekruttering.....	50
5.3.3	Tiltak for å styrke satsingsområdet	51
5.4	Område 4: Mål og kvalitetsarbeid i sektoren	51
5.4.1	Avvikshåndtering	51
5.4.2	Kvalitetssikring av tjenester.....	51
5.4.3	Tiltak for å styrke satsingsområdet	52
5.5	Område 5: Utvikling gjennom samarbeid.....	52
5.5.1	Samarbeid med kommuner i regionen/interkommunalt samarbeid	52
5.5.2	Samarbeid med UNN	53
5.5.3	Tiltak for å styrke satsingsområdet	54
5.6	Område 6: Fysiske forhold.....	54
5.6.1	Bygninger	54
5.6.2	Tiltak for å styrke satsingsområdet	56
6	Oversikt over tiltak	57
7	Vedlegg.....	59

1 Innledning

Nordreisa kommune har som en del av kommunenes planstrategi vedtatt å utarbeide en kommunedelplan for sektor Helse- og Omsorg 2021-2026. Arbeidet med planen har vært organisert som et prosjekt der Nordreisa kommune har tatt inn ekstern hjelp med prosessledelsen. Arbeidet har videre vært organisert med en prosjekteier, prosjektgruppe og en referansegruppe.

Prosessleder har vært Harriet Steinkjer Nystu fra Visjona AS, prosjekteier har vært sektorleder for helse og omsorg Rickard Printz, fra august 2020, Angela Sodefjed, ny kommunalsjef.

Referansegruppen har bestått av politikere fra Helse- og Omsorgsutvalget og representanter fra brukergrupper:

- Herborg Ringstad (H)
- Sigleif Pedersen (Ap)
- Tanja Birkeland (Sp)
- Knut M Pedersen, Eldrerådet
- Harry Kristiansen, rådet for funksjonshemmede
- Alexander Benjaminsen, RIO/ Marborg
- Verna Viken, Mental helse
- Rodner Nilsen, HTV Fagforbundet

Prosjektgruppen 2019/2020 har bestått av:

- Harriet Steinkjer Nystu, prosessleder, Visjona AS
- Rickard Printz, sektorleder helse og omsorg/ Angela Sodefjed, kommunalsjef Helse- og Omsorg (juli 2020)
- Øyvind Roarsen, kommuneoverlege
- Angela Sodefjed, sjefsfysioterapeut /Kommunalsjef
- Britt Bendiksen, virksomhetsleder omsorgsboliger
- Guro Boltås, virksomhetsleder sykehjem
- Hanne Marita Hansen, leder DMS

Prosjektgruppen har møttes til 6 ordinære møter der arbeidsfordelingen er blitt avklart og medlemmene har arbeidet med sine oppgaver mellom møtene. I tillegg har det vært arbeidsmøter etter behov. Innspillene til planen for de ulike fagområdene er utarbeidet av fagpersoner på respektive områder. I etterkant av prosjektgruppemøtene har referansegruppen møttes for å vurdere det arbeidet som er gjort, og de har kommet med innspill. Referansegruppen har hatt tre møter.

1.1 Sammen for trygghet og trivsel – mot et åpent kunnskapssamfunn

Det skal være godt å leve i Nordreisa kommune gjennom alle faser i livet. Barn og unge skal ha trygge oppvekstvilkår og vi skal ha et åpent og inkluderende samfunn.

Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet. Med mål om en god helse gjennom hele livet skal Nordreisa kommune være en pådriver og medvirke til helsefremmende og forebyggende arbeid.

Ved behov for helsehjelp, skal det gis god og trygg hjelp på rett omsorgsnivå, og den enkelte skal bli lyttet til. Innbyggeren skal være hovedperson i eget liv til tross for sykdom.

Gitt den demografiske utviklingen i samfunnet med en økende eldre befolkning, vil det måtte skapes nye strategier for ivaretagelse av innbyggeren. For Helse- og Omsorgssektoren innebærer det en omstilling med dreining av tjenestebildet fra institusjon til hjemmebasert omsorg. Målet er å kunne leve lengst og best mulig i eget liv. Omstillingen vil, i tråd med regjeringens strategi for å styrke helsekompetansen i befolkningen, implisere tidlig innsats og veiledning.

God tverrfaglig samhandling innen helsesektoren og tverrsektorielt samarbeid er av betydning for å kunne møte fremtidens utfordringer. Essensielt er også god samhandling med pasient og pårørende for gode pasientforløp.

1.2 Formål med planarbeidet

Helse- og omsorgsplan 2021-2026 skal være et administrativt og politisk styringsdokument for å sikre de helse- og omsorgstjenester som innbyggerne har krav på. Planen vil danne grunnlag for de årlige budsjett og økonomiplan-behandlingene, samt grunnlag for øvrige satsninger innenfor sektoren.

Helse- og Omsorgsplan er utformet ut ifra et faglig perspektiv og beskriver ikke økonomiske kalkyler. Planen må sees i sammenheng med kommunens økonomiplan, der tiltak som krever investering synliggjøres slik at de er realiserbare.

Kunnskap om fortidens, nåtidens og fremtidens helsetjeneste er en forutsetning. Planen vil beskrive dagens situasjon og utfordringsbilde og fremtidens behov. Planen inneholder målbeskrivelse og tiltak.

1.3 Overordnede/politiske målsettinger for sektoren Helse og omsorg

De forente nasjoners (FN) bærekraftsmål er verdens felles plan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Planen består av 17 mål og 169 delmål, der målet om «god helse» ligger på toppen av listen, rett etter utryddelse av fattigdom og sult. FN slår fast at det er gjort store fremskritt når det kommer til forbedring av menneskers helse verden over. Levealderen stiger og mødre- og barnedødelighet har blitt redusert. Til tross for denne fremgangen har den gode utviklingen for utryddelse av alvorlige sykdommer, som malaria og tuberkulose, stagnert.

For at bærekraftmålene skal nås kreves det en stor innsats de neste 15 årene. Dette gjelder spesielt når det kommer til utryddelse av alvorlige sykdommer og opplæring av nødvendig personell. FN mener at en nøkkel til måloppnåelsen er å sikre alle grunnleggende helsetjenester, adgang til medisiner og støtte til forskning.

Samhandlingsreformen, helse og omsorgstjenesteloven og folkehelselovens pålegger kommunene til å «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen».

Kommuneplanens samfunnsdel 2012-2025 har visjonen “mot et åpent kunnskapssamfunn”. Planens formål er å vise en langsiktig retning for en positiv utvikling av Nordreisasamfunnet mot 2025. Det er nedfelt at «Nordreisa kommune skal være pådriver og medvirke til helsefremmende og forebyggende arbeid». Dette med mål om at «kommunens tjenestetilbud og helsetjenester skal dreies mer mot forebyggende og helsefremmende fremfor behandlende»

Kommuneplanens samfunnsdel inneholder to hovedmål som berører sektoren helse og omsorg.

- Helse-, omsorgs- og sosialtjenestene
- Folkehelsen

1.3.1 Helse-, omsorgs- og sosialtjenestene

Hovedmål i kommuneplanens samfunnsdel for Helse-, omsorgs- og sosialtjenestene:

Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Med følgende underpunkter:

- Nordreisa kommune skal være pådriver og medvirke til helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor hele tiltakskjeden.
- Nordreisa kommune skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling samt forebygge sosiale og helsemessige problemer.
- Nordreisa kommune skal utvikle tverrfaglige arenaer hvor familier kan få individuell hjelp og støtte på et tidlig tidspunkt.
- Nordreisa kommune skal sikre brukermedvirkning og trygge den enkeltes rettssikkerhet.
- Nordreisa kommune skal møte den enkeltes individuelle behov gjennom god samhandling med tjenestemottaker og pårørende.
- Nordreisa kommune skal gi brukere rett tjeneste på rett nivå og sikre god flyt i tjenestetilbudene.
- Nordreisa kommune skal opparbeide og videreutvikle et godt omdømme for å styrke rekrutteringen til sektoren.
- Nordreisa kommune skal være en god vertskommune for regionale tjeneste-tilbud.
- Nordreisa kommune skal sikre at brukernes individuelle planer følger brukerne og bestemmer hvilket tilbud brukerne skal få.
- Nordreisa kommune skal arbeide for at det åpnes for større samhandling og kommunikasjon mellom ulike data-programmer for helse- og omsorgs-sektoren.

- Nordreisa kommune skal prøve ut fleksible arbeidstidsordninger innenfor helse- og omsorgssektoren.
- Nordreisa kommune skal opprette et faglig etisk råd for anke-/klagesaker i helse- og omsorgssektoren.
- Nordreisa kommune i samarbeid med nabokommunene skal sikre og videreutvikle dagens tilbud ved Distrikts-medisinsk senter i samarbeid med UNN.
- Nordreisa kommune skal ha et faglig og likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester rettet mot innbyggernes behov.
- Nordreisa kommune skal ha en arena for samhandling mellom kommuner, helseforetak, universitet, høyskole og videregående skoler.
- Nordreisa kommune skal satse på bruk av «Inn på tunet»-tjenester i helsesektoren.

1.3.2 Folkehelsen

Hovedmål i kommuneplanens samfunnsdel for folkehelsen:

Nordreisa kommune skal være pådriver og jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen.

Med følgende underpunkter:

- Nordreisa kommunes tjenestetilbud og helsetjenester skal dreies mot mer forebyggende og helsefremmende fremfor behandlende.
- Nordreisa kommune skal ha god kunnskap om befolkningens helse og de utfordringer som finnes gjennom helseprofiler.
- Nordreisa kommunes befolkning skal ha tilbud om veiledning i forhold til kosthold/ernæring, fysisk aktivitet, rus og psykisk helse.
- Nordreisa kommune skal ha fokus på forebyggende barnevern rettet mot barnehager og skoler.
- Nordreisa kommune skal styrke skolehelsetjenesten og lavterskeltilbudet til barn og unge for å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og skade.
- Nordreisa kommune skal legge til rette for turløyper og turalternativer i hele kommunen. En del av disse skal være universelt utformet.
- Nordreisa kommune skal ha kulturaktiviteter som favner bredt og sikrer inkludering.
- Nordreisa kommune skal ha gode lekeområder for barn og unge i alle boligområder og en sammenhengende og funksjonell grønnstruktur og løypenett som binder friluftsområder og byggeområder sammen.
- I Nordreisa kommune skal alle ha tilgang til idrettslig aktivitet eller annen organisert fysisk trening og finne tilrettelagte tilbud som passer til deres nivå og forutsetninger.
- Nordreisa kommune skal ha en sikker og trygg skolevei for barn og unge.
- I Nordreisa kommune skal alle nye bygg og ny infrastruktur være universelt utformet.
- Nordreisa kommune skal i løpet av planperioden lage retningslinjer for universell utforming.

1.4 Mål for Helse- og omsorgssektoren

Helse- og Omsorgssektoren skal arbeide for at innbyggerne skal opprettholde sin funksjonsevne og leve lengere i egne liv, samt sikre innbyggerne tilgang på kvalitetssikrede helse- og omsorgstjenester når behovet oppstår.

Ovenbeskrevne med mål om god livskvalitet og trygghet gjennom hele livet.

Helse og omsorgssektoren står overfor et behov for omstilling. For planperioden 2021-2026 innebærer dette:

- Økt satsning på forebyggende helsearbeid
- Tilrettelegging for økt grad av hjemmebaserte tjenester
- Implementering av velferdsteknologi
- Kompetanseutvikling
- Utvikle den fysiske bygningsmassen for funksjonalitet og effektivitet tilpasset framtidens helsetjenester

1.5 Styringsdokumenter

1.5.1 Fylkeskommunale styringsdokumenter

Fylkesplanen for 2014–2025 vektlegger folkehelseperspektivet med målsetting om at «trygge og inkluderende oppvekst- og levekår skal bidra til god helse og utjevning av sosiale forskjeller».

Planens handlingsbeskrivelse:

- Ivareta folkehelse i areal- og samfunnsplanlegging i alle sektorer lokalt og regionalt.
- Videreutvikle et godt kunnskapsgrunnlag for det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet.
- Videreutvikle samarbeidet mellom sektorer, lokale og regionale aktører og nasjonale myndigheter om folkehelse.
- Tilrettelegge for helsefremmende, trygge og inkluderende arenaer innenfor alle sektorer.
- Tilrettelegge for lavterskeltiltak innenfor ulike sektorer.
- Fysisk tilrettelegging for fysisk aktivitet.

1.5.2 Statlige styringsdokumenter

Stortinget sammenfatter sin helsepolitikk slik:

«Helse- og omsorgstilbudet betyr mye for den enkeltes levekår og livsutfoldelse og er en viktig forutsetning for et godt samfunn. Regjeringens utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen.»

Overordnede styringsdokumenter innen helse er lover og forskrifter, herunder blant annet helse og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Rundskriv og veiledninger beskriver tilegning i praksis.

Stortingsmeldinger (Meld. St) og NOU rapporter (Norges offentlige utredninger) peker ut retningen for framtidens helsetjenester. De mest sentrale er stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, omsorg 2020, stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste og leve hele livet.

Sentrale stortingsmeldinger er:



Demensplan 2025

Demensplan 2025 er et dokument for:

- Kommunene, slik at de kan forbedre sitt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.
- Personer med demens og deres pårørende, for å vite hva de kan forvente av tjenestetilbudet.
- Det øvrige samfunn, slik at alle kan få kunnskap om hvordan det er å leve med demens.

Planen inneholder fire innsatsområder:

- Medbestemmelse og deltakelse
- Forebygging og folkehelse
- Gode og sammenhengende tjenester
- Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling



Meld. St. 47 Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus i denne stortingsmeldingen. Hovedutfordringene beskrives både ut fra pasientperspektivet og det samfunnsøkonomiske perspektivet. I henhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på en samlet vurdering der økt samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten er en hovedfaktor for hensiktsmessig utvikling av helse- og omsorgstjenestene fremover.



Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgs- tjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103).



Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og framtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.



Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Stortingsmeldingen Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, er regjeringens hovedsatsing for at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom. Reformen skal bidra til å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten til eldre, og skape et mer aldersvennlig samfunn ved å finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

For å bli prioritert ved tilskuddsordninger forventes det at kommunene enten skal ha vedtatt en plan eller beskrevet en prosess for hvordan og når de skal vedta en plan for gjennomføring av «Leve hele livet». Det forventes at kommunene innen utgangen av 2021 kan vise til politisk vedtatte planer for hvordan reformens innsatsområder og løsninger skal gjennomføres lokalt.

«Leve hele livet» ble behandlet i Nordreisa Helse- og Omsorgsutvalg 28.01.21, med vedtak om å legge Stortingsmelding 15 til grunn for satsning i arbeidet med eldreomsorg ved oppstart av planarbeid for iverksettelse av reformen gjennom kartlegging av utfordringer og behov. Reformen skal integreres i kommunens overordnede samfunnsdel. Innen 2021 skal det foreligge en vedtatt plan for gjennomførelse av reformen lokalt der det synliggjøres at reformen er et samfunnsoppdrag. Saken behandles videre i Nordreisa kommunestyre.

Andre viktige meldinger og føringer er:

- Samisk språk og kultur – utdyping av rundskriv I-1/2000

Samene er urbefolkningen i Norge. Deres rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenestene reguleres av internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk. Det er store individuelle og lokale språklige, kulturelle og næringsmessige variasjoner innenfor det samiske samfunnet.

I Nordreisa møtes tre stammer; det samiske, kvenske og norske. Kunnskap om historiske, sosiale og kulturelle faktorer befolkningen i Nordreisa i den forbindelse bærer med seg er verdifull i helsevesenet.

- Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen — Gode liv i et trygt samfunn
- Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg
- Nasjonal veileder for Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, Høringsutkast 20.08.20: Helsedirektoratet

2 Utviklingstrekk for Nordreisa kommune

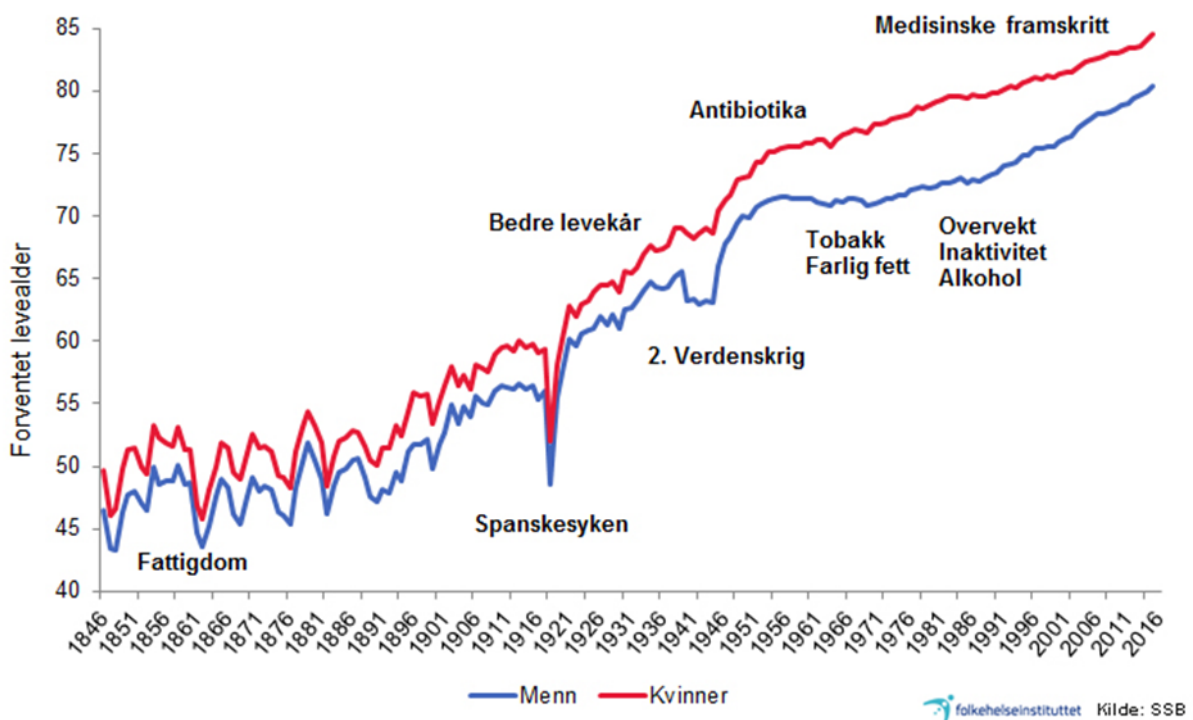
I dette kapitlet er det samlet statistikk gjeldende befolkningsutviklingen i kommunen og faglige betraktninger.

2.1 Befolkningsutvikling

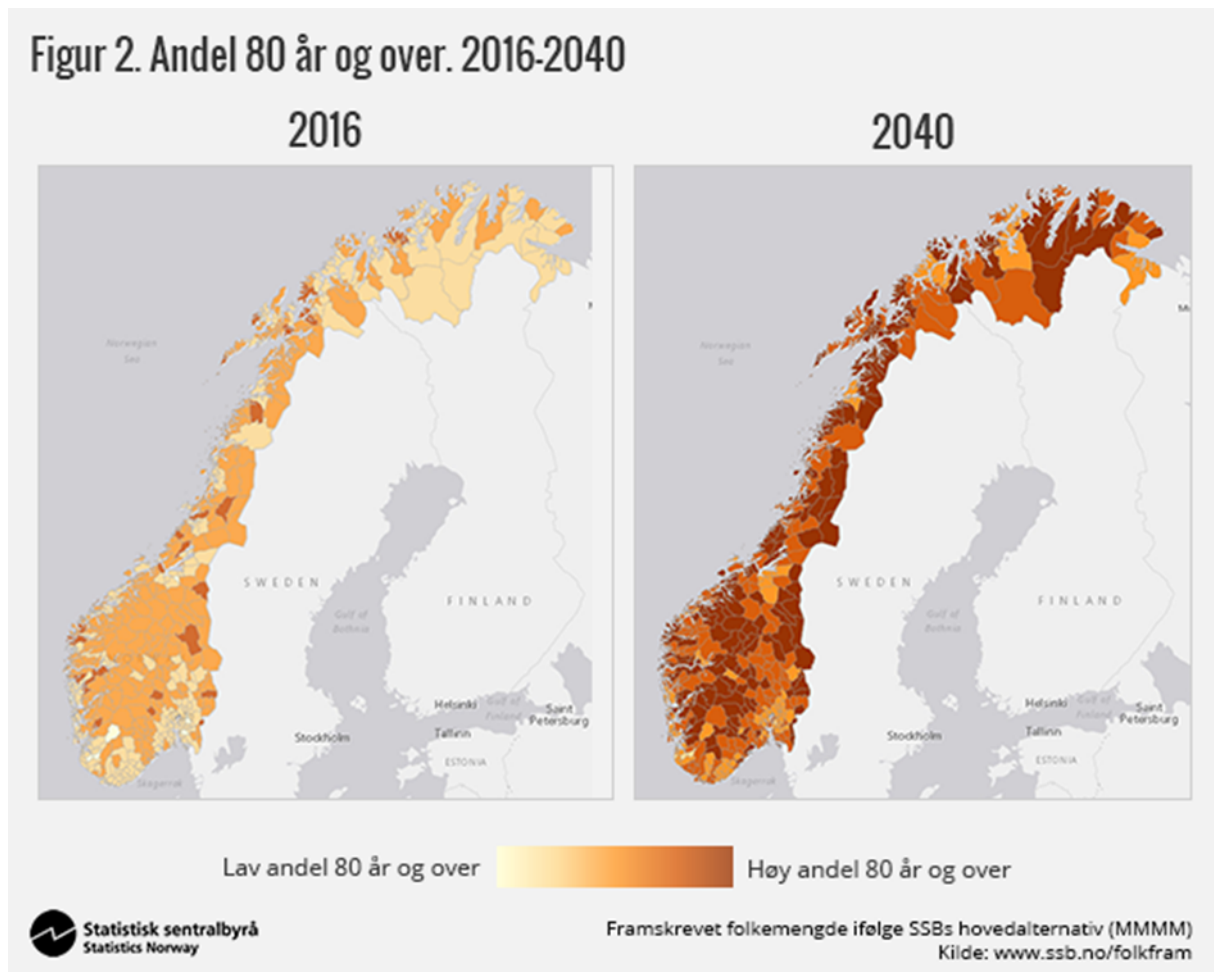
Framgangsrik forskning og nye metoder innen helsearbeid har ført til økt levealder.

Figur 1 viser utviklingen på forventet levealder i Norge og noen årsaker til utviklingen.

Fig.1



Figur 2 viser forventet utvikling av befolkningsandel over 80 år i landets kommuner.



Befolkningsutviklingen i Nordreisa kommune for den eldre delen av befolkningen viser også en økning.

I perioden 2020-2025 kommer andelen over 67 år i Nordreisa til å øke med 12,65%. Økningen av befolkningen over 80 år er 19,84 % (fig. 3). Dette er statistikk fra SSB som ikke tar hensyn til framtidens fremskritt innenfor helsesektoren.

Fig.3

Befolkningsfremskriving per 1.1 - standard er SSB - MMMM alternativet, TBU-metode

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0-1 år	83	84	87	88	91	93	94	94	96	99	100
2-5 år	198	190	187	201	205	213	216	220	223	226	228
6-15 år	623	635	625	611	610	594	592	590	577	584	586
16-18 år	183	158	195	199	201	199	196	204	204	195	193
19-20 år	119	152	128	113	126	138	148	133	139	144	137
21-22 år	127	118	118	143	122	109	119	131	140	127	131
23-29 år	462	462	465	449	456	469	447	445	441	452	458
30-34 år	260	274	296	298	309	314	314	318	310	315	310
35-49 år	878	852	828	821	804	823	824	837	858	876	891
50-66 år	1 070	1 096	1 111	1 140	1 147	1 141	1 148	1 153	1 149	1 140	1 136
67-79 år	670	694	716	727	744	763	764	759	747	742	746
80-80 år	192	201	199	207	216	225	244	268	304	326	341
90 år og eldre	44	46	50	48	55	50	52	48	50	52	55
Sum innbyggere	4 909	4 962	5 005	5 045	5 086	5 131	5 158	5 200	5 238	5 278	5 312

Ved at andelen eldre personer, spesielt over 80 år, forventes økt betraktelig i årene fremover, vil forekomsten av demens øke tilsvarende. Det forespeiles en fordobling av personer med demens sykdom frem mot 2040. Eldre har imidlertid i dag bedre helse enn tidligere, og flere studier indikerer at andelen med demens i ulike aldersgrupper er i ferd med å synke. Likevel, grunnet økt livslengde, medførende flere eldre de neste årene, forventes antallet med demens likevel å øke betydelig. Det er nødvendig med gode strategier for ivaretagelse og adekvat helsehjelp.

2.2 Utvikling innen helse- og omsorg

Den akuttmedisinske kjeden er blitt mer spesialisert, og det medfører en økt overlevelse fra enkeltdiagnoser som f.eks. hjerteinfarkt og slag. Mange av disse pasientene har behov for helse og omsorgstjenester videre i livet. Ambulansene har i dag antibiotika i bilene for å kunne behandle sepsis (blodforgiftning) på et tidlig stadium og bidra til redusert dødelighet.

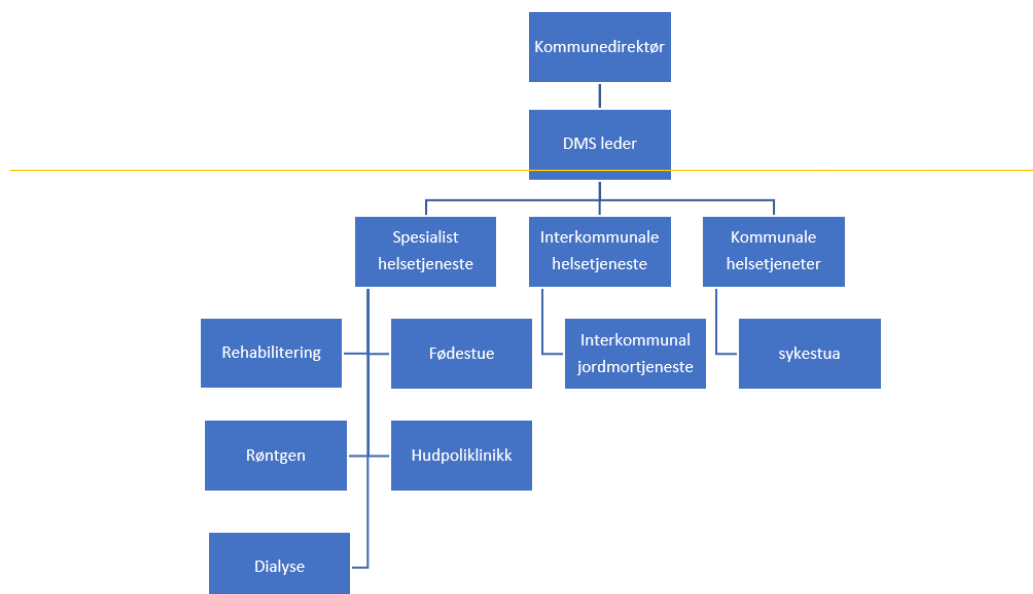
Samtidig blir innbyggerne mer og mer bevisst sin egen helse, og vi holder oss aktiv lengre. Dette medfører bedre helse og mindre omsorgsbehov når vi blir eldre. Den som er 80 år i 2026, kommer til å ha bedre funksjonsnivå enn den som var 80 år i 2006. Samtidig kommer befolkningen over 80 til å dobles innen 2035.

Rapport publisert av SSB våren 2019 beskriver helsepersonellmangel i Norge med 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere i 2035. Nordreisa kommune opplever, som mange andre kommuner, allerede utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Det er dermed viktig med gode tiltak for å rekruttere og beholde fagpersonell. Tiltak kan eksempelvis være mulighet for kompetanseheving og tydelig definerte arbeidsoppgaver samsvarende med profesjon.

3 Organisering

Helse- og omsorgsplanen berører to sektorer med ledere som er organisatorisk plassert direkte under kommunedirektøren; sektor helse og omsorg og sektor distriktmedisinsk senter (DMS). Sektor Helse- og Omsorg ivaretar kommunens oppgaver etter helse og omsorgstjenestelovens § 3-2.

Distriktmedisinsk senter Nord-Troms består av tjenestene fødestue, hudpoliklinikk, dialyse, røntgen og rehabilitering. Interkommunal jordmortjeneste er samlokalisert med fødestua, og kommunal sykestue er samlokalisert med rehabiliteringen.



Årsverk i sektor helse og omsorg

Helse- og Omsorgssektoren i Nordreisa kommune har til sammen 218,20 årsverk fordelt på 247 ansatte med i tillegg 6 prosjektstillinger. Fordelingen på virksomhetene er som følger:

- Virksomhet for hjemmetjenester: 25,9 årsverk
- Virksomhet for omsorgsboliger: 30,6 årsverk
- Virksomhet for bo- og avlastningstjenester: 29,6 årsverk
- Virksomhet Helsetjenester: 30,89 årsverk
- Virksomhet Sykehjem og institusjonskjøkken: 29,47 årsverk
- Virksomhet for institusjonssenter: 36,84 årsverk

Årsverk i sektor DMS

Hele sektoren har 23.05 årsverk.

Det benyttes personell på tvers av interkommunal jordmortjeneste og fødestue. Det er felles personell for kommunal sykestue, rehabilitering og fødestue med fødeavdeling og barsel. Røntgenavdelingen bemannes av UNN.

Nordreisa kommune er arbeidsgiver til ansatte ved DMS, men finansieringen ivaretas av UNN HF.

- Rehabilitering, fødestue, hudpoliklinikk 14,10 årsverk
- Interkommunal jordmortjeneste 2,73 årsverk
- Kommunal sykestue 4,48 årsverk
- Dialyse 1,74 årsverk

4 Tjenesteområder – Status og utfordringer

Dette kapittelet beskriver status og utfordringer for hver av virksomhetene som tilhører Helse- og Omsorgs sektoren i kommunen, samt DMS:

- Helsetjenester
- Hjemmetjenester
- Omsorgsboliger
- Bo og avlastningstjenester
- Sykehjem og institusjonskjøkken
- Institusjonssenter
- DMS

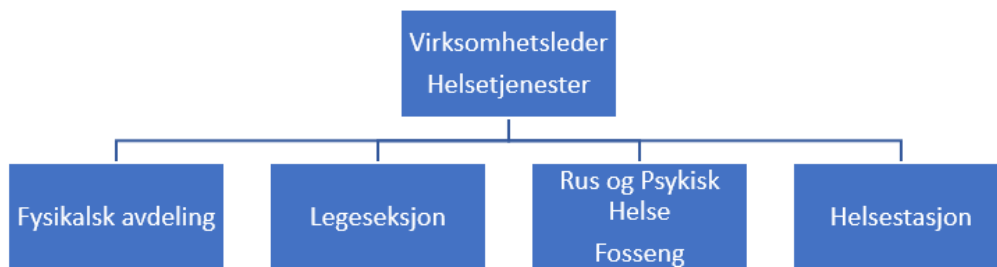
Kommunepsykologstillingen er for tiden ikke besatt, og omtales derfor ikke under status.

Utfordringene beskrives slik virksomhetsledere og fagpersoner tilknyttet tjenesten opplever situasjonen.

I tillegg beskrives status og oversikt over andre helsefremmende aktører i Nordreisa. Et stort antall frivillige lag og foreninger tilbyr et mangfold av aktiviteter til innbyggere i alle aldre.

4.1 Helsetjenester

Helsetjenester består av Sonjatun legekontor, fysikalsk avdeling, helsestasjon, rus og psykisk helse og Fosseng.

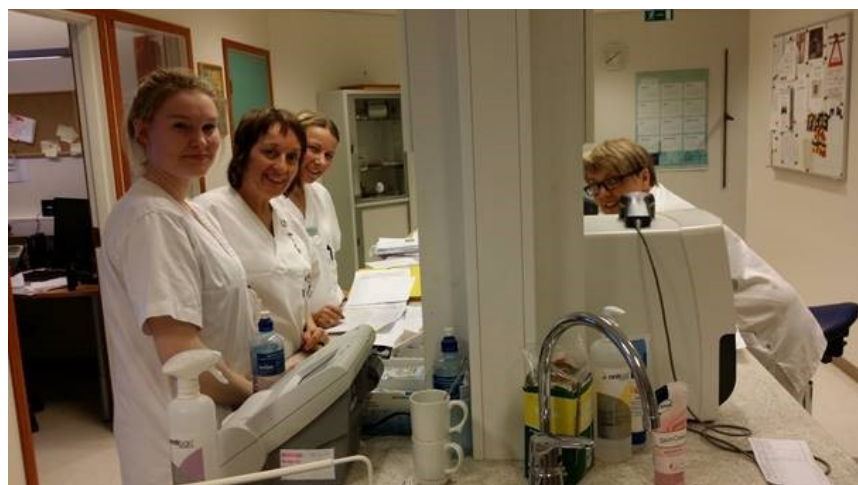


4.1.1 Dagens situasjon

4.1.1.1 Legeseksjonen

Ved legekantoret er det 18 ansatte i ulike stillingsbrøker, til sammen 12 kommunale årsverk. Inkludert i dette er de kommunale bistillinger som fastlegene har, samt turnuslege i 100% stilling. Fem av fastlegene er privatpraktiserende leger med kommunale bistillinger, mens kommuneoverlege, som også er fastlege, er 100% kommunalt ansatt med bonus. Totalt budsjett for legeseksjonen er ca. 13,4 millioner.

4 av fastlegene er spesialister i allmennmedisin. Kommuneoverlege er under spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Legesekretærer og sykepleiere er erfarne og har kurs og utdanning utover grunnutdanningen, blant annet sykepleiere med spesialkompetanse på hudlidelser, diabetes, akuttmedisin, ortopedi, legevaktsykepleie med mer.



Legeseksjon samarbeider med Universitetet i Tromsø og har tar årlig imot studenter i praksis.

Ved legekantoret får befolkningen dekket alle behov for legetjenester. Det er et moderne kontor med erfarne og stabile ansatte som har jobbet sammen i mange år. Her utføres utredninger, prøvetakinger og behandlinger som strekker seg langt utover det eksempelvis legekantor i mer sentrale strøk, med kort veg til spesialisthelsetjeneste, tilbyr.

4.1.1.2 Fysikalsk avdeling: Koordinerende Enhet, Ergo- og fysioterapi

Tjenesten består av 3 kommunale fysioterapeuter i 100 % stillinger, hvorav en er turnusfysioterapeut, 3 privatpraktiserende fysioterapeuter med til sammen 200 % driftstilskudd, en 50 % kommunal ergoterapeut, en 50 % konsulent i Koordinerende Enhet, en ergoterapeut og en fysioterapeut i 100 % som leies ut til DMS.

Den kommunale ergo- og fysioterapitjenesten yter tjenester til brukere i alle aldre med ulike diagnoser og behov.

Ergoterapitjenestens mål er å tilrettelegge for mestring av aktivitet og dagliglivets ferdigheter. Ergoterapeut er ansvarlig for hjelpemiddelformidling, i dette ligger kartlegging og vurdering av behov, samt søknadsutforming. Videre ansvar for oppfølging og opplæring i bruk av hjelpemidler.

Fysioterapi inngår i habilitering og rehabilitering i alle faser av livsløpet. Fysioterapeutene driver klinisk, helsefremmende og forebyggende arbeid i form av undersøkelse, vurdering, veiledning og behandling individuelt og i grupper. Avdelingen tilstreber en aktiv tilnærming i pasientbehandling med mål om å styrke pasientens helsekompetanse og dermed egenmestring av sykdom. Hjemmebehandling gis til de pasientene som ikke er i stand til å komme seg til fysioterapiavdelingen.

Eksempel på forebyggende arbeid drevet av avdelingen er eldretrimmen, som møtes en gang i uken. Treningen er rettet mot hjemmeboende eldre og innebærer styrketrening og fallforebyggende øvelser. Fungerer i tillegg som sosialt møtepunkt ved at det etter trimmen er mulighet for kaffe i kantinen.

En viktig del av arbeidet til ergo- og fysioterapitjenesten er også veiledning til og samarbeid med andre instanser og faggrupper, samt pårørende.

Konsulent i Koordinerende Enhet arbeider med brukere i alle aldre med behov for langvarige, koordinerte tjenester. Blant konsulentens oppgaver ligger ansvaret for å veilede i bruk av individuell plan.

Ergoterapeut og fysioterapeut som leies ut til Distrikts Medisinsk Senter, spesialisthelsetjeneste, underlagt UNN, er organisert under Fysikalsk avdeling. Arbeidet innebærer rehabilitering og tverrfaglig opptrening etter funksjonstap.

Fysikalsk avdeling er ansvarlig for det kommunale lageret for korttidshjelpemidler. Under dette ligger ansvar for mottak og innlevering av hjelpemidler tilhørende NAV hjelpemiddelsentral og samarbeid med vaktmester for utlevering, montering og enkle reparasjoner.



4.1.1.3 Helsestasjon

Nordreisa helsestasjon arbeider for å fremme trivsel og god helse hos barn og unge og deres familier. Arbeidet drives målrettet for å bidra til å gi likeverdige tilbud til barn og unge for å utjevne sosiale helseforskjeller, samt for å styrke oppvekstvilkår.

Tjenesten driver forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom skolehelsetjeneste og lavterskeltilbud til barn og unge for å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og skade. En viktig oppgave er å styrke foreldre i foreldrerollen gjennom foreldreveiledning og rådgivning.

Nordreisa helsestasjon arbeider etter lovkrav for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Tjenesten tilbyr også reisevaksinering og influensavaksinering i samarbeid med kommunelegene.

De ansatte ved helsestasjonen har faglig kompetanse til å løse de oppgaver som lover, forskrifter, veiledere og retningslinjer pålegger. Tjenesten har 3,75% helsesykepleier stillinger og 50 % helsesekretær stilling. Videre er det ansatt via tilskuddsmidler for styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten: 105 % helsesykepleier i prosjektstillinger, 30% helsesekretær, jordmor og helsesykepleier til foreldreveilednings gruppe basert på COS-P, foreldreforbereidende arbeid, hjemmebesøk og barselgruppe.

Helsestasjonen har også samarbeid med jordmor, lege og fysioterapeut.

4.1.1.4 Rus- og psykisk helsetjeneste

Rus- og psykisk helsetjeneste består av helsefagarbeidere, sykepleiere, sosionom og vernepleiere med spesialkompetanse og lang erfaring innen psykisk helse, rus og sosialt arbeid. Avdelingens arbeidsområde er primær og sekundær forebygging, som en del av behandlingsforløpet til personer med psykisk helse og rus-/avhengighetsutfordringer. Herunder gravide med mistanke om rus, barn og unge, familier og voksne.

Rus- og psykisk helsetjeneste har som hovedmål å forebygge og redusere rus- og psykisk helseplager, samt å sikre hjelp til de aktuelle. I henhold til helsedirektoratets satsingsområder og kommuneplanens samfunnsdel, jobber virksomheten målrettet med folkehelse, primær- og sekundærforebygging.

Tjenestetilbudet innebærer blant annet:

- Individuell og helhetlig planlegging, koordinering på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten, politi, fengselsvesen/kriminalomsorgen, LAR (legemiddelassistert rehabilitering) osv.
- Miljøterapeutisk oppfølging i form av tiltak som lærings- og mestringsstrategier.
- Råd og veiledning
- Oppfølging før, under og etter institusjonsopphold (rehabilitering/habilitering)
- Strategiplanlegging i.h.t generell forebygging blant barn, unge, voksne og familier.

Rus- og psykisk helse arbeider for å gi tjenester av god kvalitet, og har fokus på at ansatte i tjenesten skal ha bred kompetanse innen fagfeltet rus og psykiatri. Alle tiltak blir tilpasset den enkelte bruker og skal være i tråd med gjeldende regelverk og faglige retningslinjer.

Rus og psykisk helse er en frivillig tjeneste hvor personer selv kan ta kontakt gjennom telefon, personlig oppmøte eller skriftlig pr. brev eller sms. Personalet i avdelingen er tilgjengelig for pårørende-/nettverkssamtaler for de som ønsker det.

4.1.2 utfordringer

4.1.2.1 Legeseksjonen

Utfordringer knyttet til legeseksjonen:

- Økt krav til medisinsk kompetanse

Som følge av samhandlingsreformen med dens mål om at desentralisert helsehjelp skal avlaste økende bruk av spesialisthelsetjenesten, blir stadig flere oppgaver overført fra sykehus til kommuner. Det gjenspeiler seg i utfordringsbildet ved legeseksjonen ved at behovet for lege i kommunale oppgaver øker. Dette medfører også faglige utfordringer med påfølgende økt krav til medisinsk kompetanse, både hos leger og sykepleiere.

- Økt behov for legetjenester ved sykestue og sykehjemmene

At befolkningen stadig blir eldre og lever lengre med kompliserte sykdomstilstander krever tettere og mer regelmessig legetilsyn, med medisinsk oppfølging og behandling ved sykestua og sykehjemmene. Tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus, med forventning om kommunal ivaretagelse, fordrer gjennomføring av behandlingsforløp kommunalt som i bynære områder ofte ville ha foregått på sykehus.

- Utfordringer som fastlege

Det er kommet en rekke medisinske nyvinninger og behandlingsmetoder siden fastlegeordningen ble innført i 2001. Andelen eldre i befolkningen er økende, med tilsvarende økt forekomst av sykdom med behov for oppfølging av fastlege. Eksempelvis pasienter med kreft, diabetes, astma, kols, demens og revmatisk sykdom. Fastleger har også overtatt fra fylkeslegen alle helsekravvurderinger for førerkort. Legeerklæringer til skoleelever ved fravær er også tidkrevende.

Den nye fastlegeforskriften stiller stadig økte krav i forhold til venteliste, telefontid, responstid, dokumentasjon og legemiddelgjennomgang.

- Utfordringer knyttet til legevakt

En stor utfordring for legevaktstjenesten i dag er måten den er organisert på natt. Etter gjeldende legevaktsordning fungerer nå nattsykepleier på sykestua også som operativ legevaktsykepleier. For legevaktslege på natt medfører dette en utfordring da nattsykepleier ved sykestue ikke alltid har mulighet til å assistere legen. Legen blir da følgelig stående alene med alle oppgavene. Denne utfordringen er også beskrevet i punkt 4.2.2.

Ambulanseberedskapen i distriktet er svekket og merkbart redusert de siste årene. Det er bare 1 ambulanse i døgnberedskap og 2 biler på ukedager. I helger og helligdager er det bare 1 ambulanse

på vakt i Nordreisa. Det er pr. i dag ikke sikret at legevakslege kan ha sykepleier på utrykning ved utilgjengelig ambulanse.

- Utfordringer knyttet til sykepleier bemanning

Det er utfordrende å få tak i sykepleievikarer til laboratoriet grunnet at sykepleiere ofte har deltidsstillinger andre steder, og at det kreves opplæring og kontinuitet for vedlikehold av kompetanse for å kunne arbeide ved lab og legevakt. Mangel på vikarer medfører ekstra arbeidsbelastning for de ansatte.

- Lite faglederressurser

At faglederstillingen ved lab og legevakt bare er 20 % er utfordrende og ikke proporsjonal med utviklingen av tjenesten. Tjenesten har gått fra å være dag til døgntjeneste. Legevaksansvaret som også betjener Skjervøy kommune ble overtatt for 2 år siden. Det er dermed utfordrende å finne tid til faglig oppdatering, oppfølging av ansatte, og kvalitetssikring av tjenesten.

4.1.2.2 Fysikalsk avdeling: Koordinerende Enhet, Ergo- og fysioterapi

Utfordringene den kommunale fysio- og ergoterapitjenesten står overfor er ikke unik for Nordreisa kommune, men samsvarer med den demografiske utviklingen i samfunnet samt økende helseutfordringer i landet generelt. Under er beskrevet flere utfordrende områder som fysio- og ergoterapitjenesten innehar kompetanse om og dermed vil være essensielle i behandling og forebygging av. At kommunen bare innehar en 50 % ergoterapiressurs for å imøtekomme de beskrevne utfordringene under, er i seg selv en utfordring. Det resulterer i økt ventetid for å motta tjenester med påfølgende økte utgifter for kommunen. Rask og tidlig innsats i hjemmet er samfunnsøkonomisk hensiktsmessig fordi det vil utsette behovet for sykehjems plass og/eller andre helsetjenester.

- Økt behov for hjelpemidler blant befolkningen

Ved økt andel aldrende befolkning øker behovet for hjelpemidler og boligkartlegging tilsvarende. I dette ligger tilpasning av bolig for hjemmeboende eldre slik at de kan bo lengre i eget hjem, samt ha tilgang til hjelpemidler og hygienehjelpemidler.

- Stadig økende behov for koordinerte tjenester, økt samhandling med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter

Som følge av samhandlingsreformen og dens forventning om en dreining fra behandling i spesialisthelsetjenesten til i større grad behandling i kommunehelsetjenesten, erfares det at pasienter skrives raskere ut fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Dette medfører at det stilles økte krav til kommunene om å ivareta koordinering og utøvelse av tjenester samt tilbud om hjelpemidler ved hjemkomst.

- Økende andel livsstilsrelaterte sykdommer, deriblant muskel-/skjelettlidelser.

Kommunens folkehelseprofil fra 2020 gir indikasjon om at Nordreisa kommune ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet når det kommer til muskel- og skjelettlidelser. Sykefraværstatistikk fra NAV.no viser at andelen tapte dagsverk grunnet legemeldt sykefravær av muskel/skjelettlidelser på landsbasis ligger på 36,9 %.

4.1.2.3 Helsestasjon

Utfordringer ved Helsestasjonen:

- Økende behov for oppfølging

Som resten av landet, har barn, unge og deres familier i Nordreisa utfordringer som krever tett oppfølging, koordinering og tverrfaglig samarbeid. Eksempler er overvekt/fedme, lavinnteksthusholdninger, lavt utdanningsnivå, psykisk helse, ensomhet, flere enslige forsørgere, skolevegring, skilsmisse, lave scoringer på nasjonale prøver, atferd, barn som pårørende i sorg, vold og overgrep, rus m.m. Det vil dermed være vesentlig å kunne tilby lavterskeltilbud i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

At helsesykepleier kun er tilgjengelig ved skolene i 2-3 timer, og ikke hele dager er utfordrende ettersom barn/unge og deres foresatte, lærere og andre samarbeidspartnere skal kunne henvende seg uten timeavtale.

- Utfordringer knyttet til bemanning

Slik bemanningen er i dag er det utfordrende å skulle møte kravet om økt tilstedeværelse, som beskrevet over. Kravet til tjenesten har økt i omfang, uten at tjenesten har fått tilført nye stillinger. Også helsesekretær stillingen er redusert. Dette medfører at helsestasjonen til tider har vært utilgjengelig for målgruppene.

- Økt vaksinasjonsetterspørsmål

Grunnet betraktelig økt reisevirksomhet har etterspørselen etter vaksinasjon økt tilsvarende. Dette er en utfordring i og med at det er tidkrevende og går dermed ut over andre oppgaver.

4.1.2.4 Rus og psykisk helsetjeneste

Utfordringer knyttet til Rus og psykisk helsetjeneste:

- Utfordringer knyttet til bemanning

Manglende ressurser gir redusert mulighet til tidlig forebygging, intervensjon, behandling og oppfølging av unge tilknyttet tjenesten.

Det er utfordrende å dreie tjenesten i retning forebyggende arbeid med samtidig ivaretagelse av eksisterende oppgaver uten tilførte personalressurser.

- Utfordringer knyttet til implementering av forebyggende perspektiv i tjenesten

Det er utfordrende å implementere et mer forebyggende fremfor behandlende perspektiv i tjenesten, og derav igangsette tiltak som ruster befolkningen til i større grad å selv ivareta egen psykisk helse.

Utfordringer knyttet til endret fokus gjelder både de som skal gi tjenester og de som skal motta tjenester.

- Rekruttering av fagpersonell

At det er utfordrende å rekruttere personell med videreutdanning eller annen relevant kompetanse innen Rus- og Psykisk helsetjeneste resulterer i et stort veilednings og støttebehov, noe som er

tidkrevende. Behovet for spisskompetanse er stor ettersom brukernes utfordringer ofte er svært sammensatte. Det er utfordrende å rekruttere menn til tjenesten.

- Utfordringer knyttet til rehabilitering (tidligere ettervern)

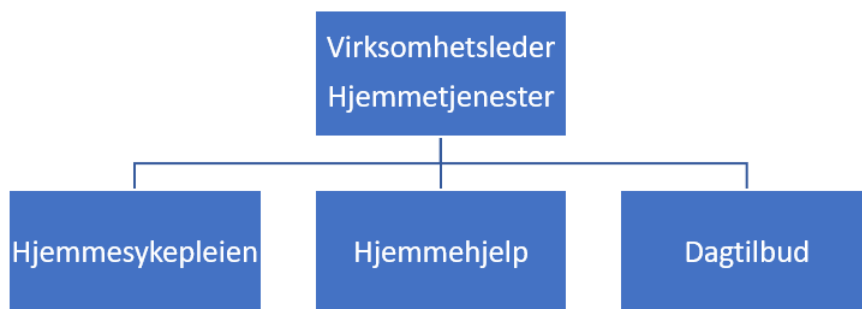
Det er utfordrende å skulle tilby et helhetlig og rett individuelt tilpasset rehabiliteringstiltak. Dette delvis grunnet utfordringene som skissert over knyttet til ressurser og kompetanse, men også grunnet mangel på boliger og utfordringer knyttet til arbeidsnærvær.

At det er mangel på egnede boliger for personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer gjør kravene om tett oppfølging vanskelig å overholde. Det er behov for egne tilrettelagte boliger som forutsetter at beboeren mottar oppfølging fra tjenesten, dette da tilbudet om oppfølging fra Rus- og Psykiatritjenesten er frivillig og mange velger dette bort. Boligenes plassering bør være spredd.

Det er behov for å etablere en god dialog med arbeidsgivere slik at det kan legges til rette for at personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer kan være i arbeid. For god ivaretagelse og tilrettelegging er det dermed behov for veiledning av arbeidsgivere.

4.2 Hjemmetjenester

Hjemmetjenester består av hjemmesykepleie, hjemmehjelp og dagtilbud for mennesker med demens sykdom.



Hjemmetjenesten har personale med helsefaglig kompetanse som sykepleiere, kreftsykepleier og helsefagarbeidere.

4.2.1 Dagens situasjon

4.2.1.1 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en døgkontinuerlig tjeneste for hjemmeboende brukere i kommunen, og gir helsetjenester til personer i alle aldre som har behov for helsehjelp. Tjenesten er kostnadsfri.

Brukerne av tjenesten bor i omsorgsboliger eller selveid/leid bolig. Tjenesten gir helsehjelp som blant annet hjelp til personlig hygiene, ernæring og medisin administrasjon.

Nordreisa kommune er en langstrakt kommune med spredt bosetting, noe som genererer en del kjøretid pr. vakt. Hjemmesykepleien har 11 tjenestebiler som brukes for å nå ut til brukerne.

Hjemmesykepleien er satsningsområde for velferdsteknologi, og det jobbes med å innarbeide nye løsninger og måter å jobbe på. Nordreisa kommune har tilbud om trygghetsalarm som hjemmetjenesten betjener. Det er for tiden 81 alarmer ute.

Kreftsykepleier

I Norge var det 32 827 nye krefttilfeller i 2016. Det diagnostiseres tre ganger så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden, og det er flere menn enn kvinner som får kreft. Innen 2020 forventes det rundt 38 000 nye krefttilfeller per år ifølge kreftregisteret.

Selv om flere og flere får kreft, er det stadig flere som blir helt friske. Det at flere blir friske av kreft, og at de som har kreft lever lenger med sin sykdom, betyr at antallet «kreftoverlevende» har økt betraktelig. Ved utgangen av 2016 var det 262 884 mennesker i Norge som har hatt kreft, eller som lever med sin kreftsykdom.

Nordreisa kommune har en 100 % fast kreftsykepleierstilling som jobber dagtid 5 dager i uken. Denne stillingen er organisatorisk plassert under hjemmesykepleien. Kreftsykepleierens oppgaver er oppfølging av kreftsyke og pårørende ved alle de behov de har, samt administrering av cytostatika (cellegift) behandling lokalt.

Kreftsykepleier er en viktig resurs i forhold til opplæring/veiledning av annet personell.

4.2.1.2 Hjemmehjelp

Hjemmehjelpstjenesten gir praktisk bistand til brukere i hele Nordreisa kommune. Praktisk bistand kan være hjelp til husvask eller handling. Bruker betaler egenandel for tjenesten.

Tjenesten har etablert et dagtilbud for hjemmeboende med demens diagnose to dager i uka.

Hjelpemidler

Alle med varig funksjonsnedsettelse (over to år) kan få nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral for å fungere bedre i hverdagen.

Fysikalsk sekretær, ergoterapeut og fysioterapeut ved fysikalsk avdeling på Sonjatun Helsesenter, er behjelpelig med kartlegging og søknadsutforming i samarbeid med brukerne.

Ved midlertidig behov for hjelpemidler kan det lånes ut enkle hjelpemidler fra kommunens lokale lager som er underlagt fysikalsk avdeling og hjemmetjenesten.

4.2.2 Utfordringer

4.2.2.1 Hjemmesykepleie

Utfordringer knyttet til Hjemmesykepleie:

- Økende andel eldre.

Utfordringen i hjemmesykepleietjenesten fremover er en økende andel eldre befolkning og en stor andel pasienter med sammensatte helseutfordringer som krever økt sykepleierressurser.

- Tidligere utskrivning fra sykehus.

Pasienter skrives tidligere ut fra sykehus til hjemmet og gjerne med kort varsel, noe som gjør at det kan være utfordrende for tjenesten å tilby adekvat oppfølging.

- Geografiske utfordringer.

Nordreisa kommune er en geografisk stor kommune, og pasienter i utkanten av kommunen har samme rettigheter på helsehjelp. I tilfeller hvor pasienter i utkanten må ha oppfølging av sykepleier, kan det per i dag være utfordrende å få til dette på alle vakter.

- Natt tjeneste

Hjemmesykepleien har natt tjeneste bemannet av helsefagarbeider. Nattevakten har faste oppdrag, blant annet utrykning på trygghetsalarmer. De har da med ambulerende personell fra sykehjemmene.

- Rekruttering og kompetanse

Rekrutteringsutfordringer av helsearbeidere i hele landet framover gjør at det vil være behov for å jobbe på andre måter, blant annet ved å i økende grad inkludere velferdsteknologiske løsninger. Økende andel pasienter med sammensatte helseutfordringer gjør at det er behov for kompetanseheving internt i avdelingen/kommunen. De ansatte skal også lære seg å bruke all ny teknologi som innføres.

Kreftsykepleie

Utfordringer knyttet til Kreftsykepleie:

- Rekruttering og kompetanse

Det er utfordrende å rekruttere kreftsykepleiere i kommunen.

- Økende behov for kreftsykepleier tjeneste.

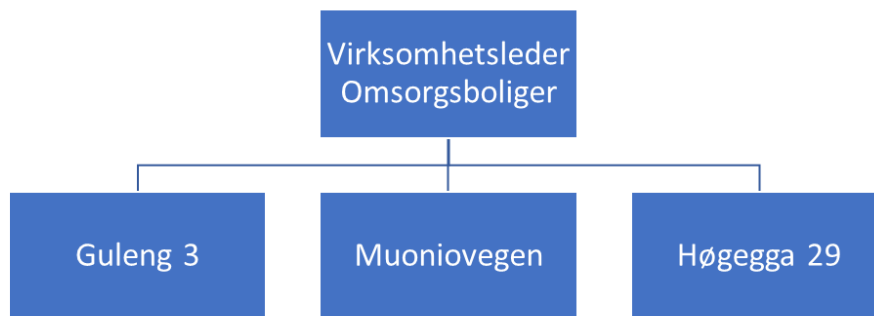
Det er en økende andel pasienter som har behov for oppfølging av kreftsykepleier, og flere tjenester som tidligere ble gitt i sykehus, flyttes til kommunen. Kreftsykepleier gir pr i dag flere cellegiftkurer i uken. Cellegiftkurer gis på Sonjatun sykestue og under kur er det behov for ekstra sykepleier og lege ressurs. Det er behov for økning av kreftsykepleier stillinger, forslagsvis på DMS sykestua.

- Organisering og utvikling

Det er utfordrende å jobbe som kreftsykepleier i kommunen med tanke på manglende fagnettverk. Pasientoppfølgingen dokumenteres i kommunens fagsystem. Behandlingen igangsettes på UNN, og de første cellegiftkurer gis på UNN. Kommunal kreftsykepleier har ikke tilgang til pasientens DIPS journal fra UNN.

4.3 Omsorgsboliger

Virksomhet for Omsorgsboliger består av Guleng 3, Høgegga 29 og Muoniovegen.



4.3.1 Dagens situasjon

Virksomhet for omsorgsboliger gir døgkontinuerlige tjenester i form av praktisk bistand og helsehjelp til barn, voksne og eldre personer med psykisk utviklingshemming og/eller fysiske funksjonsnedsettelse. Brukerne av tjenesten bor i omsorgsboliger eller selveid bolig og har behov for hjelp og støtte i de fleste av dagliglivets aktiviteter, både i og utenfor boligen.

Mennesker med psykisk utviklingshemming har behov for individuell tilrettelegging for å kunne delta i dagliglivets aktiviteter. Aktiviteter i dagliglivet tilrettelegges ut fra den enkeltes funksjonsnivå. Tjenesten har fokus på “hverdags(re)habilitering” og mestring. Ansatte skal i størst mulig grad jobbe med “hendene på ryggen”, slik at brukerne kan være mest mulig deltakende i sitt eget liv. Det å ha et aktivt liv har stor betydning for livskvalitet og livsglede. Vi opplever at tilrettelagte tjenester med støtte og hjelp til å være mest mulig selvstendig i stor grad forebygger psykisk sykdom.

Tjenesten hjemles i Helse- og omsorgstjenesteloven og brukerrettighetsloven, som blant annet skal sikre at den enkelte får mulighet til å bo og leve selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 slår fast at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikktutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå. På individnivå betyr dette at tjenesten tilrettelegges mest mulig etter brukernes behov og interesser.

Andre styrende dokumenter er stortingsmeldinger, rundskriv og veiledere fra helsedirektoratet. Tjenesten har samarbeid med seksjon for ambulant rehabilitering UNN.

Ved innkomne søknader foretas en kartlegging av søkerens hjelpebehov før et enkeltvedtak fattes. Ved avslag på tjenester gis søkeren mulighet for å klage på vedtaket jf. Lov om helse – og omsorgstjenester og pasientrettighetsloven. Til kartlegging benyttes interne kartleggingsskjema og IPLOS vurderinger (individbasert pleie og omsorgsstatistikk). Kartlegging foretas av fagpersoner i tjenesten, og saksbehandlingen foretas av saksbehandler i helse og omsorgsavdelingen.

4.3.1.1 Guleng 3 og Muoniovegen

Guleng 3 og Muoniovegen er en døgnkontinuerlig tjeneste til 7 unge og voksne.

Brukerne har sammensatte hjelpebehov. De fleste trenger tett oppfølging for å kunne delta aktivt i dagliglivets gjøremål. Det å kunne delta aktivt, både i – og utenfor boligen har stor betydning for den enkeltes trivsel og livskvalitet. Flere av brukerne har 1:1 bemanning.

Guleng 3 er et bofellesskap med 8 leiligheter. Fra mars 2021 er det 2 ledige leiligheter etter en omstillingsperiode. Leilighetene vil bli besatt innen høsten 2021.

Tjenestevedtak og bemanningsbehov er under vurdering i 2020 / 2021.

4.3.1.2 Høgegga 29

Botiltak med døgnkontinuerlig tjeneste opprettet i 2021 for 2 brukere med omfattende hjelpebehov. Tjenestene som gis er sammensatt og krever at det er helsefaglig kompetanse i boligen til en hver tid. Samtidig er det kontinuerlig vurdering av behov for vedtak i henhold til Helse og omsorgstjenesteloven § 9-5b, noe som medfører krav helsefaglig høgskolekompetanse ved gjennomføring av tiltak.

4.3.2 utfordringer

Utfordringer knyttet til Omsorgsboliger:

- Behov for nye eller endrede botilbud de nærmeste årene.

For å kunne gi et tilpasset bo -og tjenestetilbud til personer med psykisk utviklingshemming og/eller andre funksjonsnedsettelse, må dette planlegges i god tid. Det vil kunne være ressurseffektivt og hensiktsmessig å samlokalisere boliger til brukere med store hjelpebehov. Det er signalisert behov for mindre boenheter med 2-3 leiligheter. Samlokalisering vil også ha betydning for rekruttering av fagpersonell fordi man får et større faglig miljø.

I perioden fram til 2025 er det flere unge personer med sammensatte hjelpebehov som vil få behov for tjenester og bolig.

- Oppdatert oversikt over alderssammensetning og behov for nye eller endrede botilbud de nærmeste årene.

Ved at virksomheten for Omsorgsboliger etablerer et tettere samarbeid med koordinerende enhet ved Fysikalsk avdeling og Helsestasjon vil man kunne få en bedre oversikt over behovene framover. Det vil likevel være vanskelig å få en fullstendig oversikt på grunn av at tjenesten er uforutsigbar. Der det er opprettet ansvarsgrupper vil det være hensiktsmessig å signalisere framtidige behov for tjenester og omsorgsbolig i god tid, minimum 2 år i forveien og helst tidligere.

- Rekruttere og beholde sykepleiefaglig kompetanse

Den største utfordringen på Guleng bofellesskap og avlastning er å rekruttere og beholde sykepleiefaglig kompetanse. Avdelingen har behov for tverrfaglig høgskolekompetanse for å imøtekomme brukernes sammensatte behov for helsehjelp. Alternativ arbeidstidsordning vil kunne være et virkemiddel for rekruttering.

- Behov for dagtilbud til flere brukere fra høsten 2020.

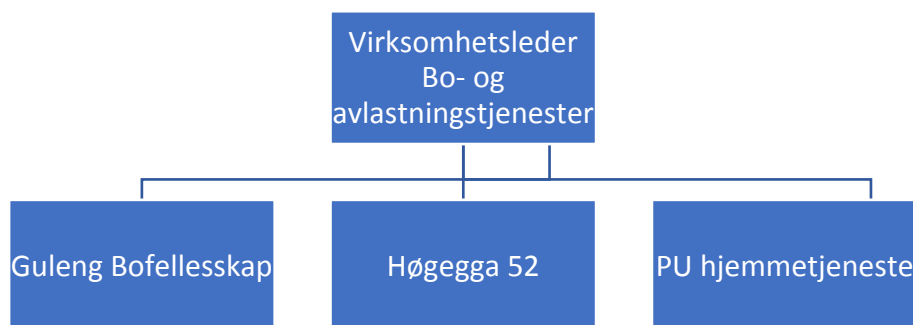
Loven sier at helse og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre, funksjonshemmede, utviklingshemmede og andre som har behov for dette. Personer med nedsatt funksjonsevne har ofte vanskeligere med å etablere sosiale nettverk og kan bli sittende mye alene. Ensomhet er løftet fram som en av de størst voksende helseutfordring framover. Pr. i dag er det flere yngre personer med nedsatt funksjonsevne som har behov for et slikt tilbud allerede fra høsten 2021. Konsekvensen av et ikke-tilstrekkelig dagtilbud er at det bindes opp ressurser i tjenesten som kunne bli brukt til helsehjelp. Brukere uten dagtilbud trenger ofte tilsyn og personale til stede i løpet av dagen.

- Bo hjemme så lenge som mulig

Kommunen har mange eldre personer med psykisk utviklingshemming og/ eller nedsatt funksjonsevne. For mange utviklingshemmede er det viktig at tjenesten gis i hjemmet så lenge som mulig, men det kan være utfordrende å gi tilstrekkelige helsetjenester i hjemmet.

4.4 Bo- og avlastningstjenester

Virksomhet for Bo- og avlastningstjenester består av Guleng Bo- og avlastning, Høgegga Omsorgsboliger og PU hjemmetjeneste.



4.4.1 Dagens situasjon

Felles beskrivelse av dagens situasjon med omsorgsboliger. Se punkt 4.3.1.

4.4.1.1 Guleng Bo og avlastning

Guleng Bo og avlastning utøver en døgnkontinuerlig tjeneste til 5 brukere. Hjelpet behovet er omfattende med 1:1 bemanning. I mange situasjoner må det være 2-1. Det vil si at det kreves to ansatte for å kunne utøve tjenesten til én bruker.

Helsehjelpen som gis er sammensatt og krever helsekompetanse på høgskolenivå i forhold til medisinske prosedyrer og utstyr. Avdelingen har utstrakt samarbeid med UNN.

4.4.1.2 Høgegga Omsorgsboliger

Høgegga Omsorgsboliger er en døgnkontinuerlig tjeneste til 14 brukere. Tjenesten er ambulerende og disponerer 2 tjenestebiler for å kunne nå ut til brukerne.

Det er stor variasjon i alder og funksjonsnivå, og flere av brukerne er over 70 år. Aldersrelaterte sykdommer kommer ofte tidligere hos personer med psykisk utviklingshemming. Vi ser utvikling av aldersrelaterte sykdommer som diabetes og kols og opplever at stadig flere brukere utvikler demens. Generelt er det økende hjelpebehov i dagliglivet på grunn av alderdom og svekket helse, men også økning i somatiske og psykiske sykdommer. Målsettingen er å kunne gi et så godt som mulig tilbud i hjemmet inntil en eventuell plass på sykehjem blir en naturlig fortsettelse.

4.4.2 utfordringer

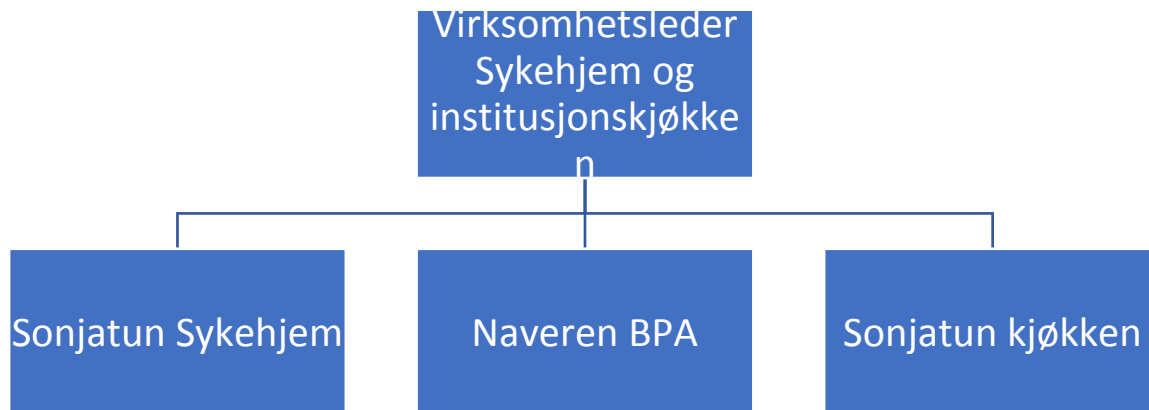
Felles beskrivelse av utfordringer med omsorgsboliger. Se punkt 4.3.2.

I tillegg utfordringer knyttet til renhold av boligene, da det ikke er egen renholder, men personale ved boligene som må foreta rengjøringen. Det medfører mindre brukertid.

Boligene er ikke tilstrekkelig ergonomisk tilpasset.

4.5 Sykehjem og institusjonskjøkken

Virksomheten består av Sonjatun Sykehjem, Sonjatun kjøkken og Naveren BPA



4.5.1 Dagens situasjon

Sonjatun sykehjem har som mål at alle pasienter skal få en verdig, trygg og meningsfull alderdom, der det blir tatt hensyn til den enkeltes unike bakgrunn, personlighet og ressurser. Et godt og tillitsfullt samarbeid mellom beboere, pårørende og ansatte er noe vi vektlegger.

Persontrentert omsorg danner verdigrunnlaget, der menneskets absolutte verdi, en individuell tilnærming, personens perspektiv og et støttende sosialt miljø er hovedelementer.

4.5.1.1 Sonjatun sykehjem

Sykehjemmet har 21 sengeplasser. 20 plasser er langtidsplasser. En plass er satt av til korttids- eller avlastningsopphold. Sykehjemmet er delt i to avdelinger, øst og vest. Sykehjemmet har nær tilgang til fysioterapi, sykestue, og legehjelp.

4.5.1.2 Sonjatun kjøkken

Sonjatun Kjøkken server alle sykehjemsavdelinger, Guleng Bo- og avlastning, Høgegga boliger, sykestua, hjemmeboende og dagaktivitetstilbud.



4.5.2 utfordringer

Utfordringer knyttet til Sykehjem og kjøkken:

- Pasientflyt

Koordinering av plasser er ikke tilfredsstillende. Det er utfordrende å få til god pasientflyt da det krever økt samarbeid mellom de ulike virksomhetene. Det foreligger heller ikke kriterier for tildeling av plasser.

- Opptatte korttidsplasser

Det kan være utfordrende å få enkelte pasienter, som er innlagt på korttids plass, utskrevet til hjem etter endt opphold. Det er også en utfordring at korttids-/avlastningsplasser er opptatt av pasienter som er innvilget langtidsopphold, i påvente av ledig langtids plass.

- Økt pleiebehov

Pasientgruppen som kommer inn på sykehjem er eldre og sykere enn tidligere, og de trenger mer pleie og oppfølging. På grunn av stort arbeidspress, kan det i perioder være utfordrende å ivareta behov til pasienter som går utover de grunnleggende behovene, slik som aktivitet og sosialt samvær.

- Økt medisinsk faglig oppfølging

Økningen i pasienter fra spesialisthelsetjenesten som krever medisinsk faglig oppfølging er ressurskrevende og forutsetter god opplæring. Større faglige utfordringer og kvalitetskrav i sykehjemstjenestene krever mer dokumentasjon, planlegging og opplæring.

- Tilrettelagte sykehjemsplasser

Det er et stadig økende behov for tilrettelagte sykehjemsplasser for personer med demenssykdom. Utagerende atferd er ofte en følge av sykdommen, noe som kan være utfordrende for personalet. I perioder må det bemannes opp for å imøtekomme behovet for oppfølging.

- Innføring av teknologi

Innføring av mer teknologi i tjenesten krever omstilling. I startfasen krever slike prosjekter ekstra ressurser. Det er viktig med fokus på god og nok opplæring. Dette kan være utfordrende for personalet og ledelsen i en allerede krevende hverdag. En gevinstrealisering kan ikke forventes før dette er innkjørt og blitt en del av hverdagen.

- Lite faglærte vikarer

Generelt er det lite tilgang på faglærte vikarer. Det medfører at det ved fravær er vanskelig å erstatte arbeidstakeren med kvalifisert personale. Dette gjelder både sykepleiere og hjelpepleiere. Fravær fører til økt bruk av assistenter som igjen fører til økt arbeidsbelastning på det faste personalet.

- Tilgang på faglærte ferievikarer

Tilgang på kvalifiserte ferievikarer er liten, og det har vært behov for å leie inn vikarer fra byrå, noe det ikke er økonomisk dekning for i budsjett. Budsjettene for ferievikarer har ikke vært realistiske. Dette gjelder også Sonjatun kjøkken.

- Utdaterte fasiliteter og utstyr

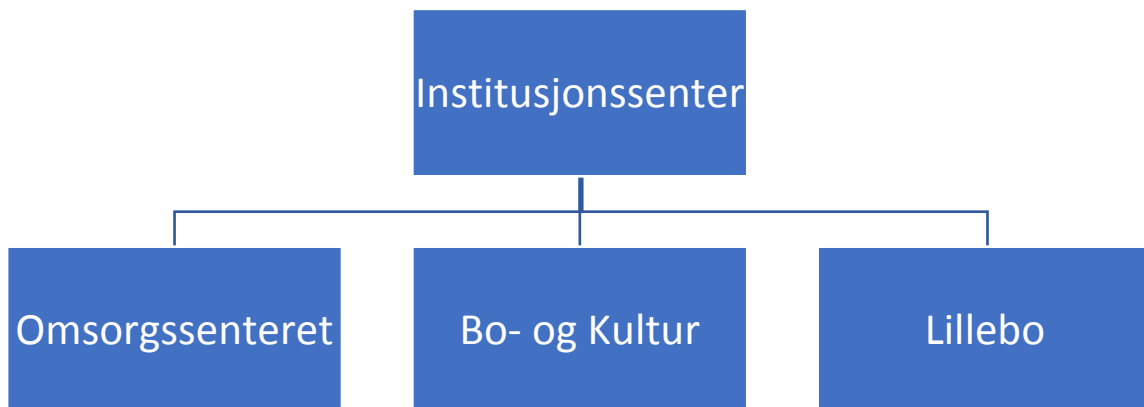
Sonjatun kjøkken har gamle fasiliteter og gammelt utstyr med stort behov for oppgradering for å kunne fungere optimalt.

- Mer spesialkost til pasienter

Mer spesialkost blant beboere gir økt arbeidsmengde på kjøkkenet.

4.6 Institusjonssenter

Virksomhet for institusjonstjenester består av Omsorgssenteret, Bo- og kultur og Lillebo.



4.6.1 Dagens situasjon

Institusjonstjenester gir behandling og pleie, avlastning og korttidsplass, rehabilitering og utredning av demenssykdom samt utredning ved andre behov.

4.6.1.1 Sonjatun Omsorgssenter

Omsorgssenteret har 16 plasser. Sykehjemmet har to avdelinger, med 8 plasser på hver. En av plassene blir brukt til korttid/avlastning og demensutredning. Sykehjemmet er spesielt tilrettelagt for personer med demenssykdom. Alle pasientene som innvilges langtidsplass skal ha en demensdiagnose. Utenfor sykehjemmet er det en sansehage med terrasser og vandrestier.



4.6.1.2 Sonjatun Bo- og kultursenter

Bo og kultur består av tre avdelinger med til sammen 21 plasser. To av avdelingene har åtte langtidsplasser hver, og en avdeling har fem plasser til korttid/avlastning. En langtidsavdeling er for personer med demens. Utenfor sykehjemmet er det en sansehage med terrasser og vandrestier.

4.6.1 Utfordringer

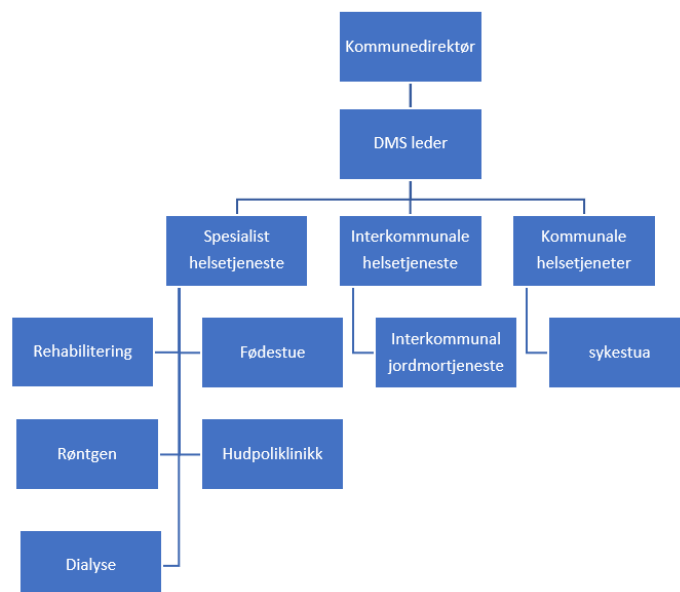
Utfordringene for institusjonssenter er felles med sykehjem. Henviser til punkt. 4.5.2 Utfordringer.

4.7 Distriktmedisinsk senter Nord-Troms, DMS

Distriktmedisinsk senter Nord-Troms består av tjenestene fødestue, hudpoliklinikk, dialyse, røntgen og rehabilitering. Interkommunal jordmortjeneste er samlokalisert med fødestua, og kommunal sykestue er samlokalisert med rehabiliteringen.

Det benyttes personell på tvers av interkommunal jordmortjeneste og fødestue. Personell som bemanner kommunal sykestue er også med å bemanne rehabiliteringen og fødestue ved fødsel og barsel.

Totalt 29 ansatte fordelt på 23,86 antall årsverk.



4.7.1 Dagens situasjon

Distriktmedisinsk senter (DMS) har vært i drift siden 2004 og har gitt befolkningen spesialisthelsetjenester på ulike fagområder. Målsetningen er å etablere og utvikle kvalitetsmessig gode helsetilbud. DMS skal ivareta pasientens behov ved å gi et helhetlig pasientforløp nærmere der de bor.

DMS samhandler med spesialisthelsetjenesten om tjenestetilbud i forhold til rekruttering, kompetanse og kvalitet. DMS utvikler og drifter integrerte tjenester på tvers av helsetjeneste nivåene.

Driften av spesialisthelsetjenestene finansieres i sin helhet av Universitetssykehuset i Nord-Norge, UNN HF, jfr. avtaler. Samarbeid om kommunale helsetjenester finansieres etter fast fordelingsnøkkel etter innbyggertall.

Det lages egne avtaler for hvert tjenestesamarbeid mellom UNN og DMS Nord-Troms. I tillegg kommer avtale om Interkommunal jordmortjeneste som regulerer interkommunalt samarbeid. Samarbeidsavtalene med UNN ble fornyet februar 2021.

4.7.1.1 Rehabiliteringen

Rehabiliteringen er en spesialisthelsetjeneste underlagt Nevro-, ortpedi- og rehabiliteringsklinikken, NOR-klinikken. Rehabiliteringen tilbyr opptrening etter funksjonstap og hjelp til økt livskvalitet i hverdagslivet.

Avdelingen har 3 døgnplasser. Det drives tverrfaglig rehabilitering av lege, ergoterapeut, logoped, fysioterapeut, geriatrisk sykepleier, sykepleiere og hjelpepleiere.

Rehabiliteringen har felles inntak av pasienter Fysisk Medisinsk avdeling NOR-klinikken.



En arbeidsgruppe fra UNN holder på å kartlegge hvilke pasientgrupper som skal behandles på de forskjellige lokaliseringsene Nord-Troms, Midt-Troms og UNN.

Pasientsentrert Helseteam, PSHT:

Nasjonal Helse- og sykehusplan gir føringer om hvordan helsetjenestene skal være i fremtiden. Nasjonal Helse og sykehusplan sier at sårbare pasienter/stormottakere skal møtes med tverrfaglig sammensatt team. Spesialist helsetjenesten skal gjøre en dreining ut fra sykehuset og mot hjemmet til pasientene.

Stormottakersatsningen har som formål å bidra til at pasienter ved UNN som har komplekse og kompliserte helsetjenestebehov får tilbud om personsentrerte helsetjenester. PSHT er en del av stormottakersatsningen.

Det skal utarbeides en lokaltilpasset PSHT tjeneste i samarbeid med NOR-klinikken.

4.7.1.2 Føde tilbud / Jordmor tjeneste



Sonjatun Fødestue er en spesialisthelsetjeneste underlagt Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) ved UNN. Sonjatun fødestue driftes i dag etter Sonjatun-modellen, der kjernetanken er en totalfunksjon for jordmortjenesten både i og utenfor institusjon. Dette er i tråd med Stortingsmelding nr.12 (2008-2009) (St.meld). Fødestua er en jordmorstyrt base for jordmor-tjenesten i Nord-Troms, og ivaretar døgkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap innen desentralisert fødselsomsorg, samt kommunal jordmortjeneste i de fire Nord Troms kommunene Skjervøy, Kåfjord, Nordreisa og Kvænangen.

4.7.1.3 Hudpoliklinikk

Hudpoliklinikk er en spesialist helsetjeneste underlagt Medisinsk klinikk ved UNN. Hudpoliklinikken gir tilbud om lys- og sårbehandling. Hudsykepleier driver også med veiledning innen faget mot helsepersonell og enkelttilfeller ut i kommunene i Nord-Troms. Hudspesialist er tilstede en gang i måneden ved poliklinikken.



4.7.1.4 Røntgen



Røntgen er en spesialisthelsetjeneste underlagt Diagnostisk klinikk ved UNN.

Avdelingen gir et desentralisert røntgentilbud ved DMS Nord-Troms, stasjonert ved Sonjatun helsesenter. I hovedsak er det standart skjelett røntgen og røntgen torax som tas her.

4.7.1.5 Dialysen

Dialysen er en spesialisthelsetjeneste underlagt Medisinsk klinikk ved UNN.

Når nyrene ikke fungerer som de skal så trenger vi dialyse. I hemodialyse blir blodet fra pasienten ført gjennom et filter i en dialysemaskin. I filtret blir blodet rensert for avfallsstoffer og overskudds væske blir filtrert vekk. Behandlingen gis opptil 3 ganger i uken. Hver behandling tar vanligvis opptil 4 timer.

Dialysen startet opp i 2015. Avdelingen har 4 behandlingsplasser for hemodialyse.



4.7.1.6 Sykestue

Sonjatun sykestue er en kommunal tjeneste som er samlokalisert med fødestue og rehabiliteringen. Avdelingen har totalt fire senger, to senger til ø-hjelp og to senger til korttidsopphold. Sykestua har daglig legevisitt, gode laboratorietjenester, tilgang på røntgen og telemedisinske løsninger.

Ø-hjelp

To av sengene er avsatt til ø-hjelp. Inntaksområde for sykestuesengene er i hovedsak Nordreisa kommune og de som oppholder seg her. Henvising til denne tjenesten går gjennom legevaktslege, fastlege eller lege på UNN.

Sykestua er et lavterskeltilbud som ivaretar akuttmedisinsk diagnostikk og behandling. Det tilbys utredning til et visst nivå og stabilisering før transport til sykehus. Det foretas observasjon og behandling av tilstander der sykehusinnleggelse ikke anses som nødvendig eller fordi det kan gis tilsvarende behandling på sykestua.

Dersom en person kommer inn til sykestua på ø-hjelpsopphold, skal det i løpet av 1-3 dager vurderes hvorvidt vedkommende skal overføres til sykehus, korttidsopphold på sykestua / i annen kommunal avdeling eller utskrives til hjemmet. Helsetilstanden til pasienten og tilgjengelige plasser vil avgjøre det videre forløp. I tillegg gir sykestua kreftbehandling (smerte- og cellegiftbehandling) og omsorg ved livets slutt.

Korttidsopphold på sykestua

To av sengene er korttidsopphold og kan benytte i følgende situasjoner:

- Personer som sykehuset vurderer som utskrivningsklare til kommunen, men som ennå ikke er i stand til å reise hjem og har behov for et høyere omsorgsnivå enn andre korttidsplasser i kommunen, f.eks. der det er behov for sykepleierassistanse døgnet rundt.
- Personer der ø-hjelps oppholdet på sykestua er avsluttet men der behovet for et høyere omsorgsnivå fortsatt er tilstede.

4.7.2 utfordringer

Utfordringer ved distriktmedisinsk senter, DMS:

- I perioder har det vært lavt belegg på rehabiliteringen.

Rehabiliteringen har hatt noe lavt belegg de siste årene. En prosjektgruppe gjennom UNN jobber med å se på endringer som kan gjøres for å øke effektiviteten.

- Rehabiliteringsavdelingen, tidligere kalt OGT Nord-Troms kan tolkes som en kommunal sykehjemstjeneste/korttids plass av leger på UNN.
- Sikre god faglig styrke ved oppstart av Pasient sentrert helse team, PSHT.

Her jobber vi i samarbeid med UNN for å finne vår lokale versjon av PSHT. Det vil ikke bli tilført nye ressurser til denne tjenesten, og det må finnes ressurser og rom innenfor det som i dag utgjør DMS. Dette vil skape en endring i arbeidsoppgavene til rehabiliteringsteamet.

- Kort åpningstid på røntgen.

Røntgen avdelingen er ikke betjent ettermiddag og i helgene. Ved en eventuell bemanning av radiograf noen timer lørdag og søndag, kunne ytterligere skjelettskader vært behandlet lokalt. Dagens ordning skaper unødvendig transport til UNN.

- Røntgenapparatet er en eldre modell

Det vil ikke være mulig å kjøpe nye deler til dagens røntgenapparat dersom det blir feil på apparatet. Det produseres ikke deler til det aktuelle røntgenapparatet lengere. UNN skal kjøpe inn nytt røntgenapparat. Skifte av røntgenapparat vil gi noe nedetid på røntgenavdelingen ved DMS.

4.8 Helsefremmende aktører

4.8.1 Dagens situasjon

For å fremme god helse blant befolkningen vil det være hensiktsmessig for helse og omsorgstjenesten å benytte seg av og samarbeide med ulike frivillige lag og foreninger samt andre aktører som driver lavterskel tilbud innen helsefremmende arbeid. Mange frivillige organisasjoner tilbyr helsefremmende aktiviteter, og har meldt interesse for å samarbeide tettere med kommunen. Noen av foreningene har allerede etablert et samarbeid med kommunen, og tilbyr aktiviteter som supplerer kommunens tilbud. Flere lag og foreninger har meldt at de har ressurser og kapasitet til å bidra, og har konkrete planer for tilbud de ønsker å utvikle. Det er mange gode helsefremmende aktiviteter som drives av frivilligheten, og i lys av at Nordreisa kommune satser på forebyggende helsearbeid, vil et godt samarbeid være givende og nyttig for begge parter.

Nordreisa kommune har en rekke aktører som tilbyr helsefremmende aktiviteter, deriblant: RIO, LHL, Nordreisa Sokn, Nordreisa Sanitetsforening, Reumatikerforeningen, Norsk Folkehjelp, Røde kors, Pensjonistforeningen, Doktorgården, Inn På Tunet, Mental Helse, TT-kort, 4H klubber, Idrettslag, Nord Troms Friluftsråd, treningssentre, grendelag m.fl. Se vedlegg til planen for beskrivelse av et utvalg aktører.

Nordreisa kommune driver Frivilligsentralen og Aktivitetssentralen, som begge koordinerer og tilbyr aktiviteter.

Nordreisa Frivilligsentral

Frivilligsentralen er en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet og et virkemiddel for å utløse frivillig innsats. Frivilligsentralens mål er å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og organisasjoner i kommunen utfører, og dermed styrke og fremme det frivillige arbeidet.

Eksempel på oppgaver sentralen kan bistå i /med er; søknadsskriving for lag/foreninger, grasrotandelen, sponing, organisasjonsarbeid, lavterskel trimgrupper, servicekontor for eldre, stifting av nye lag/ foreninger og støtte til kulturarrangement/ lete etter frivillige støttespillere.

Nordreisa Aktivitetssentral

Aktivitetssentralen er opprettet med bakgrunn i loven om aktivitetsplikt til sosialhjelpsmottakere mellom 18 og 30 år. Nordreisa Kommune gir dette tilbudet til personer inntil 40 år. Formålet med aktivitetsplikten er å gi flere unge muligheter til å komme i arbeid/skole. Arbeidsoppgavene organiseres primært innenfor de kommunale tjenestene, men i tilfeller hvor dette ikke er mulig eller hensiktsmessig, benyttes lokalt næringsliv. De kommunale tjenestene melder inn arbeidsoppgaver til aktivitetssentralen.

Aktivitetssentralen tilbyr kartlegging, veiledning og oppfølging av den enkelte deltaker i arbeidstiltak.

Miljøarbeidertjenesten

Miljøarbeidertjenesten er et omsorgstilbud som ligger administrativt under kommunalsjef for Helse og Omsorg. Tjenesten skal hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid, basert på den enkelte brukers ønsker, behov og forutsetninger. Mange grupper kan ha behov for støttekontakt: barn, unge og voksne med psykiske problemer, yngre og eldre funksjonshemmede, innvandrere som er ukjent med det norske samfunn, familier med sammensatte problemer og rusmisbrukere er noen slike grupper.

4.8.2 Utfordringer

Mange av de frivillige aktørene, spesielt de som har ønsket et nærmere samarbeid med helse- og omsorgssektoren i kommunene, har skissert flere like utfordringer:

- Ensomhet

Det er en klar sammenheng mellom ensomhet og helse. Deltagelse på organiserte aktiviteter er en fin mulighet til å skape sosiale nettverk. Helse og omsorgssektoren i Nordreisa bør være mer bevisst på hvilke tilbud som gis av frivillige lag og foreninger og andre aktører som tilbyr helsefremmende aktiviteter, og aktivt informere om disse.

- Informasjon og koordinering av tilbud

Det er mange lag og foreninger i kommunen som organiserer flotte aktiviteter, men det er utfordrende for de ulike helsefremmende aktørene å koordinere og informere om tilbudene som drives. Manglende deltakelse på mange arrangementer løftes frem som en utfordring. Dette gjelder spesielt for aktiviteter som innbefatter målgruppen eldre.

- Fysiske lokaler for aktiviteter

Det er en utfordring for organisasjoner som ønsker å tilby aktiviteter til for eksempel eldre og bevegelsehemmede, å finne rimelige og tilgjengelige lokaler. Kantina på Sonjatun er nevnt som et egnet sted, men foreløpig finnes det ingen avtale om utleie eller kostnadsfritt bruk av denne til slike formål.

Eksempelvis er Pensjonistforeningens aktivitetssenterprosjekt satt på vent grunnet manglende lokaler.

- Opprettholde stabile tilbud over tid

I samarbeidet mellom frivillige aktører og Helse- og Omsorgssektoren kan det være utfordrende å finne en balanse for hvor mye man kan basere seg på frivillighet i det kommunale tjenestearbeidet. For å ha stabilitet i tilbudene er lag og foreninger avhengig av stadig nyrekruttering av frivillige, og en vedvarende dugnadsånd. Erfaringer fra tidligere samarbeid har vist at noen tilbud er varige, mens andre sliter med stabilitet over tid.

- Transport til tilbud

Kommunens geografiske utforming kan være utfordrende for eldre med lange avstander til tilbudene. Deltakelse vil da i mange tilfeller avhenge av mulighet for transport. Det er behov for å informere om de transport-ordninger som allerede finnes (TT-kort), og i de tilfeller der det ikke er tilstrekkelig, er det behov for ytterligere transport-tilbud.

- Doping

I tillegg til felles utfordringer over, er det trukket fram at det er nødvendig å ha fokus på forebyggende arbeid mot doping. Doping er en utfordring på nasjonalt nivå, og det finnes også tilfeller i Nordreisa. Dopingmisbrukere har økt risiko for å pådra seg både fysiske og psykiske helseskader. Forebygging samt informasjon om skadevirkninger vil være samfunnsnyttig.

5 Satsingsområder innen helse og omsorg

Innledning

Den demografiske utviklingen i samfunnet og begrensede økonomiske rammer i kommunene stiller krav til omstilling i helse- og omsorgssektoren. Rapporten "Organisasjonsutvikling: Gjennomgang av Helse og Omsorgstjenestene i Nordreisa kommune", utarbeidet av KS i 2019, beskriver en betydelig kostnadsøkning i helsetjenestene i Nordreisa kommune i løpet av de neste 4 årene. Det innebærer at Helse og omsorgssektoren, ettersom det fremtidig vil bli mindre tilgang på helsepersonell, må forberede seg på ivaretagelse av den økende eldre befolkningen på en annen måte enn i dag. En

eldre befolkning fører samtidig til vekst i aldersrelaterte sykdommer, og i tillegg er sykdomsbildet hos eldre ofte sammensatt. Hvilket øker behovet for medisinsk kompetanse.

For å imøtekomme disse utfordringene er det behov for å satse forebyggende og helsefremmende gjennom å hjelpe befolkningen til økt kompetanse om- og bedre ivaretagelse av egen helse. Dermed vil behovet for omfattende helsehjelp kunne utsettes, men når behovet er tilstede må det sikres at tjenestene er av god kvalitet.

Det må tilstrebes å lage en best mulig helsetjeneste med de økonomiske rammene som er tilgjengelig for sektoren. Helse og Omsorgssektoren må dermed foreta prioriteringer som er i tråd med behovene og utviklingen i samfunnet slik at det kan ytes gode og forsvarlige tjenester og sikres effektiv og rett ressursbruk med samtidig kostnadskontroll.

Utfordringsbildet som er beskrevet for Helse og omsorgssektoren og DMS, viser utfordringer på ulike nivå. Utfra en samlet vurdering, er det definert 6 satsingsområder for den kommende perioden:

1. Utvikling av omsorgstrapp
2. Velferdsteknologi
3. Rekruttering og kompetanse
4. Mål og kvalitetsarbeid
5. Utvikling gjennom samarbeid
6. Fysiske forhold



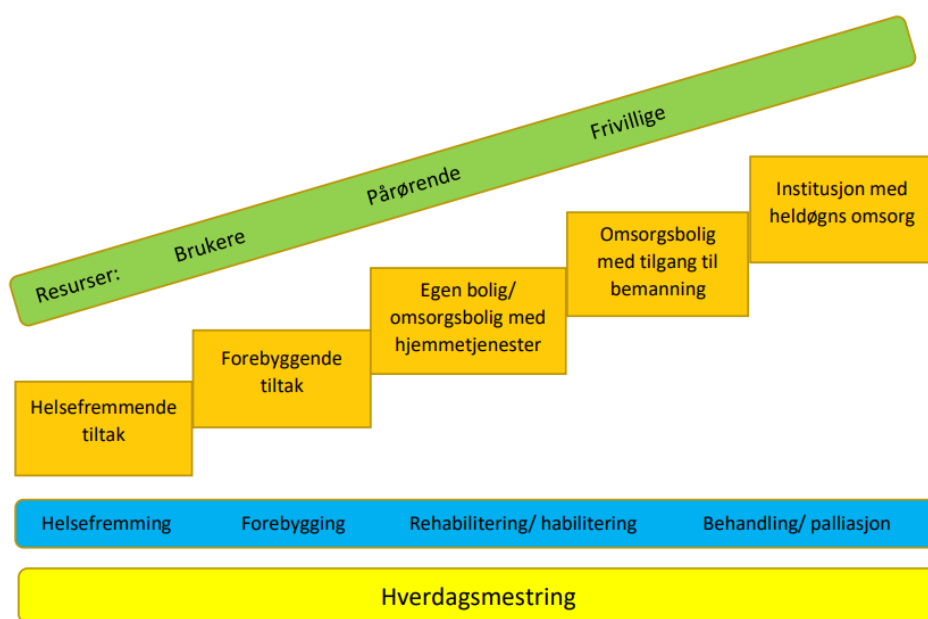
5.1 Område 1: Utvikling av omsorgstrapp

For å møte de ulike behovene for helse- og omsorgstjenester i kommunen er tjenestetilbudet organisert i kategorier etter omsorgsnivå. Nivåene visualiseres i form av en omsorgstrapp. Brukerne kan befinne seg på flere trinn i trappen samtidig med ulike kombinasjoner av tjenester. Brukerne skal ha mulighet for å kunne bevege seg mellom trinnene ut fra behov.

Ved behov for tjenester skal dette tilstrebes å gis på laveste mulige nivå etter LEON prinsippet og på best effektive nivå, med mål om rett behandling, på rett sted og til rett tid, etter BEON prinsippet.

God kvalitet i tilbudene på alle trinnene i omsorgstrappen vil kunne forhindre at brukerne beveger seg unødvendig raskt oppover i omsorgstrappen.

De fleste ønsker å kunne være aktiv og deltakende i eget liv best og lengst mulig. Det innebærer blant annet å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Med mål om god livskvalitet og med utgangspunkt i brukerens egne ressurser, skal hjelpen som gis i hovedsak være hjelp til selvhjelp. Dersom brukeren har så stort hjelpebehov at det ikke kan dekkes gjennom kommunale pleie og omsorgstilbud på lavere nivåer, tilbys sykehjemsplass som siste trinn i omsorgstrappen.



Beskrivelse av trinn

Trinn 1: Innebærer målrettet folkehelsearbeid.

Trinn 2: Primært mål om å hindre sykdom/skade. Eksempler på tiltak er Hverdagsrehabilitering, Frisklivssentral, trygghetsalarm, fallforebygging, matombringing, tilsyn, helsestasjon for barn og unge.

Trinn 3: På dette trinnet gis praktisk og personlig bistand i hjemmet. Gis etter behov. Eksempler på tiltak er støttekontakt, dagsenter, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie, boligtilpasning og hjelpemidler.

Trinn 4: Omsorg+

Trinn 5: Trinnet omfatter langtidsplass på sykehjem.

5.1.1 Trinn 1 og 2 - Helsefremmende og forebyggende tiltak










I møte med utfordringene som helse- og omsorgstjenesten står overfor i årene som kommer, er tidlig innsats og forebygging av sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer essensielt. Det innebærer også forebygging av forverring hos personer med etablert sykdom og tjenestebehov.

De ulike helse- og omsorgstjenestene bør tilstrebe en aktiv tilnærming til personer eller grupper som er i risikozonen for å utvikle sykdom eller redusere sitt funksjonsnivå, eller som allerede har redusert funksjonsevne. Det innebærer å legge til rette for, og bidra til at forutsetningene for mestring og god ivaretagelse av egen helse er til stede for å kunne treffe gode beslutninger relatert til forebygging av sykdom, livsstils valg, forebygging av ensomhet, egenmestring og bruk av helse og omsorgstjenesten. Eksempler på tiltak er opplæring, opplysning, råd og veiledning.

Forebyggende og helsefremmende arbeid skal bedrives på alle trinn i omsorgstrappen.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helseerisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

Folkehelsebarometer for kommunen, som utarbeides årlig av Folkehelseinstituttet, gir en oversikt over status for utvalgte folkehelsefaktorer. I oversikten nedenfor for 2021 sammenlignes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. Nordreisa kommune ligger betydelig høyere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner på antall innbyggere med muskel og skjelettlidelser, overvekt og fedme ved 17 år og ungdom 17 år som trener sjeldnere enn ukentlig.

-  Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
-  Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
-  Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
-  Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
-  Ikke testet for statistisk signifikans
-  Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
-  Verdien for landet som helhet
-  Variasjonen mellom kommunene i fylket
-  De ti beste kommunene i landet

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Nordreisa Ráisa Raisi
Befolkning	1 Andel 80 år+, framskrevet til 2030	8,5	7	6,4	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	28,7	26,7	25,7	prosent	
Oppneiset og leveår	3 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	70	76	80	prosent	
	4 Vedvarende lavinntekt (hush.)	8,9	8,4	10,0	prosent	
	5 Inntektsulikhhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-	
	6 Barn av enslige forsørgere	19,0	17,4	14,8	prosent	
	7 Stønad til livsopphold, 20-66 år	20,3	16,8	15,6	prosent (a,k)	
	8 Ikke i arbeid eller utdanning, 16-66 år	20,0	19,0	19,1	prosent (a,k)	
	9 Bor trangt, 0-17 år	22	21	19	prosent	
	10 Leier bolig, 45 år +	11,9	12,4	11,8	prosent	
	11 Trives på skolen, 7. klasse	86	86	89	prosent (k)	
	12 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	35	27	23	prosent (k)	
	13 Gjennomføring i vdg. opplæring	72	71	77	prosent (k)	
Miljø, stader og utbytt	14 God drikkevannsforsyning	94	73	89	prosent	
	15 Andel tilknyttet vannverk	75	85	88	prosent	
	16 Luftkvalitet, finkornet svevestøv	1,5	2,5	4,4	µg/m³	
	17 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2017	59	61	70	prosent (a,k)	
	18 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2017	92	91	88	prosent (a,k)	
	19 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2017	70	60	66	prosent (a,k)	
	20 Ensomhet, Ungdata 2017	21	23	19	prosent (a,k)	
	21 Kan svømme, 17 år	-	89	89	prosent (k)	
Helse-relatert atferd	22 Lite fysisk aktive, Ungd. 2017	13	17	14	prosent (a,k)	
	23 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	30	29	25	prosent (k)	
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2017	33	35	29	prosent (a,k)	
Helsestilstand	25 Forventet levealder, menn	77,6	78,7	79,6	år	
	26 Forventet levealder, kvinner	82,4	83,3	83,7	år	
	27 Utd.forskjeller i forventet levealder	-	4,7	5	år	
	28 Fornøyd med helse, Ungd. 2017	65	67	71	prosent (a,k)	
	29 Psykiske sympt./lidelser	148	158	157	per 1000 (a,k)	
	30 Muskel og skjelett	355	331	319	per 1000 (a,k)	
	31 Overvekt og fedme, 17 år	38	29	22	prosent (k)	
	32 Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	92	105	100	per 1000 (a,k)	
	33 Hudkreft, nye tilfeller	-	55	78	per 100 000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdeknning, meslinger, 9 år	95,9	96,1	96,5	prosent	

Resultater fra Ungdata undersøkelsen i Nordreisa kommune i 2017 er også et viktig barometer for videre satsning innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge.

Under beskrevet kommunens satsningsområder innen helsefremmende og forebyggende arbeid.

Frisklivssentral

Nordreisa kommune mottok i 2020 tilskuddsmidler til frisklivssentral. Frisklivssentralen er under planlegging for oppstart høsten 2021.

Frisklivssentraler er ifølge Helsedirektoratet en anbefalt måte å sette helsefremmende og forebyggende arbeid i system på og vil inngå som et av tilbudene på de to nederste trinnene i Omsorgstrappen.

Frisklivssentral opprettes som et tiltak basert på mål fra kommuneplanens samfunnsdel om at innbyggerne skal ha tilgang på veiledning i forhold til kosthold/ernæring, fysisk aktivitet, rus og psykisk helse, samt ha tilgang til organisert fysisk trening eller tilrettelagte tilbud som passer til deres nivå og forutsetninger. Dette er spesielt aktuelt da kommunens folkehelseprofil fra 2020 indikerer at Nordreisa ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet når det kommer til røyking blant kvinner, muskel og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, samt overvekt og fedme blant befolkningen ved 17 år.



Frisklivssentralens tilbud vil omfavne brukere som er i risikogruppen for å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer, og som pr. dags dato ikke har et tilfredsstillende tilbud. Livsstilsrelaterte sykdommer er eksempelvis diabetes, kreft, hjerte-kar sykdom, metabolsk syndrom, overvekt og fedme, osteoporose, muskel- og skjelettlidelser, revmatisme, astma, KOLS og lettere psykiske lidelser.

Vurdering for opptak ved frisklivssentralen starter med en henvisning, oftest fra fastlegen. Henvisningen utløser innkalling til en systematisert kartlegging med helsesamtale og fysisk testing. På bakgrunn av kartleggingen gis en «reseptperiode», med tilpasset trening i treningsgrupper, veiledning i forhold til kosthold og tobakksvaner." Resepten" varer i 12 uker og drives i regi av Frisklivssentralen. Rekartlegging med ny helsesamtale

oppsummerer og vurderer effekten av tiltakene. Ved endt oppfølging veiledes pasienten videre til ordinære aktivitetstilbud i kommunen eller til egentrening.

Helsestasjon, oppfølging av barn og unge

For helsestasjonen er det viktigste satsingsområdet å styrke lavterskeltilbudet i skolene med økt tilgjengelighet av helsesykepleier. Dette for å fremme fysisk og psykisk helse hos barn og unge, fremme gode sosiale- og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skade, tidlig avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

Helsestasjon for ungdom er et annet viktig satsningsområde. I dag gis tilbudet kun 1 gang i måneden. Helsestasjonen mener det vil være hensiktsmessig med et større fokus på «mat og helse» som tidlig forebyggende tiltak. Kosthold og ernæring tas opp som tema ved skolestartundersøkelse og i 3. og 8.klasse får alle elever tilbud om vekt- og lengdemåling. Det gis oppfølging etter behov.

Å utvikle tverrfaglige arenaer hvor familier kan få individuell hjelp og støtte på ett tidlig tidspunkt er et mål for helsestasjonen og i tråd med samhandlingsreformens anbefalinger. Dette for å kunne gi rett hjelp til rett tid. Økt samhandling mellom tjenestene bidrar til smidigere og raskere mobilisering ved behov for hjelp.



Boligkartlegging og hjelpemidler

For å kunne dreie kommunens tjenestetilbud og helsetjenester fra institusjon til hjemmebasert omsorg vil en viktig satsning være å bidra til tilrettelegging av bolig og utstedelse av hjelpemidler. Dette vil bidra til økt funksjonalitet i eget hjem og ruste innbyggeren til å kunne mestre hverdagen alene på best mulig måte, samt utsette pleiebehov. Arbeidet drives i dag av ergoterapeut ved fysikalsk avdeling.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens diagnose og andre brukergrupper

Dagaktivitetstilbud er et tilbud for personer med demens diagnose og et avlastningstilbud for pårørende. Tilbudet er tilpasset brukerens behov og mestringsnivå med mål om gode opplevelser og en meningsfull hverdag.

Eksempler på aktiviteter er:

- gå- eller sykkelturner
- trening, dans, sang og musikk
- lesestund
- kulturopplevelser
- håndverk
- friluftsopplevelser

Dagaktivitetstilbudet var fra 2018-2020 drevet på prosjektmidler 2 dager pr. uke. Fra 2020 er tilbudet integrert i eget budsjett. Det er ønskelig å øke dagaktivitetstilbudet til 5 dager pr. uke.

Dagaktivitetstilbudet er lokalisert til fellesarealet til Guleng omsorgsleiligheter og har 5 plasser.

Det er også et mål å kartlegge behov for dagtilbud for andre brukergrupper.

Kommunepsykolog

Fra 2020 er det lovkrav om at kommunen skal ha tilgang til psykolog. Kommunepsykolog skal ha fokus på helsefremming, forebygging og tidlig hjelp. Det er naturlig med et tett samarbeid med skolehelsetjenesten.

I Nord-Troms er det etablert et psykolognettverk for å ivareta psykologenes krav til veiledning, men også for erfaringsutveksling av psykologarbeidet. Erfaringer fra psykolognettverket vitner om gode erfaringer av tidlig innsats, eksempelvis i barnehager der psykologen har vært tilgjengelig for foreldre. Videre er erfaringen at psykologen er en viktig brikke i det tverrfaglige tilbudet fra kommunen, og at veiledningen til kommunepersonell har vært positiv. Arbeidsområdet er vidt og omfattende da psykologen skal være aktiv i folkehelsearbeidet. Prioritert målgruppe er barn og yngre voksne.

Nordreisa kommune har per tiden ikke ansatt kommunepsykolog.

Frivillige

For økt deltakelse og benyttelse av frivillige lag og foreninger som et ledd i forebyggende og helsefremmende arbeid, vil tilgjengelighet være en avgjørende faktor. Det vil derfor være hensiktsmessig å satse på økt koordinering av- og informasjon om tilbudene. Det kan eksempelvis gjøres gjennom en felles online informasjonsportal.

5.1.2 Fra institusjon til hjemmebasert omsorg

Den nødvendige omstillingen i helse- og omsorgssektoren for å kunne møte framtidens demografiutfordring, både økonomisk og sett til framtidens reduserte tilgang på personellressurser, krever strategisk samfunnsplanlegging og iverksettelse av tiltak. Det er naturlig at også andre sektorer involveres i planarbeidet.

Tilbud om boligkartlegging, hjelpemidler og velferdsteknologi vil kunne medvirke til at flere kan bo lengre i eget hjem. Til tross for store avstander vil å satse på mobile team, istedenfor økt antall institusjonsplasser, være den beste benyttelsen av tilgjengelige ressurser. En godt rustet hjemmetjeneste vil være av avgjørende betydning.



Omsorgsboliger er plassert på trinn tre i omsorgstrappen. En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset bevegelsehemmede og tilrettelagt slik at beboeren skal kunne motta heldøgns omsorg etter behov. Boligen er beboerens eget hjem. Beboeren betaler husleie og mottar hjemmetjenester på samme vilkår som for andre hjemmeboende. Forutsetningen for å tildeles omsorgsbolig er at en har behov for hjemmehjelp eller hjemmesykepleie samt tilrettelagt bolig.

Det foreligger et politisk vedtak PS 14/19, datert 12.06.19, om etablering av Omsorg+ tilbud i Nordreisa. Omsorg+ er samlokaliserte utleieboliger med heldøgnsomsorg som er tilrettelagt for personer som har store og sammensatte hjelpebehov. Boligene utgjør trinn fire i omsorgstrappen og er døgnbemannet.

5.1.3 Ressursteam som styrker tjenestetilbudet i omsorgstrappen.

Utformingen av fremtidens helsetjeneste må planlegges ut fra en forventet økende andel borgere med sammensatte sykdomsutfordringer. For å imøtekomme dagens og fremtidens komplekse og sammensatte pleie og omsorgsbehov stilles det krav til mer sammensatt og spesialisert fagkunnskap knyttet til ulike diagnoser.

I planperioden er det behov for å bygge opp to nye ressursteam; et demensteam og et palliativt team. I takt med økende alder så blir flere rammet av demenssykdom med følgelig behov for støtte og kunnskap om diagnosen. Et palliativt team skal være en støtte til pasienter og pårørende i livets slutfase og bidra til god veiledning.

5.1.3.1 Demensteam/ hukommelsesteam

Demensplan 2025 har fire innsatsområder. Under avbildet tiltak fra planen.

SENTRALE TILTAK I DEMENSPLAN 2025	SENTRALE TILTAK I DEMENSPLAN 2025
<p><i>Innsatsområde 1: Medbestemmelse og deltakelse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – bidra til å sikre at personer med demens som har behov for flere og koordinerte tjenester, får tilbud om individuell plan (IP) og koordinator – gjennomføre en informasjonskampanje som skal bidra til økt bevissthet om demens i samfunnet generelt og blant helsepersonell spesielt – stimulere til utvikling av varierte og tilpassede aktivitetstilbud – videreføre satsingen på bruker- og pårørendeopplæring fra Demensplan 2020 – legge frem en samlet pårørendestrategi og handlingsplan – utarbeide et nettbasert kunnskaps- og treningsprogram for pårørende til personer med demens (WHO iSupport) <p><i>Innsatsområde 2: Forebygging og folkehelse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – fremme en ny strategi mot ikke-smittsomme sykdommer (NCD-strategi) – styrke innsatsen i frivillig sektor for å redusere ensomhet blant eldre – systematisere og ta i bruk kunnskap om arkitektoniske virkemidler og boformer – legge frem en egen ernæringsstrategi – fortsette arbeidet med å forebygge fall blant eldre 	<p><i>Innsatsområde 3: Gode og sammenhengende tjenester</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – videreføre og styrke arbeidet med diagnose til rett tid og systematisk oppfølging etter diagnose – utarbeide e-læring om demensutredning for leger og annet helsepersonell – utrede en hensiktsmessig organisering av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten – utarbeide en veiviser for gode pasientforløp – utarbeide en «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling – skape en teambasert fastlegeordning – prioritere planlegging og utvikling av helhetlige, koordinerte tjenester til blant annet eldre gjennom helsefelleskap – bidra til bygging av demensvennlige omsorgsplasser gjennom investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser – fremme utviklingen av mer demensvennlige sykehus <p><i>Innsatsområde 4: Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – gjennomføre en informasjonskampanje som skal bidra til økt bevissthet om demens i samfunnet generelt og blant helsepersonell spesielt – videreføre forskningsinnsatsen fra Demensplan 2020 – videreføre satsingen på Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC – gjennomføre en insidensundersøkelse om demens – gjennomføre en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens – videreføre deltakelse i internasjonalt samarbeid om demens

1. Medbestemmelse og deltakelse

Nordreisa kommune ved koordinerende enhet, tilbyr veiledning og hjelp til iverksettelse av Individuell Plan.

Aktivitør i sykehjem bidrar til å skape aktivitet blant beboerne, også for beboere med demens sykdom. For hjemmeboende med demens sykdom tilbys deltakelse på dagaktivitetstilbud 2 ganger i uken.

Ved etablering av demensteam/hukommelsesteam er en naturlig oppgave informasjon til pårørende, personell og samfunnet generelt.

2. Forebygging og Folkehelse

Nordreisa kommune ønsker å forebygge ensomhet blant eldre generelt. Det er blant annet ved et av sykehjemmene i 2020 tatt i bruk digitale medier slik at beboere skulle kunne holde kontakt med sine nære.

I samarbeid med frivilligsentralen utformes strategi for ivaretagelse av hjemmeboende eldre. Mulighet for innkjøp av bil for å kunne dra på turer og transportere aktuelle til tilbud vurderes.

Ved fysikalsk avdeling tilbys ukentlig eldretrim for forebygging av fall.

Det skal legges til rette for at også personer med demens sykdom skal kunne på lengst mulig i eget hjem. Velferdsteknologi vil kunne være en viktig bidragsyter.

3. Gode og sammenhengende helsetjeneste

Det skal etableres et demensteam i Nordreisa som kan ivareta primærhelsetjenestens utredningsansvar ved mistanke om kognitiv svikt. Demensteamet vil bestå av sykepleiere, om mulig med videreutdanning i demenssykdom, og skal være en naturlig samarbeidspartner for fastleger.

Ved mistanke om demens skal fastlege tilby en basal demensutredning. Ved kompliserte og uavklarte tilstander henvises pasienten til spesialisthelsetjenesten.

Dernest, når utredningen er gjennomført og diagnosen er satt, følger andre oppgaver for å hjelpe den rammede videre. Symptomlindrende behandling blir vurdert og eventuelt iverksatt.

Det skal legges til rette for at personen selv og pårørende får mulighet til å planlegge livet videre med demenssykdom. Det kan gjelde blant annet praktiske ting f.eks. framtidfullmakt, testamente og arv, trygdeytelser og lignende. Her trenger også pasient og pårørende tilrettelagt informasjon og oppfølging fra kommunens helse- og omsorgstjeneste.



4. Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Helse- og omsorgssektoren i Nordreisa vil legge vinn på å erverve nødvendig kunnskap og kompetanse om demens diagnoser for å kunne gi et hensiktsmessig og adekvat tilbud for ivaretagelse av de aktuelle på best mulig måte.

5.1.3.2 Palliativt team

Våren 2020 ble team for lindrende behandling/ palliasjon opprettet. Deltakere i teamet er ressurspersoner fra Sonjatun sykehjem, Bo- og kultur, hjemmesykepleien og Sonjatun sykestue. Leder for teamet er kreftsykepleier. Andre naturlige samarbeidspartnere for teamet fremover kan være lege, psykolog, sosionom, ernæringsfysiolog og prest.

Overordnet målsetting er best mulig livskvalitet for pasient og støtte til pårørende.

Delmål:

- Lindre smerter og andre symptomer

- Ha fokus på det som er viktig for pasienten og pårørende sett i forhold til psykiske, fysiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle behov.
- Legge til rette for god organisering av tjenester som pasienten og pårørende har behov for.

Nordreisa kommune mottok i 2020 midler fra fylkesmannen til formålet som ble benyttet til kompetansehevede tiltak.

5.1.4 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Styrke hjemmetjenesten med flere ansatte og flere biler.
- Hverdagsrehabilitering eller lignende bør vurderes budsjettert og videreført innen rammene for sektoren.
- Styrke ergoterapiressurs for økt innsats i hjemmet ift. boligkartlegging, veiledning og hjelpemidler.
- Etablere en frisklivssentral som arbeider helsefremmende og forebyggende med fokus på livsstilsfaktorer som leder til sykdom.
- Øke det tverrfaglige samarbeidet og arbeide med kulturendring som går fra passiv hjelp til et mer forebyggende og aktivt arbeidssett.
- Øke antall dager dagtilbud for hjemmeboende med demenssykdom.
- Kartlegge behovet for dagtilbud til andre brukergrupper.
- Rekruttere kommunepsykolog.
- Etablere demensteam.

5.2 Område 2: Digitalisering og Velferdsteknologi

5.2.1 Trender

I St. meld nr. 7 (2008-2009) – Et nyskapende og bærekraftig Norge, foreslo regjeringen å nedsette et utvalg til å utrede nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

Mandatet som utvalget fikk la særskilt vekt på at de skulle arbeide med:

- Ny teknologi.
- Arkitektur og nye boformer.
- Brukerinnflytelse og egenmestring.
- Forskning og utvikling.

Utvalg om nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer ble oppnevnt ved kongelig resolusjon av 26.juni 2009. Resultatet ble NOU rapport 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og ble avgitt til Helse og omsorgsdepartementet 16. juni 2011.

Dette var starten på å tenke teknologi innen helsesektoren. Det var et kontroversielt grep da helse som begrep for mange, innebærer «varme hender» og personlige møter som gir støtte og trøst. Teknologi står for noe konkret og komplisert, noe kaldt, hardt og forutbestemt.

Grunntanken i velferdsteknologi er at det skal være teknologi som hjelper personell å arbeide på en smartere måte og frigjøre mere tid til direkte pasientkontakt eller tverrfaglig samhandling rundt den

enkelte pasient og dermed øke kvaliteten på tjenestene. Teknologien i hjemmene skal medføre en økt trygghet for de som vil bo hjemme lengst mulig og en sjanse til å mestre eget liv, til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. I Nordreisa kommune brukes begrepet «trygghetsteknologi» da det først og fremst innebærer teknologisk assistanse for økt trygghet og sikkerhet.

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre, slik at det kan tilbys nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering er nødvendig for at virksomhetene skal kunne forenkle og forbedre sine arbeidsprosesser.

5.2.2 Velferdsteknologi i Nordreisa

Bakgrunn

Helseteknologi i Nord-Troms er et interkommunalt prosjekt mellom alle 6 Nord-Troms kommunene. Prosjektet ble etablert av rådmannsutvalget i 2016 med bakgrunn i den demografiske utviklingen som vil gi en framtidig utfordring innenfor helse- og somsorgssektoren. Det ble søkt om kompetanse- og innovasjonstilskuddsmidler. Våren 2017 ble prosjektet tatt med i Nasjonalt velferdsteknologi program på bakgrunn av det interkommunale samarbeidet som allerede var etablert og at regionen har et felles IT-samarbeid. Programmet er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. I programmet blir det lagt til rette for at flere kommuner tar i bruk og integrerer velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenestene. Gjennom å være en del av programmet har kommunene fått veiledning på behovsanalyse, tjenstedesign, anskaffelse og implementering av velferdsteknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene.

Status 2021

I Nordreisa er behovet for velferdsteknologi kartlagt innenfor de ulike tjenesteområdene. Det er bestilt produkter ut fra kartleggingene som er gjort i hjemmetjenesten, fysisk avdeling, Guleng 3, Høgegga og Guleng bofellesskap.

I 2020 startet arbeidet med å implementere ny teknologi i hjemmebaserte tjenester og i institusjonene. Det er iverksatt trygghetsalarmer, E-lås og nytt sykesignalsystem med nye og forbedrede funksjoner som skal gjøre det tryggere for beboerne og spare tid for de ansatte. De ansatte får dermed mer tid til annet arbeid som f.eks. kartlegging, ernæringscreening, medisingjennomgang og organisering av aktiviteter for beboerne. Det er bestilt grunnpakker (trygghetsalarm og Elås) til hjemmeboende og grunnpakke (sykesignal og adgangsstyrt dørlås systemer) til alle institusjonene. Grunnpakkene kan bygges videre på ut fra behovene til hver enkelt bruker/pasient. Valg utover grunnpakke kan være elektronisk medisineringsstøtte, varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk dørlås, digitale trygghetsalarmer, mobile trygghetsalarmer, kollegavarsling og digitalt tilsyn.

Mobile trygghetsalarmer med mulighet for posisjonering og toveiskommunikasjon vil være et av de mest trygghetsskapende tiltak i hjemmet. Ulike sensorer som fall, bevegelse, inaktivitet, lyd og temperatur kan kobles til samme alarm. Kameratilsyn og videotilsyn/kommunikasjon vil også kunne gi gevinster for hjemmeboende og for institusjonene. Trygghetsteknologi kan i tillegg fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.

Sektoren bør øke innsatsen og takten på utvikling av effektive tjenester, der teknologi og digitalisering både er mål, drivere og en del av løsningene. Utvikling av digitale tjenester vil påvirke måten tjenestene i dag planlegges, organiseres og utføres på. Altså en digital transformasjon. Det dreier seg om endring og fornyelse av tjenester, prosesser og arbeidsmåter. Fornyelse og innovasjon vil sikre god omsorg både i hjemmebasert omsorg og på institusjon.

Veien videre

Prosjektet har nå vart siden 2016 men det kommer fortsatt nye aktører på markedet, og ny teknologi rettet mot helsesektoren utvikles fortløpende. I økonomiplanen er det satt av betydelige summer for dette formålet, men investeringene skal være nøye begrunnet sett til gevinstrealisering, det vil si kostnader mot nytteeffekt. Sentrale spørsmål er: opplever brukeren/ pasienten økt trygghet hvis denne får tilgang på teknologien? Er dette tidsbesparende for personell? Blir det en økonomisk besparelse der innsparte midler kan brukes på annet?

Det bygges opp en infrastruktur som skal muliggjøre individuelle kompletteringer fremover. Når det kommer en ny bruker eller forutsetningene for en bruker endres skal teknologien kunne endres tilsvarende. Brukermedvirkning skal stå i sentrum.

5.2.3 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Velferdsteknologiens ABC pågår og skal videreføres.
- Investere i ny velferdsteknologi.
- Implementere velferdsteknologiske løsninger i institusjon, omsorgsboliger og private hjem.

5.3 Område 3: Kompetanse og rekruttering

5.3.1 Kompetanseutvikling

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten stiller krav til kommunens ledelse om oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Videre beskrives et ansvar for å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet samt at de innehar kunnskap om relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og bruk av KF systemet. Kommunen forventer at virksomhetens medarbeidere medvirker til at kunnskap og erfaring utnyttes.

Helse og Omsorgssektoren streber mot å sikre nødvendig grunnutdanning og samtidig legge til rette for aktuelle videreutdanninger. Videreutdanningsandelen for regionen er lav og indikerer potensiale til forbedring. Kompetanseutvikling i form av kurs og studier skal være relevante for kommunens behov.

Vedlagt til planen ligger rekrutterings og kompetanseplanen for Nord Troms kommunene gjeldende 2016-2020, utarbeidet av Regionrådet i Nord- Troms. Satsningsområdene innen kompetanseutvikling beskrevet i planen er demens, forebygging/ tidlig innsats, flerkulturell kompetanse, habilitering/rehabilitering, kvalitetsforbedring, ledelse, psykisk helse og rus, utfordrende adferd, veiledning, velferdsteknologi, grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder.

Rapporten "Organisasjonsutvikling: Gjennomgang av Helse og Omsorgstjenestene i Nordreisa kommune", utarbeidet av KS i 2019, beskriver at det vil være avgjørende for Nordreisa kommune sin

mulighet for å sikre kvalitet i tjenestene, å sikre rett kompetanse ut fra de til enhver tid gjeldene behovene. Det beskrives videre at kommunen bør ta utgangspunkt i den kompetansen som finnes i organisasjonen og at et lurt grep vil være å styrke organisasjonens egen kompetanse på strategisk kompetanseledelse. Det innebærer økt kunnskap om de grepene ledere i kommunen tar sammen med sine medarbeidere for å sikre at tjenestene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å løse oppgavene nå – og fremover. I den sammenheng vil jevnlig medarbeidersamtaler være av betydning.



5.3.2 Rekruttering

Rekrutterings og kompetanseplan for Nord Troms 2016-2020 beskriver at antall medarbeidere i sektoren som nærmer seg pensjonsalder er uforholdsmessig stor, og at innslaget unge voksne under 25 år er lavt. Gjennomsnittlig pensjonsalder i Helse og Omsorgssektoren i regionen er 58 år. Kommunen står derfor overfor betydelige utfordringer når det gjelder rekruttering av medarbeidere. At sektoren preges av en deltidsprofil kan være en utfordring for rekruttering av ekstern kompetent arbeidskraft. Det mest akutte problemet er å sikre tilstrekkelig antall helsefagarbeidere.

Planen anbefaler følgende satsningsområder for rekruttering;

- Helsefagarbeiderløft, med prioritering av lærlingeplasser og tett samarbeid med Nord Troms Videregående skole.
- Kompetanseheving for ufaglærte. Legge til rette for fagutdanning.
- Praksisplasser og helgestillinger for studenter på høgskoleutdanninger innenfor helse og omsorgssektoren.
- Rekruttering av Høgskolepersonell. Viktig med høy faglig kompetanse grunnet økt kompleksitet og nye behandlingsformer. Stillinger for helsefagarbeidere omgjøres til stillinger med krav om høgskoleutdanning, ved avgang og etter vurdering av kompetansebehov.
- Større andel heltidsstillinger. Mer attraktivt.
- Stipendordninger
- Rekruttering av nye grupper. For eksempel antall menn i pleien.

5.3.3 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Etablere hjemnevakt legevaktsykepleier natt.
- Rekruttere kreftsykepleier.
- Egen kompetanseplan for de ulike virksomhetene
 - Tilrettelegge for videreutdanning og faglig utvikling av egne ansatte.
 - Tilrettelegge for effektiv utnyttelse av den kompetansen ansatte innehar.
 - Gjennomføre årlige medarbeidersamtaler.
 - Tilrettelegge for ledelsesutvikling.
- Tilby lærlingeplasser.
- Rekruttere og beholde kompetanse
 - Stipendordninger for prioriterte områder.
 - Kompetanseheving gjennom Fylkesmannens kompetanse og innovasjonstilskudd
 - Kompetanseheving eget personell
 - Kompetanseheving innen rusomsorg

5.4 Område 4: Mål og kvalitetsarbeid i sektoren

5.4.1 Avvikshåndtering

Kommunen benytter frem til 2022 KF-Kvalitetsstyring til avviksregistrering og behandling. Systemet omfatter alle ansatte og dermed alle uønskede hendelser i organisasjonen som ikke er direkte knyttet til enkelte pasienter/ brukere.

I helse og omsorg er hensikten å oppdage, melde, rette opp og forebygge brudd på krav i HMS-lovgivninga, men også fange opp rutinesvikt som kan ramme den enkelte pasient. For enkelthendelser knyttet direkte til en pasient/ bruker, skrives det avvik i fagsystemet Profil.

KS avvikssystem er et nyere system og er mer intuitivt enn Profil. Statistikk viser at avviksbehandlingen i KF kvalitetsystem gjennomføres raskere og i større utstrekning. I løpet av vinteren 2019/2020 har det vært arbeidet med å eliminere feilkilder i Profil, men det gjenstår fremdeles opplæring av personell.

5.4.2 Kvalitetssikring av tjenester

Kommunens ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester finner vi i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. Her beskrives hvilke tjenester kommunen skal yte og hvilke personellgrupper som skal knyttes til virksomheten. Ovennevnte avvikssystem er et hjelpemiddel i å sikre forsvarlighet og kvalitet i kommunens daglige drift.

I kap.4 i helse- og omsorgstjenesteloven stilles det krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Begrepet forsvarlighet er en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan hjelpen skal gis, men også et krav til den enkeltes arbeidsutøvelse, etter helsepersonelloven kap.2. Det betyr i praksis at det er fagpersoner som skal vurdere kvaliteten på tjenestene og holde seg oppdatert på fremskritt som

gjøres innen deres fagfelt. For å sikre kvalitet i tjenestene gjennomfører kommunen i tillegg jevnlig medarbeiderundersøkelser og brukerundersøkelser.

Kvalitetssikring av tjenester stiller også krav til kommunen som arbeidsgiver. I helsepersonellovens § 16, som omhandler organisering av virksomhet som yter helse og omsorgstjenester, slås det fast at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Nordreisa kommune skal yte forsvarlige tjenester og dette må kvalitetssikres. Alle i kommunen har rett til forsvarlige tjenester og det betyr at det må foretas økonomiske prioriteringer. Innmeldt behov må kartlegges og vurderes opp mot faglig forsvarlighet og budsjett. Det er avgjørende at Nordreisa kommune har god kompetanse innen saksbehandling for kvalitetssikring av kartlegging, utredning og likeverdig tildeling av tjenester.

5.4.3 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Opprette nye rutiner for å kvalitetssikre saksbehandlingen innen helse og omsorg.
 - En saksbehandler for alle tjenester.
- Implementere kvalitetskartlegging/-måling av kommunale tjenester i helsesektoren.
 - Brukerundersøkelser
 - Definere kvalitetsparametere.
- Sikre tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse.
- Oppdatere rutiner og retningslinjer, og gjøre gjeldende dokumenter tilgjengelige i det nye systemet.
- Utarbeide årshjul for alle virksomhetene.

5.5 Område 5: Utvikling gjennom samarbeid

For å kunne ivareta kommunens ansvar etter helse og omsorgstjenesteloven §3-2 kreves det kompetanse, bygninger og finansiering.

Sektoren skal tilegne seg nødvendig kompetanse. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT Troms) er i så måte en relevant samarbeidspartner. USHT sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Andre samarbeidspartnere for økt kompetanse er KS og Statsforvalteren.

5.5.1 Samarbeid med kommuner i regionen/interkommunalt samarbeid

Nødnett samarbeid – legevaktsentral: Det er en egen nødnettsentral ved legevakta i Nordreisa. Nordreisa har legevaktsamarbeid med Skjervøy kommune. Samarbeidet innebærer at sykepleier på legekantoret besvarer legevaktstelefoner og iverksetter tiltak for befolkningen på Skjervøy. Det gis positive tilbakemeldinger på dette samarbeidet både fra helsepersonell og innbyggere.

Nordreisa har mål om økt interkommunalt samarbeid på legevaktsentral, og har tilbudt å besvare nødnetthenvendelser for Kåfjord kommune. Foreløpig er Kåfjord bundet til avtale med UNN.

Brukere med utagerende atferd: Helse- og Omsorgssektoren i Nordreisa kommune finner det utfordrende å ivareta personer som rammes av sykdom med utagerende atferd som følgetilstand på en tilstrekkelig måte. Det er behov for addisjonell kompetanse, og pasientgruppen er for liten til å bygge opp et eget tilbud i kommunen. For en liten kommune som Nordreisa innebærer det i noen tilfeller at det må kjøpes kostbare tjenester fra private leverandører.

Muligheten for å opprette et interkommunalt tilbud for Nord-Troms bør utredes. Dette med mål om å oppnå stordriftsfordeler i form av lavere kostnad, men også for å finne rett kompetanse som bidrar til kvalitet i tjenesten. Nordreisa skal være en pådriver i dette arbeidet i planperioden.

Interkommunalt samarbeid for økt ambulanseberedskap: Kommuneoverlegene i Nord-Troms 4 (Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen) jobber aktivt for at UNN skal øke ambulanseberedskapen i regionen.

5.5.2 Samarbeid med UNN

Avtaler

Nordreisa kommune og UNN har skrevet en overordnet samarbeidsavtale etter helse og omsorgstjenesteloven § 6-2. Som del av den overordnede avtalen, er det utarbeidet 10 tjenesteavtaler.

Loven stiller minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde.

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
2. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
3. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd.
4. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
5. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
6. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
7. Samarbeid om jordmortjenester.
8. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
9. Samarbeid om forebygging.
10. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er et partssammensatt, overordnet og rådgivende organ mellom kommuner som har inngått samarbeidsavtalen og UNN. Gjennom OSO kan partene drøfte og inngå tjenesteavtaler på andre områder. I OSO er også brukergrupper representert.

For sektoren er det viktig å være bevisst på innholdet i avtalene og bruke UNN som en ressurs. Med utfordringene som ligger foran Nordreisa kommune, blant annet i forhold til en negativ demografiutvikling, så er det særdeles viktig å få til samarbeid om relevant kompetanseoverføring. Samarbeid med UNN om forebygging er også et viktig område da det er i tråd med sektorens omstilling og satsning på de første trinnene i omsorgstrappen.

Samhandlingsavvik

Ved opplevde brudd på samhandlingen skal kommuner og UNN skrive avvik for å få til forbedring i den medisinske kjeden. I 2019 har Nordreisa kommune levert 3 samhandlingsavvik. Det er indikasjon for at mørketallene på samhandlingsavvik kan være store.

Nordreisa kommune skal være en aktiv part i samarbeidet med UNN. Det innebærer deltakelse på samarbeidsmøter og aktiv dialog med OSO.

5.5.3 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Etablere utvidet nødnett samarbeid/legevaktsentral med flere kommuner i Nord-Troms utover Skjervøy som har avtale i dag
- Etablere samarbeid i Nord-Troms for pasienter med utagerende atferd
- Etablere interkommunalt samarbeid for å få til økt ambulanseberedskap i Nord-Troms 4
- Sikre gode tjenesteavtaler med UNN, og være en aktiv part for å beholde og utvikle gode helsetjenester til innbyggerne i Nordreisa/Nord-Troms.

5.6 Område 6: Fysiske forhold

5.6.1 Bygninger

5.6.1.1 Botilbud

De fleste eldre ønsker å bo lengst mulig i eget hjem. Mange eldre angir boligen som lite tilpasset en situasjon med nedsatt funksjonsevne. Det er samtidig få som planlegger tilpassing av egen bolig. Blant eldre er det en høy andel boligeiere, og mange har god økonomi. Det kan likevel ikke forventes at alle har forutsetning til å kunne foreta tilpassing av egen bolig eller til å investere i ny bolig. Det er dermed behov for virkemidler som gjør det lettere for eldre å bli boende hjemme.

Det må også tas med i betraktningen at det er en høyere andel blant eldre som bor alene. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 35 prosent av personer over 67 år og omtrent halvparten av personer over 80 år bor alene.

Omsorgsboliger er tilrettelagte boliger i nær tilknytning til Sonjatun uten tilgang til eget helsepersonell.

I Nordreisa kommune foreligger det vedtak om etablering av Omsorg +, PS 14/19, datert 12.06.19. Omsorg + er egnede og tilrettelagte boliger for eldre, gjerne sentralt og i nær tilknytning til helsehjelp. Det kan vurderes om beboerne i tiltaket skal ha tilgang til et eget helsepersonell eller tilknytted hjemmetjenesten. Omsorg + gir mulighet for å kunne leve lengre i egen bolig og dermed utsette sykehjemsplass.

Tidligere planlagt plassering av tilbudet var ikke hensiktsmessig. Etablering av Omsorg + er dermed fremdeles i kartleggings og planleggingsstadiet.

For å motvirke ensomhet, kan kommunen oppfordre til at flere danner «bokollektiv» i private, tilrettelagte boliger, gjerne i nær tilknytning til kommunens helsetjenester.

Det er nødvendig å kartlegge og lage en plan for brukere i PU tjenesten som trenger boliger i framtiden. Per i dag finnes det ikke boliger til alle.

Rus- og psykisk helsetjeneste har identifisert behov for boliger for brukere som er under rehabilitering av rusavhengighet. I rehabiliteringsfasen er det ønskelig at brukeren bor for seg selv uten å ha kontakt med andre rusmisbrukere.

5.6.1.2 Sonjatun

Sonjatun kjøkken har behov for en større renovering og oppgradering til dagens standard i henhold til krav og forskrifter.

For å oppnå en mest mulig effektiv drift av sykehjemmene, ville det vært hensiktsmessig med en fysisk forbindelse mellom Bo- og Kultur, Omsorgssenteret og Sonjatun. Dette for enklere å kunne samarbeide om personalressursene, forenkle logistikk og transport mellom bygningene.

Det er foretatt tilstandsrapport av Sonjatun. Da det i henhold til rapporten foreligger behov for en massiv oppgradering er det etablert en arbeidsgruppe for kartlegging av videre tiltak. Innebærende hvorvidt det skal renoveres eller bygges et nytt Sonjatun.



5.6.1.3 Lokaler til frivilligheten

Behovet for lokaler til frivillige lag og foreninger som ønsker å tilby aktiviteter koblet direkte opp mot helse og omsorgssektorens tjenestespekter, bør kartlegges. Kommunen må vurdere om det finnes lokaler som kan stilles til disposisjon kostnadsfritt eller til leie. Kantina på Sonjatun er nevnt som et eksempel.

5.6.1.4 Boligkartlegging

Som forebyggende tiltak tilbys det boligkartlegging til hjemmeboende eldre som fortsatt ikke er pleietrengende slik at det tidlig kan gjøres nødvendige tilpasninger for å kunne bo lengst mulig hjemme. Boligkartleggingen gjennomføres av ergoterapeut i kommunen. Frivillige lag (eksempelvis Pensjonistforeningen) har tilbudt å bidra med ressurser til kartlegging og eventuelt enkle tilpasninger av boliger.

5.6.2 Tiltak for å styrke satsingsområdet

- Virksomhet Omsorgsboliger kartlegger behov for boliger for sin målgruppe, inklusive behov for kartlegging av private boliger
- Prioritere tiltak for Sonjatun helsesenter når tilstandsrapport foreligger
- Prioritere å få på plass avtaler om bruk av kantina på Sonjatun, eventuelt andre lokaler for frivillige lag og foreninger som tilbyr aktiviteter i samarbeid med Helse og omsorgssektoren
- Rus/ psykiatri kartlegger boligsituasjonen for rusavhengige og tilrettelegger for en egnet boform.

6 Oversikt over tiltak

Tiltak fra de 6 satsingsområdene er samlet i tabellen, og for hvert av tiltakene er det skissert ressursbehov samt tidsfastsettelse.

Tiltak	Ressursbehov	2021	2022	2023	2024	2025	2026
5.1 Utvikling av omsorgstrapp							
Styrke hjemmesykepleien med flere ansatte og flere biler.	Investeringer ihht. budsjett			x			
Styrking av ergoterapeutressurs for økt innsats i hjemmet ift. boligkartlegging, veiledning og hjelpemidler	50% ergoterapeut		x				
Etablere en frisklivssentral inkl. rekruttere ny leder	Investering ihht budsjett. År 1: Prosjektmidler.	x					
Rekruttere kommunepsykolog.	Nyrekruttering	x					
Økt tverrfaglig samarbeid med kulturendring fra passiv til aktiv hjelp.	Timeressurser	x	x	x	x	x	x
Innlemme helsestasjon som en del av sektoren.	Timeressurser	x					
Dagtilbud til hjemmeboende med demens 5 dager/ uke.	Personellkostnad		x				
Kartlegge behov for dagtilbud til andre brukergrupper enn personer med demens.	Timeressurser			x			
Etablere et palliativt team.	Timeressurser	x					
Etablere et dementeam.	Timeressurser		x				
5.2 Velferdsteknologi							
Velferdsteknologiens ABC pågår og skal videreføres.	Timeressurser prosjektstilling	x	x	x	x		
Investere i ny velferdsteknologi ihht. budsjett.	Investeringer ihht. budsjett	x	x				
Implementere velferdsteknologiske løsninger i institusjon, omsorgsboliger og private hjem.	Timeressurser	x	x	x	x		
5.3 Rekruttering og kompetanse							
Etablere hjemnevakt legevaktsykepleier natt.	Timeressurser	x					
Opprette en til LIS stilling (lege).	Nyrekruttering	x					
Rekruttere kreftsykepleier.	Nyrekruttering	x					
Utarbeide kompetanseplaner i alle virksomheter.	Timeressurser		x			x	
Tilby lærlingplasser.	Veiledere, Timeressurser	x	x	x	x	x	x
Rekruttere og beholde kompetanse.	Rekruttere, Kurs, Opplæring	x	x	x	x	x	x

5.4 Mål og kvalitetsarbeid							
Kvalitetssikre saksbehandling.	Organisering	x					
Implementere kvalitetskartlegging.	Timeressurser		x				
Sikre tilstrekkelig bemanning med kompetanse.		x	x	x	x	x	x
Oppdatere rutiner og retningslinjer.	Timeressurser	x					
Utarbeide årshjul for alle virksomheter.	Org. arbeid		x	x	x	x	x
5.5 Utvikling gjennom samarbeid							
Etablere utvidet nødnett samarbeid/ legevaktsentral med flere kommuner.	Markedsføring		x	x	x	x	x
Søke interkommunalt samarbeid for pasienter med utagerende atferd.	Timeressurser		x				
Øke ambulanseberedskapen i regionen.	Politisk arbeid	x					
Bruke USHT Troms i kvalitets- og utviklingsarbeid.	Timeressurser	x	x	x	x	x	x
Sikre gode samarbeidsavtaler med UNN HF, og være en aktiv part for å beholde og utvikle gode helsetjenester til innbyggerne i Nordreisa/ Nord-Troms.	Timeressurser	x	x	x	x	x	x
5.6 Fysiske forhold							
Kartlegge behov for boliger innen virksomhet Omsorgsboliger.	Timeressurser	x	x				
Kartlegge boliger til rusavhengige.	Timeressurser		x				
Sørge for tilstrekkelig antall omsorgsboliger til eldre.	Kostnader avhengig av kartleggingen		x	x	x	x	x
Prioritere tiltak for Sonjatun helsesenter når tilstandsrapport foreligger.	Investeringer ihht. budsjett	x	x				
Iverksette tiltak for Sonjatun.	Investeringer ihht. budsjett		x	x	x	x	x
Prioritere å få på plass avtaler om bruk av kantina på Sonjatun, eventuelt andre lokaler for frivillige lag og foreninger som tilbyr aktiviteter i samarbeid med Helse og omsorgssektoren.	Timeressurser => Lav kostnad	x					

7 Vedlegg

Oversikt over lag og foreninger samt øvrige samarbeidsaktører:

LHL

LHLs visjon er et bedre liv. Arbeidet drevet av foreningen foregår derfor ut ifra et mål om å hjelpe medmennesker til et bedre liv og en friskere hverdag.

LHL Nordreisa har månedlige medlemsmøter og driver eldretrim gruppe og seniordans.

Nordreisa Sogn

Sognet tilbyr i tillegg til gudstjenester, kirkeforening for eldre og mulighet for hjemmebesøk/ samtale med prest, både for institusjoner og privatpersoner.

Sanitetsforeningen

Foreningsarbeid drevet på frivillig grunnlag. Satsingsområder på landsbasis er kampen mot kroppspres, skjønnhetstyrani, vold mot kvinner og integrering av minoritetskvinner. Foreningen finansierer forskning på kvinnehelse og gir støtte og tiltak til barn som har det vanskelig. Nordreisa sanitetsforening har jevnlig medlemsmøter, og driver kafevirksomhet som er åpen for alle og babykafe.

Reumatikerforeningen

Foreningen jobber for at alle med en revmatisk diagnose skal få den oppfølgingen og behandlingen de trenger, og at de skal ha god livskvalitet uavhengig av sine helseutfordringer. De tilbyr medlemmene økonomisk bistand til behandlingsutgifter og ukentlig treningsgruppe i terapibasseng.

Norsk Folkehjelp

Norsk Folkehjelps arbeid er organisert omkring fire hovedaktiviteter; Langsiktig utviklings- og demokratiarbeid, humanitær nedrustning, sanitet og redningstjeneste samt flyktning, asyl og integreringsarbeid.

Røde kors

Røde Kors er til for å avdekke, hindre og lindre menneskelig nød og lidelse. Arbeidet baseres på frivillig engasjement som organiseres for å kunne nå raskt og effektivt ut til mennesker som trenger hjelp. Røde Kors Omsorg driver besøksordning på sykehjemmene i Nordreisa, leksehjelp, «ferie for alle», Barnas Røde Kors, damesvømming, språkkafé og eldre kafé i samarbeid med Nordreisa Sogn.

Pensjonistforeningen

Foreningen fremmer landets pensjonisters røst. De engasjerer seg innenfor områdene helse, økonomi, kultur, trygghet og tilgjengelighet. De velger saker som betyr noe for hverdagen til pensjonistene.

Doktorgården

Doktorgården i Leonard Isaksens vei 10, administreres av virksomheten for Rus- og Psykisk helse. Aktivitetene ved Doktorgården arrangeres i samarbeid med frivillige organisasjoner og andre avdelinger/virksomheter i Nordreisa kommune.

Målet for arbeidet er etablering og drift av lavterskel aktiviteter for befolkningen. Fokus er på sosial og fysisk aktivitet som bidrar til medvirkning og inkludering for alle i samfunnet. Tiltakene skal være helsefremmende og forebyggende, især for mennesker med psykisk helse og rusutfordringer, men også for resten av befolkningen.

Inn på tunet

Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk. Tjenestene skal gi mestring, utvikling og trivsel. Aktivitetsgrunnlaget er stell av dyr og planter, drift av skogen, pleie av kulturlandskapet, vedlikehold av maskiner og bygningsmasse. Målsettingen er å bidra positivt til helse, utvikling og trivsel for den enkelte bruker. Tilbudene bygger på samarbeid med oppvekst-, utdannings-, helse-, eller sosialsektoren, og omfatter aktiviteter med utgangspunkt i både gårdens og bondens ressurser.

I Nordreisa er det 3 godkjente gårder, Fallvik, Skogheim og Rundhaug. De gir blant annet tilbud til elever med spesielle behov/ behov for tilrettelegging, demente, brukere i Rus og psykiatritjenesten, støttekontakttjenesten og barnevernet. Inn på Tunet vektlegger den enkeltes utviklingsnivå, ferdigheter og interesser. Faste rutiner, måltider med sunn mat, sosialt felleskap, medbestemmelse og grensesetting. Arbeidstrening tilbys for de som ønsker det.

Mental Helse

Mental Helse er en medlemsorganisasjon for mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte. Gjennom politisk påvirkningsarbeid, folkeopplysning og formidling av brukererfaring, jobber organisasjonen for økt åpenhet, bedre forebygging og behandling av psykiske helseproblemer. Lokallaget skaper gode møteplasser for mennesker med psykiske helseplager.

Mental Helse Nordreisa har møteplass på Guleng. Medlemmene og deres familie/ venner møtes fast 1 gang i måneden, og treffene er åpne for alle. Møtene er ment som sosiale sammenkomster og kan inneholde ulike foredrag, sang, kaffe og loddsalg. Det arrangeres også turer i kommunen og to bussturer i løpet av året.

Nordreisa Demensforening

Nordreisa er den eneste kommunen i Nord Troms som har demensforening. Foreningen legger til rette for aktivitet for personer med demenssykdom og formidler kunnskap om sykdommen til fagfolk, politikere, de som er rammet av sykdommen og pårørende.

RIO- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon

RIO er en landsdekkende brukerorganisasjon. Organisasjonen arbeider for å styrke rettigheter for personer med rusutfordringer og ønsker større åpenhet om rus og avhengighet. RIO kan bidra med fag- og brukerkunnskap.

RIO og MARBORG i Nordreisa samarbeider om drift av Kafe Nordlys med base på Doktorgården. Kafeen er et brukerstyrt ettervernstilbud til personer med rusutfordringer. Kafeen er åpen for alle.

TT-kort

Transporttjenesten (TT-kort) skal gi funksjonshemmede som har behov for dør-til-dør-transport, og som vanskelig kan benytte seg av det ordinære kollektivtilbudet i kommunen, mulighet for å delta i aktiviteter på lik linje med alle andre. Kortet dekker et bestemt antall reiser, og bruker betaler en egenandel for hver tur. TT-ordningen skal brukes til lokale fritidsreiser, og ikke til syketransport,

legebepøk eller andre reiser som dekkes av folketrygden. Transportkupongene sendes ut to ganger i året.

Idrettslag

Det finnes flere idrettslag i kommunen, som tilbyr organiserte aktiviteter spesielt for barn og ungdommer, men også for voksne. Idrettslagene Nordreisa kommune. Fotball, ski, handball, kickboksing, orientering, sykling, svømming og motorcross er blant aktivitetene som tilbys. Idrettslagene legger ned en betydelig innsats for å opprettholde fysisk aktivitet blant unge. Aktivisering av barn vil være spesielt verdifullt for å forebygge senere helseutfordringer.

Idrettslagene drifter flere idrettsanlegg, og anleggene er viktig innen det forebyggende helsearbeidet i kommunen.

To av de største anleggende i kommunen er Saga skianlegg og Ymber fotballarena. Skianlegget i Saga har et utstrakt løypenett som vedlikeholdes kontinuerlig. Anlegget er under utvikling, og det arbeides med utbyggingsplaner. Ymber arena har flere tilgjengelige fotballbaner, en med nytt kunstgress.

Nordreisa Rideklubb

Nordreisa Rideklubb driver Nordreisa Hestesenter på Tømmernes. Klubben tilbyr blant annet rideskole på kveldstid, barneridning på lørdager og arrangerer turer på timesbasis med hest.

I tillegg arrangerer klubben ride- og kjørestevner, og leier inn instruktører til weekendkurs i blant annet sprang- og dressurridning, kjøring med hest osv.

Boccia-klubber

Det finnes to Boccia klubber i Nordreisa med ukentlig oppsatte treningstidspunkter. Boccia klubben Knall sitt tilbud er rettet mot fysisk eller psykisk funksjonshemmede.

4H-klubber

4H er en medlemsstyrt organisasjon. Formålet til 4H er å utvikle en aktiv og samfunnsengasjert ungdom med ansvarsfølelse og respekt for natur og mennesker. Grunnlaget for organisasjonens arbeid finnes i naturbruksnæringene og lokalmiljøet. 4H bygger på en ide om å lære om samspill i naturen.

I Nordreisa finnes tre 4H klubber, Reinrosa Rotsund, Landvind Snemyr og Polarstjerna i Storvik. Klubbene driver prosjekter, leirer, klubbssamlinger og kurs. Fallvik gård er godkjent 4H gård. De arrangerer en dag i året «Gøy på landet dag». Alle 4H medlemmer kan bruke gården i for eksempel prosjektarbeid. Det arrangeres også juleverksted og kløverklubb på gården.

Nord Troms Friluftsråd

Friluftsrådet skal i samarbeid med kommunen og andre offentlige myndigheter og organisasjoner, fremme allsidig og miljøvennlig friluftsliv i den regionen deltakerkommunene omfatter. Tilbudet skal være til beste for befolkningens trivsel og helse. Friluftsrådet er blant annet ansvarlig for «Ut i Nord».

Muligheter for egentrening/egenaktivitet

Nordreisa har to treningsentre;
Gymet og Reisa Treningscenter.
Sentrene tilbyr gode fasiliteter
for egentrening. Reisa
Treningscenter tilbyr også
gruppetimer i sal og
eldretrimgruppe.

Svømmehallen på Storslett er
åpen deler av året.





Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
15/21	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	23.03.2021

Plan for videre arbeid Sonjatun nybygg/renovering

Henvising til lovverk:

Kommunedirektørens innstilling

Det utarbeides en strategiplan for videre arbeid med kartlegging av Sonjatun nybygg/renovering, der det tas stilling til hvorvidt det skal innleies ekstern prosessveileder.

Saksopplysninger

Det er opprettet en arbeidsgruppe i forbindelse med utredning av videre plan for hvorvidt Sonjatun skal bygges nytt eller renoveres. Arbeidsgruppen består av Helse- og Omsorgsutvalgsleder og medlemmer, leder for Driftsutvalget, DMS leder og kommunalsjefer for Helse- og Omsorg og Drift og Utvikling.

Plan for videre arbeid ble behandlet i Helse- og Omsorgsutvalget 28.01.21, PS 11/21. Saken tas opp til ny drøfting etter ønske fra utvalgsleder.

Det ble 22.01.21 gjennomført digitalt møte med Alta kommune for erfaringsutveksling i forbindelse med det nye helsesenteret i Alta. Den planlagte befaringen på Alta helsesenter i mars ble avlyst grunnet værutfordringer.

Videre plan:

April: Møte med Kåfjord kommune angående erfaringer i forbindelse med nytt helsesenter.

Nytt møte i Alta våren 2021.

April: Gjennomgang av rapport Sonjatun.

28.10.21 Orientering i kommunestyremøte

Undersøke ang. eksterne midler til renovering/nybygg. Husbanken.

Vurdering

Det er hensiktsmessig at plan for videre arbeid drøftes i Helse- og Omsorgsutvalget.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
16/21	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	23.03.2021

Inventarbudsjettt til oppgradering av interiør på Sonjatun Helsesenter

Henvising til lovverk:

Kommunedirektørens innstilling

Det utføres kartlegging av inventar, utstyr og rom med behov for oppgradering ved Sonjatun Helsenter.

Kartleggingen skal beskrive prioriterte områder med vedlagt prisoverslag.

Saksopplysninger

Sak angående oppgradering av interiør på Sonjatun Helsesenter føres opp til drøfting i Helse- og Omsorgsutvalget etter ønske fra utvalgsleder. Utvalgsleder vil selv redegjøre nærmere angående saken i utvalgsmøte 23.03.21.

Møblelementet ved Sonjatun Helsenter bærer preg av mange års bruk. Innkjøp av nytt innvendig interiør har ikke vært prioritert de siste årene.

Utad gir manglende vedlikehold av interiør og slitte møbler et lite presentabelt inntrykk. Sonjatun har ikke lenger en helhetlig interiørprofil og er dermed tilfeldig møblert. Sonjastuen som er «dronningens stue» er innredet med eksklusiv Biri tapet. Stuen har potensiale til å bli veldig fin, men bærer i dag preg av behov for oppgradering da innredningen er svært tilfeldig og lite gjennomført.

Ivaretagelse av kunst og utstyr var tidligere tillagt husøkonom stillingen. Stillingen eksisterer ikke lengre.

Vurdering

Sonjatun er under utredning for hvorvidt det skal total renoveres eller bygges nytt. Det er likevel behov for at det gjøres en foreløpig oppgradering av interiøret.

Det bør drøftes i utvalget hvorvidt det skal gjennomføres en oppgradering, og i tilfelle omfanget av oppgraderingen. Drøftingen vil legge grunnlag for videre kartlegging og eventuelt budsjettforslag.

