Kontrollutvalget i Tønsberg

Dato: 22.11.2018 16:00

Sted: Lodgen

Notat:

Eventuelle forfall meldes sekretæren på mobil +47 40491345 evt.
på e-post hwj@viksre.no.
Varamedlemmer skal ikke møte uten særskilt innkalling.

Revetal 13.11.2018

For leder i Kontrollutvalget i Tønsberg , Lars Egeland

Heidi Wulff Jacobsen
Daglig leder

Saksliste

Saker til behandling

31/18 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgsmøtet 06.09.2018 3

32/18 Orientering om innkjøp og drift av "robuste boliger" 12

33/18 Behandling av forvaltningsrapport "Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter" 13

34/18 Behandling av forvaltningsrapport "Rus og psykisk helse" 45

35/18 Revisor orienterer 103

36/18 Møteplan for kontrollutvalget 2019 104

37/18 Referatsaker 107

38/18 Eventuelt 120

Arkivsak-dok. 18/00003-29
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 31/18
GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA KONTROLLUTVALGSMØTET 06.09.2018

Forslag til vedtak:
Protokollen fra kontrollutvalgsmøtet 06.09.2018 godkjennes.

Vedlegg:
Protokollen fra kontrollutvalgsmøtet 06.09.2018.

Saksframstilling:

MØTEPROTOKOLL

Kontrollutvalget i Tønsberg

Dato:	06.09.2018 kl. 16:00
Sted:	Lodgen
Arkivsak:	18/00003
Tilstede:	Gry Aas, nestleder Jørn Hagen, medlem
Møtende varamedlemmer:	Svein Konrad Rui Thorild Lothe
Forfall:	Tove Rise Kværne Trond Mathisen Lars Egeland
Andre:	KPMG, statsautorisert revisor Siv Karlsen Moa, tilstede i sak 22/18 -24/18 KPMG, forvaltningsrevisor Kaia Christine Grahm-Haga VIKS, daglig leder Heidi Wulff Jacobsen
Møteleder:	Nestleder Gry Aas
Protokollfører:	Daglig leder Heidi Wulff Jacobsen

Nestleder i kontrollutvalget ønsket velkommen.
Innkalling og saksliste ble godkjent. Møtet ble satt kl 16.00

SAKSKART			**Side**
Saker til behandling			
22/18	18/00003-20	Godkjenning av protokoll 26.04.2018	2
23/18	18/00027-14	Plan for overordnet revisjonsstrategi, regnskapsrevisjon 2018	2
24/18	18/00117-2	Revisors uavhengighetserklæring 2018	3
25/18	18/00119-1	Budsjett for tilsyn og kontroll 2019	3
26/18	18/00120-1	Behandling av prosjektplan "Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter"	5

27/18	17/00229-11	Orientering om forvaltningsrevisjonsprosjektet "Rus og psykiatri"	6
28/18	18/00109-2	Prosjektregnskap Tolvsrødveien Østre Vei VA-anlegg	7
29/18	18/00028-9	Referatsaker	7
30/18	18/00029-7	Eventuelt	8

Saker til behandling

22/18 Godkjenning av protokoll 26.04.2018

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	22/18

Forslag til vedtak:

Protokollen fra kontrollutvalgsmøtet 26.04.2018 godkjennes.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Protokollen fra kontrollutvalgsmøtet 26.04.2018 godkjennes.

23/18 Plan for overordnet revisjonsstrategi, regnskapsrevisjon 2018

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	23/18

Forslag til vedtak:

Revisors informasjon og planen for overordnet revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon 2018 tas til orientering.

Møtebehandling
Statsautorisert revisor fra KPMG, Siv Karlsen Moa, orienterte om planen og gjennomgikk hovedpunktene. Spørsmål ble besvart.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Revisors informasjon og planen for overordnet revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon 2018 tas til orientering.

24/18 Revisors uavhengighetserklæring 2018

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	24/18

Forslag til vedtak:

Vurderingen av oppdragsansvarlig revisors uavhengighet regnskapsrettet for revisjon og forvaltningsrevisjon 2018 tas til orientering.

Møtebehandling
Statsautorisert revisor fra KPMG, Siv Karlsen Moa, la frem revisors uavhengighetserklæring. Spørsmål ble besvart.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Vurderingen av oppdragsansvarlig revisors uavhengighet regnskapsrettet for revisjon og forvaltningsrevisjon 2018 tas til orientering.

25/18 Budsjett for tilsyn og kontroll 2019

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	25/18

Forslag til innstilling:

Kontrollutvalget anbefaler bystyret å bevilge kr 2.405.000,- i budsjett 2019 til tilsyn og kontroll i Tønsberg kommune.

Totale revisjonstjenester kr 1.780.000,- fordelt som følger:

• Regnskapsrevisjon/ enhetskontroll/ forvaltningsrevisjon 800 timer/ selskapskontroll		kr	1.560.000
• Forvaltningsrevisjon, (ekstra)		kr	0
• Kjøp av andre tjenester og attestasjoner		kr	220.000
Sekretariatstjenester fra VIKS		kr	410.000
Drift av kontrollutvalget			
Møtegodtgjørelse (fast)	kr 150.000		
Andre driftsutgifter	kr 65.000	kr	215.000
Sum Tilsyn og kontroll		kr	2.405.000

Det tas forbehold om at alle eierkommuner i Vestfold kommunerevisjon vedtar nye vedtekter for at Tønsberg kommune inkluderes.

Saken oversendes for behandling i formannskapet og bystyret.

Møtebehandling
Sekretariatet la frem budsjettet for tilsyn og kontroll for 2019. Budsjettet ble diskutert og spørsmål ble besvart.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Kontrollutvalget anbefaler bystyret å bevilge kr 2.405.000,- i budsjett 2019 til tilsyn og kontroll i Tønsberg kommune.

Totale revisjonstjenester kr 1.780.000,- fordelt som følger:

• Regnskapsrevisjon/ enhetskontroll/ forvaltningsrevisjon 800 timer/ selskapskontroll	kr	1.560.000
• Forvaltningsrevisjon, (ekstra)	kr	0
• Kjøp av andre tjenester og attestasjoner	kr	220.000

Sekretariatstjenester fra VIKS		kr	410.000
Drift av kontrollutvalget			
Møtegodtgjørelse (fast)	kr 150.000		
Andre driftsutgifter	kr 65.000	kr	215.000
Sum Tilsyn og kontroll		kr	2.405.000

Det tas forbehold om at alle eierkommuner i Vestfold kommunerevisjon vedtar nye vedtekter for at Tønsberg kommune inkluderes.

Saken oversendes for behandling i formannskapet og bystyret.

26/18 Behandling av prosjektplan "Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter"

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	26/18

Forslag til vedtak:

Fremlagt prosjektplan fra KPMG vedrørende forvaltningsprosjektet «Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter» godkjennes med bruk av inntil 130 timer som dekkes innenfor budsjettet 2018.

Forvaltningsrevisjonsrapporten skal inneholde valgte problemstillinger som følger:

1. Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av henvendelser?
2. I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?
3. Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?
4. For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering?

Kontrollutvalget ber om at revisjonen leverer forvaltningsrapporten med rådmannens uttalelse innen 12.11.2018 til sekretariatet for behandling i kontrollutvalgsmøtet 22.11.2018.

Møtebehandling
I forkant av møtet hadde sekretariatet meldt fra til KPMG at det var mangler i prosjektplanen, og forvaltningsrevisor fra KPMG, Kaia Christine Grahm-Haga delte derfor ut redigert prosjektplan. Planen ble gjennomgått og spørsmål ble besvart.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Fremlagt prosjektplan som ble delt ut 06.09.2018 på møtet vedrørende forvaltningsprosjektet «Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter» godkjennes med bruk av inntil 130 timer som dekkes innenfor budsjettet 2018.

Forvaltningsrevisjonsrapporten skal inneholde valgte problemstillinger som følger:

1. Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av henvendelser?
2. I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?
3. Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?
4. For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering?

Kontrollutvalget ber om at revisjonen leverer forvaltningsrapporten med rådmannens uttalelse innen 12.11.2018 til sekretariatet for behandling i kontrollutvalgsmøtet 22.11.2018.

27/18 Orientering om forvaltningsrevisjonsprosjektet "Rus og psykiatri"

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	27/18

Forslag til vedtak:

Revisors informasjon tas til orientering.

Møtebehandling
Arbeidet med forvaltningsrevisjonsrapporten «Rus og psykiatri» er i gang. Forvaltningsrevisor Kaia Christine Grahm-Haga orienterte om at dokumenter var innhentet, mange intervjuer er gjennomført og at det har vært kontakt med brukerombudet. Det ble bekreftet at rapporten skal være ferdig slik at den kan behandles på kontrollutvalgsmøte 22.11.2018. Spørsmål ble besvart.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Revisors informasjon tas til orientering.

28/18 Prosjektregnskap Tolvsrødveien Østre Vei VA-anlegg

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	28/18

Forslag til vedtak:

Prosjektregnskap Tolvsrød veien Østre vei VA-anlegg – A65452 er behandlet. Mindreforbruket er på kr 228.716,-.

Kontrollutvalget fremmer følgende innstilling for bystyret:
Prosjektregnskap Tolvsrød veien Østre vei VA-anlegg – A65452 er behandlet og godkjent. Mindreforbruket er på kr 228.716,-.

Møtebehandling
Saken ble behandlet.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Prosjektregnskap Tolvsrød veien Østre vei VA-anlegg – A65452 er behandlet. Mindreforbruket er på kr 228.716,-.

Kontrollutvalget fremmer følgende innstilling for bystyret:
Prosjektregnskap Tolvsrød veien Østre vei VA-anlegg – A65452 er behandlet og godkjent. Mindreforbruket er på kr 228.716,-.

29/18 Referatsaker

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	29/18

Forslag til vedtak:

Referatsakene tas til orientering.

Møtebehandling

- Tilbakemelding fra administrasjonen 03.05.2018 om at Tønsberg kommune er vertskommune for Landbrukskontoret.
- E-post fra Vestfold kommunerevisjon av 31.07.2018 vedrørende opplysninger om overgangen til Vestfold kommunerevisjon som skal revidere Tønsberg kommune fra og med 2019.

Votering
Enstemmig

Vedtak

Referatsakene tas til orientering.

30/18 Eventuelt

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kontrollutvalget i Tønsberg	06.09.2018	30/18

Forslag til vedtak:

.

Møtebehandling
Ingen

Votering

Vedtak

Neste møte i kontrollutvalget er 22. november 2018.

Revetal, 07.09.2018
For nestleder av kontrollutvalget i Tønsberg kommune, Gry Aas

Heidi Wulff Jacobsen
Daglig leder
VIKS

Arkivsak-dok. 18/00098-3
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 32/18
ORIENTERING OM INNKJØP OG DRIFT AV "ROBUSTE BOLIGER"

Forslag til vedtak:
Rådmannens informasjon tas til orientering.

Vedlegg:
Ingen.

Saksframstilling:
Administrasjonen er bedt om å orientere om kommunens innkjøp og drift av såkalte «robuste boliger». Boligene ble innkjøpt for brukere «med lav boevne» for noen få år siden, nå skal bruken opphøre etter det som er kjent.

Noen sentrale spørsmål i den sammenhengen er som følger:

Hvor mye midler er brukt på dette prosjektet og kan det anses som bortkastet?
Hva kan Tønsberg kommune lære av dette?

Rådmannen er invitert til kontrollutvalget for å orientere om innkjøp og drift vedrørende «robuste boliger».

Arkivsak-dok. 18/00120-6
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 33/18
BEHANDLING AV FORVALTNINGSRAPPORT "POST OG ARKIV, LOV OM OFFENTLIGHET SAMT FORVALTNINGSLOV, ALLE VIRKSOMHETER"

Forslag til vedtak:
Kontrollutvalget viser til og slutter seg til KPMG's rapport «Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter» med de konklusjoner og anbefalinger som er beskrevet.

Følgende tiltak er anbefalt av revisor:

- Kommunene bør endre sine rutiner for behandling av innsynsbegjæringer slik at de i større grad samsvarer med god forvaltningsskikk etter de krav som står i veilederen til offentleglova om saksbehandlingstid av innsynsbegjæringer.
- Tønsberg kommune bør etablere egne rutiner for hvordan man skal ekspedere en klage på avslag av innsynsbegjæringer.
- Innsynsbegjæringer bør gjennom sin internkontroll sikre at saker behandles etter lovpålagte frister.

Kontrollutvalget har registrert at rådmannen i sin høringsuttalelse vil igangsette et arbeid for å bringe kommunens rutiner i samsvar med anbefalingene, og gjennom internkontroll sikre at rutinene følges.

Kontrollutvalget ber administrasjonen rapportere til kontrollutvalget innen mars 2019.

Rapporten oversendes bystyret til behandling

Vedlegg:
Forvaltningsrevisjonsrapport «Post og arkiv, lov om offentlighet og forvaltningslov, alle virksomheter»

Saksframstilling:
Kontrollutvalget bestilte i april i sak 16/18 en prosjektplan til forvaltningsrevisjonsprosjektet «Post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter».

I første prosjektplanen som sekretariatet mottok i mai 2018 var ikke tittelen på forvaltningsrevisjonsprosjektet i samsvar med bestillingen, samt enkelte andre

punkter var ikke overensstemmende med bestillingen. Videre manglet prosjektplanen teksten vedrørende beskrivelsen av formålet med rapporten. Sekretariatet kontaktet revisjonen og ny redigert prosjektplan ble utarbeidet. Redigert plan ble delt ut på kontrollutvalgsmøtet i september 2018, sak 26/18, og revisor gjennomgikk planen.

Utvalget bestilte forvaltningsrevisjonsrapporten med følgende problemstillinger i samsvar med skriftlig fremlagt prosjektplan i september 2018:

1. *Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av henvendelser?*
2. *I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?*
3. *Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?*
4. *For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering?*

Av den redigerte prosjektplanen går det frem at: «*Formålet med forvaltningsrevisjonsrapporten er å undersøke kommunens håndtering av publikums ønske/ begjæring/ krav om innsyn i kommunale dokument og beslutningsprosesser. Revisjonen skal kartlegge og vurdere kommunens rutiner for mottak og ekspedering av henvendelser. Videre skal revisjonen kontrollere om kommunenes mottak og ekspedering av ønsker/ begjæringer /krav skjer i henhold til egne rutiner. Det er et formål å foreslå forbedringstiltak, dersom det avdekkes mangler og forbedringsområder».*

Sekretariatet ser at problemstillingene i rapporten ikke er i samsvar med problemstillingene i bestillingen. I problemstilling 1 og 4 er det kun skrevet om ekspedering av innsynsbegjæring. Som følger:

1. *Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer i kommunale dokumenter?*
2. *I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?*
3. *Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?*
4. *For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer i kommunale dokumenter?*

Anbefalinger i rapporten er som følger:

1. *Kommunene bør endre sine rutiner for behandling av innsynsbegjæringer slik at de i større grad samsvarer med god forvaltningsskikk etter de krav som står i veilederen til offentleglova om saksbehandlingstid av innsynsbegjæringer.*
2. *Tønsberg kommune bør etablere egne rutiner for hvordan man skal ekspedere en klage på avslag av innsynsbegjæringer.*
3. *Innsynsbegjæringer bør gjennom sin internkontroll sikre at saker behandles etter lovpålagte frister.*

Forvaltningsrevisjonsrapporten er levert etter avtale innen den 12.11.18 til sekretariatet med rådmannens uttalelse i kapittel 7 på side 20.

Sekretariatet vil bemerke at i innledningen punkt 1.1 har revisor skrevet følgende:

« *I forbindelse med bestillingen av prosjektplan har kontrollutvalget operasjonalisert revisjonsprosjektet inn mot kommunens oppfølging av offentleglova og forvaltningsloven når det gjelder svarfrister på henvendelser til kommunen, herunder hvilken praksis og hvilke rutiner kommunen har.»* Forvaltningsrapporten er avgrenset av revisor til å omhandle i størst grad innsynsbegjæring, ikke henvendelser generelt.

Post og arkiv, offentleglova og forvaltningslov, alle virksomheter

Forvaltningsrevisjonsrapport

Tønsberg kommune

November 2018

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Tønsberg kommune har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens håndtering av publikums ønske/begjæring/krav om innsyn i kommunale dokument og beslutningsprosesser. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

En oppsummering av forvaltningsrevisjonens resultater fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål og bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 presenteres innledende informasjon om kommunens arkivplan og rutiner for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer. I kapittel 3 undersøker vi hvordan og i hvilken grad kommunens rutiner er gjort kjent for ansatte. I kapittel 4 sammenligner vi kommunens rutiner med gjeldende regelverk. I kapittel 5 skal vi undersøke 12 tilfeldig utvalgte behandlinger av innsynsbegjæringer i kommunen. Her skal vi undersøke om behandlingen av innsynsbegjæringene var i henhold til kommunens rutiner. I Kapittel 6 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 7 er rådmannens uttalelse til rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for god hjelp i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke kommunens håndtering av publikums begjæring om innsyn i kommunale dokument. Revisjonen skal kartlegge og vurdere kommunens rutiner for mottak og ekspedering av henvendelser. Videre skal revisjonen kontrollere om kommunens mottak og ekspedering av begjæringer skjer i henhold til egne rutiner.

Problemstilling 1: Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av innsyns begjæringer i kommunale dokument?

Tønsberg kommunes rutiner for registrering og journalføring av dokumenter står nedskrevet i kommunens arkivplan. Her står det nedskrevet hvordan saksbehandlere skal vurdere om dokumentene skal offentliggjøres eller graderes. Arkivplanen inneholder også kriterier for når et offentlig tilgjengelig dokument skal publiseres eller ikke.

I rapportens kapittel 2 er det gitt en oversikt over kommunens rutiner innenfor det reviderte området.

Problemstilling 2: Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?

Alle ansatte i kommunen har tilgang til kommunens rutiner i Compilo. Compilo er kommunens kvalitetssystem hvor alle prosedyrer og rutiner i kommunen, samt avvikssystemer er samlet. Alle nyansatte får en innføring i hvordan Compilo skal brukes og i kommunens rutiner og prosedyrer.

Intervjudataene underbygger at de ansatte er godt kjent med kommunens rutiner for mottak av innsynsbegjæringer, men at selve ekspederingen av innsynsbegjæringer ofte ble/blir gjort på ad-hoc basis. Dette på grunn av at kommunen manglet rutiner for hvordan ekspederingen skulle gjennomføres. I det ene intervjuet ble det nevnt at personen opplevde muligheten for svikt i ekspederingen av innsynsbegjæringer som større når det ikke eksisterte kommunale rutiner for hvordan de skal behandles.

Intervjudata synliggjør at den største utfordringen ved behandling av innsynsbegjæringer var/er knyttet til faglige og juridiske vurderinger knyttet til hvem som skal ha innsynsrett i dokumenter, og i hvilken grad de skal ha innsynsrett uten at det blir brudd på taushetsplikten.

Vi vurderer det som positivt at kvalitetssystem og rutiner for behandling av innsynsbegjæringer er en del av opplæringen til relevante nyansatte. Vi observerer videre at respondenter til revisjonen demonstrerte god kjennskap til de rutinene som foreligger. Dette underbygger etter vår vurdering at rutinene for behandling av innsynsbegjæringer er gjort kjent for ansatte.

Problemstilling 3: I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?

Vi vurderer at Tønsberg kommune sine rutiner samsvarer med arkivlovens arkivplikt, samt at de har en arkivplan og rutiner for journalføring av dokumenter som er i tråd med forskrift om offentlege arkiv. Vi vurderer også at kommunens rutiner for innsyn i offentlige søkerlister og rutiner for å unnta dokumenter med henvisning til gjeldende lovverk samsvarer med forskrift til forvaltningsloven og offentleglova.

Videre er det vår vurdering at kommunens rutiner for behandling av innsynsbegjæringer delvis samsvarer med offentlighetsloven:

- Kommunens rutiner stemmer med offentlighetsloven i den grad at et midlertidig svar skal sendes når man ikke klarer å besvare innsynsbegjæringen innen fristen og hva et midlertidig svar skal inneholde.
- Kommunens rutiner hva angår lengden på svarfrist samsvarer den ikke med offentlighetsloven. Kommunens frist på at en innsynsbegjæring skal besvares innen 30 dager er ikke i henhold til offentlighetslovens krav om at innsynsbegjæringer skal besvares innen tre virkedager.

Det er og revisors vurdering at kommunen har noe mangler i sine rutiner for hvordan et innsynskrav skal avslås utover det at det skal henvises til en lovhjemmel for avslaget. Vi finner ingen rutiner for hvordan en klage på et avslag om innsyn skal behandles videre i kommunen / ekspederes videre til klageorgan.

Problemstilling 4: For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering av innsyns begjæringer i kommunale dokument?

Av tolv tilfeldig utvalgte innsynsbegjæringer er det mangler i forhold til flere av sakene når det gjelder kommunens håndtering. Det er mangler både i forhold til om svar er gitt eller ikke gitt og det er mangler i forhold til hvor langt tid kommunen har brukt på å svare. Manglene relaterer seg manglende etterlevelse av kommunens egne rutiner, men det er og mangler i forhold til regelverket for innsyn.

Anbefalinger

Våre anbefalinger er at Tønsberg kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør endre sine rutiner for behandling av innsynsbegjæringer slik at de i større grad samsvarer med god forvaltningsskikk etter de krav som står i veilederen til offentleglova om saksbehandlingstid av innsynsbegjæringer.

2. Tønsberg kommune bør etablere egne rutiner for hvordan man skal ekspedere en klage på avslag av innsynsbegjæringer.

3. Innsynsbegjæringer bør gjennom sin internkontroll sikre at saker behandles etter lovpålagte frister

Innhold

1. Innledning 6
1.1 Bakgrunn 6
1.2 Overordnet og kort om etterlevelse av offentleglova 6
1.3 Formål og avgrensning 6
1.4 Problemstillinger 7
1.5 Revisjonskriterier 7
1.6 Metode 7
2. Kommunens rutiner for mottak og ekspedering av begjæringer om innsyn 9
2.1 Innledning 9
2.2 Fakta 9
2.2.1 Offentlighetsvurdering og gradering 9
2.2.2 Unntak fra publisering på nett 10
2.2.3 Rutiner for ekspedering av innsynsbegjæringer 10
3. Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte? 12
3.1 Revisjonskriterier 12
3.2 Fakta 12
3.3 Vurdering 12
4. Kommunens rutiner i forhold til gjeldende regelverk 13
3.1 Revisjonskriterier 13
3.2 Fakta 13
3.3 Vurdering 13
5. Etterlevelse av rutiner 16
4.1 Revisjonskriterier 16
4.2 Fakta 16
4.2 Vurdering 17
4.2.1 Besvarte innsynsbegjæringer 17
4.2.1 Ubesvarte innsynsbegjæringer 17
6. Anbefalinger 19
7. Uttalelse fra rådmannen 20
Vedlegg 1 Dokumentliste 21
Vedlegg 2 Revisjonskriterier 22

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget bestilte i sak 16/18 forvaltningsrevisjon av post og arkiv, lov om offentlighet samt forvaltningslov, alle virksomheter.

Forvaltningsrevisjon av området ligger i plan for forvaltningsrevisjon og det er kategorisert med middels risiko. Fra overordnet analyse, som plan for forvaltningsrevisjon er bygd på, fremgår:

> *"Formålet med Arkivloven er å sikre at alt som har kulturell eller forskningsmessig verdi eller som inneholder rettslig eller viktig forvaltningsmessig verdi, blir arkivert slik at informasjonen blir skikkelig ivaretatt og gjort tilgjengelig for ettertiden. Hovedregelen i Offentlighetsloven er at alle saksdokument, journaler og lignende register er åpent for innsyn dersom ikke annet følger av lov eller forskrift. Alle kan med andre ord kreve innsyn i saker, noe som krever god kompetanse i kommunen til å vurdere hva som kan og ikke kan offentliggjøres. I arbeidsmøtet ble det sagt at det har vært utfordringer på dette området, men at det er forbedringer på gang.*
>
> *En forvaltningsrevisjon kan for eksempel undersøke hvilke rutiner kommunen har for å sikre at sentrale krav i Forvaltningsloven, Arkivloven og Offentlighetsloven blir fulgt, herunder ivaretakelse av rettslig og/ eller forvaltningsmessig dokumentasjon, og rutiner som sikrer lovens krav til organisering av arkiv, arkivsystem og lagringsmedium."*

I forbindelse med bestilling av prosjektplan/, har Kontrollutvalget operasjonalisert revisjonsprosjektet inn mot kommunens oppfølging av offentleglova og forvaltningsloven når det gjelder svarfrister på henvendelser til kommunen, herunder hvilken praksis og hvilke rutiner kommunen har.

1.2 Overordnet og kort om etterlevelse av offentleglova

Formålet med offentleglova er å legge til rette for at offentlig virksomhet er åpen og gjennomsiktig. Dette for blant annet å styrke informasjonsfrihet, den enkeltes rettsikkerhet og tilliten til det offentlige. Lovverket og forskrifter setter krav til kommunen, herunder rutinekrav. Dette innebærer blant annet:

- Virksomheten skal normalt avgjøre innsynskrav innen tre arbeidsdager. Dersom innsynskravet ikke kan avgjøres innen tre dager, bør virksomheten sende foreløpig svar hvor det redegjøres for forventet behandlingstid og årsaken til dette.
- Virksomheten må ha hjemmel i lov eller forskrift for å avslå en innsynsbegjæring.
- I de tilfeller et avslag er begrunnet i en av "kan-bestemmelsene", skal virksomheten ha vurdert merinnsyn. Det bør framkomme av avslaget at merinnsyn er vurdert.
- Ved helt eller delvis avslag på et innsynskrav skal avgjørelsen være skriftlig og inneholde en presis hjemmelshenvisning og opplysninger om klagerett og klagefrist.
- Dersom det er krevd nærmere begrunnelse for avslaget, skal virksomheten gi skriftlig begrunnelse så snart som mulig og senest innen ti arbeidsdager etter at kravet ble mottatt.
- Virksomheten skal ta stilling til klager uten ugrunnet opphold.
- Virksomheten bør ha etablert skriftlige rutiner for behandling av innsynsbegjæringer.

1.3 Formål og avgrensning

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke kommunens håndtering av publikums ønske/begjæring/krav om innsyn i kommunale dokument og beslutningsprosesser. Revisjonen skal kartlegge og vurdere kommunens rutiner for mottak og ekspedering av henvendelser. Videre skal revisjonen kontrollere

om kommunens mottak og ekspedering av ønsker/begjæring/krav skjer i henhold til egne rutiner. Det er et formål å foreslå forbedringstiltak, dersom det avdekkes mangler og forbedringsområder.

1.4 Problemstillinger

Følgende problemstillinger blir besvart i revisjonen:

1. Hvilke rutiner har kommunen for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer i kommunale dokument?
2. Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?
3. I hvilken grad er rutinene i henhold til gjeldende regelverk?
4. For et utvalg av saker, i hvilken grad har rutinene vært fulgt for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer i kommunale dokument?

1.5 Revisjonskriterier

Til problemstillingene oppstilles det revisjonskriterier. Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Revisjonens revisjonskriterier har vært utledet fra:

- ✓ Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens internkontroll, samt god praksis for internkontroll hvor vi bygger på KS sin veileder, "Rådmannens internkontroll".
- ✓ Offentleglova
- ✓ Rettleiar til offentleglova
- ✓ Forvaltningsloven
- ✓ Forskrift til forvaltningsloven
- ✓ Arkivlova
- ✓ Forskrift om offentlege arkiv
- ✓ Tønsbergs kommunes arkivplan

1.6 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon[1].

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og -analyse
- ✓ Intervjuer

Vi har samlet inn relevant dokumentasjon fra kommunen. Vi har innhentet og gjennomgått dokumentasjon som kan gi informasjon om problemstillingene. Det var da særlig fokus på policyer, rutiner, sjekklister mv. innenfor mottak og ekspedering av henvendelser. Vi har og innhentet eventuelle maler for mottak og svar på henvendelser.

[1] Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

Vi har plukket ut 12 henvendelser knyttet til informasjon og innsyn i kommunen. Utplukket var tilfeldig, men de aktuelle sakene dekker ulike deler av kommunens virksomhet. For disse sakene har vi hentet ut all tilgjengelig dokumentasjon, herunder henvendelse, svar, eventuelle klager og svar, samt eventuelle interne saksforberedende dokumenter/notater.

Vi har gjennomført intervjuer med relevante respondenter. Formålet med intervjuene er å få utfyllende informasjon og forklaringer til oversendt dokumentasjon. Vi har intervjuet 7 respondenter, herunder:

- Leder dokumentsenteret
- HR sjef
- To fra barnevernstjenesten
- Saksbehandler barnevernssaker
- Saksbehandler ved legevakten
- Ansatt ved dokumentsenteret

Fra hvert intervju har vi skrevet referat som vi sendte til hver enkelt respondent til verifisering (gjennomlesing og eventuell korrigering). Svarene fra respondentene ble analysert og sammenstilt med øvrig dokumentasjon.

All innsamlet informasjon er vurdert opp imot revisjonskriteriene for å kunne gi svar til revisjonens problemstillinger.

Datainnsamlingen ble avsluttet 21.10.2018.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 31.10.2018 med høringsfrist den 06.11.2018.

2. Kommunens rutiner for mottak og ekspedering av begjæringer om innsyn

2.1 Innledning

I dette kapittelet besvarer vi problemstilling 1. Ved denne problemstilling er kommunens rutiner for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer i kommunale dokumenter kartlagt. Problemstillingen er deskriptiv og det er dermed ikke satt opp revisjonskriterier til problemstillingen som faktaene skal vurderes opp mot.

2.2 Fakta

Tønsberg kommunes rutiner for registrering og journalføring av dokumenter står nedskrevet i kommunens arkivplan. Her står det nedskrevet hvordan saksbehandlere skal vurdere om dokumentene skal offentliggjøres eller graderes. Arkivplanen inneholder også kriterier for når et offentlig tilgjengelig dokument skal publiseres eller ikke.

2.2.1 Offentlighetsvurdering og gradering

Innsynsbegjæringer i kommunale dokumenter anses som sakspost, og de skal dermed bli behandlet på lik linje med annen sakspost i kommunen. Sakspost er all post som blir gjenstand for saksbehandling og har en verdi som dokumentasjon for kommunen. Kommunen har arkivplikt og all inngående og utgående sakspost skal journalføres. Ifølge kommunens rutiner skal dermed mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer journalføres.

Arkivplanen til Tønsberg kommune påpeker at det er kommunens administrative leder som har det formelle ansvaret for praktiseringen av offentlighetsloven. Det praktiske ansvaret er delegert til den enkelte saksbehandler og de er ansvarlig for at alle dokumenter blir korrekt behandlet i forhold til offentlighet. Arkivtjenesten skal i forbindelse med journalføringen av dokumenter/saker gjennomføre en offentlighetsvurdering, og eventuelt foreslå å undra dokumenter fra offentligheten med henvisning til gjeldende lovverk. Dersom saksbehandler er uenig med arkivtjenestens avgjørelse, plikter han/hun å melde fra slik at arkivtjenesten kan rette opp registreringen i journalen. Saksbehandler må vurdere riktigheten av arkivtjenestens eventuelle forslag til unntak fra offentlighet. Her skal både selve graderingen og lovhjemmelen som er benyttet vurderes. Saksbehandler påfører eventuell rett gradering eller avgraderer. Frist for vurdering av gradering er 3 arbeidsdager. Arkivtjenesten og saksbehandlers separate offentlighetsvurdering av kommunale dokument skal fungere som en kvalitetssikring av kommunens praktisering av offentlighetsloven. I arkivplanen blir det videre presisert at all unntak av dokumenter eller opplysninger fra offentligheten skal hjemles i lov.

Ved unntak fra offentlighet skal det registreres graderingskode på saksnivå eller på journalpostnivå i Acos Websak. Med saksnivå menes en saksmappe som inneholder alle journalposter/dokumenter som tilhører samme sak, mens ved journalpostnivå vises det til et dokument med tilhørende vedlegg. Acos Websak er et elektronisk program for arkivering av dokumenter og post. Standard graderingskode er U (unntatt fra offentlighet), mens det finnes egne koder for personalsaker, elevsaker og skattesaker. Ved graderingskode U3 er det kun spesifikke saksbehandlere med tilgang til slike dokumenter som kan få innsyn. Dersom arkivtjenesten og/eller saksbehandler er usikker på om et dokument skal unntas offentligheten, skal dokumentet midlertidig sperres og registreres med graderingskode XX.

Alle sakene/dokumentene som tilhører de elektroniske arkivene Profil, Familia og Velferd blir gradert unntatt offentligheten. Sakene/dokumentene som ligger på disse systemene er klientpost, og de ligger på en sikker sone som det ikke er mulig å få tilgang til uten ved spesiell tilgang. Alle saker/dokumenter relatert til rus og psykiatri blir journalført i Profil, mens alle saker som behandles av barnevernet journalføres i Familia. De

sakene som omfatter velferd og har NAV eller kommunens sosialtjeneste som saksbehandler journalføres i Velferd.

2.2.2 Unntak fra publisering på nett

Alle dokumenter som skal arkiveres i en objektordnet arkivdel ordnet på person skal registreres med "IP" (ikke publiser) uavhengig av innhold. Dette vil innebærer alle dokumenter knyttet til elever, ansatte, brukere i pleie og omsorg.

For alle andre dokumenter gjelder følgende:

Inneholder kommunale dokument andre personopplysninger enn navn, adresse, kjønn, alder og eventuelt andre, for allmennheten lett tilgjengelige opplysninger skal dokumentet registreres med "IP" dersom avsender ikke har gitt samtykke til publisering. Dersom dokumentet ikke inneholder andre personopplysninger enn nevnt i setningen ovenfor kan dokumentet publiseres uten samtykke fra avsender. Dokumenter kan også registreres som "IP" dersom innholdet i dokumentet vurderes som uinteressant for offentligheten. Selv om dokumentet er registrert med "IP" skal det komme tydelig frem av postlistene på internett at offentlige dokumenter som ikke er publisert likevel er tilgjengelig for innsyn ved henvendelse til kommunen.

Ansvaret for å vurdere om et kommunalt dokument ikke skal publiseres ligger hos saksbehandler. Rutinen for vurderingen følger samme prinsipper som vurdering av unntak fra offentlighet. Arkivtjenesten skal dermed foreslå gjennom registrering i Acos WebSak hvorvidt et dokument skal registreres med "IP" eller ikke. Saksbehandler plikter deretter å kvalitetssikre arkivtjenestens forslag, og eventuelt endre registreringen i sak-/arkivsystemet. I sin vurdering skal saksbehandlers vurdering veie allmenne offentlighetsinteresser opp mot personvernhensyn.

2.2.3 Rutiner for ekspedering av innsynsbegjæringer

Rutiner for innsyn i egne personopplysninger

Alle virksomheter i kommunen som behandler personopplysninger skal vurdere og besvare begjæringer om innsyn. Virksomhetsleder eller den vedkommende har delegert ansvaret til har ansvaret for å behandle innsynsbegjæringer og uten ugrunnet opphold gi svar innenfor Tønsberg kommunes fastsatte frist på 30 dager. Dersom det ikke er mulig å besvare innsynsbegjæringen innen 30 dager skal det gis et foreløpig svar som skal opplyse om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når endelig svar kan gis. En person har rett til å få vite om hvilke personopplysninger som er registrert om han/henne i kommunen. En kopi av personopplysningene skal gjøres tilgjengelig for de personene som er registrert i kommunens systemer.
Følgende informasjon skal være med i svaret som gis den registrerte personen:

- Navn og adresse på den virksomheten som er ansvarlig for behandlingen
- Hvem som eventuelt har det daglige ansvaret
- Formålet med behandlingen – hvorfor samles opplysningene inn?
- Beskrivelse av hvilke typer personopplysninger som blir samlet inn og brukt
- Hvor opplysningene er hentet fra
- Eventuelt hvem opplysningene vil bli utlevert til
- Retten til å anmode om korrigering eller sletting av personopplysninger, eller begrense behandlingen av disse samt å protestere mot behandlingen
- Retten til å klage til tilsynsmyndighetene

Saksbehandler skal også vurdere om det foreligger grunner som kan kreve unntak fra innsynsretten. Disse unntakene gjelder opplysninger som er unntatt innsyn på grunn av at de er underlagt lovbestemt taushetsplikt, må hemmeligholdes av hensyn til etterforskning av straffbare handlinger eller skal behandles til historisk, statistisk eller vitenskapelig formål som ikke får noen direkte betydning for den registrerte

(anonymisert). Det blir videre påpekt at særlovgivning kan i noen tilfeller gå foran bestemmelsene om unntak fra innsynsrett. Disse særlovgivningene er pasient- og brukerrettighetslovens regler for innsyn i pasientjournaler, forvaltningslovens regler for partsinnsyn og offentlighetslovens bestemmelser om allmennhetens tilgang til dokumenter og informasjon.

Rutiner for innsyn i pasientjournal

Tønsberg kommune har egne rutiner for innsyn i pasientjournaler. Formålet med disse rutinene er å sikre at ansvar, myndighet og fremgangsmåte ved behandling av innsynsbegjæringer til kommunen vedrørende innsyn i pasientjournaler er korrekte. Journalansvarlig har ansvaret for å gi rett til innsyn i pasientjournalen og utlevering av pasientens dokumenter, mens kommunaldirektør og virksomhetsleder har ansvar for å påse at alle henvendelser blir ivaretatt. Journalansvarlig skal påse at det ikke står opplysninger i utlevert journal som kan skade pasienten eller en tredje person. I slike tilfeller må opplysningene sladdes. Pasienten har rett til innsyn i egen journal med bilag og har etter forespørsel rett til kopi. Etter forespørsel har pasienten rett til en enkel gjennomgang og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende. Opplysninger om informasjonen som er utgitt skal nedtegnes i pasientens journal. Henvendelse med ønske om innsyn, må være skriftlig. Henvendelse via e-post aksepteres, men besvares i brev.

Utlevering av journalopplysninger til pårørende kan kun finne sted dersom pasienten selv gir skriftlig samtykke eller dersom pasienten ikke er samtykkekompetent. Etter at pasienten er død, kan fullstendig kopi av journalen kun utleveres til den som journalen er nevnt som nærmeste pårørende.

Rutiner for innsyn i kommunale søkerlister

Virksomhetsleder i HR-enheten er ansvarlig for at det settes opp forenklet og utvidet søkerliste.
Utvidet søkerliste skal inneholde:

- Stillingsbetegnelse og nummer
- Søkernummer, søkernavn, alder, adresser og telefonnummer
- Oversikt over søkerens utdannelse
- Oversikt over søkerens praksis

Forenklet søkerliste skal inneholde:

- Søkerens navn
- Alder
- Stilling/yrkestittel
- Bosteds- eller arbeidskommune

Ved utvidet søkerliste kan det gjøres unntak for innsyn i dokumenter som handler om ansettelse eller forfremmelse i offentlig tjeneste. Hvis en søker ber om at opplysninger om vedkommende ikke skal oppføres på utvidet søkerliste kan det gjøres unntak fra innsynsretten. Om vedkommende sin forespørsel skal godkjennes eller ikke vil være avhengig av om det er særlig offentlig interesse knyttet til stillingen.

Rutiner for behandling av innsynsbegjæringer i barnevernsdokumenter

Flesteparten av innsynsbegjæringene i kommunale dokument er forespørsler om innsyn i barnevernsdokumenter. Tønsberg kommune mangler rutiner for behandling av innsynsbegjæringer i barnevernsdokumenter.

3. Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?

3.1 Revisjonskriterier

I kapittel 3 Besvarer vi problemstilling 2 "Hvordan og i hvilken grad er rutinene gjort kjent for ansatte?". Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens internkontroll, samt god praksis for internkontroll hvor vi bygger på KS sin veileder, "Rådmannens internkontroll".

3.2 Fakta

Alle ansatte i kommunen har tilgang til kommunens rutiner i Compilo. Compilo er kommunens kvalitetssystem hvor alle prosedyrer og rutiner i kommunen, samt avvikssystemer er samlet. Alle nyansatte får en innføring i hvordan Compilo skal brukes og i kommunens rutiner og prosedyrer. I det ene intervjuet ble det nevnt at mangel på rutiner for behandling av innsynsbegjæringer kunne gjøre det vanskeligere å lære opp nyansatte i temaet.

Intervjudataene underbygger at de ansatte er godt kjent med kommunens rutiner for mottak av innsynsbegjæringer, men at selve ekspederingen av innsynsbegjæringer ofte ble/blir gjort på ad-hoc basis. Dette på grunn av at kommunen manglet rutiner for hvordan ekspederingen skulle gjennomføres. I det ene intervjuet ble det nevnt at personen opplevde muligheten for svikt i ekspederingen av innsynsbegjæringer som større når det ikke eksisterte kommunale rutiner for hvordan de skal behandles.

Hvis saksbehandlerne er usikre på om det skal gis innsyn, kan de søke råd fra ledelsen i kommunen. Intervjudata synliggjør at den største utfordringen ved behandling av innsynsbegjæringer var/er knyttet til faglige og juridiske vurderinger knyttet til hvem som skal ha innsynsrett i dokumenter, og i hvilken grad de skal ha innsynsrett uten at det blir brudd på taushetsplikten.

3.3 Vurdering

Vi vurderer det som positivt at kvalitetssystem og rutiner for behandling av innsynsbegjæringer er en del av opplæringen til relevante nyansatte. Vi observerer videre at respondenter til revisjonen demonstrerte god kjennskap til de rutinene som foreligger. Dette underbygger etter vår vurdering at rutinene for behandling av innsynsbegjæringer er gjort kjent for ansatte.

4. Kommunens rutiner i forhold til gjeldende regelverk

3.1 Revisjonskriterier

I dette kapittelet besvares problemstilling 3. Her er det vurdert i hvilken grad kommunens rutiner for begjæringer om innsyn i kommunale dokument er i henhold til lovverket. Revisjonskriteriene vil i denne sammenheng være arkivloven, forskrift om offentlege arkiv, offentleglova, forvaltningsloven, forvaltningsforskriften og rettleiar til offentleglova.

Revisjonskriteriene som er benyttet er presentert i vedlegg 2 til rapporten.

3.2 Fakta

Kommunens rutiner er presentert i kapitel 2.2 " fakta".

3.3 Vurdering

Arkivloven

Etter § 6 i arkivloven har offentlige organer en arkivplikt. Offentlige organer er pliktet til å ordne og innrette de arkiverte dokumentene på en slik måte at de er sikret som informasjonskilder for nåtid og fremtid.

I kommunes rutiner blir det referert til at kommunen har arkivplikt etter det som står i §6 i arkivloven. I rutinene står det videre at all journalpost og tilhørende dokumenter skal arkiveres. Dette er etter vår vurdering i tråd med arkivlovens pålagte arkivplikt. Vi vil og legge til at det ikke foreligger noe lovmessig krav om nedfelte rutiner, sjekklister mv. for hvordan § 6 skal bli ivaretatt.

Forskrift om offentlege arkiv

Etter §4 i Forskrift om offentlege arkiv skal alle offentlige organ til enhver tid ha en ajourført arkivplan som viser hva arkivet omfatter og hvordan det er organisert. Arkivplanen skal også omfatte hvilke instrukser, regler og planer som gjelder ved journalføring og arkivering av dokumenter og post.

Tønsberg kommune har en egen arkivplan som er lett tilgjengelig på arkivplan.no. Denne arkivplanen inneholder rutiner for hvordan saksdokumenter og sakspost skal fordeles, registreres, journalføres, graderes og periodiseres, samt beskrivelser av hva arkivet omfatter og hvordan det er organisert.

Vi vurderer at Tønsberg kommune har en arkivplan som er i tråd med forskrift om offentlege arkiv.

Etter § 4-7 i forskrift om offentlege arkiv skal alle inngående og utgående saksdokumenter og sakspost journalføres, og de skal inneholde et minimum av saksopplysninger som journalføringsdato, saks- og dokumentnummer, avsender/mottaker, sakstittel, dokumenttittel, datering av dokumentet og primær og eventuelt sekundær arkivkode.

I kommunes rutiner for journalføring står det at alle inngående og utgående saksdokumenter og sakspost skal journalføres, samt en opplisting av et minimum av saksopplysninger de bør inneholde. Kommunens rutiner henviser også direkte til forskrift om offentlege arkiv. Vi vurderer at Tønsberg kommune har rutiner for journalføring av dokumenter som er i tråd med forskrift om offentlige arkiv.

Forskrift til forvaltningsloven

Etter § 15 i forskrift til forvaltningsloven har en jobbsøker til en offentlig utlyst stilling rett til å gjøre seg kjent med samtlige øvrige søkeres navn, alder og fullstendige opplysninger om deres utdanning og praksis i offentlig og privat virksomhet. Slike opplysninger kan forvaltningsorganet sammenfatte i en egen utvidet søkerliste. §25 i offentleglova nedfeller at innsyn i opplysninger om en søker kan unntas fra offentligheten hvis vedkommende ber om det selv. Videre står det at om forespørselen fra søkeren skal godtas eller ikke er avhengig av om det knytter seg særlig offentlig interesse til stillingen.

I kommunes rutiner står det at utvidet søkerliste skal inneholde søkernes navn, alder og fullstendige opplysninger om utdanningsbakgrunn og praksis, samt at det kan gjøres unntak for innsyn i henhold til § 25 i offentleglova. Kommunen har ikke egne rutiner for partsinnsyn i saker om tilsetting i den offentlige forvaltning utover det som står nevnt i rutinen om utvidet søkerliste. Ved partsinnsyn henviser kommunens rutiner direkte til bestemmelsene i forvaltningsforskriften.

Vi vurderer at Tønsberg kommunes rutiner for innsyn i offentlige søkerlister samsvarer med forskrift til forvaltningsloven.

Offentleglova

Etter § 3 i offentleglova skal alle saksdokumenter, journaler og lignende dokumenter til offentlige organ være åpen for innsyn dersom ikke annet følger av hjemmel i lov eller forskrift. Når det er mulighet til å gjøre unntak fra innsyn, skal organet likevel etter § 11 vurdere å gi helt eller delvis innsyn i forespurte dokumenter. Det offentlige organet bør da gi innsyn hvis hensynet til offentlig innsyn veier tyngre enn behovet for unntak fra offentligheten.

I kommunens rutiner står det at både arkivtjenesten og ansvarlig saksbehandler skal gjennomføre en offentlighetsvurdering i forbindelse med journalføringen, og at eventuelle unntak fra offentligheten skal gjøres med henvisning til gjeldende lovverk. Dersom saksbehandler er uenig i arkivtjenestens offentlighetsvurdering, plikter personen å gi beskjed slik at arkivtjenesten kan rette opp registreringen i journalen. I kommunens rutiner står det også nedskrevet at Tønsberg kommune praktiserer meroffentlighet ved at kommunen i størst mulig grad skal tilstrebe offentlighet og allment innsyn i kommunens saksdokumenter. Allment innsyn skal også vurderes for dokumenter der offentlighetsloven gir en mulighet for unntak.

Vi vurderer at Tønsberg kommunes rutiner for offentlig innsyn i kommunale dokumenter samsvarer med offentlighetsloven.

Offentleglova § 29 slår fast at et krav om innsyn skal avgjøres uten ugrunnet opphold. Dette innebærer at innsynskravet skal avgjøres så snart som det er praktisk mulig. Normalt bør innsynsbegjæringer besvares innen tre arbeidsdager. Dersom saksbehandlingstiden ikke kan avgjøres innen tre dager bør forvaltningsorganet, i samsvar med § 11 a i forvaltningsloven, gi et midlertidig svar hvor det blir gjort rede for årsaken til den lange saksbehandlingstiden, og så vidt mulig angi når et svar kan ventes.

I kommunens rutiner for innsyn i egne personopplysninger fremgår at henvendelser om innsyn skal behandles uten ugrunnet opphold og at svar skal gis senest innen 30 dager. Dersom det ikke er mulig å besvare innsynsbegjæringene innen 30 dager skal det gis et foreløpig svar. Det midlertidige svaret skal opplyse om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når endelig svar kan gis

Vi vurderer at Tønsberg kommune sine rutiner for behandling av innsynsbegjæringer delvis samsvarer med offentlighetsloven:

- Kommunens rutiner stemmer med offentlighetsloven i den grad at et midlertidig svar skal sendes når man ikke klarer å besvare innsynsbegjæringen innen fristen og hva et midlertidig svar skal inneholde.
- Kommunens rutiner hva angår lengden på svarfrist samsvarer den ikke med offentlighetsloven. Kommunens frist på at en innsynsbegjæring skal besvares innen 30 dager er ikke i henhold til offentlighetslovens krav om at innsynsbegjæringer skal besvares innen tre virkedager.

Etter §31 i offentleglova skal alle helt eller delvise avslag på et innsynskrav være skriftlige og inneholde en presis hjemmelshenvisning og opplysninger om klagerett og klagefrist. Dersom det er krevd nærmere begrunnelse for avslaget, skal virksomheten gi skriftlig begrunnelse så snart som mulig og senest innen ti arbeidsdager etter at kravet ble mottatt. Ifølge § 32 skal virksomheten ta stilling til klager uten ugrunnet opphold. Virksomheten som har gjort det påklagede vedtaket kan da gjøre om sitt vedtak etter å ha mottatt en klage dersom man finner grunnlag for det. Dersom omgjøring ikke foretas, skal klagen gå til nærmeste overordnede forvaltningsorgan til det organet som tok avgjørelsen. Dette innebærer at fylkesmannen er klageinstans for alle vedtak i kommunen.

Ifølge kommunes rutiner kan en innsynsbegjæring avslås hvis den er underlagt lovbestemt taushetsplikt, må hemmeligholdes av hensyn til etterforskning av straffbare handlinger eller at dokumentet blir behandlet til historiske, statistiske eller vitenskapelige formål og behandlingen ikke får noen direkte betydning for den registrerte personen. Tønsberg kommune har derimot ikke spesifikke rutiner for hvordan man skal behandle en klage på et avslag om innsyn.

Vi vurderer at Tønsberg kommune har noe mangler i sine rutiner for hvordan et innsynskrav skal avslås utover det at det skal henvises til en lovhjemmel for avslaget. Vi finner ingen rutiner for hvordan en klage på et avslag om innsyn skal behandles videre i kommunen / ekspederes videre til klageorgan.

5. Etterlevelse av rutiner

4.1 Revisjonskriterier

I dette kapittelet besvares problemstilling 4. Her har vi undersøkt 12 tilfeldig utvalgte mottak- og ekspederinger av begjæringer om innsyn til kommunale dokumenter og revisjonen vurderer om Tønsberg kommunes rutiner er fulgt. Revisjonskriteriet vil være Tønsberg kommunes arkivplan og kommunens rutine for innsyn i egne personopplysninger.

Revisjonskriteriene som er benyttet er presentert i vedlegg 2.

4.2 Fakta

Under er sentrale elementer ved behandling av innsynsbegjæringer oppsummert tabellarisk:

	Sak 1	Sak 2	Sak 3	Sak 4
Er begjæringen om innsyn besvart innen 30 dager?	Ja	Ja	Ja	Ja
Blir/ble det sendt midlertidig svar dersom besvarelsen tar lenger tid enn 30 dager?	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Er innsynsbegjæringen besvart?	Besvart	Besvart	Besvart	Besvart
Er kommunen rutiner for behandling av innsynsbegjæringer fulgt?	Ja	Ja	Ja	Ja
Klage på besvarelsen?	Nei	Nei	Nei	Nei

	Sak 5	Sak 6	Sak 7	Sak 8
Er begjæringen om innsyn besvart innen 30 dager?	Nei	Nei	Nei	Ja
Blir/ble det sendt midlertidig svar dersom besvarelsen tar lenger tid enn 30 dager?	Nei	Nei	Ja	Ikke aktuelt
Blir innsynsbegjæringen besvart?	Ikke besvart	Besvart	Besvart	Besvart
Er kommunens rutiner for behandling av innsynsbegjæringer fulgt?		Nei	Ja	Ja
Klage på besvarelsen?	Ja	Nei	Nei	Nei

	Sak 9	Sak 10	Sak 11	Sak 12
Er begjæringen om innsyn besvart innen 30 dager?	Nei	Nei	Nei	Nei
Blir/ble det sendt midlertidig svar dersom besvarelsen tar lenger tid enn 30 dager?	Nei	Nei	Nei	Nei
Blir innsynsbegjæringen besvart?	Ikke besvart	Ikke besvart	Ikke besvart	Besvart
Er kommunen rutiner for behandling av innsynsbegjæringer fulgt?	Nei	Nei	Nei	Nei
Klage på besvarelsen?	Ja	Nei	Nei	Nei

4.2 Vurdering

4.2.1 Besvarte innsynsbegjæringer

Av de tolv tilfeldig utvalgte innsynsbegjæringer er åtte besvart. Av disse åtte er fem innsynsbegjæringer besvart innen kommunens frist på 30 dager.

Som vurdert ovenfor, er kommunens frist på 30 dager ikke i tråd med regelverket. Regelverket tilsier svar innen fire dager etter mottak. De fem aktuelle innsynsbegjæringene ble besvart mellom 7 til 15 dager etter mottak. Sånn setter de i utgangspunktet besvart i henhold til egne rutiner, men de er ikke besvart i henhold til regelverket.

Samtidig følger det av egne rutiner at innsynsbegjæringer som ikke blir besvart innen 30 dager, så skal det sendes et midlertidig svar som inneholder grunnen til hvorfor behandlingen tar lenger tid enn fristen, og når det kan ventes svar. Av de innsynsbegjæringene som ble besvart etter fristen, fikk en av dem tilsendt et midlertidig svar. I to av sakene ble midlertidig svar ikke sendt. Dette er ikke i henhold til kommunens rutiner.

For en av begjæringene om innsyn – som ble besvart innenfor frist – observerer vi at det også ble sent et midlertidig svar. Dette er heller ikke i tråd med egne rutiner, men det innebærer ikke et regelverksbrudd.

4.2.1 Ubesvarte innsynsbegjæringer

Fire av tolv innsynsbegjæringer er ikke besvart av kommunen. Ingen av disse fire har fått tilsendt et midlertidig svar.

Tre av de fire begjæringene er mottatt av kommunen for over tre måneder siden. Det har kommet inn klage på to av innsynsbegjæringene. Klagene er ikke relatert til kommunens avgjørelse i sakene, men på kommunens tidsbruk og manglende svar. I det ene tilfellet ble det sendt en klage til Fylkesmannen om kommunens manglende svar på personens forespørsel om innsyn. Fylkesmannen kunne ikke ta stilling til saken fordi det ikke forelå et kommunalt vedtak om innsynsbegjæringen ble helt eller delvis avslått. På det tidspunkt Fylkesmannen kom med sitt svar var klagen fortsatt til behandling hos kommunen som først måtte ta stilling til klagen før Fylkesmannen kunne starte sin behandling av saken. Fylkesmannen anmodet da kommunen å følge opp denne saken og behandle den i samsvar med reglene i offentleglova og forvaltningsloven. Den videre gangen i denne saken er ikke kjent på revisjonstidspunktet.

I den andre innsynsbegjæringen hvor det er klaget, er det på revisjonstidspunktet ikke opplyst mer enn at det foreligger en klage på kommunens tidsbruk.

Oppsummert er det vår vurdering at seks av tolv innsynsbegjæringer ikke er behandlet i samsvar med kommunes rutiner for mottak og ekspedering av innsynsbegjæringer. Den mangelfulle behandlingen er knyttet oversittelse av tidsfrist, samt manglende midlertidig svar, i tillegg til at det for noen av begjæringene ikke er utstedt svar i det hele tatt.

6. Anbefalinger

Anbefalingene er formulert på bakgrunn av vurderingene, og peker på områder hvor kommunen etter vår vurdering i første omgang bør prioritere å gjøre tiltak for å bedre kvaliteten på behandlingene av innsynsbegjæringer.

Våre anbefalinger er at Tønsberg kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør endre sine rutiner for behandling av innsynsbegjæringer slik at de i større grad samsvarer med god forvaltningsskikk etter de krav som står i veilederen til offentleglova om saksbehandlingstid av innsynsbegjæringer.

2. Tønsberg kommune bør etablere egne rutiner for hvordan man skal ekspedere en klage på avslag av innsynsbegjæringer.

3. Innsynsbegjæringer bør gjennom sin internkontroll sikre at saker behandles etter lovpålagte frister.

7. Uttalelse fra rådmannen

Rådmannen registrerer at revisor vurderer at kommunen har gode rutiner knyttet til registrering, journalføring og publisering av dokumenter, offentlighetsvurdering og mottak av innsynsbegjæringer, og at disse er i henhold til lovverk og forskrifter, og godt kjent for de ansatte.

Det registreres imidlertid også at kommunens rutiner knyttet til behandling og ekspedering av innsynsbegjæringer mangler eller ikke er i henhold til lovverket, og at behandlingen ikke alltid følger gjeldende rutiner.

Rådmannen vil på bakgrunn av dette igangsette et arbeid for å bringe kommunens rutiner i samsvar med revisors anbefalinger, og gjennom internkontroll sikre at rutinene følges.

Vedlegg 1 Dokumentliste

- ✓ Tønsberg kommunes arkivplan
- ✓ Rutine for innsyn i egne personopplysninger
- ✓ Rutine for innsyn i pasientjournal
- ✓ Rutine for innsyn i søkerlister kommunale stillinger
- ✓ Oversikt over innsynsbegjæringer

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

§ 23.*Administrasjonssjefens oppgaver og myndighet.*

1. Administrasjonssjefen er den øverste leder for den samlede kommunale eller fylkeskommunale administrasjon, med de unntak som følger av lov, og innenfor de rammer kommunestyret eller fylkestinget fastsetter.

2. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instrukser, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

3. Administrasjonssjefen har møte- og talerett, personlig eller ved en av sine underordnede, i alle kommunale eller fylkeskommunale folkevalgte organer med unntak av kontrollutvalget.

4. Kommunalt og fylkeskommunalt 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 eller fylkestinget har bestemt noe annet.

Lov om arkiv (arkivlova)

§ 6. Arkivansvaret

Offentlege organ pliktar å ha arkiv, og desse skal vera ordna og innretta slik at dokumenta er tryggja som informasjonskjelder for samtid og ettertid.

Forskrift om offentlege arkiv

§ 4. Arkivplan og internkontroll

Alle offentlege organ skal til kvar tid ha ein ajourført arkivplan som viser kva arkivet omfattar og korleis det er organisert. Arkivplanen skal også vise kva slags instruksar, reglar, planar mv. som gjeld for arkivarbeidet.

Den øvste leiinga i organet må sjå til at arkivarbeidet blir omfatta av organets internkontroll. I kommunar og fylkeskommunar er dette ein del av det ansvaret som er lagt til administrasjonssjefen etter kommunelova § 23 nr. 2 andre punktum eller kommuneråd eller fylkesråd etter kommunelova § 20 nr. 2 andre punktum.

Riksarkivaren kan gi forskrift om arkivplan.

§ 5. Klassifikasjon

Organet skal ha ei ordning for klassifikasjon som omfattar alle dei saksområda organet har ansvar for. I staten skal klassifikasjonen skilje mellom eigenforvaltning og fagsaker.

Riksarkivaren kan gi forskrift om klassifikasjon.

§ 6. Lagringsmedium og format

Arkivmateriale skal lagrast på medium og i format som oppfyller nødvendige krav til haldbarheit, og som gjer det mogleg å nytte materialet.

Alle dokument frå 1950 eller før skal bevarast som originaldokument. Dette gjeld og for originaldokument frå 1951 eller seinare dersom dei har særskild historisk verdi som gjenstandar. Informasjon i andre originaldokument kan overførast til eit nytt lagringsmedium og bevarast i det nye lagringsmediet.

Riksarkivaren kan gi forskrift om lagringsmedium, format og destruksjon av originaldokument.

§ 7. Krav til arkivlokale

Rom som offentlege organ nyttar til arkivlokale skal gi arkivmaterialet vern mot skade frå vatn og fukt, brann og annan skadeleg varme, og mot skadeleg påverknad frå klima, miljø og skadedyr. Lokala skal og verne arkiva mot skadeverk, innbrot og uautorisert tilgang.

Riksarkivaren kan gi forskrift om arkivlokale og arkivlokale for ulike lagringsmedier.

Forvaltningsloven

§ 11 a. (saksbehandlingstid, foreløpig svar).

Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.

Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig.

I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt

Forskrift til forvaltningsloven

§ 15. Utvidet søkerliste

En part i en sak om tilsetting har rett til å gjøre seg kjent med samtlige øvrige søkeres navn og alder og fullstendige opplysninger om deres utdanning og praksis i offentlig og privat virksomhet. Slike opplysninger kan forvaltningsorganet sammenfatte i en egen liste (utvidet søkerliste).

Offentleglova

§ 3. Hovudregel

Saksdokument, journalar og liknande register for organet er opne for innsyn dersom ikkje anna følgjer av lov eller forskrift med heimel i lov. Alle kan krevje innsyn i saksdokument, journalar og liknande register til organet hos vedkommande organ.

§ 11. Meirinnsyn

Når det er høve til å gjere unntak frå innsyn, skal organet likevel vurdere å gi heilt eller delvis innsyn. Organet bør gi innsyn dersom omsynet til offentleg innsyn veg tyngre enn behovet for unntak.

§ 25. Unntak for tilsetjingssaker, lønnsoppgåver m.m.

Det kan1 gjerast unntak frå innsyn for dokument i sak om tilsetjing eller forfremjing i offentleg teneste.

Unntaket i første ledd gjeld ikkje søkjarlister. Organet skal snarast etter at søknadsfristen er gått ut, setje opp ei søkjarliste som skal innehalde namn, alder, stilling eller yrkestittel og bustad- eller arbeidskommune for kvar søkjar. Det kan likevel gjerast unntak frå innsyn for opplysningar om ein søkjar dersom vedkommande sjølv ber om det. Ved vurderinga av om ei slik oppmoding skal takast til følgje, skal det leggjast vekt på om det knyter seg særleg offentleg interesse til stillinga. I utlysinga skal det gjerast oppmerksam på at opplysningar om søkjaren kan bli gjort offentlege sjølv om søkjaren har oppmoda om ikkje å bli ført opp på søkjarlista. Dersom oppmodinga ikkje blir teke til følgje, skal søkjaren varslast om dette. Det skal gå fram av søkjarlista kor mange søkjarar det har vore til stillinga, og kva kjønn dei har.

Unntaket i første ledd gjeld ikkje nominasjonsvedtak og røysteresultat ved utnemning av biskop.

Det kan gjerast unntak frå innsyn for skriftleg oppgåve over utrekna lønn eller liknande godtgjering, utrekningsgrunnlag for feriepengar og trekk som blir gjorde ved utbetalinga. Unntaket i første punktum omfattar ikkje opplysningar om bruttoutbetalingar. Innsyn i opplysningar om bruttoutbetalingar kan givast ved oppstilling av opplysningane i eit anna dokument.

§ 29. Kva organ skal avgjere innsynskravet mv.

Eit organ som mottek eit innsynskrav, skal vurdere kravet konkret og sjølvstendig. Kravet skal avgjerast1 utan ugrunna opphald.

Kongen kan i forskrift gi reglar om kva organ som på dei forskjellige saksområda skal ta avgjerd etter paragrafen her.

§ 31. Avslag og grunngiving

Avslag på innsynskrav skal vere skriftleg. Organet skal alltid vise til den føresegna som gir grunnlag for avslaget, og til kva ledd, bokstav eller nummer i føresegna som er brukt. Dersom § 13 er grunnlag for avslaget, skal organet også vise til føresegna som pålegg teieplikt. Byggjer avslaget på forskrift, må organet opplyse om dette, og kva punkt i forskrifta avslaget byggjer på. Avslaget skal også opplyse om høvet til å klage og om klagefristen.

Den som har fått avslag, kan innan tre veker frå avslaget vart motteke, krevje ei nærare grunngiving for avslaget der hovudomsyna som har vore avgjerande for avslaget, skal nemnast. Organet skal gi skriftleg grunngiving snarast råd og seinast innan ti arbeidsdagar etter at kravet vart motteke.

§ 32. Klage

Avgjerder etter denne lova kan påklagast til det forvaltningsorganet som er nærmast overordna det forvaltningsorganet som har gjort vedtaket. Avgjerder om å gi innsyn kan likevel ikkje påklagast. Fylkesmannen er klageinstans for vedtak i kommunalt eller fylkeskommunalt organ. Kongen kan gi forskrift om kva organ som skal vere klageinstans for avgjerder tekne av statlege organ. Kongen kan også gi forskrift om kva organ som skal vere klageinstans for avgjerder av rettssubjekt som er omfatta av § 2 første ledd bokstavane b til d. Når det blir klaga på ei avgjerd frå eit departement, skal departementet opplyse klagaren om at retten til å klage til Sivilombodsmannen ikkje gjeld for avgjerder gjorde av Kongen i statsråd.

Dersom den som har kravd innsyn, ikkje har fått svar innan fem arbeidsdagar etter at organet mottok kravet, skal dette reknast som eit avslag som kan påklagast etter første ledd. Dette gjeld likevel ikkje når Kongen i statsråd er klageorgan. Regelen i første punktum gjeld heller ikkje i slike tilfelle som fell inn under § 13 tredje ledd, og når spørsmål om nedgradering må leggjast fram for eit anna organ.

Klaga skal førebuast og avgjerast utan ugrunna opphald. Elles gjeld reglane i forvaltningsloven kapittel VI så langt dei passar.

Vedtaket til klageinstansen er særleg tvangsgrunnlag etter tvangsfullbyrdelsesloven kapittel 13 overfor kommunar og fylkeskommunar og rettssubjekt som er omfatta av § 2 første ledd bokstavane b til d.

Rettleiar til offentleglova

9.3 Kor lang tid organet kan bruke på å avgjere innsynskravet

Offentleglova § 29 fyrste ledd andre punktum slår fast at eit krav om innsyn skal avgjerast utan ugrunna opphald. Ei tilsvarande føresegn fanst i offentlegheitslova 1970.

Kva som skal reknast som grunna opphald, må vurderast konkret ut frå om innsynskravet reiser vanskelege spørsmål, kva omfang kravet har og kva for arbeidsmengde organet har elles.

Dette inneber at innsynskravet skal avgjerast så snart som det er praktisk mogleg. Vanlege krav bør avgjerast same dag som dei er mottekne, eller i alle fall innan éin til tre verkedagar.

Dersom det derimot må gjerast undersøkingar, kravet reiser vanskelege og tvilsame spørsmål, eller gjeld store eller mange dokument, og saka difor medfører mykje arbeid, kan det brukast meir tid til sakshandsaminga, men kravet må like fullt avgjerast så snart det er praktisk mogleg.

At sakshandsamaren som er ansvarleg for saka innsynskravet gjeld, er bortreist, sjuk eller på ferie når kravet kjem inn, gir ikkje grunnlag for å utsetje handsaminga av innsynskravet. Det enkelte organ må syte for rutinar som gjer at innsynskrav kan handsamast utan at ein er avhengig av at enkeltpersonar er til stades.

Dersom innsynskravet er ekstraordinært stort, til dømes der saka omfattar fleire hundre dokumentsider og fleire av dokumenta inneheld opplysningar som er omfatta av teieplikt, må det godtakast at hand- saminga av kravet tek lang tid. Det vil vere eit grunna opphald at organet syter for ei forsvarleg handsaming, samstundes som dette ikkje i urimeleg grad fortrengjer andre gjeremål.

I tilfelle der sakshandsamingstida blir svært lang bør forvaltningsorganet, i samsvar med forvaltningslova § 11 a andre ledd og prinsippet om god forvaltningsskikk, gi eit førebels svar, der det blir gjort greie for årsaka til den lange handsamingstida. Der innsynskravet gjeld mange dokument bør organet melde tilbake og gi innsyn eller eventuelt avslag i dokument eller delar av dokument som er gjennomgåtte, samstundes som det blir gjort klart at organet ikkje er ferdig med å gå gjennom alle dokumenta.

9.5 Avslag og grunngiving

9.5.1 Avslag skal vere skriftleg og grunngitt

I offentleglova § 31 fyrste ledd fyrste punktum er det slått fast at avslag på krav om innsyn skal vere skriftleg. Dette er nytt samanlikna med offentlegheitslova 1970, som ikkje oppstilte noko formkrav for avslag. Det har etter kvart vorte vanleg at eit innsynskrav blir sett fram gjennom e-post, og at eit eventuelt avslag blir gitt på same måte. Dersom innsynskravet har vorte framsett munnleg, må avslag givast på same vis som den som krev innsyn har bedt om å få tilsendt dokumenta på, til dømes pr. e-post.

Etter offentleglova § 31 fyrste ledd andre punktum skal avslaget alltid vise til den føresegna som er grunnlaget for avslaget. Tilvisinga skal vere heilt nøyaktig ved at det skal visast til kva ledd, punktum, bokstav eller nummer i føresegna som er nytta. Avslaget skal såleis innehalde ei heilt presis heimelstilvising, det er ikkje nok berre å vise til ein paragraf. Dette er heilt i samsvar med det som gjaldt under offentlegheitslova 1970. Det er i fyrste omgang ikkje naudsynt å gi noka nærare grunngiving for avslag enn dette, sjå likevel om offentleglova § 31 andre ledd i punkt 9.5.2 nedanfor.

Dersom avslaget byggjer på forskrift, må det etter offentleglova § 31 fyrste ledd fjerde punktum opplysast om dette, medrekna kva for punkt (føresegn) i forskrifta avslaget byggjer på. Tilvisingar til føresegner i forskrift skal vere heilt nøyaktige, på same måte som når det blir vist til ei lovføresegn. Det inneber at det ikkje er tilstrekkeleg med ei generell paragraftilvising. Tilvisinga må også omfatte kva for ledd, bokstav eller nummer i føresegna som er nytta. Det er ikkje krav i lova om å opplyse kva for lovføresegn forskrifta er gitt i medhald av, men det kan vere greitt å ta det med, noko som i stort omfang blir gjort.

Dersom grunnlaget for avslag er offentleglova § 13 om unntak for opplysningar som er underlagde teieplikt, må det i avslaget og visast til føresegna som pålegg teieplikt, jf. offentleglova § 31 fyrste ledd tredje punktum. Tilvisinga til føresegna som pålegg teieplikt skal vere heilt nøyaktig, på same måte som skildra ovanfor. Dersom ein skal gjere unntak med bakgrunn i at opplysningane gjeld nokon sine

personlege tilhøve, vil rett tilvising til dømes vere offentleglova § 13 fyrste ledd, jf. forvaltningslova § 13 fyrste ledd nr. 1. Det skal sjølvsagt ikkje opplysast noko nærare om dei omstenda som medfører teieplikt.

Offentleglova § 31 fyrste ledd femte punktum fastslår at avslaget og skal opplyse om høvet til å klage og om klagefristen. Ein tilsvarande regel fanst i offentlegheitslova 1970.

Klagefristen er tre veker frå det tidspunktet underretning om avslaget har kome fram til den som har kravd innsyn, jf. forvaltningslova § 29 fyrste ledd fyrste punktum, jf. offentleglova § 32 tredje ledd andre punktum. Når eit departement har avslått eit innsynskrav, bør avslaget også innehalde opplysning om at høvet til å klage til Sivilombudsmannen går tapt dersom klaga blir avgjort av Kongen i statsråd, jf. § 32 fyrste ledd sjette punktum og punkt 10.1 nedanfor.

9.5.2 Krav om nærare grunngiving

I utgangspunktet er det ikkje naudsynt å gi grunngiving for avslaget utover ei tilvising til føresegnene som gir unntaksgrunnlag, jf. offentleglova § 31 fyrste ledd.

Etter § 31 andre ledd fyrste punktum har likevel den som har fått avslag på krav om innsyn rett til å få ei nærare grunngiving for avslaget dersom vedkomande krev det. Noko tilsvarande fanst ikkje etter offentleg-heitslova 1970. Eit krav om nærare grunngiving etter offentleglova § 31 andre ledd fyrste punktum må fremjast innan tre veker frå avslaget vart motteke. Blir eit slik krav fremja innan fristen har organet plikt til å gi ei nærare skriftleg grunngiving for avslaget, der hovudomsyna som har vore avgjerande for avslaget skal nemnast, jf. offentleglova § 31 andre ledd. Det skal ikkje berre omfatte kvifor organet meiner det er unntaks-grunnlag, men også kva det er lagt vekt på i meirinnsynsvurderinga der det er aktuelt. Det er ikkje noko krav om at grunngivinga skal vere uttømmande eller omfattande. Krava til innhaldet i grunngivinga blir også avgrensa ved at organet sjølvsagt ikkje treng å utforme grunngivinga slik at opplysningar som det skal eller kan og bør gjerast unntak for innsyn for blir røpa.

Etter offentleglova § 31 andre ledd skal ei nærare grunngiving givast snarast råd og seinast ti arbeidsdagar etter at kravet om grunngiving vart motteke

Plikta til å utarbeidde ei nærare grunngiving fell bort dersom organet, i samband med at det får eit krav om slik grunngiving, finn at det likevel ikkje er grunnlag for å nekte innsyn eller at det bør utøvast meirinnsyn, og gir innsyn.

Det krevst ikkje at det i det fyrste avslaget blir sagt noko om retten til å krevje nærare grunngiving. Dersom det blir kravd ei slik nærare grunngiving, bør reglane om klagefrist forståast slik at fristen fyrst gjeld fra det tidspunktet den som har kravd innsyn har motteke den nærare grunngivinga.

10.1 Klageordninga etter offentleglova

Retten til å klage over avslag på krav om innsyn er regulert i offentleg- lova § 32.

Etter offentleglova § 32 fyrste ledd fyrste punktum har ein rett til å kla- ge over «avgjerder etter denne lova», noko som i fyrste rekkje vil vere avslag på krav om innsyn og avvising av slikt krav, til dømes av di det ikkje går klart nok fram kva det blir kravd innsyn i. Ein tilsvarande regel fanst i offentlegheitslova 1970. Eit avslag på eit innsynskrav av di eit organ ikkje er omfatta av lova sitt verkeområde vil og kunne påklagast. Klageinstansen vil då kunne slå fast med bindande verknad at eit organ eller eit dokument er omfatta av lova.

Det vil elles vere høve til å klage over måten innsyn blir gitt på, til dømes dersom ein blir nekta kopi av eit dokument eller får avslag på krav om utskrift eller liknande, samt på krav om betaling for kopiar eller utskrifter. Avslag på krav om innsyn i journal kan og påklagast. Dette gjeld og der årsaka til avslaget er at organet ikkje fører journal eller at journalføringa er mangelfull. Derimot gir ikkje lova rett til å klage over brot

på plikta til å føre journal eller på mangelfull journalføring, uavhengig av om det er gitt avslag på krav om innsyn.

Offentleglova § 32 fyrste ledd andre punktum slår fast at ei avgjerd om å gje innsyn ikkje kan påklagast. Det same vart lagt til grunn etter offentlegheitslova 1970. Det kunne vore aktuelt å klage for den som meiner å ha krav på teieplikt eller på anna grunnlag ikkje ynskjer at materiale skal gjerast offentleg, men det er det altså ikkje høve til.

Klageretten etter § 32 vil gjelde for den som har fått vedtak mot seg, typisk avslag på eit krav om innsyn, i tillegg til andre som har ei rettsleg klageinteresse i saka, som presseorganisasjonar. Dette går fram av tilvisinga i offentleglova § 32 tredje ledd til forvaltningslova kapittel VI, sidan det i forvaltningslova § 28, som inngår i kapittel VI, heiter at den vedtaket direkte gjeld og andre med rettsleg klageinteresse har klagerett. Det siste er ei utviding av klageretten samanlikna med offentleg- heitslova 1970.

Ei klage etter offentleglova skal, på same vis som klager i forvaltnings-retten generelt, setjast fram for det organet som gjorde det påklaga vedtaket, jf. forvaltningslova § 32 fyrste ledd bokstav a, som gjennom til-visinga i offentleglova § 32 tredje ledd og gjeld her. Klagaren treng difor ikkje ta stilling til kva organ som er klageinstans.

Klagefristen er tre veker frå det tidspunktet underretning om avslaget eller ei nærare grunngiving etter offentleglova § 31 andre ledd blir motteke av den som har fått avslag, jf. forvaltningslova § 29 fyrste ledd fyrste punktum, jf. offentleglova § 32 tredje ledd andre punktum. Organet som har gjort det påklaga vedtaket, kan gjere om vedtaket etter å ha motteke ei klage, dersom ein finn at det er grunnlag for det, jf. forvalt- ningslova § 33 andre ledd, jf. offentleglova § 32 tredje ledd. Saka vil då ikkje gå til nokon klageinstans.

Dersom eit lovbestemt kyrkjeleg organ avslår eit krav om innsyn m.m. kan dette vedtaket ikkje påklagast. Dette følgjer av kyrkjelova § 38 andre ledd. Klage til Sivilombodsmannen, jf. punkt 10.5.1 nedanfor, kan derimot fremjast på vanleg måte.

Offentleglova § 32 fyrste ledd fyrste punktum slår fast at ei klage etter lova skal gå til det næraste overordna forvaltningsorganet til det organet som har teke avgjerda. Dette inneber til dømes at avgjerdene frå fylkes-mannen eller eit direktorat går til det aktuelle fagdepartementet. Ordninga var tilsvarande i offentlegheitslova 1970. Etter tredje punktum er fylkesmannen klageinstans for alle vedtak i kommunale eller fylkeskommunale organ. Dette er i tråd med klageordninga i forvaltningsretten elles, og i samsvar med det som var ordninga etter offentlegheitslova 1970.

Offentlegforskrifta § 11 gir nærare reglar om kven som skal vere klageinstans der dette elles kunne vore uklart.

Etter offentlegforskrifta § 11 fyrste ledd skal det organet som eit uav- hengig forvaltningsorgan administrativt høyrer innunder, vere klage- instans når det uavhengige organet har avslått eit krav om innsyn. Dette vil til dømes gjelde ulike tilsyn og ombod, samt frittståande direktorat og utval som skal reknast som eigne organ. Klageorganet vil her typisk vere eit departement.

Etter offentlegforskrifta § 11 andre ledd fyrste punktum skal det statlege organet som utøver eigarskap til eit sjølvstendig rettssubjekt som nemnt i offentleglova § 2 fyrste ledd bokstav c, eller vel medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt som nemnt i offentleglova

§ 2 fyrste ledd bokstav d, vere klageinstans når det sjølvstendige rettssubjektet har avslått eit krav om innsyn. Organet som utøver eigarska- pen eller vel medlemmer til det øvste organet vil typisk vere eit departement. Etter offentlegforskrifta § 11 andre ledd andre punktum er det høve til å i staden bestemme at eit underordna forvaltningsorgan til organet som utøver eigarskapen eller vel medlemmer til det øvste organet skal vere klageinstans.

I mange tilfelle har kommunar eller fylkeskommunar slik eigardel i eit sjølvstendig rettssubjekt, eller slik rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit slikt rettssubjekt, at rettssubjektet blir omfatta av offentleglova etter § 2 fyrste ledd bokstav c eller d. Offentlegforskrifta § 11 tredje ledd gir reglar om kven

som er klageinstans dersom sjølvstendige rettssubjekt som på eit slikt grunnlag er omfatta av lova, avslår innsynskrav.

Dersom det er ein kommune eller fylkeskommune som har slik eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt, følgjer det av § 11 tredje ledd fyrste punktum at fylkesman- nen i det aktuelle fylket er klageinstans. Etter § 11 tredje ledd andre punktum er fylkesmannen i fylket og klageinstans dersom det er fleire kommunar, eller ein fylkeskommune og ein eller fleire kommunar, som saman har slik eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit slikt sjølvstendig rettssubjekt.

Dersom kommunane som saman har slik eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt som er omfatta av offentleglova, ligg i ulike fylke, skal klageinstansen vere fylkesmannen i det fylket flest av kommunane tilhøyrer. Dette følgjer av § 11 tredje ledd tredje punktum. Høyrer like mange av dei aktuelle kommunane til ulike fylke, skal fylkesmennene i desse aktuelle fylka bli samde om kven som skal vere klageinstans, jf. § 11 tredje ledd fjerde punktum. Avtale om dette kan gjerast i den enkelte saka eller på meir generell basis.

Dersom ein fylkeskommune har eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt som er omfatta av offentleglova, saman med kommunar som høyrer til ulike fylke, skal likevel fylkesmannen i det fylket fylkeskommunen er tilknytt alltid vere klageinstans. Dette følgjer av § 11 tredje ledd tredje punktum. Har fleire fylkeskommunar saman eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt, vil § 11 tredje ledd fjerde punktum gjelde tilsvarande, jf. § 11 tredje ledd femte punktum. Avtale mellom fylkesmennene kan og i slike tilfelle gjerast i den enkelte saka eller på generell basis. Regelen i § 11 tredje ledd femte punktum gjeld og der kommunar har eigardel eller rett til å velje medlemmer til det øvste organet i eit sjølvstendig rettssubjekt saman med fylkeskommunane.

Etter offentlegforskrifta § 11 fjerde ledd skal Kultur- og kyrkjedepartementet vere klageinstans dersom Stiftelsen Nasjonalmuseet for kunst avslår eit krav om innsyn.

Endeleg bestemmer offentlegforskrifta § 11 femte ledd at dersom administrasjonen ved Sametinget avslår krav om innsyn, skal Sametingsrådet vere klageinstans.

Alle klageinstansar kan prøve alle sider av saka, både reint juridiske vurderingar, til dømes om dokumentet er omfatta av eit unntakshøve, og vurderinga av om det skal givast meirinnsyn.

Offentleglova § 32 fyrste ledd sjette punktum slår fast at når det blir klaga over avgjerder frå eit departement, der klageinstansen vil vere Kongen i statsråd, skal departementet opplyse om at retten til å klage til Sivilombodsmannen ikkje gjeld for avgjerder av Kongen i statsråd.

Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Kaia Grahm-Haga

Senior manager

T +47 97093852

E **Kaia.Grahm-Haga@kpmg.no**

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.

Arkivsak-dok. 18/00136-1
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 34/18
BEHANDLING AV FORVALTNINGSRAPPORT "RUS OG PSYKISK HELSE"

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til og slutter seg til KPMG's rapport «Rus og psykisk helse» med de konklusjoner og anbefalinger som er beskrevet.

I forvaltningsrevisjonsrapporten anbefaler revisor at kommunen primært fokuserer på å bedre tilbudet til brukerne. Følgende tiltak er anbefalt:

- Ytterligere tilpasninger av tjenestetilbudet for å møte brukernes behov.
- Økt bruk av individuell plan, og et særlig fokus på å gjøre planene operative og konkrete samt tilgjengelige for tjenesteutøverne.
- Bedre samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere, herunder nødvendige rolleavklaringer, utarbeidelse av rutiner, systematisering av samarbeidet og tilgjengeliggjøring av nødvendig informasjon, for å slik kunne gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- Større grad av direkte brukermedvirkning på tjenestene; både overordnet gjennom systematisk innhenting av brukersynspunkter fra et bredt spekter av brukerne på tjenestetilbudet (eksempelvis gjennom spørreundersøkelse eller andre metoder), og på individnivå gjennom rutinemessig, systematisk og dokumentert brukermedvirkning på eget tjenestetilbud

Kontrollutvalget har registrert at rådmannen i sin høringsuttalelse er enig i at kommunene har ansvar for å stadig forbedre og kvalitetssikre tilbudet til brukerne.

Kontrollutvalget ber rådmannen rapportere til kontrollutvalget innen juni 2019.

Rapporten oversendes bystyret til behandling.

Vedlegg:
Forvaltningsrevisjonsrapport «Rus og psykisk helse»

Saksframstilling:

Kontrollutvalget bestilte forvaltningsrevisjonsprosjektet «Rus og psykiatri» i november 2017 og prosjektplan ble behandlet i kontrollutvalget i februar 2018, sak 4/18. Revisor orienterte kontrollutvalget i aprilmøtet, sak 13/18 om endringene i prosjektplanen som var utført etter ønske fra utvalget.

Kontrollutvalget bad om at revisor innhenter synspunkter og erfaringer fra ansatte i sektoren gjennom adgang for ansatte til å delta i fokusgruppe/spørreundersøkelse.

Endelig problemstillinger som ble vedtatt jfr. prosjektplanen er som følger:

1. Hvilke tjenester har kommunen til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet?

2. Hvordan er tjenester til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet organisert?

3. I hvilken grad er det samsvar mellom tjenestetilbud som blir gitt til brukerne og brukernes behov innenfor rus- og psykiatritjenesten? (Herunder se på om det er samsvar mellom behov som følge av kartlegging og vedtak og kommunens oppfølging av tilbudet)

4. Oppfyller kommunen kravet om at tjenestemottakere som har rett til og ønsker individuell plan, får utarbeidet slike planer i henhold til regelverket? (Herunder se på rutinene for å sikre brukernes rettigheter til å få utarbeidet individuelle planer, koordinator, undersøke konkret praksis i kommunen for å utarbeide individuelle planer, kartlegge omfang av eksisterende planer med videre.)

5. I hvilken grad har Tønsberg kommune rutiner for å sikre at pasienter og brukere med rus og psykiatri lidelser får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud? (Inkluderer rutiner for koordinering og samordning internt i kommunen og mot andre aktører som fastlege, NAV, spesialisthelsetjeneste mv. Kan utvides til å inkludere hvordan samarbeidet mellom de mest sentrale tjenestene og instansene oppleves og fungerer i praksis, sett fra kommunens ståsted).

6. I hvilken grad har kommunen en hensiktsmessig oppfølging av bruken av plasser til personer med rus- og psykiatrilidelser i kommunal og privat drift?

Følgende problemstillinger er ikke en del av undersøkelsen, men vil kunne bli summarisk berørt:

a) Har kommunen tilfredsstillende kapasitet innen rus- og psykiatrifeltet? (Herunder beredskap, ventetid, organisering og kompetanse)

b) I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning og at tjenestene er utformet i et brukerperspektiv?

Formålet med forvaltningsrevisjonsrapporten er å undersøke kommunens tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, om det er samsvar mellom tjenestetilbud og behov for brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, bruk av individuell plan og om brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Videre er det et formål å undersøke hvordan kommunen følger opp bruk av plasser innen kommunal og privat drift.

I forvaltningsrevisjonsrapporten anbefaler revisor at kommunen primært fokuserer på å bedre tilbudet til brukerne.

- *Ytterligere tilpasninger av tjenestetilbudet for å møte brukernes behov.*
- *Økt bruk av individuell plan, og et særlig fokus på å gjøre planene operative og konkrete samt tilgjengelige for tjenesteutøverne.*
- *Bedre samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere, herunder nødvendige rolleavklaringer, utarbeidelse av rutiner, systematisering av samarbeidet og tilgjengeliggjøring av nødvendig informasjon, for å slik kunne gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.*
- *Større grad av direkte brukermedvirkning på tjenestene; både overordnet gjennom systematisk innhenting av brukersynspunkter fra et bredt spekter av brukerne på tjenestetilbudet (eksempelvis gjennom spørreundersøkelse eller andre metoder), og på individnivå gjennom rutinemessig, systematisk og dokumentert brukermedvirkning på eget tjenestetilbud*

Forvaltningsrevisjonsrapporten er levert etter avtale 13.11.18 til sekretariatet med rådmannens uttalelse i kapittel 8 på side 39.

Rus og psykisk helse

Forvaltningsrevisjonsrapport
Tønsberg kommune

November 2018

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Tønsberg kommune 01.02.2018, sak 4/18, har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot rus og psykisk helse i Tønsberg kommune. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 følger en kort oppsummering av fylkesmannens tilsyn våren 2018 knyttet til personer med samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser. I kapittel 3-6 blir revisjonskriterier fakta og vurderinger presentert for undersøkelsens ulike problemstillinger. Våre anbefalinger går frem av kapittel 7. Rådmannens uttalelse er tatt inn i rapportens kapittel 8.

Vi vil takke Tønsberg kommune for god hjelp i forbindelse med arbeidet med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke kommunens tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, om det er samsvar mellom tjenestetilbudet og behovet til brukerne, bruk av individuell plan og om brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Videre har det vært være et mål å undersøke kommunens oppfølging av bemannende boliger og institusjonsplasser til denne brukergruppen. Undersøkelsen har tatt for seg kommunens tilbud til personer over 18 år.

Under er våre hovedvurderinger og anbefalinger.

Samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud

Revisjonens vurdering er at Tønsberg kommune har et bredt tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, og at tjenestetilbudet er innrettet for å nå ulike brukere. Styrkingen av lavterskeltilbudet er særlig positivt da det gjør kommunens tjenestetilbud mer allment tilgjengelig. Tjenestetilbudet har imidlertid en del mangler som virker inn på om det er samsvar mellom behov og tjenestetilbud. Blant annet er det venteliste på kommunale boliger, bemannende boliger og psykisk helsehjelp. Videre er det behov for et mer differensiert boligtilbud, både i omsorgsnivå og for ulike brukergrupper. Det er også svakheter i aktivitetstilbudet, særlig knyttet til enkelte brukergrupper. I tillegg oppleves ikke tilbudet til det ambulerende teamet som tilfredsstillende per dags dato.

Tønsberg kommune har rutiner og prosedyrer for å sikre samsvar mellom brukernes behov og vedtak om tjenestetilbud ved tildeling av tjenester. Eksisterende prosedyrer er midlertid på overordnet nivå og sier lite om konkret saksbehandling av søknader. Det er etablerte rutiner for evaluering av tjenestetilbud og brukerbehov. Hyppighet, omfang, innhold, kvalitet og dokumentasjon på evalueringene varierer. Det fremstår som begrenset grad av systematikk rundt oppfølging av at evalueringer av tjenestetilbudet til den enkelte bruker blir gjennomført i rett tid og at kvalitet og dokumentasjon er tilfredsstillende. Dette medfører at det kan være tjenestevedtak som ikke blir evaluert i rett tid og i tråd med rutiner/prosedyrer.

Undersøkelsen viser at det er varierende grad av samsvar mellom den enkelte brukers behov og tjenestetilbudet. Manglende samsvar har flere ulike årsaker, deriblant feil i vedtak om tjenestetilbud, manglende ressurser (både fysiske ressurser og bemanning), endrede behov og manglende evaluering/endring av tilbud samt svakheter i kommunens tjenestetilbud.

Kommune har utarbeidet en kvalitetsstrategi for Helse og omsorg for perioden 2016 til 2019, og et av satsningsområde i perioden er å aktivt involvere brukere og pasienter i utviklingen og innretningen av tjenestene. Brukerne er blant annet representert i virksomhetenes og sektorens kvalitetsutvalg. Det er ikke gjennomført en samlet systematisk innhenting av synspunkter fra brukernes av tjenestene innen rus og psykisk helse de siste årene. Brukermedvirkning for den enkelte bruker på eget tjenestetilbud varierer mellom virksomhetene. Det fokuseres på brukermedvirkning på tjenestenivå, men det er i liten grad satt i system i form av rutiner og prosedyrer. Når det gjelder den enkelte brukers påvirkning på eget tjenestetilbud erfarer revisjonen at dette er opp til den enkelte virksomhet og den enkelte medarbeider som utøver tjenesten. Noen tjenester gjør dette relativt systematisk som et ledd i evalueringen, mens andre tjenester gjør det mer adhoc.

Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Det skjer mye godt arbeid innen rus og psykisk helse i Tønsberg kommune. Kommunens tjenester innen rus og psykisk helse er fremdeles under omorganisering, og ny organisering har ikke fått tid til å sette seg. Det har vært en positiv utvikling, men det er imidlertid fremdeles et forbedringspotensial når det gjelder å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud. Dette gjelder blant annet samhandling mellom de ulike tjenestetilbyderne, både når det gjelder rutiner og prosedyrer og når det gjelder faktisk samhandling, informasjon om tjenestetilbud og bruk av individuell plan.

Tønsberg kommune har mange faktorer på plass for å gi hver enkelt bruker et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Ny organisering har redusert fragmenteringen av tjenestetilbudet. Tildelingskontoret har oversikt over tjenestetilbudet til hver enkelt bruker. Kommunen har faste fora for beslutningstagning, samhandling og samarbeid; eksempelvis koordinerende enhet og vurderingsteam. Samarbeidet på overordnet nivå oppleves å være styrket og fungere godt.

Samtidig er revisjonen av den oppfatning at det er et forbedringspotensial på flere områder for å kunne gi den enkelte bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

- ✓ Kommunens tilbud innen rus og psykisk helse fremstår fremdeles som noe fragmentert for enkelte brukergrupper.
- ✓ Det er et forbedringspotensial når det gjelder informasjon om kommunens samlede tjenestetilbud innen rus og psykisk helse både internt i kommunen, eksternt mot samarbeidspartnere og til brukere.
- ✓ Det er ikke etablert samarbeid/samhandlingsrutiner mellom de ulike tjenesteutøverne i kommunen, med unntak av med tildelingskontoret.
- ✓ De ulike tjenestene har i begrenset grad oversikt over brukernes samlede tjenestetilbud og behov, herunder begrensninger knyttet til innsyn i brukernes journaler. Viktig informasjon om brukerne blir ikke delt mellom tjenestene, noe som kan medføre et dårligere tilbud for den enkelte fra hver enkelt tjeneste og et mindre helhetlig tilbud.
- ✓ Det er et behov for å samarbeide bedre og mer systematisk på tvers av tjenester på brukernivå, dette gjelder særlig mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og virksomhet hjemmetjenester.
- ✓ Uklar forståelse av oppgaver, ansvarsområde og rolle vedrørende kommunens ambulerende team.
- ✓ Tønsberg kommune benytter i liten grad individuell plan (IP) i brukeroppfølgingen innenfor rus og psykisk helse. Revisjonen vurderer at kommunen har et forbedringspotensial knyttet til bruken av individuell plan eller andre fullverdige alternativer for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for den enkelte bruker. Revisjonen ser det som positivt at kommunen har utarbeidet en rutine/prosedyre for individuell plan og IP-utvalget som skal sikre at brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester får utarbeidet IP. Det i midlertid en svakhet at det ikke opprettet rutiner som konkretiserer de enkelte tjenestenes ansvar for å tilby IP, hva som skal inngå i IP og hvordan IP-en skal følges opp.

Bruk og oppfølging av bemannede boliger i kommunal og privat drift

Kommunens avtale med Farmannshjemmet gir en rekke muligheter for oppfølging og kontroll med virksomheten og tjenestetilbudet. Dokumentasjonen og informasjonen knyttet til kommunens oppfølging av Farmannshjemmet fremstår imidlertid som mangelfull. Det er ikke dokumentert at det har vært særskilt oppfølging av kontraktsetterlevelse. Det er opplyst at oppfølgingen av Farmannshjemmet har endret karakter det siste året, og at ny oppfølging ikke er fullt ut iverksatt. Etter vår vurdering er det viktig at kommunen utnytter de mulighetene de har til oppfølging, og følger opp på de vesentlige punktene i kontrakten, også der det ikke foreligger mer spesifiserte prosedyrer og rutiner for dette.

Ifølge samhandlingsrutinen skal Farmannhjemmet, virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester og virksomhet psykisk helse og miljøarbeid møtes jevnlig for å evaluere tjenestetilbudet til beboerne. Det er positivt at det er etablert månedlige møter mellom Farmannshjemmet og tildelingskontoret. Revisjonens vurdering er imidlertid at samhandlingsprosedyren ikke følges fullt ut da psykisk helse og miljøarbeid ikke deltar på disse møtene, men isteden har egne halvårlige kontraktsoppfølgingsmøter med Farmannshjemmet.

Det er positivt at det er etablert klare rutiner for oppfølging av belegg ved Farmannshjemmet, og det arbeides for å sikre at kommunen utnytter de plassene de kjøper. Det er imidlertid begrenset med informasjon og skriftlig dokumentasjon knyttet til hvordan denne oppfølgingen foregår i praksis.

Kommunen har utarbeidet en prosedyre for tilsyn med bemannede boliger og institusjoner Prosedyren er lite konkretisert med tanke på utvelgelse av tilsynsobjekter. Tilsynsområdene og innhold er imidlertid konkretisert i faste maler. Virksomhet psykisk helse og miljøarbeids ambisjon er å gjennomføre 4-6 tilsyn årlig, noe som tilsier at det vil gå noe tid mellom hvert tilsyn. Siste tilsyn ved Farmannshjemmet ble gjennomført for tre år siden. Det er revisjonens vurdering at det bør gjennomføres tilsyn med jevne mellom ved alle bemannede boliger og institusjoner, dette er særlig viktig der kommunen kjøper tjenester fra eksterne.

Anbefalinger

Som det fremgår av våre vurderinger stiller revisjonen spørsmål ved flere av de undersøkte områdene. Anbefalingene peker på områder hvor Tønsberg kommune bør prioritere å iverksette tiltak for å sikre et tilbud som ivaretar brukernes behov, at tilbudet er helhetlig og koordinert samt kommunens behov for oppfølging av kjøpte institusjonsplasser innen rus og psykisk helse.

Vår anbefaling er at kommunen primært fokuserer på å bedre tilbudet til brukerne. Mulige tiltak kan være:

- ✓ Ytterligere tilpasninger av tjenestetilbudet for å møte brukernes behov.
- ✓ Økt bruk av individuell plan, og et særlig fokus på å gjøre planene operative og konkrete samt tilgjengelige for tjenesteutøverne.
- ✓ Bedre samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere, herunder nødvendige rolleavklaringer, utarbeidelse av rutiner, systematisering av samarbeidet og tilgjengeliggjøring av nødvendig informasjon, for å slik kunne gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- ✓ Større grad av direkte brukermedvirkning på tjenestene; både overordnet gjennom systematisk innhenting av brukersynspunkter fra et bredt spekter av brukerne på tjenestetilbudet (eksempelvis gjennom spørreundersøkelse eller andre metoder), og på individnivå gjennom rutinemessig, systematisk og dokumentert brukermedvirkning på eget tjenestetilbud.

Innhold

Sammendrag ii

1. Innledning 1
1.1 Bakgrunn og formål 1
1.2 Problemstillinger 1
1.3 Revisjonskriterier 2
1.4 Metode 2

2. Fylkesmannens tilsyn 4

3. Tjenestetilbud og organisering 5
3.1 Organisering av kommunens tjenestetilbud 5
3.2 Tjenestetilbud 8

4. Samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud 13
4.1 Rutiner for å sikre samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud 13
4.2 Opplevelse av samsvar mellom tjenestetilbud og behov 15
4.3 Casegjennomgang av vedtak 17
4.4 Brukermedvirkning 18
4.5 Vurderinger 20

5. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud 22
5.1 Samarbeid for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud 22
5.2 Individuell plan 28
5.3 Vurderinger 30

6. Bruk og oppfølging av bemannede boliger i kommunal og privat drift 32
6.1 Institusjonsplasser på Farmannshjemmet 32
6.2 Bemannede boliger i kommunal drift 35
6.3 Vurderinger 36

7. Anbefalinger 38

8. Uttalelse fra rådmannen 39

Vedlegg 1 - Revisjonskriterier 40

Vedlegg 2 - Dokumentliste 46

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalget i Tønsberg kommune vedtok i møtet 01.02.2018, sak 4/18, en forvaltningsrevisjon rettet mot rus og psykisk helse i kommunen.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke kommunens tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, om det er samsvar mellom tjenestetilbud og behov for brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, bruk av individuell plan og om brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Videre er det et formål å undersøke hvordan kommunen følger opp bruk av plasser innen kommunal og privat drift.

Undersøkelsen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år. Kommunens arbeid med barn og unge ligger utenfor undersøkelsen. Spesifikke psykogeriatriske problemstillinger er heller ikke omfattet av undersøkelsen.

Forvaltningsrevisjonen er forbedringsorientert, og har som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller mulige forbedringsområder.

I etterkant av bestilling av planen for forvaltningsrevisjonen ble det kjent at Fylkesmannen skulle gjøre et tilsyn til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Fylkesmannens tilsyn berørte flere av de samme temaene som den bestilte forvaltningsrevisjonen. Revisjonen har tatt hensyn til Fylkesmannens tilsyn ved gjennomføring av undersøkelsen slik at overlappet er minimert.

1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger[1]:

1. Hvilke tjenester har kommunen til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet?
2. Hvordan er tjenestene til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet organisert?
3. I hvilken grad er det samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud som blir gitt innen rus og psykisk helse?
4. Oppfyller kommunen kravet om at tjenestemottakere som har rett til og ønsker individuell plan, får utarbeidet slike planer i henhold til regelverket?
5. I hvilken grad har Tønsberg kommune rutiner for å sikre at personer med psykiske lidelser og rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
6. I hvilken grad har kommunen en hensiktsmessig oppfølging av bruken av bemannede boliger til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet i kommunal og privat drift?

I tillegg er følgende problemstilling, som i utgangspunktet ikke har vært en del av undersøkelsen, berørt:

[1] Av hensyn til leservennlighet er det under rapportutarbeidelsen gjort noen mindre endringer i problemstillingene. Dette har ikke hatt noen innvirkning på revisjonens innhold. I problemstilling 6 var det opprinnelig skrevet "bruken av plasser", dette er byttet ut med bemannede boliger som er ment å dekke bemannede boliger kommunen selv drifter samt Farmannshjemmet hvor kommunen kjøper institusjonslignende tjenester til brukergruppen.

a) I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning og at tjenestene er utformet i et brukerperspektiv?

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Sentrale kilder for utleding av revisjonskriterier har vært:

- ✓ Lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven)
- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- ✓ Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerettighetsloven)
- ✓ Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Helsedirektoratets veileder "Sammen om mestring", 2014
- ✓ Kommunens vedtatte planverk og samarbeidsavtaler

Revisjonskriteriene fremgår av rapportens vedlegg 1.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon utgitt av Norges kommunerevisorforbund.

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og analyse
- ✓ Intervjuer
- ✓ Fokusgrupper

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter innhentet fra kommunen og analysert opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er inntatt i vedlegg 2.

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen og våre observasjoner. Det er gjennomført 14 intervjuer med ledere og ansatte i kommunen i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, to av disse er erfaringskonsulenter ansatt i ulike deler av kommunen. Vi har intervjuet representanter for virksomhet psykisk helse og miljøarbeid (i hovedsak fra tjenesteområdet Rus og psykisk helse), virksomhet mestring og forebygging, virksomhet hjemmetjenester og virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester. Det er i tillegg gjennomført et intervju med pasient- og brukerombudet i Vestfold. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer. Det er i tillegg gjennomført intervjuer med to respondenter som ikke har ønsket å verifisere intervjureferatene i etterkant. Intervjudata er analysert og sammenstilt med øvrig dokumentasjon. Det er videre gjennomført to samtaler med kommunaldirektør for Helse og omsorg i Tønsberg kommune.

Det er videre gjennomført to fokusgrupper med deltagere fra ulike virksomheter som jobber mot brukergrupper med utfordringer innen rus og psykisk helse. Den ene fokusgruppen bestod av ansatte, den andre av ledere. Hensikten har vært å sikre breddedeltagelse og innhente informasjon fra flere respondenter.

Datainnsamlingen ble avsluttet 29.10.2018. I forbindelse med faktaverifiseringen ble det mottatt noe tilleggsinformasjon.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 31.10.2018 med høringsfrist den 07.11.2018.

2. Fylkesmannens tilsyn

Fylkesmannen i Vestfold gjennomførte et tilsyn i Tønsberg kommune våren 2018. Dette var en systemrevisjon som undersøkte om kommunen legger til rette for og følger opp at personer over 18 år med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Tilsynet avdekket at kommunen ikke har sikret, gjennom systematisk styring og ledelse, at voksne personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse får forsvarlige og samordnede sosialtjenester og helse- og omsorgstjenester.

Avviket bygger på følgende funn:

- Kommunen hadde ikke sikret klare ansvarsforhold når det blir gitt tjenester til brukere som skal mestre å bo i egen bolig. I rapporten pekes det på uavklart rollefordeling med Kirkens Bymisjon - Boteam og at kommunen ikke har retningslinjer som avklarer når henholdsvis omsorgstjenesten og sosialtjenesten skal følge opp bruker.

- Det blir ikke alltid blir innhentet samtykke til å utveksle nødvendig informasjon mellom helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i NAV, og at eventuelle skriftlige samtykke ikke alltid opplyser om varighet og for hvilke tjenester det gjelder.

- Mangelfull tilgang til journalsystemet for de som yter helse- og omsorgstjenester.

- Kommunen sørger ikke for en planmessig oppfølging fra brukerne, herunder at det ikke fattes vedtak ved ruskonsulents oppfølging i hjemmet, mangelfullt system for evaluering av tjenester og at planmessig oppfølging av brukere i liten grad er dokumentert i journal.

- Kommunen oppfyller ikke plikten til å utarbeide individuell plan for brukergruppen.

- Lite avviksmeldinger på tjenester til brukerne.

Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid leverte 13.06.2018 en plan til Fylkesmannen for å lukke avvikene fra tilsynet. I planen er det redegjort for tiltak, ledelsens ansvar og frister innenfor områdene i avvikene. Tiltak og lukking av avvik er påbegynt og i hovedsak planlagt ferdigstilt i løpet av 2018. Fylkesmannen avsluttet tilsynet 17.10.2018 etter at kommunens plan for å rette avviket ble vurdert som tilstrekkelig.

3. Tjenestetilbud og organisering

I dette kapittelet besvares undersøkelsens problemstilling 1 og 2: Hvilke tjenester har kommunen til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet og hvordan er disse organisert? Dette er deskriptive problemstillinger, og er således ikke holdt opp mot revisjonskriterier.

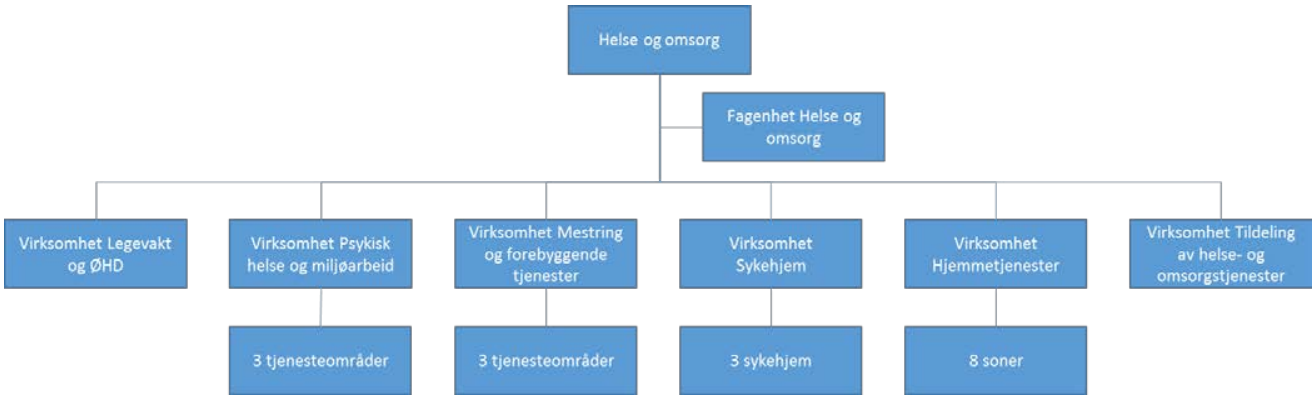
Først i kapittelet presenteres overordnet organisering av tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, deretter presenteres kommunens tjenestetilbud innen rus og psykisk helse i mer detalj.

3.1 Organisering av kommunens tjenestetilbud

Tønsberg kommunes tilbud innen rus og psykisk helse til innbyggere over 18 år er i hovedsak organisert under Helse- og omsorg. Virksomhetsområdet Helse og omsorg ledes av en kommunaldirektør. For barn og unge under 18 år er tilsvarende tjenester innenfor rus og psykisk helse organisert under virksomhetsområdet barn og unge.[2]

Kommunens helse- og omsorgstjenester innen rus og psykisk helse har vært under omorganisering de siste to årene. En ekstern rapport fra 2015 omtaler Tønsberg kommunes tjenester som fragmenterte og lite effektive innenfor rus og psykisk helse. Anbefalingen var at kommunen burde endre strukturen på tjenestetilbudet til mer ambulante og veiledende tjenester, se på organiseringen og hvordan inndelingen av tjenestene burde være for å få et større helhetsperspektiv. Dette var utgangspunktet for det interne prosjektet "ny organisering rus og psykisk helse". Det har i etterkant vært gjennomført en rekke omorganiseringstiltak, noe som har medført at organiseringen og plasseringen av de ulike tjenestene har variert mye den senere tiden. Omorganisering har redusert fragmenteringen av tjenestetilbudet, men har ikke hatt som mål om å samle alle kommunens tjenester innen rus og psykisk helse under en paraply.

Siste oppdaterte organisasjonskart (fra september 2018) for Helse- og omsorg ser slik ut:



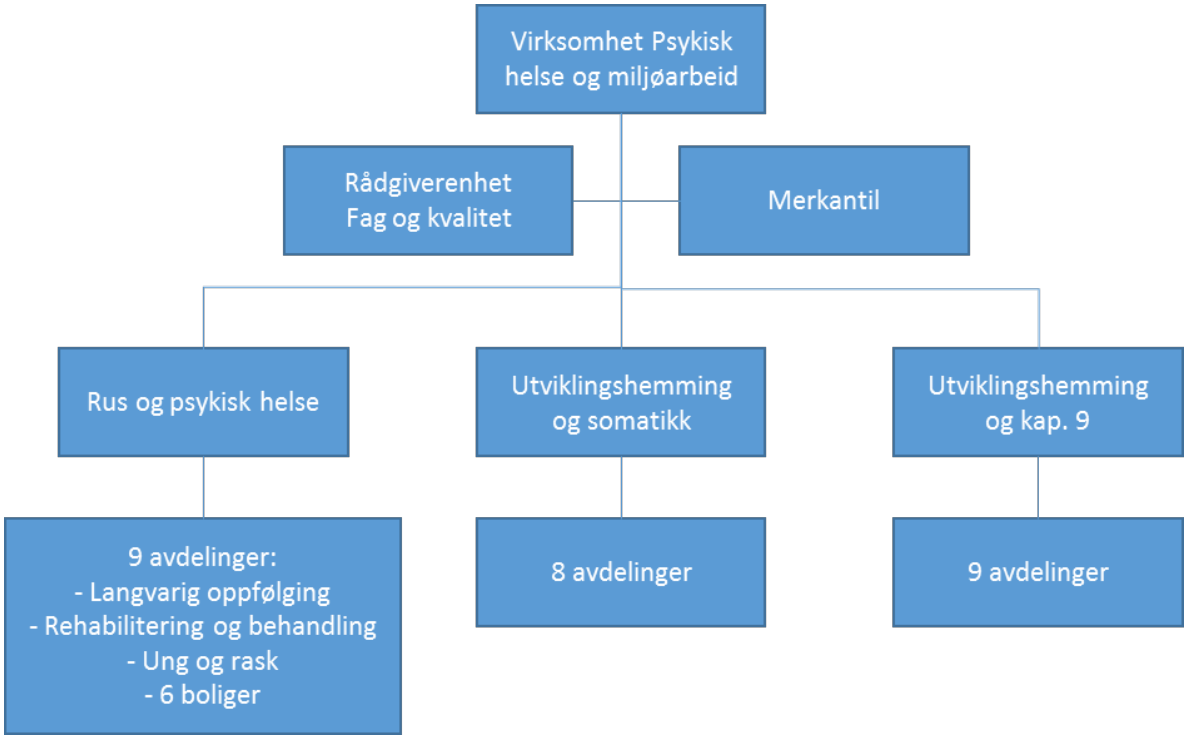
Figur: Organisasjonskart helse og omsorg Tønsberg kommune.

Ansvaret for å utføre tjenestene innen psykisk helse og rus er fordelt på forskjellige kommunale virksomheter. Tjenestene ytes i hovedsak fra Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid, Virksomhet hjemmetjenester og Virksomhet mestring og forebygging. En av de største endringene i organiseringen av helse- og omsorgsområdet når det gjelder rus og psykisk helse har vært at tjenestetilbudet innenfor dette området har blitt samlet mer enn tidligere i Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid. I

[2] I samsvar med prosjektets avgrensing, undersøker forvaltningsrevisjonen tjenester til personer over 18 år, men tar ikke for seg spesifikke psykogeriatriske problemstillinger.

presentasjonen av den enkelte virksomhet under dette punktet vil tjenestetilbudet bli kort og summarisk omtalt, for mer detaljer henvises til kapittel 3.2 om tjenestetilbud.

Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid (PHM) er ansvarlig for en stor andel av tjenestene innenfor rus og psykisk helse. Virksomheten ble etablert våren 2018 som følge av at virksomhetene Helse og omsorgstjenester i bemannede boliger (HOB) og Helsetjenester (VHT) ble slått sammen. Virksomheten er organisert i tre tjenesteområder.



Figur: Organisasjonskart Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid.

Virksomhetens tjenester innen psykisk helse og rus er samlet under tjenesteområdet *Rus og psykisk helse* som ledes av en tjenesteleder. Tjenesteområdet består av ni avdelinger; de tre avdelingene Rehabilitering og behandling, Langvarig oppfølging og Ung og rask samt 6 bemannede boliger med egne avdelingsledere. De tre avdelingene ble opprettet i september 2017 etter en omorganisering av det som da het Virksomhet Helsetjenester. De bemannende boligene for personer med utfordringer innenfor psykisk helse og rus var tidligere en del av Virksomhet Helse- og omsorgstjenester i bemannende boliger, men er nå en del av tjenesteområdet Rus og psykisk helse.

- Avdelingen Ung og rask hjelp retter seg mot brukergruppene unge 18-25 år og de som trenger rask psykisk helsehjelp. Avdelingen ble opprettet som følge av et behov for å nå flere brukere i hovedforløp 1, det vil si brukere med milde og kortvarige problemer[3]. Avdelingen tilbyr blant annet lavterskeltilbud rettet mot forebygging og mestringsarbeid, som drop-in samtaler, søvnkurs og depresjonsmestringskurs. Mange av tiltakene er beregnet på brukere med lette og kortvarige lidelser. Det har også vært et mål å kunne yte bedre og raskere tjenester til unge mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus.

- Avdelingen for rehabilitering og behandling retter seg mot brukere over 25 år i hovedforløp 2, det vil si kortvarige alvorlige problemer og/eller langvarige mildere problemer. Avdelingen tilbyr også noen tjenester til brukere i hovedforløp 1 og 3[4]. Avdelingen har brukere med lengre behandlingsforløp enn ung og rask hjelp. Brukerne har et bredt spekter av problemer. Det fokuseres på koordinering av tiltak og tjenester og oppfølging før, under og etter behandling i

[3] Prosjekt ny organisering

[4] Prosjekt ny organisering

spesialisthelsetjenesten. Innen rusrehabilitering jobbes det primært med avrusing med siktepunkt om å bli rusfri.

- Avdelingen for langvarig oppfølging og tilgjengelighet retter seg mot brukere med moderate og omfattende langvarige behov. Hovedsakelig gjelder tilbudet for brukere i hovedforløp 3, som er brukere med alvorlige og langvarige problemer. Avdelingen fokuserer på å koordinere tilbudet til hver enkelt bruker og arbeider målrettet med miljøarbeid og sosiale aktiviteter. Avdelingen har vaktordninger med utrykkingsmuligheter hele døgnet. Avdelingen har også ansvar for en bemannet bolig for denne brukergruppen.

- I tillegg er deler av tidligere Virksomhet Helse og omsorgstjenester i bemannende boliger en del av tjenesteområdet rus og psykisk helse. Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid disponerer og driver seks bemannede boliger til personer med rus- og/eller psykiske utfordringer[5] i tillegg til en bolig som er underlagt avdeling for langvarig oppfølging. Boligene har ulike bemanningsnivå, men er alle døgnbemannet. Bemannende boliger er reservert for de brukerne med størst utfordringer. Tjenesteområdet har ansvar for å følge opp boligene og brukerne i forhold til fag, økonomi, personal og kvalitet. Dette gjelder også det privat driftede Farmannshjemmet hvor kommunen kjøper plasser da kommunen er ansvarlig for alle tjenester uavhengig av hvem som yter tjenestene. Oppfølgingen av Farmannshjemmet er formalisert i en samhandlingsavtale.

Det fremgår av intervju at virksomheten Psykisk helse og miljøarbeid ikke er i mål med å implementere omorganiseringen. For eksempel er det personer som arbeider ved avdeling Ung og rask hjelp som følger opp tidligere klienter som nå tilhører avdelingen Rehabilitering og behandling.

Omorganiseringen av tjenestene som i dag er en del av virksomheten Psykisk helse og miljøarbeid har, basert på gjennomførte intervjuer og fokusgrupper, vært krevende. Det er ulike meninger blant respondentene om den nye organiseringen av tjenestene er hensiktsmessig. Flere opplever at dagens organisering i større grad legger til rette for å tilby gode tjenester til brukerne. Enkelte har imidlertid tatt til orde for en utskillelse av alle tjenester innen psykisk helse og rus i en egen virksomhet. Det er også ulike meninger om inndeling av brukergruppen etter hovedforløp er hensiktsmessig, blant annet fordi det skaper større skille og mindre samarbeid mellom de som jobber med ulike gruppene samt at de ansatte opplever at det ville være hensiktsmessig å jobbe med flere brukergrupper blant annet for å få større variasjon. Aldersinndelingen medfører at unge brukere må bytte behandler når de bytter avdeling etter fylte 25 år. Samtidig fremstår det som at det er en felles forståelse av at utviklingen av tjenestetilbudet i avdeling ung og rask er bra og medfører at man i større grad når en gruppe man ikke nådde like godt tidligere.

Tønsberg kommune har en bestiller-utfører modell innen helse- og omsorgstjenestene. Det vil si at ansvaret for å tildele brukerne tjenester og ansvaret for å utføre tjenestene er adskilt. **Virksomhet Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO)** forestår tildeling av tjenester til alle brukere, herunder de med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Virksomheten har organisert seg slik at saksbehandlerne er delvis spesialiserte vet at noen saksbehandlere hovedsakelig jobber inn mot rus og psykisk helse. Virksomheten etterstreber at alle brukerne har en fast saksbehandler.

Andre virksomheter under Helse og omsorg som yter tjenester til brukere med utfordringer innen psykisk helse og rus er **Virksomhet Hjemmetjenester** og **Virksomhet Mestring og forebyggende tjenester**.

- Virksomhet Hjemmetjenester i Tønsberg kommune er organisert i åtte soner. Syv soner yter hjemmesykepleie og en sone yter praktisk bistand til brukerne. Hjemmetjenesten ved hjemmesykepleien yter for det meste de samme oppgavene til brukere med utfordringer innen rus og psykisk helse som til øvrige brukere. Eksempler på tjenester som hjemmetjenesten bistår brukerne med er medisinhåndtering, stell og tryggingsarbeid i hjemmet. Tjenestene er tilpasset den enkelte brukergruppe. For eksempel fokuserer hjemmetjenesten på å begrense antall ansatte i hjemmetjenesten som er innom personer som har problemer med psykisk helse da det kan føre til stress for brukeren. De forsøker også å spesialisere kompetansen inn mot

[5] Org.kart rus og psykisk helse

brukernes behov. Hjemmetjenesten ved sonen for praktisk bistand yter ulike former for praktisk bistand i hjemmet. Alle tjenester fra Hjemmetjenesten ytes etter vedtak.

- Virksomhet Mestring og forebyggende tjenester yter forebyggende og helsefremmende tjenester til alle innbyggerne i kommunen, deriblant de med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Mestring og forebyggende tjenester har blant annet ansvar for aktivitetstilbud som Sidebygningen og "Fredagscafè". Virksomheten har også ansvar for kommunens støttekontakttjeneste og frisklivsentral. Se nærmere beskrivelse under punkt 3.2.

Virksomhet Legevakt og ØHD har et akutt døgntilbud som også omfatter rus og psykisk helse, med noen begrensninger.

Brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse mottar også i noen grad tjenester fra det **kommunale NAV** i likhet med kommunens øvrige innbyggere. Det kommunale NAV er organisert under virksomhetsområdet Tekniske tjenester. Tønsberg kommune samarbeider i tillegg med private aktører om tjenester til brukergruppen.

Kvalitetssystemet Compilo

Tønsberg kommune er i ferd med å innføre kvalitetssystemet Compilo for hele kommunen. Helse og omsorg har siden 2017 vært pilot for denne innføringen. Alle rutiner og prosesser for helse- og omsorg er samlet i Compilo, og er tilgjengelig for alle brukere. Compilo er prosessbasert og det er utarbeidet prosesskart og flytskjemaer for en rekke ulike områder. Den enkelte kan benytte disse prosesskartene som utgangspunkt for å få tilgang til relevante rutiner/prosedyrer, samt supplerende informasjon om lover med videre. Alle prosedyrer har definert formål/hensikt, virkeområde/hvem skal benytte prosedyren, beskrivelse av prosedyren med videre. For alle prosedyrer er det lagt inn hvem som er eier, ansvarlig for å oppdatere, samt oppdateringsfrekvens. I forbindelse med overgang til Compilo har Helse og omsorg redusert antall prosedyrer. Alle ansatte har fått tilbud om opplæring i Compilo. Tønsberg kommune benytter også avviksmodulen til systemet. De ansatte kan selv melde avvik fra prosedyrer og hendelser samt følge avvikets "saksgang".

3.2 Tjenestetilbud

Dette delkapittelet tar for seg Tønsberg kommunes tjenestetilbud innen rus og psykisk helse for innbyggere over 18 år med unntak av eventuelle særlige psykogeriatriske tjenester. Fremstillingen er basert på informasjon gitt på kommunens nettsider, i oversendte dokumenter og i intervjuer og fokusgrupper. Det kan derfor være noen mindre tilbud som ikke er omtalt.

Lavterskel tilbud

Kommunen har et lavterskeltilbud til personer med utfordringer innen rus og psykisk helse i form av ulike kurs og støttesamtaler. Lavterskeltilbudet er ikke vedtaksbasert og det er således ikke behov for å søke om tjenesten til Virksomhet Tildeling helse og omsorgstjenester.

- ✓ Drop-in tilbud for personer som opplever psykiske utfordringer og trenger råd og veiledning. Dette er en tjeneste hvor en kan møte opp uten å søke og uten forhåndsavtale, på gitte tidspunkt. Tilbudet er også for pårørende. Det gis tilbud om en til fem slike drop-in samtaler.
- ✓ Drop-in tilbud for de som trenger råd og veiledning i forhold til sitt rusproblem. Tjenesten gis av medarbeidere som har bred erfaring fra rusfeltet. Dette er en tjeneste hvor en kan møte opp uten å søke og uten forhåndsavtale, på gitte tidspunkt.
- ✓ Ulike kurs og gruppetilbud til personer med psykiske utfordringer. Herunder et introduksjonskurs for personer som har lette angst- eller depresjonssymptomer, kurs i helse etter krig og flukt, søvnskole for personer med søvnvansker og kurs i depresjonsmestring. En kan melde seg på kursene via kommunen sine internettsider.
- ✓ Utekontakten i Tønsberg gjennomfører jevnlig 8 ukers hasjavvenningskurs for unge mellom 16 og 23 år.
- ✓ Ungdomsgruppen er et lavterskeltilbud til unge som har problemer innen rus og psykisk helse. Gruppen har ca. 45 deltagere av og på, hvorav rundt 25 er aktive brukere.

- ✓ Støttesamtaler til pårørende til personer med psykisk helse- og rusutfordringer.
- ✓ På kommunens internettsider fremgår det at en kan kontakte rustjenesten om en er bekymret for eget eller andres rusproblem, eller kommunens psykiske helsetjeneste om en er bekymret for egen eller andre psykiske helse.

Behandlings- og støttetilbud

Kommunen har også tjenester som innebærer en mer omfattende veiledning av personer med rus- og/eller psykiske utfordringer:

- ✓ Kommunen har en tjeneste som kalles *Mestre hverdagen,* som er en veiledning i mestring av hverdagen gjennom støtte- og motivasjonssamtaler samt veiledning i hvordan mestre hverdagen knyttet til økonomi, struktur, aktivitet og nettverk. Her inngår også veiledning for å nå egne mål, veiledning i kontakt med offentlige instanser samt hjelp til å koordinere tiltak og tjenester og samarbeid om individuell plan. Tilbudet er både for de med utfordringer innen rus og psykisk helse.
- ✓ For personer med rusutfordringer tilbyr kommunen samtaler, i hovedsak med ruskonsulent. Det tilbys motivasjons- og støttesamtaler hvor det er fokus på å finne frem til brukernes ressurser og mestringsstrategier. Tilbudet inkluderer henvisning til poliklinisk eller døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten ved behov, oppfølging før, under og etter rusbehandling, bistand til å strukturere og mestre hverdagen og tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og sosialt nettverk, hjelp til å koordinere tiltak og tjenester, med eller uten individuell plan og hjelp til stabilisering og integrering i samfunnet. Tidligere var rusoppfølging/ruskonsulent et vedtaksfritt tilbud, men fra høsten 2018 må bruker søke tildelingskontoret om tjenesten.
- ✓ For personer med psykiske utfordringer tilbyr kommunen samtaler. Det tilbys motivasjons- og støttesamtaler hvor det er fokus på å finne frem til brukernes ressurser og mestringsstrategier. Tilbudet inkluderer henvisning til poliklinisk eller døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten ved behov, oppfølging før, under og etter behandling, bistand til å strukturere og mestre hverdagen og tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og sosialt nettverk, hjelp til å koordinere tiltak og tjenester, med eller uten Individuell Plan og hjelp til stabilisering og integrering i samfunnet. Dette er en tjeneste hvor bruker må søke tildelingskontoret.
- ✓ Kommunen samarbeider med NKS[6] veiledningssenter for pårørende – distrikt sør om et pårørende senter innen psykisk helse og rus. Sentrene tilbyr veiledning av pårørende til rusavhengige og psykisk syke. NKS tilbyr blant annet pårørende samtaler, støtte, praktisk bistand og informasjonsformidling. Tilbudet er åpent for alle pårørende.

Tjenester i hjemmet

Hjemmeboende med rus- og psykisk helse utfordringer kan få bistand med ulike tjenester i hjemmet:

- ✓ Hjemmetjenesten yter tjenester til brukere med utfordringer innen rus og psykisk helse på lik linje som de yter tjenester til andre innbyggere i kommunen. Dette er tjenester knyttet til hjemmesykepleie og praktisk bistand, og innholdet tilpasses den enkelte brukers behov. Tjenesten er vedtaksbasert og gis etter en behovskartlegging.
- ✓ Kommunen har et ambulerende team som er knyttet til booppfølgingen. Teamet skal gi praktisk bistand og målrettet miljøarbeid etter vedtak. Teamet utøver tjenester som praktisk rådgiving, veiledning og bo-trening. Tilbudet gis på dagtid og kveld hele uken. Hensikten med tjenesten er at brukere skal klare seg hjemme og uten tjenester i bemannede boliger. Ambulerende team jobber primært opp mot personer som har langvarige og alvorlige lidelser. Tjenesten er vedtaksbasert.
- ✓ I tillegg gis det tjenester i hjemmet fra psykisk helse- og rustjenesten. Tjenestene som gis er gjerne en kombinasjon av råd og veiledning, helsehjelp, praktisk bistand/opplæring, koordinering og behandling. Dette er tjenester som gis både i hjemmet, på kontoret og ellers på brukernes hverdagsarenaer. Tjenestene skal primært gis til brukere i en rehabiliteringsfase og med mulighet for selvstendighet innen relativt «kort tid». Tjenesten er vedtaksbasert.

[6] Norske kvinners sanitetsforening

Bolig

Egnet bolig er et grunnleggende behov og henger tett sammen med mulighet for behandling/oppfølging, og arbeid eller aktivitet. Boligsituasjonen er en utfordring for mange som sliter med rus og psykisk helse. Kommunen har en plikt til å bistå med bolig ved behov. Kommunen tilbyr midlertidige boliger, kommunale boliger og bemannede boliger. I tillegg til bolig har mange brukere behov for tilleggstjenester, både helsetjenester og praktisk bistand og veiledning.

Tønsberg kommune tilbyr følgende boliger for personer med rus- og/eller psykiske utfordringer:

- ✓ Bolig med bemanning er for personer med behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Bemannet bolig tildeles etter en individuell behovsvurdering av tildelingskontoret. Brukerne/tjenestemottakere bor i egne selvstendige boliger med tilgang på personale. I dag er det syv boliger med tilbud til personer utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse[7]. Boligene har mellom 5 og 17 boenheter. Boligtilbudet er lagt opp til dels med ulike trinn av omsorgsnivå. Alle boligene er døgnbemannede, men har ulikt bemanningsnivå og tjenestenivå.
- ✓ I tillegg har kommunen 23 institusjonsplasser ved Farmannshjemmet som er drevet av Frelsesarmeen. Fire av plassene ved Farmannshjemmet er forbeholdt for unge sårbare kvinner i egen skjermet enhet. Institusjonstilbudet inkluderer foruten helse- og omsorgstjenester, kost og aktivitetstilbud.

Tønsberg kommune tilbyr også boliger til personer med rus- og/eller psykiske utfordringer som ikke har behov for bemannende boliger:

- ✓ NAV Tønsberg har ansvaret for å sørge for midlertidig bolig til bostedsløse som ikke klarer å skaffe bolig selv. Flere av beboerne med midlertidig botilbud fra NAV har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Disse har vanskeligheter med å etablere seg i det private utleiemarkedet og har slik sett behov for kommunale boliger.
- ✓ TKE (Tønsberg Kommunale Eiendom) har ansvar for å tildele kommunale utleieboliger til de som har rett på kommunal bolig, men ikke har behov for bemannet bolig. Grunnet knapphet og venteliste på kommunale utleieboliger blir brukerne gjerne værende over tid i midlertidige boliger.
- ✓ Kirkens bymisjon driver boligsosialt arbeid i nært samarbeid med kommunens tjenestetilbud som et supplement til det kommunale tilbudet.

Kommunen har over tid hatt utfordringer på det boligsosiale området, dette gjelder generelt og særlig med tanke på brukere med rus og psykisk helse problematikk. [8] Kommunen utarbeidet en handlingsplan for 2015-2018, og er i ferd med å utarbeide en ny. Arbeidet med den boligsosiale handlingsplanen har tatt tid. Planen skal være et styringsverktøy for det boligsosiale arbeidet i kommunen. Omfang og struktur på bemannede boliger for brukere med utfordringer innen rus og psykisk helse er et av temaene i handlingsplanen, blant annet gjelder dette boliger til tyngre ROP-pasienter.

Andre helsetilbud

Innenfor rusfeltet har kommunen også tjenester innenfor skadereduksjon. Dette er lavterskeltjenester hvor det ikke er behov for vedtak. Her inngår:

- ✓ Feltpleien, som er et anonymt helsetilbud for rusavhengige. Målet med tjenesten er å forebygge sykdom og skade, samt gi råd og veiledning om problemstillinger som kan følge med bruk av sprøyter og narkotika. Tjenesten omfatter skadereduksjon og smittevernstiltak. Tilbudet er for rusavhengige, pårørende og ansatte som jobber med brukergruppen.
- ✓ Overdoseforebygging, hvor kommunen gir førstehjelpskurs for rusavhengige, pårørende og ansatte og frivillige i rusomsorgen. Innenfor overdoseforebygging inngår også utdeling av Nalokson-nesespray, som er en motgift til bruk mot overdoser.

[7] Temsengen, Cappelensvei, Henrichsdammen, Severin Kjærsvei, Åslyveien, Gauterødveien og Stoltenberggata.

[8] I "Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)" defineres boligsosialt arbeid til å handle om å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet.

- ✓ Testing, oppfølging og behandling av Hepatitt C i et samarbeidsprosjekt mellom Feltpleien og infeksjonspoliklinikken ved Sykehuset i Vestfold. Prosjektet bygger på et pakkeforløp, som inkluderer testing, oppfølging og behandling av hepatitt C. Oppfølging og behandling er gratis og Feltpleien bistår med å huske på timer og avtaler i perioden.

Kommunen har også andre helsetilbud knyttet til rus og psykisk helse. Her inngår:

- ✓ Psykososialt kriseteam. Kriseteamet er en del av kommunens beredskap har som oppgave å gi rask og hensiktsmessig hjelp etter at den etablerte krise- og beredskapstjenesten har avklart situasjonen og meldt behov for ekstra bistand. Kriseteamet består av blant annet av lege og psykolog og henter inn annen kompetanse ved behov.
- ✓ Øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD). Siden 2017 har kommunen vært pålagt å ha et ØHD-tilbud til pasienter med psykisk helse- og rusproblemer. Tønsberg kommune har 2 ØHD-plasser forbeholdt denne brukergruppen. Fastleger, legevaktsleger og akuttsenteret kan legge inn pasienter etter avtale med ØHD lege. Tilbudet skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten, og er et tilbud til pasienter over 18 år som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie som kan behandles med allmennmedisinsk kompetanse.
- ✓ Legevakttjenester og fastlegetjenester på lik linje som for befolkningen for øvrig. Både legevakt og fastlege skal kunne bistå med problemstillinger knyttet til rus og psykisk krisehjelp.

Aktivitetstilbud

Kommunen har også tilbud som har til hensikt å bidra til at personer med utfordringer med rus og psykisk helse kommer seg ut i aktivitet:

- ✓ Sidebygningen er et interkommunalt samarbeid mellom Tønsberg og Færder kommune. Sidebygningen er en kultur- og helseavdeling innen virksomhet for mestring og forebyggende tjenester. Tilbudet er åpent for alle, deriblant brukere med psykiske- og/eller rusproblemer. Brukere i aktiv rus er også inkludert, men en kan ikke komme i ruset tilstand. Sidebygningen tilbyr en rekke ulike aktiviteter i samarbeid med lag og organisasjoner for rundt 500 brukere. For eksempel har en tilbudet "aktiv på dagtid", som er et treningstilbud for de mellom 18 og 67 år som står utenfor arbeidslivet. Andre tilbud i 2018 er middag, kreativt verksted, dans, bingo, ungdomsgruppe, hobbyverksted, kor, strikkekafe, karaoke, syverksted, quiz, datahjelp, "Fredagscafè" med mer. Mange av aktivitetene er tradisjonelt rettet mot kvinner. I den anledning har en opprettet et brukerstyrt hobbysenter (Kilen) som tilbyr andre aktiviteter som appellerer til en videre brukergruppe. Tilbudet kjennetegnes av en flat struktur. Brukerne bidrar også aktivt i driften. Tilbudet er vedtaksfritt.
- ✓ Frisklivssentralen er et kommunalt tilbud for alle som ønsker å gjøre endringer innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, og som ønsker støtte til praktisk tilrettelegging. Det er tilbud om kurs innen trening, kosthold og ernæring og mestring. Aktiviteten er gruppebasert. Tilbudet er avhengig av henvisning fra lege, fysioterapeut eller annet helsepersonell i første omgang, deretter egenpåmelding til ulike kurs.
- ✓ Kommunen tilbyr også støttekontakt til personer som trenger hjelp til å ha en aktiv fritid. Støttekontakttilbudet gjelder imidlertid ikke de som bor i bemannede boliger da tildelingskontoret er av den oppfatning at dette skal inngå i personalets oppgaver. Bruker må søke tildelingskontoret for å få denne tjenesten.
- ✓ Brobygger'n – et samarbeid mellom kommunen og NAV som gir personer under 30 år med utfordringer med rus og psykisk helse tilbud om bistand til å komme ut i aktivitet, ordinært eller gjenoppta sin utdanning. Tilbudet er integrert i driften av sidebygningen.

Tønsberg kommune har nylig etablert et eget etterverntilbud rettet mot tidligere rusmisbrukere:

- ✓ "Fredagscafè" er et rusfritt etterverntilbud som holder åpent hver fredag ettermiddag. Tanken bak tilbudet er at tidligere rusmisbrukere ofte er på det mest sårbare ved inngangen til helgen. Kafeen fungerer som et sosialt nettverk og ettervern. Tilbudet er et resultat av et samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner (RIO og Alarm). Dette er det eneste tilbudet kommunen har som fokuserer utelukkende på ettervern. Flere av de ansatte er selv tidligere brukere.

Ulike frivillige organisasjoner har et aktivitetstilbud til personer med utfordringer med rus og psykisk helse:

- ✓ Frelsesarmeen arrangerer gatefotball for blant annet rusavhengige. Det er et rusfritt tilbud. Erfaringene fra prosjektet viser at tilbudet har hatt positive ringvirkninger som minsket rusinntak.
- ✓ Frelsesarmeen tilbyr gjennom tiltaket Skaperverket arbeidstrening. Arbeidstreningen foregår eksempelvis i kafe, butikk og bilvaskeri.
- ✓ Fellesverket er et aktivitetshus for ungdom drevet av Tønsberg Røde Kors.
- ✓ Kirkens bymisjon arrangerer gratis yogatimer for aktive og tidligere rusbrukere.
- ✓ Kirkens bymisjon driver også en lavterskel helse- og sosialfaglig kafe og tilbyr arbeids- og aktivitetsplasser. Tilbudene er rettet mot vanskeligstilte personer.
- ✓ For brukere i aktiv rus er møtestedet og bymisjonen aktuelle tilbud.

4. Samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud

I dette kapittelet besvares undersøkelsens problemstilling 3: "I hvilken grad er det samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud som blir gitt til brukerne innenfor rus og psykisk helse?". Kapittelet vil i tillegg berøre om og hvordan kommunen sikrer brukermedvirkning.

Revisjonskriteriene som er benyttet er sammenfattet i vedlegg 1. Kort oppsummert er de sentrale revisjonskriteriene relevante for problemstillingene belyst i dette kapittelet:

- ✓ Kommunen har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det gjelder både tjenester som ytes av kommunen selv og tjenester drevet av private tjenesteytere. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret gjelder for alle brukergrupper.
- ✓ Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert. Den enkelte bruker skal gis et verdig tjenestetilbud.
- ✓ Kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med lovkrav.
- ✓ Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet og tilby boliger med tilpasninger for dem som trenger det.
- ✓ Kommunen skal gi opphold i tilrettelagte heldøgnstjenester om det er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- ✓ Kommunen og tjenesteytere som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.

Første del av kapittelet omhandler om det er samsvar mellom tjenestetilbud som blir gitt til brukerne og brukernes behov. Vår vektlegging har vært på prosedyrer og rutiner kommunen for å sikre samsvar mellom behov og tjenestetilbud, samt de ansattes opplevelse av samsvaret i praksis. Andre del omhandler brukermedvirkning. Tredje del er KPMGs vurderinger.

4.1 Rutiner for å sikre samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbud

Tildeling av tjenester

Kommunen har etablerte rutiner for tildeling av helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Virksomhet Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO) er ansvarlig for behandling av søknader, kartlegge behov, dokumentere behovskartlegging i journalsystemet og fatte vedtak for alle vedtaksbaserte tjenester. Tildeler har ansvar for å dokumentere tjenestene bruker skal ha og målsettinger for tjenestene samt sette første evalueringsdato.

Virksomheten Tildeling helse- og omsorgstjenester tildeler tjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, pasientrettighetsloven og brukers individuelle behov for nødvendig helse- og omsorgstjenester. Det er innenfor området psykisk helsetjeneste og rus ikke utarbeidet spesifikke tildelingskriterier. Det benyttes vanlige saksbehandlingsrutiner ved saksbehandling og vurdering av søknader om tjenester. Tildelingskontoret mottar først søknad, E- melding, samt andre dokumenter i saken (eks. legeerklæringer). Søknaden fordeles deretter til en saksbehandler som har kompetanse på området. Tildelingskontoret har et prinsipp om enhetlig saksbehandling, hvor hver bruker får en fast

saksbehandler. Dette oppleves å gi effektiv ressursbruk internt og stabilitet for brukeren. Saksbehandler innhenter supplerende informasjon ved behov fra helsepersonell, pårørende med flere. Det foretas en kartlegging av brukers individuelle behov gjennom en kartleggingssamtale med brukeren, enten ved et vurderingsbesøk i hjemmet eller hos tildelingskontoret. Til behovskartleggingen er det utarbeidet et standardisert kartleggingsskjema, der man tar opp det som er aktuelt for brukeren og tjenesten det søkes om. Deretter gjøres en faglig vurdering av hvilke tjenester søker har behov for, og det fattes vedtak basert på behov og enkelte føringer knyttet til faglige standarder. Dersom saksbehandler er usikker på utmåling av vedtak diskuteres dette internt. Bruker får skriftlig vedtak og utførervirksomheten får beskjed om vedtaket når det er fattet. Saksbehandlingstiden varierer avhengig av sakens kompleksitet.

Det er utarbeidet en prosedyre for å sikre ansvarsfordelingen rundt oppgaver, saksflyt og dokumentasjon i samhandlingen mellom tildelingskontoret og virksomheten Enhet psykisk helse og rus[9]. Det er også utarbeidet oppgave- og ansvarsdeling mellom tildelingskontoret og gamle Virksomhet Helsetjenester. I hovedtrekk går denne ansvarsdelingen ut på at alle søknader skal registres av tildelingskontoret. Ved muntlige henvendelser tjenesteutøver skal de ta ansvaret for å få søknadene oversendt til tildelingskontoret. Tildelingskontoret skal behandle søknader, gjennomføre kartleggingssamtaler, registrere søknaden, fatte vedtak og registrere tjenesten.

For tildeling av bemannede boliger er det utarbeidet en egen rutine. Rutinen skal sikre forsvarlig samhandling mellom saksbehandler ved tildelingskontoret og vurderingsteam bolig i forbindelse med søknad om tilrettelagte bolig med bemanning, internt boligbytte og forlengelse av husleiekontrakter. Rutinen beskriver hvordan behandling og tildeling skal foregå. Saksbehandler ved tildelingskontoret har ansvar for å kartlegge, skrive saksutredning og sette bruker på venteliste for bemannet bolig, med presisering av hastegrad. Saksbehandler melder deretter inn behovet til et eget vurderingsteam for bolig, som har ansvar for å tildele bolig. Vurderingsteam bolig består av tre saksbehandlere fra tildelingskontoret, leder for koordinerende enhet og to ledere fra virksomhet psykisk helse og miljøarbeid. Saksbehandler holder kontakt med bruker og pårørende gjennom søknadsprosessen, og sender ut tildelingsbrev. Vurderingsteamet holder oversikt over ledige boliger, ventelister og vurderer og tildeler egnet bolig til den enkelte bruker samt vurderer eventuelle kontraktsforlengelser. Om teamet ikke finner egnet bolig skal saken meldes videre til koordinerende enhet. All informasjon og eventuelle konklusjoner fra møtet i koordinerende enhet legges inn i saksutredningen. Vurderingsteam bolig har ansvar for å oppdatere ventelistene når bolig er tildelt.

Det er videre etablert en egen rutine for tildelingskontorets saksbehandling av søknader og vedtak om helse- og omsorgstjenester for brukere som bor i tilrettelagte boliger med bemanning. Saksbehandler har ansvar for å følge rutinen, mens virksomhetsleder er ansvarlig for at prosedyren er kjent og følges. Ansvaret for de ulike brukerne er fordelt på saksbehandlerne, i hovedsak etter hvilken bolig de bor i. Saksbehandleren skal ha oversikt over boligen, hvem som bor der og hvilke tjenester som benyttes. Ansvarlig saksbehandler har tre hovedoppgaver: 1. Følge opp nye søknader om helse- og omsorgstjenester fra boligens beboere. 2. Vurdere tjenesteevalueringer og revurdere vedtak om helse- og omsorgstjenester. 3. Være boligens kontaktperson ved tildelingskontoret. Boligen har ansvaret for å evaluere beboernes vedtak, i tråd med samhandlingsprosedyrene evaluering av tjenester, to ganger i året, henholdsvis april og oktober. Formålet med prosedyren er å sikre at brukeren til enhver tid har forsvarlige helse- og omsorgstjenester i forhold til enkeltes behov.

Frem til høsten 2018 var tjenester innen rusoppfølging/ruskonsulent ikke vedtaksbasert. Utfører var da ansvarlig for å ivareta søknader om rusoppfølging og ettervern, samt foreta kartlegging av brukers behov. I intervjuene har det kommet frem at dette har vært ønsket av fagpersonalet for å ha lav terskel inn og for å ha stor fleksibilitet til å tilpasse tilbudet løpende til brukernes behov. Fra høsten 2018 er det imidlertid bestemt at også tjenester knyttet til rus og ettervern skal være vedtaksbasert. Flere respondenter er bekymret for konsekvensene av dette. Samtidig fremhever andre respondenter at dette ikke nødvendigvis vil behøve å påvirke tilbudet som blir gitt, men kan være nyttig for å prioritere mellom brukere. Forholdet mellom tjenesteutøver og bestiller knyttet til overgang til vedtak oppleves som uavklart av noen av informantene. Rustjenesten og tildeling helse- og omsorgstjenester har imidlertid avholdt møter der det skal ha blitt fastsatt kriterier for vedtak om oppfølging av ruskonsulent.

[9] Prosedyren er ikke oppdatert med virksomhetens nye navn

Evaluering av tjenester

Kommunen har etablert en prosedyre for evalueringer av tjenester. Hensikten med evaluering av tjenestene og brukerens behov er å sikre at tjenestene kommunen yter til enhver tid er tilpasset brukerens behov. Prosedyren for evaluering av tjenester gjelder alle virksomheter som har ansvar for å evaluere helse- og omsorgstjenester som er iverksatt. Prosedyren beskriver hva evalueringen av brukernes tjenester skal inneholde og hvordan den skal foregå. Tildeler har ansvar for å dokumentere tjenestene bruker skal ha og målsettinger for tjenestene samt fastsetter første evalueringsdato for tjenestene som ytes. Det er utøver av de ulike tjenestene som har ansvar for å gjennomføre og dokumentere evalueringen. Tjenesteutøver gir deretter en tilbakemelding til tildelingskontoret på utfall av evalueringen samt opplyser om endringer i behov/situasjon som kan medføre endringer av vedtaket/oppfølgingen. Det skal fremgå av evalueringen om utfører anbefaler endringer i brukertilbudet. Saksbehandler vurderer deretter opplysningene i evalueringen og om tjenestetilbudet skal videreføres, endres eller opphøre og gjør eventuelle endringer i vedtaket. Ved større endringer eller opphør skal saksbehandler skrive et varslingsvedtak. Ved større og varige endringer i tilbudet skal det skrives et nytt vedtak. Beslutningen til saksbehandler skal dokumenteres. Etter førstegangsevaluering er det utfører som setter fremtidig evalueringsdatoer. Evalueringsintervallet varierer, noen helsetjenester skal evalueres kontinuerlig, andre ved opplevde endringer i behovet, mens andre tjenester som regel evalueres 1 til 2 ganger i året. Dette avhenger av type tjeneste.

Dokumentasjon

Kommunen benytter journal-, saks- og dokumentasjonsprogram Profil pr oktober 2018, dette skal byttes ut med et nytt system i 2019. Alle vedtak, saksbehandling og evalueringer skal dokumenteres i saksbehandlingssystemet. Individuelle planer håndteres i eget system Acos-IP, dette systemet er ikke integrert med Profil.

4.2 Opplevelse av samsvar mellom tjenestetilbud og behov

Samsvar behov, vedtak og tjenestetilbud

Kommunen har evalueringsrutiner, hvor tjenesteutøver evaluerer tjenestene som gis for å sikre samsvar mellom behov, vedtak og tjenestetilbud. Evalueringen skal rapporteres tilbake til tildelingskontoret som er ansvarlig for å gjøre eventuelle endringer i vedtakene slik at tjenestetilbudet tilpasses brukernes behov i større grad. Hyppigheten på evalueringene varierer. Det har vært tilfeller der evalueringene ikke er gjennomført i henhold til planen, alternativt at evalueringene ikke er dokumentert. Virksomhetsleder ved tildelingskontoret oppgir at kvaliteten på evalueringene som utføres kan bli bedre.

Det er ikke alltid opplevd samsvar mellom vedtaket tildelingskontoret fatter og tjenestene som blir gitt bruker. Enkelte informanter oppgir at en del av vedtakene ikke stemmer overens med brukernes reelle behov. I slike tilfeller sørger som regel tjenesteutøver for å gi bruker en oppfølging som matcher behovet til brukeren, uavhengig av vedtak, og gjennomfører i etterkant en evaluering av vedtaket for å få det endret.

Virksomhetsleder for psykisk helse og miljøarbeid oppgir at de tildelte tjenestene i hovedsak samsvarer med brukernes behov, med unntak av lange ventelister og for få bemannende boliger. Videre oppgir virksomhetsleder at en årsak til at tjenestetilbudet ikke alltid samsvarer med behov er at brukerne ikke vil ta imot tjenester. Andre respondenter opplyser at det ikke alltid er samsvar mellom behov tjenestetilbudet som blir gitt. Mangel på kompetanse, dårlige egnede boliger til brukergruppen og lite egnet aktivitetstilbud til enkelte deler av brukergrupper (herunder brukere av bemannende boliger og brukere i aktiv rus) samt manglene etterverstiltak nevnes som årsaker i tillegg til ventelister på psykisk helsehjelp og mangel på bemannende boliger. Dette oppleves som problematisk for å skape et tilbud som samsvarer med brukernes behov.

Observasjoner av samsvar mellom dagens tjenestetilbud og brukergruppens behov basert på dokumentgjennomgang, intervjuer, fokusgrupper og observasjoner:

- ✓ **Lavterskeltilbud:** Respondentene opplever at kommunen har et godt og variert lavterskel tilbud som også er forebyggende. Kommunen har fokusert mye på å bygge opp lavterskeltilbudet de siste årene for å avhjelpe et mangelfullt tilbud til de med lette lidelser. Tilbudet favner bredere enn før,

og når en bredere brukergruppe i samfunnet, også de uten diagnoser. Lavterskeltilbudet er også vedtaksfritt slik at det er lettere å få hjelp.

- ✓ **Psykisk helsehjelp:** Kommunen har satset på å bygge opp tilbudet innen psykisk helsehjelp. Tilbudet er vedtaksbasert utover opp til fem drop-in samtaler. Tilbudet er etterspurt, og det har i lengre tid vært ventelister på å komme til etter at vedtak om tjenesten er fattet. Pr 31.12.16 var det 35 personer på venteliste, pr 31.12.17 var det 60 personer på venteliste og pr oktober 2018 var det 42 personer på venteliste. Brukerne blir imidlertid prioritert med bakgrunn i vedtakene slik at de med størst behov kommer til først. En person har ventet i mer enn et år på psykisk helsehjelp, men har imidlertid fått tilbud om mulighet for deltagelse på kurs/gruppe samt tilbud om drop-in samtaler. Utover dette har psykisk helsehjelp ved avdeling for rehabilitering og behandling over 25 år opp til 5 måneders ventetid, mens avdeling ung og rask har en ventetid på opptil 2 måneder (pr oktober 2018). Lang ventetid fra vedtak fattes til tjenesten gis, på grunn av manglende kapasitet, oppleves som en utfordring for de ansatte. En informant peker på at dette kan føre til forverring av plagene og medføre at brukere ender opp i spesialisthelsetjenesten.
- ✓ **Ruskonsulent:** Det er ingen venteliste for å få tilbud om og bistand fra ruskonsulentene. Tilbudet er fleksibelt og utformes i samråd med brukeren. Ruskonsulenten fungerer som koordinator, og følger brukerne over flere år. Pasient- og brukerombudet i Vestfold opplyser at ombudet får tilbakemeldinger om ruskonsulenter som er til god hjelp og støtte for brukerne.
- ✓ **Ambulerende team:** Flere informanter opplever at det er svakheter i kommunens ambulerende tjenester, og at disse bør styrkes for å bedre tilbudet. Dette gjelder både kapasitetsmessig med utvidelse av tilbudet på dagtid samt utvidelse på kveld og eventuelt natt. Det fremheves også at det er behov for å videreutvikle og bygge det ambulerende teamets kompetanse innen rus og psykisk helse. Kommunen jobber med å styrke det ambulerende teamet. Teamet skal styrkes med 3 personer og ruskompetanse. Teamet tilbyr nå også tjenester hele tiden med unntak av natt. Det vurderes også å opprette et nattilbud i samarbeid med hjemmetjenesten. Det er et ønske, særlig fra hjemmetjenesten, at de ambulerende teamet skal jobbe mer akutt uten vedtak, og at teamet skal kunne bistå ved akutte situasjoner.
- ✓ **Aktivitetstilbudet generelt:** Det er delte meninger blant respondentene om hvorvidt dagens aktivitetstilbud samsvar med behovet. Noen respondenter mener at kommunen kan bli bedre på å skape flere aktivitetsarenaer, og at det bør være et større utvalg av aktiviteter samt at aktivitetene også bør omfatte et kvelds- og helgetilbud. Andre respondenter mener kommunen har et bredt og allsidig tilbud, og at dette er tilfredsstillende sett opp mot brukernes behov. I tillegg kommer aktivitetstilbudet i regi av frivillige organisasjoner. Pasient- og brukerombudet fremhever viktigheten av å ha et aktivitetstilbud til brukergruppen. De har erfart at Sidebygningen er omtalt som et positivt aktivitetstilbud for flere brukere, og at det er mange positive fritidstilbud i regi av frivilligheten i kommunen.
- ✓ **Ettervern:** Virksomhetsleder for virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid opplyser at alle kommunens tilbud inngår som etterverns tilbud, men at det er opp til den den enkelte bruker å benytte seg av disse. Det har tidligere vært et savn at det ikke finnes spesifikke etterverns tiltak rettet mot brukergruppen, særlig på kveld og helg. Det er opprettet ett spesifikt etterverns tilbud for tidligere rusmisbrukere, "Fredafscafe". Dette tilbudet har blitt godt mottatt av målgruppen. Det påpekes av enkelte respondenter at det med unntak av Sidebygningen og aktiv på dagtid, er det et manglende aktivitetstilbud for rusfrie brukere, og at aktivitetstilbudet er viktig som en som en del av rehabilitering og ettervern.
- ✓ **Aktivitetstilbudet til rusmisbrukere:** Det er mangel på aktiviteter for rusede brukere. De fleste aktivitetstilbudene er forbeholdt mennesker som ikke er i ruset tilstand.
- ✓ **Aktivitetstilbudet i bemannede boliger:** Kommunens støttekontakttilbud gjelder ikke de som bor i bemannede boliger da tildelingskontoret er av den oppfatning at dette skal inngå i personalets oppgaver. Informanter beskriver det som en uheldig utvikling da det er krevende at de ansatte skal dekke alle behovene til beboerne og at det er for lite ressurser i boligene til å prioritere dette. Dagtilbudene i sidebygningen og aktiv på dagtid nevnes som de aktuelle aktivitetstilbudene for noen brukerne. Det oppleves å være utfordringer knyttet til transport for brukere, blant annet i forbindelse med ulike aktiviteter: boligene har i hovedsak ikke bil tilgjengelig, og det opplyses at brukerne ofte får avslag på tt-kort fra fylkeskommunen. De peker på at dette samlet sett er uheldig da det medfører at beboere i bemannede boliger får en mindre aktiv fritid. Beboere i bemannede boliger er også spesielt sårbare da de ofte har lite nettverk utover de som jobber i boligene.

- ✓ **Midlertidige boliger:** Kommunens tilbud om midlertidige boliger oppleves som for dårlig, særlig for sårbare yngre brukere. Kommunen har en rekke bostedsløse som tilhører brukergruppen rus og psykisk helse. Hensiktsmessig bolig er viktig for å kunne sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- ✓ **Kommunale boliger:** Det er mangel på kommunale boliger i kommunen. Saksbehandlingstiden for vurdering av behov er akseptabel, men utfordringen er å finne egnede boliger. Det er i flere tilfeller lang ventetid på kommunale boliger, og mange blir stående uten egnet bolig i lengre tid.
- ✓ **Bemannede boliger:** Det er mangel på bemannende boliger til brukergruppen. Saksbehandlingstiden for vurdering av behov er akseptabel, men utfordringen er å finne egnede boliger. Her er det i flere tilfeller lang ventetid. Ventelisten for bemannende boliger er per august 2018 er på 26 søknader (dette gjelder imidlertid alle med behov for bemannet bolig, ikke kun brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse). Flere informanter påpeker også at enkelte av boligene er dårlig egnet for brukerne. Av flere informanter fremheves også utfordringer knyttet til kompetansenivået i de bemannede boligene.
- ✓ **Boligtilbudet til spesifikke grupper:** Boligene er dårlig egnet for enkelte brukergrupper. Det er behov for boliger som er innrettet spesielt for enkelte brukergrupper, herunder yngre sårbare grupper, kvinner, eldre med psykiske lidelser, mennesker med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP) og for rusfrie. Erfaringer viser at det kan være utfordrende å blande eldre og yngre og kvinner og menn. Det fremkommer av kommunens boligsosiale handlingsplan at det er behov for forsterkede boliger til personer med dobbeltdiagnosen rusproblematikk og psykiske lidelser. Kommunen arbeider for tiden med å etablere flere boliger, deriblant til spesifikke brukergrupper, men det er usikkert om en vil få til dette.
- ✓ **Differensiering i boligtilbudet:** Brukere med mulighet for rehabilitering blir værende i bemannede boliger, da det ikke finnes et mellomfase alternativ mellom heldøgnsbemannet bolig og egen bolig. Det pekes på at kommunen burde hatt en større gradering i omsorgsnivå enn en har i dag. Det vurderes for å øyeblikket å bygge overgangsboliger mellom bemannet bolig og egen bolig som et mellomfasetilbud for å øve på boevne. Disse er tenkt å ligge i nærhet til en bemannet bolig som beboerne kan benytte ved behov.
- ✓ **Tilgjengelighet/fleksibelt tjenestetilbud:** Brukerne har behov for et fleksibelt tjenestetilbud, også utenfor vanlig kontortid. Flere respondenter oppgir at kommunen ikke er godt nok rigget for dette i dag.
- ✓ **Feltpleien:** Lavterskel helsetjenester bemannet med sykepleier og vernepleier. Respondenten fra feltpleien oppgir at det kunne vært en fordel å ha en fast tilknyttet lege i en mindre stillingsprosent for å kunne tilby legetjenester da brukergruppen ofte unnlater eller har utfordringer med å oppsøke lege.
- ✓ **Frivillig verge /forvaltning fra NAV:** En respondent tar opp at frivillig verge/forvaltning fra NAV fungerer godt når det kommer til økonomi. Brukerne har ofte dårlig økonomi og er dårlige til å disponere penger. En mer strukturert økonomi ville trolig kunne gi en bedre hverdag og bedre helse. Eksempelvis har de ofte ikke råd til mat, lege, medisiner osv.
- ✓ **Personer med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP):** Brukere med samtidige rus og psykiske lidelser er en gruppe med sammensatte og komplekse behov, og som det kan være vanskelig å få gitt nødvendig og hensiktsmessig hjelp. Flere respondent fremhever at tilbudet til ROP-brukere og brukere som har behov for et høyt omsorgsbehov er for dårlig. Det påpekes blant annet at det er det mange underbehandlede tilstander hos brukere med ROP-lidelser, og at det er behov for økt kompetanse i boligene.

4.3 Casegjennomgang av vedtak

Som et ledd i undersøkelsen er det foretatt en gjennomgang av et utvalg vedtak om tildeling av tjenester. Gjennomgangen viser at et fremgår klart hvilke tjenester brukeren skal motta, og at det dette er relativt spesifisert. Samtidig er vedtakene utformet slik at det er opp til tjenesteyter og bruker å vurdere hvordan de ulike tiltakene/områdene skal prioriteres innenfor den samlede timerammen av vedtaket. Alle vedtakene viser til gjennomførte kartleggingssamtaler eller evaluering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Vedtakene inneholder, utover selve vedtaket med operasjonalisering og timeantall, mål for vedtaket, en kortfattet gjennomgang av relevante fakta, lovmessig begrunnelse for vedtaket samt saksbehandlers vurdering. Det er også fastsatt tidspunkt for evaluering av de fleste tildelte tjenestene,

med unntak av enkelte helsetjenester som skal evalueres løpende. Det er imidlertid ikke dokumentert i journalsystemet at alle evalueringer av tjenestetilbud og vedtak er gjort i henhold til angitte frister.

Casegjennomgangen viser at det er varierende hvor lang tid det går fra søknad, til kartlegging og til vedtaket er fattet. For et av vedtakene, fremgår det av dokumentasjonen at det tok mer enn ett år fra søknad ble sendt til vedtaket ble fattet. Det fremgår imidlertid at vedtaket erstatter tidligere vedtak som opprettholdes etter den gjennomførte vurderingen, slik at det er uklart om det reelt sett har gått over ett år uten at brukeren har fått oppfylt sitt tjenestebehov. For de øvrige vedtakene har det gått kort tid fra søknad om tjeneste til kartlegging og til påfølgende vedtak. Vedtakene iverksettes i hovedsak umiddelbart etter vedtaket er fattet. For to av sakene er ikke dette tilfellet, det ene vedtaket er fattet flere måneder etter at tjenestene er startet opp (psykisk helse), mens et annet vedtak (om bemannet bolig) derimot ikke ble igangsatt for over to år etter vedtaket ble fattet.

I enkelte tilfeller er det uklart om vedtaket matcher brukerens tjenestebehov, dette gjelder for 2 av de 6 undersøkte sakene. Vedtakene som er registrert i IPLOS[10] er mindre enn behovet som er avdekket i evalueringen som er gjort av eksisterende tjenester.

4.4 Brukermedvirkning

Tønsberg kommune har utarbeidet en kvalitetsstrategi for Helse og omsorg for perioden 2016 til 2019. Strategien gir føringer og retning for kommunens arbeid med kvalitets- og pasient/brukersikkerhetsarbeid. Et av kjennetegnene på god kvalitet er at tjenestene involverer brukerne og gir de innflytelse.[11] Et satsningsområde i perioden er å aktivt involvere brukere og pasienter i utviklingen og innretningen av tjenestene. I perioden er det satt opp to konkrete tiltak: 1. Alle virksomheter skal videreføre brukermedvirkning i sine kvalitetsutvalg. 2. Virksomhetene skal ha nedfelte og etterlevde rutiner for pasient og brukermedvirkning på individnivå.

Tønsberg kommune har opprettet et overordnet kvalitetsutvalg for helse- og omsorg. Kvalitetsutvalget er et rådgivende organ for rådmann og kommunaldirektør i saker vedrørende kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Kvalitetsutvalget er sammensatt av kommunaldirektør (leder utvalget), virksomhetslederne, kommuneoverlege, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og verneombud. Utvalgets formål og hovedoppgave er å være pådriver for kvalitetsforbedrende tiltak, etterspørre og ha oversikt over data vedrørende pasientsikkerhet og kvalitetssvikt, medvirke til en åpen organisasjon som er åpen avvik og hvordan disse håndteres samt etterspørre gode interne systemer for måling, styring og forbedring av kvalitet i tjenestene. Kvalitetsutvalget har følgende oppgaver: sette strategiske mål angående kvalitet, gjennomføre årlige risikovurderinger vedrørende kvalitet, være pådriver for å utvikle og implementere overordnet styrende dokumentasjon, ansvarlig for gjennomgang, vurdering, revisjon og utvikling av kvalitetssystemet, etterspørre og bidra til god samhandling internt og eksternt, evaluere og foreslå forbedringsprosjekter og tiltak som gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet, følge opp vedtatte kvalitetsindikatorer, følge opp avvik, behandle årsmeldinger og følge med på resultater fra tilsyn og brukerundersøkelser. Helse- og omsorg har i tillegg et utvalg for pasient og brukersikkerhet.

Alle virksomhetene innen Helse og omsorg har egne kvalitetsutvalg. I virksomhet psykisk helse og miljøarbeid var det to kvalitetsutvalg før omorganiseringen, et i gamle virksomhet Helse og omsorgstjenester i bemannede boliger og et i virksomhet Helsetjenester. Disse slås nå sammen til ett kvalitetsutvalg for den nye virksomheten Psykisk helse og miljøarbeid. Kvalitetsutvalget består av representanter fra kommunen, brukerrepresentant og erfaringskonsulent. Kvalitetsutvalget behandler avvik, ulike prosjekter og endring i prosedyrer og rutiner, gjennomgang av avvik og prosjekter med videre på virksomhetsnivå.

Tønsberg kommune har ikke gjennomført systematisk brukerundersøkelse eller annen systematisk innhenting av synspunkter fra brukerne de siste årene på området rus og psykisk helse, med unntak av hos Feltpleien. Hjemmetjenesten gjennomfører heller ikke systematiske brukerundersøkelser. Tidligere har kommunen benyttet KS sin brukerundersøkelse "Bedre kommune" for å innhente

[10] IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. IPLOS (Individuell Pleie og Omsorgs Statistikk) inneholder individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester og er en del av kommunens innrapporteringssystem til statlige myndigheter.

[11] Andre kjennetegn på god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt.

brukertilbakemeldinger. Denne har blitt vurdert som lite egnet for å innhente brukersynspunkt som et ledd i arbeidet med å forbedre tjenestene, blant annet på grunn av lav oppslutning. Det er bestemt at kommunen selv skal gjennomføre en brukerundersøkelse for å innhente brukersynspunkter. Undersøkelsen var opprinnelig planlagt høsten 2018, men det er usikkert når en slik undersøkelse vil gjennomføres, blant annet grunnet omorganisering av tjenestene.

Feltpleien gjennomfører anonyme brukerundersøkelser hvert 2 år. Undersøkelsen fokuserer på brukermønsteret, og brukerne blir blant annet spurt om hva de savner. Informasjonen fra undersøkelsen brukes til å tilpasse tilbudet etter brukernes ønsker. I tillegg registrerer feltpleien daglig kjønn, alder og hvor mye som dels ut av røykefolie og injeksjonsutstyr, og kan slik sett tilpasse tilbudet til brukergruppen relativt raskt. Videre har tildelingskontoret innhentet informasjon om hvordan brukerne opplever tjenestene de mottar. Dette er gjort gjennom korte telefonintervju med rundt 50 brukere.

Kommunen får ellers i noen grad tilbakemeldinger på tjenestilbudet fra de frivillige organisasjonene, pasient- og brukerombudet, samt bruker- og pårørende organisasjoner.

Virksomhet Psykisk Helse og miljøarbeid har ansatt en erfaringskonsulent. Erfaringskonsulenten er ansatt for å bidra inn med sine egne brukererfaringer på leder/stabsnivå i virksomheten. Erfaringskonsulenten jobber på systemnivå, og ikke direkte med brukere. Erfaringskonsulenten har fire hovedoppgaver; 1. *Styrke og videreutvikle tilbudet til de pårørende. 2. Samarbeid med frivillige organisasjoner. 3.Ansvar for informasjon utad og synliggjøre tjenestene. 4. Gjennomgå brukerundersøkelser.* Erfaringskonsulenten jobber med å styrke brukerperspektivet i kommunens tjenestetilbud og bidrar inn med brukererfaring på systemnivå. Det oppleves likevel av enkelte av respondentene som begrenset med direkte brukerrepresentasjon/medvirkning på systemnivå, og at kommunen ikke er flinke nok til å utnytte de ansattes erfaringer til å representere brukergruppens perspektiv.

Virksomhet Mestring og forebyggende tjenester har også ansatt erfaringskonsulenter med brukererfaring. Disse er ansatt ved Sidebygningen og jobber direkte med brukerne. Flere respondenter mener det er nyttig å ha erfaringskonsulenter på brukernivå.

I intervjuene fremkommer det at det fokuseres på brukermedvirkning i hverdagen og i tjenesteutøvelsen. Det varierer mellom tjenesteområdene i hvor stor grad brukermedvirkningen er satt i system på individnivå. Det er i hovedsak ikke etablert faste rutiner/prosedyrer for hvordan brukermedvirkningen på individnivå skal foregå i den enkelte tjeneste, utover ved formell tjenesteevaluering. I den enkelte tjeneste inkluderes brukerperspektivet i utformingen av tjenestene til den enkelte i varierende grad, og det er dels opp til den enkelte ansatte hvordan brukeren får påvirke tjenestene som tilbys. Det er også varierende hvordan brukermedvirkningen blir dokumentert.

Utvalgte eksempler på brukerinvolvering i tjenestene:

- ✓ I hjemmetjenesten er brukerne samarbeidspartnere for å forbedre tjenesten ved at brukere, pårørende og verger kommer med ønsker og innspill knyttet til brukerens tilbud. Dette brukes til å tilpasse tilbudet etter brukers behov og så langt det er mulig brukers ønsker. Eventuell tilpasning av tilbudet er avhengig av hjemmetjenesten sin kapasitet, om ønsket er faglig forsvarlig og om det er i tråd med hjemmetjenestens vurdering av behovet.
- ✓ Sidebygningen involverer brukerne i drift og utforming av tilbudet. Brukerne involveres gjennom jevnlige brukerstyremøter hvor brukergruppene er representert samt hovedgruppestyremøter med brukerrepresentanter fra alle hovedaktivitetstilbudene. Daglig leder (fast ansatt i virksomhet Mestring og forebygging) er tilstede i brukerstyremøtene noe som muliggjør umiddelbar respons og tiltak på bakgrunn av brukernes tilbakemeldinger.
- ✓ Innenfor avdelingene i tjenesteområdet rus og psykisk helse samt bemannede boliger innhentes brukersynspunkter dels løpende gjennom utøvelse av tjenestene og tilpasning til brukers behov, og mer systematisk gjennom evaluering av tjenestene. Det opplyses om at brukerne sine erfaringer inkluderes i det daglige arbeidet, og brukes for å gi best mulig tilpassede tjenester til den enkelte. I flere av intervjuene fremkommer det at de ansatte reflekterer rundt hvordan en skal møte brukerne best mulig. En respondent på ledernivå gir inntrykk av at det generelt er lite dokumentert brukermedvirkning i boligene. Det fremkommer fra en annen respondent at en av de bemannede

boligene ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse rettet mot beboerne for å utvikle tjenestene og sikre at de ansatte gir tjenester på rett nivå.

4.5 Vurderinger

Undersøkelsen har i hovedsak vært avgrenset til å se på hvilke rutiner kommunen har for å sikre samsvar mellom behov og tjenestetilbud for den enkelte bruker. Det er videre belyst hvorvidt ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren vurderer at det er samsvar mellom kommunens tjenestetilbud og brukergruppens behov.

Det er etablerte rutiner/prosesser for evaluering av tjenestetilbudet og brukernes behov. Dette gjøres av tjenesteutøver med rapportering tilbake til tildelingskontoret som eventuelt justerer vedtak. Det er en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom tildelingskontoret og utførervirksomhetene, med mulig unntak av vedtak på rusoppfølging som er i ferd med å bli iverksatt.

Hyppighet, omfang, innhold, kvalitet og dokumentasjon på evalueringene varierer. Etter vår vurdering er det en begrenset grad av systematikk rundt oppfølging av at evalueringer av tjenestetilbudet til den enkelte bruker er gjennomført i rett tid og at kvalitet og dokumentasjon er tilfredsstillende. Dette medfører at det kan være en rekke vedtak om tjenester som ikke blir evaluert i rett tid og i tråd med rutiner/prosedyrer.

Det er varierende grad av samsvar mellom brukernes behov og tjenestetilbudet. Hvorvidt det oppleves å være samsvar mellom tjenestetilbud og behov varierer blant respondentene i undersøkelsen. Virksomhetsleder for Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid oppgir at det i hovedsak er samsvar mellom behov og vedtatt tjenestetilbud. En rekke andre respondenter erfarer imidlertid at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom behov og tjenestetilbud på individ og gruppenivå. Manglende samsvar har flere ulike årsaker, deriblant feil i vedtak om tjenestetilbud, manglende ressurser (både fysiske ressurser og bemanning), endrede behov og manglende evaluering/endring av tilbud.

Revisjonens vurdering er at Tønsberg kommune har et bredt tjenestetilbud innen rus og psykisk helse, og at tjenestetilbudet er innrettet for å nå ulike brukere. Styrkingen av lavterskeltilbudet er særlig positivt og sørger for at kommunens tjenestetilbud blir mer allment tilgjengelig. Tjenestetilbudet har imidlertid noen svakheter som virker inn på om det er samsvar mellom behov og tjenestetilbud, herunder:

- ✓ Psykisk helsehjelp: Det er venteliste for å få psykisk helsehjelp fra kommunen. Grunnet begrenset kapasitet går det tid fra vedtaket om rett til psykisk helsehjelp treffes til tjenesten iverksettes.
- ✓ Ambulerende team: Tilbudet oppleves per dags dato ikke som tilfredsstillende. Det er behov for å styrke tilbudet, både kapasitetsmessig og kompetansemessig.
- ✓ Aktivitetstilbud: Det er lite aktivitetstilbud som er spesifikt innrettet mot rusmisbrukere som er ruset samt særlige ettervernstiltak/aktivitetstilbud for tidligere rusmisbrukere.
- ✓ Aktivitetstilbud til beboere i bemannede boliger: Beboere i bemannede boliger får ikke støttekontakt, noe som er med på å disse brukerne en mindre aktiv og meningsfull fritid. Sosialt samvær er tenkt å dekkes av boligens ansatte, men på grunn av begrensede ressurser er det utfordringer knyttet til dette. Det er også i liten grad lagt til rette for enkel deltagelse i fritidstilbud dersom beboerne ikke evner å benytte offentlig transport da boligene ikke selv har egne transportmuligheter og beboerne ofte ikke får innvilget TT-kort fra fylkeskommunen.
- ✓ Kommunale boliger: Venteliste på kommunale boliger grunnet mangel på boliger.
- ✓ Bemannende boliger: Til tider lang ventetid på bemannede boliger grunnet mangel på bemannende boliger. Det er behov for et mer differensiert boligtilbud for å møte brukergruppens behov. Dette gjelder både tilbud om boliger med ulik grav av omsorgsnivå og boliger for særlige grupper, særlig yngre kvinner, eldre med psykogeriatriske problemstillinger og ROP/tyngre brukere.
- ✓ Feltpleien har ikke tilknyttet legeressurser, noe som trolig ville styrket helsetilbudet til tyngre brukere.

Brukermedvirkning

Kommune har utarbeidet en kvalitetsstrategi for Helse og omsorg for perioden 2016 til 2019, og et av satsningsområde i perioden er å aktivt involvere brukere og pasienter i utviklingen og innretningen av tjenestene. Brukerne er blant annet representert i virksomhetenes og sektorens kvalitetsutvalg.

Kommunen har ikke gjennomført en samlet systematisk innhenting av synspunkter fra brukerne av tjenestene innen rus og psykisk helse de siste årene. Dette modifiseres imidlertid noe av at det er ansatt en erfaringskonsulent på stabsnivå i virksomhet psykisk helse og miljøarbeid.

Brukermedvirkning for den enkelte bruker på eget tjenestetilbud varierer mellom virksomhetene. Det fokuseres på brukermedvirkning på tjenestenivå, men det er i liten grad satt i system i form av rutiner og prosedyrer. Når det gjelder den enkelte brukers påvirkning på eget tjenestetilbud erfarer revisjonen at dette er opp til den enkelte virksomhet og den enkelte medarbeider som utøver tjenesten. Noen tjenester gjør dette relativt systematisk som et ledd i evalueringen, mens andre tjenester gjør det mer adhoc.

5. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

I dette kapittelet besvares undersøkelsens problemstilling 4 og 5: "I hvilken grad har Tønsberg kommune rutiner for å sikre at pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?" og "Oppfyller kommunen kravet om at tjenestemottakere som har rett til og ønsker individuell plan, får utarbeidet slike planer i henhold til regelverket?"

Revisjonskriteriene som er benyttet er sammenfattet i vedlegg 1. En oppsummering av de sentrale revisjonskriteriene relevante for de to problemstillingene belyst i dette kapittelet er:

- ✓ Kommunen skal legge til rette slik at den enkelte bruker får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.
  - Et helhetlig tjenestetilbud krever at de ulike tjenestene involvert i brukernes tjenestetilbud samarbeider. Det er tjenestenes ansvar å sørge for et helhetlig tilbud. Tjenestene skal koordinere sine tjenester slik at brukeren får en helhetlig og sammenhengende tjeneste.
  - Kommunen har ansvar for å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere.
- ✓ Individuell plan
  - Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan.
  - Kommunen skal, dersom bruker ønsker det, utarbeide en individuell plan. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud til den enkelte.
  - Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator, uavhengig av om bruker har individuell plan.
  - Kommunen skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov blir tilbudt en individuell plan og en koordinator, samt at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

Første del av kapittelet omhandler hvordan kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet. Vår vektlegging har vært på prosedyrer og rutiner kommunen har for samhandling. Faktisk samhandling med andre aktører og de ansattes opplevelse av samarbeid er også til en viss grad inkludert. Andre del omhandler bruk av individuell plan. Tredje del er KPMGs vurderinger.

5.1 Samarbeid for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

For å sikre et godt tjenestetilbud til pasienter og brukere er det viktig at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert. Dette innebærer at ulike tjenesteytere må samarbeide og samhandle internt i kommunen, både internt mellom avdelinger og tjenester i virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og mellom ulike virksomheter innen helse og omsorg. Det kan også være behov for samarbeid med andre tjenesteytere innad i kommunen, eksempelvis det kommunale NAV og Tønsberg kommunale eiendom, samt med tjenesteytere utenfor kommunen, som fastlege, spesialisthelsetjenesten og private aktører.

5.1.1 Samarbeid på tjenestenivå i helse og omsorgssektoren

Tønsberg kommunes tilbud til innbyggere over 18 år innen rus og psykisk helse er i hovedsak organisert under kommunaldirektøren for Helse- og omsorg. Tjenestene tilbys i hovedsak av virksomhet psykisk helse og miljøarbeid. Organiseringen er beskrevet nærmere i kapittel 3.

Som beskrevet i kapittel 4 har tildelingskontoret ansvar for å ta imot og behandle søknader om helse- og omsorgstjenester. Tildelingskontoret står i hovedsak selv for kartlegging av behov, ved behov tar de direkte kontakt med tjenesteyter eller andre som kjenner pasienten/brukeren. På bakgrunn av kartleggingen fattes det vedtak om tjenesteinnhold og omfang. Tildelingskontoret har ukentlige faglige nettverksmøter hvor faglige problemstillinger diskuteres. Dette kan eksempelvis være

behovsvurderinger og utmåling av vedtak. De faglige nettverksmøtene er ledd i arbeidet med å sørge for erfaringsutveksling og bidra til likebehandling

Tønsberg kommune hadde frem til våren 2018 et tildelingsutvalg i regi av tildelingskontoret.[12] Tildelingsutvalget håndterte saker som omfattet brukere innenfor psykisk helse og rus, og bestod av virksomhetsledere fra helse og omsorg. Av mandatet fremgikk det at målet med utvalget var å samordne og sikre tildeling av tjenester i henhold til BEON prinsippet[13] og sikre en effektiv utnyttelse av kommunens ressurser. Utvalget skulle kun behandle saker som ble vurdert å være kostnadskrevende og komplekse. Det var saksbehandlerne ved tildelingskontoret som var ansvarlig for å vurdere behov for behandling av saker i tildelingsutvalget. Tildelingsutvalget er nå erstattet av koordinerende enhet.

Tildelingskontoret leder og drifter koordinerende enhet (KE). Koordinerende enhet består av virksomhetslederne, jurist fra tildelingskontoret og kommuneoverlegen. Enheten møtes annenhver uke. På agendaen står diskusjon av utfordrende saker som er meldt opp av tildelingskontoret og avdelingene. Det er i hovedsak enkeltsaker som behandles, men det er også rom for å løfte mer generelle problemstillinger. Det har vært mye fokus på saker innen rus og psykisk helse. Eksempler på saker er tjenestetilbud, tildeling av bolig, beste botilbudet for en bruker med mer. Tildelingskontoret er ansvarlig for utredningen av behovet til den enkelte bruker, men beslutter ikke nødvendigvis alene hvilket tilbud som skal gis. Koordinerende enhet kaller ofte inn personer (inkludert pårørende) som kjenner den aktuelle brukeren for å opplyse saken best mulig før beslutninger fattes.

Helse og omsorg har et overordnet kvalitetsutvalg. Formålet til kvalitetsutvalget er å være et rådgivende organ for rådmann/kommunaldirektør i saker som omhandler kvalitet i helse- og omsorgstjenestens kjernevirksomhet. Kvalitetsutvalgets hovedoppgave er å være pådriver for kvalitetsforberedende tiltak og ha oversikt over data som gjelder pasientsikkerhet og kvalitetsavvik. Utvalget skal også etterspørre og bidra til samhandling internt i kommunen, og mot eksterne samarbeidspartnere. Det er også etablert kvalitetsutvalg innenfor den enkelte virksomhet.

Det er etablert faste samarbeidsmøter mellom virksomhetene organisert under helse og omsorg. Ifølge kommunen har de følgende faste samarbeidsmøter:

- ✓ Kommunaldirektøren har ukentlige ledermøter med virksomhetslederne. Møtene benyttes til samhandling på overordnet nivå, deriblant når det gjelder større saker innen rus og psykisk helse. Kommunaldirektørens erfaring er at ledermøtene er en hensiktsmessig arena for overordnet samhandling.
- ✓ Koordinerende enhet innen helse- og omsorg har møte hver 14. dag. Formålet er å løse krevende saker og foreta prioriteringer.
- ✓ Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og tildelingskontoret har "vurderingsteam"-møter hver 14. dag. I disse møtene er agendaen informasjonsutveksling, drøfting av konkrete brukersaker, tildeling og generelle problemstillinger. Målet er å samordne og sikre tildeling av tjenester inkludert bolig i henhold til BEON prinsippet og sikre en effektiv utnyttelse av kommunes ressurser.
- ✓ Helsestasjonen for rusavhengige, feltpleien, har et fellesmøte med rehabiliteringsavdelingen en gang i uken. Her tar en opp nye brukere, behov for veiledning og oppfølging av enkelte brukere.

Når det gjelder samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne knyttet til den enkelte bruker er dette i hovedsak basert på opplevd behov. Det er ikke etablert faste rutiner for samarbeid eller for hvordan samhandlingsbehov skal identifiseres. For brukere med IP og med koordinator uten IP vil dette imidlertid være en av koordinators oppgaver.

[12] Nedleggelse av tildelingsutvalget er opplyst fra virksomhetsleder for Psykisk helse og miljøarbeid.

[13] BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå): Helsetjenester som forebygging, omsorg og behandling skal ytes på det mest effektive omsorgsnivået, både for bruker og tjenesteyter.

Opplevelse av samarbeidet

Respondentene på overordnet nivå i virksomhet psykisk helse og miljøarbeid forteller at det er mye fokus på koordinering av tjenestene og kunnskap om andre tilbud. Det er også i større grad enn tidligere fokus på samarbeid mellom de ulike tjenestene.

Kommunens tjenester innen psykisk helse og rus er og har vært under omorganisering. Formålet med omorganiseringen var å redusere fragmenteringen av tjenestene ved å samle en stor del av tjenestene i samme virksomhet. Det går frem av intervju at en ikke er i mål med å implementere denne omorganiseringen. I følge virksomhetsleder er det for tidlig å svare på om omorganiseringen bidrar til et mer helhetlig tjenestetilbud, da omorganiseringen ikke har fått virke fullt ut. Flere opplever at dagens organisering i større grad legger til rette for å tilby gode tjenester til brukerne. Tjenestetilbudet oppgis av flere respondenter fremdeles å være dels fragmentert, eksempelvis ved at det skilles mellom samtaler og praktisk hjelp, behandling/samtaler og medisinering mv. Tjenestetilbudet til tyngre brukere oppgis også å være fragmentert, og det er behov for utstrakt samarbeid mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid ved avdelingen som har ansvar for boligen i Stoltenberggata og hjemmetjenesten. Samarbeidet fungerer imidlertid godt.

Flere respondenter opplever at det er vanskelig å holde oversikt over tilbudene innen rus og psykisk helse. Dette gjelder også til dels innen samme virksomhet. Det etterlyses at avdelingene kan bli flinkere til å informere om hverandres tilbud. Pasient- og brukerombudet i Vestfold mener det er vanskelig å følge med på omorganiseringene i kommunen. Ombudet har grunn til å tro at det også kan være vanskelig å holde oversikt over det kommunale tilbudet ("de hemmelige tjenestene") også for tjenesteytere internt i egen kommune. Ombudets erfaring, fra tilbakemeldinger fra pasienter, er at fastlegene er en viktig tjenesteyter som ikke har full oversikt over det kommunale tilbudet. Det påpekes at dette ikke er spesielt for Tønsberg kommune.

I følge tildelingskontoret er det internt blitt en større utfordring å skille mellom tjenestene, sammenlignet med tidligere, etter de siste omorganiseringene. Det fremstår noe uklart hvem som gjør hva. Det fremgår av intervju at det tidvis er vanskelig å avgjøre hvilke avdelinger som skal gi brukerne tjenester. Dette har blitt bedre etter at en har fått jevnlige tildelingsmøter mellom de ulike avdelingene med tjenester innen rus og psykisk helse og fagansvarlige ved tildelingskontoret.

Bestiller-utfører modellen som Tønsberg kommune har valgt vurderes ulikt av informantene i undersøkelsen. En del, særlig i hjemmetjenesten, er godt fornøyde og opplever at modellen fungerer godt. Andre informanter opplever at bestiller-utfører modellen er mindre hensiktsmessig. Det pekes blant annet på at vedtakene dels er veldig spesifikke vedtak og lite fleksible, vedtakene ikke stemmer overens med behov og at svingende behov hos bruker ikke er forenelig med vedtakene med mer. Samarbeidet med tildelingskontoret oppleves som godt av hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten fremhever også at det er lett å få endret vedtak. Samarbeidet mellom Tildelingskontoret og nå virksomhet psykisk helse og miljøarbeid har vært mer varierende, men det oppgis at dette er i bedring etter at det satt i verk samarbeidstiltak.

Det er i begrenset grad utarbeidet rutiner og prosedyrer for samhandlingen på tjenestenivå innen helse- og omsorg utover samhandling på overordnet nivå og strategisk nivå. Dette gjelder i hovedsak mellom de fleste tjenestene med unntak av tildelingskontoret. For mange av tildelingskontorets oppgaver er det utarbeidet faste rutiner og prosedyrer som beskriver samhandlingsrutinene, oppgaver og ansvarsfordeling. På tjenestenivå i helse og omsorg samhandles det mellom ulike avdelinger avhengig av brukernes behov.

Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid samarbeider mest med andre virksomheter innenfor helse og omsorg som tildelingskontoret, hjemmetjenesten og mestring og forbyggende tjenester. Det samarbeides også med Tønsberg kommunal eiendom og frivillige aktører. Det opplyses at psykisk helse og miljøarbeid har samhandlingsavtaler og prosedyrer for samhandling med de fleste de samarbeider med, disse har imidlertid ikke blitt oversendt revisjonen slik at dette ikke kan verifiseres.

Fra intervju går det frem at det samarbeides mye mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og tildelingskontoret på brukernivå, ved at ansatte i tjenesten har møte om brukere med saksbehandler som er ansvarlig for den aktuelle brukeren. Det fremgår også at det har vært en prosess for å bedre

samarbeidet mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og tildelingskontoret, blant annet gjennom etablering av faste møtearenaer med videre.

Respondentene har ulikt syn på hvor godt samarbeidet internt i helse og omsorg fungerer. Noen opplever at samarbeidet internt i avdelingene er godt, men at det fremdeles er mindre samarbeid på tvers av avdelinger og mellom virksomhetene under helse og omsorg. Andre opplever at samarbeidet med andre enheter i kommunen rundt brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse ikke er godt nok, og at samarbeidet internt i kommunen er krevende. Det er imidlertid en generell opplevelse av at samarbeidet og koordineringen har blitt bedre. Pasient- og brukerombudet erfarer at det ofte er manglende samarbeid både mellom nivåer og internt i kommunen.

Innenfor bolig samarbeides det mest med andre tjenester på brukernivå og etter behov. Respondentene fra bolig forteller om et godt samarbeid med tildelingskontoret. En har ikke skriftlige rutiner for samhandling, men dette fungerer gjennom kommunikasjon og ansvarsgruppemøter. Videre fremgår det fra intervju som ulikt hvor mye boligene samarbeider med andre aktører, og hvilket behov de ser for ytterliggere samarbeid. En av respondentene mener at de har et hensiktsmessig nivå på samarbeidet med andre, mens en annen bemerker at det er en silotankegang som i liten grad legger opp til samarbeid. Det samarbeides lite mellom boligene utover om enkeltbrukere.

Det oppleves som en utfordring at det ikke er god oversikt over hvilke tjenester den enkelte bruker mottar. I intervjuer og fokusgrupper fremkommer det at de som arbeider direkte med brukerne opplever at en i begrenset grad samarbeider og har innsyn i hverandres tjenester. Flere informanter oppgir at viktig informasjon omkring brukerne ikke blir delt mellom de ulike virksomhetene. Respondentene erfarer at det er viktig å dele informasjon slik at en får så gode og tilpassede tjenester som mulig. Det presiseres at en ikke trenger eller ønsker å vite alt om brukeren, men at det utfordrende at en ikke får den nødvendige informasjonen for å gi brukeren gode tjenester. Hjemmetjenesten opplever blant annet at de mangler innsynsmuligheter i brukernes journaler, noe som trengs for å kunne gi brukeren bedre bistand. For hjemmetjenesten og sidebygningen er det for eksempel uklart hvor en skal henvende seg og til hvem ved utfordringer utover det den aktuelle tjenesten skal ta tak i. Et av funnene i fylkesmannens tilsyn omhandlet også manglende journaltilgang på tvers av virksomheten, og det er satt i gang tiltak for å utbedre dette.

Flere respondenter savner samhandlingsfora for de ansatte i de ulike tjenestene som jobber på brukernivå. Slike fora kan brukes for å bedre samarbeidet mellom tjenesteyterne og koordinere arbeidet med brukerne.

Ambulerende team trekkes frem av flere som et tilbud med mangler og hvor det er vanskelig å oppnå et godt samarbeid. Det fremstår som dels uavklart hva det ambulerende temaet skal gjøre, ressurser og åpningstider på tilbudet. Det legges opp til å styrke det ambulerende teamet samt styrke samarbeidet mellom det ambulerende teamet og de øvrige tjenestene under helse og omsorg. Virksomhetsleder opplyser at koordinator og avdelingsleder for ambulerende team har begynt å delta i de ukentlige fordelingsmøtene med tjenesteområdene i Rus og psykisk helse. Hensikten med fordelingsmøtene er fordele nye saker og brukere samt eventuelt omfordele eksisterende oppgaver.

5.1.2 Samarbeid med andre kommunale aktører

Helse- og omsorg samarbeider med det kommunale NAV og Tønsberg kommunale eiendom om deler av boligtilbudet til brukere med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Det er ikke oversendt rutiner for samhandling mellom virksomheter innen Helse- og omsorg og NAV Tønsberg og Tønsberg kommunale eiendom. Det er således uklart om dette eksisterer.

Fra intervju og dokumentanalyse går det frem at:

- ✓ NAV Tønsberg har ansvaret for å sørge for midlertidig bolig for bostedsløse som ikke klarer det selv, flere av disse har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Disse har vanskeligheter med å etablere seg i det private utleiemarkedet og har behov for kommunale boliger. Imidlertid blir brukerne blir ofte værende over tid i midlertidige boliger da kommunen har knapphet på kommunale utleieboliger.

- ✓ Tønsberg kommunale eiendom har ansvar for å tildele kommunale utleieboliger til de som ikke har behov for bolig.[14] De er således ansvarlig for å tildele boliger til personer med psykiske helse- og/eller rusproblematikk som ikke har behov for bemannet boliger. Både beboere i ordinære kommunale boliger og i bemannende boliger har leiekontrakt med Tønsberg kommunale eiendom. Når det gjelder Tønsberg kommunale eiendom, som har ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av kommunens bygningsmasse, hadde det fra virksomhet psykisk helse og miljø arbeid vært ønskelig med et bedre samarbeid enn i dag.

Det er etablert faste samarbeidsmøter/møtearenaer mellom helse og omsorg og enkelte andre aktører. Ifølge kommunen har de følgende faste samarbeidsmøter på tvers av sektorene når det gjelder området rus og psykisk helse:

- ✓ Det jobbes aktivt med å forbedre samarbeidet mellom NAV og Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid. Det er etablert et samarbeidstiltak ved at veileder fra NAV har en halv dag kontortid hos Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid. Hensikten med tiltaket er å øke tilgjengelighet, samarbeid og kompetanseoverføring mellom virksomhetene.
- ✓ Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid møter NAV, Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen hver annen måned. I disse møtene er informasjon om endringer, drøfting av generelle problemstillinger og prinsippsaker på agendaen.

Tildelingskontoret er ansvarlig for å tildele helse- og omsorgstjenester til personer bosatt i kommunale boliger, enten disse er midlertidige eller permanente. Ulike avdelinger i helse og omsorg har ansvar for å utøve helsehjelp til brukere med psykisk helse- og rusproblematikk bosatt i kommunale boliger. Dette gjøres uten at det er noe samarbeid med NAV eller Tønsberg kommunale eiendom. Hjemmetjenesten tilbyr hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp, der en eksempelvis bistår med medisiner, stell, praktisk bistand og sosialt samvær. Ambulerende team gir praktisk bistand og arbeider med målrettet miljøarbeid. Teamet utøver tjenester som praktisk rådgiving, veiledning og bo-trening. Tilbudet gis på dagtid og kveld hele uken. Hensikten med tjenesten er at brukere skal klare seg uten bemannede boliger.

Kommunen samarbeider også med NAV om lavterskeltilbudet Brobygger'n. Her får personer under 30 år med psykiske og eller rusutfordringer bistand til å komme ut i aktivitet, ordinært arbeid eller å gjenoppta utdanningen sin.

5.1.3 Samarbeid med andre aktører

Fastlege og spesialisthelsetjenesten

Basert på foreliggende opplysninger fra kommunen er det ikke utarbeidet konkrete rutiner for samhandling mellom kommunen ved virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og fastlegene.

Kommunen har en rekke ulike samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Avtalene er i hovedsak etablert med virkning fra 2012, men de fleste er evaluert og revidert i 2015 og 2016. Det er i tillegg i ferd med å etableres en ny delavtale som berører rus og psykisk helse. Formålet med den overordnede samarbeidsavtalen er å "konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.". Avtalen angir overordnede samarbeidsformer. Den overordnede avtalen suppleres av ulike delavtaler. Avtalene har klart definerte formål, og beskriver roller, ansvar og oppgaver for samarbeidspartene. For rus og psykisk helse er følgende delavtaler ifølge kommunen særlig relevante;

- ✓ Delavtale om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- ✓ Delavtale med retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

[14] Orientering om boligplan rus og psykisk helse

- ✓ Delavtale om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Her går det blant annet frem at kommunen har ansvar for å etablere et system for mottak av meldinger fra spesialisthelsetjenesten, delta i ansvarsgruppemøter dersom behov samt tilrettelegge for overføring til kommunen når pasienten er utskrivningsklar. Kommunen har videre ansvar for å vurdere hvilke tjenester pasienten skal motta fra kommunen etter utskriving, herunder fatte vedtak og iverksette tjenestene.

Det kommer frem av intervjuer at kommunen opplever at det er god samhandling med spesialisthelsetjenesten på overordnet nivå. I følge virksomhetsleder er det utfordringer i forhold til samarbeid med spesialisthelsetjenestene når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Som en del av samhandlingsreformen skal kommunene fra 1.1.2019 betale for utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Kommunen er bekymret for kapasiteten, selvom de oppgir å klare å ta imot pasientene. Kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten forventer mer av kommunen enn den har mulighet til å gi. Dette oppleves å være en større utfordring innen rus og psykisk helse enn somatikk. Kommunen opplever det også som noe uklart hva som forventes av kommunen, og at forventingene til kommunene er høyere enn hva hjemmelsgrunnlag (eks. tvang) legger til rette for. Det oppleves som særlig krevende at kommunen har et annet regelverk å forholde seg til enn spesialisthelsetjenesten, blant annet knyttet til tilbakeholdelse av brukere. Kommunen har etterspurt erfaringstall slik at man kan være i forkant og forberede seg, men spesialisthelsetjenesten har ikke nødvendig tallgrunnlag tilgjengelig.

Samhandlingsreformen oppleves som krevende for kommunen. Det er en økende brukergruppe med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse og som har behov for og ønske om å benytte kommunens tjenester. Som en del av samhandlingsreformen skal disse helst få et tilbud i kommunen der dette er mulig. Det er også et økende press på de kommunale tjenestene ved at de som har behov for behandling innen spesialisthelsetjenesten kommer tidligere tilbake til kommunene, og at de ofte har mer sammensatte og krevende behov enn tidligere. Dette stiller høyere krav til kommunens tjenester.

Av intervjuene fremkommer det at det er samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten på brukernivå ved behov. Behovet for samordning oppstår når den enkelte bruker har behov for bistand fra fastlege og fra spesialisthelsetjenesten, og ved utskrivning til kommunehelsetjenesten. På brukernivå oppleves det at dette samarbeidet i hovedsak fungerer godt.

En samarbeider særlig tett med spesialisthelsetjenesten om krevende brukere og brukere som er underlagt tvang og tvunget helsevern. Disse brukerne har oftest strenge rutiner som er utformet i samråd med spesialisthelsetjenesten. Brukerne blir sendt videre til spesialisthelsetjenesten dersom de kan utgjøre en sikkerhetsrisiko. Ved permisjoner og tilbakeføring til kommunen er det utstrakt dialog mellom kommunens tiltak og spesialisthelsetjenesten, blant annet knyttet til regler, grenser og kriseplaner.

Feltpleien under virksomhet psykisk helse og miljøarbeid samarbeider med spesialisthelsetjenesten når det gjelder et prosjekt vedrørendeforebygging, identifisering og behandling av hepatitt C. Det er ikke opplyst om det foreligger noen samarbeidsavtale for prosjektet. Tønsberg kommune ved Feltpleien er også en del av det nasjonale overdosenettverket. Her har de ansatte i nettverket samtaler om temaet overdoseforebygging og informerer hverandre om forhåndsregler knyttet til rusbruk. Feltpleien tilby også overdoseundervisning for ulike tjenesteytere innen rusomsorgen.

Pasient- og brukerombudet erfarer at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke alltid er godt nok, særlig ved utskrivning og overføring. Noen pasienter opplever at det er et gap mellom tilbudet i spesialisthelsetjenesten og i kommunen og opplever det som vanskelig å gå fra døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten til samtaletilbud i kommunen. Når pasienter i disse brukergruppene blir skrevet ut av og kommunen overtar ansvaret sykehus er pasientene i en sårbar fase. Ombudet har erfaring fra konkrete saker der pasientene har måttet vente uforholdsmessig lenge før faktisk oppstart av tilbud etter utskriving og overføring til kommunen.

Private og frivillige aktører

Kommunen kjøper institusjonstjenester fra Farmannshjemmet, kjøpet er regulert i en kontrakt mellom kommunen og Frelsesarmeen. Virksomhet psykisk helse og miljøarbeidet er ansvarlig for å forvalte og følge opp kontrakten fra kommunens side. Det er etablert en samhandlingsprosedyre som tar for seg viktige elementer i samhandlingen mellom de involverte virksomhetene; Farmannshjemmet, virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid og virksomhet tildeling helse og omsorgstjenester. Den signerte avtalen

mellom partene fastsetter hva som er kommunens og Frelsesarmeens ansvarsoppgaver. Kommunen skal føre tilsyn med brukernes behov for helsehjelp. Helsehjelp blir gitt av hjemmetjenesten. Farmannshjemmet har ansvar for legemiddelutlevering, med unntak av LAR-medisiner og A-preparater, som hjemmetjenesten har ansvar for. Farmannshjemmet skal varsle tildelingskontoret om behov for helsehjelp og bistå brukerne med kontakt med fastlege. Partene skal avholde samarbeidsmøter etter avtalt møteplan. Det opplyses at samarbeidet med Farmannshjemmet fungerer tilfredsstillende

Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid samarbeider ellers med frivillige organisasjoner som Frelsesarmeen og Kirkens bymisjon om tjenestetilbudet til brukerne. For eksempel er det etablert gatefotball sammen med Frelsesarmeen, fredagscafe med mer. Samarbeidet oppleves å være godt.

Det er etablert faste samarbeidsmøter mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og NAV, Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen hver annen måned. I disse møtene er informasjon om endringer, drøfting av generelle problemstillinger og prinsippsaker på agendaen.

5.2 Individuell plan

Individuell plan (IP) er en betegnelse som brukes om en plan som viser mål, ressurser og behov for brukere/pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester fra det offentlige. Formålet med planen er at brukerens behov settes i sentrum uavhengig av tilbud og tilbydere på tjenestesiden. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en IP. Planen skal bare utarbeides dersom personen selv ønsker det. Pasientens og brukerens mål skal være utgangspunktet for IPen. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Initiativet til å utarbeide en IP kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.[15]

5.2.1 Fylkesmannens tilsyn

Fylkesmannens systemrevisjon våren 2018 konkluderte med at kommunen ikke oppfyller plikten til å utarbeide individuell plan (IP) for brukere med samtidige rus- og psykiske lidelser. I 23 av 25 gjennomgåtte journaler fremkom det at brukeren ikke har individuell plan. Fylkesmannen pekte blant annet på at det ikke framgikk tydelig hvorvidt grunnen til dette var at bruker ikke ønsket dette. Videre var det sjeldent at andre behandlingsplaner kompenserte for manglende IP. I tilsynet ble også pekt på at ikke alle ansatte som har ansvar for IP har fått opplæring i kommunens nye IP-system. Videre at IPen kun er tilgjengelig for deltagerne og ikke for andre ansatte som følger opp brukeren ved at planen ikke ligger i pasientjournalen.

Kommunen har varslet følgende tiltak for å følge opp avvikene: Alle ansatte som har ansvar for IP skal få grunnopplæring i systemet, i tillegg vil det være tilgjengelig ressurspersoner som kan bidra med veiledning og opplæring. Videre skal alle brukere i psykisk helse- og rustjenesten gjennomgås, og det skal vurderes behov for IP, sikre korrekt IPLOS-registrering av om IP ikke er ønsket og journalføring av IP i pasientjournalen (frem til dette er mulig elektronisk vil IP scannes og legges inn i journalen). Tiltakene iverksettes i løpet av 2018.

5.2.2 Kommunens rutiner for å utarbeide individuell plan

Det er utarbeidet et prosedyredokument for individuell plan (IP) og for IP-utvalget. Prosedyren skal sikre at brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester får IP. Videre skal rutinen sikre at tjenestetilbudet er individuelt tilpasset, at planarbeidet koordineres og at det oppnevnes koordinator. Alle virksomheter innenfor helse- og omsorgsområdet er omfattet av prosedyren. Prosedyren beskriver at alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, og at alle skal tilbys koordinator uavhengig av om pasient/bruker ønsker individuell plan.

Prosedyren beskriver at det er virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester som fatter vedtak om individuell plan, videre hvordan de skal håndtere søknader om individuell plan. Saksbehandler skal vurdere søknaden og skrive vedtak om IP. I følge tildelingskontoret tar de kontakt med tjenesteutfører når de vurderer at det er hensiktsmessig for brukere med IP. Ansvarlig virksomhet for IP informeres om ny IP er tildelt virksomheten og at de har ansvaret for å utarbeide IPen. Om det er uklart hvem som skal

[15] Informasjon hentet fra nettsiden til Helse Norge med flere

ha ansvar for utarbeidelse av individuell plan diskuteres dette i koordinerende enhet. Om det vurderes å gi avslag på søknad om IP sendes saken videre til kommunens IP-utvalg.

Prosedyren omtaler hvilke saker som skal behandles i IP-utvalget (er underordnet koordinerende enhet). IP-utvalget skal avklare hvilken virksomhet som skal være ansvarlig for opprettelse og oppfølging av IP, utnevnelse av koordinator (der dette ikke er opplagt), behandle søknader om IP der avslag vurderes, fatte vedtak i klagesaker samt vurdere og behandler saker som dreier som overgang fra barn til voksen når bruker har hatt IP.

Prosedyren beskriver også, på et overordnet nivå, hva som er ansvaret til IP-koordinator og til koordinator for brukere uten individuell plan men med behov for koordinator. Foruten å orientere brukeren om utnevnelse av koordinator skal koordinatoren sikre nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, inkludert samordning av tjenester.

Det er ikke utarbeidet rutiner eller prosedyrer som gir ytterligere veiledning og retningslinjer for hva en individuell plan skal inneholde og hvordan individuell plan skal brukes.

Kommunen har holdt opplæring i systemet som benyttes for utarbeidelse av IP (ACOS-IP) for ansatte. Forbedringsteamet har gitt praktisk bistand ved opprettelsen av individuell plan på forespørsel for enkelte ansatte.

Alle relevante aktører skal samarbeide ved utarbeidelse av individuell plan. Eksempelvis går det frem av avtalen med Farmannshjemmet at de skal medvirke til utforming av individuell plan, når kommunen etterspør dette, og at Farmannshjemmet kan bli innkalt til ansvarsgruppemøter for pasienter og brukere som har individuell plan.

Kommunen har opprettet et IP-forum som har som formål å sikre økt fokus og fremdrift på arbeid med individuell plan i kommunen. IP-forumet skal møtes hver 2. måned og er sammensatt av representanter for de ulike virksomhetene innen helse og omsorg. Mandatet er å være et samarbeids- og rådgivende organ knyttet til IP, fremme økt forståelse for bruk av IP som arbeidsverktøy, sørge for nødvendig opplæring i bruk av ACOS-IP, utarbeidelse og oppfølging av IP og koordinatorrollen.

5.2.3 Rutiner for å få oppnevnt en koordinator

I prosedyredokument for individuell plan (IP) og for IP-utvalget fremkommer det at alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator uavhengig om de ønsker individuell plan. Prosedyren beskriver på et overordnet nivå hva som er ansvaret til koordinator for brukere uten individuell plan men med behov for koordinator. Foruten å orientere brukeren om utnevnelse av koordinator skal koordinatoren sikre nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, inkludert samordning av tjenester. Kommunen er i ferd med å utarbeide en rollebeskrivelse for koordinatorrollen, denne er imidlertid ikke oversendt revisjonen.

Det går frem av journaldokumentasjon og intervjuer at den enkelte bruker som hovedregel får oppnevnt en primærkontakt. Eksempelvis får alle beboere i bemannede boliger utnevnt en koordinator - den enkelte bruker følges gjerne opp av et team, som består av både koordinator og primær-/sekundærkontakt. Det fremstår som avklart for respondentene fra boligene hva som inngår i koordinatorrollen. Koordinator er gjerne ansvarlig for å kalle inn og følge opp ansvarsgruppemøter, mens primærkontakten i større grad har den daglige oppfølgingen som å utarbeide aktivitetsplan, samarbeide med verge, etc. I hjemmetjenesten har alle brukere et team som er ansvarlig for den enkelte. Det er planlagt å gå fra team til primærkontrakt for brukeren, hensikten er å sikre et klarere ansvarsforhold rundt brukeren. Primærkontrakten vil i praksis fungere som en koordinator uten IP. Hjemmesykepleien har laget en egen beskrivelse for hva det innebærer å være primærkontakt for bruker.

5.2.4 Bruk av individuell plan

Det går frem av gjennomførte intervjuer og innsamlet statistikk at Tønsberg kommune i liten grad benytter individuell plan for brukere innen rus- og psykisk helse.

Tjenesteområde	Antall brukere pr 12.10.2018	IP pr 12.10.2018
Lavterskel gruppe	20	1
Psykisk helsetjeneste	230	5
Rustjeneste	205	3
Oppfølgingstjeneste	54	3

Tabell. Oversikt over brukere med IP innenfor tjenesteområder rus og psykisk helse per 12.10.2018.

Tabellen over viser at det er en svært liten del av brukerne av de ulike tjenestene som har IP innenfor tjenesteområdet rus og psykisk helse pr oktober 2018. Dette opplyses i intervju å også være tilfellet for beboere i bemannede boliger. Pasient og brukerombudet erfarer at mange av brukerne innenfor rus og psykisk helse ikke har individuell plan, dette gjelder blant annet mange som er i LAR-behandling (legemiddelassistert rehabilitering).

Årsakene til at IP i liten grad brukes for denne brukergruppen fremstår som varierte. Brukere må selv si ja til IP for at verktøyet skal bli tatt i bruk. Det opplyses av flere at en del brukere ikke ønsker IP selv om de kan ha behov for dette. Årsakene oppgis blant annet å være at IP oppfattes som omfattende og unødvendig. Det går også fram av intervjuer at brukere som er i aktiv rus, gjerne ikke ønsker at det skal være samarbeid mellom tjenestene.

IP kan iverksettes på forespørsel fra brukeren, men det kan like gjerne være kommunens personell som tar initiativ til bruk av IP. Inntrykket er at kommunens ansatte ikke har gode nok rutiner for å tilby brukerne IP. Flere av respondentene som arbeider opp mot brukergruppen vurderer at IP-verktøyet ikke nødvendigvis passer for brukergruppen, både når det gjelder utformingen av selve IPen og at utarbeidelsen må gjøres elektronisk. Videre at det er et lite hensiktsmessig verktøy for brukergruppen. Flere oppgir at kommunen må bli flinkere til å selge inn IP til brukerne. Pasient og brukerombudet mener en mulig årsak til liten bruk av individuell plan er at IP blir sett på som for byråkratisk og at det er underliggende motstand mot å bruke det hos de ansatte som jobber med brukergruppen. Dette er i tråd med våre observasjoner fra datainnsamlingen. Flere respondenter fremhever imidlertid at IP kan være hensiktsmessig for å sette samarbeid i system og sikre samhandling. Det oppleves imidlertid at mange i brukergruppen ikke har behov for utstrakt koordinering av tjenester. Enkelte respondenter opplever også et behov for tydeliggjøring rundt hva IP innebærer.

Bruk av behandlingsplan med mål fremheves av mange informanter som sidestilt med bruk av IP og som mer hensiktsmessig i oppfølgingen. Fylkesmannens tilsyn avdekket at dette ikke var tilfellet. Som et ledd i oppfølgingen av tilsynet har psykisk helse- og rustjeneste besluttet å ta i bruk behandlingsplan for alle brukere som får individuell oppfølging over tid. Planen skal foreligge uavhengig om bruker har vedtak om tjenesten. For brukere med vedtak blir planen en utdypning av mål og tiltak som fremkommer i vedtaket. I følge planen som er sendt Fylkesmannen skal det utarbeides en mal for behandlingsplan og prosedyre med sjekkliste for tidspunkt og innhold i evalueringen. Innføring av behandlingsplan vil først skje fullt ut i 2019.

Gjennomgang av to "typiske" individuelle planer viser at planene er svært enkelt utformet. Det fremgår hvem som har hvilke roller knyttet til brukeren, og det fremgår hovedmål, delmål og konkrete aktiviteter. IPen skal evalueres etter 1 år.

5.3 Vurderinger

Revisjonens overordnede vurdering er at det skjer mye godt arbeid innen rus og psykisk helse i Tønsberg kommune. Kommunens tjenester innen rus og psykisk helse er fremdeles under omorganisering, og ny organisering har ikke fått tid til å sette seg. Det har vært en positiv utvikling, men det er imidlertid fremdeles et forbedringspotensial når det gjelder å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud. Dette gjelder blant annet samhandling mellom de ulike tjenestetilbyderne, både når det gjelder rutiner og prosedyrer og når det gjelder faktisk samhandling, informasjon om tjenestetilbud og bruk av individuell plan.

Vi vurderer at Tønsberg kommune har mange faktorer på plass for å kunne gi hver enkelt bruker et helhetlig og koordinert tilbud:

- ✓ Ny organisering har redusert fragmenteringen av tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse ved at størstedelen av tjenestetilbudet er samlet i et eget tjenesteområde under Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid
- ✓ Tildelingskontoret har en overordnet oversikt over tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Det fattes vedtak på samtlige helse- og omsorgstjenester (utover lavterskeltilbudet), noe som sikrer en god oversikt over den enkelte brukers tjenester. Tildelingskontorets prinsipp om enhetlig saksbehandling styrker muligheten for god overordnet oversikt over den enkeltes tjenestetilbud.
- ✓ Det er etablert flere faste fora for beslutningstagning, samhandling og samarbeid; eksempelvis koordinerende enhet og vurderingsteam. Samarbeidet på overordnet nivå oppleves å fungere godt, og oppleves av mange som styrket.

Det er imidlertid revisjonens oppfatning at det samtidig er et forbedringspotensial på flere områder for å kunne gi den enkelte bruker et helhetlig og koordinert tilbud:

- ✓ Kommunens tilbud innen rus og psykisk helse fremstår fremdeles som noe fragmentert for enkelte brukergrupper. Dette gjelder blant annet aldersinndelingen når det gjelder tjenester innenfor området. Det er også et skille mellom ulike typer tjenester samtaler/behandling og medisinering, samtale/behandling og praktisk bistand med videre. Dette gjelder for eksempel både ROP-brukere og andre tyngre brukere.
- ✓ Det er et forbedringspotensial når det gjelder informasjon om kommunens samlede tjenestetilbud innen rus og psykisk helse. De ansatte har i varierende grad oversikt over kommunens samlede tjenestetilbud innen rus og psykiskhelse. Det er lite systematiserte oversikter over tjenestetilbudet utover kommunens nettside. Det er også et potensiale for mer brukerrettet informasjon om tjenestetilbudet.
- ✓ Det er ikke etablert samarbeid/samhandlingsrutiner mellom de ulike tjenesteutøverne i kommunen, med unntak av med tildelingskontoret. Det er imidlertid innført samhandlings- og samarbeidsfora på overordnet nivå.
- ✓ Det er et behov for å samarbeide bedre og mer systematisk på tvers av tjenester på brukernivå, dette gjelder særlig mellom virksomhet psykisk helse og miljøarbeid og hjemmetjenesten.
- ✓ De ulike tjenestene har i begrenset grad oversikt over brukernes samlede tjenestetilbud og behov, herunder begrensninger knyttet til innsyn i brukernes journaler. Viktig informasjon om brukerne blir ikke delt mellom tjenestene, noe som kan medføre et dårligere tilbud for den enkelte fra hver enkelt tjeneste og et mindre helhetlig tilbud.
- ✓ Det er en uklar forståelse av oppgaver, ansvarsområde og rolle for kommunens ambulerende team. Oppgavene og rollen til det ambulerende temaet bør avklares, og det bør være tydelig hva de ulike tjenestene kan forvente av bistand fra teamet.
- ✓ Tønsberg kommune benytter i liten grad individuell plan (IP) i oppfølgingen for brukere innenfor rus og psykisk helse. Revisjonen vurderer at det foreligger et forbedringspotensial knyttet til økt bruk av individuell plan eller andre fullverdige alternativer for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud og et tjenestetilbud som er bedre tilpasset den enkelte brukers mål. Revisjonen ser det som positivt at kommunen har utarbeidet en rutine/prosedyre for individuell plan og et IP-utvalg som skal sikre at brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester for utarbeidet IP. Virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester er ansvarlige for vedtak om individuell plan. Det fremgår imidlertid ikke klart hvem som har ansvaret for å ta initiativet til å tilby brukerne IP. Det er således opp til den enkelte tjeneste om en velger å ta ansvaret for tilby IP, med mindre dette vedtas og fremmes av tildelingskontoret. Det er i tillegg en svakhet at det ikke opprettet rutiner som konkretiserer hva som skal inngå i IP og hvordan denne skal følges opp. Det er heller ikke utarbeidet beskrivelse av koordinatorrollens ansvar og oppgaver.

6. Bruk og oppfølging av bemannede boliger i kommunal og privat drift

I dette kapittelet besvares undersøkelsens problemstilling 6: "I hvilken grad har kommunen en hensiktsmessig oppfølging av bruken av bemannede boliger til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet i kommunal og privat drift?"

Revisjonskriteriene som er benyttet er sammenfattet i vedlegg 1. Kort oppsummert er de sentrale revisjonskriteriene relevante for problemstillingene belyst i dette kapittelet:

- ✓ Kommunen har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det gjelder både tjenester ytes av kommunen selv og tjenester drevet av private tjenesteytere.
- ✓ Kommunen inngikk ny avtale med Frelsesarmeen vedrørende kjøp av 23 plasser ved Farmannshjemmet høsten 2017, gjeldende fra 01.01.2018. Ved inngåelse av ny avtale med Farmannshjemmet ble rådmannen bedt om å sørge for at kapasiteten ved Farmannshjemmet utnyttes best mulig.

Første del av kapittelet omhandler om bruk og oppfølging av Farmannshjemmet, andre del oppfølging av kommunens egne bemannede boliger innen rus og psykisk helse. Vår vektlegging har i hovedsak vært på se på kommunens oppfølging av belegg samt beskrive prosedyrer og rutiner da oppfølgingen av Farmannshjemmet er endret under revisjonen. Tredje del er KPMGs vurderinger.

6.1 Institusjonsplasser på Farmannshjemmet

6.1.1 Avtale om institusjonstjenester i Farmannshjemmet

Tønsberg kommune har en avtale med Farmannshjemmet om leveranse av omsorgs-/institusjonstjenester for rusavhengige i kommunen. Formålet med tjenesten er å sørge for bo-, helse- og omsorgstjenester til personer med ruslidelser, eventuelt kombinert med somatiske og/eller psykiske lidelser. Tønsberg kommune kjøper 23 heldøgnsplasser ved Farmannshjemmet. Disse er fordelt på 19 plasser for begge kjønn og 4 plasser for unge sårbare kvinner (18-35 år) i en skjermet enhet.

Farmannshjemmet drives av Frelsesarmeen, og er en institusjon for rusavhengige som har behov for et bo-, helse- og omsorgstilbud. Tilbudet er ment for brukere med lav egenomsorg og behov for stabilisering og skjerming fra rus gjennom et døgnbemannet omsorgstilbud. Fokuset er på bedret egenomsorg, ernæring og rusmestring.

Kommunen inngikk en ny avtale med Frelsesarmeen høsten 2017. Avtalen er gjeldende fra 1. januar 2018, og avløser avtale av 22. januar 2010 med tilleggsavtaler. Kommunen har rett til å forlenge avtalen med tre år fra 1. januar 2021. Avtalen kan sies opp med 12 måneders skriftlig varsel.

Avtalen fastsetter krav til Frelsesarmeen som driver av institusjonen. Farmannshjemmet skal tilby individuelt tilpassede tjenester som ivaretar brukernes oppfølgingsbehov av psykisk og fysisk helse og gjøre brukerne i stand til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. Farmannshjemmet skal ha tilsyn med beboernes behov for helsehjelp og varsle tildelingskontoret om behovet, mens tjenestene gis av kommunens hjemmetjeneste etter vedtak. Farmannshjemmet ivaretar legemiddelutlevering med unntak av LAR-medisiner og A-preparater. Tilbudet inkluderer oppfølging og praktisk bistand for å utvikle og styrke brukernes evne til å mestre hverdagen og boforhold. Tilbudet inkluderer i tillegg måltider og fritidsaktiviteter. Det stilles krav til at bemanningen skal ha tilfredsstillende kompetanse tilpasset tjenestene som Farmannshjemmet tilbyr, og det skal være tilstrekkelig bemanning gjennom hele døgnet inkludert våken nattevakt.

I den nye avtalen med Frelsesarméen er bemanningen økt av hensyn til kvalitet på tjenesten og sikkerheten. Det ligger videre flere krav til pasientsikkerhet, kvalitet og internkontroll enn i tidligere avtale.

6.1.2 Oppfølging av Farmannshjemmet

Tildelingskontoret kartlegger behov og tildeler brukere plass ved Farmannshjemmet dersom det er ledig kapasitet og tilbudet er egnet for brukeren. Beboerne ved Farmannshjemmet mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter behov, eksempelvis rusoppfølging og hjemmetjenester.

Virksomhetsleder i psykisk helse og miljøarbeid opplyser at Farmannshjemmet er et godt tilbud til brukerne. Mesteparten av tilbudet gis av Farmannshjemmet, men kommunen bistår med noen av helsetjenestene på Farmannshjemmet.

Rutiner for samhandling og oppfølging av Farmannshjemmet

Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid er ansvarlig for kommunens oppfølging av kontrakten med Farmannshjemmet. Virksomheten har ansvar for å følge opp Farmannshjemmet i forhold til fag, økonomi, personal og kvalitet. Virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester er ansvarlig for å følge opp kapasitetsutnyttelsen av tjenestene.

Kontrakten mellom Farmannshjemmet spesifiserer at det skal være nødvendig samhandling mellom kommunen og Farmannshjemmet. Det skal avholdes samarbeidsmøter etter avtalt møteplan. Kommunen har ansvaret for å planlegge, innkalle og skrive referat fra møtene.

Farmannshjemmet er forpliktet gjennom kontrakten til å samarbeide med andre instanser for å sikre beboere og brukere et samordnet og best mulig helse- og omsorgstilbud. Eksempler på aktuelle samarbeidspartner er spesialisthelsetjenesten, fastleger, kommunens ulike tjenester, NAV med videre. Denne samhandlingen inkluderer forhold knyttet til den enkelte beboer, herunder oppfølging i spesialisthelsetjeneste, deltagelse på ansvarsgruppemøter med videre. Farmannshjemmet skal videre sørge for brukermedvirkning og individuell tilrettelegging av tilbudet samt medvirke til utforming av individuelle planer når kommunen etterspør det. De er også ansvarlige for at beboere og pårørende får nødvendig informasjon knyttet til oppholdet ved Farmannshjemmet.

Oppfølging av tjenester og brukere

Det er utarbeidet en samhandlingsprosedyre for oppfølging av beboere ved Farmannshjemmet. Samhandlingsprosedyren skal sikre en forsvarlig tildeling av ledige plasser, samt sørge for en helhetlig oppfølgning av beboerne. Prosedyren gjelder for Virksomhet Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO), Virksomhet psykisk helse og Miljøarbeid (PHM) og Farmannshjemmet.[16] Virksomhetslederne i THO og PHM skal sørge for at prosedyren er kjent og blir fulgt, mens de ansatte skal følge prosedyren.

Det er tildelingskontorets ansvar at beboerne har gyldige vedtak. Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid skal sørge for at tjenestene evalueres og at det foretas jevnlige IPLOS-registreringer. Ifølge kontrakten skal Farmannshjemmet gjøre evaluering av tjenesten dersom det oppstår endringer i den enkelte brukers tjenestebehov. Evalueringen skal da følge fastsatte rutiner etter avtale med tildelingskontoret. Farmannshjemmet skal oppdatere IPLOS-opplysninger for alle brukere minst 2 ganger årlig.

For å sikre kvalitet i tilbudet skal tjenestetilbudet til hver enkelt bruker evalueres. Kommunen har etablert en prosedyre for evalueringer av tjenester. Hensikten med tjenesteevalueringer er å sikre at tjenestene kommunen yter til enhver tid er tilpasset brukerens behov. Prosedyren gjelder for alle virksomheter med ansvar for å evaluere helse- og omsorgstjenester. Farmannshjemmet har ansvaret for å evaluere sine egne tjenester.

[16] I samhandlingsrutinen står det Virksomhet helse- og omsorgstjenester i bemannende boliger (HOB). Rutinen er ikke oppdatert etter virksomhetens nye navn Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid.

Ifølge samhandlingsrutinen skal det være jevnlige møter mellom representanter fra tildelingskontoret, Virksomhet psykisk helse og Miljøarbeid og Farmannshjemmet for å evaluere av beboere, tjenestetilbud og videre oppfølging av den enkelte beboer.

Det gjennomføres månedlige evalueringsmøter mellom tildelingskontoret og Farmannshjemmet. I utgangspunktet skal også virksomhet psykisk helse og miljøarbeid delta i møtene. I evalueringsmøtene dokumenteres det om andre tjenester vil være hensiktsmessig for brukeren.

Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid opplyser om at de avholder egne kontraktsoppfølgingsmøter med Farmannshjemmet. Det er planlagt å ha samarbeidsmøter omkring IPLOS-registrering og rapportering to ganger årlig. Formatet på rapporteringen er nytt, og oppgis å ikke være kommet 100% i gang. Kvalitet i tilbudet vil være tema på møtene og det følges opp på et systemnivå.

Kommunen har ellers hatt møter med Farmannshjemmet om legemiddelhåndtering, da Farmannshjemmet ønsker å benytte kommunens tiltakspakker i forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet.

Fylkesmannens tilsyn viste at kommunens helse- og omsorgstjenester har mangelfull tilgang til Farmannshjemmets journal og at kommunen ikke alltid får nødvendig informasjon ved utskriving. Kommunen er i dialog med Farmannhjemmet for å få tilgang til Farmannshjemmets journal. Når det gjelder informasjon ved utskriving har kommunen revidert prosedyren "Samhandling og oppfølging av beboerne ved Farmannshjemmet. Her har partenes ansvar ved, innkomst, oppfølging og utskrivning blitt tydeliggjort.

Oppfølging av belegg og kapasitet

I deler av 2017 ble ikke kapasiteten ved Farmannshjemmet utnyttet fullt ut. Ved inngåelse av ny avtale med Farmannshjemmet ble rådmannen ble bedt om å sørge for at kapasiteten ved Farmannshjemmet utnyttes best mulig.

Totalt sett hadde Farmannshjemmet et belegg på 88 % i 2017. For perioden januar til mai 2018 var belegget på 94%.

Tildelingskontoret skal, ifølge kommunens samhandlingsrutine med Farmannshjemmet, til enhver tid ha oversikt over ledige plasser samt personer som ønsker eller har behov for opphold ved Farmannshjemmet. Farmannshjemmet skal oversende en månedlig beleggliste samt melde fra om innflytting og utflytting av beboere fortløpende. Dersom beboer ikke nyttiggjør seg av boligtilbudet skal Farmannshjemmet informere tildelingskontoret slik at eventuelle tiltak kan iverksettes.

Virksomhetsleder for psykisk helse og miljøarbeid opplyser at kommunen arbeider for å sikre maksimal og optimal ressursutnyttelse av Farmannshjemmet gjennom dialog mellom tildelingskontoret og Farmannshjemmet. Farmannshjemmet holder kommunen orientert om belegg og varsler om eventuell ledig kapasitet.

Rapportering

Farmannshjemmet leverer en årsrapport for tjenesten som leveres. I henhold til kontrakten skal årsrapporten redegjøre for de enkelte punktene i avtalen, og leveres innen 1. mars. Rapporten leveres til virksomhetsleder for psykisk helse og miljø, og skal omhandle blant annet kvalitet, belegg, personal og kompetanse. I tillegg skal Farmannshjemmet kvartalsvis, i henhold til kontrakten, oversende en rapport med oversikt og statistikk (blant annet om avvik) som er nødvendig for at kommunens oppfølging.

Virksomhetsleder Psykisk helse og miljøarbeid oppgir at oppfølging i form av skriftlig rapportering skjer tertialvis; gjennom årsmeldingen fra Farmannshjemmet på drift, samt rapportering på avvik i forbindelse med perioderapporteringen og IPLOS (halvårlig). Rapportering på avvik skal gjøres i forbindelser med de halvårlig møtene mellom virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid og Farmannshjemmet.

En gjennomgang av oversendt årsrapport for 2017 viser at denne er noe begrenset i forhold til hva kommunen har mulighet til å be om rapportering på. Nytt rapporteringsregime er imidlertid først gjeldene fra 2018 når den nye kontrakten har trådt i kraft.

Tilsyn

Kommunen skal ifølge kontrakten føre tilsyn med og kontrollere driften ved Farmannshjemmet. Tilsyn kan være forhåndsvarslet og uanmeldt. Farmannshjemmet plikter å samarbeide med kommunen og kommunen avgjør hvilke kontrolltiltak som er nødvendig. Hvis tilsyn avdekker mangler og avvik er Farmannshjemmet forpliktet til å iverksette forbedringstiltak.

Kommunen har utarbeidet en prosedyre for tilsyn av helse- og omsorgstjenestene. Kommunen fører tilsyn med tjenester driftet av kommunen selv og tjenester kjøpt av private institusjoner. Målet med tilsynet er å sikre kvaliteten på tjenestene i helse og omsorgstjenestene. Prosedyren spesifiserer hvordan tilsynet skal gjennomføres og rapporteres. Om eksterne tilsyn står det at "Det skal gjennomføres årlig tilsyn ved alle private institusjoner der virksomheten kjøper tjenester til tjenestemottakere etter helse- og omsorgstjenesteloven". Tilsynsgruppen og virksomhetsleder utarbeider sammen en tilsynsrapport som sendes til tilsynsstedet for utbedring og oppfølging. Virksomheten er ansvarlig for å lukke avvik og dokumentere dette. Tilsynsprosedyren er for tiden under revisjon.

Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid har tilsynsansvaret innen rus og psykisk helse. Det er en egen tilsynsgruppe bestående av rådgivere, virksomhetsleder og sekretær i virksomheten. Tilsynsgruppen er i ferd med å utvides til å gjelde for hele helse- og omsorgstjenestefeltet for å få bedre tilsyn på tvers av virksomhetene. I utgangspunktet gjennomføres det ifølge virksomhetsleder for psykisk helse og miljøarbeid 4 til 6 tilsyn i året. Fagrådgiver opplyser om at målet er å gjennomføre tilsyn med to interne boliger og en ekstern aktør i halvåret. Tilsynene kan være både varslet og uanmeldt. Hvilke boliger/institusjoner som velges ut for tilsyn er basert på tilbakemeldinger, tidspunkt for forrige tilsyn, risiko (avvik, mangler ved tidligere tilsyn, tips) samt informasjon fra boligene, Tilsynene følger en fast mal. Hovedområdene er internkontrollsystemer (system og drift), samt pasient og bruker. Tilsyn på internkontrollsystemer inkluderer følgende punkter brannforebyggende arbeid, risikovurdering, internkontrollsystem/avvikshåndtering/rutiner, HMS, kompetanse og bemanningsfaktor, faglig og økonomisk ansvarsfordeling, arbeids- og ansettelsesforhold. Tilsyn på pasient/bruker inkluderer følgende punkter vedtak, tvang og makt, samtykkekompetanse, pasient/brukers økonomi, dokumentasjon, helsehjelp/helsetilstand, tjenestetilbud, skole/arbeids og aktivitetstilbud, pasient/brukertilfredshet og medvirkning, boforhold, etikk, medikamenthåndtering samt annet. Det er i hovedsak samme tematikk som tas opp i tilsynene, enten disse er med interne boliger eller eksterne tjenesteleverandører. I tillegg gjennomføres det pasientsikkerhetsvisitter som en del av kvalitetsarbeidet knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet.

Virksomhetsleder i virksomhet psykisk helse og miljøarbeid opplyser om at virksomheten har avholdt system- og fagtilsyn ved Farmannsgjemmet ved to anledninger, sist i desember 2015.

6.2 Bemannede boliger i kommunal drift

Virksomhet psykisk helse og miljøarbeid har ansvaret for å følge opp bemannede boliger i kommunal drift i forhold til fag, økonomi, personal og kvalitet.

Oppfølging av tjenester og brukere

Kommunen har utarbeidet rutiner for oppfølging og evaluering av tjenester til beboere i bemannede boliger, se kapittel 4.1.

Det er boligene som har ansvaret for å evaluere beboernes tjenester. Dette gjøres to ganger årlig. Det har imidlertid vært noen forsinkelser i gjennomføring av evalueringene. Hensikten med evalueringen av tjenestene og brukerens behov er å sikre at tjenestene som ytes er tilpasset brukerens behov. Boforhold for brukerne er tema i evaluering av tjenestene. Evalueringen rapporteres til tildelingskontoret, og det skal fremgå av evalueringen om utfører anbefaler endringer i tjenestetilbudet. Saksbehandler vurderer deretter opplysningene i evalueringen og om tjenestetilbudet skal videreføres, endres eller opphøre og gjør eventuelle endringer i vedtaket.

Det avholdes årlige samarbeidsmøter med den enkelte bruker og pårørende for evaluering av tjenester, få tilbakemeldinger og sikre brukermedvirkning samt planlegge fremover. Det jobbes med å bedre dokumentasjonen fra disse møtene, herunder på brukermedvirkningen.

Det er et lederansvar ved hver enkelt bolig å håndtere avvik, lukke avvik og ta ut avviksrapporter i kommunens kvalitetssystemet. Avvik håndteres og løses på lavest mulig nivå.

Oppfølging av belegg

Belegg i de bemannede boligene følges opp kontinuerlig ved at tildelingskontoret varsles ved ledig kapasitet/når brukere flytter. Det avholdes møter hver 14. dag hvor man gjennomgår søkerliste og kapasitet. Deltakere er to tjenesteledere fra virksomhet psykisk helse og rus og saksbehandlere fra tildelingskontoret. For mer informasjon knyttet til prosessen med tildeling av bemannet bolig, se kapittel 4.1.

Rapportering

Boligene skal levere en årsmelding knyttet til boligtilbudet hvert år. Rapporten leveres til virksomhetsleder for psykisk helse og miljø, og omhandler blant annet kvalitet, belegg, personal og kompetanse. Rapporteringen er intern, og er ikke offentlig tilgjengelig.

Tilsyn

Kommunen har utarbeidet en prosedyre for tilsyn av helse- og omsorgstjenestene. Prosedyren gjelder tilsyn i bemannende boliger og sykehjem. For mer informasjon om dette se kapittel 6.1 under overskriften tilsyn, da prosedyren gjelder både offentlige og private boliger/institusjoner.

Videre gjennomføres det pasientsikkerhetsvisitter i 1-2 boliger per halvår, utført av kommunaldirektør og kommuneoverlege i samarbeid med ledere. Dette er en del av kvalitetsarbeidet knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet.

Tønsberg kommunale eiendom er ansvarlig for boligene. Teknisk tilstand på bolig følges opp gjennom HMS-runder og ellers av Tønsberg kommunale eiendom. Tønsberg kommunale eiendom er ansvarlig for boligene og utleie, og tar en gjennomgang av status/standard ved bytte av leietager.

6.3 Vurderinger

Kommunens avtale med Farmannshjemmet gir en rekke muligheter for oppfølging og kontroll med virksomheten og tjenestetilbudet. Dokumentasjonen og informasjonen knyttet til kommunens oppfølging av Farmannshjemmet fremstår imidlertid som mangelfull. Det er ikke dokumentert at det har vært særskilt oppfølging av kontraktsetterlevelse. Det er opplyst at oppfølgingen av Farmannshjemmet har endret karakter det siste året, og at ny oppfølging ikke er fullt ut iverksatt. Etter vår vurdering er det viktig at kommunen utnytter de mulighetene de har til oppfølging, og følger opp på de vesentlige punktene i kontrakten, også der det ikke foreligger mer spesifiserte prosedyrer og rutiner for dette.

Ifølge samhandlingsrutinen skal Farmannhjemmet, virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester og virksomhet psykisk helse og miljøarbeid møtes jevnlig for å evaluere tjenestetilbudet til beboerne. Det er positivt at det er etablert månedlige møter mellom Farmannshjemmet og tildelingskontoret. Revisjonens vurdering er imidlertid at samhandlingsprosedyren ikke følges fullt ut da psykisk helse og miljøarbeid ikke deltar på disse møtene, men isteden har egne halvårlige kontraktsoppfølgingsmøter med Farmannshjemmet.

Det er positivt at det er etablert klare rutiner for oppfølging av belegg ved Farmannshjemmet, og det arbeides for å sikre at kommunen utnytter de plassene de kjøper. Det er imidlertid begrenset med informasjon og skriftlig dokumentasjon knyttet til hvordan denne oppfølgingen foregår i praksis.

Kommunen har utarbeidet en prosedyre for tilsyn med bemannede boliger og institusjoner. Prosedyren er lite konkretisert med tanke på utvelgelse av tilsynsobjekter. Tilsynsområdene og innhold er imidlertid konkretisert i faste maler. Virksomhet psykisk helse og miljøarbeids ambisjon er å gjennomføre 4-6 tilsyn årlig, noe som tilsier at det vil gå noe tid mellom hvert tilsyn. Siste tilsyn ved Farmannshjemmet ble gjennomført for tre år siden. Det er revisjonens vurdering at det bør gjennomføres tilsyn med jevne

mellom ved alle bemannede boliger og institusjoner, dette er særlig viktig der kommunen kjøper tjenester fra eksterne.

Fylkesmannens tilsyn påpekte at kommunens ansatte ikke har tilgang til Farmannshjemmets journalsystem. Dette er en svakhet når det gjelder muligheten for samhandling mellom ulike tjenesteytere, kommunens mulighet til å styre virksomheten slik at innholdet i tjenesten fyller lovkrav og å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten ved Farmannshjemmet.

7. Anbefalinger

KPMG vil her komme med anbefalinger på de viktigste områdene der det er funnet avvik og forbedringspotensial.

Anbefalingene peker på områder hvor Tønsberg kommune bør prioritere å iverksette tiltak for å sikre et tilbud som ivaretar brukernes behov, at tilbudet er helhetlig og koordinert samt kommunens behov for oppfølging av kjøpte institusjonsplasser innen rus og psykisk helse.

Som det fremgår av våre vurderinger stiller revisjonen spørsmål ved flere av de undersøkte områdene.

Vår anbefaling er at kommunen primært fokuserer på å bedre tilbudet til brukerne. Mulige tiltak kan være:

- ✓ Ytterligere tilpasninger av tjenestetilbudet for å møte brukernes behov.
- ✓ Økt bruk av individuell plan, og et særlig fokus på å gjøre planene operative og konkrete samt tilgjengelige for tjenesteutøverne.
- ✓ Bedre samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere, herunder nødvendige rolleavklaringer, utarbeidelse av rutiner, systematisering av samarbeidet og tilgjengeliggjøring av nødvendig informasjon, for å slik kunne gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- ✓ Større grad av direkte brukermedvirkning på tjenestene; både overordnet gjennom systematisk innhenting av brukersynspunkter fra et bredt spekter av brukerne på tjenestetilbudet (eksempelvis gjennom spørreundersøkelse eller andre metoder), og på individnivå gjennom rutinemessig, systematisk og dokumentert brukermedvirkning på eget tjenestetilbud.

8. Uttalelse fra rådmannen

KPMG anbefaler at kommunen primært fokuserer på å bedre tilbudet til brukerne og at mulige tiltak for å sikre dette kan være:

- ✓ Ytterligere tilpasninger av tjenestetilbudet for å møte brukernes behov.
- ✓ Økt bruk av individuell plan, og et særlig fokus på å gjøre planene operative og konkrete samt tilgjengelige for tjenesteutøverne.
- ✓ Bedre samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere, herunder nødvendige rolleavklaringer, utarbeidelse av rutiner, systematisering av samarbeidet og tilgjengeliggjøring av nødvendig informasjon, for å slik kunne gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- ✓ Større grad av direkte brukermedvirkning på tjenestene; både overordnet gjennom systematisk innhenting av brukersynspunkter fra et bredt spekter av brukerne på tjenestetilbudet (eksempelvis gjennom spørreundersøkelse eller andre metoder), og på individnivå gjennom rutinemessig, systematisk og dokumentert brukermedvirkning på eget tjenestetilbud.

Rådmannen er enig i at det er kommunenes ansvar er å stadig forbedre og kvalitetssikre tilbudet til brukerne.

Frem mot kommunesammenslåingen og i planlegging av den nye kommunen forventer rådmannen at alle involverte virksomheter benytter relevant informasjon i denne rapporten som grunnlag for planleggingen.

Det er kjent fra tidligere at kommunen ikke tilbyr og bruker individuell plan som forventet. Rådmannen vil i enda større grad en tidligere etterspørre og forvente at dette kommer på plass.

For rådmannen er det også tydelig at virksomhet psykisk helse og miljøarbeid fortsatt bærer preg av hyppig og store omorganiseringer. Virksomheten trenger tid til å jobbe seg igjennom ny organisering, hvilket også vil gjøre at flere av områdene det pekes på vil bli tydeligere.

Helse og omsorg er pilot i pasientsikkerhetsprogrammet og bruker «hva er viktig for deg» i samtale med brukere og pårørende. Kommune har imidlertid ikke et godt nok system for systematisk innhenting av brukersynspunkter og pårørendesynpunkter. Dette vil bli jobbet med parallelt med at kvalitetssystemet kommer på plass i hele organisasjonen.

Vedlegg 1 - Revisjonskriterier

Overordnede kriterier i lover og forskrifter

Kravet om internkontroll følger av *kommuneloven § 23, andre ledd*:

- " (…) Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instrukser, og at den er gjenstand for betryggende kontroll."

Kommunelovens ordlyd setter ikke formelle form- eller innholdskrav til internkontrollen. Det framgår imidlertid av lovforarbeidene[17] at det bør etableres rutiner og system som bidrar til å sikre at organisasjonen når de målene som er satt og etterlever kravene som gjelder.

Revisjonskriterier problemstilling 3: I hvilken grad er det samsvar mellom tjenestetilbud som blir gitt til brukerne og brukernes behov innenfor rus og psykisk helse?

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I samsvar med kommunelovens prinsipper bygger helse- og omsorgstjenesteloven på at den enkelte kommune selv avgjør hvordan tjenesten skal organiseres ut fra lokale forhold og behov. Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og eller psykiske lidelser. Ansvaret følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Tjenestene kan omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, bolig, oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel mv. Personer som står i fare for å utvikle eller har utviklet rusproblemer og eller psykiske lidelser har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. For å gi disse menneskene gode tilbud, er det nødvendig å ha tjenester som spenner fra forebygging, via primærhelsetjenester, sosialtjenester og omsorgstjenester, til spesialisthelsetjenester. Mennesker med rusproblemer og psykiske problemer har de samme pasientrettighetene på lik linje med alle andre pasientgrupper.

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Det følger av *helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-1 at det er kommunen sitt ansvar å styre virksomheten på en slik måte at omfang og innholdet i tjenestene fyller kravene i lov og forskrift. Kommunens ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester fremgår av § 3-2.

§ 3-1.Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester:

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.
- Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller gjennom avtale ytes av private tjenesteytere.

§ 3-2.*Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*
For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

[17] Fra Ot. prp. nr. 70 (2002-2003) kap. 4.3.

- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgn medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjenestene og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon

§ 3-2 a. *Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*

- Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

§ 3-3.Helsefremmende og forebyggende arbeid

- Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.
- Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-5.Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

- Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.
- Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

§ 3-7.*Boliger til vanskeligstilte*

- Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

§ 4-1.Forsvarlighet

- Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:
- Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overhole sine lovpålagte plikter
- Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

§ 4-2.Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Lov om pasient- og brukerrettigheter gir følgende rettigheter:

§2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste
- Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen
- Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.
- Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

§ *2-1 e. Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*
- Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, har rett til vedtak om dette.

Lov om folkehelsearbeid gir kommunen følgende ansvar for folkehelsearbeidet:

§4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid
- Kommunen skal 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.
- Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.
- Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

§ 7.Folkehelsetiltak
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.
- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Revisjonskriterier problemstilling 4: Oppfyller kommunen kravet om at tjenestemottakere som har rett til og ønsker individuell plan, får utarbeidet slike planer i henhold til regelverket?

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.Individuell plan stiller krav om:

- Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.
- Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Det går fram av forskrift om habilitering og rehabilitering § 17 at pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, med referanse til pasient- og brukarrettighetsloven § 2-5. Videre, at individuell plan ikke skal utarbeides uten

samtykke fra pasienten eller bruke eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved oppnevning av koordinator. § 16 sier at vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og at det skal legges til rette for dette, jf. pasient og brukerrettighetsloven, § 3-1.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Koordinator sier at:

- For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Ifølge brukerorganisasjonene ønsker brukerne seg en koordinator de kan ha tillit til, som kjenner brukerne sin situasjon og systemet, og dermed på en god måte kan koordinere tjenestene.[18]

I forskrift til loven *§ 21.Koordinator i kommunen* står det at
- For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.
- Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

I tillegg setter *helse og omsorgstjenesteloven 7-3. Koordinerende enhet* krav om at:

- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Denne enheten kan kommunen organisere på ulike måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator for formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten[19].

Revisjonskriterier problemstilling 5: I hvilken grad har Tønsberg kommune rutiner for å sikre at personer med psykiske lidelser og rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

I St.meld.nr.47 (2008-2009) om samhandlingsreformen er samhandling skildret slik:

- Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

For å sikre at hver pasient eller bruker får tilgang til et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, er kommunen underlagt ulike krav.

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid sier at:

- Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.
- Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forsvarlighet sier at:

[18] Prop.91L (2010-2011), 361-363.

[19] Prop.91L (2010-2011), 369.

- Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Et helhetlig tjenestetilbud krever at de ulike tjenestene som er involvert i tilbudet til den enkelte samarbeider. Tilbudet gis av flere ulike aktører som hver og en har ansvar for sin del av tilbudet. For å oppnå et helhetlig tilbud må tilbudet koordineres. Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste. Konsekvensen av mangelen på koordinering er at tilbudet oppleves som fragmentarisk og oppdelt. Målet er at tilbudet skal oppleves «sømløst» for den enkelte bruker/pasient.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 5-10.Journal- og informasjonssystemer

- Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Revisjonskriterier problemstilling 6: I hvilken grad har kommunen en hensiktsmessig oppfølging av bruken av bemannede boliger til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet i kommunal og privat drift?

Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1.Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester:

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.
- Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller gjennom avtale ytes av private tjenesteytere.
-

Se kriterier spesifisert for øvrige problemstillinger. I tillegg er følgende særlig relevant:

I *bystyresak 123/17*, behandlet i bystyremøte 18.10.2017, vedtok bystyret følgende:

- Kjøp 23 plasser ved Farmannshjemmet i perioden 2018 til 2020. Rådmannen bes sørge for at kapasiteten ved Farmannshjemmet utnyttes best mulig.

Kommunens avtale med Farmannshjemmet

Kommunens prosedyrer og regelverk

Revisjonskriterier tilleggsproblemstilling: I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning og at tjenestene er utformet i et brukerperspektiv?

Aktiv involvering av brukere i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rett og en politisk og faglig målsetting.[20] Det foreligger også plikt til å etablere et system for å hente inn erfaringer og synspunkt fra pasienter og brukere, jamfør

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, andre ledd:

- Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

[20] Helsedirektoratet sin rettleiar "Sammen om mestring.", 2014.

- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 gir bruker rett til medvirkning:

- Bruker har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses og behandlingsmetoder.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker. Det skal legges stor vekt på brukeren sine meninger ved utforming av tjenestetilbud.
- Om bruker ikke har samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §7 og §8:

- §7 - Plikten til å gjennomføre innebærer at virksomheten skal sørge for at brukere og pårørende sine erfaringer brukes.
- §8 - Plikten til å evaluere påpekes det at virksomheten skal evaluere virksomheten på bakgrunn av disse erfaringene.

Nasjonal veiledning

Helsedirektoratets veileder "sammen om mestring" (veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne) er et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Som utfyllende revisjonskriterier til krav i lov og forskrifter har vi brukt helsedirektoratet sin veileder "Sammen om mestring", 2014. Denne skildrer krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i lys av lovverk og nasjonale føringer for området. Veilederen vektlegger særlig vekt på at tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv, at tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester samt at psykisk helse og rus ses i sammenheng. Den angir sentrale aktører og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte.

Veilederen legger særlig vekt på at:

- ✓ Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
- ✓ Tjenestene og tjenestenivå samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- ✓ Psykisk helse og rus blir sett i sammenheng

Vedlegg 2 - Dokumentliste

Følgende dokumenter er gjennomgått som en del av forvaltningsrevisjonen:

Overordnet dokumentasjon og tjenestetilbud:

- ✓ Boligsosial handlingsplan 2015-2018 Tønsberg kommune
- ✓ Kommunens nettside
- ✓ Kvalitetsstrategi 2016-2019 "God kvalitet, trygge helse og omsorgstjenester"
- ✓ Hovedprosesser helse og omsorg – flytskjema
- ✓ Mal for tilsyn ved tiltak der Tønsberg kommune kjøper helse- og omsorgstjenester
- ✓ Mal for internt tilsyn helse- og omsorgstjenester
- ✓ Ny virksomhet for helse
- ✓ Orientering om boliger for rusmiddelavhengige i Stoltenbergsgaten 24, Tønsberg
- ✓ Orientering om boligplan rus og psykisk helse
- ✓ Organisasjonskart virksomhet Helsetjenester 14.05.18
- ✓ Organisasjonskart helse og omsorg 25.01.18
- ✓ Organisasjonskart virksomhet Tildeling og omsorgstjenester 09.01.2018
- ✓ Organisasjonskart virksomhet Helsetjenester 12.2.18
- ✓ Organisasjonskart virksomhet Helse- og omsorgstjenester i bemannende boliger (HOB) fom 01.01.18
- ✓ Organisasjonskart helse og omsorg 01.09.2018
- ✓ Organisasjonskart virksomhet Hjemmetjenesten 12.02.2018
- ✓ Overordnet kvalitetsutvalg HO
- ✓ Overordnet reglement for delegasjon av myndighet
- ✓ Prosjekt ny organisering rus og psykisk helse
- ✓ Psykisk helse og miljøarbeid oversikt over tjeneste- og avdelingsledere i virksomheten pr 01.09.2018
- ✓ Psykisk helse og rus – Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen fra 2017
- ✓ Sluttrapport prosjekt ny organisering av tjenester innenfor rus og psykisk helse
- ✓ Tilbud til unge og voksne (notat)
- ✓ Tønsberg kommune Handlings- og økonomiplan 2017-2020 og Budsjett 2017
- ✓ Utvalg for pasient- og brukersikkerhet

Statistikk om kommunens tilbud innen psykisk helse og rus:

- ✓ Rapport brukere psykisk helse og rus
- ✓ Statistikk venteliste Tønsberg kommune
- ✓ Statistikk over antall brukere, koordinator, IP og venteliste

Rutiner og prosedyrer:

- ✓ Avviksbehandling
- ✓ Evaluering av tjeneste

- ✓ Individuell plan (IP) og IP-utvalget
- ✓ Oppgave og ansvarsfordeling THO (Virksomhet Tildeling helse- og omsorgstjenester) VHT (Virksomhet Helsetjenester)
- ✓ Prosedyre melde saker/oppdatert saksopplysning og tilbakemelding fra Vurderingsteam bolig
- ✓ Saksbehandling av søknader og vedtak om helse- og omsorgstjenester fra pasient/bruker som bor i tilrettelagt bolig med bemanning (HOB)
- ✓ Samhandling og oppfølging av beboere ved Farmannshjemmet
- ✓ Samhandling THO – VHT Enhet psykisk helse og rus Samhandlingsprosedyre evaluering av tjeneste
- ✓ Samtykkeerklæring – opphevelse av taushetsplikt
- ✓ Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige
- ✓ Tilsyn helse- og omsorgstjenester
- ✓ Tvang
- ✓ Tvang for rusmiddelavhengige
- ✓ Virksomhet Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO) MANDAT tildelingsutvalg helse og omsorg, Tønsberg kommune

Tilsyn fra fylkesmannen:

- ✓ Fylkesmannen i Vestfold: Avslutning av landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse – Tønsberg kommune
- ✓ Fylkesmannen i Vestfold: Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse Tønsberg kommune 2018
- ✓ Tønsberg kommune: Plan for luking av avvik – landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Samarbeidsavtaler om helse- og omsorgstjenester:

- ✓ Avtale mellom Tønsberg kommune og Kirkens Bymisjon om tilskudd til helse og sosiale formål (2018)
- ✓ Oversikt over gjeldende samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten pr september 2017
- ✓ Samarbeidsavtale mellom NKS veiledningssenter for pårørende distrikt sør og Tønsberg kommune
- ✓ Samarbeidsavtaler mellom Sykehuset i Vestfold HF og Tønsberg kommune
  - Overordnet samarbeidsavtale
  - Delavtale - Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten
  - Delavtale - Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for a sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
  - Delavtale - "om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre"

Farmannshjemmet:

- ✓ Forlengelse av avtale av 2010 om tilbud til personer med et rusproblem mellom Tønsberg kommune og Frelsesarmeens rusomsorg
- ✓ Statistikk belegg Farmannshjemmet 2017
- ✓ Statistikk belegg Farmannshjemmet 2018
- ✓ Årsmelding 2017 Frelsesarmeens rusomsorg
- ✓ 2018 avtale om institusjonstjenester i Farmannshjemmet for rusavhengige i Tønsberg

Andre dokumenter:

- ✓ Beskrivelse av samarbeidstiltak
- ✓ Gode på psykisk helse etter krig og flukt
- ✓ Individuelle planer - 2 eksempler på individuelle planer
- ✓ Mandat IP-forum
- ✓ Melding om tilsyn
- ✓ Oversikt over aktuelle faste samarbeidsmøter
- ✓ Pasient- og brukerombudet i Vestfold – noen kommentarer til årsmeldingen
- ✓ Prosjektleveranse 9: Samarbeid med kommunale hjelpeinstanser
- ✓ Referat IP-forum 29.10.2018
- ✓ Saksfremlegg til styret i Helse sørØst om Samhandling i Vestfold, 22.10.15
- ✓ Saksmapper - gjennomgang av 5 saksmapper
- ✓ Søknadsskjema og kriterier for TT-kort for Vestfold fylkeskommune
- ✓ Tilsyn 23.10.17 – Åslyveien 1

Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud
Direktør
T +47 40 63 96 92
E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Kaia Grahm-Haga
Senior manager
T +47 970 93 852
E kaia.grahm-haga@kpmg.no

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.

Arkivsak-dok. 18/00027-18
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 35/18
REVISOR ORIENTERER

Forslag til vedtak:
Revisors informasjon tas til orientering.

Vedlegg:
Ingen

Saksframstilling:
Revisor informerer om status og utført revisjonsarbeid i henhold til revisjonsplan som ble lagt frem for kontrollutvalget i september, sak 23/18.

Arkivsak-dok. 18/00135-1
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 36/18
MØTEPLAN FOR KONTROLLUTVALGET 2019

Forslag til vedtak:

Utkast til møteplan vedtas som: Møteplan 2019 for kontrollutvalget i Tønsberg.

- torsdag, 7. februar 2019
- torsdag, 9. mai 2019
- torsdag, 20. juni 2019
- torsdag, 5. september 2019
- torsdag, 21. november 2019

Kontrollutvalget ber om at møtedagene legges inn i kommunens møtekalender.

Møtene begynner som hovedregel kl. 16.00

Vedlegg:
Tønsberg kommunes forslag til møteplan 2019

Saksframstilling:

Forslag til møteplan 2019 for kontrollutvalget:

Torsdag, 7. februar

- Bestille prosjektplan
- Årsrapport for kontrollutvalget

Torsdag, 9.mai (årsregnskapsmøte)

- Ku-uttalelse til årsregnskap 2018
- Bestille prosjektplan til forvaltningsrevisjonsprosjekt

Torsdag, 20. juni

- Behandle prosjektplan
- Behandle forvaltningsrevisjonsrapport

Torsdag, 5. september

- Budsjett for kontroll og tilsyn 2020
- Overordnet revisjonsstrategi regnskapsrevisjon 2019
- Revisors uavhengighetserklæring 2019

Tirsdag, 21. november

- Behandle forvaltningsrapport
- Bestille prosjektplan til forvaltningsrevisjonsprosjekt
- Møteplan 2020

MØTEPLAN FOR 2019	**Jan**	**Febr**	**Mars**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**	**Aug.**	**Sept.**	**Okt.**	**Nov.**	**Des.**
Bystyret, Onsdag 18.30		6	13	24	22	19			18	16	6	4/11
Formannskapet (FORM), Mandag 18.30	28		4	8	13	11			2	7/28	25	11
Havnestyret, Mandag 18.30	28		4	8	13	11			2	7/28	25	11
Utvalg for helse og omsorg (UHO) Tirsdag kl. 18.30	22	26		2	7	4		27	24	22	19	
Utvalg for kultur, idrett og folkehelse (UKIF), Tirsdag kl. 18.30	22	26		2	7	4		27	24	22	19	
Utvalg for oppvekst og opplæring (UOO), Torsdag kl. 18.30	24	28		4	9	6		29	26	24	21	
Utvalg for nærings- og samfunns-utvikling (USN), Torsdag kl. 18.30	24	28		4	9	6		29	26	24	21	
Administrasjonsutvalget (ADU) Mandag kl. 16.30			4		13	11			2		25	
Utvalg for bygg og arealplan (UBA) Fredag kl. 09.00	25		1	5	10	7		30	27	25	22	13
Eldrerådet, Mandag kl. 09.00	21	25		1	6	3		26	23	21	18	
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne mandag kl. 10.00	21	25		1	6	3		26	23	21	18	
Ungdomsrådet, mandag kl. 17.00	21	25		1	6	3		26	23	21	18	
Kontrollutvalget kl. 16.00												
Forslag til gruppemøter Tbg, Mandag kl. 18.30	21	4/25	11	1/23	6/22	3/17		26	9/23	14/21	4/18	2/9
Utsendelse til fellesnemnda	16	1	7	29.3	16	13		21				
Fellesnemnda Re/Tønsberg	23, Re	12, Tbr	14, Re	10, Tbg	23, Re	20, Tbg		28, Re				
Kommunestyre nye Tønsberg										9	7/8	12
Utvalg for mestring, helse og velferd											19	
Utvalg for oppvekst og opplæring											19	
Utvalg for miljø, teknikk og næring											20	
Utvalg for plan og bygg											21	
Utvalg for kultur, idrett og folkehelse											21	
Formannskap nye Tønsberg											27	

Kommunestyrevalg mandag **9. september 2019**. De politiske møtene etter denne dato må muligens endres.

Arkivsak-dok. 18/00028-15
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 37/18
REFERATSAKER

Forslag til vedtak:
Referatsakene tas til orientering.

Vedlegg:
- Protokoll fra styremøte i VIKS 27.08.2018
- Bystyresak 120/18 av 17.10.2018, forvaltningsrapport «Vikarbruk i oppvekst, barnehager»
- Villighetserklæring fra Vestfold kommunerevisjon, 07.11.2018

Saksframstilling:
- Det ble avholdt styremøte i VIKS 27.08.2018, og protokollen legges frem til orientering. Det vil også bli muntlig referert til styremøte i VIKS denne uken, 20.11.2018.

- Forvaltningsrapporten «Vikarbruk i oppvekst, barnehager» ble behandlet i kontrollutvalget den 28.11.2017 og sendt til Tønsberg kommune den 01.12.2017 for behandling i bystyret. Sekretariatet mottok en henvendelse fra Øyvind Olav Oppegård den 19.09.2018 hvor behandlingen av forvaltningsrapporten i bystyret etterspørres. På bakgrunn av overnevnte ble saken tatt med i sakslisten til bystyret og behandlet. Bystyret fattet sammenfallende vedtak som kontrollutvalget.

- Sekretariatet har mottatt en villighetserklæring fra Vestfold kommunerevisjon av 07.11.2018. Den legges frem i forbindelse med bytte av revisor fra 01.01.2019, jfr. kommunestyre sak 070/18.

- NKRFs kontrollutvalgskonferanse 2019 arrangeres på Gardermoen 30. – 31. januar 2019. Medlemmer som ønsker å delta på konferansen melder ifra til sekretariatet innen 10.12.2018.

MØTEPROTOKOLL

Styret for VIKS

Dato:	27.08.2018 kl. 18:00
Sted:	VIKS lokaler på RE
Arkivsak:	15/00164
Tilstede:	Jan Nærsnes, leder Terje Fuglevik, nestleder Heidi Ørnlo, medlem Stig Atle Vange, medlem Magnus Østlie, medlem
Møtende varamedlemmer:	Live Jetlund Gry Aas
Forfall:	Gjert Gjertsen, medlem Lars Egeland, medlem
Ikke møtt:	Aleksander Leet, medlem
Andre:	Anja Ottervang Eriksen, observatør, rådgiver VIKS Heidi Wulff Jacobsen, sekretær, daglig leder VIKS
Møteleder:	Jan Nærsnes
Protokollfører:	Heidi Wulff Jacobsen

Styreleder ønsket velkommen og møtet ble satt kl. 18.00. Det var ingen merknader til innkallingen eller sakslisten.

Før behandlingen av sakskartet ble det orientert om følgende forvaltningsrevisjoner:
Vestfold fylkeskommune: Selskapskontroll «Tannhelsetjenesten kompetansesenter Sør IKS» og forvaltningsrevisjonsrapport «Opplæring og oppfølging av lærlinger»
Horten: "Byggesaksbehandling i Horten kommune"

SAKSKART			**Side**
Saker til behandling			
7/18	15/00164-56	Godkjenning av protokollen 19.03.2018	2

8/18	18/00105-1	Henvendelse til Sandefjord kommune om inntreden i VIKS	2
9/18	16/00119-5	Regnskapsrapport første halvår 2018	3
10/18	18/00108-3	Forslag til budsjett 2019	4
11/18	16/00123-7	Honorar for VIKS styret	4
12/18	18/00104-1	VIKS - orientering	5
13/18	18/00111-2	Forespørsel om veien videre for Temark og VIKS	5
14/18	18/00103-1	Eventuelt	6

Saker til behandling

7/18 Godkjenning av protokollen 19.03.2018

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	7/18

Forslag til vedtak:

Protokollen fra styremøtet 19.03.2018 godkjennes.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Protokollen fra styremøtet 19.03.2018 godkjennes.

8/18 Henvendelse til Sandefjord kommune om inntreden i VIKS

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	8/18

Forslag til vedtak:

Informasjonen tas til orientering.

Møtebehandling
Styreleder Jan Nærsnes informerte om brevet fra VIKS av 05.04.2018 om sekretærtjenester for kontrollutvalget i Sandefjord kommune. Saken ble satt opp på Sandefjords kontrollutvalgs møte 26.04.2018, sak 35/18, og styreleder Jan Nærsnes presenterte VIKS.

Styreleder Jan Nærsnes vist videre til protokollen fra Sandefjord kontrollutvalg av 26.04. 2018. Følgende vedtak ble fattet av Sandefjord kontrollutvalg:

> «*Kontrollutvalget oversender rådmannen uttalelse utarbeidet av kontrollutvalgsleder*».

Sekretariatet opplyste at alle kontrollutvalgene i VIKS har behandlet og vedtatt saken om at arbeidsutvalget/sekretariatet kan sende forespørsel om inntreden også til andre kommuner og fylkeskommuner dersom det blir aktuelt.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Informasjonen tas til orientering.

9/18 Regnskapsrapport første halvår 2018

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	9/18

Forslag til vedtak:

Styret tar regnskapsrapport pr. 31.06.2018 – januar-juni 2018 til orientering.

Møtebehandling
Sekretariatet informerte om status i VIKS regnskaper pr.30.06.2018. Saken ble behandlet.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Styret tar regnskapsrapport pr. 31.06.2018 – januar-juni 2018 til orientering

10/18 Forslag til budsjett 2019

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	10/18

Forslag til vedtak:

1.Styret for VIKS vedtar det framlagte forslag til driftsbudsjett for 2019 med en total kostnadsramme på kr. 2.500.000.

2.Fordeling av driftskostnadene på medlemskommunene skjer i samsvar med vedlagte forslag.

Møtebehandling
Budsjettet for VIKS 2019 ble fremlagt og diskutert. Saken ble behandlet.

Votering
Enstemmig

Vedtak

1.Styret for VIKS vedtar det framlagte forslag til driftsbudsjett for 2019 med en total kostnadsramme på kr. 2.500.000.

2.Fordeling av driftskostnadene på medlemskommunene skjer i samsvar med vedlagte forslag.

11/18 Honorar for VIKS styret

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	11/18

Forslag til vedtak:
Saken legges frem uten innstilling.

Møtebehandling
Saken ble diskutert, og det var enighet om å utsette saken til 2019.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Saken utsettes til 2019.

12/18 VIKS - orientering

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	12/18

Forslag til vedtak:

Informasjonen tas til orientering.

Møtebehandling
Daglig leder informerte om aktiviteten i selskapet, herunder økningen av henvendelser, saker og møter i 2018 i forhold til tidligere år.

Votering
Enstemmig

Vedtak
Informasjonen tas til orientering

13/18 Forespørsel om veien videre for Temark og VIKS

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	13/18

Forslag til vedtak:

Styret i VIKS er positive til en sammenslåing/inntreden i Temark for å møte de endringene som kommer på grunn av kommune- og fylkeskommunesammenslåingene fra 01.01.2020. Det nedsettes en arbeidsgruppe, og videre arbeid med prosessen igangsettes.

Møtebehandling
På bakgrunn av at fylkeskommunene Vestfold og Telemark skal slå seg sammen 2020 har sekretariatet i Agder og Telemark kontrollutvalgssekretariat IKS sendt en forespørsel til VIKS om veien videre for Temark og VIKS. Saken inneholder en utredning, styrebehandling i Temark og vedtak fattet 01.06.2018. Det ble vist til at styret i Temark har vedtatt at de skal ta kontakt med styret i VIKS for å avklare

interessen for å gå i dialog med mål om en sammenslåing av selskapene/inntreden i Temark fra 01.01.2020.

Saken og fremdriftsplanen ble diskutert. Det ble presisert at VIKS har flere store bykommuner med mange innbyggere, men færre kommuner totalt enn Temark. VIKS må derfor telle med samme tyngde som Temark i en sammenslåing. Styret signaliserte videre at et avdelingskontor på Revetal er en forutsetning.

Votering
Enstemmig

Vedtak
1. Styret i VIKS er positive til å utrede en sammenslåing/inntreden i Temark for å møte de endringene som kommer på grunn av kommune- og fylkeskommunesammenslåingene fra 01.01.2020.
2. Fremdriftsplanen er at våren 2019 bør samarbeidet og selskapsavtale vedtas i kommunestyrene.
3. Det nedsettes en arbeidsgruppe som er arbeidsutvalget i VIKS, og videre arbeid med prosessen igangsettes.
4. Det forutsettes at ansattes representant er med i prosessen.

14/18 Eventuelt

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for VIKS	27.08.2018	14/18

Forslag til vedtak:

.

Møtebehandling
Ingen saker

Votering

Vedtak

Møtet slutt kl. 20.00.

Revetal 27. august 2018
For styreleder Jan Nærsnes,

Heidi Wulff Jacobsen
Daglig leder

Tønsberg kommune

JournalpostID 18/75723

Saksbehandler:
Kari-Anne Okkenhaug, telefon: 33 34 85 14
Rådmannens stab

Vikarbruk i oppvekst, barnehager

Utvalg	Møteddato	Saksnummer
Bystyret	17.10.2018	120/18

Kontrollutvalgets innstilling:

Bystyret viser til og slutter seg til KPMG's rapport ”Vikarbruk i oppvekst, barnehage” med de konklusjoner som er beskrevet.

Revisor har påpekt at fagpersonell i barnehager vurderer at personale og ivaretakelse av kvalitet/pedagogisk innhold i barnehagen i perioder er under stort press. Revisor mener dette fremstår tett forbundet med de økonomiske rammevilkårene for vikarbruk som barnehagene har.

Revisor peker på at fagpersonell vurderer at barnehagene ikke har tilstrekkelig:

- Budsjettramme til å kunne erstatte personell med vikarer ved ulikt type fravær.
- Tilgang på vikarer med rett kompetanse til å erstatte pedagogisk personell ved fravær.
- Grunnbemanning til å ivareta alle krav og behov som gjelder i barnehagen i dag (merk herunder at barna er lengre i barnehagen nå enn før).

Bystyret har registrert at rådmannen i sin høringsuttalelse deler bekymringen om at det er en risiko for at kommunen ikke ivaretar regelverket for kvalitativt og pedagogisk innhold i barnehagegene, men at Tønsberg kommune som barnehagemyndighet følger tett gjennom tilsyn, veiledning og oppfølging av kompetansehevingstiltak.

Bystyret tar med seg rapportens konklusjoner i fremtidig budsjettbehandlinger. Vikarbudsjett og vikarbruk bør tas hensyn til slik at bemanningen ligger innenfor bemanningsnormen også ved sykefravær.

17.10.2018 Bystyret:

Møtebehandling:
Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.
Etter dette har bystyret fattet følgende vedtak:

BY- 120/18 Vedtak:
Bystyret viser til og slutter seg til KPMG's rapport ”Vikarbruk i oppvekst, barnehage” med de konklusjoner som er beskrevet.

Revisor har påpekt at fagpersonell i barnehager vurderer at personale og ivaretakelse av kvalitet/pedagogisk innhold i barnehagen i perioder er under stort press. Revisor mener dette fremstår tett forbundet med de økonomiske rammevilkårene for vikarbruk som barnehagene har. Revisor peker på at fagpersonell vurderer at barnehagene ikke har tilstrekkelig:

- Budsjettramme til å kunne erstatte personell med vikarer ved ulikt type fravær.
- Tilgang på vikarer med rett kompetanse til å erstatte pedagogisk personell ved fravær.
- Grunnbemanning til å ivareta alle krav og behov som gjelder i barnehagen i dag (merk herunder at barna er lengre i barnehagen nå enn før).

Bystyret har registrert at rådmannen i sin høringsuttalelse deler bekymringen om at det er en risiko for at kommunen ikke ivaretar regelverket for kvalitativt og pedagogisk innhold i barnehagegene, men at Tønsberg kommune som barnehagemyndighet følger tett gjennom tilsyn, veiledning og oppfølging av kompetansehevingstiltak.
Bystyret tar med seg rapportens konklusjoner i fremtidig budsjettbehandlinger. Vikarbudsjett og vikarbruk bør tas hensyn til slik at bemanningen ligger innenfor bemanningsnormen også ved sykefravær.

Sammendrag:
Saken omhandler en forvaltningsrevisjonsrapport bestil av kontrollutvalget i forhold til vikarbruk innenfor barnehagene i Tønsberg kommune. Etter endt behandling i kontrollutvalget ble det fattet vedtak om at den skulle fremlegges bystyret.

Vedlegg:
Kontrollutvalget, saksutskrift 42-17
Endelig rapport_Vikarbruk, oppvekst, barnehager_Tønsberg kommune

Innledning – hva saken gjelder:

Forvaltningsrevisjonsrapport av vikarbruk i Tønsberg kommune innenfor barnehager.

Faktagrunnlag:

Kontrollutvalget bestilte i april, sak 15/17, en prosjektplan til forvaltningsrevisjonsprosjektet «Forvaltningsrevisjon av vikarbruk i kommunen, oppvekst, barnehager».

I juni 2017, sak 22/17, bestilte utvalget forvaltningsrevisjonsrapporten med følgende problemstillinger:

1. Hva er omfanget av vikarbruk i de kommunale barnehagene i Tønsberg kommune?

Herunder kartlegge:

a. Totale vikarkostnader i 2016 og sammenlignet med tidligere år.

b. Vikarkostnaders andel av totale lønnskostnader per barnehage.

2. Hva er årsakene til vikarbruken?

3. Hva er de reelle vikarkostnadene hensyntatt refusjoner? Herunder kartlegge/vurdere:

a. Hva er netto vikarkostnader hensyntatt refusjon der årsaken til vikarutgiftene er knyttet til sykdom og øvrig refusjonsberettiget fravær?

b. Hva er kostnadsdifferansen mellom et gjennomsnittlig årsverk i barnehagen og et årsverk for vikar?

4. Hva er vurderte kvalitative/pedagogiske konsekvenser forbundet med vikarbruk?

a. Innebærer konsekvensene risiko i forhold til ivaretakelse av regelverket for kvalitativt og pedagogisk innhold?

Forvaltningsrevisjonsrapporten ble levert etter avtale innen 6.november 2017 til sekretariatet med rådmannens uttalelse i kapittel 6 på side 19.

I tråd med revisjonsstandard RSK 001 og revisjonsmandatet skal forvaltningsrevisjonen

ikke gi anbefalinger som omhandler prioritering av kommunens økonomiske midler. Med bakgrunn i overstående har revisor ikke anbefalinger i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

Kontrollutvalget behandlet saken i møte 28. november 2017, sak 42/17. Kontrollutvalget ber bystyret ha med seg rapportens konklusjoner i fremtidig budsjettbehandlinger. Kontrollutvalget anmoder om at vikarbudsjett og vikarbruk bør tas hensyn til slik at bemanningen ligger innenfor bemanningsnormen også ved sykefravær.

Kontrollutvalget oversender på bakgrunn av overnevnte rapporten til bystyret for behandling med forslag om vedtak.

Rettslig grunnlag:

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

Forholdet til kommuneplanen:

Vurderinger:

Høringssvar til rapporten fra Tønsberg kommune, v/Geir Viksand:
Tønsberg kommune ønsker å bemerke at vi støtter vurderingene som framkommer i rapporten, både med hensyn til årsaker til vikarbruk og konsekvenser knyttet til vikarbruk.

Pedagogisk bemanning og bemanning Barnehagene er, som rapporten også beskriver, organisert i virksomheter. Dette skal gjøre barnehagene mer robuste økonomisk, men ikke minst organisatorisk. Ved fravær skal det være lav terskel for å omorganisere bemanning, ikke bare mellom avdelinger, men også mellom barnehager i virksomheten. Barnehagene i Tønsberg utviser en god evne og vilje til å løse utfordringer ved sykefravær innenfor egen barnehage, men har kanskje et forbedringspotensial i å utnytte ressursene i på tvers av barnehagene i virksomheten. Barnehagene har som rapporten viser en stor andel pedagogisk personale. Dette er et bevisst valg både for å øke den pedagogiske kvaliteten og for at barnehagene i større grad kan framstå som robuste i å håndtere ulike situasjoner (herunder også noe fravær). Ved langvarig fravær som medfører at de ikke oppfyller krav til pedagogisk bemanning må barnehagen lyse ut stillingen og søke om dispensasjon fra norm om pedagogisk bemanning.
Det framkommer i rapporten at Tønsberg kommunes barnehager har en grunnbemanning som er på nivå med sammenligningskommuner og landsgjennomsnittet. De bekymringene intervjuet fagpersonell har rundt bemanning i barnehagene er i høyeste grad reelle og aktuelle. De beskriver, slik vi tolker det, en bekymring rundt nasjonal barnehagepolitikk og endringer i samfunnet som ikke gjenspeiles i barnehagelovgivningen.

Kvalitet i tråd med regelverket
Rapporten beskriver at det er en risiko for at kommunen ikke ivaretar regelverket for kvalitativt og pedagogisk innhold i barnehagene, herunder Lov om barnehager og tilhørende forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver. Dette er en bekymring som kommunen deler, og som Tønsberg kommune som barnehagemyndighet følger tett gjennom tilsyn, veiledning og oppfølging av kompetansehevingstiltak.

Begrunnelser
Når det gjelder begrunnelse for rapportens funn vil virksomhetslederne i barnehagene presisere at det ikke kan ses bare på vikarpostene uten å trekke linjer til hele regnskapet til barnehagene.
I 2016 var flere av faglederne/styrerne sykemeldte over lenger tid (noen gjennom hele året). Disse lederne ble delvis erstattet, men vikarene ble lønnet med fastlønn (1010). Noe av denne ressursen var ikke praktisk mulig å erstatte, og den aktuelle barnehagen omdisponerte da midlene til annen nødvendig drift.

I tillegg er det ansatte i reduserte stillinger som benyttes som vikarer på sine fridager. Disse er også lønnet med fast lønn. Dette gjelder også støttepersonell (1030).
Den største barnehagen i Tønsberg har kalkulert med at de konstant vil ha noe fravær, og har derfor økt bemanningen i faste stillinger ut over minimumsbehovet. Fordi de allerede har litt «å gå på» har de ikke benyttet vikarer (ført på 1020) i like stor grad ved fravær.

Alternative løsninger:
Økonomiske konsekvenser:
Konsekvenser for næringsutvikling:
Helse- og miljøkonsekvenser:
Konsekvenser for folkehelse:
Konsekvenser for barn og unge:
Konsekvenser for sammenslåingen Re og Tønsberg:

Konklusjon:

Videre behandling:
Rapporten behandles i bystyret etter anmodning fra kontrollutvalget.

Tønsberg, 9. oktober 2018

Vestfold Kommunerevisjon

Sted og dato: Horten, 7.november 2018
Referanse: 606/2018
Saksbehandler: Linn Karlsvik

Til Foretaksregisteret
8910 Brønnøysund

VILLIGHETSERKLÆRING

Undertegnede, Vestfold kommunerevisjon, org.nr. 987 582 847, bekrefter at vi påtar oss oppdraget som revisor i Tønsberg kommune, org.nr 950 611 839.

Horten, 7. november 2018
Vestfold kommunerevisjon

Linn Karlsvik
Statsautorisert revisor

Adresse: Sollistrandveien, 3187 Horten
Org.nr: 987 582 847 MVA
Telefon: 33 07 13 00
post@vestfoldkommunerevisjon.no
www.vestfoldkommunerevisjon.no

Arkivsak-dok. 18/00029-14
Saksbehandler Heidi Wulff Jacobsen

Saksgang	Møtedato
Kontrollutvalget i Tønsberg	22.11.2018

SAK 38/18
EVENTUELT

Forslag til vedtak:

.

Vedlegg:
Ingen.

Saksframstilling: