



Dato: 13.06.2018

Fylkesmannen i Vestfold
Postboks 2076
3103 TØNSBERG

Plan for lukking av avvik - landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til personer mer samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Viser til oversendt rapport fra tilsynet datert 18.04.18.

Her følger kommunens plan for å rette avvik som ble avdekket. Det redegjøres for tiltak, ledelsens ansvar og frister innenfor de ulike områdene i avviket.

Kommunen har ikke sikret klare ansvarsforhold når det ytes tjenester til brukere som skal mestre å bo i egen bolig

Kommunen har nå inngått en ny avtale med Kirkens Bymisjon (KB) som presiserer at tjenestene, herunder boligsosialt arbeid, skal «drives i nært samarbeid med kommunens tjenestetilbud og være et supplement til disse. Tiltakene utført av Kirkens Bymisjon erstatter ikke kommunens egne tjenestetilbud» (se vedlegg 1). Dette innebærer en endring av tidligere praksis. Det er avholdt to møter mellom kommunen og KB, og retningslinjer for samarbeid ut fra ny avtale er under utarbeidelse. Ansatte ved NAV, helse- og omsorgstjenestene og i KB er informert om endringen. Brukere henvises ikke lenger til KB for å få lovpålagte sosialtjenester og omsorgstjenester.

Når brukere nå henvender seg til NAV for bistand til å finne bolig fattes det vedtak etter sosialtjenestelovens § 17, og brukere tilbys oppfølging ut i fra individuelt behov. Det kan informeres om KB som et supplement til kommunens tilbud. Brukere som har behov for bistand til å mestre boforhold får dette fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen, jf helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 6 b. Det fattes vedtak for denne tjenesten. Dersom bruker mottar andre tjenester fra kommunen, og får behov for bistand i en avgrenset periode, f.eks. i forbindelse med flytting, gis bistand fra tjenestene uten egen søknad/vedtak. Også her kan det informeres om KB som et supplement, tilsvarende informasjon som gis om andre frivillige organisasjoners tilbud. Det skal utarbeides en retningslinje som avklarer oppgavefordelingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene på dette området.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille retningslinje for samarbeid med KB	Ledere NAV og KB, fagrådgiver kommunen	01.08.18
Utarbeide retningslinje for oppgavefordeling NAV og helse- og omsorgstjenesten	Avd.leder NAV og fagrådgiver kommunen	01.10.18
Faste møter mellom daglig leder/ virksomhetsleder KB og rådmannen	Rådmannen og dagligleder/virksomhetsleder	Avholdt mai 2018

Postadresse: Postboks 2410 E-post: postmottak@tonsberg.kommune.no Bank: 2400.05.09988
3104 Tønsberg
Besøksadresse: Internett: www.tonsberg.kommune.no Org.nr. 950.611.839
Telefon: 33 34 80 00

hvert halvår		
Faste møter på tiltak/tjenestenivå boligsosialt arbeid, hyppighet avklares	Ledere NAV, KB og helse- og omsorgstjenesten	Avholdt juni 2018
Samling/work-shop med ansatte NAV, helse- og omsorg og KB for å sikre endret praksis	Ledere NAV, KB og helse- og omsorgstjenesten	Høst 2018

Det innhentes ikke alltid samtykke fra brukerne til å utveksle nødvendig informasjon mellom helse- og omsorg og sosialtjenesten i NAV. Skriftlig samtykke inneholder ikke alltid opplysninger om varighet eller hvilke tjenester samtykket gjelder for.

Sosialtjenesten i NAV og helse- og omsorgstjenesten er enige om at kommunens skjema «Samtykkeerklæring – opphevelse av taushetsplikt» skal brukes av begge parter (se vedlegg 2). Her skal det spesifiseres type opplysninger, tjenester/virksomheter og varighet. Hver av partene har ansvar for å innhente nødvendig samtykke før informasjon utveksles. Lovverk og praktisk bruk av skjemaet gjennomgås med ansatte i de ulike tjenestene. Psykisk helse- og rustjenesten har besluttet å ta i bruk behandlingsplan/tiltaksplan/rehabiliteringsplan for alle brukere som får individuell oppfølging over tid. Det legges inn faste evalueringspunkter i planen, og gyldig samtykke er en av tingene som skal sjekkes.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå lovverk og bruk av skjema i tjenestene	Ledere NAV og helse- og omsorgstjenesten	01.10.18
Samtykke som evalueringspunkt i behandlingsplan psykisk helse og rus. Ledere følger opp at evaluering er gjennomført til fastsatt tid.	Avdelingsledere psykisk helse og rus	Første halvår 2019

Det er mangelfull tilgang til journalopplysninger for de som yter helse- og omsorgstjenester

Psykisk helse- og rustjenestene har eget «lukket» planområde i pasientjournalen i tillegg til «åpent område». Det er etter tilsynet besluttet at når bruker mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester i tillegg, skal all journalføring skje på «åpent» område. Dette sikrer andre tjenester tilgang til nødvendig informasjon. Avdelingsledere kan følge opp ved å ta ut rapport over brukere med flere tjenester og sikre at journalføringen skjer på rett område.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenestens tilgang til Farmannshjemmets journal, er Farmannshjemmet positive til at kommunen kan få ekstern tilgang til dere elektroniske pasientjournal. De er i dialog med sin leverandør HK Data for å finne en teknisk løsning.

Det foreligger prosedyre for «Samhandling og oppfølging av beboere ved Farmannshjemmet», revidert april 2018 (se vedlegg 3) som tydeliggjør de ulike partenes ansvar ved innkomst, oppfølging og utskrivning.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Psykisk helse- og rus endrer journalføring fra «lukket» til «åpent» område	Avdelingsledere følger opp at endringene er gjennomført	01.07.18
Dialog med Farmannshjemmet for ekstern tilgang til deres pasientjournal.	Virksomhetsleder Psykisk helse og miljøarbeid	

Kommunen sørger ikke for en planmessig oppfølging av brukerne

Psykisk helse- og rustjenesten har besluttet å ta i bruk behandlingsplan/tiltaksplan/rehabiliteringsplan for alle brukere som får individuell oppfølging over tid. Endelig navn på planen er ikke avgjort. Planen skal foreligge uavhengig om brukere har vedtak om tjenesten eller ikke. For brukere med vedtak blir planen en utdypning av mål og tiltak som fremkommer i vedtaket. Det skal utarbeides en mal for planen og en prosedyre med sjekklister som sier noe om når planen skal evalueres og hva som skal inngå i evalueringen. Kommunen bytter program for elektronisk pasientjournal fra Profil til CosDoc i 2019. Det er etablert gruppe på tvers av virksomhetene ifht Profil som nå skal jobbe med tilrettelegging og implementering av det nye fagprogrammet. Psykisk helse og rus har representant der. Høsten skal brukes til utarbeidelse av mal for plan og sjekklister, og å se på muligheter som ligger i det nye programmet. Tiltaket iverksettes derfor ikke fullt ut før i 2019.

Når det gjelder mangel på vedtak for oppfølging fra ruskonsulent i hjemmet, har det vært avholdt møte mellom rustjenesten og Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO). Vi ser at en del brukere har fått vedtak om «Oppfølgingstjeneste» utført av miljøterapeut i hjemmet/på brukers hverdagsarenaer. Andre brukere har fått tilsvarende oppfølging av ruskonsulent uten at det er fattet vedtak. Det er i samarbeid rustjenesten og THO nå fastsatt noen kriterier for hva som skal ligge til grunn for at bruker skal få vedtak om denne typen tjeneste. Alle brukere med «Rustjeneste» skal vurderes i forhold til behov for denne typen vedtak. Videre følges kommunens generelle prosedyre for evaluering av vedtaksbaserte tjenester, og avdelingsledere følger opp at prosedyren og fastsatte evalueringstidspunkt følges.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide mal for behandlingsplan og prosedyre med sjekklister	Avdelingsledere og fagrådgiver psykisk helse og rus	31.12.18
Innføre bruk av behandlingsplan i tjenestene og følge opp gjennomføringen	Avdelingsledere psykisk helse og rus	2019
Gjennomgå alle brukere i «Rustjenesten» og fatte vedtak der det er behov	Ledere psykisk helse og rus og THO	01.10.18

Kommunen oppfyller ikke plikten til å utarbeide individuell plan (IP) for denne brukergruppen

Kommunen tok i bruk det web-baserte programmet ACOS IP for en tid tilbake. Det har vært gjennomført grunnopplæring på tvers av virksomhetene fire ganger pr år, og alle med ansvar for IP er bedt å delta på en slik grunnopplæring. Tilsvarende opplæring er nå planlagt to ganger pr

år. I tillegg har virksomhetene en ressursperson som bidrar med opplæring og veiledning et fra individuelle behov. Alle ansatte som får ansvar for IP får dette tilbudet.

Som Fylkesmannen viser til fremgår det ikke tydelig i journalen om brukere uten IP ikke har en slik plan fordi de ikke ønsker det selv. I tillegg til mer presis bruk av IPLOS-registreringen «Ønsker ikke individuell plan» er det etablert et tiltak under planområdet kommunikasjon i pasientjournalen som heter «IP-vurderinger» (se vedlegg 4). Det er besluttet i psykisk helse og rus at alle brukere skal vurderes i forhold til behov for, og ønske om, IP og det skal journalføres på dette tiltaket for alle, jf vedlegget.

Kommunen er i dialog med leverandør av CosDoc for å undersøke muligheter for «kobling» direkte mot pasientjournalen. De har ikke lyktes oss å få dette avklart ennå. Som et midlertidig tiltak skriver koordinator ut den individuelle planen når den er utarbeidet og ved endringer, og den scannes inn i journalen.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå alle brukere i psykisk helse- og rustjenesten og vurdere behov for IP, sikre rett IPLOS-registrering og journalføre under tiltaket «IP-vurderinger»	Avdelingsledere psykisk helse og rus	01.10.18
Dialog med leverandør for å sikre kobling av ACOS IP mot CosDoc	Leder av Profilforum/CosDoc-gruppa – virksomhetsleder hjemmetjenesten	
Skrive ut IP fra ACOS IP og scanne i journal Profil	Ledere helse- og omsorgstjenesten	01.07.18

Avvikssystem/avviksmeldinger – det meldes lite avvik på tjenester til brukere

Kommunen tok i bruk Compilo som nytt kvalitetssystem i 2017. Alle ansatte har fått opplæring. Innen psykisk helse- og rustjenestene ser vi at det, i tillegg til HMS, meldes avvik i forhold til medisintil levering, mangel på iverksatt tjeneste (psykisk helsetjeneste) og noen samhandlingsavvik til spesialisthelsetjenesten. Utover dette meldes lite avvik på tjenester til brukere. Det er besluttet at kvalitetsrådgiver, som har ansvar for opplæring i kvalitets-systemet i virksomheten, deltar i avdelingsmøte i hver avdeling for gjenoppfriskning av hvordan man melder avvik. Det skal være fokus på hva «brukeravvik» kan være, og avdelingen drøfter hvilke situasjoner som kan være aktuelle å melde avvik på. Dette gjentas årlig.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Kvalitetsrådgiver deltar i avdelingsmøter for opplæring og diskusjon rundt «brukeravvik»	Kvalitetsrådgiver og avdelingsledere	01.10.18, deretter årlig

Dersom Fylkesmannen har spørsmål eller behov for ytterligere informasjon kan undertegnede kontaktes.

Med hilsen

Therese Offerdahl
Virksomhetsleder
Psykisk helse og miljøarbeid

Hilde C. Rui
Fagrådgiver
Psykisk helse og miljøarbeid

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Vedlegg

1. Avtale Kirkens Bymisjon
2. Samtykkeerklæring
3. Samhandling Farmannshjemmet
4. Tiltak IP-vurderinger



Fylkesmannen i Vestfold

Tønsberg kommune
v./Therese Offerdahl

Postboks 2410

3104 Tønsberg

Vår saksbehandler / telefon:
Olav Øyasæter
33 37 23 93

Deres referanse:
18/42130

Vår referanse:
2017/5659
Arkivnr: 733.3

Vår dato:
30.07.2018

TØNSBERG KOMMUNE	
Virksomhet	J.no
J.no	Kass.no
17/15458	tbjthoff
02 AUG 2018	
Ark.kode P	
Ark.kode S	
Fysisk arkiv	Svarfrist
Kopi: HOK THOV	

Tilbakemelding på plan for lukking av avvik – Tønsberg kommune

Vi viser til Tønsberg kommunes plan for lukking av avvik datert 13. juni 2018. Vi tar planen til etterretning.

Vi ber om at kommunen innen 1. oktober 2018 oversender følgende:

- Ny retningslinje for samarbeid med Kirkens Bymisjon
- Ny retningslinje for oppgavefordeling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

Vi ber samtidig om tilbakemelding på om øvrige tiltak i planen gjennomføres slik forutsatt.

Med hilsen
Fylkesmannen i Vestfold

Linda Endrestad
fagsjef

Olav Øyasæter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Kopi til:
Tønsberg kommune v./ Hilde Rui

Postboks 2410 3104 Tønsberg



Fylkesmannen i Vestfold

Virksomhet		TØNSBERG KOMMUNE	
J. nr.		Saksnummer	
Kassasjon			
KOP 2 AUG 2018			
Ark.kode P			
Ark.kode S			
Fysisk arkiv		Svarfrist	
Kopi:			

Tønsberg kommune
v./Therese Offerdahl

Postboks 2410

3104 Tønsberg

Vår saksbehandler / telefon:
Olav Øyasæter
33 37 23 93

Deres referanse:
18/42130

Vår referanse:
2017/5659
Arkivnr: 733.3

Vår dato:
30.07.2018

Tilbakemelding på plan for lukking av avvik – Tønsberg kommune

Vi viser til Tønsberg kommunes plan for lukking av avvik datert 13. juni 2018. Vi tar planen til etterretning.

Vi ber om at kommunen innen 1. oktober 2018 oversender følgende:

- Ny retningslinje for samarbeid med Kirkens Bymisjon
- Ny retningslinje for oppgavefordeling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

Vi ber samtidig om tilbakemelding på om øvrige tiltak i planen gjennomføres slik forutsatt.

Med hilsen
Fylkesmannen i Vestfold

Linda Endrestad
fagsjef

Olav Øyasæter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Kopi til:
Tønsberg kommune v./ Hilde Rui

Postboks 2410 3104 Tønsberg



Dato: 28.09.2018

Fylkesmannen i Vestfold
Postboks 2076
3103 TØNSBERG

Tilbakemelding på status for lukking av avvik

Viser til brev datert 30.07.18, ref. 2017/5659, der dere ber om å få oversendt to retningslinjer og en tilbakemelding på om øvrige tiltak i planen gjennomføres som forutsatt.

Når det gjelder ansvarsforhold for tjenester til brukere som skal mestre å bo i egen bolig, har vi valgt å lage *en* felles retningslinje i stedet for to, slik det fremkommer i planen. Denne dekker både intern ansvarsfordeling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, og kommunens samarbeid med Kirkens Bymisjon Bo-team. Se vedlegg.

Revisjonen avdekket mangel på vedtak for oppfølging av ruskonsulent i hjemmet. I vår plan for å rette opp i dette, satte vi et tiltak som handlet om å gjennomgå alle brukere i «rustjenesten» og fatte vedtak der det var behov innen 01.10.18. Vi har nå kommet frem til at vi vil fatte vedtak for alle brukere som mottar systematisk oppfølging fra ruskonsulent over tid, også der oppfølgingen i hovedsak ikke er knyttet til hjemmet. Det vil, som for psykisk helsetjeneste, være tiltak/tjenester og situasjoner der det ikke fattes vedtak. Dette kan være i en relasjonsbygging- og kartleggingsfase, oppfølging av pårørende, brukere som «dropper innom av og til» for råd og veiledning mm. Dette medfører en større endring i intern praksis, prosedyrer og samhandling som vi må bruke noe tid på. Vi forventer å ha ferdigstilt arbeidet og fattet aktuelle vedtak innen 01.03.19.

Øvrige tiltak gjennomføres i all hovedsak etter planen.

Med hilsen

Hilde C. Rui
Fagrådgiver Psykisk helse og miljøarbeid

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Vedlegg
Retningslinje boligveiledning - september 2018

Postadresse:	Postboks 2410 3104 Tønsberg	E-post:	postmottak@tonsberg.kommune.no	Bank:	2400.05.09988
Besøksadresse:		Internett:	www.tonsberg.kommune.no	Org.nr.	950.611.839
Telefon:	33 34 80 00				



Fylkesmannen i Vestfold

Tønsberg kommune ved rådmann

Postboks 2410

3104 Tønsberg

Vår saksbehandler / telefon:
Olav Øyasæter
33 37 23 93

Deres referanse:
18/77178

Vår referanse:
2017/5659
Arkivnr: 733.3

Vår dato:
17.10.2018

Avslutning av landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse - Tønsberg kommune

Vi viser til kommunens plan datert 13. juni 2018 for å rette avviket som ble avdekket under tilsynet. Vi viser også vårt brev datert 30. juli 2018 og kommunens tilbakemelding datert 28. september 2018.

Etter vår vurdering er kommunens plan tilstrekkelig for å rette avviket. Tilsynet er dermed avsluttet.

Med hilsen
Fylkesmannen i Vestfold

Jan-Arne Hunnestad
avdelingsdirektør/fylkeslege

Olav Øyasæter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

