ØKUS KOF
Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefellesskap

Møteinnkalling
Kontrollutvalget Sarpsborg

Møtested: Sarpsborg rådhus, møterom Ulrikke Brandstorp
Tidspunkt: 20.01.2026 kl. 14:00

Eventuelle forfall meldes til Anita Dahl Aannerød, telefon 900 86 740, e-post rona@fredrikstad.kommune.no

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Dersom du ønsker å få vurdert din habilitet, send nødvendig informasjon til sekretariatet postkontrollutvalg@fredrikstad.kommune.no

09.01.2026

Linda Engsmyr
Kontrollutvalgsleder

Saksliste

Saksnr.	Innhold	Hjemmel u.off.
PS 26/1	Godkjenning av innkalling og saksliste	
PS 26/2	Forvaltningsrevisjonsrapport - Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser	
PS 26/3	Prosjektplan eierskapskontroll "Borg Havn IKS"	
PS 26/4	Forvaltningsrevisjon prosjektplan "Selvkost i kommunens vann- og avløpstjenester"	
PS 26/5	Kontrollutvalgets årsmelding 2025	
PS 26/6	Orienteringssak - Budsjett 2026	
PS 26/7	Referater og meldinger	
PS 26/8	Eventuelt	

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/136
Dokumentnr.:	1
Løpenr.:	896/2026
Klassering:	3003-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/1

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Innkalling og saksliste godkjennes

Fredrikstad, 02.01.2026

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Saksliste er fremlagt og godkjent av kontrollutvalgets leder.

Vurdering

Innkalling og saksliste godkjennes.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/134
Dokumentnr.:	3
Løpenr.:	4579/2026
Klassering:	3003-188
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/2

Forvaltningsrevisjonsrapport - Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.

2. Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:

   1: Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de fire anbefalinger som fremkommer av rapporten. Herunder:
   a) vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.
   b) igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak.
   c) sørge for at Nav gjennomfører regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.
   d) vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

   2: Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.
   Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Fredrikstad, 07.01.2026

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport «Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser», datert 19.12.2025.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Bystyresak 59/24, den 20.06.2024, (Forvaltningsrevisjonsplan 2024-2028)
- KU-sak 24/35, den 08.10.2024 (Bestilling av forvaltningsrevisjon)
- KU-sak 25/20, 10.06.2025 (Prosjektplan)

Saksopplysninger

Prosjektets bakgrunn:

Da kontrollutvalget behandlet plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028 fremkom følgende av risiko- og vesentlighetsvurdering:

> «Sekretariatet vurderer at levekårsutfordringer fortsatt er et risikoområde for Sarpsborg kommune. Derfor kan det være aktuelt å gjøre vurderinger på tverrfaglig samarbeid/ samordning av tjenestene innen sosiale tjenester og rus/ psykiatri. Kontrollutvalget var i sin workshop opptatt av KORP (Kompetansesenter rus og psykisk helse). Kommunedirektør og Ordfører er enige i at dette er et av de aktuelle områder»

Dette var basert på bla en spørreundersøkelse til administrasjonen i Sarpsborg kommune om hvilke tre områder de mente hadde høyest risiko for å ikke overholde lov og forskrift. De fikk også spørsmål om det var andre opplysninger de syntes var viktige i forhold til risikoområder i den kommunale forvaltning. Blant annet kom det fram følgende kommentarer fra respondentene i undersøkelsen:

- Helse, i forhold til ventetid på tjenester/oppfølging innenfor rus og psykiatri.
- Kompetansesenter rus- og psykiskhelse.
- Rus- og psykiatripasienter. Her burde kommunen ha en mer helhetlig behandling av disse. I dag kan dette oppleves som stykkevis og delt. Det er flere områder som jobber med de samme pasientene og da kan det føre til at vi ikke overholder lov og forskrift.
- Koordinering av tjenester til enkeltpersoner og familier.
- Midlertidig botilbud til vanskeligstilte.

Kontrollutvalget ønsket ved bestilling av rapporten at det skulle sees på oppfølging av enkeltbrukere og tilgjengeligheten av «informasjon om hvor man får hjelp».

Prosjektets problemstillinger:

I prosjektplanen ble følgende problemstillinger vedtatt:

- Er kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter i tråd med lovverk og nasjonale føringer?

Revisjonskriterier:

For å kontrollere og besvare problemstillingene har revisjonen utledet revisjonskriterier (kontrollkriterier), disse kan i sin helhet leses på side 7 i rapporten.

Revisjonens konklusjon:

«Vår konklusjon er at kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter langt på vei er i tråd med lovverk og nasjonale føringer. For eksempel har kommunen i stor grad etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetenes aktiviteter, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9. Kvalitetssystemet bidrar til å oppfylle kravene til internkontroll, og det har i stor grad blitt etablert rutiner for ledelse, medarbeideroppfølging og statusgjennomgang. I tillegg har det blitt utarbeidet rutiner for blant annet identifisering, kartlegging og oppfølging av ROP-pasienter. Virksomhetsplaner for aktuelle tjenester beskriver mål og oppgaver på ulike nivåer.
Gjennom Kompetansesenteret og frivillige organisasjoner tilbys et bredt spekter av aktiviteter og tjenester til personer med ROP-lidelser. Vi opplever også at erfaringskonsulentene spiller en viktig rolle i å kartlegge og organisere oppfølgingen av

personer med ROP-lidelser, samtidig som de er godt integrert i arbeidet ved Kompetansesenteret.

Samtidig mener vi å ha identifisert noen utfordringer på området, og slik vi opplever det er det fire forbedringsområder, sett opp mot våre revisjonskriterier.

For det første vurderer vi at det finnes utfordringer når det gjelder organisering av vedtaksmyndighet blant samarbeidsaktørene innenfor området rus og psykisk helse. Når vedtaksmyndighet er spredt på flere instanser, kan det skape uklarheter. Dette skaper risiko for at saksbehandlingen kan bli fragmentert, det kan bli ulik praksis i hvordan saker behandles og det kan være utfordringer med likebehandling. Vi anbefaler derfor at kommunen bør vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet innenfor området rus og psykisk helse. Det vil kunne bidra til forutsigbarhet, styrke samhandlingen mellom enhetene, samt forebygge at ovennevnte utfordringer på området kan oppstå.

For det andre mener vi det er identifisert utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom Nav og andre virksomheter når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Når avviket gjelder en annen enhet enn Nav, kan Nav miste innsyn i videre behandling og tiltak. Dette kan svekke den systematiske styringen på tvers av virksomhetene. Manglende informasjonsflyt kan også føre til at avvik ikke følges opp tilstrekkelig, og at læring og forbedring uteblir på tvers av enheter. Rutinen «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» har blitt utarbeidet nettopp for å sikre god informasjonsflyt mellom virksomheter angående avvik. Vi mener rutinen er god, men at den ikke er implementert tilstrekkelig i det praktiske arbeidet med avvik når Nav er involvert. Vi anbefaler derfor at kommunen bør igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak. Dette vil styrke den systematiske styringen og sikre at avvik faktisk fører til forbedring på tvers av hele organisasjonen.

For det tredje vurderer vi at det er behov for mer systematisk innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser. Etter vår oppfatning gjelder dette i hovedsak Nav. Vi anbefaler derfor at Nav bør gjennomføre regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.

For det fjerde vurderer vi at flere personer med ROP-lidelser bor i boliger som ikke er egnet for deres behov, noe som kan føre til isolasjon og ernæringsutfordringer. Det mangler også bemannede boliger for de mest utsatte, og noen brukere plasseres på sykehjem selv om dette ikke er en optimal løsning. Det synes også som at kommunen har utfordringer med fleksibilitet og kapasitet på boligområdet, for de med størst behov. Dette mener vi indikerer et behov for å øke antallet boliger i kommunen, og særlig bemannede boliger for de mest utsatte brukerne. Vi vil også peke på at kommunen ikke har et tilsvarende bofellesskap som Kirkeveien for kvinner med ROP-lidelser. Dette fører til at kvinner med ROPlidelser har dårligere tilgang til tilpassede botilbud sammenlignet med menn, og kan også indikere et behov for egne boliger spesielt for denne gruppen. Basert på det ovennevnte anbefaler vi at kommunen bør vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.»

Revisjonens anbefalinger:

Basert på sine vurderinger og konklusjon anbefaler revisjonen at kommunen bør:

a) vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.
b) igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak.
c) sørge for at Nav gjennomfører regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.

d) vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

Kommunedirektørens høringsuttalelse:

Kommunedirektøren har gitt uttalelse til rapporten og dens anbefalinger. Dette fremgår i sin helhet på side 45 i rapporten.
Kommunedirektøren skriver blant annet:

> «Kommunedirektøren er fornøyd med at revisjonen gjennom sin kontroll har konkludert med at «kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter langt på vei er i tråd med lovverk og nasjonale føringer. […] Kommunedirektøren er fornøyd med en grundig forvaltningsrevisjonsrapport, som vil være et godt og viktig grunnlag i det videre arbeidet knyttet til temaene angitt i anbefalingene.»

Vurdering

Det ligger til kontrollutvalget å forsikre seg om at revisors gjennomføring og rapportering skjer i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området. Rapportens utforming, innhold, vurderinger og konklusjoner faller imidlertid innunder revisors selvstendige, faglige ansvar.

Revisjonen oppgir at prosjektet er gjennomført i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Sekretariatet vurderer at rapporten gir svar på problemstillingene og kontrollutvalgets bestilling via prosjektplan.

Videre vurderer sekretariatet at valg av revisjonskriterier er relevante for å kunne besvare problemstillingen. Vi finner at undersøkelsen bygger på data innsamlet ved hjelp av flere metoder, herunder dokumentanalyse og intervjuer. Gjennom bruk av ulike metoder sikrer revisjonen rapportens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Samlet sett anser også sekretariatet at dataene som er benyttet er tilstrekkelig som grunnlag for rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger. Revisors vurderinger er basert på innsamlet materiale, revisjonskriterier og de metodiske avgrensingene.

Sekretariatet vurderer at kommunedirektøren slutter seg til revisjonens anbefalinger og viser til tiltak som skal gjennomføres for å følge opp anbefalingene.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å ta rapporten og kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering.
Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget legger revisjonens vurderinger og anbefalinger til grunn i sitt forslag til vedtak i bystyret, og videre at kontrollutvalget innstiller til bystyret at rapportens anbefalinger skal tas til følge og gjennomføres.

Rapport

SARPSBORG KOMMUNE

19.12.2025

Forvaltningsrevisjon

Tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser

Innhold

1 Sammendrag ... 1

2 Mandat for forvaltningsrevisjonen ... 3

3 Fremgangsmåte ... 4

3.1 Problemstilling og avgrensninger ... 4

3.2 Om revisjonskriterier ... 4

3.3 Revisjonsmetoder ... 5

4 Tverretatlig samarbeid ... 7

4.1 Revisjonskriterier ... 7

4.2 Datagrunnlag ... 8

4.2.1 System og styring ... 8

4.2.2 Boligtilbudet til personer med ROP-lidelser i Sarpsborg kommune ... 15

4.2.3 Kartlegging og identifisering ... 24

4.2.4 Individuell plan og koordinator ... 25

4.3 Vurderinger ... 28

4.3.1 System og styring ... 28

4.3.2 Boligtilbudet til personer med ROP-lidelser i Sarpsborg kommune ... 30

4.3.3 Kartlegging og identifisering ... 31

4.3.4 Individuell plan og koordinator ... 32

4.4 Konklusjon og anbefalinger ... 33

5 Kilder ... 35

6 Vedlegg ... 38

6.1 Utledning av revisjonskriterier ... 38

6.2 Kommunedirektørense uttalelse ... 45

1 SAMMENDRAG

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen undersøkt om kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser er i tråd med lovverk og nasjonale føringer.

Forvaltningsrevisjonen besvarer følgende problemstilling: **Er kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter i tråd med lovverk og nasjonale føringer?**

Revisjonen har benyttet dokumentanalyse og intervjuer som metoder for datainnsamling. Totalt har vi gjennomført 12 intervjuer, med blant annet virksomhetsleder Forvaltning og utvikling, virksomhetsleder Kompetansesenteret, Teamleder Kirkeveien og FACT og Nav-leder. For mer utfyllende informasjon om metode, se rapportens kapittel 3.3.

Revisjonens funn og konklusjoner

Vår konklusjon er at kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter langt på vei er i tråd med lovverk og nasjonale føringer. For eksempel har kommunen i stor grad etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetenes aktiviteter, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9. Kvalitetssystemet bidrar til å oppfylle kravene til internkontroll, og det har i stor grad blitt etablert rutiner for ledelse, medarbeideroppfølging og statusgjennomgang. I tillegg har det blitt utarbeidet rutiner for blant annet identifisering, kartlegging og oppfølging av ROP-pasienter. Virksomhetsplaner for aktuelle tjenester beskriver mål og oppgaver på ulike nivåer. Gjennom Kompetansesenteret og frivillige organisasjoner tilbys et bredt spekter av aktiviteter og tjenester til personer med ROP-lidelser. Vi opplever også at erfaringskonsulentene spiller en viktig rolle i å kartlegge og organisere oppfølgingen av personer med ROP-lidelser, samtidig som de er godt integrert i arbeidet ved Kompetansesenteret.

Samtidig mener vi å ha identifisert noen utfordringer på området, og slik vi opplever det er det fire forbedringsområder, sett opp mot våre revisjonskriterier.

For det første vurderer vi at det finnes utfordringer når det gjelder organisering av vedtaksmyndighet blant samarbeidsaktørene innenfor området rus og psykisk helse. Når vedtaksmyndighet er spredt på flere instanser, kan det skape uklarheter. Dette skaper risiko for at saksbehandlingen kan bli fragmentert, det kan bli ulik praksis i hvordan saker behandles og det kan være utfordringer med likebehandling. Vi anbefaler derfor at kommunen bør vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet innenfor området rus og psykisk helse. Det vil kunne bidra til forutsigbarhet, styrke samhandlingen mellom enhetene, samt forebygge at ovennevnte utfordringer på området kan oppstå.

For det andre mener vi det er identifisert utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom Nav og andre virksomheter når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Når avviket gjelder en annen enhet enn Nav, kan Nav miste innsyn i videre behandling og tiltak. Dette kan svekke den systematiske styringen på tvers av virksomhetene. Manglende informasjonsflyt kan også føre til at avvik ikke følges opp tilstrekkelig, og at læring og forbedring uteblir på tvers av enheter. Rutinen «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» har blitt utarbeidet nettopp for å sikre god informasjonsflyt mellom virksomheter angående avvik. Vi mener rutinen er god, men at den ikke er implementert tilstrekkelig i det praktiske arbeidet med avvik når Nav er involvert. Vi anbefaler derfor at kommunen bør igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak. Dette vil styrke den systematiske styringen og sikre at avvik faktisk fører til forbedring på tvers av hele organisasjonen.

For det tredje vurderer vi at det er behov for mer systematisk innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser. Etter vår oppfatning gjelder dette i hovedsak Nav. Vi anbefaler derfor at Nav bør gjennomføre regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.

For det fjerde vurderer vi at flere personer med ROP-lidelser bor i boliger som ikke er egnet for deres behov, noe som kan føre til isolasjon og ernæringsutfordringer. Det mangler også bemannede boliger for de mest utsatte, og noen brukere plasseres på sykehjem selv om dette ikke er en optimal løsning. Det synes også som at kommunen har utfordringer med fleksibilitet og kapasitet på boligområdet, for de med størst behov. Dette mener vi indikerer et behov for å øke antallet boliger i kommunen, og særlig bemannede boliger for de mest utsatte brukerne. Vi vil også peke på at kommunen ikke har et tilsvarende bofellesskap som Kirkeveien for kvinner med ROP-lidelser. Dette fører til at kvinner med ROP-lidelser har dårligere tilgang til tilpassede botilbud sammenlignet med menn, og kan også indikere et behov for egne boliger spesielt for denne gruppen. Basert på det ovennevnte anbefaler vi at kommunen bør vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

a) vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.
b) igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak.
c) sørge for at Nav gjennomfører regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.
d) vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

2 MANDAT FOR FORVALTNINGSREVISJONEN

Revisjonen skal i henhold til kommunelovens § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF[1], 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger[2], vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i bystyret i Sarpsborg kommune i sak 59/24 (20.06.2024). Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 10.06.2025. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet juni - desember 2025. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen. Tittelen på forvaltningsrevisjonen har blitt justert noe sammenlignet med det som fremgår av prosjektplanen.

Vi har kvalitetssikret innsamlet data underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdte et avsluttende møte med administrasjonen 09.12.2025 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av rapportens vedlegg (kapittel 6.2).

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Pål Brekke og oppdragsansvarlig revisor Casper Støten. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil takke kommunens kontaktperson og andre som har deltatt, for et godt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvsøy, 19. desember 2025

Casper Støten
oppdragsansvarlig revisor

Pål Brekke
utførende forvaltningsrevisor

[1] NKRF er en faglig interesseorganisasjon og et kompetanseorgan for kontroll og revisjon av kommunal/offentlig virksomhet.

[2] Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstilling og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstilling:

Er kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter i tråd med lovverk og nasjonale føringer?

Revisjonen har avgrenset vår undersøkelse til å omhandle virksomhetene Forvaltning og utvikling, kompetansesenter rus og psykisk helse og Nav.[3] Under virksomheten Forvaltning og utvikling ligger avdelingene Boligkontoret, Koordinerende enhet og Helseforvaltning. Sistnevnte avdeling utfører saksbehandling og skriver vedtak for tjenester som blant annet bolig med bemanning, praktisk og personlig bistand, helsetjenester i hjemmet og støttekontakt. Virksomhet Kompetansesenteret gir tjenester til pasienter med rus- og/ eller psykiske problemer og lidelser. Tjenester som gis er samtaler, veiledning, rådgivning, behandling, stabilisering, støtte, oppfølging og tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester i hjemmet, fysioterapi i gruppe, sosiale aktiviteter, nettverksarbeid, rusrelatert oppfølging og skadebegrensning. Nav Sarpsborg har blant annet ansatt to personer, begge med 50 % stilling, som jobber direkte opp mot personer med ROP-lidelser. Nav Sarpsborg har også en stor del av brukerporteføljen sin på frivillig forvaltning.[4] De har fem ansatte som jobber med dette på fulltid.

3.2 Om revisjonskriterier

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for den enkelte forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er den objektive målestokk som setter revisor i stand til å gjøre vurderinger på de fleste områder uten å ha formell fagspesifikk kompetanse. Revisjonskriteriene og revisors kunnskap og erfaring innen forvaltningsrevisjonsmetodikk, gjør at revisor kan gjøre objektive og holdbare vurderinger.

Revisjonskriteriene etablerer den norm som de innsamlede dataene skal vurderes opp mot. I tillegg til dette skal revisjonskriteriene også gjøre det tydelig for den reviderte enhet hva de måles opp mot. Revisjonskriteriene klargjør også overfor folkevalgte, media og andre lesere av forvaltningsrevisjonen, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil gjøre det enklere å etterprøve revisors vurderinger. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området, eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

[3] Framover i teksten vil virksomhet Kompetansesenter rus og psykisk helse forkortes til kun Kompetansesenteret.

[4] Frivillig forvaltning er at en enkeltperson gir Nav fullmakt til å håndtere personens økonomi. Slike avtaler er ofte tidsbegrensede og har som mål å hjelpe personer med økonomiske utfordringer til å få bedre kontroll over sin økonomi.

3.3 Revisjonsmetoder

I henhold til god revisjonsskikk skal praksis eller tilstand innen det reviderte området beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike metoder for innsamling av data, for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I denne forvaltningsrevisjonen er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse
- Intervjuer

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er «Virksomhetsplan for Virksomhet forvaltning og utvikling. Sarpsborg kommune 2025-2028» og «Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025» sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 5.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 12 intervjuer:

Forvaltning og utvikling

- Virksomhetsleder Forvaltning og utvikling
- Avdelingsleder Boligkontoret
- Avdelingsleder Koordinerende enhet
- Avdelingsleder Helseforvaltning

Kompetansesenter rus og psykisk helse

- Virksomhetsleder Kompetansesenteret
- Forløpskoordinator og seniorrådgiver Kompetansesenteret
- Teamleder Kirkeveien og FACT[5]
- Erfaringskonsulent Kompetansesenteret
- Erfaringskonsulent FACT ung

Nav

- Nav-leder Sarpsborg
- Avdelingsleder Nav Sarpsborg
- Veileder Nav Sarpsborg

[5] FACT står for *Flexible Assertive Community Treatment*, eller fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk.

Alle intervjuer er verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overenstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser.

Vurdering av dataenes troverdighet

Selv ved en dokumentanalyse vil det alltid forekomme subjektive vurderinger. Når det er sagt har revisjonen selvsagt forsøkt å gå gjennom alle de mottatte dokumentene på en nøytral måte. Vi har heller ikke ekskludert noen dokumenter. Vi har lest gjennom alt, og redegjort for det vi opplever er det viktigste i dem.

En generell utfordring for kvalitative intervjuer er at de består av små utvalg. Dette kan være personer som er valgt ut på grunnlag av spesifikke egenskaper, opplevelser, eller fordi de kan gi dybdeinnsikt i fenomenet som studeres. Siden utvalget er lite, reflekterer det i mindre grad variasjonen i en større populasjon, og resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres. Men selv om utvalget er lite, kan revisor velge deltakere på en strategisk måte for å representere variasjon i erfaringer eller perspektiver. For eksempel kan man i en studie om arbeidsmiljø intervjue personer fra ulike yrkesroller og avdelinger. Dette kan gi en viss bredde i dataene og bidra til at funnene har relevans utover én spesifikk gruppe.

På grunn av utfordringene med generaliserbarhet i kvalitativ metode, brukes ofte begrepet overførbarhet i stedet. Overførbarhet handler om hvorvidt funnene kan være relevante i andre sammenhenger eller for andre grupper, basert på likheter i konteksten. Kunnskapen som nås gjennom kvalitative intervjuer er kontekstspesifikk. Samtidig handler kvalitativ metode i stor grad om fortolkning. Det er vanskelig å sikre objektivitet ved kvalitativ metode. Vi bøter på dette problemet gjennom kvalitetssikringer i mange stadier av rapportskrivingen, og gjennom flere møtepunkter med revidert enhet.

Kvalitative intervjuer har også mange fordeler. Kvalitative intervjuer er godt egnet til å fange opp variasjoner i erfaringer og opplevelser. Dette gir en dypere forståelse som ofte er vanskelig å få frem i kvantitative data. En annen fordel er at en kvalitativ tilnærming gir informantene en trygg ramme. Personlige intervjuer kan gjøre det lettere for informantene å åpne seg, da de kan forklare og beskrive sine erfaringer i egne ord uten å bli plassert i standardiserte kategorier. Kvalitative intervjuer kan dermed gi et rikt og nyansert bilde av virkeligheten, men er ofte mindre målbart enn hva kvantitative metoder kan fange opp.

Vi har altså gjennomført 12 intervjuer. I løpet av de siste intervjuene begynte vi å oppleve det vi kaller en datametning. Det vil si at det i mindre grad kom frem ny vesentlig informasjon om temaene vi undersøkte under de siste intervjuene. Vi opplevde heller ikke at det var spesielt stort sprik blant informantene. Det er vår oppfatning at intervjuene ga oss pålitelig og troverdig informasjon.

Bruk av personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd. Lesere av denne rapporten kan ta kontakt med Østre Viken kommunerevisjon dersom de ønsker mer informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger.

4 TVERRETATLIG SAMARBEID

Problemstilling: Er kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter i tråd med lovverk og nasjonale føringer?

4.1 Revisjonskriterier

Komplett utledning av revisjonskriterier står beskrevet i kap. 6.1.

Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.

- Kommunen skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9.
- Kommunen bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov, og tilbud om oppfølging i bolig, bør være tilgjengelig for alle som trenger det.
- Kommunen skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.
- Kommunen bør sørge for at innbyggere med ROP-lidelser blir tilbudt meningsfulle aktiviteter.
- Kommunen skal kartlegge hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, og når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP--lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, psykiske helsevern eller TSB.
- Kommunen skal ha rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner.
- Kommunen bør vurdere å organisere tjenestetilbudet i tre hovedforløp. Dette innebærer at kommunen bør:
    - ha kunnskapsbaserte lavterskeltjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 1.
    - ha kunnskapsbasert behandling til brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 2.
    - tilby kunnskapsbasert behandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten tilpasset alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller ruslidelser for hovedforløp 3.
- Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan. Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester.
- Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 System og styring

4.2.1.1 Kvalitetssystemet

I «Årsrapport Kvalitetsutvalg og arbeid med kvalitet i helse og velferd 2024» fremgår det at Sarpsborg kommune innførte Netpower som kvalitetssystem i november 2021. Systemet brukes til å strukturere dokumenter, prosesser, risikovurderinger, samt registrering og håndtering av avvik. Det pågår fortsatt aktiv opplæring for å sikre at både virksomheter og ansatte kan utnytte alle modulene i systemet fullt ut.

I dokumentet «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» beskrives kvalitetssystemet som kommunens sentrale verktøy for daglig internkontroll. Retningslinjen gjelder for alle kommuneområder, virksomheter og ansatte. Kvalitetssystemet skal bidra til å heve kvaliteten på tjenestene, sikre etterlevelse av personvernlovgivningen og fremme et godt arbeidsmiljø. Systemet består av flere moduler, blant annet for dokumenthåndtering, rutiner, avvik, risikoanalyser og årshjul. Det vises til relevante lover og forskrifter, som kommuneloven, arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften.

Videre forklares det at all internkontrolldokumentasjon skal lagres i dokumentmodulen i kvalitetssystemet. Sarpsborg kommune har en tredelt struktur for dokumentene:

- **Nivå 1:** Dokumenter som gjelder hele kommunen (røde mapper)
- **Nivå 2:** Dokumenter som gjelder ett kommuneområde (blå mapper)
- **Nivå 3:** Dokumenter som gjelder den enkelte virksomhet (blå mapper, men grønne der virksomheten hører hjemme)

Alle reglement, prosedyrer og rutiner med tilhørende dokumentasjon skal samles i dokumenthåndteringsmodulen. Dette gir en samlet oversikt over kommunens og virksomhetenes internkontrolldokumentasjon, og skal sikre at tjenestene utføres i tråd med lover, regler og vedtak, samt at det kontrolleres at virksomhetene følger disse retningslinjene.

I dokumentet «Hvordan melde behov for revidering av prosedyrer, nye prosedyrer og godkjenning av prosedyrer» fremgår det at flest mulig prosedyrer skal plasseres på nivå 2 for å sikre likhet og enhetlig praksis. Rutiner på alle nivåer revideres hovedsakelig hvert andre år, men behov for endringer kan meldes fortløpende. Ansatte kan bruke tilbakemeldingsfunksjonen i kvalitetssystemet for å melde inn forslag. Disse går til dokumentansvarlig, som vurderer om innspillet kan vente til neste revisjon eller bør behandles umiddelbart. Rutinen inneholder også en sjekkliste som skal brukes ved godkjenning av rutiner, for å sikre at alle nødvendige punkter er dekket.

Informantene fra alle tre virksomheter vi intervjuet, opplyste at de bruker Netpower som kvalitetssystem. Erfaringene med systemet var delte. Flere hadde positive erfaringer med systemet, og mente det var enkelt å finne prosedyrer og rutiner. Selv om det finnes mange rutiner, vet de ansatte stort sett hva de leter etter. Søkefunksjonen ble brukt ved behov, og denne fungerte bra. Andre informanter var mer kritiske, og mente det er for mange rutiner, noe som gjør det krevende for ansatte å holde seg oppdatert. Selv om det har vært en opprydding, gjenstår fortsatt mye arbeid. Enkelte rutiner viser til feil planverk eller stillinger som ikke lenger er relevante.

Teamleder for Kirkeveien og FACT og virksomhetsleder ved Kompetansesenteret rus og psykisk helse kommenterer at personer med ROP-lidelser vil ha behov for tjenester fra mange ulike instanser og til ulike formål. Derfor er det nødvendig å ikke etablere en egen kategori av rutiner som gjelder personer med ROP-lidelser. Dette vil kunne bidra til diskriminering. Derimot kan det være en god ide å legge til rette for enklere søk i kvalitetssystemet.

Virksomhetsleder ved Forvaltning og utvikling fortalte at hun i 2022 gjennomgikk alle dokumenter på området i forbindelse med at hun startet som ny leder. Da kom det frem at kvalitetssystemet ikke var godt nok tilpasset personer med ROP-lidelser. Etter bytte av system for tre år siden, gjenstår fortsatt mye ryddearbeid. Mange ansatte kjenner ikke rutinene, men bruker søkefunksjonen for å finne frem, noe som kan gi tilfeldige resultater. Hun mener systemet har god struktur, men bør bli mer intuitivt/brukervennlig. Dette er et tema i kvalitetsutvalget. Virksomhetsleder er ikke av den oppfatning at rutinene er dårlige, men det er kanskje for mange av dem.

Avdelingsleder i Nav opplyste om at de ikke har spesifikke rutiner knyttet til personer med ROP-lidelser. Avdelingslederne veileder ansatte i kvalitetssystemet og godkjenner nye rutiner. Nav-leder fortalte at de har jobbet mye med å redusere antall rutiner, og nye rutiner deles fortløpende med ansatte. Flere har dokumentansvar og sørger for publisering og gjennomlesning. Veileder i Nav oppgir at hun ikke savner rutiner på området, da mye informasjon deles på Teams, og det er enkelt å stille spørsmål til kolleger eller ledere.

4.2.1.2 Mål, ansvar, oppgaver og myndighet

I «Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025» beskrives verdier, mål og delmål for både kommuneområdet og virksomheten. Virksomheten har de siste årene opplevd økende pasientantall og betydelig press på tjenestene. I 2024 hadde virksomheten omtrent 4300 pasienter, og det ble mottatt 1855 søknader samme år. Per 1. januar 2025 utgjorde bemanningen 142,5 årsverk fordelt på 160 faste ansatte samt vikarer. Fordelingen av årsverk er som følger:

- Fellestjenester: 6 årsverk
- Team lavterskel rus og psykisk helse: 30 årsverk
- Team rus og psykisk helse: 26 årsverk
- Team senter for rehabilitering og aktivitet: 18,5 årsverk fordelt på 20 ansatte
- Team miljøarbeidertjenesten: 21,5 årsverk fordelt på 29 faste ansatte og rundt 20 vikarer
- Team Kirkeveien og FACT: 20,5 årsverk inkludert teamleder, 26 faste ansatte og 25 tilkallingsvikarer, hvorav 6 årsverk er knyttet til FACT
- Team psykisk helse barn og unge: 15 årsverk inkludert 2 nye stillinger, samt 5 årsverk FACT ung

Videre fremgår det hvem som har ansvar for ulike oppgaver på forskjellige nivåer. For eksempel har ansatte og teamledere ansvar for timelister, mens virksomhetsleder og teamledere har ansvar for rekruttering, opplæring og medarbeidersamtaler. Når det gjelder medarbeiderundersøkelser, har alle ansatte ansvar for medvirkning, mens virksomhetsleder og teamledere skal være pådrivere. Det er også spesifisert hvem som har ansvar på de ulike teamene, blant annet i forbindelse med samhandlingsmøter med Nav og Forvaltning og utvikling. Det gjennomføres systemmøte med Forvaltning og utvikling hver tredje måned, og det skal være samarbeid med Team bolig om tildeling av boliger. I tillegg informeres det om samhandlingsmøter for teamene lavterskel rus og psykisk helse, rus og psykisk helse, Senter for rehabilitering og aktivitet og Kirkeveien/FACT.

Virksomhetsleder ved Kompetansesenteret rus og psykisk helse opplyste i intervjuet at mål, ansvar, oppgaver og myndighet blant annet fremgår av virksomhetsplanen for Kompetansesenteret. Det føres ikke årlig rapportering, men status for hvert team registreres, inkludert mål for videre arbeid og retning fremover. Ansvarsfordeling, antall pasienter og lignende beskrives også. I tillegg er arbeidsoppgaver og tilsvarende nedfelt i lederavtaler og stillingsbeskrivelser for de enkelte ansatte.

I dokumentet «Beskrivelse av tjenestetilbudet og kriterier for tildeling av tjenester i Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse» fremgår det hvilke tjenester virksomheten har ansvar for å tilby sine pasienter. Blant annet retter Team lavterskel rus og psykisk helse seg mot unge over 16 år og voksne med rus- og/eller psykiske utfordringer. Dette teamet fungerer som inngangsporten til Kompetansesenterets tjenester, og tilbyr råd, veiledning og vurdering av hjelpebehov, både for den enkelte og for pårørende. Teamet mottar og vurderer også søknader, inkludert tildeling av tjenester innen virksomheten.

Et annet team som omtales i dokumentet er Team Miljøarbeidertjeneste, som har mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser fra 18 år som målgruppe. Tjenestene gis etter vedtak, og andre relevante hjelpetiltak skal være vurdert eller forsøkt på et lavere tjenestenivå, som rus og psykisk helse eller hjemmetjeneste. Målet er å legge til rette for at pasientene/brukerne skal mestre livets utfordringer mest mulig selvstendig, ut fra egne forutsetninger.

I «Virksomhetsplan for Virksomhet forvaltning og utvikling. Sarpsborg kommune 2025-2028» er virksomhetens mål tydelig beskrevet. Ett av målene er at alle skal bo trygt og godt. Mandatet innebærer blant annet å få tiltak og tjenester til å fungere – enten i fellesskap eller hver for seg. Virksomheten leder samhandlingen i komplekse saker og tar beslutninger innenfor økonomiske rammer, samt peker på behov for opplæring, nødvendige avklaringer og viktigheten av evaluering. Det legges vekt på at innbyggerne skal oppleve at kommunen står samlet og møter få saksbehandlere, særlig i komplekse saker hvor virksomhetens kompetanse og samlende rolle er viktig. Boligkontoret gir råd og veiledning i boligspørsmål, og det foregår i den forbindelse samhandling mellom flere sentrale områder i kommunen.

Videre beskrives det i virksomhetsplanen at virksomheten ble etablert i januar 2018 for å bidra til endringer i helse- og omsorgstjenestene, slik det er beskrevet i kommunedelplanen for helse og omsorg. Virksomheten skal blant annet fatte helhetlige og koordinerte vedtak for personer med omfattende behov, og samarbeide spesielt med helsetjenestene i kommunen. Det gjennomføres også medarbeiderundersøkelser og -samtaler, samt faste avdelingsmøter hvor medarbeidere oppdateres og kan medvirke til virksomhetens status og utvikling.

Nav Sarpsborg har i en kort redegjørelse om sitt arbeid med personer med ROP-lidelser beskrevet at de tilbyr tjenester særlig knyttet til §§ 17 (opplysning, råd og veiledning), 18 (stønad til livsopphold) og 27 (midlertidig botilbud). Nav Sarpsborg har også etablert en egen sikkerhetsgruppe som håndterer utfordrende situasjoner for målgruppen. Gruppen består av to personer som samarbeider med rådgiver for sikkerhet og beredskap, samt ledere. De bistår Nav-veiledere med oppfølging av brukere og driver kompetansearbeid for at veilederne skal kunne følge opp brukere selv, med støtte fra gruppen. Enkelte brukere har fått tilgang til et eget vaktnummer for rask kontakt med Nav, noe som sikrer at personer som er utestengt fra kontoret likevel får god og tett oppfølging fra Nav.

I intervju med Nav-leder ble det opplyst at det finnes rutiner og stillingsbeskrivelser for de to veilederne i sikkerhetsgruppen. Det er etablert en møtestruktur for å melde inn nye saker, og opplegget rundt disse veilederne er godt kjent blant de ansatte. De andre ansatte opplever de to veilederne som lett tilgjengelige. De håndterer både formelle saksprosesser og deltar i drøftinger, og brukes ofte som ressurser for veiledning i saksgang og samarbeidspartnere. Nav har, i likhet med FACT, innført en trafikklysmodell for risikovurdering av brukere. Dersom en bruker vurderes som «rødt lys», skal disse to veilederne involveres. Kategoriseringen er tydelig, og dette har bidratt til å styrke sikkerhetsfølelsen for de ansatte. Det har også ført til en mer helhetlig tjeneste for brukerne. Nav har blitt flinkere til å identifisere slike saker tidlig, slik at brukerne får adekvat oppfølging raskere. Samtidig jobber ikke Navs ansatte primært med brukernes helse.

Videre beskrives det i Navs redegjørelse at de nylig har fått midler fra statsforvalteren til et prosjekt for oppfølging av voksne med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Økt kompetanseoverføring og bedre samhandling skal sikre at brukerne får en mer koordinert og tilpasset oppfølging, noe som også vil styrke tilbudet til personer med ROP-lidelser.

Det påpekes også at boligsituasjonen tidvis kan være utfordrende. Nav Sarpsborg har en egen avtale med Blå Kors for å tilby midlertidig bolig til de som trenger det. I tillegg har Nav fått tilskudd til oppfølging av brukere med utfordringer knyttet til boevne. Denne oppfølgingen har en koordinerende funksjon mot andre enheter i kommunen for å sikre et helhetlig tjenestetilbud, samt å bidra til en trygg boligsituasjon for brukerne. Nav Sarpsborg samarbeider tett med andre kommunale tjenester, som kompetansesenter for rus og psykisk helse, boligkontoret, fastleger og spesialisthelsetjenesten, for å sikre helhetlig og koordinert oppfølging.

Revisjonen har mottatt et organisasjonskart som viser at Nav Sarpsborg er delt inn i fire avdelinger, hvorav tre jobber med oppfølging. Disse avdelingene er videre delt inn i to eller tre team, totalt åtte team. Teamene arbeider både tverrfaglig og på tvers av hverandre når sakene krever det.

Nav-leder forklarte også at virksomhetene har fagmøter på tvers. Hun deltar i en ledergruppe sammen med ledere fra andre instanser, hvor temaer som blant annet omhandler personer med ROP-lidelser tas opp. Dette samarbeidet oppleves som velfungerende. Det holdes et årlig møte med veiledere og representanter fra behandlere, samt hyppigere møter på ledernivå, omtrent hver tredje eller fjerde måned. Hun mener dette er tilstrekkelig, da møtene tar opp saker som går utover enkeltsaker. Nav-leder har også jevnlige møter med virksomhetsleder i Kompetansesenteret, og opplever samarbeidet som operativt og velfungerende.

Nav-leder uttrykte at strukturen for saksbehandlingen i Sarpsborg kommune kan oppleves noe fragmentert sett fra Nav sitt perspektiv. Det er ikke alltid intuitivt hvem som har ansvar for hva. Nav-leder ser fordeler med nærhet mellom saksbehandling og tjenesteleveransen, samtidig som det har noen potensielle fallgruver.

Virksomhetsleder i Kompetansesenteret fortalte at alle pasienter blir møtt av personalet, og at vedtak skrives sammen med den enkelte pasient. Hun mener det er viktig at Kompetansesenteret selv har ansatte som fatter vedtak, da dette bidrar til pasientenes medvirkning.

Kommunen har utarbeidet flere rutiner som beskriver Navs ansvar overfor personer med ROP-lidelser. For eksempel beskriver rutinen «Samhandling mellom Nav og virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse ved søknad om oppholdsutgifter» at begge virksomheter kan motta søknader om livsopphold, og at disse må behandles i begge virksomheter. Nav og Kompetansesenteret skal kontakte hverandre ved slike søknader, og bli enige om videre behandling. Ved behov for kartleggingssamtaler fra begge steder, skal det tilstrebes at disse gjennomføres i fellesskap.

En annen rutine, «Samhandling mellom Nav og Boligkontoret søknad og bistand til å skaffe bolig fra kommunen», gjelder for virksomhet forvaltning og utvikling, avdeling bolig og Nav. Formålet er å sikre effektiv samhandling og saksgang ved bosetting. Rutinen beskriver ansvarsfordelingen i ulike tilfeller. Når det gjelder oppfølging, har både boligkontakter, fagansvarlig ved avdeling bolig og Nav ansvar for å bistå brukeren ved behov for oppfølging fra øvrig tjenesteapparat. I slike tilfeller skal det tas kontakt på tvers av virksomhetene for å unngå doble søknader.

Erfaringskonsulentene vi intervjuet ga uttrykk for at de opplevde å ha stor påvirkningskraft i sitt arbeid. De opplevde at det er kort vei til nærmeste leder og virksomhetsleder, i tillegg til seniorrådgivere. Erfaringskonsulentene bidrar til å få fram pasientens stemme og behov. Erfaringskonsulenter kobles gjerne på for å få fram det faktiske hjelpebehovet til pasientene, og det er ofte lettere for pasienter å snakke med dem. Erfaringskonsulentene ga uttrykk for det er flere av ROP-pasientene som sitter med følelsen av å være en kasteball, og derfor er det første møtet med bruker veldig viktig. Da kan man lage en plan som tar for seg alt, inkludert det sosiale livet, fordi rusproblemer ofte fører andre problemer med seg i tillegg. Erfaringskonsulentene ga også uttrykk for at det samarbeides godt med både fastleger og spesialisthelsetjenesten, samt andre nødvendig instanser.

4.2.1.3 Avvik

I «Årsrapport Kvalitetsutvalg og arbeid med kvalitet i helse og velferd 2024» beskrives flere forhold knyttet til håndtering av avvik. Avvikshåndtering fungerer parallelt med og som et supplement til den risikobaserte internkontrollen. Hensikten med avvikshåndtering er ikke primært å redusere risiko direkte, men å lære av feil slik at risikoen reduseres over tid. Statistikk over avvik fra kvalitetssystemet (Netpower) og enkelte enkeltavvik gjennomgås i kjerneteam (helsesjef og kvalitetsrådgiver) og/eller kvalitetsutvalg/leder legemiddelgruppa, og rapporteres månedlig til direktør for helse og velferd, assisterende direktør, helsesjef og koordinator for stab helse og velferd.

Rapporten viser at de fleste avvikene i boliger med heldøgnsoppfølging, inkludert helsehus, gjelder medisinhåndtering. I heldøgnboliger rapporteres det også flere HMS-avvik, hovedsakelig knyttet til utagerende pasienter. I hjemmetjenesten gjelder avvikene i hovedsak også medisinhåndtering, hvor det vanligste er at medisiner ikke er gitt. Innen boveiledningstjenesten dominerer også legemiddelavvik, men det forekommer også avvik knyttet til tvangsvedtak. HMS-avvik i boveiledningstjenesten handler i stor grad om trusler og utagering mot personalet.

Rutinen «Prosedyre Opprette og behandle avvik i kommuneområde helse og velferd» har som formål å sikre lik registrering og behandling av avvik, samt forutsigbar behandling i kvalitetsutvalget. Rutinen gjelder for ansatte og ledere i kommuneområdet helse og velferd, samt kjerneteam og kvalitetsutvalget. Rutinen definerer hva et avvik er, hva det skal brukes til, og gir en gjennomgang av hvordan avvik skal behandles. Dersom avviket gjelder forhold under andre kommuneområders ansvar, sendes det til direktør for riktig kommuneområde eller til aktuell virksomhetsleder.

I «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» omtales også avvik. Dersom avviket gjelder forhold under andre virksomheters ansvar, skal avviksbehandler sende det videre til aktuell virksomhetsleder eller direktør for kommuneområdet. Hvis virksomhetsleder vurderer avviket som særlig alvorlig, bør direktør informeres. Avviksbehandler skal informere melder dersom tiltak er igangsatt, og melder ikke er en del av tiltakskjeden. Når et avvik lukkes, får melder beskjed via e-post, inkludert informasjon om konklusjon (med mindre det er krysset av for at innholdet ikke skal sendes).

Virksomhetsleder ved Kompetansesenteret opplever ingen utfordringer med avviksmelding eller avvikssystemet. Alle avvik går til virksomhetsleder, og teamlederne behandler dem. Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret understreker at de er opptatt av læring gjennom å se på egen praksis og tjenesteutøvelse, og at det er god orden på håndteringen av avvik.

Virksomhetsleder for Forvaltning og utvikling opplyser at avviksarbeidet fungerer godt. Avvik i samarbeid med Kompetansesenteret gjelder hovedsakelig strukturelle forhold og organisering, og tas opp i samarbeidsmøter. Andre avvik meldes og følges opp som de skal.

Nav-leder forteller at det har vært mye fokus på avvikskultur og nulltoleranse for vold og trusler fra brukere. Nav har egne ansatte som følger opp avvik, og lederen opplever at de har kommet langt med avviksarbeidet, noe som også vises i statistikken. Det rapporteres nå ukentlig avvik både på fag og HMS, og mange avvik gjelder personer med ROP-lidelser. En utfordring Nav-leder peker på, er at avvik som gjelder samhandling med andre instanser er komplisert å følge opp i systemet per nå.

En avdelingsleder i Nav forteller at de internt blir stadig bedre på avvikshåndtering, særlig HMS-avvik knyttet til personer med ROP-lidelser. De har flere tiltak for å sikre veileder og bruker, som å gå to sammen i samtaler. Kompetansesenteret skal gi beskjed til Nav hvis det er behov for to i samtale. Et tilfelle hvor slik beskjed kom for sent, ble løftet i samhandlingsmøte, men avdelingsleder opplever ikke dette som et stort problem.

Det som kan være utfordrende, ifølge avdelingsleder, er avvik som berører andre virksomheter. Dette skyldes blant annet hvordan avvikssystemet er utformet, og om det faktisk er riktig at Nav skal melde avvik på en annen tjeneste. Et konkret eksempel er et avvik meldt fra Nav om Boligkontoret, hvor avdelingsleder ikke fikk informasjon om hvordan avviket ble behandlet eller hvilke tiltak som ble iverksatt. Dette viser behovet for bedre informasjonsflyt. Et godt eksempel på god praksis finnes i samarbeidet med barneverntjenesten, hvor Nav får tilbakemelding om hvordan avviket er behandlet og hvilke tiltak som er gjort. En slik ordning finnes ikke med Boligkontoret. Avdelingsleder i Nav mener derfor det bør etableres en felles avtale som sikrer tydelig informasjonsflyt mellom tjenestene ved behandling av avvik, spesielt når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Dette vil styrke samarbeidet og sikre at avvik faktisk fører til forbedring.

4.2.1.4 Medvirkning

Ifølge «Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025» skal medarbeidersamtaler gjennomføres uavhengig av stillingsbrøk. Det legges vekt på medarbeiderundersøkelser, hvor virksomhetsleder og teamledere har et særskilt ansvar for å følge opp. Alle ansatte skal ha en funksjonsbeskrivelse, og arbeidsoppgaver, krav og forventninger for teamansatte skal være skriftliggjort. Virksomheten har et kontinuerlig fokus på evaluering og tilbakemeldinger fra pasienter og brukere. Det benyttes ulike verktøy og metoder, som Feedback Informerte Tjenester (FIT), fokusgruppeintervjuer og medvirkningsmøter i prosjekter.

Virksomhetsleder ved Kompetansesenteret opplyste under intervjuet at det holdes møter gjennom ulike samhandlingsforum, samt møter med verneombud, tillitsvalgte og innenfor teamene. Ansatte deltar i arbeidet med å utforme rutiner. I kontakten med pasientene benyttes FIT for kontinuerlig medvirkning. Kompetansesenteret har ansatt tre erfaringskonsulenter i fulle stillinger, som har direkte kontakt med pasientene og skal bidra til å sikre at pasientenes behov blir ivaretatt. Virksomhetsleder la til at alle pasienter ved Kompetansesenteret blir møtt av personalet, og at vedtak utformes i samarbeid med den enkelte pasient. Virksomhetslederen understreket viktigheten av at pasientene blir møtt og sett. At Kompetansesenteret selv har ansatte som skriver og fatter vedtak, fremheves som en faktor som støtter pasientmedvirkning.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret forklarte at virksomheten benytter FIT. Dette innebærer at pasienten gir tilbakemelding etter hver behandling, både om terapeuten og innholdet i behandlingen. I FACT-teamet ble det for noen år siden også gjennomført en brukerundersøkelse. I Team miljøarbeidertjenesten har fokusgruppeintervjuer ført til konkrete endringer i tjenestetilbudet, med mer vekt på tilrettelagte aktiviteter. Systematiske brukerundersøkelser kan være nyttige, men de dårligste pasientene med ROP-lidelser deltar sjeldent på slike undersøkelser på grunn av deres helse og livssituasjon, med mindre det legges spesielt godt til rette for dem. Mange av disse pasientene er ikke

digitale og mangler bank-ID. Den viktigste tilbakemeldingen Kompetansesenteret mottar fra pasienten, er derfor evalueringssamtalen med pasienten. Denne samtalen gjennomføres med pasienter som har hatt vedtak på tjenester og behandling i minst et halvt år. Pasient og behandler møtes da for å gå gjennom mål, erfaringer, effekt og veien videre. Samtalen avsluttes med å enten avslutte tjenesten, endre tjenesten eller sende søknad om fornyelse av eksisterende tjeneste. Evalueringssamtalen er det viktigste verktøyet for å bruke pasientenes erfaringer. Prosessen er lite byråkratisk, fordi saksbehandler og vedtaksansvarlig er tett på behandlingen som gis. Det er derfor viktig at saksbehandlerne som skriver vedtak, sitter i Kompetansesenteret, slik at de raskt får nødvendig kunnskap om pasientene. Denne direkte kontakten gir grunnleggende innsikt i hvordan personer med ROP-lidelser lever, noe man bare får ved å møte dem ansikt til ansikt.

I «Virksomhetsplan for Virksomhet Forvaltning og utvikling. Sarpsborg kommune 2025–2028» står det at virksomheten gjennomfører faste avdelingsmøter, hvor medarbeiderne holdes oppdatert og får mulighet til å bidra i diskusjoner om virksomhetens status og utviklingsarbeid. Det legges også til rette for medvirkning gjennom ulike arenaer i samarbeid med andre aktører. Blant tiltakene som gjennomføres er:

- Medarbeiderundersøkelser
- Medarbeidersamtaler
- Samhandlingsfora
- Kvalitetsteam
- Dialog med tillitsvalgte og verneombud

Videre i planen fremheves det at virksomheten har ledere som er tydelige i sine forventninger og som aktivt bidrar til å skape et positivt arbeidsmiljø. Lederne fungerer som gode rollemodeller, representerer virksomheten utad, og kjenner medarbeidernes kompetanse og kunnskap. De gir utfordringer og tilbakemeldinger tilpasset den enkeltes forutsetninger, slik at hver medarbeider får mulighet til å utvikle seg.

Virksomhetsleder i Forvaltning og utvikling opplyste i intervju at det legges til rette for medvirkning fra ansatte gjennom systemmøter to ganger i halvåret. I forkant av møtene registreres aktuelle saker og involverte personer i et felles Teams-rom, slik at alle kan forberede seg og komme med innspill. På et møte deltok også FACT-teamet, ettersom de har særlig god kjennskap til enkelte brukere og kan bidra med utfyllende informasjon. Når det gjelder brukermedvirkning, skjer dette blant annet gjennom hendelsesgjennomganger etter uønskede hendelser. Slike gjennomganger gir innsikt i hvilke prosedyrer som fungerer, hvordan utfordringer håndteres, og hvilke læringspunkter som kan trekkes ut. Erfaringer fra boligkontakter og FACT-teamet benyttes også aktivt for å forbedre praksis.

Nav-leder fortalte at medvirkning fra ansatte ivaretas på flere nivåer. Ledergruppen ved Nav kontoret består av til sammen 14 ledere. Både teamledere og avdelingsledere gjennomfører jevnlige personalsamtaler. Det er lav terskel for å ta kontakt med ledelsen, og det finnes gode samarbeidsstrukturer. Det arrangeres flere møtearenaer ukentlig, og medarbeiderundersøkelsen g viser høy grad av trivsel og kultur for åpenhet og deling.[6] Dette tyder på at ansatte har gode kanaler for å ta opp saker og gi tilbakemeldinger.

En veileder i Nav beskrev at veiledere involveres aktivt gjennom driftsmøter annenhver uke, hvor status på saker, ressursbruk og sykefravær diskuteres. Informasjon og beskjeder formidles også via Teams. Endringer i rutiner kan komme raskt, men det er lav terskel for å stille spørsmål og få avklaringer. I tillegg

[6] MUST er en medarbeiderundersøkelse utviklet til bruk for statlige virksomheter. Den legger vekt på arbeidsmiljøfaktorer og er utviklet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). For mer informasjon, se: Medarbeiderundersøkelsen i staten (MUST) | Statens arbeidsgiverportal.

gjennomføres medarbeidersamtaler og fagmøter, hvor informasjon tilpasses ulike nivåer og aktuelle hendelser. Nav benytter en trafikklysmodell for å synliggjøre arbeidsbelastning, der rødt nivå indikerer høy saksmengde eller mye sykefravær.

Når det gjelder brukermedvirkning fra personer med ROP-lidelser, påpekte Nav-leder at det forekommer noe involvering gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser og avvikshåndtering, men at denne gruppen generelt er for lite involvert – med unntak av i helsetjenestene, hvor det er bedre struktur for brukermedvirkning. Nav har ikke tilsvarende systemer som enkelte av helsetjenestene har, og dette er identifisert som et forbedringsområde. Det er behov for mer systematisk innhenting av brukererfaringer, for eksempel gjennom FIT eller andre metoder.

En avdelingsleder i Nav mente også at det eksisterer et forbedringspotensial når det gjelder brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser. Veilederne er forståelsesfulle og imøtekommende, men Navkontoret kunne med fordel gjennomført spørreundersøkelser eller fokusgrupper med denne gruppen. Tidligere hadde de en egen ungdomsgruppe for å innhente ungdommens stemme, og noe lignende kunne vært aktuelt for personer med ROP-lidelser.

En Nav-veileder uttrykte usikkerhet rundt hvorvidt erfaringer fra personer med ROP-lidelser systematisk benyttes. Veiledere har dialog med brukerne om hva som fungerer, og kan søke opp relevante journalnotater, men det har ikke vært gjennomført brukerundersøkelser for denne gruppen så langt. Veilederen pekte på at fokusmøter kunne vært en god idé, og at Nav har kurslokaler som kan benyttes til slike formål.

4.2.2 Boligtilbudet til personer med ROP-lidelser i Sarpsborg kommune

I «Virksomhetsplan for Virksomhet forvaltning og utvikling. Sarpsborg kommune 2025–2028» fremgår det at Boligkontoret har ansvar for forvaltning av Husbankens låne- og tilskuddsordninger, bostøtte og kommunens utleieboliger. Boligkontoret tilbyr også råd og veiledning, og har ansvar for boligkontakttjenesten. Boligkontoret ble tildelt FÅRT-prisen i 2023, som en anerkjennelse for sin evne til omstilling og håndtering av nye oppgaver og forventninger.[7]

Ifølge redegjørelsen mottatt fra Forvaltning og utvikling, samarbeider virksomheten med private tjenesteleverandører, som Blåkors ved Kulåssenteret, samt andre aktører som tilbyr botiltak til enkeltpersoner. For kommunale boliger er det Boligkontoret som følger opp leieavtaler og leieforhold. Tildeling av boliger i bemannede bofellesskap skjer i samarbeid med den virksomheten som har ansvar for oppfølging av tjenestene til beboerne.

I redegjørelsen mottatt fra Boligkontoret om deres arbeid på området, blir det informert om at Boligkontoret benytter systemet KOBO (utviklet av Husbanken) for å få oversikt over alle kommunale boliger. Systemet inneholder informasjon og bilder av boligene, samt vurderinger av hvem boligene kan være egnet for. KOBO gir også mulighet for risikovurdering ved tildeling av bolig. Boligkontoret har faste møter med Kulåssenteret for å diskutere eksisterende og kommende brukere, slik at risikovurderinger og tilrettelegging for nye boforhold kan gjennomføres. I tillegg har Boligkontoret enkelte modulboliger, som

[7] FÅRT-prisen er Sarpsborg kommunes egen Arbeidsmiljøpris, og har som mål å inspirere virksomheter og ansatte til å tenke nytt og kreativt i arbeidet med HMS. Prisen deles ut av HAMU og består av 25 000 kroner og et unikt bildetrykk – en symbolsk og konkret anerkjennelse av innsats som gjør en forskjell. Prisvinneren skal være et forbilde for andre gjennom blant annet nytenkning og kreativitet i HMS-arbeidet og målrettet innovasjonsarbeid – enten gjennom ledelse, kultur eller medarbeiderinitiativ.

er forsterkede boliger spesielt tilpasset personer med lav bo-kompetanse, og som ikke ønsker tjenester som kan bidra til å mestre annen boform.

Fra virksomhetsleder i Forvaltning og utvikling har revisjonen mottatt en oversikt over kommunens boliger til personer med ROP-lidelse. Den første tabellen viser sted og antall ubemannede boliger. Den andre tabellen viser boliger i bofellesskap. Som vi ser av tabellene, har kommunen til sammen 127 boliger til personer med ROP-lidelser.

Adresse	Antall
Stikkveien 26	9
Arnebergveien	10
Edonbakken	16
Lundsvei	5
Sleggeveien	8
Moduler[8]	10
Til sammen	**58**

Tabell 1. Ubemannede boliger.

Adresse	Antall
Tuneveien bofelleskap	20
Karl Johansgt. Bofellesskap 2. og 3.egt	6
Kirkeveien	6
Kulåssenteret	37
Til sammen	**69**

Tabell 2. Boliger i bofellesskap.

Ifølge «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i Heldøgnsomsorgen 2021–2033», vedtatt av bystyret 20.05.2021, har Sarpsborg kommune – i tillegg til spesialiserte botilbud – også flere ordinære kommunale boliger. Disse boligene er i hovedsak ment for personer som er, eller står i fare for å bli, uten egnet bolig, og som ikke selv klarer å finne bolig på det private markedet. Årsakene kan være fengsel, behandling, økonomi, rus, psykiatri, store familier eller vanskeligstilte ungdommer. Kommunal ordinær bolig er i utgangspunktet en midlertidig løsning, med leieavtale på tre år. Oppfølging gis av boligkontakter fra Boligkontoret, med tanke på overgang til annen bolig eller kjøp av bolig. Kommunen har totalt 210 ordinære kommunale boliger tilgjengelig for utleie.

For å kvalifisere for kommunal bolig må følgende vilkår være oppfylt:

- Du må være over 18 år, ha lovlig opphold i Norge og ha bodd i Sarpsborg det siste året.
- Du må være, eller være i ferd med å bli, uten egnet bolig.
- Du må være i stand til å mestre bosituasjonen, eventuelt med botrening eller andre oppfølgingstiltak.
- Du kan ikke ha inntekt, formue eller alternative muligheter som gjør deg i stand til å skaffe bolig selv.

[8] Ifølge «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i Heldøgnsomsorgen 2021- 2033» ligger modulene på Stadion, Opsund og Grålum.

I delplanen blir det videre opplyst at Sarpsborg kommune tilbyr et bemannet botiltak ved Kulåssenteret, hvor det er 37 plasser. Dette tiltaket er organisert gjennom et samarbeid med Blåkors. I tillegg til Kulåssenteret har kommunen flere boliger for samme målgruppe, men disse er ikke bemannet. Mange av beboerne i disse boligene mottar likevel helse- og omsorgstjenester fra Kompetansesenteret. For personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse kan en trygg og god bolig ha stor betydning for helse, mestring og stabilisering. Denne gruppen har ofte høy risiko for å oppleve bostedsløshet eller andre vanskelige bosituasjoner.

Ifølge delplanen er det utfordrende å få en fullstendig oversikt over denne gruppen, noe som gjør det krevende å vurdere deres behov for heldøgnstilbud. Mange har utfordringer med å bo, og det er vanskelig å etablere egnede botiltak. Kulåssenteret har tidvis hatt uro, og kommunen har sammen med Blåkors gjennomført flere tiltak for å styrke oppfølgingen av brukerne. Ved behov har beboere blitt flyttet fra Kulåssenteret til andre kommunale eller privat kjøpte botiltak.

Bofellesskapet i Kirkeveien har plass til seks personer. Planen peker på at etablering av ytterligere bofellesskap kan redusere behovet for kjøp av private plasser. Det er avgjørende at kommunen, gjennom tverrfaglige og ambulante tjenester, lykkes med å bosette personer med omfattende rus- og psykiske lidelser i ordinære boliger og bomiljøer, slik at de oppnår varige boforhold. Dette krever godt metodisk arbeid og tett oppfølging.

I planen blir de forskjellige boligene i kommunen til personer med ROP-lidelse beskrevet. Et eksempel er Tuneveien bofellesskap. Tuneveien bofellesskap ble bygget i 1999 og har 20 plasser, med 20-22 ansatte fordelt på 12,2 årsverk. Bofellesskapet består av 20 leiligheter for personer med behov for heldøgnpleie og omsorg, tilrettelagt for personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Bygget eies av SOBBL.[9] Hver leilighet har gang, stue med kjøkkenkrok, bad og ett soverom, og er beregnet for én beboer. Kommunen disponerer også flere ordinære omsorgsboliger i samme bygg. Bofellesskapet ligger tvers over veien for Valaskjold omsorgssenter, med grøntarealer og veranda tilknyttet leilighetene i andre etasje. Ansatte har kompetanse som sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og vernepleiere. Legetjeneste dekkes av beboernes fastlege.

Planen beskriver at kommunen disponerer flere boliger for målgruppen, strategisk plassert på ulike steder i kommunen. Ingen av boligene er bemannet døgnet rundt med dedikert personell, men det gis noe bistand fra hjemmetjenesten. Beboerne i disse boligene mottar ambulante tjenester fra ulike deler av kommunen – FACT, Miljøarbeidertjenesten, Team rus og psykisk helse, hjemmesykepleien m.fl.
Oversikt over boligene er som følger:

- Stikkveien 26: 9 leiligheter for personer med alvorlige psykiske lidelser som har behov for omfattende og langvarige tjenester. Tildeling skjer i samarbeid med Kompetansesenter rus og psykisk helse. Miljøarbeidertjenesten i Sarpsborg kommune har ansvar for oppfølging av beboerne i disse boligene.
- Arnebergveien: 10 leiligheter tildeles personer med moderate til store rusproblemer.
- Edonbakken: 16 leiligheter for personer med kombinerte rus- og psykiske utfordringer hvor det er behov for langvarig oppfølging. Tildeling for alle boligene i Edonbakken skjer i samarbeid med Kompetansesenteret.
- Lundsvei: 5 leiligheter for personer med betydelige rus- og/eller psykiske utfordringer. Tildeling i samarbeid med Nav, Kompetansesenteret og hjemmetjenesten.
- Sleggeveien: 8 leiligheter fortrinnsvis for personer med psykiske lidelser som har behov for langvarig bistand. Tildeling skjer i samarbeid med Kompetansesenteret.

[9] Sarpsborg og Omegns boligbyggelag. For mer informasjon, se: Hjem | SOBBL | Sarpsborg Og Omegns Boligbyggelag.

- Moduler på stadion, Opsund og Grålum: 10 leiligheter for personer med betydelige rusproblemer og nedsatt boevne.

Kommunen har også anledning til å leie inn ekstra boliger ved behov.

Dokumentet «Beskrivelse av tjenestetilbudet og kriterier for tildeling av tjenester i Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse» gir blant annet en detaljert oversikt over Kirkeveien bofellesskap. Dette bofellesskapet retter seg mot personer med rusmiddelproblematikk og/eller psykiske lidelser som har behov for heldøgns bemannet bolig. Virksomheten leverer tjenester basert på fattet vedtak, som inkluderer:

- Individuelle samtaler og miljøterapi
- Koordinering av tjenester, individuell plan og ansvarsgruppe
- Kriseplaner
- Personlig bistand
- Råd og veiledning knyttet til det å bo i egen bolig

Rutinen «Samhandling mellom tjenesteytere til beboere på Kulåssenteret» gjelder for Kulåssenteret, omsorgstjenester sentrum, Kompetansesenteret, Forvaltning og utvikling, og Nav Sarpsborg. Den beskriver ansvar og tiltak i ulike situasjoner, som botrening og håndtering av midlertidig botilbud. Ved risiko for tap av bolig innkaller Kulåssenteret til ansvarsgruppemøte. I akutte tilfeller kontaktes Nav og Team bolig umiddelbart. Sanksjoner vurderes sammen med Nav og Team bolig, mens alle involverte enheter samarbeider om forebyggende tiltak.

Virksomhetsleder Forvaltning og utvikling forklarte at flere personer med ROP-lidelser bor i boliger som ikke er egnet for deres behov, noe som kan føre til isolasjon og ernæringsutfordringer. Mange har alvorlig paranoia og er vanskelige å komme i kontakt med. Kommunen har behov for flere egnede og bemannede boliger for denne gruppen, samt økt kompetanse hos ansatte i heldøgnplasser og sykehjem. Noen plasseres på sykehjem selv om disse vanligvis ikke passer målgruppen. Det meldes også behov for mer skjermede boligløsninger og strukturer. Oppfølging tilbys, men mange benytter tjenestene sporadisk avhengig av sykdomsforløp, og gruppen anses vanskelig tilgjengelig.

Avdelingsleder ved Boligkontoret påpeker at selv om ansvarsforholdene er klare og dokumenterte, skaper ulike lovverk utfordringer i arbeidet mellom instansene. Eksempelvis kan Boligkontoret avvikle leieforholdet etter husleieloven, mens andre tjenester vurderer saken ut fra sitt regelverk. Det er krevende å håndtere brukere som først ønsker hjelp eller bolig, men så takker nei eller ikke følger opp. Dette gjør det vanskelig å finne stabile boforhold for personer med ROP-lidelser, et problem man ser over hele landet. Kulåssenteret tilbyr tett oppfølging, men når brukerne flytter til mindre bemannede boliger, faller ofte oppfølgingen bort – noe som kan føre til tap av bolig og økonomiske problemer.

Avdelingsleder fremhever at oppfølging er den største utfordringen, ikke selve boligtilbudet. Brukere kan endre mening om oppfølging raskt, og det er ofte vanskelig å holde kontakten. Løsninger inkluderer flere samarbeids- og evalueringsmøter mellom instansene, og bedre informasjonsdeling om relevante hendelser og risikofaktorer.

Nav-leder peker at Nav opplever at det er utfordringer med å skaffe boliger til personer med ROP-lidelser. Boligmangel gjelder også andre grupper, men denne utforingen oppleves mer kompleks til denne gruppen. Oppfølgingen av de som får bolig er ofte krevende og mange mister boligen fordi de ikke får nok eller riktig støtte. Det trengs mer robuste boligløsninger og bedre oppfølgingssystemer på tvers av virksomheter. Nav-leder ønsker seg et tettere samarbeid innad i kommunen og i samarbeid med andre relevante aktører i privat og frivillig sektor.

Videre forklarer Nav-leder at midlertidige boliger til målgruppen i gitte tilfeller har blitt en langvarig løsning, i mangel på andre egnede alternativer. Det oppleves at kommunen mangler egnede boliger, og Nav samarbeider med boligkontoret, men Nav-lederen mener at det er mer å hente på et tettere og mer forpliktende samarbeid. Ulike forståelser av lovverk og boligtilgang skaper unødvendige runder og hemmer i enkelte tilfelle felles løsninger. Nav-leder understreker behovet for tettere samarbeid og felles prioriteringer mellom relevante tjenestene i kommunen opp imot ROP gruppen.

4.2.2.1 FACT-teamet

Ifølge «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i Heldøgnsomsorgen 2021–2033», består FACT-teamet av medarbeidere med spesialkompetanse fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Teamet arbeider oppsøkende og gir helhetlige tjenester til personer med alvorlig rus- og/eller psykiske lidelser. De tilbyr integrert behandling og tett individuell oppfølging knyttet til arbeid, familie, fritid og bolig. Gjentatte evalueringer tyder på at denne modellen, hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten samarbeider tett, er fremtidens måte å jobbe på for denne pasientgruppen.

I «Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025» blir det beskrevet at FACT-Sarpsborg er et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og Sarpsborg kommune. Ved årsskiftet hadde de 89 pasienter som mottar tjenester. Bofellesskapet Kirkeveien åpnet høsten 2022 med seks leiligheter; fire av de første innflytterne bor fortsatt der. Kommunen deler ut rent brukerutstyr og gir veiledning for å fremme helse blant rusavhengige. I 2024 ble det distribuert rundt 13 000 sprøytesett, samt rene kokekar og bokser for brukt utstyr. Bare et fåtall brukere benytter opioider med overdoserisiko.

I dokumentet «Beskrivelse av tjenestetilbudet og kriterier for tildeling av tjenester i Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse» blir det gitt en oversikt over team Kirkeveien og FACT. Målgruppen er mennesker med psykisk lidelse og/ eller ruslidelser. Alder er fra 18 år. Tjenesten er rettet mot de som har rettigheter til helsetjeneste både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tjenesten gir:

- Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam.
- Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- IPS- individuell jobbstøtte
- Tjenesten utføres etter vedtak
- Ambulant og oppsøkende tjeneste

«Samarbeidsavtale FACT» formaliserer samarbeidet mellom Sarpsborg kommune og Sykehuset Østfold (DPS Halden-Sarpsborg og TSB Sarpsborg) om tjenester til rettighetspasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer i Sarpsborg. FACT-teamet skal følge opp 130 pasienter, og består av følgende ressurser:

- 4 årsverk fra kommunen (psykisk helse og rus)
- 2 årsverk fra TSB Sarpsborg (psykisk helse og rus)
- 1 årsverk fra DPS Sarpsborg (psykisk helse og rus)
- 1 psykiater (DPS Sarpsborg)
- 1 psykolog (TSB Sarpsborg)
- 0,5 jobbspesialist (IPS, kommunen, uten pasientansvar)
- 1 brukerspesialist (kommunen, uten pasientansvar)
- 0,2 allmennlegeressurs/kommuneoverlege (kommunen)
- 1 merkantil (Sykehuset Østfold HF)
- 1 teamleder (kommunen)

Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse, Team Kirkeveien og FACT har utviklet en rutine med tittelen «Pasienter som er vanskelig å nå». Rutinen har som formål å legge til rette for systematiske vurderinger av om og hvordan forsvarlig helsehjelp skal tilbys til pasienter i FACT som er vanskelige å komme i kontakt med. Det opplyses at flere FACT-pasienter kan være vanskelige å nå, blant annet personer med manglende sykdomsforståelse eller som ikke ønsker bistand, og som derfor unngår kontakt. Teamet forsøker trinnvis å etablere kontakt over tid.
Pasientene klassifiseres i to grupper:

- Pasienter som ikke ønsker kontakt med teamet, men der det ikke foreligger alvorlig bekymring. Disse får tilbud om kontakt, uten påtvungne tiltak. For denne gruppen vurderes det om økt besøksfrekvens er nødvendig, mens kategoriseringen sikrer oversikt og beredskap.
- Høyrisiko og vanskelig-å-nå: Pasienter hvor det i tillegg foreligger risiko for skade på seg selv eller andre. FACT-teamet skal bidra med assistanse ved fare, og kan benytte tvangstiltak dersom det er nødvendig.

Alle pasienter skal ha en plan for krisehåndtering som beskriver tiltak både fra pasienten og FACT-teamet ved kriser. Planen utarbeides i stabil fase, etter pasientens samtykke, og deles med relevante instanser.

Virksomhetsleder Kompetansesenteret og Teamleder Kirkeveien og FACT mente at kommunen ikke har nok fleksible og varige botilbud som er tilpasset hjelpebehovet til den enkelte person med ROP-lidelser. Teamleder forklarte videre at antallet spesialbemannede boliger burde vært høyere, og at tilgjengeligheten ville økt dersom flere brukere fikk tilgang til eksisterende bofellesskap. Noen av dagens botilbud, spesielt de forsterkede «container»-boligene, kan ifølge ham ha negative konsekvenser for rusproblematikk. Dette reiser spørsmål om hvorvidt kommunen og helsetjenestene faktisk tilbyr alle brukere et verdig botilbud, mente han.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret er også av den oppfatning at kommunen mangler nok egnede boliger for personer med ROP-lidelser. Erfaringen er at disse ofte får tilbud i områder preget av rusmiljø, noe som fører til forverring av situasjonen og økonomiske problemer. Det er behov for flere og mer spredte boliger, da dagens tilbud hovedsakelig finnes i belastede områder.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver fortalte videre at Boligkontoret også har ansvar for oppfølging, men dette er primært knyttet til kontroll av bolig eller leieobjekt, som vaktmesteroppgaver. Kompetansesenteret utfører oppsøkende arbeid rettet mot pasienter med store utfordringer. Det kan være krevende å etablere relasjoner og tilgjengelighet for behandling når det foreligger omfattende rusbruk. I Sarpsborg finnes det personer uten tjenester som tar kontakt, men kun til et visst nivå. Ifølge seniorrådgiver bør det føres en mer omfattende dialog med hver enkelt ROP-pasient om deres boligpreferanser. Kartlegging knyttet til bolig og forvaltning vurderes ikke som tilstrekkelig. Boligkontoret gjennomfører egne vurderinger og fatter selvstendige beslutninger. Det pekes også på at utfordringer kan ligge på et høyere administrativt eller politisk nivå i kommunen, hvor retningslinjer og strategier for boligbygging fastsettes.

4.2.2.2 Oppfølging av kvinner med ROP-lidelser

I dokumentasjonen revisjonen har mottatt, har vi ikke funnet henvisninger til botilbud og oppfølging av kvinner med ROP-lidelser. Vi har blant annet brukt søkefunksjonen i dokumentene, og verken Kompetansesenterets virksomhetsplan eller Forvaltning og utviklings virksomhetsplan inneholder begrepet «kvinne». Under intervjuene ble kvinner med ROP-lidelser ofte diskutert, og det følgende er en kort gjennomgang av det som ble fortalt av informantene.

Virksomhetsleder Kompetansesenteret fortalte at kommunen ikke har et tilsvarende tilbud som Kirkeveien bofelleskap til kvinner med ROP-lidelser.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret fortalte at de trenger flere boliger som i Kirkeveien bofellesskap. De har ikke noe egnet bofelleskap til kvinner per nå. Personer med ROP-lidelser uten egnet bolig med bemanning er særlig sårbare, også for å bli utnytte av andre og forkomme.

Avdelingsleder Boligkontoret løftet fram at kommunen kan ha behov for flere bemannede bofellesskap enn det er i dag, blant annet muligheten for et eget tilbud til kvinner og et ytterligere tilbud for menn. Det ble også pekt på at det per nå mangler et sted der kvinner kan skjermes ved behov. Dette er temaer som det er planlagt å utrede nærmere i løpet av neste år.

Nav-leder opplyste om at de har enkelte saker som dreier seg om hvordan kvinners behov for bolig skal sikres. Nav må av og til plassere mennesker utenfor boligavtalen. For eksempel bor det nå mennesker på Tuneheimen, selv om Nav ikke har avtale der. De må bo der, fordi det ikke er mer kapasitet på Kulås. De forsøker å tilby kvinner steder hvor de ikke er ekstra utsatt for å bli utnyttet, men det er ingen enkel løsning på problemet.

Nav-veileder fortalte at hun hadde mest kjennskap til de midlertidige boligene. Behovet for boliger er sterkt. Hun opplever at det ikke har vært noe spesielt fokus på botilbud til kvinner med ROP-lidelser, og at dagens tilbud ikke er godt egnet. Det burde vært et eget sted med boliger for kvinner med ROP-lidelser, mente veilederen.

4.2.2.3 Personvern og dokumentasjon

I «Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025» blir det skrevet at det skal være møtevirksomhet med flere kommunale instanser om tilpasning av journalsystemet i tråd med personvernforordningen.

I rutinen «Gerica - sjekkliste for løpende dokumentasjon» blir det informert om at alle ansatte som har primær- og/ eller sekundæransvar for pasienter, har ansvar for å holde opplysningene i Gerica oppdatert til enhver tid. Rutinen er både en sjekkliste og en veileder som skal bidra til at den enkelte ansatte kan holde journalopplysningene oppdaterte for sine pasienter

I rutinen «Gerica - Dokumentasjon» blir det opplyst at det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å nedtegne opplysninger om andre forhold. Når tjenesteyterne observerer hendelser eller andre ting som de mener er relevant for tjenestetilbudet skal helsepersonellet dokumentere. Alle opplysninger som er relevante og nødvendige skal dokumenteres i Gerica uten ugrunnet opphold. Ansatte skal unngå forkortelser, og de skal skrive slik at kollegaen vil forstå det. Dokumentasjonen skal blant annet inneholde:

- Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen
- Observasjoner
- Vurderinger
- Beslutninger
- Iverksatte tiltak
- Oppfølging av tidligere dokumentasjon

Rutinen «Oppbevaring av sensitiv informasjon i ambulant virksomhet» gjelder ansatte ved Kompetansesenteret. Det framgår av rutinen at medarbeidere skal følge kommunens instrukser, prosedyrer og retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern, samt oppfylle de fastsatte kravene. Ansatte bør unngå å ta med papirer med sensitive opplysninger utenfor kontorene. Nødvendige opplysninger skal

hentes via digitale verktøy som pc, Ipad eller telefon, alle beskyttet med kode eller passord. Via bærbar pc får ansatte tilgang til Gerica og sikker sone for notater ved behov. Gjennom pc, Ipad eller telefon har ansatte tilgang til Teams, hvor det kan etableres en privat kanal med passordbeskyttede dokumenter for lagring av relevante opplysninger. Det er også mulighet for å opprette et digitalt notatark. Rutinen presiserer at ansatte må gjøre seg kjent med dokumentreferanser og vedlegg.

Videre i rutinen blir det skrevet at for å ivareta behovet for hurtig tilgang til sensitive opplysninger digitalt, under ambulante oppdrag, kan den enkelte ansatte gjøre følgende:

- Opprette privat kanal i Teams i det teamet ansatte tilhører.
- I den private kanalen opprettes et Excel-ark hvor alle opplysninger som kan bli nødvendig er lagret. Dette er opplysninger som personnummer, telefonnummer, adresse, fastlege, pårørende og samarbeidspartnere.
- Dette Excel-arket skal bli beskyttet med passord.

Avdelingsleder i Helseforvaltning mener forvaltningen må ha tilgang til relevante opplysninger i fagsystemet ved søknad om tjenester. For å sikre riktig tjenestetilbud må det være mulig å se utførte risikovurderinger, tidligere tjenester og informasjon fra Kompetansesenteret og Team FACT.

Virksomhetsleder i Kompetansesenteret fortalte at også personer med ROP-lidelser har krav på personvern. Det er viktig at slike journaler ikke er åpne for alle. I tillegg til personvern handler dette også om pasientsikkerhet.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret fortalte at senteret behandlet 4300 pasienter i fjor, hvorav 100–200 samtidig mottok tjenester fra andre virksomheter. I slike tilfeller skal relevant informasjon deles, men Kompetansesenteret er opptatt av personvern og ønsker ikke at annen instans får tilgang til sensitive samtaler over flere tiår. Behandling inneholder ofte svært privat informasjon. Tidligere var journalsystemet sperret, og de fleste kommuner går nå tilbake til dette. Ved behov skal nødvendige opplysninger fortsatt deles med relevante tjenester, for eksempel ved samarbeid. Det planlegges å ha en journaltype som er delvis åpen og én som er begrenset, slik at dobbeltføring unngås.

Ifølge tilbakemeldinger fra kommunen i forbindelse med verifisering av rapportens datagrunnlag, jobbes det med en rutine for å løse denne situasjonen. Denne rutinen skal sendes på høring.

4.2.2.4 Meningsfulle aktiviteter

Ifølge redegjørelsen fra Kompetansesenteret tilbyr virksomheten tjenester som samtaler, veiledning, støtte, sosiale aktiviteter og nettverksarbeid til brukerne. Tjenestene har fleksible arenaer, noe som innebærer at de kan gis hjemme hos pasienten, i hensiktsmessige lokaler eller utendørs etter ønske. Det opplyses også at Kompetansesenteret samarbeider med andre etater og tjenester for å bistå pasientene ut fra deres behov. Slik samhandling kan foregå gjennom ansvarsgrupper, basert på behandlingsplaner og individuelle planer. Samarbeidet kan omfatte områder som psykisk eller fysisk helse, økonomi, kriminalitet og bolig.

I dokumentet «Visjon og verdier kompetansesenter rus og psykisk helse» beskrives det at ansatte skal være åpne, by på seg selv, og være inkluderende. Ansatte skal også være respektfulle og lyttende, og vise toleranse for ulikhet. Ansatte skal også være troverdige og ærlige, samt tydelige i måten de kommuniserer på.

I dokumentet «Beskrivelse av tjenestetilbudet og kriterier for tildeling av tjenester i Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse» blir det informert om ulike tjenester hos forskjellige team ved senteret:

- Ved *Team lavterskel rus og psykisk helse* kan alle ta direkte kontakt ved behov for samtaler. Teamet gir råd og veiledning samt vurdering av hjelpebehov.
- *Team rus og psykisk helse* gir råd, veiledning og behandling med mål om bedring, endring, mestring og stabilisering. De kan opprette kontakt og gi behandling på pasientens egen arena.
- *Team Senter for rehabilitering og aktivitet* har blant annet samtaler og aktiviteter i gruppe, fysioterapi i gruppe og gruppetiltak med musikkterapeuter. På kveldstid har dette teamet også lavterskeltjeneste for mennesker over 18 år. Det er et sted som legger til rette for sosialt samvær, hvor aktiv deltagelse kan bidra til en mer meningsfull hverdag. De har også ulike former for kursvirksomhet, og det er mulighet for råd, veiledning og undervisning av erfaringskonsulenter.
- *Team Miljøarbeidertjeneste* gir blant annet individuelle samtaler og miljøterapi, samt råd og veiledning i forhold til å bo i egen bolig.
- *Team Kirkeveien og FACT* er et fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam.

Avdelingsleder Helseforvaltning fortalte under intervjuet at hun opplevde at brukeren ofte har god dialog med Nav. Hun opplevde også at dialogen med Kompetansesenteret er god når det gjaldt meningsfulle aktiviteter.

Avdelingsleder Boligkontoret fortalte at det mange aktiviteter i Sarpsborg, også for personer med ROP-lidelser. For eksempel finnes det frivillige organisasjoner som tilbyr forskjellige aktiviteter i samarbeid med Nav. Avdelingsleder mente at dette med meningsfylte aktiviteter er på plass.

Teamleder Kirkeveien og FACT fortalte at de tilbyr faste gruppeaktiviteter som å spille spill, boccia i Kulåsparken, og lignende. Frivillighetssentralene og andre lokale aktører har også et bredt spekter av tilbud som er åpne for personer med ROP-lidelser. Det samme gjelder Kirkens Bymisjon sine tiltak. Han mener generelt at tilbudet om aktiviteter er bredt, men at det stadig er behov for ytterligere differensiering og tilpasning til den enkeltes behov. Teamleder mente videre at det generelt sett ikke gis tilpasset opplysning og veiledning til personer med ROP-lidelser av Nav. Nav tar for lite hensyn til at slike pasienter har behov for et tilpasset språk og kommunikasjonsform, mente teamleder.

Virksomhetsleder Kompetansesenteret ga uttrykk for at hun synes det er vanskelig å vurdere om det blir gitt tilstrekkelig opplysning, råd og veiledning til brukere. Men det gjøres en innsats for at dette skal være tilstrekkelig ivaretatt, blant annet gjennom samarbeidsmøter med Nav.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret fortalte at personer med ROP-lidelser ofte ikke har god sosial kompetanse, og de kan ha en framferd som gjør at de blir utestengt fra Nav raskt. For å få informasjon om rettigheter og økonomisk bistand, trenger de ofte at ansatte fra Kompetansesenteret er med til Nav. Forløpskoordinator gir uttrykk for at Nav har sitt system og sin måte å organisere seg på, som innebærer at de ikke oppleves som en fleksibel arena. Men dette handler ikke om viljen hos Nav, men rammer og organisering de har, uttrykker forløpskoordinator.

Angående meningsfulle aktiviteter fortalte Forløpskoordinator og seniorrådgiver blant annet om Gatefotballen, Kirkens bymisjon «I jobb» og «By-verkstedet». I tillegg tilbyr Varmestua gratis mat hver dag. På Senter for rehabilitering har de en gruppe med golf som terapi. Forløpskoordinator og seniorrådgiver mente tilbudene for personer med ROP-lidelser er ganske gode. Pasienter ved Miljøarbeidertjenesten ble også for noen år tilbake invitert til en fokusgruppe for å komme med innspill til utvikling av tjenesten - herunder ønsker om aktiviteter. Som følge av dette ble det etablert gruppeaktiviteter.

En erfaringskonsulent fra Kompetansesenteret fortalte at tilbudet til de som aktivt bruker rus, er snevert. Tilbudet er større for de som klarer å holde seg rusfri bare en dag eller to. Tilbudet til de som er i aktiv rus er mest den en-til en-behandlingen som FACT gjør. Problemet er at man ikke får med noen på

aktiviteter uten at de ønsker det selv. De som klarer å være rusfri en dag eller to har for eksempel varmestua eller gatefotball. Men kommer man påvirket til dette, blir man tatt til side, og får beskjed om å komme tilbake senere. For de aller sykeste som ruser seg mye og/eller har en annen diagnose som schizofreni, er det derfor lite tilbud.

Erfaringskonsulent fortalte også at tjenesten «Møtepunkt rusfri» ved Kompetansesenteret er bra for de som ønsker å holde seg rusfri. De som har vært rusfri kun en dag kan også møte der, og det er alltid ansatte der. På revisjonstidspunktet var det 8 til 10 pasienter som møter opp på dette. Mange sier ifra om de ikke kommer, og dette viser at tjenesten betyr noe for deltakerne.

4.2.3 Kartlegging og identifisering

Rutinen «Identifisering av ROP-pasienter» fastslår at alle relevante instanser skal kunne identifisere og henvise personer med samtidig rus- og psykisk lidelse til korrekt utrednings- og behandlingsnivå. Rutinen gjelder for samtlige ansatte innen Kommuneområde helse og velferd. Tidlig identifisering og intervensjon anses som avgjørende for å redusere økt sykelighet og forbedre behandlingsresultater. Tilbud om utredning og behandling skal regelmessig presenteres for personer som initialt motsetter seg dette. CAGE, Audit, Dudit og SCL-10 er selvrapporteringsverktøy som ifølge rutinen er lett tilgjengelige på www.rop.no.[10] Disse verktøyene skal benyttes til kartlegging og gir et solid grunnlag for videre samtaler. Videre beskriver rutinen en rekke risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som det forventes at ansatte har inngående kjennskap til for å lykkes i kartleggingsarbeidet.

Rutinen «Bruk av kartleggingsskjema ROP-lidelser» gjelder for ansatte i Kompetansesenteret. Den har linker til skjemaer som SCL – 10, AUDIT, DUDIT, Alcohol – E og DUDIT – E.

I rutinen «Bruk av kartleggingsverktøy», som gjelder for ansatte i Kompetansesenteret, blir det vist til en rekke kartleggingsskjemaer, som for eksempel:

- Registreringsskjema Kompetansesenter rus og psykisk helse – lavterskelhenvendelser
- Kartleggingsskjema for kompetansesenter rus og psykisk helse - ved søknader om helsetjeneste
- Alle skal kartlegge AUDIT, DUDIT, SCL-10
- Kartlegge barn som pårørende
- Rask psykisk helsehjelp; PHQ-9, GAD-7[11]
- SarpsborgModellen; intervju av den gravide/ spedbarnsmorens egen oppvekst og tilknytting.

[10] CAGE er et mye brukt spørreskjema om alkoholbruk. CAGE-testen ble utviklet i USA på 70-tallet. Testen tar kort tid å administrere og er mye brukt i allmennpraksis. AUDIT er et screeningverktøy for identifisering av problemfull alkoholbruk. AUDIT står for «Alcohol Use Disorders Identification Test». Verktøyet kan fylles ut av personen selv eller sammen med en fagperson, og kartlegger mengde, hyppighet og konsekvenser av alkoholbruk. DUDIT er et screeningverktøy for identifisering av problemer med illegale rusmidler og/eller legemidler siste 12 måneder. Verktøyet er anbefalt i ROP-retningslinjen fra Helsedirektoratet. SCL-10 er en sjekkliste med ti spørsmål som måler pasientens selvopplevde symptomer på angst og depresjon. SCL-10 har blitt mye brukt i studier av pasienter i rusbehandling.

[11] PHQ 9 er en del av Patient Health Questionnaire. Det består av ni ledd og måler sentrale symptomer på depresjon. Spørreskjemaet brukes både i klinisk praksis og i forskning. GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) er et kort, selvadministrert spørreskjema utformet for å screene for, og måle alvorlighetsgraden av generalisert angstlidelse. Testen består av syv enkle spørsmål som tar for seg de vanligste symptomene på angst.

Rutinen «Evaluering av tjeneste og revurdering av vedtak» er utarbeidet for behandlere samt saksbehandlere/ressursansvarlige ved Kompetansesenteret. Behandleren skal gjennomføre en evalueringssamtale med pasienten i god tid, vanligvis cirka fire uker før vedtakets utløpsdato. Samtalen skal ta utgangspunkt i pasientens gjeldende vedtak, behandlingsforløp, FIT-resultater og behandlingsplan, inkludert eventuell individuell plan (IP). Dersom det foreligger usikkerhet om videre tjenestebehov, anbefales det at saken drøftes med saksbehandler eller ressursansvarlig i forkant av evalueringssamtalen. Søknad om videre tjenester skal først sendes etter at evalueringen er gjennomført og dokumentert skriftlig i Gerica. Behandler kan ved behov bistå pasienten med å sende inn elektronisk søknad.

Virksomhetsleder ved Forvaltning og utvikling fortalte at de fatter vedtak på bolig, Kompetansesenteret fatter vedtak på sine tjenester, og hjemmesykepleien fatter vedtak på sine tjenester igjen. Det betyr at den samme pasienten kan oppleve å bli kartlagt tre ganger. Det er ikke helt optimalt, og brukere kan oppleve å være en kasteball. Samtidig tar Forvaltning og utvikling kontakt med Kompetansesenteret hvis de trenger vurderinger fra dem. Virksomhetsleder opplever at det er et godt samarbeid mellom saksbehandlerne i tjenestene, og at systemmøtet mellom tjenestene er godt.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret fortalte at kartlegging av personers hjelpebehov blir gjort slik det skal. Kartlegging er en viktig del av jobben, men det kan av og til gå forholdsvis lang tid fra en søknad kommer inn, til ansatte klarer å få kontakt med pasienten. Ansatte må da være kreative og fleksible for å opprette kontakt. Utfordringene her handler om at det ofte er vanskelig å få kontakt med personer med ROP-lidelser, og motivere dem. Tjenestetilbudet til gruppen er organisert etter tre nivåer. På nivå 1 er lavterskeltjenester. Eksempelvis er rus og psykisk helse og individuell gruppebehandling på nivå 2. Kirkeveien og FACT er på nivå 3. Det er viktig at Kompetansesenteret har saksbehandlere som smidig kan veksle mellom nivåene og at de er tett på brukeren. Ansatte må tilpasse tjenesten og nivået etter pasienten. De ansatte er tett på, og de har høy kompetanse, samt lang erfaring fra flere områder både innen kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Avdelingslederen i Nav sa at Nav-veiledere starter med å kartlegge brukerne. Det blir da spurt om eventuelle problemer med rus og psykiatri. Det er ikke alle som innrømmer slike ting på første samtale, men det er systemer og rutiner som sørger for at kartlegging er på plass. Etter at veilederne har bygget opp en relasjon med brukerne, kommer slike ting fram, og da henvises det til fastlege eller lignende.

Nav-leder forklarte at det ofte er mange instanser som er involvert i saken, når det gjelder personer med ROP-lidelser. Som oftest er ansatte fra Kompetansesenteret med når disse brukerne kommer til Nav.

4.2.4 Individuell plan og koordinator

Kommunen har en rekke rutiner og avtaler som skal sikre samarbeid mellom tjenester og etater. Eksempler på disse er «Samarbeid mellom fastleger og utøvere av tjenester til hjemmeboende», «Samarbeid mellom Virksomhet forebyggende og Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse» og «Samhandling mellom Nav og virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse ved søknad om oppholdsutgifter». I sistnevnte rutine blir det for eksempel beskrevet at Nav og Kompetansesenteret skal kontakte hverandre når de får en søknad som kan kreve behandling begge steder.

Rutinen «Ivaretakelse av brukere med behov for helhetlige og koordinerte tjenester» har tre hovedformål:

- Sikre opprettelse av ansvarsgruppe der det er ønsket og hensiktsmessig.
- Sikre utarbeidelse av individuell plan der det er ønsket og hensiktsmessig.
- Sikre utnevning av koordinator på individnivå

Rutinen angir at valg av koordinator skal foretas i samarbeid med brukeren. Koordinator bør inneha kunnskaper og erfaring, og ha evne til å utvikle et godt samarbeid mellom bruker, aktuelle tjenesteytere og nettverk. Det er viktig at koordinatoren ikke er til hinder for at brukeren har en aktiv rolle selv. Koordinators rolle er å

- sikre brukermedvirkning
- sikre god framdrift i å utarbeide en eventuell individuell plan
- sikre koordinering av tjenester fra ulike tjenesteytere
- i samsvar med brukers ønsker; ta kontakt med det aktuelle tjenestested dersom det skal søkes om nye tjenester og bruker ikke er i stand til å ivareta dette
- innkalle og lede evt. ansvarsgrupper eller andre samarbeidsmøter i samråd med bruker
- medvirke til gode overganger mellom ulike livsarenaer. For eksempel fra barnehage til grunnskole, fra grunnskole til videregående utdanning, og videre ut i voksenlivet
- ved skifte av koordinator sørge for gode overganger i samarbeid med bruker

Rutinen opplyser at en individuell plan ikke automatisk gir rett til tjenester. Vanlig saksbehandlingsprosedyre for de enkelte tjenester må følges. Individuell plan er et samarbeidsverktøy for brukeren, og ansvaret for å starte arbeidet ligger hos den virksomheten personen kontakter. Utarbeidelsen skal skje i samråd med eksterne og interne samarbeidspartnere. Ingen kan legge planer på vegne av andre virksomheter/instanser. Den individuelle planen skal være et aktivt dokument, og danner grunnlaget for innholdet i ansvarsgruppemøtene. Den individuelle planen må justeres ettersom brukerens situasjon endres.

Rutinen «Pasienter med behov for helhetlige og koordinerte tjenester kompetansesenter rus og psykisk helse» skal sikre at pasienter får individuelt tilpassede og koordinerte tjenester. Pasienter med langvarige og sammensatte behov har rett til slik koordinering og individuell plan. Ansatte må sørge for korrekt henvisning, samarbeid og ivaretakelse av pasientens mål. Sarpsborg kommunes plattform understreker at samordning er et felles ansvar. Ansvarsgruppe brukes for å fordele oppgaver, og koordinatoren skal sikre pasientmedvirkning, godt samarbeid og gode overganger mellom tjenester.

I rutinen fremkommer det flere punkter som omhandler individuell plan, blant annet:

- Avklare med pasienten om det skal utarbeides en individuell plan. Journalføre begrunnelse dersom pasienten ikke ønsker individuell plan.
- Der vi er koordinator og pasienten ønsker utarbeidelse av individuell plan sikres igangsettelse av arbeidet.

Rutinen «Forløpskoordinering pasientforløp rus og psykisk helse» skal:

- Sikre at ansatte som henviser barn eller voksne til pasientforløp i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling tar ansvar for å etablere og bidra til oppfølging før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Sikre at pasienter med rusrelaterte og eller psykisk lidelser/vansker samt deres pårørende mottar riktig informasjon og sammenhengende tjenester.
- Sikre samarbeid om tjenesteytingen til personer, i alle aldre, med rus- og eller psykiske lidelser og vansker.

Videre i rutinen blir det forklart at Forløpskoordinator rus og psykisk helse skal sikre systemer for at pasienter tilbys oppfølging ved henvisning til, underveis og ved avslutning av pasientforløp. Forløpskoordinator jobber dagtid og kan kontaktes på epost og telefon angitt på kommunens nettsider.

I rutinen blir det også beskrevet en lang rekke oppgaver ved henvisning til spesialisthelsetjenesten, blant annet:

- Innlede et samarbeid med pasientens fastlege for å avklare hvem som innhenter og kartlegger opplysninger som skal fremkomme i henvisningen.
- Henviser vurderer behov for samarbeid med forløpskoordinator i kommunen
- Vurdere behov for veiledning fra forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten i forkant av henvisning.

Avdelingsleder på koordinerende enhet Sarpsborg fortalte under intervjuet at pasientkoordinator drar på sykehuset for å kartlegge pasientens tjenestebehov når de utskrives fra sykehuset. Dette gjøres ofte i samarbeid med pasient og pårørende. For personer med ROP-lidelser er det imidlertid en annen praksis. Hvis pasienten ikke er registrert i kommunen fra før, kommer det melding til pasientkoordinator, som så sendes videre til Kompetansesenteret. Hvis en ROP-pasient skal ha flere typer tjenester, splittes søknaden opp. Alle aktuelle aktører får beskjed gjennom internmelding i Gerica. Koordinerende enhet har en påse-rolle, og de skal sjekke at meldingen blir behandlet. Hvis en melding blir liggende ubehandlet, purrer de dem opp.

Avdelingsleder forklarte videre at det er koordinerende enhets ansvar å sørge for at virksomhetene Forvaltning og utvikling og Kompetansesenteret har lokale prosedyrer, samt overordnede prosedyrer. Rutinene beskriver også hvordan man kan bytte koordinator. Avdelingsleder opplever at det er lettere å få koordinator for personer med ROP-lidelser enn for andre grupper. Han opplever også at rutiner er på plass og at de er oppdaterte. Det er et veldig drillet hjelpeapparat. Kompetansesenteret, og andre, følger opp og gjør jobben sin, mener han.

Avdelingsleder fortalte også at Individuell plan IP ble elektronisk i 2021. Alle planene er imidlertid ikke løftet over til dette nye systemet enda. Kompetansesenteret håndterer individuelle planer godt, men møter utfordringer når pasienter ikke ønsker å delta eller er vanskelige å nå. Planene krever bank-ID, noe mange med ROP-lidelser mangler. En ansatt kan derfor, med samtykke, logge inn med sin egen bank-ID i slike tilfeller.

Avdelingsleder fortalte videre at kommunen per i dag ikke kan gruppere de elektroniske individuelle planene på tjenestested. De kan ikke filtrere ut hvor mange brukere som har IP i Kompetansesenteret for eksempel. Dette er en løsning som vil komme. Selv om slike planer har vært lovpålagt i 20 år, er det veldig varierende hvor mye det blir brukt, og hvor mye man ønsker det. Hvis man har en velfungerende ansvarsgruppe og en koordinator man har god kontakt med, holder dette ofte for bruker. Loven er klar på at alle skal få tilbud om individuell plan, men ikke at den skal utarbeides hvis bruker ikke ønsker det. Ofte har tjenestene andre planer som tiltaksplan, oppfølgingsplan og annet, og bruker kan ofte oppleve at det holder med disse planene.

Teamleder Kirkeveien og FACT opplyste at noen pasienter har individuelle planer, men mange ønsker det ikke. Alle under FACT får behandlingsplaner. Selv om personer med ROP-lidelser sier nei til individuell plan, lages det fortsatt samhandlings- og koordineringsplaner.

Forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret fortalte at ansatte ved Kompetansesenteret fungerer som koordinatorer og utarbeider individuelle planer ved ønske fra pasientene. Lederne anbefaler jevnlig individuell plan som et nyttig verktøy for de ansatte. Alle pasienter har behandlingsplaner med fokus på samhandling og koordinering av tjenester, selv om ikke alle har individuell plan.

Avdelingsleder i Nav forklarte at individuell plan ikke blir utarbeidet så mye i Nav opp mot personer med ROP-lidelser. Det er andre tjenester som står bak en individuell plan, som for eksempel Kompetansesenteret. Nav-veilederes jobb handler mer om å skrive vedtak og sørge for at brukere får utbetalinger de skal ha.

4.3 Vurderinger

4.3.1 System og styring

4.3.1.1 Kvalitetssystemet

Sarpsborg kommune har innført Netpower som kvalitetssystem, som brukes til å strukturere dokumenter, prosesser, risikovurderinger og avvikshåndtering. Systemet er det sentrale verktøyet for daglig internkontroll, og det er etablert rutiner for lagring av internkontrolldokumentasjon på ulike nivåer (kommune, kommuneområde og virksomhet). Rutiner og prosedyrer revideres jevnlig, og ansatte kan melde inn behov for endringer fortløpende. En utfordring angående systematisk styring i forbindelse med kvalitetssystemet er at det fortsatt pågår opplæring i kvalitetssystemet, og at systemet ikke oppleves som fullt ut intuitivt eller brukervennlig for alle ansatte. Vi vurderer at det også er noe uoversiktlig, og at det er utfordringer med tilgjengelighet for enkelte rutiner knyttet til oppfølging av personer med ROP-lidelser. Enkelte rutiner viser også til feil planverk eller stillinger. Vår vurdering er likevel at systemet bidrar til å oppfylle krav til internkontroll jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.3.1.2 Mål, ansvar, oppgaver og myndighet

Virksomhetsplanene for Kompetansesenteret og Forvaltning og utvikling beskriver tydelige mål, ansvarsfordeling og oppgaver på ulike nivåer. Vi opplever at virksomhetene har en tydelig organisering med definerte team, årsverk og ansvarsområder. Det er etablert rutiner for ledelse, medarbeideroppfølging og statusgjennomgang for hvert team. Det gjennomføres også faste samhandlingsmøter mellom virksomhetene, både på tvers av team og med eksterne aktører som Nav og boligkontoret. Ansvarsområder er nedfelt i lederavtaler og stillingsbeskrivelser. Det er også etablert rutiner for rapportering og evaluering, samt rutiner for tildeling av tjenester, oppfølging av brukere, og samarbeid mellom ulike enheter. Videre har rutiner blitt etablert for å unngå dobbeltarbeid, og for å sikre at brukere får helhetlig oppfølging. Dette vurderer vi som sentrale tiltak for å oppfylle kravene til systematisk styring og kvalitetsforbedring.

Samtidig vurderer vi at det finnes utfordringer når det gjelder organisering av vedtaksmyndighet blant samarbeidsaktørene innenfor området rus og psykisk helse. Når vedtaksmyndighet er spredt på flere instanser, kan det skape uklarheter. Dette skaper risiko for at saksbehandlingen kan bli fragmentert, det kan bli ulik praksis i hvordan saker behandles og det kan være utfordringer med likebehandling, når flere enheter har egne saksbehandlere og rutiner. Samtidig kan det også utfordre prinsippet om helhetlig styring i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten når flere enheter har vedtaksmyndighet på samme område.

4.3.1.3 Avvik

Netpower benyttes til registrering, behandling og oppfølging av avvik. Vi mener at rutinen «Prosedyre Opprette og behandle avvik i kommuneområde helse og velferd» sikrer lik behandling av avvik. Statistikk over avvik rapporteres månedlig til ledelsen, noe som gir god oversikt og mulighet for systematisk oppfølging og forbedring. Informantene fra de ulike virksomhetene opplever også at avvikssystemet fungerer godt. Det settes fokus på læring gjennom å vurdere egen praksis og tjenesteutøvelse. Dette mener vi viser at avvik ikke bare registreres, men også brukes aktivt i forbedringsarbeidet. For eksempel understreker forløpskoordinator og seniorrådgiver ved Kompetansesenteret at det er god orden i avvikshåndteringen, og at læring står sentralt i dette arbeidet.

Nav-leder fortalte at det har vært mye fokus på avvikskultur og nulltoleranse for vold og trusler fra brukere i Nav. Avvik rapporteres nå ukentlig både knyttet til fag og helse, miljø og sikkerhet (HMS), og mange av Navs avvik gjelder personer med ROP-lidelser. Dette viser at avvikssystemet er integrert i

den daglige driften og brukes til å identifisere og håndtere risikofaktorer. Vi opplever også at det er utviklet en god avvikskultur i de reviderte enhetene/virksomhetene, hvor ansatte oppfordres til å melde avvik og hvor det er lav terskel for å ta opp utfordringer. Dette er viktig for å sikre at avvik faktisk blir registrert og behandlet.

Samtidig mener vi det er identifisert utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom Nav og andre virksomheter når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Når avviket gjelder en annen enhet enn Nav, kan Nav miste innsyn i videre behandling og tiltak. Dette kan svekke den systematiske styringen på tvers av virksomhetene. Manglende informasjonsflyt kan også føre til at avvik ikke følges opp tilstrekkelig, og at læring og forbedring uteblir på tvers av enheter. Rutinen «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» har blitt utarbeidet nettopp for å sikre god informasjonsflyt mellom virksomheter angående avvik. Vi mener rutinen er god, men at den ikke er implementert tilstrekkelig i det praktiske arbeidet med avvik når Nav er involvert.

4.3.1.4 Medvirkning

Sarpsborg kommune har etablert flere rutiner og arenaer for medvirkning, både for ansatte og brukere. Dette inkluderer medarbeidersamtaler, medarbeiderundersøkelser, bruk av verktøy som FIT (Feedback Informerte Tjenester), fokusgruppeintervjuer og medvirkningsmøter i prosjekter. Ansatte involveres i utforming av rutiner, og det legges til rette for tilbakemeldinger og evaluering av tjenester. Virksomhetsplanene understreker viktigheten av medvirkning, og det er etablert faste møtestrukturer for samhandling, dialog med tillitsvalgte og verneombud, samt kvalitetsteam. Kompetansesenteret har også ansatt erfaringskonsulenter, som vi opplever er med å styrke medvirkningen for personer med ROP-lidelser.

I Kompetansesenteret utformes vedtak i samarbeid med den enkelte pasient, noe vi mener sikrer stor grad av brukermedvirkning. Kompetansesenteret har også tidligere gjennomført fokusgruppeintervjuer og brukerundersøkelser, som har ført til konkrete endringer i tjenestetilbudet. Likevel påpekes det at de dårligste pasientene med ROP-lidelser sjelden deltar på slike undersøkelser, blant annet på grunn av helse og livssituasjon, samt manglende digital kompetanse. Veiledere i Nav har fortløpende dialog med brukerne, men det har ikke vært gjennomført systematiske brukerundersøkelser for denne gruppen i Nav.

4.3.1.5 Samlet vurdering av revisjonskriteriet knyttet til system og styring

Basert på det ovennevnte vurderer revisjonen at kommunen i stor grad har etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetenes aktiviteter, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9. Samtidig har vi identifisert tre forbedringsområder i forbindelse med vedtaksmyndighet, informasjonsflyt ved behandling av avvik og innhenting av brukererfaringer.

Når det gjelder vedtaksmyndighet, kan det skape uklarheter når det er spredt på flere instanser. Vi mener derfor at kommunen bør vurdere å tydeliggjøre forholdene knyttet til sin organisering av vedtaksmyndighet. Det vil kunne bidra til forutsigbarhet, styrke samhandlingen mellom enhetene, samt forebygge at ovennevnte utfordringer på området kan oppstå. Vi anbefaler derfor at kommunen bør vurdere å igangsette tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.

Med hensyn til avvik og avviksbehandling vurderer vi at kommunen har etablert et systematisk og strukturert avvikssystem som i stor grad oppfyller kravene i forskriften. Systemet er integrert i den daglige driften, og det er fokus på læring og forbedring. Samtidig mener vi det er identifisert utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom Nav og andre virksomheter når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Vi anbefaler derfor at kommunen bør igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og

tiltak. Dette vil styrke den systematiske styringen og sikre at avvik faktisk fører til forbedring på tvers av hele organisasjonen. Tiltakene kan for eksempel omhandle opplæring i avvikshåndtering med særlig fokus på tverrfaglig samarbeid og forståelse av rutinen på området, eller på andre måter sørge for at alle ansatte vet hvordan avvik skal behandles når flere virksomheter er involvert. En annen mulighet er å opprette kontaktpersoner eller et avviksteam med ansvar for koordinering av avvik på tvers av virksomhetene.

Angående medvirkning mener vi kommunen har etablert rutiner og arenaer for medvirkning som i stor grad oppfyller kravene i forskriften. Det blir lagt til rette for involvering av både ansatte og brukere, og det er fokus på kontinuerlig forbedring og tilbakemelding. Likevel vurderer vi at det kan være behov for mer systematisk innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser. Etter vår oppfatning gjelder dette i hovedsak Nav. Vi anbefaler derfor at Nav bør gjennomføre regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser, i form av spørreundersøkelser eller fokusgrupper.

4.3.2 Boligtilbudet til personer med ROP-lidelser i Sarpsborg kommune

Revisjonen opplever at Sarpsborg kommune har et bredt spekter av boliger for personer med ROP-lidelser, inkludert ubemannede boliger, bofellesskap, modulboliger og ordinære kommunale boliger. Tildeling skjer i samarbeid med relevante tjenester, og KOBO-systemet bidrar til at kommunen har oversikt og forståelse av risiko. Kulåssenteret har bemannede plasser, og kommunen kan leie inn ekstra boliger ved behov.

Imidlertid mener vi også at det finnes utfordringer på området. Flere personer med ROP-lidelser bor i boliger som ikke er egnet for deres behov, noe som kan føre til isolasjon og ernæringsutfordringer. Det mangler også bemannede boliger for de mest utsatte, og noen brukere plasseres på sykehjem selv om dette ikke er en optimal løsning. Det synes også som at kommunen har utfordringer med fleksibilitet og kapasitet på boligområdet, for de med størst behov. Dette mener vi indikerer et behov for å øke antallet boliger i kommunen, og særlig bemannede boliger for de mest utsatte brukerne. Vi vil også peke på at kommunen ikke har et tilsvarende bofellesskap som Kirkeveien for kvinner med ROP-lidelser. Dette fører til at kvinner med ROP-lidelser har dårligere tilgang til tilpassede botilbud sammenlignet med menn, og kan også indikere et behov for egne boliger spesielt for denne gruppen. Basert på det ovennevnte anbefaler vi at kommunen bør vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

Når det gjelder generell oppfølging av personer med ROP-lidelser, er det primært Kompetansesenteret og FACT-teamet som gir denne tjenesten. For eksempel er oppfølgingen fra Boligkontoret primært knyttet til kontroll av bolig/leieobjekt, mens Kompetansesenteret og FACT utfører oppsøkende arbeid rettet mot pasienter og personer med ROP-lidelser med store utfordringer. Videre har FACT utviklet rutiner for å håndtere pasienter som er vanskelige å nå, og klassifiserer disse i to grupper: de som ikke ønsker kontakt, og de med høyrisiko hvor det kan være fare for skade. FACT arbeider altså i stor grad oppsøkende og gir helhetlige tjenester til personer med alvorlig rus- og/eller psykiske lidelser. Revisjonen vil peke på at vi opplever FACT sitt arbeid på området som profesjonelt og godt.

Angående den pågående debatten mellom tjenestene knyttet til personvernet for personer med ROP-lidelser, forstår vi at enkelte er usikre om personvernet for gruppen sikres godt nok i journalføringen, og vi registrerer at en ny rutine for skjerming av opplysninger er under utarbeidelse. Revisjonen opplever at planen om å ha både åpne og begrensede journaltyper er hensiktsmessig, men at det fortsatt er uklart når dette vil være implementert og hvordan det vil fungere i praksis. Vi forventer imidlertid at den nye

rutinen vil være på plass innen rimelig tid, og da tydeliggjøre hvem som skal ha tilgang til hvilken dokumentasjon, og hvordan dette skal håndteres i praksis. Vi mener dette vil sikre at hensynet til personvern blir balansert med behovet for ansattes sikkerhet og effektiv tjenesteyting.

Når det gjelder oppfølging i bolig, gis dette av boligkontakter, hjemmetjenesten og Kompetansesenteret. Kulåssenteret tilbyr tett oppfølging av beboerne, men når brukerne flytter til boliger som i mindre grad er bemannet, kan oppfølgingen falle bort. Dette kan føre til tap av bolig og økonomiske problemer for bruker. Oppfølgingen kan også være sporadisk og avhengig av brukernes motivasjon og sykdomsforløp. En informant mente det kunne være behov for mer omfattende dialog med hver enkelt ROP-pasient om boligpreferanser, men at utfordringer på boligområdet for personer med ROP-lidelser kan ligge på et høyere administrativt eller politisk nivå i kommunen. Andre informanter fortalte at løsninger på utfordringer innen boligoppfølging inkluderer flere samarbeids- og evalueringsmøter mellom instansene, bedre informasjonsdeling om relevante hendelser og risikofaktorer, og bedre oppfølgingssystemer.

Revisjonens vurdering er at problematikken knyttet til oppfølging i bolig ikke nødvendigvis er en følge av manglende systematikk, organisering og evaluering av arbeidet som gjøres i de forskjellige virksomhetene, selv om dette ikke kan utelukkes kategorisk. Brukergruppen kan være svært krevende å følge opp, selv om tjenestenes oppfølgingsapparat er godt organisert med kompetente ansatte. Som revisjonen tidligere har vært inne på, anser vi manglende tilgang til egnede boliger som en hovedårsak til utfordringene knyttet til boligoppfølging av personer med ROP-lidelser.

4.3.2.1 Meningsfulle aktiviteter

Vi mener at Sarpsborg kommune, gjennom Kompetansesenteret og frivillige organisasjoner, tilbyr et bredt spekter av aktiviteter og tjenester til personer med ROP-lidelser. For eksempel tilbys samtaler, veiledning, støtte, sosiale aktiviteter og nettverksarbeid på fleksible arenaer, samt hjemme hos pasienten. Det finnes også lavterskeltilbud, gruppetilbud, musikkterapi, fysioterapi, kurs, i tillegg til aktiviteter i regi av frivillige organisasjoner. Vi vurderer at kriteriet er oppfylt, og at kommunen legger til rette for at personer med ROP-lidelser kan delta i aktiviteter ut fra egne ønsker og behov.

Selv om vi mener at kriteriet er oppfylt, vil vi peke på en utfordring vi mener å ha identifisert. Tilbudet om meningsfulle aktiviteter kan være snevert for de aller sykeste som ruser seg mye og/eller har en annen diagnose som schizofreni. Da består tilbudet bare av en-til en-behandlingen som FACT gjennomfører. Vi opplever likevel at FACT gjør det de kan for å gi personer med ROP-lidelser en så god hverdag som mulig. Realistisk sett vil kanskje også de aller sykeste sjeldent være i stand til å ta imot andre tilbud enn det FACT gir i sin oppfølging og oppsøkende virksomhet.

4.3.3 Kartlegging og identifisering

Kommunen har utarbeidet rutiner for identifisering og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Disse rutinene er beskrevet i handlingsplaner og virksomhetsplaner, og vi mener roller og ansvar på området fremkommer tydelig i dokumentene. Vi opplever også at rutiner for evaluering av tjenestetilbud og revurdering av vedtak er på plass, slik at brukernes behov fanges opp over tid.

Videre mener vi at kommunen har rutiner for kartlegging av hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Det brukes standardiserte kartleggingsverktøy til dette arbeidet, og det er rutiner for å henvise personer med ROP-lidelser til riktig behandlingsnivå, enten i kommunen, psykisk helsevern eller TSB (tverrfaglig spesialisert behandling). Kartleggingen skjer både ved første kontakt og gjennom videre oppfølging, og det er rutiner for å sikre at personer som motsetter seg utredning likevel får tilbud om dette regelmessig.

Vi opplever også at kommunen i hovedsak har organisert tjenestetilbudet sitt etter de tre hovedforløpene gjengitt i våre kriterier. Det foreligger rutiner for å veksle mellom nivåene etter brukers behov, og til å tilpasse tjenestene etter behov.

Vi vil også peke på vi opplever ansettelsen av erfaringskonsulenter ved Kompetansesenteret som noe som bidrar positivt til kommunens arbeid med denne brukergruppen. Som erfaringskonsulentene selv gir uttrykk for, kan det ofte være lettere for brukere å snakke med dem. Vi mener at erfaringskonsulentene spiller en viktig rolle i å kartlegge og organisere oppfølgingen av personer med ROP-lidelser, og at konsulentene er godt integrert i Kompetansesenterets arbeid.

Basert på det ovennevnte er vår vurdering at Sarpsborg kommune har etablert rutiner og praksis som oppfyller kriteriene for kartlegging, identifisering og organisering av tjenestetilbudet for personer med ROP-lidelser. Det brukes anerkjente kartleggingsverktøy, det finnes rutiner for henvisning til rett nivå, og tjenestetilbudet er i hovedsak organisert etter anbefalte hovedforløp.

4.3.4 Individuell plan og koordinator

Kommunen har rutiner som sikrer at det tilbys individuell plan til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Rutinen «Ivaretakelse av brukere med behov for helhetlige og koordinerte tjenester» har som formål å sikre utarbeidelse av den individuelle planen, opprettelse av ansvarsgruppe og utnevnelse av koordinator på individnivå. Det legges vekt på brukermedvirkning og tilpasning til den enkeltes behov. Dersom pasienten ikke ønsker individuell plan, journalføres dette, og det utarbeides likevel planer for samhandling og koordinering av tjenester.

Vi vurderer at kriteriet om individuell plan er oppfylt. Kommunen har rutiner for å tilby og utarbeide individuell plan, og dersom denne ikke ønskes, utarbeides det likevel planer for koordinering og samhandling.

Angående koordinator mener vi at det foreligger rutiner som sikrer at det utnevnes koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatorens rolle er tydelig beskrevet, med ansvar for brukermedvirkning, fremdrift i planarbeid, koordinering av tjenester, innkalling til møter og gode overganger mellom tjenester og livsarenaer. Koordinator velges i samarbeid med brukeren, og det er rutiner for bytte av koordinator ved behov.

Vi vurderer at kriteriet om tilbud om koordinator er oppfylt. Kommunen har tydelige rutiner for å tilby koordinator til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Vår konklusjon er at kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter langt på vei er i tråd med lovverk og nasjonale føringer. Kommunen har i stor grad etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetenes aktiviteter, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9. Kommunens kvalitetssystem bidrar til å oppfylle krav til internkontroll jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen har også i stor grad etablert rutiner for ledelse, medarbeideroppfølging og statusgjennomgang. Virksomhetsplaner for aktuelle tjenester beskriver tydelige mål, ansvarsfordeling og oppgaver på ulike nivåer. Gjennom Kompetansesenteret og frivillige organisasjoner tilbys også et bredt spekter av aktiviteter og tjenester til personer med ROP-lidelser.

Kommunen har utarbeidet rutiner for identifisering, kartlegging og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Kommunen har også rutiner for å tilby og utarbeide individuell plan, og dersom dette ikke ønskes fra brukers side, utarbeides det likevel planer for koordinering og samhandling. Det foreligger også tydelige rutiner for å tilby koordinator til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Vi opplever også at erfaringskonsulentene spiller en viktig rolle i å kartlegge og organisere oppfølgingen av personer med ROP-lidelser, og at de er godt integrert i Kompetansesenterets arbeid.

Samtidig mener vi å ha identifisert noen utfordringer på området, og slik vi opplever det er det fire forbedringsområder, sett opp mot våre revisjonskriterier.

For det første vurderer vi at det finnes utfordringer når det gjelder organisering av vedtaksmyndighet blant samarbeidsaktørene innenfor området rus og psykisk helse. Når vedtaksmyndighet er spredt på flere instanser, kan det skape uklarheter. Dette skaper risiko for at saksbehandlingen kan bli fragmentert, det kan bli ulik praksis i hvordan saker behandles og det kan være utfordringer med likebehandling. Vi anbefaler derfor at kommunen bør vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet innenfor området rus og psykisk helse. Det vil kunne bidra til forutsigbarhet, styrke samhandlingen mellom enhetene, samt forebygge at ovennevnte utfordringer på området kan oppstå.

For det andre mener vi det er identifisert utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom Nav og andre virksomheter når avviket gjelder en annen enhet enn den som har meldt det. Når avviket gjelder en annen enhet enn Nav, kan Nav miste innsyn i videre behandling og tiltak. Dette kan svekke den systematiske styringen på tvers av virksomhetene. Manglende informasjonsflyt kan også føre til at avvik ikke følges opp tilstrekkelig, og at læring og forbedring uteblir på tvers av enheter. Rutinen «Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune» har blitt utarbeidet nettopp for å sikre god informasjonsflyt mellom virksomheter angående avvik. Vi mener rutinen er god, men at den ikke er implementert tilstrekkelig i det praktiske arbeidet med avvik når Nav er involvert. Vi anbefaler derfor at kommunen bør igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak. Dette vil styrke den systematiske styringen og sikre at avvik faktisk fører til forbedring på tvers av hele organisasjonen.

For det tredje vurderer vi at det er behov for mer systematisk innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser. Etter vår oppfatning gjelder dette i hovedsak Nav. Vi anbefaler derfor at Nav bør gjennomføre regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.

For det fjerde vurderer vi at flere personer med ROP-lidelser bor i boliger som ikke er egnet for deres behov, noe som kan føre til isolasjon og ernæringsutfordringer. Det mangler også bemannede boliger for de mest utsatte, og noen brukere plasseres på sykehjem selv om dette ikke er en optimal løsning.

Det synes også som at kommunen har utfordringer med fleksibilitet og kapasitet på boligområdet, for de med størst behov. Dette mener vi indikerer et behov for å øke antallet boliger i kommunen, og særlig bemannede boliger for de mest utsatte brukerne. Vi vil også peke på at kommunen ikke har et tilsvarende bofellesskap som Kirkeveien for kvinner med ROP-lidelser. Dette fører til at kvinner med ROP-lidelser har dårligere tilgang til tilpassede botilbud sammenlignet med menn, og kan også indikere et behov for egne boliger spesielt for denne gruppen. Basert på det ovennevnte anbefaler vi at kommunen bør vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.
- igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak.
- sørge for at Nav gjennomfører regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.
- vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser.

5 KILDER

Overordnede planer, organisasjonskart og redegjørelser

- Alkoholpolitisk handlingsprogram
- En kort redegjørelse fra Kompetansesenteret
- En kort redegjørelse fra Boligkontoret
- En kort redegjørelse fra Forvaltning og utvikling
- En kort redegjørelse fra Nav Sarpsborg
- Handlingsplan for Helsefellesskapet Østfold for perioden 2025-2027
- Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028
- Kommunedelplan mangfold, inkludering og likeverd 2023–2035
- Kommunedelplan for struktur og kapasitet i Heldøgnsomsorgen 2021- 2033
- Nav Sarpsborg – organisasjonskart
- Ny struktur Helsefellesskapet Østfold vedtatt 2025
- Organisasjonskart for heldøgntjenester sentrum
- Organisasjonskart Virksomhet heldøgntjenester Haugvoll og Borgen.
- Organisasjonskart Tjenester til Funksjonshindrede
- Organisasjonskart virksomhet omsorgstjenester Valaskjold og Kurland sykehjem
- Organisasjonskart Virksomhet Forebyggende tjenester
- Organisasjonskart Virksomhet Helsehuset Sarpsborg
- Organisasjonskart Virksomhet Helse
- Oppdatert organisasjonskart hjemmetjenesten
- Oversikt bofellesskap fra Forvaltning og utvikling
- Planstrategi 2024-2028
- Virksomhetsplan for Virksomhet forvaltning og utvikling. Sarpsborg kommune 2025-2028
- Virksomhetsplan for Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse Sarpsborg kommune 2025
- Årsrapport Kvalitetsutvalg og arbeid med kvalitet i helse og velferd 2024

Rutiner

- Ansvarsforhold legemiddelhåndtering
- Arbeidsantrekk
- Avvik og uønskede hendelser Kompetansesenter rus og psykisk helse
- Avvikling av leieforhold ved fravikelse/oppsigelse
- Avvikling når leietaker ikke flytter
- Behandling av klager helse og velferd
- Behandling og oppfølging ved Kompetansesenter rus og psykisk helse
- Behandling og oppfølging av gravide og spedbarnsmødre – Sarpsborg-Modellen
- Behandlingsplan for FACT
- Bekymring for innbyggere
- Beredskapsplan Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Beskrivelse av tjenestetilbudet og kriterier for tildeling av tjenester i Virksomhet kompetanse-senter rus og psykisk helse
- Bruk av kartleggingsskjema ROP-lidelser
- Bruk av kartleggingsverktøy
- Delegering av myndighet fra kommunesjef til virksomhetsleder (a)
- Delegering av myndighet fra kommunesjef til virksomhetsleder (b)
- Egenkontroll av status pr pasient og egenkontroll pasientliste

- Evaluering av tjeneste og revurdering av vedtak
- Forløpskoordinering pasientforløp rus og psykisk helse
- Gerica - Dokumentasjon
- Gerica - sjekkliste for løpende dokumentasjon
- Gjennomføring av tavle og behandlingsmøter i FACT-Sarpsborg
- Henvendelser ved behov for lavterskel rus og psykisk helsetjenester
- Henvendelse ved selvmordsfare
- Henvisning til spesialisthelsetjenesten og pasientforløp rus og psykisk helse
- Hvordan jobbe med kvalitet i helse og velferd
- Hvordan melde behov for revidering av prosedyrer, nye prosedyrer og godkjenning av prosedyrer
- Identifisering av ROP pasienter
- Innleggelse kritisk informasjon i kjernejournal
- Innleggelse/utskrivelse ved langtidsopphold og utvidet korttidsopphold
- Intern samhandling og informasjonsutveksling Gerica
- Intern henvisning til FACT Sarpsborg
- Ivaretakelse av brukere med behov for helhetlige og koordinerte tjenester
- Klager, oppsigelse/heving av leieforhold
- Kjøp av eksterne omsorgstjenester
- Kompetansesenter rus og psykisk helse - saksbehandling vedtaksbaserte tjenester
- Kompetansesenter rus og psykisk helse - saksbehandling ved tvangsinnleggelse rus
- Kvalitetsarbeid ved virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Kvalitetssikring - sjekkliste ved gjennomgang av journal
- LAR - legemiddelassistert rehabilitering (utdeling)
- Lavterskeltelefon ved virksomheten
- Løpende dokumentasjon i Gerica – pasientbehandling
- Mandat fast underutvalg - underutvalg for rus og psykisk syke - UROP
- Nyansatte ved virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Når ansatte slutter ved virksomheten
- Når tjenesten ikke oppnår kontakt med pasient som har vedtak
- Oppfølging av pasient på vedtak
- Oppfølgingsansvar ved behandling hos annen tjenesteyter
- Oppbevaring av sensitiv informasjon i ambulant virksomhet
- Oppfølging av pasient på institusjon; før- under og etter
- Pasienter med behov for helhetlige og koordinerte tjenester kompetansesenter rus og psykisk helse
- Pasienter som er vanskelige å nå
- Prosedyre Opprette og behandle avvik i kommuneområde helse og velferd
- Prosedyre tildeling av langtidsopphold i sykehjem og bofellesskap
- Pårørendeansvarlig inkludert barn som pårørende
- Pårørende ved virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse - både barn, unge og voksne
- Registreringsskjema til lavterskeltjeneste - ikke vedtak
- Retningslinje 5 Psykiatri – samarbeid mellom kommunene og sykehus
- Retningslinje for bruk av kvalitetssystem i Sarpsborg kommune
- Rutine ved ansettelser
- Retningslinjer for saksbehandling av søknad om kommunalt disponerte utleieboliger uten bemanning - og søknad om annen boligbistand
- Rådgivende enhet for russaker – REN
- Saksbehandling langtidsopphold i sykehjem og bofellesskap
- Saksbehandling- praktisk bistand og-eller personlig bistand boveiledning

- Samarbeidsavtale Individuell Jobbstøtte (IPS) og IPS Ung
- Samarbeidsavtale - kommuner og sykehuset Retningslinje nr. 5 - Utskrivning / overføring av pasienter fra SØ til kommunehelsetjenesten
- Samarbeidsavtale - kommuner og sykehus Retningslinje nr. 5B - Samarbeid om psykiatriske pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus
- Samarbeidsavtale mellom Kirkens Bymisjon Østfold og Sarpsborg kommune
- Samarbeid med Nav, kemner og Team bolig om husleierestanser
- Samarbeidsavtale mellom Sarpsborg 08 og Sarpsborg kommune ved virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Samarbeidsavtale mellom Varmestua og Sarpsborg kommune
- Samarbeidsavtale mellom Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse, Team senter for rehabilitering og aktivitet, Golf som terapi og Borregaard golfklubb
- Samarbeidsavtale om FACT-team Sarpsborg mellom Sarpsborg kommune, Sykehuset Østfold og DPS
- Samhandling med Kulåssenteret
- Samarbeid mellom fastleger og utøvere av tjenester til hjemmeboende
- Samhandling mellom Nav og Team bolig, søknad og bistand til å skaffe bolig fra kommunen
- Samhandling mellom tjenesteytere til beboere på Kulåssenteret
- Samhandling mellom tjenesteytere til beboere i Lundsvei
- Samarbeid mellom Virksomhet forebyggende og Virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Samhandling mellom Kompetansesenteret rus og psykisk helse om helsetjenester til beboere på Kulåssenteret
- Samhandling mellom Nav og virksomhet kompetansesenter rus og psykisk helse ved søknad om oppholdsutgifter
- SRLV - Oppfølging av multibrukere/ storforbrukere av legevakt
- Tildeling av leilighet i Sleggeveien, Edonbakken, Stikkveien og Kirkeveien
- Tilleggsavtale – driftstilskudd Kirkens bymisjon og Sarpsborg kommune
- Tvungen legeundersøkelse - psykisk helsevern
- Utflytting/tildeling/innflytting i kommunale utleieboliger
- Utlevering av sensitive opplysninger – journal
- Virksomhet Kompetansesenter rus- og psykisk helse. Registreringsskjema – ikke vedtak
- Visjon og verdier kompetansesenter rus og psykisk helse
- Vold i nære relasjoner - Kompetansesenter rus og psykisk helse
- Vurdering av samtykkekompetanse

Kilder til revisjonskriterier

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator.
- Riksrevisjonen, *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*, 2025.
- Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, 2022.
- Helsedirektoratet, *Psykisk helse- og rusarbeid for voksne*, Nasjonal veileder, 2025.
- Helsedirektoratet, *Tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge*, rapport juli 2024.
- Molden, Thomas Hugaas og Røe, Melina. *Et felles ansvar: Gode arbeidsprosesser i bo- og tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser (ROP)*. NTNU 2018.

6 VEDLEGG

6.1 Utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i lov og forskrift, supplert med rapport fra Riksrevisjonen og veiledere fra Helsedirektoratet.

Ifølge rapporten *Et felles ansvar* fra NTNU 2018 har personer med sammensatte utfordringer knyttet til rusmisbruk og dårlig psykisk helse ofte et stort hjelpebehov. Dette setter det kommunale hjelpeapparatet på prøve. Hjelpeapparatet er fordelt på ulike tjenesteområder og faginstanser i kommunen, og det kreves koordinering og samordning for at tjenestene på best mulig måte skal utfylle hverandre. De ansatte i tjenestene må ta et felles ansvar for å samarbeide på tvers av ulike enheter og fagmiljøer for at brukeren skal få de best egnede tjenestene.[12]

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 blir kommunens plikt til samarbeid og samordning beskrevet i første ledd: «De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud».[13]

At tjenester i kommunen skal samarbeide er også slått fast i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 13, som lyder: «Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi en person oppfølging og et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og når dette kan bidra til å løse oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er pålagt etter denne loven.»

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Styringssystem for helse og omsorgstjenesten i denne forskriften betyr den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges (§ 6), gjennomføres (§ 7), evalueres (§ 8) og korrigeres (§ 9) i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. For eksempel innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Etter § 5 skal pliktene i § 6 – § 9 tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

I rapporten «Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser» av Riksrevisjonen blir det skrevet at uklare ansvarsforhold kan føre til at personer med ROP-lidelser blir kasteballer i systemet. Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, Nav og kommunene er viktig for å sikre at personer med ROP-lidelser får nødvendig behandling og oppfølging. Undersøkelsen viser at ansvaret for tjenester til personer med ROP-lidelser ofte ikke er avklart mellom tjenestene. For eksempel svarer rundt halvparten av kommunene og omkring 60 prosent av psykisk helsevern og TSB[14] at det bare i noen grad er klart hva som er spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Det er også mellom 13 og 15 prosent av kommunene, psykisk helsevern og TSB som i liten grad syns det er klart. Uklare ansvarsforhold fører

[12] Thomas Hugaas Molden og Melina Røe, *Et felles ansvar: Gode arbeidsprosesser i bo- og tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser (ROP)*, NTNU 2018.
[13] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-4.
[14] TSB står for Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddellidelser på spesialistnivå. Det omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester. TSB inkluderer også avrusning og øyeblikkelig hjelp.

til ansvarsfraskrivelse og ansvarsforskyvning og er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de har behov for. De mange tilgrensende områdene mellom tjenestene medfører at enkelte personer befinner seg i gråsonen mellom tjenestenes ansvarsområder.[15]

I Riksrevisjonens rapport blir det også skrevet at mange kommuner prioriterer personer med ROP-lidelser lavere enn andre vanskeligstilte ved tildeling av kommunale boliger. Nesten en tredjedel av kommunene opplyser at andre brukergrupper i stor eller svært stor grad blir prioritert over personer med ROP-lidelser ved tildeling av kommunal bolig. Samtidig svarer nesten 90 prosent av kommunene i en spørreundersøkelse fra Riksrevisjonen at de har innbyggere med ROP-lidelser som ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet. I undersøkelser av hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever kommunale tjenester de mottar, svarer 40 prosent av brukerne at de i liten grad får praktisk hjelp fra tjenestene til å begynne med meningsfulle aktiviteter. Flere tilbakemeldinger peker på ensomhet og lite kontakt med andre.[16]

I tillegg blir det skrevet i rapporten fra Riksrevisjonen at personer med ROP-lidelser ofte har komplekse og sammensatte behov som krever kontinuerlig oppfølging av veiledere i Nav og mye hjelp som ikke kan planlegges i detalj på forhånd. At Nav blir mer digitalt tilgjengelig, gjør ofte ikke tjenestene mer tilgjengelige for disse personene, fordi flere mangler nødvendig digital kompetanse og digitale verktøy. Mange steder er det reduserte åpningstider for oppmøte uten avtale, lite tid til oppfølging og utfordringer med å nå veiledere på telefon. Dette gjør det vanskelig for mange personer med ROP-lidelser å nyttiggjøre seg Nav-tjenestene. Undersøkelsen viser videre at personer med ROP-lidelser oftere mottar midlertidige ytelser og sjeldnere varig trygd. De får sjelden innvilget arbeidsavklaringstiltak, og de som får det, har risiko for å miste tiltaket raskt fordi de ikke klarer å innfri vilkårene, for eksempel ved at de ikke møter opp til behandling eller gjennomføring av andre tiltak. Personer med ROP-lidelser har ofte utfordringer på flere områder og dermed et stort behov for tjenesten råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 17.[17] Riksrevisjonens undersøkelse viser eksempler på at denne tjenesten ikke tilbys ofte nok til personer med ROP-lidelser. En god oppfølging av disse personene krever både kompetanse og tid fra Nav-veiledere for å opparbeide tillitsfulle relasjoner og tilpassede løsninger. Riksrevisjonen viser til at personer med ROP-lidelser ofte har et omfattende behov for Navs ordninger, men konstaterer at denne målgruppen ofte ikke klarer å gjøre seg nytte av ordningene fordi de ikke er tilpasset godt nok. Disse personene har behov for bedre tilgang til Nav-veilederne for å kunne få hjelp med både aktuelle problemer og mer omfattende behov.[18]

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser fra Helsedirektoratet, anslår statistisk sentralbyrå at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og at ca. 40 prosent av dem, dvs. om lag 50 000 personer, kan ha rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer. I en undersøkelse utført av nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten rettet mot saksbehandlere ved sosialkontorene, fant

[15] Riksrevisjonen, *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*, 2025, side 23.

[16] Riksrevisjonen, *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*, 2025, side 18.

[17] Sosialtjenesteloven § 17 lyder: «Kommunen skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.»

[18] Riksrevisjonen, *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*, 2025, side 19-20.

man at 80 prosent av de spurte ved sosialkontorene mente den største utfordringen i sosialtjenesten var hvordan en skal hjelpe klienter som samtidig har rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser.[19]

I retningslinjen blir det videre skrevet at kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov. Med varig bolig forstås et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensing. Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Selv om en bolig i utgangspunktet ikke er definert som en behandlingsarena, vil bolig med oppfølging kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet. For oppsøkende team vil imidlertid boligen være en viktig arena for kontaktetablering og ulike behandlingsintervensjoner. Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap. Enkelte grupper av ROP-pasienter vil ha behov for bofellesskap med dagbemanning eller døgnbemanning. Dette kan eventuelt etableres gjennom interkommunalt samarbeid.

I retningslinjen blir det også gitt blant annet følgende anbefalinger for behandling og oppfølging i kommunene:

- Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan.
- Kjønnsspesifikk behandling bør vurderes.
- Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju til personer som har behov for det.
- Når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP--lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, psykiske helsevern eller TSB.
- I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner.
- I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy.
- Det skal finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser.
- Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester.
- Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap.

I Helsedirektoratets nasjonale veileder på området fra 2025, *psykisk helse- og rusarbeid for voksne*, blir det beskrevet flere anbefalinger for kommunen.[20] I det følgende vil vi redegjøre for det vi mener er de tre viktigste anbefalingene i veilederen, sett opp mot problemstillingen for denne revisjonen.

Den første anbefalingen er at kommunen og spesialisthelsetjenesten bør bruke helsefellesskapet som arena for samarbeid om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Kommuner bør derfor, der det er hensiktsmessig, samarbeide med hverandre om lokale prosedyrer som utvikles og avtales i helsefellesskapet. Disse bør være mest mulig likelydende og utfylle ulike kommuners behov. Ifølge veilederen er formålet med å utvikle lokale prosedyrer at:

[19] Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, 2022, Side 29.

[20] Psykisk helse- og rusarbeid for voksne - Helsedirektoratet

- brukere og/eller pasienter mottar riktig tilbud på rett tjenestenivå
- bidra til utvikling av et helhetlig tjenestetilbud som oppfyller innbyggernes behov for psykiske helse- rustjenester, og utfylle de lovpålagte samarbeidsavtalene
- å tilrettelegge for dialog og veiledning mellom tjenestenivåene
- fagutvikling og forsvarlig arbeidsdeling
- etablere felles forståelse for lokale behov og forutsetninger

Ifølge veilederen kan innholdet i lokale prosedyrer for eksempel være

- avklaring av hvilke oppgaver som krever samhandling
- helhetlig og omforent oppgavefordeling for tjenester til brukere og/eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- lokalt tilpassede rutiner for samarbeid ved innskriving til og utskriving fra spesialisthelsetjenesten, slik at kommunens helse- og omsorgstjeneste kan følge opp og samarbeide rundt pasienter på best mulig måte
- lokalt tilpassede rutiner for samarbeid rundt brukere og/eller pasienter med behov for samtidige tjenester – som strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam for de med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester
- bruk av lokale samhandlingsarenaer
- avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling ved interkommunalt samarbeid inkludert informasjon om kontaktpersoner og kontakttider

Den andre anbefalingen er at kommunen skal kartlegge hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Kartlegging av psykisk helse- eller rusmiddelproblemer og tjenestebehovet til den enkelte bør som hovedregel legge vekt på prinsippet «Hva er viktig for deg».[21] Målet med kartlegging er at brukeren eller pasienten får tilstrekkelig grunnlag til å medvirke i beslutninger om sin helse, livssituasjon og tjenestebehov. Kommunen bør sørge for nødvendige systemer for kartlegging og tilgang til kunnskapsbaserte og kvalitetssikrede metoder og kartleggingsverktøy.

Den tredje anbefalingen er at kommunen bør vurdere å organisere tjenestetilbudet i tre hovedforløp:

- Hovedforløp 1: milde og kortvarige plager
- Hovedforløp 2: kortvarige alvorlige plager/lidelser og langvarige mildere plager/lidelser
- Hovedforløp 3: alvorlige langvarige plager/lidelser

Kommunen bør dermed

- ha kunnskapsbaserte lavterskeltjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 1,
- ha kunnskapsbasert behandling til brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 2, og
- i samarbeid med spesialisthelsetjenesten tilby kunnskapsbasert behandling tilpasset alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller ruslidelser for hovedforløp 3.

Hovedforløp 1 tilpasses dem som henvender seg med milde og forventet kortvarige tilstander:

- nyoppstått angst, depresjon, søvnvansker og stress med milde til moderate symptomer

[21] Hva er viktig for deg? - Hjem

- belastende livshendelser og livskriser
- selvskading i forbindelse med akutt krise der selvskadingen ikke vurderes vedvarende og alvorlig
- problematisk bruk av alkohol, legemidler eller illegale rusmidler som gir funksjonsfall eller antatt risiko for fremtidig funksjonsfall, uavhengig av om de oppfyller diagnostiske kriterier for skadelig bruk eller avhengighet

I hovedforløp 1 bør det tilbys kartlegging, behandling, kurs, råd og veiledning og annen oppfølging. Målet med tjenester og tiltak er rask bedring og mestring av tilstanden og situasjonen, å forebygge forverring og funksjonsfall, samt reduksjon av negative konsekvenser. Et særlig mål er å sette inn tiltak som danner grunnlag for egen mestring og gir verktøy til bedre håndtering av situasjonen dersom lignende problemer oppstår i fremtiden.

Kjennetegn ved lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus er at det

- gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller lang saksbehandlingstid
- kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- er tilgjengelig for alle med behov
- kan tilby tidlige og adekvate tiltak
- kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov.
- fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne

Dersom det etter kartlegging avdekkes selvskading, selvmordsrisiko eller voldsrisiko bør det tas kontakt med spesialisthelsetjenesten for å vurdere situasjonen.

Hovedforløp 2 tilpasses de som henvender seg med antatt kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Det kan være

- akutt psykose med god prognose, for eksempel en første rusutløst psykose, ved alvorlige eller gjentatte rusutløste psykoser bør spesialisthelsetjenesten alltid involveres
- antatt kortvarige symptomer på stemningslidelse
- kortvarig skadelig bruk av rusmidler uten avhengighet, men med et visst funksjonstap, gjerne situasjonsbetinget
- vedvarende depresjon eller angstlidelse med milde symptomer.
- vedvarende milde eller moderate plager etter mulig traumatiserende hendelser.
- mindre alvorlig personlighetsforstyrrelse eller spiseforstyrrelse.
- bruk av rusmidler eller legemidler som henger sammen med tilbakevendende depressive episoder uten stort funksjonstap
- forlenget sorgforstyrrelse

Ved nyoppståtte alvorlige psykisk helse- eller rusmiddelproblemer – også antatt kortvarige - bør det henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering og eventuell utredning og behandling, samt planlegging av videre samarbeid og oppfølging.

Hovedforløp 3 bør tilpasses voksne med sammensatte alvorlige og langvarige psykisk helse- eller rusmiddelproblemer enten de opptrer alene eller samtidig (ROP lidelser), for eksempel:

- alkohol-, legemiddel- eller annen rusmiddelavhengighet

- alvorlig bipolar lidelse
- alvorlig depresjon
- schizofreni eller annen psykoselidelse
- alvorlige personlighetsforstyrrelser
- alvorlige spiseforstyrrelser

I hovedforløp 3 bør fokus være bedring av levekår, livsmestring, livskvalitet og skadereduksjon for å forhindre forverring av tilstanden og oppfølging av somatisk helse. Psykisk helse- og rustjenester bør følge opp voksne i hovedforløp 3 tett med bruk av koordinator og ansvarsgruppe, og i samsvar med individuell plan. Ansvarsavklaringen her er ikke et «enten eller». Mange i hovedforløp 3 mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen med samtidig utredninger, behandlingstiltak og intensive tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunens psykisk helse- og rustjenester bør delta aktivt i utarbeidelsen av krise- og mestringsplan for pasienter i hovedforløp 3. Krise- og mestringsplan er ikke bare et nyttig verktøy for dem som har vært underlagt tvunget psykisk helsevern, men er også nyttig uavhengig av årsaken til innleggelsen. En krise- og mestringsplan utarbeides da i samarbeid med brukeren eller pasienten selv og andre tjenester som er involvert. Formålet med planen er å konkretisere riktige tiltak for raskt å forbygge ytterligere forverring, konsekvenser av situasjonen og eventuelt forkorte behovet for ekstra tiltak. At brukeren eller pasienten bidrar til å utarbeide planen gir bedre forutsetninger for å sette inn tiltak som tidligere har vist seg å være effektive og samtidig ta høyde for pasientens ønsker, behov og integritet, for eksempel ved å beskrive hvilke tiltak som ikke ønskes.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Av § 7-2 skal kommunen tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ifølge forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 16 skal kommunen tilby koordinator 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.

Videre er alle kommuner fra 1. juli 2022 lovpålagt å ha en rådgivende enhet for russaker (faglig forkortelse som brukes er RER).[22] I Sarpsborg kommune er dette organisert i Kompetansesenter rus og psykisk helse. Enhetens primære oppgave er å gi informasjon, oppfølging, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt for enheten, herunder gjennomføre ruskontroll dersom dette er satt som vilkår.[23]

Punktvis oppsummering av kriteriene:

- Kommunen skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 - § 9.
- Kommunen bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov, og tilbud om oppfølging i bolig, bør være tilgjengelig for alle som trenger det.
- Kommunen skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.
- Kommunen bør sørge for at innbyggere med ROP-lidelser blir tilbudt meningsfulle aktiviteter.

[22] Tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge - Helsedirektoratet
[23] Sarpsborg kommune - Psykisk helse voksne

- Kommunen bør, der det er hensiktsmessig, samarbeide om lokale prosedyrer som utvikles og avtales i helsefellesskapet.
- Kommunen skal kartlegge hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, og når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP--lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, psykiske helsevern eller TSB.
- I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner.
- Kommunen bør vurdere å organisere tjenestetilbudet i tre hovedforløp. Dette innebærer at kommunen bør:
    - ha kunnskapsbaserte lavterskeltjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 1.
    - ha kunnskapsbasert behandling til brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for hovedforløp 2.
    - tilby kunnskapsbasert behandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten tilpasset alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller ruslidelser for hovedforløp 3.
- Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan. Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester.
- Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

6.2 Kommunedirektørens uttalelse

Sarpsborg kommune

Adresse
Post: Postboks 237, 1702 Sarpsborg
Besøk: Glengsgata 38, 1706 Sarpsborg
Faktura: Postboks 505, 1703 Sarpsborg

Telefon: +47 69 10 80 00
E-post: postmottak@sarpsborg.com
Org.nr: 938 801 363
www.sarpsborg.com

ØSTRE VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres ref.	Vår ref.	Saksbehandler	Dato
	25/12063-8	Ellinor Andreassen	18.12.2025

Kommunedirektørens uttalelse til Forvaltningsrevisjonsrapport - tverretatlig samarbeid i behandlingen av personer med ROP-lidelser

Forvaltningsrevisjonen har undersøkt et komplekst og omfattende område.
Kommunedirektøren takker for en godt gjennomarbeidet revisjonsrapport.

Revisjonen har følgende problemstilling:

> Er kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter i tråd med lovverk og nasjonale føringer?

Kommunedirektøren er fornøyd med at revisjonen gjennom sin kontroll har konkludert med at «kommunens tverretatlige samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter langt på vei er i tråd med lovverk og nasjonale føringer.

Revisjonen har vurdert og konkludert med følgende anbefalinger:

Kommunen bør
a) vurdere tiltak for å tydeliggjøre forholdene knyttet til organisering av vedtaksmyndighet.
b) igangsette tiltak som sikrer informasjonsflyt ved behandling av avvik på tvers av virksomheter, slik at alle involverte får tilbakemelding om oppfølging og tiltak.
c) sørge for at Nav gjennomfører regelmessig innhenting av brukererfaringer fra personer med ROP-lidelser.
d) vurdere å øke antall bemannede boliger i kommunen til personer med ROP-lidelser

Kommunedirektøren mener utfordringene innenfor de ulike områdene er godt beskrevet og vil særskilt trekke frem området innhenting av brukererfaringer og bolig.

Innhenting av brukererfaringer er viktig og spesifikt for Nav gjøres det gjennom nasjonal brukerundersøkelse, siste brukerundersøkelse «Personbrukerundersøkelsen 2025» konkluderer med at flere har tillit til Nav. Undersøkelsen viser også at 82 prosent av Navs brukere opplever at de blir møtt med respekt. Her skilles ikke aktuell brukergruppe ut da resultatet er sortert under ulike type ytelser. Det varierer hvilken ytelse ROP-brukere mottar.

Det er opprettet «Avdeling for brukeropplevelser» i Arbeids- og velferdsdirektoratet, dette for å få mer systematisk kunnskap om og bearbeidelse av brukererfaringer.

Sarpsborg kommune har nylig gjennomført brukerplankartlegging som kartlegger omfanget og levekårssituasjon til tjenestemottakere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer. Kartleggingen er hovedsakelig gjort i Nav og Kompetansesenter rus og psykisk helse. Brukerplan kartleggingen viser at det er flere som vurderes i behov for varige trygdeytelser og færre på økonomisk sosial hjelp. Nav Sarpsborg tilbyr økonomisk forvaltning til flere av brukerne i målgruppen.

Kommunedirektøren vil også trekke frem prosjektet som er nevnt vedrørende utprøving av en tverrfaglig oppfølgings modell i Nav for bl.a. brukere innenfor ROP som er tilknyttet Nav. Tiltaket skal sikre et helhetlig og samordnet tilbud gjennom tett samhandling mellom Nav og helsetjenesten. Pr i dag består prosjektet av 2 medarbeidere. Prosjektet viser en indirekte tilbakemelding gjennom mindre hendelser og støy og man opplever å jobbe mer forebyggende.

Når det gjelder bolig skal det gjennomføres en utredning for heldøgns bemannede boliger for risikoutsatte kvinner med ROP lidelser. Denne skal politisk behandles i løpet av våren 2026.
Brukerplankartleggingen viser at 15% av målgruppen som er kartlagt er på rødt nivå når det gjelder bolig, og mange i brukergruppen blir boende over lenger tid i midlertidig innkvartering. Resultatet herfra vil være en del av kunnskapsgrunnlaget i det videre arbeidet knyttet til bolig.

På oppdrag fra Husbanken og NIBR ved OsloMet har kommunen registrert bostedsløse for uke 48 som del av den landsdekkende undersøkelsen «Bostedsløse 2025». Så langt er det registrert 33 personer. Sarpsborg har hatt en kraftig nedgang i bostedsløshet fra toppnivået i 2008 med 88 registrerte, og utviklingen de siste ti årene har stabilisert seg på et lavere nivå. Samtidig viser årets foreløpige registrering en tydelig økning sammenlignet med 2020 hvor det var registrert 15 bostedsløse.
Det er nylig satt i gang en mer detaljert kartlegging av personer uten fast bosted og bruken av midlertidig innkvartering, dette for å kunne vurdere behov for målrettede tiltak.
Resultat fra brukerplankartleggingen og vurdering av dagens og fremtidens boligbehov vil være kunnskapsgrunnlag til Handlingsprogram psykisk helse og rus. Handlingsprogrammet er planlagt sluttbehandlet i løpet av 2026.

Kommunedirektøren er fornøyd med en grundig forvaltningsrevisjonsrapport, som vil være et godt og viktig grunnlag i det videre arbeidet knyttet til temaene angitt i anbefalingene.

Med hilsen

Turid Johnsen Stubø
Kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopi til:
Virksomhet stabstjenester, Ida Marie Odsæter
Kommuneområde helse og velferd, Berit Synnøve Dahle

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/135
Dokumentnr.:	1
Løpenr.:	4039/2026
Klassering:	3003-189
Saksbehandler:	Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/3

Prosjektplan eierskapskontroll "Borg Havn IKS"

Sekretariatets innstilling
Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Prosjektplan «Borg Havn IKS» godkjennes.

Fredrikstad, 06.01.2026

Vedlegg
Prosjektplan eierskapskontroll Borg Havn IKS, datert 19.12.2025.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)
Bystyresak 60/24 den 20.06.2024 (Plan for eierskapskontroll 2024-2028)
KU-sak 24/24 den 28.05. 2024 (Plan for eierskapskontroll 2024-2028)
KU-sak 25/45, den 02.12.2025 – Eventuelt.

Saksopplysninger
Kontrollutvalget behandlet sin plan for eierskapskontroll 2024-2028 i mai 2024, bystyret vedtok videre planen. Det fremgår av planen at det skal gjennomføres en eierskapskontroll av Borg Havn IKS. I kontrollutvalgets møte i desember 2025, ble det vedtatt at eierskapskontrollen av Borg Havn IKS skulle fremskyndes, og at prosjektplanen skulle behandles i januarmøtet i 2026.

Det framgår av revisjonens prosjektplan hva som er bakgrunnen for dette prosjektet. Revisjonen har gjengitt de viktigste poengene i sin prosjektplan (jf. pkt. 1«Bakgrunnen for prosjektet»).

Revisjonen vil ved denne eierskapskontrollen arbeide etter følgende problemstilling:
- Utøves kommunens eierskap i samsvar med aktuelle lovbestemmelser og etablerte normer for god eierstyring?

Revisjonen antar at det vil gå med 100 timer +/- 20 % til dette prosjektet. Rapporten vil være klar til behandling i augustmøtet i 2026.

Vurdering
Sekretariatet finner problemstillingen relevant til eierskapskontroll.

Samlet sett anser vi at metodevalget vil gi en tilfredsstillende pålitelighet (nøyaktighet) og gyldighet til å trekke konklusjoner om temaet. Ellers har vi ingen kommentarer til metode og gjennomføring.
Vi anbefaler at prosjektplanen tas til orientering og godkjennes.

PROSJEKTPLAN FOR EIERSKAPSKONTROLL
SARPSBORG KOMMUNE
19.12.2025

Eierskapskontroll
Borg Havn IKS

1 Bakgrunn for eierskapskontrollen

I henhold til kommunelovens § 23-4, skal det gjennomføres eierskapskontroll. Dette innebærer å kontrollere om den som utøver kommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring.

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret er konstituert, utarbeide en plan som viser hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens eierskap med hensikt om å finne ut hvor det er størst behov for slik kontroll.

Plan for eierskapskontroll for planperioden 2024-2028 ble vedtatt i bystyret 20.06.2024, i sak 60/24[1]. Borg Havn IKS er valgt som et av de tre prioriterte selskapene i perioden. I kontrollutvalgets møte 02.12.2025 ble det bestemt i sak 25/45 at eierskapskontrollen av Borg Havn IKS skulle fremskyndes, slik at prosjektplanen for denne kunne behandles i kontrollutvalgets første møte i 2026.

2 Premisser for eierskapskontrollen

Kontrollutvalgets vedtak legges til grunn for revisjonens videre arbeid med eierskapskontrollen.

Revisjonen delegeres myndighet til å foreta mindre endringer i problemstillinger og avgrensninger dersom det oppstår uforutsette forhold som har betydning for prosjektet. Større endringer tas opp med sekretariatet, og ved behov kontrollutvalget.

Revisjonen henter inn dokumentasjon fra selskapet med hjemmel i kommunelovens bestemmelser om innsyn i selskaper, jf. §§ 23-10 og 23-6, 1. ledd. Revisjonen gjennomfører eierskapskontroll i tråd med god kommunal revisjonsskikk for eierskapskontroller, dette innebærer at revisjonen følger «RSK 002 Standard for eierskapskontroll», utarbeidet av NKRF.

Utkast til rapport sendes til uttalelse både til selskapet og til den som utøver kommunens eierfunksjon.[2]

3 Problemstilling og avgrensninger

Eierskapskontrollen vil ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

Utøves kommunens eierskap i samsvar med aktuelle lovbestemmelser og etablerte normer for god eierstyring?

Kjernen i en eierskapskontroll er å vurdere kommunens praksis for eierstyring opp mot lover, forskrifter og kommunale vedtak. Vurderinger av selskapets drift vil kreve en forvaltningsrevisjon. Undersøkelser av eiers kunnskap og oppfatning av selskapets drift, samt eiers tiltak for å sikre selskapets drift, er imidlertid en del av eierskapskontrollen.

[1] Saken er protokollført som Plan for eierskapskontroll 2024-2027, mens dokumentet heter «Plan for eierskapskontroll Sarpsborg kommune Perioden 2024-2028».

[2] Jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14 og RSK 002 pkt. 11.

To kommuner, i tillegg til Sarpsborg kommune, har eierandeler i Borg Havn IKS. Sarpsborgs eierandel er 48 %. De øvrige eierkommunene er Fredrikstad og Hvaler. Denne eierskapskontrollen skal utføres parallelt med tilsvarende eierskapskontroll i Fredrikstad kommune, under forutsetning at prosjektplan blir vedtatt i begge kommuner.

4 Vurderingskriterier

Vurderingskriterier er en samlebetegnelse for de krav eller forventninger som brukes som grunnlag for å vurdere kommunens virksomhet. Vurderingskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder. Også kommunens egne retningslinjer og vedtak kan utgjøre vurderingskriterier. Vurderingskriteriene er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik/svakheter. Kriteriene holdt sammen med faktagrunnlaget danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

I denne eierskapskontrollen vil vi ta utgangspunkt i følgende kilder ved utledning av vurderingskriterier:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), LOV-2018-06-22-83
- Forskrift om kontrollutvalg og revisjon, FOR-2019-06-17-904
- Lov om interkommunale selskaper (IKS), LOV-1999-01-29-6[3]
- Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll, KS, 2020 (blant annet anbefaling om etiske retningslinjer)
- Kommunens eierskapsmelding (blant annet aktuelle føringer knyttet til samfunnsansvar)
- Selskapsavtale for Borg Havn IKS
- Eventuelle andre politiske vedtak som har relevans for eierstyringen

5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Databehov og hvordan eierskapskontrollen tenkes gjennomført, fremgår av analyseskjemaet nedenfor:

Problemstilling	Vurderingskriterier	Databehov	Innhentings-/ analysemetode
Utøves kommunens eierskap i samsvar med aktuelle lovbestemmelser og etablerte normer for god eierstyring?	• Kommuneloven med forskrifter • IKS-loven • Anbefalinger fra KS • Eierskapsmelding • Selskapsavtale	Informasjon om kommunens utøvelse av eierstyring Informasjon fra selskapet.	Dokumentanalyse og intervjuer

[3] Sist endret i LOV-2023.06.02.22 Lov om endringar i lov om interkommunale selskaper (møteoffentlighet, økonomiforvalting mm.)

6 Prosjektorganisering, ressursbehov og fremdriftsplan

Prosjektdeltakere	Frank Willy V. Larsen - utførende forvaltningsrevisor Kjetil Ramsdal - utførende forvaltningsrevisor Casper Støten - oppdragsansvarlig revisor
Prosjektperiode	Februar til juni 2026
Antall timer	100 timer +/- 20 timer
Vedtaksorgan:	Kontrollutvalget i Sarpsborg kommune
Fremdrift	**Ferdig**
Prosjektplan vedtatt i kontrollutvalget	20.01.2026
Rapport sendt til selskapet og eierrepresentant	Mai 2026
Rapport sendt til kontrollutvalgssekretariatet	Juni 2026
Rapport behandlet i kontrollutvalget	25.08.2026

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/134
Dokumentnr.:	2
Løpenr.:	4070/2026
Klassering:	3003-188
Saksbehandler:	Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/4

Forvaltningsrevisjon prosjektplan "Selvkost i kommunens vann- og avløpstjenester"

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Prosjektplan «Selvkost i kommunens vann- og avløpstjenester» godkjennes.

Fredrikstad, 06.01.2026

Vedlegg

Prosjektplan «Selvkost i kommunens vann- og avløpstjenester"», datert 06.01.2026.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- KU-sak 24/35, den 08.10.2024 (Bestilling av forvaltningsrevisjon)
- Bystyresak 59/24, den 20.06.2024 (Forvaltningsrevisjonsplan juli 2024-juli 2028)
- KU-sak 24/23, den 28.05.2024 (Forvaltningsrevisjonsplan juni 2024 – juli 2028)

Saksopplysninger

Det framgår av forvaltningsrevisjonsplanen hva som er bakgrunnen for dette prosjektet. Revisjonen har gjengitt de viktigste poengene i sin prosjektplan (jf. pkt. 1«Bakgrunnen for prosjektet»). På grunnlag av dette, foreslår revisjonen en hovedproblemstilling:

- Har kommunen etablert rutiner og praksis som sikrer korrekt beregning og forutsigbare selvkostgebyrer innen vann og avløp?

Revisjonen antar at det vil gå med 400 timer +/- 10 % til dette prosjektet. Rapporten vil være klar til behandling i augustmøtet 2026. Dette samsvarer med kontrollutvalgets bestilling.

Vurdering

Sekretariatet finner problemstillingen relevante i forhold til omtalen i forvaltningsrevisjonsplanen. Problemstillingen er også relevante sett opp mot kontrollutvalgets bestilling i sak 24/35. Samlet sett anser vi at metodevalget vil gi en

tilfredsstillende pålitelighet (nøyaktighet) og gyldighet[1] til å trekke konklusjoner om temaet. Ellers har vi ingen kommentarer til metode og gjennomføring.

Vi anbefaler at prosjektplanen godkjennes.

[1] metodene måler hva de er tiltenkt å måle

ØVKR
Østre Viken kommunerevisjon IKS

PROSJEKTPLAN FOR FORVALTNINGSREVISJON
SARPSBORG KOMMUNE
06.01.2026

Selvkost i kommunens vann- og avløpstjenester

1 Bakgrunn for prosjektet

Østre Viken kommunerevisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for kommunene, og ligger under kontrollutvalgets ansvarsområde jf. kommuneloven § 23-2 (1c). Forvaltningsrevisjon innebærer at det gjennomføres systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger sett i lys av kommunestyrets vedtak.

Plan for forvaltningsrevisjon for perioden juli 2024–juli 2028 ble vedtatt av bystyret 20.06.2024 i sak 59/24. Planen bygger på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunen. Selvkost er den neste forvaltningsrevisjonen som skal gjennomføres i planperioden. I risiko- og vesentlighetsvurderingen nevnes det blant annet følgende om risiko på området:

> «(…) De omfattende investeringene på (vann og avløps-) området innebærer en vesentlig risiko knyttet til korrekt håndtering av selvkost. Både varaordfører og kommunedirektør peker på at dette er et prioritert og sentralt område for kommunen. Korrekt beregning av selvkost er avgjørende for å sikre innbyggernes tillit til kommunen og til de gebyrene som fastsettes, samtidig som det er nødvendig for å opprettholde en bærekraftig økonomi over tid. Behovet for presise og etterprøvbare selvkostberegninger blir særlig tydelig når kommunen gjennomfører store og langsiktige investeringer, slik som innen vann- og avløpssektoren. Videre vurderer sekretariatet risikoen og vesentligheten på selvkostområdet som høy, spesielt i lys av de betydelige investeringene som nå finner sted i kommunen.»

I kontrollutvalgets bestillingsdokument fremkom det følgende innspill fra kontrollutvalget:
«Hvordan sikre innbyggerne gode tjenester til en forutsigbar kostnad?»

Prosjektplanen er utformet på bakgrunn av beskrivelsen i risiko- og vesentlighetsvurderingen og innspill i kontrollutvalgets bestillingsdokument.

Revisjonen gjennomførte også et oppstartsmøte med administrasjonen 05.01.2026 der prosjektet ble presentert, og det ble gitt mulighet for å gi innspill til prosjektplanen.

2 Premisser for prosjektarbeidet

Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001/ god revisjonsskikk). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom hva som er innsamlet data og hva som er revisjonens vurderinger. Det skal også være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Kontrollutvalgets vedtak legges til grunn for revisjonens videre arbeid med prosjektet.

Revisjonen kan gjøre mindre endringer i problemstillinger og avgrensninger. Større endringer avklares med sekretariatet og ved behov kontrollutvalget.

3 Problemstillinger og avgrensninger

Revisjonen foreslår følgende problemstilling:

- **Har kommunen etablert rutiner og praksis som sikrer korrekt beregning og forutsigbare selvkostgebyrer innen vann og avløp?**

Selvkost utgjør det maksimale gebyrnivået kommunen kan kreve for sine tjenester, og skal beregnes på grunnlag av faktiske direkte og indirekte kostnader, inkludert kapitalkostnader. Dette forutsetter at kommunen har god oversikt over hvilke kostnader som kan henføres til vann- og avløpstjenestene, og at kommunen skal sikre innbyggerne mest mulig forutsigbare selvkostkostnader over tid.

Undersøkelsen vil blant annet omfatte om kostnader identifiseres, registreres og fordeles på en etterprøvbar måte, og om denne praksisen samlet sett bidrar til riktige og pålitelige selvkostgebyrer. Beregning og fordeling av indirekte kostnader kan være krevende, særlig når kommunen skal fastsette hvilke kostnader som er henførbare til gebyrområdene for vann og avløp. Slike beregninger forutsetter tydelige og etterprøvbare fordelingsnøkler, og feil kan både påvirke gebyrnivået og medføre manglende etterlevelse av selvkostregelverket.

I tråd med problemstillingen vil revisjonen undersøke om kommunen har etablert tilfredsstillende rutiner og fører en praksis som sikrer at selvkostberegningene gjennomføres korrekt og i samsvar med gjeldende regelverk, herunder om kommunen beregner indirekte kostnader og kapitalkostnader på en korrekt måte, og om fordelingen av disse kostnadene er i samsvar med gjeldende regelverk og kommunens egne rutiner.

Revisjonen har vurdert innspillet fra kontrollutvalget, og på bakgrunn av dette vil revisjonen undersøke hvordan kommunen arbeider for å sikre forutsigbare selvkostgebyrer for innbyggere over tid. Flere elementer kan påvirke dette, blant annet vil planlegging av investeringsbehov, bruk av selvkostfond og den generelle kvaliteten i beregningen av selvkostgebyrene være sentrale områder som påvirker utviklingen i gebyrnivået. Utover dette har vi med hensyn til å begrense forvaltningsrevisjonens omfang, vurdert det som hensiktsmessig å avgrense oppdraget slik at det ikke omfatter en vurdering av vann- og avløpstjenestenes kvalitet utover det som knytter seg til selvkost (jf. kontrollutvalgets ordlyd «gode tjenester»).

4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier, også kalt «foretrukket praksis», er en samlebetegnelse for de krav eller forventninger som brukes som grunnlag for å vurdere kommunens virksomhet. Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i autoritative kilder. Også kommunens egne retningslinjer kan utgjøre revisjonskriterier. Revisjonskriteriene er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik/svakheter. Fakta vurderes opp mot revisjonskriteriene, og disse vurderingene danner grunnlaget for de konklusjoner som trekkes. I denne forvaltningsrevisjonen vil vi ta utgangspunkt i følgende kilder når vi utleder revisjonskriterier:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) LOV-2018-06-22-83
- Lov om kommunale vass- og avløpsanlegg av 2025-06-06-26
- Forskrift om beregning av samlet selvkost for kommunale og fylkeskommunale gebyrer
- (selvkostforskriften) FOR-2019-12-11-1731
- Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften) FOR-2004-06-01-931

- Norsk Vann Rapport 210/2015 «Veiledning for praktisering av selvkost i vann- og avløpssektoren
- Kommunal- og distriktsdepartementets "Veileder til selvkostforskriften"
- Kommunens eventuelle egne rutiner og retningslinjer
- Regnskapsteori

5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Databehov og hvordan forvaltningsrevisjonen tenkes gjennomført (metode), fremgår av analyseskjemaet nedenfor:

Problemstilling	Kilder til revisjonskriterier	Databehov	Innhentings-/ analysemetode
Har kommunen etablert rutiner og praksis som sikrer korrekt beregning og forutsigbare selvkostgebyrer innen vann og avløp?	Regnskapsteori Forskrift om beregning av samlet selvkost for kommunale og fylkes-kommunale gebyrer (selvkostforskriften) FOR-2019-12-11-1731 Kommunal- og distriktsdepartementets "Veileder til selvkostforskriften"	Informasjon om kommunens systemer, rutiner og praksis	Dokumentanalyse, regnskapsanalyse og intervjuer

6 Prosjektorganisering, ressursbehov og fremdriftsplan

Prosjektdeltakere	Casper Støten – oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Emil André Kazinci – utførende forvaltningsrevisor Inger Marie Karlsen-Moum – utførende regnskapsrevisor Trud Callaerts - utførende regnskapsrevisor
Prosjektperiode	Januar 2026 – August 2026
Antall timer	400 +/- 10 % timer
Vedtaksorgan:	Kontrollutvalget i Sarpsborg kommune
Fremdrift	**Ferdig**
Prosjektplan godkjent i KU	20.01.2026
Rapport sendt til kommunedirektøren	Juni 2026
Rapport sendt til kontrollutvalgssekretariatet	August 2026
Rapport behandles i kontrollutvalget	25.08.2026

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/137
Dokumentnr.:	4
Løpenr.:	4724/2026
Klassering:	3003-192
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/5

Kontrollutvalgets årsmelding 2025

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalgets årsmelding for 2025 godkjennes.
2. Årsmeldingen oversendes bystyret med følgende forslag til vedtak:
   Kontrollutvalgets årsmelding for 2025 tas til orientering.

Fredrikstad, 07.01.2026

Vedlegg

- Kontrollutvalgets årsmelding 2025- *utkast.*

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Kontrollutvalgets innkallinger og protokoller i 2025.

Saksopplysninger

I henhold til kommunelovens § 23- 5 skal kontrollutvalget avgi rapport til bystyret om sin aktivitet. I samsvar med tidligere praksis avgir kontrollutvalget sin årsmelding til behandling i bystyret.

Vurdering

Årsmeldingen skal gi bystyret informasjon om kontrollutvalgets oppgaver og ansvar, møte og informasjonsaktivitet. Årsmeldingen gir også uttrykk for hva som er gjennomført av regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, samt resultatet og oppfølging av disse kontrollene.
Sekretariatet viser for øvrig til årsmeldingen.
Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget at vedlagte årsmelding for 2025 vedtas.
Årsmeldingen oversendes til bystyret med følgende forslag vedtak:

- Kontrollutvalgets årsmelding for 2025 tas til orientering.

Kontrollutvalgets Årsmelding 2025

SARPSBORG KOMMUNE

Kontrollutvalgets hjemmelsgrunnlag

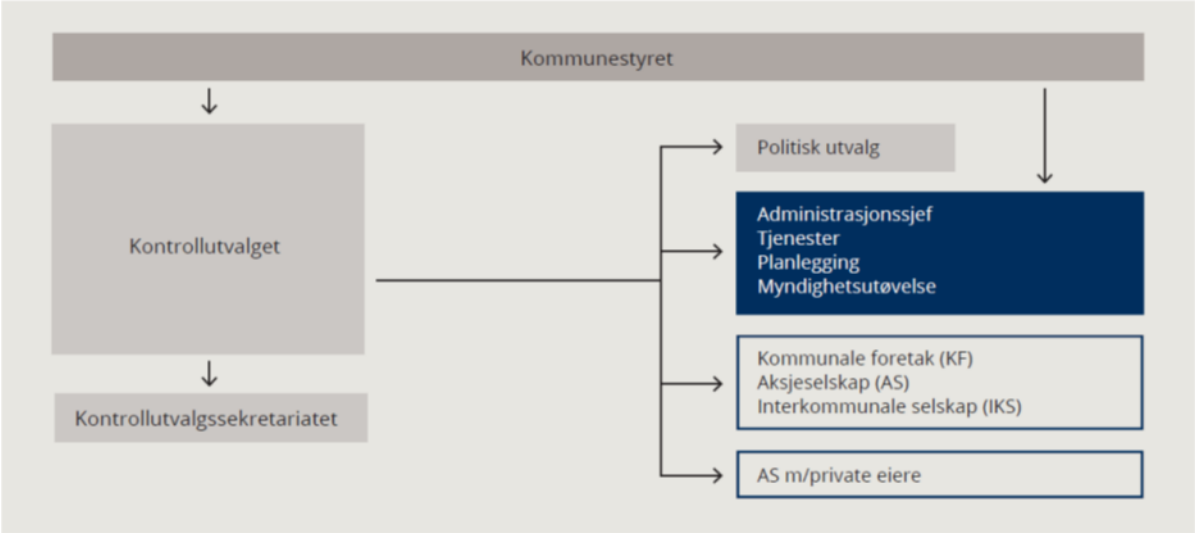
Bestemmelsene om at kommunen skal ha et eget kontrollutvalg er hjemlet i kommuneloven[1]. Det fremgår av kapittel 23, § 23-1 at «Bystyret velger selv et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på deres vegne».

Figuren under viser at det fra bystyret går to styringslinjer. Den ene går fra bystyret til administrasjonssjefen som har ansvaret for gjennomføringen av kommunens tjenesteproduksjon, planlegging og myndighetsutøvelse.
Den andre styringslinjen representerer en uavhengig og ekstern kontroll som går gjennom kontrollutvalget.

ØKUS KOF

Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefellesskap

[1] Bestemmelsene om at kommunen skal ha et eget kontrollutvalg ble først hjemlet i kommuneloven LOV-1992-09-25-107. Bestemmelsene er videreført i ny kommunelov LOV-2018-06-22-83.



[2]

Kontrollutvalgets oppgaver og ansvar

Det fremgår av kommuneloven (kapittel 23, § 23-1 til 23-7) og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon, bestemmelser om kontrollutvalgets saksbehandling og oppgaver.

Påse-ansvaret

Kontrollutvalget skal påse at

- kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte
- det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak
- det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet, og av selskaper kommunen har eierinteresser i
- det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper mv. (eierskapskontroll)
- vedtak som bystyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp

Oppfølging av regnskapsrevisjonen

Kontrollutvalgets ansvar for å påse at regnskapsrevisjonen fungerer på en betryggende måte ivaretas blant annet gjennom at kontrollutvalget får seg forelagt revisjonsplaner, resultater etter kvalitetskontroller i revisjonen og uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlige revisorer. I tillegg blir kontrollutvalget informert om spesielle forhold og funn som revisjonen har gjort.

Plan for forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Bystyret skal vedta planen. Bystyret kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

Plan for og gjennomføring av eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av eierskapskontroll. Bystyret skal vedta planen. Bystyret kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

[2] Kontrollutvalgsboken 2. utgave

Rapportering
Kontrollutvalget skal avgi rapport til bystyret om hvilke forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller som er gjennomført og resultatet av disse.

Budsjettbehandling for kontrollarbeidet
Kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Forslaget skal inneholde kostnadene til drift av kontrollutvalget, utvalgets sekretariat og den valgte revisjonen.

Innstilling på valg av revisor og revisjonsordning
Bystyret avgjør selv om kommunen skal ansette egne revisorer, delta i IKS eller inngå avtale med annen revisor. Vedtaket treffes etter innstilling fra kontrollutvalget.

Kontrollutvalgets sammensetting
Kommuneloven og forskrift om kontrollutvalg og revisjon angir bestemte krav til de som skal velges som medlemmer til kontrollutvalget. Det heter blant annet at medlem av kontrollutvalg ikke kan være medlem eller varamedlem av kommunal nemnd med beslutningsmyndighet eller ansatt i kommunen.

Kontrollutvalget skal i henhold til kommuneloven bestå av minimum fem medlemmer. Det er opp til bystyret å bestemme om kontrollutvalget skal ha flere medlemmer enn lovens minstekrav. Bystyret i Sarpsborg har for perioden 2023-2027 vedtatt at kontrollutvalget skal ha fem medlemmer. Minst ett av utvalgets medlemmer skal velges blant bystyrets medlemmer.

Medlemmer 2023-2027	**Varamedlemmer 2023-2027**
Linda Engsmyr, leder (Ap) Bente Holm Sælid, nestleder (Sp) Nils Øby, (H) Solfrid Kobbevik, (KrF) Stein Knudsen, (SV)	Posisjon 1. Haakon Falck, (FrP) 2. Anita Trippestad, (Pp) Opposisjon 1. Klaus Lintho, (Ap) 2. Tom Wormfield Markeng, (R) 3. Unni Espeland, (SV) 4. Ole Gunnar Torgrimsby (Sp) 5. Alexandra Jahanshahi Hansen (MDG)

Kontrollutvalgets møte- og informasjonsaktivitet
Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefellesskap (ØKUS KOF) har utført sekretariatstjenesten i 2025. Sekretariatet skal forberede sakene for kontrollutvalget og skal påse at de sakene som behandles av kontrollutvalget, er forsvarlig utredet. Sekretariatet skal også påse at kontrollutvalgets vedtak blir iverksatt.

Møteinnkallinger, saksdokumenter og protokoller er blitt behandlet og utformet på tilnærmet samme måte som for øvrige politiske organ. Møteinnkallinger og saksdokumenter er sendt elektronisk til utvalgets medlemmer, ordfører, kommunedirektør og revisjonen.

Kontrollutvalgets møteplan og møtedokumenter blir løpende publisert på kommunes hjemmeside, Sarpsborg kommune - Politiske utvalg 2023-2027 og ØKUS KOF sin hjemmeside, ØKUS KOF - Sarpsborg kontrollutvalg

UTKAST

Kontrollutvalget har i 2025 avholdt 6 møter.
Til sammen har kontrollutvalget behandlet 45 saker.

Statistikk for de fire siste årene:

	2025	2024	2023	2022
Møter	6	5	5	5
Saker	45	55	56	57

Ordføreren holdes orientert om arbeidet i kontrollutvalget ved at ordfører fortløpende får tilsendt utvalgets saksdokumenter og protokoller.

Leder av kontrollutvalget står for den uformelle kontakten med den politiske ledelse i kommunen.

Kontrollutvalget har bestemt at kommunedirektør inviteres til enkeltsaker / enkeltmøter ved behov.
Kommunedirektør har vært invitert til å orientere om følgende saker i 2025;

- Vedtatt budsjett for 2025.
- Statlig tilsyn ved Hafslund skole.
- Ved behandling av kommunens årsregnskap for 2024 var administrasjonen til stede for å redegjøre for årets regnskap og resultat.
- Kommunens rutiner ved tildeling av SLT midler, samt hvilke rutiner kommunen har for å sette opp en prioriteringsliste.
- Kommunens tilfluktsrom.

Behandlede saker i 2025

I 2025 er regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll utført av Østre Viken kommunerevisjon IKS (ØVKR).

Plandokumenter

Kontrollutvalget har i 2025 behandlet følgende plandokumenter for sin virksomhet:

- Årlig møteplan for kontrollutvalget
- Overordnet revisjonsstrategi for regnskapsrevisjonen
- Budsjett for kontroll og tilsyn 2025

Regnskapsrevisjon

Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet for 2024

Kontrollutvalget har i 2025 avgitt uttalelse til bystyret om Sarpsborg kommunes årsregnskap for 2024.

Revisjonsberetningen for regnskapsåret 2024

Resultatet av regnskapsrevisjonen rapporteres direkte fra revisjonen til bystyret gjennom revisjonsberetningen.

Revisjonsbrev/notater

I tillegg til revisjonsberetningen skal revisor også rapportere andre forhold som er avdekket gjennom revisjonen. Slik rapportering skal skje til kontrollutvalget, med kopi til rådmannen. Rapportering av slike forhold skal skje i form av "nummererte brev" og notater.

UTKAST

Kommuneloven § 24-7 til §24-9, samt forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 gir bestemmelser om hvilke forhold som skal rapporteres i nummererte brev.
Kontrollutvalget har ikke behandlet noen revisjonsbrev i 2025.

Årsrapport om utført regnskapsrevisjon
Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om regnskaps- og forvaltningsrevisjonen og påse at dette foregår etter gjeldende revisjonsstrategier, og bestemmelser i lov og forskrift.

Revisjonen utarbeider et notat kalt oppsummering av regnskapsrevisjon 2024. Formålet med dette notatet er å gi kontrollutvalget en samlet oppsummering av utførte revisjonshandlinger, og resultater av disse kontrollene for revisjonsåret. Dette blir sett opp mot overordnet revisjonsstrategi for å vise hvordan revisjonen har vurdert revisjonsoppgavene knyttet til Sarpsborg kommune og hvordan ressursene er fordelt.

Etterlevelseskontroll:
I følge kommunelovens §24-9 skal regnskapsrevisor «se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak».

- ✓ «Revisors uttalelse til etterlevelseskontrollen 2024 på området «Offentlige anskaffelser – investeringer».

Kontrollutvalget fikk fremlagt, til orientering, overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering og valg av kontrollområde «Offentlige anskaffelser – investeringer» for 2024 den 26.11.2024. Uttalelsen ble behandlet i kontrollutvalgets møte 06.05.2025, sak 25/12. Revisors konklusjon var: «Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis mener vi at Sarpsborg har etterlevd § 7-1/10-5/25-5 i forskrift om offentlige anskaffelser og kommunens retningslinjer.»

Kontrollutvalget tok kontroll med etterlevelsen av «Offentlige anskaffelser – investeringer» til orientering.

Kontrollutvalget fikk til orientering overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering og valg av kontrollområde for 2025, den 02.12.2025, revisjonen har valgt området «Tilskudd til private barnehager» som gjenstand for etterlevelsesrevisjon i 2025. Denne er forventet innen 30.06.2026.

Forvaltningsrevisjon

Plan for forvaltningsrevisjon juli 2024- juli 2028
Kontrollutvalget har fått i oppdrag av bystyret å gjennomføre følgende 12 forvaltningsrevisjonsprosjekter i perioden i prioritert rekkefølge:

1. Vold/ trusler i skolen
2. Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger
3. Tverretatlig samarbeid sosiale tjenester og rus/psykiatri
4. Selvkost
5. Lov om offentlige anskaffelser
6. Overholdelse av forvaltningsloven
7. Vedlikeholdsplaner vei
8. Kommunens oppfølging av politiske vedtatte planverk
9. -12 Uten navn - Rulleres i 2026

Kontrollutvalget har behandlet to forvaltningsrevisjonsrapporter i 2025.

- «Vold, trusler og mobbing i grunnskolen»

Rapporten ble behandlet i kontrollutvalget den 16. september 2025, sak 25/26. Revisjonen undersøkte omfanget av vold og trusler mot ansatte i grunnskolene i Sarpsborg kommune, om kommunen hadde etablert tilfredsstillende systemer for å beskytte ansatte, og om kommunen dokumenterer at aktivitetsplikten etter opplæringsloven § 12-4 blir fulgt.

Følgende tre problemstillinger ble ønsket besvart:

1. Hva er omfanget av trusler og vold mot ansatte i grunnskolen i Sarpsborg?
2. Har kommunen etablert tilfredsstillende systemer og tiltak, for å sikre ansatte i grunnskolen mot vold og trusler?
3. Dokumenterer kommunen at de overholder aktivitetsplikten jf. opplæringslovens § 12-4?

Revisjonen konkluderte blant annet om at ansatte i grunnskolen i Sarpsborg i betydelig grad ble utsatt for vold, trusler eller trakassering. De skrev at «Omtrent 6 av 10 av respondentene oppgir å ha vært utsatt for slike hendelser to ganger eller mer det siste året, og det er i all hovedsak enkeltelever som står bak. I tillegg har 3 av 4 av respondentene måttet gripe inn fysisk i voldelige eller farlige situasjoner mellom elever. Selv om mange ansatte opplever å få støtte fra kolleger og kjenner til rutiner for varsling og rapportering, er det variasjoner i opplevd hjelp og støtte – både i forbindelse med når hendelser inntreffer og i etterkant av hendelser». Videre konkluderte revisjonen med at kommunen langt på vei hadde etablert tilfredsstillende systemer og tiltak, for å sikre ansatte i grunnskolen mot vold og trusler. Revisjonens undersøkelser viste at kommunen har etablert et omfattende og dokumentert internkontrollsystem for HMS-arbeid. Revisjonen konkluderte også med at Sarpsborg kommune i hovedsak etterlever opplæringslovens krav knyttet til retten til et trygt og godt skolemiljø og skolens aktivitetsplikt, jf. opplæringsloven kapittel 12.

Revisjonen kom med følgende anbefalinger:

a. fullføre arbeidet med overordnet ROS-analyse (nivå 1)
b. videreføre og styrke arbeidet med å utvikle en varslingskultur der alle ansatte føler trygghet og motivasjon for å melde fra om avvik
c. sikre at aktivitetsplaner konsekvent benyttes i tilfeller der en elev ikke har et trygt og godt skolemiljø, i tråd med opplæringsloven § 12-4
d. arbeide systematisk med å øke bevisstheten blant ansatte om kravene til skriftlig dokumentasjon av tiltak, for eksempel gjennom opplæring, veiledning og kontrolltiltak

Kontrollutvalget tok rapporten til etterretning og fattet innstilling til bystyret om at anbefalingene som kom frem av rapporten skulle gjennomføres av administrasjonen. Videre innstilte kontrollutvalget på at revisjonen skulle følge opp prosjektet med en oppfølgingsrapport et år etter bystyrets vedtak. Bystyret vedtok enstemmig kontrollutvalgets innstilling i sitt møte 13 november 2025, sak 91/25.

- Forvaltningsrevisjon "Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger"

Rapporten ble behandlet 2.desember 2025, sak 25/40. Revisjonen undersøkte om Sarpsborg kommune etterlever kravene knyttet til introduksjonsprogrammet og samarbeid mellom tjenester i henhold til integreringsloven, samt hvordan kommunen arbeider for å forebygge utenforskap og levekårsutfordringer blant bosatte og sekundærtilflyttede flyktninger med store bistandsbehov.

Følgende to problemstillinger ble ønsket besvart:

1. Etterlever Sarpsborg kommune kravene knyttet til introduksjonsprogrammet, og

samarbeid mellom tjenester i henhold til integreringsloven?
2. Hvordan arbeider kommunen med å forebygge utenforskap og levekårsutfordringer blant bosatte og sekundærtilflyttede flyktninger med store bistandsbehov?

Revisjonen konkluderte med at Sarpsborg kommune i all hovedsak oppfyller kravene i integreringsloven knyttet til introduksjonsprogrammet. Kommunen sikrer at deltakerne får tilbud om programmet innen tre måneder etter bosetting, og at undervisning, sluttmål, integreringskontrakt, livsmestring og arbeids- og utdanningsrettede tiltak gjennomføres i tråd med lovens krav. Undervisningen gis av kvalifiserte lærere, og opplæringen følger gjeldende læreplan. Samtidig viser revisjonen at enkelte utfordringer kan påvirke oppfølgingen i praksis.

Revisjonen kom med følgende anbefalinger som kommunen bør:

- fullføre revidering av følgende rutiner:
  - Samhandlingsrutine mellom Nav Team flyktning og St. Marie læringssenter / Helseteam for innvandrere.
  - Helseteam for innvandrere – helsetjenester for flyktninger.
- vurdere tiltak som gir flyktninger bedre veiledning i dagligdagse oppgaver.
- vurdere å styrke tilgang på fysioterapi og helsefaglig oppfølging for flyktninger.

Kontrollutvalget tok rapporten til etterretning og fattet innstilling til bystyret om at anbefalingene som kom frem av rapporten skulle gjennomføres av administrasjonen. Videre innstilte kontrollutvalget på at revisjonen skulle følge opp prosjektet med en oppfølgingsrapport et år etter bystyrets vedtak. Bystyret vedtok enstemmig kontrollutvalgets innstilling i sitt møte 11. desember 2025, sak 109/25.

Oppfølging av tidligere forvaltningsrevisjoner

Kontrollutvalget skal påse at vedtak om forvaltningsrevisjonsrapporter følges opp, og siden melde til bystyret om hvordan vedtaket og revisors anbefalinger har blitt fulgt opp av administrasjonen. Videre skal kontrollutvalget vurdere om vedtaket er fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Kontrollutvalget har behandlet fire oppfølgingsrapporter i 2025.

➢ Oppfølgingsrapport «Personvern» - 2. gangs oppfølging.

Kontrollutvalget behandlet PS 25/4 2. gangs behandling av oppfølgingsrapport "Personvern" den 04.02.2025, den ble også behandlet den 26.11.2024.

Kontrollutvalget vedtok følgende:

1. Kontrollutvalget tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Personvern» til orientering.
2. Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:
   1) Bystyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Personvern» til orientering.
   2) Kommunen bør ferdigstille rutiner og systemer for å kunne følge opp de punkter som fremkom av oppfølgingsrapporten for forvaltningsrevisjonsprosjektet «Personvern».
   3) Rutinene og systemene blir informert om i kontrollutvalgets møte i november 2025. Informasjonen skal være skriftlig.

➢ Oppfølgingsrapport «Tildeling av tjenester og oppfølging av pårørende»

Forvaltningsrevisjonsrapporten ble behandlet i kontrollutvalget 27.02.2024. sak 24/6 og i bystyret 18.04.2024, sak 27/24.
Oppfølgingsrapporten ble behandlet i kontrollutvalget den 14.10.2025 sak 25/33.
Revisjonen konkluderte med at 3 av 6 kulepunkter var fulgt opp, og 3 var delvis fulgt opp.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

1. Kontrollutvalget tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Tildeling av tjenester og oppfølging av pårørende», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering.

2. Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:
   1. Bystyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Tildeling av tjenester og oppfølging av pårørende», til orientering.

   2. Kommunedirektøren skal gi skriftlig informasjon til kontrollutvalget når administrasjonen anser at de har fått:
      - iverksatt tiltak som sikrer at tidsrommet fra oppstart av tiltak til enkeltvedtak er fattet skriftlig, gjøres så kort som mulig (kulepunkt 1).
      - tilstrekkelige avlastningstiltak for pårørende (kulepunkt 4).
      - iverksatt tiltak for å sikre at barn som pårørende får den oppfølging de har behov for (kulepunkt 6).

   Informasjonen skal gis skriftlig til kontrollutvalgets andre møte i 2026.

Bystyret vedtok enstemmig innstillingen 13.11.2025, sak 89/25.

- **Oppfølgingsrapport «Barn i lavinntektsfamilier og samarbeid mellom tjenester»**

Forvaltningsrapporten ble behandlet i kontrollutvalget den 28.05.2024, sak 24/26 og i bystyret den 20.06.2024, sak 58/24.
Oppfølgingsrapporten ble behandlet i kontrollutvalget den 14.10.2025, sak 25/34.
Revisjonen konkluderte med at begge de to punktene i bystyrets vedtak var fulgt opp.

Kontrollutvalget sendte rapporten til bystyret med innstilling om at de tok den til orientering.
Bystyret vedtok innstillingen den 13.11.2025, sak 90/25.

- **Oppfølgingsrapport «Spesialpedagogikk i barnehager»**

Forvaltningsrapporten ble behandlet av kontrollutvalget den 25.05.2024, sak 24/25 og i bystyret den 20.06.2024, sak 57/24.
Oppfølgingsrapporten ble behandlet av kontrollutvalget den 02.12.2025, sak 25/41.

Revisjonen konkluderte med at alle fire punktene i bystyrets vedtak var fulgt opp.
Kontrollutvalget innstilte dermed til bystyret at de kunne ta rapporten til orientering.
Rapporten er oversendt bystyret, men ikke behandlet i skrivende stund.

Videre oppfølging av oppfølgingsrapporter

Det hender at administrasjonen ikke har kommet i mål med alle punktene i bystyrevedtak vedr. forvaltningsrevisjon når oppfølgingsrapporten blir utarbeidet. Da kan det være nødvendig å følge dette ytterligere opp, ofte med en redegjørelse fra administrasjonen. I 2025 har det vært to slike oppfølginger.

UTKAST

- Kommunedirektørens oppfølging av bystyrevedtak – Personvern

Kontrollutvalget behandlet oppfølgingsrapporten for 2. gang den 4. februar 2025, sak 25/4. de fattet følgende innstilling som ble vedtatt av bystyret:

1. Bystyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Personvern» til orientering.
2. Kommunen bør ferdigstille rutiner og systemer for å kunne følge opp de punkter som fremkom av oppfølgingsrapporten for forvaltningsrevisjonsprosjektet «Personvern»
3. Rutinene og systemene blir informert om i kontrollutvalgets møte i november 2025. Informasjonen skal være skriftlig.

Den 2. desember 2025, sak 25/38 fikk kontrollutvalget orienteringen. På bakgrunn av orienteringen fattet kontrollutvalget vedtak om at de anså bystyret vedtak som fulgt opp og ferdigstilte saken.

- Kommunedirektørens oppfølging av forvaltningsrevisjon "Barnevern plassering, samvær og gjenforening ".

Forvaltningsrevisjonsrapporten ble behandlet i 2023, den gang var det 16 punkter som skulle følges opp, da oppfølgingsrapporten ble behandlet den 8. oktober 2024, var kun 4 av 16 punkter ferdigstilt. Kontrollutvalget innstilte da til bystyret som vedtok at kommunedirektøren skulle gi kontrollutvalget skriftlig informasjon når administrasjonen anså at de hadde ferdigstilt de vedtatte punktene som fremkom av rapporten, og senest innen juni 2025. Kommunedirektør ga en slik orientering i sak 25/19, den 10.06.2025. På bakgrunn av orienteringen vedtok kontrollutvalget følgende:

1. Informasjonen tas til orientering.
2. Kontrollutvalget vurderer at bystyrets vedtak i stor grad er fulgt opp og anser at 10 av 11 gjenstående punkter kan ferdigstilles.
3. Kommunedirektør skal gi skriftlig informasjon til kontrollutvalget når vedtakets punkt i) er ferdigstilt. Senest til kontrollutvalgets møte 02.12.2025.
4. Med henblikk på de prosedyrer som er igangsatt ber kontrollutvalget om en statusrapport fra barnevernet. Dette blir lagt frem for kontrollutvalget våren 2026.

Punkt 2 i vedtaket fikk kontrollutvalget informasjon om i sitt møte 2 desember 2025, sak 25/39. Kontrollutvalget vedtok at dette punktet var ferdigstilt.

Annet vedrørende forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget har behandlet følgende saker som vedrører området forvaltningsrevisjon:

- Prosjektplan «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger»
- Prosjektplan «Tverretatlig samarbeid i behandlingen av ROP-pasienter»
- Statusrapport om utført forvaltningsrevisjonsarbeid 2024

Eierskapskontroll

Formålet med eierskapskontroll fremkommer av § 23-4 i kommuneloven. Ifølge bestemmelsen innebærer en eierskapskontroll å kontrollere om den som utøver kommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, bystyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring. Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter bystyret er konstituert, utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen vedtas av bystyret selv. For 2024-2028 er det vedtatt at det skal gjennomføres eierskapskontroll i følgende selskap:

- Sarpsborg ASVO AS

- ØST – 110 Sentral IKS
- Borg Havn IKS

Kontrollutvalget har ikke behandlet noen rapport vedrørende eierskapskontroll i 2025, men de har vedtatt å fremskynde eierskapskontrollen i Borg Havn IKS, prosjektplanen er ventet til første møte i 2026.

Henvendelser til kontrollutvalget

Kontrollutvalget kan også behandle henvendelser fra innbyggere eller andre aktører som mener de har en sak for kontrollutvalget. For hver henvendelse må det vurderes om den hører inn under kontrollutvalgets oppgaver og om den skal prioriteres. I 2025 fikk kontrollutvalget følgende henvendelser:

- Kommunens prioriteringer ved støtte til organisasjoner, denne gjaldt støtte til en privatdrevet fritidsklubb for ungdom. Henvendelsen ble lagt frem i kontrollutvalgets møte den 04.02.2025. Kontrollutvalget tok henvendelsen til orientering.
- Angående brøyting av privat vei. Siden kontrollutvalget ikke kan behandle saker av politisk karakter ble den videresendt til ordfører og leder for hovedutvalg plan, miljø og teknikk.

Andre saker og informasjon

Av andre saker som kontrollutvalget har behandlet nevnes:

- Kontrollutvalgets årsmelding for 2024.
- Uavhengighetserklæringer fra ansvarlige revisorer.

Kontrollutvalget har også blitt forelagt referatsaker og korte meldinger/orienteringer som tas til orientering i samlesaker. Som eksempel nevnes kontrollutvalgets protokoller og bystyrets behandling av saker fra kontrollutvalget.

Denne årsmeldingen er behandlet og godkjent av kontrollutvalget i møte den 20.01.2025

Linda Engsmyr
Kontrollutvalgets leder

UTKAST

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/137
Dokumentnr.:	5
Løpenr.:	4754/2026
Klassering:	3003-192
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/6

Orienteringssak - Budsjett 2026

Sekretariatets innstilling
Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kommunedirektørens redegjørelse for budsjett 2026, tas til orientering.

Fredrikstad, 07.01.2026

Vedlegg
Ingen.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)
Budsjett 2026 – du finner det her: Sarpsborg kommune - Budsjett, regnskap og rapporter

Saksopplysninger
Kontrollutvalget inviterer kommunedirektør til kontrollutvalgets første møte i 2026 for å gi en orientering om årets vedtatte budsjett. Utvalget skal ikke behandle selve budsjettet, men budsjettet kan likevel gi mye nyttig informasjon som kontrollutvalget kan ta med seg i sitt arbeide.

Følgende invitasjon er sendt:

> «Kontrollutvalget ønsker å invitere kommunedirektør til sitt møte 20.01.2026 for å gi en informasjon om hvilke utfordringer og muligheter administrasjonen ser ved det vedtatte budsjettet for 2026. Dette kan være nyttig informasjon for kontrollutvalget bl.a. for å få en oversikt over områder de bør ha et ekstra øye på, sett opp mot risiko- og vesentlighetsanalyse i forkant av ny forvaltningsrevisjonsplan med mer. Vi anser at ca 20-30 minutter vil være nok inkludert spørsmål fra utvalget.»

Vurdering
Budsjett for 2026 er behandlet og vedtatt av bystyret. Utvalget vil ikke få en gjennomgang av hele budsjettdokumentet, men det er ønskelig at administrasjonen gir en gjennomgang av de utfordringer og muligheter budsjettet gir. Aktuelle spørsmål/problemstillinger kan være:

- hvilke utfordringer gir årets budsjett kommunen og dens innbyggere?
- kan det være områder kontrollutvalget bør ha ekstra fokus på det kommende året, eks om det er nedskjæringer som kan gå ut over tjenestetilbudet?
- er det virksomheter som kommer ekstra godt ut av det i 2026?

Sekretariatet anbefaler at informasjonen fra kommunedirektøren tas til orientering.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/136
Dokumentnr.:	3
Løpenr.:	898/2026
Klassering:	3003-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/7

Referater og meldinger

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering.

Fredrikstad, 02.01.2026

Vedlegg

1. Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 02.12.2025.
2. Saksprotokoll fra kommunestyrets møte den 11.12.2025, sak 109/25 Forvaltningsrevisjon «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger».

Vedlegg via link:

- Rapport fra Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, Grunnopplæring «Tilsyn med elevens utbytte av opplæringen og intensiv opplæring»: http://tilsynskalender.statsforvalteren.no/api/supervision?supervisionReference=6149 7c93-0873-48ea-ac4f-154968cd166f

Saksopplysninger

Vedlegg 1: Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 02.12.2025, protokollen er godkjent og legges frem til orientering.

Vedlegg 2: Kommunestyret behandlet den 11.12.2025, sak 109/25 Forvaltningsrevisjon «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger». Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt. Til orientering.

- ✓ Rapport fra Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, Grunnopplæring «Tilsyn med elevens utbytte av opplæringen og intensiv opplæring», se vedlagt lenke, til orientering

Vurdering

Sekretariatet vurderer at kontrollutvalget kan ta referater og meldinger til orientering.

Møteprotokoll
Kontrollutvalget Sarpsborg

Dato: 02.12.2025
Møtested: Sarpsborg Rådhus, møterom Ulrikke Brandstorp
Tidspunkt: Fra kl. 14:00 til kl. 15:10

Frammøteliste

Navn	Funksjon	Repr.	Møtt for	Merknad
Linda Engsmyr	Leder	AP		
Klaus Lintho	Varamedlem	AP	Bente Holm Sælid	Ikke møtt
Stein Knudsen	Medlem	SV		
Nils Øby	Medlem	H		
Solfrid Kobbevik	Medlem	KRF		

Møtende fra sekretariatet

Navn	Rolle/stilling
Anita Dahl Aannerød	daglig leder ØKUS
Anita Rovedal	rådgiver ØKUS

Andre fremmøtte:
ØVKR: Fagansvarlig forvaltningsrevisor Casper Støten og forvaltningsrevisor Emil André Kazinci.

Kommunedirektør Turid Stubø Johnsen
Assisterende direktør Helse og velferd, Lene Guthu Ryen, sak 25/40.

Linda Engsmyr

Stein Knudsen

Saksliste

Saksnr.	Innhold	Hjemmel u.off.
PS 25/37	Godkjenning av innkalling og saksliste	
PS 25/38	Kommunedirektørens oppfølging av bystyrevedtak - Personvern	
PS 25/39	Kommunedirektørens oppfølging av bystyrevedtak og vedtak i kontrollutvalget - Barnevern - plassering, samvær og gjenforening, pkt. i.	
PS 25/40	Forvaltningsrevisjon "Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger"	
PS 25/41	Oppfølgingsrapport - Spesialpedagogikk i barnehager, Sarpsborg kommune	
PS 25/42	Forenklet etterlevelseskontroll 2025 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering	
PS 25/43	Kontrollutvalgets møteplan 2026	
PS 25/44	Referat og meldinger	
PS 25/45	Eventuelt	

PS 25/37 Godkjenning av innkalling og saksliste

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:
Innkalling og saksliste godkjennes.

Til å godkjenne og signere protokollen velges Stein Knudsen.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:
Da nestleder har forfall må det velges en til å signere protokollen, leder foreslo Stein Knudsen.
Sak PS 25/40 Forvaltningsrevisjon "Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger", ble av praktiske årsaker behandlet først i møtet.

Enstemmig vedtatt.

PS 25/38 Kommunedirektørens oppfølging av bystyrevedtak - Personvern

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:
1. Informasjonen tas til orientering.
2. Kontrollutvalget vurderer at bystyrets vedtak er fulgt opp og anser saken som ferdigstilt.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/39 Kommunedirektørens oppfølging av bystyrevedtak og vedtak i kontrollutvalget - Barnevern - plassering, samvær og gjenforening, pkt. i.

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

1. Informasjonen tas til orientering.
2. Kontrollutvalget vurderer at bystyrets vedtak pkt. i), er fulgt opp og anser saken som ferdigstilt.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/40 Forvaltningsrevisjon "Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger"

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.

2. **Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:**
1: Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de tre anbefalinger, med underpunkter som fremkommer av rapporten. Herunder skal kommunen:

- fullføre revideringen av følgende rutiner:
  - Samhandlingsrutine mellom Nav Team flyktning og St. Marie læringssenter / Helseteam for innvandrere
  - Helseteam for innvandrere – helsetjenester for flyktninger
- vurdere tiltak som gir flyktninger bedre veiledning i dagligdagse oppgaver
- vurdere å styrke tilgang på fysioterapi og helsefaglig oppfølging for flyktninger

2: Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp. Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/41 Oppfølgingsrapport - Spesialpedagogikk i barnehager, Sarpsborg kommune

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

1. Kontrollutvalget tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Spesialpedagogikk i barnehager», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering.

2. **Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:**

1. Bystyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Spesialpedagogikk», til orientering.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/42 Forenklet etterlevelseskontroll 2025 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

1. Kontrollutvalget tar revisjonens overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen 2025, samt valg av kontrollområde «Tilskudd til private barnehager», til orientering

2. Skriftlig uttalelse om resultatet av kontrollen oversendes kontrollutvalget senest 30. juni 2026

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/43 Kontrollutvalgets møteplan 2026

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

Med forbehold om endringer, fastsetter kontrollutvalget følgende møtedatoer for sin virksomhet i 2026:

- Tirsdag 20. januar kl. 14:00
- Tirsdag 10. mars kl. 14:00
- Tirsdag 5. mai kl.14:00
- Tirsdag 25. august kl. 14:00
- Tirsdag 6. oktober kl. 14:00
- Tirsdag 1. desember kl. 14:00

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/44 Referat og meldinger

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/45 Eventuelt

Kontrollutvalget Sarpsborgs vedtak 02.12.2025:

- Fremskyndelse av Eierskapskontroll Borg Havn IKS. Kontrollutvalget skal få prosjektplan for eierskapskontroll av Borg Havn IKS til behandling i sitt første møte i 2026.

Kontrollutvalget Sarpsborgs behandling 02.12.2025:

- Kontrollutvalget ønsker en fremskyndelse av eierskapskontroll på Borg Havn IKS. Kontrollutvalget skal få prosjektplan for eierskapskontroll av Borg Havn IKS til behandling i sitt første møte i 2026.

SAKSPROTOKOLL

Arkivsak-dok. 25/06247
Arkivkode
Saksbehandler Ida Marie Odsæter

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Bystyret 2023 - 2027	11.12.2025	109/25

Forvaltningsrevisjon "Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger"

Bystyret 2023 - 2027 har behandlet saken i møte 11.12.2025 sak 109/25

Møtebehandling i Bystyret 11.12.2025:
Følgende hadde ordet under behandling av saken:
Linda Engsmyr (Ap), Margrethe Motzfeldt (H)

Votering
Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt.

Vedtak i Bystyret 2023 - 2027

1. Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Tverrfaglig innsats for integrering av flyktninger» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de tre anbefalinger, med underpunkter som fremkommer av rapporten. Herunder skal kommunen:
   - fullføre revideringen av følgende rutiner:
     a. Samhandlingsrutine mellom Nav Team flyktning og St. Marie læringssenter / Helseteam for innvandrere
     b. Helseteam for innvandrere – helsetjenester for flyktninger
   - vurdere tiltak som gir flyktninger bedre veiledning i dagligdagse oppgaver
   - vurdere å styrke tilgang på fysioterapi og helsefaglig oppfølging for flyktninger

2. Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp. Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2026/136
Dokumentnr.:	2
Løpenr.:	897/2026
Klassering:	3003-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Sarpsborg	20.01.2026	26/8

Eventuelt