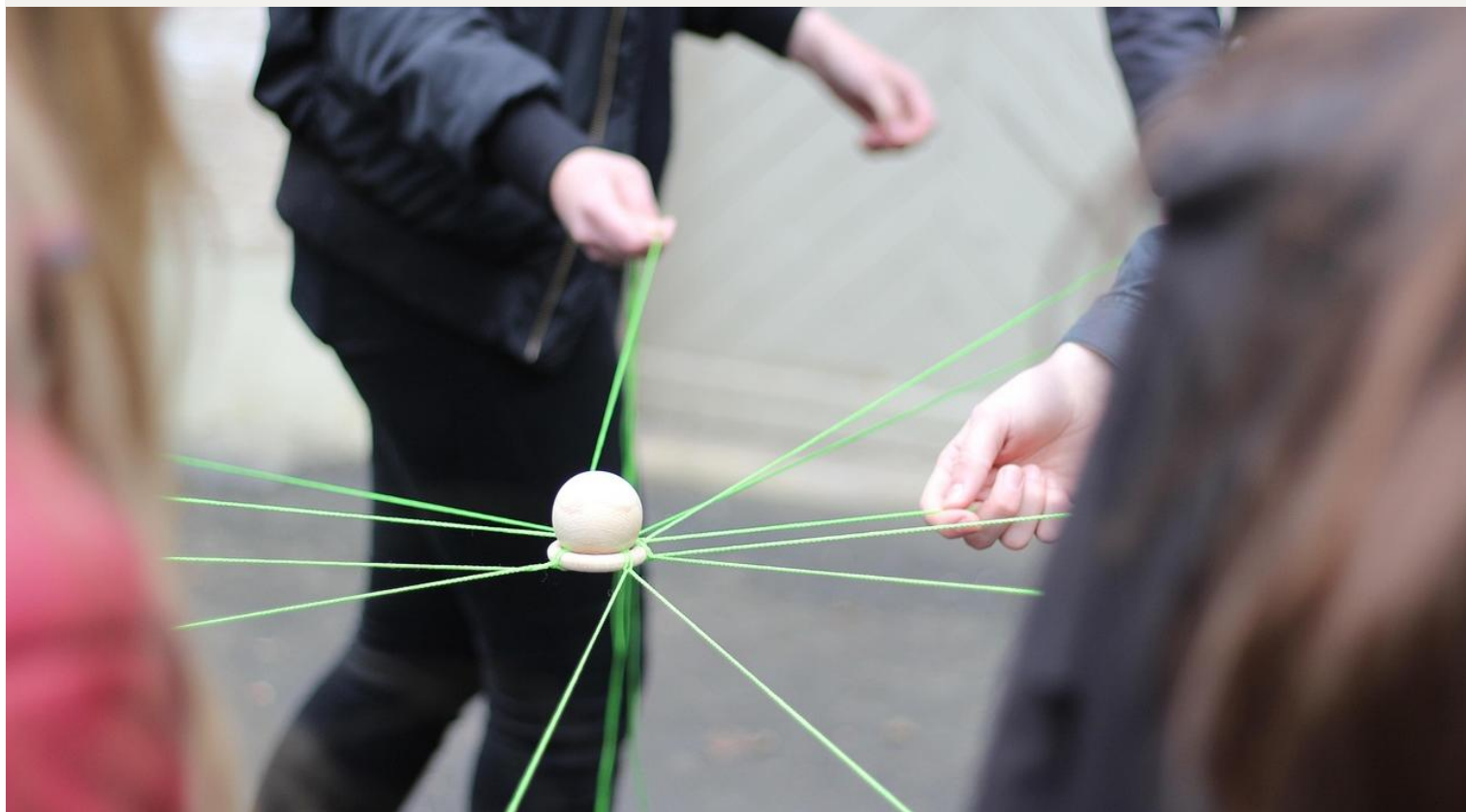




FORVALTNINGSREVISJON NR. 17-2025

PSYKISK HELSE OG RUS – ET HELHETLIG OG KOORDINERT TILBUD

**OPPFØLGING AV KOMMUNESTYRETS VEDTAK
FRA 2018**

NES KOMMUNE

DESEMBER 2025

INNHold

SAMMENDRAG	I
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	1
1.2 Formål og problemstillinger	1
1.3 Metode.....	2
1.3.1 Generelt.....	2
1.3.2 Dokumentanalyse og verifiseringsprosesser	2
1.4 Kommunedirektørens uttalelse	2
1.5 Revisjonskriterier	2
2 OPPFØLGINGEN AV KOMMUNESTYRETS VEDTAK	3
2.1 Omorganisering – prosess	3
2.1.1 Opplysninger fra administrasjonen.....	3
2.1.2 Revisjonens vurdering og konklusjon.....	5
2.2 Et helhetlig og koordinert tilbud	6
2.2.1 Opplysninger fra administrasjonen.....	6
2.2.2 Revisjonens vurdering og konklusjon.....	10
2.3 Rapportering til kontrollutvalget.....	10
2.3.1 Opplysninger fra administrasjonen.....	10
2.3.2 Revisjonens vurdering og konklusjon.....	11
SENTRALE DOKUMENTER	12
Figur 1 Organisasjonskart før og etter vedtak om ny organisering juni 2018	3
Figur 2 Økning i antall aktive individuelle planer fra 2018 til 2025	8

SAMMENDRAG

Romerike revisjon har gjennomført en oppfølgingsundersøkelse av forvaltningsrevisjonsrapporten Psykisk helse og rus – et helhetlig og koordinert tilbud i Nes kommune (2018) i henhold til kontrollutvalgets vedtak i møte 7.5.25 (sak 21/25). Formålet med oppfølgingsundersøkelsen har vært å ta rede på hvordan kommunen har fulgt opp kommunestyrets vedtak fra 19.6.18 (sak 103/18), der kommunestyret ber rådmannen om å:

1. sørge for god og tilstrekkelig samhandling mellom instansene for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud for denne brukergruppen.
2. sikre at den planlagte omorganiseringen følger tidsplanen og gir de nødvendige resultatene for tjenestetilbudet til disse brukerne.
3. gi kontrollutvalget en tilbakemelding på hvordan rapporten og kommunestyrets vedtak er fulgt opp våren 2019.

Hovedfunn

1. Kommunen har satt inn flere tiltak som kan bidra til å sikre et mer helhetlig og koordinert tilbud til brukergruppen, blant annet er det gjennomført en omorganisering på området.
2. Omorganiseringen fulgte til dels tidsplanen og har ifølge administrasjonens evaluering bidratt til bedre samarbeid og samhandling rundt aktuell brukergruppe.
3. Administrasjonen har rapportert tilbake til kontrollutvalget ved to anledninger, men første rapportering var ett år forsinket og siste forespørsel fra kontrollutvalget ble ikke besvart.

Kommunen har gjennomført en omorganisering på området, som ett av flere tiltak for å sikre et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til personer med behov for tjenester innen psykisk helse og rus. Når det gjelder omorganiseringen så fulgte denne til dels tidsplanen. Implementeringen ble imidlertid forsinket, blant annet på grunn av uenighet rundt hvordan oppgavene tildelingskontoret hadde hatt skulle løses. Omorganiseringen har ifølge kommunens egen evaluering, gjennomført i 2022, bidratt til bedre samarbeid og samhandling. Samtidig var det en god del som på dette tidspunktet gjensto, for å gi sikre nødvendige resultat for brukergruppen, sett opp mot påviste svakheter i revisjonsrapporten fra 2018.

Kommunen har i det videre iverksatt flere tiltak for å sørge for en styrket samhandling mellom instansene og et mer helhetlig tilbud. Det er iverksatt tiltak for styrket samhandling både internt i virksomheten dialog og mestring, mellom virksomheter i helse og velferd og mellom kommunalområdene helse og velferd og oppvekst. Et tiltak som fremstår som særlig viktig i arbeidet med å sikre et mer koordinert tilbud til aktuell brukergruppe er etableringen av vurderings- og koordineringsteamet. Etablering av bofelleskap og lavterskeltilbud er tiltak som etter revisjonens syn har bidratt til et mer helhetlig tilbud.

Administrasjonen har rapportert tilbake til kontrollutvalget ved to anledninger. Første rapportering ble imidlertid gitt et år senere enn forutsatt. Videre kan ikke administrasjonen dokumentere at den siste forespørselen fra kontrollutvalget, om en skriftlig tilbakemelding på oppfølging av kommunestyrets vedtak i tre punkter, samt oppdatert antall personer med individuell plan, er svart ut fra administrasjonens side.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Nes kommune bestilte i møte 7.5.25 (sak 21/25) en oppfølgingsundersøkelse av forvaltningsrevisjonsrapporten Psykisk helse og rus – et helhetlig og koordinert tilbud, fra 2018.

Rapporten avdekket følgende hovedfunn:

- Kommunen har etablert en koordinerende enhet og rutiner for å bruke individuelle planer. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for samhandling mellom de ulike tjenestene som yter tjenester til denne målgruppen.
- Kommunen har utfordringer med å tilby et helhetlig og koordinert tilbud grunnet blant annet:
 - Tjenestene er preget av «silotenkning» og uklare forventninger
 - Utfordringer med å dele informasjon mellom tjenestene
- Tildelingsenheten mottar mange søknader som ikke kvalifiserer til vedtak om tjenester. Det etterlyses et lavterskeltilbud for denne gruppen.
- Det er behov for et mer helhetlig og tverrsektorielt arbeid på kommunalsjefnivå, med økt styring og føringer for samarbeid fra overordnet nivå.
- Kommunen er i gang med en omstillingsprosess innen tjenesteområdet, som tar sikte på å styrke samhandlingen på tvers og helheten i tilbudet som gis.

Rapporten ble behandlet i kontrollutvalget 7.5.18 (sak 18/18) og ble oversendt kommunestyret med følgende innstilling:

Kommunestyret ber rådmannen:

1. sørge for god og tilstrekkelig samhandling mellom instansene for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud for denne brukergruppen.
2. sikre at den planlagte omorganiseringen følger tidsplanen og gir de nødvendige resultatene for tjenestetilbudet til disse brukerne.
3. gi kontrollutvalget en tilbakemelding på hvordan rapporten og kommunestyrets vedtak er fulgt opp våren 2019

Innstillingen ble vedtatt i kommunestyremøte 19.6.2018 (sak 103/18).

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med denne oppfølgingsundersøkelsen er å undersøke hvordan kommunen har fulgt opp kommunestyrets vedtak.

Undersøkelsen vil besvare følgende problemstillinger:

1. Fulgte omorganiseringen tidsplanen og hva slags konsekvenser/resultat har omorganiseringen ført med seg for den aktuelle brukergruppen?

2. Hva slags tiltak har kommunen satt i verk for å sikre et mer helhetlig og koordinert tilbud?
3. Har kommunen rapportert tilbake til kontrollutvalget om hvordan vedtaket er fulgt opp?

I vedtatt prosjektplan for dette prosjektet har problemstilling 2 følgende ordlyd: «Hva slags tiltak har kommunen satt i verk for å styrke samhandling mellom instansene?». Underveis i arbeidet med oppfølgingsundersøkelsen så vi imidlertid behovet for å utvide problemstillingen noe, for å sikre at denne i størst mulig grad svarer ut det første punktet i kommunestyrets vedtak.

1.3 Metode

1.3.1 Generelt

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt av styret i NKRF - Kontroll og revisjon i kommunene. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon. Arbeidet er kvalitetssikret i henhold til Romerike revisjon IKS sine interne rutiner.

1.3.2 Dokumentanalyse og verifiseringsprosesser

Kommunen har oversendt forespurt dokumentasjon. Dokumentasjonen er gjennomgått og innholdet beskrevet i kapittel 2 i denne rapporten. Enkelte av dokumentene er produsert av administrasjonen for å svare ut spørsmål revisjonen har hatt til oppfølgingen. Revisjonen har, for å sikre størst mulig pålitelighet og gyldighet i datagrunnlaget, bedt om dokumentasjon som kan underbygge eventuelle påstander i administrasjonens redegjørelser av ulike fakta (f.eks. knyttet til individuelle planer). Der det er usikkerhet i tall eller lignende, er dette kommentert.

Administrasjonen har gjennomgått rapporten to ganger og gitt tilbakemeldinger til faktabeskrivelsene i e-poster 3.12.25 og 9.12.25. Revisjonen mener gode verifiseringsprosesser er viktig for å sikre gyldighet og pålitelighet i undersøkelsens datagrunnlag.

1.4 Kommunedirektørens uttalelse

Revisjonen mottok kommunedirektørs uttalelse til rapporten per e-post 9.12.25. Kommunedirektøren har følgende kommentar til rapporten: «Oppfølgingsrapportens funn og revisjonens vurderinger tas forøvrig til orientering».

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunens praksis vurderes opp mot. Revisjonskriterier kan utledes fra lov og forskrift, rundskriv og veiledere fra nasjonale myndigheter, kommunens egne vedtak, samt hva som anses som god forvaltningsskikk på området.

I denne oppfølgingsundersøkelsen er revisjonskriteriene kommunestyrets vedtak fra 19.6.2018 (sak 103/18) gjengitt i kapittel 1.1 over.

2 OPPFØLGINGEN AV KOMMUNESTYRETS VEDTAK

2.1 Omorganisering – prosess

Fulgte omorganiseringen tidsplanen og hva slags konsekvenser/resultat har omorganiseringen ført med seg for den aktuelle brukergruppen?

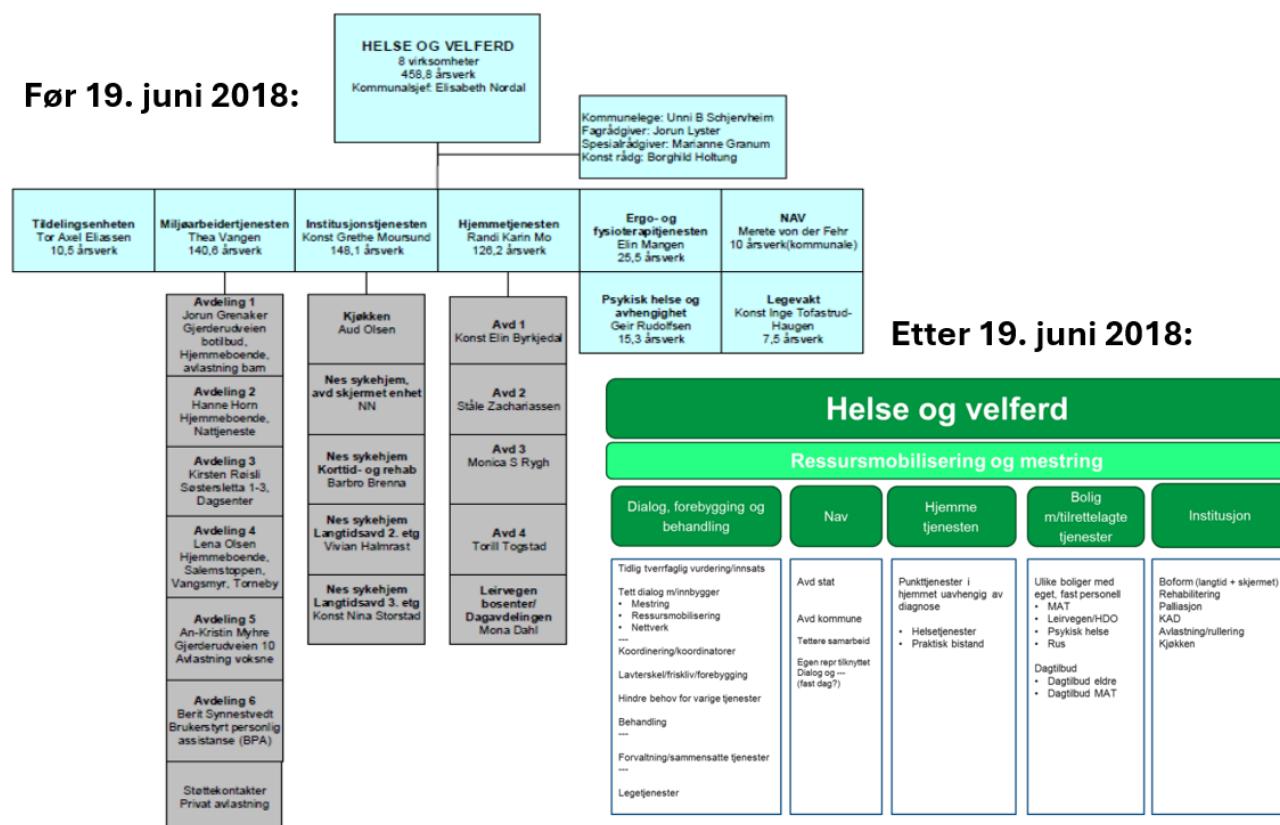
2.1.1 Opplysninger fra administrasjonen

Ifølge administrasjonen skulle det presenteres et nytt organisasjonskart for helse og velferd innen 1. juni 2018 (saksfremlegg fra møte i kommunestyret 19.12.17, sak 164/17). Den 19. juni 2018, sak 80/18, ble det lagt frem en ny hovedstruktur for helse og velferd. Kommunestyret vedtok følgende:

Hovedstruktur for ny organisering innen kommunalområdet Helse og velferd tas til orientering. Ytterligere detaljering av organisering innenfor de fem virksomhetene, og utarbeidelse av plan for implementering, vil skje i samråd med ny kommunalsjef andre halvår 2018.

Figuren under illustrerer organisering før og etter 19. juni 2018, og viser at flere virksomheter ble slått sammen og at det ble opprettet en ny virksomhet; «dialog, forebygging og behandling», som senere fikk navnet «dialog og mestring». Senere har organisasjonskartet for dialog og mestring endret seg noe. Blant annet ble bofelleskap psykisk helse opprettet i 2019.

Figur 1 Organisasjonskart før og etter vedtak om ny organisering juni 2018



I saksfremlegget (sak 80/18) vises det blant annet til følgende:

Denne nye virksomheten tenkes skapt ved å samle flere funksjoner med fokus på tidlig innsats og ressursmobilisering under en leder og ett tak. Ved tilstrekkelig og tverrfaglig bemanning skal en raskt sikre behovet for bred tverrfaglig kartlegging og identifisering av behov med fokus på forebygging, ressursmobilisering og mestring i møte med den enkelte innbygger. Det skal legges til rette for tidlig forventningsavklaring rundt tjenestetilbud, og god koordinering av tjenestene.

Det vil være en forutsetning at helsetjenester organisert i denne virksomheten jobber kontinuerlig med å sikre et nært samarbeid med øvrige virksomheter for sammen å møte brukernes helhetlige behov på beste og mest effektive måte.

I kommunestyrets vedtak, gjengitt lenger opp, vises det til at ytterligere detaljering av organisering innenfor de fem virksomhetene og utarbeidelse av plan for implementering skulle skje andre halvår 2018.

I notat til revisjonen, datert 17.9.25, oppgis det at planen som ble lagt denne høsten, la opp til at den nye organiseringen skulle implementeres og slutføres i løpet av 2019, slik at oppstart av ordinær drift innenfor vedtatt modell kunne starte fra 2020. Imidlertid førte noe uenighet om forståelse og oppfølging av vedtaket fra 2018 at deler av løsningen verken var fullt ut bemannet eller i ordinær drift før «ut i 2020». Uenighetene dreide seg ifølge notat fra administrasjonen i hovedsak tildelingskontoret (vedtak om tjenester) og utviklingsarbeidet med å få til «en dør inn». ¹

I forbindelse med omorganiseringen ble de tidligere virksomhetene psykisk helse og rus, ergo- og fysioterapitjenesten samt legevakt/fastlegetjenesten etablert som nye avdelinger i dialog og mestring. Tildelingsenheten ble oppløst. Dette var en egen virksomhet i helse og velferd, med 10,5 årsverk som frem til da hadde fungert som bestillerfunksjonen for hele helse og velferd. Saksbehandlere og merkantilt personale fra tildelingsenheten ble flyttet ut i virksomhetene hjemmetjenesten, miljøarbeidertjenesten og dialog og mestring. Videre ble det opprettet et vurderings- og koordineringsteam.

Vurderings- og koordineringsteamet er ikke en egen avdeling eller virksomhet, men et tverrfaglig sammensatt team som består av faste representanter fra de ulike virksomhetene. Teamet har en sentral rolle i vurderingen av komplekse og sammensatte henvendelser og enkeltsaker, herunder saker som ofte involverer flere tjenester og som forutsetter stor grad av samhandling (notat 17.9.25). Administrasjonen har sendt over teamets prosedyre for nye henvendelser, nærmere beskrevet lenger ned.

Høsten 2022 ble det gjennomført en evaluering av virksomheten dialog og mestring, og utarbeidet en evalueringsrapport. Det opprinnelige formålet med etableringen av dialog og mestring var ifølge rapporten å sørge for:

¹ Forsinkelsene rammet blant annet tjenester til eldre og tjenester til brukere med større fysiske funksjonsnedsettelse. I notatet vises det videre til at i forbindelse med pandemien i 2020, ble deler av tilbudet til den aktuelle brukergruppen stengt ned gjennom store deler av 2020 og 2021, i tråd med de til enhver tid gjeldende nasjonale føringer. Videre ble alt utviklingsarbeid nedprioritert.

- «en dør inn» ved førstegangshenvendelser til helse og velferd
- tidlig dialog med innbygger med fokus på økt egenmestring og mobilisering av ressurser
- rask avklaring av behov og tjenestenivå gjennom tverrfaglig kartlegging og vurdering av søknad/henvendelse

Evalueringsrapporten baserte seg på spørreundersøkelser til både ansatte og brukere/pårørende samt intervjuer med ledere og nøkkelpersoner. Rapporten viste til følgende hovedfunn:

- Etableringen av dialog og mestring som en ny virksomhet var et riktig og viktig grep.
- Samarbeid og samhandling internt i virksomheten har utviklet seg positivt, men det er fortsatt forbedringspotensial. Det er behov for å jobbe mer med å skape en felles identitet og forankring til ny virksomhet. Felles samlinger og fagdager løftes fram som et ønske.
- Det er generelt behov for bedre strukturer, formalisering av arbeidsprosesser og skriftlige prosedyrer. Det ser ut til at ny praksis har utviklet seg, uten at det er formalisert hva som nå er rutinene. Usikkerhet knyttet til vurderings- og koordineringsteamene er et sentralt eksempel på dette. Det er behov for å avklare roller- og ansvarsområder i virksomheten.
- Et sentralt og viktig funn er at kvalitetene som dannet utgangspunktet for evalueringen, involverer alle tjenester og ikke bare dialog og mestring. For at målene skal kunne oppnås, må det være ett godt samarbeid mellom alle virksomheter. En tydelig rolle-, ansvars- og oppgavefordeling i og mellom virksomhetene trer frem som viktig.
- Det er et stort behov for å forbedre informasjon ut til innbyggeren, og gjøre den mer tilgjengelig og brukervennlig. Brukerundersøkelsen peker i retning av at fastlegene har en viktig rolle i informasjonsarbeidet. Det tegner seg også et behov for bedre informasjon til ansatte i kommunen.
- Brukertilfredsheten er høy (tilgjengelighet, respektfullt møte med anledning til å si hva som var viktig for en selv).

Funnene fra evalueringen er ifølge administrasjonen fulgt opp igjennom tre tverrfaglige work shops. Et resultat av dette er blant annet et tydeligere mandat for vurderings- og koordineringsteam samt prosedyre for mottak av nye henvendelser (notat 17.9.25).

2.1.2 Revisjonens vurdering og konklusjon

Ifølge kommunestyrets vedtak skulle rådmannen sikre at den planlagte omorganiseringen fulgte tidsplanen og ga de nødvendige resultatene for tjenestetilbudet til den aktuelle brukergruppen.

Denne gjennomgangen viser at omorganiseringen til dels fulgte tidsplanen, men at det oppsto utfordringer og forsinkelser med implementeringen av omorganiseringen. Årsaken oppgis å være uenighet rundt hvordan oppgavene tildelingskontoret hadde hatt skulle løses.

Administrasjonens evaluering høsten 2022 viser til at omorganiseringen, herunder etableringen av dialog og mestring, var et riktig og viktig grep, og at den bidro til bedre samarbeid og samhandling internt i virksomheten. Samtidig oppfatter revisjonen at det var en god del som på dette tidspunktet gjensto, for å gi sikre nødvendige resultat for brukergruppen, sett opp mot påviste svakheter i revisjonsrapporten fra 2018. I det videre ser vi nærmere på hva slags tiltak som ble satt i verk, i tillegg til, og i etterkant av, omorganiseringen.

2.2 Et helhetlig og koordinert tilbud

Hva slags tiltak har kommunen satt i verk for å sikre et mer helhetlig og koordinert tilbud?

2.2.1 Opplysninger fra administrasjonen

Omorganiseringen var, som beskrevet over, et tiltak for å styrke samhandling og koordinering. I tillegg til dette, viser administrasjonen i sitt notat (17.9.25) til flere tiltak for å sikre styrket samhandling og et mer helhetlig tilbud til den aktuelle brukergruppen. Administrasjonens beskrivelser av disse tiltakene er gjengitt kort under.

Etablering av bofellesskapet psykisk helse

I 2019 etablerte kommunen et bofellesskap med åtte plasser for brukere med psykiske helseutfordringer. Bakgrunnen for etableringen var behov for et bo- og tjenestetilbud mellom døgnopphold i spesialisthelsetjeneste eller hos private aktører, og før etablering i egen bolig. Intensjonen var dels at enkelte kunne ha behov for å bo i det nye bofellesskapet mer eller mindre fast, mens andre ville benytte tilbudet som en overgangsløsning med botrening, før etablering i egen bolig.

Bofellesskapet er organisert som en egen avdeling i dialog og mestring, og tilbudet bidrar etter administrasjonens syn til en mer helhetlig tjenestekjede ovenfor målgruppen. Flere innbyggere har fått plass i bofellesskapet og fungerer ifølge administrasjonen godt, med høyere livskvalitet enn før. Alternativet for enkelte ville vært institusjonstilbud i privat regi. Noen tidligere beboere er etablert i egen bolig.

Boligtilbud til personer med rusrelaterte utfordringer

Administrasjonen peker på at et godt sted å bo er en vesentlig faktor for aktuell målgruppe, både med tanke på forebygging, og for å ha et godt grunnlag for rehabilitering og behandling. I 2021 ble Elvebredden omsorgsboliger (åtte samlokaliserte boliger med fellesarealer) for innbyggere med rusrelaterte utfordringer etablert. Tjenestetilbudet opphørte imidlertid i 2024 som konsekvens av endring av behov i brukergruppen, og at det oppsto et utfordrende bomiljø. Beboere har fått tilbud om erstatningsbolig, og de fleste er etablert i andre omsorgsboliger.

Tildeling av kommunale boliger gjøres av et tverrfaglig boligtildelingsteam, ledet av boligkontoret og med representasjon fra alle relevante tjenester i tilknytning til målgruppen.

Utvikling av lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud, gjerne korttids- og gruppebasert, er noe de fleste kommuner i økende grad satser på for mer effektivt å kunne møte psykisk helsetjenester tidlig og godt i forløpet. Dette har også vært i søkelyset i Nes kommune, oppgir administrasjonen. I notat fra avdelingsleder for psykisk helse og avhengighet, datert 15.9.25, beskrives arbeidet med lavterskeltilbud nærmere.

For det første vises det til at kommunen har gått bort ifra bestiller-utfører-modellen. Det vil si at avdelingen ikke jobber ut ifra vedtak, men tilbyr tjenester fortløpende til de som henvender seg avhengig av behov. I e-post 3.12.25 utdyper administrasjonen forskjellen mellom tidligere og ny praksis:

Ved å ikke ha en egen tildelingsenhet og jobbe ut ifra bestiller – utfører – modellen, tar innbyggere i Nes kommune direkte kontakt med tjenesten selv, uten å måtte kontakte et tildelingskontor først. Fra tidligere praksis, ble alle nye henvendelser og søknader behandlet ved tildelingskontoret før tjenesten ble vurdert iverksatt. I dag blir disse henvendelsene tatt imot og vurdert av avdelingen selv, og det unngås da et mellomledd/potensielt et forsinkende ledd. Det blir per i dag gitt tilbud til alle som blir henvist eller søkt inn til avdelingen, uten at det fattes vedtak på tjenesten.

Det tas en vurdering ut ifra hver enkelt sin helsetilstand eller utfordringsbilde. Her kommer gruppetilbud inn som et forebyggende tiltak. Dette blir tilbudt de som er i forløp 1 eller er har lette symptomer på belastninger. Tidligere kunne innbyggeren i Nes få avslag på sin søknad, fordi de ikke oppfylte kriteriene til behov for nødvendig helsehjelp ut ifra helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil si at det ikke var et direkte lavterskeltilbud. Ved endring av behov, var det også tildelingskontoret som gjorde disse endringene tidligere, noe avdelingen i dag gjør selv. Ansatte med kjennskap til brukeren og tjenestens tilbud har et godt grunnlag for å vurdere ev. endringer.

Høsten 2025 har tildelingskriteriene fra 2019 blitt vurdert og evaluert. Arbeidet har vært utført av en prosjektgruppe bestående av representanter fra alle virksomheter i helse, samt kommuneadvokatkontoret. Arbeidsgruppen har vurdert dagens praksis i lys av lovverket, og kommet frem til at tjenester i forløp 2 og 3 bør det fattes enkeltvedtak på. Det vil ikke si at vi vil få et nytt tildelingskontor, men tjenesten må ivareta saksbehandling selv. Avgjørelsen er ikke tatt rundt dette ennå, men er et forslag fra arbeidsgruppa. Forløp 1 vil fortsatt kategoriseres under lavterskeltilbud, uten vedtak. Reviderte tildelingskriterier og endringer i denne forbindelse ligger ute på høring frem til 31.01.26, og skal vedtas i løpet av våren 2026 ([Høring - Forslag til revidert veileder for tildeling av helse- og omsorgstjenester | MittInnspill](#)).

For det andre vises det til at avdelingen har hatt to 100 prosent prosjektstillinger som har jobbet opp mot de åtte boligene som ble etablert for brukere i aktiv rus. Etter at boligene ble avvirket og beboerne flyttet, mottar beboerne oppfølging på nytt bosted. Avdelingen har også etablert samarbeid med frivillige organisasjoner som Røde kors og Stiftelsen Petter Uteligger, blant annet om aktivitetstilbud og møteplasser, der ernæring har vært en stor del av tiltaket.

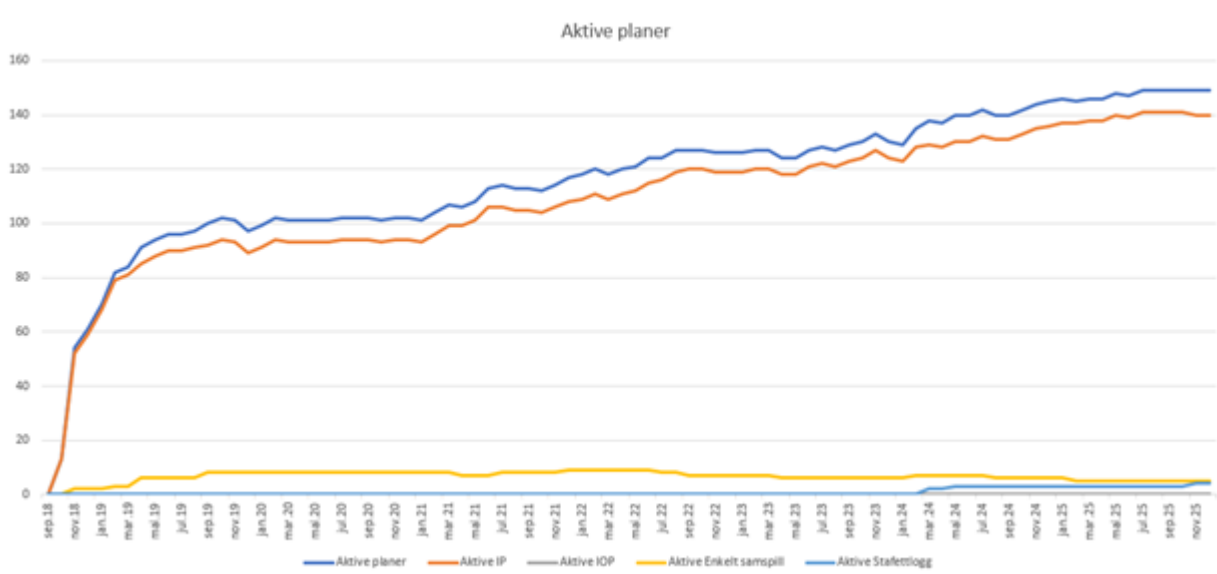
Avdelingen gikk også inn i en avtale i 2022, med virksomhet kultur og mangfold, om å bidra inn i dagsentertilbudet Oasen. Oasen er et dagsenter for personer med psykiske helseutfordringer, der to ansatte bidrar inn i tilbudet for å rette oppmerksomhet mot psykisk helse og tilgjengelige lavterskeltilbud. Per dags dato er det temadager annenhver tirsdag fra kl. 13-15, der ulike tema rundt psykisk helse settes på agendaen

Samhandling mellom avdelingene i dialog og mestring

Administrasjonen viser i notat 17.9.25 til at det oppleves å være kortere avstand og økt grad av samhandling mellom avdelingene i dialog og mestring etter ny organisering, sammenlignet med tidligere da tjenestene var organisert i ulike virksomheter. Blant annet har fagteam for alvorlig sykdom og hukommelse, koordinerende enhet, legevakt, kommuneoverlege og fastlegetjenesten faste møter hver vår og høst, i tillegg til at aktørene møtes i aktuelle samarbeidsfora knyttet til den enkelte bruker. Videre bidrar den felles ledergruppen til økt oppmerksomhet på målgruppen, og deres bistandsbehov, på tvers av avdelinger og kompetanse. Administrasjonen legger i sin tilbakemelding til rapporten til at også virksomhetsledere og aktuelle fagpersoner fra virksomhetene deltar på de nevnte vår- og høstmøtene, alt etter agenda og relevant tematikk (e-post 9.12.25).

Administrasjonen viser videre til at det for et stadig høyere antall brukere benyttes individuell plan (IP), og at planene brukes mer tidseffektivt. I e-post til revisjonen 3.12.25 viser til administrasjonen at IP har blitt et digitalt verktøy, der eier av planen kan aktivt jobbe sammen med de ansatte i kommunen om mål og tiltak, noe som kan føre til færre møter og raskere avklaringer via planen. Per dags dato er det registrert 157 aktive IP-er. Av disse er 21 brukere i psykisk helse og avhengighet. Grafen under viser økningen i bruken av IP de siste årene.

Figur 2 Økning i antall aktive individuelle planer fra 2018 til 2025



Kilde: e-post fra administrasjonen 3.12.25. Administrasjonen opplyser at tallene ikke er kvalitetssikret som følge av sykefravær ved koordinerende enhet. Det er dermed stor usikkerhet knyttet til det faktiske antall aktive IP-er slik det fremkommer i den grafiske fremstillingen. Det kan være planer som er avsluttet, men som fortsatt står som aktive i systemet (e-post 9.12.25).

Samhandling mellom kommunalområder, samt med NAV og hjemmetjenesten

Avdelingsleder for psykisk helse og avhengighet peker i sitt notat på at det både har vært arbeid med å sikre bedre samhandling mellom tjenesteområder i helse og velferd, i tillegg til mellom kommunalområder som for eksempel helse og velferd og oppvekst. Et viktig tiltak i denne sammenheng har ifølge avdelingsleder vært vurderings- og koordineringsteamet. Blant annet har etableringen av dette teamet ført til økt samarbeid og forståelse mellom tjenestene, der avklaringer kan gjøres på en mer hensiktsmessig måte og man unngår at saker blir skjøvet mellom tjenestene.

Videre viser avdelingsleder til at det sommer/høst 2025 er opprettet et samarbeid mellom psykisk helse og avhengighet i dialog og mestring (kommunalområdet helse og velferd) og psykisk helse og familieteamet i familiens hus (kommunalområdet oppvekst). Det er satt opp en møterekke høsten 2025, med obligatorisk oppmøte for alle ansatte i begge avdelinger. Målet er å belyse utfordringene rundt samarbeid og samhandling, og å finne løsninger sammen. Psykisk helse og avhengighet har også siden 2022 vært inkludert i arbeidsformen «bedre tverrfaglig innsats» (BTI), noe som innebærer et samarbeid med familiens hus og andre instanser i enkeltsaker.

Avdelingsleder viser til at avdelingen sammen med SLT-koordinator, familiens hus, politi og kommuneoverlege har utarbeidet en prosedyre for rådgivende enhet i rus-saker for å sikre god

samhandling i forbindelse med slike saker. I tillegg har avdelingen hatt en fast ressurs inn i helsestasjon for ungdom over tid, der det har blitt jobbet med frivillige ruskontrakter i samarbeid med ungdom og foresatte.

Administrasjonen viser videre til at Nav i større grad enn tidligere trekkes inn som part i vurderings- og koordineringsteamet. Det er videre gjennomført flere samarbeidsmøter, både knyttet til generelle spørsmål og i forbindelse med enkeltsaker, der samarbeid mellom sektorene har vært tema. Avdelingsleder utdyper videre i sitt notat at kontakten mellom Nav og psykisk helse og rus har blitt betraktelig bedret etter at kontakthinformatjon ble delt mellom avdelingene.

Det har ifølge administrasjonen også vært rettet oppmerksomhet mot å ivareta unge med sammensatt problematikk i arbeidslivet (også kalt «Ung inkludering»), med noe varierende hell. Samarbeid med arbeidsmarkedbedriften KanMer vurderes imidlertid som et vellykket tiltak som er videreført.

Hjemmetjenesten møter mange av de som har større psykiske helseutfordringer. Det er ifølge administrasjonen derfor etablert en systematikk i veiledning fra dialog og mestring av hjemmetjenestens ansatte i forhold til hvordan de skal møte disse innbyggerne. Status gjennom mange år oppgis å være at hjemmetjenesten i stor grad er fornøyd med bistanden de får av dialog og mestring på dette området, mens et mindretall ønsker en større grad av involvering fra personell innen psykisk helse.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten

I 2021 ble Nes kommune overført fra å tilhøre DPS²/ARA³ og BUP⁴ Øvre Romerike til å høre til DPS/ARA og BUP på Kongsvinger. Administrasjonen peker på at det tar tid for pasientgruppen å flytte tilhørighet, men også for de ansatte å bygge nye faglige relasjoner. Flyttingen synes imidlertid ikke lenger å gi noen særskilte utfordringer, verken for brukere eller tjenesteapparatet.

På kompetansebroen.no finner man helsefelleskapets⁵ handlingsplaner vedr psykisk helse. Her ligger det også inne en satsning på FACT, i tråd med nasjonal helse og samhandlingsplan. FACT er et fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam. Tilbudet er i en prosjektfase som eventuelt videreføres permanent etter utløpet av den treårige prosjekt- og forsøksperioden.

Evaluering av det samlede tjenestetilbudet innen psykisk helse

Den 8.5.23 ble det gjennomført en dagskonferanse der de samlede tjenestene innen psykisk helse og rus ble evaluert. I forkant ble aktører i oppvekst og helse og velferd bedt om å gi innspill til tematikk. Deler av den politiske ledelsen deltok også i denne konferansen. I etterkant har det ifølge administrasjonen vært en lengere prosess for å sørge for at ingen virksomhet starter et større arbeid

² DPS – distriktpsikiatrisk senter

³ ARA – avdeling for rus og avhengighet

⁴ BUP – barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

⁵ Det er etablert 19 helsefelleskap med utgangspunkt i geografiske opptaksområder for helseforetakene. Helsefelleskapene er ikke en juridisk enhet, men en arena for samhandling på ulike nivåer, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester ([Helsedirektoratet](#)).

for enkeltbrukere med behov knyttet til psykisk helse uten samtidig å sikre en involvering fra det andre kommunalområdet. En rutine på dette er utarbeidet og lagt inn i kommunens kvalitetssystem.

Prosedyrer etablert etter evaluering av dialog og mestring i 2022

Administrasjonen har oversendt revisjonen to nye⁶ prosedyrer som skal bidra til tydelige rutiner når det gjelder mottak og helhetlig oppfølging av henvendelser.

Prosedyre for mottak av nye søknader skal bidra til å sikre lik saksgang og rett tjeneste til rett tid. Prosedyren gjelder alle nye henvendelser og saker til helse og velferd, uavhengig av første kontaktpunkt. Det oppgis i prosedyren at alle nye saker/henvendelser fra personer som ikke har tjeneste fra tidligere skal til dialog og mestring («en dør inn»), utenom e-meldinger som er forhåndsdelte til aktuell avdeling. Her oppgis det blant annet at søknader som er uavklart og omhandler flere tjenester som hovedregel skal vurderes i vurderings- og koordineringsteamet.

Prosedyre for vurderings- og koordineringsteamet skal sikre gode tverrfaglige vurderinger av henvisninger og saker som kommer til teamet og at pasienten får rett hjelp til rett tid. Ifølge prosedyren skal temaet bestå av deltagere fra psykisk helse, ergo- og fysioterapitjenesten, koordinerende enhet, miljøarbeidertjenesten, hjemmetjenesten, sosionom, spesialkonsulent og virksomhetsleder dialog og mestring. Representant fra den enkelte tjeneste har beslutningsmyndighet innenfor sin tjeneste. Møter gjennomføres i utgangspunktet ukentlig, men kan også foregå på kort varsel og til andre tider enn ordinært møte når det dreier seg om en hastesak.

2.2.2 Revisjonens vurdering og konklusjon

Oppfølgingsundersøkelsen viser at kommunen har iverksatt flere tiltak for å sørge for å sikre et mer helhetlig og koordinert tilbud. Det er iverksatt tiltak for styrket samhandling både internt i virksomheten dialog og mestring, mellom virksomheter i helse og velferd og mellom kommunalområdene helse og velferd og oppvekst. Et tiltak som fremstår som særlig viktig i arbeidet med å sikre et mer koordinert tilbud til aktuell brukergruppe er etableringen av vurderings- og koordineringsteamet. Etablering av bofelleskap og lavterskeltilbud er tiltak som etter revisjonens syn har bidratt til et mer helhetlig tilbud.

2.3 Rapportering til kontrollutvalget

Har kommunen rapportert tilbake til kontrollutvalget om hvordan vedtaket er fulgt opp?

2.3.1 Opplysninger fra administrasjonen

I kommunestyrets vedtak 19.6.18 (103/18), ble det i punkt 3 vedtatt at rådmannen våren 2019 skulle gi kontrollutvalget en tilbakemelding på hvordan rapporten og kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Det ble ikke rapportert tilbake våren 2019. Kontrollutvalget besluttet i møte den 3.12.19 å innkalle rådmannen for å høre hvordan rapporten var blitt fulgt opp (saksfremstilling til sak 1/20 i kontrollutvalgsmøte 12.2.20).

I kontrollutvalgsmøte den 12.2.20, sak 1/20, fikk kontrollutvalget en orientering om administrasjonens oppfølging av rapporten. Det ble delt ut et 1,5 sides notat, datert 11.2.20, som

⁶ Begge prosedyrene er datert våren 2024 («sist godkjent dato»).

beskrev status for utviklingen knyttet til samhandling på området, samt fremdrift og resultat for utviklingstiltakene. Videre ble kontrollutvalgets spørsmål kommentert og besvart. Kontrollutvalget vedtok å ta rådmannens redegjørelse til orientering (saksprotokoll til sak 1/20 i kontrollutvalgsmøte 12.2.20).

Til kontrollutvalgets møte 16.3.23, ba kontrollutvalget administrasjonen om en ny statusorientering om kommunens oppfølging av rapporten (saksfremstilling til sak 10/23). I saksprotokollen til møtet går det frem at kommunalsjefen orienterte om status og videre arbeid, samt svarte på utvalgets spørsmål. Kontrollutvalget vedtok å ta redegjørelsen til orientering. I tillegg ba kontrollutvalget om en skriftlig tilbakemelding på oppfølging av kommunestyrevedtakets tre punkter (jf. vedtak i sak 103/18, gjengitt i sin helhet i kapittel 1), i tillegg til oppdatert antall personer som har individuell plan.

Revisjonen kan ikke se at etterspurt notat og opplysninger om antall personer som har individuell plan (IP) ligger ved saken til kontrollutvalgets møte den 16.3.23. Revisjonen har imidlertid fått tilsendt et notat fra administrasjonen, datert 3.3.23. Revisjonen har bedt administrasjonen om å undersøke om notatet og opplysninger om hvor mange som har IP ble sendt kontrollutvalget, og i så tilfelle dokumentere denne oversendelsen. Administrasjonen opplyser i e-post 3.12.25 at de ikke kan finne dokumentasjon på at denne oversendelsen har skjedd.

2.3.2 Revisjonens vurdering og konklusjon

Revisjonens vurdering er at administrasjonen har rapportert tilbake til kontrollutvalget, men ikke til avtalt tid og ikke uten at kontrollutvalget eksplisitt har måttet etterspørre rapportering på nytt. Første rapportering fra administrasjonen kom derfor et år senere enn forutsatt. Videre kan ikke administrasjonen dokumentere at den siste forespørselen fra kontrollutvalget, om en skriftlig tilbakemelding på oppfølging av kommunestyrets vedtak i tre punkter, samt oppdatert antall personer med individuell plan, er svart ut fra administrasjonens side.

SENTRALE DOKUMENTER

Aktuelle sakspapirer og protokoller fra kommunestyret i Nes kommune:

- 19.12.17, sak 164/17
- 19.6.18, sak 80/18
- 19.6.18, sak 103/18

Aktuelle sakspapirer og protokoller fra kontrollutvalget i Nes kommune:

- 12.2.20, sak 1/20
- 16.3.23, sak 10/23

Evalueringsrapport etter administrasjonens evaluering av dialog og mestring, høsten 2022

Notat fra administrasjonen om status knyttet til oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport, 3.3.23

Prosedyre for mottak av nye søknader, 2.5.24

Prosedyre for vurderings- og koordineringsteamet, 2.5.24

Notat til oppfølgingsundersøkelsen, utarbeidet av administrasjonen 17.9.25

E-poster med tilleggsinformasjon, rettelser og presiseringer fra administrasjonen, 3.12.25 og 9.12.25