

Rapport

MOSS KOMMUNE

21.04.2026

Forvaltningsrevisjon
**Forsvarlig botilbud
til personer med rus-
og psykiske lidelser**

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen	4
3	Fremgangsmåte	5
3.1	Problemstillinger	5
3.2	Om revisjonskriterier	5
3.3	Revisjonsmetoder	5
4	Forsvarlig botilbud	8
4.1	Revisjonskriterier	8
4.2	Datagrunnlag	11
4.2.1	Oversikt over behov for boliger	11
4.2.2	Tilstrekkelig tilgang til boliger for personer med ROP-lidelser	12
4.2.3	Tjenester og tiltak som styrker boevnen	13
4.2.4	Internkontroll	15
4.3	Vurderinger	16
4.3.1	Oversikt over behov for boliger	16
4.3.2	Tilstrekkelig tilgang til boliger for personer med ROP-lidelser	16
4.3.3	Tjenester og tiltak som styrker boevnen	17
4.3.4	Internkontroll	19
4.4	Konklusjon og anbefalinger	20
5	Avdeling fjellom	21
5.1	Revisjonskriterier	21
5.2	Datagrunnlag	22
5.2.1	Rutiner for endring av vedtak	22
5.2.2	Tidsposter i pasientjournal	22
5.2.3	Bemannings	23
5.2.4	Kurs og kompetanse	23
5.2.5	Opplæring og prosedyrer	24
5.2.6	Individuelle tiltaksplaner	24
5.2.7	Individuell plan og koordinator	25
5.2.8	Systemer og rutiner	25
5.3	Vurderinger	26
5.3.1	Rutiner for endring av vedtak	26
5.3.2	Vurdering av tidsposter i pasientjournal	26
5.3.3	Bemannings	27
5.3.4	Kurs og kompetanse	27
5.3.5	Opplæring og prosedyrer	28
5.3.6	Individuelle tiltaksplaner	28
5.3.7	Individuell plan og koordinator	29
5.3.8	Systemer og rutiner	29

5.4	Konklusjon og anbefalinger	30
6	Kilder	31
7	Vedlegg	33
7.1	Utleddning av revisjonskriterier	33
7.2	Kommunedirektørens uttalelse	35

1 SAMMENDRAG

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen undersøkt i hvilken grad Moss kommune ivaretar sitt ansvar for boliger og tilhørende tjenester til personer med rus og psykiske lidelser. I undersøkelsen har vi sett på kommunens oversikt over boligbehov, tilgang til egnede boliger, tjenester som styrker boevne, samt internkontroll og tverrfaglig koordinering. Vi har i tillegg undersøkt om Moss kommune ved avdeling Fjellom, har etablert systemer og rutiner som sikrer forsvarlig tjenesteyting i tråd med helse- og omsorgslovgivningen etter tidligere gjennomført internrevisjon i kommunen i november 2022.

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

- Problemstilling 1: Sikrer kommunen et forsvarlig botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser?
- Problemstilling 2: Har kommunen etablert tilfredsstillende systemer og tiltak ved avdeling Fjellom for å sikre forsvarlige tjenester i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen?

Revisjonens fremgangsmåte

For å svare ut problemstillingene har vi gjennomgått kommunenes planverk, rutiner og styringsdokumenter som omhandler organiseringen av botilbudet til personer med rus og psykiske lidelser. Det er gjennomført 9 ansattintervjuer med både ledere og ansatte i ulike roller. Revisjonen har utover dette gjennomført en mappegjennomgang ved avdeling Fjellom. Mappegjennomgangen er basert på en anonymisert oversendelse av de siste 10 aktive saksmapper. Saksmappene inneholdt vedtak og tiltaksplaner.

Revisjonens funn og konklusjoner

Forsvarlig botilbud

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen har etablert gode rutiner og systemer for å kartlegge og følge utviklingen i boligbehovet for målgruppen. Kartlegging ved mottak av søknader, regelmessige tverrfaglige møter, bruk av fagsystemet KOBO og tett samarbeid mellom boligsosial avdeling, miljøvaktmestere, Housing First, helsetjenester og koordinerende enhet, bidrar samlet til at kommunen har løpende oversikt og evne til å fange opp endrede behov. Revisjonen vurderer at dette gir et godt beslutningsgrunnlag for planlegging av det boligsosiale arbeidet.

Når det gjelder tilgang til egnede boliger, mener revisjonen at kommunen har etablert flere tilpassede løsninger for personer med ROP-lidelser, blant annet småhus og teknisk tilrettede boliger. Samtidig viser både ventelister og kommunens boligpolitiske plan at kapasiteten ikke dekker det samlede behovet. Det fremkommer et særlig behov for flere og mer differensierte boligløsninger, herunder skjermede boliger og mindre bomiljøer, for å kunne ivareta brukere med omfattende og sammensatte utfordringer på en forsvarlig måte. Revisjonen vurderer at dette området fortsatt krever målrettet utvikling.

Revisjonens undersøkelser viser at Moss kommune tilbyr et bredt spekter av lavterskeltilbud, oppsøkende tjenester og tverrfaglig oppfølging som bidrar til å styrke boevne, livsmestring og stabilitet for målgruppen. Tiltakene vurderer vi å være i tråd med nasjonale føringer og kommunens egne planer. Kommunen har etablert en strategisk plan for psykisk helse (2023–2027) som vektlegger forebygging og

tidlig innsats. Revisjonen vurderer at Moss kommune oppfyller kriteriene knyttet til proaktiv oppfølging av somatisk helse, eksempelvis gjennom lavterskel helsehjelp uten timeavtale, skadereduserende tiltak og rutinemessige helsesjekker. Samtidig fremkommer det at individuell plan og koordinator benyttes i begrenset grad. Revisjonen vurderer at mer systematisk og forebyggende bruk av disse virkemidlene kan bidra til bedre koordinering og kontinuitet, særlig for brukere med sammensatte behov og begrenset digital kompetanse.

Når det gjelder overordnet internkontroll på det boligsosiale området, vurderer revisjonen at kommunen har etablert hensiktsmessige strukturer. Det er etablert et tverrfaglig boligråd forankret i kommunens ledelse, kvalitetssystem for internkontroll benyttes, og det er tydelige rutiner for ansvarsfordeling ved boligtildeling. Revisjonen vurderer at dette totalt sett bidrar til samordning og helhetlig oppfølging.

Avdeling Fjellom

Revisjonens undersøkelser ved avdeling Fjellom viser at det er etablert systemer og rutiner som bidrar til å sikre forsvarlig tjenesteyting i tråd med helse- og omsorgslovgivningen. Avdelingen har i hovedsak fulgt opp tidligere internrevisjon med konkrete tiltak, og det er over tid er etablert en strukturert og systematisk praksis for styring, oppfølging og kvalitetsarbeid.

Når det gjelder endring og revurdering av vedtak, fremstår praksisen som godt forankret i det daglige arbeidet. Det gjennomføres faste brukermøter, og det foreligger en tydelig ansvarsfordeling inkludert aktiv bruk av digitale verktøy som IKOS (digitale verktøy for systematisk oppfølging, samhandling og kvalitetssikring). Revisjonen vurderer at samhandlingen med Helsetjeneste og koordinering (HTK), herunder med opprettelse av en fast saksbehandler/kontaktperson og regelmessige møter, kan bidra til å styrke kontinuitet og kvalitet. Revisjonens mappegjennomgang bekrefter at vedtak i hovedsak revurderes i samsvar med endrede behov, hvor det samtidig foreligger en systematisk periodisering av vedtak. Ansatte benytter i denne sammenheng arbeidslister og LMP-telefoner (tjenestetelefoner for mobil pleie for å utføre og dokumentere pasientnært arbeid digitalt mens ansatte er ute i tjenesten). Revisjonen mener at dette er av betydning for den løpende journalføringen, og en bedre sammenheng mellom vedtak, tiltaksplaner og faktisk tjenesteyting.

Revisjonen vurderer ellers at bemanningen fremstår som behovstilpasset og fleksibel. Avdelingen har god oversikt over oppgaver og ressursbruk, og foretar løpende vurderinger av bemanningssituasjonen gjennom strukturerte rapportmøter og daglig planlegging. Systemene som er etablert gir grunnlag for å sikre at bemanningen i stor grad samsvarer med brukernes vedtatte tjenestebehov.

Innen kurs og kompetanseutvikling er det etablert rutiner og oversikter som i hovedsak sikrer oppfølging av obligatorisk opplæring. Alle prosedyrer er samlet i kvalitetssystemet Samsvar, og det er gjennomført opplæring i bruk av dette systemet. Samtidig skjer oppfølgingen av kompetanseutviklingen i stor grad manuelt, og revisjonen identifiserer en risiko knyttet til manglende helhetlig digital oversikt over gjennomført opplæring. Det allerede pågående arbeidet med digitale løsninger fremstår som viktig for å styrke systematikken og redusere sårbarhet over tid.

Revisjonen finner at avdelingen i all hovedsak sikrer at brukere har individuelle tiltaksplaner i samsvar med vedtakene. Mappegjennomgangen avdekket likevel ett tilfelle hvor revurderingsvedtaket ikke var fullt innarbeidet i tiltaksplanen innen rimelig tid. Selv om dette fremstår som et enkeltstående tilfelle, indikerer dette en risiko for at ikke samtlige tiltaksplaner er oppdatert innen rimelig tid. Dette kan tilsi at

det er et behov for vedvarende oppmerksomhet på fortløpende oppdatering for å sikre at ansatte alltid benytter oppdaterte tiltaksplaner.

Tilbudet om individuell plan og koordinator er etablert og i tråd med regelverket, men lav bruk og begrenset digital kompetanse hos enkelte brukere kan utfordre reell brukermedvirkning. Ansatte fremhevet i denne sammenheng at brukergruppen ved Fjellom ofte ikke benytter digitale verktøy, noe som kan være en barriere for brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan. Revisjonen vurderer at individuell plan og koordinator kan tilbys på en mer tilgjengelig og tilpasset måte.

Revisjonen vurderer avslutningsvis at avdeling Fjellom har etablert et helhetlig og systematisk kvalitetsarbeid som legger til rette for etterlevelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Det gjennomføres ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter, samt at avdelingen deltar aktivt i kvalitetsutvalget. Systemene fremstår som godt forankret i praksis og bidrar i stor grad til å sikre forsvarlige tjenester.

Revisjonens anbefalinger

Med bakgrunn i våre vurderinger og konklusjoner, anbefaler vi at kommunen bør

- a) vurdere tiltak for å øke tilgangen på egnede og differensierte boliger for personer med ROP-lidelser, i tråd med behovene som fremgår av boligpolitisk plan.
- b) vurdere hvordan tilbudet om individuell plan og koordinator kan tilbys mer systematisk og proaktivt til brukere med sammensatte behov.
- c) vurdere å styrke digital oppfølging og dokumentasjon av kursgjennomføring for å sikre bedre oversikt og systematikk i kompetansearbeidet.
- d) sikre at nye tiltak innarbeides i tiltaksplanene uten unødig opphold, slik at alle brukere til enhver tid har oppdaterte planer som beskriver hvordan tjenestene skal gis.
- e) vurdere hvordan individuell plan og koordinator kan tilbys på en mer tilgjengelig og tilpasset måte for brukere med lav digital kompetanse, for eksempel gjennom støtte til bruk av digitale verktøy eller alternative løsninger.

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) (NKRF¹, 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, faktaopplysninger², 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 juli 2024 - juli 2028 som ble vedtatt i kommunestyret 10.09.2024 i sak 091/24.

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 22. september 2025. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

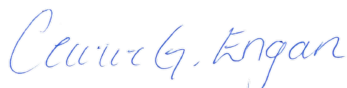
Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet september 2025 - april 2026. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

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 avholdt avsluttende møte med administrasjonen 08.04.2026 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse er gjengitt i kapittel 7.2.

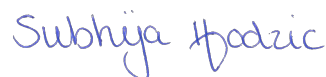
Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Subhija Hodzic og Cecilie Gjerløv Engan. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

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

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 21. april 2026



Cecilie Gjerløv Engan
oppdragsansvarlig revisor



Subhija Hodzic
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 Problemstillinger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: Sikrer kommunen et forsvarlig botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser?

Problemstilling 2: Har kommunen etablert tilfredsstillende systemer og tiltak ved avdeling Fjellom for å sikre forsvarlige tjenester i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen?

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.

3.3 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
- Mappegjennomgang ved stikkprøvekontroll

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er Boligpolitisk plan for Moss 2024-2035 og Ansvar ved tildeling av leilighet i omsorgsbolig sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen/hentet ut fra kommunens kvalitetssystem. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 8.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 9 intervjuer:

- Saksbehandler Boligsosial avdeling
- Avdelingsleder Boligsosial avdeling
- Housing first Boligsosial avdeling
- Avdelingsleder lavterskeltilbud
- Avdelingsleder helsetjenester og koordinering
- Miljøvaktmester i kommunen og Miljøvaktmester MK eiendom
- Avdelingsleder psykisk helse og rus
- Avdelingsleder Fjellom
- Fagkoordinator avdeling Fjellom

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.

Mappegjennomgang/stikkprøvekontroll

Revisjonen gjorde et utvalg av 10 tilfeldige brukere ved avdeling Fjellom hvor vi fikk tilsendt anonymiserte tiltaksplaner og vedtak. Vi undersøkte om brukerne har individuelle tiltaksplaner som beskriver hvordan tjenestene skal gis.

Vurdering av dataenes troverdighet

Ved en dokumentanalyse vil det kunne forekomme subjektive vurderinger. Revisjonen 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 teamet som undersøkes. Siden utvalget er lite, reflekterer det i mindre grad variasjonen i en større populasjon, og resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres. 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 intervju 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 forholdet gjennom kvalitetssikringer i mange stadier av rapportskrivningen, og gjennom flere møtepunkter med revidert enhet.

Vi har gjennomført 9 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, men at de var samstemte om relevante forhold. 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. Her heter det at revisor kan kreve at kommunen eller fylkeskommunen legger fram alle opplysninger, redegjørelser eller dokumenter som han eller hun finner nødvendige for å utføre sine oppgaver. Revisor kan også foreta undersøkelser som han eller hun mener er nødvendige. Taushetsplikt er ikke til hinder for å gjennomføre kontrolltiltak etter dette leddet.

Omtale av enkeltpersoner i rapporten, gjøres kun når det refereres til uttalelser fra intervjuer med eventuelle nøkkelpersoner eller sentrale ledere. Vi benytter oss som regel av stillingstittel, og ikke navn, når vi refererer til uttalelser.

Bruken av personopplysninger er noe revisjonen ønsker og plikter å minimere mest mulig. Behandling av personsensitive opplysninger krever ekstra tiltak, både under arbeidet, og ved pliktig oppbevaring av dokumentasjon. Oppbevaring av slike personopplysninger kan og bør minimeres, f.eks. ved at dokumentasjonen får statistisk eller anonymisert form. Vi har på bakgrunn av dette bedt om en anonymisert oversendelse fra kommunen i forbindelse med vår mappegjennomgang. Den samlede informasjonen fra mappegjennomgangen oppbevares beskyttet under vårt arbeid.

Lesere av denne rapporten kan ta kontakt med Østre Viken kommunerevisjon dersom de ønsker mer informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger.

4 FORSVARLIG BOTILBUD

Problemstilling 1: Sikrer kommunen et forsvarlig botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser?

4.1 Revisjonskriterier

Kommunens ansvar om forsvarlig botilbud for personer med rus- og psykiske lidelser er forankret i lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (boligsosialloven). Formålet med loven er å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig, i dette innebærer det også å mestre boforholdet sitt.

Strategien *Alle trenger et trygt hjem (2021-2024)*³ nevnes det at det boligsosiale arbeidet er en viktig oppgave for kommunene.

I arbeidet med strategien ga både kommuner, organisasjoner og brukerrepresentanter uttrykk for at det er mange utfordringer knyttet til personer med rusavhengighet og psykiske lidelser, den såkalte ROP-gruppen. Denne gruppen har stor risiko for å oppleve bostedsløshet, og kommuner melder om at det er særlig utfordrende å gi dem et tilfredsstillende bolig- og tjenestetilbud. Det er utfordringer med å nå frem med tjenester kommunen anser som nødvendige for at personer med rusavhengighet og psykiske lidelser kan mestre boforholdet. Mange trekker også frem mangel på egnede botilbud til denne gruppen.

I henhold til organisering og planlegging, er det et krav til kommunen om samarbeid, oversikt over vanskeligstilte og utarbeiding av mål og strategier i kommunens planstrategi.

Boligsosialloven § 5 sier at;

Kommunen skal i sitt arbeid på det boligsosiale feltet sørge for samarbeid på tvers av sektorer og samordning av sine tjenester. For øvrig skal kommunen samarbeide med andre offentlige aktører som kan bidra til arbeidet for vanskeligstilte på boligmarkedet.

Kommunen skal ha en oversikt over behovet for både ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter [plan- og bygningsloven § 10-1](#). En drøfting av kommunens boligsosiale arbeid bør inngå i strategien. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplanen etter [plan- og bygningsloven kapittel 11](#) fastsette overordnede mål og strategier for det boligsosiale arbeidet. Målene og strategiene skal være egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten nevnt i første punktum.

Boligsosialloven § 5 annet ledd må ses i sammenheng med § 10, som sier at kravene til planstrategi og kommuneplan etter § 5 annet ledd skal være oppfylt senest fire år etter at loven tredde i kraft. Det betyr at kommunen har et krav om å ha en boligsosial planstrategi og forankre de overordnede målene og strategier for det boligsosiale arbeidet i kommuneplanens samfunnsdel innen juli 2027.

³ Alle trenger et trygt hjem, Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024) <https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/alle-trenger-et-trygt-hjem-nasjonal-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024-2.des.20.pdf>

Helsedirektoratets nasjonale veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne deler opp tilbudet kommunen bør ha i 3 hovedforløp;

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

I veilederen står det også at kommunen bør tilby helhetlige skadeforebyggende og skadereduserende tjenester og tiltak til personer med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Aktuelle tilbud og tjenester som blir nevnt i veilederen er:

- lavterskeltjenester- og tilbud som opprettholder eller forbedrer livskvalitet tross psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Det kan være hjelp og støtte til sosiale aktiviteter og opprette eller opprettholde et sosialt nettverk, for eksempel opprettelse av væresteder, turgrupper, matlagingsgrupper, aktivitetshus, gatefotball, aktiviteter i kommunal eller frivillig regi.
- tilbud som bidrar til å unngå forverring av psykisk og somatisk helse- eller rusmiddelproblemer, for eksempel samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og koordinator.
- tilbud som hjelp mot selvskadende eller selvdestruktiv atferd
- samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og tett oppfølging i perioder det er særlig viktig
- proaktiv oppfølging av somatisk helse, for eksempel gatenære lavterskel helsetilbud
- brukerrom
- samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste for jevnlig undersøkelser av kardiovaskulær helse, tilpasset støtte til røykeslutt, diabetes
- tilby rutinemessige undersøkelser av andre kjente somatiske tilstander med overhyppighet i den gruppen det er snakk om
- ordninger for rusmiddelanalyse av ulovlige rusmidler gir brukere innsikt i rusmiddelets innhold og styrke og særlig farlige rusmidler i omløp kan raskere identifiseres og bekjentgjøres
- matutdeling, tilgang til kondomer, tannbørster og hygieneartikler ofte i samarbeid med frivillig sektor

Videre har kommunen iht. boligsosialloven § 6 plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet, og vurdere hvilken bistand som skal gis. Bistandens art og omfang skal tilpasses den enkeltes behov.

Bistanden kan blant annet gå ut på å gi:

- gi råd og veiledning
- bo-mestring
- statlige og kommunale tjenestetilbud
- eller andre forhold av betydning for bosituasjonen.

Kommunen kan også gi:

- praktisk bistand, slik som hjelp til å søke støtte-, låne- og tilskuddsordninger
- kommunalt disponert bolig
- bistand i en konkret kjøps- eller leieprosess
- forebygge utkastelse

Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og rusbrukslidelser. Ansvaret følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Boligen skal ivareta verdigheten, trygg-

het og mulighet for medvirkning ifølge pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunen skal sikre handling og koordinering, tjenestene skal være helhetlige og samordnet, med tverrfaglig samarbeid.

Punktvis oppsummering av kriteriene:

- Kommunen bør ha oversikt over behov for boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet inkludert personer med ROP-lidelser.
- Kommunen har tilstrekkelig tilgang til boliger til personer med ROP-lidelser
- Kommunen har tjenester og tiltak som styrker boevnen til innbyggere med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk, herunder:
 - lavterskeltilbud som opprettholder eller forbedrer livskvalitet tross psykisk helse- eller rusproblemer.
 - Minst et tilbud, henvisningsfritt og gratis.
 - Lett tilgjengelig (drop-in og tilgjengelig åpningstid)
 - tilbud som bidrar til å unngå forverring av psykisk og somatisk helse- eller rusmiddelproblemer
 - Jevnlige samtaler og oppsøkende kontakt
 - Individuell plan og koordinator tilbys systematisk
 - Tverrfaglig samarbeid ved tegn til forverring
 - tilbud som hjelp mot selvskadende eller selvdestruktiv atferd
 - Kommunal plan for forebygging
 - Ansatte har kurs i selvmordsforebygging
 - Samarbeid med DPS/akutt team
 - samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og tett oppfølging i perioder det er særlig viktig
 - Økt kontaktfrekvens ved kriser
 - Hyppigere ansvarsgruppemøter
 - Kriseteam tilgjengelig
 - proaktiv oppfølging av somatisk helse
 - Lavterskel helsehjelp uten timeavtale
 - Skadereduserende tiltak (utstyr, mat og hygiene)
 - Rutinemessige helsesjekker
- Kommunen har tilstrekkelig internkontroll (systemer, rutiner etc.) for å sikre at ovennevnte punkter følges opp, og at tilbudet blir tilstrekkelig koordinert på tvers av virksomheter i kommunen.

4.2 Datagrunnlag

Organisering av det boligsosiale arbeidet i Moss kommune

Moss kommune er delt inn i områdene Stab organisasjon, kommunalområde Kultur, oppvekst og aktivitet, kommunalområde Helse og mestring, og kommunalområde Plan, miljø og teknikk. Under kommunalområde Kultur, oppvekst og aktivitet ligger det fem enheter. Enhet barnevern, bolig og inkludering er her delt inn i to virksomheter og 4 avdelinger hvor boligsosial avdeling jobber med boligsosialt arbeid gjennom tildeling av boliger. Housing First ligger under boligsosial avdeling. (Housing First er en modell for oppfølging av personer med langvarige og sammensatte bolig- og levekårsutfordringer, særlig personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer, der egen, varig bolig tilbys først, uten krav om rusfrihet eller behandling i forkant.) Moss kommune har to miljøvaktmestere hvor den ene er ansatt i Moss kommunale eiendomsselskap (MKE), mens den andre er ansatt i boligsosial avdeling i kommunen. Mossehjelpa er organisert under kommunalområde Helse og mestring, hvor også avdeling Fjellom hører under. Når det gjelder kommunenens Boligråd, er dette organisert under kommunalområde Plan, miljø og teknikk. Boligrådet skal sikre helhetlig vurdering av det boligsosiale arbeidet på tvers av fagområder.

4.2.1 Oversikt over behov for boliger

I intervju med ansatte i boligsosial avdeling ble det opplyst at personer med behov for bolig sender inn en søknad til avdelingen. Ved mottak av søknaden igangsettes en kartleggingsprosess. Det ble i intervjuene fremhevet at boligen anses som et utgangspunkt for endringsarbeid, og at boligsosial avdeling derfor skal ha en prioriteringsliste ved tildeling av boliger.

Ved første kartlegging vurderes det om søkeren er uten fast bolig eller allerede har en bolig. Brukerens ønsker tas med inn i bolig møtene, og det benyttes en fordelingsliste for å sikre en hensiktsmessig fordeling basert på relevant kartleggingsinformasjon. Det gjennomføres ukentlige møter mellom bolig tildelerne og miljøvaktmestere. Moss kommune og MK eiendom har hver en ansatt miljøvaktmester. Disse samarbeider tett og er ofte ute i boligene sammen. Miljøvaktmesterens rolle i kommunen er å hjelpe beboere i kommunale boliger med praktisk støtte og oppfølging i hverdagen. Hovedmålet er å gjøre det mulig for beboerne å ta vare på boligen sin, trives i hjemmet og unngå å miste boligen.⁴

Moss kommune oppdaterer månedlig oversikten over boligbehovet for personer med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Ifølge leder for boligsosial avdeling rapporteres det også årlig til kommunen og til Statistisk sentralbyrå (SSB). Ansatte som arbeider med bolig tildeling, har tilgang til oversikter over utviklingen i bolig tildelinger og tilgjengelige boliger fra år til år. Dette inkluderer informasjon om søknader, avslag, tildelinger, boligbytter og ventelister.

MK Eiendom har egne boligoversikter. Bolig tildelerne i kommunen har tilgang til MK Eiendoms oppdaterte boligoversikter. For samlokaliserte boliger gjennomføres det månedlige møter mellom boligsosial avdeling, helsetjenester og koordinerende enheter for å styrke samarbeidet.

I fagsystemet KOBO kan bruker søke om bolig og følge sin sak. Dialogen med saksbehandler skjer også i dette systemet. For kommunen ligger oversikt, utnyttelse og planleggingen av bolig massen i KOBO. Miljøvaktmestere og Housing First oppdaterer sine lister ukentlig. Ettersom disse aktørene ofte er i kontakt med brukerne, fanges endringer i brukernes behov lettere opp.

⁴ Arbeidsinstruks miljøvaktmester Moss kommune

Housing First er en del av boligsosial avdeling, som er et viktig virkemiddel i det boligsosiale arbeidet i kommunen. Housing first bidrar med hjelp til deltakerne med å blant annet finne bolig, etablere seg i boligen og veiledning og støtte til dagligdagse gjøremål.

4.2.2 Tilstrekkelig tilgang til boliger for personer med ROP-lidelser

Ifølge boligpolitisk plan⁵ har Moss kommune per januar 2025 totalt 878 kommunalt eide boliger, inkludert omsorgsboliger. Prognosene viser et behov for 123 flere kommunalt eide boliger innen 2035.

Dette inkluderer:

- 40 boliger med livsløpsstandard/tilrettelagte boliger
- 26 kommunale småhus
- 13 nødboliger/midlertidige boliger
- 40 øvrige kommunalt eide boliger

Per 01.09.2023 var det 193 personer på venteliste for kommunal bolig. Kommunens mål er å redusere ventelisten til under 100 innen 2035. Den boligpolitiske planen beskrives av kommunen som en dynamisk plan hvor det må gjøres fortløpende vurderinger av den totale boligmassen. Tallene som viser personer på venteliste er tilsvarende et øyeblikksbilde, og per 05.03.26 oppgir kommunen at det er 133 personer på venteliste. Planen fremhever at det er et særskilt behov for differensiert boligtilbud til personer med kombinasjon av rusavhengighet og psykisk lidelse. Det anbefales å etablere 20 nye leiligheter for personer med psykiske lidelser og/eller rus og ROP-lidelser, hvorav noen skal være selveierleiligheter i borettslag eller sameie.

I intervju med miljøvaktmestere ble det opplyst at Moss kommune har egnede boliger for personer med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Disse boligene er utstyrt med komfyrvakt og vannstoppere (waterguard), og er ellers tilrettelagt for målgruppen. Det ble videre fremhevet at utfordringene ofte ikke knytter seg til selve boligen, men til beboernes behov for individuell oppfølging og tilpasninger for å kunne fungere i boligen. Dersom en bolig vurderes som uegnet eller ikke i forsvarlig stand, meldes dette videre til eiendomsselskapet.

Avdelingsleder for boligsosial avdeling opplyste at kommunen har egnede og tilpassede boliger for målgruppen. Samtidig fremgår det av kommunens boligpolitiske plan at det er behov for flere boliger og mindre bomiljøer. Det ble pekt på at det kan oppstå utfordringer når mange beboere med sammensatte behov bor tett på hverandre, eller når det oppstår uforutsette situasjoner i slike bomiljøer.

Kommunen har etablert småhus som er små, enkle å vedlikeholde og tilpasset brukernes behov. Det ble vist til at enkelte brukere, som tidligere har hatt mange flyttinger, nå fungerer bedre i slike småhus. Miljøvaktmestere og Housing First fremhevet at dette tilbudet har hatt positiv effekt, men at det er behov for flere slike boliger i nær fremtid.

Det ble videre opplyst at enkelte brukere har fått innvilget startlån fra kommunen og har etablert seg i egen eid bolig, mens andre leier på det private markedet. Det er imidlertid fortsatt ventelister, og kommunen arbeider aktivt med å kartlegge boligbehovet.

Brukere på venteliste omfatter blant annet personer som ønsker å bytte bolig, har fått oppsigelse, eller bor i midlertidige boliger. Når etterspørselen etter kommunale boliger overstiger tilgjengelig kapasitet,

⁵ Boligpolitisk plan for Moss 2024-2035, Vedtatt av formannskapet 08.04.2025

benyttes det private leiemarkedet. NAV har i tillegg avtaler med tilbydere av midlertidige boliger for personer uten bolig.

Boligsosial avdeling opplyste at personer med ROP-lidelser ofte uttrykker ønske om å bo i skjermede omgivelser, da dette kan gjøre det lettere å holde seg rusfri. Det ble også fremhevet at det er stor pågang etter hjelp til bolig, og at mange har behov for slik bistand. Kommunen tilbyr alltid en boligstart, med mulighet for videre arbeid mot mer egnede boligløsninger.

Det gjennomføres boveiledning, der brukerne trenger å lære hvordan det er å bo. Det gjennomføres ikke felleskurs i boveiledning, dette gjøres individuelt. Veiledningen kan eksempelvis handle om husregler, hvordan man forholder seg til naboer, rydder, vasker og sorterer søppel.

4.2.3 Tjenester og tiltak som styrker boevnen

Lavterskeltilbud for økt livskvalitet

I intervjuene kom det frem at Moss kommune har etablert flere lavterskeltilbud rettet mot personer med psykiske helse- og rusmiddelutfordringer. Blant disse er Rask psykisk helsehjelp, Frisklivssentralen og Avdeling Hjelpa.

Rask psykisk helsehjelp er et gratis og henvisningsfritt tilbud for personer over 18 år med angst, mild til moderat depresjon og/eller søvnnvanser. Tilbudet omfatter tidsavgrenset kognitiv terapi gjennom kurs, gruppetilbud, veiledet selvhjelp og individualterapi.

Frisklivssentralen tilbyr gruppe- og kursbasert veiledning og støtte for personer som ønsker å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Fokusområdene inkluderer fysisk aktivitet, kosthold, tobakkslutt, søvn og psykisk helse. Tilbudet er tilgjengelig på dagtid.

Avdeling Hjelpa er et lavterskeltilbud for innbyggere over 18 år som har behov for støtte, råd eller hjelp i en vanskelig livssituasjon. Tilbudet er henvisningsfritt og gratis, og gir mulighet for uforpliktende samtaler, veiledning og hjelp til å finne frem til relevante tjenester. Avdelingen er sentralt plassert i Moss og har åpningstid fra tirsdag til fredag kl. 09:00–15:00, med både fysisk oppmøte og kontakt via telefon og e-post.

Kommunen samarbeider også med Fontenehuset i Rygge, som er et frivillig arbeid- og studiefellesskap for personer med psykiske helseutfordringer. Modellen bygger på at arbeid er både metode og mål for tilfriskning.

Videre har kommunen inngått et samarbeidsprosjekt sammen med organisasjonen «Veien tilbake» som omhandler arbeid med utenforskap. Prosjektet er i 2025 er bemannet med én prosjektstilling i 100 %. Prosjektet tilbyr gruppetilbud som sykling og klatring, samt individuelle samtaler og oppsøkende virksomhet. Det gis individuell tilpasning og oppfølging ved behov.

De fleste tilbudene er gratis. Enkelte kurs kan ha en mindre egenandel for å dekke materialkostnader (inntil 400 kroner), men det gis støtte til deltakere som ikke har økonomisk mulighet til å betale. Kursene varierer i varighet fra noen dager til 12 uker. Tilbudene publiseres på Friskus-plattformen, og det er mulig å melde seg på selv eller få hjelp til dette via Avdeling Hjelpa.

Kommunen har ellers et tilbud ved Øreveien fritidshus. Dette beskrives som et lavterskeltilbud hvor det er rom for uformelle møter, samtidig som den enkelte kan få informasjon om muligheten for boveiledning

gjennom miljøvaktmesterne. Miljøvaktmestere og Housing first er i denne sammenheng viktige og prioriterte tilbud i kommunen for personer med sammensatte ROP-lidelser.

Tilbud som bidrar til forbedret helse- og rusmestring

Virksomhet Mossehjelpa er i ferd med å etablere et rom for utdeling og mottak av brukerutstyr, inkludert Nalokson neseppray, som benyttes ved overdoser. I tillegg finnes det et matutdelingstilbud gjennom Fellesskapet for mat, som drives av frivillige og støttes av lokale butikker. Her deles det ut mat og hygieneartikler til personer med behov.

I intervjuene kom det frem at helsesjekkene blir ivaretatt av hjemmetjenesten og fastlegene.

Det ble i intervjuene opplyst at kommunen har fokus på helhetlig oppfølging av brukere, inkludert somatisk helse. Det samarbeides tverrfaglig mellom ulike avdelinger og med fastleger. Boligsosial avdeling samarbeider tett med andre kommunale tjenester og statlige etater etter behov, for å sikre en helhetlig tilnærming til komplekse problemstillinger. Det private leiemarkedet er et viktig supplement til det offentlige tilbudet der både NAV og Flyktnings-tjenesten arbeider tett med å gi veiledning til de som trenger en bolig. Dette inkluderer også brukere som ikke har tilstrekkelig opparbeidet botid i Norge, eller står på venteliste for en bolig. Psykisk helse og rustjenesten driver oppsøkende virksomhet og etablerer relasjoner med brukere over tid, noe som bidrar til å fange opp endringer i behov og mulig forverring.

Det fremkommer av intervjuene at kommunen tilbyr individuell plan og koordinator til brukere etter behov, men at bruken av IP er lav grunnet blant annet manglende digital kompetanse hos brukerne. Kommunen opplyser at i de tilfellene bruker takker nei til individuell plan, vil det likevel kunne gjennomføres koordinering og samhandling gjennom tjenestene. I vedtaket til pasienten skal kontaktperson være oppnevnt. Ved tegn til forverring samarbeider tjenestene tverrfaglig, og det gjennomføres hyppigere ansvarsgruppemøter og økt kontakt med brukeren ved kriser. Kommunen har et kriseteam som aktiveres ved behov. Kriseteamet er ikke en del av de løpende tjenestene, men består av et tverrfaglig kommunalt team som gir akutt psykososial oppfølging til personer og pårørende som er rammet av kriser, ulykker eller andre traumatiske hendelser. Legevakten har en fast kontaktperson med ansvar for koordinering av kriseteamet, og kriseteamet kan ved behov avgjøre at det skal være økt brukerkontakt for personer med ROP-lidelser.

Tjenesten opplyste at ansatte i psykisk helse og rustjenesten har gjennomført kurs i selvmordsforebygging. Ved alvorlig selvskading etableres kontakt med spesialisthelsetjenesten (DPS/akutt team) for videre oppfølging.

I kommunens strategiske plan for psykisk helse⁶ (2023–2027) fremheves det at kommunen skal styrke lavterskeltilbudene og sikre at disse er tilgjengelige uten henvisning og med fleksible åpningstider. Planen legger vekt på tidlig innsats, forebygging og tverrfaglig samarbeid, samt at det skal utvikles tiltak som fremmer livsmestring og sosial inkludering. Det fremgår også at kommunen skal videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og frivillig sektor, og sikre at ansatte har nødvendig kompetanse, blant annet innen selvmordsforebygging og psykisk helsearbeid.

⁶ https://www.moss.kommune.no/_f/p1/i08538e04-b290-48f2-ad41-dffabcd0e5b1/strategisk-plan-for-psykisk-helse-moss-kommune-2023-2027.pdf

4.2.4 Internkontroll

Moss kommune har etablert strukturer og systemer for å sikre koordinering og oppfølging av boligrelaterte tjenester, inkludert tjenester rettet mot personer med psykiske helse- og rusmiddelutfordringer. I oppfølgingen av boligpolitisk kommunedelplan (vedtatt 08.04.2025) ble det besluttet å etablere et boligråd som skal bidra til helhetlig og tverrfaglig koordinering av kommunens boligarbeid.

Boligrådet er forankret i kommunens ledelsesstruktur og rapporterer til Kommunedirektørens ledergruppe (KLG). Rådet har ikke beslutningsmyndighet, men skal utrede saker og gi anbefalinger som grunnlag for beslutninger på ledernivå. Boligrådet skal bidra til å sikre at boligarbeidet i kommunen er samordnet og i tråd med mål og strategier i boligpolitisk plan.

Rådet består av en operativ kjernegruppe med faste medlemmer fra relevante kommunalområder, inkludert helse og mestring, boligsosial avdeling, planavdelingen, samfunnsplanlegging, eiendomsforvaltning (MKEiendom) og kultur og oppvekst. Ved behov kan rådet utvides med deltakere fra blant annet NAV, kommuneadvokaten, miljø og klima, og andre fagområder med spesialkompetanse.

Boligrådet skal blant annet behandle:

- Strategiske og komplekse boligrelaterte saker som krever tverrfaglig vurdering
- Henvendelser fra utbyggere og andre aktører som berører boligbehov for vanskeligstilte
- Samarbeidsinitiativer som krever koordinering mellom kommunalområder
- Vurdering av tomter og prosjekter opp mot boligpolitisk plan
- Anbefalinger til prioritering av tiltak i økonomiplanen
- Planer for oppfølging av boligpolitisk plan i kommunens operative arbeid

Rådet møtes månedlig og utarbeider årshjul og fremdriftsplan for sitt arbeid. Det rapporteres årlig på arbeidet i boligrådet til kommunedirektørens ledergruppe.

Moss kommune benytter seg av kvalitetssystemet Samsvar hvor de fører internkontroll.

Moss kommune har etablert en rutine for ansvarsfordeling ved tildeling av leilighet i omsorgsbolig. Rutinen gjelder for MKEiendom, Helsetjenester og koordinering, samt Boligsosial avdeling. Formålet med rutinen er å avklare ansvarsforhold mellom de involverte aktørene i tildelingsprosessen.

Ifølge rutinen har MKEiendom ansvar for forvaltning av kommunale boliger, herunder inngåelse og oppfølging av leiekontrakter, samt godkjenning av bolig før innflytting. Boligsosial avdeling har ansvar for å registrere og behandle søknader om kommunale boliger i tillegg til kommunal garanti og bostøtte. Helsetjenester og koordinering har ansvar for å registrere og behandle søknader om omsorgsbolig, prioritere søkere og fatte vedtak om tildeling.

Rutinen legger opp til at det skal utarbeides en egen arbeidsflyt mellom kontorene for å sikre koordinering og tydelig rollefordeling. Dette bidrar til å sikre at tildelingsprosessen gjennomføres i tråd med gjeldende retningslinjer og at brukerne får nødvendig oppfølging.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Oversikt over behov for boliger

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert en praksis som i all hovedsak er i tråd med kravet i boligsosialloven § 5 annet ledd, som pålegger kommunen å ha oversikt over behovet for både ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet, herunder personer med ROP-lidelser.

Kommunen har etablert rutiner for kartlegging av boligbehov ved mottak av søknader, og det gjennomføres ukentlige møter mellom boligtildeleterne og miljøvaktmestrene. Oversikten over boligbehovet oppdateres månedlig, og det rapporteres årlig til både kommunen og Statistisk sentralbyrå. I tillegg benyttes fagsystemet KOBO til å samle og følge opp informasjon om boligmassen og boligbehovet. Kommunen har også tilgang til oppdaterte boligoversikter fra MK Eiendom, og det gjennomføres månedlige møter mellom boligsosial avdeling, helsetjenester og koordinerende enheter for å sikre tverrfaglig samarbeid. Revisjonen vurderer at denne praksisen gir kommunen et godt grunnlag for å identifisere og følge utviklingen i boligbehovet for målgruppen. Det er særlig positivt at Housing First og miljøvaktmestere, som har tett kontakt med brukerne, oppdaterer sine lister ukentlig, noe som bidrar til å fange opp endringer i behov på et tidlig stadium. Dette styrker kommunens evne til å planlegge og tilpasse det boligsosiale arbeidet.

Revisjonen har ikke avdekket svakheter i kommunens praksis på dette området. På bakgrunn av dette vurderer revisjonen at Moss kommune oppfyller revisjonskriteriet om å ha oversikt over behovet for boliger til vanskeligstilte, inkludert personer med ROP-lidelser.

4.3.2 Tilstrekkelig tilgang til boliger for personer med ROP-lidelser

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune i større grad tilgang til egnede boliger for personer med ROP-lidelser, men det foreligger indikasjoner på at kapasiteten ikke er tilstrekkelig til å møte det samlede behovet i målgruppen. Dette vurderes opp mot boligsosialloven § 6, som pålegger kommunen å gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet, herunder tilgang til kommunalt disponert bolig.

Ifølge kommunens boligpolitiske plan har Moss kommune per januar 2025 totalt 878 kommunalt eide boliger, men det er identifisert et behov for ytterligere 123 boliger innen 2035. Per september 2023 stod 193 personer på venteliste for kommunal bolig, og kommunen har selv satt som mål å redusere ventelisten til under 100 innen 2035. Tallene viser imidlertid et øyeblikksbilde, og per 05.03.26 oppgir kommunen at det er 133 personer på venteliste. Revisjonen legger til grunn at dette tyder på at dagens kapasitet ikke er tilstrekkelig til å møte etterspørselen.

Revisjonen merker seg at kommunen har etablert småhus og tilrettelagte boliger som er egnet for personer med ROP-lidelser, og at disse boligene er utstyrt med nødvendige tekniske løsninger. Det fremgår også at enkelte brukere har fått startlån og etablert seg i egen bolig, og at det benyttes private leieboliger og midlertidige løsninger ved kapasitetsutfordringer. Revisjonen vurderer at kommunen benytter flere virkemidler for å møte behovet.

Samtidig fremgår det av både intervjuer og boligpolitisk plan at det er behov for flere boliger og mer differensierte botilbud, særlig for personer med sammensatte behov. Det pekes på utfordringer knyttet til bomiljøer hvor mange med omfattende hjelpebehov bor tett, og det er uttrykt behov for flere skjermede

boliger. Dette er særlig relevant for personer med ROP-lidelser, som ofte har behov for ro og stabilitet for å kunne mestre boforholdet.

Revisjonen vurderer at kommunen har iverksatt tiltak for å styrke boligtilbudet, men at det fortsatt er et gap mellom behov og tilgjengelig kapasitet. Dette kan føre til at enkelte brukere må vente lenge på egnet bolig, eller tilbys løsninger som ikke er tilstrekkelig tilpasset deres behov. På bakgrunn av dette vurderer revisjonen at kommunen delvis oppfylder revisjonskriteriet om tilstrekkelig tilgang til boliger for personer med ROP-lidelser.

4.3.3 Tjenester og tiltak som styrker boevnen

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert flere tjenester og tiltak som samlet sett bidrar til å styrke boevnen til personer med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk. Praksisen er vurdert opp mot boligsosiallovens § 6 og Helsedirektoratets nasjonale veileder for psykisk helse- og rusarbeid.

Lavterskeltilbud som opprettholder eller forbedrer livskvalitet

Revisjonen vurderer at kommunen oppfylder kriteriet om å ha minst ett lavterskeltilbud som er henvisningsfritt, gratis og lett tilgjengelig. Rask psykisk helsehjelp, Frisklivssentralen og Avdeling Hjelpa er alle lavterskeltilbud rettet mot målgruppen. Tilbudene er gratis, henvisningsfrie og tilgjengelige på dagtid. I tillegg har kommunen prioritert å benytte miljøvaktmestere i det boligsosiale arbeidet, samt at kommunen jobber etter en boligsosial tilnærming gjennom Housing first. Avdeling Hjelpa har åpningstid fire dager i uken, og tilbyr både fysisk oppmøte og digital kontakt. I tillegg samarbeider kommunen med Fontenehuset og har etablert prosjektet «Veien tilbake», som tilbyr både gruppeaktiviteter og individuell oppfølging. Tilbudene fremstår som relevante og tilgjengelige, og revisjonen vurderer at kommunen oppfylder dette delkriteriet.

Tiltak som bidrar til forbedret helse- og rusmestring

Kommunen har etablert oppsøkende tjenester gjennom psykisk helse- og rustjenesten, og det gjennomføres jevnlige samtaler og relasjonsbygging med brukere. Det fremgår at individuell plan (IP) og koordinator tilbys etter behov, og at det i vedtakene oppnevnes kontaktperson. Ved tegn til forverring samarbeider tjenestene tverrfaglig, og det gjennomføres hyppigere ansvarsgruppemøter og økt kontakt med brukeren. Kommunen har også etablert et kriseteam som aktiveres ved behov.

Revisjonen vurderer at kommunen i hovedsak oppfylder kriteriet, men at det er rom for å styrke systematikken i tilbudet om individuell plan. Dette bygger på opplysninger fra intervjuene, hvor det fremkommer at bruken av IP er lav, til tross for at det er etablert rutiner for å tilby dette til alle brukere. Det ble opplyst at få brukere ønsker IP, og at lav digital kompetanse i målgruppen kan være en barriere for aktiv bruk av verktøyet Visma Samspill. Revisjonen vurderer at dette kan føre til at enkelte brukere ikke får tilstrekkelig koordinert og helhetlig oppfølging, til tross for at brukere mottar tjenester og oppfølging fra kommunen. Individuell plan er særlig relevant i saker der brukerne har sammensatte behov eller står i fare for forverring, og samtidig har begrenset digital kompetanse.

På denne bakgrunn mener revisjonen at kommunen bør vurdere hvordan tilbudet om individuell plan og koordinator kan gjøres mer tilgjengelig og tilpasset brukergruppen, og i større grad tilbys proaktivt og systematisk – uavhengig av om brukeren selv etterspør det. Dette vil kunne bidra til å styrke kontinuitet og samordning i tjenestetilbudet, og sikre at brukernes behov i større grad ivaretas over tid.

Tiltak som hjelp mot selvskadende eller selvdestruktiv atferd

Kommunen har etablert en strategisk plan for psykisk helse (2023–2027) som vektlegger forebygging og tidlig innsats. Det fremgår at ansatte i psykisk helse og rustjenesten har gjennomført kurs i selvmordsforebygging, og at det ved alvorlig selvskading etableres kontakt med spesialisthelsetjenesten (DPS/akutt team). Revisjonen vurderer at kommunen oppfyller dette kriteriet.

Revisjonen vurderer at Moss kommune i hovedsak oppfyller kriteriene om å ha en kommunal plan for forebygging, sikre at ansatte har gjennomført kurs i selvmordsforebygging, og etablere samarbeid med DPS/akutt team.

Når det gjelder kravet om kommunal plan for forebygging, viser revisjonen til at kommunen har vedtatt en strategisk plan for psykisk helse (2023–2027). Planen legger vekt på forebygging, tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid, og inneholder mål og tiltak som er relevante for å forebygge selvskading og selvmordsatferd. Etter revisjonens vurdering oppfyller denne planen kriteriet om en kommunal plan for forebygging.

Videre fremgår det av intervjuene at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har gjennomført kurs i selvmordsforebygging. Dette er i tråd med nasjonale anbefalinger og bidrar til å styrke tjenestens kompetanse og beredskap i møte med brukere i krise. Revisjonen vurderer at dette punktet er oppfylt.

Tett oppfølging i perioder det er særlig viktig

Ved kriser økes kontaktfrekvensen med brukeren, og det gjennomføres hyppigere ansvarsgruppemøter. Kommunen har et kriseteam som aktiveres ved behov, og legevakten har en fast kontaktperson med ansvar for koordinering. Revisjonen vurderer at kommunen har etablert hensiktsmessige rutiner for tett oppfølging i kritiske perioder, og at kriteriet er oppfylt.

Proaktiv oppfølging av somatisk helse

Revisjonen vurderer at Moss kommune i hovedsak oppfyller kriteriene knyttet til proaktiv oppfølging av somatisk helse, herunder lavterskel helsehjelp uten timeavtale, skadereduserende tiltak og rutinemessige helsesjekker.

Det fremgår av intervjuene at helsesjekker ivaretas av hjemmetjenesten og fastlegene. Dette gir brukerne tilgang til regelmessig oppfølging av somatisk helse, og vurderes som et tiltak som støtter opp under kravet om rutinemessige helsesjekker.

Videre er det etablert et rom for utdeling og mottak av brukerutstyr, inkludert Nalokson neseppray, som benyttes ved overdoser. I tillegg finnes det et matutdelingstilbud og utdeling av hygieneartikler gjennom frivillige aktører. Disse tiltakene vurderes som skadereduserende og bidrar til å dekke grunnleggende behov hos personer med rusmiddelproblematikk og dårlig boevne.

Når det gjelder lavterskel helsehjelp uten timeavtale, vurderer revisjonen at tiltakene som er etablert, særlig utdeling av brukerutstyr og kontakt med oppsøkende tjenester, i praksis fungerer som et lavterskeltilbud. Brukerne kan få tilgang til helse relatert støtte og utstyr uten krav om forhåndsavtale, og det er etablert strukturer som gjør det mulig å fange opp behov for videre helsehjelp. Selv om det ikke er etablert et eget helsetilbud med drop-in-funksjon i tradisjonell forstand, vurderes det at kommunen gjennom sine eksisterende tiltak og samarbeid med frivillige aktører oppfyller intensjonen bak kriteriet.

På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kommunen har etablert flere relevante og tilgjengelige tiltak som samlet sett utgjør en proaktiv oppfølging av somatisk helse for målgruppen. Kriteriene vurderes som oppfylt.

Samlet vurdering

Revisjonen vurderer at Moss kommune i stor grad oppfylder kriteriet om å ha tjenester og tiltak som styrker boevnen til personer med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk. Kommunen har etablert et bredt spekter av lavterskeltilbud og oppfølgingstjenester, og det er tydelig fokus på tverrfaglig samarbeid og forebygging. Det kan likevel være hensiktsmessig å vurdere om tilbudet om individuell plan og koordinator i større grad kan tilbys systematisk og proaktivt, i tråd med nasjonale føringer.

4.3.4 Internkontroll

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert strukturer og rutiner som i hovedsak er egnet til å sikre koordinering og oppfølging av boligsosiale tjenester, i tråd med kravene i kommuneloven § 25-1 om internkontroll og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6–9. Disse bestemmelsene pålegger kommunen å ha systemer som sikrer planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene, samt å sikre samordning og forsvarlig oppfølging.

Kommunen har etablert et boligråd som er forankret i kommunens ledelsesstruktur, og som rapporterer til kommunedirektørens ledergruppe. Rådet har en bred sammensetning med representanter fra relevante kommunalområder og skal bidra til helhetlig og tverrfaglig koordinering av boligarbeidet. Rådet behandler strategiske og komplekse saker, vurderer tomter og prosjekter, og gir anbefalinger til prioriteringer i økonomiplanen. Det utarbeides årshjul og fremdriftsplan, og det rapporteres årlig til kommunedirektøren. Revisjonen vurderer at dette er et hensiktsmessig grep for å sikre koordinering på tvers av sektorer og for å forankre boligarbeidet i kommunens overordnede styringsstruktur.

Videre benytter kommunen kvalitetssystemet Samsvar for å føre internkontroll. Dette er i tråd med kravene i kommuneloven og forskriften om internkontroll, som forutsetter at kommunen har systemer for å identifisere, rette opp og forebygge avvik i tjenesteytingen. Det fremgår ikke nærmere hvordan Samsvar benyttes i praksis, men revisjonen legger til grunn at systemet gir en strukturert tilnærming til dokumentasjon og oppfølging.

Kommunen har også etablert en skriftlig rutine for ansvarsfordeling ved tildeling av leilighet i omsorgsbolig. Rutinen klargjør roller og ansvar mellom MKEiendom, Helsetjenester og koordinering, og Boligsosial avdeling. Dette bidrar til å sikre at tildelingsprosessen gjennomføres i tråd med gjeldende retningslinjer, og at brukerne får nødvendig oppfølging. Rutinen legger opp til en egen arbeidsflyt mellom kontorene, noe som styrker koordineringen og reduserer risikoen for svikt i tjenestene.

Revisjonen vurderer at kommunen har etablert relevante og hensiktsmessige systemer og rutiner for å sikre koordinering og oppfølging av boligsosiale tjenester. På bakgrunn av dette vurderer revisjonen at Moss kommune i hovedsak oppfylder revisjonskriteriet om tilstrekkelig internkontroll og koordinering på tvers av virksomheter.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Moss kommune har i stor grad etablert strukturer, tjenester og rutiner som legger til rette for et forsvarlig botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser. Kommunen har oversikt over boligbehovet, tilgang til egnede boliger, og tilbyr tiltak som styrker boevnen i målgruppen. Det er også etablert systemer for koordinering og internkontroll. Samtidig viser revisjonens vurderinger at det fortsatt er kapasitetsutfordringer knyttet til antall tilgjengelige boliger, og at tilbudet om individuell plan med fordel kan tilbys mer systematisk.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- vurdere tiltak for å øke tilgangen på egnede og differensierte boliger for personer med ROP-lidelser, i tråd med behovene som fremgår av boligpolitisk plan.
- vurdere hvordan tilbudet om individuell plan og koordinator kan tilbys mer systematisk og proaktivt til brukere med sammensatte behov.

5 AVDELING FJELLOM

Problemstilling 2: Har kommunen etablert tilfredsstillende systemer og tiltak ved avdeling Fjellom for å sikre forsvarlige tjenester i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen?

5.1 Revisjonskriterier

Ifølge helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal kommunen sørge for forsvarlige og tilrettelagte helse- og omsorgstjenester. Virksomheten skal ha oversikt over behov for tjenester og risiko for svikt. Kommunen skal også sikre at bemanningen er tilpasset tjenestebehovet og at ansatte har nødvendig kompetanse.

Helsepersonelloven § 40 omhandler krav til pasientjournalens innhold. Den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger, herunder også for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt. Forskrift om pasientjournal §5-§8 fastslår hvilke opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal.

Helse og omsorgstjenesteloven § 8-1 tilsier at kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Helse og omsorgstjenesteloven §7-1 fastslår at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinering og individuell plan.

Videre gjelder forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

- § 6 – Plikten til å planlegge (inkl. oversikt over behov og risiko)
- § 7 – Plikten til å gjennomføre (inkl. kompetanse og bemanning)
- § 8 – Plikten til å evaluere
- § 9 – Plikten til å korrigere

Brukere og pårørende skal få informasjon og mulighet til å medvirke i utforming og evaluering av tjenestene sett opp mot Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 3-10, Forskrift § 7e og § 8d.

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i overstående, samt tidligere internrevisjon som ble gjennomført ved avdeling Fjellom.

Punktvis oppsummering av kriteriene:

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at vedtak revurderes ved endrede behov.
- Kommunen skal ha klare retningslinjer for hva estimerte tidsposter i pasientjournalen skal dekke.
- Kommunen skal ha systemer som sikrer at bemanning samsvarer med vedtatte tjenestebehov.
- Kommunen skal sikre at ansatte gjennomfører tilstrekkelig kurs og kompetansehevende tiltak.
- Kommunen skal sikre at ansatte har tilgang til og opplæring i relevante prosedyrer.
- Brukere skal ha individuelle tiltaksplaner som beskriver hvordan tjenestene skal gis.
- Kommunen skal tilby individuell plan og koordinator til brukere som ønsker det.
- Kommunen skal ha tilstrekkelige systemer og rutiner for å sikre at helse- og omsorgstjenestelovgivningen blir fulgt.

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Rutiner for endring av vedtak

Det ble gjennomført en internrevisjon ved avdeling Fjellom i november 2022. Den interne revisjonen og oppfølging av denne er behandlet i Moss kontrollutvalg 18.09.2023 i sak 23/36. Avdeling Fjellom har etablert en ny prosedyre for legemiddel- og koordinatormøte etter tidligere revisjon. Ifølge avdelingsleder er brukermøtene en sentral del av dette arbeidet. Det ble opplyst at tre av fire onsdager i måneden samles de ansatte til brukermøter, hvor de følger en fastsatt sjekklister. I disse møtene gjennomgås blant annet revurderingsnotater, interne meldinger, gjeldende lovverk, tidspunkt for ansvarsgruppemøter og tiltaksplaner. Avdelingsleder uttalte at «det er bruker som avgjør når det er tid for revurdering, så dette sjekkes også i brukermøtet», og la til at «systemet sikrer altså dette».

Informasjonen fra brukermøtene dokumenteres i IKOS, som er avdelingens digitale tavle for kvalitetsarbeid. I IKOS kan det legges inn notater knyttet til den enkelte bruker, som for eksempel tidspunkt for legebesøk og revurderinger. Avdelingsleder beskrev at det er en rød tråd mellom det som avtales i brukermøtene og det som noteres i IKOS. Det ble videre opplyst at IKOS er tilgjengelig i alle rapporter, og at det brukes aktivt for å følge opp informasjon om enkeltbrukere, inkludert revurderingstider.

Det ble videre forklart at brukerne får bistand etter behov, og at vedtakene justeres i takt med endringer i behov.

Fagkoordinator bekreftet at brukermøtene gjennomføres tre av fire onsdager i måneden, mens den fjerde onsdagen benyttes til personalmøte. Vedkommende beskrev IKOS som avdelingens kvalitetssystem, hvor revurderingsdatoer og tidspunkt for gjennomføring legges inn. Det ble videre opplyst at primærgruppene har ansvar for å oppdatere tiltaksplaner og gjennomføre revurderinger.

I tillegg til de interne rutinene har avdelingen månedlige møter med Helsetjeneste og koordinering (HTK). Avdelingsleder opplyste at de i disse møtene har en fast saksbehandler som kjenner avdelingen godt, og at de her kan ta opp spørsmål knyttet til blant annet bolig. Det ble videre uttalt at «vi har et veldig godt system fra A til Å, som gjør at vi ikke glipper på dette». I møtene med HTK gjennomgås også oppdaterte tiltaksplaner og revurderinger, og datoer for revurdering fremkommer i IKOS. Fagkoordinator fremhevet at det nå er én fast kontaktperson i HTK, og uttalte: «Før måtte de ringe alle som skriver vedtakene, og de visste da ikke hvem de snakket med. Det er veldig greit å forholde seg til én.»

Revisjonen har i tillegg gjennomført en mappegjennomgang av ti tilfeldig utvalgte brukere ved avdeling Fjellom. Revisjonens undersøkelser viste at det forelå vedtak hvor det var gjort revurderinger av tjenestebehovet.

5.2.2 Tidsposter i pasientjournal

Avdeling Fjellom har etter den gjennomførte internrevisjonen etablert retningslinjer for hva den estimerte vedtakstiden i pasientjournalen skal dekke. Avdelingsleder opplyste at brukerne får bistand etter behov, og at revurderinger gjennomføres fortløpende når behovene endrer seg. Tiltaksplanene skal til enhver tid være oppdaterte. Det ble videre opplyst at det i forbindelse med forrige revisjon ble foretatt en avklaring av hva som skulle inngå i vedtakstiden. Avdelingsleder uttalte at «det har aldri vært noe spørsmål om dette i ettertid», og at det er «helt klart når vedtakstiden er». Det ble presisert at møter og andre aktiviteter utenom direkte brukerrettet arbeid ikke inngår i vedtakstiden.

Fagkoordinator beskrev at de benytter LMP-telefoner med arbeidslister, hvor hele tiltaksplanen til den enkelte bruker er tilgjengelig, sammen med oversikt over alle besøk som skal gjennomføres per vakt.

Det ble videre opplyst at ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter, møter med distriktpsykiatrisk senter (DPS) og lignende ikke inngår i vedtakstiden. Eksempelvis ble det nevnt at apotekbesøk ikke skrives inn i vedtaket. Fagkoordinator uttalte at «det er veldig tydelig hva som inngår i vedtaket», og at alle brukere får bistand etter behov. Ved endringer i behov skal det foretas en revurdering, og det ble understreket at tiltak og oppgaver alltid er datofestet.

5.2.3 Bemanning

Avdeling Fjellom har etablert systemer og rutiner for å sikre at bemanningen samsvarer med brukernes vedtatte tjenestebehov. Avdelingsleder opplyste at de i utgangspunktet alltid har hatt oversikt over behovet for bemanning, men at det ved forrige revisjon var enkelte misforståelser knyttet til det systemet som da ble benyttet.

Det ble videre opplyst at grunnbemanningen i avdelingen består av seks personer på dagtid, fire på kveld og én på natt. Tidligere var det to personer på nattevakt. Alle ansatte har egne telefoner med tiltaksplaner, og det ble forklart at de ansatte kan gjøre justeringer i forkant av vakter. På denne måten får de oversikt over eventuelle hull mellom brukere, og kan vurdere arbeidsmengden i forhold til antall ansatte på jobb. Avdelingsleder uttalte at «de har stålkontroll på hva som skal gjøres fra dag til dag, og egentlig fra time til time», og at det er «veldig lett å ha oversikt med dette systemet».

Fagkoordinator forklarte at arbeidslistene (LMP) gjennomgås i rapportmøter på dag- og kveldsvakter, noe som gir oversikt over hvilke oppgaver som skal utføres i løpet av vekten. Det ble videre opplyst at dette også gir mulighet til å vurdere om bemanningen er tilstrekkelig i forhold til oppgavene. Fagkoordinator bekreftet at bemanningsplanen tilsier seks personer på dagtid og fire på kveld, og at det i helgene er fire personer både på dag og kveld. På onsdager er det noe høyere bemanning. Det ble presisert at bemanningen vurderes og tilpasses etter behov.

5.2.4 Kurs og kompetanse

Avdeling Fjellom har etablert rutiner for å følge opp at ansatte gjennomfører obligatoriske kurs og kompetansehevede tiltak etter gjennomført internrevisjon. Avdelingsleder opplyste at oppfølgingen av kurs per i dag skjer manuelt, og beskrev dette som noe tungvint. Det ble forklart at det finnes obligatoriske kurs, blant annet innen medikamentbehandling, og at disse følges opp for å sikre at ansatte har nødvendig kompetanse. Det ble videre opplyst at det på overordnet nivå er arbeidet med å definere hvilke kurs som skal være obligatoriske. Avdelingsleder informerte om at det er en digital løsning under utvikling som skal gi bedre oversikt, og sende påminnelser til ansatte om kursgjennomføring. Det ble også trukket frem at ledelsen oppmuntrer og tilrettelegger for at ansatte skal øke sin kompetanse.

Det fremkommer av intervjuene at siden forrige revisjon har avdelingen utarbeidet en kursoversikt. Avdelingsleder uttrykte et ønske om bedre kurs fremover, og informerte om at de har gått over fra NHI til Glup som plattform for digitale kurs. Det ble imidlertid påpekt at enkelte kurs fortsatt ikke er tilgjengelige i Glup, og at det derfor er ønskelig med en ny digital plan som kan følges av alle innen fagfeltet. Gjennomføring av kurs dokumenteres med dato og tidspunkt. Det ble videre opplyst at en ressursperson har gjennomgått notater, revurderinger og dokumentasjon i IKOS. Avdelingsleder uttalte at «det er alltid noen som er bedre på dette enn andre», men at ansatte som har hatt utfordringer med digitale verktøy har fått støtte og oppfølging. Det ble også nevnt at det året før ble gjennomført opplæring i journalføring og bruk av kvalitetssystemet, i regi av kvalitetsrådgiver i virksomheten. I tillegg ble det arrangert to kurs om psykose. Avdelingsleder fremhevet at det etter at de ble en del av en større virksomhet har åpnet seg flere muligheter for kursdeltakelse, og at de nå mottar flere forespørsler om kurs.

Fagkoordinator bekreftet at det finnes en kursoversikt som viser hvilke kurs de ansatte skal gjennomføre. Det ble opplyst at det finnes lister med datoer for gjennomføring, og at leder gir beskjed om når kursene skal være fullført. Ifølge fagkoordinator har leder full oversikt over kursgjennomføringen og planen for dette. Det ble videre informert om at det inngår fagdager i turnusen, både internt og eksternt, og at personalgruppen ofte deles i to for å sikre deltakelse.

5.2.5 Opplæring og prosedyrer

Avdeling Fjellom har iverksatt tiltak for å sikre at ansatte har tilgang til og opplæring i relevante prosedyrer. Avdelingsleder opplyste at det pågår et strukturert arbeid med revidering av alle rutiner etter sammenslåingen, og at dette arbeidet gjennomføres fortløpende av avdelingsledere og fagkoordinatorer. Nye rutiner publiseres på Teams, som er avdelingens primære kommunikasjonskanal. Det ble forklart at overgangen til Teams blant annet skyldes at enkelte ansatte har et ambivalent forhold til bruk av e-post. På Teams får man en bekreftelse i form av en «tommel opp», som viser at ansatte har lest informasjonen. Samtidig ble det påpekt at det i noen tilfeller er behov for å minne ansatte på å gjøre seg kjent med nye eller viktige rutiner, som for eksempel beredskapsrutiner, rutinen for når bruker ikke åpner døren, og rutiner for ansvarsgrupper. For å sikre tilgjengelighet henges disse rutinene også opp fysisk på avdelingen. Det ble videre opplyst at alle prosedyrer er samlet i kvalitetssystemet Samsvar, og at ansatte har fått opplæring i bruk av dette systemet.

Fagkoordinator bekreftet at det i 2024 ble gjennomført opplæring i regi av en kvalitetsrådgiver fra kommunen. I tillegg har det vært gjennomført internundervisning. Det ble opplyst at det for tiden er særlig aktuelt med rutiner knyttet til brukermøter og legemiddelmøter. Ifølge fagkoordinator er det leder som skriver ut og henger opp relevante rutiner, og disse gjennomgås også i personalmøter. Det ble videre informert om at det er etablert et fagkoordinatornettverk, som er nytt av året. Her møtes fagkoordinatorer fra hele virksomheten for å samkjøre praksis og diskutere blant annet rutiner. I tillegg deltar fagkoordinator i kvalitetsutvalget, som møtes månedlig og inkluderer virksomhetsleder og andre ledere. I dette forumet diskuteres blant annet hvordan andre avdelinger arbeider.

5.2.6 Individuelle tiltaksplaner

Avdeling Fjellom har etablert rutiner for å sikre at alle brukere har individuelle tiltaksplaner som beskriver hvordan tjenestene skal gis. Avdelingsleder opplyste at ingen brukere mottar tjenester uten at det foreligger en tiltaksplan. Dette følges opp gjennom brukermøtene, kvalitetssystemet IKOS og arbeidsverktøyet LMP. Ifølge avdelingsleder bidrar disse systemene til å sikre at tiltaksplanene er oppdaterte og i tråd med vedtakene.

Tiltaksplanene skal være oppdaterte og gjenspeile vedtakstiden, og vurderes fortløpende i brukermøter. Avdelingsleder beskrev at arbeidslister og såkalte LMP-er benyttes som verktøy i dette arbeidet. Ansatte har telefoner med arbeidslister og journalsystem som er koblet opp mot Gerica, og tiltaksplanene ligger tilgjengelig i telefonene. Dette innebærer at tiltakene er lett tilgjengelige for de ansatte når de er ute hos brukerne.

Fagkoordinator beskrev at arbeidet med tiltaksplaner skjer gjennom arbeidslister, og at det er to ansatte som har ansvar for dette arbeidet for å sikre struktur og oversikt. Det ble videre opplyst at primærgruppene oppdaterer tiltaksplanene med ulike rutiner, og at informasjon som behandles i gruppen sendes som internmelding. Disse meldingene kan inneholde endringer for eksempel knyttet til medisinerings, hvor dette håndteres tett i primærgruppene. Fagkoordinator fremhevet at IKOS er et godt verktøy for å

legge igjen beskjeder og annen informasjon, og at primærkontaktene benytter systemet til å dokumentere faste oppgaver som legebesøk. Det ble videre opplyst at IKOS gir mulighet til å skrive både avdelingsmeldinger og brukermeldinger, og at systemet oppleves som ryddig og enkelt i bruk.

Revisjonen har i tillegg gjennomført en mappegjennomgang av ti tilfeldig utvalgte brukere ved avdeling Fjellom. Gjennomgangen viste at det forelå tiltaksplan for samtlige brukere. Revisjonens undersøkelser viste at det var samsvar mellom vedtak og tiltaksplan, og tiltaksplanene var utfyllt i overensstemmelse med tjenesteforholdet. For ni av de ti brukerne inneholdt tiltaksplanene en beskrivelse av hvordan tjenestene skulle gis. For én bruker manglet denne beskrivelsen. I dette tilfellet var det fattet et vedtak om oppfølgingssamtaler én måned tidligere, nærmere bestemt i slutten av november 2025. Ved gjennomgangen 6. januar 2026 ble det mottatt både vedtak og tiltaksplan, men samtalen var da ennå ikke innarbeidet i tiltaksplanen.

5.2.7 Individuell plan og koordinator

Avdeling Fjellom har etablert rutiner for å tilby individuell plan (IP) og koordinator til brukere som ønsker det. Avdelingsleder opplyste at koordinatoroppdrag som skal tilknyttes Fjellom, tas opp i månedlige møter hvor det utpekes en koordinator. Det ble videre forklart at individuell plan er frivillig, men at alle brukere får tilbud om det. Bruken av IP er imidlertid lav, og det ble opplyst at behovet for IP blant brukere ved avdelingen er begrenset. Ifølge avdelingsleder har de ansatte kartlagt behovet, og det ble uttalt at «det er ikke mange brukere som ønsker det». Det ble også fremhevet at brukergruppen ved Fjellom ofte ikke benytter digitale verktøy, noe som kan være en barriere for brukermedvirkning i IP-arbeidet. Det ble videre opplyst at Visma Samspill benyttes som digitalt verktøy for IP, og at dette også kan brukes som kommunikasjonsplattform mot pårørende. Avdelingsleder uttrykte at det optimale ville være om brukeren selv styrte sin IP, men at dette ofte ikke er tilfelle ved Fjellom.

Fagkoordinator bekreftet at det er gjennomført kartlegging ved utarbeidelsen av IP for alle aktuelle brukere, og at alle brukere med IP har en koordinator. Det ble videre forklart at en IP i utgangspunktet er ment å være et verktøy brukeren selv skal benytte, men at det i samarbeid med en gruppe er utviklet alternative løsninger. I ett tilfelle ble IP brukt som kommunikasjonsplattform med pårørende, fordi brukeren selv ikke ønsket å delta aktivt i planarbeidet. Det ble påpekt at dette forutsetter at brukeren har tilgang til nødvendige digitale verktøy, som for eksempel BankID. Fagkoordinator opplyste at Visma Samspill benyttes ved arbeid med IP, og at det gir mulighet for å involvere flere aktører i planarbeidet. Det ble understreket at alle brukere får tilbud om individuell plan.

5.2.8 Systemer og rutiner

Avdeling Fjellom har etablert systemer og rutiner for å sikre at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves, og at tjenestene som ytes er forsvarlige. Avdelingsleder opplyste at ansvarsgrupper og samarbeidsmøter gjennomføres jevnlig, og at referater fra disse møtene deles med deltakerne og skannes inn i pasientjournalen. Rutinen for ansvarsgrupper er sendt ut til de ansatte flere ganger, gjennomgått på personalmøter, og hengt opp på avdelingene for å sikre tilgjengelighet. Det ble videre opplyst at avdelingen deltar i kvalitetsutvalg, hvor rutiner gjennomgås for å sikre at de er i tråd med gjeldende lovverk. Avdelingsleder fremhevet at det legges vekt på å sikre at informasjon fra kvalitetsutvalget formidles videre til alle avdelinger. Det ble også opplyst at opplæringen som ble gjennomført med kvalitetsrådgiver hadde fokus på lovverket. Når det gjelder pårørendearbeid, ble det informert om at det tilbys ekstra møter ved behov, og at samarbeidsklimaet med pårørende for tiden oppleves som godt. Det ble videre opplyst at flere brukere og pårørende deltar i virksomhetens brukerråd.

Fagkoordinator beskrev at IKOS, den digitale tavlen, benyttes som et sentralt verktøy i kvalitetsarbeidet. Det ble videre opplyst at det er et tett samarbeid med Helsetjeneste og koordinering (HTK), og at det gjennomføres faste møter med HTK én gang i måneden. I disse møtene oppdateres tiltaksplaner og nødvendige endringer gjennomføres. Fagkoordinator informerte også om at det avholdes primærgruppemøter og samarbeidsmøter med blant annet distriktpspsykiatrisk senter (DPS). I tillegg ble det nevnt at lokal medbestemmelse benyttes som arena for å ta opp avvik, og at slike saker diskuteres med leder. Det ble videre opplyst at kvalitetsutvalget møtes månedlig og inkluderer hele virksomheten. I disse møtene diskuteres blant annet bruk av IKOS og andre rutiner, og det ble understreket at det er viktig at informasjon fra utvalget videreformidles til avdelingene.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Rutiner for endring av vedtak

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert tilfredsstillende rutiner ved avdeling Fjellom for å sikre at vedtak revurderes ved endrede behov, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 og § 8.

Det fremgår at avdelingen har fulgt opp tidligere internrevisjon med konkrete tiltak, herunder etablering av faste brukermøter tre av fire onsdager i måneden, hvor revurderingsnotater og tiltaksplaner gjennomgås systematisk. Det benyttes en fast sjekkliste, og det er etablert en praksis hvor revurderingsbehov vurderes fortløpende i møte med brukeren. Dette er i tråd med forskriftens krav om at tjenestene skal evalueres og tilpasses ved endringer i behov.

Informasjonen dokumenteres i det digitale kvalitetssystemet IKOS, som benyttes aktivt til å følge opp revurderingstidspunkter og annen relevant informasjon. Systemet bidrar til å sikre sporbarhet og kontinuitet i oppfølgingen. Det er også etablert en tydelig ansvarsfordeling, hvor primærgruppene har ansvar for å oppdatere tiltaksplaner og gjennomføre revurderinger.

Videre har avdelingen faste møter med Helsetjenester og koordinering (HTK), hvor oppdaterte tiltaksplaner og revurderinger gjennomgås. Det er etablert en fast kontaktperson i HTK, noe som styrker kontinuitet og samhandling. Revisjonens mappegjennomgang bekrefter at det forelå vedtak med dokumenterte revurderinger for de brukerne som ble undersøkt.

På bakgrunn av dette vurderer revisjonen at avdeling Fjellom har etablert en praksis som i all hovedsak oppfyller kravene til systematisk revurdering av vedtak ved endrede behov. Rutiner og systemer fremstår som godt implementert og forankret i det daglige arbeidet.

5.3.2 Vurdering av tidsposter i pasientjournal

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert tydelige retningslinjer ved avdeling Fjellom for hva estimerte tidsposter i pasientjournalen skal dekke, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 og forskrift om pasientjournal §§ 5–8.

Det fremgår at det i etterkant av tidligere internrevisjon ble foretatt en avklaring av hva som skal inngå i vedtakstiden, og at dette er godt implementert i praksis. Både avdelingsleder og fagkoordinator beskriver en felles forståelse av at møter, samarbeidsfora og andre aktiviteter som ikke er direkte brukerrettet,

ikke inngår i vedtakstiden. Dette gjelder blant annet ansvarsgruppemøter, møter med DPS og apotekbesøk. Det er også tydelig at tiltak og oppgaver i tiltaksplanene er datofestet og oppdateres ved endringer i behov.

Bruken av LMP-telefoner med arbeidslister sikrer at ansatte har tilgang til oppdatert informasjon om hvilke oppgaver som skal utføres i løpet av vekten, og hva som inngår i vedtakstiden. Revisjonen vurderer at dette bidrar til en enhetlig praksis og reduserer risikoen for feilføring i pasientjournalen.

Revisjonen vurderer at avdelingen har etablert klare og hensiktsmessige retningslinjer for hva vedtakstiden skal dekke, og at disse er godt forankret i praksis. Dette bidrar til å sikre korrekt dokumentasjon og ressursbruk, og er i samsvar med gjeldende regelverk.

5.3.3 Bemanning

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert hensiktsmessige systemer og rutiner ved avdeling Fjellom for å sikre at bemanningen samsvarer med brukernes vedtatte tjenestebehov, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7.

Avdelingen har en fast bemanningsplan som justeres etter behov, og det er etablert rutiner for daglig vurdering av bemanningssituasjonen. Gjennom bruk av LMP-telefoner og arbeidslister har de ansatte oversikt over oppgaver og tiltaksplaner, og kan gjøre nødvendige tilpasninger i forkant av vakter. Dette gir mulighet til å identifisere eventuelle kapasitetsutfordringer og sikre at ressursene fordeles i tråd med tjenestebehovet.

Videre gjennomgås arbeidslistene i rapportmøter på dag- og kveldsvakter, noe som bidrar til kontinuerlig vurdering av bemanningen opp mot oppgavene. Det fremgår at bemanningen er høyere på onsdager, og at det foretas løpende vurderinger for å sikre tilstrekkelig kapasitet.

Revisjonen vurderer at avdelingen har god oversikt over bemanningsbehovet og at systemene som er etablert, gir grunnlag for fleksibel og behovstilpasset ressursstyring. Praksisen fremstår som godt forankret og i samsvar med gjeldende regelverk.

5.3.4 Kurs og kompetanse

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert rutiner ved avdeling Fjellom som i hovedsak sikrer at ansatte gjennomfører nødvendige kurs og kompetansehevende tiltak, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7.

Avdelingen har utarbeidet en kursoversikt som viser hvilke kurs de ansatte skal gjennomføre, og det føres lister med datoer for gjennomføring. Oppfølgingen skjer i dag manuelt, noe som er ressurskrevende, men det er en digital løsning under utvikling som er ment å gi bedre oversikt og automatiserte påminnelser. Revisjonen vurderer dette som et positivt tiltak for å styrke systematikken i oppfølgingen.

Det fremgår at det finnes obligatoriske kurs, blant annet innen medikamenthåndtering, og at disse følges opp av ledelsen. I tillegg tilrettelegges det for deltakelse på fagdager og eksterne kurs, og det er etablert praksis for å dele personalgruppen for å sikre bred deltakelse. Det er også gjennomført opplæring i

journalføring og bruk av kvalitetssystemet, samt kurs om psykose. Ansatte som har utfordringer med digitale verktøy får støtte og oppfølging.

Revisjonen vurderer at avdelingen har en bevisst og aktiv tilnærming til kompetanseutvikling, og at det er etablert rutiner som i hovedsak sikrer at ansatte opprettholder og utvikler nødvendig kompetanse. Samtidig skjer oppfølgingen av kurs i dag manuelt, og det finnes ikke et samlet digitalt system som gir oversikt over hvilke ansatte som har gjennomført hvilke kurs, eller som sikrer automatiske påminnelser og dokumentasjon. Avdelingsleder viser til at det også er ulik praksis for hvordan ansatte dokumenterer egen kursdeltakelse i de digitale systemene. Revisjonen vurderer at dette kan medføre en risiko for manglende systematisk oppfølging av ansattes samlede kursdeltagelse over tid. På denne bakgrunn vurderer revisjonen at det er behov for å styrke digitaliseringen og den systematiske dokumentasjonen av kursgjennomføring, for å sikre bedre oversikt, etterlevelse og kvalitetssikring av tjenestene.

5.3.5 Opplæring og prosedyrer

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert tilfredsstillende tiltak ved avdeling Fjellom for å sikre at ansatte har tilgang til og opplæring i relevante prosedyrer, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 og § 8.

Det pågår et strukturert arbeid med revidering av rutiner etter sammenslåingen, og nye prosedyrer gjøres tilgjengelige for ansatte via Teams og fysisk oppslag på avdelingen. Bruken av Teams som kommunikasjonskanal gir mulighet for å bekrefte at ansatte har lest informasjonen, og det er etablert praksis for å minne ansatte på å gjøre seg kjent med viktige rutiner. Alle prosedyrer er også samlet i kvalitetssystemet Samsvar, og det er gjennomført opplæring i bruk av dette systemet.

I tillegg har det vært gjennomført internundervisning og opplæring i regi av kvalitetsrådgiver, og det er etablert et fagkoordinatornettverk som bidrar til samkjøring av praksis og deling av erfaringer på tvers av virksomheten. Relevante rutiner gjennomgås i personalmøter, og det er etablert en praksis for å henge opp aktuelle prosedyrer fysisk på avdelingen.

Revisjonen vurderer at tiltakene som er iverksatt, gir ansatte god tilgang til oppdaterte prosedyrer og nødvendig opplæring. Praksisen fremstår som systematisk og godt forankret, og er i samsvar med gjeldende regelverk.

5.3.6 Individuelle tiltaksplaner

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert rutiner ved avdeling Fjellom som i all hovedsak sikrer at brukere har individuelle tiltaksplaner som beskriver hvordan tjenestene skal gis, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om pasientjournal § 8.

Avdelingen benytter flere systemer og verktøy for å sikre at tiltaksplanene er oppdaterte og i samsvar med vedtakene. Arbeidet med tiltaksplaner følges opp i brukermøter og gjennom kvalitetssystemet IKOS og arbeidsverktøyet LMP. Tiltaksplanene er tilgjengelige for ansatte via telefoner koblet til journalsystemet, noe som bidrar til at tiltakene er lett tilgjengelige og kan følges opp i det daglige arbeidet.

Det er etablert en tydelig ansvarsfordeling, hvor primærgruppene har ansvar for å oppdatere planene, og det er utpekt to ansatte med særskilt ansvar for struktur og oversikt. Informasjon om endringer formidles gjennom internmeldinger, og IKOS benyttes aktivt til dokumentasjon og informasjonsdeling.

Revisjonens mappegjennomgang viste at det forelå tiltaksplan for samtlige brukere, og at det var samsvar mellom vedtak og plan. For ni av ti brukere inneholdt tiltaksplanene en konkret beskrivelse av hvordan tjenestene skulle gis. I ett tilfelle manglet denne beskrivelsen, til tross for at det var fattet vedtak én måned tidligere. Selv om dette fremstår som et enkeltstående avvik, viser det at det kan forekomme forsinkelser i oppdatering av tiltaksplaner. Gitt at revisjonen kun har gjennomgått et begrenset utvalg på ti brukere, kan det ikke utelukkes at lignende tilfeller forekommer i større omfang. Manglende eller forsinket innarbeiding av nye tiltak i tiltaksplanene kan medføre risiko for at brukere ikke mottar tjenester i tråd med vedtak, eller at ansatte mangler nødvendig informasjon for å følge opp brukeren på en forsvarlig måte.

På denne bakgrunn vurderer revisjonen at avdelingen i hovedsak oppfyller kravet om at brukere skal ha individuelle tiltaksplaner som beskriver hvordan tjenestene skal gis. Rutiner og systemer fremstår som godt implementert, men det bør fortsatt være oppmerksomhet på å sikre at alle nye tiltak dokumenteres fortløpende, for å redusere risiko for svikt i tjenesteytingen.

5.3.7 Individuell plan og koordinator

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert rutiner ved avdeling Fjellom som sikrer at brukere tilbys individuell plan (IP) og koordinator, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Det fremgår at alle brukere får tilbud om IP, og at koordinatoroppdrag behandles i månedlige møter hvor rollen som koordinator tildeles. Det er gjennomført kartlegging av behovet for IP blant brukerne, og alle som har IP har også en koordinator. Bruken av IP er imidlertid lav, noe som ifølge avdelingsleder skyldes at få brukere ønsker det. Det pekes også på at mange brukere har begrenset digital kompetanse, noe som kan være en barriere for aktiv bruk av IP-verktøyet Visma Samspill.

Revisjonen vurderer at kommunen oppfyller kravet om å tilby IP og koordinator, og at det er etablert rutiner for å følge opp dette. Samtidig bør kommunen vurdere hvordan tilbudet kan gjøres mer tilgjengelig og tilpasset brukergruppen, for eksempel ved å tilby støtte til digital bruk eller utvikle alternative løsninger for brukere som ikke ønsker å delta aktivt i planarbeidet.

På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kriteriet knyttet til tilbud om IP og koordinator er oppfylt, men at det er rom for å styrke brukervedvirkningen og tilretteleggingen av dette arbeidet i praksis.

5.3.8 Systemer og rutiner

Etter revisjonens vurdering har Moss kommune etablert systemer og rutiner ved avdeling Fjellom som i all hovedsak sikrer etterlevelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6–9.

Avdelingen har etablert en rekke strukturer som bidrar til forsvarlig tjenesteyting og kvalitetssikring. Det gjennomføres jevnlig ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter, og referater fra disse dokumenteres i pasientjournalen. Rutiner for ansvarsgrupper er gjort tilgjengelige for ansatte gjennom flere kanaler, og det er etablert praksis for å sikre at ansatte er kjent med og følger gjeldende prosedyrer.

Avdelingen deltar aktivt i kvalitetsutvalget, hvor rutiner gjennomgås og vurderes opp mot gjeldende lovverk. Det er etablert en praksis for å videreformidle informasjon fra kvalitetsutvalget til øvrige ansatte, og det er gjennomført opplæring med fokus på lovverk og kvalitet. Revisjonen vurderer at dette bidrar til å sikre at tjenestene som ytes er i tråd med gjeldende regelverk.

IKOS benyttes som et sentralt verktøy i kvalitetsarbeidet, og det er etablert faste samarbeidsarenaer med Helsetjeneste og koordinering (HTK), samt med eksterne aktører som DPS. Det er også etablert rutiner for lokal medbestemmelse og avvikshåndtering, noe som gir ansatte mulighet til å melde fra om forbedringsområder og bidra til kontinuerlig kvalitetsutvikling.

Revisjonen vurderer at avdelingen har etablert et helhetlig og systematisk kvalitetsarbeid som legger til rette for etterlevelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Systemene fremstår som godt forankret i praksis og bidrar til å sikre forsvarlige tjenester.

5.4 Konklusjon og anbefalinger

Moss kommune har etter revisjonens vurdering etablert systemer og tiltak ved avdeling Fjellom som i all hovedsak sikrer at tjenestene som ytes er forsvarlige og i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Det er etablert rutiner for revurdering av vedtak, tydelige retningslinjer for vedtakstid, og systemer som sikrer at bemanning, kompetanse, dokumentasjon og koordinering er tilpasset brukernes behov. Det er også etablert strukturer for internkontroll og kvalitetsarbeid, og brukerne tilbys individuell plan og koordinator etter behov.

Revisjonens undersøkelser viser likevel enkelte forbedringspunkter. Oppfølging av kurs skjer i dag manuelt, og det finnes ikke et samlet digitalt system som gir oversikt over hvilke ansatte som har gjennomført hvilke kurs. Revisjonen vurderer at dette kan innebære risiko for manglende systematisk oppfølging av ansattes samlede kursdeltakelse over tid.

Videre viste revisjonens mappegjennomgang at det i ett av ti tilfeller manglet beskrivelse av hvordan tjenesten skulle gis, til tross for at det var fattet vedtak én måned tidligere. Selv om dette fremstår som et enkeltstående avvik, viser det at det kan forekomme forsinkelser i oppdatering av tiltaksplaner. Gitt det begrensede utvalget, kan det ikke utelukkes at lignende tilfeller forekommer i større omfang. Revisjonen vurderer avslutningsvis at kommunen har rutiner for å tilby individuell plan og koordinator, men at brukermedvirkning og praktisk tilrettelegging i gjennomføringen kan styrkes for målgruppen som helhet.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- vurdere å styrke digital oppfølging og dokumentasjon av kursgjennomføring for å sikre bedre oversikt og systematikk i kompetansearbeidet.
- sikre at nye tiltak innarbeides i tiltaksplanene uten unødig opphold, slik at alle brukere til enhver tid har oppdaterte planer som beskriver hvordan tjenestene skal gis.
- vurdere hvordan individuell plan og koordinator kan tilbys på en mer tilgjengelig og tilpasset måte for brukere med lav digital kompetanse, for eksempel gjennom støtte til bruk av digitale verktøy eller alternative løsninger.

6 KILDER

Dokumenter tilsendt fra kommunen

- Plan for psykisk helse (2023–2027), <https://www.moss.kommune.no/f/p1/i08538e04-b290-48f2-ad41-dffabcd0e5b1/strategisk-plan-for-psykisk-helse-moss-kommune-2023-2027.pdf>
- Midlertidig bolig leverandører
- Nav bruker uten fast bolig (UFB)
- Samleversikt rutiner fra 01.03.25 for fagområde sosial (utdrag)
- Antall boliger Moss kommune per august 2025
- Boligbistand rutine 2025
- Boligpolitisk plan for Moss 2024-2035, vedtatt av formannskapet 08.04.2025
- BOSA - vurdering av opptak Housing first
- BOSA - ansvarsfordeling område tildeling av bolig mellom BOSA og MKEiendom
- BOSA - info Housing first og interessesøknad
- BOSA - mandagsmøte Housing first
- BOSA - møteplan høst 2025
- BOSA - tildeling av samlokalisert bolig
- Evaluering prosjekt nødbolig
- Fidelity Housing first bekreftelse NAPHA
- Forskrift om tildeling av kommunal bolig i Moss kommune
- Fremdrift av implementering av boligsosial lov MK 2023-2026
- Housing first statistikk 2025
- MK Arbeidsinstruks miljøvaktmester MKE
- MK Miljøvaktmester statistikk 2025
- Moss HF fidelity samlet skår 10.05.24
- Mossemodellen prosjektbegrunnelse
- Møteplan BOSA 2025
- Organisering Moss kommune MKE og info Boligsosial avdeling 2025
- Samarbeidsavtale mellom Moss kommune og Frisk Seilas
- Statistikk tildeling av kommunale boliger
- Søknadsskjema kommunal bolig Moss kommune
- Vedlegg Boligliste MKE
- Vedlegg HTK mal ved tildeling av samlokalisert bolig
- Spisset mandat Boligråd Moss kommune
- BOSA – skjema for registrering av brukertilganger i KOBO fagsystem
- Databehandleravtale KOBO - Husbanken Moss kommune
- HELSE – Ansvar ved tildeling av leilighet i omsorgsbolig
- Mal for avslag på søknad om boligbistand fra kommunen
- Mal for avslag på søknad om kommunal bolig
- Mal for positivt vedtak om boligbistand
- Mal for positivt vedtak om kommunal bolig
- Nav bruker uten fast bosted (UFB)
- ROS DPIA KOBO kommunale boliger boligbistand
- Rapport intern kvalitetsrevisjon av kommunens psykiatritilbud

Mapper

- 10 anonymiserte mapper inkludert vedtak og tiltaksplan

Lover

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet (boligsosialloven)

Forskrifter

- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)

Veiledere, retningslinjer og rundskriv

- Alle trenger et trygt hjem, Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/alle-trenger-et-trygt-hjem-nasjonal-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024-2.des.20.pdf>
- Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser
- Molden og Røe, *Et felles ansvar*: NTNU 2018

7 VEDLEGG

7.1 Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 1 - Sikrer kommunen et forsvarlig botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser?

Kommunens ansvar om forsvarlig botilbud for personer med rus- og psykiske lidelser er forankret i lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (boligsosialloven). Formålet med loven er å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig, i dette innebærer det også å mestre boforholdet sitt.

Strategien *Alle trenger et trygt hjem (2021-2024)*⁷ nevnes det at det boligsosiale arbeidet er en viktig oppgave for kommunene.

I arbeidet med strategien ga både kommuner, organisasjoner og brukerrepresentanter uttrykk for at det er mange utfordringer knyttet til personer med rusavhengighet og psykiske lidelser, den såkalte ROP-gruppen. Denne gruppen har stor risiko for å oppleve bostedsløshet, og kommuner melder om at det er særlig utfordrende å gi dem et tilfredsstillende bolig- og tjenestetilbud. Det er utfordringer med å nå frem med tjenester kommunen anser som nødvendige for at personer med rusavhengighet og psykiske lidelser kan mestre boforholdet. Mange trekker også frem mangel på egnede botilbud til denne gruppen.

I henhold til organisering og planlegging, er det et krav til kommunen om samarbeid, oversikt over vanskeligstilte og utarbeiding av mål og strategier i kommunens planstrategi.

Boligsosialloven § 5 sier at;

Kommunen skal i sitt arbeid på det boligsosiale feltet sørge for samarbeid på tvers av sektorer og samordning av sine tjenester. For øvrig skal kommunen samarbeide med andre offentlige aktører som kan bidra til arbeidet for vanskeligstilte på boligmarkedet.

Kommunen skal ha en oversikt over behovet for både ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter [plan- og bygningsloven § 10-1](#). En drøfting av kommunens boligsosiale arbeid bør inngå i strategien. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplanen etter [plan- og bygningsloven kapittel 11](#) fastsette overordnede mål og strategier for det boligsosiale arbeidet. Målene og strategiene skal være egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten nevnt i første punktum.

Boligsosialloven § 5 annet ledd må ses i sammenheng med § 10, som sier at kravene til planstrategi og kommuneplan etter § 5 annet ledd skal være oppfylt senest fire år etter at loven tredder i kraft. Det betyr at kommunen har et krav om å ha en boligsosial planstrategi og forankre de overordnede målene og strategier for det boligsosiale arbeidet i kommuneplanens samfunnsdel innen juli 2027.

⁷ Alle trenger et trygt hjem, Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024) <https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/alle-trenger-et-trygt-hjem-nasjonal-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024-2.des.20.pdf>

Helsedirektoratets nasjonale veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne deler opp tilbudet kommunen bør ha i 3 hovedforløp:

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

I veilederen står det også at kommunen bør tilby helhetlige skadeforebyggende og skadereduserende tjenester og tiltak til personer med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Aktuelle tilbud og tjenester som blir nevnt i veilederen er:

- lavterskeltjenester- og tilbud som opprettholder eller forbedrer livskvalitet tross psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Det kan være hjelp og støtte til sosiale aktiviteter og opprette eller opprettholde et sosialt nettverk, for eksempel opprettelse av væresteder, turgrupper, matlagingsgrupper, aktivitetshus, gatefotball, aktiviteter i kommunal eller frivillig regi.
- tilbud som bidrar til å unngå forverring av psykisk og somatisk helse- eller rusmiddelproblemer, for eksempel samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og koordinator.
- tilbud som hjelp mot selvskadende eller selvdestruktiv atferd
- samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og tett oppfølging i perioder det er særlig viktig
- proaktiv oppfølging av somatisk helse, for eksempel gatenære lavterskel helsetilbud
- brukerrom
- samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste for jevnlige undersøkelser av kardiovaskulær helse, tilpasset støtte til røykeslutt, diabetes
- tilby rutinemessige undersøkelser av andre kjente somatiske tilstander med overhyppighet i den gruppen det er snakk om
- ordninger for rusmiddelanalyse av ulovlige rusmidler gir brukere innsikt i rusmiddelets innhold og styrke og særlig farlige rusmidler i omløp kan raskere identifiseres og bekjentgjøres
- matutdeling, tilgang til kondomer, tannbørster og hygieneartikler ofte i samarbeid med frivillig sektor

Videre har kommunen iht. boligsosialloven § 6 plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet, og vurdere hvilken bistand som skal gis. Bistandens art og omfang skal tilpasses den enkeltes behov.

Bistanden kan blant annet gå ut på å gi:

- gi råd og veiledning
- bo-mestring
- statlige og kommunale tjenestetilbud
- eller andre forhold av betydning for bosituasjonen.

Kommunen kan også gi:

- praktisk bistand, slik som hjelp til å søke støtte-, låne- og tilskuddsordninger
- kommunalt disponert bolig
- bistand i en konkret kjøps- eller leieprosess
- forebygge utkastelse

Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og rusbrukslidelser. Ansvar følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Boligen skal ivareta verdighet, trygghet og mulighet for medvirkning ifølge pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunen skal sikre handling og koordinering, tjenestene skal være helhetlige og samordnet, med tverrfaglig samarbeid.

Problemstilling 2 - Har kommunen etablert tilfredsstillende systemer og tiltak ved avdeling Fjellom for å sikre forsvarlige tjenester i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen?

Ifølge helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal kommunen sørge for forsvarlige og tilrettelagte helse- og omsorgstjenester. Virksomheten skal ha oversikt over behov for tjenester og risiko for svikt. Kommunen skal også sikre at bemanningen er tilpasset tjenestebehovet og at ansatte har nødvendig kompetanse.

Helsepersonelloven § 40 omhandler krav til pasientjournalens innhold. Den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger, herunder også for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt. Forskrift om pasientjournal §5-§8 fastslår hvilke opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal.

Helse og omsorgstjenesteloven § 8-1 tilsier at kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Helse og omsorgstjenesteloven §7-1 fastslår at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinering og individuell plan.

Videre gjelder forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

- § 6 – Plikten til å planlegge (inkl. oversikt over behov og risiko)
- § 7 – Plikten til å gjennomføre (inkl. kompetanse og bemanning)
- § 8 – Plikten til å evaluere
- § 9 – Plikten til å korrigere

Brukere og pårørende skal få informasjon og mulighet til å medvirke i utforming og evaluering av tjenestene sett opp mot Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 3-10, Forskrift § 7e og § 8d.

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i overstående, samt tidligere internrevisjon som ble gjennomført ved avdeling Fjellom.

7.2 Kommunedirektørens uttalelse

Kommunerevisjonen mottok per e-post 21. april 2026, følgende uttalelse fra kommunedirektør v/ direktør for Kultur, oppvekst og aktivitet KOA:

Kommunedirektøren takker Østre Viken kommunerevisjon IKS for en grundig og oversiktlig forvaltningsrevisjon av kommunens botilbud og tilhørende tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser, samt gjennomgangen av avdeling Fjellom.

Revisjonen viser at Moss kommune i stor grad ivaretar sitt ansvar for å sikre et forsvarlig botilbud til målgruppen. Det er positivt at revisjonen finner at kommunen har etablert gode rutiner for kartlegging av boligbehov, tverrfaglig koordinering og internkontroll, samt at det tilbys et bredt spekter av lavterskel- og oppfølgingstjenester som bidrar til å styrke boevne og livsmestring.

Samtidig tar kommunedirektøren til etterretning revisjonens vurdering av at tilgangen på egnede og differensierte boliger ikke fullt ut dekker det samlede behovet, særlig for personer med omfattende og sammensatte utfordringer. Disse kapasitetsutfordringene er kjent for kommunen og er adressert i bolig-politisk plan. Revisjonens funn understøtter behovet for fortsatt målrettet utvikling av boligtilbudet i tråd med vedtatte planer og prioriteringer.

Kommunedirektøren registrerer revisjonens anbefalinger knyttet til mer systematisk og proaktiv bruk av individuell plan og koordinator, og vurderer dette som et relevant forbedringsområde. Samtidig er det kommunedirektørens vurdering at kommunen også for brukere som ikke har individuell plan, sørger for koordinert oppfølging og samhandling mellom tjenester og tiltak.

Når det gjelder avdeling Fjellom, er det positivt at revisjonen vurderer at det i all hovedsak er etablert systemer og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester i tråd med helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Kommunedirektøren merker seg samtidig revisjonens forbedringspunkter knyttet til digital oppfølging av kompetanse, oppdatering av tiltaksplaner og tilrettelegging for individuell plan, og vil ta disse med i det videre arbeidet med kvalitetsforbedring og internkontroll.

Kommunedirektøren anser rapporten som et nyttig grunnlag for videre utviklingsarbeid.






Forvaltningsrevisjonsrapport

Final Audit Report

2026-04-21

Created:	2026-04-21
By:	Cecilie Gjerløv Engan (cegjen@ovkr.no)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAfS0mH-NRnJYtaD1sBMN15SztGASlppRI

"Forvaltningsrevisjonsrapport" History

-  Document created by Cecilie Gjerløv Engan (cegjen@ovkr.no)
2026-04-21 - 11:19:23 AM GMT
-  Document emailed to Casper Støten (cassto@ovkr.no) for signature
2026-04-21 - 11:21:50 AM GMT
-  Email viewed by Casper Støten (cassto@ovkr.no)
2026-04-21 - 11:23:06 AM GMT
-  Document e-signed by Casper Støten (cassto@ovkr.no)
Signature Date: 2026-04-21 - 11:23:41 AM GMT - Time Source: server
-  Agreement completed.
2026-04-21 - 11:23:41 AM GMT