

Rapport

MOSS KOMMUNE

07.09.2026

Forvaltningsrevisjon **Arbeidsmiljø for ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie**

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen.....	4
3	Fremgangsmåte	5
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	5
3.2	Om revisjonskriterier	5
3.3	Revisjonsmetoder	5
4	Psykososialt arbeidsmiljø i omsorgssektoren	8
4.1	Revisjonskriterier	8
4.2	Datagrunnlag	10
4.2.1	Organisering av Helse og mestring	10
4.2.2	Systematisk HMS- og internkontrollarbeid	13
4.2.3	Mål, ansvar og risikovurderinger knyttet til psykososialt arbeidsmiljø.....	19
4.3	Vurderinger	45
4.3.1	Systematisk HMS- og internkontrollarbeid	45
4.3.2	Mål, ansvar og risikovurderinger knyttet til psykososialt arbeidsmiljø.....	47
4.4	Konklusjon og anbefalinger	52
5	Kilder og litteratur.....	53
6	Vedlegg	55
6.1	Utlledning av revisjonskriterier	55
6.2	Kommunedirektørens høringsuttalelse	58

1 SAMMENDRAG

Revisjonens fremgangsmåte

Denne forvaltningsrevisjonsrapporten besvarer følgende problemstilling: Hvordan sikrer Moss kommune det psykososiale arbeidsmiljøet for ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie?

Revisjonens vurderinger bygger på fastsatte revisjonskriterier, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Kriteriene utgjør den objektive målestokken som faktagrunnlaget vurderes opp mot, og skal være relevante, konkrete og tilpasset kravene som gjelder for kommunen. Revisjonskriteriene kan blant annet utledes fra lov og forskrift, politiske vedtak, kommunale retningslinjer, anerkjent teori og praksis i sammenlignbare virksomheter.

Faktagrunnlaget er innhentet gjennom dokumentanalyse og intervjuer. Revisjonen har gjennomgått blant annet årsrapporter, virksomhetsplaner, risikovurderinger og styringsdokumenter knyttet til HMS og arbeidsmiljø. Det er i tillegg gjennomført ti intervjuer med ledere, tillitsvalgte og verneombud innen sykehjem og omsorgsboliger. Alle intervjureferater er verifisert av intervjuobjektene. På grunn av prosjektets ressursmessige rammer ble intervjuundersøkelsen avgrenset til disse tjenesteområdene.

Revisjonen vurderer at kombinasjonen av dokumentanalyse og intervjuer gir et tilstrekkelig grunnlag for å belyse kommunens organisering, styringssystemer og praktiske arbeid med HMS og psykososialt arbeidsmiljø. Metodenes begrensninger er samtidig tatt hensyn til i vurderingene.

Behandling av personopplysninger skjer med hjemmel i kommuneloven §§ 24-2 og 24-10. Revisjonen søker å begrense bruken av personopplysninger, benytter som hovedregel stillingstitler fremfor navn og oppbevarer intervjudata i anonymisert form.

Revisjonens funn og konklusjoner

Forvaltningsrevisjonen viser at Moss kommune i hovedsak har etablert systemer, rutiner og organisatoriske strukturer som skal bidra til å sikre et forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø. Kommunen har et overordnet og dokumentert HMS- og internkontrollsystem som omfatter de undersøkte tjenesteområdene, med tydelig beskrivelse av ansvar, myndighet og rapporteringslinjer. Internkontrollen understøttes av etablerte møte- og samarbeidsarenaer, digitale kvalitetssystemer og et årshjul for rapportering og oppfølging.

Kommunen har i hovedsak skriftlige rutiner for kartlegging, risikovurdering, tiltak, avvikshåndtering og evaluering. Revisjonen peker likevel på at risikovurderinger gjennomføres ved bruk av en separat mal utenfor kvalitetssystemet Samsvar, noe som kan gjøre det vanskeligere å sikre en enhetlig praksis og systematisk oppfølging. Det er også enkelte utfordringer knyttet til gjennomføring av planlagte HMS-aktiviteter på virksomhetsnivå. Revisjonen mener derfor at kommunen bør sikre mer helhetlige og enhetlige rutiner for risikovurdering, og bedre dokumentere og følge opp aktiviteter som ikke gjennomføres som planlagt.

Ledere og verneombud har i hovedsak kjennskap til HMS-systemet og hvordan dette brukes i praksis. Bildet er mer sammensatt blant øvrige ansatte. Enkelte opplever avvikssystemet som krevende, og revisjonen finner indikasjoner på underrapportering av HMS-avvik. Dette kan svekke kommunens styringsinformasjon og muligheten til å identifisere risiko og lære av hendelser. Kommunen bør derfor styrke opplæring, tilgjengeliggjøring av rutiner og den praktiske kompetansen i bruk av avvikssystemet.

Kommunen har fastsatt HMS-mål som omfatter psykososialt arbeidsmiljø, og ansvar og myndighet er i hovedsak tydelig plassert i linjeorganisasjonen. Det er gjennomført relevante risikovurderinger som omfatter blant annet arbeidsbelastning, emosjonelle krav, vold og trusler, rolleklarhet og psykologisk trygghet. Revisjonen påpeker samtidig at planverk alene ikke dokumenterer at risikovurderinger faktisk er gjennomført i alle avdelinger.

Kommunen har iverksatt en rekke tiltak som er relevante for identifiserte psykososiale risikoforhold, blant annet debriefing, refleksjonsgrupper, kollegastøtte, kompetanseheving, tilrettelegging og tiltak knyttet til vold og trusler. Det er også etablert arenaer og systemer for oppfølging og evaluering. Revisjonen vurderer derfor at kommunen i hovedsak oppfyller kravene til å iverksette og følge opp tiltak, men påpeker at underrapportering av HMS-avvik kan svekke grunnlaget for å vurdere tiltakenes effekt. Verneombudsordningen er etablert, og verneombud involveres i HMS-arbeidet. Det fremkommer at enkelte verneombud opplever begrenset tid til vervet, og at utførelse av verneombudsoppgaver kan øke belastningen på kollegaer. Kommunen bør derfor sikre at alle verneombud har nødvendig opplæring, og systematisk vurdere om de har tilstrekkelig tid og praktiske rammer til å ivareta vervet. Kommunens arbeidsmiljøutvalg vurderes i hovedsak å være tilfredsstillende organisert og behandler relevante saker om blant annet arbeidsmiljø, sykefravær, omstillinger og HMS-avvik.

Kommunen har også i hovedsak sikret nødvendig HMS- og arbeidsmiljøkompetanse hos ledere. Revisjonen peker likevel på at stort kontrollspenn, begrenset tid til ledelsesoppgaver og manglende stedfortrederfunksjoner kan redusere ledernes mulighet til å bruke kompetansen i praksis. Kommunen bør derfor vurdere om kontrollspenn, oppgavefordeling, støttefunksjoner og stedfortrederordninger gir avdelingslederne reelle forutsetninger for å ivareta personal- og arbeidsmiljøansvaret.

Revisjonens samlede vurdering er at Moss kommune i hovedsak har etablert systemer, strukturer og arbeidsformer som legger til rette for et systematisk HMS-arbeid og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet. Kommunen har et overordnet og dokumentert internkontrollsystem, fastsatte HMS-mål, tydelig plassering av ansvar og myndighet og etablerte arenaer for medvirkning, oppfølging og evaluering. Det er også gjennomført relevante risikovurderinger og iverksatt tiltak knyttet til sentrale psykososiale risikoforhold. Samtidig viser undersøkelsen enkelte svakheter i hvordan systemene fungerer i praksis. Ansattes kjennskap til HMS-rutiner og bruk av avvikssystemet varierer, og det er indikasjoner på underrapportering av HMS-avvik.

Revisjonen finner videre at verneombudsordningen og HMS-opplæringen i hovedsak er etablert, men at det er behov for bedre systematikk i vurderingen av verneombudenes tids- og ressursbehov. Det fremkommer også at høyt kontrollspenn og begrenset kapasitet hos ledere kan redusere muligheten til å følge opp arbeidsmiljøarbeidet systematisk i praksis.

På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kommunen i all hovedsak oppfyller revisjonskriteriene, men at det er behov for å styrke den praktiske gjennomføringen og oppfølgingen for å sikre en mer enhetlig og robust HMS-praksis.

Revisjonens anbefalinger

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- a) iverksette tiltak for å redusere risikoen for underrapportering av HMS-avvik og sikre en felles forståelse av hvilke hendelser som skal registreres

- b) foreta systematiske vurderinger av om verneombudene har nødvendig opplæring, tilstrekkelig tid og øvrige rammebetingelser til å utføre vervet, uten at dette i urimelig grad øker arbeidsbelastningen for øvrige ansatte.
- c) vurdere om ledernes kontrollspenn, oppgavefordeling, støttefunksjoner og stedfortrederordninger gir tilstrekkelig kapasitet til systematisk arbeidsmiljøoppfølging

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 vedtatt i kommunestyret i Moss kommune 10.09.2024 i sak 091/24.

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 02. februar 2026. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

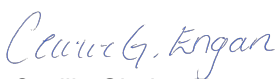
Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet februar - september 2026. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

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 27.08.26 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til rådmannen/kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av vedlegg 6.2.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Frank Willy Vindløv Larsen 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 kontaktpersonen og andre som har deltatt for et godt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 7. september 2026


Cecilie Gjerløv Engan
oppdragsansvarlig revisor


Frank Willy Vindløv Larsen
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 og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstilling:

Hvordan sikrer Moss kommune det psykososiale arbeidsmiljøet for ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie?

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

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har årsrapporter, virksomhetsplaner, risikovurderinger og andre styringsdokumenter vedrørende arbeidsmiljø og HMS-arbeid vært sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen og hentet ut fra kommunens kvalitetssystem. Oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 5.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 10 intervjuer:

- Fagsjef Helse og mestring
- Virksomhetsleder heldøgnsomsorg Moss
- Virksomhetsleder heldøgnsomsorg Jeløy
- To avdelingsleder Orkerød sykehjem
- Avdelingsledere Grindvold omsorgsbolig
- Tillitsvalgt, Grindvold omsorgsbolig
- Tillitsvalgt Orkerød sykehjem
- Verneombud Grindvold
- Verneombud Orkerød

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 overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser. Gitt de ressursmessige rammene som ble vedtatt for dette prosjektet valgte revisjonen og gjennomføre intervjuene med ledelse og personale innenfor sykehjem og omsorgsboliger.

Vurdering av dataenes troverdighet

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet dokumentanalyse og intervjuer av ansatte som metode for innhenting av data.

Det er revisjonens vurdering at dokumenter som årsrapporter, virksomhetsplaner, risikovurderinger og andre styringsdokumenter vedrørende arbeidsmiljø og HMS-arbeid, bidrar til å gi revisjonen oversikt over blant annet organisering, målsettinger og praksis, samt at disse dokumentene gir innsikt i bakgrunn, prosesser og utvikling over tid. Dokumentasjon er ofte nødvendig for å vise at krav i lover og forskrifter er oppfylt, og kan eksempelvis vise hvorvidt rutiner følges, og på hvilken måte virksomheten jobber systematisk og planmessig med HMS. I tillegg til vår dokumentforespørsel, har kommunen stått fritt til å sende inn den dokumentasjonen de selv mener er relevant for revisjonen utover det som er forespurt. Vi har etterstrebet å gå gjennom de samlede dokumentene på en nøytral måte, og vi har ikke ekskludert noen dokumenter.

Revisjonen har gjennomført i alt 10 intervjuer med kommunale ledere, tillitsvalgte og verneombud. Vi erfarer at intervjuene har gitt oss nødvendig innsikt i kommunens styringssystemer, og kommunens arbeid med HMS og arbeidsmiljø. Intervjuene har samlet sett bidratt til å gi oss verdifull informasjon i denne revisjonen.

Bruk av personopplysninger

Revisjonens grunnlag for å behandle personopplysninger i forbindelse med forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er kommuneloven § 24-2 og § 24-10. Det kreves ikke samtykke til behandling av personopplysninger som er dekket av innsynsretten.

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, redokumenter 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.

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn, telefonnummer og epost-adresser til ansatte i kommunen og vi har gjennomført intervjuer med brukere. 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. Referater fra brukerintervjuene er skrevet i anonymisert form, og innholdet kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner i rapporten.

Bruken av personopplysninger er likevel 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. Den samlede informasjonen fra brukerintervjuer vil oppbevares beskyttet under vårt arbeid. Skriftlig nedfelte personopplysninger som navn og telefonnummer fra brukerintervjuer slettes umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene. Intervjureferatene oppbevares i anonymisert form i våre systemer.

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

4 PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ I OMSORGSSEKTOREN

Problemstilling:

Hvordan sikrer Moss kommune det psykososiale arbeidsmiljøet for ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie?

4.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.

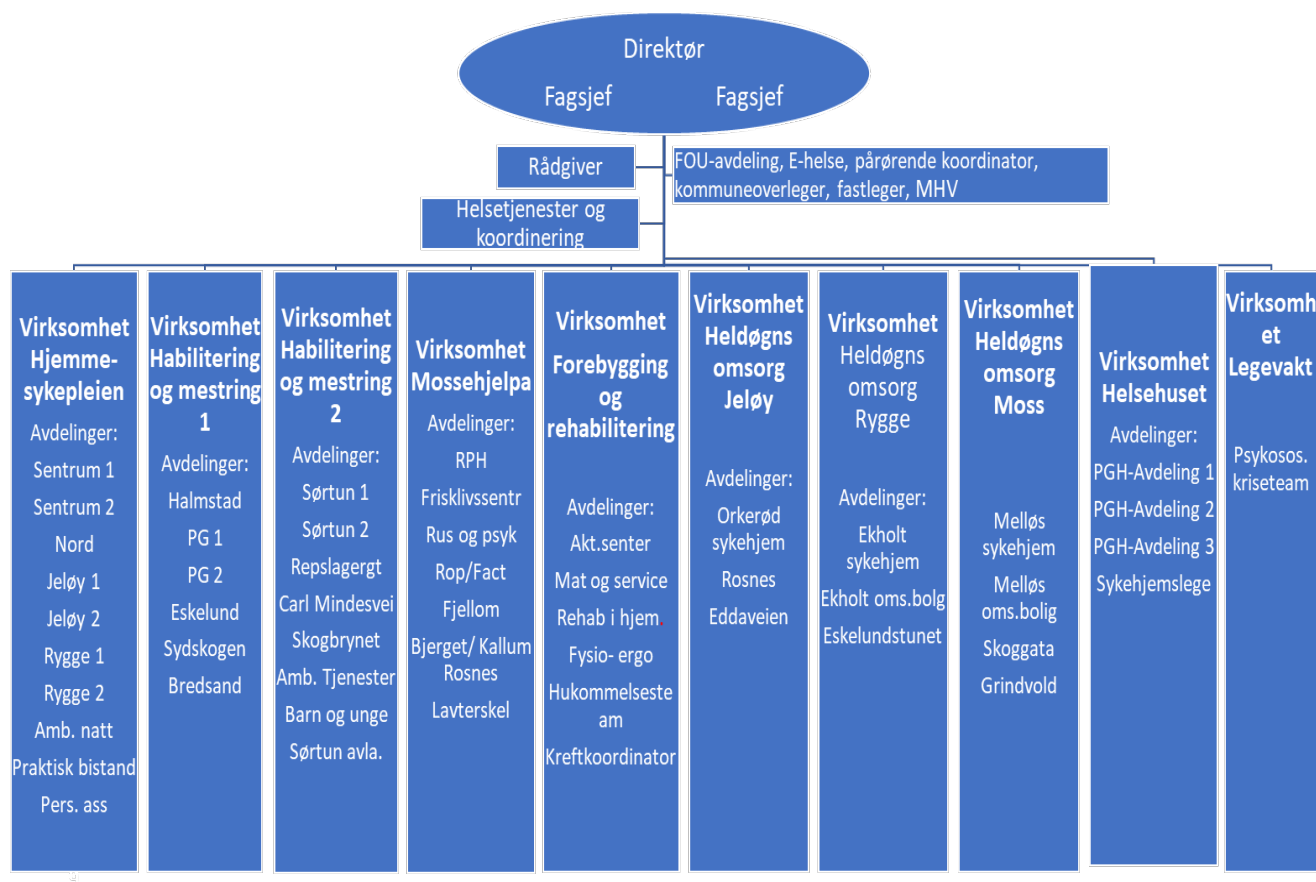
Moss kommune skal:

- ha et systematisk og dokumentert HMS- og internkontrollsystem, jf. aml. § 3-1 og internkontrollforskriften §§ 4–5.
Dette innebærer at kommunen skal:
 - dokumentere et overordnet HMS-/internkontrollsystem som også gjelder de undersøkte tjenesteområdene
 - ha et HMS-systemet som inneholder skriftlige rutiner for kartlegging, risikovurdering, tiltak, avvikshåndtering og evaluering
 - ha ledere og ansatte i de aktuelle tjenestene som kjenner til HMS-systemet og beskriver hvordan det brukes i praksis
 - dokumentere at internkontrollen følges opp jevnlig (for eksempel gjennom årlige gjennomgang, rapportering eller forbedringstiltak)
- ha fastsatte HMS-mål, klar ansvarsfordeling og gjennomførte risikovurderinger av psykososiale forhold, jf. internkontrollforskriften § 5.
Dette innebærer at kommunen skal:
 - ha fastsatt mål for HMS-arbeidet som eksplisitt eller implisitt omfatter psykososialt arbeidsmiljø
 - tydelig plassere ansvar og myndighet for arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet
 - ha gjennomført risikovurderinger som omfatter psykososiale forhold, som arbeidspress, emosjonelle belastninger, vold og trusler
 - ha risikovurderingene som er relevante for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie
- ha iverksatt og fulgt opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø, jf. aml. §§ 4-1 og 4-3.
Dette innebærer at kommunen skal:
 - dokumentere at identifiserte psykososiale risikoforhold følges opp med konkrete tiltak
 - sikre at tiltakene er relevante for risikoen som er identifisert (for eksempel tiltak mot vold og trusler i demensomsorgen)
 - sikre at det foreligger rutiner for oppfølging og evaluering av tiltakene
 - sikre at ansatte og ledere opplever at tiltak faktisk er iverksatt og har betydning for arbeidshverdagen
- ha valgt og involvert verneombud i tråd med aml. §§ 6-1 og 6-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap. 3.
Dette innebærer at kommunen skal sikre at:
 - det er valgt verneombud (og hovedverneombud der det er relevant) i tråd med kommunens organisering
 - verneombudenes verneområder er tydelig definert

- verneombudene har gjennomført lovpålagt opplæring
 - verneombud deltar i planlegging, risikovurdering og oppfølging av tiltak som berører arbeidsmiljøet
 - verneombud selv bekrefter at de involveres og har tilstrekkelig tid og rammer til å utføre vervet
- ha arbeidsmiljøutvalg som fungerer i samsvar med aml. §§ 7-1 og 7-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 2-1 og 2-3
 Dette innebærer at kommunen skal sikre at:
 - arbeidsmiljøutvalg er etablert der loven krever det, inkludert eventuelle lokale AMU ved adskilte driftsenheter
 - AMU behandler saker som gjelder psykososialt arbeidsmiljø, herunder vold, trusler og arbeidsbelastning
 - det foreligger referater som dokumenterer AMUs involvering i risikovurderinger og tiltak
 - AMU utarbeider eller bidrar til handlingsplaner for HMS-arbeidet
 - AMU avgir årlig rapport eller tilsvarende dokumentasjon på sin virksomhet
 - sikre at ledere har nødvendig HMS- og arbeidsmiljøkompetanse, jf. aml. §§ 3-2 og 3-5
 Dette innebærer at:
 - kommunen kan dokumentere at ledere med personalansvar har gjennomført HMS-opplæring
 - ledere har kunnskap om kravene til psykososialt arbeidsmiljø etter arbeidsmiljøloven kapittel 4
 - ledere kan redegjøre for hvordan de arbeider forebyggende med psykososiale utfordringer
 - ledere følger opp arbeidsmiljøutfordringer på en strukturert og forutsigbar måte

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Organisering av Helse og mestring



Tjenesteområdet Helse og mestring

Ifølge Moss kommunes årsrapport er kommunalområde Helse og mestring organisert i elleve virksomheter. Av disse er virksomhetene Hjemmesykepleien og Heldøgns omsorg sentrale for denne forvaltningsrevisjonen.

Virksomheten Hjemmesykepleien ble fra 2025 samlet i én virksomhet og har i underkant av 200 årsverk. I tillegg til hjemmesykepleie er også praktisk bistand og natttjenesten organisert i virksomheten. Hjemmesykepleien yter helse- og omsorgstjenester til brukere i eget hjem.

Virksomhetsområdet Heldøgns omsorg består av tre virksomheter med til sammen om lag 460 årsverk. Disse virksomhetene har ansvar for tjenestene som ytes i kommunens sykehjem og samlokaliserte omsorgsboliger, som i hovedsak er rettet mot eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Tildeling av individuelle helse- og omsorgstjenester skjer gjennom virksomheten Helsetjenester og koordinering, som fatter vedtak om tjenester innen kommunalområdet.

Kommunalområdet støttes videre av virksomhetsovergrepene funksjoner som blant annet fysioterapi, ergoterapi, hukommelsesteam, kreftsykepleie og andre fag- og utviklingsfunksjoner. Direkte under kommunalområdet er det også organisert sentrale støttefunksjoner innen blant annet velferdsteknologi, systemforvaltning, fastlegeordningen og fagutvikling.

Tjenestene innen kommunalområde Helse og mestring ytes i hovedsak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Loven pålegger kommunen å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven utgjør også sentrale rettslige rammer for tjenesteutøvelsen.

Årsrapporten opplyser at året 2025 var preget av omfattende omstillingstiltak og et vedvarende høyt press på helse- og omsorgstjenestene. Kommunen viser til at etterspørselen etter tjenester har økt som følge av demografiske endringer, flere brukere med omfattende bistandsbehov, folkehelseutfordringer og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig har økonomiske rammebetingelser og utfordringer med å rekruttere helsepersonell gjort det nødvendig å gjennomføre effektiviseringstiltak.

Høsten 2024 gjennomførte Agenda Kaupang³, etter bestilling av Moss kommune, en tjenestegjennomgang av kommunalområdet helse og mestring. Gjennomgangen ble presentert i rapporten «Tjenestegjennomgang av kommunalområdet Helse og mestring»⁴. Årsrapporten opplyser at denne gjennomgangen av tjenestene har vært et sentralt grunnlag for omstillingsarbeidet. Gjennomgangen identifiserte et potensial for effektivisering, og kommunen opplyser at flere av anbefalingene er fulgt opp. Innen hjemmesykepleien viste analysen blant annet mange kortvarige oppdrag og en tildelingspraksis som ga grunnlag for mer målrettet ressursbruk. Kommunen opplyser at virksomheten har endret arbeidsformer, organisert kompetansen mer fleksibelt mellom avdelingene og økt tiden ansatte tilbringer hos brukerne. Arbeidet med digital hjemmesykepleie ble også igangsatt høsten 2025.

For heldøgns omsorg er det gjennomført strukturelle endringer. Eddaveien omsorgsbolig er omgjort til trygghetsbolig, mens Melløs sykehjem videreføres med redusert kapasitet. Kommunen opplyser at endringene inngår i arbeidet med en helhetlig omsorgsplan og utvikling av framtidige bo- og omsorgstilbud.

Kommunen gjennomførte i 2025 et omfattende forbedringsarbeid for å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet ble igangsatt etter alvorlige bruker- og pårørendeopplevelser og som oppfølging av kommunestyrets vedtak om en 13-punkts tiltaksplan. Tiltakene har vært rettet mot blant annet styring, ledelse, kvalitetsutvikling og mer forutsigbare tjenester.

Som del av forbedringsarbeidet gjennomførte KS Konsulent en anonym lederevaluering. Evalueringen viste at kommunen hadde etablerte systemer for kvalitetsarbeid, men avdekket samtidig variasjoner mellom virksomhetene når det gjaldt opplæring av nyansatte, avvikshåndtering, psykologisk trygghet og ytringskultur. Det ble anbefalt blant annet styrket opplæring i avvikshåndtering, tydeligere rolleforståelse, mer systematisk arbeid med psykologisk trygghet og styrket partssamarbeid.

En ekstraordinær medarbeiderundersøkelse høsten 2025 bekreftet flere av funnene fra lederevalueringen. Undersøkelsen viste blant annet utfordringer knyttet til psykologisk trygghet, opplevelsen av medvirkning ved endringer, manglende effekt av avvikssystemet og begrenset kjennskap til varslingsrutinene. På bakgrunn av resultatene ble det iverksatt tiltak som lederopplæring, arbeid med handlingsplaner i virksomhetene, utvikling av en kulturplakat for kvalitetsforbedring og en pilot for psykologisk trygghet på sykehjemsavdelinger.

Kommunen opplyser videre at tillitsvalgte og verneombud har vært sentrale aktører i forbedringsarbeidet, blant annet innen kvalitetsutvikling, avvikshåndtering og opplæring. Det er også gjennomført tiltak

³ Agenda Kaupang er et konsulentselskap som til tilbyr analyse, utredning og rådgivning innenfor ledelse, styring økonomi, organisasjonsutvikling m.m.

⁴ [Rapport - Agenda Kaupang](#)

for å styrke pårørendesamarbeidet gjennom forbedrede rutiner for inntakssamtaler, pårørendesamtaler, behovskartlegging og etterlattsamtaler.

Samlet beskriver kommunen 2025 som et år med omfattende omstillings- og forbedringsarbeid. Arbeidet videreføres i 2026 med særlig vekt på kvalitetsforbedring, avvikshåndtering, kompetanseutvikling, arbeidsmiljø, psykologisk trygghet, lederstøtte og pårørendeinvolvering.

Ifølge årsrapporten hadde kommunalområde Helse og mestring et samlet mindreforbruk på 2,7 mill. kroner sammenlignet med revidert budsjett i 2025. Samtidig viser rapporten at det var betydelige variasjoner mellom virksomhetene, hvor enkelte områder hadde merforbruk mens andre hadde mindreforbruk.

Kommunen opplyser at merforbruket i hovedsak var knyttet til heldøgns omsorg, herunder sykehjem, omsorgsboliger, helsehus, avlastning og kjøp av tjenester. Dette forklares blant annet med høyt tjenestebehov, rekrutteringsutfordringer og sykefravær. I perioder var det nødvendig å benytte bemanningsbyrå og overtid for å sikre tilstrekkelig bemanning og nødvendig kompetanse.

Årsrapporten viser samtidig at det gjennom 2025 ble arbeidet med en rekke tiltak for å redusere kostnadene. Dette omfattet blant annet strammere ressursstyring, begrenset bruk av innleie, tilbakeholdenhet med å besette ledige stillinger der dette ble vurdert som forsvarlig, samt redusert bruk av driftsmidler. Kommunen opplyser videre at alle planlagte innsparingstiltak i økonomiplanen for 2025–2028 ble igangsatt, selv om enkelte tiltak hadde forsinket økonomisk effekt.

Kommunen opplyser at arbeidet med å stabilisere driften, redusere sykefraværet og sikre en bærekraftig økonomi i helse- og omsorgstjenestene videreføres.

4.2.2 Systematisk HMS- og internkontrollarbeid

4.2.2.1 Overordnet internkontrollsystem – Moss kommune

Det overordnede internkontrollsystemet i Moss kommune er beskrevet i dokumentene:

- MK Organisering av internkontrollutvalg for kvalitet, sikkerhet og personvern
- MK Virksomhetsstyring del av internkontroll og kvalitet i Moss kommune

Dokumentet «MK Organisering av internkontrollutvalg for kvalitet, sikkerhet og personvern» beskriver organiseringen av internkontrollutvalg for kvalitet, sikkerhet og personvern i Moss kommune. Formålet er å tydeliggjøre samordningen mellom overordnede, sentrale og lokale internkontrollutvalg. Kommunedirektørens ledergruppe (KLG) fungerer som kommunens overordnede internkontrollutvalg, mens et sentralt internkontrollutvalg ledes av informasjonssikkerhetsansvarlig og består av sentrale fagroller samt representanter fra hvert kommunalområde. I tillegg etableres lokale internkontrollutvalg. De interne internkontrollutvalgene har ansvar for oppfølging av internkontroll innen eget område. Dokumentet fastsetter også mandatet til de ulike nivåene. KLG skal blant annet beslutte strategier, gjennomføre overordnede risikovurderinger og delegere ansvar. Det sentrale utvalget skal utvikle og behandle felles retningslinjer, strategier og revisjonssvar som gjelder flere kommunalområder. Lokale internkontrollutvalg, det vil si innenfor det enkelte kommunalområde, skal behandle prosedyrer, gjennomføre risikovurderinger og følge opp revisjoner innen eget område. Sentrale fagpersoner i stab bistår lokale utvalg med faglige innspill, opplæring og oppfølging ved behov.

Dokumentet «MK Virksomhetsstyring – del av internkontroll og kvalitet i Moss kommune» redegjør for prinsippene for virksomhetsstyring i kommunen og hvordan dette inngår i arbeidet med internkontroll og kvalitetsutvikling. Virksomhetsstyringen bygger på fire sentrale elementer: mål- og resultatstyring, risikostyring, internkontroll samt forbedring og innovasjon. Mål fastsettes i kommuneplanen og konkretiseres videre i økonomiplan, årsbudsjett og virksomhetsplaner. Oppfølging av måloppnåelse skjer blant annet gjennom indikatorer og rapportering i måneds-, tertial- og årsrapporter. Risikostyring skal bidra til å forebygge uønskede hendelser ved å identifisere, vurdere og håndtere risiko, samt sikre systematisk avvikshåndtering og oppfølging av kontrolltiltak.

Internkontroll inngår i kommunens egenkontroll, som består av kommundirektørens internkontroll med administrasjonen og kontrollutvalgets kontroll med den kommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret. Internkontrollen omfatter planlegging, organisering, gjennomføring, rapportering og evaluering av aktiviteter for å sikre måloppnåelse og etterlevelse av lover og regler. Kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for at internkontrollen fungerer i hele organisasjonen, mens øvrige ledernivåer har ansvar for oppfølging innen egne virksomheter. Resultater fra internkontroll og statlige tilsyn rapporteres årlig til kommunestyret. Kommunedirektøren har ansvar for at internkontrollen fungerer tilfredsstillende i alle deler av organisasjonen. Dokumentet beskriver at dette innebærer:

- å kommunisere forventninger til kommunens internkontroll
- å sørge for en enhetlig struktur og metodikk for kommunens internkontrollarbeid
- å følge opp at internkontrollen er effektiv, hensiktsmessig og tilpasset risikobildet
- å følge opp at myndighet delegert til lederne blir forsvarlig ivaretatt

Det enkelte kommunalområde, med tilhørende virksomheter, har gjennom videredelegert myndighet og fullmakt fra kommundirektøren ansvar for internkontrollen i egen virksomhet. Dette innebærer:

- å utvikle og praktisere internkontroll som en integrert del av virksomhetens prosedyrer og rutiner
- å følge opp at virksomhetens internkontroll er effektiv, hensiktsmessig og tilpasset risikobildet
- å rapportere vesentlig risiko og svikt i internkontrollen til fullmaktsnivået over, både knyttet til områdeovergripende prosesser og tjenestespesifikke prosesser
- å rapportere tiltak som har hatt positive effekter som organisasjonen kan lære av
- å følge opp at den myndigheten som er delegert fra kommundirektøren blir forsvarlig ivaretatt

- å ivareta medvirkning i kvalitetsarbeidet i medbestemmelsesmøter med tillitsvalgte og verneombud

Kommunedirektøren skal minst én gang årlig rapportere til kommunestyret om internkontroll og resultatet av statlige tilsyn, jf. årsrapporten.

Fagsjef helse og mestring opplyser at kommunen ivaretar HMS- og internkontrollarbeidet gjennom etablerte styrings- og kvalitetssystemer. Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) inngår som en del av kvalitetssystemet Samsvar. Modulen for ROS-analyser i Samsvar er imidlertid ikke ferdigstilt, og kommunen benytter derfor foreløpig en egen mal utenfor systemet ved gjennomføring av slike analyser.

Videre viser fagsjef til at kommunen har etablert et avvikssystem og flere faste møtearenaer for oppfølging av HMS- og internkontrollarbeidet.

Kommunens internkontroll er forankret i en overordnet styringsstruktur med klare ansvars- og rapporteringslinjer fra virksomhetsnivå til kommunalområdenivå. Arbeidet understøttes av faste møte- og samarbeidsarenaer, herunder AMU, LAMU, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter, hvor sentrale temaer innen HMS, kvalitet og arbeidsmiljø følges opp systematisk. Internkontrollen bygger på felles rutiner, prosedyrer og digitale styringssystemer, kombinert med lokale tilpasninger i virksomhetene. Et årshjul med faste rapporterings- og oppfølgingsaktiviteter skal bidra til en strukturert oppfølging av internkontrollen og sikre at styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeidet.

På virksomhetsnivå opplyser informantene at internkontrollen er integrert i den ordinære ledelsen gjennom regelmessige ledermøter, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter. Oppfølgingen er risikobasert og bygger på analyser av blant annet avvik, sykefravær, risikovurderinger og medarbeiderundersøkelser. Informantene beskriver samtidig et kontinuerlig arbeid med å styrke etterlevelsen av rutiner, forbedre avvikskulturen og legge til rette for læring og erfaringsdeling mellom virksomheter og avdelinger. Detaljer om de enkelte elementene i internkontrollen omtales nærmere i de påfølgende delkapitlene.

4.2.2.2 Skriftlige rutiner for kartlegging, risikovurdering, tiltak, avvikshåndtering og evaluering

Revisjonen har gjennomgått prosedyren «Helse – Ledelsens gjennomgang». Prosedyren beskriver hvordan ledelsens gjennomgang skal gjennomføres i kommunalområde Helse og mestring for å sikre at ledelsessystemet for kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og internkontroll er hensiktsmessig, tilstrekkelig og effektivt. Prosedyren omfatter alle ledere og ansatte i helse- og mestringstjenesten og plasserer ansvar hos kommunalsjef, fagsjefer, virksomhetsledere og avdelingsledere.

Ledelsens gjennomgang skal gjennomføres minst én gang årlig på tre organisatoriske nivåer: avdeling, virksomhet og kommunalsjefsnivå. Som grunnlag for gjennomgangen skal virksomhetene analysere og evaluere blant annet brukertilfredshet, avvik og uønskede hendelser, tidligere forbedringstiltak, risikovurderinger, tilsyn, internkontroller samt mål- og handlingsplaner. På bakgrunn av analysene skal det utarbeides, prioriteres og besluttet konkrete forbedringstiltak med angivelse av ansvarlig og frist for gjennomføring. Resultatene behandles videre på direktørnivå, hvor ytterligere forbedringstiltak kan besluttet. Ved behov skal status og planlagte forbedringstiltak rapporteres til helse- og mestringsutvalget.

Orkerød

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at kartlegging av arbeidsmiljørisiko gjennomføres ved hjelp av flere metoder, herunder medarbeiderundersøkelser, personalmøter, vernerunder og risikovurderinger. Risikovurderingene omfatter blant annet forhold knyttet til vold og trusler, sykefravær og det generelle arbeidsmiljøet.

Videre opplyses det at avdelingen har egne IA- og HMS-planer som er utarbeidet med medvirkning fra ansatte. Tiltakene i planene gjennomgås jevnlig, og det er etablert handlingsplaner basert på resultatene fra kartleggingene. Avdelingen arbeider også systematisk med faglige dager i turnus som virkemiddel for å identifisere og håndtere utfordringer i arbeidsmiljøet.

Avdelingen deltar i et bransjeprogram i samarbeid med NAV, hvor rolleforståelse og avklaring av ansvar er sentrale temaer. Verneombud og tillitsvalgte har vært involvert i dette arbeidet.

Ifølge avdelingsleder er informasjon og dokumentasjon tilgjengelig for ansatte gjennom Teams. Samtidig uttrykkes det usikkerhet om hvorvidt alle ansatte benytter denne informasjonskanalen aktivt. Personalmøter benyttes derfor også som en viktig arena for informasjon og kommunikasjon.

Avdelingsleder opplyser videre at det registreres relativt få HMS-avvik sammenlignet med kvalitetsavvik. Dette vurderes som en indikasjon på at det kan forekomme underrapportering av HMS-relaterte hendelser.

Oppfølgingen av HMS-arbeidet dokumenteres gjennom møter, medarbeiderundersøkelser, handlingsplaner og annen skriftlig dokumentasjon som gjøres tilgjengelig for ansatte i Teams.

I tillegg formidles informasjon og resultater muntlig gjennom personalmøter og faglige samlinger. Disse arenaene benyttes både til informasjon, oppfølging av tiltak og dialog om arbeidsmiljørelaterte forhold.

Avdelingsleder opplyser at arbeidsmiljøavvik håndteres gjennom etablerte systemer og møtefora. Oppfølgingen skjer som en del av virksomhetens ordinære HMS- og internkontrollarbeid.

Det arbeides samtidig aktivt med å styrke de ansattes kompetanse knyttet til registrering og håndtering av avvik. Ifølge avdelingsleder er underrapportering en kjent utfordring i avdelingen, og temaet følges derfor opp særskilt i personalmøter og andre interne arenaer.

Grindvold

Tillitsvalgt ved Grindvold opplyser at ansatte involveres i kartlegging av arbeidsmiljøutfordringer gjennom ulike formelle og uformelle arenaer. Ifølge informanten håndteres mange utfordringer direkte av leder, som involverer ansatte ved behov.

10-faktorundersøkelsen trekkes frem som et sentralt verktøy i kartleggingen av arbeidsmiljøet. Informanten opplyser at virksomheten oppnådde gode resultater i den siste undersøkelsen.

Videre opplyses det at ansatte ofte forsøker å løse problemstillinger på lavest mulig nivå før sakene eventuelt løftes videre til medbestemmelsesmøter. Informanten beskriver leder som opptatt av å fremme et godt arbeidsmiljø og legge til rette for dialog om arbeidsmiljørelaterte spørsmål.

Tillitsvalgt opplyser at hun i begrenset grad har erfart vold og trusler i arbeidshverdagen ved Grindvold omsorgsbolig. Det vises imidlertid til enkelte hendelser knyttet til utagerende atferd hos tjenestemottakere.

Ifølge informanten kartlegges og følges utfordrende pasientsituasjoner opp gjennom fløymøter og VIPS-møter⁵. På disse møtene drøftes konkrete problemstillinger, og det utarbeides tiltak basert på prinsipper for personsentrert omsorg.

⁵ Dette er et møte hvor man systematisk gjennomgår pasientdokumentasjon og formidler vesentlig informasjon om pasientens sykepleie – se [VIPS-modellen](#)

Tillitsvalgt vurderer at risikovurderingene i hovedsak gir et realistisk bilde av arbeidshverdagen i virksomheten.

Informanten opplyser at fagkoordinator har ansvar for dokumentasjon fra fløymøter og VIPS-møter, mens ansatte bidrar med erfaringer, innspill og forslag til tiltak. Det beskrives som lav terskel for å fremme synspunkter og delta i diskusjoner om arbeidsmiljø og faglige utfordringer.

Videre opplyser informanten at det ikke oppleves å være en fryktkultur i virksomheten, og at ansatte generelt har mulighet til å uttrykke bekymringer og komme med forslag til forbedringer.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at avdelingen har som mål å forebygge sykefravær og turnover som følge av forhold ved det psykososiale arbeidsmiljøet. Som en del av oppfølgingen vurderes blant annet informasjon om hvorvidt sykefravær er arbeidsrelatert, slik dette fremgår av sykemeldinger.

Det gjennomføres årlige arbeidsmiljøundersøkelser. Ifølge avdelingsleder var svarprosenten i den siste undersøkelsen 100 prosent. Resultatene viste blant annet utfordringer knyttet til silotenkning og begrenset forståelse for arbeidsprosesser og sammenhenger på tvers av avdelinger.

Avdelingsleder opplyser at det fra 1. september 2025 ble innført en ordning hvor ansatte selv fordeler arbeidsoppgaver seg imellom innenfor den fløyen de arbeider på. Tiltaket ble etablert etter innspill fra ansatte og innebærer at leder i mindre grad detaljstyrer den daglige oppgavefordelingen. Ved uenighet mellom ansatte er det ansvarsvakten som har beslutningsmyndighet. Tillitsvalgte og verneombud deltok aktivt i arbeidet med å utvikle og innføre ordningen.

Videre opplyser avdelingsleder at arbeidsmiljøundersøkelsen identifiserte utfordringer knyttet til omsorgstretthet. Det ble også rapportert at enkelte ansatte opplevde rotasjon mellom arbeidsområder som utrygt. For å redusere denne usikkerheten ble rotasjon først innført i grupper som allerede hadde høy grad av fleksibilitet, før ordningen gradvis ble utvidet til andre grupper. Ifølge avdelingsleder fungerer ordningen nå tilfredsstillende.

Det er også gjennomført arbeid med rolleavklaring og tydeliggjøring av forventninger, både til ansatte og til ledelsen. Avdelingsleder opplyser at dette har bidratt til økt forutsigbarhet og et bedre grunnlag for samarbeid i avdelingen.

Avdelingsleder opplyser at det arbeides med individuelle tilretteleggingstiltak for å forebygge sykefravær når ansatte har behov for dette. Tiltakene kan blant annet omfatte midlertidige tilpasninger i arbeidssituasjonen ved belastninger eller utfordringer i privatlivet.

Videre opplyses det at det er planlagt en egen HMS-dag med deltakelse fra verneombud, tillitsvalgte og fagkoordinatorer. Formålet med samlingen er å følge opp kommunens overordnede HMS-strategier og fastsette prioriteringer for avdelingens HMS-arbeid i den kommende perioden.

4.2.2.3 Kjennskap til HMS-systemet

Orkerød

Avdelingsleder på Orkerød opplyser at det arbeides kontinuerlig med HMS og internkontroll i avdelingen. HMS-relaterte avvik og risikoforhold behandles i månedlige medbestemmelsesmøter, mens kvalitetsavvik følges opp gjennom egne kvalitetsutvalg.

Videre opplyses det at det gjennomføres medarbeidersamtaler og medarbeiderundersøkelser som en del av det systematiske arbeidsmiljøarbeidet. Avdelingsleder beskriver HMS- og internkontrollarbeidet som omfattende og ressurskrevende. Det fremheves samtidig at det kan være utfordrende å vurdere effekten av iverksatte tiltak før nye kartlegginger eller undersøkelser gjennomføres.

Sykefravær trekkes frem som et prioritert område i avdelingen. Ifølge avdelingsleder gjennomføres det forebyggende samtaler med ansatte, og det legges til rette for fleksibilitet i turnusplanleggingen innenfor virksomhetens rammer og behov.

Avdelingen benytter en etablert rutinebank som støtte i arbeidet med HMS og internkontroll. Det opplyses videre at det har vært et særlig fokus på avvikshåndtering, ettersom det blant enkelte ansatte har vært usikkerhet knyttet til hvilke forhold som skal registreres som avvik og hvordan avvik skal meldes.

Avdelingsleder opplyser at det forekommer underrapportering av avvik. Det arbeides derfor med tiltak for å styrke de ansattes kompetanse om avvikshåndtering og for å utvikle en kultur som fremmer tidlig varsling og systematisk registrering av uønskede hendelser.

Tillitsvalgt ved Orkerød opplyser at dagens ledelse i større grad enn tidligere involverer vernetjenesten og de tillitsvalgte i HMS-arbeidet. Informanten viser til at det ble gjennomført flere risikoanalyser høsten før intervjuet, noe som vurderes som et positivt tiltak i det systematiske HMS-arbeidet.

Samtidig opplyser informanten at kvalitetssystemet Samsvar oppleves som lite brukervennlig, og at det kan være utfordrende å finne frem til relevante rutiner og dokumenter i systemet.

Informanten opplever imidlertid at det meldes få saker til behandling i møtene, og at ansatte i begrenset grad tar initiativ til å løfte problemstillinger utover forhold knyttet til turnus og ferieavvikling.

Tillitsvalgt vurderer at de fleste ansatte har begrenset kjennskap til virksomhetens HMS-rutiner. Informanten antar at det forekommer underrapportering av avvik, og opplyser at enkelte ansatte har gitt uttrykk for at de opplever avviksmeldingsprosessen som krevende og derfor lar være å melde forhold som burde vært registrert.

Informanten opplyser videre at hun er usikker på om hun selv har mottatt tilstrekkelig opplæring i bruk av avvikssystemet.

Informanten opplever at HMS-arbeidet følges opp på en systematisk og kontinuerlig måte. Det vises til at flere ledere har et tydelig fokus på å skape et trygt arbeidsmiljø og på å følge opp arbeidsmiljøutfordringer når disse oppstår.

Videre opplyses det at avdelinger som har hatt særskilte utfordringer i arbeidsmiljøet, har arbeidet aktivt med disse i samarbeid mellom avdelingsleder og verneombud. Ifølge informanten har dette bidratt til målrettet oppfølging av identifiserte utfordringer.

Verneombudet ved Orkerød opplyser at hun har god kjennskap til HMS- og internkontrollsystemet, og at hun arbeider tett med systemene i det daglige. Ifølge verneombudet omfatter internkontrollarbeidet flere områder, og det er en nær sammenheng mellom HMS-arbeidet og kommunens kvalitetsarbeid. Hun viser blant annet til at kommunens kvalitetsutvalg har ansvar for revisjon og oppdatering av prosedyrer.

Videre opplyses det at HMS-arbeidet omfatter aktiviteter som risikovurderinger, vernerunder, medarbeidersamtaler og oppfølging gjennom årshjul. Verneombudet vurderer at de etablerte systemene i hovedsak benyttes i praksis.

Verneombudet opplyser at ikke alle ansatte nødvendigvis har tilstrekkelig kjennskap til virksomhetens HMS-rutiner. Hun viser til at det benyttes flere ulike verktøy og systemer, og at ansatte ofte har behov for lett tilgjengelig informasjon fremfor selv å søke opp og sette seg inn i omfattende dokumentasjon.

Hun opplyser samtidig at relevant informasjon i utgangspunktet skal være tilgjengelig for alle ansatte gjennom kommunens systemer, herunder kvalitetssystemet Samsvar hvor rutiner og avvikshåndtering er samlet.

Verneombudet opplyser at det er seks verneombud ved Orkerød sykehjem. Tidligere har samarbeidet mellom verneombudene vært begrenset, men det er nå etablert en ordning hvor verneombudene samarbeider tettere i mindre grupper. Ifølge verneombudet er dette blant annet begrunnet med omfanget av oppgaver som skal ivaretas.

Videre understrekes betydningen av tydelig rolleforståelse i verneombudsarbeidet, herunder skillet mellom rollen som verneombud og rollen som kollega. Verneombudet fremhever at verneombudets oppgave er å ivareta arbeidsmiljøforhold, og ikke å ta stilling i personalsaker.

Når det gjelder den systematiske oppfølgingen av HMS-arbeidet, opplyser verneombudet at virksomheten har et etablert årshjul som skal understøtte planlegging og oppfølging av HMS-aktivitetene.

Verneombudet viser samtidig til at det i den senere perioden har vært begrenset oppmerksomhet på enkelte deler av årshjulet. Dette forklares med organisatoriske endringer, herunder omorganiseringer, sammenslåinger og utskiftninger i lederstillinger, som har medført redusert kapasitet til å følge opp alle planlagte aktiviteter.

Det opplyses at det er planlagt nye vernerunder hvor særskilte fokusområder skal identifiseres og følges opp. Til tross for utfordringene knyttet til oppfølging av årshjulet, opplever verneombudet at det arbeides aktivt med HMS og internkontroll i virksomheten, selv om ikke alle planlagte aktiviteter har blitt gjennomført som forutsatt.

4.2.2.4 Dokumentere at internkontrollen følges opp jevnlig

Moss kommunes årsrapport for 2025 viser at kommunen har et omfattende system for internkontroll, med vekt på kvalitetsstyring, risikovurderinger, avvikshåndtering og kontinuerlig forbedring. Innen kommunalområde Helse og mestring fremgår det at internkontrollen er særlig rettet mot tjenestekvalitet, HMS, vold og trusler, sykefravær og oppfølging av avvik.

Overordnet internkontroll

Kommunen beskriver internkontroll som et virkemiddel for å sikre kvalitet i både lovpålagte og ikke-lovpålagte tjenester, likebehandling og en enhetlig og forutsigbar tjenesteutøvelse. Internkontrollen er forankret i kommuneloven kapittel 25 og støttes av kommunens delegeringsreglement samt retningslinjer for risikovurderinger, avvikshåndtering og årsaksanalyser og enhetlig og standardisert dokumentasjon. I 2025 videreutviklet kommunen kvalitetssystemet med moduler for avvik, skader og dokumentasjon, mens moduler for risikovurderinger og sjekklister fortsatt var under utvikling ved årets slutt. Resultatene fra internkontrollen skal behandles i kommunedirektørens ledelsesgjennomgang og brukes som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring.

Internkontroll i Helse og mestring

Kommunedirektøren peker på at kommunalområde Helse og mestring fikk betydelig oppmerksomhet i 2025. Dette resulterte i et omfattende forbedringsarbeid, ekstern granskning, medarbeiderundersøkelser og politisk forankrede forbedringstiltak. Rapporten beskriver dette som et målrettet arbeid for å gjenoppbygge tillit og styrke styringen av tjenesteområdet.

Internkontroll gjennom HMS- og IA-arbeidet

Kommunalområdet Helse og mestring hadde det høyeste sykefraværet i 2025, med 13,7 prosent. Internkontrollen på arbeidsmiljøområdet omfatter regelmessige HMS- og IA-møter i alle virksomheter,

særskilt oppfølging av enheter med høyt sykefravær, arbeidsmiljøkartlegginger, lederopplæring, risiko-reducerende tiltak og tett samarbeid med NAV og bedriftshelsetjenesten. Flere virksomheter, blant annet hjemmesykepleien, Sørtun avlastning og avdeling barn og unge, fikk ekstra oppfølging gjennom prosjektet «Økt grunnbemanning».

Risikovurderinger og HMS

Årsrapporten viser at kommunen har styrket det systematiske HMS-arbeidet gjennom kurs i risikovurdering, utvikling av nye maler for HMS-risikovurderinger, revisjon av HMS-dokumentasjon, etablering av et nytt system for risikovurderinger, opplæring om psykososialt arbeidsmiljø samt kurs i forebygging av vold og trusler og konfliktdependende kommunikasjon. Disse tiltakene beskrives som sentrale elementer i kommunens internkontroll og forbedringsarbeid.

Vold og trusler er en sentral internkontrollutfordring

Årsrapporten viser at de fleste HMS-avvikene gjelder vold, trusler, psykiske belastninger og fysiske skader. Kommunen peker på at dette særlig gjelder arbeidsplasser med direkte brukerkontakt, hvor kommunalområde Helse og mestring er dominerende. I løpet av 2025 ble det registrert 383 arbeidsskader, og flest registrerte skader var innen Helse og mestring. Erfaringene fra disse hendelsene brukes som grunnlag for forbedringsarbeid og risikoreducerende tiltak.

Kommunens avvikssystem

Helse og mestring er det kommunalområdet som registrerer klart flest avvik. I 2025 ble det registrert 3 923 avvik, hvorav 2 800 gjaldt tjenestekvalitet, 626 gjaldt HMS, 371 var uønskede hendelser, 36 gjaldt personvern og 90 var forbedringsforslag. Til sammenligning registrerte de øvrige kommunalområdene betydelig færre avvik. Rapporten understreker at avvikssystemet skal gi styringsinformasjon, bidra til læring og danne grunnlag for forbedring av tjenestene.

De hyppigst registrerte avvikskategoriene var brudd på prosedyrer og rutiner, feil ved legemiddelhåndtering, redusert tjenestekvalitet, tjenester som ikke ble levert og ansatte som ble utsatt for vold eller trusler. Dette viser hvilke områder internkontrollen særlig retter seg mot innen helse- og omsorgstjenestene.

Kommunen stiller krav om at det gjennomføres årsaksanalyser ved alvorlige avvik. For tjenestekvalitetsavvik var de vanligste årsakene at prosedyrer ikke var fulgt, mangelfull oversikt og kontroll samt mangelfull samhandling og kommunikasjon. For HMS-avvik var de mest fremtredende årsakene utagerende brukere, krevende arbeidssituasjoner og et krevende psykososialt arbeidsmiljø. Rapporten viser dermed at internkontrollen ikke bare omfatter registrering av avvik, men også systematisk analyse av bakenforliggende årsaker og utvikling av forbedringstiltak.

Medarbeiderundersøkelsen som internkontroll

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 10-faktor inngår som en del av kommunens internkontroll. Lederne fikk ansvar for å gjennomgå resultatene sammen med medarbeiderne, identifisere forbedrings- og bevaringsområder, utarbeide konkrete tiltak og innarbeide disse i lokale HMS- og IA-planer. Undersøkelsen brukes dermed som et aktivt verktøy i kommunens systematiske forbedringsarbeid.

4.2.3 Mål, ansvar og risikovurderinger knyttet til psykososialt arbeidsmiljø

Fagsjef Helse og mestring opplyser at kommunens HMS- og IA-plan utgjør de sentrale styringsdokumentene for arbeidet med arbeidsmiljø og fastsettelse av overordnede mål for det psykososiale arbeidsmiljøet. Verneombud og tillitsvalgte har vært involvert i utarbeidelsen av planene. Ifølge fagsjef formidles de overordnede målene videre til virksomhetene, hvor de følges opp gjennom medbestemmelse og lokale tilpasninger.

Videre opplyses det at kommunen har vedtatt en ny arbeidsgiverstrategi som legger føringer for virksomhetenes arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og organisasjonsutvikling.

Fagsjef opplyser at oppfølging av måloppnåelse skjer gjennom etablerte møtearenaer og systemer for internkontroll og kvalitetsarbeid. Dette omfatter blant annet medbestemmelsesmøter, kvalitetsutvalg, avvikshåndtering og bruk av kvalitetssystemet Samsvar.

Ifølge fagsjef er ansvaret for økonomi, personalforvaltning og faglige forhold integrert i lederrollen på alle nivåer i organisasjonen. Hun opplyser at arbeidsmiljøperspektivet ivaretas gjennom faste møtearenaer, herunder medbestemmelsesmøter, HMS-grupper, lokale arbeidsmiljøutvalg (LAMU), ledermøter og kvalitetsutvalg.

Fagsjef viser videre til at utviklingstrekk i samfunnet med økt oppmerksomhet på individuelle behov også påvirker arbeidsmiljøarbeidet. Hun fremhever at dette kan ha positive effekter, men samtidig skape utfordringer i arbeidet med arbeidsmiljø på gruppenivå. Etter hennes vurdering er det derfor viktig at både ledere og ansatte har god kjennskap til kommunens systemer for medvirkning og HMS-arbeid.

Fagsjef opplyser at kommunalområdet gjennomfører risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) innenfor ulike prosesser og fagområder. Som eksempel nevnes risikovurderinger knyttet til tiltak i økonomiplanen, hvor mulige konsekvenser for ansatte og tjenesteutførelse vurderes.

Det gjennomføres ikke én samlet risiko- og sårbarhetsanalyse for hele kommunalområdet Helse og mestring. I stedet utføres risikovurderinger knyttet til konkrete temaer, prosesser eller fagområder. Fagsjef opplyser at oversikten over samlet risiko også bygger på informasjon fra etablerte møtearenaer, HMS-rapportering i Framsikt og løpende rapportering fra virksomhetsledere ved særskilte hendelser eller prosesser.

Ifølge fagsjef benyttes felles maler for risiko- og sårbarhetsanalyser i virksomhetene. Risikoer og konsekvenser drøftes også i de etablerte samhandlingsarenaene, noe som etter hennes vurdering bidrar til en mer helhetlig forståelse av risikobildet.

Videre opplyses det at avviksregistreringer, statistikk og resultater fra 10-faktorundersøkelsen inngår som viktige informasjonskilder i risikovurderingsarbeidet. Disse benyttes for å identifisere utfordringer og følge utviklingen over tid.

Ved endringsprosesser som berører flere virksomheter involveres hovedverneombud, tillitsvalgte, fagsjef og berørte virksomhetsledere. Arbeidet dokumenteres i kvalitetssystemet Samsvar. Fagsjef opplyser samtidig at ROS-modulen i Samsvar ennå ikke er ferdigstilt, noe som medfører økt manuelt arbeid i en overgangsperiode.

Fagsjef opplyser at virksomhetene utarbeider egne HMS- og IA-planer hvor tiltak prioriteres på bakgrunn av identifiserte risikoforhold, herunder vold, trusler og arbeidsbelastninger.

Videre opplyses det at oppfølging av risiko knyttet til vold og trusler ofte skjer tett på den enkelte bruker når risikoforholdene er knyttet til konkrete tjenestemottakere. Fagsjef involveres i ulik grad avhengig av om problemstillingen berører én eller flere virksomheter.

Risikovurderinger behandles også i medbestemmelsesmøter, ledermøter og ulike prosessgrupper. Fagsjef fremhever prosessgrupper som en hensiktsmessig arbeidsform i forbindelse med større eller mer komplekse problemstillinger.

Fagsjef opplyser at hun benytter flere typer styringsinformasjon for å følge utviklingen i arbeidsmiljøet. Dette inkluderer informasjon fra ukentlige ledermøter ledet av kommunalområdets direktør, løpende dialog med virksomhetsledere, samt data fra systemene Samsvar og Framsikt.

Videre benyttes informasjon om avvik, HMS-forhold, varsler, klager på tjenestekvalitet, uønskede hendelser og resultater fra 10-faktorundersøkelsen som grunnlag for oppfølging og beslutninger.

Fagsjef opplyser at sykefraværet innen Helse og mestring over tid har vært høyt. Som følge av dette har kommunen etablert et eget nærværprosjekt.

Prosjektet består av to hoveddeler. Den ene delen omfatter økning av grunnbemanningen ved enkelte virksomheter for å undersøke om dette kan bidra til redusert sykefravær. Den andre delen retter seg mot systematisk oppfølging av nærværarbeid, tilrettelegging og oppfølging av sykemeldte medarbeidere, herunder ansatte med gjentakende fravær.

Ifølge fagsjef var det samlede sykefraværet i kommunalområdet Helse og mestring om lag 14 prosent i første tertial. Fraværet varierte mellom virksomhetene, fra noe over 10 prosent i virksomheten med lavest fravær til noe over 17 prosent i virksomheten med høyest fravær.

Fagsjef vurderer at tiltakene som er iverksatt gjennom nærværprosjektet bidrar til en positiv utvikling. Samtidig påpeker hun at kommunens sosioøkonomiske forhold kan påvirke sykefraværsnivået. Hun fremhever betydningen av å arbeide systematisk med tilrettelegging og oppfølging for å sikre at ansatte som er på jobb opplever mestring og støtte i arbeidshverdagen.

4.2.3.1 Virksomhetens mål og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet

Heldøgnsomsorg Jeløy

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Jeløy opplyser at virksomheten legger kommunens HMS og IA-plan til grunn for arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet. De overordnede målene er å forankre HMS- og IA-arbeidet, øke jobbnærværet, utvikle partssamarbeidet og fremme inkludering. Ifølge virksomhetsleder utvikles det lokale tiltak for å nå disse målene.

Virksomhetsleder peker på at den største risikoen i arbeidsmiljøet er knyttet til brukergrupper innen psykiatri og demens, særlig som følge av vold og utagering. Det er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) på området, og virksomheten samarbeider med Mossehjelpa for å vurdere alternative tiltak. Videre opplyses det at brukergruppen har blitt mer krevende over tid.

Virksomhetsleder opplyser at utfordringsbildet i stor grad er likt på tvers av avdelingene. Oppfølging skjer gjennom en felles HMS- og IA-plan for virksomheten, i tillegg til avdelingsvise planer. Vernerunder gjennomføres lokalt, mens ukentlige ledermøter og månedlige medbestemmelsesmøter brukes som sentrale arenaer for oppfølging av mål og tiltak. HMS- og IA-planer, handlingsplaner etter risikovurderinger og oppfølging av avvik evalueres jevnlig.

Virksomhetsleder opplyser at sykefravær er en sentral indikator i oppfølgingen av arbeidsmiljøet. Det totale sykefraværet ved Heldøgn omsorg Jeløy er om lag 14 prosent, med variasjoner mellom avdelingene. Ifølge virksomhetsleder kan høyt sykefravær føre til en negativ spiral ved at belastningen på øvrige ansatte øker. Samtidig opplyses det at reduksjon i bemanning har vært krevende for enkelte ansatte, men at økt samarbeid mellom ansatte har bidratt til styrket fellesskapsfølelse.

Virksomheten deltar i et nærværprosjekt og planlegger videre oppfølging gjennom blant annet fagdager. Virksomhetsleder opplyser videre at det er satt begrensninger for hvor mange ansatte som kan ha tilrettelegging samtidig, med en grense på to ansatte per avdeling.

Avvik benyttes også som styringsinformasjon. Ifølge virksomhetsleder behandles avvik fortløpende, mens hyppige eller alvorlige avvik følges opp systematisk gjennom handlingsplaner. I tillegg benyttes informasjon fra medbestemmelsessamtaler, medbestemmelsesmøter, skademeldinger, vernerunder, medarbeiderundersøkelser, risikovurderinger og evaluering av handlingsplaner i oppfølgingen av arbeidsmiljøet.

Virksomhetsleder opplyser at det er gjennomført risikovurderinger knyttet til blant annet vold og trusler, arbeidsmiljø og sykefravær. Arbeidet er oppdatert i tråd med nye presiseringer i arbeidsmiljøloven.

Ifølge virksomhetsleder omfatter risikovurderingene blant annet risiko knyttet til vold og trusler fra brukere med demens eller psykiske lidelser, ledelse, kommunikasjon, språkbruk, emosjonelle krav og mestring, samt utfordringer i møte med pårørende. Det er utarbeidet handlingsplaner for å følge opp identifiserte risikoforhold. Eksempler på tiltak er at temaer tas opp på fagdager eller at rutiner endres.

Virksomhetsleder opplyser at ansatte i hovedsak er positive til at utfordringer blir satt på dagsorden, men at det samtidig oppleves som en utfordring at ikke alle ansatte ser det kontinuerlige forbedringsarbeidet som ledelsen gjennomfører. Risikovurderinger og tilhørende handlingsplaner oppdateres og evalueres jevnlig.

Virksomhetsleder opplyser at risikovurderingene gjennomføres samlet for virksomheten, med mulighet for avdelingsvise vurderinger ved behov. Som eksempel trekkes nattjenesten fram som et område med høyere risiko fordi bemanningen er lavere enn på dagtid.

Ifølge virksomhetsleder er det fortsatt en restrisiko knyttet til blant annet vold og trusler, men virksomheten arbeider kontinuerlig med tiltak for å redusere denne risikoen.

Når ressurser er begrenset, opplyser virksomhetsleder at prioriteringer skjer ved bruk av en prioriteringsmatrise, der samhandling tillegges særlig vekt. I tillegg følger virksomheten nasjonale og kommunale føringer for prioritering av satsingsområder.

Heldøgnsomsorg Moss

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Moss opplyser at virksomheten har analysert resultatene fra medarbeiderundersøkelsen i ledergruppen og valgt mestringsorientert ledelse og fleksibilitet som prioriterte utviklingsområder. Ifølge virksomhetsleder viser medarbeiderundersøkelsen en høy grad av psykologisk trygghet blant de ansatte. Det arbeides samtidig med å anerkjenne og synliggjøre positive resultater i organisasjonen.

Virksomheten har valgt respekt og omsorg som sine verdier. Virksomhetsleder opplyser at det arbeides med å konkretisere hva disse verdiene innebærer i praksis. Videre er det et mål å styrke medarbeidernes ansvar for arbeidsmiljøet, og arbeid med holdninger blant ansatte er identifisert som et utviklingsområde.

Virksomhetsleder opplyser at oppfølging av mål skjer i samarbeid med verneombudene. Det vises til gode erfaringer med lærings- og mestringsprosesser, hvor ansatte lærer opp hverandre. Ifølge virksomhetsleder vurderes denne arbeidsformen som effektiv, og det er et mål å videreføre og videreutvikle den.

Virksomhetsleder opplyser at virksomheten benytter avvikssystemet Samsvar og statistikk over sykefravær som sentrale styringsindikatorer i oppfølgingen av arbeidsmiljøet. I tillegg er virksomhetsleder jevnlig til stede i avdelingene for å få innsikt i arbeidsmiljøet og aktuelle utfordringer.

Videre opplyses det at oppfølging av økonomi og sykefravær har stor oppmerksomhet, og at ledernes rolle vurderes som avgjørende i dette arbeidet. Verktøyet Visma Ressurs benyttes for å følge opp fravær. Kommunen har et overordnet fokus på sykefravær, mens den løpende oppfølgingen gjennomføres av den enkelte leder.

Virksomhetsleder opplyser at det er avdekket mangler i risikovurderinger knyttet til vold og trusler i flere avdelinger, til tross for at slike vurderinger ble gjennomført tidligere i året. Ifølge virksomhetsleder er det usikkert om arbeidet med risikovurderinger er tilstrekkelig integrert i virksomhetens årshjul.

Videre opplyses det at oppfølgingen av identifiserte risikoforhold gjennom handlingsplaner ikke har vært tilstrekkelig. Selv om omfanget av vold og trusler ikke vurderes som stort, fremheves det at hendelsene er alvorlige når de oppstår. Enkelte brukere beskrives som særlig krevende, og virksomhetsleder opplyser at dette kan føre til at ansatte opplever utrygghet.

Virksomhetsleder peker også på manglende kompetanse blant enkelte ansatte når det gjelder håndtering av krevende brukere. Dette trekkes frem som et område med behov for videre kompetanseutvikling.

Virksomhetsleder beskriver vold og trusler som et sentralt risikoområde, selv om antallet hendelser er begrenset. Ifølge virksomhetsleder er konsekvensene av slike hendelser alvorlige, og virksomheten arbeider med å styrke både kompetanse og oppfølging av identifiserte risikoområder.

Det fremkom ikke ytterligere opplysninger i intervjuet om hvordan virksomheten foretar en samlet vurdering av risiko eller hvordan ulike risikoområder prioriteres når ressursene er begrenset.

Orkerød

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at målene for det psykososiale arbeidsmiljøet fremgår av virksomhetens IA-plan og øvrige overordnede målsettinger. I avdeling 4 er et sentralt mål å opprettholde et godt arbeidsmiljø. Ifølge avdelingsleder har avdelingen tidligere hatt utfordringer på dette området, men situasjonen har bedret seg det siste året.

Videre opplyses det at forbedringsområder omfatter bedre håndtering av avvik, styrket kommunikasjon mellom ansatte og en lavere terskel for å be om hjelp. I fagteamet er bevaring av et godt arbeidsmiljø og kompetanseheving fremhevet som sentrale mål. Avdelingsleder peker også på utfordringer knyttet til stress og rolleforståelse, særlig i samhandlingen mellom ulike yrkesgrupper.

Avdelingsleder opplyser at ansvar og myndighet i arbeidsmiljøarbeidet er tydeliggjort gjennom partsamarbeidet og deltakelse i bransjeprogram. Samtidig opplyses det at disse strukturene benyttes i begrenset grad i praksis, og at det meldes få saker fra ansatte til medbestemmelsesmøtene.

Ifølge avdelingsleder gjennomføres risikovurderinger av psykososiale arbeidsmiljøforhold systematisk og dokumenteres i virksomhetens systemer. Arbeidet bygger på tidligere kartlegginger og etablerte rutiner.

Avdelingsleder opplyser at identifiserte risikoområder omfatter arbeidspress, sykefravær, stress i fagteamet og utfordringer knyttet til rolleforståelse. Disse risikoområdene følges opp gjennom tiltak som kompetanseheving, organisasjonsutvikling og styrket samhandling mellom ansatte.

Grindvold

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at arbeidsmiljøarbeidet omfatter refleksjon rundt den enkelte ansattes bidrag til et godt arbeidsmiljø. Dette gjelder blant annet hvordan egen atferd i stressede situasjoner kan påvirke kollegaer og arbeidsmiljøet. Avdelingen har utarbeidet egne kulturplakater som en del av arbeidsmiljødugnaden, og avdelingens slagord er utviklet av en ansatt og inngår også i HMS-planen.

Avdelingsleder opplyser at risikovurderinger er integrert i avdelingens HMS-årshjul og dokumenteres i virksomhetens HMS-system. Det viktigste risikoområdet er knyttet til fysisk og verbal utagering blant personer med demens.

Ifølge avdelingsleder krever dette kontinuerlig faglig utvikling for å sikre at ansatte kan håndtere krevende situasjoner på en trygg og faglig forsvarlig måte. Det legges særlig vekt på at ansatte benytter en felles faglig tilnærming i kommunikasjonen med brukerne, og at kommunikasjonen overfor pårørende er enhetlig. Avdelingsleder fremhever at måten ansatte kommuniserer på har stor betydning for å forebygge utagering.

Ved etableringen av avdelingen ble det gjennomført tre dager med teoretisk opplæring om demens. Avdelingsleder opplyser at demenssykdommer har ulike uttrykk og konsekvenser, og at arbeidet derfor i stor grad er innrettet mot forebygging. Forebyggende tiltak omfatter blant annet bruk av avledningsteknikker, bevisst kommunikasjon og kroppsspråk for å redusere risikoen for utagering. Det opplyses videre at utagering ofte oppstår som følge av verbale misforståelser, og at god språkkompetanse derfor er en viktig forutsetning. Ifølge avdelingsleder har alle vikarer tilstrekkelige norskkunnskaper.

Hendelser knyttet til vold, trusler og utagering gjennomgås i egne møter med ansatte som er involvert rundt den aktuelle brukeren. I tillegg er det utarbeidet detaljerte tiltaksplaner for brukere med forhøyet risiko. Avdelingsleder opplyser at det forekommer lite fysisk utagering ved avdelingen, og at de hendelsene som oppstår som regel skjer i situasjoner hvor brukeren ikke forstår omgivelsene eller situasjonen.

Avdelingsleder opplyser at det sentrale risikoområdet i avdelingen er fysisk og verbal utagering fra personer med demens. Risikoen håndteres gjennom systematiske risikovurderinger, kompetanseutvikling, forebyggende arbeidsmetoder, felles faglig praksis og individuelle tiltaksplaner. Videre følges hendelser opp gjennom felles refleksjon og evaluering med de ansatte.

4.2.3.2 HMS-mål, klar ansvarsfordeling og gjennomførte risikovurderinger

Plandokumentet «HMS- og IA-plan – Virksomhet heldøgn Moss 2025» beskriver et systematisk HMS- og IA-arbeid med hovedmål om å utvikle trygge, helsefremmende og bærekraftige arbeidsplasser med høy grad av medarbeidermedvirkning. Planen beskriver fire delmål:

Delmål 1: HMS – og IA-arbeidet skal ha en tydelig forankring i virksomheten

Delmål 2: Øke og styrke jobbnærværet

Delmål 3: Utvikle partssamarbeidet

Delmål 4: Utvikle arbeidet inkludering i arbeidslivet

Gjennomgangen av plandokumentet viser at virksomheten har fastsatte overordnede HMS-mål som eksplisitt omfatter trivsel, trygghet, mening og helse. Psykososiale forhold er hensyntatt gjennom tiltak som medarbeidersamtaler, debriefinger, støtte ved belastninger, arbeid med relasjoner («mat og prat», faglunsj), samt bruk av medarbeiderundersøkelser som «10-faktor modellen» og «En bra dag på jobb» for å måle og forbedre arbeidsmiljøet. Planen viser også konkret oppfølging av tema som konflikter, trakassering, emosjonelle belastninger og samarbeid.

Ansvar er tydelig plassert i linjen, primært hos ledere, i tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud. Partssamarbeidet fremstår som en sentral struktur gjennom faste møter (MBM), HMS-grupper og samarbeid med HR, NAV og bedriftshelsetjeneste. Ansatte involveres systematisk gjennom møter, opplæring og medvirkningsarenaer. Dette indikerer en relativt klar organisering av ansvar for det psykososiale arbeidsmiljøet.

Planen viser at risikofaktorer identifiseres løpende gjennom dialog, møter og arbeidsmiljøkartlegginger. Det er særskilt fokus på psykososiale risikoområder som:

- arbeidsbelastning og nærvær
- emosjonelle krav og behov for debriefing
- vold, trusler og konflikthåndtering
- trakassering og krenkelser

Planen legger opp til at risikovurderinger på avdelingsnivå skal ferdigstilles innen januar 2026, noe som indikerer at arbeidet er igangsatt, men ikke fullt ut gjennomført på tidspunktet for planen. Relevansen for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie er ivaretatt gjennom avdelingsvise vurderinger og tiltak rettet mot konkrete arbeidsforhold i heldøgntjenester.

Virksomhet Heldøgn Rygge har utarbeidet en HMS og IA plan etter samme mal. Det har også virksomhet Hjemmesykepleie.

Revisjonen har gjennomgått dokumentet «Risikovurdering vold og trusler Grindvold omsorgsbolig». Dokumentet omfatter en risikovurdering av vold og trusler rettet mot ansatte i demensavdelingen, med særlig vekt på situasjoner knyttet til pleie, legemiddelhåndtering og veiledning av personer med demens.

Risikovurderingen er utarbeidet av avdelingsleder og verneombud og kvalitetssikret av begge. Vurderingen bygger på en gjennomgang av identifiserte risikoforhold og eksisterende risikoreduserende tiltak.

Det er identifisert flere potensielle hendelser knyttet til vold og trusler, herunder fysisk vold i form av slag, spark, lugging, klyping, biting og kloring, samt truende språkbruk, kasting av gjenstander og verbale trusler fra både beboere og pårørende. Dokumentet peker på at hendelsene i hovedsak kan knyttes til beboernes kognitive svikt, forvirring, stress og manglende forståelse av situasjonen.

Risikovurderingen beskriver flere etablerte forebyggende tiltak. Disse omfatter blant annet systematisk opplæring i demensforståelse, faste observasjons- og kartleggingsrutiner, prosedyrer for håndtering av utfordrende situasjoner, bruk av ansatte som er kjent for beboerne, bevisst bruk av kommunikasjon og miljøtiltak, samt alarmsystemer.

Risikovurderingen viser at de fleste identifiserte hendelsene er vurdert til moderat risiko (risikoverdi 9), mens høyrøstet utskjelling og truende språkbruk er vurdert til høyere risiko (risikoverdi 12). Alenearbeid er vurdert til å innebære ingen risiko, ettersom ansatte ikke arbeider fysisk alene ved avdelingen.

Dokumentet beskriver også ytterligere risikoreduserende tiltak, blant annet krav om minimumsbemanning for å unngå alenearbeid, lav terskel for politianmeldelse ved alvorlige trusler fra pårørende og mulighet for bistand fra bedriftshelsetjenesten ved behov.

Det fremgår av risikovurderingen at det ikke er registrert hendelser knyttet til vold og trusler i avvikssystemet i perioden vurderingen omfatter. Samtidig beskrives mulige konsekvenser av slike hendelser som blant annet sykefravær, turnover og fysiske eller psykiske belastninger for ansatte.

Samlet viser risikovurderingen at virksomheten vurderer risikoen for vold og trusler i demensavdelingen som moderat til høy, og at det er etablert flere forebyggende tiltak for å redusere risikoen. Dokumentet legger samtidig til grunn at eksisterende rutiner og kompetansetiltak må opprettholdes og videreutvikles for å ivareta de ansattes sikkerhet og arbeidsmiljø.

Revisjonen har også gjennomgått dokumentet «Risikoanalyse arbeidsmiljø: sykefravær ved Heldøgn omsorg Rygge», datert 4. januar 2026. Dokumentet er utarbeidet med deltakelse fra ledere, verneombud, tillitsvalgte og øvrige deltakere i medbestemmelsesapparatet.

Formålet med analysen er å identifisere og vurdere arbeidsmiljørisikoer som kan bidra til sykefravær, samt å beskrive eksisterende og planlagte risikoreduserende tiltak. Analysen bygger på en risikomatrise hvor sannsynlighet og konsekvens vurderes før tiltak, etter eksisterende tiltak og etter planlagte nye tiltak.

Dokumentet omfatter en bred kartlegging av organisatoriske, psykososiale og fysiske risikofaktorer. Blant de identifiserte risikoområdene er manglende kompetanse, høy arbeidsbelastning som følge av omfattende tilrettelegging, uklare roller og manglende autonomi, høye emosjonelle krav, mangelfull informasjon og kommunikasjon, vold og trusler, dårlig ytringsklima og manglende psykologisk trygghet, manglende forutsetninger for god ledelse, svakt partssamarbeid, omstillingsprosesser, arbeidstidsordninger, ergonomiske forhold, ubalanse mellom arbeid og privatliv, manglende kollegastøtte og virksomhetens omdømme.

For hvert risikoområde beskriver dokumentet aktuelle årsaker og mulige konsekvenser, blant annet sykefravær, turnover, redusert tjenestekvalitet, konflikter, psykiske og fysiske belastninger, manglende psykologisk trygghet og økt risiko for feil i tjenesteutøvelsen.

Analysen viser at virksomheten allerede har etablert en rekke forebyggende tiltak. Dette omfatter blant annet medarbeidersamtaler, personalmøter, gjennomgang av oppgavefordeling, arenaer for partssamarbeid, lederopplæring, risikovurderinger, bedriftshelsetjeneste, avvikssystem, rolleavklaringer, opplæring, systematisk arbeid med arbeidsmiljø og ulike støtte- og veiledningstiltak.

I tillegg foreslås flere nye tiltak for å redusere risikoen ytterligere. Blant disse er økt fokus på kollegastøtte og debrief, nærledelse, kompetanseplanlegging, forventningsavklaringer, forbedret kommunikasjon og informasjon, styrket partssamarbeid, opplæring i risikovurdering, lederutvikling, videreutvikling av ergonomiarbeid, kompetanseheving om helsefremmende arbeidstidsordninger og kvinnehelse, samt tiltak for å styrke åpenhet og psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet.

Gjennomgående viser risikovurderingen at de identifiserte risikoene vurderes å bli redusert etter gjennomføring av eksisterende og planlagte tiltak. Dokumentet fremstår som et systematisk styringsverktøy for identifisering, prioritering og oppfølging av arbeidsmiljørisikoer med sikte på å forebygge sykefravær og styrke det psykososiale arbeidsmiljøet.

Fagsjef for Helse og mestring opplyser at ansvar og myndighet for arbeidsmiljøarbeidet er tydeliggjort gjennom kommunens HMS-rutiner. Ifølge fagsjefen beskriver rutinene ansvarsfordelingen på de ulike ledernivåene, og den enkelte leder har ansvar for arbeidsmiljøet innenfor sitt ansvarsområde. Ansvars- og myndighetsforholdene er i tillegg regulert gjennom kommunens delegasjonsreglement. Fagsjefen opplyser at dette bidrar til å tydeliggjøre hvem som har ansvar for arbeidsmiljøarbeidet i den enkelte virksomhet og avdeling.

Fagsjef opplyser at oppfølgingen av ledere som ikke ivaretar arbeidsmiljøansvaret, vil avhenge av situasjonen og alvorlighetsgraden. Ifølge fagsjefen tas indikasjoner på utfordringer opp på et tidlig tidspunkt gjennom dialog med den aktuelle lederen. Som eksempel viser hun til resultater fra medarbeiderundersøkelsen 10-faktor. Dersom en virksomhet har lave resultater på relevante områder, brukes dialog for å avklare årsakene og identifisere egnede oppfølgingstiltak.

Videre opplyser fagsjefen at virksomhetsleder har det overordnede ansvaret for arbeidsmiljøet i egen virksomhet, men at det ved behov kan kobles inn støttefunksjoner som HR, bedriftshelsetjenesten og fagsjef. Det kan også være aktuelt å involvere andre virksomhetsledere for å dele erfaringer og bidra med støtte basert på tilsvarende utfordringer i egne virksomheter.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Jeløy opplyser at ansvar og roller i arbeidsmiljøarbeidet er definert gjennom oversikter som er tilgjengelige både fysisk i avdelingene, i kvalitetssystemet og i Teams.

Virksomheten har også arbeidet med bransjeprogram knyttet til roller og samarbeid. Ifølge virksomhetsleder har verneombud og tillitsvalgte deltatt i arbeidet ved å informere om roller og ansvar på personalmøter og fagdager.

Virksomhetsleder opplyser videre at det er variasjon i hvordan verneombud og tillitsvalgte ivaretar rollene sine i praksis, særlig når det gjelder dialog med ansatte. Det er gjennomført drøftinger om organiseringen av arbeidsmiljøarbeidet, blant annet knyttet til hvem som skal delta i drøftinger, turnusarbeid og medbestemmelsesmøter. Verneombud og tillitsvalgte involveres derfor i drøftinger om turnus og andre arbeidsmiljørelaterte spørsmål. Samtidig påpeker virksomhetsleder at ledelsen ikke har styringsrett over vernetjenesten, noe som kan skape utfordringer dersom verneombudene ikke ivaretar rollen sin. Rollen til avdelingslederne i HMS-arbeidet beskrives som tydelig.

Virksomhetsleder opplyser at det er etablert flere møtearenaer for oppfølging av avdelingslederne. Lederne oppfordres til å benytte støttefunksjoner som HR, lønnstjenesten og bedriftshelsetjenesten ved behov.

Videre opplyses det at virksomheten har etablert flere støttefunksjoner, blant annet merkantil ressurs, ressurskoordinator, fagkoordinator og velferdsteknologikoordinator. Formålet er å avlaste avdelingslederne og frigjøre tid til ledelses- og arbeidsmiljøoppgaver. Arbeidsmiljø og oppfølging av tiltak er faste tema i ulike ledermøter for å sikre fremdrift. Ifølge virksomhetsleder drøftes også prioriteringer når ressurssituasjonen gjør det nødvendig.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Moss opplyser at ansvar for arbeidsmiljøarbeidet er forankret i HMS- og IA-planene på avdelingsnivå. Avdelingslederne har ansvar for arbeidsmiljøet i egne avdelinger, mens virksomhetsleder fungerer som støtte og sparringspartner i oppfølgingen. Det gjennomføres månedlige medbestemmelsesmøter med faste retningslinjer for hvilke saker som skal behandles.

Virksomhetsleder opplyser at fravær blant avdelingsledere håndteres ved å benytte ekstra lederressurser eller ved at fagkoordinatorer eller virksomhetsleder overtar oppgaver i en periode. Samtidig beskrives organisasjonen som sårbar ved lederfravær.

Ifølge virksomhetsleder følges identifiserte risikoforhold opp gjennom dialog med ansatte og ved å involvere dem i arbeidet med å utvikle og gjennomføre tiltak.

Virksomhetsleder opplyser at den praktiske oppfølgingen av tiltak i stor grad er delegert til avdelingslederne. Det pekes samtidig på at det er variasjon i avdelingenes gjennomføringsevne, og at virksomheten har behov for bedre systemer for å følge opp at planlagte tiltak blir gjennomført. Dette beskrives som en av de største utfordringene i arbeidsmiljøarbeidet.

Daglige møteplasser, som morgenmøter og midtrapporter, trekkes frem som sentrale arenaer for oppfølging av tiltak, informasjonsdeling og ansvarliggjøring.

Virksomhetsleder opplyser at belastningen på avdelingslederne er høy, blant annet som følge av et omfattende ansvar for både økonomi og personaloppfølging. Det fremgår videre at evalueringen av arbeidsmiljøtiltak på virksomhetsnivå ikke er systematisert.

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at avdelingen benytter resultatene fra medarbeiderundersøkelsen (10-faktor) som grunnlag for å identifisere forbedringsområder. På bakgrunn av undersøkelsen ble avviksmeldinger valgt som et prioritert forbedringsområde, samtidig som avdelingen ønsket å opprettholde et godt arbeidsmiljø, et område som hadde høy skår i undersøkelsen.

Ifølge avdelingsleder ble resultatene og aktuelle tiltak behandlet i personalmøte, hvor de ansatte bidro med forslag til forbedringstiltak. Tiltakene ble deretter drøftet med verneombud og tillitsvalgte før de ble

presentert og forankret i personalgruppen. Avdelingsleder beskriver dette som et kontinuerlig arbeid som følges opp jevnlig i personalmøter.

Videre opplyses det at det gjennomføres årlige medarbeidersamtaler med faste ansatte. Det gjennomføres ikke ordinære medarbeidersamtaler med vikarer. Faste ansatte deltar på fagdager, mens det arrangeres egne fagdager for vikarer.

Avdelingsleder opplyser at det er gjennomført risikovurderinger for alle beboere, samt risikovurderinger knyttet til blant annet vold og trusler og det fysiske arbeidsmiljøet. Risikovurderingene klassifiseres ved bruk av fargekoder, og forhold som vurderes til gult risikonivå følges særlig opp. Dette gjelder blant annet risiko knyttet til vold og trusler, fysisk arbeidsmiljø og forflytning.

Ifølge avdelingsleder er ansvar for oppfølging av identifiserte risikoforhold tydelig fordelt mellom avdelingsledelsen og ulike ressurspersoner i fagteamene.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at større kartlegginger av arbeidsmiljørisikofaktorer, blant annet vold og trusler, langvakter og muskel- og skjelettplager, revideres årlig. Ved behov gjennomføres kartleggingene oftere. Ifølge avdelingsleder vurderes resultatene også opp mot avvik knyttet til tjenestekvalitet, ettersom mangler i strukturelle forhold kan påvirke kvaliteten på tjenestene.

Virksomheten har et overordnet planverk med tilhørende årshjul, og avdelingen har i tillegg et eget planverk og årshjul for arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet.

Avdelingsleder opplyser at et sentralt mål er å forebygge sykefravær og turnover som følge av et dårlig psykososialt arbeidsmiljø. Som en del av oppfølgingen vurderes blant annet om sykefravær er registrert som arbeidsrelatert.

Tillitsvalgt ved Orkerød opplyser at det kan være utfordrende å involvere ansatte i kartlegging av arbeidsmiljøutfordringer. Selv om hun har god dialog med sine medlemmer, opplever hun at tilbakemeldingene ofte er generelle og i hovedsak knyttet til høyt arbeidspress og lav bemanning.

Videre opplyser den tillitsvalgte at ledelsen gjennomfører spørreundersøkelser blant de ansatte, men at svarprosenten er lav. Etter hennes vurdering kan dette skyldes at ansatte opplever det som belastende å besvare undersøkelser i en travel arbeidshverdag. Hun beskriver arbeidspresset som høyt, selv om situasjonen har bedret seg noe den siste tiden.

Den tillitsvalgte opplyser at ansatte opplever belastninger knyttet til vold og trusler ulikt. Hun viser til at enkelte avdelinger, særlig skjermede enheter, har et godt samarbeid, samtidig som sykefraværet generelt beskrives som høyt. Ifølge den tillitsvalgte ligger det samlede sykefraværet på om lag 20 prosent, og enkelte fagteam har tidligere hatt et vesentlig høyere sykefravær.

Tillitsvalgt ved Orkerød vurderer at risikovurderingene gir et realistisk bilde av arbeidshverdagen. Hun opplyser at både tillitsvalgte og verneombud deltok i arbeidet, og at de fleste relevante risikoforhold og situasjoner ble identifisert gjennom prosessen.

Verneombudet ved Orkerød opplyser at hun deltar i kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljøet, og at det nylig er gjennomført risikovurderinger i avdelingen. Hun viser til at arbeidsmiljø i økende grad har vært tema i medbestemmelsesgruppen.

Ifølge verneombudet har risikovurderingene i hovedsak vært rettet mot vold og trusler samt oppfølging av konkrete hendelser. Hun opplyser samtidig at det psykososiale arbeidsmiljøet ikke har vært hovedtema i risikovurderingene, men at flere forhold knyttet til arbeidsmiljøet likevel har blitt vurdert som en del av prosessen.

Verneombudet opplyser at ansatte, sammen med blant annet kommuneoverlegen, deltar i et prøveprosjekt kalt Trygg helt. Ifølge verneombudet innebærer prosjektet blant annet at det skal gjennomføres debriefing etter vaktmøter, hvor ansatte får anledning til å dele erfaringer og bearbeide belastende hendelser.

Tiltaket er på intervjutidspunktet ikke fullt ut implementert, men det er gjennomført undervisning og gitt informasjon om innholdet. Verneombudet opplyser at de ansatte er positive til tiltaket.

Verneombudet opplyser at det er stor takhøyde i personalgruppen og et godt samarbeid om arbeidet med risikovurderinger. Etter hennes vurdering gir risikovurderingene et realistisk bilde av situasjonen i avdelingen.

4.2.3.3 Iverksatt og fulgt opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø

Revisjonen har fått oversendt en rekke risikovurderinger knyttet til ulike sider ved arbeidsmiljøet og tjenesteproduksjonene. Det er f. eks snakk om risikovurderinger knyttet til:

- Vold og trusler
- Langvakter
- Mottak av brukere for å sikre riktige tjenester
- Samhandling på tvers i hjemmesykepleien
- Sykefravær

Revisjonen har også fått oversendt en handlingsplan for oppfølging av en risikovurdering av det psykososiale arbeidsmiljøet. Planen identifiserer sentrale arbeidsmiljørisikoer og beskriver konkrete tiltak for å redusere disse. I tillegg er det lagt opp til at hvert tiltak skal prioriteres, gis en ansvarlig, tidsfrist og senere evalueres med hensyn til effekt. Dokumentet fremstår som et arbeidsdokument som skal benyttes i det løpende HMS-arbeidet.

Handlingsplanen omfatter flere risikoområder innen psykososialt arbeidsmiljø og kompetanseutvikling.

Psykisk belastning og sykefravær

Planen legger opp til systematisk oppfølging av belastende saker gjennom regelmessige drøftinger med leder, debrief etter krevende hendelser, bruk av refleksjonsmaler og «Grønt kors» som metode for oppfølging av uønskede hendelser.

Kompetanse og faglig kvalitet

Flere tiltak retter seg mot å styrke kompetansen gjennom hospitering, veiledning i dokumentasjon (Geric), kartlegging av nyansattes kompetanse og tilrettelegging for videreutdanning. Planen legger også vekt på at ansatte skal være åpne om behov for veiledning når de mangler kompetanse.

Arbeidsmiljø og samarbeid

For å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet foreslås blant annet kollegastøtte, refleksjonsgrupper, teambuilding, bruk av veiledere samt involvering av tillitsvalgte og verneombud ved opplevelser av trassering eller andre arbeidsmiljøutfordringer.

Introduksjon av nyansatte og HMS

Handlingsplanen inneholder tiltak for bedre mottak av nyansatte, tydelig forventningsavklaring og økt kjennskap til HMS-systemet, blant annet gjennom en HMS-perm eller tilsvarende informasjon på Teams.

Oppfølging av tiltak

Dokumentet inneholder egne tabeller hvor hvert tiltak skal:

- klassifiseres som «bevare» eller «forbedre»,
- prioriteres,
- tildeles ansvarlig leder,
- gis en tidsfrist,
- evalueres med hensyn til om tiltaket har hatt ønsket effekt.

Disse delene av dokumentet er i stor grad ubesvart og fungerer som mal for den videre oppfølgingen.

Fagsjef for Helse og mestring opplyser at identifiserte risikoforhold følges opp gjennom kommunens etablerte systemer for avvikshåndtering, risikovurderinger og oppfølging i Samsvar, samt gjennom faste møtearenaer som ledermøter og medbestemmelsesmøter. Ifølge fagsjef bearbeides identifiserte risikoforhold videre i virksomhetene med utgangspunkt i felles rutiner for årsaksanalyse og utforming av tiltak. Tiltakene forankres i ledelsen og følges opp gjennom definerte ansvarsforhold og fastsatte frister.

Fagsjef opplyser at gjennomføringen av tiltak følges opp ved bruk av årshjul, faste oppfølgingspunkter og rapportering i systemene Samsvar og Framsikt. Det legges vekt på tydelige frister, statusgjennomgang og faste kontrollpunkter underveis i oppfølgingsarbeidet.

Videre opplyses det at tiltak også følges opp i ledermøter, medbestemmelsesmøter og gjennom dialog mellom fagsjef og virksomhetsledere. Dersom planlagte tiltak ikke gjennomføres som forutsatt, tas dette opp i disse møteforaene.

Ifølge fagsjef evalueres effekten av tiltak på virksomhetsnivå ved bruk av flere informasjonskilder. Dette omfatter blant annet avviksstatistikk, utviklingen i sykefravær, resultater fra medarbeiderundersøkelser, herunder 10-faktorundersøkelsen, samt rapportering fra virksomhetene.

Fagsjef opplyser at resultater og erfaringer drøftes i relevante møtefora og benyttes som grunnlag for å justere og videreutvikle tiltak. Det legges også vekt på erfaringsdeling mellom virksomhetene.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Jeløy opplyser at identifiserte risikoforhold følges opp gjennom handlingsplaner utarbeidet på bakgrunn av risikovurderinger og avvik. Ifølge virksomhetsleder har avvikssystemet Samsvar ikke fungert optimalt når det gjelder oppfølging av avvik. For å synliggjøre oppfølgingen har lederne derfor begynt å registrere kommentarer i systemet, slik at ansatte kan se hvordan innmeldte avvik blir behandlet.

Videre opplyses det at alle avvik behandles individuelt, og at avvik som avdekker mer generelle utfordringer følges opp systematisk gjennom handlingsplaner. Oppfølgingen bygger også på styringsinformasjon som avvik, sykefraværsutvikling og dialog i medbestemmelsesmøter og andre faste møtefora.

Som eksempler på oppfølgingstiltak viser virksomhetsleder til at fagdager benyttes til informasjon og kompetanseheving, og at virksomheten har mottatt bistand fra Mossehjelpa i arbeidet med å forebygge vold og trusler.

Virksomhetsleder opplyser at systematisk arbeid og jevnlig oppfølging er avgjørende for å sikre at planlagte tiltak blir gjennomført. Det legges vekt på å opprettholde kontinuerlig oppmerksomhet om tiltakene over tid.

Videre opplyses det at det er identifisert forskjeller mellom avdelingene, og at dette medfører behov for en mer systematisk oppfølging av gjennomføringen. Oppfølging skjer blant annet gjennom ledermøter, medbestemmelsesmøter, handlingsplaner og vernerunder.

Virksomhetsleder opplyser også at arbeidsmiljøutfordringer i prinsippet kan tas opp i virksomhetsleder-møter. Samtidig beskrives disse møtene som omfattende, med mange deltakende virksomheter. For

enkelte problemstillinger vurderes derfor virksomhetsledernetverket som en mer hensiktsmessig arena for oppfølging og erfaringsutveksling.

Virksomhetsleder opplyser at virksomheten arbeider aktivt med oppfølging av tiltak og prioriterer de mest vesentlige utfordringene først. Effekten av tiltak vurderes gjennom jevnlig evaluering av risikovurderinger og tilhørende handlingsplaner.

Samtidig opplyses det at tjenestene er i kontinuerlig endring, noe som innebærer at nye risikoforhold kan oppstå og at det fortløpende er behov for å utvikle og iverksette nye tiltak.

Orkerød

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at det er iverksatt flere tiltak for å redusere psykososial risiko i avdelingen. Tiltakene omfatter blant annet systematisk oppfølging av ansatte, forbedring av alarmsystemet og opplæring i bruk av dette, gjennomføring av fagdager og et systematisk nærværarbeid. Det arbeides forebyggende med sykefravær og tilrettelegging i samarbeid med HR. Videre planlegges innføring av tiltak som Trygg helt og debriefing etter belastende hendelser. Kompetanseheving er også et prioritert område, blant annet innen legemiddelhåndtering og sårbehandling.

Avdelingsleder opplyser at tiltakene bygger på gjennomførte kartlegginger, risikovurderinger og tilbakemeldinger fra ansatte.

Videre benyttes digitale verktøy som IKOS (digital pasienttavle), hvor ansatte kan orientere seg om relevante forhold, samt tiltaksplaner i journalsystemet Geric. For brukere med tvangsvedtak benyttes individuelle tiltaksplaner. Avdelingsleder opplyser at det legges vekt på å gjøre ansatte trygge i arbeid på tvers av avdelinger, og at ressurspersoner kan benyttes på tvers av enheter ved behov.

Avdelingsleder opplyser at det løpende HMS-arbeidet dokumenteres i en egen Teams-kanal for medbestemmelse.

Videre opplyses det at det meldes relativt få avvik knyttet til både arbeidsmiljø og tjenestekvalitet. Dette beskrives som et prioritert forbedringsområde både i virksomheten og på høyere ledernivå. Ifølge avdelingsleder legges det vekt på å omtale avvik som grunnlag for forbedring fremfor feil. Ved registrerte avvik gjennomføres samtaler med involverte ansatte, og relevante saker behandles også i medbestemmelsesmøter.

Avdelingsleder vurderer at det lave antallet avviksmeldinger kan skyldes flere forhold. Hun peker blant annet på behovet for større trygghet i bruk av avvikssystemet, og at ansatte kan ha utviklet en høy toleranse for krevende og utagerende situasjoner. Avdelingsleder fremhever betydningen av nærledelse og opplyser at hun er jevnlig til stede i avdelingen, deltar på rapportmøter og følger opp ansatte gjennom dialog. Digitale verktøy som IKOS, Teams og kvalitetssystemet Samsvar benyttes i oppfølgingen, men avdelingsleder understreker at tilgjengelig ledelse og direkte kommunikasjon er sentrale virkemidler.

Avdelingsleder opplyser at effekten av tiltakene evalueres fortløpende. Samtidig fremheves det at det er for tidlig å trekke sikre konklusjoner om effekten av de nyeste risikovurderingene og tilhørende tiltak.

Oppfølgingen av tiltak drøftes i lederteamet og i medbestemmelsesapparatet. I tillegg rapporterer avdelingsleder jevnlig til virksomhetsleder gjennom et fast rapporteringsskjema som blant annet omfatter tvangsvedtak, sykefravær og andre relevante styringsindikatorer.

Ifølge avdelingsleder oppleves tiltakene å ha positiv effekt på arbeidshverdagen. Ansatte gir uttrykk for at det er viktig å bli hørt, og at løpende dialog og fleksibilitet bidrar positivt. Virksomheten benytter blant

annet interne omplasseringer, avspasering og tilrettelegging av arbeidsoppgaver for å møte den enkeltes behov. Avdelingsleder opplyser videre at rutinene for tilrettelegging ved sykefravær er forbedret for å redusere belastningen på øvrige ansatte.

Avdelingsleder understreker betydningen av nærledelse, herunder at lederen har oversikt over ansattes arbeidshverdag, ressursbruken i avdelingen og oppfølgingen av vikarer. Ved behov leies det inn ekstra ressurser, og det opplyses om et godt samarbeid i ledergruppen om ressursdisponering i tråd med partssamarbeidet og kommunens IA-plan.

Avdelingsleder opplyser at hun opplever støtte fra lederkollegiet, og at virksomhetsleder tilbyr jevnlig ledersamtaler. Hun benytter dette tilbudet ved behov, og peker samtidig på at mellomlederrollen innebærer en betydelig arbeidsbelastning og at det derfor er viktig med arenaer for støtte og erfaringsutveksling.

Grindvold

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at meldte avvik som hovedregel følges opp gjennom dialog med de involverte ansatte for å få en nærmere forståelse av hendelsesforløpet og årsakene til hendelsen. Samtalene har blant annet omhandlet situasjoner med utagerende atferd fra brukere og hvordan slike situasjoner kan håndteres på en trygg og faglig forsvarlig måte.

Videre opplyses det at avdelingsleder og verneombud samarbeider om den videre oppfølgingen av avvik. Oppfølgingen skjer både gjennom individuelle samtaler med berørte ansatte og gjennom arbeid på gruppenivå, hvor verneombudet legger til rette for refleksjon om ønsket arbeidsmiljø og felles arbeidskultur.

Avdelingsleder viser til tidligere beskrivelser av risikovurderingene og opplyser at kunnskap og kompetanse blant de ansatte er de viktigste forutsetningene for å redusere psykososial risiko. Hun fremhever at kontinuerlig læring i det daglige arbeidet har større betydning enn enkeltstående kurs.

Fløymøter trekkes frem som en sentral arena for erfaringsutveksling og faglig refleksjon. Gode erfaringer og vellykkede tiltak deles mellom ansatte og innarbeides i tiltaksplanene. Ifølge avdelingsleder legges det vekt på en kultur hvor ansatte lærer av hverandre og fungerer som faglige sparringspartnere.

Videre opplyses det at avdelingen arbeider for en jevnere belastning mellom fløyene. Ansatte ruller mellom fløyene for å få innsikt i arbeidsbelastningen og bidra der behovet er størst. Midtrapporter benyttes for å skape oversikt over gjenstående oppgaver og legge til rette for omfordeling av arbeidsoppgaver ved behov.

Avdelingsleder opplyser at effekten av tiltakene følges opp gjennom ukentlige statusmøter med fagkoordinatorer, hvor det vurderes hvilke tiltak som fungerer og hvilke som bør justeres. Tillitsvalgte og verneombud deltar ikke i disse møtene. Videre deltar avdelingen i et pilotprosjekt om samarbeid med fastlegene, og det arbeides løpende med forventningsavklaringer og faste evalueringspunkter.

Det gjennomføres personalmøter hver sjette uke. Avdelingsleder opplyser at møtene i stor grad brukes til informasjon fra ledelsen, og at de gir begrenset rom for innspill fra ansatte. For å styrke medvirkningen er det etablert arbeidsgrupper i tilknytning til personalmøtene, slik at ansatte kan drøfte temaer i mindre grupper.

Videre opplyses det at personalmøtene i en periode har hatt særlig fokus på faglige temaer som følge av mange dødsfall ved avdelingen. Temaene har blant annet vært primærkontaktrollen og tjenesteutvikling. Avdelingsleder fremhever samtidig at det er lav terskel for å kontakte både leder, verneombud og fagkoordinatorer. I tillegg benyttes fløymøter med alle ansatte, digitale informasjonskanaler og årlige samlinger som arenaer for informasjon og dialog.

Avdelingsleder opplyser at hun vurderer effekten av tiltakene gjennom tett oppfølging av de ansatte. Dette skjer blant annet gjennom uformelle samtaler, deltakelse i faggruppemøter, overlap-møter og tilstedeværelse på vaktrom og medisinrom. I tillegg gjennomføres årlige medarbeidersamtaler og fløymøter.

Ifølge avdelingsleder gir disse arenaene et godt grunnlag for å følge utviklingen i arbeidsmiljøet og vurdere hvordan tiltakene fungerer i den daglige driften. Hun fremhever særlig betydningen av uformell dialog som supplement til de mer formaliserte oppfølgings- og evalueringsarenaene.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at arbeidet med å redusere psykososial risiko i stor grad bygger på tiltak som tidligere er beskrevet i tilknytning til risikovurderingene. Hun fremhever kunnskap og kompetanse blant de ansatte som de viktigste forutsetningene for å lykkes i arbeidsmiljøarbeidet.

Ifølge avdelingsleder har kontinuerlig erfaringsutveksling større betydning enn enkeltstående kurs.

Tillitsvalgt og verneombud Orkerød

Tillitsvalgt ved Orkerød opplyser at identifiserte utfordringer i arbeidsmiljøet følges opp med konkrete tiltak. Som eksempler nevnes fagdager med undervisning innen rus og psykiatri, forslag om jobbrotasjon og vurdering av selvforsvarskurs.

Den tillitsvalgte opplyser samtidig at interessen blant ansatte for enkelte tiltak, blant annet jobbrotasjon, har vært begrenset. Videre fremheves det et behov for mer systematisk opplæring. Selv om det gjennomføres fagdager, oppleves kvaliteten og planleggingen av innholdet som varierende.

Den tillitsvalgte opplyser at tillitsvalgte involveres i arbeidet med å utforme tiltak. Dette gjelder blant annet forslag til kompetansehevende tiltak og tiltak som skal bidra til økt trygghet for ansatte.

Tillitsvalgt opplyser at det er for tidlig å vurdere om de iverksatte tiltakene har hatt ønsket effekt på arbeidsmiljøet. Den tillitsvalgte viser samtidig til at det ikke foreligger tydelig informasjon om en systematisk evaluering og justering av tiltak i samarbeid med de ansatte.

Den tillitsvalgte opplyser at det etter hennes vurdering er en klar sammenheng mellom bemanning, arbeidspress og arbeidsmiljø. Hun vurderer at deler av sykefraværet er arbeidsrelatert.

Videre opplyses det at det i begrenset grad tas tilstrekkelig hensyn til arbeidsbelastningen i planlegging og drift. Enkelte avdelinger beskrives som særlig belastede, og den tillitsvalgte opplever at tilbakemeldinger om dette i liten grad har ført til oppfølging. Selv om bemanningsplanen åpner for innleie ved behov, opplyses det at denne muligheten benyttes i begrenset grad. Den tillitsvalgte beskriver grunnbemanningen som lav, noe som begrenser fleksibiliteten mellom avdelingene.

Tillitsvalgt opplyser at ansatte etter hennes vurdering melder for få avvik, særlig når det gjelder HMS-forhold knyttet til vold og trusler. Hun viser til at det har vært uklarhet om hvilke hendelser som skal registreres som avvik, og at ulik forståelse mellom ansatte og ledelse har bidratt til frustrasjon. Videre opplyses det at enkelte ansatte har gitt uttrykk for at de ikke opplever det som nyttig å melde avvik.

Den tillitsvalgte beskriver kvalitetssystemet Samsvar som komplisert og opplyser at ansatte ofte vet hvor avvik skal meldes, men er usikre på hvordan dette skal gjøres.

Ifølge den tillitsvalgte har oppfølgingen av avvik blitt bedre ved at leder nå registrerer avsluttende kommentarer i avvikssystemet. Samtidig vurderer hun at antallet registrerte avvik ikke gir et realistisk bilde av situasjonen, og at det sannsynligvis forekommer betydelig underrapportering av arbeidsmiljørelaterte avvik.

Verneombudet ved Orkerød opplyser at identifiserte arbeidsmiljøutfordringer følges opp med konkrete tiltak. Hun viser blant annet til at det i en avdeling har vært utfordringer i arbeidsmiljøet, og at det derfor er utarbeidet felles kjøreregler for samarbeid og kommunikasjon. Kjørereglene er utviklet i fellesskap med personalgruppen og skal fungere som et felles referansegrunnlag ved behov. Samtidig påpeker verneombudet at arbeidsmiljøutfordringer kan oppleves ulikt av den enkelte ansatte.

Verneombudet opplyser videre at hun, gjennom sin rolle som både verneombud og kollega, har god kjennskap til arbeidsmiljøet. Hun viser til at uformell omtale av kollegaer forekommer i relativt stor grad, og at terskelen er høy for å melde avvik om uheldig kommunikasjon mellom ansatte. Etter henvendelser fra ansatte har verneombudet, i samarbeid med avdelingsleder, tatt temaet opp i personalmøter. Problemstillingen følges videre opp i månedlige medarbeidermøter, hvor hendelser fra den siste perioden gjennomgås og drøftes. Kjørereglene er nylig innført, og effekten av tiltaket er derfor ennå ikke evaluert.

Verneombudet opplyser at hun blir involvert i utforming av tiltak og opplever å bli tatt med på råd. Hun samarbeider tett med avdelingsleder, og opplyser at verneombud, tillitsvalgte og leder deltar på felles møtearenaer. I tillegg har hun løpende dialog med avdelingsleder om arbeidsmiljøspørsmål.

Verneombudet opplyser at det settes av tid til å evaluere og justere tiltak ved behov. Hun viser blant annet til tiltak knyttet til pleietyngde og utagering fra pasienter. Ved behov kan virksomheten også benytte eksternt bistand. Verneombudet opplyser at Mossehjelpa har bidratt med undervisning om vold, trusler og utagering, og at tjenesten også har ønsket å hospitere ved avdelingen på grunn av den krevende pasientgruppen.

Videre opplyser verneombudet at omsorgstretthet er en utfordring blant ansatte, og at mange strekker seg langt i det daglige arbeidet. Hun viser også til at yngre personer med demens krever en annen tilnærming enn eldre demenspasienter, og at et tidligere tilbud for denne brukergruppen ikke lenger videreføres.

Verneombudet opplyser at ansatte etter hennes vurdering generelt melder for få avvik, og at det forekommer underrapportering. Hun viser til at ansatte har blitt flinkere til å melde kvalitetsavvik, mens terskelen fortsatt er høy for å melde HMS-avvik og avvik knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet. Dette begrunnes blant annet med at ansatte kan oppleve det som belastende å melde avvik som gjelder kollegaer, eller at de mener de selv burde tåle belastninger fra pasientene. Samtidig understreker verneombudet at direkte dialog mellom ansatte er viktig, og at avviksmeldinger ikke kan erstatte slik kommunikasjon.

Når det gjelder oppfølging av avvik, opplyser verneombudet at kvalitetssystemet Samsvar oppleves som noe tungvint. Hun viser samtidig til at innføringen av LMP-telefoner som arbeidsverktøy har fungert godt. Videre opplyser hun at ansatte tidligere har savnet tilbakemeldinger på meldte avvik. Ifølge verneombudet har ledelsen vært av den oppfatning at tilbakemeldinger ble gitt i systemet, men det har vist seg at disse ikke alltid har vært tilgjengelige for de ansatte. Avvik gjennomgås også i medbestemmelsesmøter, og det er lagt til rette for at ansatte skal motta tilbakemelding i systemet om status for avvik de har meldt.

Tillitsvalgt Grindvold

Tillitsvalgt ved Grindvold omsorgsbolig opplyser at identifiserte arbeidsmiljøutfordringer følges opp systematisk med konkrete tiltak. Dersom tiltak ikke har ønsket effekt, evalueres og justeres de, ofte i påfølgende fløymøter. Ifølge den tillitsvalgte er dette en kontinuerlig prosess.

Den tillitsvalgte opplyser at tillitsvalgte involveres i de sakene hvor de etter regelverket skal medvirke, blant annet gjennom medbestemmelsesmøter. De trekkes også inn i prosesser knyttet til turnus og organisering av arbeidet. Informanten opplever at hun i hovedsak blir involvert i de prosessene hvor tillitsvalgte skal delta, og at tillitsvalgte blir tatt med på råd i saker som påvirker arbeidsmiljøet.

Den tillitsvalgte vurderer at de iverksatte tiltakene har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet. Hun opplyser videre at tiltak evalueres og justeres i samarbeid med de ansatte.

Den tillitsvalgte opplyser at arbeidspresset i stor grad varierer med pasientgruppens behov og funksjonsnivå, noe som bidrar til en uforutsigbar arbeidshverdag. Hun vurderer at grunnbemanningen burde vært høyere. Samtidig opplyser hun at det ikke er kjent sykefravær ved avdelingen som direkte skyldes høyt arbeidspress.

Videre fremheves det at lange vakter kan oppleves som belastende, og at ansatte kan oppleve dårlig samvittighet for arbeidsoppgaver som ikke blir utført. Midtrapportmøter trekkes frem som en viktig arena for å fordele arbeidsoppgaver og håndtere variasjoner i arbeidsbelastningen.

Den tillitsvalgte opplyser at det meldes få avvik knyttet til arbeidsmiljøforhold. Hun peker på at begrepet «avvik» oppfattes som negativt ladet, og at det derfor arbeides med å skape en kultur hvor avviksmeldinger i større grad ses som et grunnlag for forbedring. Etter hennes vurdering kan manglende avviksmeldinger føre til at utfordringer ikke blir tilstrekkelig synliggjort.

Videre opplyses det at verbale hendelser knyttet til pasienter og brukere dokumenteres i journalsystemet Geric. Meldte avvik følges opp, blant annet gjennom drøfting av konkrete saker i fløymøter.

Den tillitsvalgte opplyser at samarbeidet med ledelsen om arbeidsmiljøspørsmål fungerer godt. Hun opplever å bli inkludert i relevante prosesser, og beskriver avdelingsleder som tilgjengelig og oppmerksom på de ansatte.

Videre opplyser den tillitsvalgte at tillitsvalgte blir involvert på et tidlig tidspunkt i saker som har betydning for arbeidsmiljøet.

4.2.3.4 Verneombud

Fagsjef for Helse og mestring opplyser at kommunen har et hovedverneombud, og at verneombudene innen helse deltar i faste møtearenaer. Ifølge fagsjef skjer medvirkning gjennom medbestemmelsesapparatet på avdelings-, virksomhets- og kommunalområdenivå. Hovedverneombudet kan ved behov involveres både på virksomhetsnivå og i den enkelte avdeling.

Fagsjef opplyser at de lokale arbeidsmiljøutvalgene (LAMU) fungerer etter hensikten. Hun viser til at det tok noe tid før møtene fant sin form etter endringer i organiseringen, men vurderer at LAMU nå fungerer godt. Det utarbeides årsrapporter som gir en oversikt over gjennomført arbeid.

Videre opplyser fagsjef at møtene preges av åpenhet og trygghet, til tross for at de er formelle. LAMU benyttes også som en arena for kompetanseutvikling, blant annet ved at interne og eksterne fagpersoner inviteres til å bidra med kunnskap om aktuelle temaer.

Fagsjef opplyser at det fortsatt finnes enkelte avdelinger som er preget av den tidligere kommuneinndelingen mellom Rygge og Moss, selv om det er fem år siden kommunesammenslåingen. Hun viser til at kommunalområdet omfatter over 1 700 ansatte, og at utviklingen av en felles organisasjonskultur er et langsiktig arbeid.

Ifølge fagsjef har det vært en positiv utvikling de siste tre årene når det gjelder samhandling og fleksibilitet på tvers av virksomhetene. Hun opplyser at ansatte i økende grad lærer av hverandre gjennom deltakelse på felles arenaer, og at det er etablert en god informasjonsflyt og gode prosesser for tjenesteutvikling. Fagsjef opplyser videre at hun opplever lite friksjon i det daglige samarbeidet som følge av kommunesammenslåingen.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Jeløy opplyser at verneombud og tillitsvalgte involveres aktivt i HMS-arbeidet. Ifølge virksomhetsleder deltar de blant annet i drøftinger om turnus og andre arbeidsmiljørelaterte spørsmål. Virksomhetsleder beskriver verneombudene og de tillitsvalgte som samarbeidsorienterte, og opplyser at virksomheten arbeider for å legge til rette for kontinuerlig dialog mellom partene.

Videre opplyses det at virksomheten har etablert avdelingsvise HMS-møter i tillegg til de ordinære medbestemmelsesmøtene. Det gjennomføres også regelmessige vernerunder i avdelingene. Virksomhetsleder viser til at deltakelse i bransjeprogrammet har bidratt til økt rolleforståelse og bedre dialog mellom ledelse, verneombud og tillitsvalgte.

Virksomhetsleder opplyser at virksomheten gjennom drøftinger har avklart hvordan HMS-arbeidet skal organiseres. Ved Orkerød er det blant annet gjennomført et bransjeprogram med vekt på rolleforståelse. Samarbeid og rolleavklaring har også vært et fast tema i medbestemmelsesmøtene.

Videre opplyses det at verneombudene får tid til forberedelser før medbestemmelsesmøtene, og at de oppfordres til å samarbeide med hverandre. Ifølge virksomhetsleder legger ledelsen til rette for at nye verneombud får opplæring og støtte fra mer erfarne verneombud. De fleste verneombudene har gjennomført det lovpålagte 40-timers HMS-kurset.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Moss opplyser at verneombudene deltar i månedlige medbestemmelsesmøter og involveres i konkrete arbeidsmiljø saker, blant annet knyttet til organiseringen av nattevakter. Videre opplyses det at virksomheten arbeider for å involvere verneombudene også i det løpende HMS-arbeidet.

Virksomhetsleder opplyser at hun ikke har en klar vurdering av om verneombudene har tilstrekkelige rammer og kompetanse til å ivareta rollen. Hun legger samtidig til grunn at eventuelle utfordringer vil bli meldt fra verneombudene dersom de oppstår.

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at verneombudet deltar i medbestemmelsesmøter og involveres i planlegging og oppfølging av arbeidsmiljøarbeidet. Det gjennomføres forberedende møter mellom avdelingsleder og verneombud før medbestemmelsesmøtene, og verneombudet holdes orientert om resultater fra blant annet medarbeiderundersøkelser og andre arbeidsmiljøkartlegginger.

Videre opplyses det at verneombudet involveres ved behov i oppfølgingen av konkrete arbeidsmiljøutfordringer og uforutsette hendelser. Som eksempel viser avdelingsleder til en situasjon med gjentatte fallhendelser hos en beboer på natt, hvor verneombudet ble involvert i vurdering av tiltak og formidling av rutiner for bruk av hjelpemidler.

Avdelingsleder opplyser at det legges til rette for at verneombudet skal ha nødvendig tid til å utføre oppgavene sine. Ved behov frigjøres tid gjennom bruk av lærlinger, ressurser fra fagteam eller innleie av vikarer, slik at belastningen på øvrige ansatte reduseres når verneombudet utfører verneombudsoppgaver.

Videre opplyses det at verneombudet selv forventes å melde fra dersom det er behov for tid eller andre rammer for å ivareta rollen. Avdelingsleder viser også til at det settes av tid til gjennomføring av vernerunder. For å synliggjøre når verneombudet utfører sine oppgaver, registrerer avdelingsleder dette i avdelingens vaktbok etter ønske fra verneombudet.

Avdelingsleder opplyser at ansattes medvirkning sikres gjennom medbestemmelsesapparatet, personalmøter, medarbeiderundersøkelser og løpende dialog. Samtidig opplyses det at det kan være utfordrende å få ansatte til å melde inn saker og delta aktivt i arbeidsmiljøarbeidet.

Videre opplyses det at bruk av langvakter har redusert deltakelsen på personalmøter. Avdelingsleder arbeider derfor aktivt med å sikre informasjonsflyt til alle ansatte. Hun viser også til at endringer i organiseringen av rapportmøtene har medført at flere ansatte er ute i avdelingen under rapporttid av hensyn til ressursbruk.

Avdelingsleder opplyser videre at ikke alle ansatte er like aktive i de digitale kommunikasjonskanalene. Teams har ikke funksjon for lesebekreftelse, og ansatte benytter derfor «tommel opp» som en bekreftelse på at informasjon er lest.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at verneombudet er tett involvert i planlegging og oppfølging av arbeidsmiljøarbeidet. Avdelingen har ett verneombud og ett varaverneombud. Det er også etablert et tillitsvalgtteam, men ifølge avdelingsleder har det ikke vært meldt inn større arbeidsmiljø saker fra avdelingen.

Videre opplyses det at den løpende dialogen mellom avdelingsleder og verneombud bidrar til å identifisere og håndtere arbeidsmiljøutfordringer på et tidlig tidspunkt ved at ulike perspektiver trekkes inn i vurderingene.

Avdelingsleder viser til at den største organisatoriske utfordringen har vært omorganiseringen av nattevaktene, som har fått egen leder. Ifølge avdelingsleder har nattevaktene uttrykt ønske om å videreføre den tidligere organiseringen, mens hun vurderer at kontrollspennet som leder tidligere var for stort. Hun opplyser også at det har vært utfordringer knyttet til arbeidskulturen i nattevaktsgruppen, og at dette påvirker samarbeidet med dag- og kveldsvaktene.

Avdelingsleder opplyser at verneombudet er bedt om å melde fra dersom det er behov for mer tid eller kompetanseutvikling for å kunne ivareta rollen. Det er ikke avsatt fast tid til verneombudsarbeidet, men tidsressurser tildeles ved behov.

Videre beskriver avdelingsleder verneombudet som en person med høy tillit blant de ansatte. Hun opplyser at verneombudet evner å se saker både fra arbeidsgivers og arbeidstakernes perspektiv, og at verneombudet er tydelig i dialogen med de ansatte. Ifølge avdelingsleder er verneombudet opptatt av å ivareta både de ansatte og ledelsen i utøvelsen av rollen.

Når det gjelder hvordan reell medvirkning fra ansatte sikres i arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet, viser avdelingsleder til tidligere beskrivelser av avdelingens møte- og dialogarenaer, herunder fagmøter, personalmøter og øvrige faste møtearenaer hvor ansatte involveres i arbeidsmiljøarbeidet.

Videre opplyses det at den løpende dialogen mellom avdelingsleder og verneombud bidrar til å identifisere arbeidsmiljøutfordringer på et tidlig tidspunkt og til å belyse sakene fra ulike perspektiver.

Verneombudet ved Orkerød opplyser at hun opplever å bli involvert i arbeidsmiljø saker, jf. tidligere beskrivelser av medvirkningen i HMS-arbeidet.

Når det gjelder rammebetingelser, opplyser verneombudet at hun gjerne skulle hatt mer tid til å ivareta rollen. Hun viser særlig til at gjennomføring av vernerunder er tidkrevende. Selv om hun får benytte arbeidstid til verneombudsoppgaver, opplever hun en lojalitetskonflikt overfor kollegaene fordi det som hovedregel ikke settes inn ekstra bemanning når hun er fraværende fra ordinært arbeid. Dette kan medføre økt arbeidsbelastning for øvrige ansatte og frustrasjon i personalgruppen. Verneombudet understreker at frustrasjonen ikke er rettet mot henne personlig, men mot den økte belastningen som oppstår når bemanningen reduseres.

Verneombudet opplyser videre at hun har gjennomført det lovpålagte 40-timers HMS-kurset for verneombud for tre til fire år siden. I tillegg har hun deltatt på HMS-relaterte samlinger i regi av kommunen.

Verneombudet beskriver samarbeidet med både avdelingsleder og virksomhetsleder som godt. Hun opplyser at dialogen er åpen og tett, og at samarbeidet har blitt styrket etter at lederne er fysisk til stede ved avdelingen. Videre opplyser hun at terskelen for å ta kontakt med ledelsen er lav, og at hun opplever ledelsen som tilgjengelig.

Verneombudet opplyser også at innspill hun kommer med i arbeidsmiljøsaker blir tatt på alvor og fulgt opp.

Verneombudet opplyser at Orkerød sykehjem har et lokalt arbeidsmiljøutvalg (LAMU), og at det i tillegg finnes et arbeidsmiljøutvalg på virksomhetsnivå. Hun har imidlertid ikke erfaring med at saker er løftet fra lokalt nivå til virksomhetsnivå, og opplyser at arbeidsmiljøsaker i hovedsak har blitt løst lokalt.

Verneombudet opplyser at høyt arbeidspress er den største arbeidsmiljøutfordringen ved avdelingen. Hun beskriver pasientgruppen som krevende og viser til at økonomiske innsparinger og krav om for-svarlig drift bidrar til økt belastning for de ansatte.

Videre opplyser hun at bruk av vikarer er nødvendig ved fravær blant faste ansatte, men at dette samtidig kan skape utfordringer fordi vikarene ofte har mindre kjennskap til pasientene og avdelingens rutiner.

Verneombudet opplyser at korttidsfraværet har vært høyt den siste perioden, og at det samlede sykefraværet varierer betydelig over tid. Etter hennes vurdering kan sykefraværet ha sammenheng med både fysiske og psykiske belastninger i arbeidet. Hun peker samtidig på at terskelen for å være hjemme ved sykdom er relativt lav som følge av smitterisikoen for en sårbar pasientgruppe.

Videre opplyses det at avdelingen har arbeidet med å styrke samarbeidet på tvers av avdelinger gjennom intern rullering av ansatte for å utnytte ressursene bedre. Samtidig opplever verneombudet at det sterke fokuset på økonomi kan være belastende for personalgruppen.

Verneombudet fremhever også betydningen av å benytte tilgjengelige hjelpemidler for å redusere belastninger i arbeidet. Hun opplyser at det gjennomføres månedlige fagdager og egne opplæringsdager for vikarer.

Avslutningsvis viser verneombudet til at den gjennomførte 10-faktorundersøkelsen har gitt et godt grunnlag for arbeidsmiljøarbeidet. Hun opplyser at resultatene er gjennomgått i personalgruppen, og opplever at virksomheten har iverksatt flere tiltak for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet.

4.2.3.5 Arbeidsmiljøutvalg

Revisjonen har fått oversendt og har gjennomgått årsrapport Lokalt arbeidsmiljøutvalg (LAMU) i kommunalområde Helse og mestring for 2025. Dokumentet gir en oversikt over utvalgets sammensetning, møtevirksomhet og hvilke arbeidsmiljøsaker som ble behandlet i løpet av året. Rapporten er utarbeidet

i tråd med arbeidsmiljøloven § 7-2 sjette ledd, som pålegger arbeidsmiljøutvalg å avgi en årlig rapport om sitt arbeid.

LAMU besto i 2025 av åtte medlemmer med lik representasjon fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Utvalget avholdt fire møter og behandlet totalt 29 saker. Ledervervet ble ivaretatt av arbeidsgiversiden i 2025, mens arbeidstakersiden skal lede utvalget i 2026.

Rapporten omfatter følgende hovedtemaer:

1. Organisering av LAMU

Oversikt over faste medlemmer og varamedlemmer fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Informasjon om endringer i medlemskap og ledelse gjennom året.

2. Møteaktivitet

Rapporten dokumenterer at LAMU gjennomførte fire ordinære møter i 2025 med til sammen 29 saker.

Sakene som ble behandlet omfattet blant annet:

HMS-avvik og registrerte personskader.

- Sykefraværsutvikling.
- Lovpålagt HMS-dokumentasjon.
- Arbeidsmiljøsituasjonen i helse- og mestrings.
- Organisatoriske endringer og nedtrekk i tjenestene.
- Økonomiske omstillinger.
- Resultater fra medarbeiderundersøkelsen «10-faktor».
- Oppfølging av granskinger og forbedringstiltak.
- ROS-analyse knyttet til sykefravær.
- Evaluering av sommeravviklingen.
- Status for arbeidsmiljøutfordringer i enkelte virksomheter.
- Digitalisering av hjemmesykepleien.
- Drøftinger om fleksibilitet i tjenestene.

3. Medvirkning

Rapporten opplyser at medbestemmelsesmøter har vært en del av samarbeidet mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene, og viser til egne referater fra disse møtene.

4. Vurdering

Rapporten fremhever at samarbeid om arbeidsmiljø, utfordringer og utviklingsmuligheter bidrar til å skape trygge og utviklende arbeidsplasser i Moss kommune. Det gis ingen nærmere analyse av måloppnåelse eller effekten av de enkelte tiltakene.

5. Økonomiske konsekvenser

Det anføres at satsing på godt HMS-arbeid forventes å gi positive virkninger for både budsjett og handlingsplaner, uten at dette underbygges med konkrete økonomiske analyser eller tall.

Virksomhetsleder opplyser at avvik gjennomgås med særlig vekt på gjentakende og alvorlige hendelser. Faste temaer i møtene omfatter blant annet arbeidsmiljø og arbeidsforhold, budsjett, utviklings- og omstillingsarbeid, forbedringsarbeid, rekruttering og evaluering.

Videre opplyses det at virksomheten benytter egne Teams-kanaler som støtte i medbestemmelsesarbeidet. Det er blant annet etablert en kanal for deltakere i medbestemmelsesmøtene, en kanal for rekruttering og en kanal for lokale tillitsvalgte og verneombud, hvor det blant annet gjennomføres drøftinger av aktuelle saker.

Virksomhetsleder opplyser at saker som behandles i AMU og medbestemmelsesmøter følges opp gjennom den ordinære linjeorganisasjonen. Referater gjennomgås, og aktuelle saker følges opp i etterfølgende møter. Saker som krever lengre oppfølging behandles over flere møter, hvor utviklingen etterspørres og vurderes fortløpende.

Videre opplyses det at oppfølging av arbeidsmiljø saker også inngår som faste tema i ledermøter og ledersamtaler. Dette skal bidra til at vedtatte tiltak blir fulgt opp og gjennomført i virksomheten.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Moss opplyser at arbeidsmiljøutvalgene (AMU) er organisert på kommunalområde- og kommunedirektørnivå. Virksomhetsledere deltar i møtene ved behov. Videre opplyses det at det er etablert lokale arbeidsmiljøutvalg (LAMU) innen kommunalområdet.

Virksomhetsleder opplyser at oppfølging av saker fra AMU i liten grad har vært aktuelt for virksomheten. Det beskrives ikke konkrete rutiner for hvordan saker fra AMU følges opp i linjeorganisasjonen.

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at saker om det psykososiale arbeidsmiljøet behandles i arbeidsmiljøutvalget (AMU) på virksomhetsnivå og følges opp gjennom medbestemmelsesmøter. Referater fra møtene gjøres tilgjengelige for de ansatte, og sentrale saker formidles også i faglige samlinger.

Videre opplyser avdelingsleder at innspill fra AMU integreres i det løpende HMS-arbeidet gjennom informasjonsdeling og oppfølging av tiltak i avdelingen.

Avdelingsleder opplyser samtidig at arbeidsmiljøutvalgets funksjon i praksis i stor grad ivaretas gjennom det lokale medbestemmelsesapparatet. Ifølge avdelingsleder legger virksomhetsledelsen vekt på at verneombud og tillitsvalgte får anledning til å uttale seg før ledelsen i behandling av arbeidsmiljø saker.

Avdelingsleder opplyser at hun i begrenset grad har deltatt i AMU på virksomhetsnivå og kjenner derfor ikke til konkrete saker som har vært behandlet på tvers av nivåene.

Avdelingsleder opplyser at det gjennomføres månedlige medbestemmelsesmøter både på avdelings- og virksomhetsnivå. Plasstillitsvalgte og verneombud fra både avdelingen og virksomheten deltar i møtene. I forkant av møtene gjennomføres formøter mellom avdelingsleder, verneombud og plasstillitsvalgt for å avklare hvilke saker som skal behandles.

Videre opplyses det at virksomheten legger vekt på nærledelse og løpende dialog mellom ledelse og ansatte som en sentral del av arbeidsmiljøarbeidet.

Virksomheten har også et kvalitetsutvalg som møtes månedlig på virksomhetsnivå. Fagkoordinatorene deltar i utvalget, og Orkerød er representert med én fagkoordinator. Avdelingsleder opplyser videre at det gjennomføres vernerunder hvor det psykososiale arbeidsmiljøet inngår som en del av vurderingen. Vernerundene dokumenteres i kvalitetssystemet Samsvar, og ulike temaområder prioriteres etter behov. Avdelingsleder opplever at verneombudet har god oversikt over dette arbeidet.

Videre viser avdelingsleder til at kommunen har en overordnet IA- og HMS-plan som legger vekt på tverrfaglig samarbeid og forankring i partssamarbeidet.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at arbeidsmiljøutvalget (LAMU) er organisert på kommunalområdenivå og består av fagsjef, hovedverneombud og hovedtillitsvalgt. Det er ikke etablert et eget arbeidsmiljøutvalg ved Grindvold, og ifølge avdelingsleder har det ikke vært behandlet egne saker fra avdelingen i AMU.

Videre opplyses det at Grindvold gjennomfører lokale medbestemmelsesmøter i forkant av medbestemmelsesmøtene på virksomhetsnivå. Ifølge avdelingsleder bidrar dette til at ledelse, verneombud og tillitsvalgte har en felles forståelse av sakene før de eventuelt løftes videre til virksomhetsnivå.

Avdelingsleder opplyser at hun i begrenset grad mottar direkte tilbakemeldinger fra AMU. Informasjon og føringer formidles i hovedsak gjennom ledermøter eller som oppfølging av konkrete leveranser og oppgaver. Hun opplyser videre at hun rapporterer til virksomhetsleder om organiseringen av arbeidet og status for ulike oppgaver, og mottar tilbakemeldinger om hvilke områder som skal følges opp.

Videre opplyses det at avdelingsleder og virksomhetsleder har ukentlige møter. Selv om Grindvold er virksomhetens største avdeling, vurderer avdelingsleder at den daglige driften fungerer godt, noe som kan bidra til mindre løpende kontakt med virksomhetsleder. Hun peker samtidig på at belastningen som mellomleder, både faglig og psykososialt, tilsier behov for en mer formalisert oppfølging.

Avdelingsleder opplyser at fagkoordinator kan overta deler av den operative driften ved hennes fravær, men at fagkoordinator ikke har personalansvar. Hun vurderer dette som en sårbar løsning fordi ingen ivaretar de personalmessige og administrative lederoppgavene ved ferie, sykdom eller annet fravær.

Videre opplyses det at virksomheten ikke har en assisterende lederfunksjon. Ved behov kan virksomhetsleder eller en annen avdelingsleder bistå, men dette beskrives som en ad hoc-løsning.

Avdelingsleder viser også til prosjektet Lederrollens innhold, hvor blant annet lederturnover, kontrollsystem og digitale støttesystemer ble vurdert. Ifølge avdelingsleder inneholdt rapporten flere forslag til tiltak, herunder etablering av en assisterende lederfunksjon.

Tillitsvalgt ved Orkerød opplyser at samarbeidet med ledelsen om arbeidsmiljøspørsmål fungerer godt. Ledelsen beskrives som tilgjengelig og dialogorientert, selv om det tidvis oppstår uenighet, blant annet knyttet til økonomiske rammebetingelser.

Videre opplyser den tillitsvalgte at hun i hovedsak opplever å bli involvert på et tidlig tidspunkt i saker som har betydning for arbeidsmiljøet. Som eksempel viser hun til omorganiseringen til fagteam, hvor hun opplevde at prosessen, særlig knyttet til fordeling av arbeidsoppgaver, var god.

Tillitsvalgt opplyser at hun ikke har erfaring med saker som har vært behandlet i arbeidsmiljøutvalget (AMU), og har derfor ikke grunnlag for å vurdere hvilken betydning AMU har hatt for arbeidsmiljøarbeidet lokalt.

Den tillitsvalgte opplyser at de største arbeidsmiljøutfordringene varierer mellom avdelingene. Ifølge henne er enkelte avdelinger preget av generelle arbeidsmiljøutfordringer, andre av vold og trusler, mens noen har utfordringer knyttet til samarbeid og konflikter mellom ansatte og ledelse.

Den tillitsvalgte opplyser videre at ledelsen i noen grad følger opp identifiserte utfordringer. Samtidig opplever hun at enkelte problemstillinger, særlig knyttet til bemanning og arbeidsbelastning, ikke blir tilstrekkelig fulgt opp.

Heller ikke den tillitsvalgte ved Grindvold omsorgsbolig har erfaring med at saker fra avdelingen er blitt løftet til arbeidsmiljøutvalget (AMU). Hun opplyser samtidig at avdelingsleder har god dialog med virksomhetsleder om aktuelle problemstillinger.

Videre peker den tillitsvalgte på at overordnede økonomiske rammer har betydning for tjenestetilbudet, blant annet ved at aktiviteter for brukerne er blitt redusert.

Den tillitsvalgte vurderer at arbeidsmiljøet ved avdelingen generelt er godt, og at utfordringer følges opp når de oppstår. Hun opplyser at ledelsen er opptatt av det psykososiale arbeidsmiljøet. Samtidig uttrykker hun et ønske om mer tilstedeværende ledelse og mer tid til oppfølging i den daglige driften.

Den tillitsvalgte opplyser at hun i hovedsak opplever at ledelsen håndterer arbeidsmiljøutfordringer på en tilfredsstillende måte.

4.2.3.6 HMS og arbeidsmiljøkompetanse

Fagsjef for Helse og mestring opplyser at både hun selv og virksomhetslederne har gjennomført det lovpålagte 40-timers HMS-kurset. Det foreligger en etablert rutine for gjennomføring av slik opplæring, og opplyses at denne følges opp som en del av kommunens ordinære praksis.

Fagsjef opplyser videre at en avdelingsleder i gjennomsnitt har ansvar for om lag 25 årsverk. Kommunen har gjennomført prosjektet Lederrollens innhold, hvor støtte til avdelingslederne har vært et sentralt tema. Som en del av prosjektet er det blant annet prøvd ut en ordning ved Grindvold der fagkoordinatorer har overtatt enkelte oppgaver som normalt utføres av avdelingsleder, herunder oppfølging av avvik.

Videre opplyses det at kommunen har etablert flere støttefunksjoner for lederne, blant annet ressurskoordinatorer med ansvar for turnus og innleie samt merkantile ressurser. Fagsjef opplyser at innholdet i lederrollen og avdelingsledernes kontrollspenn fortsatt er et utviklingsområde, og at handlingsplanen som ble utarbeidet etter prosjektet Lederrollens innhold skal følges opp og gjennomføres.

Fagsjef viser også til at kommunalområdet gjennomførte en anonym lederevaluering året før intervjuet. Nærledelse var ett av temaene i evalueringen. Ifølge fagsjef så ikke kommunen en direkte sammenheng mellom medarbeiderens score på nærledelse og størrelse på ledernes kontrollspenn. Hun opplyser samtidig at kontrollspennet har vært stabilt over flere år, og at vurderinger av lederkapasitet må baseres på flere forhold enn antall medarbeidere alene.

Når det gjelder hvordan kommunen følger opp at ledernes HMS-kompetanse anvendes i praksis, viser fagsjef til tidligere beskrivelser av oppfølgingen gjennom etablerte styrings- og oppfølgingssystemer, herunder lederdialog, faste møtearenaer og virksomhetenes arbeid med HMS, risikovurderinger og oppfølging av arbeidsmiljøet.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Jeløy opplyser at lederne gjennomfører et fire dagers HMS-kurs. I tillegg inngår temaer som HMS, avvikshåndtering og forbedringsarbeid i den obligatoriske modulopplæringen for ledere i Moss kommune.

Videre opplyses det at virksomheten følger kommunens opplæringsløp for ledere, og at virksomhetsleder selv gir opplæring til nye avdelingsledere om HMS-arbeidet. Nye ledere får også støtte gjennom en fadderordning, hvor mer erfarne ledere bidrar med veiledning og oppfølging.

Virksomhetsleder opplyser at oppfølging av ledernes ivaretagelse av arbeidsmiljøansvaret skjer både gjennom lederopplæringen og i den løpende lederoppfølgingen. Temaer som identifiseres underveis følges opp i ledersamtaler, hvor det legges vekt på at lederne viser utvikling innen de områdene det arbeides med.

Virksomhetsleder for Heldøgnsomsorg Moss opplyser at alle ledere enten har gjennomført eller skal gjennomføre den obligatoriske 40-timers HMS-opplæringen. Virksomhetsleder viser til at ledergruppen

har lang erfaring, men opplyser samtidig at det er variasjoner mellom lederne når det gjelder etterlevelse av rutiner og dokumentasjonspraksis.

Virksomhetsleder opplyser at oppfølging av ledernes ivaretagelse av arbeidsmiljøansvaret skjer gjennom både faste ledermøter og individuelle oppfølgingssamtaler. Ved behov benyttes støtte fra HR.

Avdelingsleder ved Orkerød opplyser at hun gjennomførte det lovpålagte 40-timers HMS-kurset i 2022 og et oppfriskningskurs i 2024. Hun vurderer kursene som nyttige, og fremhever at det var særlig verdifullt at både virksomhetsleder og verneombud deltok på oppfriskningskurset. Ifølge avdelingsleder ga dette gode muligheter for felles refleksjon og drøfting av aktuelle problemstillinger.

Avdelingsleder opplyser at virksomheten har etablert månedlige møter med HR, hvor ledere og HR gjennomgår sykefravær og behov for tilrettelegging. Tilrettelegging gis for perioder på inntil tre måneder av gangen, med en samlet varighet på inntil seks måneder. Oppfølging av sykefravær og tilrettelegging er også tema i medbestemmelsesmøtene.

Videre opplyser avdelingsleder at det legges vekt på at tilrettelegging ikke blir så omfattende eller langvarig at den medfører økt belastning for øvrige ansatte. Hun gjennomfører oppfølgingssamtaler med sykemeldte medarbeidere og utarbeider individuelle oppfølgingsplaner. I disse tas det særlig hensyn til at ansatte arbeider med en pasientgruppe som innebærer store fysiske og psykiske belastninger. Aktuelle tiltak kan blant annet være lettere arbeidsoppgaver eller bruk av to ansatte ved tunge stell. Tiltakene dokumenteres i digital vaktbok og WebSak, og LMP (tjenestetelefon) benyttes som støtte i planleggingen av bemanningen.

Avdelingsleder understreker også betydningen av at ansatte melder fra når de har behov for bistand i arbeidshverdagen.

Når det gjelder sykefravær, opplyser avdelingsleder at målet for sykefraværsarbeidet ved Orkerød er at sykefraværet skal være under 10 prosent. Hun viser til at sykefraværet var om lag 30 prosent i februar, men at det på intervjudtidspunktet var redusert til om lag 15 prosent. Videre opplyser hun at korttidsfraværet er relativt lavt, mens langtidsfraværet har sammensatte årsaker. Flere ansatte er over 60 år og arbeider i en forsterket avdeling med en krevende pasientgruppe, noe som etter avdelingsleders vurdering kan medføre økte fysiske belastninger etter mange år i yrket.

Avdelingsleder opplyser at de største utfordringene i avdelingen er knyttet til høyt sykefravær og omfattende bruk av vikarer. Etter hennes vurdering kan dette øke belastningen på de faste ansatte og påvirke kvaliteten på tjenestene. Samtidig opplyser hun at virksomheten har arbeidet systematisk med å opprettholde kvaliteten gjennom bruk av digitale verktøy og kompetansehevende tiltak.

Videre opplyser avdelingsleder at det kan være behov for å gjennomføre medarbeidersamtaler også med vikarer som benyttes hyppig, og ikke bare med faste ansatte. Hun viser til at virksomheten har forbedret opplæring og systemer for vikarer, men at faste ansatte fortsatt opplever det som mer krevende å samarbeide med vikarer som arbeider sjelden ved avdelingen.

Avslutningsvis peker avdelingsleder på behovet for økt oppmerksomhet om risikovurderinger, avviksregistrering og opplæring i håndtering av utagerende atferd. Hun understreker betydningen av at ansatte melder avvik, og mener det er viktig at terskelen for å rapportere hendelser ikke blir for høy ved vold og utagering fra pasienter.

Avdelingsleder ved Grindvold opplyser at hun har gjennomført det lovpålagte 40-timers HMS-kurset.

Avdelingsleder opplyser at det arbeides forebyggende med psykososiale arbeidsmiljøutfordringer gjennom tydelige rolle- og forventningsavklaringer. Alle ansatte har definerte ansvarsområder, og det er etablert rammer som skal bidra til forutsigbarhet i arbeidshverdagen.

Samtidig opplyser avdelingsleder at lederkapasiteten er en utfordring. Hun vurderer at det er krevende å følge opp både ansatte som er på arbeid og ansatte som er sykemeldte, samtidig som den daglige driften skal ivaretas. Ifølge avdelingsleder medfører den løpende driften at det blir begrenset tid til ledelsesoppgaver og systematisk oppfølging av arbeidsmiljøet.

Videre opplyser hun at det ikke er etablert en stedfortrederfunksjon som kan ivareta personalansvaret ved hennes fravær. Selv om fagkoordinator kan overta deler av den faglige og operative driften, blir oppfølgingen av personalmessige forhold og andre lederoppgaver liggende til avdelingsleder.

Når det gjelder sykefravær, opplyser avdelingsleder at hun har ansvar for den løpende dialogen med sykemeldte ansatte og oppfølging av planer og krav knyttet til NAV. Konflikter og arbeidsbelastninger behandles gjennom partssamarbeidet. I tillegg benyttes uformelle samtaler som et virkemiddel for å identifisere utfordringer på et tidlig tidspunkt. Dersom det avdekkes behov for videre oppfølging, opplyser avdelingsleder at virksomheten benytter en systematisk metode i det videre arbeidet med den enkelte sak.

Når det gjelder oppfølging av ansatte som opplever psykososiale belastninger i arbeidshverdagen, viser avdelingsleder til tidligere beskrivelser av virksomhetens tiltak og oppfølging, herunder løpende dialog, systematisk oppfølging og bruk av etablerte møte- og oppfølgingsarenaer.

Avdelingsleder gir uttrykk for et ønske om tettere oppfølging knyttet til lederrollen og de psykososiale belastningene som følger av mellomlederansvaret. Hun beskriver partssamarbeidet ved Grindvold som godt, men opplyser at avdelingslederrollen innebærer en betydelig belastning, blant annet i forbindelse med økonomiske innsparinger, klager fra pårørende og oppfølging av personalet.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Systematisk HMS- og internkontrollarbeid

Revisjonskriteriet stiller krav om at kommunen skal ha et systematisk og dokumentert HMS- og internkontrollsystem, jf. arbeidsmiljøloven § 3-1 og internkontrollforskriften §§ 4–5. Etter revisjonens vurdering viser faktagrunnlaget at Moss kommune i hovedsak har etablert et overordnet og dokumentert system for internkontroll og HMS, og at dette er forankret i kommunens styringsstruktur.

4.3.1.1 Overordnet internkontrollsystem – Moss kommune

Revisjonen vurderer at Moss kommune har dokumentert et overordnet internkontrollsystem som omfatter de undersøkte tjenestoområdene.

Kommunens overordnede dokumentasjon beskriver organisering, ansvar, myndighet og rapporteringslinjer for internkontrollen. Kommunedirektørens ledergruppe er gitt en overordnet rolle, samtidig som kommunalområdene og virksomhetene er tillagt ansvar for å utvikle, praktisere og følge opp internkontrollen innen egne ansvarsområder. Det fremgår blant annet at internkontrollen skal være integrert i virksomhetenes prosedyrer og rutiner, være tilpasset risikobildet og at vesentlig risiko og svikt skal rapporteres til overordnet nivå.

Faktagrunnlaget viser videre at internkontrollen understøttes av faste møte- og samarbeidsarenaer, blant annet arbeidsmiljøutvalg, lokale arbeidsmiljøutvalg, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter. Kommunen har også etablert digitale styrings- og kvalitetssystemer og et årshjul for rapporterings- og oppfølgingsaktiviteter.

Revisjonen vurderer på denne bakgrunn at kriteriet om et dokumentert overordnet HMS- og internkontrollsystem er oppfylt.

4.3.1.2 Skriftlige rutiner for kartlegging, risikovurdering, tiltak, avvikshåndtering og evaluering

Revisjonen vurderer at kommunen i hovedsak har etablert skriftlige rutiner og arbeidsprosesser som dekker de sentrale elementene i et systematisk HMS- og internkontrollarbeid.

Prosedyren «Helse – Ledelsens gjennomgang» stiller krav om at ledelsens gjennomgang skal gjennomføres minst årlig på avdelings-, virksomhets- og kommunalsjefsnivå. Gjennomgangen skal bygge på blant annet avvik og uønskede hendelser, risikovurderinger, tidligere forbedringstiltak, tilsyn og internkontroller. Det skal på bakgrunn av gjennomgangen fastsettes konkrete forbedringstiltak med ansvar og frist. Dette gir etter revisjonens vurdering en tydelig struktur for evaluering og oppfølging av internkontrollen.

Kommunens årsrapport 2024 (s.19) viser dessuten at det er etablert retningslinjer for blant annet risikovurderinger, avvikshåndtering og årsaksanalyser, og at alvorlige avvik skal analyseres med sikte på å identifisere bakenforliggende årsaker og utvikle forbedringstiltak. Revisjonen registrerer at risikovurderinger foreløpig gjennomføres ved bruk av en separat mal utenfor Samsvar. Dette kan gjøre det vanskeligere å sikre en enhetlig arbeidsform, dokumentasjon og oppfølging på tvers av virksomhetene.

Revisjonen vurderer samlet at kriteriet i hovedsak er oppfylt, men at kommunen bør sikre at rutiner for risikovurderinger er helhetlige, enhetlige og lett tilgjengelige.

4.3.1.3 Kjennskap til og bruk av HMS-systemet i praksis

Revisjonen vurderer at ledere og verneombud i de undersøkte tjenestene i hovedsak kjenner til HMS- og internkontrollsystemet og kan beskrive hvordan systemet benyttes i praksis. Faktagrunnlaget viser blant annet til bruk av risikovurderinger, vernerunder, medarbeiderundersøkelser, medarbeidersamtaler, avvikssystem, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter.

Undersøkelsen viser imidlertid et mer sammensatt bilde når det gjelder de ansattes kjennskap til systemet. Flere av intervjuobjektene gir uttrykk for at ikke alle ansatte har den nødvendige kjennskap til HMS-rutinene, og opplyser at enkelte ansatte oppfatter avviksmeldingsprosessen som så krevende at forhold som burde vært meldt, ikke blir registrert. Disse tilbakemeldingene samsvarer med opplysningene om at det registreres relativt få HMS-avvik sammenlignet med kvalitetsavvik, og at ledelsen selv vurderer at dette kan være uttrykk for underrapportering.

Etter revisjonens vurdering er det ikke tilstrekkelig at rutiner og systemer formelt er tilgjengelige dersom ansatte som skal benytte dem, ikke har tilstrekkelig kjennskap til dem eller opplever terskelen for bruk som høy. Mangelfull kjennskap til rutiner og underrapportering av avvik kan svekke kommunens styringsinformasjon og redusere muligheten til å identifisere risiko, lære av hendelser og iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Revisjonen vurderer derfor at kriteriet om at ledere og ansatte skal kjenne til HMS-systemet og hvordan dette brukes i praksis, bare delvis er oppfylt. Kommunen bør særlig styrke opplæring, tilgjengeliggjøring av rutiner og praktisk kompetanse i bruk av avvikssystemet.

4.3.1.4 Jevnlig oppfølging og dokumentasjon av internkontrollen

Revisjonen vurderer at kommunen i hovedsak kan dokumentere at internkontrollen følges opp jevnlig.

Det er som tidligere nevnt fastsatt at ledelsens gjennomgang skal skje minst én gang årlig på flere organisatoriske nivåer. Kommunedirektøren skal videre rapportere årlig til kommunestyret om internkontrollen og resultatene av statlige tilsyn. Kommunens årsrapport for 2025 dokumenterer også omfattende aktivitet innen risikovurderinger, avvikshåndtering, HMS- og IA-arbeid, arbeidsmiljøkartlegginger og forbedringstiltak.

På virksomhetsnivå beskrives internkontrollen som integrert i ordinær ledelse gjennom ledermøter, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter, og oppfølgingen bygger blant annet på registrerte avvik, sykefravær, risikovurderinger og medarbeiderundersøkelser.

Gjennom intervjuene fremkom det opplysninger om at enkelte aktiviteter i HMS-årshjulet i den aktuelle virksomheten hadde fått begrenset oppmerksomhet, og at ikke alle planlagte aktiviteter er gjennomført som forutsatt. Dette ble blant annet forklart med omorganiseringer og utskiftninger i lederstillinger. Etter revisjonens vurdering er organisatoriske endringer en relevant forklaring, men de fritar ikke kommunen fra kravet om å sikre at den systematiske HMS-oppfølgingen faktisk blir gjennomført. Dersom aktiviteter i årshjulet utsettes eller ikke gjennomføres, bør dette dokumenteres, risikovurderes og følges opp.

Revisjonen vurderer samlet at kriteriet om jevnlig og dokumentert oppfølging av internkontrollen i hovedsak er oppfylt. Det er likevel behov for å sikre bedre etterlevelse og dokumentert oppfølging av planlagte HMS-aktiviteter på virksomhetsnivå.

4.3.2 Mål, ansvar og risikovurderinger knyttet til psykososialt arbeidsmiljø

Revisjonskriteriene innebærer at kommunen skal ha fastsatte HMS-mål som omfatter det psykososiale arbeidsmiljøet, tydelig plassere ansvar og myndighet for dette arbeidet og gjennomføre risikovurderinger som omfatter relevante psykososiale risikoforhold. Risikovurderingene må være relevante for de ulike tjenesteområdene som omfattes av revisjonen.

4.3.2.1 Virksomhetens mål og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet

Revisjonens vurdering er at kommunen har fastsatt mål for HMS-arbeidet som omfatter det psykososiale arbeidsmiljøet.

På overordnet nivå viser faktagrunnlaget at kommunens HMS- og IA-plan benyttes som et sentralt styringsdokument for arbeidsmiljøarbeidet, og at det er etablert overordnede mål som formidles videre til virksomhetene. Kommunen har også vedtatt en arbeidsgiverstrategi som gir føringer for virksomhetenes arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og organisasjonsutvikling.

På virksomhetsnivå finner revisjonen tydelige eksempler på at målene er operasjonalisert. I «HMS- og IA-plan – Virksomhet heldøgn Moss 2025» er det fastsatt mål om blant annet trygge, helsefremmende og bærekraftige arbeidsplasser, økt jobbnærvær, styrket partssamarbeid og inkludering. Det psykososiale arbeidsmiljøet er nærmere konkretisert gjennom blant annet medarbeidersamtaler, debriefing, støtte ved belastninger, arbeidsmiljøkartlegginger og oppfølging av konflikter, trakassering og emosjonelle belastninger. Tilsvarende HMS- og IA-planer er ifølge faktagrunnlaget utarbeidet for Heldøgn Rygge og Hjemmesykepleien.

Også intervjuene viser at det arbeides med lokale mål knyttet til blant annet arbeidsmiljø, mestring, trygghet, kommunikasjon og forebygging av sykefravær. På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kriteriet om fastsatte HMS-mål som eksplisitt eller implisitt omfatter psykososialt arbeidsmiljø, er oppfylt.

4.3.2.2 HMS-mål, klar ansvarsfordeling og gjennomførte risikovurderinger

Revisjonens vurdering er at kommunen i hovedsak har etablert en tydelig ansvars- og myndighetsfordeling for arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet. Plandokumentet «HMS- og IA-plan – Virksomhet heldøgn Moss 2025» fastsetter hovedmål som handler om å utvikle trygge, helsefremmende og bærekraftige arbeidsplasser med høy grad av medarbeidermedvirkning. Dette innebærer blant annet at HMS- og IA arbeidet skal være tydelig forankret i virksomheten. HMS- og IA arbeidet skal øke og styrke jobbnærværet, utvikle partssamarbeidet og utvikle arbeidet for et inkluderende arbeidsliv.

Det fremgår at ansvar for økonomi, personal og fag er integrert i lederrollen på de ulike nivåene, og at arbeidsmiljøarbeidet følges opp gjennom blant annet medbestemmelsesmøter, HMS-grupper, lokale arbeidsmiljøutvalg, ledermøter og kvalitetsutvalg. Revisjonen legger vekt på fagsjefens opplysninger om at ansvarsfordelingen er regulert gjennom HMS-rutiner og kommunens delegasjonsreglement, og at den enkelte leder har ansvar for arbeidsmiljøet innenfor eget ansvarsområde. Virksomhetsleder har det overordnede ansvaret i virksomheten, med mulighet for støtte fra blant annet HR, bedriftshelsetjenesten og fagsjef.

Gjennomgangen av HMS- og IA-planen for Heldøgn Moss viser tilsvarende at ansvar primært er plassert i linjen, i samarbeid med verneombud og tillitsvalgte, og at partssamarbeidet er organisert gjennom faste medbestemmelsesmøter og HMS-grupper. På virksomhets- og avdelingsnivå bekreftes denne strukturen. Ved Heldøgnsomsorg Moss har avdelingslederne ansvar for arbeidsmiljøet i egne avdelinger, mens virksomhetsleder skal støtte oppfølgingen. Ved Orkerød er ansvar for oppfølging av identifisert risiko fordelt mellom avdelingsledelsen og ressurspersoner i fagteamene.

Disse forholdene viser etter revisjonens vurdering først og fremst utfordringer knyttet til praktisering og oppfølging av ansvar, og ikke at selve ansvarsplasseringen er uklar.

Revisjonen vurderer derfor at kriteriet om tydelig plassering av ansvar og myndighet er oppfylt.

Revisjonens vurdering er at kommunen har gjennomført flere relevante og til dels omfattende risikovurderinger av psykososiale arbeidsmiljøforhold.

Et eksempel på dette er «Risikoanalysen for arbeidsmiljø og sykefravær i Heldøgn omsorg Rygge». Denne risikoanalysen omfatter en bred kartlegging av organisatoriske, psykososiale og fysiske risikofaktorer. Analysen omfatter blant annet høy arbeidsbelastning, uklare roller og manglende autonomi, høye emosjonelle krav, vold og trusler, ytringsklima, psykologisk trygghet, arbeidstidsordninger og manglende kollegastøtte. Dokumentet beskriver også både eksisterende og planlagte risikoreduserende tiltak og viser hvordan risikoen forventes redusert etter gjennomføring av tiltakene. Revisjonen vurderer at denne risikoanalysen tilfredsstiller revisjonskriteriets krav til at risikovurderingene skal omfatte sentrale psykososiale risikofaktorer, herunder arbeidspress, emosjonelle belastninger samt vold og trusler.

Det foreligger også opplysninger om at det gjennomføres risikovurderinger lokalt. Et eksempel på dette er at ved Orkerød er det gjennomført risikovurderinger knyttet til blant annet vold og trusler og fysisk arbeidsmiljø.

Revisjonen merker seg opplysningene om at HMS- og IA-planen for Heldøgn Moss legger opp til at risikovurderinger på avdelingsnivå skulle ferdigstilles innen januar 2026. Dette viser etter revisjonens vurdering at arbeidet med slike vurderinger var planlagt og igangsatt, men at planverket alene ikke dokumenterer at risikovurderingene faktisk var gjennomført i alle avdelinger.

Revisjonens samlede vurdering er at kommunen i hovedsak har etablert tilfredsstillende HMS-mål og en tydelig ansvarsfordeling for arbeidsmiljøarbeidet. Det er også gjennomført risikovurderinger som viser at sentrale psykososiale risikofaktorer som arbeidspress, emosjonelle belastninger og vold og trusler blir vurdert.

4.3.2.3 Iverksatt og fulgt opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø

Revisjonskriteriet innebærer at kommunen skal ha iverksatt og fulgt opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø. Kommunen skal kunne dokumentere at identifiserte psykososiale risikoforhold følges opp med konkrete og relevante tiltak, at det finnes rutiner for oppfølging og evaluering av tiltakene, og at ansatte og ledere opplever at tiltakene faktisk er iverksatt og har betydning for arbeidshverdagen.

Revisjonens gjennomgang viser at kommunen har iverksatt en rekke tiltak som er knyttet til identifiserte psykososiale risikoforhold. Revisjonen har blant annet fått oversendt en handlingsplan for oppfølging av en risikovurdering av det psykososiale arbeidsmiljøet. Handlingsplanen beskriver tiltak knyttet til psykisk belastning og sykefravær, kompetanse, arbeidsmiljø og samarbeid samt introduksjon av nyansatte og HMS. Blant tiltakene er regelmessige drøftinger med leder, debrief etter krevende hendelser, refleksjonsgrupper, kollegastøtte, teambuilding og involvering av verneombud og tillitsvalgte.

På virksomhets- og avdelingsnivå gis det også flere eksempler på at identifiserte risikoer følges opp med konkrete tiltak. Ved Orkerød er det blant annet arbeidet med oppfølging av ansatte, forbedring av alarmsystemet, opplæring, fagdager, nærværarbeid og tilrettelegging. Det er opplyst at disse tiltakene bygger på gjennomførte kartlegginger, risikovurderinger og tilbakemeldinger fra ansatte. Ved Grindvold følges meldte avvik blant annet opp gjennom dialog med berørte ansatte, refleksjon på gruppenivå, kompetanseutvikling, erfaringsutveksling og omfordeling av arbeidsbelastning mellom fløyene.

Revisjonen vurderer derfor at kommunen i hovedsak dokumenterer at identifiserte psykososiale risikoforhold følges opp med konkrete tiltak.

Faktagrunnlaget viser etter revisjonens vurdering flere eksempler på god sammenheng mellom identifisert risiko og valgte tiltak. Risiko knyttet til vold, trusler og utagerende atferd følges blant annet opp gjennom kompetanseheving, forbedring og opplæring i alarmsystemer, dialog om konkrete hendelser og bistand fra Mossehjelpa. Belastninger i arbeidshverdagen følges videre opp gjennom debriefing, refleksjon, kollegastøtte, jobbrotasjon, omfordeling av arbeidsoppgaver og tilrettelegging. Revisjonen vurderer at disse tiltakene har en relevant og forståelig sammenheng med de risikoforholdene de skal redusere. Dette gjelder særlig tiltak knyttet til vold og trusler, emosjonelle belastninger, kompetanse og fordeling av arbeidsbelastning.

På overordnet nivå beskriver faktagrunnlaget flere etablerte strukturer for oppfølging og evaluering. Fagsjef opplyser at tiltak følges opp gjennom avvikssystemet Samsvar, risikovurderinger, ledermøter, medbestemmelsesmøter, årshjul og rapportering i Samsvar og Framsikt. Det benyttes frister, statusgjennomganger og kontrollpunkter, og effekten av tiltak vurderes blant annet på grunnlag av avviksstatistikk, sykefravær, medarbeiderundersøkelser og virksomhetsrapportering.

Også på virksomhets- og avdelingsnivå beskrives løpende evaluering. Revisjonen vurderer på denne bakgrunn at kommunen har etablert flere rutiner og arenaer for oppfølging og evaluering av tiltak.

Faktagrunnlaget gir flere indikasjoner på at tiltakene faktisk er tatt i bruk og oppleves å ha betydning. Løpende dialog, fleksibilitet, tilrettelegging, interne omplasseringer og forbedrede rutiner ved sykefravær trekkes frem som tiltak som skal redusere belastningen på ansatte. Samtidig er bildet ikke entydig. Enkelte av intervjuobjektene mener det er for tidlig å vurdere effekten av flere tiltak.

Kommunen kan vise til en rekke konkrete tiltak som har sammenheng med identifiserte psykososiale risikoforhold. Det foreligger også etablerte arenaer og systemer for oppfølging og evaluering, og både ledere og ansattrepresentanter gir eksempler på tiltak som er gjennomført og som oppleves å ha positiv betydning. Revisjonen er av den oppfatning at underrapportering av HMS-avvik og usikkerhet om bruk av avvikssystemet kan svekke kommunens kunnskapsgrunnlag for både identifisering av risiko og vurdering av tiltakenes effekt. Dette forandrer ikke revisjonens samlede vurdering som er at kommunen i hovedsak oppfyller revisjonskriteriet om å iverksette og følge opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø.

4.3.2.4 Verneombud

Revisjonskriteriet innebærer at kommunen skal ha valgt og involvert verneombud i tråd med arbeidsmiljøloven §§ 6-1 og 6-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 3. Dette innebærer blant annet at det skal være valgt verneombud og eventuelt hovedverneombud i samsvar med kommunens organisering, at verneområdene skal være tydelig definert, at verneombudene skal ha nødvendig opplæring, og at de skal involveres i planlegging, risikovurdering og oppfølging av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet. Verneombudene skal videre ha nødvendig tid og rammer til å utføre vervet.

Faktagrunnlaget viser at kommunen har et hovedverneombud, og at det er verneombud ved de undersøkte virksomhetene og avdelingene. Ved Grindvold er det eksempelvis opplyst at avdelingen har ett verneombud og ett varaverneombud. Dette tilsier at kommunen har etablert en verneombudsordning på de undersøkte områdene. Revisjonen vurderer derfor at kriteriet om at det skal være etablert en verneombudsordning synes oppfylt.

Revisjonen har vist at det legges til rette for opplæring og støtte til nye verneombud. Det fremgår at de fleste verneombudene har gjennomført det lovpålagte 40-timers HMS-kurset, og at det også deltas på HMS-relaterte samlinger i regi av kommunen. Opplysningen om at «de fleste» verneombudene har gjennomført opplæringen innebærer etter revisjonens vurdering samtidig at faktagrunnlaget ikke sannsynliggjør at alle verneombud har gjennomført den opplæringen som kreves.

De dataene revisjonen bygger på gir flere eksempler på at verneombudene involveres aktivt i HMS- og arbeidsmiljøarbeidet. Verneombud og tillitsvalgte deltar blant annet i drøftinger om turnus og andre arbeidsmiljørelaterte spørsmål, i avdelingsvise HMS-møter, medbestemmelsesmøter og vernerunder.

Revisjonen vurderer at faktagrunnlaget samlet sett viser en etablert praksis for involvering av verneombud i arbeidsmiljøarbeidet. Det fremkommer flere eksempler på involvering både i faste samarbeidsarenaer og i konkrete saker. Kriteriet om at verneombud skal involveres i planlegging og oppfølging av tiltak som berører arbeidsmiljøet vurderes derfor som oppfylt.

Ledelsen gir gjennomgående uttrykk for at det legges til rette for at verneombudene skal kunne utføre oppgavene sine. Ved Orkerød opplyses det at det frigjøres tid ved behov, gjennom bruk av lærlinger, fagteam eller innleie av vikarer, og at det settes av tid til blant annet vernerunder. Ved Grindvold er det ikke avsatt fast tid til verneombudsarbeidet, men tidsressurser skal tildeles ved behov. Verneombudet forventes selv å melde fra dersom det er behov for mer tid eller kompetanse.

Slik revisjonen vurderer dataene, fremkommer det en forskjell mellom ledelsens vurdering av rammebetingelsene og verneombudenes egne erfaringer. Enkelte gir uttrykk for at det er behov for mer tid til å ivareta verneombudsoppgavene, og at særlig gjennomføring av vernerunder kan være tidkrevende. Det pekes også på verneombudene kan stå i en mulig lojalitetskonflikt overfor kollegaer, ettersom det ikke alltid settes inn ekstra bemanning når verneombudsoppgaver utføres. Dersom verneombudet har fravær fra ordinære arbeidsoppgaver, kan dette dermed medføre økt arbeidsbelastning på øvrige ansatte.

Revisjonens vurdering er at det ikke er tilstrekkelig at verneombudet formelt får anledning til å bruke arbeidstid dersom praktiske bemanningsforhold gjør det vanskelig å benytte denne tiden uten at det oppstår en vesentlig belastning for verneombudet selv, eller kollegaene for øvrig. En ordning som bygger på at verneombudet selv skal melde fra om behov for tid, kan også innebære en risiko for at behovene ikke blir fanget opp systematisk. Revisjonen vurderer derfor at kriteriet om at verneombudene skal ha tilstrekkelig tid og rammer til å utføre vervet bare er delvis oppfylt. Kommunen bør i større grad foreta egne, systematiske vurderinger av verneombudenes ressursbehov, fremfor å basere seg på at det enkelte verneombud selv tar initiativ dersom rammene er utilstrekkelige. Særlig bør kommunen vurdere hvordan bemanningen kan organiseres slik at utførelse av verneombudsoppgaver ikke medfører urimeelig merbelastning for øvrige ansatte.

Revisjonen vurderer samlet at kommunen i hovedsak har etablert en verneombudsordning og en praksis hvor verneombud involveres i arbeidsmiljøarbeidet. Verneombudene deltar i faste møtearenaer, HMS-arbeid, vernerunder og oppfølging av konkrete arbeidsmiljø saker. Kommunen bør etablere en mer systematisk praksis for å vurdere og følge opp om verneombudene faktisk har tilstrekkelig tid og praktiske rammer til å utføre vervet.

4.3.2.5 Arbeidsmiljøutvalg

Revisjonen vurderer at kommunen i hovedsak har etablert en organisering for arbeidsmiljøutvalg innen Helse og mestring som legger til rette for behandling av arbeidsmiljø saker. Det er etablert et lokalt arbeidsmiljøutvalg (LAMU) på kommunalområdenivå, og årsrapporten for 2025 viser at utvalget hadde lik representasjon fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, gjennomførte fire møter og behandlet 29 saker. Dette er etter revisjonens vurdering i samsvar med sentrale krav til organisering og partssammensetning av arbeidsmiljøutvalg.

Revisjonen vurderer videre at LAMU behandler flere saker som er relevante for det psykososiale arbeidsmiljøet. Årsrapporten viser blant annet behandling av arbeidsmiljø situasjonen, organisatoriske endringer og nedtrekk, økonomiske omstillinger, resultater fra medarbeiderundersøkelsen, sykefravær og arbeidsmiljø utfordringer i enkelte virksomheter. Dette viser at utvalget behandler forhold som kan ha betydning for både organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø.

Det foreligger dokumentasjon på at LAMU har behandlet HMS-avvik, personskader og en ROS-analyse knyttet til sykefravær. Dette viser at utvalget involveres i enkelte former for risikovurdering.

Når det gjelder handlingsplaner for HMS-arbeidet, viser faktagrunnlaget til en overordnet IA- og HMS-plan og til at oppfølging av arbeidsmiljø saker inngår i ledermøter, ledersamtaler og ordinær linjeoppfølging.

Samlet vurderer revisjonen at kommunen oppfyller revisjonskriteriet.

4.3.2.6 HMS og arbeidsmiljøkompetanse

Revisjonen vurderer at kommunen i hovedsak har lagt til rette for at ledere med personalansvar skal ha nødvendig HMS-kompetanse. Det fremgår av intervjuene at fagsjef, virksomhetsledere og de intervjuede avdelingslederne har gjennomført, eller skal gjennomføre, kommunens obligatoriske HMS-opplæring. Fagsjef opplyser at det er etablert en rutine for gjennomføring av HMS-opplæring. Dette viser etter revisjonens vurdering at kommunen har etablert et system for å sikre HMS-opplæring av ledere.

Når det gjelder kunnskap om psykososialt arbeidsmiljø, viser faktagrunnlaget flere eksempler på at lederne har forståelse for sentrale arbeidsmiljø utfordringer og for hvordan disse kan håndteres. Lederne omtaler blant annet arbeidsbelastning, sykefravær, konflikter, nærledelse, rolleklarhet, forutsigbarhet, vold og utagering samt belastninger knyttet til bruk av vikarer.

Revisjonen vurderer videre at faktagrunnlaget viser at det foregår flere former for forebyggende arbeid med psykososiale arbeidsmiljø utfordringer. Dette omfatter blant annet lederdialog, faste møtearenaer, partssamarbeid, risikovurderinger, sykefraværsoppfølging, tilrettelegging, uformelle samtaler og rolle- og forventningsavklaringer.

Samtidig viser faktagrunnlaget forhold som kan svekke muligheten for å gjennomføre det forebyggende arbeidet på en tilstrekkelig systematisk måte. Flere intervjuobjekter er av den oppfatning at den løpende driften gir begrenset tid til ledelsesoppgaver og systematisk oppfølging av arbeidsmiljøet i avdelingene. Det er heller ikke etablert en stedfortrederfunksjon som kan ivareta personalansvaret ved avdelingsleders fravær. Fagsjef opplyser på overordnet nivå at avdelingsledernes kontrollspenn og innholdet i lederrollen fortsatt er et utviklingsområde. Revisjonen vurderer det at kommunen har gjennomført prosjektet Lederrollens innhold og etablert ulike støttefunksjoner som positivt, men tilbakemeldingene fra enkelte av intervjuobjektene peker i retning av at utfordringene ikke er fullt ut løst.

I denne forbindelse vil revisjonen peke på at tilstrekkelig HMS-kompetanse ikke alene sikrer et forsvarlig forebyggende arbeidsmiljøarbeid dersom lederne ikke har kapasitet og organisatoriske rammebetingelser til å anvende kompetansen i praksis. Kommunen bør derfor følge opp om kontrollspenn, oppgavefordeling, støttefunksjoner og stedfortrederordninger gir avdelingslederne reell mulighet til å ivareta personal- og arbeidsmiljøansvaret.

Når det gjelder strukturert og forutsigbar oppfølging av arbeidsmiljøutfordringer, viser faktagrunnlaget at kommunen har flere etablerte arenaer og prosesser. Det vises blant annet til ledermøter, individuelle ledersamtaler, møter med HR, medbestemmelsesmøter, partssamarbeid, oppfølgingsplaner for sykmeldte, avvikssystem og risikovurderinger. Dette trekker etter revisjonens vurdering i retning av at kommunen har etablert strukturer for oppfølging.

Revisjonen vurderer på denne bakgrunn at kriteriet om strukturert og forutsigbar oppfølging i hovedsak er oppfylt når det gjelder etablerte systemer og møteplasser.

Samlet vurderer revisjonen at kommunen i all hovedsak har oppfylt revisjonskriteriet om å sikre at ledere har nødvendig HMS- og arbeidsmiljøkompetanse. Kommunen har etablert HMS-opplæring, lederoppfølging og flere relevante støtte- og oppfølgingsarenaer, og lederne kan vise til konkrete tiltak for å forebygge og håndtere arbeidsmiljøutfordringer. Revisjonen vil likevel påpeke at vi har anbefalt kommunen å vurdere ledernes kontrollspenn, oppgavefordeling m.m.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonens samlede vurdering er at Moss kommune i hovedsak har etablert systemer, strukturer og arbeidsformer som legger til rette for et systematisk HMS-arbeid og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet. Kommunen har et overordnet og dokumentert internkontrollsystem, fastsatte HMS-mål, tydelig plassering av ansvar og myndighet og etablerte arenaer for medvirkning, oppfølging og evaluering. Det er også gjennomført relevante risikovurderinger og iverksatt tiltak knyttet til sentrale psykososiale risikoforhold. Samtidig viser undersøkelsen enkelte svakheter i hvordan systemene fungerer i praksis. Ansattes kjennskap til HMS-rutiner og bruk av avvikssystemet varierer, og det er indikasjoner på underrapportering av HMS-avvik.

Revisjonen finner videre at verneombudsordningen og HMS-opplæringen i hovedsak er etablert, men at det er behov for bedre systematikk i vurderingen av verneombudenes tids- og ressursbehov. Det fremkommer også at høyt kontrollspenn og begrenset kapasitet hos ledere kan redusere muligheten til å følge opp arbeidsmiljøarbeidet systematisk i praksis.

På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kommunen i all hovedsak oppfyller revisjonskriteriene, men at det er behov for å styrke den praktiske gjennomføringen og oppfølgingen for å sikre en mer enhetlig og robust HMS-praksis.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- a) iverksette tiltak for å redusere risikoen for underrapportering av HMS-avvik og sikre en felles forståelse av hvilke hendelser som skal registreres
- b) foreta systematiske vurderinger av om verneombudene har nødvendig opplæring, tilstrekkelig tid og øvrige rammebetingelser til å utføre vervet, uten at dette i urimelig grad øker arbeidsbelastningen for øvrige ansatte.
- c) vurdere om ledernes kontrollspenn, oppgavefordeling, støttefunksjoner og stedfortrederordninger gir tilstrekkelig kapasitet til systematisk arbeidsmiljøoppfølging

5 KILDER OG LITTERATUR

Lover og forskrifter

- LOV-2005-06-17-62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)
- FOR-2011-12-06-1355: Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning
- FOR-1996-12-06-1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

Dokumenter oversendt fra Moss kommune

- Organisasjonskart Helse og mestring
- Moss kommune årsrapport og årsregnskap 2024
- Moss kommune årsrapport og årsregnskap 2025
- Virksomhetsplan hjemmesykepleien 2025
- Diverse HMS avviksrapporter heldøgnsomsorg Rygge, Moss og JeløyX
- Diverse HMS avviksrapporter hjemmesykepleie
- Handlingsplan psykososialt arbeidsmiljø hjemmesykepleien Jeløy
- Handlingsplan sykefravær Jeløy
- HELSE Handlingsplan for oppfølging av meldte avvik_sentrum_nord
- Handlingsplan sykefravær 2025 nord og sentrum
- Langvakt_instruks
- Lokal handlingsplan ny organisering
- Samarbeidsplan 2025 Moss kommune hjemmesykepleien Jeløy- BHT
- Vernetjeneste og tillitsvalgte virksomhet hjemmesykepleie2025
- HMS og IA plan heldøgn Moss 2025
- HMS og IA planer heldøgn Jeløy
- Oppfølging ti faktor heldøgn Moss
- Risikovurdering sykefravær heldøgn Moss
- Risikovurdering vold og trusler Grindvold omsorgsbolig
- Verdier i virksomheten
- Årshjul heldøgn 2025
- Årsrapport medbestemmelsesmøter 2025
- Handlingsplan Psykososialt arb miljø – Rygge
- Handlingsplan for oppfølging av meldte avvik – Rygge
- Plakat – Forbedringskultur – Rygge
- HMS IA plan Heldøgn Rygge
- Lokal kompetanseplan Heldøgns omsorg Rygge
- Oversikt vo og tv heldøgn Rygge
- Risikovurdering sykefravær i Heldøgn Omsorg Rygge
- Risikovurdering sykefravær heldøgnsomsorg Jeløy
- Risikovurdering vold og trusler Jeløy
- ROS-nedtrekk fra 6 til 5 på natt Ekholt
- ROS-nedtrekk bemanning på dag ved Eskelundstunet omsorgsbolig
- VERDIKORT heldøgn Rygge
- Årshjul heldøgn Rygge 2026
- Årsrapport MBM 2025 Heldøgn Oms Rygge
- Diverse HMS IA planer hjemmesykepleie
- Diverse notater og referater hjemmesykepleie

- Diverse rutiner og retningslinjer hjemmesykepleie
- Medarbeiderundersøkelse heldøgnsomsorg Jeløy, Moss og Rygge, samt hjemmesykepleie
- Diverse referater fra HMS møter hjemmesykepleie
- Årsrapport medbestemmelsesmøter 2025 – hjemmesykepleie
- Diverse ROS-analyser
- Diverse protokoller fra AMU og LAMU

6 VEDLEGG

6.1 Utledning av revisjonskriterier

1. Systematisk HMS- og internkontrollarbeid

Arbeidsmiljøloven § 3-1 pålegger arbeidsgiver å sørge for at det utføres et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Bestemmelsen presiserer at dette arbeidet skal omfatte kartlegging av farer og problemer, vurdering av risiko og utarbeidelse av planer og tiltak for å redusere risikoforhold. Kravet er ytterligere konkretisert i internkontrollforskriften § 5, som stiller krav om mål for HMS-arbeidet, klar fordeling av ansvar og myndighet, samt rutiner for avviksbehandling og evaluering.

For Moss kommune innebærer dette at kommunen må kunne dokumentere et internkontrollsystem som er tilpasset risikoen i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie, herunder psykososiale belastninger, vold og trusler, slik prosjektplanen beskriver.

Moss kommune skal ha et systematisk og dokumentert HMS- og internkontrollsystem som er i samsvar med arbeidsmiljøloven § 3-1 og internkontrollforskriften §§ 4 og 5.

2. Mål, ansvar og risikovurderinger knyttet til psykososialt arbeidsmiljø

Internkontrollforskriften § 5, punktene 4 og 5 i annet ledd stiller krav om at virksomheten skal fastsette mål for HMS-arbeidet og ha oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Videre følger det av § 5, annet ledd punkt 6, at virksomheten skal kartlegge farer og problemer, foreta risikovurderinger og utarbeide planer og tiltak for å redusere risiko.

Når prosjektplanen for Moss fremhever høy risiko knyttet til vold, trusler og emosjonelle belastninger, innebærer dette at risikovurderingene eksplisitt må omfatte det psykososiale arbeidsmiljøet.

Moss kommune skal ha fastsatte HMS-mål, tydelig ansvarsfordeling og gjennomførte risikovurderinger som også omfatter psykososiale arbeidsmiljøforhold, jf. internkontrollforskriften § 5.

Arbeidsmiljøloven § 4-1 slår fast at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra en samlet vurdering av faktorer som kan påvirke arbeidstakernes fysiske og psykiske helse. Videre følger det av § 4-3 at arbeidet skal organiseres, planlegges og gjennomføres slik at de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene i virksomheten er fullt forsvarlige ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd.

Dette innebærer at risikovurderinger må følges opp med faktiske tiltak, og at disse tiltakene evalueres. Kravet om systematisk oppfølging følger også av internkontrollforskriften § 5 siste ledd.

Moss kommune skal ha iverksatt og fulgt opp tiltak som sikrer et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø, herunder forebygging av vold, trusler og emosjonelle belastninger, jf. arbeidsmiljøloven §§ 4-1 og 4-3 samt internkontrollforskriften § 5.

Arbeidsmiljøloven § 6-1 krever at det velges verneombud i virksomheter som omfattes av loven, og § 6-2 fastsetter verneombudets oppgaver og rett til medvirkning i saker som angår arbeidsmiljøet. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 3 presiserer krav til valgperiode, opplæring og verneområder.

Disse bestemmelsene innebærer at verneombud ikke bare skal være formelt valgt, men også ha reell mulighet til å delta i planlegging, risikovurdering og oppfølging av arbeidsmiljøtiltak.

Moss kommune skal ha valgt verneombud og eventuelt hovedverneombud i samsvar med arbeidsmiljøloven §§ 6-1 og 6-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 3, og sikre at verneombudene medvirker i HMS-arbeidet.

Arbeidsmiljøloven § 7-1 stiller krav om opprettelse av arbeidsmiljøutvalg (AMU) i virksomheter av en viss størrelse, mens § 7-2 regulerer utvalgets oppgaver. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 2-1 og 2-3 presiserer at planlegging, risikovurdering og gjennomføring av forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med arbeidstakerne, verneombud og AMU.

For Moss kommune innebærer dette at AMU skal være et aktivt organ i arbeidet med psykososialt arbeidsmiljø, og ikke kun et formelt forum.

Moss kommune skal ha arbeidsmiljøutvalg der dette er påkrevd, og sikre at AMU deltar aktivt i planlegging, risikovurdering og oppfølging av tiltak knyttet til psykososialt arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven §§ 7-1 og 7-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 2-1 og 2-3.

Arbeidsmiljøloven § 3-2 første ledd bokstav b pålegger arbeidsgiver å sørge for at arbeidstakere som leder eller kontrollerer andre, har nødvendig kompetanse til å sikre at arbeidet utføres på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte. Videre følger det av § 3-5 at arbeidsgiver har plikt til å gjennomgå opplæring i HMS-arbeid.

Dette innebærer et krav om at ledere i Moss kommune har både formell og praktisk kompetanse til å ivareta psykososiale arbeidsmiljøutfordringer.

Moss kommune skal sikre at ledere med personalansvar har nødvendig opplæring og kompetanse i HMS-arbeid og psykososialt arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven §§ 3-2 og 3-5.

Punktvis oppsummering av kriteriene:

Moss kommune skal:

- ha et systematisk og dokumentert HMS- og internkontrollsystem, jf. aml. § 3-1 og internkontrollforskriften §§ 4–5.
Dette innebærer at kommunen skal:
 - dokumentere et overordnet HMS-/internkontrollsystem som også gjelder de undersøkte tjenesteområdene
 - ha et HMS-systemet som inneholder skriftlige rutiner for kartlegging, risikovurdering, tiltak, avvikshåndtering og evaluering
 - ha ledere og ansatte i de aktuelle tjenestene som kjenner til HMS-systemet og beskriver hvordan det brukes i praksis
 - dokumentere at internkontrollen følges opp jevnlig (for eksempel gjennom årlige gjennomgang, rapportering eller forbedringstiltak)
- ha fastsatte HMS-mål, klar ansvarsfordeling og gjennomførte risikovurderinger av psykososiale forhold, jf. internkontrollforskriften § 5.
Dette innebærer at kommunen skal:
 - ha fastsatt mål for HMS-arbeidet som eksplisitt eller implisitt omfatter psykososialt arbeidsmiljø
 - tydelig plassere ansvar og myndighet for arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet
 - ha gjennomført risikovurderinger som omfatter psykososiale forhold, som arbeidspress, emosjonelle belastninger, vold og trusler
 - ha risikovurderingene som er relevante for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie

- ha iverksatt og fulgt opp tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø, jf. aml. §§ 4-1 og 4-3.

Dette innebærer at kommunen skal:

- dokumentere at identifiserte psykososiale risikoforhold følges opp med konkrete tiltak
- sikre at tiltakene er relevante for risikoen som er identifisert (for eksempel tiltak mot vold og trusler i demensomsorgen)
- sikre at det foreligger rutiner for oppfølging og evaluering av tiltakene
- sikre at ansatte og ledere opplever at tiltak faktisk er iverksatt og har betydning for arbeidshverdagen

- ha valgt og involvert verneombud i tråd med aml. §§ 6-1 og 6-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap. 3.

Dette innebærer at kommunen skal sikre at:

- det er valgt verneombud (og hovedverneombud der det er relevant) i tråd med kommunens organisering
- verneombudenes verneområder er tydelig definert
- verneombudene har gjennomført lovpålagt opplæring
- verneombud deltar i planlegging, risikovurdering og oppfølging av tiltak som berører arbeidsmiljøet
- verneombud selv bekrefter at de involveres og har tilstrekkelig tid og rammer til å utføre vervet

- ha arbeidsmiljøutvalg som fungerer i samsvar med aml. §§ 7-1 og 7-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 2-1 og 2-3

Dette innebærer at kommunen skal sikre at:

- arbeidsmiljøutvalg er etablert der loven krever det, inkludert eventuelle lokale AMU ved adskilte driftsenheter
- AMU behandler saker som gjelder psykososialt arbeidsmiljø, herunder vold, trusler og arbeidsbelastning
- det foreligger referater som dokumenterer AMUs involvering i risikovurderinger og tiltak
- AMU utarbeider eller bidrar til handlingsplaner for HMS-arbeidet
- AMU avgir årlig rapport eller tilsvarende dokumentasjon på sin virksomhet

- sikre at ledere har nødvendig HMS- og arbeidsmiljøkompetanse, jf. aml. §§ 3-2 og 3-5

Dette innebærer at:

- kommunen kan dokumentere at ledere med personalansvar har gjennomført HMS-opplæring
- ledere har kunnskap om kravene til psykososialt arbeidsmiljø etter arbeidsmiljøloven kapittel 4
- ledere kan redegjøre for hvordan de arbeider forebyggende med psykososiale utfordringer
- ledere følger opp arbeidsmiljøutfordringer på en strukturert og forutsigbar måte

6.2 Kommunedirektørens høringsuttalelse

Kommunerevisjonen mottok per e-post 7. september 2026, følgende uttalelse fra kommunedirektør v/ kontaktperson Mette Thompson:

Kommunedirektøren takker Østre Viken kommunerevisjon for en grundig forvaltningsrevisjon av kommunens systematiske HMS-arbeid og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet for ansatte i kommunens sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleien.

Revisjonen viser at Moss kommune i hovedsak har etablert systemer, strukturer og arbeidsformer som legger til rette for et systematisk HMS-arbeid og oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet.

Samtidig tar kommunedirektøren til etterretning revisjonens vurdering av at det er svakheter i hvordan systemene fungerer i praksis. Revisjonens funn understøtter arbeidet med tillit og omdømme som pågår i kommunalområdet.

Kommunedirektøren anser rapporten som et nyttig grunnlag for videre utviklingsarbeid.

Mal forvaltningsrevisjonsrapport

Final Audit Report

2026-09-07

Created:	2026-09-07
By:	Cecilie Gjerløv Engan (cegjen@ovkr.no)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAUQWKlkW9mBljGxPqbepHXxj0-sMEfv02

"Mal forvaltningsrevisjonsrapport" History

 Document created by Cecilie Gjerløv Engan (cegjen@ovkr.no)

2026-09-07 - 12:10:29 PM GMT

 Document emailed to Frank Willy Larsen (fralar@ovkr.no) for signature

2026-09-07 - 12:10:36 PM GMT

 Email viewed by Frank Willy Larsen (fralar@ovkr.no)

2026-09-07 - 12:11:09 PM GMT

 Document e-signed by Frank Willy Larsen (fralar@ovkr.no)

Signature Date: 2026-09-07 - 12:11:46 PM GMT - Time Source: server - Signature Appearance Selected: IMAGE

 Agreement completed.

2026-09-07 - 12:11:46 PM GMT