

Rapport

MARKER KOMMUNE

05.11.2025

Forvaltningsrevisjon

Kvalitet i omsorgstjenestene

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen	3
3	Fremgangsmåte	4
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	4
3.2	Om revisjonskriterier	4
3.3	Revisjonsmetoder	4
4	Kvalitet på tjenestene	7
4.1	Revisjonskriterier	7
4.2	Datagrunnlag	9
4.2.1	Hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering	9
4.2.2	Avvik og oppfølging	11
4.2.3	Gjennomførelse av risikovurderinger	12
4.2.4	Kompetanse og kompetanseheving	12
4.2.5	Brukers rett til medvirkning	13
4.2.6	Kvalitetsforskriften	14
4.3	Vurderinger	20
4.3.1	Hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering	20
4.3.2	Avvik og oppfølging	20
4.3.3	Gjennomførelse av risikovurderinger	21
4.3.4	Kompetanse og kompetanseheving	22
4.3.5	Brukers rett til medvirkning	23
4.3.6	Kvalitetsforskriften	23
4.4	Konklusjon og anbefalinger	25
5	Årsaker til sykefravær	27
5.1	Innledning	27
5.2	Datagrunnlag	27
5.2.1	Vernerunder, opplæring og støtte	27
5.2.2	Psykososialt og fysisk arbeidsmiljø	29
5.2.3	Arbeidspress og belastning	31
5.2.4	Fraværstyper og årsaker	32
5.2.5	Tiltak for å redusere sykefravær	33
5.2.6	Utfordringer knyttet til ledelse, sykefravær og ressursbruk i tjenesten	33
5.3	Konklusjon	35
6	Kilder	36
7	Vedlegg	38
7.1	Utleddning av revisjonskriterier	38
7.2	Kommunedirektørens uttalelse	42

1 SAMMENDRAG

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om hjemmesykepleien i Marker kommune yter tjenester som er i tråd med krav og målsetninger. Vi har blant annet undersøkt om tjenesten oppfyller sentrale føringer knyttet internkontroll og kravene i kvalitetsforskriften (problemstilling 1).

Revisjonen har også kartlagt årsaker til sykefravær i pleie- og omsorgssektoren i kommunen (problemstilling 2)

Forvaltningsrevisjonen ble gjennomført av Østre Viken kommunerevisjon IKS i perioden mai til oktober 2025, etter vedtak i kommunestyret og kontrollutvalget i Marker kommune.

Revisjonens gjennomføring

Datagrunnlaget omfatter dokumentanalyse av relevante rutiner og dokumentasjon tilknyttet hjemmesykepleien, intervjuer med sentrale personer, spørreundersøkelse blant ansatte og resultatene fra en brukerundersøkelse kommunen har gjennomført hos brukere i hjemmetjenesten. Arbeidet er utført i tråd med god kommunal revisjonsskikk og følger prosjektplanen vedtatt i kontrollutvalget. Revisjonen har lagt opp til løpende dialog med kommuneadministrasjonen i forbindelse med kvalitetssikring og verifisering av data, i tillegg til intern kvalitetssikring. For mer informasjon om metode, henviser vi til rapportens kapittel 3.3

Revisjonens funn og konklusjon

Revisjonens undersøkelser viser at hjemmesykepleien leverer tjenester som brukerne i stor grad er tilfreds med, og det er stor grad av fleksibilitet i tjenesten. Likevel mangler hjemmesykepleien et oppdatert organisasjonskart, samt operasjonaliserte mål og skriftlige rutiner på flere sentrale områder. Det er behov for å styrke satsingen på velferdsteknologi, både gjennom investeringer og opplæring, for å støtte brukernes egenomsorg og effektiv ressursbruk. Det er god praksis for å melde avvik og brukervedvirkning, men manglende systematisk oppfølging og dokumentasjon svekker kvalitetssikringen. For eksempel finnes det ikke en systematisk kobling mellom avvik og kommunens overordnede planer, og risikovurderinger følges ikke opp med tilstrekkelig dokumenterte tiltak.

Kommunen har etablert flere tiltak knyttet til å heve kompetansen i sektoren, som opplæringsplaner og faggrupper, imidlertid mangler det en formell kompetanseplan for hjemmesykepleien, noe som svekker evnen til å sikre tilstrekkelig og oppdatert kompetanse blant ansatte. Når det gjelder etterlevelse av kvalitetsforskriften oppfyller hjemmesykepleien mange krav i praksis, men flere områder mangler formelle prosedyrer som forskriften forutsetter at kommune skal etablere, blant annet rutiner for egenomsorg og medisinske undersøkelser.

Sykefraværskartleggingen viser at arbeidspress, stress og manglende ledelsesoppfølging er sentrale utfordringer. Mange ansatte opplever arbeidsmiljøet som godt, og det er høy grad av kollegial støtte. De viktigste årsakene til fravær er fysiske helsemessige plager, mens også psykisk belastning og utbrenthet forekommer. Ansatte peker på behov for sterkere og tydeligere ledelse, bedre kommunikasjon, samt tiltak som involverer og ivaretar de ansatte for å redusere fraværet.

Revisjonens anbefalinger

På bakgrunn av våre vurderinger og konklusjon, anbefaler vi at kommunen bør

- a. utarbeide tydelige og operasjonaliserte mål for hjemmesykepleien som er basert på overordnede målsetninger
- b. utarbeide en beskrivelse av organisering og fordeling av ansvar og myndighet innen virksomhet omsorg.
- c. etablere skriftlige rutiner for systematisk arbeid med kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet
- d. etablere en praksis for strategisk oppfølging av avvik, inkludert regelmessig gjennomgang av trender, for å legge til rette for læring og forbedring på systemnivå.
- e. systematisk følge opp risikovurderinger med hensiktsmessige tiltak, og dokumentere denne oppfølgingen.
- f. utarbeide en formell kompetanseplan for hjemmesykepleien som inkluderer mål, tiltak og ansvar
- g. utarbeide en prosedyre for brukermedvirkning
- h. formalisere ønsket praksis i skriftlige prosedyrer, for å sikre at alle krav i kvalitetsforskriften oppfylles.
- i. styrke satsingen på velferdsteknologi, både gjennom investeringer og opplæring, for å støtte egenomsorg og effektiv ressursbruk

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 Marker kommune i sak 24/058 (17.09.2024). Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 27.05.2025. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet mai – oktober 2025. 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 28.10.2025 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse er vedlagt rapporten (kapittel 7.2).

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Inger Marie Baardsen. Casper Støten har deltatt som oppdragsansvarlig revisor. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

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

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 5. november 2025

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Inger Marie Baardsen (sign.)
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 problemstillinger:

Problemstilling 1: Er kvaliteten på tjenestene i hjemmesykepleien i tråd med krav og målsetninger?

Revisjonen har undersøkt kommunens arbeid knyttet til hjemmesykepleien, og hvordan kommunen i den sammenheng sørger for å etterleve kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. For å vurdere om den enkelte bruker har mulighet til å leve og bo selvstendig og ha mulighet for å selv ivareta egenomsorg, har revisjonen sett på kommunens tilbud av hjelpemidler fortrinnsvis i form av velferdsteknologi til brukere som mottar hjemmetjenester.

Problemstilling 2: Hvilke årsaker til sykefravær er mest fremtredende innen pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune?

Dette er en deskriptiv problemstilling der vi har kartlagt årsaker til sykefravær som er mest fremtredende innen pleie- og omsorgssektoren. Vi har samlet inn data ved hjelp av en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i sektoren.

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
- Spørreundersøkelse og brukerundersøkelse

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er rutiner og retningslinjer knyttet til kvalitetsforskriften og opplæring sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 6.

Revisjonen har også lagt til grunn helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer, for å få informasjon om kvaliteten på helsetjenesten. Vi har plukket ut fire indikatorer som gjelder hjemmesykepleien.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 3 intervjuer.

- Konstituert leder for hjemmesykepleien
- 2 ansatte i hjemmesykepleien

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.

Spørreundersøkelse og brukerundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse til alle ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunen. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback. Spørreundersøkelsen stiller spørsmål primært knyttet til årsaker til sykefravær i pleie- og omsorgssektoren. I tillegg har respondenter fra hjemmesykepleien fått spørsmål som omhandler temaer relevant for kriteriene i problemstilling 1.

Spørreundersøkelsen ble sent ut 11. august 2025 med om lag to ukers svarfrist. Av de 159 ansatte som mottok undersøkelsen, var det 60 som svarte. Dette gir en svarprosent på 35 %. Flertallet av respondentene arbeider på somatisk og skjermet avdeling, men respondentene er jevnt fordelt på virksomhetene. Det er noe svakere deltakelse fra korttid/rehab-avdeling med kun 5 %.

Nesten 70 % av respondentene oppgir at de arbeider i en stillingsprosent mellom 71 og 100 %. Over 90 % av respondentene har vært i jobben i mer enn to år. Aldersfordelingen er relativt jevn blant respondentene, men med en viss overvekt av ansatte fra 42 år og oppover:

- Under 32 år: 20 %
- 32-41 år: 12 %
- 42-51 år: 22 %
- 52-61 år og eldre: 46 %

Kjønnsfordelingen blant de som besvarte spørreundersøkelsen viser at 97 % av respondentene er kvinner og 3 % av respondentene er menn. For å sikre et godt svargrunnlag ble det i forkant av utsendelsen av spørreundersøkelsen, og i det tidsrommet hvor undersøkelsen var åpen for svar, sendt ut e-post til samtlige ledere i pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune. Det ble sendt ut et skriv med informasjon om undersøkelsen og en tilhørende QR-kode som gjorde det mulig for ansatte å ta undersøkelsen

ved hjelp av mobile enheter/smarttelefon. Det ble også sendt ut to påminnelser på undersøkelsen per e-post fra revisjonen. Revisjonen mener at utvalget som har besvart er tilstrekkelig til å bidra til å belyse problemstillingene i rapporten på en hensiktsmessig måte.

Sammensetningen av personalet fremstår som å være i tråd med en typisk helseorganisasjon. Ansatte med stor stillingsprosent er høy, noe som er positivt sett i lys av stabilitet og kontinuitet i arbeidsstyrken. En deltidsandel på 25 % er innenfor det som kan forventes i sektoren, spesielt med tanke på fleksibilitet for ansatte i støtte- eller deltidsstillinger (f.eks. vernepleier, assistenter, osv.).

Kjønnsfordelingen viser en klar overvekt av kvinner, noe som er i tråd med den generelle kjønnsbalansen i helsevesenet. Den lave andelen menn kan indikere behov for tiltak som fremmer rekruttering av mannlige ansatte, for å sikre mangfold og rollemodeller for begge kjønn.

Revisjonen har analysert brukerundersøkelsen kommunen har sendt ut til brukere av hjemmetjenester i Marker kommune. I undersøkelsen var det totalt 44 av respondentene som mottok hjemmesykepleietjenester, mens to av respondentene ikke mottok dette. 38 av respondentene mottok praktisk bistand i hjemmet, mens 7 av respondentene ikke mottok denne tjenesten. Kommunen har tatt utgangspunkt i pasienter med forskjellige behov og timeantall på tjenesten. 70 % av respondentene er mellom 80 og 89 år. 68% av respondentene er kvinner. Skalaen som brukes i spørreundersøkelsen er i hovedsak en fire-punkts-skala som går fra veldig uenig til veldig enig.

Vurdering av dataenes troverdighet

Revisjonen gjennomførte intervju med daværende konstituert leder av hjemmetjenesten, samt to ansatte på avdelingen. I løpet av intervjuene opplevde revisjonen at informantene presenterte en hverdag hvor de hadde mye av de samme opplevelsene. Isolert sett kan det være en svakhet å kun intervjuer leder og to ansatte ved virksomheten. Revisjonen mener likevel på bakgrunn av gjennomførte intervjuer at utvalget ga oss pålitelig og troverdig informasjon. Dataene er også supplert med funn fra spørreundersøkelse, dokumenter og data fra kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet).

Informasjonen innhentet i intervjuene samsvarer med informasjonen vi har mottatt i spørreundersøkelsene og gir revisjonen en indikasjon på hvordan arbeidet knyttet til kvalitetsforskriften foregår i hjemmesykepleien på revisjonstidspunktet. Revisjonen har gjennomført en dokumentanalyse av oversendte rutiner og retningslinjer. Vi mottok rutiner fra hjemmesykepleien samt overordnet dokumentasjon fra kommunen. Ved sammenligning av disse, opp mot lovverk og forskrifter, får revisjonen et tydelig bilde av kommunens arbeid med å sikre at kvalitetsforskriften blir fulgt i arbeidshverdagen.

Revisjonen mener at innhentede data er relevante og tilstrekkelige for å svare ut problemstillingen og revisjonskriteriene. Faktautkastet ble sendt til kommunen for faktagjennomgang den 22.09.2025. Kommunen og kommunedirektøren fikk da mulighet til å gjennomgå og kvalitetssikre faktaene i rapporten. De fikk frist til 06.10.2025 for å komme med skriftlige tilbakemeldinger.

Bruk av personopplysninger

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

4 KVALITET PÅ TJENESTENE

Problemstilling 1: Er kvaliteten på tjenestene i hjemmesykepleien i tråd med krav og målsetninger?

4.1 Revisjonskriterier

Formålsparagrafen til Helse- og omsorgstjenesteloven sier at det skal sikres at «den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse [...]»³. Videre skal det sikres kvalitet i tjenestetilbudet, og at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Loven presiserer at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper «herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne»⁴. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at omfanget og innholdet i tjenesten kan ses i sammenheng med krav som er fastsatt i lov eller forskrift. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, jf. § 3-2.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester

Formålet med Kvalitetsforskriften er å sikre at «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunetjenesteloven⁵ og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel»⁶. Forskriften kommer i bruk ved gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester. Forskriftens § 3 beskriver oppgaver og innhold i tjenestene. Kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at blant annet «tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes»⁷. For å ivareta oppgavene skal kommunene utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere får tilfredsstillende grunnleggende behov som blant annet:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendig styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning

³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §3-1

⁵ Opphevet og ble erstattet med Helse- og omsorgstjenesteloven

⁶ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v. §1

⁷ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v. §3

For at kommunen skal legge til rette slik at brukere kan klare seg selv lengst mulig, bør kommunen tilby nødvendige hjelpemidler, for eksempel velferdsteknologi til hjemmeboende som kan ha nytte av det.

Fullstendig utledning av revisjonskriterier ligger i vedlegg til rapporten (kapittel 7.1).

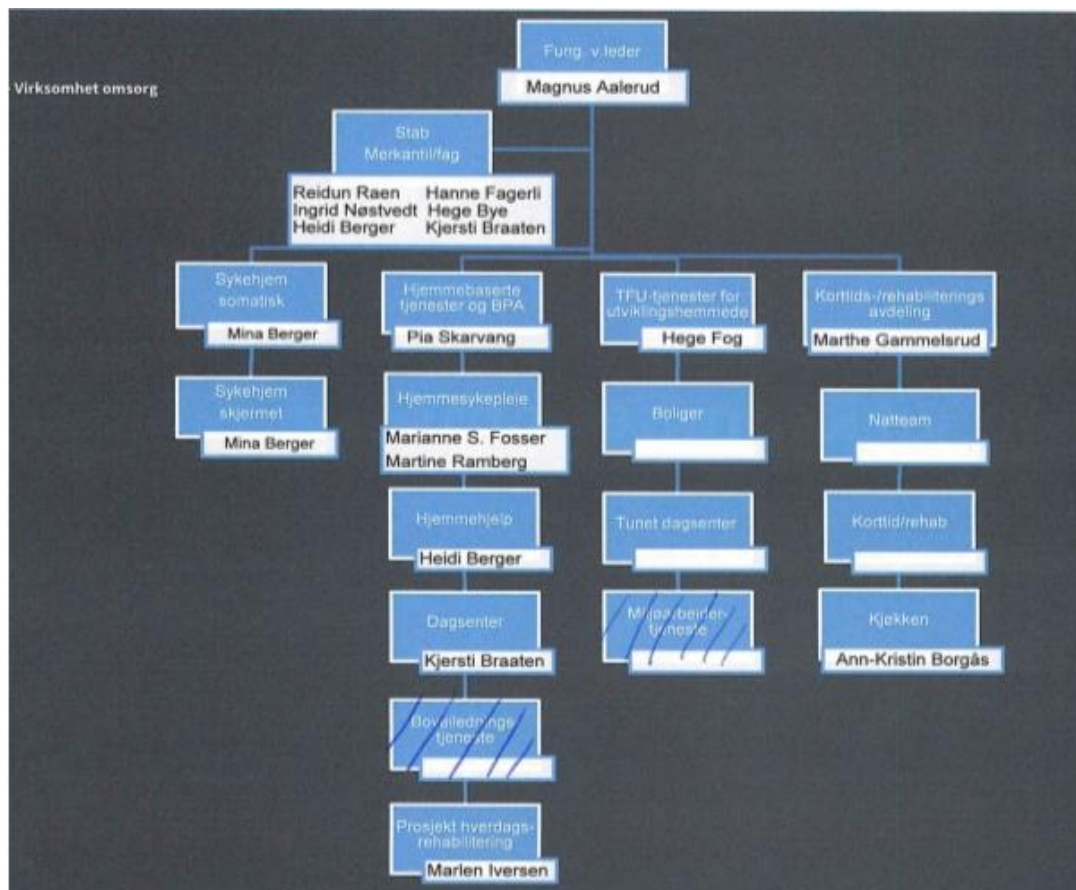
Punktvis oppsummering av kriteriene:

- Kommunen skal ha oversikt og beskrivelse over hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.
- Kommunen skal ha oversikt over avvik og følge disse opp på en systematisk måte, samt etablere nødvendige prosedyrer og tiltak på bakgrunn av kjennskap til feil/mangler eller risiko for avvik.
- Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av risikovurderinger for å avdekke hvor det er fare for svikt og mangelfulle tjenester, og ha oversikt over i hvilken grad dette blir fulgt opp.
- Kommunen skal ha oversikt over ansattes kompetanse og påse at hjemmesykepleien til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse i utøvelsen av tjenesten samt gjennomfører kompetanseheving blant ansatte.
- Kommunen bør sikre brukeres rett til medvirkning slik at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir hensyntatt
- Kommunen skal ha utarbeidet skriftlige rutiner eller prosedyrer for hjemmetjenesten etter «kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene», og påse at disse blir fulgt. Rutinene bør omfatte hvordan:
 - brukere skal ha selvstendig styring av eget liv
 - kommunen sikrer muligheten for å selv ivareta egenomsorg ved for eksempel nødvendige hjelpemidler til hjemmeboende, blant annet gjennom bruk av velferdsteknologi.
 - kommunen sørger for at brukere får nødvendig medisinske undersøkelser samt nødvendig tannbehandling.
 - hjemmesykepleien sørger for at brukere får tilstrekkelig næring som er variert og helsefremmende med rimelig valgfrihet, samt hvordan de tilpasser hjelp ved måltider for å sikre nok ro til å spise
 - brukere får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Under intervjuene kom det frem at hjemmesykepleien i Marker kommune ikke har en egen overordnet strategi eller planverk kun for hjemmesykepleien. I Kommunedelplan helse og omsorg står hjemmesykepleiens mål oppført. De ansatte utfører sine oppgaver med utgangspunkt i individuelle stillingsbeskrivelser, og arbeidsoppgaver fordeles gjennom kjørelister. Det ble opplyst at det finnes et organisasjonskart over virksomhet Omsorg, hvor avdelinger og ansvarlige ledere er oppført. Kartet som revisjonen har mottatt fremstår imidlertid som utdatert, med manglende informasjon om ansvarlige ledere og to avdelinger som er kryssset ut.



Figur 1 - Organisasjonskart virksomhet omsorg

Kommunen har utarbeidet en informasjonsbrosjyre⁸ som deles ut til brukere med vedtak om tjenester. Brosjyren beskriver hvordan kommunen ønsker å tilby sine tjenester, og har som formål å skape en felles forståelse for tjenestenes nivå. Hensikten med brosjyren er å «skape en felles forståelse for nivået på tjenestene som ytes med bakgrunn i aktuelle lover, forskrifter, faglige vurderinger og politiske prioriteringer⁹». Brosjyren gir informasjon om hva tjenestene innebærer, hvilke forventninger som stilles til både tjenesteyter og mottaker, samt hvilke oppgaver som ikke inngår i tjenesten. Under intervjuene ble dokumentet omtalt som godt og detaljert, men det ble samtidig uttrykt et behov for ytterligere presisering av hvilke oppgaver hjemmesykepleien ikke utfører, som for eksempel handling av matvarer, snømåking og bæring av ved.

⁸ Kvalitetsstandard 2023 Tjenestebeskrivelse for helse- og omsorgstjenester

⁹ Ibid

Revisjonen har mottatt «Kommunedelplanen helse og omsorg 2021-2030¹⁰». Dette er en overordnet plan for helse- og omsorgstjenestene i Marker kommune. Den sentrale målsettingen er at innbyggeren skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. For å lykkes med dette målet, fremhever planen behovet for en realistisk opptrappingsplan for å styrke de hjemmebaserte tjenestene, som forventes å stå for den største veksten og utviklingen fremover.

Planen understreker også betydningen av teknologi i tjenestene. Økt bruk av teknologiske løsninger skal bidra til mer effektiv tjenesteyting, og samtidig fremme en positiv kultur og holdninger til teknologi blant både ansatte og brukere. Det presiseres imidlertid at kommunen per i dag mangler en strategi for teknologiske satsingsområder.

4.2.1.1 Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I intervjuene med ansatte i hjemmesykepleien har revisjonen undersøkt hvorvidt tjenesten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Avdelingsleder beskriver at det gjennomføres grundige vurderingsbesøk i tre trinn, der pasientens behov og ønsker kartlegges. IPLOS¹¹-registreringer gjøres minst to ganger i året, og det legges stor vekt på at informasjon som sendes til sykehus er korrekt. Samarbeid med pårørende inngår som en naturlig del av vurderingsarbeidet. Etter vurderingsbesøk blir det tatt en vurdering av sykepleier om pasienten er kandidat for tjenesten. Kjørerutene med pasientene prioriteres etter alvorlighetsgrad og lokalisasjon. Avdelingsleder opplyser videre at tjenestetelefonen er tilgjengelig hele døgnet, og at koordinerende sykepleier har ansvar for både tildeling og vedtaksarbeid.

Gjennom samtlige intervjuer fremkommer det at forbedringstavlen benyttes aktivt til å identifisere problemstillinger og evaluere tiltak. Samtidig påpekes det at kontinuiteten i dette arbeidet er avhengig av ledelsens oppfølging. Det utføres mye kvalitetsarbeid i praksis, men avdelingsleder uttrykker bekymring for manglende skriftlige rutiner. Dette kan føre til at kvaliteten på tjenestene blir avhengig av den enkelte ansattes skjønn og dagsform.

Avdelingsleder vurderer pasientsikkerheten som høy, med god dialog med fastleger og legevakt. Det er kort vei fra observasjon til handling, og hun forteller at kommunen har etablert rutiner for rask respons. Samtidig uttrykker flere av de intervjuede bekymring for manglende satsing på velferdsteknologi. Det pekes på at investeringer i teknologi kan gi både kvalitetsforbedring og økonomiske gevinster på sikt, men at kommunen har hatt andre prioriteringer.

Hjelpepleierne bekrefter at IPLOS brukes aktivt og at avvik meldes, men det er usikkerhet rundt hvordan avvikene følges opp i systemet. Det fremkommer også at brukerundersøkelser er gjennomført, og at det generelt er få klager. Intervjuobjektene gir uttrykk for at ansatte strekker seg langt for å imøtekomme brukernes behov, og at det er en kultur preget av fleksibilitet og tilpasningsdyktighet.

Revisjonen har ikke mottatt rutiner eller planer som beskriver det systematiske arbeidet for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

¹⁰ Kommunedelplan helse og omsorg 2021-2030

¹¹ Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk

4.2.2 Avvik og oppfølging

Avvik defineres i kommunens rutine som «en hendelse eller situasjon som avviker fra gjeldende regler og standarder, eller risiko for at slike feil skal oppstå¹²». Alle avvik skal registreres i kommunens kvalitetssystem, TQM. Rutinen inneholder en 9-trinns beskrivelse av hvordan avvik skal registreres, samt en oversikt over ulike hendestyper som kan føre til avvik. Avvik kan meldes både via app på mobiltelefon og via kommunens kvalitetssystem. Når et avvik meldes inn går det direkte til prosesseier, som i hjemmesykepleien er avdelingsleder. Prosesseier mottar varsling på e-post, og håndterer hendelsen etter innhold. Avviket kan deretter behandles i systemet, hvor det fremgår hvem som har meldt det, alvorlighetsgrad og type hendelse. Det er etablert en praksis for å skille mellom faktiske avvik og forbedringsforslag, noe som gir bedre statistisk oversikt og mer målrettet oppfølging.

Avdelingsleder opplyser at det meldes flere avvik ukentlig, og at ansatte er flinke til å melde. Mange avvik blir håndtert umiddelbart av den ansatte som meldte, ved å dokumentere strakstiltak. Avdelingsleder svarer ut avvikene med tiltak og vurderinger, og sender avviket videre til sin leder ved behov. Det er etablert en god kultur for avviksmelding i hjemmetjenesten, og kolleger veileder hverandre i hvordan avvik skal meldes og håndteres.

Øvrige intervjuobjekter bekrefter at avvikssystemet fungerer godt. Ved gjentakende avvik eller avvik av alvorlig karakter, blir saken løftet til virksomhetsleder eller lege. Det er også praksis for å ta opp avvik på personalmøter, særlig når det gjelder gjentakende hendelser eller behov for systemendringer. Ansatte opplever at avviksmeldinger bidrar til bevisstgjøring og forbedring av tjenesten, og at det gir innsikt i arbeidsbelastning og ressursbehov.

Til tross for god operativ håndtering av avvik, uttrykker avdelingsleder bekymring for manglende strategisk oppfølging. Det savnes en systematisk kobling mellom avvik og kommunens planer og strategier. Tidligere ble statistikk og avvik diskutert i medbestemmelsesmøter med tillitsvalgte og verneombud, men dette har ikke vært gjennomført det siste året. Avdelingsleder mener dette er viktig for å sikre læring og utvikling på virksomhetsnivå.

I spørreundersøkelsen sendt ut av revisjonen til alle ansatte i pleie- og omsorgssektoren, kommer det frem at 42 % av respondentene opplever at de i stor grad har fått opplæring i bruk av avvikssystemet. Samtidig svarer 25 % at de i liten eller svært liten grad har fått tilstrekkelig opplæring – fordelt på henholdsvis 18 % i liten grad og 7 % i svært liten grad.

Når det gjelder trygghet knyttet til oppfølging av avvik, svarer 42 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad føler seg trygge på at avvik håndteres på en god måte – fordelt på 37 % som svarer "i stor grad" og 5 % "i svært stor grad". På den andre siden uttrykker 30 % usikkerhet, og svarer at de i liten eller svært liten grad er trygge på at avvik følges opp – fordelt på 20 % i liten grad og 10 % i svært liten grad.

De ansatte som oppga at de jobber i hjemmesykepleien, fikk noen oppfølgingsspørsmål. Blant disse respondentene er det kun 6 % som oppgir at de i liten grad er kjent med prosedyrer for å melde avvik og uønskede hendelser. Samtidig svarer 56 % at de i stor eller svært stor grad opplever at avvik følges opp og brukes aktivt i forbedringsarbeid – fordelt på 44 % som svarer i stor grad og 12 % i svært stor grad.

¹² Rutine for varsling avvikende hendelser eller situasjoner for ansatte i Marker kommune

4.2.3 Gjennomførelse av risikovurderinger

Revisjonen har mottatt oversikt over alle gjennomførte risikoanalyser for virksomhet omsorg. Det er gjennomført analyser som er felles for hele virksomheten som blant annet omhandler brannsikkerhet, vold og trusler, smittevern og akutt bemanningssvikt. Kommunen har fremlagt rutinen «Risikovurdering¹³» som er en brukerveiledning for gjennomføring av risikovurdering. I informasjonsskrivet¹⁴ vi har mottatt blir det beskrevet at alle risikoanalyser lages direkte i systemet (TQM).

Det er ansatt en systemansvarlig i 40 % stilling, som lærer opp aktuelle brukere i å utarbeide risikoanalyser. Systemansvarlig har vært ansatt som konstituert avdelingsleder for hjemmesykepleien siden starten av 2024. Revisjonen blir informert fra konstituert avdelingsleder at det derfor er litt etterslep på revisjon av risikoanalysene. Hun forteller videre i intervjuet at det er en satt standard for hvordan man skal fylle inn risikoanalyser. Hun opplever at det er lite fleksibilitet knyttet til å utarbeide risikoanalyser. Revisjonen tolker dette i retning av at standardmalen for risikoanalyser ikke alltid egnet for de områdene det er ønskelig å gjennomføre analysen på. Dette fører også til at enkelte risikoanalyser blir gjennomført/dokumentert utenfor kvalitetssystemet. Avdelingsleder opplyser at virksomheten har gjort noen analyser utenfor systemet, blant annet har en risikoanalyse knyttet til emosjonelle belastninger innenfor hjemmetjenesten blitt gjennomført av bedriftshelsetjenesten.

Revisjonen har ikke mottatt dokumenter som viser hvordan virksomheten har oversikt over i hvilken grad risikovurderingene blir fulgt opp.

4.2.4 Kompetanse og kompetanseheving

Konstituert avdelingsleder forteller i intervju at kommunen har etablert rutiner for registrering av kompetanse. Det er fagsykepleier som har ansvaret for å føre inn kurs og videreutdanning i en oversikt, og kursbevis oppbevares. HR-avdelingen har også tilgang til kompetansedata.

Ved nyansettelser benyttes en opplæringsplan¹⁵ som skal gjennomgås i løpet av opplæringsvaktene. Alle nyansatte får tildelt en opplæringsansvarlig som følger dem i en periode på seks måneder. Det gjennomføres oppfølgingssamtale med avdelingsleder i løpet av denne perioden. Opplæringen innebærer blant annet brukers medbestemmelse og ansattes respekt for bruker. Revisjonen kan ikke se at opplæringen inneholder elementer knyttet til kvalitetsforskriften eller avviksmeldinger. Ifølge kommunens informasjonsskriv¹⁶ skal alle nyansatte gjennomføre medisinkurs via ekstern leverandør. I tillegg skal alle ansatte ha oppfriskning hvert andre år. I løpet av intervjuene får revisjonen høre at fagsykepleier skal ha kontroll over ansattes kurs og opplæring.

Ved utlysninger stilles det ifølge opplæringsplanen alltid krav til formell kompetanse, relevant erfaring og personlig egnethet. Intervjudata viser at ansatte opplever rekrutteringen som god, og at det er svært få ufaglærte i hjemmetjenesten. I informasjonsskrivet står det at hjemmetjenesten benytter en bemanningsplan som gir oversikt over nødvendig faglig fordeling gjennom døgnet, planen brukes aktivt i planleggingen av ansettelser.

Opplæringsplanen viser til at kommunen tilbyr opplæring, faglig veiledning, og at det legges til rette for videreutdanning på alle nivåer. For samtlige ansatte er det etablert e-læringsprogram fra to forskjellige

¹³ Risikovurderinger

¹⁴ Informasjonsskriv - Risikoanalyser ved omsorg Marker kommune

¹⁵ Opplæringsplan for nyansatte ved Marker bo- og servicesenter

¹⁶ Informasjonsskriv – Kompetanse i hjemmetjenesten

leverandører. Informasjonsskrivet informerer om at kommunen oppfordrer til hospitering, faglunsjer og kompetansedeling på tvers av team. Forbedringstavler brukes aktivt for å identifisere kompetansebehov og forbedringsområder. Intervjuobjektene forteller at kommunen tilbyr opplæring og kurs, inkludert medisinsk kurs hvert andre år, kurs i vold og trusler, forflytning, demens ABC og palliativ omsorg. Det legges til rette for videreutdanning gjennom permisjoner og støtte til faglitteratur. Fagorganisasjoner dekker kostnader for enkelte kurs. Ansatte kan selv søke om kurs, men godkjenningen avhenger av kommunens økonomiske situasjon.

Hjemmetjenesten har etablert faggrupper for å styrke kompetanse innen spesifikke områder som sårstell, hygiene, demens, stomi og ernæring¹⁷. Faggruppene bidrar til intern opplæring og kompetansedeling. Kommunen har per i dag ingen formell kompetanseplan for hjemmesykepleien. I fravær av fagsykepleier har planlagte kurs ikke blitt gjennomført som ønsket. Konstituert avdelingsleder har uttrykt behov for mer systematisk opplæring og oppfriskning, særlig innen praktiske ferdigheter.

Respondenter i spørreundersøkelsen som er ansatt i hjemmetjenesten fikk spørsmål om de har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaver, 53 % svarte at de i stor grad har tilstrekkelig kompetanse, mens 47 % svarte i svært stor grad. På spørsmålet om de har fått nødvendig opplæring og etterutdanning svarer 7 % i liten grad, 46 % hverken/eller, 40 % i stor grad, mens 7 % svarer i svært stor grad. Det siste spørsmålet respondentene fikk som omhandlet opplæring var om de opplever at kommunen har oversikt over kompetansebehov og tilbyr kompetanseheving, 6 % svarer at de i svært liten grad opplever dette og 31% svarer i liten grad. 44% svarer hverken/eller mens 19 % svarer at de i stor grad opplever at kommunen har oversikt og tilbyr kompetanseheving.

4.2.5 Brukers rett til medvirkning

Revisjonen har mottatt et informasjonsskriv om brukermedvirkning. I informasjonsskrivet¹⁸ informeres det om at det ved oppstart av tjenester gjennomføres kartleggingsbesøk der spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles til pasienten. Denne informasjonen dokumenteres i journalsystemet Profil og danner grunnlaget for pleieplanen, som justeres fortløpende i takt med pasientens behov og ønsker. Tjenestetilbudet utarbeides alltid i samarbeid med pasienten, og ved behov også med pårørende.

Ved utskrivelse fra institusjon eller ved nye henvendelser, gjennomføres vurderingsbesøk med samme metodikk. Pasienten er aktivt involvert i beslutningen om omfanget av hjelpen som skal gis. Det er også etablert praksis for håndtering av klager og ønsker, der koordinerende sykepleier og avdelingsleder vurderer muligheter for tilpasning. Selv om det ikke finnes en egen prosedyre for brukermedvirkning i kvalitetssystemet (TQM), dokumenteres all medvirkning i Profil, og avvik følges opp systematisk.

Gjennom intervjuene fremkommer det at pårørende har en viktig rolle i tjenesteytingen. De har lav terskel for kontakt og kan melde behov direkte. Avdelingsleder og ansatte er fleksible og reiser ut for samtaler dersom pårørende ikke kan møte fysisk. Det legges stor vekt på å finne løsninger som ivaretar både pasientens behov og hensynet til arbeidsmiljøet for ansatte. I tilfeller der samtykke er utfordrende, samarbeides det tett med lege og hukommelsesteam for å sikre forsvarlig tjenesteyting. I det daglige arbeidet tilstrebes det høy grad av medbestemmelse. I intervjuene blir revisjonen fortalt at ansatte tilpasser hjelpen etter pasientens vaner og ønsker, som tidspunkt for stell, måltider og legging. Samtidig har ansatte fokus på at alle ønsker ikke kan ivaretas og at det blir tatt løpende vurderinger på prioriteringer. Fleksibilitet og tilrettelegging er gjennomgående, og ansatte viser stor vilje til å imøtekomme

¹⁷ Informasjonsskriv – Kompetanse i hjemmetjenesten

¹⁸ Informasjonsskriv - Brukermedvirkning

individuelle behov. Pårørende inkluderes ofte i samarbeidsmøter, og det rapporteres om få klager, noe som kan tyde på høy tilfredshet og god dialog.

Brukerundersøkelsen fra 2025 underbygger dette bildet. Hele 93 % av brukerne er fornøyd med hjemmesykepleien totalt sett, og 100 % opplever å bli behandlet med respekt av de ansatte. Undersøkelsen viser også at:

68 % opplever å få være med og bestemme hvilken hjelp de skal motta.

58 % opplever å få være med og bestemme tidspunkt for hjelpen.

67 % opplever å få være med og bestemme hvordan hjelpen utføres.

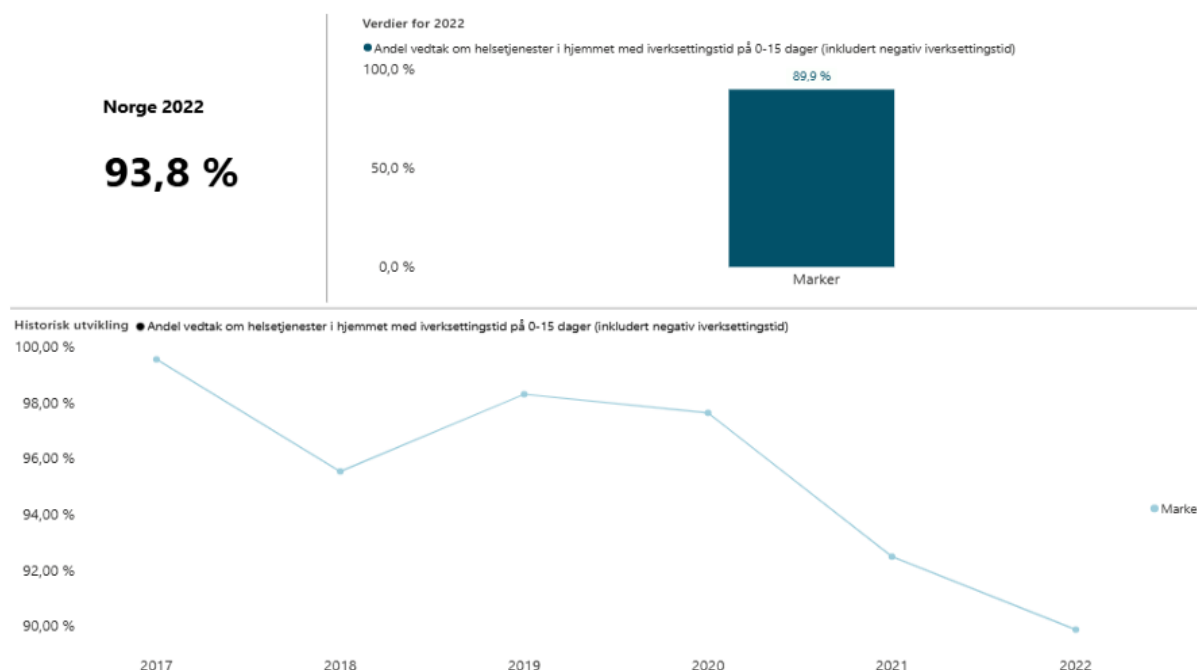
55 % opplever å være med når planer som tiltaksplaner utarbeides.

Disse tallene indikerer at et flertall av brukerne opplever god grad av medvirkning. Samtidig svarer mellom 14–28 % «vet ikke» på disse spørsmålene. Når det gjelder informasjon og forventningsavklaring, oppgir 84 % at de får god informasjon om tjenesten, mens 59 % oppgir at de vet hva som står i sitt vedtak. Klageadgangen er kjent for de fleste (67 %), og 79 % opplever at ansatte lytter dersom de har noe å klage på.

4.2.6 Kvalitetsforskriften

Revisjonen har undersøkt om Marker kommune har etablert skriftlige rutiner og praksis som sikrer at brukere av hjemmesykepleien får tjenester i tråd med kvalitetsforskriften. Revisjonen har avgrenset kontrollen til å gjelde om kommunen har rutiner for å ivareta brukernes rett til selvstendig liv, egenomsorg, medisinsk oppfølging, ernæring og verdig livsavslutning.

Helsedirektoratets helseindikator¹⁹ forteller at ved siste måling i 2022 hadde Marker kommune 90 % vedtak om helsetjenester i hjemmet som ble iverksatt etter maks 15 dager.



Figur 2 – Helseindikator vedtak om helsetjenester med iverksettingstid

¹⁹ Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester – Helsedirektoratet

Dette er en nedgang fra årene før. Undersøkelsen viser at i 2019 var det 98 % som fikk tjenester i løpet av 0-15 dager, mens i 2020 var det 97 % og i 2021 92 %. På landsbasis var det 94 % i 2022 som hadde iverksettingstid på maks 15 dager. Kartleggingen har ikke egne tall for Østfold fylke, men når det gjelder tidligere Viken fylke, ligger tallet på mellom 94 og 96 % frem til 2022. I brukerundersøkelsen kommunen sendte ut svarte 86 % av brukerne at de er enige i at det tok kort tid fra de søkte om hjelp til mottok tjenesten.

Skriftlige rutiner og prosedyrer

Marker kommune har utarbeidet flere rutiner og prosedyrer som dekker sentrale krav i kvalitetsforskriften. Disse er delvis dokumentert i kvalitetssystemet TQM, og suppleres med praksisnotater og muntlige rutiner. Det foreligger prosedyrer for vurderingsbesøk, tiltaksplaner, ernæring, dokumentasjon og avvikshåndtering. Enkelte områder, som tannbehandling og tilpasset hjelp ved av og påkledning, mangler formelle prosedyrer, men det er likevel etablert en praksis for dette. Revisjonen har fått en beskrivelse av hvordan hjemmesykepleien er organisert for å etterleve lovverket.

Gjennom intervjuene fremkommer det at mye arbeid utføres i tråd med kvalitetsforskriften, men ikke alt er skriftlig dokumentert. Dette ble synlig for ledelsen i hjemmesykepleien ved innsendelse av dokumentasjon i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen. I intervjuet med konstituert leder ble det uttrykt behov for strategiske planer på overordnet nivå. Hun opplever at hjemmetjenesten er gode i felt, og på det praktiske, men hun savner det overordnede arbeidet med planer og praksis.

Selvstendig styring av eget liv

I oversendelsen av dokumentasjon revisjonen har mottatt foreligger det et notat²⁰ hvor det står forklart at kommunen legger til rette for at brukere skal ha styring over eget liv. Hjemmesykepleien tilpasser tidspunkt og omfang av tjenester etter behov, og koordinerende sykepleier er tilgjengelig for dialog. Det tilbys samarbeidsmøter ved behov, og ansatte veileder brukere i søknadsprosesser og beslutninger. Det er etablert skriftlige rutiner for respektfull opptreden i pasientens hjem. I informasjonsskrivet²¹ revisjonen har mottatt fremkommer det at en ansatt har ansvaret for hverdagshabilitering, som bistår med å øke selvstendigheten og mestringen i daglige gjøremål. Dette skal skje i samarbeid med et tverrfaglig team hvor hjemmetrener, ergoterapeut og fysioterapeut er deltakere. Videre i dokumentet beskrives det at hjemmesykepleien har fokus på hverdagsmestring. Hjemmesykepleien bidrar med opplæring i ulike tekniske hjelpemidler for at bruker skal utføre og mestre daglige gjøremål selvstendig.

Under intervjuene kommer det frem at ansatte i hjemmesykepleien veileder pasienter med utgangspunkt i hva som anses som pasientens beste. Tidligere hadde hjemmesykepleien en mer aktiv rolle i å veilede brukere, blant annet når det gjaldt renhold i hjemmet. Denne praksisen er nå endret. Det uttrykkes større respekt for individuelle ønsker og livsstil, eksempelvis dersom en bruker foretrekker et mindre ryddig eller rent hjem. Det stilles imidlertid fortsatt krav til at områder hvor ansatte skal utføre sitt arbeid, skal være tilstrekkelig rene for å ivareta arbeidsmiljø og hygiene.

Tidligere har ansatte også signert søknader på vegne av brukere. Dette er ikke lenger tillatt. Ansatte skal nå kun bidra med veiledning i søknadsprosessen, og støtte brukeren i å ta informerte valg basert på individuelle behov og rettigheter. I spørreundersøkelsen svarte 93 % av ansatte i hjemmetjenesten at brukerne i stor grad (63 %) eller i svært stor grad (31 %) har selvstendig styring over eget liv.

²⁰ Sv: Ethiske retningslinjer i Marker kommune

²¹ Informasjonsskriv - Nødvendig medisinsk undersøkelse

Helsedirektoratet har utarbeidet en kvalitetsindikator for hjemmeboende personer med demens som har vedtak om dagaktivitetstilbud. Marker kommune har ikke gjennomført målinger siden 2021. I 2021 hadde 17 % av de hjemmeboende med demens i Marker kommune et slikt tilbud. Til sammenligning viser tall fra 2023 at 16 % av hjemmeboende med demens på landsbasis hadde dagaktivitetstilbud. I Østfold var andelen 12 % både i 2022 og 2023, mens den i 2024 hadde sunket til 10 %.

I brukerundersøkelsen oppgir 85 % av respondentene at de ansatte har tilstrekkelig tid til å utføre nødvendige oppgaver hos den enkelte bruker. Videre svarer 98 % at de er enige i at de ansatte utfører arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. 93 % av brukerne opplever at de mottar den hjelpen de trenger for å kunne bo hjemme. Avslutningsvis viser undersøkelsen at 93 % av brukerne er fornøyd med hjemmesykepleien de mottar.

Egenomsorg og hjelpemidler

Revisjonen har fått oversendt et informasjonsskriv²² som beskriver at kommunen gjennomfører kartleggingsbesøk ved endringer i pasientens helsetilstand, ofte i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. Hensikten med kartleggingen er å se behovet for hjelpemidler slik at pasienten greier seg best mulig. Ansatte veileder bruker i forskjellige ordninger som kan søkes om, som handlehjelp fra INNOVI og TT-kort²³. I tillegg tilbyr kommunen hverdagsrehabilitering med trening hvor treningsprogrammet sees på iPad med en kjøpt treningsmodul eid av kommunen. Velferdsteknologi som trygghetsalarm og digitale kalendere benyttes, men kommunen erkjenner at de henger noe etter på dette området og ønsker å styrke satsingen. Gjennom intervjuene får revisjonen bekreftet at kommunen ikke er i takt med utviklingen når det kommer til velferdsteknologi. Det er et ønske om økt satsing på velferdsteknologi, for eksempel digitale låser og medisindispensere.

I spørreundersøkelsen oppgir 53 % av respondentene at brukerne i stor grad har tilgang til nødvendige hjelpemidler for å ivareta egenomsorgen. Ytterligere 40 % mener dette gjelder i noen grad. Når det gjelder opplevelsen av velferdsteknologiens bidrag til tjenestekvalitet, svarer 40 % av respondentene at teknologien verken bidrar positivt eller negativt. 40 % oppgir at velferdsteknologi i stor grad bidrar til bedre kvalitet, mens 20 % mener at den i svært stor grad har en positiv effekt. Ansatte ble også spurt om de hadde fått tilstrekkelig opplæring i velferdsteknologi, svarene der var litt mer sprikende, det er kun 33 % som svarer at de i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkelig opplæring.

	Svært liten grad	Liten grad	Hverken eller	Stor grad	Svært stor grad	N
Har brukerne tilgang til nødvendige hjelpemidler for å ivareta egenomsorg?	0,0%	0,0%	6,7%	53,3%	40,0%	15
Opplever du at velferdsteknologi bidrar til bedre tjenestekvalitet?	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	15
Har du fått tilstrekkelig opplæring i bruk av velferdsteknologi?	6,7%	6,7%	53,3%	33,3%	0,0%	15

Tabell 1 Spørsmål til ansatte angående hjelpemidler og velferdsteknologi

²² Informasjonsskriv - Mulighet til selv å ivareta egenomsorg

²³ Tilrettelagt transport-kort

Helsedirektoratets kvalitetsindikator for andelen hjemmeboende personer med demensdiagnoser som har lokaliseringsteknologi fra kommunen viser at det i Marker kommune i årene fra 2017 og frem til 2024, ikke er noen personer med demens i kommunen som har lokaliseringsteknologi. På landsbasis er det 4 % i 2024 som har denne tjenesten. I Østfold var det 2 % som hadde lokaliseringsteknologi i 2024.

Medisinske undersøkelser

I notatet kommunen oversendte om nødvendig tannbehandling står det at brukers behov for hjelp til tannstell blir beskrevet i pleieplanen. Brukere som har hjemmesykepleie en gang per uke eller mer i løpet av tre måneder, har rett til gratis tanntjenester hos offentlig tannlege. Denne informasjonen formidles ut til alle som får vedtak fra hjemmesykepleien. Bruker må fylle ut et skjema om tannhelsetjenester, som avdelingsleder sender inn til fylkestannlege med pasientinformasjon. Tannklinikken tilbyr dialogmøter og faglig undervisning på forespørsel. Marker kommune har ikke en skriftlig rutine som omhandler tannbehandling.

I notatet, «nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling», som er oversendt fra kommunen, står det at hjemmetjenesten i kommunen arbeider «systematisk for å sikre at brukeren våre får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling²⁴». Kommunen har ansatt to koordinerende sykepleiere som har ansvar for å sikre nødvendig medisinsk oppfølging. Det gjennomføres en kartlegging av brukerens helsestand hvor det settes opp tiltak som måling av vitale parametere også videre. Hjemmetjenesten bistår med legemiddelhåndtering, prøvetaking, sårbehandling og oppfølging av kronisk sykdom. Det er etablert samarbeid med fastleger, legevakt og spesialisthelsetjenesten.

Intervjuene revisjonen har gjennomført underbygger informasjonen fra oversendte dokumenter. Fungerende avdelingsleder forteller at de har et godt samarbeid med tannklinikken. Tannklinikken sender over lister over brukere to ganger i året, slik at kommunen får sjekket at de fortsatt har rett på gratis tannlege. Medisinske undersøkelser inneholder ofte blodprøver bestilt fra pasientens fastlege eller sykehus. 80 % av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at brukere i stor grad (40 %) eller i svært stor grad (40 %) får nødvendig medisinsk oppfølging og rehabilitering.

Ernæring og måltider

Intervjuobjektene forteller at pasienter får veiledning om kosthold, og at det følges opp med vektkontroller og næringsdrikker ved behov. Middager kan bestilles fra kjøkkenet ved Marker bo og servicesenter og leveres hjem til brukeren. I informasjonsskrivet²⁵ revisjonen har mottatt står det at det lages pleieplaner for å dokumentere hva pasienten mestrer og trenger hjelp til. Hjemmesykepleien bistår med tilberedning og tilrettelegging av måltider ved å smøre brødmat eller varme middag.

Det brukes «MST-skjema²⁶» for kartlegging av ernæringsrisiko for alle som mottar helsetjenester. Kartleggingen foregår ved oppstart, og vil bli gjennomført jevnlig. Brukere som havner i risikogruppen, får tilbud om å utarbeide individuell ernæringsplan. Ønsker ikke brukeren en plan, skal dette dokumenteres. Ved oppstart av plan gjøres det en vurdering av mat og næringsinntak i forhold til behov, og hvilke faktorer som påvirker næringsinntaket. I rutinen «Evaluerings- iverksatte ernærings tiltak» beskrives det

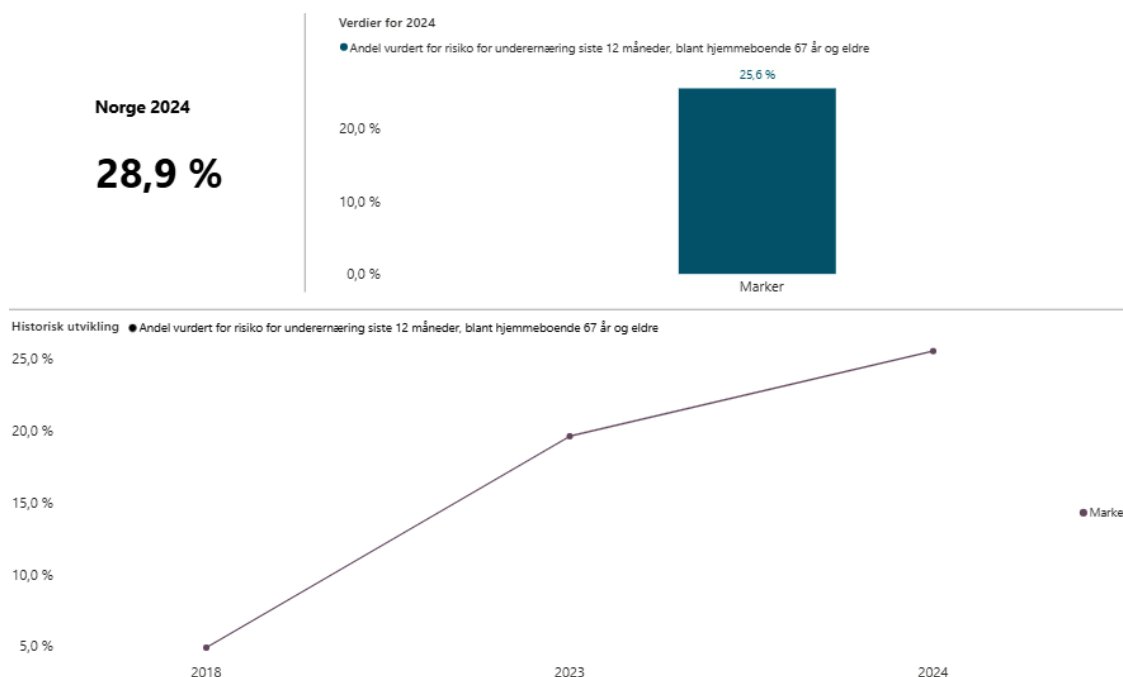
²⁴ Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling

²⁵ Informasjonsskriv – Tilpasset hjelp ved måltider

²⁶ MST-skjema – Malnutrition Screening Tool

at «ernæringsplanen evalueres regelmessig og minimum i forbindelse med veiing²⁷». Da skal det avklares om planen er velfungerende og funksjonell, eller om den må revideres.

Helsedirektoratets kvalitetsindikator for andelen brukere som er vurdert for risiko for underernæring siste 12 måneder, blant hjemmeboende på 67 år eller eldre, viser at andelen i Marker kommune for 2024 var 25 %. Også her ser vi en endring fra tidligere år, andelen vurdert for risiko for underernæring i 2023 var 19 %, mens i 2018 var det 5 %. I 2024 var det 29 % på landsbasis som var vurdert for risiko for underernæring de siste 12 månedene. I Østfold viser målingene en økning fra 2020 (22 %) og frem til 2024 (32 %).



Figur 3 - Kvalitetsindikatoren risiko for underernæring de siste 12 mnd.

Hjemmetjenesten i Marker kommune har en egen ernæringsfolder. Folderen informerer brukere om at maten bør være av god kvalitet, og inneholde et balansert inntak av proteiner, fett, karbohydrater, frukt og grønnsaker. Folderen har en huskeliste med tips og triks for å sikre melkeinntak, merke all mat med dato, og hvordan forpakninger som bør velges, videre inneholder folderen en liste over energirike matvarer, oversikt over kaloriinntak, trivselsregler og en anbefaling om å velge nøkkelhullsmerket mat.

I intervjuene får revisjonen høre at hjemmesykepleien tidligere handlet for brukerne. Nå bistår hjemmesykepleiere brukere med å skrive handleliste, og det er opprettet et samarbeid med INOVI som kjører maten hjem til brukeren. På revisjonstidspunktet var det ingen brukere som hadde behov for mat. Ved tydelig vektendring følger de ansatte med, og veier på nytt ved behov.

I spørreundersøkelsen revisjonen sendte ut svarer 77 % av respondentene at brukerne i stor grad (27 %) og i svært stor grad (40 %) har nok tid og ro til å spise under måltider. 40 % av respondentene opplever at brukerne i stor grad, og 13 % i svært stor grad, får tilstrekkelig og helsefremmende kost med valgfrihet. De resterende 33 % svarer på begge spørsmålene at brukerne hverken/eller får helsefremmende mat, eller ro til å spise den.

²⁷ Evaluering, iverksatte ernæringstiltak

I brukerundersøkelsen kommunen har sendt ut til brukere av hjemmesykepleien, er brukernes svar på om de er fornøyde med hjelpen de får til matlaging, sprikende. 36 % av brukerne er enig eller helt enig i at de får tilstrekkelig hjelp til matlaging, mens 16 % er uenig eller veldig uenig i denne påstanden. En stor andel har også svart «vet ikke» (46 %)

Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til matlaging.		
	Svar	Prosent
Veldig uenig	2	6.67%
Uenig	3	10%
Enig	10	33.33%
Veldig enig	1	3.33%
Vet ikke	14	46.67%

Figur 4 - Resultater fra brukerundersøkelsen, fornøyd med hjelp til matlaging

Verdig livsavslutning

Revisjonen har mottatt et notat om hvordan hjemmesykepleien tilrettelegger for at pasienter kan dø hjemme dersom de ønsker det. Notatet forteller at hjemmesykepleien har fortløpende samtaler med pasient og pårørende om ønsker og behov. Det tilbys blant annet tverrfaglig hjelp, nødvendige tekniske hjelpemidler, trygghetsalarm, hyppige besøk av hjemmesykepleien, og våketjeneste fra Røde Kors. Selv om det ikke foreligger én formell skriftlig prosedyre, er oppgaver og ansvar fordelt i flere andre prosedyrer, i tillegg er praksis godt etablert og støttet av både avdelingsleder og ansatte.

I rutinen «Primärsykepleiers oppgaver i hjemmesykepleien for kreftpasienter» står det at ved palliative pasienter skal de «tenke i forkant²⁸», og ha på plass riktige medisiner til behovet oppstår. Rutinen beskriver at det skal være en fortløpende vurdering av hjelpemidler. Etter dødsfallet skal primärsykepleier ifølge rutinen alltid ta kontakt med etterlatte pårørende 10/14 dager etter dødsfallet, hvor pårørende skal få tilbud om etter-samtale med enten primärsykepleier og/eller kreftkoordinator. I rutinen «Ettersamtale med pårørende som har mistet nære av kreft²⁹» står det at samtalen skal foregå ved fysisk møte eller en telefonsamtale hvis pårørende heller ønsker det. Rutinen kommer med forslag til punkter som skal tas opp under samtalen. I tillegg inneholder rutinen eksempler på hva som er vanlige sorg-reaksjoner.

Kommunen har tidligere hatt en kreftkoordinator. Denne oppgaven ligger nå til en ansatt i hjemmetjenesten, i samarbeid med legene. Revisjonen får opplyst i informasjonsskrivet³⁰ at fra høsten 2025 vil det bli etablert en 35 % stilling som kreftkoordinator i virksomheten omsorg. Arbeidsoppgavene vil være en rekke oppfølginger av diverse kartleggingsskjemaer, dialoger, ønsker og samhandling internt og eksternt.

Intervjuobjektene forteller om et godt samarbeid med pårørende, og at det tas hensyn til om det ønskes prest også videre. Kommunen har et samarbeid med Røde kors om våketjeneste. Informantene opplever også at det settes inn ekstra bemanning ved behov. I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om de opplever at brukerne får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. 40 % svarer at de opplever dette i stor grad, og 60 % svarer at de i svært stor grad får en verdig avslutning.

²⁸ Primärsykepleiers oppgaver i hjemmesykepleien for kreftpasienter

²⁹ Ettersamtale med pårørende som har mistet nære av kreft

³⁰ Informasjonsskriv – En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

4.3 Vurderinger

4.3.1 Hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Kravene i «forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene» sier at kommunen skal etablere prosedyrer som sikrer helhetlig, samordnet og fleksibel tjenesteyting, med kontinuitet og medvirkning fra brukere³¹. I tillegg presiserer «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» at virksomheten skal ha systemer for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene³². Helsepersonelloven krever også at virksomheten organiseres slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver faglig forsvarlig, med tydelig fordeling av ansvar og nødvendige rutiner og prosedyrer³³. Revisjonskriteriet slår fast at kommunen skal ha oversikt og beskrivelse over hjemmesykepleiens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvordan det arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Gjennom revisjonens undersøkelser fremkommer det at Marker kommune mangler en konkret strategi og plan for hjemmesykepleien. Arbeidet utføres i stor grad basert på stillingsbeskrivelser og kjørelister, og det foreligger ikke en samlet oversikt over tjenestens mål og aktiviteter. Organisasjonskartet som er oversendt er utdatert og mangelfullt, og gir ikke tilstrekkelig informasjon om ansvar og myndighet innen virksomhet omsorg. Det er heller ikke dokumentert hvordan det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Selv om kommunen har utarbeidet en informasjonsbrosjyre og en overordnet kommunedelplan for helse og omsorg, fremstår disse som utilstrekkelige for å oppfylle revisjonskriteriet. Brosjyren gir en viss oversikt over tjenestens innhold, men det er uttrykt behov for ytterligere presisering av hvilke oppgaver som ikke inngår i tjenesten. Kommunedelplanen inneholder mål om at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig, men mangler konkretisering og operasjonalisering av mål for hjemmesykepleien. Kommunen oppgir også selv at de mangler en strategi for teknologisk utvikling.

Revisjonen vurderer at Marker kommune ikke oppfyller revisjonskriteriet fullt ut. Dette baserer vi i hovedsak på at kommunen mangler

- et oppdatert organisasjonskart for virksomhet omsorg som gir tilstrekkelig oversikt over hvordan ansvar og myndighet er fordelt
- tydelige og operasjonaliserte mål for hjemmesykepleien som er basert på overordnede målsettinger
- skriftlige rutiner for systematisk arbeid med kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

Disse manglene er i strid med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven, relevante forskrifter og helsepersonelloven, og revisjonen vurderer dermed at kriteriet ikke er oppfylt.

4.3.2 Avvik og oppfølging

Revisjonen har undersøkt hvordan Marker kommune håndterer avvik i hjemmesykepleien, med utgangspunkt i kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Formålet har vært å vurdere om kommunen har etablert rutiner som sikrer systematisk oppfølging av avvik, og om praksis bidrar til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

³¹ Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten for tjenesteyting §3

³² Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §4

³³ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §16 første ledd

Marker kommune har etablert rutiner og systemer for avvikshåndtering som i stor grad fungerer operativt. Det fremgår gjennom intervjuer og dokumentanalyse at det er en god kultur for avviksmelding i hjemmesykepleien. Ansatte melder avvik fortløpende, og mange avvik håndteres umiddelbart med strakstiltak. Temaet tas opp på personalmøter, og ved alvorlige eller gjentakende hendelser løftes saken til virksomhetsleder eller andre instanser. Arbeidet viser at kommunen har etablert en operativ praksis som bidrar til bevisstgjøring og forbedring av tjenesten.

Likevel identifiserer revisjonen mangler knyttet til strategisk oppfølging. Det finnes ikke en systematisk kobling mellom funn fra avvik og kommunens overordnede planer og strategier. Tidligere praksis med å diskutere avvik i medbestemmelsesmøter med tillitsvalgte og verneombud har ikke vært gjennomført det siste året. Dette svekker muligheten for læring og utvikling på virksomhetsnivå.

I henhold til «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (§§ 6g, 8e, 9a–c), skal kommunen ha oversikt over avvik og forbedringsarbeid, evaluere uønskede hendelser og iverksette korrigerende tiltak. Det skal også arbeides systematisk med å forbedre rutiner og prosedyrer basert på erfaringer fra avvikshåndtering

Revisjonen vurderer at Marker kommune har etablert gode rutiner for operativ håndtering av avvik i hjemmesykepleien, og det er en god kultur for å melde avvik blant ansatte. Likevel mangler det en strategisk tilnærming til oppfølging og bruk av funn fra avvik i planlegging og utvikling av tjenestene, som også er en del av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.3.3 Gjennomførelse av risikovurderinger

Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av risikovurderinger for å avdekke hvor det er fare for svikt og mangelfulle tjenester, og ha oversikt over i hvilken grad dette blir fulgt opp. Dette er et sentralt krav for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

Revisjonens undersøkelser viser at Marker kommune har fremlagt dokumentasjon som viser at det er gjennomført flere risikovurderinger innen virksomhet omsorg, inkludert områder som brannsikkerhet, vold og trusler, smittevern og akutt bemanningssvikt. Det er også etablert en skriftlig rutine for risikovurdering, som fungerer som brukerveiledning, og risikoanalyser utarbeides direkte i kvalitetssystemet TQM. Kommunen har også en systemansvarlig i 40 % stilling som gir opplæring i bruk av systemet og utarbeidelse av risikovurderinger.

Til tross for at det er etablert rutiner og gjennomført risikovurderinger, fremgår det av våre undersøkelser at det er utfordringer knyttet til dokumentasjon og oppfølging. Det er et etterslep på revidering av risikovurderingene i hjemmetjenesten. Enkelte risikoanalyser er gjennomført utenfor kvalitetssystemet, blant annet en analyse av emosjonelle belastninger i hjemmetjenesten utført av bedriftshelsetjenesten. Det er også uttrykt bekymring for at standardmalene i systemet oppleves som lite fleksible, noe som kan føre til at analyser ikke alltid blir dokumentert eller gjennomført på en hensiktsmessig måte.

Videre har revisjonen ikke mottatt dokumentasjon som viser hvordan kommunen har oversikt over i hvilken grad risikovurderingene følges opp. Dette innebærer etter vår oppfatning at det mangler et systematisk arbeid for å iverksette tiltak for å håndtere de identifiserte risikoområdene, og evaluere tiltakene. Mangelen på dokumentert oppfølging og løpende oversikt over risikovurderinger er et avvik fra kravene i «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», som fastslår at kommunen har plikt til å ha oversikt over virksomhetens risikofaktorer. For at risikovurderinger skal bidra

til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, må de ikke bare gjennomføres, men også følges opp med tiltak og evalueres over tid.

I kommuneloven og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fremkommer det at kommunen er pliktig til å ha oversikt over hvilke områder i virksomheten hvor det er utsatt risiko for blant annet svikt eller mangler på etterlevelse. Det er kommunens øverste leder som har ansvar for å påse at det gjennomføres systematiske risikokartlegginger, og at risiko for avvik følges opp.

Revisjonens vurdering er at Marker kommune har etablert rutiner og praksis for gjennomføring av risikovurderinger innen virksomhet omsorg. Likevel mangler kommunen systematisk dokumentasjon og oversikt over oppfølgingen av disse vurderingene. Dette er ikke i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og vi vurderer derfor revisjonskriteriet som delvis oppfylt.

4.3.4 Kompetanse og kompetanseheving

Revisjonskriteriet fastslår at kommunen skal ha oversikt over ansattes kompetanse og påse at hjemmesykepleien til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse i utøvelsen av tjenesten, samt gjennomfører kompetanseheving blant ansatte. Dette er avgjørende for å sikre faglig forsvarlige tjenester og ivareta pasient- og brukersikkerhet.

Marker kommune har etablert flere tiltak for å ivareta kompetanse i hjemmesykepleien. Det finnes rutiner for registrering av kurs og videreutdanning, og HR-avdelingen har tilgang til kompetansedata. Ved nyansettelser benyttes en opplæringsplan, og nyansatte følges opp av opplæringsansvarlig i en seks måneders periode. Kommunen tilbyr opplæring, faglig veiledning og legger til rette for videreutdanning, blant annet gjennom e-læringsprogrammer, hospitering, faglunsjer og faggrupper innen spesifikke områder som sårstell, hygiene, demens, stomi og ernæring.

Til tross for dette mangler kommunen en helhetlig kompetanseplan for hjemmesykepleien. I fravær av fagsykepleier har planlagte kurs ikke blitt gjennomført som ønsket, og det er uttrykt behov for mer systematisk opplæring, særlig innen praktiske ferdigheter. Spørreundersøkelsen viser at selv om ansatte opplever å ha tilstrekkelig kompetanse, er det usikkerhet knyttet til opplæring og kommunens oversikt over kompetansebehov.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sier at kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 9 sier at kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og påse at medarbeidere har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Revisjonen vurderer at mangelen på en kompetanseplan og systematisk oppfølging av opplæringstiltak er et avvik fra disse kravene. For å sikre faglig forsvarlige tjenester og kontinuerlig kvalitetsforbedring, må kompetansearbeidet være planmessig, dokumentert og evaluert.

Revisjonen vurderer at Marker kommune har etablert flere gode tiltak for kompetanseutvikling i hjemmesykepleien, men mangler en helhetlig og systematisk tilnærming. Fraværet av en formell kompetanseplan og manglende kontinuitet i faglig ledelse svekker virksomhetens evne til å sikre tilstrekkelig kompetanse til enhver tid.

4.3.5 Brukers rett til medvirkning

Kommunen har etablert en praksis som i stor grad legger til rette for at pasienter og pårørende kan medvirke i utformingen og gjennomføringen av hjemmesykepleien. Dette kommer til uttrykk gjennom kartleggingsbesøk, individuell tilpasning av pleieplaner, fleksibel tjenesteyting og dialog med pårørende.

Retten til brukermedvirkning er lovfestet og regulert gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren. Gjennomføring av kartleggingsbesøk med spørsmålet «Hva er viktig for deg?» viser at kommunen er opptatt av å involvere bruker i utformingen av tjenesten. Selv om praksis for medvirkning er godt etablert, mangler kommunen en skriftlig prosedyre for brukermedvirkning i kvalitetssystemet (TQM). Dette kan føre til ulik praksis og manglende dokumentasjon.

Revisjonen vurderer at Marker kommune har etablert en praksis som i stor grad ivaretar brukernes rett til medvirkning i hjemmesykepleien. Tjenesten fremstår som fleksibel, respektfull og tilpasset individuelle behov. Likevel er det behov for å styrke den formelle strukturen rundt medvirkning, blant annet gjennom utvikling av prosedyrer og bedre informasjon om vedtak og tjenesteinnhold. Dette vil bidra til å sikre at medvirkning er systematisk, dokumentert og likt praktisert innad i tjenesten.

4.3.6 Kvalitetsforskriften

Kommunen skal utarbeide skriftlige rutiner eller prosedyrer for hjemmetjenesten i tråd med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, og sørge for at disse følges. Rutinene skal blant annet sikre brukernes rett til selvstendig liv, egenomsorg, medisinsk oppfølging, ernæring og verdig livsavslutning. Revisjonen vurderer at kommunen i stor grad har fokus på tjenestenes kvalitet i praksis, men det er behov for bedre dokumentasjon og systematisk styring.

Marker kommune har utarbeidet flere rutiner og prosedyrer som dekker sentrale krav i kvalitetsforskriften. Disse er delvis dokumentert i kvalitetssystemet TQM, og suppleres med praksisnotater og muntlige rutiner. Det er etablert praksis for å ivareta brukernes behov, og det finnes prosedyrer for vurderingsbesøk, tiltaksplaner, ernæring, dokumentasjon og avvikshåndtering. På enkelte områder mangler det formelle prosedyrer, selv om det er etablert en praksis for gjennomføringen på disse områdene;

- brukere skal ha selvstendig styring av eget liv
- kommunen sikrer muligheten for å selv ivareta egenomsorg ved for eksempel nødvendige hjelpemidler til hjemmeboende, blant annet gjennom bruk av velferdsteknologi
- kommunen sørger for at brukere får nødvendig medisinske undersøkelser samt nødvendig tannbehandling
- hjemmesykepleien sørger for at brukere får tilstrekkelig næring som er variert og helsefremmende med rimelig valgfrihet, samt hvordan de tilpasser hjelp ved måltider for å sikre nok ro til å spise
- brukere får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Kvalitetsforskriften krever at kommunen skal etablere skriftlige prosedyrer som sikrer helhetlig, samordnet og fleksibel tjenesteyting, med kontinuitet og medvirkning fra brukere.

Revisjonen redegjør for hvert enkelt underpunkt i kriteriet under:

Selvstendig styring

Kommunen legger til rette for at brukere skal ha styring over eget liv ved at kommunen tilpasser tidspunkt og omfanget av tjenester etter behov. Hjemmesykepleien tilpasser tidspunkt og omfang av tjenester etter behov, og ansatte veileder brukere i søknadsprosesser. Det er etablert rutiner for respektfull opptreden i pasientens hjem, og det finnes en ansatt med ansvar for hverdagsmestring i samarbeid med tverrfaglig team som bistår med å øke selvstendigheten til bruker. Kommunen har ikke etablert skriftlige rutiner når det kommer til selvstendig styring av eget liv.

Egenomsorg

Kommunen gjennomfører kartleggingsbesøk ved endringer i helsetilstand, ofte i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. Det tilbys hverdagsrehabilitering og teknologisk støtte. Velferdsteknologi som trygghetsalarm og digitale kalendere benyttes, men kommunen erkjenner behov for økt satsing på dette. Revisjonen vurderer at kommunen har en god praksis på området, men det er behov for økt satsing på velferdsteknologi og systematisk opplæring.

Medisinske undersøkelser

Kommunen har ikke rutiner for medisinsk oppfølging, inkludert kartlegging av helsetilstand og legemiddelhåndtering. Det er etablert et samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Brukere med hjemmesykepleie har rett til gratis tannbehandling, og kommunen har etablert praksis for å informere og følge opp dette, selv om skriftlig rutine for tannbehandling mangler. Revisjonen vurderer at kommunen i stor grad har fokus på å opprettholde en god praksis, men det er behov for å formalisere rutiner knyttet til både tannbehandling og nødvendige medisinske undersøkelser.

Næring

Kommunen har rutiner for ernæring, og benytter MST-skjema for kartlegging av ernæringsrisiko samt tilbyr individuell ernæringsplan ved behov. Det er etablert samarbeid med INOVI for levering av mat. Kommunen har en ernæringsfolder med konkrete råd og anbefalinger, men det foreligger imidlertid ingen rutiner knyttet til tilpasset hjelp ved måltider. Revisjonen vurderer at kommunen ikke oppfyller kravene i kvalitetsforskriften når det kommer til ernæring.

Livsavslutning

Kommunen har etablert en praksis for å sikre verdig livsavslutning, inkludert samtaler med pasient og pårørende, tverrfaglig hjelp, våketjeneste og etter-samtaler med pårørende. Det finnes rutiner for oppfølging av kreftpasienter og kontakt med pårørende etter dødsfall. En ny stilling som kreftkoordinator er planlagt fra høsten 2025. Revisjonen vurderer at kommunen oppfyller kravene til verdig livsavslutning i kvalitetsforskriften, og at praksis er godt forankret i virksomheten.

Konklusjon

Marker kommune har etablert flere rutiner og en praksis som er i tråd med kravene i kvalitetsforskriften og annet relevant lovverk. Det er likevel mangler knyttet til dokumentasjon av enkelte prosedyrer som er redegjort for ovenfor. Kommunen har et godt utgangspunkt, men bør styrke det systematiske arbeidet for å sikre at alle aspekter av kvalitetsforskriften blir ivaretatt.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonens oppfatning er at Marker kommune har etablert flere rutiner og en praksis som er i tråd med kravene i kvalitetsforskriften og annet relevant lovverk. Det er imidlertid fortsatt betydelige mangler knyttet til systematisk styring, dokumentasjon og strategisk utvikling av hjemmesykepleien.

Kommunen mangler tydelige og operasjonaliserte mål for hjemmesykepleien som er basert på overordnede målsetninger. Organisasjonskartet er utdatert og gir ikke tilstrekkelig informasjon om ansvar og myndighet. Det er heller ikke dokumentert hvordan det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, noe som er i strid med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Innen avvikshåndtering er det etablert en god praksis og kultur for avviksmelding, men det mangler en strategisk kobling mellom avvik og kommunens overordnede planer. Dette svekker muligheten for læring og forbedring på systemnivå.

Når det gjelder risikovurderinger, er det gjennomført flere slike vurderinger, og det finnes rutiner for dette. Likevel er det mangler i dokumentasjon og oppfølging, og det foreligger ikke en systematisk oversikt over hvordan risikovurderinger følges opp og evalueres.

På kompetanseområdet har kommunen etablert flere gode tiltak, som opplæringsplaner, faggrupper og videreutdanningstilbud. Likevel mangler kommunen en helhetlig kompetanseplan og systematisk oppfølging av opplæringstiltak, noe som svekker evnen til å sikre tilstrekkelig kompetanse over tid.

Brukermedvirkning er godt forankret i praksis, og det legges til rette for individuell tilpasning og dialog med pasienter og pårørende. Likevel mangler kommunen en formalisert prosedyre for brukermedvirkning.

Kommunen har fokus på kvalitet i utøvelse av tjenesten, men mangler skriftlige rutiner på en del områder som er pålagt i kvalitetsforskriften. Det er dermed behov for å styrke dokumentasjonen og formalisere enkelte rutiner.

Det bør fremover arbeides med å etablere skriftlige rutiner knyttet til at

- brukere skal ha selvstendig styring av eget liv
- kommunen sikrer muligheten for å selv ivareta egenomsorg ved for eksempel nødvendige hjelpemidler til hjemmeboende, blant annet gjennom bruk av velferdsteknologi
- kommunen sørger for at brukere får nødvendig medisinske undersøkelser samt nødvendig tannbehandling
- hjemmesykepleien sørger for at brukere får tilstrekkelig næring som er variert og helsefremmende med rimelig valgfrihet, samt hvordan de tilpasser hjelp ved måltider for å sikre nok ro til å spise
- brukere får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

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

- utarbeide tydelige og operasjonaliserte mål for hjemmesykepleien som er basert på overordnede målsetninger
- utarbeide en beskrivelse av organisering og fordeling av ansvar og myndighet innen virksomhet omsorg.
- etablere skriftlige rutiner for systematisk arbeid med kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

- etablere en praksis for strategisk oppfølging av avvik, inkludert regelmessig gjennomgang av trender, for å legge til rette for læring og forbedring på systemnivå.
- systematisk følge opp risikovurderinger med hensiktsmessige tiltak, og dokumentere denne oppfølgingen.
- utarbeide en formell kompetanseplan for hjemmesykepleien som inkluderer mål, tiltak og ansvar
- utarbeide en prosedyre for brukermedvirkning
- formalisere ønsket praksis i skriftlige prosedyrer, for å sikre at alle krav i kvalitetsforskriften oppfylles.
- styrke satsingen på velferdsteknologi, både gjennom investeringer og opplæring, for å støtte egenomsorg og effektiv ressursbruk

5 ÅRSAKER TIL SYKEFRAVÆR

Problemstilling 2: Hvilke årsaker til sykefravær er mest fremtredende inne pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune?

5.1 Innledning

I og med at dette er en deskriptiv problemstilling er det ikke fastsatt revisjonskriterier for denne problemstillingen. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune for å kartlegge tendenser til årsaker som ligger til grunn for sykefravær.

5.2 Datagrunnlag

Spørreundersøkelsen om sykefravær i Marker kommune gir et bredt bilde av arbeidsmiljø, fraværs-mønstre og opplevd arbeidssituasjon blant ansatte. Datagrunnlaget er basert på svar fra 60 ansatte og gir innsikt i forhold som påvirker sykefraværet.

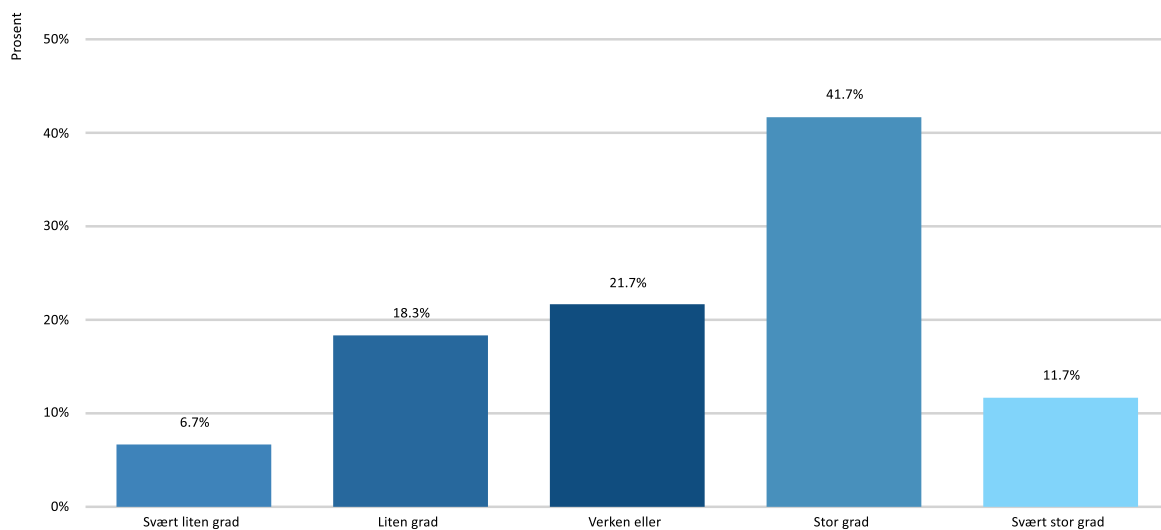
Demografisk sammensetning, ansettelsesforhold og stillingsprosent

Kjønnsfordelingen blant respondentene viser en klar overvekt av kvinner, med 97 %, mens menn utgjør 3 %. Aldersmessig er det flest ansatte i aldersgruppen 52–61 år (34 %), etterfulgt av 42–51 år (22 %) og 21–31 år (20 %). Dette indikerer en arbeidsstyrke med betydelig erfaring og lang tjenestetid.

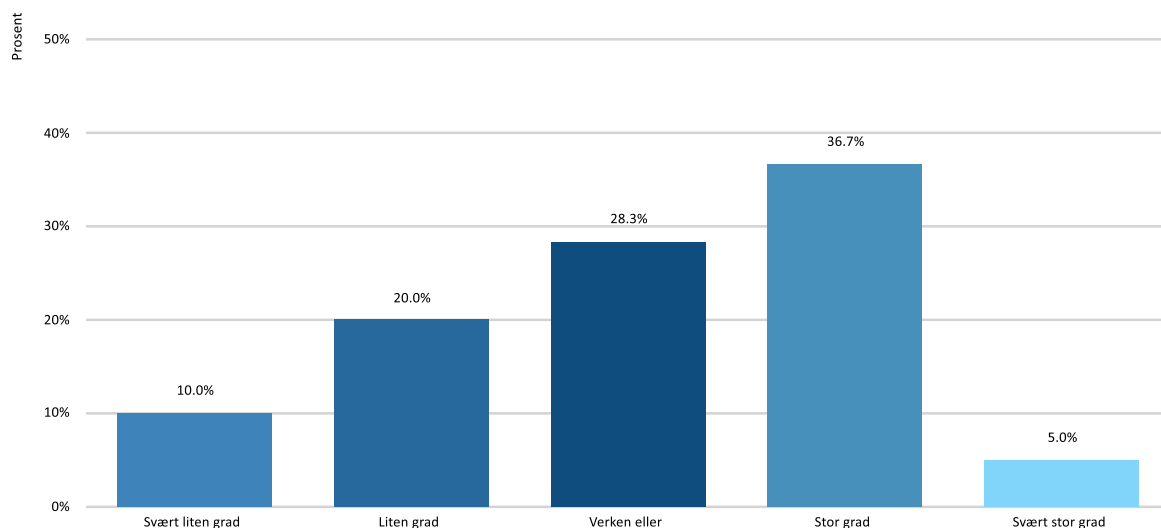
Hele 92 % av de ansatte har vært ansatt i mer enn to år, noe som tyder på stabilitet og kontinuitet i arbeidsstyrken. Når det gjelder stillingsprosent, har 75 % en stilling mellom 71–100 %, mens 25 % arbeider deltid. Dette kan ha betydning for opplevelsen av arbeidspress og rettigheter knyttet til vakter og fravær. Ansatte er fordelt på ulike enheter, med størst andel i somatisk og skjermet avdeling (32 %), hjemmetjenester (28 %) og stab helse og velferd (13 %).

5.2.1 Vernerunder, opplæring og støtte

Opplevelsen av arbeidsmiljøet varierer på tvers av pleie- og omsorgssektoren. Mange opplever arbeidsmiljøet som godt, men det er også indikasjoner på manglende systematikk i HMS-arbeidet. Kun 38 % svarer at det er gjennomført vernerunder, mens 42 % svarer "vet ikke" på dette spørsmålet. Opplæring i avvikssystemet og kjennskap til rutiner for sykefraværsoppfølging er ikke tilstrekkelig for alle. 42 % svarer at de i stor grad har fått opplæring i avvikssystem, og 37 % svarer at de i stor grad er trygg på at avvik følges opp på en god måte.

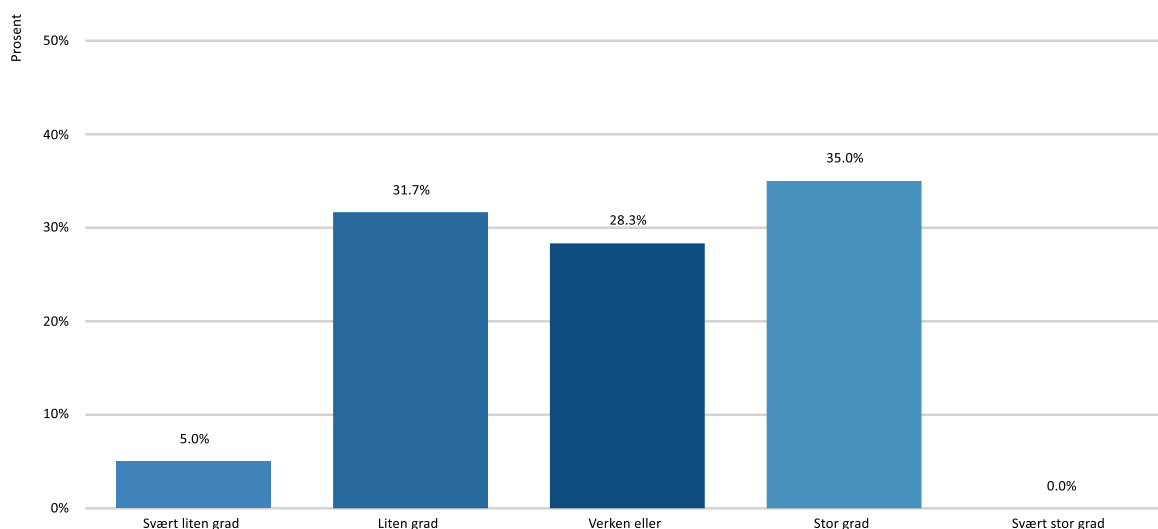


Figur 5 - Tilstrekkelig opplæring i avvikssystemet



Figur 6 - Trygg på at avvik følges opp på en god måte

Over halvparten (52 %) av respondentene oppgir at de i stor grad er kjent med kommunens rutiner for oppfølging av sykefravær. Det er kun 35 % som kjenner til kommunens rutiner for HMS i stor grad. 5 % svarer at de i svært liten grad kjenner til HMS-rutinen, mens 32 % svarer at de i liten grad er kjent med rutinen.

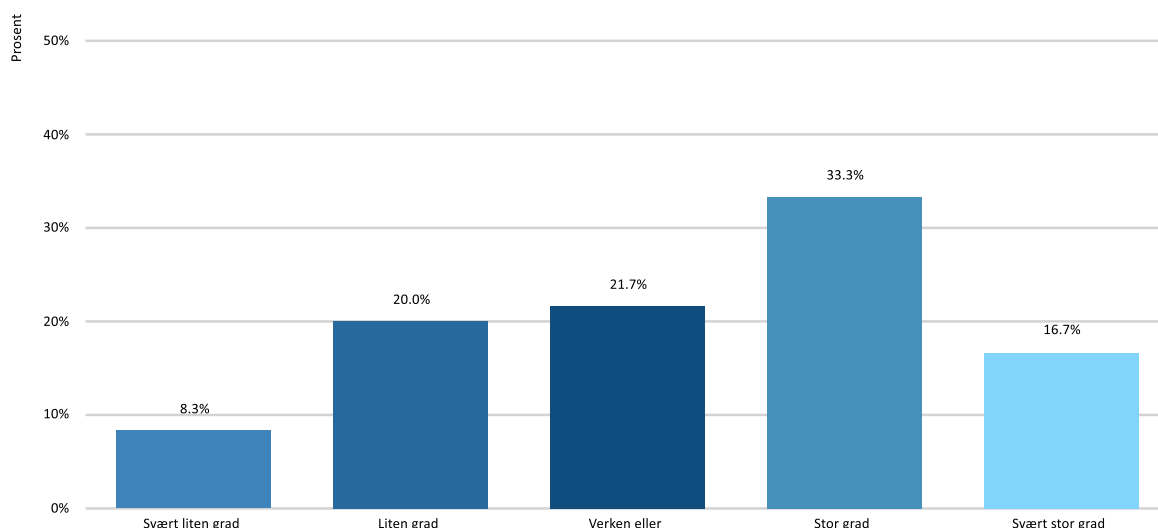


Figur 7 - Er kjent med kommunens rutiner for HMS

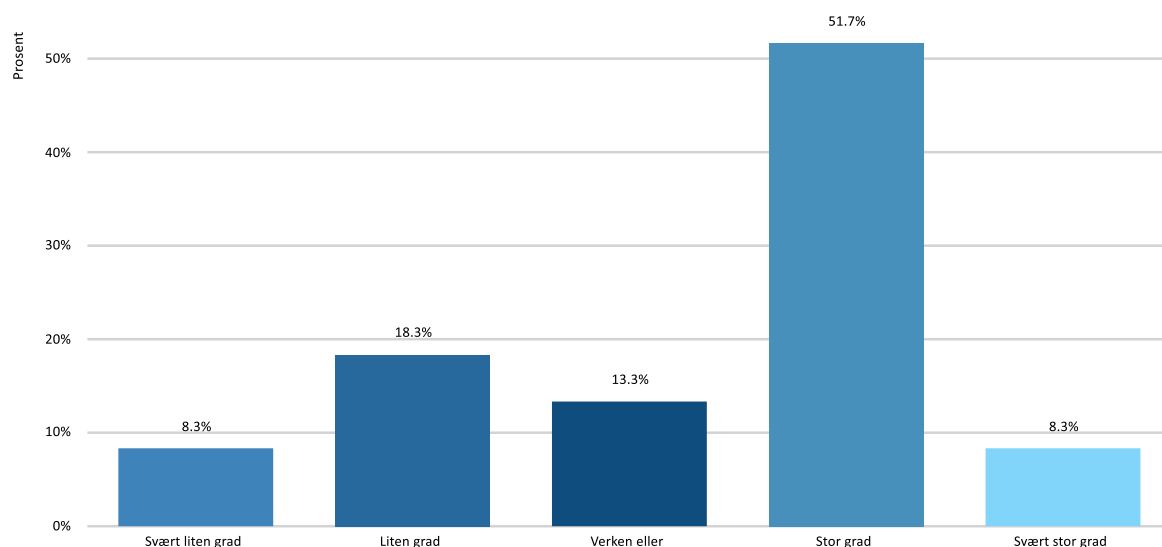
50 % har i stor grad jevnlig dialog med sin nærmeste leder, og 48 % svarer at lederen er tilgjengelig for den ansatte ved behov.

5.2.2 Psykososialt og fysisk arbeidsmiljø

Respondentene opplever i stor grad (33 %) eller i svært stor grad (17 %) at arbeidsplassen arbeider aktivt med å legge til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø, men det er også en del ansatte som opplever stress og høyt arbeidspress. Det fysiske arbeidsmiljøet får en noe bedre vurdering; 50 % svarer at det i stor (42 %) eller i svært stor grad (8 %) arbeides aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø på arbeidsplassen.



Figur 8 - Det blir lagt til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø (f.eks. bedre trivsel og unngå stress, konflikter osv.) på arbeidsplassen

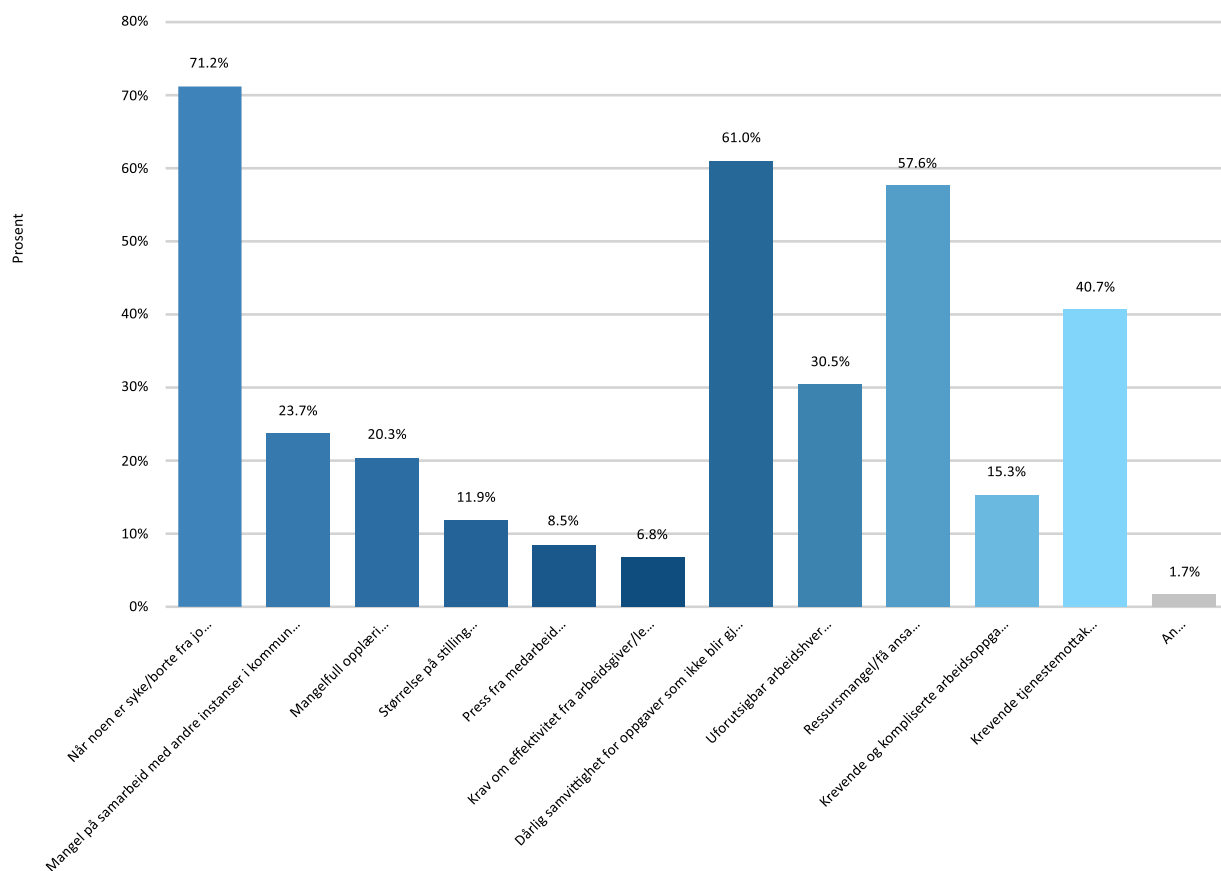


Figur 9 - Det arbeides aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø (f.eks. knyttet til ergonomi, støy) på arbeidsplassen

Nesten samtlige respondenter svarer enten i stor grad (53 %) eller i svært stor grad (40%) at de møter på jobb selv om de er i dårlig form. Flertallet av totalt antall respondenter (82 %), opplever at kollegene vil være støttende og forståelsesfulle hvis de ikke kan yte 100 % når de er på jobb. Respondentene ble også spurt om de går på jobb hvis de blir friske før sykemeldingen går ut, 75 % svarte at de i stor grad (48 %) eller i svært stor grad (27 %) gjør dette.

5.2.3 Arbeidspress og belastning

71,2 % av respondentene oppgir at fravær blant kolleger skaper arbeidspress. Mange opplever (61 %) at dårlig samvittighet for ufullførte oppgaver og ressursmangel bidrar til stress. 58 % svarer at ressursmangel og få ansatte fører til ekstra arbeidspress.



Figur 10 - Hendelser som skaper arbeidspress i hverdagen.

58 % vurderer arbeidsbelastningen som middels, mens 28 % vurderer den som høy. Det er 70 % som svarer at de føler at arbeidsbelastningen er håndterbar. Likevel svarer 40 % at arbeidsbelastningen påvirker helsen negativt. 92 % av respondentene svarer at de noen ganger (62%), ofte (28 %) eller alltid (2 %) opplever stress på arbeidsplassen.

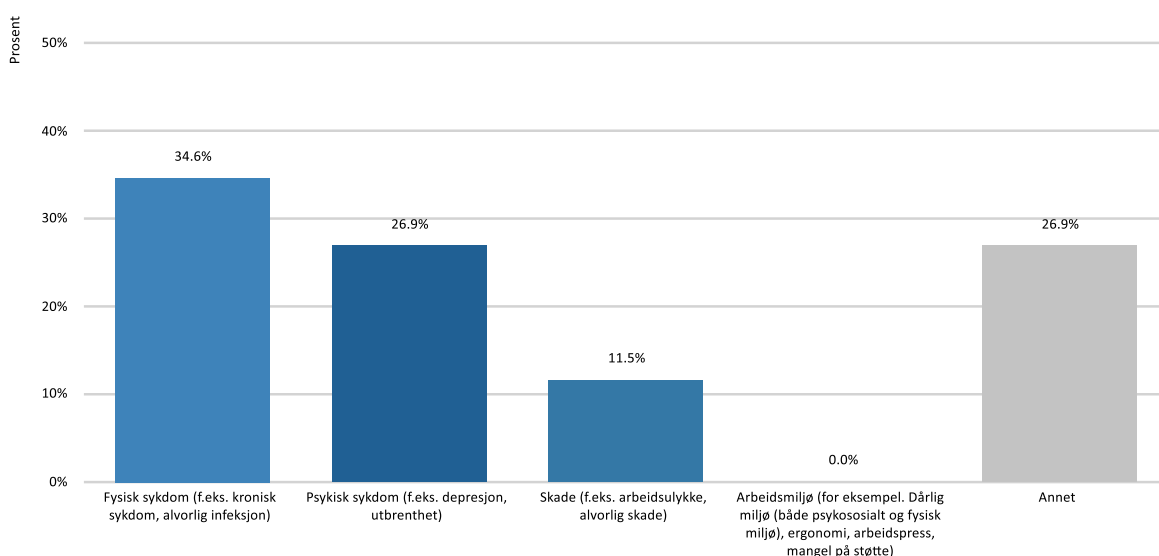
5.2.4 Fraværstyper og årsaker

Egenmeldt fravær

35 % av våre respondenter har ikke hatt egenmeldt fravær de siste 12 månedene, mens 48 % har hatt det 1-2 ganger. 10 % har hatt egenmeldt fravær 3-4 ganger og 7 % mer enn fire ganger i løpet av det siste året. Fysisk sykdom er den vanligste årsaken til sykefravær (68 %), og 13 % svarer at det egenmeldte fraværet har grunnlag i psykisk sykdom (f.eks. depresjon, utbrenthet). På spørsmål om hvor lenge det siste egenmeldte fraværet varte, svarte 45 % 1 dag, mens 42 % svarte mellom 2-3 dager. 13 % oppga at varigheten var mellom 4-8 dager.

Legemeldt fravær

I løpet av de siste 12 månedene er det 57 % som ikke har hatt legemeldt fravær, 35 % svarer at de har hatt legemeldt fravær 1-2 ganger, 5 % har hatt legemeldt fravær 3-4 ganger, og 3 % mer enn fire ganger. Årsakene til legemeldt fravær er varierende. Blant de som svarer «annet» oppgis det at dette gjelder blant annet operasjoner og skader.

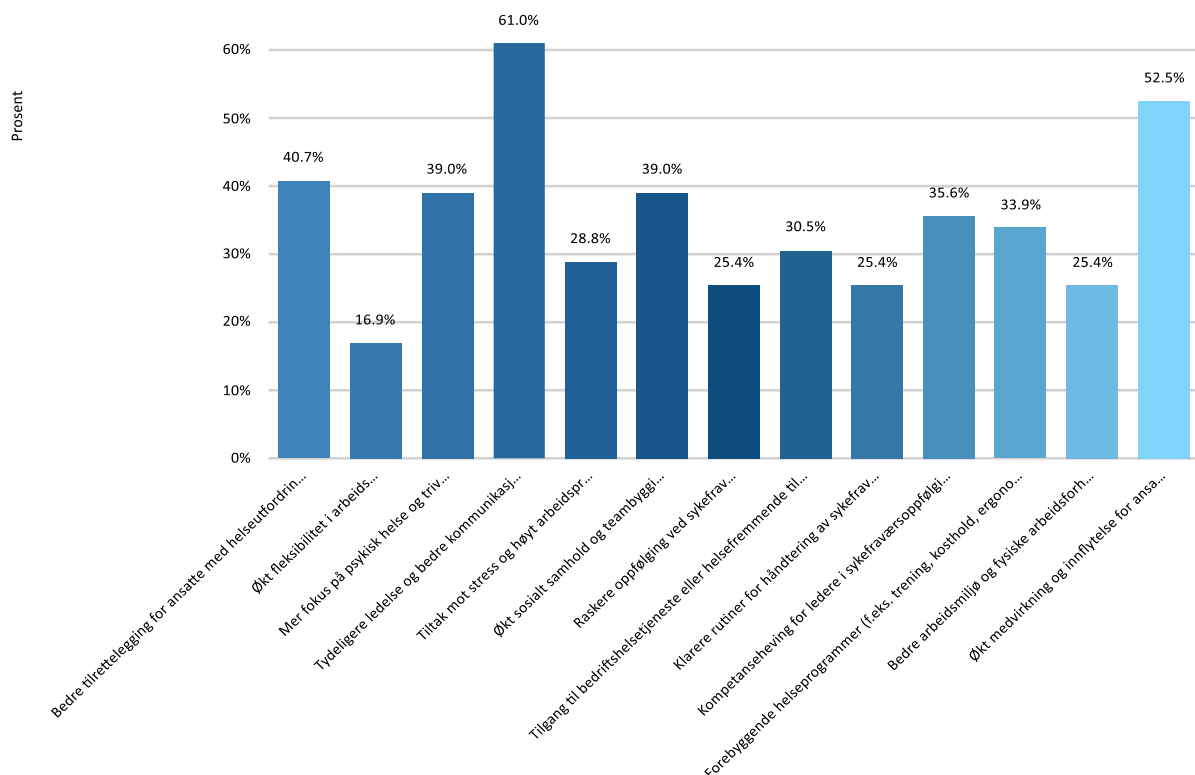


Figur 11 - Årsaker til siste legemeldte fravær

15 % av respondentene svarer at lengden på fraværet varte mindre enn en uke, 31 % svarte at fraværet varte mellom 1-2 uker, 23 % hadde fravær i 3-4 uker og 31 % hadde legemeldt fravær som varte lengre enn 4 uker.

5.2.5 Tiltak for å redusere sykefravær

Over halvparten av respondentene svarer at det jobbes aktivt for å forebygge sykefravær på arbeidsplassen (43 % - i stor grad, og 12 % - i svært stor grad). Respondentene foreslår flere tiltak for å redusere sykefraværet. De mest fremtredende tiltakene som etterlyses er tydeligere ledelse og bedre kommunikasjon (61 %), økt medvirkning og innflytelse for ansatte (52,5 %), bedre tilrettelegging for ansatte med helseutfordringer (40,7 %) og mer fokus på psykisk helse og trivsel (39 %).



Figur 12 - Tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet på arbeidsplassen

5.2.6 Utfordringer knyttet til ledelse, sykefravær og ressursbruk i tjenesten

Samtlige respondenter fikk mulighet til å legge inn en kommentar knyttet til tematikken. Revisjonen fikk inn 19 kommentarer. Det fremkommer bekymring blant flere ansatte knyttet til høyt sykefravær og manglende oppfølging fra ledelsen. Det uttrykkes at ledere burde ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere sykefravær internt, uten behov for ekstern bistand. Det oppleves at sykefravær ikke følges opp systematisk, og at det mangler kontinuerlig fokus både på fravær og økonomistyring. Det pekes på en opplevelse av sløsing med ressurser, samtidig som det innføres sparetiltak som rammer tjenestens kvalitet.

Ansatte etterlyser ledere med tydelighet, erfaring og evne til å ta imot innspill uten å oppfatte det som innblanding. Det er et ønske fra flere av respondentene at erfaring og kompetanse verdsettes i større grad, og at innsatsen til ansatte med lavt fravær og høy pasientomsorg anerkjennes. Det oppleves at det fokuseres mer på antall ansatte enn på kvalitet og kontinuitet i bemanningen.

Videre uttrykkes bekymring for at ansatte i direkte pasientrettet arbeid ikke ivaretas på samme måte som ledere, og at det administrative arbeidet får for stor plass på bekostning av pasientfokus. Det etterlyses bedre tilrettelegging for ansatte med deltidsstillinger, og at lovpålagte rettigheter knyttet til vakter før vikarer følges opp.

To ansatte fra to forskjellige avdelinger peker på behov for endring i ledelsen ved de avdelingene, med henvisning til manglende engasjement og oppfølging. Det er også bekymring fra flere ansatte knyttet til ansettelse av personer som ikke fungerer i stillingene generelt innenfor sektoren, samt mangelfull opplæring og oppfølging av nyansatte. Det etterlyses ledere som ser den enkelte ansatte og skaper trygghet i rollen.

En av respondentene forteller at sommeren 2025 har medført økt arbeidspress på faste ansatte, grunnet lav bemanning og vikarer med manglende opplæring og motivasjon på en avdeling. En annen respondent foreslår at arbeidsgiver i større grad følger opp ansatte med høyt fravær, og at det etableres bedre rutiner for teamarbeid, oppgavefordeling og kommunikasjon. Det er behov for bedre sammenheng mellom teori og praksis, samt oppfølging av prosedyrer.

Tre ansatte opplever at sparetiltak fører til redusert bemanning, som igjen øker belastningen på de som er på jobb. Det uttrykkes bekymring for ufaglærte i faste stillinger uten krav om utdanning, og at dette går ut over kvaliteten på tjenestene. Vikarer mangler ofte nødvendig kompetanse, som medisinkurs, og dette fører til merarbeid for faste ansatte.

Det pekes også på at kommunen ligger etter i utviklingen og implementeringen av velferdsteknologi, til tross for gjentatte innspill. Dette oppleves som en tapt mulighet for effektiv ressursbruk og bedre pasientomsorg.

Avslutningsvis vil vi nevne at det uttrykkes det irritasjon fra tre ansatte over korttidsfravær og egenmeldinger, og det etterlyses mer aktiv oppfølging fra ledelsen. Det er behov for bedre struktur, kompetanse og samarbeid på tvers av instanser, samt mer formalisering av rutiner og ansvar. Det rapporteres om ansatte som forlater arbeidsplassen før vekten er over, og det etterlyses tydeligere retningslinjer for fravær.

5.3 Konklusjon

Spørreundersøkelsen om sykefravær i Marker kommune gir et omfattende bilde av arbeidsmiljøet, fraværsmønstre og opplevd arbeidssituasjon blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Resultatene viser at kommunen har en stabil og erfaren arbeidsstyrke, men samtidig står overfor betydelige utfordringer knyttet til ledelse, arbeidsbelastning og systematisk oppfølging av sykefravær.

Det fremkommer at mange ansatte opplever arbeidsmiljøet som godt, og det er høy grad av kollegial støtte. Likevel rapporteres det om stress, høyt arbeidspress og manglende systematikk i HMS-arbeidet. Kjennskap til kommunens rutiner for HMS og sykefraværsoppfølging varierer, og opplæring i avvikssystemet er ikke tilstrekkelig for alle. Dette kan svekke muligheten for tidlig identifisering og håndtering av belastningsfaktorer.

Fravær blant kolleger, ressursmangel og dårlig samvittighet for ufullførte oppgaver er blant de mest fremtredende årsakene til arbeidspress. Selv om majoriteten vurderer arbeidsbelastningen som håndterbar, oppgir 40 % at belastningen påvirker helsen negativt. Det er også en høy andel ansatte som møter på jobb selv om de er i dårlig form, noe som kan indikere en kultur der tilstedeværelse prioriteres. Kommentarene fra ansatte peker på behov for tydeligere og mer kompetent ledelse, bedre kommunikasjon, økt medvirkning og anerkjennelse av innsats. Det uttrykkes bekymring for manglende oppfølging av fravær, lav bemanning, ufaglærte i faste stillinger og mangelfull opplæring av nyansatte. Flere peker også på manglende implementering av velferdsteknologi og behov for bedre struktur og samarbeid på tvers av avdelinger.

Samlet sett viser undersøkelsen at det er behov for styrket ledelseskompetanse, mer systematisk oppfølging av fravær, bedre tilrettelegging for ansatte med helseutfordringer, og økt fokus på psykisk helse og trivsel.

6 KILDER

Lovverk

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift og rundskriv

IS-2017/2620 (IS-2620) – Rundskriv fra Helsedirektoratet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Oversendt dokumentasjon fra kommunen

2020 - sykefravær

2021 - sykefravær

2022 - sykefravær

2023 - sykefravær

2024 - sykefravær

2025 - sykefravær

2025-06-04_13-56-35 – sjekklister for informasjon til nye faste ansatte og vikarer

Ansattliste + mail virksomhet omsorg Marker kommune

Avvikshåndtering i Marker kommune

Brukermedvirkning i hjemmetjenesten Marker

Brukermedvirkning

Brukerundersøkelse hjemmetjenesten

BRUKERUNDERSØKELSE HJEMMETJENESTEN 2025

En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Ernæring i hjemmetjenesten Marker kommune

ERNÆRINGSFOLDER

Etiske retningslinjer for Marker kommune

Etiske retningslinjer i Marker kommune + respekt trygghet forutsigbarhet

Ettersamtale med pårørende som har mistet nære av kreft

EVALUERING ERNÆRING

Fag i hjemmetjenesten Marker

Fravær omsorg 2020-2025 Marker kommune

GJELDENE BEMANNINGSPLAN HJEMSPL

HJELPEMIDLER I HJEMMESYKEPLEIEN

ingtte_250604-083748-3160 – organisasjon virksomhet omsorg

Ivaretagelse av egenomsorg Marker kommune

Ivaretagelse av egenomsorg

KOMMENTARER BRUKERUNDERSØKELSE 2025

Kompetanse i hjemmetjenesten

Kommunedelplan helse og omsorg 2021-2030

Kvalitetsforskriften i hjemmetjenesten Marker + vurderingsbesøk

KVALITETSFORSKRIFTEN I HJEMSPL

Kvalitetsstandard 2023 (endelig versjon)

Kvalitetsstandard Marker kommune

MST- skjema

Nødvendig medisinsk undersøkelse (Marker kommune)

Nødvendig medisinsk undersøkelse

omsorg_ansatte 1

Opplæringsplan Marker Bo og Servicesenter (1) (4)

Organisasjonskart Marker kommune

Primærsykepleiers oppgaver i hjemmesykepleien for kreftpasienter (1)

Prosedyre, rutine for arbeid i andres hjem

Risikoanalyser ved omsorg Marker kommune

Risikoanalyser virksomhet omsorg

Risikokartlegging emosjonelle og relasjonelle belastninger

Risikovurdering prosedyre

Risikoanalyser fra leverandør

Sjekkliste 3 hjemmesykepleien (1)

Sv_ Etiske retningslinjer i Marker kommune + respekt_ trygghet_ forutsigbarhet

Søknadsskjema om tannhelsetjenester for hjemmesykepleiens brukere (5)

tannbehandling i Marker

tilpasset hjelp ved av og påkledning

Tilpasset hjelp ved av påkledning Marker kommune

Tilpasset hjelp ved måltider

TQM hendelsestyper-ny

Vedlegg i opplæringspermen_

Verdig avslutning i trygge omgivelser (Marker)

Virksomhet - avdelingsplaner

Virksomhetsplaner Marker kommune

Vurderingsbesøk Del 1 - Sjekkliste ved oppstart (1)

Vurderingsbesøk - Del 2 (1)

Annet

Helsedirektoratet - Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester

7 VEDLEGG

7.1 Utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i lov og forskrift, blant annet kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene.

Problemstilling 1 – Er kvaliteten på tjenestene i hjemmesykepleien i tråd med krav og målsetninger?

Den første problemstillingen tar for seg kvaliteten på tjenesten i hjemmesykepleien i Marker kommune. Revisjonen vil undersøke kommunens arbeid knyttet til hjemmesykepleien, og hvordan kommunen i den sammenheng sørger for å etterleve kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. For at den enkelte bruker skal ha mulighet til å leve og bo selvstendig og ha mulighet for å selv ivareta egenomsorg vil revisjonen se på kommunens tilbud av hjelpemidler fortrinnsvis i form av velferdsteknologi til brukere med hjemmetjeneste.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Formålsparagrafen til Helse- og omsorgstjenesteloven sier at det skal sikres at «den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse [...]»³⁴. Videre skal det sikres kvalitet i tjenestetilbudet, og at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Loven presiserer at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper «herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne»³⁵. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at omfanget og innholdet i tjenesten kan ses i sammenheng med krav som er fastsatt i lov eller forskrift. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, jf. § 3-2.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Dette innebærer blant annet at kommunen skal tilrettelegge slik at;

- a. Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- b. Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
- d. Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene ³⁶

Videre sier § 4-2 at alle som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

³⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

³⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §3-1

³⁶ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §4-1

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskriftens³⁷ formål er å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskriften erstatter forskriften om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, og er tydelig på at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av styringssystemet i virksomhetene. Den ansatte med overordnet ansvar for virksomheten (øverste leder) skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften. Hvordan virksomheten etterlever pliktene i forskriften skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens størrelse, risikoforhold og aktiviteter. Virksomheter har flere plikter, plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og å korrigere. Revisjonen vil her komme med en punktvis oversikt over hva pliktene jf. §§ 6, 7, 8 og 9 i forskriften innebærer;

Plikt til å planlegge aktiviteter³⁸. Plikten innebærer flere oppgaver, blant annet;

- ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I veilederen til forskriften står det beskrevet at det bør settes mål til flere områder, blant annet pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet, forbedring personal og drift/logistikk³⁹. Det er øverste leder som har ansvar for at målene operasjonaliseres, og at resultatene knyttet til målene følges opp. Veilederen presiserer at det ligger en plikt til å ha rutiner for systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater. Øverste leder skal sørge for at det gjennomføres systematiske risikokartlegginger slik at ledelsen kan identifisere aktiviteter og prosesser hvor det er fare for svikt eller brudd på regelverket.

Plikt til å gjennomføre⁴⁰. Plikten innebærer flere oppgaver, blant annet:

- sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Veilederen peker på at i kravet til at medarbeidere skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, skal det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.

³⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

³⁸ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6

³⁹ IS-2017/2620 (IS-2620) – Rundskriv fra Helsedirektoratet

⁴⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7

Plikt til å evaluere⁴¹. Plikten innebærer flere oppgaver, blant annet:

- vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Øverste leder har ifølge veilederen til forskriften ansvar for at «virksomheten vurderer om oppgaver, tiltak, planer og målinger blir gjennomført på en forsvarlig og systematisk måte, i henhold til lovgivningen, og om det har ønsket effekt⁴²». Leder skal jevnlig gå igjennom avvik og uønskede hendelser. Informasjonen skal brukes får å avdekke årsaker til hendelser slik at avdelingen kan lære og forebygge tilsvarende hendelser. For at avdelingene skal lykkes med dette arbeidet er det viktig med en trygg kultur som fremmer åpenhet og læring av feil. Læringspunktene må tas med inn i relevante rutiner og prosedyrer.

Plikten til å korrigere⁴³. Plikten inneholder flere oppgaver;

- rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- Forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I tillegg til å kontinuerlig forbedre og utvikle arbeidsprosesser og kvaliteten på tjenestene skal det jobbes med forutsetningen for å bli bedre. Virksomhetene må styrke evnen til å avdekke forbedringsområder, til å rette opp feil eller uønskede hendelser og til å spre læring og ny kunnskap. For å gjennomføre dette sier veilederen at ansatte har behov for tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeidet⁴⁴. Det bør settes av tid og ressurser i daglig drift til å arbeide med dette. Medarbeidere som har særlige oppgaver innen kvalitetsforbedring bør være deltakende i regionale eller nasjonale nettverk.

Kommuneloven

Kommuneloven sier at interkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det skal utarbeides en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering⁴⁵. Det skal utarbeides nødvendige rutiner og prosedyrer, og kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester

Formålet med Kvalitetsforskriften er å sikre at «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunetjenesteloven⁴⁶ og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel»⁴⁷. Forskriften kommer i bruk ved

⁴¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8

⁴² Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

⁴³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9

⁴⁴ IS-2017/2620 (IS-2620) – Rundskriv fra Helsedirektoratet

⁴⁵ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

⁴⁶ Opphevet og ble erstattet med Helse- og omsorgstjenesteloven

⁴⁷ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v. §1

gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester. Forskriftens § 3 beskriver oppgaver og innhold i tjenestene. Kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at blant annet «tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes»⁴⁸. For å ivareta oppgavene skal kommunene utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere får tilfredsstilt grunnleggende behov som blant annet:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendig styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning

For at kommunen skal legge til rette slik at brukere kan klare seg selv lengst mulig, bør kommunen tilby nødvendige hjelpemidler, for eksempel velferdsteknologi til hjemmeboende som kan ha nytte av det.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven skal gi pasienter/ brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenestene. Formålet med loven er blant annet å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet samt å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Lovens kapittel 3 inneholder rett til medvirkning og informasjon. En pasient/bruker har «har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder»⁴⁹.

Problemstilling 2 – Hvilke årsaker til sykefravær er mest fremtredende innen pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune?

Problemstilling 2 er en deskriptiv problemstilling hvor revisjonen ikke har fastsatt revisjonskriterier i motsetning til problemstilling 1. Revisjonen vil for å besvare problemstillingen kartlegge årsakene til sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune, og peke på tendenser i resultatene av denne kartleggingen.

⁴⁸ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v. §3

⁴⁹ Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1

7.2 Kommunedirektørens uttalelse



MARKER KOMMUNE

Kommunedirektør

Vår ref.: 25/361 - 6 / VIDØST
Arkiv: FE-040
Deres ref.:
Dato: 04.11.2025

Baardsen Inger Marie

Forvaltningsrevisjonsprosjekt – Kvalitet i omsorgstjenester

Viser til mottatt revisjonsrapport i ovennevnte sak og gjennomgang i møte 28.10.2025.
Som nevnt i møtet er Marker kommune godt fornøyd med den gjennomgangen som er gjort og har ingen bemerkninger til rapportens innhold.

Vi er allerede godt i gang med å svare ut de funn som er gjort i rapporten, og vi legger ved en plan for hvordan vi har tenkt å arbeide for å utbedre de områder som er påpekt.

Med hilsen

Vidar Østenby
Virksomhetsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til

Magnus Aalerud
Stig Arne Høltedahl

Vedlegg

Plan for revideringsarbeid

1467313 04.11.2025

Mottakere

Baardsen Inger Marie
Østre Viken
kommunerevisjon IKS

Industriveien 6

1890

RAKKESTAD



Mulighetene
er mange

Kontoradresse:

Postadresse:

Postboks 114, 1871 Ørje

E-post: post@marker.kommune.no

Telefon: 69 81 05 00

Bankgiro: 1050.07.20382

Org.nr: 00964944334

Handlingsplan for Marker kommune, virksomhet omsorg

Setter opp arbeidsgruppemøter hver 6. uke fra dags dato.

PROBLEMSTILLING 1: Er kvaliteten på tjenestene i hjemmesykepleien i tråd med krav og målsetninger?

1. Utarbeide tydelige mål og oppdatert styringsdokumentasjon

- **Tiltak:** Utarbeide tydelige og operasjonaliserte mål for hjemmesykepleien, og oppdatere organisasjonskart og ansvarsbeskrivelser.
 - **Aktiviteter:**
 - Gjennomgå og justere overordnede mål fra kommunedelplan ned til virksomhets- og avdelingsnivå.
 - Hva er målet med hjemmetjenesten – (bo lengre hjemme)
 - Forebygging - hverdagsrehab
 - Hvilke tjenester vi har
 - Fremtidsrettede mål - teknologi
 - Utarbeide årshjul for måloppnåelse og rapportering.
 - ATA tid
 - Rapport på tjenestetimer kvartalsvis
 - Utarbeide og publisere oppdatert organisasjonskart med roller og ansvarsfordeling, inkludert stedfortrederordninger.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder omsorg/ avdelingsleder/fagsykepleier
 - **Tidsfrist:** 6 måneder
 - **Målepunkter:**
 - ATA-tid - tjenestetimer
 - Eksisterende og nytt mål- og styringsdokument foreligger, organisasjonskart publiseres digitalt og i perm.
-

2. Sikre systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

- **Tiltak:** Utarbeide og forbedre skriftlige rutiner for systematisk kvalitetsarbeid, herunder oppfølging av kvalitetsforskriften.
 - **Aktiviteter:**
 - Kartlegge dagens praksis for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.
 - Fagsykepleier utarbeider plan for systematisk kvalitetsarbeidet
 - Utarbeide/oppdatere rutiner for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene (jf. forskrift).
 - Prosedyre for undersøkelse til brukere
 - Legge planene i årshjul
 - Korrigerende av tjenestene settes i system på avdelingsnivå (utarbeide prosedyre) - (kartleggingskjema)
 - Implementere opplæring for ansatte i nye prosedyrer.
 - Bruke Teams - (lesebekreftelse)
 - Innføre faste møter om kvalitetsarbeid med referat.
 - Sette opp kvartalsvis møter med alle avdelinger og fagsykepleier.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder/avdelingsleder/fagsykepleier
 - **Tidsfrist:** 4 måneder, årlig revisjon
 - **Målepunkter:** Skriftlige rutiner foreligger, opplæringsdeltakelse registrert, kvalitetsmøteprotokoll føres.
-

3. Bedre og mer systematisk avvikshåndtering

- **Tiltak:** Heve opplæringen på avvikssystemet, og sikre systematisk strategisk oppfølging av avvik.
- **Aktiviteter:**
 - Gjennomføre opplæring for alle ansatte på avvikssystem (f.eks. TQM).
 - Kvartalsvis avviksgjennomgang på avdelingsnivå, med analyse og tiltak.
 - Kvartalsvis avviksgjennomgang på virksomhetsnivå, med analyse og tiltak.

- Gjenoppta behandling av avvik på medbestemmelsesmøter (tillitsvalgte, hovedverneombud).
 - Dokumentere alle trendanalyser og tiltak knyttet til avvik.
 - **Ansvar:** Fagsykepleier har opplæring på TQM.
Virksomhetsleder/avdelingsleder jobber strategisk med kvalitetsforbering i ulike møtefora.
 - Framsikt?
 - **Tidsfrist:** Løpende møter fra kommende kvartal
 - **Målepunkter:** avviksanalyser og referat fra møter
-

4. Risikovurderinger med bedre systematikk og oppfølging

- **Tiltak:** Sikre at alle risikovurderinger dokumenteres og følges opp systematisk.
 - **Aktiviteter:**
 - Samle og systematisere alle relevante risikovurderinger i TQM eller tilsvarende.
 - Gjennomføre årlig helhetlig risikokartlegging for hjemmesykepleien, inkludert emosjonell belastning.
 - Utarbeide rutine for evaluering og oppfølging av tiltak knyttet til risikovurderinger.
 - Gjennomføre kompetanseheving i risikovurdering for ledere og nøkkelpersonell.
 - Invitere BHT på risikovurdering
 - Sette opp liste for hvilke områder som skal risikovurderes - hovedområder.
 - **Ansvar:** TQM-ansvarlig/systemansvarlig, virksomhetsleder/avdelingsleder og verneombud
 - **Tidsfrist:** 4 måneder for systemendringer, deretter årlig
 - **Målepunkter:** Oversikt over risikovurderinger, oppfølgingsplaner, referat fra risikovurderingsmøter
-

5. Utarbeide og implementere helhetlig kompetanseplan

- **Tiltak:** Utarbeide kompetanseplan som dekker minimumskrav, videreutdanning og systematisk kompetansekartlegging.
 - **Aktiviteter:**
 - Kartlegge eksisterende kompetanse, og behov på kort og lang sikt.
 - Lage plan for kurs, videreutdanning, hospitering og intern opplæring.
 - Etablere digitalt kompetanseregister som alle kurs og opplæring registreres i.
 - Fagsykepleier ser på muligheter for dette?
 - Implementere årlig kompetansekartlegging.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder, avdelingsleder og fagsykepleier
 - **Tidsfrist:** Plan påbegynt innen 6 måneder, implementering fortløpende
 - **Målepunkter:** Kompetanseplan godkjent, årlige rapporter på gjennomført opplæring og kartlegging
-

6. Formalisering av brukermedvirkning

- **Tiltak:** Formalisere brukermedvirkning i tjenestene med prosedyre og tydelig dokumentasjonspraksis.
 - **Aktiviteter:**
 - Utarbeide skriftlig prosedyre for brukermedvirkning, inkludert ansvar for oppfølging og dokumentasjon i Profil.
 - Opplæring av alle saksbehandlere og ansatte i prosedyrens betydning og rettigheter brukere har.
 - Utvikle og distribuere enkel informasjon til tjenestemottakere med rettigheter, klagemuligheter, rutiner osv.
 - Årlig dialogmøte med bruker- og pårørendegrupper for å drøfte erfaringer og forbedringspunkter.
 - **Ansvar:** Avdelingsleder, fagansvarlig for saksbehandling
 - **Tidsfrist:** Prosedyre og informasjon klart innen 6 måneder
 - **Målepunkter:** Prosedyrer foreligger, brukerundersøkelse med spørsmål om medvirkning
-

7. Skriftliggjøre alle rutiner og prosedyrer etter kvalitetsforskriften

- **Tiltak:** Utarbeide/oppdatere manglende rutiner om bl.a. selvstendighet, hjelpemidler/velferdsteknologi, tannhelse, ernæring og verdig livsavslutning.
 - **Aktiviteter:**
 - Gjennomgang av hvilke områder som mangler skriftlige rutiner.
 - Samle og oppdatere/utarbeide rutiner, inkludert implementeringsplan for ansatte.
 - Lage lettleste sjekklister/hverdagsrutiner for faktorene overfor.
 - Implementering og årlig revisjon.
 - **Ansvar:** Kvalitetsansvarlig/virksomhetsleder
 - **Tidsfrist:** 6 måneder
 - **Målepunkter:** Rutinesamling komplett, samsvarsrutine for årlig revisjon
-

8. Velferdsteknologi – strategi, opplæring og evaluering

- **Tiltak:** Utarbeide strategi og handlingsplan for innføring og bruk av velferdsteknologi.
 - **Aktiviteter:**
 - Kartlegge behov for velferdsteknologi i alle brukergrupper.
 - Utvikle plan for investering, kompetanseheving og utprøving av nye teknologier (eks. digitale låser, trygghetsalarm, GPS for demens, m.m.).
 - Systematisk opplæring og intern undervisning for ansatte i bruk av ny teknologi.
 - Årlig evaluering av teknologiens effekt og videreutvikling.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder
 - **Tidsfrist:** Kartlegging og plan 6 måneder, evaluering årlig
 - **Målepunkter:** Teknologiplan foreligger, årlige evalueringsrapporter
-

PROBLEMSTILLING 2: Hvilke årsaker til sykefravær er mest fremtredende innen pleie- og omsorgssektoren, og hvordan kan dette følges opp?

1. Kompetent og systematisk lederoppfølging av sykefravær

- **Tiltak:** Opplæring av ledere i sykefraværsarbeid, systematisk oppfølging og dialogrutiner.

- **Aktiviteter:**
 - Obligatorisk kurs for mellomledere i sykefravær, IA-avtale og dialogrutiner.
 - Lage og implementere standard rutine for hyppig oppfølging av ansatte ved fravær (dialogmøter, tiltaksplan).
 - Gjennomgang og forbedring av rutine for dokumentasjon av oppfølging i personalmappe.
 - Gjøre sykefraværstatistikk tilgjengelig for ledere og drøftes månedlig.
 - **Ansvar:** HR-ansvarlig/virksomhetsleder
 - **Tidsfrist:** Kurs innen 3 måneder, nye rutiner innarbeidet umiddelbart etter
 - **Målepunkter:** Kursdeltakelse og evalueringsskjema, månedlig fraværsgjennomgang
-

2. Bedre tilrettelegging og støtte for ansatte med helseutfordringer

- **Tiltak:** Systematisk kartlegging og individuell tilretteleggingsplan.
 - **Aktiviteter:**
 - Kartlegge behov for tilrettelegging hos alle med gjentatt/fravær over x uker.
 - Utarbeide tilretteleggingsplan (arbeidstid, oppgaver, fysiske tiltak, velferdsteknologi som støtte).
 - Jevnlig vurdering og evaluering av tilretteleggingsplaner.
 - **Ansvar:** HR/avdelingsleder
 - **Tidsfrist:** Plan for alle aktuelle ansatte innen 2 måneder, løpende vurdering
 - **Målepunkter:** Antall med individuell plan, revidering og resultatevaluering
-

3. Styrke arbeidsmiljø, psykisk helse og trivsel

- **Tiltak:** Årlige temamøter, lavterskel samtaletilbud og evaluering av tiltak for psykisk helse.
- **Aktiviteter:**
 - Arrangere temamøter minst årlig om stress, mestring, psykisk helse og inkluderende arbeidsmiljø.

- Gjøre tilgjengelig samtaletilbud (BHT eller liknende) for ansatte med behov.
 - Gi alle ansatte tilgang til digitale eller fysiske verktøy for stressmestring.
 - Innhente tilbakemeldinger i medarbeiderundersøkelse på arbeidsmiljø og psykisk helse.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder / avdelingsleder
 - **Tidsfrist:** Temamøter fra dette året, samtaletilbud på plass innen 4 måneder
 - **Målepunkter:** Antall temamøter og deltakere, medarbeiderundersøkelse
-

4. Bedre opplæring av nyansatte og økt kvalitet på vikarbruk

- **Tiltak:** Innføre obligatorisk opplæringsprogram for nyansatte, og årlig revisjon av vikaropplæring.
 - **Aktiviteter:**
 - Revidere eksisterende opplæringsplan
 - Lage sjekklister for opplæring av nyansatte (inkludert rutiner, HMS, velferdsteknologi, samhandling).
 - Gjennomføre fadderordning/følg-vakt for nye ansatte og vikarer.
 - Årlig kontroll av at alle vikarer har nødvendig kompetanse og kurs før oppstart.
 - **Ansvar:** Virksomhetsleder/avdelingsleder
 - **Tidsfrist:** Program og sjekklister ferdig 6 måneder, iverksettelse før sommeren
 - **Målepunkter:** Opplæringslogg, avvik på vikaropplæring, evaluering ved medarbeidersamtale
-

5. Anerkjennelse, medvirkning og godt teamarbeid

- **Tiltak:** Systematisere anerkjennelse, styrke medvirkning og bedre teamarbeid.
- **Aktiviteter:**
 - Synliggjøre og belønne innsats
 - Lage rutine for drøfting av forbedringsforslag og tiltak i avdelingsmøter.
 - Jevnlig teambyggingsaktiviteter som faglunnsj, refleksjonsgrupper eller sosialt tiltak.

- **Ansvar:** Ledergruppen
 - **Tidsfrist:** Fra pågående år, kvartalsvis oppfølging
 - **Målepunkter:** Medarbeiderundersøkelse, deltakelse på tiltak, antall fremmet forbedringsforslag
-

Oppfølging og evaluering:

- Alle tiltak skal rapporteres halvårlig til rådmann/kontrollutvalg?
- Årlig totalgjennomgang i ledelse – vurder om tiltak beholdes, justeres eller fases ut.
- Tiltakene skal evalueres i medarbeider- og brukerundersøkelser, og trekkes inn i neste planrunde.