ØKUS KOF
Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefellesskap

Møteinnkalling
Kontrollutvalget Marker

Møtested: Marker Rådhus, møterom Formannskapssalen
Tidspunkt: 18.11.2025 kl. 09:00

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

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

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

Marker, 10.11 2025

Kristian Fog
Leder av kontrollutvalget

Saksliste

Saksnr.	Innhold	Hjemmel u.off.
PS 25/32	Godkjenning av innkalling og saksliste	
PS 25/33	Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i omsorgstjenester, Marker kommune	
PS 25/34	Kommunedirektørens oppfølging av vedtak fra kommunestyret og kontrollutvalget - IKT-sikkerhet	
PS 25/35	Kartlegging av saker som er unntatt offentlighet	
PS 25/36	Forenklet etterlevelseskontroll 2025 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering	
PS 25/37	Kontrollutvalgets møteplan 2026	
PS 25/38	Referater og meldinger	
PS 25/39	Eventuelt	

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/144
Dokumentnr.:	74
Løpenr.:	286584/2025
Klassering:	3013-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/32

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Innkalling og saksliste godkjennes.

Fredrikstad, 29.10.2025

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Saksliste er fremlagt og godkjent av kontrollutvalgets leder.

Vurdering

Innkalling og saksliste godkjennes.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/140
Dokumentnr.:	78
Løpenr.:	286625/2025
Klassering:	3013-188
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/33

Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i omsorgstjenester, Marker kommune

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i omsorgstjenester», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.

2. Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:

   1: Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i omsorgstjenester» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 9 anbefalinger som kommer frem av rapporten. Herunder:

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

Fredrikstad, 06.11.2025

Vedlegg
Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i omsorgstjenester», datert 05.11.2025.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Kommunestyre sak 24/058, den 17.09.2024, (Forvaltningsrevisjonsplan 2024-2028)
- KU-sak 24/28, den 08.10.2025 (Bestilling av forvaltningsrevisjon)
- KU-sak 25/19, 27.05.2025 (Prosjektplan)

Saksopplysninger

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

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Videre skal tjenestene ytes forsvarlig (§4-1). Innunder dette ligger blant annet tilstrekkelig fagkompetanse. Sekretariatet vurderer det kan være en risiko ved området. Det fremgår av budsjettdokumentet 2024 at organisasjonen er sliten og ansatte blir utsatt for store belastninger når det gjelder arbeidstid og arbeidsoppgaver. Det er også flere pasienter som trenger 1:1 bemanning. KOSTRA-analysen viser lav bemanning i helseomsorg i 2022, imidlertid er 2023-tallene noe høye. Dette kan trolig skyldes oppbemanningen. KOSTRA-analysen viser lav bemanning i både 2022 og 2023.

Det er ikke gjennomført forvaltningsrevisjon på området de siste tolv årene. Sekretariatet mener, på generelt grunnlag, at området som handler om hjemmetjenester og sykehjem kan være et aktuelt område for en forvaltningsrevisjon. Alle kommunale tjenester som gis til enkeltinnbyggere kan i hovedsak regnes som vesentlige områder. Dette fordi hvis det her inntreffer avvik vil dette kunne gi store konsekvenser for enkeltpersoner. Området er også vesentlig grunnet en relativt stor budsjettandel sett opp mot kommunens samlede budsjett. Videre er det vesentlig både for kommunens økonomi og for innbyggernes tjenestetilbud og tillit til forvaltningen. Et aktuelt område kan være kvalitet i omsorgstjenestene. Kommunedirektør er enig i at dette kan være et aktuelt område.»

Prosjektets problemstillinger:
I prosjektplanen ble følgende problemstillinger vedtatt:

1. Er kvaliteten på tjenestene i hjemmesykepleien i tråd med krav og målsetninger?
2. Hvilke årsaker til sykefravær er mest fremtredende innen pleie- og omsorgssektoren i Marker kommune?

Revisjonskriterier:
For å kontrollere og besvare problemstillingene har revisjonen utledet følgende revisjonskriterier (kontrollkriterier):

- 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

Revisjonens konklusjon og anbefaling på problemstilling 1:

«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»

Revisjonens konklusjon på problemstilling 2:

«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.»

Kommunedirektørens høringsuttalelse:
Kommunedirektøren har gitt uttalelse til rapporten og dens anbefalinger. Dette kommer frem i sin helhet på side 42 i rapporten.
Kommunedirektøren skriver:

> «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.»

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

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

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

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

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

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 Utledning 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 brukermedvirkning, 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) (NKRF[1], 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger[2], vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i 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
Rolvsøy, 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 overenstemmelse 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 intervjue 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. Ansvaret 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 kommunetjenesteloven[5] 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 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

[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.

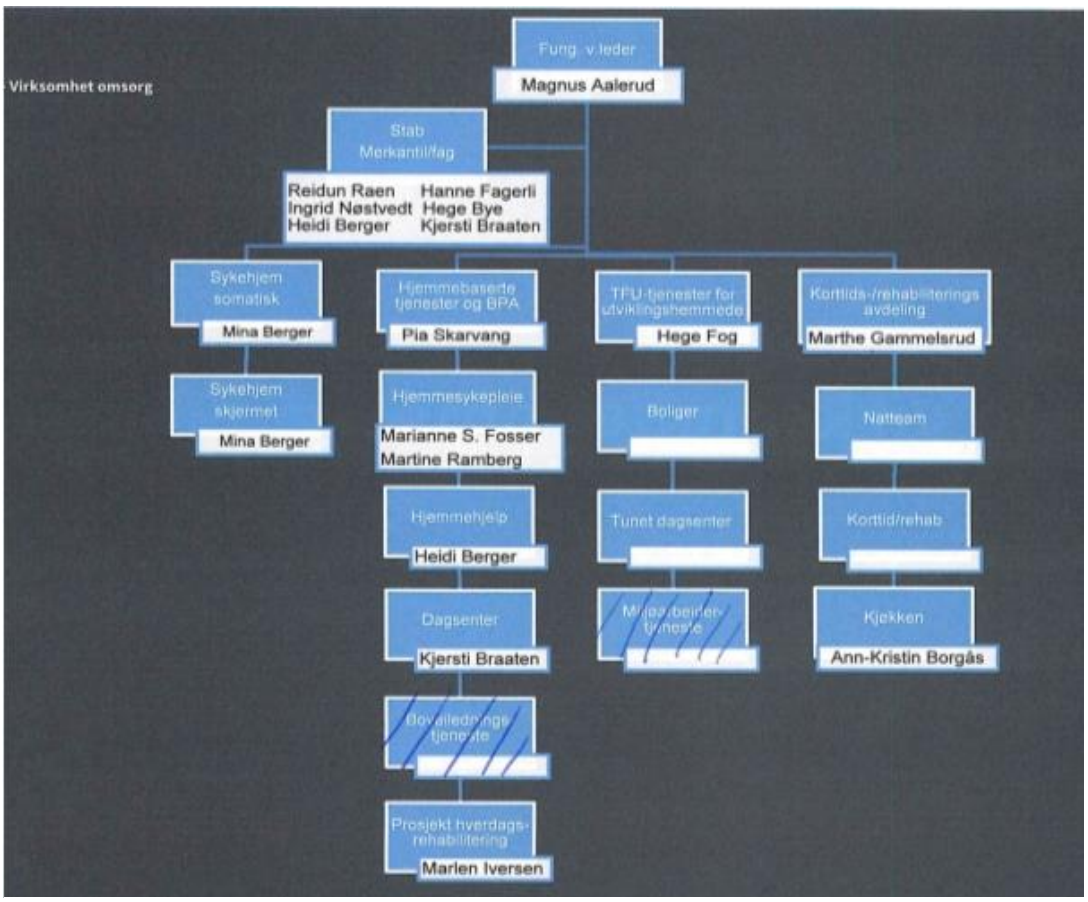
- Kommunen bør sikre brukeres rett til medvirkning slik at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir hensyntatt

- 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 krysset ut.



Figur 1 - Organisasjonskart virksomhet omsorg

Kommunen har utarbeidet en informasjonsbrosjyre[8] 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 prioriteringer[9]». 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 utrykt 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 2021-2030[10]». 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. IPLOS[11]-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 oppstå[12]». Alle avvik skal registreres i kommunens kvalitetssystem, TQM. Rutinen inneholder en 9-trinns beskrivelse av hvordan avvik skal registreres, samt en oversikt over ulike hendelsestyper 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 gjentagende 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 gjentagende 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 «Risikovurdering[13]» som er en brukerveiledning for gjennomføring av risikovurdering. I informasjonsskrivet[14] 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 revidering 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 opplæringsplan[15] 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 informasjonsskriv[16] 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 medisinkurs 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 ernæring[17]. 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 informasjonsskrivet[18] 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:

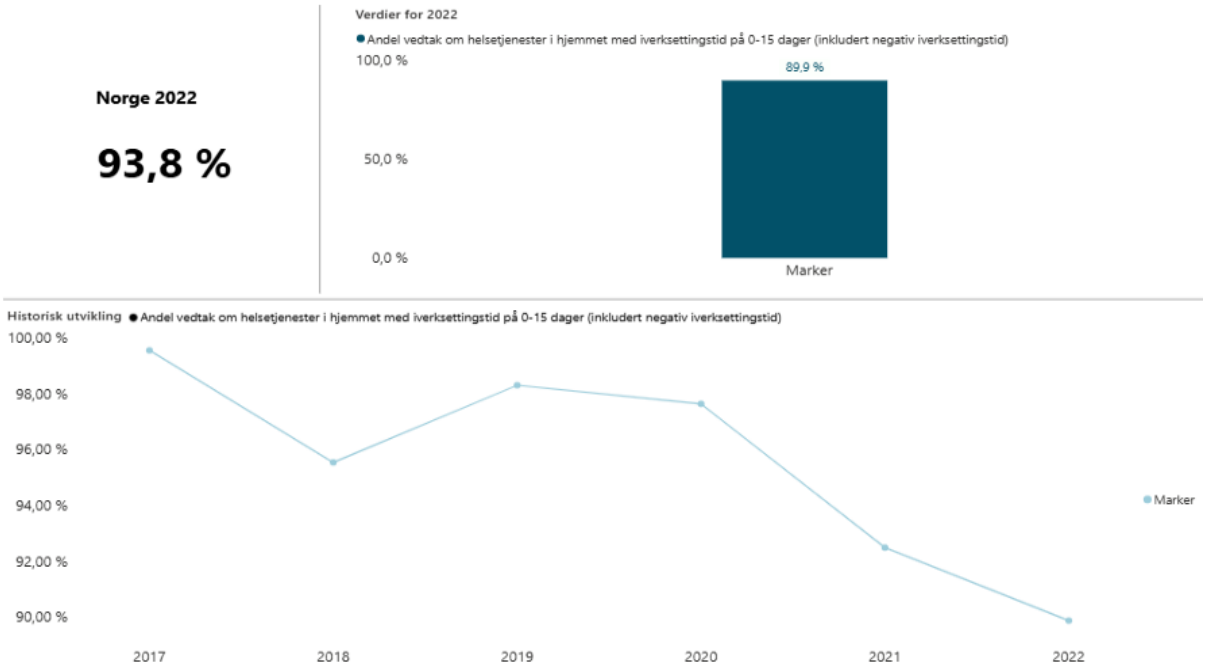
68 % opplever å få være med og bestemme hvilken hjelp de skal motta.
58 % opplever å få være med og bestemme tidspunkt for hjelpen.
67 % opplever å få være med og bestemme hvordan hjelpen utføres.
55 % opplever å være med når planer som tiltaksplaner utarbeides.

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 helseindikator[19] 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 notat[20] 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 informasjonsskrivet[21] 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: Etiske 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 fornøyde med hjemmesykepleien de mottar.

Egenomsorg og hjelpemidler

Revisjonen har fått oversendt et informasjonsskriv[22] 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-kort[23]. 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 behandling[24]». Kommunen har ansatt to koordinerende sykepleiere som har ansvar for å sikre nødvendig medisinsk oppfølging. Det gjennomføres en kartlegging av brukerens helsetilstand 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 undersøkelse 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 informasjonsskrivet[25] 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-skjema[26]» 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 «Evaluering, iverksatte ernæringstiltak» beskrives det

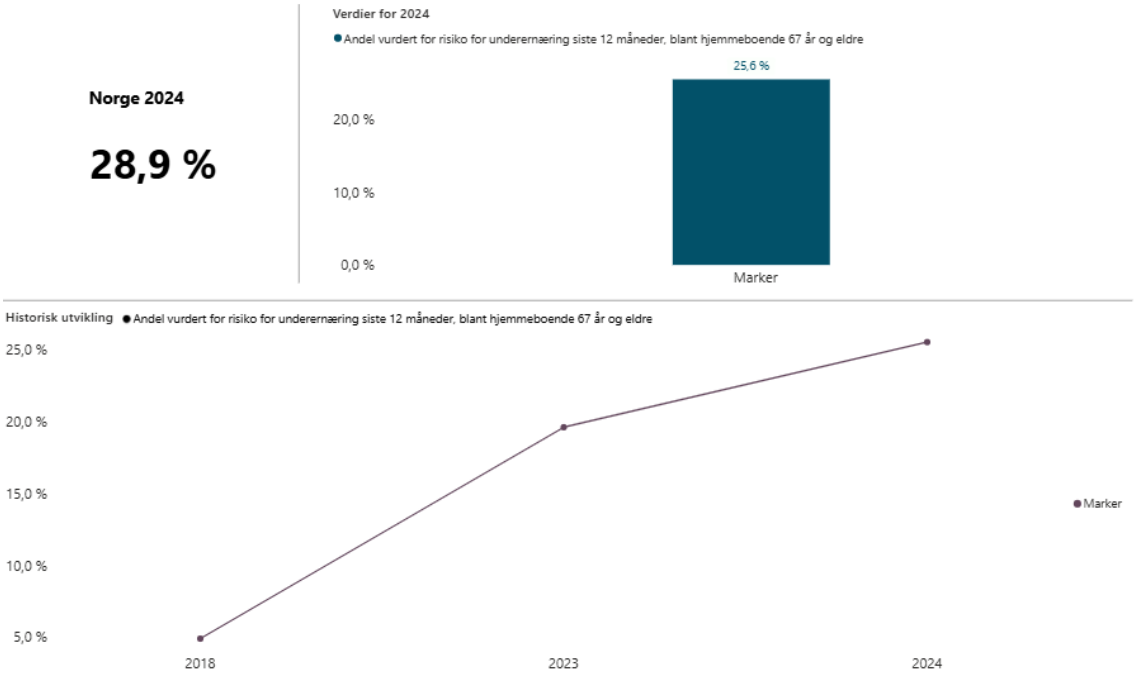
[24] Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling

[25] Informasjonsskriv – Tilpasset hjelp ved måltider

[26] MST-skjema – Malnutrition Screening Tool

at «ernæringsplanen evalueres regelmessig og minimum i forbindelse med veiing[27]». 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 mating. 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 «Primærsykepleiers oppgaver i hjemmesykepleien for kreftpasienter» står det at ved palliative pasienter skal de «tenke i forkant[28]», og ha på plass riktige medisiner til behovet oppstår. Rutinen beskriver at det skal være en fortløpende vurdering av hjelpemidler. Etter dødsfallet skal primærsykepleier ifølge rutinen alltid ta kontakt med etterlatte pårørende 10/14 dager etter dødsfallet, hvor pårørende skal få tilbud om etter-samtale med enten primærsykepleier og/eller kreftkoordinator. I rutinen «Ettersamtale med pårørende som har mistet nære av kreft[29]» 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 informasjonsskrivet[30] 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] Primærsykepleiers 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 etablerer prosedyrer som sikrer helhetlig, samordnet og fleksibel tjenesteyting, med kontinuitet og medvirkning fra brukere[31]. I tillegg presiserer «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» at virksomheten skal ha systemer for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene[32]. Helsepersonelloven krever også at virksomheten organiseres slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver faglig forsvarlig, med tydelig fordeling av ansvar og nødvendige rutiner og prosedyrer[33]. 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 målsetninger
- 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 gjentagende 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, fraværsmønstre og opplevd arbeidssituasjon blant ansatte. Datagrunnlaget er basert på svar fra 60 ansatte og gir innsikt i forhold som påvirker sykefraværet.

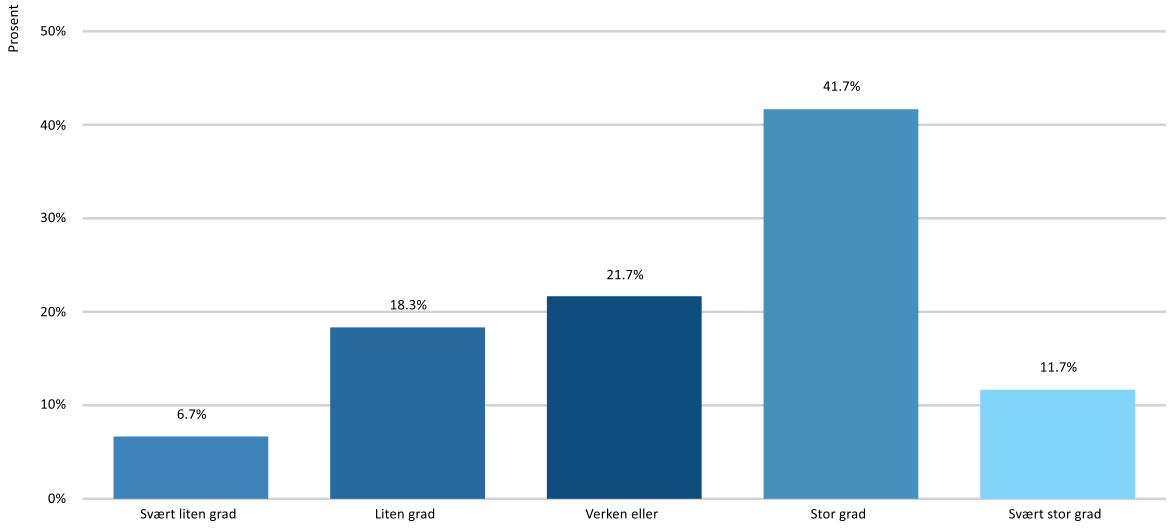
Demografisk sammensetning, ansettelsesforhold og stillingsprosent

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.

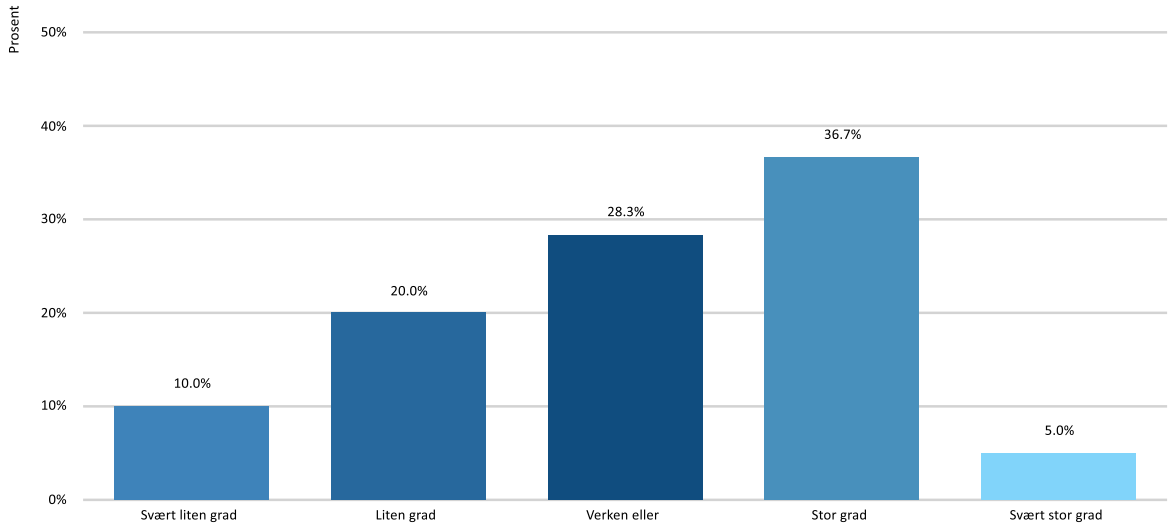
Hele 92 % av de ansatte har vært ansatt i mer enn to år, noe som tyder på stabilitet og kontinuitet i arbeidsstyrken. Når det gjelder stillingsprosent, har 75 % en stilling mellom 71–100 %, mens 25 % arbeider deltid. Dette kan ha betydning for opplevelsen av arbeidspress og rettigheter knyttet til vakter 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.

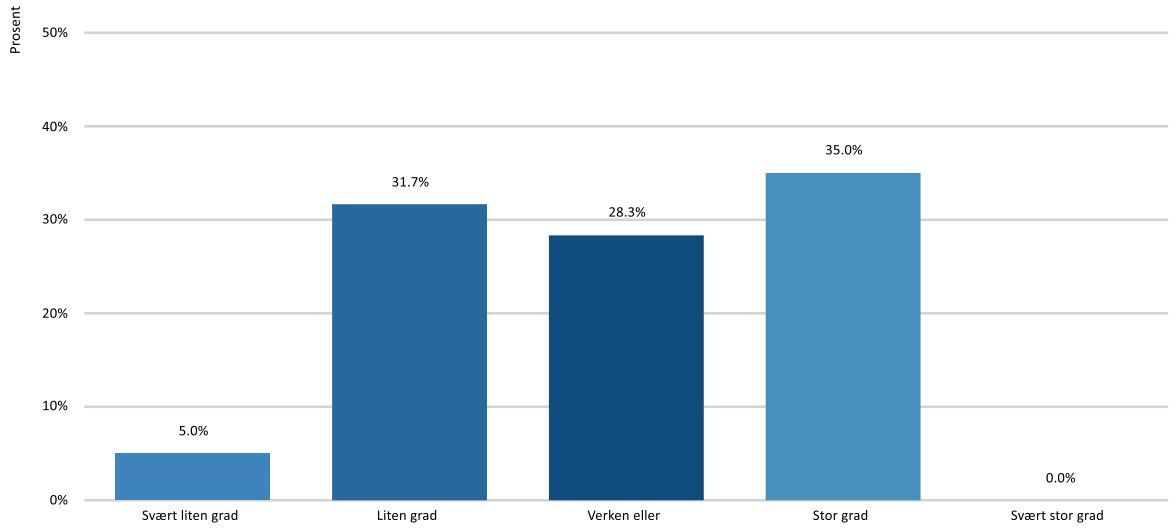


Figur 5 - Tilstrekkelig opplæring i avvikssystemet



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.

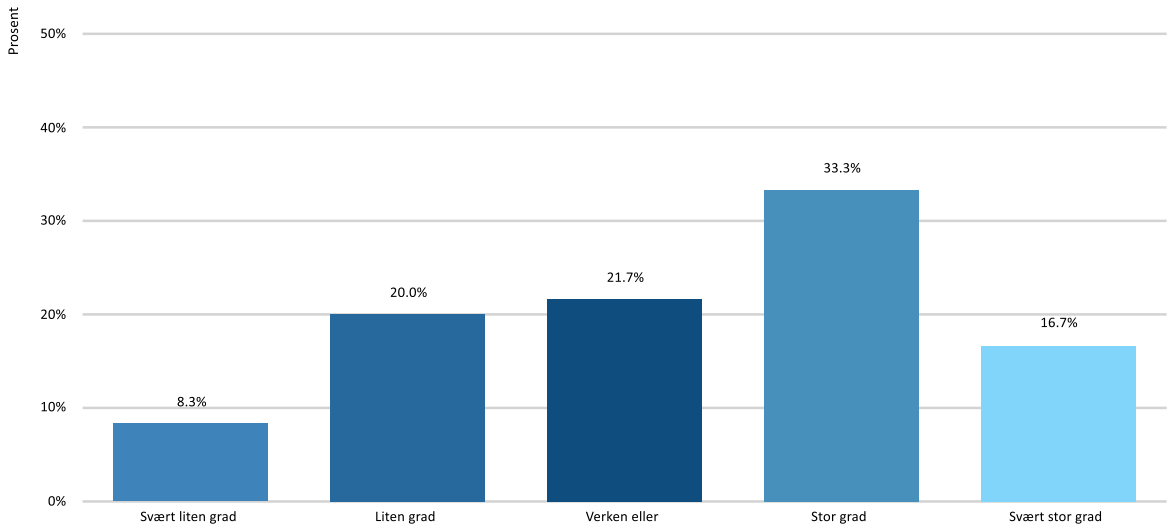


Figur 7 - Er kjent med kommunens rutiner for HMS

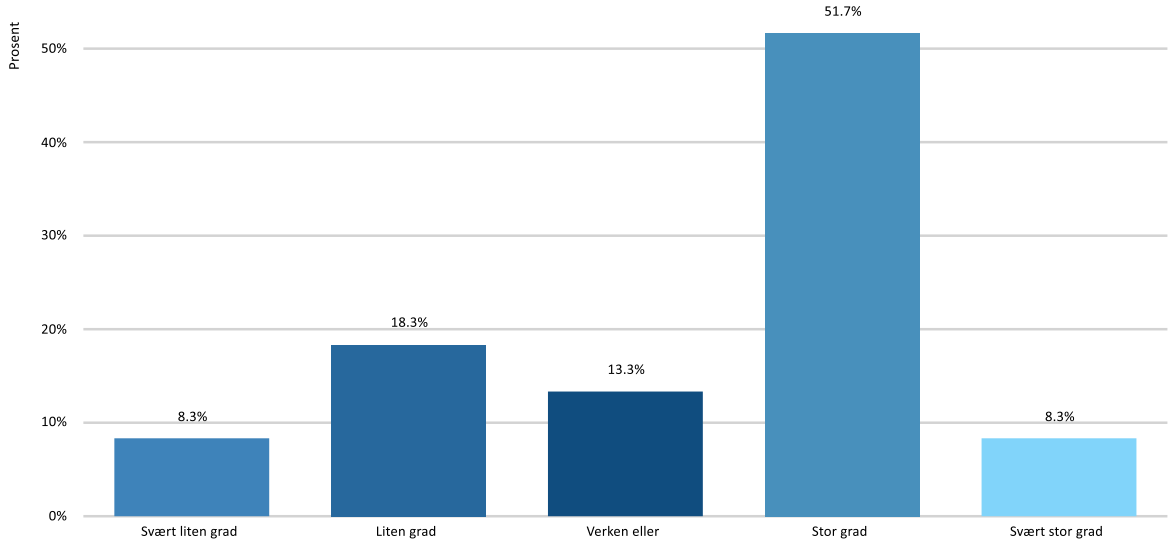
50 % har i stor grad jevnlig dialog med sin nærmeste leder, og 48 % svarer at lederen er tilgjengelig for den ansatte ved behov.

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

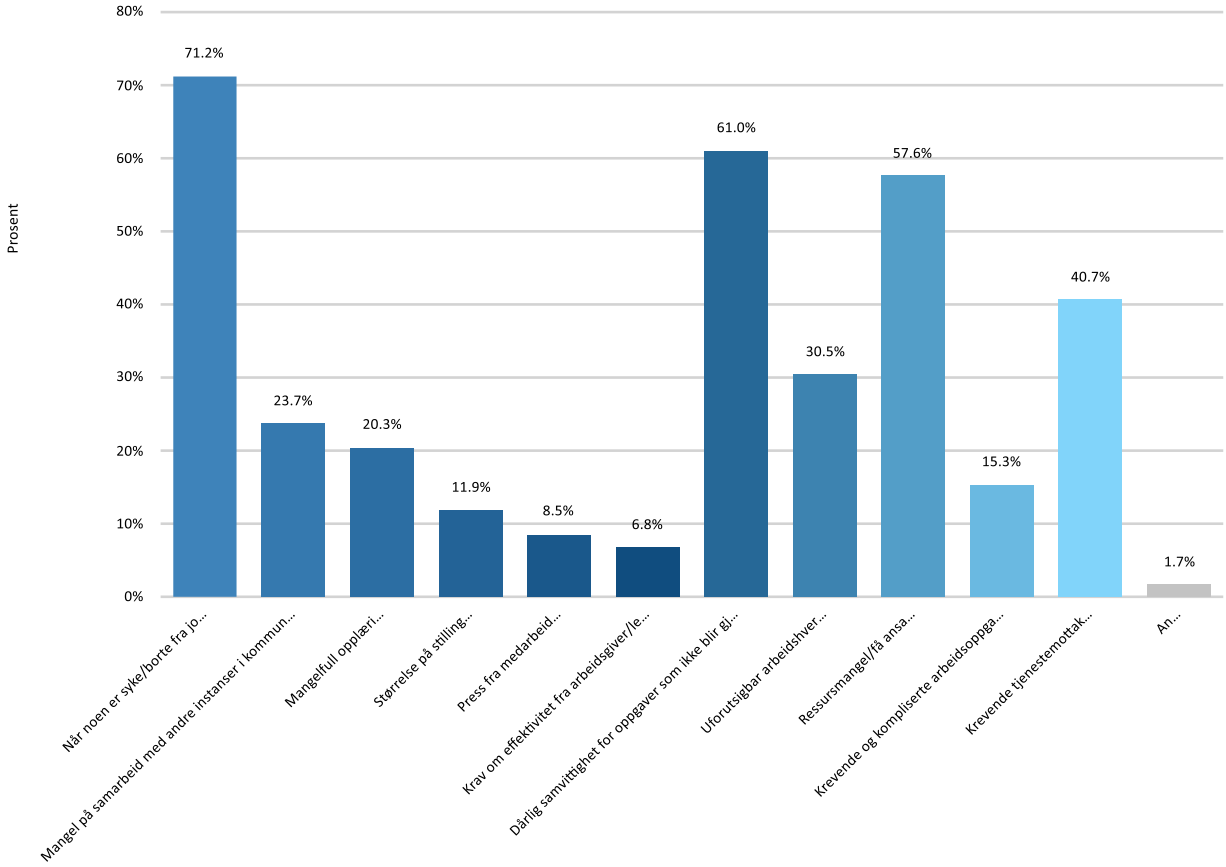


Figur 9 - Det arbeides aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø (f.eks. knyttet til ergonomi, støy) på arbeidsplassen

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.

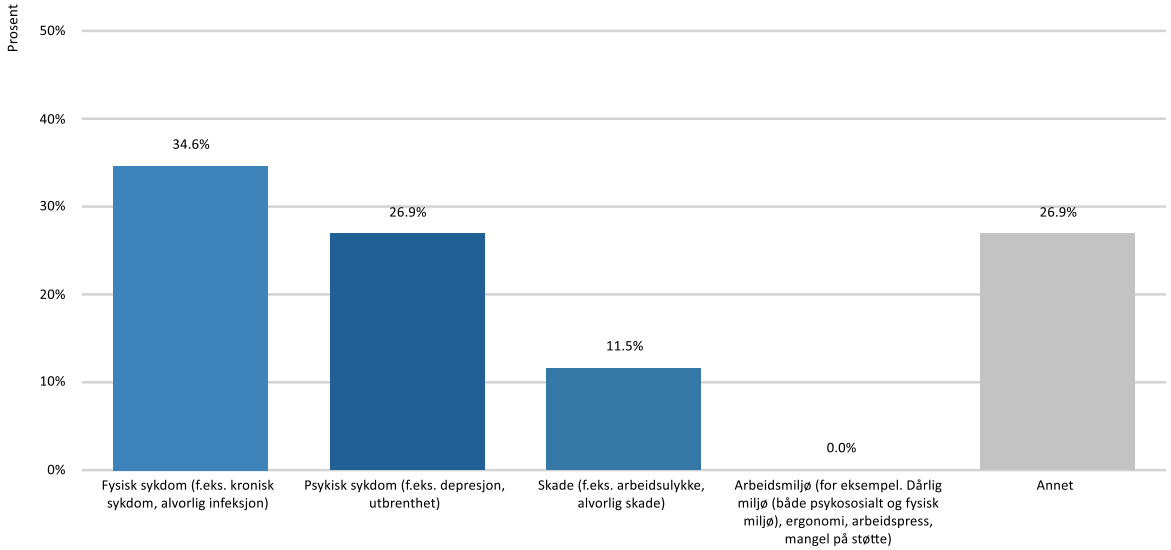
5.2.4 Fraværstyper og årsaker

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.

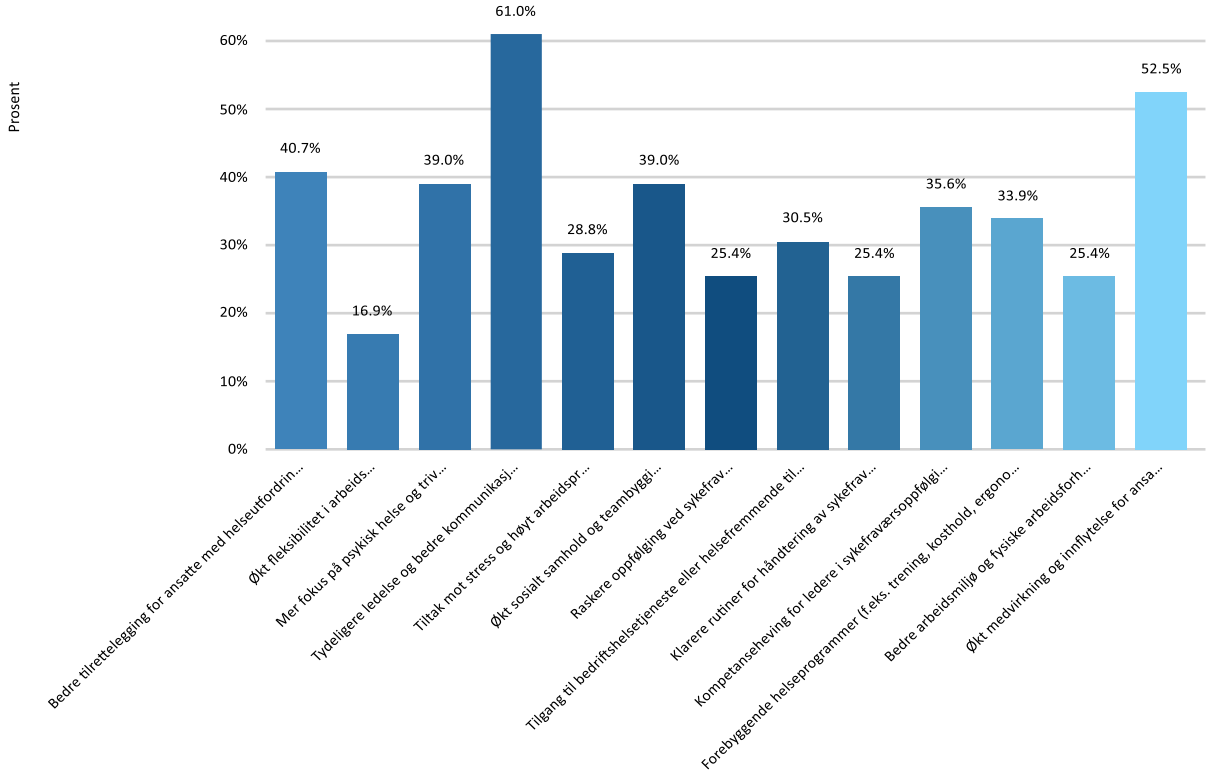


Figur 11 - Årsaker til siste legemeldte fravær

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 ansettelser 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 vakten 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 – sjekkliste 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 HJEMMETJNESTEN 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
ingtve_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
Riskoanlyser 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. Ansvaret 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

Forskriftens[37] 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 aktiviteter[38]. 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/logistikk[39]. 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 gjennomføre[40]. 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, instrukser, 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 evaluere[41]. 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 effekt[42]». 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 korrigere[43]. 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, instrukser, 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 forbedringsarbeidet[44]. 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 organisering[45]. 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 kommunetjenesteloven[46] 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 Holtedahl

Vedlegg

Plan for revideringsarbeid	1467313	04.11.2025

Mottakere

Baardsen Inger Marie			
Østre Viken kommunerevisjon IKS	Industriveien 6	1890	RAKKESTAD

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 korrigering av tjenestene (jf. forskrift).
        - Prosedyre for undersøkelse til brukere
        - Legge planene i årshjul
        - Korrigering av tjenestene settes i system på avdelingsnivå (utarbeide prosedyre) - (kartlegginsgskjema)
    - Implementere opplæring for ansatte i nye prosedyrer.
        - Bruke Teams - (lesebekreftlese)
    - 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/avdlinglseder jobber strategisk med kvalitetesforbering 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 sykefraværsstatistikk 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 faglunsj, 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.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/140
Dokumentnr.:	85
Løpenr.:	294022/2025
Klassering:	3013-188
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/34

Kommunedirektørens oppfølging av vedtak fra kommunestyret og kontrollutvalget - IKT-sikkerhet

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Informasjonen tas til orientering.

2. Kontrollutvalget vurderer at by/kommunestyrets vedtak er fulgt opp og anser saken som ferdigstilt.

Fredrikstad, 05.11.2025

Vedlegg

1. Notat fra kommunedirektøren, datert 04.11.2025 – Forvaltningsrevisjonsprosjekt – IKT-sikkerhet, oppfølgingsrapport. Med vedlegg «Varslingsrutine for IKT-hendelser»

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Kommunestyre sak 25/72, den 28.10.2025 (Oppfølgingsrapport «IKT-sikkerhet»).
- Kontrollutvalgssak 25/20, den 27.05.2025 (Oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet»)

Saksopplysninger

Kontrollutvalget behandlet oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjektet «IKT-sikkerhet» i 2025. Den gang fremkom det av rapporten at revisjonen konkluderte med at 5 av 12 bokstavpunkter var fulgt opp. Bokstavpunkt b, f, g, i, j, k og l vurderte revisjonen som delvis fulgt opp.

Kontrollutvalget fattet følgende innstilling til kommunestyret, som kommunestyret vedtok:

1. Kommunestyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet», til orientering.
2. Kommunedirektøren skal gi informasjon til kontrollutvalget når administrasjonen anser at de har fått ferdigstilt de resterende punktene i kommunestyrets vedtak og senest i kontrollutvalgets møte 18. november 2025. Administrasjonen skal sørge for å:

- registrere alle A-feil som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen
- lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig
- påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
- påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
- fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
- påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
- dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

Kommunedirektøren følger opp vedtaket med vedlagt notat og viser til tiltak som er ferdigstilt og/eller igangsatt og skriver at de med notatet mener at de har fulgt opp rapportens anbefalinger. Bla viser de til at «Sikkerhethåndboken» skal revideres første halvår av 2026. Sekretariatet viser til notatet i sin helhet med vedlegg for ytterligere informasjon om de ulike punktene.

Vurdering

Sekretariatet viser til at det utover kommunedirektørens tilbakemelding ikke er gjort nye kontrollhandlinger.
Sekretariatet vurderer at kommunedirektør viser til tiltak som er gjort for å følge opp kommunestyrevedtaket.
Det er sekretariatets vurdering at kontrollutvalget kan ta informasjonen fra kommunedirektør til orientering, og anse saken som ferdigstilt.

MARKER KOMMUNE
Kommunedirektør

Vår ref.: 23/113 - 16 / VIDØST
Arkiv: FE-060
Deres ref.:
Dato: 04.11.2025

Østfold Kontrollutvalgssekretariat Kommunalt Oppgavefellesskap
Dikeveien 29
1661 Rolvsøy

Forvaltningsrevisjonsprosjekt – IKT-sikkerhet, oppfølgingsrapport

Viser til Oppfølgingsrapport behandlet i Marker Kontrollutvalg 27.05.2025 der det ble fattet følgende vedtak:

1. Kontrollutvalget tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering.
2. Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:

    1. Kommunestyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet», til orientering.
    2. Kommunedirektøren skal gi informasjon til kontrollutvalget når administrasjonen anser at de har fått ferdigstilt de resterende punktene i kommunestyrets vedtak og senest i kontrollutvalgets møte 18. november 2025. Administrasjonen skal sørge for å

        - registrere alle A-feil som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen
        - lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig
        - påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
        - påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
        - fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
        - påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
        - dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

    Kommunestyret har senere fattet vedtak i henhold til innstilling.

Administrasjonen er gitt frist med tilbakemelding til Kontrollutvalgets møte 18. november. Nedenfor er de ulike oppfølgingspunktene kommentert:

- registrere alle A-feil som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen

  Det er utarbeidet en varslingsrutine, vedlagt, som også definerer hva som er en A-feil

- lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig

  Dette punktet er ikke utført foreløpig, da en ikke ser det som kritisk i forhold til å varsle en hendelse eller oppfølgingen av dette. DMaze/Rayvn benyttes foreløpig hos oss som et krisekommunikasjonsverktøy. Vi vil følge opp dette som en naturlig del av arbeidet med ROS-hendelse knyttet til bortfall av EKOM.
- påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet

Risikovurdering skal være tema på en samling vi skal ha for lederne i løpet av vinteren, og vi vil også innarbeide dette på en bedre måte når sikkerhetshåndboken skal revideres, første halvår 2026.

- påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand

  Alvorlige IT-hendelser (spesielt A-feil) skal varsles til Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) når det er relevant, se rutine. Dette er et krav for å sikre nasjonal beredskap og etterlevelse av lovverk. Kommunen har avtale med Network Security om full overvåking (SOC/SIEM) og en responsavtale. IT-ansvarlig kan ved behov aktivere ekstern bistand for å håndtere hendelsen.

- fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring

  Alle ansatte skal gjennomgå dette som en del av introduksjonen til Marker kommune som arbeidssted. Dette vil også bli beskrevet i revideringen av Sikkerhetshåndboken.

- påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette

  Løsningen er vår nettbaserte Nanolearning hvor alle får kurset, og vi har oversikt i plattformen hvem som gjennomfører, med mulighet til oppfølging

- dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

  Vi har sendt ut Sikkerhetshåndboken til alle ansatte med lesebekreftelse og oppfølging av nærmeste leder. Vi vil også legge ut de enkelte delene av håndboken i Nanolearning.

Med dette mener vi å ha fulgt opp rapportens anbefalinger.

Med hilsen

Vidar Østenby
Virksomhetsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til
Stig Arne Holtedahl

Vedlegg

Varslingsrutine for IKT-hendelser	1467316	04.11.2025

Mottakere

Østfold Kontrollutvalgssekretariat Kommunalt Oppgavefellesskap	Dikeveien 29	1661	Rolvsøy

Varslingsrutine for IT-hendelser

En praktisk veileder for håndtering og rapportering av IT-hendelser

1. Formål

Denne rutinen skal sikre en rask, tydelig og effektiv varsling ved IT-hendelser som kan påvirke kommunens drift, informasjonssikkerhet og omdømme. Målet er å minimere skadeomfang, sikre sporbarhet og legge til rette for korrekt håndtering.

2. Definisjon av IT-hendelse

En IT-hendelse er enhver uønsket eller uventet hendelse som kan påvirke tilgjengelighet, integritet eller konfidensialitet av IT-systemer, data eller tjenester. Vi har tre kategorier hvor A er alvorlige med fare for liv og helse. Eksempler: Mangler tilgang som gjør at viktig pasientinfo ikke er tilgjengelig for rett medisinering, se definisjon nederst.

3. Ansvar

- Alle ansatte er forpliktet til å varsle om IT-hendelser så snart de oppdages.
- IT-ansvarlig og beredskapsansvarlig har overordnet ansvar for mottak, vurdering og videre håndtering av varsel.
- Beredskapskoordinator og sikkerhetsansvarlig har ansvar for oppfølging og eventuell ekstern varsling.

4. Varslingsprosess

1. Oppdagelse: Den som oppdager en hendelse, skal umiddelbart informere nærmeste leder, IT-ansvarlig eller support hos Crayon.
2. Varslingskanaler: Bruk følgende kanaler for varsling:
    a. E-post til drift@marker.kommune.no og beredskap@marker.kommune.no
    b. Telefon til IT-ansvarlig eller beredskapsansvarlig
    c. Eventuelt internt varslingssystem eller Helpdesk.
3. Innhold i varselet: Varselet bør inneholde:
    a. Beskrivelse av hendelsen (hva, hvor, når, hvordan)
    b. Hvem som er berørt
    c. Eventuelle umiddelbare tiltak som er gjort
4. Mottak og vurdering: IT-ansvarlig vurderer alvorlighetsgrad og setter i gang nødvendige tiltak, inkludert eskalering etter behov.

5. Dokumentasjon: Alle varsler og tiltak dokumenteres i et hendelsesloggsystem. (TQM)
6. Ekstern varsling: Dersom hendelsen krever varsling til eksterne (Datatilsynet, leverandører, kunder), skal dette skje i samråd med leder og personvernombud etter gjeldende lovverk.

5. Oppfølging og læring

- Alle IT-hendelser skal gjennomgås i etterkant for å identifisere forbedringstiltak.
- Rutinen evalueres årlig og etter større hendelser.

6. Viktige kontaktpunkter

Rolle	Navn	Telefon	E-post
IT-ansvarlig	Dan-Ove Moberget	98211744	danmob@marker.kommune.no
Leder og beredskapsansvarlig	Vidar Østenby		vidost@marker.kommune.no
Personvernombud	Torbjørn Sjølstad		personverombud@marker.kommune.no

Tips og råd

- Ikke nøl med å varsle – det er bedre med ett varsel for mye enn ett for lite.
- Ta vare på alt som kan være spor etter hendelsen, som logger eller e-poster.
- Følg alltid interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Denne varslingsrutinen skal gjøres kjent for alle ansatte og være lett tilgjengelig på intranett eller i personalhåndboken.

Definisjon av A-feil

En **A-feil** er en IT-hendelse med **kritisk alvorlighetsgrad** som kan medføre:

- Fare for liv og helse.
- Vesentlig svikt i kommunens drift eller tjenester.
- Tap av tilgang til kritisk informasjon (f.eks. pasientdata) som hindrer korrekt behandling eller beslutning.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/146
Dokumentnr.:	20
Løpenr.:	261678/2025
Klassering:	3013-192
Saksbehandler:	Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/35

Kartlegging av saker som er unntatt offentlighet

Sekretariatets innstilling
Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar kartleggingen til orientering.
2. Kontrollutvalget anbefaler kommunen om å benytte, som et minimum, saksnummer og tittel på alle saker som blir behandlet i kommunestyret.

Fredrikstad, 29.10.2025

Vedlegg
Vedlegg 1, brev fra Marker kommune til ØKUS KOF, datert 08.10.2025

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)
Kontrollutvalgssak 25/30, den 23.09.2025 – «Eventuelt».

Saksopplysninger
I kontrollutvalgets møte i september 2025 ba de sekretariatet foreta en kartlegging. Kartleggingen skal være en oversikt over saker i kommunestyret som har vært unntatt offentlighet. Sekretariatet har derfor bedt om å få oversendt de saker kommunestyret har behandlet de to siste år (2024-2025) som har vært unntatt offentlighet. Videre har sekretariatet etterspurt hvilke hjemler som er benyttet for å unndra saken fra offentlighet. Det er også etterspurt om de sakene som er unntatt offentlighet står på sakslisten med saksnummer og eventuelt tittel. Hvis ikke de har fått saksnummer, har sekretariatet etterspurt begrunnelsen for at de ikke har fått saksnummer og tittel som er offentlig.

Kommunen har svart ut i brev datert 08.10.2025. Der fremkommer en oversikt over hvilke saker som har vært unntatt offentlighet og hvilken hjemmel som er benyttet. Imidlertid har ikke kommunen gitt noen begrunnelser for at enkelte saker ikke har fått saksnummer eller sakstitler. Sekretariatet har laget en tabell over antall saker, hvilke hjemler som er benyttet og hvorvidt det fremkommer offentlige saksnummer for sakene.

Dato:	Sak	Tittel	Hjemmel
17.09.2024	24/061	Tilstandsrapport Marker barnevern 2023, vedlegget er unntatt offentlighet.	Offl. § 13
22.10.2024	Ikke på sakslisten	Anbefaling – Ikke tittel på sakslisten, unntatt offentlighet i sin helhet.	Offl. §13, 1.ledd
06.05.2025	Ikke på sakslisten	«Forvaltningsrevisjonsrapport – undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023. Unntatt offentlighet i sin helhet	Offl. § 13 1. ledd.
10.06.2025	Ikke på sakslisten	Forvaltningsrevisjonsrapport -Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023, presisering av vedtak. Unntatt offentlighet i sin helhet.	Offl. §13 1. ledd
23.09.2025	25//053	Tilstandsrapport Marker barnevern 2024, vedlegget er unntatt offentlighet.	Offl. § 13.

Vurdering
Sekretariatet vurderer at det ikke er mange saker som er unntatt offentlighet, utover de saker som er fra kontrollutvalget. Alle sakene som er unntatt, er med bakgrunn i at det er opplysninger som er underlagte taushetsplikt. Det er to tilstandsrapporter for barnevern, hvor vedleggene er unntatt offentlighet. Men disse to sakene har saksnummer.

Sekretariatet gjør ikke vurderinger på om rett hjemmel er benyttet for å unnta sakene fra offentlighet.

De tre sakene som ikke har saksnummer og heller ikke har offentlig tittel, eller saksframlegg, er saker som samtlige har vært hos kontrollutvalget. I alle de sakene hadde kontrollutvalget saksnummer, saksframlegg og tittel på sakene, samt at vedtaket ble offentliggjort. Vedleggene var imidlertid unntatt offentlighet.

Sekretariatet vurderer at det som minimum bør være mulig å ha saksnummer og tittel, også på saker som er unntatt offentlighet. Dette for å sikre sporbarhet i ettertid og for å sikre meroffentlighet.

MARKER KOMMUNE
Beredskap og innbyggerdialog

Vår ref.: 25/930 - 2 / ELLBUN
Arkiv: FA-C83
Deres ref.:
Dato: 08.10.2025

~~Unntatt offentlighet § 14 1. ledd~~
Opphevet av ØKUS KOF

Østfold Kontrollutvalgssekretariat Kommunalt Oppgavefellesskap
Dikeveien 29
1661 Rolvsøy

Kartlegging til kontrollutvalget - saker unntatt offentligheten

Vedlagt følger liste over saker, som har vært helt eller delvis unntatt.

- 17.09.2024 Tilstandsrapport Marker Barnevern 2023
  - Vedlegg unntatt offentlig jfr. Offl. § 13
- 22.10.2024 Anbefaling
  - Unntatt offentlig i sin helhet
  - Ikke på saksliste
  - Jfr. Offl.. § 13 1.ledd
- 06.05.2025 Forvaltningsrevisjonsrapport -Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023
  - Unntatt i sin helhet
  - Ikke på sakslisten
  - Jfr. Offl. § 13 1. ledd
- 10.06.2025 Forvaltningsrevisjonsrapport -Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023, presisering av vedtak
  - Unntatt i sin helhet
  - Ikke på saksliste
  - Jfr. Offl. § 13 1. ledd
- 23.09.2025 Tilstandsrapport Marker barnevern 2024
  - Vedlegg unntatt offentlig jfr. Offl. § 13

Med hilsen

Ellen Bunes
Konsulent dokumentsenter

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til
Vidar Østenby

Mottakere
Østfold Kontrollutvalgssekretariat Kommunalt — Dikeveien 29 — 1661 — Rolvsøy

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/136
Dokumentnr.:	17
Løpenr.:	270450/2025
Klassering:	3013-186
Saksbehandler:	Bjørn Gulbrandsen

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/36

Forenklet etterlevelseskontroll 2025 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

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

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

Fredrikstad, 31.10.2025

Vedlegg

1. Østre Viken Kommunerevisjon IKS: Forenklet etterlevelseskontroll med økonomi-forvaltningen 2025 – Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering - Marker kommune, datert 31.10 2025

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Kommuneloven § 24-9
- RSK 301 - Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

Saksopplysninger

I henhold til kommuneloven skal det årlig foretas en såkalt «Forenklet etterlevelseskontroll med økonomi- forvaltningen».

I kommunelovens § 24-9 «*Forenklet etterlevelseskontroll med økonomi- forvaltningen»,* står det følgende:

«Regnskapsrevisor skal se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.

Revisor skal basere oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering, som skal legges fram for kontrollutvalget. Revisor skal innhente tilstrekkelig informasjon til å vurdere om det foreligger brudd på lover, forskrifter eller vedtak, der bruddet er av vesentlig betydning for økonomiforvaltningen.

Revisor skal senest 30. juni avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren, om resultatet av kontrollen.»

Østre Viken Kommunerevisjon har lagt *RSK 301 – Standard for forenklet etterlevelseskontroll til grunn for sin etterlevelseskontroll*. Standard 301 er utarbeidet i samarbeid med Norges kommunerevisor forbund (NKRF) og Revisorforeningen (DNR). I RSK 301 pkt.8 står følgende:

Når revisor har identifisert et område for kontroll, skal revisor planlegge hvilke kontrollhandlinger som skal utføres, samt omfang og tidspunkt for gjennomføring.

I RSK 301 pkt.10 fremgår det at «Revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger skal legges frem for kontrollutvalget til orientering».

Revisjonen har foretatt en risiko- og vesentlighetsvurdering av Marker kommune for 2025. De skriver at det er naturlig å vurdere områder som ligger tett opp til regnskapsrevisors oppgaver i forbindelse med revisjon av regnskapet. Kvaliteten av kommunens interne kontroll er av betydning og revisor har i risikovurderingen tatt hensyn til risikoreduserende tiltak.

I kontrollutvalgets møte kan oppdragsansvarlig revisor redegjøre nærmere strategi og angrepsvinkel for oppgaven, samt om sin risiko- og vesentlighetsvurdering.

Vurdering

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomi- forvaltningen er som nevnt under saksopplysninger ny oppgave som er pålagt valgt revisor. Revisor har fremlagt en overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering i tråd med RKS 301 av følgende områder i kommunen:

- Merverdiavgift – overholdelse av regelverk og egne rutiner
- Offentlige anskaffelser
- Selvkost – Overholdelse av regelverk
- Finansforvaltning
- Tilskudd private barnehager
- Budsjettvedtak – Overholdelse av regelverk og egne rutiner for budsjettering og budsjettjusteringer

Marker kommune uttalte i kontrollutvalgsmøte 26.11.24 at de anmoder revisjonen om å vurdere innkjøp på nytt, ved sin risikovurdering for attestasjonsuttalelse for økonomiforvaltningen 2025. Basert på risiko og vesentlighetsanalysen, og kontrollutvalgets anmodning, velges følgende område for forenklet etterlevelseskontroll for 2025:

- Offentlige anskaffelser.

Rapport om etterlevelseskontrollen skal i henhold til kommuneloven leveres kontrollutvalget innen 30. juni 2026.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget om å ta revisjonens overordnede risiko- og vesentlighetsvurdering som gjelder etterlevelseskontroll med økonomi forvaltningen samt valg av kontrollområdet, til orientering.

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen for 2025 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering – Marker kommune

I kommuneloven § 24-9 er revisor gitt oppgaven forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Ansvaret for oppgaven er lagt til regnskapsrevisor og det er i loven lagt opp til en uttalelse på utført arbeid med moderat sikkerhet. Revisor skal fremlegge en risiko- og vesentlighetsvurdering som grunnlag for beslutning av valgt område for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen.

Kommunelovens § 24-9 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen:

> Regnskapsrevisor skal se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.
>
> Revisor skal basere oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering, som skal legges fram for kontrollutvalget. Revisor skal innhente tilstrekkelig informasjon til å vurdere om det foreligger brudd på lover, forskrifter eller vedtak, der bruddet er av vesentlig betydning for økonomiforvaltningen.
>
> Revisor skal senest 30. juni avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren, om resultatet av kontrollen.

Revisjonen har foretatt en risiko- og vesentlighetsvurdering av Marker kommune for 2025. Det er naturlig å vurdere områder som ligger tett opp til regnskapsrevisors oppgaver i forbindelse med revisjon av regnskapet. Kvaliteten av kommunens interne kontroll er av betydning og revisor har i risikovurderingen tatt hensyn til risikoreduserende tiltak.

Områder som er vurdert

Offentlige anskaffelser

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Etterlevelseskontroll for Offentlig anskaffelser for 2020 viste at kommunen i det alt vesentligste etterlever regelverk. Etterlevelseskontroll for Offentlig anskaffelser for 2023 Revisjonsuttalelse er avgitt med forbehold.
Tidligere avdekket feil	Manglende anskaffelsesprotokoller for 2023
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrift. Ulike regler/grenser avhengig av type anskaffelse. Antall anskaffelser kan variere fra år til år.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Stillingen som leder for innkjøpsavdelingen har stått ubemannet deler av året. Har skriftlige rutiner. Innkjøpssamarbeid Smartkom Østfold (Aremark, Marker)
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Ja

Økonomisk risiko	Brudd på regelverket kan medføre erstatningskrav og dyrere innkjøp.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Sannsynlig, alvorlig konsekvenser	

Finansforvaltning

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei.
Tidligere avdekket feil	Mangel på finansreglement er bemerket i 2020. Det nye finansreglement er vedtatt i 2021.
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Nytt finans og økonomireglement i 2021. Relativt få men store transaksjoner. Kommunen har tidligere ikke hatt mange og komplekse plasseringer.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Har skriftlige rutiner. God kompetanse. Arbeidsdeling på de fleste transaksjoner.
Omdømmerisiko	Delvis
Erstatningsrisiko	Nei
Økonomisk risiko	Opptak av lån og plassering av ledig likviditet utenfor bestemmelsene i regelverket kan føre til høyere risiko og økonomiske tap.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Nei
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, mindre alvorlige konsekvenser	

Selvkost – Overholdelse av regelverk.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Etterlevelseskontroll for Selvkost for 2022 viste at kommunen i det alt vesentligste etterlever regelverk.
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Selvkostforskriften – ny for 2020. Mange transaksjoner.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	God kompetanse. Kommunen benytter en standard mal fra ekstern leverandør og har selv ansvaret for å legge inn riktige opplysninger i malen. Kan være sårbart da det er få personer som kjenner til malen.
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Delvis
Økonomisk risiko	Feil i beregninger kan føre til at kommunen krever for høye avgifter av innbyggerne.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Ja
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, alvorlige konsekvenser	

Merverdiavgift – Overholdelse av regelverk og egne rutiner.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Etterlevelse av overholdelse av regelverk og kommunens egne rutiner for MVA - 2024
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Mva og mva kompensasjonsloven - komplekst regelverk. Stort antall transaksjoner.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Generelt god kompetanse. Regnskapsavdelingen utfører internkontroller ved hver termin. Kontrolleres også løpende gjennom attestasjon/anvisning og kontrollsteget[1]. Revisjonen gjør også sine kontroller hver termin.
Omdømmerisiko	Nei
Erstatningsrisiko	Ja
Økonomisk risiko	Feil i mva/mva-kompensasjonskrav kan føre til at kommunen må betale tilbake urettmessig krevd kompensasjon. Eller at de ikke krever kompensasjon for utgifter de har krav på.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Nei
Vurdert risiko: Sannsynlig, alvorlige konsekvenser	

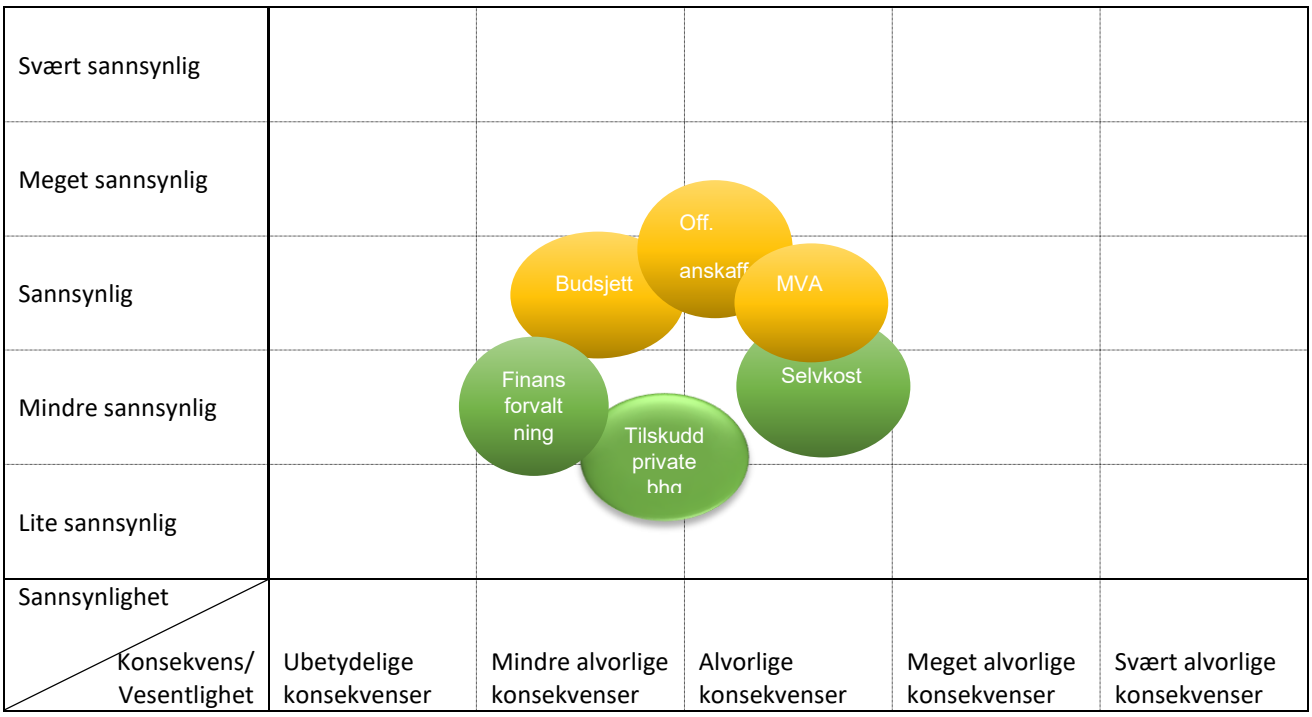
Tilskudd private barnehager

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Kommunen har ikke hatt tilsyn av private barnehagers bruk av tilskudd.
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Store, men relativt få transaksjoner. Tilskudd blir beregnet ut fra en standard mal/modell.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Antatt god kompetanse. Virksomhet økonomi gjennomgår beregningsmodell. Opplever ryddige og rettidige vedtak fra oppvekstsektoren i kommunen. Er avhengig av rapportering fra virksomhetene (altså; barnehagene), som trolig kan variere.
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Ja
Økonomisk risiko	Vesentlige beløp som utbetales. Feil i grunnlag får stor betydning for utbetaling av tilskudd.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, mindre alvorlige konsekvenser	

[1] Kontrollsteget er kommunens egen internkontroll av inngående fakturaer. Kontrollen gjøres med hensyn til riktig bruk av mva-kode, riktig beløp og regnskapsføring. Alle inngående fakturaer blir kontrollert før utbetaling skjer.

Budsjettvedtak – Overholdelse av regelverk og egne rutiner for budsjettering og budsjettjusteringer

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Ingen forvaltningsrevisjon på området
Tidligere avdekket feil	Revisors beretning 2018 med forbehold - budsjettendringer ble foretatt etter utløpet av det året budsjettet gjaldt for. Udekket investeringsregnskap 2020 på grunn av manglende budsjettvedtak. Revisors beretning 2021 inneholdt bemerkning for salg av fast eiendom utover budsjett. Det er foretatt etterlevelseskontroll av budsjettvedtak for 2021, uten at det ble påvist vesentlige avvik. Revisors beretning 2023 inneholdt bemerkning for salg av fast eiendom utover budsjett.
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Kommuneloven og tilhørende forskrift stiller krav til budsjett, budsjettendringer og rapportering. Revisjonens erfaring er at budsjettjusteringer kan være krevende, i forhold til regnskapsmessig uklare vedtak.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Kommunestyret vedtar opprinnelig budsjett og foretar budsjettjusteringer gjennom året. Det rapporteres til kommunestyret hvert tertial.
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Nei
Økonomisk risiko	Ja. Budsjettoverskridelser og mangelfull kontroll medfører vesentlig økonomisk risiko.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Sannsynlig – mindre alvorlige konsekvenser	



Valideringsord	Beskrivelse
Lite sannsynlig	Svært tvilsomt at det foreligger manglende etterlevelse
Mindre sannsynlig	Tvilsomt at det foreligger manglende etterlevelse
Sannsynlig	Det er indikasjoner på manglende etterlevelse
Meget sannsynlig	Vi tror at det foreligger manglende etterlevelse
Svært sannsynlig	Vi er overbevist om manglende etterlevelse
Ubetydelige konsekvenser	Uvesentlig, ingen som vil henge seg opp i manglende etterlevelse
Mindre alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil ramme få, eller flere i liten grad
Alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil være kritisk/alvorlig
Meget alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse, vil være meget alvorlig og ramme mange
Svært alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil være katastrofalt og svært alvorlig.

Oppsummering og rapportering

Marker kommune uttalte i kontrollutvalgsmøte 26.11.24 at de anmoder revisjonen om å vurdere innkjøp på nytt, ved sin risikovurdering for attestasjonsuttalelse for økonomiforvaltningen 2025.

Basert på risiko og vesentlighetsanalysen, og kontrollutvalgets anmodning, velges følgende område for forenklet etterlevelseskontroll for 2025: Offentlige anskaffelser.

Kriterier som vil bli lagt til grunn for kontrollen er lov om offentlige anskaffelser, kommunens interne reglement og rutiner på området.

Kommunerevisjonen vil avgi uttalelse med moderat sikkerhet på nevnte område,
etter standard for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Revisor vil legge frem sin uttalelse for behandling i kontrollutvalget sammen med revisors beretning til årsregnskapet.

Rolvsøy 31.10.2025

Jostein Ek (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/146
Dokumentnr.:	22
Løpenr.:	269468/2025
Klassering:	3013-192
Saksbehandler:	Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/37

Kontrollutvalgets møteplan 2026

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Med forbehold om endringer, fastsetter kontrollutvalget følgende møtedatoer for sin virksomhet i 2026:
    - Tirsdag 10. februar kl.09:00
    - Tirsdag 24. mars kl. 09:00
    - Tirsdag 19. mai kl. 09:00
    - Tirsdag 15.september kl. 09:00
    - Tirsdag 17. november kl.09:00

Fredrikstad, 10.10.2025

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Kontrollutvalget fastsetter møtedatoer for ett år av gangen. I kontrollutvalgets budsjett er det innarbeidet fem møter. Sekretariatet foreslår at møtene avholdes på tirsdager klokken 09.00.

Rettigheter og plikter for folkevalgte kan man finne i kommuneloven kapittel 8, den sier at man har både rett og plikt til å møte og den sier at man har rett til fri fra arbeid, i tillegg kan dere finne ulike former for godtgjørelser her. Link: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) - Kapittel 8. Rettigheter og plikter for folkevalgte - Lovdata

Vurdering

I henhold til budsjett for kontrollutvalget, samt sekretariatets vurdering av saksmengden for kontrollutvalget, anbefales det at kontrollutvalget avholder fem møter i 2026. Følgende møtedatoer foreslås:

- Tirsdag 10. februar kl.09:00
- Tirsdag 24. mars kl. 09:00
- Tirsdag 19. mai kl. 09:00

- Tirsdag 15.september kl. 09:00
- Tirsdag 17. november kl.09:00

Tidspunktet møtene er foreslått er basert på kontrollutvalgets faste årlige oppgaver. For eksempel vil alltid kontrollutvalgets årsmelding komme på jan/februarmøte, mens uttalelse til årsregnskapet kommer i april/mai. Samtidig tar vi hensyn til kommunestyrets møteplan når kommunestyret er avhengig av at sakene er behandlet i kontrollutvalget først, det gjelder bla. årsregnskap og budsjett for kontrollarbeidet. Sekretariatet betjener 11 kommuner og alle kommunene har som regel møtene på samme tid innenfor en tre ukers periode, dette fordi de skal behandle de samme sakene.

Om det skulle være nødvendig kan leder alltid kalle inn til et ekstraordinært møte og/eller forandre møtetidspunkt.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/144
Dokumentnr.:	76
Løpenr.:	286593/2025
Klassering:	3013-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/38

Referater og meldinger

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering.

Fredrikstad, 07.11.2025

Vedlegg

1. Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 23.09.2025.
2. Saksprotokoll fra kommunestyrets møte den 28.10.2025, sak 25/70 «Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026»
3. Saksprotokoll fra kommunestyrets møte den 28.10.2025, sak 25/71 Orienteringssak Oppfølgingsrapport «Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS»
4. Saksprotokoll fra kommunestyrets møte den 28.10.2025, sak 25/72 Oppfølgingsrapport «IKT-sikkerhet».
5. Saksprotokoll fra kommunestyrets møte den 06.05.2025, sak 25/23, Forvaltningsrevisjonsrapport «Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023».

Vedlegg via link:

- NKRFs Kontrollutvalgskonferanse 2026 avholdes på Gardermoen den 27.-28. januar 2026: https://www.nkrf.no/kurs/nkrfs-kontrollutvalgskonferanse-2026

Saksopplysninger

Vedlegg 1: Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 23.09.2025, protokollen er godkjent og legges frem til orientering.

Vedlegg 2: Kommunestyret behandlet den 28.10.2025, sak 25/70 «Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026». Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt. Til orientering.

Vedlegg 3: Kommunestyret behandlet den 28.10.2025, sak 25/71 Orienteringssak Oppfølgingsrapport «Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS». Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt. Til orientering.

Vedlegg 4: Kommunestyret behandlet den 28.10.2025, sak 25/72 Oppfølgingsrapport «IKT-sikkerhet». Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt. Til orientering.

Vedlegg 5: Kommunestyret behandlet den 06.05.2025, sak 25/23, Forvaltningsrevisjonsrapport «Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023». Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt. Til orientering.

- ✓ NKRFs Kontrollutvalgskonferanse 2026 avholdes på Gardermoen den 27.-28. januar 2026. Følg med på NKRFs nettside for program og påmelding.

Vurdering

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

ØKUS KOF
Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefellesskap

Møteprotokoll
Kontrollutvalget Marker

Dato: 23.09.2025
Møtested: Marker Rådhus, møterom Formannskapssalen
Tidspunkt: Fra kl. 09:00 til kl. 10:00

Frammøteliste

Navn	Funksjon	Repr.	Møtt for	Merknad
Kristian Fog	Leder	H/KRF		
Jens Håkon Bjerke	Nestleder	SP		
Viktoria Sirevåg	Medlem	MBL		
Stein Erik Lauvås	Medlem	AP		
Rosàlia Bjerkedal	Medlem	V		

Møtende fra sekretariatet

Navn	Rolle/stilling
Anita Rovedal	rådgiver ØKUS
Rania Matramawi	rådgiver ØKUS

Andre fremmøtte:
ØVKR: Fagansvarlig forvaltningsrevisor Casper Støten, regnskapsrevisor Jostein Ek

Kommunedirektør Stig under sak 25/27

Merknader: Stein Erik Lauvås ba om at hans habilitet ble vurdert i sak 25/28, da han er valgt inn i styret til Retura Østfold AS.

Saksliste

Saksnr.	Innhold	Hjemmel u.off.
PS 25/24	Godkjenning av innkalling og saksliste	
PS 25/25	Revisjonens årsbrev - Oppsummering av regnskapsrevisjon for 2024	
PS 25/26	Overordnet revisjonstrategi for regnskapsåret 2025	
PS 25/27	Kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak - Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023	
PS 25/28	Orienteringssak - Oppfølgingsrapport "Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS" - gjennomført av KU Indre Østfold	
PS 25/29	Forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026 - Marker kommune	
PS 25/30	Referater og meldinger	
PS 25/31	Eventuelt	

PS 25/24 Godkjenning av innkalling og saksliste

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:
Innkalling og saksliste godkjennes.

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/25 Revisjonens årsbrev - Oppsummering av regnskapsrevisjon for 2024

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:
Revisors oppsummering av utført regnskapsrevisjon for regnskapsåret 2024, tas til orientering

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/26 Overordnet revisjonstrategi for regnskapsåret 2025

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:
Overordnet revisjonsstrategi for 2025, tas til orientering

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/27 Kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak - Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:

1. Kontrollutvalget tar kommunedirektørens oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Undersøkelse av refusjonskrav for særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester 2023» til orientering.
2. Kontrollutvalget vurderer at kommunestyrets vedtak er fulgt opp og anser saken som ferdigstilt.

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:

Revisjonen ba om å få fratre møtet grunnet inhabilitet, og så gjorde.

Sekretariatet informerer om at de har skrevet at vedleggene er unntatt offentlighet jf. Kommuneloven § 23. 1. ledd, det riktige er offentlighetsloven § 23. 1. ledd.

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/28 Orienteringssak - Oppfølgingsrapport "Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS" - gjennomført av KU Indre Østfold

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:

1. Kontrollutvalget tar saken og oppfølgingsrapporten til orientering.
2. Kontrollutvalget sender rapporten til ordfører som orienteringssak til kommunestyret.
3. Kontrollutvalget holdes løpende orientert om Indre Østfolds gang i saken.

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:

Stein Erik Lauvås tok opp spørsmålet om egen habilitet i møtet da han er styremedlem i Retura Østfold AS. Han fratrådte ved avgjørelsen. Varamedlem var ikke innkalt. Kontrollutvalget vedtok enstemmig at Lauvås var inhabil etter forvaltningslovens § 6, førsteledd pkt. e, 2.

Kontrollutvalgets leder foreslo et nytt pkt. 3 om at utvalget skal holdes løpende orientert om sakens gang. Sekretariatet følger opp dette.

Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt, med nytt pkt. 3.

PS 25/29 Forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026 - Marker kommune

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:

1. Budsjett for kontrollarbeidet for 2026 med en kostnadsramme på kr. 1.500.528.-, vedtas

2. Budsjett for kontrollarbeidet for 2026 oversendes ordfører for videre politisk behandling etter § 2 i «Forskrift om kontrollutvalg og revisjon»

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/30 Referater og meldinger

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:
Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering.

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Sekretariatets innstilling enstemmig vedtatt.

PS 25/31 Eventuelt

Kontrollutvalget Markers vedtak 23.09.2025:
Ingen vedtak.

Kontrollutvalget Markers behandling 23.09.2025:
Møteoffentlighet og dokumentåpenhet. Kontrollutvalget ønsker at sekretariatet gjør en kartlegging/oversikt over saker i kommunestyret som har vært unntatt offentlighet.

MARKER KOMMUNE

Arkiv:	FE-033
Saksbehandler:	Ellen Bunes
Dato:	30.09.2025
Saksmappe:	24/329

SAKSFRAMLEGG

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
25/070	Kommunestyret	28.10.2025

Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026

Kommunestyret 28.10.2025:

KS- 25/070 Vedtak:
Budsjett for kontrollarbeidet for 2026 med en kostnadsramme på kr. 1.500.528.- vedtas og innarbeides i kommunens samlede budsjett for 2026.
Behandling:
Kontrollutvalgets innstiling enstemmig vedtatt.
Kontrollutvalgets innstilling til vedtak:

Budsjett for kontrollarbeidet for 2026 med en kostnadsramme på kr. 1.500.528.- vedtas og innarbeides i kommunens samlede budsjett for 2026.

Saken gjelder:
Forslag til budsjett for kontrollarbeidet i Marker kommune for 2026.

Bakgrunn og saksopplysninger:
I henhold til Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2, skal kontrollutvalget utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet etter kommuneloven § 14-3 tredje ledd til kommunestyret. I kontrollutvalgets forslag til budsjettramme skal kontrollutvalgets egen drift og kjøp av sekretariats- og revisjonstjenester innarbeides.
Kontrollutvalget er kommunestyrets eget kontrollorgan og skal være uavhengig av administrasjonen og øvrige politiske organer. Budsjettet for kontrollarbeidet har direkte betydning for omfanget av kontrollen med kommunedirektøren og administrasjonen. Kommunedirektøren kan ikke endre eller redusere kontrollutvalgets budsjettforslag før det behandles politisk.
Kommunestyret kan vedta en annen ramme enn det kontrollutvalget har foreslått, men før en eventuell endring, skal kontrollutvalget få anledning til å uttale seg om endringen. Eventuelle endringer skal være saklig begrunnet, og ikke svekke kontrollutvalgets evne til å utføre sine lovpålagte oppgaver.
Kommunestyret behandler og vedtar budsjettet for kontrollarbeidet som del av den samlede budsjettbehandlingen, men med tydelig identifisering av kontrollutvalgets forslag. Vi velger å behandle forslaget som egen sak, slik at det er en tydelighet i den selvstendige behandlingen, og hvor det også gis mulighet til eventuelle endringer.

Vedlegg:

30.09.2025	Sak fra KU til KS - Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026	1465039
30.09.2025	Saksprotokoll PS 25-29 Forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2026 - Marker kommune	1465041
30.09.2025	Budsjettforslag KU Marker 2026 - vedlegg 1	1465042

Stig Arne Holtedahl
Kommunedirektør

MARKER KOMMUNE

Arkiv:	FE-217
	HIST
Saksbehandler:	Ellen Bunes
Dato:	30.09.2025
Saksmappe:	24/100

SAKSFRAMLEGG

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
25/071	Kommunestyret	28.10.2025

Orienteringssak - Oppfølgingsrapport "Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS"

Kommunestyret 28.10.2025:

KS- 25/071 Vedtak:
Kommunestyret tar Kontrollutvalgets rapport til orientering og ber kommunes representant i IØR IKS følge opp det videre arbeidet med å følge opp rapportens innhold.
Behandling:
Kontrollutvalgets innstilling enstemmig vedtatt.
Kontrollutvalgets forslag til innstilling:
Kommunestyret tar Kontrollutvalgets rapport til orientering og ber kommunes representant i IØR IKS følge opp det videre arbeidet med å følge opp rapportens innhold.

Saken gjelder:
Revisjonen gjennomførte forvaltningsrevisjonen «Konsernavregning - Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS» i Indre Østfold kommune i 2023. Saken er egentlig en sak for Indre Østfold kommune, men er fulgt opp også i de andre eierkommunene.

Vedtaket skulle følges opp med en oppfølgingsrapport levert av revisjonen. Oppfølgingsrapporten skal behandles av kontrollutvalget og som orientering i kommunestyret.

Bakgrunn og saksopplysninger:
Kontrollutvalget i Marker fikk 13. februar 2024 fremlagt en forvaltningsrevisjonsrapport vedr. Konsernavregning i Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS til orientering/behandling. Det var Kontrollutvalget i Indre Østfold (IØ) kommune som hadde bestilt rapporten.

Saken ble forberedt for behandling også i Marker kommune, men på grunn av prosessene som pågikk i Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura as med forslag til ny eierstruktur, hvor også funnene i rapporten var en del av grunnlaget, ble behandling i Marker kommune ikke gjennomført. Innstillingen til kommunestyret var

Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Konsernavregning - Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS» til etterretning, og ber Marker kommunes representant i IØR IKS følge opp de seks anbefalinger som fremkommer av rapporten.

Herunder skal IØR IKS:
• etablere en regnskapsmessig organisering som sikrer hensiktsmessigfordeling av kostnader ved å opprette flere avdelinger
• bruke dynamiske fordelingsnøkler som blir vurdert og dokumentert hvert år og unngå gjennomsnittsberegning av avskrivningskostnader
• sikre at fordelingen mellom avdelingene gjøres fortløpende slik at kravet til adskilt regnskap blir

ivaretatt
• sørge for at selvkostberegningen er fordelt på de enkelte kommuner
• foreta en fordeling av selvkostfond/ sørge for at fremførbart underskudd spesifiseres på de enkelte kommuner
• korrigere eventuelle feil i selvkostberegninger fra tidligere år

Videre ber kommunestyret kommunens representant i representantskapet til IØR IKS følge opp de fem anbefalingene som også omhandler Retura AS, herunder skal IØR IKS:

• utarbeide korrekte fordelingsnøkler knyttet til IØR's ytede ressurser til næringsvirksomheten i Retura Østfold AS som sikrer korrekt grunnlag for prisfastsettelse.
• gjennomføre en analytisk markedsundersøkelse, benytte markedsbenchmarking,taksering, eller lignende for å kunne finne frem til mest mulig presise markedspriser for håndtering av renovasjonsavfall, råtomt priser, samt priser for tjenestekjøp av de tjenestene som konsernet benytter internt.
• dokumentere grunnlaget for avtalte priser. En slik dokumentasjon bør vise hvordan tallene fremkommer (beregninger, kildehenvisninger, e.l.).
• utarbeide en ny avtale mellom mor- og datterselskap, som tydelig angir de transaksjoner/tjenester som skal finne sted mellom selskapene og økonomisk verdi av disse. Avtalen bør enten reforhandles årlig, eller på annen måte sikre en årlig indeksregulering mot tilsvarende markedspriser.
• foreta en kontrollberegning av kostnader til etterdrift fornæringsvirksomheten på deponiet. Eventuelt behov for tilleggsavsetning bør enten belastes Retura Østfold AS, eller legges frem for eierkommunene til beslutning.

Dette er temaer som er blitt jobbet med i prosessen med restrukturering av selskapene. Den foreslåtte endringen i organisasjonsform er ikke gjennomført, og selskapene har nå funnet andre måter å løse utfordringene på. Styrelederne i de to selskapene orienterte om dette på forrige representantskapsmøte, og problemstillingene er nå tatt tak i uten behov for endring i selskapene. Oppfølgingsrapporten viser også at mange av forholdene er rettet, og de resterende jobbes det med.

Vurdering:
Administrasjonen i Marker har i samråd med kontrollutvalgssekretariatet kommet til at det er lite hensiktsmessig å ta den opprinnelige anbefalingen fra kontrollutvalget til behandling nå, etter at det har gått så lang tid, og at det har skjedd så vidt mye. Det er også Indre Østfold kommune som bærer hovedansvaret for oppfølgingen.

Vi velger derfor å legge oppfølgingsrapporten fram til behandling, og har som vedlegg den opprinnelige rapporten.

Vedlegg:

30.09.2025	Sak fra kontrollutvalget til orientering for kommunestyret	1465044
30.09.2025	Saksprotokoll PS 25-28 Orienteringssak - Oppfølgingsrapport Konsernavregning Indre Østfold Renovasjon IKS og Retura Østfold AS - gjennomført av KU Indre Østfold	1465045
30.09.2025	Oppfølgingsrapport	1465046
20.10.2025	Forvaltningsrevisjon - konsernavregning IØR IKS	1466271

Stig Arne Holtedahl
Kommunedirektør

MARKER KOMMUNE

Arkiv:	FE-060
Saksbehandler:	Vidar Østenby
Dato:	27.05.2025
Saksmappe:	23/113

SAKSFRAMLEGG

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
25/072	Kommunestyret	28.10.2025

Oppfølgingsrapport IKT-sikkerhet

Kommunestyret 28.10.2025:

KS- 25/072 Vedtak:
Kommunestyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet», til orientering.

Kommunedirektøren skal gi informasjon til kontrollutvalget når administrasjonen anser at de har fått ferdigstilt de resterende punktene i kommunestyrets vedtak og senest i kontrollutvalgets møte 18. november 2025. Administrasjonen skal sørge for å:

- registrere alle A-feil som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen
- lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig
- påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
- påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
- fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
- påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
- dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

Behandling:
Kontrollutvalgets innstilling enstemmig vedtatt.
Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:
Kommunestyret tar oppfølgingsrapport av forvaltningsrevisjonsprosjekt «IKT-sikkerhet», til orientering.

Kommunedirektøren skal gi informasjon til kontrollutvalget når administrasjonen anser at de har fått ferdigstilt de resterende punktene i kommunestyrets vedtak og senest i kontrollutvalgets møte 18. november 2025. Administrasjonen skal sørge for å:

- registrere alle A-feil som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen
- lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig
- påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
- påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
- fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
- påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
- dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

Saken gjelder:
Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomførte forvaltningsrevisjonen «IKT-sikkerhet» i Marker kommune i 2023/2024. Rapporten fra revisjonen ble behandlet i kontrollutvalget i sak 23/23 den 21.09.2023, og i kommunestyret i sak 24/005 den 27.02.2024.

Kommunestyret vedtok i saken at vedtaket skulle følges opp med en oppfølgingsrapport levert av revisjonen.

Oppfølgingsrapporten skal behandles av kontrollutvalget og kommunestyret.

Bakgrunn og saksopplysninger:
Kontrollutvalget og kommunestyret behandlet en forvaltningsrevisjonsrapport som omhandlet kommunens IKT-sikkerhet. I henhold til kommunelovens §23-2, e) skal kontrollutvalget sørge for at vedtak, som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp. I kontrollutvalgets saksopplysninger heter det:

Kontrollutvalget følger opp vedtaket ved at revisjonen har utarbeidet en oppfølgingsrapport, denne ligger som vedlegg til saken.

Kommunestyrets vedtak i saken februar 2024 var følgende:
«1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «IKT-sikkerhet» til etterretning, og ber administrasjonen følge opp de tolv anbefalinger som fremkommer av rapporten. Herunder skal administrasjonen:

a) påse at den skriftlige rutinen for avvik oppdateres samt definere hva som er et avvik
b) påse at alle A-feil registreres som avvik samt definere hva som er en A-feil
c) påse at kommunens virksomheter kartlegger egen sårbarhet ved bortfall av EKOM tjenester
d) sikre at kritisk utstyr har UPS
e) etablere planer for kommunikasjon/informasjonsformidling ved bortfall av EKOM
f) lage enhetlige tiltakskort i det nye systemet om nødvendig
g) påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
h) dokumentere at kommunen har utført de 15 sikkerhetstiltakene med 1. prioritet jf. NSM
i) påse at varslingsrutine omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
j) etablere en skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
k) påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
l) påse og dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget

I tillegg ba kommunestyret om en oppfølgingsrapport et års tid etter kommunestyrets behandling av saken.

Revisjonen har i sin oppfølgingsrapport kontrollert hvorvidt de 12 punktene i kommunestyrets vedtak er fulgt opp av kommunen. Revisjonens vurdering og konklusjon er følgende:

«Revisjonen har i denne rapporten vurdert om og i hvilken grad kommunestyrets vedtak i sak 24/005 er fulgt opp. Revisjonen har konkludert med at 5 av 12 bokstavpunkter er fulgt opp. Bokstavpunkt b, f, g, i, j, k og l vurderer vi som delvis fulgt opp.

Kommunen bør videre sørge for at
• alle A-feil registreres som avvik samt definere hva som er en A-feil i varslingsrutinen
• lage enhetlige tiltakskort i RAYVN/DMaze om nødvendig
• påse at risikovurdering fremgår som del av «Sikkerhetshåndboka» eller internkontrollsystemet
• påse at varslingsrutinen omfatter varsling til NSM samt vurdere behov for bistand
• fullføre skriftlig rutine for hvordan kommunen skal gjennomføre opplæring
• påse at opplæringen blir utført samt dokumentere dette
• dokumentere at alle ansatte har lest «Sikkerhetshåndboka» og vedlegget.

Kommunedirektøren har kommet med sin uttalelse til oppfølgingsrapporten. Dette ligger i sin helhet på side 13 i rapporten.

Kommunedirektøren skriver følgende:
«Kommunedirektøren har gått gjennom rapporten og har ingen bemerkninger til revisjonens avsluttende bemerkninger og anbefalinger.

Vi har gjort det aller meste av det som ble avdekket som nødvendig oppfølging i rapporten, og vil ha fokus også på det øvrige i tiden som kommer. En liten korrigering knyttes til at kommunene ikke lenger benytter CIM, men de nye verktøyene RAYVN og DMaze, som vi har tilgang på gjennom DSB-avtalen.»

Samlet sett vurderer sekretariatet at dataene som er benyttet er tilstrekkelig som grunnlag for oppfølgingsrapportens vurderinger og konklusjoner. Siden dette er en oppfølgingsrapport er det ikke gjennomført kontrollhandlinger av kommunens praksis, det er kontrollert kommunens systemer og rutiner.

Sekretariatet vurderer at kommunedirektøren slutter seg til revisjonens konklusjon. Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å ta rapporten og kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering.

Sekretariatet anbefaler videre at kontrollutvalget legger revisjonens vurderinger og konklusjon til grunn i sitt forslag til vedtak i kommunestyret. Det bør der fremkomme at kommunedirektør skal gi kontrollutvalget informasjon når administrasjonen anser at de har fått ferdigstilt kommunestyrets vedtak, senest til kontrollutvalgets møte i november 2025."

Vedlegg:

14.10.2025	Sak fra KU til videre behandling i kommunestyret - Oppfølgingsrapport IKT-sikkerhet, Marker kommune	1465929
14.10.2025	Særutskrift av PS 25-20 Oppfølgingsrapport IKT-sikkerhet, Marker kommune	1465930
14.10.2025	Oppfølgingsrapport IKT-sikkerhet	1465931

Stig Arne Holtedahl
Kommunedirektør

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.:	2025/144
Dokumentnr.:	75
Løpenr.:	286589/2025
Klassering:	3013-191
Saksbehandler:	Rania Matramawi

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Marker	18.11.2025	25/39

Eventuelt