

Analyse- og erfaringsrapport

Kvalitet, styring, sykefravær, nærvær, omdømme og tillit i helsetjenestene

Innledning

Denne rapporten er en sammenstilling av kunnskapsgrunnlaget og tidligere politiske saker knyttet til arbeidet med tillit og omdømme i helsetjenestene. Rapporten bygger på systemgranskning, KS Konsulents lederevaluering, medarbeiderundersøkelser, bruker- og pårørendeundersøkelser, politiske vedtak og statusrapporter fra 2025 – 2026. Formålet er å gi politisk og administrativ ledelse et helhetlig og relevant grunnlag for videre prioriteringer.

Analysen viser at kommunen over tid har etablert strukturer for kvalitet, internkontroll, opplæring og kompetanseutvikling. Samtidig dokumenteres at formell struktur og faktisk praksis ikke samsvarer i tilstrekkelig grad. Ujevn etterlevelse, høy lederbelastning, vedvarende sykefravær, begrenset bruk av styringsdata på virksomhetsnivå og varierende psykologisk trygghet begrenser kvalitet, arbeidsmiljø og tillit. Svekket tillit og omdømme vurderes som et resultat av at det over tid ikke har vært tilstrekkelig helhet mellom styring, ledelse, arbeidsmiljø og gjennomføring, og ikke som et resultat av enkeltsaker eller enkeltstående tiltak.

Rapporten er utformet som en erfaringsrapport. Dette reflekterer at arbeidet med tillit, omdømme og kvalitet er et kontinuerlig arbeid. Rapporten er strukturert i fire deler. Først gis det en analyse og gjennomgang av det samlede kunnskapsgrunnlaget, med vekt på styring, ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær og kvalitet i tjenestene. Deretter gjennomgår rapporten status i arbeidet med de politisk vedtatte 13 punktene, og vurderer i hvilken grad tiltak og oppfølging så langt svarer på intensjonene i vedtakene. Videre vil rapporten gå gjennom tiltakene i KS Konsulents lederevaluering og de foreståtte tiltakene i systemgranskningen fra Deloitte. Avslutningsvis foreslår rapporten konkrete tiltak og en struktur for videre oppfølging for perioden 2026–2027, med vekt på realistiske, langsiktige grep som kan bidra til varig forbedring, helhetlig kultur, styrket tillit og bedre kvalitet i tjenestene.

1 Bakgrunn og sammendrag

1.1 Politisk oppdrag og bakgrunn

Det politiske oppdraget som ligger til grunn for denne rapporten kom av en samlet bekymring for kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og tillit til helsetjenestene. Bekymringen har kommet til uttrykk gjennom medieoppslag, henvendelser fra ansatte og pårørende, uttalelser fra rådgivende råd og politiske behandlinger i utvalg. Dette har utløst behov for systematisk oppfølging og dokumentasjon av faktiske forhold og arbeid med tiltak på kort og lang sikt.

Oppdraget til administrasjonen var å sikre et godt kunnskapsgrunnlag, sørge for nødvendig oversikt og iverksette tiltak for forbedring. Oppdraget har vært todelt; på den ene siden sikre at tjenestene er faglig forsvarlige og at lov og forskriftskrav følges. På den andre siden legge grunnlag for varig tillit gjennom dialog, læring, forbedring og tydelig ledelse.

Organisering av arbeidet:

Arbeidet har vært organisert på tvers av kommunalområdene med en arbeidsgruppe satt sammen av nødvendig kompetanse. Det har vært et mål å jobbe helhetlig og tverrfaglig med oppdraget, og at det fra å være organisert med en arbeidsgruppe nå overføres til ordinær drift i organisasjonen.

Tiltakene har i hovedsak vært forankret og gjennomført i de enkelte virksomhetene. Fremdrift, status og utfordringsbildet har vært løpende rapportert til direktørens ledergruppe, som har hatt en sentral rolle i samordning, prioritering og videre oppfølging.

Det har vært etablert flere møtearenaer, blant annet egne møter og status i arbeidet til og fra hovedtillitsvalgte og verneombud. Arbeidsgruppen har jevnlig sendt ut nyhetsbrev til alle ansatte, og informert på kommunens intranett.

1.2 Grunnlag

Rapporten bygger på supplerende kilder: Systemgranskning av helse og mestring, lederevalueringsrapport gjennomført av KS Konsulent, medarbeiderundersøkelser, bruker- og pårørendeundersøkelser og politiske status- og oppfølgingsaker.

Systemgranskningen gir et bilde av formelle strukturer, internkontroll og risikofaktorer. Lederevalueringsrapporten fra KS Konsulent tilfører innsikt i lederpraksis, yringskultur og samhandling. Medarbeiderundersøkelsen gir kunnskap om arbeidsmiljø, trygghet og opplevd kvalitet. Statusrapportering til politiske utvalg belyser hvilke tiltak som faktisk er iverksatt.

Funn fra de ulike kildene er analysert i sammenheng for å identifisere mønstre og gjensidige forhold. Denne tilnærmingen er valgt fordi utfordringene fremstår som systemiske og komplekse.

1.3 Funn

Systemgranskning og statusrapporter viser at kommunen har etablert strukturer for kvalitetsstyring og internkontroll. Avvikssystemet, kvalitetsutvalg, prosedyrer, fagnettverk og opplæringsystemer er implementert i kommunalområdet.

Samtidig viser både medarbeiderundersøkelser, lederevalueringer og uttalelser fra tillitsvalgte at systemene i varierende grad oppleves å gi ønsket praksis. Avvik meldes, men oppfølging, læring og forbedring er ikke alltid synlig for medarbeidere. Dette skaper distanse mellom forventning og faktisk erfaring.

KS Konsulents lederevaluering dokumenterer en lederrolle preget av høy kompleksitet og betydelig arbeidspress. Analysen viser at variasjon i lederpraksis i liten grad kan forklares med individuelle forskjeller. Variasjonen henger i større grad sammen med strukturelle rammer, tilgjengelig støtte og begrensninger i styringsinformasjonen.

Sykefravær fremstår som et viktig symptom i det samlede utfordringsbildet. Samtlige kilder peker på sykefravær som en vedvarende belastning for drift, kvalitet, arbeidsmiljø og ledelse. Analysen viser at sykefravær ikke kan forstås isolert som et individuelt eller medisinsk fenomen. Fraværet må ses i sammenheng med arbeidsbelastning, bemanningssituasjon, oppgavedeling, lederkapasitet, kompetansedekning og også kultur.

Når fraværet er høyt over tid, øker belastningen på gjenværende ansatte og ledere. Dette kan bidra til økt tempo, flere vikarer, redusert kontinuitet og mindre tid til opplæring og forbedringsarbeid. Disse forholdene kan igjen bidra til økt risiko for nye sykefravær, og kan bidra til en negativ spiral. Det er avdekket et behov for systematisk virksomhetsvis analyse av fravær, integrering av fraværsutvikling i styringsdialog, tydeliggjøring av lederansvar, forebyggende arbeidsmiljøtiltak og stabil ledelse.

Medarbeiderundersøkelsene viser generelt god kollegial støtte og vilje til samarbeid. Samtidig rapporteres lavere trygghet knyttet til avvik, kritiske ytringer og forbedringsarbeid. Kvalitative funn viser at tidligere konflikter, offentlig oppmerksomhet og uklare rolleforventninger har påvirket ytringskulturen negativt i deler av organisasjonen. Psykologisk trygghet fremstår som lokal og sårbar, og er tett knyttet til ledelsespraksis og arbeidsmiljø og kultur.

Et gjennomgående funn er at styringsdata i begrenset grad gir et helhetlig bilde av situasjonen på virksomhetsnivå. Virksomhetsstyringen vektlegger i dag aktivitetsstatus og målinger, mens sammenhengen mellom kvalitet, bemanning, kompetanse og sykefravær i mindre grad synliggjøres samlet. Dette begrenser evnen til god ledelse og tidlig risikohåndtering. Utvikling av mer helhetlige styringsindikatorer vil styrke både administrativ og politisk styring, og gi bedre grunnlag for prioritering og tidlig risikohåndtering.

1.4 Samlet vurdering og anbefalinger

Samlet viser analysen at utfordringene i helse og mestring må forstås som systemiske. Tiltak rettet mot enkeltområder vil ha begrenset effekt dersom de ikke inngår i en helhetlig styrings- og forbedringsstrategi.

Det anbefales å styrke systematisk oppfølging av opplæring gjennom digitale løsninger, tydeliggjøre lederansvar, styrke lederne i sitt oppdrag, reelt partssamarbeid og sikre handlingsrom også på lokalt nivå. Videre bør arbeidet med psykologisk trygghet forankres lokalt og følges systematisk.

Partssamarbeidet bør videreutvikles som primær arena for tidlig dialog, og politisk nivå bør støtte arbeidet gjennom langsiktige, realistiske forventninger og prioriteringer.

2. Status i arbeidet med politisk vedtak, 13-punktsliste

På bakgrunn av flere negative og kritikkverdige bruker- og pårørendeopplevelser i helse og mestring vedtok kommunestyret i april 2025 en tiltaksliste med 13 punkter som skulle iverksettes så raskt som mulig, sak 62/25. Kommunalområdet har gjennom 2025 og 2026 jobbet med tiltakene og det er gitt rapporter i utvalgsmøtene for helse og mestring gjennom hele 2025 og i 2026. Nedenfor vil hvert av de 13 tiltakspunktene beskrives med status og plan for videre arbeid.

2.1 Punkt 1: Det skal gjennomføres en ekstraordinær bruker- og pårørendeundersøkelse ved alle sykehjem og omsorgsboliger. Den planlagte undersøkelsen berammet til 2027 gjennomføres dermed i 2025.

Helse og mestring gjennomførte en brukerundersøkelse ved kommunens sykehjem og omsorgsboliger i perioden 10. til 30. september 2025. Resultatene fra undersøkelsen ble behandlet i utvalget for helse og mestring 2. desember 2025, [Sak 57/25 Brukerundersøkelser og tilbakemeldingskultur i helse og mestring](#).

Resultatene fra brukerundersøkelsen behandles i avdelingene etter samme metode som benyttes ved medarbeiderundersøkelser og som beskrives i punkt 2.2. Avdelingene gjennomgår resultatene fra undersøkelsen med personalet. Eksempler på arenaer er personalmøter, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter der både ansatte, tillitsvalgte og verneombud deltar. Avdelingen velger deretter to bevaringspunkter og to forbedringspunkter som det skal jobbes videre med. Ledere og ansatte, inkludert tillitsvalgte og verneombud, skal sammen identifisere og beskrive årsaker til resultatene på de valgte punktene og utarbeide tiltak. Tiltakene inkluderes i virksomhetens virksomhetsplan, og videre oppfølging av tiltakene gjøres gjennom ordinær lederrapportering.

Resultatene fra brukerundersøkelsen viser at beboerne i kommunens sykehjem og omsorgsboliger i all hovedsak er fornøyde med tjenestene. Gjennomsnitt for kommunens tjenester ligger på landsgjennomsnittet. En gjennomgang av tiltak i avdelingene viser at ansatte har fokus på fag og kvalitet i tjenestene og på hva som er viktig for beboerne.

Eksempler på tiltak som er iverksatt i avdelingene er:

- ha fokus på faget i hverdagen ved for eksempel ukens fagtips, faste faglige refleksjoner ved vaktstart, ukentlige faglige refleksjoner over aktuelle temaer i avdelingen
- regelmessige tverrfaglige møter som inkluderer leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter

- tilbud om nødvendig kurs og opplæring til ansatte, både praktisk opplæring i avdelingen fra kollegaer og relevante e-læringskurs
- at det gjennomføres årsaksanalyser ved behandling av alvorlige avvik. Analysen gjennomføres med de berørte i hendelsen og dokumenteres i avvikssystemet. Analysen med tiltak behandles videre i kvalitetsutvalg og aktuelle fagmøter i avdelingene, og de deles på en egnet måte med alle ansatte i avdelingen/virksomheten.

Hvordan avdelingene arbeider med forbedringspunkter og bevaringspunkter belyses i denne rapporten gjennom noen konkrete eksempler fra Orkerød sykehjem. Tiltakene er inkludert i virksomhetens virksomhetsplan og følges opp både i ledermøter og i kvalitetsutvalg.

Eksempler fra Orkerød sykehjem:

	Tema fra undersøkelsen	Tiltak
Bevaringspunkter	<p>«De ansatte behandler meg med respekt»</p> <p>«De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem»</p>	<p>Temaene er med i opplæring for nyansatte.</p> <p>Kommunikasjon med brukere skal være et tema for fagdage på Orkerød i 2026.</p> <p>Avdelingsleder vil sikre tilstrekkelig språkkompetanse ved nyansettelser og bidra med eller legge til rette for språkopplæring for ansatte i avdelingene.</p>
Forbedringspunkter	<p>«Jeg benytter meg av aktivitetstilbudet»</p> <p>«Jeg er trygg på at ansatte kommer når jeg trenger det»</p>	<p>Sikre bedre samhandling mellom døgnavdelingene og aktivitetsavdelingen.</p> <p>Planlagt aktivitet for beboerne planlegges i tiltaksplaner og dokumenteres i pasientjournal.</p> <p>Sykesignalanlegg er innført i alle avdelinger. Det er gjennomført digitalt-først-prinsippet og utviklet rutine for bruk av anlegget. Brukere og pårørende får informasjon og opplæring i systemet.</p>

2.2 Punkt 2 og 3

Punkt 2: Det skal gjennomføres en ekstraordinær anonym medarbeiderundersøkelse blant de ansatte på alle nivåer i helse og mestring. Den skal utformes med bakgrunn i situasjonsbildet som har dannet seg de siste årene. Grunnlaget for undersøkelsen skal til politisk behandling før gjennomføring for å sikre at undersøkelsen tilfredsstillende både administrasjonens og de folkevalgte behov for oppklarende svar.

Punkt 3: Det skal gjennomføres en anonym lederevaluering i helse og mestring. Undersøkelsen skal gjelde alle ledere med personalansvar uavhengig av ledernivå.

Tiltakspunktene 2 og 3 er begge medarbeiderundersøkelser som ble gjennomført i henholdsvis mai 2025 og oktober 2025. Samtidig som at den anonyme lederevalueringen ble gjennomført i mai 2025, arbeidet avdelingene med resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 10-FAKTOR som kommunen gjennomførte i mars 2025. Flere av temaene i de tre undersøkelsene er overlappende, og organisasjonen har opplevd en viss undersøkelsestretthet blant ansatte i helse og mestring. For å sikre god medvirkning hos ansatte og en helhetlig tilnærming til arbeidet i avdelingene, har de fleste virksomhetene valgt å samle arbeidet med å gjennomgå resultatene og utarbeide relevante tiltak fra de to medarbeiderundersøkelsene.

Lederevalueringen ble gjennomført av KS Konsulent (KSK) på oppdrag fra kommunedirektøren. KSK gjennomførte både intervjuer og en spørreundersøkelse og leverte en ferdig rapport i juni 2025. Rapporten ble presentert i utvalg for helse og mestring i juni 2025 i [Sak 34/25 - Lederevaluering i helse og mestring](#). Rapporten fra KSK viser til ni tiltak som gjennomgås i denne rapportens del 3.

Spørsmålene i den ekstraordinære anonyme medarbeiderundersøkelsen ble behandlet i utvalget for helse og mestring i [Sak 24/25 - Ekstraordinær medarbeiderundersøkelse i helse og mestring](#) og er basert på KS' medarbeiderundersøkelse med tilleggsspørsmål vedtatt i utvalget. Undersøkelsen ble gjennomført i oktober 2025. Resultatene fra den ekstraordinære medarbeiderundersøkelsen og plan for videre arbeid ble behandlet i utvalget for helse og mestring i desember 2025 i [Sak 61/25 - status i arbeidet med tillit og omdømme](#).

I arbeidet med resultatene fra medarbeiderundersøkelsene har virksomhetene brukt metoden fra 10-FAKTOR-undersøkelsen som er beskrevet i kommunens veileder for gjennomføring av medarbeiderundersøkelsen. Det er utarbeidet en kort sjekkliste for oppfølging av undersøkelsen:

1. Leder mottar rapport med resultater fra medarbeiderundersøkelsen.
2. Leder gjennomgår rapporten og forbereder personalmøte.

3. Resultatene fra undersøkelsen presenteres, og det legges til rette for en prosess hvor resultatene danner utgangspunkt for dialog i utviklingsarbeidet.
4. Leder og medarbeidere kommer i samarbeid fram til prioriterte områder som det skal jobbes videre med og lager tiltak knyttet til disse.
5. De prioriterte områdene og tiltakene føres inn i lokal IA- og HMS-plan under delmål.

I helse og mestring er utviklingsarbeidet tilpasset den enkelte avdeling, og det benyttes etablerte arenaer som personalmøter, kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter til å arbeide med resultatene og tiltak. Tillitsvalgte og verneombud deltar i kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter.

Som KSK beskriver i sin rapport, er det store variasjoner mellom virksomhetene. Det gjør at aktuelle forbedringstiltak vil variere mellom avdelingene og virksomhetene.

Oppsummert viser den ekstraordinære medarbeiderundersøkelsen at det generelt er en god opplevelse av kollegialt samarbeid og trygghet, men lavere tillit til ledelsens håndtering av endringer og involvering. Det meldes avvik, men flere opplever at det ikke fører til forbedringer. Fagutvikling er også et forbedringsområde, spesielt når det gjelder struktur og tilgjengelighet i avdelingene.

Ledelse i virksomhetene oppleves som moderat god, men ansatte melder at de ønsker mer involvering og oppfølging.

Alle avdelingene har valgt ut faktorer og områder fra medarbeiderundersøkelsene som de skal jobbe videre med, og det utarbeides tiltak for både bevaringsområder og forbedringsområder.

Det redegjøres her for noen eksempler fra aktuelle avdelinger og virksomheter:

Virksomhet	Bevaring/forbedring	Tema fra MAU	Tiltak
Peer Gynt Helsehus	Bevaringspunkter	Arbeidsmiljø og kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingsleder skal være tilgjengelig i avdelingen og delta på rapporter • Avdelingen gjennomfører webinar-serie fra Arbeidstilsynet om psykologisk trygghet • Avdelingen gjennomfører kurs ved Bedriftshelsetjenesten om Buddy-støtte • Avdelingen planlegger kurs ved Bedriftshelsetjenesten om «Liv i balanse» • Fokus på godt arbeidsmiljø i avdelingene og godt

			partssamarbeid – jobbe sammen for å fremme gode krefter
	Forbedringspunkter	Avvik og forbedringskultur – oppleve at meldte avvik fører til forbedring	<ul style="list-style-type: none"> • Det er utarbeidet en plakat om forbedringskultur som er hengt opp i avdelingene • Jobbe videre med å legge til rette for god dialog om hva som betyr noe for «oss» • Følge opp «trender» innen avvik i medbestemmelsesmøtene og i avdelingsmøtene
Ekholt sykehjem	Bevaringspunkter	Arbeidsmiljø og kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegial støtte i hverdagen, ansatte «hjelper» hverandre og føler trygghet • Fortsette å ha en god og respektfull tone mellom ansatte i avdelingene
	Forbedringspunkter	Fagutvikling og støtte	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmessig internundervisning i avdelingen/virksomheten • Gjennomføre opplæring i avvikssystemet og ha fokus på forbedringsarbeid i avdelingene
Habilitering og mestring	Bevaringsområder	Arbeidsmiljø og kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte hjelper hverandre med oppgaver • Prioritere direkte brukertid med beboerne • Respekt for hverandre og gi ros der det er naturlig • Avklare roller for ansvarsvakter som sikrer god oversikt i hverdagen
	Forbedringsområder	Avvik og forbedring	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgang av hvordan avvik meldes og følges opp på de neste avdelingsmøtene • Gjennomgang av alvorlighetsmatrisen og avklare hvordan avvik skal vurderes
Hjemmesykepleie	Bevaringsområder	Arbeidsmiljø og kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsette å hjelpe hverandre • Si ifra om noen ikke føler seg trygge på oppgavene

			<ul style="list-style-type: none"> • Være åpne og villige til å dele kompetanse • Oppgavedeling
	Forbedringsområder	Avvik og forbedringsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre opplæring i avvikssystemet på avdelingsmøtene • Bedre dokumentasjonen ved uønskede hendelser

Eksemplene på bevaringsområder og forbedringsområder viser at avdelingene i stor grad har de samme områdene som de har prioritert å ha særlig oppmerksomhet på det neste året. Avvik og forbedringsarbeid har stort fokus og kan sees i sammenheng med de politisk vedtatte tiltakspunktene 4, 5 og 11.

2.3 Punkt 4: Avvikssystemet skal evalueres og det skal innføres gode rutiner som sikrer at avvik fører til konkret handling/endring der det er nødvendig. Dersom det allerede eksisterer lignende rutiner, skal de evalueres og revideres. Kommunedirektør rapporterte på tiltakspunkt 4 i utvalget for helse og mestring i juni 2025, [Sak 23/25 - handlingsplan for strakstiltak og utviklingsarbeid](#).

Moss kommune byttet kvalitetssystem og tok i bruk systemet Samsvar fra 01.01.2024. I kvalitetssystemet er alle prosedyrer, planer, retningslinjer og styrende dokumenter lagret. Alle ansatte har tilgang til systemet, og skal benytte Samsvar for å melde fra om avvik, uønskede hendelser og komme med forbedringsforslag. Lederne behandler meldte avvik fortløpende, og det hentes ut statistikk fra systemet slik at lederne kan følge med på de områdene der det er behov for å iverksette forbedringstiltak.

Avvikssystemet er evaluert i 2025 og det vurderes at systemet er enkelt å benytte. Det er intuitivt og punktvis satt opp, noe som gjør at ansatte skjønner hva som skal beskrives hvor, og de kan enkelt velge avvikskategori og årsak til at hendelsen inntraff. Det er automatisert at avviket blir sendt til nærmeste leder.

Evalueringen avdekket at den som har meldt et avvik, ikke kan følge/se hele avviksbehandlingen, de ser bare leders avsluttende vurdering. Det innebærer at ansatte kan få en opplevelse av at lederen ikke gjør noe og bare lukker et avvik. Når denne mangelen i systemet ble avdekket, ble ansatte informert og interne rutiner for å behandle avvik er endret for å avbøte på mangelen. For eksempel vil leder skrive mer utfyllende om hvilke tiltak som er blitt iverksatt i den avsluttende vurderingen, slik at ansatte kan følge hva som er gjort for å håndtere det avviket de har meldt.

Moss kommune har gjennom flere år hatt retningslinje for avvikshåndtering og årsaksanalyser, definisjoner for avvik, skader og varsling samt oversikt over avviksområder, avvikskategorier og årsaker. De ble sist evaluert og revidert fra mai til desember i 2025.

Andre tiltak som er gjennomført det siste året:

- Avvikshåndtering og oppfølging var tema på årets ledersamling i 2025. I tillegg viser gjennomgangen ovenfor at de fleste avdelingene jobber med tiltak for å bedre avvikshåndteringen i avdelingene.
- Hovedverneombud og hovedtillitsvalgte deltar fra mai 2025 i kommunalområdets kvalitetsutvalg (KKU) i helse og mestring. I KKU behandles blant annet revidering av prosedyrer, nye prosedyrer og en gjennomgang av avvik og hendelser. Ved å delta i KKU er hovedverneombud og hovedtillitsvalgte oppdatert på kvalitetsarbeidet i kommunalområdet.
- Det er utarbeidet et årshjul for kvalitetsarbeidet i kommunalområdet. Dette gir en oversikt over regelmessige tiltak som skal følges opp, som virksomhetsplaner, brukerundersøkelser og handlingsplaner for oppfølging av avvik.
- Det har vært gjennomført et arbeid med å etablere en felles forståelse av avvik og avvikshåndtering. Tillitsvalgte og verneombud har medvirket i arbeidet. Kommunalområdets kvalitetsutvalg har gjennomført to workshoper høsten 2025, og det er utarbeidet en plakat for forbedringskultur i helse og mestring som er hengt opp i alle avdelingene. Det er også utarbeidet en veileder til plakaten som benyttes i avdelingene for å forbedre arbeidet med alvorlige hendelser og avvik. Det videre arbeidet rundt avvik og meldekultur i avdelingene følges opp i KKU.

Avdelingene og virksomhetene i helse og mestring vil fortsette arbeidet med tiltakene som er iverksatt gjennom 2025. Dette er langsiktig arbeid, og det er viktig at ansatte er inkludert i dette arbeidet. Moss kommune fortsetter dialogen med leverandør av avvikssystemet for å rette opp manglene som er påpekt fra kommunen.

2.4 Punkt 5: Ved uønskede hendelser/enkelt saker av høy alvorlighetsgrad skal kommunedirektøren vurdere å be om statlig tilsyn ved avdelingen/virksomheten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 pålegger kommunen å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Varslet sendes via Helsetilsynets hjemmeside www.helsetilsynet.no og www.melde.no. Helsetilsynet vurderer alle varslene og vurderer om det er behov for en av følgende alternativer:

- En rask oppfølging fra Helsetilsynet.
- Saken oversendes til Statsforvalter for videre oppfølging og tilsyn.
- Det er ikke behov for å følge opp saken videre.

Når saken eventuelt oversendes Statsforvalter, tar de kontakt med kommunen og innhenter all nødvendig informasjon. Statsforvalter gjennomgår saken og gir kommunen en tilbakemelding på eventuelle behov for kvalitetsforbedring i tjenesten.

Kommunen har en prosedyre om varsling av alvorlige hendelser som beskriver hvilke alvorlige enkeltsaker som skal meldes til Helsetilsynet, og hvordan dette skal gjøres. Meldeordningen endres med virkning fra 1. juli 2026. Da flyttes ansvaret for å motta meldinger fra Helsetilsynet til Statsforvalter. Kommunen vil oppdatere sine rutiner i tråd med denne endringen.

2.5 Punkt 6: Ved nyansettelser og innleie av vikarer skal språkferdigheter hos den ansatte kvalitetssikres.

Kommunedirektøren redegjorde for arbeidet med tiltakspunkt 6 om språkferdigheter og språkopplæring i [Sak 46/25 - Status i arbeidet med tillit og omdømme](#). Som hovedregel er det et krav for alle stillinger i Moss kommune at ansatte behersker norsk muntlig og skriftlig. For noen stillinger er kravet til norskkunnskaper mer spesifikke, og det vil da være presisert i stillingsannonsen. Innen helse og mestring er kravet at ansatte med utdanning utenfor Skandinavia må dokumentere språkkunnskaper på Utdanningsdirektoratets nivå B2. Mangler kandidaten dokumentasjon kan det være aktuelt med vurdering av muntlig og skriftlig fremstillingsevne i intervjuprosessen.

Språkferdigheter er et kvalifikasjonskrav ved ansettelser, inkludert vikarer og sommervikarer. Språkferdighetene kontrolleres i intervju, ved referansesjekk og eventuelt ved å etterspørre utfyllende dokumentasjon i ansettelsesprosessen.

Helse og mestring har ansatte som kan ha nytte av å forbedre egne norskerferdigheter. Kommunen har tidligere søkt og fått midler til å gi ansatte norskopplæring i samarbeid med NAV. Videre søknad om tilskudd er avslått. Avdelingslederne vil fremover arbeide i avdelingene for å forbedre ansattes norskkunnskaper på arbeidsplassen gjennom tilpassede tiltak for den enkelte.

Tilstrekkelige språkferdigheter hos ansatte bidrar til god kvalitet på tjenestene. Helse og mestring vil sammen med HR fremover ha fokus på språkferdigheter hos ansatte både ved nyansettelser og gjennom tiltak for å forbedre språkferdighetene til ansatte i tjenestene. Eksempler er lederveiledning ved nyansettelser, søke om midler til språkopplæring for ansatte og tiltak for å forbedre ansattes norskkunnskaper på arbeidsplassen.

2.6 Punkt 7: Rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer skal revideres.

Kommunedirektøren redegjorde for arbeidet med tiltakspunkt 7 om rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer i [Sak 46/25 - Status i arbeidet med tillit og omdømme](#).

Kommunen har utarbeidet en lederhåndbok som er et tilgjengelig og viktig verktøy for lederne i kommunen, som har et eget kapittel om ansettelse og innfasing. Lederhåndboka gir veiledning i hvordan ledere skal gjennomføre introduksjon og opplæring av nyansatte. Kommunen har en egen prosedyre som gjelder ved mottak av nyansatte i fast stilling eller vikariat med varighet

utover seks måneder, uavhengig av stillingsprosent, men kan også tilpasses andre nyansatte. Målet for innfasing i Moss kommune er at nye medarbeidere sosialiseres inn i arbeidsmiljøet, får riktig opplæring og settes raskt i stand til å utføre oppgaver. Det er utarbeidet en introduksjonsplan som er et viktig verktøy for å planlegge god innfasing for nyansatte. Utover introduksjon og opplæring i egen avdeling, arrangeres det to ganger i året felles nyansattsamling for alle nye medarbeidere i kommunen. Her får nye medarbeidere bli kjent med ledelsen og får kjennskap til organisasjonen, de ulike tjenestene, sine plikter og muligheter som ansatte, avvikshåndtering og varslingsmuligheter, samt vernetjenesten og muligheter for medlemskap i fagforeninger.

I helse og mestring er det i tillegg nødvendig å ha et helhetlig og strukturert system for opplæring av ansatte. Dette inkluderer:

- kartlegging av kompetansebehov
- utvikling og gjennomføring av opplæringsplaner
- oppfølging og evaluering av kompetansetiltak
- tilrettelegging for faglig utvikling og etterutdanning

Rutinene for opplæring av nyansatte og vikarer i Helse og mestring er revidert gjennom 2025, og det er etablert et enhetlig system for opplæring, med oversikt over hvilken opplæring som skal være obligatorisk, opplæringsvakter, opplæringskompendium og opplæringsdager. Det er i perioden gjennomført drøfting med hovedtillitsvalgte om obligatorisk opplæring for medarbeidere ved den enkelte virksomhet, og det er utarbeidet en oversikt over kurs og e-læringskurs som medarbeiderne må gjennomføre for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Opplæringskompendium for nyansatte er revidert og oppdatert gjennom 2025. Ansvar for internopplæring er lagt til ledere og fagkoordinatorerne på avdelingene.

Det er også iverksatt obligatoriske opplæringer for ulike yrkesgrupper og tjenester, som for eksempel pleieassistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere/vernepleiere fordelt på sykehjem, hjemmetjenester, samlokaliserte boliger med mer.

Det ble gjennomført en felles opplæringsdag for nyansatte og sommervikarer i Helse og mestring i juni 2025. Det ble lagt vekt på temaer som er viktige for nyansatte og vikarer som skal være i kommunen over en kortere periode, og som ikke nødvendigvis har kjennskap til kommunen og/eller helsevesenet fra tidligere. Dette tilbudet kommer i tillegg til individuell opplæring i avdelingen med «opplæringsvakter».

Opplæring og kompetanseutvikling hos ansatte er avgjørende for kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Helse og mestring vil benytte 2026 til å følge opp arbeidet videre ved å evaluere og forbedre tiltakene som er iverksatt gjennom 2025. Samtidig planlegger kommunalrådet å videreutvikle opplæringsmateriale som er utarbeidet, og å implementere kompetansestyingsverktøyet KS Kunnskap så snart det er tilgjengelig fra KS.

2.7 Punkt 8: Organisasjonen under ledergruppen i helse og mestring skal kartlegges og det skal vurderes hvorvidt helse og mestring er organisert på en fornuftig måte sett opp mot dagens og fremtidens utfordringsbilde.

Kommunalområdet helse og mestring gjennomførte en omorganisering som trådte i kraft

1. januar 2025. Endringene var delt i tre hovedområder:

1. Den øverste ledelsen i kommunalområdet ble omorganisert fra én direktør og fire enhetsledere, til én direktør og to fagsjefer, og direktørens ledergruppe ble utvidet med alle virksomhetslederne.
2. Virksomhetene ble endret fra geografisk inndeling til virksomheter med en mer tydelig faginndeling. De underliggende avdelingene ble ikke tilsvarende omorganisert. Samtidig ble det gjort organisatoriske endringer i enkelte avdelinger.
3. Rådgivere i virksomhetene ble organisert i avdeling forskning og utvikling. Det er også gjort enkelte justeringer av andre støttefunksjoner i virksomhetene.

Gjennom 2025 er det gjennomført flere lokale evalueringer, og det er gjennomført eller planlegges endringer som:

- Avdeling barn og unge etablerer seg på Solli i 2027 sammen med avdeling ambulerende team.
- Omorganisering av bemanning på natt.
- Etablert nye enheter i hjemmesykepleien, som for eksempel digital hjemmesykepleie og innsatsteam fra høsten 2026.

Formålet med disse eksemplene på endringer i virksomhetene er å ruste tjenestene til å kunne gi gode tjenester på en mest mulig hensiktsmessig måte, og samtidig fremme samarbeid på tvers i virksomhetene. Erfaringene fra 2025 er at lokale evalueringer og medvirkning i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud legger det beste grunnlaget for gode resultater. Det er hensiktsmessig å jevnlig gjøre justeringer av organiseringen for å sikre at helse og mestring har en organisering som støtter tjenestene på en best mulig måte, samtidig som at virksomhetene driftes innenfor kommunens rammer.

Det er litt over et år siden ny organisering ble etablert i helse og mestring. Det vil ta tid før en slik stor organisasjonsendring får satt seg og vi kan vurdere effekten av omorganiseringen på en pålitelig måte. Samtidig gjennomføres det omorganiseringer i Stab og støttefunksjoner i kommunen, og prosjektet «lederrollens innhold» har levert sin sluttrapport. Det vurderes derfor som hensiktsmessig å ikke gjennomføre en omfattende kartlegging av kommunalområdet allerede i 2026, men se det i sammenheng med kommunens øvrige prosesser.

Erfaringene og tilbakemeldingene fra ansatte, ledere og tillitsvalgte er at omorganiseringen og sammensetningen av virksomheter nå oppleves som fornuftige og naturlige, og at det fremmer samarbeid på tvers av virksomhetene. Det er også trukket frem som positivt at

virksomhetsledere er inkludert i direktørens ledergruppe. Det gir oversiktlige styringslinjer og informasjonsflyt i organisasjonen.

2.8 Punkt 9: En statistisk fremstilling av avvik ved hver enkelt virksomhet i helse og mestring skal legges frem under den faste orienteringssaken «statistikk og styringsdata» ved hvert hovedutvalgsmøte i helse og mestring

En fremstilling av avvik og uønskede hendelser har fra juni 2025 vært inkludert i sak om statistikk og styringsdata i møtene til utvalget for helse og mestring.

2.9 Punkt 10 og 12

Punkt 10: Både før, under og etter undersøkelsene skal pårørende og ansatte være med i prosessen.

Punkt 12: Både før, under og etter ansatte- og pårørendeundersøkelser, skal pårørende og ansatte være med i prosessen. Det skal settes i gang nødvendige tiltak som direkte resultat av medarbeider- og brukerundersøkelser, og eventuelt andre relevante undersøkelser.

I samsvar med kommunestyrets vedtak er involvering av ansatte og pårørende lagt til grunn som et gjennomgående prinsipp i arbeidet før, under og etter gjennomføring av medarbeider- og brukerundersøkelser. Medvirkning er integrert både i planlegging, gjennomføring, formidling av resultater og oppfølging i form av konkrete tiltak. Hvordan pårørende og ansatte ved deres representanter er inkludert i arbeidet er også beskrevet under de aktuelle punktene.

Før undersøkelsene: Tema, formål og metode for undersøkelser er drøftet i dialog med ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste, og for den ekstraordinære undersøkelsen ble innholdet og spørsmålene i undersøkelsen behandlet politisk før gjennomføring. Ansatte og pårørende er informert om formål med undersøkelsene og hvordan avdelingene vil jobbe med resultatene fra undersøkelsene.

Under undersøkelsene: Tillitsvalgte, verneombud og ledere har bidratt aktivt til informasjon og tilrettelegging for deltakelse. Det er lagt vekt på tilgjengelighet og høy svarprosent, og pårørende er nådd gjennom flere kanaler, for eksempel kommunens nettside og informasjon i de aktuelle avdelingene der brukerundersøkelsene ble gjennomført.

Etter undersøkelsene: Resultatene er gjennomgått i personalmøter, ledergrupper, HMS-grupper i avdelingene, medbestemmelsesmøter og politiske utvalg. Avdelingene utarbeider handlingsplaner med tiltak for sin egen avdeling i dialog med ansatte og tillitsvalgte, og

brukerråd er inkludert der dette er relevant. Eksempler på tiltak som er utarbeidet er gitt under behandling av tiltakspunktene 1, 2 og 3 i punkt 2.1 og 2.2.

Å styrke pårørendearbeidet var også et forslag til tiltak i rapporten fra lederevalueringen som er utarbeidet av KS Konsulent. Videre pårørendearbeid i helse og mestring, som også er relevant for tiltakspunktene 10 og 12 i 13 punkt lista, er nærmere redegjort for i punkt 3.6 i denne rapporten.

2.10 Punkt 11: Det skal vurderes en årlig medarbeiderundersøkelse som inkluderer spørsmål om vurdering av nærmeste leder, samt toppledelse. Medarbeiderundersøkelsene skal implementeres som et ledd i Moss kommunes kontinuerlige kvalitets- og HMS-arbeid.

Kommunedirektør rapporterte på tiltakspunkt 11 i utvalget for helse og mestring i juni 2025, [Sak 23/25 - handlingsplan for strakstiltak og utviklingsarbeid](#).

I perioden mars-oktober 2025 ble det gjennomført tre undersøkelser der ansatte i helse og mestring ble spurt om hvordan de opplever arbeidshverdagen og arbeidsmiljøet, inkludert opplevelse av nærmeste leder. Det viktigste med slike undersøkelser er hva vi gjør med resultatene og hvilke positive endringer de ansatte opplever i etterkant. Undersøkelsestretthet kan oppstå i en organisasjon, og om lite eller ingen ting skjer i etterkant av undersøkelsen, er det en fare for at ansatte mister tiltroen til at slike undersøkelser bidrar til endringer de mener er nødvendige. Kommunen bør derfor unngå at undersøkelser kommer for hyppig, slik at den enkelte avdeling får jobbet godt med resultatene og nødvendige forbedringstiltak. Vi så at svarprosentene på lederundersøkelsen fra KS Konsulent, som kom to måneder etter den ordinære 10-FAKTOR undersøkelsen, var lav.

Moss kommune gjennomfører en medarbeiderundersøkelse for hele kommunen hvert andre år. Medarbeiderundersøkelsen 10-FAKTOR som kommunen benytter ble som beskrevet tidligere gjennomført i mars 2025 og planlegges på nytt i 2027. Den ekstraordinære medarbeiderundersøkelsen har mange likhetstrekk med kommunens ordinære medarbeiderundersøkelse, og det anbefales at den også gjennomføres hvert andre år for å redusere risikoen for undersøkelsestretthet. Da vil plan for medarbeiderundersøkelser fremover være:

- Kommunens ordinære medarbeiderundersøkelse hvert andre år i 2027, 2029, 2031 osv.
- Ekstraordinær medarbeiderundersøkelse i helse og mestring hvert andre år i 2026, 2028, 2030 osv.

Ved denne modellen får helse og mestring en stor medarbeiderundersøkelse hvert år, der den ekstraordinære medarbeiderundersøkelsen komplementerer kommunens medarbeiderundersøkelse. Modellen vil også redusere risikoen for spørsmålstretthet hos ansatte og vil gi den enkelte avdeling bedre tid til å jobbe med konkrete forbedringstiltak.

2.11 Punkt 13: Plasstillitsvalgte og verneombud skal så langt det er mulig, i tillegg til hovedtillitsvalgte og hovedverneombud involveres i undersøkelser og andre relevante tiltak i arbeidet med arbeidsmiljøet. Det anbefales å involvere administrasjonsutvalget i tillegg til andre relevante utvalg, råd, formannskap og kommunestyret.

I tråd med kommunestyrets vedtak er plasstillitsvalgte og verneombud involvert i arbeidet med arbeidsmiljø, i tillegg til hovedtillitsvalgte og hovedverneombud. For å sikre en helhetlig og gjennomgående involvering av tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer, er undersøkelsene og relevante tiltak fulgt opp i etablerte møteplasser. Eksempler er:

- Resultatene fra medarbeiderundersøkelsene er behandlet i avdelingene HMS-møter og virksomhetene og kommunalområdets medbestemmelsesmøter der tillitsvalgte er representert.
- Nye og reviderte prosedyrer, tiltak for å sikre en god håndtering av meldte avvik og forbedringskultur er behandlet i kvalitetsutvalg på alle nivåer. Tillitsvalgt og verneombud deltar i kvalitetsutvalgene.
- Det er avholdt egne møter med direktør, og hovedtillitsvalgte og hovedverneombud om de 13 punktene gjennom 2025.
- Relevante saker er behandlet i administrasjonsutvalget.

Erfaringene som kommunalområdet har opparbeidet gjennom 2025 viser blant annet at:

- Tidlig involvering bidrar til bedre forankring og legitimitet i tiltak.
- Lokale tillitsvalgte og verneombud har god og viktig kunnskap om arbeidsmiljøet.
- Samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste styrker kvaliteten på beslutninger og tiltak.

Kommunalområdet vil videreføre de samhandlingsarenaene som er etablert gjennom 2025 og bygge videre på grunnlaget som er lagt for et godt samarbeid mellom ledelse, ansatte, tillitsvalgte og verneombud på alle nivåene i organisasjonen.

3. Oppfølging av tiltak fra KS Konsulents lederevaluering

Kommunedirektør rapporterte på tiltakspunkt 3 i utvalget for helse og mestring i juni 2025, [Sak 34/25 - Lederevaluering helse og mestring](#). Punkt 3 i 13-punktlisten er:

«Det skal gjennomføres en anonym lederevaluering i helse og mestring. Undersøkelsen skal gjelde alle ledere med personalansvar uavhengig av ledernivå.»

KS Konsulent (KSK) ble tildelt oppdraget med å gjennomføre lederevalueringen i helse og mestring. KSK gjennomførte intervjuer og en anonym spørreundersøkelse som danner datagrunnlaget for lederevalueringen. De leverte den ferdige rapporten i juni 2025, og rapporten ble presentert for utvalg for helse og mestring i juni 2025.

Resultatene fra spørreundersøkelsen er overlevert avdelingene og virksomhetene i helse og mestring. Under punkt 2.2 er det redegjort for hvordan avdelingene har fulgt opp resultatene fra spørreundersøkelsen som KSK gjennomførte.

KSK fremhevet i sluttrapporten at helse og mestring har satt arbeid med kvalitet i system på en god måte (rapportens s. 9). Samtidig viste svarene at det er variasjoner mellom virksomhetene. I rapporten fra lederevalueringen foreslår KSK ni tiltak basert på tilbakemeldinger fra intervjuene og KSKs vurderinger. Oppfølging av flere av tiltakene er sammenfallende med det arbeidet som er gjort med den politisk vedtatte 13-punktslisten. Flere av tiltakene vil derfor sees i sammenheng med tiltak som er beskrevet i gjennomgangen av de 13 vedtatte tiltakene. Videre i dette kapitlet vil hver av de ni tiltakene gjennomgås, og der det er aktuelt vil det vises til tiltak som er gjennomført og beskrevet i kapittel 2.

De fem første forslagene til tiltak (1-5) er innspill som har kommet frem gjennom intervjuene. De fire neste tiltakene (6-9) er forslag fra KSK som de mener det er viktig at helse og mestring tar tak i.

3.1 Å vektlegge godt partssamarbeid: Å ta sakene på rett nivå, å ta kontakt tidlig, å være lydhør, å understøtte og ha respekt for hverandres roller. Bruke arenaene for samarbeid og bruke uformell kontakt i stor grad.

Samarbeidet mellom ledelse, hovedtillitsvalgte og hovedverneombudet er styrket gjennom 2025. To konkrete tiltak som er gjennomført er:

1. Det er etablert faste møter mellom direktør og hovedtillitsvalgt og hovedverneombud.
2. Tillitsvalgte og verneombud på rett nivå deltar i kvalitetsutvalgene og medbestemmelsesmøtene.

Videre fremover vil alle parter videreutvikle og styrke samarbeidet, samtidig som at praksis for at saker håndteres så nært tjenesten som mulig videreutvikles. Det bidrar til tillit mellom partene, mer forutsigbarhet og lik praksis i partssamarbeidet på tvers av virksomheter.

3.2 Å avklare modell for oppgavedeling / fagteam-modell slik at partene kan arbeide sammen om implementering av valgt modell.

Oppgavedeling er en planlagt tilnærming til hvordan oppgaver skal løses i virksomheten og hvem som skal gjennomføre dem (KS veileder til TØRN programmet). Det å innføre en modell for oppgavedeling medfører endringer for ansatte, og det må gjennomføres endringsprosesser der både ansatte, tillitsvalgte og ledelse deltar i arbeidet.

De forskjellige tjenestene og virksomhetene i helse og mestring må innføre en modell som er tilpasset deres virksomhet og fagområde. Som eksempler så har Ekholt sykehjem og Orkerød sykehjem implementert fagteam-modellen. Helsehuset deltar i KS' TØRN-nettverk og benytter denne modellen for å gjennomføre aktuelle endringer i ansvarsområder.

Erfaring fra de endringene som er gjennomført i helse og mestring er at endringer må planlegges godt, og ansatte og tillitsvalgte må involveres i endringene gjennom hele prosessen. Ved implementering av oppgavedeling i flere virksomheter fremover må det legges til rette for lokale tilpasninger og systematisk endringsarbeid for å sikre at kommunen får en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom helsepersonell, samtidig som at virksomhetene gir god kvalitet på tjenestene og har et godt arbeidsmiljø for ansatte.

3.3 Gjennomføre mer opplæring i hva som er avvik og hva som ikke er avvik for å sikre felles forståelse. Sterk forankring og felles forpliktelse fra partene i arbeidet med kvalitet.

Dette forslaget til tiltak sammenfaller i stor grad med tiltakspunkt 4 i den politisk vedtatte 13-punktlisten:

«Avvikssystemet skal evalueres og det skal innføres gode rutiner som sikrer at avvik fører til konkret handling/endring der det er nødvendig. Dersom det allerede eksisterer lignende rutiner, skal de evalueres og revideres.»

Det er gjennomført flere tiltak for å forbedre rutinene og arbeidet med en god avvikskultur i helse og mestring. Det vises til punkt 2.3 for en gjennomgang av tiltak, og kapittel 5 og handlingsplanen for en oversikt over hvordan helse og mestring vil arbeide videre med dette viktige området.

3.4 Tiltak for å styrke lederne og tydeliggjøre lederrollen i helse og mestring, særlig på avdelingsledernivå. Tillitsvalgte og verneombud etterspør mer nærledelse og dette kan være et av temaene.

Helse og mestring arbeider med å tydeliggjøre og styrke lederrollen med særlig fokus på avdelingsledere. KS Konsulents rapport med både resultater og deres ledelsesmodell vil være utgangspunktet for lederutviklingen i virksomhetene.

Moss kommune har gjennom 2024 og 2025 gjennomført prosjektet «lederrollens innhold», der satsningen var å styrke kommunens evne til å utvikle og tilpasse lederrollen i tråd med organisasjonens og samfunnets behov. Prosjektet ble avsluttet våren 2026, og sluttrapporten inneholder en handlingsplan som vil bli fulgt opp videre. Planen har tiltak innenfor disse tiltaksområdene:

- lederutviklingsprogram og kompetansehevende tiltak
- lederstøtte
- leder-/kontrollspenn
- automatisering og digitalisering

Lederopplæring i nytt format ble gjennomført i april 2026, der nye ledere fra og med 2025 ble invitert og andre fikk tilbud om plass. Denne opplæringen inngår i lederprogrammet og hovedfokuset er på hvordan kommunen styres, leders handlingsrom og leders administrative oppgaver. Enhet HR og organisasjonsutvikling jobber med et nytt tilbud innen lederutvikling på individ- og gruppenivå med planlagt oppstart høsten 2026. Del tre i det nye lederutviklingsprogrammet omhandler tjenesteutvikling, og inneholder opplæringslementer innen kvalitet og innovasjon som allerede tilbys i kommunen.

Helse og mestring vil i tillegg til kommunens felles lederutviklingsprogram ha fokus på å videreutvikle støtte til avdelingene for å sikre bærekraftig strukturer. Som en del av evaluering av ny organisering i helse og mestring er det gjort endringer i støttefunksjoner som kan bidra med administrative oppgaver. Det vil bidra til at avdelingslederne kan ha mer tid til å følge opp ansatte og de tjenestene som gis gjennom nærledelse, en lederstil der lederen er tilgjengelig, driver tett oppfølging og relasjonsbygging, samt involverer seg i de ansattes hverdag.

Funn i både lederevalueringen, medarbeiderundersøkelser og systemgranskning viser at der ledere har tilstrekkelig tid, støtte og nærhet til medarbeiderne, er det bedre forutsetninger for god faglig praksis. Nærledelse gir bedre grunnlag for tidlig oppfølging av arbeidsmiljøutfordringer, mer målrettet kompetanseutvikling og større opplevelse av forutsigbarhet hos ansatte.

Samtidig viser rapporten at nærledelse er krevende å utøve i deler av organisasjonen. Høy kompleksitet i lederrollen, stort kontroll- og rapporteringsansvar, vedvarende sykefravær reduserer ledernes tilgjengelige tid for tett oppfølging av medarbeidere og tjenestene.

En prioritering fremover vil være å styrke forutsetningene for reell nærledelse. Dette innebærer tydeligere avgrensning av lederroller, bedre støttefunksjoner, mer helhetlig styringsinformasjon og målrettet lederutvikling med vekt på hverdagsledelse, arbeidsmiljø, kvalitet og dialog. Videre må nærledelse sees i sammenheng med arbeidet med sykefravær, bemanning, psykologisk trygghet og partssamarbeid. Med bedre strukturelle rammer og tydelige prioriteringer, vurderes det som realistisk å styrke nærledelsen over tid.

3.5 Psykologisk trygghet drøftes på hver arbeidsplass, der målet er at flest mulig skal helle mot en positiv opplevelse av dette. For eksempel bruke spørsmålene «hva fremmer» og «hva hemmer» psykologisk trygghet på vår arbeidsplass i dag. Hvilke tiltak kan vi sette i verk for å forsterke den psykologiske tryggheten?

Arbeidstilsynet beskriver at psykologisk trygghet handler om å bygge en kultur hvor alle oppfordres til å komme med forslag og spørre om hjelp, og hvor det ikke får negative

konsekvenser å innrømme feil. Et godt psykososialt arbeidsmiljø, og ansattes trivsel og trygghet på jobb henger direkte sammen, og begge deler er en forutsetning for å redusere sykefraværet og kunne levere tjenester med god kvalitet.

I helse og mestring sees arbeidet med psykologisk trygghet på arbeidsplassen særlig i sammenheng med to områder:

- en god avvikskultur
- arbeidet med et godt arbeidsmiljø, nærværarbeid og sykefraværsoppfølging

For arbeidet med en god avvikskultur i helse og mestring vises det til redegjørelsen i punkt 2.3. Arbeidsplasser med et godt psykososialt arbeidsmiljø har gode forutsetninger for å bygge opp en god avvikskultur. Arbeidet med psykologisk trygghet som et nærværarbeid i avdelingene vil derfor også ha en positiv effekt på kulturen for å melde avvik.

Helse og mestring har en målrettet satsning for å jobbe mer systematisk og forutsigbart med sykefravær og nærvær. Arbeidet handler om å ta vare på medarbeiderne og samtidig sikre stabile, forsvarlige tjenester for innbyggerne. Satsningen er langsiktig og forankret i kommunens HMS- og IA-arbeid, og erfaringer fra egen og fra andre kommuner.

Det er etablert et prosjekt som er todelt:

Del 1 – Økt grunnbemanning er et politisk vedtatt tiltak som gjennomføres som pilot på 4 avdelinger i helse og mestring.

Del 2 – Systematisk sykefraværsoppfølging og nærværarbeid som gjennomføres samtidig med tiltaket «økt grunnbemanning».

Prosjektet ledes av en prosjektleder som samarbeider med HR og virksomhetene i helse og mestring. Psykologisk trygghet er viktig i arbeidsmiljøet og for nærværarbeidet i avdelingene, og tiltak for å forbedre og opprettholde psykologisk trygghet i avdelingene vil inkluderes i del to av prosjektet.

Prosjektet har i samarbeid med avdelingsledere og enhet HR utarbeidet flere tiltak som er behandlet i overordnet medbestemmelsesmøter. Prosjektet rapporterer også til LAMU, AMU og Administrasjonsutvalget.

Eksempler på tiltak som avdelingene begynner å ta i bruk i 2026 er:

- Mulighetslister – dette er en oversikt over hvilke tilretteleggingsmuligheter de enkelte avdelingene har. Ved at dette er kjent for ansatte vil det kunne bidra til å redusere sykemeldinger der det er mulig å legge til rette for annet arbeid for en periode.
- Tidlig dialog mellom leder og ansatte, kalt «leder før lege» - Dette er aktuelt som et forebyggende tiltak for å unngå eller begrense et sykefravær ved midlertidig tilrettelegging på arbeidsplassen eller annen oppfølging.

- Tettere samarbeid mellom leder, medarbeider og lege slik at fastlege er kjent med hvilke muligheter arbeidsplassen har for tilrettelegging.

Videre i 2026 og 2027 planlegges følgende tiltak:

- TRYGG HELT – Dette er et tiltak som er påstartet med en pilot i 2025 og skal videre breddes ut i 2026. TRYGG HELT skal øke ansattes faglige og psykologisk trygghet ved daglige 10 minutters gjennomgang fra aktuelle situasjoner/temaer i avdelingen. Fokus er teamarbeid kultur og god kommunikasjon på arbeidsplassen.
- Sikre lik praksis på tvers av virksomheter og avdelinger
- Gi lederstøtte i bruk av verktøyene
- Gjennomføre praktiske fagdager og opplæring for ledere

3.6 Forsterke dialogen med brukere og pårørende gjennom brukerråd, brukerpanel, temamøter, informasjonsmøter m.m. Flere har vært inne på dette i intervjuene og dialog vil være til hjelp for å få innspill til forbedring og utvikling av tjenestene, ha dialog om forventninger, gi informasjon om tjenestene – rettigheter og plikter, svare på spørsmål og bygge tillit og trygghet.

Pårørende legger ned en betydelig innsats for sine nærmeste, og det er viktig at kommunen har et godt samarbeid med pårørende i kommunen. Mye av pårørendearbeidet i kommunen er forankret i strategisk plan for pårørendearbeid, og er i tråd med KS Konsulents forslag til videre retning for kommunens pårørendearbeid.

Tiltak som er gjennomført i 2025 og så langt i 2026:

- Kommunen har etablert et pårørendesenter som er lokalisert sammen med Mossehjelpe. Senteret har tilbud om samtaler med veileder og mestringskurs for pårørende. Det skal gjennomføres tre kurs frem til sommeren 2026 og settes opp nye kurs etter sommerferien.
- Det arrangeres temakvelder for pårørende. Første temakveld som ble arrangert i april handlet om pårørendes rettigheter og plikter.
- Kommunen har fremmet den nasjonale pårørendeundersøkelsen «IVARETATT?» i 2026
- Det er etablert brukerråd i de fleste virksomhetene. Mandatet for brukerråd skal revurderes i løpet av 2026.
- Det er etablert et frivillig nettverk der frivillige organisasjoner og helse og mestring møtes fire ganger i året.
- Hjemmesiden oppdateres med en beskrivelse av tjenestene og med forventningsavklaringer. Lenke til [Hjemmesykepleien](#) som et eksempel på kommunens hjemmeside.

Tiltak som det skal jobbes videre med fremover:

- Fortsette arbeidet med informasjon om tjenestene på hjemmesiden
- Videreutvikle flere tilbud i regi av pårørendesenteret
- Styrke arbeidet med et pårørendenettverk i tjenestene og videreutvikle kommunens rutiner for samarbeid mellom brukere i tjenestene og deres pårørende
- Portalen Friskus benyttes til informasjon til brukere og pårørende, og rekruttering av frivillige.

3.7 Sikre god utredning, planlegging og forankring av tiltak, og så gjennomføre tiltakene som planlagt. Et eksempel på en sak som flere mener ble uheldig var planen om innføring av serviceverter som en del av arbeidet med oppgavedeling. Planen ble ikke gjennomført som forutsatt og dette førte blant annet til intern mistillit.

Å sikre god utredning, planlegging og forankring av endringer i virksomhetene er nødvendig for å oppnå gode resultater. Kommunens vurderinger og tiltak for punkt 3.2 om oppgavedeling og punkt 3.4 om å styrke lederrollen vil ivareta gode prosesser for å gjennomføre endringer og tiltak i tjenestene.

3.8 Avklare helsehusets rolle og tjenestenivå. Manglende avklaring gir grunnlag for en del konflikter med blant annet virksomhet helsetjenester og koordinering, som det vil være bra å få ryddet av veien.

God samhandling mellom kommunens tjenester, og mellom kommunen og eksterne aktører som fastlege og sykehuset, er helt nødvendig for å kunne tilby innbyggerne sammenhengende tjenester med god kvalitet. I prosjekt samhandling, som ble ferdigstilt i desember 2024, ble det iverksatt flere tiltak for å bedre pasientflyt mellom kommunens tjenester. Arbeidet inkluderte, men var ikke avgrenset til, samarbeidet mellom helsehuset og helsetjenester og koordinering.

Eksempler på tiltak som er iverksatt eller pågår:

- Tildelingskriteriene i helse og mestring revideres og tilpasses ny organisering og nødvendige prioriteringer i kommunale helse og omsorgstjenester.
- Det etableres flere regelmessige samhandlingsarenaer mellom helsehuset, hjemmetjenesten, og helsetjenester og koordinering.
- Det er iverksatt et eget arbeid med å styrke samhandlingen rundt de korte pasientforløpene, det vil si pasientene som kommer fra sykehuset til helsehuset og videre hjem med hjemmesykepleie. I dette utviklingsarbeidet er «joint action» benyttet som et samhandlingsverktøy, og Peer Gynt helsehus, helsetjenester og koordinering, hjemmesykepleie og forebygging og rehabilitering har deltatt i arbeidet. Arbeidet skal resultere i gode samarbeidsrutiner slik at brukerne opplever sammenhengende tjenester med god kvalitet.

- Helse og mestring jobber med et pasientflyt-forløp som er kalt «Trygt hjem». Det er utledet av prosjekt samhandling og utviklet som en del av «Joint-action» prosessen. Målet er styrket samhandling for å gi innbyggerne helhetlige, trygge og effektive pasientforløp. Det jobbes konkret med å dreie pasientforløpene slik at flere kan skrives trygt ut til hjemmet etter sykehusinnleggelse eller opphold på helsehuset, og motta tilpassede tjenester fra hjemmesykepleien. Det pågår arbeid med organisatoriske tiltak som etableringen av innsatsteam i hjemmesykepleie, bruker- og pårørendesamarbeid og etablering av tverrfaglige team som vurderer pasientene ved Peer Gynt helsehus.

God samhandling og god pasientflyt er et kontinuerlig kvalitetsarbeid i kommunen, og må tilpasses utviklingen innen fagområdet, den demografiske utviklingen og de velferdsteknologiske mulighetene som vil komme i fremtiden.

3.9 Bruke kommuneoverlegens kompetanse mer aktivt i kritiske saker. KS Konsulent har spurt om hvordan kommuneoverlegens kompetanse har vært brukt i noen av de kritiske sakene som har vært behandlet i helse og mestring. Ut fra svarene vi har fått vil KSK anbefale at kompetansen brukes mer i ev. framtidige saker.

Kommunen skal ha kommuneleger som har ansvaret for de lovpålagte oppgavene som kommunelegen har, og de skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen. Moss kommune har tre kommuneoverleger som ivaretar kommunelegens lovpålagte oppgaver. Det vil være hensiktsmessig for direktør i helse og mestring å innhente råd fra en kommuneoverlege ved oppfølging av alvorlige hendelser i tjenestene.

I tillegg har kommunen flere sykehjemsleger som er ansatt på helsehuset, og har ansvar for den medisinske oppfølging av pasienter som er innlagt eller bor på kommunens sykehjem og helsehuset.

Gjennom dialog med KS Konsulent (KSK) ved overlevering av rapporten ble det avdekket at KSK gjennom intervjuene hadde misforstått og blandet rollene som kommuneoverlege og sykehjemslegene. Tilbakemeldingene i møtet med KSK var at det er sykehjemslegene som i større grad bør benyttes ved alvorlige hendelser i kommunens institusjoner. Helse og mestring er enig i KSKs vurdering og vil revidere aktuelle rutiner slik at sykehjemslegene inkluderes i oppfølging av alvorlige hendelser som skjer på alle kommunens institusjoner.

4. Oppfølging av tiltak fra systemgranskning i helse og mestring

Som en del av arbeidet med tillit og omdømme i helse og mestring i 2025 vurderte kommunedirektøren at det var hensiktsmessig at det ble gjennomført en ekstern granskning av helse og mestring. Etter en anskaffelsesprosess ble Deloitte valgt til å gjennomføre granskningen. Resultatene fra granskningen utført av Deloitte ble behandlet i utvalget for helse

og mestring i mars 2026 i [Sak 8/26 - Systemgranskning helse og mestring](#). Utvalget vedtok i tråd med kommunedirektørens forslag at denne erfaringsrapporten skal gi en tydelig og konkret status for hvert enkelt punkt i 13- punkt listen, og at tiltakene som er anbefalt i granskningsrapporten sees i sammenheng med tiltakene i 13- punkt lista.

I granskningsrapporten har Deloitte oppsummert sine anbefalinger i 22 tiltak med underpunkter. Flere av tiltakene gjelder samme tema, og som det ble gjort i den politiske saken vil kommunen her redegjøre for tiltakene og status på arbeidet inndelt i fire hovedområder:

- internkontroll og risikostyring
- avvikshåndtering, kvalitetsforbedringsarbeid og læringskultur
- ledelseskapasitet og arbeidsmiljø
- kompetanse og forsvarlige tjenester

4.1 Internkontroll og risikostyring

Samlet i temaet internkontroll og risikostyring er følgende forslag til tiltak fra granskningsrapporten:

1. *Moss kommune må sørge for at Peer Gynt helsehus har tilstrekkelig ledelseskapasitet og kompetanse for å sikre*
 - 1.1. *Regeletterlevelse, herunder bygge en internkontroll i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og kommunelov.*
 - 1.2. *Gjennomføre en gjennomgående risikokartlegging og vurdering av virksomheten ved Peer Gynt, med risikoreduserende tiltak som innarbeides i enhetens virksomhetsplan, herunder regeletterlevelse, etterlevelse av prosedyrer/rutiner, måloppnåelse, rapportering og endringsrisiko.*
 - 1.10. *Rette opp svakheter som framkommer av 10-FAKTOR undersøkelsen*
2. *Risikovurdere hvilke konsekvenser krav om nedtrekk ved Ekholt og Peer Gynt, kommunisert i forventningsbrevet fra direktør for Helse og mestring, vil ha for pasientsikkerhet, forsvarlighet og arbeidsmiljø*
5. *Det må sikres at Ekholt implementerer internkontroll i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
6. *Implementere styringsprinsipper og effektiv virksomhetsstyring i samsvar med prinsipper som gjelder for Moss kommune.*
7. *Sørge for at virksomhetsledere og ansatte i Moss kommune forstår hva som kreves for å etterleve forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt følge opp systematisk at forskriften blir implementert, etterlevd, fulgt opp og revidert ved hver virksomhet.*
8. *Sørge for en styringsdialog som er etterprøvbart og med skriftlig rapportering*
13. *Tilpasse endringsarbeid og nye pålagte oppgaver for enhetene til man har etablert en stabil og trygg drift.*

16. Moss kommune må sørge for balanse i styringsprinsippene økonomi-, mål og regelstyring, herunder bygge en mer formell og forpliktende styringsstruktur og - dialog som sikrer at det settes resultatmål, realistiske budsjetter og rapportering av finansielle og ikke finansielle resultatindikatorer. Det må settes tydelige forventninger og rapportering tilbake med oppfølging
17. Helse og mestring må sikre at det utarbeides realistiske virksomhetsplaner hvor det er sammenheng mellom mål, virkemidler og ressurser.
18. Helse og mestring bør sørge for at risikostyring blir implementert og brukt i Peer Gynt og Ekholt som et input og korrektiv i den ordinære virksomhetsstyringen.

Som beskrevet i punkt 2.3 så benytter kommunen Samsvar som kvalitetssystem. Samsvar ivaretar de lovpålagte kravene til internkontroll. Det har en systematisk oversikt over kommunens rutiner og er kommunens avvikssystem. De foreslåtte tiltakene for internkontroll og virksomhetsplaner kan sees i sammenheng med politisk vedtatt tiltakspunkt 4, og helse og mestring har gjennom 2025 etablert flere tiltak for å bedre kommunalområdets avvikskultur. Det vises til punkt 2.3 for en beskrivelse av dette.

Flere av de foreslåtte tiltaksområdene gjelder risikostyring. Risikostyring innebærer at kommunen skal ha oversikt over områder med risiko for svikt. Dette arbeidet kan i tråd med helsedirektoratas veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten tilpasses den enkelte kommunes størrelse, organisering og styringssystem. Helse og mestring har flere systemer hvor kravet til risikostyring ivaretas, for eksempel i virksomhetens virksomhetsplaner, i medbestemmelsesmøter, gjennom avviksoppfølging, i kommunens økonomirapportering og ved risiko -og sårbarhetsvurderinger.

Moss kommune jobber i 2026 målrettet med å videreutvikle et helhetlig styringssystem. Kommunen skal forbedre hvordan den kobler strategi, økonomiplanlegging og rapportering sammen i en helhetlig prosess, slik at ressursene brukes effektivt og i tråd med politiske vedtak. Det vil innføres tildeling av oppdragsbrev i starten av hvert år, og gjennomføres styringsdialoger i lederlinjen til og med virksomhetsleder nivå. Ledere skal benytte sitt oppdragsbrev aktivt i sin interne styring, planlegging og oppfølging, og på den måten ha kontroll på eget område og bidra til helhetlig måloppnåelse for Moss kommune. Verktøyet Framsikt skal benyttes som kommunens helhetlige styringssystem.

4.2 Avvikshåndtering, kvalitetsforbedringsarbeid og læringskultur

Samlet i temaet avvikshåndtering, kvalitetsforbedringsarbeid og læringskultur er følgende forslag til tiltak fra granskningsrapporten:

1. Moss kommune må sørge for at Peer Gynt har tilstrekkelig ledelseskapasitet og kompetanse for å sikre
 - 1.9. Sørge for at avvikshåndtering og -oppfølging gjennomføres av ansatte og ledere

5. *Sørge for at det fortettes å arbeide kontinuerlig med utfordringer i de respektive virksomhetene i Helse og mestring som framgår av KSK sin spørreundersøkelse og 10-FAKTOR undersøkelse. Gjennomgang av underlagsdokumentasjon viser en organisatorisk topografi som krever ulike tiltak for ulike enheter/avdelinger*

14. *Sørge for at det etableres en kultur blant de ansatte som sikrer at avviksmeldinger meldes på riktig måte i samsvar med interne rutiner og forventninger.*

19. *Sørge for at virksomhetene drar nytte av kvalitetsutviklingstiltakene som er iverksatt før man iverksetter nye tiltak. Eksisterende tiltak bør evalueres jevnlig og korrigeres om nødvendig*

20. *Pårørende brukerundersøkelser bør utføres av eksterne aktører som rapporterer tilbake data slik at anonymitet sikres, samt bidrar til økt objektivitet.*

21. *Kvalitetsutviklingstiltak må delegeres og følges opp gjennom rapportering og eventuelt effektmåling.*

Tiltakene i Deloitte-rapporten som handler om avvikshåndtering, kvalitetsforbedring og læringskultur er i stor grad sammenfallende med tiltakspunktene 1, 2, 3 og 4 i 13-punktslisten. Alle avdelingene i helse og mestring har arbeidet systematisk med resultatene fra medarbeiderundersøkelsene og brukerundersøkelsene og det vises til punkt 2.1 og 2.2 for en utfyllende redegjørelse for disse tiltakene.

Deloitte foreslår i rapporten at pårørende- og brukerundersøkelser bør utføres av eksterne aktører slik at anonymitet sikres. Dette temaet ble vurdert i sak til utvalget for helse og mestring i desember 2025, [Sak 57/25 - Brukerundersøkelser og tilbakemeldingskultur](#). Kommunedirektør vurderte i denne saken at det er viktig å skape en trygg ramme for bruker ved gjennomføring av undersøkelsen, og at det er personer som kjenner brukeren godt – enten ansatte eller pårørende – som bør bistår bruker ved behov. Målet er å sikre at brukerens perspektiv kommer frem, uavhengig av kommunikasjonsform. Denne vurderingen opprettholdes, og spørsmålet vil i tråd med vedtak i desember 2025 komme til politisk behandling i løpet av høsten 2026.

4.3 Ledelseskapasitet og arbeidsmiljø

Samlet i temaet ledelseskapasitet og arbeidsmiljø er følgende forslag til tiltak fra granskningsrapporten:

1. *Moss kommune må sørge for at Peer Gynt har tilstrekkelig ledelseskapasitet og kompetanse for å sikre*

1.3. *Sikre planleggingskapasitet for forsvarlig bemanning*

1.4. *Bidra til å skape et godt arbeidsmiljø*

1.5. *Legge til rette for en positiv kultur når det gjelder samarbeid mellom faggruppene*

1.8. *Bidra til en psykologisk trygghet når det gjelder å melde avvik*

11. *Fortsette og forsterke arbeidet med å legge til rette for en tjenesteutføring som reduserer sykefraværet*

14 Sørge for at de ansatte opplever psykologisk trygghet dersom det er grunn til å melde avvik eller varsle om kritikkverdige forhold

Både KS Konsulent og Deloitte har påpekt behovet for å ha fokus på ledelse, arbeidsmiljøet i avdelingene og sørge for at an ansatte opplever psykologisk trygghet. Tiltakene er beskrevet under punkt 3.4 og 3.5 i denne rapporten.

4.4 Kompetanse og forsvarlige tjenester

Samlet i temaet kompetanse og forsvarlige tjenester er følgende forslag til tiltak fra granskningsrapporten:

1. *Moss kommune må sørge for at Peer Gynt har tilstrekkelig ledelseskapasitet og kompetanse for å sikre*
 - 1.9. *Legge til rette for tilstrekkelig opplæring og kompetanseheving*
 - 1.10. *Kvalitetssikring av vikarers opplæring og kunnskap om Peer Gynt*
2. *Kartlegge årsakene bak de ansattes tilbakemelding i KSK-rapporten om at det ikke arbeides faglig forsvarlig ved enkelt avdelinger.*
4. *Sikre at Peer Gynt og Ekholt har en forsvarlig pleiefaktor med riktig kompetanse til stede på de ansattes vakter gjennom døgnet.*
12. *Gjennomgå og følge opp kravene i kontrakter med vikarbyråer, herunder sikre at vikarer har tilstrekkelig språkkunnskap og opplæring tilpasset virksomheten ved Ekholt og Peer Gynts før de settes inn i avdelingene.*
22. *Det må vurderes hvordan virksomhetene på en bedre måte kan utnytte etablerte brukerråd, samt om effekten og nytten av rådene samsvarer med forventningene. Dette inkluderer en vurdering av hvordan rådene benyttes i kommunens virksomheter.*

Kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid i helse og omsorgstjenestene er en kontinuerlig prosess som skal sikre at brukerne mottar forsvarlige tjenester. Faktorer som påvirker kvalitet i tjenestene er kompetanse, personell, kunnskapsbasert praksis, økonomi og ressurser. Forsvarlige tjenester med god kvalitet forutsetter at helse og mestring har en god ressursutnyttelse, at bruker, ansatte og tillitsvalgte er inkludert i utforming og gjennomføringen av tjenestene og at tjenestene er trygge og virkningsfulle.

I samtale med ansatte på helsehuset gir de tilbakemelding om at svarene om manglende faglig forsvarlighet i stor grad er begrunnet med høy aktivitet, bruk av ekstraplasser og høyt fravær som igjen fører til mange vikarer i tjenestene. Det er ansatt ny virksomhetsleder på Helsehuset og funnene i medarbeiderundersøkelsene følges opp som beskrevet i punkt 2.2.

Forslag i granskningsrapporten til tiltak om kompetanse og forsvarlige tjenester kan sees i sammenheng med punkt 2.5, 2.6, 3.4 og 3.6 i denne rapporten.

5. Oppsummering og videre arbeid

Denne rapporten oppsummerer et omfattende og målrettet arbeid med kvalitet, styring, arbeidsmiljø og tillit i helse og omsorgstjenestene som er gjennomført som oppfølging av kommunestyrets vedtak og politiske føringer. Arbeidet i 2025–2026 har gitt et godt kunnskapsgrunnlag, tydeliggjort utfordringer og bidratt til helhetlige grep innenfor styring, ledelse, kvalitetsarbeid og medvirkning.

Arbeidet som er beskrevet i rapporten, og som er gjennomført i helse og mestring, gir et godt grunnlag for videre og helhetlig arbeid med arbeid med kvalitet og forbedring. De tiltakene som er iverksatt i 2025 og 2026 må gis tid til å virke, følges opp systematisk og videreutvikles i ordinær drift. Videre arbeid vil måtte ha særlig oppmerksomhet på ledelseskapasitet, arbeidsmiljø og sykefravær, praktisk kvalitetsarbeid i tjenestene, psykologisk trygghet og god bruk av styringsdata.

Videre oppfølging vil kreve kontinuitet og tydelig prioritering. Arbeidet må forankres i ordinær drift og virksomhetsstyring. Det vil gi et grunnlag for varig forbedring i tjenestene. Det politiske nivået vil fortsette å følge utviklingen tett gjennom styringsdialog, rapportering og langsiktige prioriteringer.

Det er utarbeidet en tiltaksliste som viderefører arbeidet som er påstartet i virksomhetene og avdelingene i 2025 og 2026. Tiltakene følger opp og viderefører tiltak fra 13-punktlisten og anbefalingene i granskningsrapporten fra Deloitte. Tiltakslisten følger som vedlegg til denne rapporten.

Mange av de enkelte tiltakene påvirker hverandre og vil ha effekt på flere områder. Som et eksempel vil arbeidet med psykologisk trygghet i avdelingene være tiltak rettet mot både sykefravær, nærværarbeid, arbeidsmiljø og avvikkulturen i avdelingene. Tiltaksområdene i tiltakslisten er:

1. Internkontroll, risikostyring, og virksomhetsstyring
2. Styringsdata
3. Sykefravær
4. Ledelse
5. Arbeidsmiljø og psykologisk trygghet
6. Avvik og kvalitet
7. Opplæring og kompetanse
8. Tilstrekkelig språkferdigheter hos ansatte
9. Partssamarbeid
10. Politisk oppfølging
11. Pårørendesamarbeid

Tiltakene vil videre følges opp gjennom den ordinære styringsdialog med lederne, gjennom årsrapporter fra kvalitetsutvalg og medbestemmelsesmøter og gjennom ordinære tertial og årsrapporter som kommer til politisk behandling.