



Møteinnkalling
Helseutvalget

Møtested: Fredrikstad rådhus, Nygaardsgt. 16, møterom Formannskapssalen, 2. etg.
Tidspunkt: 26.08.2026 kl. 17:00

Eventuelle forfall meldes til møtesekretær Marit Hexeberg, telefon 91301430,
e-post: mahe@fredrikstad.kommune.no

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Dersom du ønsker å få vurdert din habilitet, send nødvendig informasjon til utvalgsleder
Anne Undahl e-post: annund@fredrikstad.kommune.no, med kopi til møtesekretær;
mahe@fredrikstad.kommune.no

Møtet sendes direkte på <https://kommunetv.fredrikstad.kommune.no>

Fredrikstad 18.08.2026

Anne Undahl
utvalgsleder

Saksliste

Saksnr.	Innhold
OS 21/26	Muntlig orientering fra driften ved direktør Ann Wraa
OS 22/26	Muntlig orientering om status Ressursfordelingsmodellen i tjenesteområde Livsmestring, ved kommunalsjef Helena Lilliebjelke
PS 24/26	Referatsaker
RS 3/26	Statsforvalteren avviser krav om lovlighetskontroll - Rådet for personer med funksjonsnedsettelse - Fredrikstad - BPA-konsesjon (Svaret er tidligere sendt Helseutvalget i e-post 3.6.26.)
RS 4/26	Spørsmål til ordningen brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og administrering av ordningen (Brevet er tidligere sendt Helseutvalget i e-post 9.6.26.)
RS 5/26	Svar på henvendelse - Veiledning - ordningen brukerstyrt personlig assistanse BPA og administrering av ordningen - Fredrikstad
RS 6/26	Saksprotokoll bystyresak 74/26 - Kontrollutvalgssak: Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten"
RS 7/26	Vedtatt møteplan 2027 for råd og utvalg, formannskap og bystyret
PS 25/26	Vurdering og oppfølging av vedtak i Helseutvalget 3.6.2026 i sak 17/26
PS 26/26	Svar på høring av NOU 2026:6 - Den nye velferdskommunen
PS 27/26	Spørsmål til utvalgsleder: om at pårørende til sykehjemsbeboere må frakta beboere selv til tannlegebesøk eller betale for ledsager
PS 28/26	Spørsmål til utvalgsleder: om sikkerhet for beboere i omsorgsboliger ved behov for legevakt

OS 21/26 Muntlig orientering fra driften ved direktør Ann Wraa
OS 22/26 Muntlig orientering om status Ressursfordelingsmodellen i
tjenesteområde Livsmestring, ved kommunalsjef Helena Lilliebjelke
PS 24/26 Referatsaker



Jan Kenrick Glad Jackson
Åbyggeveien 5
1636 Gamle Fredrikstad

Saksbehandler
Anette Schorpen

Statsforvalteren avviser krav om lovlighetskontroll - Rådet for personer med funksjonsnedsettelse - Fredrikstad - BPA-konsesjon

Statsforvalteren viser til din e-post av 08.04.2026, på vegne av Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Fredrikstad. I henvendelsen redegjør dere for at Fredrikstad kommune har utlyst en ny BPA-konsesjon og at rådet for personer med funksjonsnedsettelse ønsket å få denne til behandling, men at dere ikke fikk dette. Vi forstår henvendelsen slik at dere ber oss om å foreta en lovlighetskontroll av Fredrikstad kommunens behandling av ny BPA-konsesjon.

Vi sendte et brev til Fredrikstad kommune 07.05.2026 hvor vi blant annet skrev:

Vi ser av elnnsyn at det har vært et møte i Helseutvalget 15.04.2026 og at det av protokollen fremgår «OS 14/26 Muntlig orientering: Utlysning av BPA-konsesjon ved direktør Ann Wraa». Vi forstår det slik at dette er en pågående prosess, men ønsker en tilbakemelding på om dette stemmer.

Vi ønsker en tilbakemelding på status i denne saken. Er det truffet et endelig vedtak i saken?

Uten at vi har tatt endelig stilling til spørsmålet mener vi rettskildene taler for at Rådet for personer med funksjonsnedsettelse har rett til å uttale seg i prosessen og før et endelig vedtak fattes.

Statsforvalteren gjør oppmerksom på at det følger av kommuneloven at departementet på eget initiativ kan kontrollere om et vedtak er lovlig hvis «særlige grunner tilsier det», jf. § 27-1 andre ledd. Departementet har delegert myndigheten til å kontrollere kommunale avgjørelser til Statsforvalteren. Det følger av § 27-3 bokstav c) at vi kan kontrollere om et endelig vedtak har blitt til på lovlig måte.

Statsforvalteren mottok svar fra Fredrikstad kommune 20.05.2026. Vi kommer nærmere tilbake til dette nedenfor.

Et krav om lovlighetskontroll må som utgangspunkt fremmes av minst tre medlemmer av kommunestyret, jf. kommuneloven § 27-1 første ledd. Hvis «særlige grunner tilsier det», kan



Statsforvalteren¹ på eget initiativ kontrollere om et vedtak er lovlig, jf. § 27-1 andre ledd. I forarbeidene² fremhever departementet at det generelt skal være en høy terskel for å iverksette lovlighetskontroll av eget tiltak. Ordningen skal være en sikkerhetsventil til bruk hvis Statsforvalteren blir oppmerksom på saker hvor det er tvil om lovligheten, for eksempel gjennom henvendelser fra borgerne eller media.

Det er opp til Statsforvalterens frie skjønn om det skal foretas en lovlighetskontroll av kommunens vedtak. Ved vurderingen står hensynet til rettssikkerhet og tillit til forvaltningen sentralt. Andre relevante momenter kan være sakens viktighet og samfunnsmessige betydning, og om saken er av prinsipiell interesse.³

Det er likevel ikke alle beslutninger og vedtak som fattes av kommunen som kan være gjenstand for lovlighetskontroll. Begrepet «vedtak» i kommuneloven § 27-1 er mer omfattende enn begrepet «enkeltvedtak» i forvaltningsloven § 28 første ledd, men det følger av kommuneloven § 27-2 første ledd bokstav a at det er «endelige vedtak» som kan være gjenstand for lovlighetskontroll. En naturlig forståelse av ordlyden tilsier at det må være et vedtak som avslutter en sak. Dette er også slått fast i forarbeidene til kommuneloven av 1992⁴ og i forarbeidene til gjeldende kommunelov av 2018. I departementets veileder om lovlighetskontroll⁵ er det presisert at avgjørelser som fattes som ledd i behandlingen av en sak (prosessledende avgjørelser) isolert sett ikke er gjenstand for lovlighetskontroll. Loven gjør et unntak fra dette utgangspunktet i § 27-2 første ledd bokstav b og c ved at det kan foretas lovlighetskontroll av vedtak om et møte skal holdes for åpne eller lukkede dører og vedtak som gjelder spørsmål om habilitet. Ingen av disse alternativene er aktuelle her.

Fredrikstad kommune har utlyst en ny BPA-konsesjon, og kunngjorde dette 17.03.2026. Tilbudsfristen utløp 21.04.2026. I svaret fra kommunen av 20.05.2026 fremgår at det anskaffelsesprosessen fortsatt er pågående, og at det ikke er skjedd noen tildeling per dags dato.

Statsforvalteren har etter dette kommet til at de formelle vilkårene for å gjennomføre en lovlighetskontroll ikke er oppfylt. Vi avviser derfor kravet om lovlighetskontroll av kommunens beslutning om å utlyse en ny BPA-konsesjon, jf. kommuneloven § 27-2 andre ledd bokstav a.

Det er ikke klagerett på vår beslutning om å avvise kravet om lovlighetskontroll.

Til orientering

Kommunen har i svar til dere blant annet uttalt:

Både kommuneloven og medvirkningsforskriften er tydelige på at rådenes myndighetsområde er «saker». Dette betyr saker som skal behandles politisk, og ikke saker som kun behandles av administrasjonen, som denne anskaffelsen er. Dette gjelder selv om det administrasjonen jobber med er innenfor rådenes interesseområde.

¹ Departementets myndighet til å kontrollere kommunale vedtak er delegert til Statsforvalteren, jf. forskrift om delegering av myndighet etter kommuneloven, inndelingslova og forvaltningsloven, FOR-2019-08-30-1096, punkt IX.

² Prop. 46 L (2017-2018), punkt 27.1.4

³ Jf. veilederen «Lovlighetskontroll etter kommuneloven § 59», utgitt av Kommunal- og regionaldepartementet 21. oktober 2013 (H-2299), punkt 6.3.3

⁴ Ot.prp. nr. 17 (2008- 2009)

⁵ Kommunal- og regionaldepartementets veileder «Lovlighetskontroll etter kommuneloven § 59», punkt 6.1.3.3



Dere har lite forståelse for Fredrikstad kommunes tolkning og ber Statsforvalteren om å vurdere om kommunens forståelse er innenfor lov og forskrift.

Generelt kan vi opplyse om at selv om det er administrasjonen som praktisk gjennomfører anskaffelsen, er de forpliktet til å legge til rette for "åpen, bred og tilgjengelig medvirkning". En ny BPA-konsesjon er en overordnet ramme for hvordan tjenesten skal leveres i kommunen i flere år fremover. Dette må derfor anses som en sak som gjelder personer med funksjonsnedsettelse og som dere har rett til å uttale dere om. Dette regnes som en viktig sak for gruppen dere representerer, og deres medvirkning er som vist til over lovfestet i kommuneloven § 5-12 og [forskrift om medvirkningsordninger](#).

Som det fremgår over har rådet rett til å uttale seg, så lenge saken er av betydning for personer med funksjonsnedsettelse.

Dersom administrasjonen tar beslutninger i saker som har prinsipiell betydning for gruppen uten å høre rådet, kan dette anses som en saksbehandlingsfeil.

Vi har også mottatt en henvendelse fra lederen av Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) Nedre Glomma i e-post 08.05.2026. Henvendelsen er en bekymringsmelding om manglende brukermedvirkning på systemnivå i Fredrikstad kommune. Du er satt som kopimottaker av henvendelsen og er derfor kjent med denne. Henvendelsen knytter seg langt på vei til det samme hovedspørsmålet som tas opp i denne saken, men uten å være knyttet til en enkeltsak. Vi vedlegger den likevel også her, slik at Fredrikstad kommune også gjøres kjent med den. Vi vil besvare denne henvendelsen i et eget brev med ref. 2026/22174.

Fredrikstad kommune orienteres om saken ved en kopi av dette brevet.

Med hilsen

Gøril Hjelseth
seniorrådgiver
Juridisk avdeling

Anette Schorpen
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

- 1 Bekymringsmelding - manglende brukermedvirkning for personer med funksjonsnedsettelse - Varsel om kritikkverdige forhold - Fredrikstad kommune

Kopi til:

FREDRIKSTAD KOMMUNE

Postboks 1405

1602

FREDRIKSTAD

Fra: NFUnedreglomma NFU[nedreglommanfu@gmail.com]
Sendt: 08.05.2026 11:00:26
Til: Postmottak SFOS[sfospost@statsforvalteren.no]
Kopi: Kenrick Jackson[kenrickj@gmail.com];
Tittel: Bekymringsmelding – Manglende brukermedvirkning på systemnivå i Fredrikstad kommune

Bekymringsmelding – Manglende brukermedvirkning på systemnivå i Fredrikstad kommune

Til: Statsforvalteren i Oslo og Viken
Fra: Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) Nedre Glomma
Dato: 8.mai 2026

Bekymringsmelding om manglende brukermedvirkning på systemnivå i Fredrikstad kommune

NFU Nedre Glomma ønsker med dette å melde en formell bekymring knyttet til **manglende brukermedvirkning på systemnivå** i Fredrikstad kommune. Situasjonen vi beskriver gjelder ikke enkeltsaker, men strukturelle forhold som etter vår vurdering innebærer brudd på gjeldende regelverk og nasjonale føringer for brukermedvirkning.

1. Manglende systemer for brukermedvirkning utover kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse

Fredrikstad kommune har per i dag **ingen etablerte systemer for brukermedvirkning** på systemnivå utover rådet som behandler politiske saker og et brukerråd som vi verken får referater fra eller vet hvordan er sammensatt/velges. Dette innebærer at brukere og organisasjoner ikke involveres i:

- Boligsosial planlegging
- Gjennomgang og evaluering av tjenester
- Utvikling av planer og strategier innen helse, omsorg, oppvekst og inkludering
- Løpende utviklings- og endringsprosesser i tjenestene
- Utforming av nye tiltak eller omorganiseringer som berører mennesker med utviklingshemming og andre med funksjonsnedsettelse

Vi mener dette er i strid med både lovverk og nasjonale føringer.

2. Brudd på gjeldende regelverk om brukermedvirkning

Kommuneloven § 5-2

Kommunen skal sikre at innbyggere og brukergrupper involveres i utviklingen av kommunens tjenester og planer. Dette er et *systemansvar*, ikke et frivillig tiltak.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-10

Kommunen skal sørge for at brukere og pårørende involveres i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Brukere har rett til medvirkning både på individ- og systemnivå.

CRPD artikkel 4(3) og 29

Norge er forpliktet til å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne – og deres organisasjoner – **aktivt og reelt** involveres i utforming og gjennomføring av politikk og offentlige beslutningsprosesser som berører dem.

Fredrikstad kommune oppfyller ikke disse forpliktelsene.

3. Konsekvensene av manglende systemnivå-medvirkning

Når kommunen ikke har strukturer for medvirkning, får det alvorlige konsekvenser:

- Tjenester utvikles uten innsikt i brukernes faktiske behov
- Endringer gjennomføres uten vurdering av konsekvenser for sårbare grupper
- Planer og strategier mangler forankring i CRPD og nasjonale mål
- Tilliten mellom kommune og brukerorganisasjoner svekkes
- Risikoen for lovbrudd og klagesaker øker

NFU Nedre Glomma har gjentatte ganger forsøkt å etterspørre systematisk dialog, uten at kommunen har etablert strukturer som ivaretar dette.

4. Vår anmodning til Statsforvalteren

NFU Nedre Glomma ber Statsforvalteren om å:

1. **Vurdere om Fredrikstad kommune oppfyller lovpålagte krav til brukermedvirkning på systemnivå.**
2. **Pålegge kommunen å etablere faste, forutsigbare og reelle strukturer for medvirkning**, i tråd med kommuneloven, helse- og omsorgslovgivningen og CRPD.
3. **Følge opp kommunen** for å sikre at brukerorganisasjoner involveres i planarbeid, tjenesteutvikling og endringsprosesser som berører mennesker med funksjonsnedsettelser.

Avslutning

Dette er ikke en kritikk av enkeltpersoner, men av et system som ikke fungerer. Manglende brukermedvirkning på systemnivå fører til dårligere tjenester, svakere rettssikkerhet og økt risiko for diskriminering. Vi ber derfor Statsforvalteren om å følge opp saken med nødvendig alvor.

mvh
Karianne Hjørnevik Nes
leder NFU Nedre Glomma
mobil 48051010



STATSFORVALTEREN I ØSTFOLD, BUSKERUD, OSLO OG AKERSHUS AVD MOSS

Postboks 325
1502 MOSS

Deres referanse

Vår referanse
2025/38143-28 (JOEO)

Dato
08.06.2026

Spørsmål til ordningen brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og administrering av ordningen

Helseutvalget i Fredrikstad kommune har i løpet av siste halvår hatt flere spørsmålstillinger knyttet til BPA-ordningen og hvordan denne praktiseres fra Fredrikstad kommunes side.

Et av spørsmålene som har fått mye oppmerksomhet er hvorvidt en bruker som ikke er i stand til å administrere en slik ordning selv, eller har nærstående som kan bistå bruker med dette, likevel kan få innvilget tjenesten som BPA. Ved kontakt med private leverandører av BPA-ordninger, framkommer det fra flere at de også kan bistå bruker med å administrere ordningen, mot en kostnad knyttet til administrasjonstiden som da benyttes.

Fredrikstad kommune ber om Statsforvalterens vurdering av følgende:

- **Dersom er bruker har fått utmålt tjenesten praktisk bistand som BPA, ut fra sitt behov for tjenesten, kan da bruker selv velge å benytte noen av de tildelte timene til å administrere ordningen, eller må i så fall timer til administrering innvilges i tillegg til utmålt tjenestetid?**

Dette har blitt et tema og blitt viet en del tid i helseutvalget.

Kommunen har så langt hatt en praksis på at vi ikke tildeler tjenesten som BPA i tilfeller der man ikke kan administrere ordningen ved egen eller nærståendes hjelp. Vi har da valgt å gi tjenesten praktisk bistand organisert innenfor kommunens ordinære tjenester.

Fredrikstad kommune er opptatt av at brukerne skal få den tjenesten de har krav på. Vi er spørrende til om man imøtekommer dette ved å ta timer fra tildelt tjenestetid til administrering og mener da at hensikten med selve brukerstyringen ikke oppfylles.

Vi ber om en vurdering fra Statsforvalter i forhold til denne problemstillingen.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

Ann Wraa
Direktør Helse



FREDRIKSTAD KOMMUNE
Postboks 1405
1602 FREDRIKSTAD

Saksbehandler
Ingvill Evensen

Svar på henvendelse om brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Vi viser til deres brev av 08.06.2026, der dere stiller følgende spørsmål:

«Dersom en bruker har fått utmålt tjenesten praktisk bistand som BPA, ut fra sitt behov for tjenesten, kan da bruker selv velge å benytte noen av de tildelte timene til å administrere ordningen, eller må i så fall timer til administrering innvilges i tillegg til utmålt tjenestetid?»

Slik vi forstår det, er bakgrunnen for spørsmålet deres en situasjon der brukeren eller brukers pårørende ikke kan være arbeidsleder og administrere BPA-organiseringen, men der en ekstern tjenesteleverandør tilbyr å bistå bruker med å administrere ordningen mot en kostnad knyttet til administrasjonstiden som benyttes.

I utgangspunktet er det slik at BPA er en måte å organisere tjenester (som praktisk bistand, støttekontakt og lignende) på. En bruker har etter dette ikke rett til å få innvilget flere timer med bistand innenfor en BPA-organisering, enn det vedkommende ville ha hatt rett til med en annen organisering av tjenestetilbudet.

I rundskriv om BPA (I-9/2015) punkt 3.3, står det blant annet følgende:

«I tilfeller der arbeidsledelsen helt eller delvis skal ivaretas av andre enn brukeren selv eller nære pårørende, må det sørges for at arbeidsledelsen ivaretas av en person som har en slik nærhet til den daglige tjenesteytelsen at reell brukerstyring sikres. Brukeren, eller eventuelt noen som står brukeren nær, må i slike tilfeller kunne formidle brukerens ønsker og behov til arbeidsleder. Det kan i mange tilfeller være hensiktsmessig å dele arbeidslederoppgavene slik at den daglige arbeidsledelsen ivaretas av brukeren selv eller andre med nærhet til den daglige tjenesteytingen, mens de mer administrative oppgavene ivaretas av arbeidsgiver (kommunen eller privat tjenesteleverandør).»



Slik vi ser det, vil det derfor være slik at dersom en bruker ikke selv kan utføre de administrative oppgavene ved BPA-organiseringen, så kan disse oppgavene ivaretas enten av kommunen eller tjenesteleverandøren.

I rundskriv I-9/2015 står det videre i punkt 4.3 om utgiftsdekning i BPA-ordninger (vår understrekning):

«Kommunen er ansvarlig for å dekke kostnader som anses nødvendige for å yte de innvilgede tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd, herunder nødvendige utgifter til drift av BPA-ordningen. Hvordan kommunen velger å innrette kostnadsdekningen faller inn under kommunens frihet til å organisere tjenestene. Bruker har i utgangspunktet ikke krav på å få dekket utgifter til tjenesteyting som går ut over det brukeren har rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. En bruker kan ikke kreve å få dekket merutgifter til f.eks. ferieavvikling, selv om brukeren har spart opp timer til dette. Kommunen har heller ingen plikt til å betale lønn eller godtgjørelse for oppgaver knyttet til arbeidsledelse. Dette gjelder enten brukeren ivaretar arbeidslederoppgavene selv, eller disse ivaretas helt eller delvis av andre.»

Kommunen opplyser at det så langt har vært praksis å ikke innvilge tjenester organisert som BPA i tilfeller der bruker ikke kan administrere ordningen ved egen eller nærstående hjelp. Vi kan ikke se at en slik praksis er i tråd med de ulike mulighetene for organisering som nevnes i BPA-rundskrivet, jf. det vi har vist til over.

På bakgrunn av føringene i det nevnte BPA-rundskrivet, er det etter vårt syn slik at tid til administrering av BPA-organiseringen må innvilges av kommunen i den grad det er behov for det, for å sikre en forsvarlig BPA-organisering av tjenestene. Vi legger til grunn at dette kan gjøres for eksempel gjennom å innvilge ekstra tid til brukeren for å administrere ordningen, eller ved at kommunen innvilger ekstra tid eller utgiftsdekning i avtale med tjenesteleverandøren der det er aktuelt.

Med hilsen

Anette Asbjørnsen
seksjonssjef
KHT Østre Viken

Ingvill Evensen
fagleder/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent





Saksnr.: 2025/20486
Dokumentnr.: 12
Løpenr.: 155433/2026
Klassering: 217

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Bystyret	18.06.2026	74/26

Kontrollutvalgssak: Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten"

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget anbefaler bystyret å fatte følgende vedtak:

1. Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 6 anbefalingene som kommer frem av rapporten. Herunder skal administrasjonen:
 - vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
 - videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikre at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
 - styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
 - videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemanning.
 - etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
 - styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.
2. Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.
Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Bystyrets vedtak 18.06.2026:

1. Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 6 anbefalingene som kommer frem av rapporten. Herunder skal administrasjonen:
 - vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
 - videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikre at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
 - styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
 - videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemanning.

- etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

2. Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.

Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Bystyrets behandling:

Kontrollutvalgets leder Victor Kristiansen (Ap) orienterte.

Votering:

Kontrollutvalgets innstilling ble enstemmig vedtatt.

Fredrikstad, 23.06.2026

Rett utskrift.

Yvonne Meidell
møtesekretær

Utskrift til: kommunalsjef Anne Johnsen Skauen, hjemmesykepleien
Kopi til: direktør Ann Wraa, Helse
Kopi til: virksomhetsleder Anders Tangen, Helse
Kopi til: virksomhetsleder Pål Henning Klavenes, Organisasjon og økonomi
Kopi til: ØKUS ved Anita Dahl Aannerød

Vedlegg

1. Saksprotokoll Forvaltningsrevisjonsrapport – «Kvalitet i hjemmetjenesten», kontrollutvalgssak 26/20 av 06.05.2026.
2. Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» av 15.04.2026

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen.

Saksopplysninger

Det vises til vedlagte saksutredning i kontrollutvalgssak 26/20, møte 06.05.2026.

Kommunedirektørens kommentar:

Ingen kommentar.



Saksnr.: 2025/20486
Dokumentnr.: 12
Løpenr.: 155433/2026
Klassering: 217

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Bystyret	18.06.2026	

Kontrollutvalgssak: Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten"

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget anbefaler bystyret å fatte følgende vedtak:

1. Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 6 anbefalingene som kommer frem av rapporten.
Herunder skal administrasjonen:
 - vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
 - videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikre at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
 - styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
 - videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemanning.
 - etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
 - styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.
2. Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.
Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Vedlegg

1. Saksprotokoll Forvaltningsrevisjonsrapport – «Kvalitet i hjemmetjenesten», kontrollutvalgssak 26/20 av 06.05.2026.
2. Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» av 15.04.2026

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen.

Saksopplysninger

Det vises til vedlagte saksutredning i kontrollutvalgssak 26/20, møte 06.05.2026.

Kommunedirektørens kommentar:

Ingen kommentar.

Saksnr.: 2026/76
Dokumentnr.: 15
Løpenr.: 92288/2026
Klassering: 3004-188
Saksbehandler: Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Fredrikstad	06.05.2026	26/20

Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i hjemmetjenesten

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.
2. Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:

1: Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 6 anbefalinger som fremkommer av rapporten. Herunder skal administrasjonen:

- vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
- videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikre at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
- styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
- videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.
- etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

2: Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.

Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Kontrollutvalget Fredrikstads vedtak 06.05.2026:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten», samt kommunedirektørens uttalelse til rapporten til orientering, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.
2. Kontrollutvalgets innstilling til bystyret:

1: Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten» til orientering, og ber administrasjonen følge opp de 6 anbefalinger som fremkommer av rapporten. Herunder skal administrasjonen:

- vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
- videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikre at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
- styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
- videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.
- etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

2: Bystyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at bystyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp.

Bystyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter bystyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til bystyret.

Kontrollutvalget Fredrikstads behandling:

Innstillingen enstemmig vedtatt

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenesten», datert 15.04.2026.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Bystyresak 158/24, den 12.09.2024, (Forvaltningsrevisjonsplan 2024-2028)
- KU-sak 24/39, den 09.10.2024 (Bestilling av forvaltningsrevisjon)
- KU-sak 25/32, den 27.08.2025 (Prosjektplan)

Saksopplysninger

Prosjektets bakgrunn:

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

«Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pålegger kommunen å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Videre skal tjenestene ytes forsvarlig (§

4-1). Innunder dette ligger blant annet tilstrekkelig fagkompetanse. Det har de siste årene vært flere forvaltningsrevisjoner og statlige tilsyn, spesielt rettet mot sykehjem. Imidlertid vurderer sekretariatet at det ut fra spørreundersøkelsene fremkommer risiko også for kommunens hjemmetjenester. Det kan være risiko knyttet opp mot kompetanse, men også økonomiske utfordringer i forbindelse med budsjettkutt. Kommunedirektør sier at et relevant område for forvaltningsrevisjon er tjenestene til innbyggere med nedsatt funksjonsevne. Helse og velferd har generelt høy vesentlighet i kommunen og tar den største delen av kommunens budsjett. Et svekket helse- og omsorgstilbud kan få store konsekvenser for enkeltpersoners livskvalitet og svekke kommunens omdømme og tillit hos befolkningen. Sekretariatet vurderer høy vesentlighet og høy risiko ved hjemmetjenester i kommunen.»

Da kontrollutvalget behandlet «Bestilling av forvaltningsrevisjoner for juli 2024 til juli 2028» fremkom at det også kunne gjennomføres en kartlegging av hvor mange ansatte enkeltbrukere forholder seg til.

Prosjektets problemstillinger:

I prosjektplanen ble følgende problemstillinger vedtatt:

- Sikrer kommunen at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven?

Revisjonskriterier:

For å kontrollere og besvare problemstillingene har revisjonen utledet revisjonskriterier (kontrollkriterier), disse kan i sin helhet lese på side 7 i rapporten.

Revisjonens konklusjon:

«Problemstillingen revisjonen har belyst har vært om kommunen sikrer at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Revisjonens vurdering er at kommunen i stor grad har etablert styringssystemer, rutiner og arbeidsprosesser som legger til rette for at hjemmesykepleietjenestene kan ytes på en forsvarlig måte. Tjenesteområdet har et tydelig organisatorisk rammeverk, og det foreligger systemer for risikovurderinger, avvikshåndtering, kompetanseutvikling, brukermedvirkning, kartlegging av brukernes behov og journalføring. Datagrunnlaget viser at disse systemene i hovedsak er kjent i organisasjonen og benyttes i den daglige driften. Samtidig viser revisjonen flere forhold som kan innebære risiko for svikt dersom de ikke følges opp. Dette gjelder særlig behovet for bedre samhandling mellom tildelingskontoret og hjemmesykepleien, en mer helhetlig oversikt over risiko i tjenesten, samt styrket oppfølging av avvik og dokumentasjon. Rekruttering av personell med riktig kompetanse fremstår også som en utfordring, og tilgjengeligheten av riktig kompetanse kan i enkelte perioder være varierende. Videre har kommuneområdet ikke gjennomført brukerundersøkelser de siste årene, og gjennomgangen av brukermapper tyder på at etablerte rutiner for dokumentasjon og journalføring ikke alltid etterleves fullt ut i praksis.

Samlet sett konkluderer revisjonen med at kommunen i hovedsak har etablert systemer og rutiner som kan bidra til å sikre forsvarlige hjemmesykepleietjenester. Samtidig er det behov for å styrke oppfølgingen og etterlevelsen av enkelte deler av styringssystemet for å redusere risiko for svikt i tjenestene.»

Revisjonens anbefalinger:

Revisjonen anbefaler at kommunen:

- vurderer å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
- videreutvikler helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikrer at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
- styrker oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
- videreutvikler arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.
- etablerer mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- styrker internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

Kommunedirektørens høringsuttalelse:

Kommunedirektøren har gitt uttalelse til rapporten og dens anbefalinger. Dette fremgår i sin helhet på side 36 i rapporten.

Kommunedirektøren skriver blant annet at de har noen kommentarer til rapporten, men at de ønsker å bemerke at samtlige anbefalinger vil bli fulgt opp i sin helhet.

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 og intervjuer. 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 bystyret, og videre at kontrollutvalget innstiller til bystyret at rapportens anbefalinger skal tas til følge og gjennomføres.

Rapport

FREDRIKSTAD KOMMUNE

15.04.2026

Forvaltningsrevisjon

Kvalitet i hjemmetjenesten

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	Faglig forsvarlige hjemmetjenester	7
4.1	Revisjonskriterier	7
4.2	Datagrunnlag	8
4.2.1	Mål, oppgaver og organisering	8
4.2.2	Risikovurderinger	12
4.2.3	Håndtering av avvik	13
4.2.4	Ansattes kompetanse	15
4.2.5	Brukermedvirkning	17
4.2.6	Brukernes grunnleggende behov	18
4.2.7	Føring av pasientjournal	21
4.2.8	Antallet pleiere som pasienter og brukere forholder seg til	22
4.3	Vurderinger	24
4.3.1	Mål, oppgaver og organisering	24
4.3.2	Risikovurderinger	24
4.3.3	Håndtering av avvik	25
4.3.4	Ansattes kompetanse	25
4.3.5	Brukermedvirkning	26
4.3.6	Brukernes grunnleggende behov	27
4.3.7	Føring av pasientjournal	27
4.4	Konklusjon og anbefalinger	28
5	Kilder	29
6	Vedlegg	30
6.1	Utleddning av revisjonskriterier	30
6.2	Kommunedirektørens uttalelse	34

1 SAMMENDRAG

Revisjonens fremgangsmåte

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av Østre Viken kommunerevisjon IKS på oppdrag fra kontrollutvalget i Fredrikstad kommune, i tråd med plan for forvaltningsrevisjon vedtatt av bystyret. Revisjonen er gjennomført i samsvar med Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), som blant annet stiller krav til systematisk datainnsamling, etterprøvbarhet og tydelig skille mellom fakta og revisjonens vurderinger.

Problemstillingen for revisjonen har vært:

Sikrer kommunen at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven?

For å belyse problemstillingen har revisjonen benyttet flere datainnsamlingsmetoder. Det er gjennomført dokumentanalyse av sentrale styringsdokumenter, rutiner, prosedyrer og rapporter knyttet til hjemmesykepleien. Videre er det gjennomført intervjuer med ledere i hjemmesykepleien, tjenestetildelingssjef og kommunalsjef for hjemmesykepleien. Revisjonen har også intervjuet brukerrepresentanter for å få innsikt i brukernes erfaringer med tjenesten.

I tillegg har revisjonen gjennomgått hjemmesykepleiens egen internkontroll av et utvalg brukermapper og journalopplysninger for å vurdere dokumentasjonspraksis. Faktaopplysningene i rapporten er verifisert av kommunen før ferdigstillelse.

Revisjonens funn og konklusjoner

Revisjonen viser at kommunen i stor grad har etablert styringssystemer og rutiner som skal bidra til at hjemmesykepleien ytes i tråd med kravene til forsvarlige tjenester. Kommunen har blant annet tydelige styringsdokumenter som beskriver mål, oppgaver og organisering av tjenesten. Det er etablert lederstruktur, møtearenaer og faglige støttefunksjoner som skal bidra til styring og kvalitetsutvikling.

Kommunen har også rutiner for risikovurderinger, avvikshåndtering, kompetanseutvikling, brukermedvirkning, kartlegging av brukernes behov og journalføring. Datagrunnlaget viser at disse systemene i hovedsak er kjent i organisasjonen og benyttes i den daglige driften.

Samtidig identifiserer revisjonen enkelte forhold som kan innebære risiko for svikt dersom de ikke følges opp. Flere virksomhetsledere peker blant annet på utfordringer i samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien etter at vedtaksmyndigheten ble sentralisert. Dersom vedtak fattes uten tilstrekkelig innsikt i hjemmesykepleiens kapasitet eller brukerens faktiske behov, kan dette påvirke svaret mellom vedtak og faktisk behov.

Revisjonen finner videre at kommunen gjennomfører risikovurderinger, men at arbeidet med en mer helhetlig ROS-analyse for deler av tjenesten fortsatt er under utvikling. Når det gjelder avvikshåndtering, er det etablert systemer for registrering og oppfølging av avvik, men enkelte avvik – særlig innen legemiddelhåndtering – tyder på behov for bedre oppfølging av dokumentasjon og tiltaksplaner.

Kommunen arbeider systematisk med kompetanseutvikling, blant annet gjennom opplæringsprogrammer og bruk av fagutviklingssykepleiere. Samtidig opplever ledere utfordringer med rekruttering av kvalifisert personell, og det kan oppstå variasjoner i kompetansetilgjengelighet i perioder med ferieavvikling eller helgebemannning.

Når det gjelder brukermedvirkning, viser datagrunnlaget at dialog med brukere og pårørende er integrert i tjenestene. Samtidig har kommunen i liten grad gjennomført systematiske brukerundersøkelser de siste årene. Revisjonen vurderer derfor at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder systematisk innhenting og bruk av brukererfaringer.

Revisjonen finner også at kommunen har etablert rutiner for kartlegging av brukernes grunnleggende behov og for journalføring av helsehjelp. Gjennomgangen av brukermapper tyder imidlertid på at dokumentasjonen ikke alltid er fullstendig eller oppdatert i tråd med rutinene.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen i stor grad har etablert systemer og rutiner som legger til rette for forsvarlige hjemmesykepleietjenester. Samtidig er det behov for å styrke oppfølgingen og etterserelsen av enkelte rutiner for å redusere risiko for svikt i tjenestene.

Revisjonens anbefalinger

Revisjonen anbefaler at kommunen:

- a) vurderer å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
- b) videreutvikler helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikrer at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
- c) styrker oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
- d) videreutvikler arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.
- e) etablerer mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- f) styrker internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

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, regeletterelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF¹, 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i bystyret i Fredrikstad kommune i sak 158/24, 12. september 2024. Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 27.08.2025. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

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

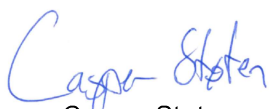
Vi har kvalitetssikret innsamlet data underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 09.04.2026 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av vedlegg i kap. 6.2.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Frank Willy Vindløv Larsen og oppdragsansvarlig revisor Casper Støten. 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.

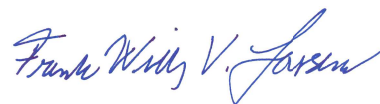
Østre Viken kommunerevisjon IKS

Rolvsøy, 15. april 2026



Casper Støten

oppdragsansvarlig revisor



Frank Willy Vindløv Larsen

utførende forvaltningsrevisor

¹ NKRF er en faglig interesseorganisasjon og et kompetanseorgan for kontroll og revisjon av kommunal/offentlig virksomhet.

² Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstilling:

Sikrer kommunen at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven?

Revisjonen har undersøkt kommunens arbeid knyttet til hjemmesykepleie, og hvordan kommunen i den sammenheng sørger for å etterleve kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. Vi har sett på kommunens planer og praksis opp imot forskriftens beskrivelse av hva som er kommunens oppgaver og hva innholdet i tjenestene skal være jf. § 3. Gjennom virksomhetenes egen internkontroll har revisjonen sett på sammenhengen mellom kartlegging/tiltaksplan og de tjenester som faktisk blir gitt og hvordan dette dokumenteres. Kontrollutvalget fremmet et innspill om at det burde gjennomføres en kartlegging av hvor mange ansatte den enkelte bruker forholder seg til. Dette har vist seg å være utfordrende å få til i praksis, men revisjonen har så langt som mulig beskrevet tematikken basert på de opplysningene vi har fått fra administrasjonen og intervjuede brukere i kapittel 4.2.8.

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, herunder gjennomgang av Hjemmesykepleiens egen internkontroll av 90 pasientmapper.
- Intervjuer med ansatte og brukere

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er «Virksomhetsplan 2025», «Årsrapport 2024 - Hjemmesykepleie og Omsorgssentre» og hjemmesykepleiens internkontroll av mapper sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 8.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 10 intervjuer:

- Kommunalsjef hjemmesykepleie (2 intervjuer)
- Tjenestetildelingssjef
- Virksomhetsleder hjemmesykepleie Nord
- Virksomhetsleder hjemmesykepleie Øst
- Virksomhetsleder hjemmesykepleie Syd
- Virksomhetsleder hjemmesykepleie Vest
- Tre brukerrepresentanter

Intervjuene med lederne er verifisert ved at intervjuobjektet 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. Intervjuene med brukerrepresentantene er verifisert i forbindelse med intervjuet.

Vurdering av dataenes troverdighet

I denne forvaltningsrevisjonen har vi som nevnt benyttet dokumentanalyse, intervjuer av ansatte og brukere/pårørende, samt hjemmesykepleien egenkontroll av 90 brukermapper.

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

Revisjonen har gjennomført i alt 10 intervjuer med kommunale ledere i hjemmesykepleien. Kommunalsjefen er intervjuet to ganger. Vi erfarer at intervjuene har gitt oss nødvendig innsikt i kommunens styringssystemer, samtidig som vi har fått informasjon om både tildeling og utførelse av helse- og omsorgstjenester i hjemmet. I tillegg har vi gjennomført 3 intervjuer med brukere av hjemmesykepleie. I to av disse intervjuene var også pårørende til stede. I disse intervjuene har brukere og pårørende delt av sine erfaringer med å motta hjemmesykepleie. Kommunen har deltatt i utvelgelsen av brukerkandidater som ønsker å snakke med revisjonen, for å forhindre at revisjonen kontakter brukere som ikke ønsker å delta

på et intervju. Brukererfaringer belyser den kommunale tjenesteutøvelsen fra et brukerperspektiv, og er derfor en indikator på hvordan det oppleves å motta hjelp fra hjemmesykepleien. Samtidig vil utvelgelsen av kandidater til brukerintervjuer, kunne resultere i at de som faktisk ønsker å snakke med revisjonen, kan være brukere som befinner seg i ytterkantene av et tilfredshetsnivå på tjenestene. Intervjuer generelt gir likevel revisjonen mulighet til å gå dypere ned i temaet, og dermed innhente informasjon som ikke kommer fram ved bruk av andre metoder. Vi har hatt anledning til å stille oppfølgingsspørsmål, og tilpasse samtalen etter kandidatens svar. Intervjuene har samlet sett bidratt til å gi oss verdifull informasjon i denne revisjonen.

Gjennomgangen av hjemmesykepleiens egenkontroll av brukermapper har gitt revisjonen innblikk i hvordan hjemmesykepleien kontrollerer egen praksis og hvordan man gjennom denne kontrollen identifiserer områder innenfor tjenesteytingen som man bør ha fokus på i forbedringsarbeidet.

Bruk av personopplysninger

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

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd. Her heter det at revisor kan kreve at kommunen eller fylkeskommunen legger fram alle opplysninger, redegjørelser eller dokumenter som han eller hun finner nødvendige for å utføre sine oppgaver. Revisor kan også foreta undersøkelser som han eller hun mener er nødvendige. Taushetsplikt er ikke til hinder for å gjennomføre kontrolltiltak etter dette leddet.

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn, telefonnummer og epost-adresser til ansatte i kommunen og vi har gjennomført intervjuer med brukere. Omtale av enkeltpersoner i rapporten, gjøres kun når det refereres til uttalelser fra intervjuer med eventuelle nøkkelpersoner eller sentrale ledere. Vi benytter oss som regel av stillingstittel, og ikke navn, når vi refererer til uttalelser. Referater fra brukerintervjuene er skrevet i anonymisert form, og innholdet kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner i rapporten.

Bruken av personopplysninger er likevel noe revisjonen ønsker og plikter å minimere mest mulig. Behandling av personsensitive opplysninger krever ekstra tiltak, både under arbeidet, og ved pliktig oppbevaring av dokumentasjon. Oppbevaring av slike personopplysninger kan og bør minimeres, f.eks. ved at dokumentasjonen får statistisk eller anonymisert form. Den samlede informasjonen fra brukerintervjuer vil oppbevares beskyttet under vårt arbeid. Skriftlig nedfelte personopplysninger som navn og telefonnummer fra brukerintervjuer slettes umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene. Intervjureferatene oppbevares i anonymisert form i våre systemer.

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

4 FAGLIG FORSVARLIGE HJEMMETJENESTER

Problemstilling 1: Sikrer kommunen at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven?

4.1 Revisjonskriterier

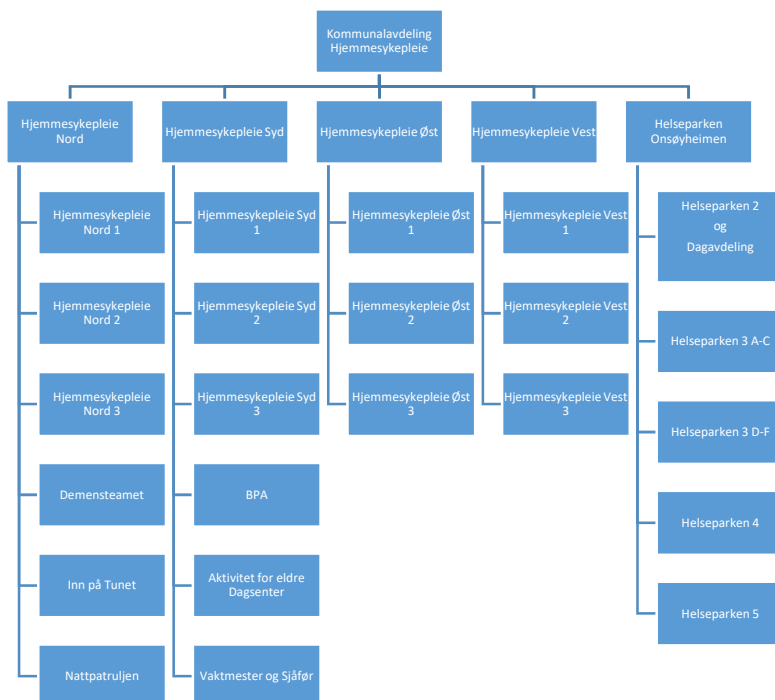
Komplett utledning av revisjonskriterier står beskrevet i kap. 6.1 «Utledning av revisjonskriterier».

Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.

- 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 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 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 dette.
- 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 skal sikre brukeres rett til medvirkning slik at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir hensyntatt
- Kommunen skal ha utarbeidet skriftlige rutiner eller prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester i hjemmet får tilfredsstillende grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskriftens § 3. Rutinene/prosedyrene bør beskrive hvordan kommunen sikrer at pasienter og brukere:
 - opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
 - har selvstendighet og styring av eget liv
 - får dette fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
 - får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
 - kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold
 - får ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
 - får mulighet til selv å ivareta egenomsorg
 - får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
 - får tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
 - får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
 - får tilpasset hjelp ved av- og påklledning
 - får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.
- Kommunen skal sørge for at ansatte i hjemmesykepleien fører pasientjournal i samsvar med helsepersonelloven §§ 39 og 40.

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Mål, oppgaver og organisering



Figur 1 Organisasjonskart: Tjenesteområde Hjemmesykepleie – Fredrikstad kommune

Organisasjonskart

Tjenesteområde Hjemmesykepleie i Fredrikstad kommune omfatter et bredt spekter av tjenester: helsetjenester i hjemmet, dagsentre for eldre, dagopphold for personer med demens, nattpatrolje, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), ambulerende vaktmester- og sjåførtjenester, omsorgsboliger med og uten bemanning, samt institusjonsopphold av ulike typer.

Etaten ble samordnet med omsorgssentrene fra 2023 og er fra 2025 etablert som eget tjenesteområde under felles kommunalsjef.

Tjenesteområdet består av fem virksomheter: Hjemmesykepleie Nord, Syd, Øst, Vest og Helseparken Onsøyheimen. I tillegg ivaretas kommunale BPA-ordninger og dagaktivitetstilbud. Hver av disse er ledet av en avdelingsleder.

Hjemmesykepleien består av fire hovedlokasjoner med fasiliteter for samarbeid og arbeidsmiljø. Tjenesteområdet disponerer 114 tjenestebiler, hvorav to tredjedeler er fossilfrie.

Helseparken Onsøyheimen, sentralt på Ørebekk, huser ett av tre dagaktivitetstilbud for personer med demens. De øvrige to dagaktivitetstilbudene er organisert under tjenesteområdet «Omsorgssentre». Tjenesteområdet «Hjemmesykepleie» har også ansvar for kommunale BPA³- og PA⁴-ordninger, som etter avviklingen av Ressursenheten er tilbakeført til Hjemmesykepleie Syd. Seks slike ordninger er per i dag aktive i avdelingen. Private BPA-ordningene administreres av Helseforvaltning og koordinering.

³ Brukerstyrt Personlig Assistent

⁴ Personlig Assistent

Videre driver tjenesteområdet tre dagsentre for eldre med rundt 70 plasser fordelt på Holmen, Østsiden og Aulaen på Glemmen. Transport til og fra dagsentrene håndteres av egne vaktmestere og sjåførere, som disponerer fire minibusser og en ni-seters buss. Tjenesten er ikke lovpålagt og finansieres delvis gjennom egenbetaling.

I virksomhetsplanen beskrives det at tjenesteområdet opplever økende oppgavepress som følge av en større andel skrøpelige eldre, multisyke pasienter og alvorlig syke i palliativ⁵ fase hjemme. Tjenesten står overfor utfordringer knyttet til effektivitet, rekruttering og økte forventninger.

Tjenesteområdet hadde, i henhold til «Virksomhetsplan 2025» totalt 598,7 årsverk, en økning fra 523,9 i 2024, hovedsakelig som følge av avviking av Ressursenheten og overføring av faste stillinger til virksomhetene. Gjennomsnittlig stillingsprosent er 69 %. Ansattgruppen består av sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, aktivtører, sjåførere og servicemedarbeidere. Rekrutteringsstillinger i helg brukes som tiltak for å sikre bemanning og rekruttering av faglærte. Tjenesteområdet har utfordringer med rekruttering og beholdning av kvalifisert helsepersonell.

Kommunalsjefen opplyser at det overordnede oppdraget for hjemmesykepleien er å gi nødvendig og forsvarlig helsehjelp til innbyggerne i kommunen. Oppdraget kommer tydelig fram av både kommunale og statlige styringsdokumenter hvor det foreligger en klar bestilling. Det kommer i tillegg til styringsdokumentene også politiske bestillinger, og disse bestillingene ses naturlig i sammenheng med planverket i kommunen, samt virksomhetsplanen. Kommunen foretar en sammenstilling av bestillingene, slik at det skal være tydelig for både ledere og ansatte hva som er forventningene. Hun informerer om at omsorgssentrene var under hennes ledelse frem til 1. september 2025. Kommunalsjefen fungerte som konstituert leder for omsorgssentrene frem til denne datoen.

Kommunalsjefen forteller videre at det fortsatt er en felles virksomhetsplan for alle virksomhetene, men at det framover vil utarbeides virksomhetsplaner for den enkelte virksomhet. Hjemmesykepleien er inndelt i fire virksomheter, inkludert en egen avdeling for Nattpatruljen. I tillegg er det en femte virksomhet; Helseparken Onsøyheimen, som har 120 plasser (24 langtidsplasser skjermet enhet, 16 plasser somatisk langtid og 80 korttidsplasser hvorav 10 plasser primært benyttes til avlastningsplasser). Kommunalsjefen opplyser at tjenesteområdet er fornøyd med ny organisering. Kommunedirektørens delegeringsreglement pr. 01.11.24 viser fordeling av ansvar og myndighet fra kommunedirektør, kommunalsjef, virksomhetsledere og ned til avdelingssykepleiere. Kommunalsjefen gir uttrykk for at det er en målsetting for tjenestene som ytes at de skal være forsvarlige og nødvendige, men at tjenestene som gis skal ytes i henhold til prinsippet «godt nok».

Virksomhetslederne bekrefter at kommunen har overordnede planer og virksomhetsplaner, og at hjemmesykepleien er forankret i kommunens planverk. Virksomhetslederne beskriver også en delegert struktur der den enkelte virksomhetsleder har ansvar for fag, økonomi og personell i sin virksomhet.

Mål for tjenesteområdet

Revisjonen har fått oversendt dokumentet «Virksomhetsplan 2025 – Hjemmesykepleie».

Tjenesteområde Hjemmesykepleie har for 2025 satt mål knyttet til strukturendring, kompetanseutvikling og reduksjon av sykefraværet.

⁵ Palliativ behandling defineres som lindring av symptomer for å oppnå best mulig livskvalitet og eventuelt livsforlengelse for pasienter med uhelbredelig sykdom ([Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)).

1. Omstilling og tjenesteutvikling

Det skal gjennomføres en strategisk dreining fra tradisjonell sykehjemsdrift til heldøgns omsorg i omsorgsboliger, i tråd med Fredrikstad kommunes langsiktige plan for helse- og omsorgsbygg. Dette innebærer:

- Etablering av 36 særskilt tilrettelagte boliger for heldøgntjenester i Borgarveien 1.
- Avvikling av driften i Faunsvei 3 og 6.
- Avvikling av Torsnes sykehjem.

Tiltakene skal bidra til bedre ressursutnyttelse, mer fleksible tjenester og økt kapasitet i hjemmetjenesten.

2. Reduksjon av sykefravær

Det legges betydelig vekt på arbeidsmiljø og nærværarbeid. Kommunen bruker verktøyet 10-FAKTOR for å kartlegge og styrke arbeidsmiljøet. Tiltakene inkluderer tett lederoppfølging, systematisk rapportering, gjennomføring av lovpålagte oppfølgingspunkter og målrettet lederutvikling. Målet er varig reduksjon av sykefravær og økt kontinuitet i tjenestene.

3. Organisasjonsutvikling

Etter en omfattende omorganisering i 2024 består tjenesteområdet nå av fem virksomheter: Hjemmesykepleie Nord, Syd, Øst, Vest og Helseparken Onsøyheimen. Formålet med endringen er å skape en mer helhetlig og fleksibel struktur, med kortere beslutningslinjer, bedre samhandling og tydeligere ledelse.

Andre målsettinger for tjenesteområdet i 2025 er:

- Ferdigstilling av lederstruktur (kommunalsjef og virksomhetsledere).
- Etablering av ny Nattpatrulje.
- Revisjon av geografisk inndeling for jevnere arbeidsbelastning.
- Gjennomgang av lederspenn for avdelingsledere.
- Styrking av samarbeidsarenaer og oppgavedeling med Omsorgssentre, Friskliv og Livsmestring.
- Videreutvikling av kompetanse og oppgavedeling, slik at riktig kompetanse brukes til riktige arbeidsoppgaver.

I intervjuene med virksomhetslederne beskrives det at hjemmesykepleiens formål, mål og hovedoppgaver først og fremst er forankret i kommunenes overordnede planverk. I tillegg til dette peker flere av virksomhetslederne at det går en linje fra nasjonale føringer, via kommunens overordnede planer og ned til planer på virksomhets- og avdelingsnivå, der målene konkretiseres i prioriteringer knyttet til pasientgrupper, organisering og ressursbruk.

Virksomhetslederne opplyser også at ute i virksomhetene har avdelingsledere ansvar for daglig drift, personaloppfølging og økonomi, mens virksomhetsledere har det overordnede faglige, strategiske og økonomiske ansvaret. Det opplyses også om at virksomhetslederne sikrer seg oversikt over aktiviteter og ressursbruk gjennom faste møtearenaer kombinert med bruk av fagsystemer. Knyttet til hvordan kommunen arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, viser revisjonen også til omtale av kommunalområdets kvalitetsgruppe i kapittel 4.2.3.

Bemanning

Tabell 1 Bemanning i tjenesteområde Hjemmesykepleie

Antall årsverk			
Tjenesteområde Hjemmesykepleie			
	2023	2024	2025
Stab	5,00	3,00	4,00
Hjemmesykepleie nord	71,77	122,05	119,18
Hjemmesykepleie syd	112,26	97,58	118,64
Hjemmesykepleie øst	83,60	88,72	113,6
Hjemmesykepleie vest	82,73	84,34	99,4
Helseparken	128,25	128,26	143,89
Totalt	483,61	523,95	598,71

Det fremkommer av virksomhetsplanen at det er nesten 600 årsverk i tjenesteområdet per 2025. I forbindelse med omorganiseringen i 2024, ble det vedtatt at Ressursenheten tilknyttet Hjemmesykepleie og Omsorgssentre skulle legges ned. Fra 01.01.2025 er faste stillinger i Ressursenheten overført og fordelt ut til virksomhetene. Dette forklarer økningen i antall årsverk fra 2023 til 2025.

Økonomisk status tjenesteområde Hjemmesykepleie, per 2. tertial 2025

Tjenesteområdet rapporterer følgende hovedtall for driften i 2. tertialrapport 2025⁶.

Tabell 2 Økonomisk status Hjemmesykepleie, 2. tertial 2025

Tjenesteområde Hjemmesykepleie	
Revidert budsjett per 2. tertial	358 191
Regnskap per 2. tertial	363 163
Avvik hittil i år	-4 972
Opprinnelig budsjett 2025	563 101
Revidert budsjett 2025	550 830
Siste prognose for tjenesteområdet (inkludert lønn)	563 830
Avvik – prognose for 2025	-13 000

(Beløp i 1000)

Tjenesteområde Hjemmesykepleie rapporterer et antatt merforbruk på 13 millioner kroner i 2025, etter korrigerende tiltak.

Hovedårsakene til det forventede avviket er:

- Ikke-oppnådd effekt av vedtatte innsparingstiltak (3,4 mill.)
- Økning i variable lønnsutgifter, inkl. sykefraværsrefusjon (8,7 mill.)
- Ressurskrevende bruker Helseparken (0,5 mill.) og nye vedtak om 1:1 oppfølging
- 1,9 årsverk merforbruk på natt Helseparken for å sikre forsvarlig drift etter økt pasientflyt (0,8 mill.)
- Kjøp av sykepleietjenester pga. manglende kompetanse, ledige sykepleiestillinger

⁶ 2. tertialrapport ble behandlet i bystyret 23.10.2025

4.2.2 Risikovurderinger

Kommunalsjefen opplyser at det gjennomføres ROS-analyser for hjemmesykepleien. Det er den overordnede ROS-analysen for tjenesteområdet som danner grunnlaget for utarbeidelsen av forenklede ROS-analyser. Hun forteller at kommunen nå har lagt ned et sykehjem og to omsorgsboliger. I den forbindelse er det utarbeidet en ROS-analyse i samarbeid med involverte ledere, verneombud og tillitsvalgte. Det foreligger også forenklede ROS-analyser knyttet til budsjettet i virksomhetene.

Virksomhetsleder i Hjemmesykepleie Nord opplyser at det er gjennomført risikovurderinger for virksomhet Nord. Hun forteller at det foreløpig har vært satt søkelys på vold og trusler, både knyttet til enkeltpasienter og til hvordan det er å jobbe i hjemmesykepleien. Hun beskriver at situasjonen kan oppleves som krevende spesielt med hensyn til rus/psykiatri. Det er uheldige hendelser knyttet til dette som er bakgrunnen for at det er gjennomført risikoanalyser knyttet til denne tematikken. Virksomhetsleder opplyser at det har vært arbeidet med en mer overordnet ROS analyse over tid. Denne vil ferdigstilles tidlig i 2026. Det har vært bred involvering i denne prosessen, blant annet med verneombud, tillitsvalgte, virksomhetsleder og avdelingsleder. Prosessen har vært ledet av Bedriftshelsetjenesten. Virksomhetsleder opplyser at det også er gjort risikoanalyser på individnivå i de tilfeller hvor man har sett at dette er nødvendig.

En annen av virksomhetslederne bekrefter at det utarbeides ROS-analyser på virksomhetsnivå. Denne virksomhetslederen forteller at disse analysene gjerne utarbeides sammen med andre virksomheter. Denne virksomhetslederen bekrefter at det pågår et samarbeid med Bedriftshelsetjenesten som gjelder en ROS-analyse knyttet til trusler og vold mot ansatte i hjemmetjenesten, dvs. situasjoner som kan oppstå hjemme hos brukerne. Denne virksomhetslederen peker også på at ROS-analyser knyttet til fare for brann er også veldig aktuelt i hjemmesykepleien. Denne virksomhetslederen opplyser at ROS-analyser er viktige verktøy når det å vurdere gjelder hvilke tiltak som skal igangsettes. Et annet poeng er at ROS-analysene bidrar til at man tilnærmer seg samme problemstilling like måter fra virksomhet til virksomhet. Dette bidrar til å sikre like tjenester på tvers av virksomhetene. Det opplyses også om at man kontrollerer at risikovurderingene faktisk er i bruk og følges opp ute i tjenesten gjennom daglig ledelse, intern rapportering og i ledermøter hvor risiko og HMS er faste tema.

Eksempel på risikovurdering: Risikoanalyse - trusler og vold

Dokumentet «Risikoanalyse – Trusler og vold» omhandler systematisk kartlegging og vurdering av risiko for trusler og vold mot ansatte, primært innen helse- og omsorgstjenester. Analysen tar for seg både organisatoriske, menneskelige og fysiske forhold som påvirker arbeidstakernes sikkerhet.

Analysen er strukturert rundt flere hovedområder:

Arbeidets organisering og tilrettelegging

Dokumentet viser at arbeid på kveld, natt og helg, samt mangelfull ledelsesoppfølging utenom dagtid, gir økt risiko for uønskede hendelser. Manglende informasjonsflyt mellom vakter og avdelinger trekkes frem som en gjennomgående utfordring.

Informasjon, opplæring og medvirkning

Flere risikoforhold er knyttet til utilstrekkelig opplæring, mangelfull kjennskap til rutiner og uklare ansvarsforhold. Spesielt fremheves manglende eller ufullstendig dokumentasjon om pasienter, herunder journalinformasjon og varsler knyttet til trygghetsalarm.

Arbeidssituasjoner med forhøyet risiko

Analysen identifiserer økt risiko ved arbeid alene, hjemmebesøk hos pasienter, arbeid i private hjem og situasjoner der ansatte håndterer pasienter med rus, psykiske lidelser eller utagerende atferd. Redusert bemanning og uforutsette hendelser forsterker denne risikoen.

Fysiske og tekniske forhold

Manglende oversikt over omgivelser, utilstrekkelig adgangskontroll og begrenset tilgang på fungerende alarm- og kommunikasjonsutstyr beskrives som sentrale risikofaktorer. Det påpekes også at ikke alle ansatte har tilgang til alarm i tjenestebil eller ved hjemmebesøk.

Risikoanalysen identifiserer flere forhold med risiko. De mest kritiske risikofaktorene som identifiseres i analysen knytter seg for eksempel til alenearbeid på utsatte tidspunkt som kveld og helg. I tillegg til dette pekes det på at mangelfull informasjonsdeling om pasienter kan medføre risiko, samt at utilstrekkelig opplæring og manglende etterlevelse av rutiner også vurderes som risikofaktorer. Redusert bemanning og derav manglede mulighet til rask bistand i situasjoner hvor det er behov for dette trekkes også frem som et risikomoment.

Andre forhold

Intervjuene med virksomhetslederne viser en gjennomgående opplevelse av svak samhandling mellom Helseforvaltning og hjemmesykepleie. Flere virksomhetsledere beskriver at dialogen har blitt redusert etter sentralisering av vedtaksmyndigheten, og at faste møteplasser har falt bort. Dette har ført til at vedtak tidvis fattes uten tilstrekkelig innsikt i pasientens faktiske funksjonsnivå og hjemmesykepleietjenestens kapasitet. Det pekes på variasjon i saksbehandlernes forståelse av hjemmesykepleiens arbeid, og risiko for at tjenestenivå legges på et minimumsnivå av økonomiske hensyn. Konsekvensen kan være at hjemmesykepleien må foreta løpende justeringer for å sikre forsvarlige tjenester.

Leder for tjenestetildelingssjefen fremhever at Helseforvaltningen har et helhetlig ansvar for at tjenestetildeling er i henhold til lov og forskrift. Det pekes på at sentralisert vedtaksmyndighet sikrer likebehandling på tvers av distrikter. Hun mener det er en fare for at hjemmesykepleien primært ser enkelt saker, mens helseforvaltningen vurderer funksjonsnivå og samlede behov i et større perspektiv. Hun understreker at de fleste sakene håndteres i enighet, og at hjemmesykepleien er gode på å melde endrede behov.

4.2.3 Håndtering av avvik

Årsrapporten for 2024 beskriver avvikshåndtering som et sentralt virkemiddel for kvalitetssikring, pasient- og brukersikkerhet og kontinuerlig forbedring i hjemmesykepleien. Arbeidet med avvik er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og har som hovedmål å identifisere svikt, lære av uønskede hendelser og forebygge gjentakelser. Avvik forstås ikke bare som enkeltfeil, men som et grunnlag for organisatorisk læring og forbedring av tjenestene.

Det meldes avvik innen flere kategorier, blant annet tjenestekvalitet, legemiddelhåndtering, HMS samt informasjonssikkerhet og personvern. I årsrapporten beskrives det at etatene arbeider systematisk med forbedringsarbeid og pasient- og brukersikkerhet. Innmeldte avvik, behov og eventuelle forbedringsforslag er fast tema i ledergrupper, kvalitetsteam og HMS-grupper på ulike nivåer i organisasjonen. Gjennomgangen av avvik brukes til å avdekke mønstre, vurdere risiko og prioritere forbedringstiltak, både på virksomhetsnivå og på overordnet nivå i seksjonen. Internkontroll er en viktig del av dette arbeidet, og det gjennomføres jevnlig kontroller av pasientjournaler, legemiddelhåndtering og etterlevelse av prosedyrer.

Tabell 3 Oversikt over innmeldte avvik perioden 2022 - 2024

	2022	2023	2024
Avvik (totalt)	646	937	839
HMS	151	202	155
Informasjonssikkerhet og personvern	11	13	3
Tjenestekvalitet	217	221	357
Legemiddelhåndtering	256	478	423
Hjelpemiddelformidling	0	2	0

I hjemmesykepleien har det i 2024 vært en reduksjon i totalt antall meldte avvik sammenlignet med året før. Den største avvikskategorien gjelder legemiddelhåndtering, der årsakene ofte knyttes til manglende eller utilstrekkelig oppdaterte tiltaksplaner, eller at planer ikke er lest av ansatte. Dette har ført til økt oppmerksomhet på dokumentasjon, sjekklister og opplæring. Det er også rapportert et fåtall svært alvorlige avvik, som håndteres særskilt med gjennomganger og oppfølgingstiltak.

Tilsyn fra Statsforvalteren i 2024, knyttet til bruk av elektronisk medisineringsstøtte, avdekket mangler i ledelsens systematiske oppfølging av egnethetsvurderinger, opplæring og evaluering. Som følge av dette er det etablert egne arbeidsgrupper som skal revidere prosedyrer, forbedre dokumentasjon og styrke styringstiltakene. Dette arbeidet ble videreført inn i 2025 og illustrerer hvordan eksterne tilsyn inngår som en del av avvikssystemet og forbedringssløyfen.

I årsrapporten hevdes det at arbeidet med avvik er strukturert, kjent i organisasjonen og integrert i ledelses- og kvalitetsarbeidet. Samtidig peker dokumentet på behov for fortsatt styrking av dokumentasjon, opplæring og oppfølging for å sikre at læring fra avvik i større grad omsettes til varige forbedringer i praksis.

Kommunalsjefen opplyser at kommunen har en kultur for å melde avvik, selv om det kan variere litt på det ytterste ledd. Hun forteller at det jobbes kontinuerlig med å skrive gode avvik, og forståelsen av hva et avvik er. Kommunen benytter Compilo (kvalitetssystem) hvor avvik skal registreres. Avvik behandles av nærmeste leder /avdelingssykepleier, som er ansvarlig for å lukke avviket eller videresende til rett behandler. Det skal alltid gis en tilbakemelding til den som har meldt avviket, og avviket arbeides med i relevant avdeling/ virksomhet. Verneombudet settes automatisk på kopi ved registrering av avvik.

Virksomhetslederne bekrefter at alle virksomheter i hjemmesykepleien benytter elektronisk avvikssystem der ansatte melder avvik og ledere har ansvar for oppfølging. Lederne opplever at systemet er godt etablert. Virksomhetslederne opplyser at registrerte avvik benyttes aktivt i opplæring og endring av praksis. Dette gjøres blant annet ved at avvik analyseres over tid, mønstre identifiseres og tiltak iverksettes.

Kommunalsjefen opplyser at for kommunalområdet Helse er det etablert en egen kvalitetsgruppe. Denne kvalitetsgruppen styres av staben. Kommunalsjefen beskriver dette som en kompetent kvalitetsgruppe som involverer kommuneoverlege, jurist og spesialkonsulenter. I tillegg til dette er det en egen kvalitetsgruppe i hjemmesykepleiens tjenesteområde som jobber med prosedyreutvikling, rutiner og evaluering. Det er også etablert egne samskapingsgrupper som jobber med temaer på overordnet nivå. Hensikten er at dette arbeidet skal komme alle virksomhetene til gode for å oppnå likhet i tjenesteutøvelsen. Kvalitet er ut fra dette på dagsorden i kommunalsjefens ledermøter. Det er i tillegg en fagansvarlig i kommunalsjefens ledergruppe som har et spesielt ansvar for faget, og som også jobber med fagarbeid ute i tjenestene. Kommunen har også egne fagutviklingssykepleiere som jobber i virksomhetene. Disse bidrar med internundervisning, og de kan være med ut i tjenesten for å veilede eller gi opplæring i for eksempel legemiddelhåndtering og andre relevante temaer.

Kommunalsjefen opplyser at ved veldig alvorlige hendelser skal Statsforvalteren varsles. Denne type hendelser har kommunen god oversikt over. Dersom det skjer en alvorlig hendelse vil hun som øverste leder av hjemmesykepleien få beskjed om dette, også utenfor ordinær arbeidstid. Også virksomhetslederne opplyser at alvorlige hendelser raskt meldes til virksomhetsleder, enten via avvikssystem, gjennom direkte dialog eller i møter.

Kommunalsjefen opplyser at det foreligger en rutine som skal benyttes ved alvorlig legemiddelavvik, eksempelvis der en pasient må legges inn på sykehus grunnet feilmedisinering. I slike tilfeller er det fagstaben som hjelper til med innmeldingen av hendelsen i etterkant. Tilsvarende gjelder hvis ansatte kan stå i fare for å miste en lisens, eller ved samhandlingsavvik, altså avvik knyttet til helseforetakene. Det er likevel alltid nødvendig å vurdere både alvorlighetsgrad og konsekvens. Kommunalsjefen viser til et eksempel der en pasient kommer inn på korttidsavdeling fredag kveld uten epikrise. I slike tilfeller vil det føres et samhandlingsavvik. Dokumentasjonen av dette ligger i egne saksmapper i sak/arkivsystemet Elements.

4.2.4 Ansattes kompetanse

Fredrikstad kommune har utarbeidet funksjons- og tjenestebeskrivelser for hjemmesykepleien. I dette dokumentet fremkommer det hvilke kvalifikasjonskrav som stilles for de ulike stillingene i virksomheten. Dokumentet inneholder beskrivelser for følgende stillingskategorier:

1. Virksomhetsleder
2. Avdelingssykepleier
3. Samhandlingssykepleier
4. Fagutviklingssykepleier
5. Sykepleier
6. Vernepleier
7. Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider
8. Assistent

For virksomhetslederen er det krav om minimum 3-årig relevant høgskoleutdanning. Det er også ønskelig med lederutdanning fra høgskole eller universitetsnivå. Det beskrives videre at virksomhetslederen bør ha erfaring fra virksomhetens fagområde.

Det stilles krav til autorisasjon som sykepleier for alle sykepleierstillinger. Utover dette stilles det varierende krav med hensyn til ledererfaring og annen relevant kompetanse. Også når det gjelder stillingene som vernepleier stilles det krav om autorisasjon. Det samme kravet om autorisasjon er fastsatt for stillingskategoriene hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider.

Den eneste stillingstypen som ikke har krav om autorisasjon, er assistentstillingene. Her er kravet at stillingsinnehaveren bør ha allsidig arbeidserfaring og relevant praksis.

I årsrapport for hjemmesykepleien 2024 redegjøres det for gjennomførte kompetansehevende tiltak. Her fremkommer det blant annet at Fredrikstad kommune deltar i læringsnettverket «Mentor for storbyer», sammen med for eksempel Bergen, Kristiansand, Asker og Oslo. Målet med dette tiltaket er at nytilsatte skal følges opp på en god og strukturert måte, for gjennom dette å skape trygge og kompetente medarbeidere som blir værende i virksomheten.

I virksomhetsplanen for hjemmesykepleien er det presenteres det som kalles «Kompetansehjulet for hjemmesykepleie».



Figur 2 Kompetansehjulet for hjemmesykepleien

Vi ser av dette kompetansehjulet at hjemmesykepleien setter søkelys på en rekke temaer i løpet av arbeidsåret. I perioden januar – mars har man fokus på ulike sider ved journalføring og dokumentasjonsplikt, i tillegg til at det skal gjennomføres kurs i observasjonskompetanse. I april og juni har man fokus på palliasjon og demensomsorg, og man skal også gjennomføre en opplæringspakke for ferievikarer. Planen legger videre opp til at man i løpet av året skal ha fokus på bruk av velferdsteknologi, vold og trusler i arbeidssituasjonen, brannforebygging, rehabilitering og samarbeid med nærmeste pårørende og verge.

Årsrapporten dokumenterer at det ble gjennomført omfattende intern opplæring i 2024. 169 ansatte i hjemmesykepleien fikk opplæring i observasjonskompetanse (ProACT-opplæring). Det ble også gjennomført opplæring og sertifisering av ansatte i ADL og IPLOS. I tillegg til dette dokumenteres det at man har gjennomført et stort antall e-læringskurs – 1593 for hjemmesykepleien sin del. Det fremkommer også at hjemmesykepleien i Fredrikstad har hatt 94 studenter i praksis i løpet av driftsåret 2024.

Fagutviklingssykepleiere har en sentral rolle i kompetansesarbeidet, med ansvar for internundervisning, prosedyrer og kvalitetsforbedring (Årsrapport 2024, s. 14 og 22). Det opplyses videre at det er etablert kvalitetsteam i både hjemmesykepleie og omsorgssentre som arbeider med dokumentasjon, legemiddelhåndtering, internkontroll og kompetansetiltak. SimFredrikstad benyttes aktivt som øvings- og treningsarena i samarbeid med Høgskolen i Østfold. Dette er et senter tilrettelagt for undervisning, tverrfaglig samarbeid, ferdighetstrening, simulering og egentrening. Senteret er utstyrt med ulike treningsdukker, simulatorer, tekniske- og velferdsteknologiske hjelpemidler, medisinskteknisk utstyr, og utstyr for kommunikasjon og veiledning.

Kommunalsjefen har opplyst at det foreligger et overordnet kompetansehjul på helse, samt et eget kompetansehjul for hjemmesykepleien. Sistnevnte viser hvilke temaer som er aktuelle gjennom året når det

gjelder kompetanseutviklingsaktiviteter. Hun forteller også at oversikt over ansattes kompetanse finnes i Visma/HRM og GAT.

Virksomhetslederne bekrefter at virksomhetene har oversikt over de ansattes formelle kompetanse. Flere av virksomhetslederne opplyser at disse oversiktene brukes aktivt i planlegging av drift. Rekruttering av personale med rett kompetanse beskrives som en kontinuerlig utfordring.

En av brukerrepresentantene ga uttrykk for at han opplevde at det kunne være variasjoner i kunnskap og kompetanse knyttet spesielt til det pleiebehovet denne brukeren hadde. Denne brukerens erfaring var at det særlig i helger og i forbindelse med avvikling av ferie, oppsto slik problematikk. Med bakgrunn i dette stilte brukeren spørsmål ved om enkelte av hjemmesykepleiens ansatte rent faktisk hadde nødvendig kompetanse til å iverksette de pleiefaglige prosedyrer som denne brukeren var i behov av.

4.2.5 Brukermedvirkning

Kommunalsjefen opplyser at hjemmesykepleien vektlegger brukermedvirkning allerede fra det første møtet med brukeren. Hjemmesykepleien benytter seg av det som kalles sjekkliste 1, hvor pasientens behov kartlegges og hvor forventninger til tjenesten avklares. Kommunalsjefen opplyser også at brukermedvirkning også er en sentral målsetning i forbindelse med utforming av tiltaksplaner. Aktiv involvering av pasient i egen hverdag, med fokus på hverdagsmestring er et annet eksempel på at brukermedvirkning settes i fokus. Det samme gjelder bruk av primærkontaktordning for kontinuitet og trygghet. Gjennom samarbeid mellom hjemmesykepleien og den enkelte pasient er hensikten å ansvarliggjøre den enkelte pasient, slik at den enkelte pasient så langt det lar seg gjøre, tar ansvar for sin egen livssituasjon.

I dokumentet «Veileder i dokumentasjon og tiltaksplan med journaltyper» kommer det frem at pasientens tiltaksplan skal «... i så stor grad som mulig utformes og evalueres sammen med pasient/bruker, eventuelt pårørende...». Veilederen beskriver hva innholdet skal være i en tiltaksplan. Under overskriften «Mål» sies det at målene for tiltakene skal være basert på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Brukerens opplevelse av hvilke behov man har skal altså være med å danne grunnlaget for tiltaksplanen. Også i dokumentet «Sjekkliste 1 Medisinsk kartlegging av pasienten» er det beskrevet at man skal stille spørsmål til pasienten om hva som er viktig. Den samme metodikken er nedfelt i det som kalles sjekkliste 2. Dette er et dokument som skal brukes i forbindelse med funksjonskartlegging av pasienten. I denne prosedyren er det også vektlagt samhandling med pasienten i forhold til blant annet å beskrive hvordan fungerer i det daglige.

Funksjonsbeskrivelsen for samhandlingssykepleierne beskriver at denne gruppen ansatte har ansvar for å sikre rutiner for samarbeid og samhandling for den enkelte pasient. I sykepleiernes funksjonsbeskrivelse er det beskrevet at sykepleierne skal kartlegge sykepleiebehov, prioritere og iverksette sykepleietiltak. Sykepleierne har også ansvar for å sikre kvaliteten i den direkte tjenesteytingen. Ansatte gruppene hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har de samme ansvar beskrevet i sine funksjonsbeskrivelser.

I årsrapport for 2024 fremkommer det at brukermedvirkning er et gjennomgående prinsipp i tjenestene og knyttes tett til hverdagsmestring, egenansvar og personsentrert omsorg. Årsrapporten beskriver pårørende som en viktig ressurs og samarbeidspartner i tjenestene. Det legges vekt på tidlig kontakt og forventningsavklaringer, og pårørende inviteres til samarbeidsmøter der dette er hensiktsmessig. I demensomsorgen har pårørendearbeidet en særlig fremtredende rolle, blant annet gjennom gjennomføring av det som kalles Pårørendeskole. Dette er et kursopplegg som går over 5 kvelder, to ganger per år. I 2024 hadde man totalt 108 deltakere. Tiltak som Demenskolet og Inn på Tunet trekkes frem som

verdifulle både for brukere og pårørende, ved at de bidrar til fellesskap, mestring og etablering av nye nettverk. Brukererfaringer brukes også aktivt i forbedrings- og utviklingsarbeidet. Tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, både gjennom strukturerte samtaler, spørreskjema og klagesaker, behandles systematisk i ledergrupper og kvalitetsteam og brukes som grunnlag for forbedring der det er faglig og økonomisk mulig.

Kommunalsjefen forteller at tjenesten har et system som skal sikre brukermedvirkning helt i fra starten av et behandlingsforløp. Hun forteller at når det kommer en bestilling fra helseforvaltningen, det vil si at det er innmeldt en ny pasient til hjemmesykepleien, så har hjemmesykepleien en rutine for kartlegging. I alle kartleggingssamtaler og ved gjennomgang av sjekklister stilles spørsmålet «Hva er viktig for deg»? Relevante spørsmål vil her være hvordan behovene kan møtes, samt hva pasienten kan gjøre selv. Kartleggingen journalføres i Gerica.

Kommunalsjefen har opplyst at man ikke har gjennomført brukerundersøkelser de siste årene. Det er planlagt å gjennomføre en brukerundersøkelse i hjemmesykepleien i løpet av inneværende år (2026). Virksomhetslederne peker på at brukermedvirkningen skjer i dialog med pasienter og pårørende. Virksomhetene har systematiske oppfølginger av pasientene gjennom faste evalueringer og ordningen med at hver enkelt pasient har en primærkontakt.

Brukerrepresentantene som revisjonen intervjuet opplyser at de fikk medvirke i utformingen av den tjenesten de hadde behov av i hjemmet. I denne forbindelse gir alle tre uttrykk for at de har fått gode hjelpemidler til å håndtere sin egen situasjon. En av brukerne forteller at vedkommende har «fått alle hjelpemidler som det er søkt om». Denne brukeren peker også på at hjelpemidlene var på plass i hjemmet raskt og effektivt. En annen av brukerne gir uttrykk for at det var vanskelig å komme med presise og gode tilbakemeldinger på behov før man reiser hjem og faktisk erfarer hvordan det er å leve med sykdom, og i dette tilfelle funksjonsnedsettelse, hjemme. Samme bruker forteller også at overgangen mellom Helsehus og hjem ble utfordrende fordi ikke alle nødvendige hjelpemidler var på plass i hjemmet.

På spørsmål fra revisjonen om brukerne har blitt spurt om hvordan de opplever tjenestene etter at de har kommet hjem, gir alle tre brukere uttrykk for at de ikke kan erindre at dette er blitt gjort på noen systematisk måte. Det pekes likevel på at det er rom for å gi tilbakemeldinger i forbindelse med at man får besøk av hjemmesykepleien.

I sak 3/2026, som ble behandlet i Helseutvalget 28. januar 2026, ble det orientert om at kommuneområdet Helse vil gjennomføre pårørende- og brukerundersøkelser inneværende år. Resultatene fra undersøkelsene skal legges frem for Helseutvalget når de er gjennomført. Det skal samtidig utvikles en automatisert løsning for kontinuerlig innhenting og analyse av tilbakemeldinger fra brukere og pårørende. Målsettingen er at denne løsningen skal kunne tas i bruk i 2027.

4.2.6 Brukernes grunnleggende behov

Revisjonens kontroll viser at Fredrikstad kommune har rutiner for å kartlegge den enkelte pasients behov. Hjemmesykepleien benytter seg av to sjekklister for å sikre at behov avdekkes og at relevante tiltak iverksettes.

Dokumentet «Sjekkliste 1 Medisinsk kartlegging av pasienten» benyttes for å kartlegge brukernes medisinske status. Denne kartleggingen skal utføres av sykepleier eller helsefagarbeider innen tre virkedager. Prosedyren sier at denne kartleggingen skal gjennomføres på alle nye pasienter som skrives inn i tjenesten. Det gis også retningslinjer om hvor denne kartleggingen skal journalføres.

Kartlegging i henhold til «Sjekkliste 1» innebærer at man ved siden av å sjekke medisinske status knyttet til for eksempel respirasjon og sirkulasjon (hjerne- og lungefunksjon) også skal kontrollere ernæringsmessig status og eventuelle behov knyttet til personlig stell og hygiene. Fallrisiko er et annet forhold som skal kartlegges og vurderes.

«Sjekkliste 2» er en prosedyre som skal gjennomføres av pasientens primærkontakt innen 6 måneder etter at pasienten er innskrevet. Denne prosedyren skal brukes på alle pasienter i hjemmesykepleien som er nye i tjenesten, og som skal motta tjenester utover fire uker. Det fremkommer også i denne prosedyren hvor kartleggingen skal dokumenteres og journalføres.

På samme måte som i «Sjekkliste 1» skal primærkontakten kontrollere medisinske forhold. I tillegg til dette skal pasientens grunnleggende behov knyttet til ernæring, mobilitet, hygiene og stell, kontrolleres og evalueres. En av punktene i sjekklisten omhandler hvordan man bør gå frem for å kunne gi pasienten hjelp på en individuelt tilpasset måte.

Årsrapporten for 2024 beskriver arbeidet med å møte brukernes grunnleggende behov som en kjerneoppgave i både hjemmesykepleien og omsorgssentrene, og dette knyttes tydelig til verdighet, trygghet, personsentrert omsorg og hverdagsmestring. Grunnleggende behov forstås bredt og omfatter ikke bare medisinsk og praktisk hjelp, men også behov for trygghet, ernæring, aktivitet, sosial tilhørighet, mestring og respekt for den enkeltes livssituasjon og verdier.

Rapporten understreker at tjenestene skal bidra til at brukerne kan leve et selvstendig og verdig liv lengst mulig, enten i eget hjem eller i institusjon. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom vektleggingen av hverdagsmestring som grunnleggende tilnærming i all tjenesteyting. Ansatte skal støtte brukerne i å bruke egne ressurser, delta i daglige aktiviteter og opprettholde funksjon, fremfor å overta oppgaver unødvendig. Tiltaksplaner skal beskrive både behov og ressurser, og oppdateres fortløpende for å sikre at hjelpen er tilpasset den enkeltes situasjon.

For brukere ved omsorgssentrene beskrives arbeidet med grunnleggende behov gjennom strukturerte rutiner, måltidsfokus, aktivitetsplaner og tilrettelegging for meningsfulle hverdager. Samtidig peker rapporten på at dokumentasjon av disse behovene i tiltaksplaner ikke alltid er tilstrekkelig, og at dette er et forbedringsområde.

For hjemmesykepleien beskrives grunnleggende behov i sammenheng med helhetlige pasientforløp og økt kompleksitet i pasientgruppen. Pasientene er ofte skrøpelige eldre med sammensatte behov, og rapporten fremhever betydningen av tidlig kartlegging, forventningsavklaringer og kontinuitet gjennom primærkontaktordning. Grunnleggende behov som trygghet i eget hjem, riktig legemiddelhåndtering, ernæring og forebygging av forverring ivaretas gjennom systematiske sjekklister, internkontroller og tverrfaglig samarbeid.

Rapporten legger også vekt på betydningen av pårørende i ivaretagelsen av brukernes grunnleggende behov. Pårørende sees som en ressurs og samarbeidspartner, og tidlig dialog, forventningsavklaringer og pårørendesamtaler trekkes frem som viktige for å sikre helhetlig omsorg. I demensomsorgen fremheves tiltak som pårørendeskoler, Demensskolen og dagtilbud som bidrag til både brukernes og pårørendes behov for støtte, fellesskap og mestring.

Samlet sett formidler årsrapporten at arbeidet med brukernes grunnleggende behov er tydelig forankret i verdigrunnlag, faglige metoder og strukturerte arbeidsprosesser. Samtidig synliggjøres utfordringer knyttet til økt pasientkompleksitet, høyt arbeidspress og dokumentasjonskvalitet, noe som innebærer at

arbeidet med å sikre en helhetlig og verdig ivaretagelse av grunnleggende behov må videreutvikles og styrkes.

Kommunalsjefen opplyser at tjenesten benytter seg av sjekklister som skal sikre at pasientens grunnleggende behov blir ivare tatt. Dette bekreftes av virksomhetslederne som også viser til at det finnes tydelige rutiner og prosedyrer som dekker kravene i kvalitetsforskriften. Alle virksomhetsledere fremhever betydningen av personsentrert omsorg. Verdigrunnlag og holdninger hos de ansatte trekkes også frem som viktige faktorer i denne sammenheng. Virksomhetslederne kontrollerer at rutiner og prosedyrer følges opp, blant annet ved systematiske gjennomganger av journaler.

De tre brukerrepresentantene revisjonen intervjuet ga alle uttrykk for at de fikk dekket sitt behov for pleie. De var også gjennomgående fornøyd med det tilbudet de fikk. Alle tre peker på at det fra tid til annen kan være forsinkelser knyttet til når de får tjenester. Dette oppleves som frustrerende og til tider krevende. Det opplyses også at det varierer i hvilken grad de får beskjed om at hjemmesykepleien er forsinket. Klarere og tydeligere tilbakemeldinger på dette er ønskelig.

4.2.6.1 Mappegjennomgang

Et sentralt element i internkontrollen til hjemmesykepleien i Fredrikstad er at alle virksomheter, to ganger per år, plukker ut et antall brukermapper som kontrolleres. Brukermappene kontrolleres for følgende:

- **ADL – dato**
Kartlegging av ADL brukes for å vurdere pasientens funksjonsnivå og behov for helsehjelp i hjemmet. Denne kontrollen sjekker altså om, og når denne kartleggingen er gjort
- **ADL – samsvar med tiltaksplan**
Under dette punktet kontrolleres det om det er samsvar mellom kartlegging og plan for tiltak
- **IPLOS – oppdatert**
IPLOS er et nasjonalt register over personer som søkte eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Her kontrolleres det altså om dette nasjonale registeret er oppdatert med opplysninger for den enkelte bruker
- **Ernæringskartlegging**
Her kontrolleres det om man har kartlagt ernæringsmessig status hos pasienten
- **Hvis ernæringssituasjonen er kartlagt, er det samsvar mellom ADL og tiltaksplan**
Her kontrolleres det om det er planlagt og iverksatt tiltak i de tilfeller hvor det avdekkes ernæringsmessig risiko.
- **Er det behov for endringsmelding**
Her kontrolleres det om det er behov for endringsmelding. Dette vil skje dersom pasientens behov har endret seg over tid.
- **Er sjekkliste 1 utført?**
Her kontrolleres det om man har gått gjennom sjekkliste 1 for pasienten
- **Er sjekkliste 2 utført?**
Her kontrolleres det om man har gått gjennom sjekkliste 2 for pasienten.
- **Er det vurdert økt risiko for brannrisiko**
Her kontrolleres det om pasientens situasjon innebærer noen form for økt brannrisiko
- **Inneholder dokumentasjonen en rød tråd**
Her kontrolleres det om dokumentasjonen i brukermappen er konsistent og sammenhengende. Det som i denne sammenheng beskrives som en «Rød tråd».

Revisjonen har fått oversendt den siste internkontrollgjennomgang fra hver enkelt virksomhet i hjemme- sykepleien. Det oversendte materialet omhandler i alt 90 enkeltbrukere. Hver enkelt bruker er identifisert med sitt Gerica identifikasjonsnummer.

Gjennomgang viser at:

- Flere pasienter mangler ernæringskartlegging
- Flere pasienter har fått uriktig ADL-score
- Flere pasienter mangler sjekkliste 1 og 2.
- Flere pasienter mangler sjekkliste for brann
- Flere pasienter har manglete dokumentasjon

Revisjonen får opplyst at funn gjort i denne interne mappegjennomgangen følges opp av det enkelte team.

4.2.7 Føring av pasientjournal

Veileder i dokumentasjon og tiltaksplan med journaltyper

Fredrikstad kommune har utarbeidet dokumentet «Veileder i dokumentasjon og tiltaksplan med journaltyper». Dette er en faglig og operativ veileder for helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune. Formålet er å sikre korrekt, ensartet og lovpålagt dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (Gerica), samt god kvalitet i utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av tiltaksplaner

Veilederen beskriver krav til dokumentasjon med utgangspunkt i gjeldende lovverk, herunder helsepersonelloven, pasientjournalloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Dokumentet tydeliggjør at all helsehjelp utløser dokumentasjonsplikt, uavhengig av yrkesgruppe og autorisasjon.

Dokumentet beskriver hva som skal dokumenteres, herunder observasjoner, vurderinger, beslutninger, tiltak og oppfølging, samt krav om fortløpende og forståelig journalføring. Forskjellen mellom helsehjelp og tjenester som ikke er helsehjelp, og hvilke dokumentasjonskrav som gjelder i de ulike tilfellene forklares også. I tillegg til dette gjennomgås tiltaksplanens funksjon, innhold og struktur, inkludert status, ressurser, problem/utfordring, mål, tiltak/prosedyrer, tidsplan og evaluering.

Under pkt. 2 «Tiltaksplan» i veilederen fastslås det at tiltaksplanen skal beskrive pasient/brukers situasjon, mål og tiltak på en tydelig og konkret måte. Det skal komme frem konkrete datoer for evaluering av tiltakene. Det sies også at tiltaksplanen i så stor grad som mulig skal utformes og evalueres sammen med pasient/bruker, eller dennes pårørende og samarbeidende tjenester og instanser. Det er videre presisert at pasient/bruker er deltakende i utarbeidelsen av tiltak/prosedyre, på sine premisser og utfra helsepersonellens vurderinger. En forutsetning for en pasients samtykke er at denne er samtykkekompetent. Det vil si at bruker/pasient har forutsetninger for å forstå hvilke beslutninger som skal tas og kan ta stilling til dette.

Dokumentet legger også vekt på kvalitetsforbedring gjennom systematisk oppfølging og evaluering, illustrert ved Demings sirkel (planlegge–gjennomføre–evaluere–forbedre).

Prosedyre «Bruker og pasientjournal – Journalansvarlig»

Dokumentet beskriver rollen og ansvaret til journalansvarlig i Fredrikstad kommune knyttet til bruker- og pasientjournal. Formålet er å sikre at nødvendig informasjon om behandling og pleie blir dokumentert i

tråd med gjeldende lover, forskrifter og interne regler. Journalansvarlig, som i kommunen er virksomhetsleder, har et overordnet ansvar for den enkelte journal og for at journalføring skjer korrekt og i samsvar med lovkrav. Det innebærer også ansvar for å strukturere og samordne journalopplysninger, samt å sørge for at journalen blir opprettet, avsluttet og eventuelt rettet eller slettet etter gjeldende regler. Et viktig punkt i dokumentet er brukermedvirkning gjennom retten til innsyn: journalansvarlig skal sikre at pasientens og brukerens rett til innsyn i journalen blir håndtert i tråd med lovverket, noe som understøtter åpenhet og mulighet for aktiv deltakelse i egen oppfølging. Dokumentet viser også til sentrale lover som pasientjournalloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven, som samlet skal ivareta både forsvarlig dokumentasjon og brukernes rettigheter.

Kommunalsjefen opplyser at alle tilbakemeldinger fra pasient og pårørende blir journalført i Gerica. Alle avvik fra tiltaksplanen skal dokumenteres og journalføres.

To av brukerrepresentantene opplyser at de er usikre på om tilbakemeldinger fra dem til pleiepersonalet blir registrert. En av forteller at vedkommende har erfart at beskjeder som er gitt i forbindelse med hjemmesykepleien ikke har kommet videre.

Revisjonen viser for øvrig til funn knyttet til gjennomgang av brukermapper gjengitt under forrige overskrift (4.2.6).

4.2.8 Antallet pleiere som pasienter og brukere forholder seg til

Administrasjonen opplyser at det er svært vanskelig å gi et eksakt svar på hvor mange pleiere den enkelte bruker av hjemmesykepleie får besøk av i et gitt tidsrom. Hvor mange pleiere det vil være snakk om for den enkelte vil først og fremst avhenge av hva slags hjemmesykepleie man er i behov av, og deretter vil det avhenge av organisatoriske forhold som oppsett av arbeidslister og turnus. Administrasjonen understreker at alle pasientene har en primærkontakt. Dersom denne primærkontakten er på arbeid en gitt dag, er hensikten at vedkommende primærkontakt skal pleie «sine» pasienter. Dersom en primærkontakt er på jobb og ikke besøker en av «sine» pasienter kan det skyldes at den aktuelle pasienten ikke krever spesiell kompetanse av den som pleier. I slike tilfeller kan det skje at primærkontakten må besøke andre pasienter med spesifikke behov til pleierkompetanse. I tillegg til dette vil antallet pleiere som besøker en enkelt pasient være høyere enn det som er nødvendig som en konsekvens av opplæringsbehov. Administrasjonen opplyser at man er opptatt av at det alltid bør være en kjent ansatt hos pasienten. For å klare dette er det nødvendig med opplæring i forkant. Sykdom og fravær blant ansatte fører også til at arbeidslistene må omrokeres, med den mulige konsekvens at brukere kan oppleve å få besøk av pleiere de tidligere ikke har møtt.

På forespørsel fra revisjonen har administrasjonen plukket ut to tilfeldige pasienter for å kontrollere hvor mange ulike pleiere disse brukerne hadde i løpet av en uke. En pasient hadde behov for 2 pleiere og 3 besøk pr dag. Pasienten bor i bemannet omsorgsbolig med «faste» ansatte, men det må komme inn 1 ansatt fra arbeidslister ute i virksomheten for å bistå som pleier nr. 2. Denne brukeren hadde i løpet av en uke besøk av 16 forskjellige pleiere. En annen pasient, som bodde i privatbolig, med samme behov for antall pleiere og samme antall daglige besøk fikk i løpet av en uke besøk av 25 ulike pleiere.

Administrasjonen opplyser at hjemmesykepleien har tatt i bruk ruteoptimaliseringsverktøyet SPIDER, som hjelper til med å lage arbeidslister. Dette verktøyet skal optimalisere sammenhengen mellom kjøring mellom pasienter, kompetansebehovet til den enkelte pasient og primærkontaktfunksjonen. Selv om administrasjon per i dag ikke har eksakte tall å vise til, er inntrykket at dette verktøyet har bidratt til at antallet ulike pleiere som besøker en enkelt pasient har gått ned.

Et doktorgradsprosjekt som ble gjennomført noen år tilbake i tid bekrefter at brukere av hjemmesykepleie får besøk av mange forskjellige pleiere i et gitt tidsrom⁷. Denne studien av 79 eldre med langtids hjemmesykepleie i 12 forskjellige kommuner viste at pasientene i over en periode på fire uker forholdt seg til 17 ulike pleiere, og noen opptil 35. Forskningen viste også at pasientene det gjaldt sjelden klaget. De pårørende var derimot mer kritiske.

De tre brukerne som revisjonen har intervjuet i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen gjorde heller ikke noe stort poeng ut av antallet ulike pleiere som ga dem pleie. Alle tre brukere ga uttrykk for at de hadde forståelse for at antallet pleiere måtte bli høyt. Brukernes fokus var i all hovedsak rettet mot kvaliteten på tjenestene de mottok.

⁷ [Eldre hadde i snitt 17 ulike pleiere å forholde seg til](#)

4.3 Vurderinger

4.3.1 Mål, oppgaver og organisering

Revisjonens vurdering er at kommunen i hovedsak har etablert en struktur og et styringssystem som gir oversikt over hjemmesykepleiens mål, oppgaver og organisering. Tjenesteområdet er tydelig beskrevet i virksomhetsplan og organisasjonskart, og det foreligger delegasjonsreglement som klargjør ansvar og myndighet mellom nivåene i organisasjonen. Dette er i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring om at virksomheten skal ha oversikt over mål, oppgaver og organisering.

Det fremgår også at kommunen har etablert møtearenaer, lederstruktur og faglige støttefunksjoner som skal bidra til styring og kvalitetsutvikling i tjenestene. Samtidig viser datagrunnlaget at tjenesteområdet står i en situasjon med økende oppgavepress, utfordringer med rekruttering av kvalifisert personell og et forventet merforbruk i budsjettet. Slike rammebetingelser kan påvirke kommunens evne til å sikre stabile og forsvarlige tjenester over tid.

Revisjonen merker seg også at flere virksomhetsledere beskriver utfordringer i samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien etter sentralisering av vedtaksmyndigheten. Det er revisjonens vurdering at dersom vedtak fattes uten tilstrekkelig innsikt i hjemmesykepleiens kapasitet eller brukerens faktiske behov, kan dette innebære risiko for at tjenestenivået ikke fullt ut samsvarer med behovet.

Samlet vurderer revisjonen at kommunen har etablert et overordnet styringsgrunnlag for tjenesten, men at samhandlingen mellom vedtaksnivå og utførerleddet fremstår som et område med forbedringspotensial. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen vurderer om samhandlingen mellom tildelingskontoret og hjemmesykepleien er best mulig og at det eventuelt vurderes tiltak som sikrer at vedtak om hjemmesykepleie bygger på kunnskap om brukerens behov og tjenestens kapasitet.

4.3.2 Risikovurderinger

Revisjonens vurdering er at kommunen har etablert rutiner for gjennomføring av risikovurderinger i hjemmesykepleien. Datagrunnlaget viser at det gjennomføres ROS-analyser både på overordnet nivå for tjenesteområdet og på virksomhetsnivå. Det fremgår også at risikovurderinger utarbeides i forbindelse med organisatoriske endringer og i tilknytning til spesifikke risikoområder, blant annet vold og trusler mot ansatte. Arbeidet skjer med involvering av ledere, verneombud og tillitsvalgte, og i enkelte tilfeller med bistand fra bedriftshelsetjenesten. Dette tyder på at kommunen har etablert strukturer som legger til rette for å identifisere risiko for svikt i tjenestene.

Eksempelet på risikoanalyse knyttet til trusler og vold viser at kommunen gjennomfører systematiske vurderinger av både organisatoriske, menneskelige og tekniske risikofaktorer. Analysen identifiserer blant annet risiko knyttet til alenearbeid, informasjonsflyt, opplæring og bemanning. Slike analyser kan bidra til å gi ledelsen et grunnlag for å iverksette tiltak for å redusere risiko og styrke pasient- og bruker-sikkerheten.

Datagrunnlaget viser også at risikovurderinger følges opp gjennom daglig ledelse, intern rapportering og ledermøter hvor risiko og HMS er faste tema. Samtidig fremgår det at arbeidet med en mer helhetlig ROS-analyse for deler av hjemmesykepleien fortsatt er under utvikling, og at denne først forventes ferdigstilt i 2026. Dette indikerer at den samlede oversikten over risiko i tjenesten ikke er fullt ut etablert.

Som nevnt under forrige overskrift peker virksomhetslederne på utfordringer i samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien. Dersom vedtak om tjenester fattes uten tilstrekkelig innsikt i

pasientens funksjonsnivå eller tjenestens kapasitet, kan dette innebære en risiko for svikt i tjenestene, som også bør følges opp gjennom løpende risikovurderinger og tiltak.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen gjennomfører risikovurderinger og har rutiner for oppfølging av disse. Samtidig fremstår det som et forbedringsområde å sikre en mer helhetlig og systematisk oversikt over risiko i tjenesten. Revisjonen anbefaler at kommunen videreutvikler arbeidet med helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikrer at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.

4.3.3 Håndtering av avvik

Revisjonens vurdering er at kommunen i hovedsak har etablert et system for registrering og oppfølging av avvik i hjemmesykepleien. Avvik meldes i et elektronisk kvalitetssystem, og det kommer frem at både ansatte og ledere benytter systemet i praksis. Avvik behandles av nærmeste leder og følges opp i relevante avdelinger og virksomheter. Datagrunnlaget viser også at avvik gjennomgås i ledergrupper, kvalitetsteam og HMS-grupper, og at analysen av avvik brukes til å identifisere mønstre og iverksette forbedringstiltak. Dette indikerer at kommunen har etablert strukturer som bidrar til systematisk oppfølging av avvik.

Oversikten over meldte avvik viser at avvik rapporteres innen flere kategorier, særlig knyttet til legemiddelhåndtering og tjenestekvalitet. At det meldes et relativt høyt antall avvik tyder på at det eksisterer en viss meldekultur i tjenesten. Samtidig fremgår det at enkelte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering, ofte skyldes mangelfull dokumentasjon eller at tiltaksplaner ikke er oppdatert eller lest av ansatte. Dette kan indikere svakheter i etterlevelsen av etablerte rutiner.

Tilsynet fra Statsforvalteren i 2024 avdekket også mangler i ledelsens systematiske oppfølging av enkelte områder, særlig knyttet til egnethetsvurderinger, opplæring og evaluering ved bruk av elektronisk medisineringsstøtte. Kommunen har i etterkant etablert arbeidsgrupper for å revidere prosedyrer og styrke styringstiltakene. Revisjonen vurderer dette som et tegn på at kommunen benytter både interne og eksterne avvik som grunnlag for forbedringsarbeid.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen har etablert systemer og rutiner som legger til rette for systematisk håndtering av avvik. Samtidig viser funnene at det fortsatt er behov for å styrke arbeidet med oppfølging, dokumentasjon og læring fra avvik, slik at erfaringer i større grad omsettes til varige forbedringer i tjenesten. Revisjonen anbefaler at kommunen bør styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon, slik at læringspunkter fra avvik i enda større grad fører til varige forbedringer i praksis.

4.3.4 Ansattes kompetanse

Revisjonens vurdering er at kommunen i hovedsak har etablert strukturer og systemer som bidrar til å sikre oversikt over ansattes kompetanse og tilrettelegger for kompetanseutvikling i hjemmesykepleien. Det foreligger funksjons- og tjenestebeskrivelser som tydeliggjør kvalifikasjonskrav til de ulike stillingene i tjenesten. Dette bidrar til å klargjøre hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgaver i hjemmesykepleien.

Det fremgår også at kommunen har systemer for å registrere og følge opp ansattes kompetanse gjennom HR- og turnussystemer, og at virksomhetslederne benytter disse oversiktene i planlegging av drift. Dette indikerer at kommunen har et grunnlag for å ha oversikt over tilgjengelig kompetanse i tjenesten.

Datagrunnlaget viser videre at kommunen gjennomfører flere tiltak for kompetanseheving. Kompetansehjulet for hjemmesykepleien gir en struktur for planlagte kompetanseutviklingsaktiviteter gjennom året, og det er gjennomført omfattende opplæringstiltak, blant annet innen observasjonskompetanse, ADL- og IPLOS-registrering. I tillegg benyttes fagutviklingssykepleiere, kvalitetsteam og eksterne samarbeidsarenaer som SimFredrikstad i arbeidet med fagutvikling. Dette tyder på at kommunen arbeider systematisk med kompetanseutvikling.

Samtidig fremgår det av intervjuene at rekruttering av personell med riktig kompetanse oppleves som en kontinuerlig utfordring. En brukerrepresentant peker også på at det kan være variasjoner i kompetansen blant ansatte, særlig i perioder med ferieavvikling eller i helger. Dette kan indikere at det i enkelte situasjoner kan være utfordrende å sikre tilstrekkelig kompetanse i den daglige tjenesteutøvelsen.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen har etablert systemer for oversikt over kompetanse og gjennomføring av kompetansehevende tiltak. Samtidig kan rekrutteringsutfordringer og variasjoner i kompetansetilgjengelighet innebære risiko for at kompetansen i tjenesten ikke alltid er tilstrekkelig tilpasset brukernes behov. Revisjonen anbefaler at kommunen videreutvikler arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.

4.3.5 Brukermedvirkning

Revisjonens vurdering er at kommunen i stor grad har etablert rutiner og arbeidsformer som legger til rette for brukermedvirkning i hjemmesykepleien. Datagrunnlaget viser at brukermedvirkning er integrert i flere sentrale deler av tjenesteforløpet, blant annet gjennom kartlegging av behov, utforming av tiltaksplaner og oppfølging av pasienter. Bruken av sjekklister og metodikken knyttet til spørsmålet «Hva er viktig for deg?» tyder på at kommunen har etablert strukturer som skal sikre at brukernes egne behov og prioriteringer tas med i planleggingen av tjenestene.

Videre fremgår det at både ansatte og ledere legger vekt på dialog med brukere og pårørende i den løpende tjenesteutøvelsen. Ordningen med primærkontakt og faste evalueringer kan bidra til kontinuitet og til at brukernes erfaringer og behov fanges opp i oppfølgingen av tjenestene. Datagrunnlaget viser også at pårørende trekkes inn i samarbeidet der dette er relevant, og at kommunen har tiltak rettet mot pårørende, blant annet gjennom pårørendeskole i demensomsorgen.

Samtidig viser datagrunnlaget at det i liten grad har vært gjennomført systematiske brukerundersøkelser i hjemmesykepleien de siste årene. Brukerrepresentantene opplyser også at de ikke kan huske å ha blitt spurt på en systematisk måte om hvordan de opplever tjenestene etter at de har kommet hjem. Dette kan indikere at kommunen i begrenset grad har hatt et samlet og strukturert grunnlag for å innhente og analysere brukererfaringer på systemnivå.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen legger til rette for brukermedvirkning i den direkte tjenesteutøvelsen. Samtidig fremstår systematisk innhenting og bruk av erfaringer fra brukere og pårørende som et forbedringsområde. Revisjonen anbefaler at kommunen etablerer mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.

4.3.6 Brukernes grunnleggende behov

Revisjonens vurdering er at kommunen har etablert skriftlige rutiner og prosedyrer som skal bidra til å sikre at brukere av hjemmesykepleien får ivaretatt sine grunnleggende behov. Bruken av standardiserte kartleggingsverktøy, blant annet «Sjekkliste 1» og «Sjekkliste 2», legger til rette for systematisk kartlegging av pasientenes medisinske tilstand og grunnleggende behov knyttet til blant annet ernæring, hygiene, mobilitet og fallrisiko. Kartleggingen skal gjennomføres innen fastsatte tidsfrister og dokumenteres i pasientjournalen. Dette tyder på at kommunen har etablert strukturer som skal sikre at brukernes behov identifiseres og følges opp.

Datagrunnlaget viser også at arbeidet med brukernes grunnleggende behov er forankret i et faglig verdigrunnlag som vektlegger personsentrert omsorg, hverdagsmestring og respekt for den enkeltes livssituasjon. Tiltaksplaner skal beskrive både behov og ressurser hos brukeren, og oppdateres fortløpende for å sikre individuelt tilpassede tjenester. Videre fremgår det at primærkontaktordningen og dialog med pårørende skal bidra til kontinuitet og helhet i oppfølgingen av brukerne.

Samtidig peker årsrapporten på utfordringer knyttet til økende kompleksitet i pasientgruppen, arbeidspress og kvaliteten på dokumentasjon i tiltaksplaner. Dette kan innebære risiko for at etablerte rutiner ikke alltid etterleves fullt ut i praksis. Brukerintervjuene tyder på at brukerne i hovedsak opplever at deres behov for pleie blir ivaretatt, men at forsinkelser i tjenestene og manglende informasjon om dette kan påvirke opplevelsen av forutsigbarhet og trygghet.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen har etablert rutiner og arbeidsprosesser som legger til rette for at brukernes grunnleggende behov ivaretas i tråd med kvalitetsforskriften.

4.3.7 Føring av pasientjournal

Revisjonens vurdering er at kommunen har etablert skriftlige rutiner og veiledere som skal sikre at journalføring i hjemmesykepleien skjer i samsvar med kravene i helsepersonelloven §§ 39 og 40. Dokumentet «Veileder i dokumentasjon og tiltaksplan med journaltyper» gir føringer for hva som skal dokumenteres i pasientjournalen, herunder observasjoner, vurderinger, tiltak og oppfølging. Veilederen tydeliggjør også krav om fortløpende og forståelig dokumentasjon, samt hvordan tiltaksplaner skal utformes og evalueres. Dette bidrar til å legge et faglig og organisatorisk grunnlag for korrekt journalføring.

Videre fremgår det at kommunen har etablert en egen prosedyre for rollen som journalansvarlig, hvor virksomhetsleder har et overordnet ansvar for at journalføring skjer i tråd med gjeldende lovverk. Dette kan bidra til å sikre tydelig ansvars plassering og oppfølging av journalføringspraksis i tjenesten.

Datagrunnlaget viser også at tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, samt avvik fra tiltaksplaner, etter kommunens rutiner skal dokumenteres i pasientjournalen. Samtidig tyder brukerintervjuene på at det kan være usikkerhet knyttet til om alle tilbakemeldinger faktisk blir registrert og fulgt opp. Revisjonen viser også til funn fra gjennomgangen av brukermapper som indikerer mangler i dokumentasjonen. Dette kan tyde på at etablerte rutiner ikke alltid etterleves fullt ut i praksis.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen har etablert relevante rutiner og systemer for journalføring i hjemmesykepleien. Samtidig indikerer funn fra mappegjennomgang og brukerintervjuer at det er behov for å styrke etterlevelsen av rutinene i den daglige praksisen. Revisjonen anbefaler at kommunen styrker oppfølgingen av journalføringspraksis i hjemmesykepleien, blant annet gjennom internkontroll, opplæring og systematisk gjennomgang av pasientjournaler, for å sikre at dokumentasjonen er i tråd med lovkravene.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Problemstillingen revisjonen har belyst har vært om kommunen sikrer at hjemmesykepleie ytes i tråd med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Revisjonens vurdering er at kommunen i stor grad har etablert styringssystemer, rutiner og arbeidsprosesser som legger til rette for at hjemmesykepleietjenestene kan ytes på en forsvarlig måte. Tjenestområdet har et tydelig organisatorisk rammeverk, og det foreligger systemer for risikovurderinger, avvikshåndtering, kompetanseutvikling, brukermedvirkning, kartlegging av brukernes behov og journalføring. Datagrunnlaget viser at disse systemene i hovedsak er kjent i organisasjonen og benyttes i den daglige driften.

Samtidig viser revisjonen flere forhold som kan innebære risiko for svikt dersom de ikke følges opp. Dette gjelder særlig behovet for bedre samhandling mellom tildelingskontoret og hjemmesykepleien, en mer helhetlig oversikt over risiko i tjenesten, samt styrket oppfølging av avvik og dokumentasjon. Rekruttering av personell med riktig kompetanse fremstår også som en utfordring, og tilgjengeligheten av riktig kompetanse kan i enkelte perioder være varierende. Videre har kommuneområdet ikke gjennomført brukerundersøkelser de siste årene, og gjennomgangen av brukermapper tyder på at etablerte rutiner for dokumentasjon og journalføring ikke alltid etterleves fullt ut i praksis.

Samlet sett konkluderer revisjonen med at kommunen i hovedsak har etablert systemer og rutiner som kan bidra til å sikre forsvarlige hjemmesykepleietjenester. Samtidig er det behov for å styrke oppfølgingen og etterlevelsen av enkelte deler av styringssystemet for å redusere risiko for svikt i tjenestene.

Revisjonen anbefaler at kommunen:

- vurderer å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien
- videreutvikler helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikrer at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.
- styrker oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon
- videreutvikler arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemannning.
- etablerer mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.
- styrker internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

5 KILDER

Dokumentasjon fra Fredrikstad kommune

- Organisasjonskart tjenesteområdet 2025
- Gjennomføring av legemiddelhåndteringskurs
- Delegering Nivå 1
- Praktisk opplæring nivå 1
- Legemiddelopplæring for nivå 2 og 4
- Sjekkliste 1 Medisinsk kartlegging av pasienten
- Sjekkliste 2 Funksjonskartlegging av pasienten
- Veileder i dokumentasjon og tiltaksplan med journaltyper
- Bruker og pasientjournal Journalansvarlig
- Når kan du lese pasientens journal
- Risikoanalyse Trusler og vold
- Virksomhetsplan 2025
- Kompetanserapport
- Årsrapport 2024 - Hjemmesykepleie og Omsorgssentre
- Kommunedirektørens delegeringsreglement
- Funksjon og tjenestebeskrivelser
- Arbeidsreglement
- Målsetting og organisering av kvalitetsarbeid i HOV
- Kvalitetsgruppas organisering og oppgaver
- Nyansatt sjekklister
- Diverse dokumentasjon knyttet til internkontroll av brukermapper i hjemmesykepleien

Lover og forskrifter

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften), FOR-2003-06-27-792

6 VEDLEGG

6.1 Utledning av revisjonskriterier

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 [...]». Videre skal det sikres kvalitet i tjenestetilbudet, og at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Loven presiserer at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper «herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne».

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

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.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

I henhold til § 39 i helsepersonelloven, har helsepersonell som yter helsehjelp plikt til å føre journal for den enkelte pasient. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Formålet er å sikre forsvarlig behandling, kontinuitet i tjenestene og dokumentasjon av den helsehjelpen som er gitt.

§ 40 i samme lov beskriver kravene til journalens innhold. Her fremkommer det at journalen skal inneholde de opplysningene som er nødvendige for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Den skal blant annet dokumentere pasientens identitet, bakgrunnen for helsehjelpen, observasjoner, funn, vurderinger, beslutninger, tiltak og informasjon gitt til pasient og pårørende. Også opplysninger om samtykke, samarbeid med annet helsepersonell og eventuelle avvik skal komme frem. Journalen skal føres fortløpende og være tilstrekkelig detaljert til å gi grunnlag for videre oppfølging.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskriftens formål er å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I forskriften stadfestes det 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.

I forskriften fremkommer det at virksomheten har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere driften.

Plikt til å planlegge

Plikt til å planlegge innebærer blant annet at virksomheten skal:

- ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. I dette ligger det at det skal fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det 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 hel-se- 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 . 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

Gjennomføringsplikten innebærer blant annet at virksomheten skal:

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

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

Plikt til å evaluere

Plikten til å evaluere driften innebærer at virksomheten skal:

- 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 opp-gaver, tiltak, planer og målinger blir gjennomført på en forsvarlig og systematisk måte, i hen-hold til lovgivningen, og om det har ønsket effekt». 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

Basert på de erfaringer man gjort og de evalueringer som er gjennomført plikter virksomheten å gjøre de nødvendige korrigeringer. Virksomheten skal:

- 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, instruksjer, 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 kontinuerlig å forbedre og utvikle arbeidsprosesser, og gjennom dette kvaliteten på tjenestene, skal det jobbes med forutsetningene 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. 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.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften)

Formålet med denne forskriften er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. 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». 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 til-passet 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 gir pasienter/ brukere rettigheter med hensyn til helse- og omsorgstjenester. 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 beskriver pasientenes rett til medvirkning og informasjon. En pasient/bruker 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».

Kommuneloven

Kommuneloven § 25-1 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. Det skal utarbeides nødvendige rutiner og prosedyrer, og kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.



ØSTRE VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Larsen Frank Willy
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres referanse

Vår referanse
2025/20486-10 (PALKLA)

Dato
14.04.2026

Oversendelse av forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten" til uttalelse

Vi viser til deres oversendelse av forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten" til kommunedirektørens uttalelse.

Vi opplever et meget godt samarbeid gjennom revisjonsperioden og finner både prosessen og anbefalinger nyttige.

Vi har følgende kommentarer til rapporten, men bemerker at samtlige anbefalinger vil bli fulgt opp i sin helhet:

Vurdere å styrke samhandlingen mellom Helseforvaltningen og hjemmesykepleien

Dagens samhandlingspraksis mellom tjenesteområde Hjemmesykepleie og Helseforvaltning har vart siden mai 2024. For å styrke samhandlingen, vil en naturlig start være å evaluere dagens praksis. Vi bør se på hvilke forbedringspotensial som ligger i samarbeidet og hvilke tiltak som bør iverksettes. Målet må være å skape en felles forståelse av hjemmesykepleiens innhold og en tydeligere forventningsavklaring til tjenesten. Dette vil være avgjørende for gode og virkningsfulle hjemmetjenester til våre innbyggere i fremtiden.

Videreutvikle helhetlige risikovurderinger i hjemmesykepleien og sikrer at identifiserte risikoforhold systematisk følges opp gjennom konkrete tiltak.

Det er foretatt en overordnet ROS-analyse på arbeidet i hjemmesykepleien med fokus på trusler og vold (Høst 2025/vinter 2026). Arbeidet er utført i en av virksomhetene med bistand fra Bedriftshelsetjenesten. Denne skal nå deles og implementeres i HMS-gruppene i de tre andre virksomhetene.

Styrke oppfølgingen av meldte avvik, særlig innen legemiddelhåndtering og dokumentasjon

Vi oppfordrer våre ansatte til å skrive avvik og har fokus på at avvik behandles innen rimelig tid. Alle som melder inn avvik, får en tilbakemelding på avviket.

Legemiddelhåndtering:

Vi har et eget legemiddelteam som leser og gjennomgår alle innmeldte legemiddelavvik i kommuneområde Helse. Teamet ivaretar et overordnet perspektiv for å identifisere

Kommunesekretariatet

Postadresse: Postboks 1405, 1602 FREDRIKSTAD
Webadresse: www.fredrikstad.kommune.no
Org.nr: 940 039 541 Bank:

Besøksadresse: Nygaardsgt. 16, 1606 Fredrikstad
E-postadresse: postmottak@fredrikstad.kommune.no
Telefon: 69 30 60 00

gjentakende avvik som krever tiltak på systemnivå. Dette kan innebære endring av prosedyrer, økt oppmerksomhet i en periode eller målrettet undervisning. Det planlegges for fire farmasøytiske revisjoner i 2026, hvorav én gjennomføres i hjemmesykepleien.

Vi planlegger for internkontroll innen legemiddelhåndtering x 2 pr år. Funnene i internkontrollen jobber vi kontinuerlig med. Ved behov endrer vi retningslinjen og praksis.

Dokumentasjon:

Det er utarbeidet en veileder for dokumentasjon i Fredrikstad kommune. Denne ligger tilgjengelig i Compilo.

I tillegg er det utarbeidet en opplæringspakke. Denne beskriver hva ansatte skal gjennomgå av opplæring i dokumentasjon. Opplæringspakken ble ferdig stilt i februar 2026.

Videreutvikle arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i alle deler av hjemmesykepleien, også i perioder med ferieavvikling og helgebemanning.

Tjenesteområde Hjemmesykepleie arbeider videre i 2026, med oppgavedeling og lik organisering av virksomhetene. Opplæring av nødvendig observasjonskompetanse for alle ansatte, er utarbeidet i egen plan for kommuneområde Helse. I tillegg har vi fokus på å styrke helsefagarbeiderens kompetanse.

Vi har en overordnet rekrutteringsplan for Helse som omhandler hvordan rekruttere og beholde høyskole personell. Denne skal revideres i løpet av 2026.

Etablere mer systematiske rutiner, for eksempel brukerundersøkelser eller samtaler med den enkelte pasient, for innhenting og oppfølging av brukeres og pårørendes erfaringer, slik at disse i større grad kan brukes i utviklingen og forbedringen av tjenestene.

Brukerundersøkelse skal gjennomføres i mai 2026. Dette vil gi oss verdifull e tilbakemeldinger på hvilke forbedringsområder vi har og hvilke tiltak vi evt. må iverksette fremover.

Styrke internkontrollen med journalføringspraksis i hjemmesykepleien.

Internkontroll og evaluering av egen praksis har stort fokus i vårt tjenesteområde. Vi ser behovet for en mer systematisk gjennomgang av resultatene av denne internkontrollen. Dette blir en oppgave for fagansvarlig og fagutviklingssykepleierne i samarbeid med lederne.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

Pål Henning Klavenes

MØTEPLAN

2027

Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni
Fr 1 Nyttårsdag	Ma 1 5	Ma 1 RÅD 9	To 1	Lø 1 Første mai	Ti 1 RÅD
Lø 2	Ti 2	Ti 2 RÅD	Fr 2	Sø 2	On 2 FAGUTVALG
Sø 3	On 3	On 3 FAGUTVALG	Lø 3	Ma 3 18	To 3 PLANUTVALG
Ma 4 1	To 4 FORMANNSKAP	To 4 PLANUTVALG	Sø 4	Ti 4	Fr 4
Ti 5	Fr 5	Fr 5	Ma 5 14	On 5	Lø 5
On 6	Lø 6	Lø 6	Ti 6	To 6 Kr. himmelfartsdag	Sø 6
To 7	Sø 7	Sø 7	On 7	Fr 7	Ma 7 23
Fr 8	Ma 8 6	Ma 8 10	To 8	Lø 8	Ti 8
Lø 9	Ti 9	Ti 9	Fr 9	Sø 9	On 9
Sø 10	On 10	On 10	Lø 10	Ma 10 19	To 10 FORMANNSKAP
Ma 11 2	To 11 BYSTYRET	To 11 FORMANNSKAP	Sø 11	Ti 11	Fr 11
Ti 12	Fr 12	Fr 12	Ma 12 RÅD 15	On 12	Lø 12
On 13	Lø 13	Lø 13	Ti 13 RÅD	To 13 PLANUTVALG	Sø 13
To 14	Sø 14	Sø 14	On 14 FAGUTVALG	Fr 14	Ma 14 24
Fr 15	Ma 15 7	Ma 15 11	To 15 PLANUTVALG	Lø 15	Ti 15
Lø 16	Ti 16	Ti 16	Fr 16	Sø 16 Første pinsedag	On 16
Sø 17	On 17	On 17	Lø 17	Ma 17 Grunnlovsdagen Andre pinsedag 20	To 17 BYSTYRET
Ma 18 3	To 18	To 18 BYSTYRET	Sø 18	Ti 18	Fr 18 BYSTYRET
Ti 19	Fr 19	Fr 19	Ma 19 16	On 19	Lø 19
On 20	Lø 20	Lø 20	Ti 20	To 20 FORMANNSKAP	Sø 20
To 21	Sø 21	Sø 21 Palmesøndag	On 21	Fr 21	Ma 21 25
Fr 22	Ma 22 8	Ma 22 12	To 22 FORMANNSKAP	Lø 22	Ti 22
Lø 23	Ti 23	Ti 23	Fr 23	Sø 23	On 23
Sø 24	On 24	On 24	Lø 24	Ma 24 21	To 24 FORMANN/PLAN
Ma 25 RÅD	To 25	To 25 Skjærtorsdag	Sø 25	Ti 25	Fr 25
Ti 26 RÅD	Fr 26	Fr 26 Langfredag	Ma 26 17	On 26	Lø 26
On 27 FAGUTVALG	Lø 27	Lø 27	Ti 27	To 27	Sø 27
To 28 PLANUTVALG	Sø 28	Sø 28 Første påskedag	On 28	Fr 28	Ma 28 26
Fr 29		Ma 29 Andre påskedag 13	To 29 BYSTYRET	Lø 29	Ti 29
Lø 30		Ti 30	Fr 30	Sø 30	On 30
Sø 31		On 31		Ma 31...RÅD 22	

MØTEPLAN

2027

Juli	August	September	Oktober	November	Desember
To 1	Sø 1	On 1	Fr 1	Ma 1 44	On 1
Fr 2	Ma 2 31	To 2 FORMANNSKAP	Lø 2	Ti 2	To 2
Lø 3	Ti 3	Fr 3	Sø 3	On 3	Fr 3
Sø 4	On 4	Lø 4	Ma 4 40	To 4 FORMANNSKAP	Lø 4
Ma 5 27	To 5	Sø 5	Ti 5	Fr 5	Sø 5
Ti 6	Fr 6	Ma 6 36	On 6	Lø 6	Ma 6 49
On 7	Lø 7	Ti 7	To 7	Sø 7	Ti 7
To 8	Sø 8	On 8	Fr 8	Ma 8 45	On 8
Fr 9	Ma 9 32	To 9 BYSTYRET	Lø 9	Ti 9	To 9 BYSTYRET
Lø 10	Ti 10	Fr 10	Sø 10	On 10	Fr 10 BYSTYRET
Sø 11	On 11	Lø 11	Ma 11 41	To 11 BYSTYRET	Lø 11
Ma 12 28	To 12	Sø 12	Ti 12	Fr 12	Sø 12
Ti 13	Fr 13	Ma 13 37	On 13	Lø 13	Ma 13 50
On 14	Lø 14	Ti 14	To 14 FORMANNSKAP	Sø 14	Ti 14
To 15	Sø 15	On 15	Fr 15	Ma 15... RÅD 46	On 15
Fr 16	Ma 16 33	To 16	Lø 16	Ti 16 RÅD	To 16 PLANUTVALG
Lø 17	Ti 17	Fr 17	Sø 17	On 17 FAGUTVALG	Fr 17
Sø 18	On 18	Lø 18	Ma 18 42	To 18 PLANUTVALG	Lø 18
Ma 19 29	To 19	Sø 19	Ti 19	Fr 19	Sø 19
Ti 20	Fr 20	Ma 20 38	On 20	Lø 20	Ma 20 51
On 21	Lø 21	Ti 21	To 21 BYSTYRET	Sø 21	Ti 21
To 22	Sø 22	On 22	Fr 22	Ma 22 47	On 22
Fr 23	Ma 23... RÅD 34	To 23 FORMANNSKAP	Lø 23	Ti 23	To 23
Lø 24	Ti 24 RÅD	Fr 24	Sø 24	On 24	Fr 24
Sø 25	On 25 FAGUTVALG	Lø 25	Ma 25... RÅD 43	To 25 FORMANNSKAP	Lø 25 Første juledag
Ma 26 30	To 26 PLANUTVALG	Sø 26	Ti 26 RÅD	Fr 26	Sø 26 Andre juledag
Ti 27	Fr 27	Ma 27... RÅD 39	On 27 FAGUTVALG	Lø 27	Ma 27 52
On 28	Lø 28	Ti 28 RÅD	To 28 FSK/BUDSJ/PLAN	Sø 28	Ti 28
To 29	Sø 29	On 29 FAGUTVALG	Fr 29	Ma 29 48	On 29
Fr 30	Ma 30 35	To 30 PLANUTVALG	Lø 30	Ti 30	To 30
Lø 31	Ti 31		Sø 31		Fr 31



Saksnr.: 2026/4918
Dokumentnr.: 7
Løpenr.: 240338/2026
Klassering:

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Helseutvalget	26.08.2026	25/26

Vurdering og oppfølging av vedtak i Helseutvalget 3.6.2026 i sak 17/26

Kommunedirektørens innstilling

Kommunedirektøren anbefaler Helseutvalget å fatte følgende vedtak:

1. Saken tas til orientering.

Sammendrag

Saken følger opp Helseutvalgets vedtak i sak 17/26 om kommunal støtte ved overgang til voksenlivet for ungdom med funksjonsnedsettelse.

Deler av vedtaket gjelder administrativ organisering, rutiner og rapportering som ligger innenfor kommunedirektørens delegerte myndighet. Prinsipielle endringer innenfor helseutvalgets ansvarsområde skal legges fram for politisk behandling.

Vedtakspunkt 1 anses svart ut i tidligere sak. Administrasjonen vil tydeliggjøre hvilke saker som fremmes til orientering, beslutning eller statusrapportering. Relevante aktivitetsnøkkeltall for målgruppen legges fram som del av direktørens orientering fra driften.

Kommunedirektøren anbefaler at saken tas til orientering.

Merknad: Sammendraget er laget med hjelp av kunstig intelligens (KI) Copilot og kvalitetssikret av saksbehandler.

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Helseutvalgets vedtak i sak 17/26 3.6.2026 Kommunal støtte ved overgang til voksenlivet for ungdom med funksjonsnedsettelse. Oppfølging av vedtak i Helseutvalget 25.2.2026 i sak 10/26:

1. Det legges fram en sak for helseutvalget som svarer ut bestillingen fra representantforslaget til Anne Undahl.
 - a. Saken skal inneholde konkret hvilke rutiner som følges når det planlegges for langsiktig hjelp og bistand til familier med barn og ungdom som lever med utviklingshemming og varige funksjonsnedsettelse, med særlig fokus på overgangen fra ungdom til voksen, og flytting til egen bolig.
2. Utvalget ønsker i samme sak en beslutningssak basert på administrasjonen muntlige orientering over endringer som planlegges gjennomført i tilknytning til mennesker

med nedsatt funksjonsevne. Dette for å sikre politisk forankring før endringen gjennomføres.

3. Utvalget ønsker samtidig fast redegjørelse som viser følgende;
 - a. Hvor mange mennesker med nedsatt funksjonsevne har fått avslag på søknad om tjenester?
 - b. Hvor mange av dem har klaget?
 - c. Hvor mange har fått medhold på klagen?
 - d. En oversikt som viser om vi, har tilstrekkelig mange støttekontakter i kommunen?
 - e. Hvor mange familier med barn som lever med utviklingshemming og varige funksjonsnedsettelse som har bistand fra kommunen.
 - f. Hvor mange personer under 16 år som mottar tjenester i og utenfor skoletid?
 - g. Estimert på forventet behov for tilrettelagte boliger og hvor mange som har flyttet i egen bolig.
 - h. Hvor mange med utviklingshemming og varige funksjonsnedsettelse som har fått bistand fra kommunen til å flytte i egen bolig og i hvilken grad kommunen har bistått med startlån og tilskudd?
 - i. En oversikt over omfang av omsorgsstønad, avlastning, støttekontakt og andre tjenester til familier der et eller flere barn har bistandsbehov.
 - j. Hvor mange personer med utviklingshemming og varige funksjonsnedsettelse som etter gjennomført grunnskole er i videregående opplæring eller annet tilbud.

Kommunedirektøren har vurdert helseutvalgets vedtak opp mot gjeldende reglement for delegering og ansvarsdeling i kommunen, samt utvalgets behandling av saken inkludert kommentarer og spørsmål fra direktør helse.

Formålet med reglement for delegering, innstilling og folkevalgte organer er å sikre en tydelig fordeling av myndighet og ansvar i kommunen. Reglementet skal gi grunnlag for god virksomhetsstyring og internkontroll, samt legge til rette for en forsvarlig, rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen.

Helseutvalget har ansvar for følgende områder:

- Helsetjenester
- Omsorgssentre/sykehjem
- Hjemmesykepleie
- Tjenester til funksjonshemmede
- Frisklivs- og mestringstjenester
- Mat, vaskeri og praktisk bistand

Kommuneområde Helse rapporterer til helseutvalget.

Helsetjenester til barn og unge ligger til oppvekstutvalgets virkeområde.

Levekår og inkludering, NAV og kommunale boliger ligger til samfunnsutvalgets virkeområde.

Helseutvalget skal behandle saker av prinsipiell karakter og vesentlig betydning, innenfor sitt ansvarsområde. Dersom det skal gjennomføres større endringer av prinsipiell betydning for faglig prioritering, kvalitet eller standard på helsetjenester skal dette legges frem til behandling i utvalget. De økonomiske rammene og prioriteringene behandles av formannskap og bystyre.

Relevante bestemmelser

Lov om kommune og fylkeskommuner (Kommuneloven) § 13-1, fjerde ledd andre pkt

Reglement for delegering, innstilling og folkevalgte organer. Vedtatt av bystyret 19. oktober 2023, sak 167/23

Konsekvenser for sosial bærekraft

Saken adresser Helseutvalgets oppgave og rolle i virksomhetsstyring av kommunens helsetjenester og hvordan administrasjonen kan støtte opp under dette.

Konsekvenser for økonomisk bærekraft

Denne saken legger ikke opp til en beslutning med økonomiske konsekvenser.

Konsekvenser for miljømessig bærekraft

Ikke relevant for saken.

Ansattes medbestemmelse

Ikke relevant for saken.

Vurdert for uttalelser i rådene

Direktørens orienteringer fra driften som rapporterer på aktivitetsnøkkeltall som omhandler målgruppen vil bli oversendt råd for personer med funksjonsnedsettelse.

Vurdering

Kommunedirektørens vurdering av vedtakspunktene sak 17/26:

Vedtakspunkt 1

Vedtaket punkt 1 innebærer en bestilling om konkretisering av rutiner på et detaljnivå som i utgangspunktet ligger innenfor kommunedirektørens delegerte myndighet. Slike forhold omfatter blant annet:

- hvordan tjenester organiseres og samordnes i praksis
- hvilke arbeidsprosesser og rutiner som benyttes på individnivå
- hvordan tjenester internt fordeler ansvar og oppgaver

Dette er etter delegeringsreglementet å anse som administrativ utøvelse av tjenester og intern organisering, og ikke politiske beslutninger.

I sak 17/6 vises det til informasjon fra tjenestene om hvordan kommunen planlegger og følger opp langsiktig hjelp og bistand gjennom faglig praksis. Tjenestenes faglige praksis skal følge lover forskrifter og nasjonale føringer som veiledere og retningslinjer, og er ikke nødvendigvis konkretisert i lokale rutiner. Sak 17/6 viser også til vedtatte lokale styringssignaler for innsatsområder, mål og strategier som er relevante for målgruppen.

Oppsummert viser saksutredningen i sak 17/6 at

- kommunen bruker særlig ansvarsgrupper, koordinator/barnekoordinator og individuell plan for å sikre helhetlig oppfølging
- det er behov for å videreutvikle rutiner for samhandling, spesielt i overganger mellom livsfaser og tjenester
- bolig må tidligere og tydeligere inn i planleggingen, blant annet fra ungdommen er rundt 15 år
- kommunen mangler i dag nok differensierte botilbud og bedre oversikt over framtidige boligbehov
- det pekes på behov for bedre informasjon til familier om boligmuligheter, støtteordninger og veiledning

Vedtakspunkt 1 anses som svart ut i sak 17/6.

Vedtakspunkt 2

Dette vedtakspunktet legger opp til at planlagte endringer generelt skal forelegges politisk behandling og ikke som muntlige orienteringer til utvalget. Vedtaket gjør ingen avgrensning til prinsipielle saker, og går dermed utover gjeldende delegering.

Under behandlingen av sak 17/6 ble det vist til orienteringer om 1) endringer i standard på praktisk bistand og 2) arbeid med ressursfordelingsmodell. Det ble stilt spørsmål ved om dette ikke er prinsipielle saker som utvalget burde saksbehandle.

Vedtakspunkt 2 vurderes som en påminnelse og sterkt politisk styringssignal om at helseutvalget skal gi føringer i prinsipielle saker og må samtidig få fremlagt tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å fatte vedtak.

Direktør helse og utvalgsleder samarbeider tett om sakskartet til utvalget. Administrasjonen vil tilstrebe og tydeliggjøre begrunnelse hvile saker som legges frem til orientering, beslutning eller som status/løypemeldinger på oppfølging av vedtatte budsjettvedtak.

Vedtakspunkt 3

Politiske organer kan etterspørre relevant styringsinformasjon som grunnlag for oppfølging og kontroll. Rapportering skjer i henhold til fastsatte systemer og innenfor hensiktsmessige rammer for internkontroll og virksomhetsstyring. Helseutvalget får fremlagt tertialrapport og årsrapport til uttalelse. Utvalget blir i direktørens orientering fra driften, muntlig orientert om utvalgte måledata.

Iht. kommunelovens § 13-1, fjerde ledd andre pkt. *«Hvis kommunedirektøren blir oppmerksom på faktiske eller rettslige forhold som har sentral betydning for iverksettingen av vedtaket, skal han eller hun gjøre det folkevalgte organet oppmerksom på dette på en egnet måte.»*

Vedtaket punkt 3 innebærer en omfattende og detaljert spesifikasjon av rapportering, som går ut over en hensiktsmessig politisk bestilling og inn i administrativ styring av datagrunnlag og oppfølging. Flere av ønskene kreve nye eller manuelle sammenstillinger, og vil innebære betydelig ressursbruk. Det omfatter tjenester som er organisert i kommunerådene Oppvekst, Samfunn og byutvikling og Helse.

Helseutvalget har i behandlingen av sak 17/6 uttrykt generelt behov for å få fremlagt saker som gir utvalget kunnskap om helsetjenestens status og tilstand. Det ble presisert av forslagsstiller at administrasjonen kan komme tilbake med tall og fakta ut fra hva som er mulig og hensiktsmessig.

Direktør helse legger frem som del av sin orientering fra driften mulige aktivitetsnøkkeltall fra kommuneområde helse for målgruppen personer med nedsatt funksjonsevne.

Alternative løsninger

Saken legges frem uten alternative forslag.

Konklusjon

Kommunedirektøren anbefaler at saken tas til orientering.

Råd for personer med funksjonsnedsettelses vedtak 24.08.2026:

Råd for personer med funksjonsnedsettelses behandling:

Eldrerådets vedtak 25.08.2026:

Eldrerådets behandling:

Samfunnsutvalgets vedtak 26.08.2026:

Samfunnsutvalgets behandling:



Saksnr.: 2026/17158
Dokumentnr.: 4
Løpenr.: 274790/2026
Klassering: G00

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Råd for personer med funksjonsnedsettelse	24.08.2026	17/26
Eldrerådet	25.08.2026	17/26
Samfunnsutvalget	26.08.2026	27/26
Helseutvalget	26.08.2026	26/26
Formannskapet	03.09.2026	
Bystyret	10.09.2026	

Svar på høring av NOU 2026:6 - Den nye velferdskommunen

Kommunedirektørens innstilling

Kommunedirektøren anbefaler formannskapet å gi følgende innstilling til bystyret:

1. Vedlagte forslag til høringsuttalelse oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Sammendrag

Innovasjons- og samskapingsutvalget la 28. mai 2026 fram NOU 2026: 6 *Den nye velferdskommunen*. Utredningen beskriver hvordan samskaping og innovasjon kan bidra til bærekraftige helse-, omsorgs- og velferdstjenester i årene framover. Utvalget foreslår tre hovedgrep: et målrettet samfunnsoppdrag for framtidens velferd, et nasjonalt praksisnært program og et nasjonalt skaleringsfond for vellykkede kommunale løsninger.

Fredrikstad kommune kjenner seg igjen i utfordringsbildet som utredningen beskriver, og støtter i hovedsak forslagene som legges fram. Utredningen peker i samme retning som kommunen selv har beveget seg de siste årene. De foreslåtte virkemidlene kan gi kommunen bedre forutsetninger for å videreføre og styrke en utvikling som allerede har gitt gode resultater.

Vedlegg

- 1 NOU 2026-6 Sammenndrag
- 2 Svar på høring av NOU 2026:6 - Den nye velferdskommunen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

[NOU 2026:6 Den nye velferdskommunen](#)

Saksopplysninger

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse, elderrådet, helseutvalget og samfunnsutvalget uttaler seg til saken før sluttbehandling i formannskapet og bystyret.

Regjeringen oppnevnte Innovasjons- og samskapingsutvalget 18. oktober 2024. Utvalget ble bedt om å ta utgangspunkt i hovedinnretningen i Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime* (Bo trygt hjemme-reformen), og gi innspill til hvordan samskaping og innovasjon kan benyttes i utviklingen av nye og bærekraftige løsninger.

Utvalget beskriver et utfordringsbilde der Norge i 2030 for første gang vil ha flere personer over 65 år enn barn og unge under 20 år. Samtidig synker andelen personer i yrkesaktiv

alder, og presset på kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Utvalget foreslår ikke nye lovpålagte oppgaver for kommunene, men tre hovedgrep som skal styrke kommunenes handlingsrom og omstillingsevne.

1. Et målrettet samfunnsoppdrag for framtidens velferd

Utvalget anbefaler at staten lanserer et målrettet samfunnsoppdrag på tvers av aktører, interesser og sektorer, med en tiårig ramme. Målet er todelt: å redusere og utsette behovet for velferdstjenester gjennom forebygging og helsefremmende innsats, og å øke kapasiteten gjennom bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser.

Samfunnsoppdraget skal utvikles som en samskapende prosess mellom stat, kommunesektor, forsknings- og innovasjonsmiljøer, arbeidslivets parter, næringsliv, sivilsamfunn og innbyggere. Det skal ikke utformes ensidig fra statlig nivå.

2. Et nasjonalt praksisnært program for den nye velferdskommunen

Programmet bør ifølge utvalget ha tre delmål: å styrke helsefremmende og forebyggende velferd, ta i bruk gode modeller for organisering og styring av tjenestene, og innføre nye boformer, helseteknologi og digitale verktøy. Programmet foreslås gitt en ramme på 2 milliarder kroner, som over tid økes til et nivå tilsvarende 1 prosent av kommunenes samlede inntekter. Det foreslås gjennomført over to femårsperioder, med et midtveis stoppunkt for evaluering. Programmet skal forvaltes som en samlet portefølje, der statsforvalterne gis operativt ansvar for tildeling og veiledning. Eksisterende små tilskuddsordninger foreslås innlemmet i programmet.

3. Et nasjonalt skaleringsfond for vellykkede kommunale løsninger

Utvalget peker på at mange gode løsninger utvikles lokalt, men at de ofte ikke tas i varig bruk eller deles systematisk med andre kommuner. For å motvirke dette, foreslår utvalget å etablere et nasjonalt skaleringsfond for vellykkede kommunale løsninger. Fondet foreslås etablert med en tiårig ramme og én milliard kroner årlig i perioden. Formålet er å støtte videreutvikling, utprøving og tilpasning av lovende løsninger, slik at de kan tas i bruk av flere kommuner.

Utvalget trekker særlig fram følgende temaer som avgjørende for å lykkes med samfunnsoppdraget:

Et mer mangfoldig og fleksibelt arbeidsliv

Arbeidskraften blir knappere. Teknologi kan bidra, men vil bare i begrenset grad erstatte behovet for personell i en personellintensiv sektor som helse og omsorg. Utvalget peker derfor på behovet for en dreining fra utenforskap til en mer aktiv politikk for innenforskap. Dette omfatter blant annet bedre tilrettelegging for at pensjonister som ønsker det, kan stå lenger i arbeid.

Mestring og helse i hverdagen

Utvalget mener at ressursene i for stor grad brukes til reparerende tiltak, og at helsefremmende og forebyggende tilbud må tas i bruk tidligere. Målet er å forebygge funksjonsfall, ensomhet og sykdom før behovet for mer omfattende tjenester oppstår.

Pårørendes posisjon

Utvalget peker på at pårørende allerede gjør en omfattende innsats, og at personer som påtar seg omsorgsoppgaver for sine nærmeste, må ivaretas bedre. Utvalget foreslår blant annet betydelig utvidede lønnede permisjonsrettigheter for pårørende, samordnet kunnskaps- og kompetanseformidling og tidlig intervensjon og bistand til unge pårørende.

Frivilligheten som velferdspartner

Utvalget mener det er nødvendig å styrke kommunenes forutsetninger for å samhandle med frivilligheten. Frivilligheten er ikke en automatisk tilgjengelig ressurs, men forutsetter tilrettelegging og gode rammevilkår. Utvalget foreslår derfor en opprydding i dagens mange små og smale tilskuddsordninger, og anbefaler færre, mer fleksible og mer robuste ordninger med flerårig støtte.

Helsefremmende og forebyggende boformer

Utvalget foreslår at Eldreboligprogrammet legges inn under det målrettede samfunnsoppdraget og ses i sammenheng med det praksisnære programmets delmål om boformer og helseteknologi. For å styrke Eldreboligprogrammet foreslår utvalget blant annet følgende grep:

- etablere ordninger som åpner for utprøving av innovative boformer, som trygghetsboliger og sosiale boformer, med stimulering til både eie- og leiemodeller
- åpne for mer tverrsektoriell utforskning gjennom brede forsøkshjemler i Husbankens mandat og virkemidler
- etablere en «sandkasse for nye boformer», der kommuner, utbyggere, tjenesteapparat og beboere prøver ut nye boligløsninger gjennom få, utvalgte og systematiske piloter
- bygge ut ordninger som gir sterkere stimulering til aldersvennlig ombygging av egen bolig gjennom finansiering og veiledning

Relevante bestemmelser

Kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven m.fl.

Konsekvenser for sosial bærekraft

Organiseringen av framtidens velferdstjenester har stor betydning for sosial bærekraft. Utredningen legger vekt på forebygging, mestring, deltakelse og bedre samspill mellom kommune, innbyggere, pårørende, frivillighet og andre samfunnsaktører.

Konsekvenser for økonomisk bærekraft

Fredrikstad kommune bruker en betydelig andel av sine midler på lovpålagte helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Forslagene i utredningen kan derfor få betydning for kommunens økonomiske bærekraft, handlingsrom og evne til å møte framtidige tjenestebehov.

Konsekvenser for miljømessig bærekraft

Ikke vurdert i saken.

Ansattes medbestemmelse

Utredningen er sendt på åpen høring. Arbeidstakerorganisasjonene er høringsinstanser på lik linje med kommunen.

Vurdert for uttalelser i rådene

Saken fremmes for eldrerådet og rådet for personer med funksjonsnedsettelse.

Vurdering

Kommunedirektørens vurderinger framgår av forslaget til høringsuttalelse. Høringsuttalelsen legger til grunn at Fredrikstad kommune i hovedsak støtter utvalgets forslag, og at de foreslåtte nasjonale virkemidlene kan bidra til å styrke kommunenes handlingsrom, omstillingsevne og mulighet til å utvikle bærekraftige velferdstjenester i samarbeid med innbyggere, frivillighet, næringsliv og forsknings- og innovasjonsmiljøer.

Det anbefales at kommunen legger frem en høringsuttalelse da utredningen omhandler sentrale rammevilkår for kommunens framtidige helse-, omsorgs- og velferdstjenester

Alternative løsninger

Fredrikstad kommune kan velge å ikke sende inn ett eget høringssvar, alternativt gjøre endringer i forslag til høringssvar før det sendes inn.

Konklusjon

Kommunedirektøren anbefaler at Fredrikstad kommune oversender vedlagte høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sammendrag

Dette utvalget er bedt om å gi råd til regjeringen om hvordan samskaping og innovasjon kan benyttes i utviklingen av nye og bærekraftige løsninger i framtidens helse-, omsorg og velferdstjenester, med kommunen som omdreiningspunkt. En sentral forutsetning er at disse tjenestene også i framtida skal være universelle og et offentlig ansvar. Utvalget leverer med dette et samlet forslag.

Utfordringene er kjente

Norge står ved et vendepunkt i utviklingen av velferdssamfunnet. Vi blir flere eldre, og behovet for helse-, omsorgs- og velferdstjenester vil øke betydelig i årene som kommer. Andelen i yrkesaktiv alder blir mindre, og det blir knappere tilgang på arbeidskraft. Balansen mellom unge og eldre deler av befolkningen endres. Det blir også færre å fordele pårørendeoppgavene på, og grunnlaget for å opprettholde frivillig innsats kan bli svakere. Samtidig vokser behovet for tjenester også i yngre aldersgrupper, og flere barn og unge står i utenforskap. Til sammen utfordrer dette bærekraften i dagens velferdsmodell.

Disse utviklingstrekkene er ikke nye. De har vært kjent lenge, og skiftende regjeringer har hatt som mål å bruke den demografisk sett stille perioden til å bygge ut kapasiteten og styrke kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nå nærmer vi oss et nytt tidsskille. I 2030 fyller de første etterkrigsbarna 85 år, og framskrivninger viser at for første gang vil det være flere personer over 65 år enn barn og unge i Norge. Samtidig peker Perspektivmeldingen på et vendepunkt i 2030, der offentlige utgifter å øke raskere enn inntektene dersom dagens velferdsnivå opprettholdes uten større endringer. Da vil også konsekvensene av en aldrende befolkning for alvor slå inn i kommunenes tjenester. Mange kommuner er allerede der. NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg* ga oss 10–15 år. Nå er vi der – 15 år senere.

Norge er godt stilt. Vi har sterke offentlige finanser, høy arbeidsdeltakelse og et godt utbygd velferdssystem. Vi har også en sterk tradisjon for partssamarbeid og kompetente, engasjerte medarbeidere. Vi har en eldre befolkning

som gjennomgående er friskere og mer ressurssterk enn tidligere generasjoner, mange pårørende som ønsker å stille opp for sine nærmeste, og et omfattende frivillig engasjement. Vi har en ideell sektor som over lang tid har bidratt til å bygge ut velferdstjenester gjennom nye løsninger, tilbud og driftsformer. I tillegg har vi et næringsliv som ønsker å bidra til å utvikle nye velferdsløsninger sammen med det offentlige. Vi er en digitalt moden befolkning, med bred tilgang til offentlige digitale tjenester. Svært mange har høy digital kompetanse, men det er fortsatt mange som har for lav digital kompetanse.

I dette bildet blir avansert teknologi, særlig kunstig intelligens, en stadig viktigere del av verktøykassen. Kunstig intelligens gir store muligheter i utviklingen av framtidens velferdstjenester, og kan bidra til bedre ressursbruk, gjennom blant annet mer treffsikre tjenester og mer tid til menneskelig oppfølging. Samtidig må vi møte teknologien med klokskap. KI kan også innebære risiko, som svekket personvern, skjevheter i beslutninger og større avstand mellom tjenestene og innbyggerne dersom teknologien brukes ukritisk. Derfor må KI tas i bruk på en måte som styrker, og ikke erstatter tillit, faglighet og menneskelig nærhet i velferden.

I dag rettes mye oppmerksomhet gjennom ulike virkemidler mot utvikling, tidligfaser og pilotering av nye løsninger, mens implementering, skalering og spredning vies for liten oppmerksomhet. Det legges også stor vekt på lokale forutsetninger og behov, unike eller ikke. Denne formen for praksisnær innovasjon anser utvalget som en styrke. Samtidig bidrar dette til det utvalget oppfatter som en form for «pilotsyke», der nye løsninger prøves ut i avgrensede prosjekter uten at det i tilstrekkelig grad legges til rette for varig forankring i drift eller overføring til andre kommuner og sammenhenger. Utvalget mener at denne svakheten forsterkes av manglende samordning mellom sektorer, nivåer og virkemidler og av store forskjeller mellom kommunene når det gjelder økonomisk handlingsrom, kompetanse, ledelse og organisatorisk kapasitet. Med et økende prioriteringspress og strammere rammer er det etter

utvalgets vurdering ikke tilstrekkelig med flere pilotprosjekter og lokalt selvstyre alene. For dette utvalget framstår det som en av våre største utfordringer at drift, akutte behov og krav om raske resultater overskygger langsiktighet, forebygging og innovasjon i en situasjon der behovene øker og ressursene blir knappere, og det blir stadig viktigere å finne nye løsninger.

Den nye velferdskommunen

En rekke utredninger og analyser har beredt grunnen for dette utvalget. Generalistkommuneutvalget og Kommunekommisjonen gir begge utførlige analyser av kommunenes situasjon. Helsepersonellkommisjonen tegner et alvorlig bilde av ressursmangel i helse- og omsorgssektoren. Perspektivmeldingen understreker både at det økonomiske handlingsrommet blir mindre, mens mangel på arbeidskraft anslås å øke. Dette utvalget har lagt vekt på å bygge videre på dette kunnskapsgrunnlaget, og som det er bred aksept om. Vårt oppdrag handler dermed i sin essens om å finne løsninger. Derfor har vi også brukt mye tid og innsats på dialog og samskaping underveis i prosessen. Arbeidet handler særlig om hvordan samskaping og innovasjon kan og bør bidra til å møte både økende velferdsbehov og ressursknapphet, og ivareta velferden over tid.

Begrunnelsen er at velferd ikke skapes av offentlige tjenester alene. Gode liv, god helse og trygghet utvikles i samspillet mellom innbyggere, familier, nærmiljø, sivilsamfunn, arbeidsliv og offentlige tjenester. Løsninger utvikles ofte i samspill mellom brukere, medarbeidere, forskning og næringsliv. Det betyr ikke at ansvaret skyves bort fra det offentlige, men at offentlig innsats i større grad må støtte, mobilisere og spille sammen med den enkeltes og samfunnets ressurser. En slik tilnærming kan bidra til å forebygge behov, styrke funksjon og deltakelse, og redusere eller utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester, og slik sikre velferd for innbyggerne med knappere ressurser.

Utvalget legger til grunn at innovasjon må forstås bredt. Det handler ikke bare om ny teknologi, men om nye måter å organisere oppgaver på, nye samarbeidsformer mellom aktører, nye grep i tjenesteutvikling og nye måter å styrke innbyggernes muligheter til å mestre hverdagen på. På samme måte handler samskaping om mer enn samarbeid. Det handler om å mobilisere ulike aktører til å bidra med sine ressurser, erfaringer og perspektiver, og utvikle løsninger der innbyggere, brukere og pårørende gis reell plass i utfor-

ming og gjennomføring. Innovasjon og samskaping forstås dermed ikke som et tillegg til den ordinære velferdspolitikken, men som nødvendige forutsetninger for å videreutvikle den.

Kommunene vil være sentrale i omstillingen av måten vi sikrer velferd på, som tjenesteyter, samfunnsutvikler, planmyndighet og demokratisk arena. De har en viktig rolle i å forvalte ressurser, utvikle og ta i bruk nye løsninger, styrke tilliten til framtidige tjenester og mobilisere ressurser i lokalsamfunnet. På denne bakgrunnen foreslår utvalget mål for den nye velferdskommunen, inspirert av både innovasjon og samskaping som kunnskapsfelt. Den nye velferdskommunen må forebygge og tilpasse tjenester, boliger, lokalsamfunn og nærmiljø til endrede behov, og legge til rette for samarbeid med brukere, medarbeidere, pårørende, forskning, næringsliv, ideell sektor og frivillighet om behovsforståelse og utvikling av nye løsninger. Videre må den nye velferdskommunen ta i bruk og tilpasse løsninger som er utviklet andre steder, mobilisere ressurser på nye måter og delta i utvikling og implementering av velferdsteknologi og nye tjenestemodeller. I tillegg må kommunene delta i praksisnær forskning og systematisk ta i bruk forskning i behovsanalyser, evaluering og kunnskapsbasert beslutningstaking, ikke minst i planarbeidet.

Når utfordringene er sammensatte og varierer mellom kommuner og lokalsamfunn, blir det mindre hensiktsmessig å styre gjennom detaljerte krav til løsninger og gjennomføring. Samtidig må det sikres praksisnært handlingsrom innenfor strammere rammer, og legges bedre til rette for å mobilisere til forsøk og utprøving, slik at nye løsninger kan utvikles og forbedres gjennom erfaring. Det er behov for en mer framoverlent stat – en innovasjonspartner som spiller på lag med kommunene. Det betyr en stat som både sikrer økonomiske og organisatoriske rammer for nyskaping og samskaping, og som tar større ansvar for synergier og spredning av gode løsninger. Det innebærer også mer dynamisk veiledning, flere felles forsøk og større evne til å utvikle, prøve ut og forbedre løsninger i fellesskap. Det innebærer større grad av nasjonale strukturer som både gir rom til utforskning og til å høste gevinster på tvers av kommunene. For å møte kompleksiteten og omfanget i framtidens velferdsbehov må det ikke minst etableres strukturer som gir langsiktig velferdspolitikket et mer robust institusjonelt hjem.

Kjernen i utvalgets mandat handler om at velferd skapes i fellesskap, mellom kommune og innbygger, med sivilsamfunn, pårørende, frivillighet, næringsliv og forskning på laget. Synergiene dette

utløser, er ikke minst viktig i et beredskapsperspektiv. I akutte kriser er myndighetene avhengige av at flest mulig klarer å ta ansvar for seg og sine, slik at de mest sårbare i samfunnet kan fanges opp med de ressursene vi har. Utvalget mener at vi vil være avhengige av sømløse løsninger som frigjør kapasitet til å prioritere der det virkelig trengs. På denne måten bidrar beredskapsagendaen også til at vi klarer å koble og mobilisere ressurser innenfor ordinær drift i velferdstjenestene. I en stadig mer urolig verden mener utvalget det er avgjørende å se velferd og beredskap i sammenheng, og framheve kommunens nøkkelrolle som velferdsleverandør. Kommunen er ikke bare en tjenesteyter, men også en samfunnsbygger og en samarbeidspartner for statlige myndigheter, sivilsamfunn og næringsliv. Ved å styrke samhandlingen og tenke helhetlig kan vi bygge et mer motstandsdyktig og inkluderende samfunn som er rustet for en verden i endring.

Omstillingsevne under press

Kommunenenes forutsetninger for omstilling er imidlertid under press. Mange kommuner opplever økonomiske utfordringer, parallelt med økende tjenestebehov, kapasitets- og rekrutteringsutfordringer og et styringssystem som gir lite rom for lokal tilpasning og innovasjon. Det er også store forskjeller mellom kommuners samlede evne til å planlegge, styre og gjennomføre sine oppgaver på en effektiv, forsvarlig og langsiktig måte. Omstillingsevnen varierer betydelig, og forsterkes ytterligere av at innovasjon og samskaping også er avhengig av lokale forhold som kultur, kompetanse og ledelse for å lykkes. Samlet sett reflekterer rammebetingelsene i for liten grad omfanget og kompleksiteten i arbeidet med å utvikle og opprettholde velferden over tid.

Utvalget legger til samtidig grunn at framtidens velferdsutfordringer er så store at de ikke gir rom for å overføre flere og mer komplekse oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, slik mandatet legger til grunn. En slik tilnærming ville forutsette kapasitet, kompetanse og øvrige rammebetingelser som ikke vurderes realistisk for en allerede presset kommunesektor.

Utvalgets oppgave er ikke å utfordre generalistkommuneprinsippet eller foreslå en ny kommuneinndeling, en ny ansvarsdeling eller en samlet reform av helsetjenesten, men å vurdere hvordan samfunnet innenfor og på tvers av strukturer kan utvikle nye og mer bærekraftige måter å skape velferd på. Vårt utgangspunkt er velferdskommunen. Men uansett hvordan ansvar

og oppgaver fordeles framover, vil Norge være et land preget av lange avstander, der personell, strammere ressurser og endrede behov vil kreve innovasjon, nye samarbeidsformer og sterkere samskaping mellom kommuner, tjenester, innbyggere, pårørende, sivilsamfunn, ideelle aktører og næringsliv. Organisatoriske grep alene er ikke tilstrekkelige for å håndtere disse mellomrommene. På denne bakgrunn fokuserer utvalget sitt arbeid til å vurdere hvordan innovasjon, nye samarbeidsformer og samskaping kan bidra til bedre oppgaveløsning og øke det reelle handlingsrommet for å trygge framtidens velferd.

Utvalgets anbefalinger

Utvalget er bedt om å bidra til å møte framtidens ressursutfordringer med grep som kan redusere eller utsette befolkningens behov for tjenester, og gjennom grep som gjør bedre bruk av ressurser og personell. Utgangspunktet har vært å undersøke hvordan innovasjon og samskaping kan frigjøre kapasitet i helse- og omsorgstjenestene, og å finne muligheter og modeller for samskaping mellom kommuner, tjenesteutøvere, innbyggere, sivilsamfunn, ideelle aktører og næringslivet som bidrar til å trygge framtidens velferd.

Kjernen i utvalgets mandat handler om at velferd skapes i fellesskap, mellom kommune og innbygger, med sivilsamfunn, næringsliv og forskning på laget. Synergiene dette utløser er viktig i et beredskapsperspektiv. Utvalget mener at vi framover er avhengige av løsninger som frigjør kapasitet til å prioritere der det virkelig trengs. På denne måten bidrar beredskapsagendaen til at vi klarer å koble og mobilisere ressurser innenfor ordinær drift i velferdstjenestene.

Med utgangspunkt i mandatet legger utvalget her fram et samlet løft som vil gjøre velferdskommunen mer fleksibel, mer kunnskapsbasert, mer innovativ og samskapende, og bedre i stand til å implementere og skalere vellykkede løsninger enn tidligere. Den nye velferdskommunen bygger videre på dagens styrker, men utvalget foreslår også grep for å sikre nødvendig handlingsrom og høste større samfunnsgevinster. Samlet sett vil våre forslag gi et betydelig bidrag til å sikre bærekraften i velferdstjenestene, og å bidra til at innbyggerne fortsatt kan forvente gode, trygge og relevante tjenester i årene som kommer.

Vi har tatt utgangspunkt i et tydelig mål om å utvikle – ikke svekke – velferdskommunen, og lagt en rekke prinsipper til grunn. Implementering og spredning av god praksis og vellykkede modeller vurderes som avgjørende. Videre

mener utvalget at kommunene i dagens situasjon ikke bør tilføres nye oppgaver gjennom overføring fra spesialisthelsetjenesten. Vi foreslår derfor heller ingen nye lovpålagte oppgaver. Våre anbefalinger tar utgangspunkt i å styrke det kommunene allerede er gode på, og i hovedsak bygge videre på eksisterende strukturer, roller og samarbeidsformer, der det er hensiktsmessig.

Innovasjon og samskaping vurderes som nødvendige virkemidler for å trygge framtidens velferd og møte komplekse utfordringer. Samtidig er utvalget tydelig på at dette ikke kan løse alle strukturelle og kapasitetsmessige utfordringer i velferdskommunen alene.

Tre hovedgrep

Utvalget foreslår tre hovedgrep for å sikre den nye velferdskommunen handlingsrom og insentiver til både å redusere og utsette behovet for velferdstjenester og styrke kapasiteten til å møte økende etterspørsel.

1. Et målrettet samfunnsoppdrag for framtidens velferd

Utvalget mener at framtidens velferdsbehov og tilgang på ressurser er en så kompleks floke at staten bør lansere et målrettet samfunnsoppdrag (*mission*), på tvers av aktører, interesser og sektorer, med mål om å trygge framtidens velferd med knappere ressurser. Økende behov og knappere ressurser gjør det helt nødvendig å utvikle velferden på nye måter. Et samfunnsoppdrag kan samle innsatsen om forebygging, tidlig innsats og bedre bruk av samfunnets ressurser i og rundt tjenestene. Det gir en samlet strategisk innsats, som i større grad forplikter til nødvendige samfunnsseffekter. Det gir tverrsektoriell forpliktelse også hos statlige etater og nasjonale myndigheter, som kommunens innovasjonspartnere.

Utvalget mener målet med samfunnsoppdraget bør være

- å betydelig redusere og utsette behovet for velferdstjenester i møte med demografiske endringer og ressursknapphet gjennom forebygging og helsefremmende innsats; og
- å øke kapasiteten til å sikre velferd for hele befolkningen gjennom bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser

Det er nettopp kombinasjonen av disse som gjør det aktuelt som et målrettet samfunnsoppdrag. Et målrettet samfunnsoppdrag for framtidens velferd forplikter regjeringen til strategisk oppfølging av en betydelig samfunnsfloke, med den nye vel-

ferdskommunen i sentrum. Det vil styrke samarbeid på tvers av sektorer, gjøre ressursbruken mer effektiv og bidra til raskere framdrift gjennom bedre koordinering. Et slikt felles oppdrag kan også bidra til økt engasjement, tydeligere ansvarsforhold og gjøre det lettere å mobilisere offentlig, privat og frivillig sektor rundt framtidens velferds løsninger som en kompleks samfunnsutfordring. Oppdraget bør gis en tiårig ramme, eksempelvis innen 2040.

Med dette er det tatt et første skritt ved å tydeliggjøre behovet for et samlet grep og peke på et overordnet mål for et samfunnsoppdrag for framtidens velferd. Det er imidlertid avgjørende at oppdraget ikke utformes ensidig ovenfra, men formes, organiseres og innrettes som en samskappende prosess mellom staten, kommunesektoren, forsknings- og innovasjonsmiljøer, arbeidslivets parter, næringsliv, sivilsamfunn og innbyggere. Bare gjennom en slik bred og forpliktende involvering kan oppdraget få tilstrekkelig legitimitet, treffe de faktiske utfordringene i velferdskommunen og mobilisere de ressursene og den gjennomføringskraften som kreves.

Samtidig er det behov for styringsformer som i større grad understøtter lokal omstillingsevne. Dette tilsier forenkling, større lokalt handlingsrom og risikoavlastning. Utvalget forventer at staten uansett fjerner barrierer i statlig lovverk og finansieringsordninger som hindrer innovasjon og samskaping, både innad i kommunen og med andre aktører og forvaltningsnivåer. Utvalget peker spesielt på barrierer som hindrer samhandlingen mellom de to største virksomhetene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sykehjem og hjemmetjenester.

Det er utvalgets klare anbefaling at utfordringene er så komplekse at de bør møtes med et målrettet samfunnsoppdrag. Dersom regjeringen likevel ikke ønsker å ta i bruk et slikt virkemiddel, mener utvalget like fullt at regjeringen bør styre innsatsen som ett samlet tverrsektorielt strategisk innsatsområde.

2. Ett praksisnært program for den nye velferds kommunen

Utvalget anerkjenner behovet for at god kommuneøkonomi bør være hovedprinsippet for finansiering av kommunale oppgaver. Utvalget mener imidlertid at det er gode grunner til å opprettholde og styrke risikoavlastende midler for kommunene til å realisere omstillingen. Innovasjon innebærer usikkerhet og tar tid, og i en presset kommuneøkonomi vil prosjekter med usikker

gevinst ofte bli nedprioritert til fordel for lovpålagte og akutte oppgaver. Særlig for mindre kommuner kan slike midler være avgjørende for i det hele tatt å delta i utviklingsarbeid.

Utvalget mener at økonomiske virkemidler må gi kommunene langt mer fleksibilitet, langsiktighet og rom for å møte floker på tvers av sektorer ut fra lokale behov, og til å mobilisere samfunnets samlede ressurser. Utvalget foreslår derfor som hovedgrep å etablere et nasjonalt praksisnært program som sikrer den nye velferdskommunen handlingsrom og omstillingsevne. Programmet må sikre både volum og fleksibilitet til å møte utfordringene og gi rom for både nytenkning, tidlig utforskning og implementering, samt sikre langt mer systematisk tilgang på andres erfaringer. Programmet bør ha følgende delmål:

1. **Styrke helsefremmende og forebyggende velferd:** et delmål som mobiliserer innbyggere, medarbeidere, frivillighet, ideelle aktører og næringsliv i fellesskap for å støtte aktivitet, deltakelse og prososial atferd. Målet er å øke befolkningens funksjon, helse og levekår gjennom aktivt deltakende lokalsamfunn og sosial inkludering.
2. **Ta i bruk gode modeller for organisering og styring av tjenestene:** et delmål som samler aktører på tvers av sektorer om å frigjøre kapasitet, styrke kompetanse og mobilisere ressurser. Målet er å mobilisere de som kan og vil bidra i velferdstjenestene. Dette kan blant annet skje gjennom nye arbeids- og samhandlingsformer, bedre samhandling med medarbeidere, brukere og pårørende, næringsliv og sivilsamfunn.
3. **Innføre nye boformer, helseteknologi og digitale verktøy:** et delmål som sikrer nødvendig kompetanse i sektoren til å realisere gevinster og mobilisere til trygg, ansvarlig og skalerbar bruk av nye boformer, helseteknologi og digitale verktøy. Målet er å sikre innbyggernes velferd ved å styrke kapasitet i kommunale velferdstjenester gjennom systematisk bruk av kompetanse, innovasjon og teknologi.

Programmet bør gjennomgående oppfordre til å mobilisere samfunnsressurser til felles innsats for å nå det målrettede samfunnsoppdraget. Programmet bør innrettes og forvaltes som en samlet portefølje på tvers av kommunene, og der statsforvalterne gis et operativt ansvar for tildeling og veiledning. Dette bør understøttes av en tydelig forskningsstrategi som sikrer systematisk dokumentasjon, tilgang på erfaringer og evaluering av framdrift og måloppnåelse. En slik programinnret-

ning vil gi bedre grunnlag for å prioritere tiltak med dokumenterte effekter og for å utvikle prosjektporteføljer der tiltakene virker sammen, snarere enn å konkurrere om oppmerksomhet og ressurser. Programmet bør gå over to femårsperioder. Det gir nødvendig langsiktighet og forutsigbarhet for kommunene og deres partnere. Det foreslås at perioden deles opp for å gi et tydelig stoppunkt for en midtveisevaluering.

En viktig forutsetning er økonomiske rammer som er tilpasset kommunesektorens ansvar og omfang, og som gir reell mulighet for langsiktig og systematisk arbeid med innovasjon, omstilling og tjenesteutvikling. Utvalget foreslår at programmet gis en ramme på 2 milliarder kroner, og at denne økes til et nivå som tilsvarer 1 prosent av kommunenes samlede inntekter. Samtidig vil utvalget understreke at det er et selvstendig poeng å endre dagens praksis med mange små og smale tilskuddsordninger, og foreslår at relevante tilskuddsordninger innlemmes i programmet, slik at ressursene i større grad samles og gir kommunene én tydeligere inngang til statlig støtte for innovasjon og utviklingsarbeid. Dette vil gi programmet nødvendig tyngde og samtidig tydeliggjøre at staten anerkjenner at utviklingen av framtidens velferdstjenester krever et forpliktende og likeverdig samspill mellom nasjonale myndigheter og kommunene.

I tillegg anbefaler utvalget at regjeringen innlemmer relevante tilskuddsordninger fra velferdsdepartementene i programmet, for slik å unngå overlappende eller tilgrensende formål med programmets tre delmål.

3. Fra prosjekt til spredning og varige løsninger

Noe av kommunesektorens styrke – det praksisnære og lokale – har også blitt en utfordring. Utviklingsarbeid blir ofte fragmentert og i for liten grad rettet mot gjennomføring, deling og læring. Det legges til rette for forsøk og utprøving, mens implementering, skalering og spredning blir et lokalt ansvar. Det overlates kort sagt til lokale prioriteringer og ildsjeler i en tid der presset på omstillingsevnen øker og kravene til raske resultater ser ut til å bli stadig sterkere. Det fører til at mange gode løsninger utvikles lokalt, men blir for sjelden tatt i varig bruk eller delt systematisk med andre. Utvalget er derfor særlig opptatt av å bidra til rammer som kan styrke systematikken i arbeidet med å realisere større samfunnsgevinster.

For å møte utfordringene knyttet til implementering og skalering i velferdssektoren foreslår utvalget å etablere et nasjonalt skaleringsfond for vellykkede kommunale løsninger. Formålet er å

legge til rette for at lovende løsninger kan følge et felles løp for videreutvikling, utprøving og tilpassing, med sikte på overførbarhet og skalering til flere virksomheter og kommuner. Fondet bør understøttes av systematisk kunnskapsbygging, og gi rom for endringer i nasjonale rammebetingelser der det er hensiktsmessig.

Utvalget foreslår at fondet etableres med en tiårig ramme, tilsvarende perioden for det målrettede samfunnsoppdraget og det praksisnære programmet for den nye velferdskommunen. Fondet bør bestå av en portefølje av piloter som balanser risiko og gir tilstrekkelig tid til å realisere langsiktige økonomiske og samfunnsmessige gevinster. Det bør bidra til å redusere de kostnadene og barrierene som i dag hemmer skalering, og gi kommunene større mulighet til å ta i bruk løsninger som krever juridiske avklaringer, endret organisering eller investeringer som ikke lar seg håndtere innenfor ordinære budsjettammer.

Utvalget vurderer forslaget som en viktig samordningsmekanisme som i større grad sikrer bruk og spredning av tverrsektorielle løsninger, med utgangspunkt i innbyggernes behov. Fondet vil kunne bidra til strategisk utvelgelse og videreutvikling av piloter med overføringsverdi og gi operativ støtte slik at flere kommuner tar i bruk løsninger med dokumenterte resultater. Hensikten er å øke sannsynligheten for at vellykkede løsninger kan implementeres og skaleres med større samfunnsgevinster. For at fondet skal ha tilstrekkelig effekt, mener utvalget at det bør tilføres én milliard kroner årlig i tiårsperioden. Det foreslåtte beløpet er vurdert ut fra nivået på offentlig finansiering av innovasjon i næringslivet, og av de antatte samfunnsøkonomiske kostnadene ved å fortsette med dagens praksis, sett opp mot mulighetene for å realisere betydelige samfunnsgevinster.

Utvalget foreslår i tillegg å styrke kommunenes innkjøpsposisjon gjennom større grad av samordning av ressurser og veiledning om virkemidler for både enkle og innovative anskaffelser. Utvalget har ikke hatt anledning til å gå dypt inn i ulike modeller i sitt arbeid, men mener det ligger betydelig potensial i å utvikle en nasjonal innkjøps- og støttetjeneste for kommunene. Det gjelder alt fra enkle fellesanskaffelser til komplekse innovasjonssamarbeid, som også åpner for større grad av standardisering. Utvalget mener at en slik samordning vil kunne gi langt kraftigere signaler til leverandørmarkedet, og redusere deres investeringsrisiko, i tillegg til å sette kommunene bedre i stand til å etterspørre, anskaffe og ta i bruk løsninger. Det vil kunne gi langt sterkere insentiver og drivkraft til

skalering av både teknologiske og ikke-teknologiske kommersielle løsninger.

Fem sentrale temaer

Velferdssamfunnet står overfor en betydelig samfunnsflope der økende behov, ressursknapphet og sterkere forebygging må håndteres samtidig. Noen temaer har særlig betydning, både for behovet for velferdstjenester og for samfunnets kapasitet til å møte dem. Et mer mangfoldig og fleksibelt arbeidsliv vil være avgjørende for å møte økende etterspørsel med kvalitet, og må både bygge opp under medarbeideres innovasjonskraft og legge til rette for høyere deltakelse, blant annet gjennom innsats mot ungt utenforskap og et mer aldersvennlig arbeidsliv. Mestring og helse i hverdagen vil gi innbyggerne bedre velferd og redusere presset på tjenestene. Her vil samspillet med pårørende være sentralt. Samtidig vil frivillighet, næringsliv og ideell sektor i lokalsamfunnene også kunne bidra som velferdsressurser. På boligområdet handler det om tilgang til boliger og bosituasjoner som fremmer helse, mestring og deltakelse, og som kan bidra til å forebygge eller utsette behovet for tjenester. De fem temaene vurderes særlig avgjørende for å lykkes med det målrettede samfunnsoppdraget for framtidens velferd, der økende behov skal løses med knappere ressurser.

1. Et mer mangfoldig og fleksibelt arbeidsliv

Utvalget legger til grunn at arbeidskraften vil bli knappere, og at teknologi kun i begrenset grad vil kunne erstatte behovet, særlig i en personellintensiv sektor som helse- og omsorgssektoren som i stor grad handler om menneskemøter. For å møte denne utfordringen mener utvalget det er særlig viktig å utforske modeller for oppgavedeling, samhandling og organisering som mobiliserer til et mer fleksibelt og mangfoldig arbeidsmarked.

Personer som står utenfor arbeidslivet representerer en uutnyttet ressurs i møte med økende personellbehov. Økt vekt på inkludering, tilrettelegging og utvikling av inkluderingskompetanse vil kunne bidra til at flere får og opprettholder en stabil tilknytning til arbeidslivet. For personer i randsonen av arbeidslivet kan arbeid gi inntekt, tilhørighet, mestring og bedre helse, og dermed styrke den enkeltes velferd og mulighet til deltakelse. Når behovet for tjenester øker og tilgangen på arbeidskraft er under press, blir det avgjørende også fra et samfunnsperspektiv å gi større plass til alle som kan og vil bidra, også når arbeidsevnen varierer eller ikke passer inn i etablerte krav og

standarder. Dette tilsier en dreining fra et ensidig fokus på utenforskap til en mer aktiv politikk for innenforskap, der målet må være å senke terskler, øke fleksibiliteten og legge bedre til rette for deltakelse. En forutsetning er å underbygge innsatsen med målrettet opplæring og kompetanseheving, med mål om fagutdanning for de som ønsker. Vi må også sørge for at eldre som ønsker det kan stå lenger i arbeid. Utvalget mener det er avgjørende å gi pensjonister like lønns- og arbeidsvilkår som andre arbeidstakere. Slik blir et mer inkluderende arbeidsliv ikke bare en investering i den enkeltes velferd, men også en nødvendig del av samfunnets evne til å sikre tilstrekkelig kapasitet i møte med økende tjenestebehov.

Utvalget foreslår et eget delmål for det praksisnære programmet som handler om å ta i bruk gode modeller for organisering og styring av tjenestene. Delmålet skal samle aktører på tvers av sektorer for å frigjøre kapasitet, styrke kompetanse og mobilisere ressurser. Målet er å legge til rette for alle som kan og vil bidra i velferdstjenestene. Samtidig vil synergiene med øvrige delmål i programmet være avgjørende. Skaleringsfondet vil kunne fange opp gode modeller og sørge for spredning og implementering i flere kommuner og virksomheter.

2. Mestring og helse i hverdagen

Når behovene øker og ressursene blir knappere, blir det stadig viktigere å forebygge tap av funksjon, utsette behovet for tjenester og støtte innbyggernes mulighet til å leve selvstendige og aktive liv så lenge som mulig. Dette forutsetter en tydeligere dreining mot tidlig innsats, forebygging og helsefremmende arbeid.

Manglende oppmerksomhet på forebyggende og helsefremmende arbeid er et resultat av at ressursene (i for stor grad) styres mot «reparasjonsaktivitet» i helse- og omsorgstjenestene. Skal flere kunne bo godt hjemme lenger og mestre eget liv, må helsefremmende og forebyggende tilbud tas i bruk tidlig – før funksjonsfall, ensomhet og sykdom skaper behov for mer omfattende tjenester. Å vekte forebygging høyere kan etter utvalgets vurdering bidra til å redusere belastningen i helse- og omsorgstjenesten, sikre bedre levekår for innbyggerne, gi bedre helseutfall for den enkelte og samlet sørge for et mer bærekraftig kommunalt tilbud. Dette handler ikke bare om besparelser, men også om livskvalitet for den enkelte. En slik investering er langsiktig og vil først gi avkastning på kommunale og nasjonale budsjetter over tid. Selv

om mye av den forbyggende aktiviteten foregår utenfor helsetjenesten, er det etter utvalgets vurdering også behov for å legge større vekt på forebygging og helsefremmende arbeid i tjenestene.

Utvalget foreslår et eget delmål for det praksisnære programmet som handler nettopp om å styrke helsefremmende og forebyggende velferd – et delmål som også mobiliserer innbyggere, medarbeidere, frivillighet, ideelle aktører og næringsliv i fellesskap for å støtte aktivitet, deltakelse og prososial atferd. Målet er å øke befolkningens funksjon, helse og levekår gjennom aktivt deltagende lokalsamfunn og sosial inkludering. Samtidig vil synergier med øvrige delmål i programmet være avgjørende. Skaleringsfondet vil kunne fange opp gode modeller og sørge for spredning og implementering i flere kommuner og virksomheter.

3. Særlig om pårørendes posisjon

Utvalget er særlig opptatt av pårørendes posisjon og mener at de som tar på seg omsorgsoppgaver for sine nærmeste må ivaretas på en bedre måte. De pårørendes innsats er omfattende i dag, og uten dem ville trolig helse- og omsorgssektoren bryte sammen. At mange pårørende sliter seg ut når de over lengre tid forsøker å kombinere full jobb med omfattende og krevende omsorgsoppgaver, vurderes ikke som bærekraftig. Veksten i omsorgsoppgaver og endringer i befolkningens alderssammensetning krever løsninger som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg. Videre har utvalget vært opptatt av å få til et bedre samspill mellom pårørende og tjenestene. Her er økt kunnskap og kompetanse en nøkkel. Utvalget foreslår følgende:

- **Innføre betydelig utvidede lønnede permisjonsrettigheter for pårørende:** modernisere arbeidstakerrettighetene til pårørende og flytte kostnader fra unødvendig og lite formålstjenlig bruk av sykelønnsordningen til ordninger som sikrer tilknytning til arbeidslivet og forebygger økonomiske og helsemessige problemer for pårørende med langvarige og omfattende omsorgsoppgaver. Utvalget mener at regjeringen må utrede spørsmålet nærmere, med involvering av og bidrag fra dem som er berørt, både de pårørendes organisasjoner og arbeidslivets parter. Utvalget mener at utredningen må ha som utgangspunkt at bortfall av pårørendeinnsats må erstattes av det offentliges plikt til å yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Utvalgets utgangspunkt er at pårørende verken skal vinne eller tape inntekt eller pensjonsrettigheter når de

søker permisjon for å påta seg langvarige og omfattende omsorgsoppgaver.

- **Oppdrag om samordnet kunnskaps- og kompetanseformidling:** Kunnskap og praksis knyttet til samhandling med pårørende er ofte ujevnt utviklet i helse- og omsorgstjenestene. Etter utvalgets vurdering er det behov for å styrke kompetansen om pårørende i tjenestene. Det krever at kunnskap og kompetanse i større grad gjøres tilgjengelig, og at formidlingsarbeidet på feltet blir styrket og bedre samordnet. Utvalget foreslår at ansvaret for denne oppgaven lyses ut som oppdrag blant eksisterende ressurscenter og fagmiljø, som allerede i dag er involvert i slikt kunnskaps- og kompetanseformidlingsarbeid, både nasjonalt og regionalt. Oppdraget forutsettes fulgt opp med langsiktig finansiering fra statens side. Utvalget er opptatt av at et slikt fagmiljø må være praksisnært, og bygge på kunnskapsutvikling både med bakgrunn i forskningsaktivitet og erfaringer fra pårørende.
- **Tidlig intervensjon og bistand til unge pårørende:** Barn og unge som pårørende må identifiseres som pårørende så tidlig som mulig. Tidlig intervensjon og bistand til unge pårørende har som mål å hindre at barn og unge pådrar seg alvorlige problemer og havner i utenforskap som et resultat av at de er pårørende til søsken, foreldre og andre nære.

4. Frivilligheten som velferdspartner

Utvalget mener det er nødvendig å styrke den nye velferdskommunens forutsetninger for å spille med sine omgivelser. Et viktig perspektiv er nærmiljøet som en helse- og velferdsressurs. Dette handler blant annet om å bygge opp under lokalt næringsliv som en velferdsarena og å sikre ideell sektor rammebetingelser som faktisk gir rom til å bidra. Det handler også om hvordan vi planlegger og utformer nærmiljøene i skjæringspunktet mellom bomiljø, tjenestebehov, transportmuligheter og bygde omgivelser. Utvalget mener det ligger et betydelig potensial i å utvikle knutepunkter som evner å spille disse ressursene i samme retning, med mål om bedre velferd for innbyggerne. Målet er uansett at de fleste fortsetter å bo og leve i kjente omgivelser, med nabolag, familie og sosialt nettverk, så lenge det går.

Fra et lokalsamfunnsperspektiv har utvalget vært særlig opptatt av frivillighetens rolle i møte med framtidens velferdsbehov. I en tid preget av strammere offentlige budsjetter og økende utfordringer med å rekruttere og beholde arbeidskraft,

trekkes frivilligheten ofte fram som en mulig løsning. Utvalget erfarer at frivillige i enkelte sammenhenger omtales som en uutnyttet ressurs eller en fleksibel reserve som kan avlaste velferdstjenestene. Dette bildet kjenner ikke utvalget seg igjen i. Frivilligheten er ikke en automatisk tilgjengelig ressurs; den krever tilrettelegging og rammevilkår som gjør innsatsen bærekraftig over tid og som ivaretar dens egenart.

Utvalget foreslår at regjeringen gjennomfører en kraftig opprydding i dagens mange små og smale tilskuddsordninger til større og mer robuste ordninger, hvor formålet er

- færre og mer fleksible ordninger å forholde seg til
- flerårig støtte: tilskudd bør tildeles med en 5-årig tidshorisont for å sikre økt forutsigbarhet for organisasjonene.

Videre vil frivilligheten være en sentral partner for kommunene, særlig gjennom praksisnært program og skaleringsfond. I tillegg mener utvalget det er behov for styrke koordineringsledd og knutepunkt mellom kommune og frivillighet. Her mener utvalget det er viktig å bygge på eksisterende infrastruktur. På denne bakgrunn foreslår utvalget å styrke knutepunktfunksjonen til frivilligsentralene, slik at disse i større grad kan bidra til å mobilisere og koble ressurser fra sivilsamfunnet til kommunens roller og behov, uten at dette skal erstatte kommunens lovpålagte oppgaver. For at frivilligsentralene skal kunne ta en større rolle, må det tilføres både kompetanse og bedre finansiering. Utvalget foreslår at dagens tilskuddsordning dobles, for å sikre en reell oppbygging og styrking av knutepunktfunksjonen.

5. Helsefremmende og forebyggende boformer

Boligpolitikken må i større grad møte endrede behov i takt med demografiske endringer og gi innbyggerne insentiver til å ta større ansvar for egen bosituasjon. Her foregår det allerede betydelig innsats gjennom Eldreboligprogrammet. Utvalget foreslår imidlertid at programmet åpner for større grad av tverrsektoriell innsats. Trygg implementering av teknologi og digitale verktøy vil være særlig relevant, men også nye modeller for organisering av tjenester i samspill med innbyggernes bosituasjon.

Utvalget foreslår at innsatsen i Eldreboligprogrammet legges inn under det foreslåtte målrettede samfunnsoppdraget for framtidens velferd. Dette vil understøtte regjeringens mål om 130 000 nye boliger innen 2030, og tydeliggjøre at dette ikke er et

rent volummål, men et samfunns mål. Videre må innsatsen i Eldreboligprogrammet ses i sammenheng med det praksisnære programmet, særlig delmålet om å innføre nye boformer, helseteknologi og digitale verktøy. Å sikre at Eldreboligprogrammet kan brukes i kombinasjon med det praksisnære programmet som en helhetlig portefølje, vil sikre nødvendig kompetanse i sektoren til å realisere gevinster og mobilisere til trygg, ansvarlig og skalerbar bruk av nye boformer, helseteknologi og digitale verktøy. Målet er å styrke kapasitet i kommunale velferdstjenester gjennom systematisk bruk av kompetanse, innovasjon og teknologi. Samtidig vil synergier til øvrige delmål være avgjørende. Skaleringsfondet vil kunne fange opp gode modeller og sørge for spredning og implementering i flere kommuner og virksomheter.

For å styrke Eldreboligprogrammet foreslår utvalget følgende grep:

- å etablere ordninger som åpner for utprøving av innovative boformer som trygghetsboliger og sosiale boformer. Her bør det stimuleres til både eie og leie modeller.
- å åpne for mer tverrsektoriell utforskning ved innføring av brede forsøkshjemler i Husbankens mandat og virkemidler.
- å etablere en «sandkasse for nye boformer» der kommune, utbyggere, tjenesteapparat og beboere prøver ut nye boligløsninger gjennom noen få utvalgte og systematiske piloter
- å bygge ut ordninger som gir kraftigere stimulering til aldersvennlig ombygging av egen bolig gjennom finansiering og veiledning

Innsatsen må underbygges av systematisk forskning og innsikt

Kommunene står overfor økt kompleksitet, flere brukere med sammensatte behov og strengere krav til helhetlige og kunnskapsbaserte tjenester. Utvalget mener generelt det er behov for mer målrettet og systematisk satsing på forskning for å støtte innovasjon og kompetanseutvikling i de kommunale velferdstjenestene. Utvalget mener særlig at det målrettede samfunnsoppdraget, det praksisnære programmet og skaleringsfondet må kobles til systematisk bruk av forskning og sammenstilling av kunnskap. Utvalget mener vi må legge til rette for gode læringssløyfer både til praksisfeltet og til nasjonal politikkutforming. Enkel tilgang på kunnskap og innsikt vurderes som en forutsetning for å lykkes med innovasjonsarbeid.

Tilgang på forskning, kunnskap og innsikt vil styrke kommunenes evne til å utvikle effektive arbeidsprosesser, ta i bruk teknologi på en hen-

siktsmessig måte og sikre høy faglig kvalitet i tjenestene. I en stadig mer krevende tjenestevirkelighet er det ikke nok å løse dagens oppgaver. Kommunene må også ha kapasitet til å utvikle og forbedre tjenestene over tid. Krav og forventninger til innovasjons- og praksisnær forskning vil etter utvalgets mening danne grunnlag for enklere samarbeid mellom de ulike aktørene i forskningen og sikre en sterkere kommunal innretning i kunnskapsproduksjonen. Med bakgrunn i dette mener utvalget at det må legges bedre til rette for systematisk forskning med og på de kommunale velferdstjenestene og i større grad gjøre det mulig for kommunene å ta i bruk forskning og ny kunnskap. Utvalget vil særlig peke på kunstig intelligens (KI) som et mulig verktøy.

Vår tid er nå

Skal den nye velferdskommunen bli mer enn en god intensjon, må forslagene til politikk følges opp med handlekraft og tydelige prioriteringer allerede i dag. Behovene i befolkningen vokser raskere enn ressursene, og kommunene står i et krysspress av demografiske endringer, økte forventninger og knapphet på kompetanse. Jo lenger vi venter, desto større blir avstanden mellom innbyggernes behov og tjenestene vi er i stand til å levere. Derfor haster det å omsette ambisjonene til konkret politikk, investeringer og nye arbeidsmåter. Dette er ikke tiden for flere utredninger alene, men for beslutninger som sikrer bærekraftige tjenester, styrker fellesskapet og gir kommunene handlingskraft til å møte framtida med trygghet og kvalitet. Derfor har utvalget lagt stor vekt på å identifisere og foreslå konkrete løsninger i sitt arbeid.

Utvalget mener at forslagene samlet vil sette den nye velferdskommunen i stand til å møte økende behov på en måte som fremmer sosialt, kulturelt og demografisk mangfold, legge til rette for fellesskap, frivillighet og lokal mobilisering, og styrke innbyggernes egenmestring. Utvalget mener gjennomgående at staten må ta et større ansvar for å styrke kommunenes rolle som pådriver for nødvendig endring, og i langt større grad sikre at gevinster realiseres på tvers av kommunene. Staten må legge til rette for og bidra med støtte til prosesser hvor tillit, samskaping og innovasjon virker gjensidig forsterkende, og legge til rette for sterke partnerskap mellom innbyggerne, pårørende, ansatte, frivilligheten, ideell sektor, næringslivet og forskning. Det avgjørende er å sikre kommunen handlingsrom og omstillings- evne til å løse sine kjerneoppgaver og trygge velferden for innbyggerne.

Utviklingen er så krevende og sektorovergripende at regjeringen etter utvalgets vurdering bør samle og koordinere oppfølgingen som ett eget strategisk innsatsområde. Hvert enkelt tiltak kan gi betydelig effekt. Dersom regjeringen ser til-

takene i sammenheng og samler dem i et målrettet samfunnsoppdrag, vil resultatene forsterkes resultatene innbyggernes velferd trygges.



Vedlegg til saksnr. 2026/17158–4

Forslag til svar på høring av NOU 2026: 6 – Den nye velferdskommunen

Overordnet vurdering

Fredrikstad kommune viser til Helse- og omsorgsdepartementets høring av NOU 2026: 6 *Den nye velferdskommunen*, gitt av Innovasjons- og samskapingsutvalget 28. mai 2026.

Fredrikstad kommune støtter hovedretningen i utredningen. Den peker i samme retning som kommunen selv har beveget seg de siste årene, og de foreslåtte virkemidlene kan gi bedre forutsetninger for å videreføre en utvikling som allerede har gitt gode resultater.

Kommunens utfordringsbilde

Fredrikstad kommune kjenner seg igjen i det nasjonale utfordringsbildet utvalget beskriver. Utvalget trekker frem 2030 som et sentralt vendepunkt, der det for første gang vil være flere personer over 65 år enn barn og unge under 20 år. For Fredrikstad vil dette være realiteten allerede i 2026.

Forebygging og hjemmebaserte tjenester

Utvalgets vektlegging av forebygging, hverdagsmestring og en dreining fra institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester er i tråd med retningen Fredrikstad kommune har valgt, og har gitt konkrete resultater i form av redusert merforbruk. Utvalget beskriver dreiningen mot forebygging og hjemmebaserte tjenester som noe kommunene bør motiveres og støttes til å gjøre over tid. For mange kommuner, som Fredrikstad, har dette i stor grad vært en nødvendig omstilling som følge av en presset økonomisk situasjon. Samtidig hvor faktisk satsning på forebygging har vært utfordrende fordi kommunene ikke har tilstrekkelig ressurser til overgangen til mer forebyggende arbeid. Effekten av forebyggende arbeid tar tid å hente ut.

Finansiering og nasjonale virkemidler

For at mulighetene i NOU-en skal kunne realiseres fullt ut, er det avgjørende at departementet følger opp med konkret og forutsigbar finansiering. Fredrikstad kommune mener at det praksisnære programmet og skaleringsfondet må innrettes slik at kommunene får reell mulighet til å gå fra utviklingsarbeid og pilotering til varig drift, spredning og skalering av løsninger som har dokumentert effekt. Fredrikstad kommune støtter forslaget om et nasjonalt praksisnært program og et nasjonalt skaleringsfond, og mener disse ordningene kan gi Fredrikstad kommune nye muligheter til å videreføre og forsterke arbeidet.

Kommunalt handlingsrom

Fredrikstad kommune støtter forslaget om at kommunene ikke tilføres nye lovpålagte oppgaver. Dette gir nødvendig fleksibilitet til å videreføre kommunens egen omstilling i et tempo som er tilpasset lokale behov og forutsetninger.

Frivillighet og samskaping

Fredrikstad kommune støtter forslaget om å samle tilskuddsordninger til frivilligheten i færre og mer langsiktige ordninger. Dette vil kunne gi frivilligheten i Fredrikstad bedre og mer forutsigbare rammevilkår, og styrke muligheten for samarbeid mellom kommunen, innbyggere, frivillige organisasjoner og andre lokale aktører.

Samlet konklusjon

Fredrikstad kommune støtter hovedretningen i NOU 2026: 6 og er av den oppfatningen at utredningen gir et viktig grunnlag for videre utvikling av bærekraftige velferdstjenester i kommunene.

Kommunen vil særlig understreke betydningen av forebygging, hverdagsmestring, hjemmebaserte tjenester, styrket kommunalt handlingsrom og bedre rammer for frivillighet og samskaping. Samtidig er det en avgjørende forutsetning at staten følger opp forslagene med tydelige, langsiktige og forutsigbare økonomiske virkemidler.



Saksnr.: 2026/16493
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 190732/2026
Klassering:

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Helseutvalget	26.08.2026	27/26

Spørsmål til utvalgsleder: om at pårørende til sykehjemsbeboere må frakta beboere selv til tannlegebesøk eller betale for ledsager

Fra Marianne Kristiansen, Pensjonistpartiet:

Pensjonistpartiet har blitt kontaktet av pårørende til sykehjemsbeboere som hevder de må frakte beboerne selv til tannlegebesøk eller betale for ledsagere. Om pårørende ikke kunne følge, ble de ellers fakturert for 360 kr. pr. time. Vi har også hørt at det har blitt gjort feil i forhold til dette.

Pensjonistpartiet stiller seg i alle fall undrende til at en slik praksis kan være i tråd med regelverket, og vi mener faktisk kommunen har ansvaret for å yte nødvendig helsehjelp til våre beboere, også når det gjelder å komme seg til nødvendig tannlege behandlinger.

På vegne av Pensjonistpartiet stiller vi derfor følgende spørsmål:

1. Stemmer det at man som sykehjemsbeboer blir fakturert for kr. 360 kr. pr. time om man ikke har noen pårørende til å følge seg?
2. Om så er tilfelle, ønsker vi for øvrig å vite om denne praksisen bare gjelder for ett eller flere sykehjem.
3. Om det stemmer at endringer har blitt gjort, har beboere og pårørende blitt gjort kjent med endringen?



Saksnr.: 2026/21442
Dokumentnr.: 3
Løpenr.: 274941/2026
Klassering: G00

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Helseutvalget	26.08.2026	28/26

Spørsmål til utvalgsleder: om sikkerhet for beboere i omsorgsboliger ved behov for legevakt

Fra Marianne Kristiansen, Pensjonistpartiet:

I løpet av sommeren har Pensjonistpartiet sett behovet for at faste rutiner lages forfølging av pasienter som bor i omsorgsboliger til legevakta. Vi har fått med oss at noen endringer har blitt gjort etter en svært uheldig episode i sommer, men vi vil fortsatt vite hva som gjøres for å hindre at lignende episoder skal skje igjen.

På vegne av Pensjonistpartiet ønsker jeg derfor svar på følgende :

1. Hva er konkret gjort for å sikre at uheldige episoder ved transport av pasienter fra omsorgssentre til legevakt ikke skal skje igjen?
2. Vil faste rutiner utarbeides?
3. Er det fortsatt slik at hjemmesykepleien sender pasienter i omsorgsboliger alene til legevakt i taxi?
4. Er det ikke obligatorisk at pårørende skal varsles ved situasjonen der beboere må på legevakta?