



ARENDAL KOMMUNE

Postboks 123
4891 GRIMSTAD

Saksbehandler, innvalgstelefon

Kaja Krath, 38 17 62 89

Foreløpig rapport etter tilsyn med kommunens oppfølging av hjemmeboende eldre i Arendal kommune

Sammendrag

Statsforvalteren i Agder har gjennomført tilsyn med hjemmetjenesten i Arendal kommune. Vi undersøkte om kommunen sikrer at hjemmetjenesten identifiserer forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre og at det ved forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

Tilsynet er gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn iverksatt av Statens helsetilsyn.

Tidsrommet for tilsynsbesøket: 14.09.2026 til 16.09.2026 med oppsummerende møte 16.09.2026.

Statsforvalterens konklusjon

Statsforvalteren i Agder har konkludert med at hjemmetjenesten i Arendal kommune har systemer som har som formål å fange opp akutte, subakutte og gradvise forverrelser hos hjemmeboende eldre. Vi ser derimot at disse ikke fungerer i praksis, og at praksis ikke evalueres. Vi finner at kommunen ikke har systemer for å sikre at praksis er i tråd med de rutiner som foreligger på området.

Vi ser at hjemmetjenesten i Arendal kommune i noen grad identifiserer behov for å starte observasjoner, eksempelvis ved endringer i kognisjon og økt hjelpebehov. Kommunen har imidlertid ikke systemer som i tilstrekkelig grad sikrer at observasjoner av endringer i helsetilstand og funksjon blir utført, eller blir evaluert. Dette har ført til at nødvendige tiltak ikke iverksettes, og det finnes eksempler på at dette har ført til forverring av helsetilstanden.

Den bakenforliggende årsaken til svikten vurderes å være uavklarte ansvarsforhold og manglende vurderinger og evalueringer i helsehjelpen. Tjenesten er sårbar med tanke på høyt sykefravær og utstrakt bruk av ufaglært personell, noe som fører til lite kontinuitet og mangel på nødvendig fagkompetanse i tjenesten.



Vi har konkludert med at det foreligger brudd på plikten til å yte forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Vi finner at kommunen ikke er organisert slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter etter helsepersonelloven § 4 jf. § 16. Det foreligger også brudd på den plikten som kommunen har til å følge med på, og å evaluere, den praktiske utførelsen av hjemmetjenesten på området oppfølging av gradvise endringer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8.

Rapporten inneholder beskrivelser av lovkrav, faktiske forhold og vurderinger som begrunner vår konklusjon, og et varsel om at vi vurderer å vedta pålegg om retting med hjemmel i helsetilsynsloven § 8. Se kapittel 6 for nærmere informasjon om varsel om pålegget og foreslått rettefrist.

Dere har rett til å uttale dere før vi vedtar pålegg om retting, jf. forvaltningsloven § 16. Dere kan gi tilbakemeldinger på rapportens innhold, konklusjon og til den foreslåtte rettefristen. Hvis dere mener rapporten inneholder feil, ber vi om at dette begrunnes.

Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra dere, vil vi vurdere om det er grunnlag for å endre innholdet i rapporten.

Frist for tilbakemelding er 23.10.2026.

Innhold

Foreløpig rapport etter tilsyn med kommunens oppfølging av hjemmeboende eldre i Arendal kommune	1
Sammendrag.....	1
1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet.....	3
2. Rettslig grunnlag for tilsynet	4
2.1 Krav til forsvarlighet	4
2.2 Krav til systematisk styring og kvalitetsforbedring.....	4
2.3 Pasient- og brukerrettigheter.....	4
3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester	5
3.1 Organiseringen av sone Vest.....	5
3.2 Arbeidsfordeling og faglig organisering.....	6
3.3 Kontinuitet og oppfølging av pasienter	6
3.4 Samhandling og informasjonsutveksling.....	7
3.5 Kompetanse og kvalitetsarbeid	7
3.6 Ledelsesoppfølging og kjente risikoforhold	7
4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene	8
4.1 Om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå	8
4.1.1 Normeringen som er lagt til grunn som god praksis for å identifisere forverring i helsetilstand og funksjonsnivå	8
4.1.2 Kommunens praksis med å følge med på pasientens helsetilstand og funksjonsnivå	9



4.1.3 Statsforvalterens vurdering.....	11
4.2 Om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak.....	13
4.2.1 Normeringen som er lagt til grunn som god praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå	13
4.2.2 Kommunens praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå.....	13
4.2.3 Statsforvalterens vurdering.....	14
5. Konklusjon.....	16
6. Varsel om pålegg om retting.....	16

1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2025-2027 dreier seg om ivaretagelse av grunnleggende behov hos eldre som bor hjemme. Dette tilsynet er en av flere tilsynsaktiviteter som blir gjennomført med temaet grunnleggende behov. Det inngår i den overordnede tilsynssatsningen Helsetilsynet og statsforvalterne har på helse- og omsorgstjenester til eldre i perioden 2024-2027.

Temaet for tilsynet er om forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre blir identifisert, og om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak. Det er avgrenset til å gjelde hjemmeboende eldre over 75 år og som har langvarig behov for helsehjelp i hjemmet.

Tilsynet har som formål å rette oppmerksomhet mot betydningen av tidlig oppdagelse av forverring i helsetilstand og funksjon hos eldre. For pasienten kan tidlig oppdagelse av forverring bety høyere grad av livskvalitet og selvstendighet, samt bedre behandlingsmuligheter med økt sjanse for effektiv behandling. Tidlig oppdagelse kan også forhindre at mindre helseutfordringer utvikler seg til en alvorlig tilstand, som igjen kan redusere behovet for sykehusinnleggelser. Samtidig kan det avlaste pårørende og være samfunnsøkonomisk gunstig.

Tilsynet bygger på systemrevisjon som metode for å se sammenhengen mellom praksis og kommunes styring av tjenesten og arbeid med kvalitetsforbedring. Det er kommunens ansvar som virksomhet som har vært utgangspunkt for tilsynet, og undersøkelsene har bestått av dokument- og journalgjennomgang, intervjuer og pasienterfaringer. Vi har ikke overprøvd enkeltsaker, men har brukt informasjon fra pasientjournaler for å se om kommunens praksis er et resultat av systematisk styring og forbedringsarbeid.

Pasientenes tilbakemeldinger og erfaringer med hjemmebasert helsehjelp er viktig informasjon for å belyse kvaliteten på tjenesten og kommunens praksis. Et utvalg pasienter har besvart en spørreundersøkelse utarbeidet for dette tilsynet.



2. Rettslig grunnlag for tilsynet

Tilsynet er gjennomført som et lovligheitsilsyn med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4, og innenfor rammen av kommuneloven kapittel 30 om statlig tilsyn.

Vi gir her en generell oversikt over hvilke lov- og forskriftsbestemmelser som er lagt til grunn i dette tilsynet. Normeringen av god praksis er nærmere konkretisert i rapportens kapittel 4-1 og 4.2.

2.1 Krav til forsvarlighet

Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, stiller krav til både organisering og til innholdet i tjenester som kommunen tilbyr. Det innholdsmessige kravet går ut på at tjenestene skal være av en viss kvalitet og omfang, de skal ytes i tide og være helhetlige og koordinerte.

2.2 Krav til systematisk styring og kvalitetsforbedring

Den delen av forsvarlighetskravet som omhandler krav til organisering, henger tett sammen med kravet om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Forsvarlighetskravet omfatter videre en plikt for kommunen til å legge til rette for at helsepersonellet kan oppfylle sine plikter. I dette tilsynet innebærer det undersøkelser av om kommunen legger til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven § 4 og til å oppfylle dokumentasjonsplikten i helsepersonelloven § 39.

Kravet om å legge til rette for forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 omfatter også å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten. Denne delen av forsvarlighetskravet henger sammen med kommunens overordnede ansvar for å ha systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeliggjør og utdyper innholdet i kravet til styring og kvalitetsforbedring.

2.3 Pasient- og brukerrettigheter

Pasienten/pårørende har rett på informasjon og til å medvirke i de ulike valg som skal gjøres i forbindelse med et behandlingsforløp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1, 3-2, 3-3 og 3-5. Involveringen er videre viktig for å sikre at hjemmetjenesten har oppdatert informasjon om pasienten.



3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester

Kommunens styringssystem for de hjemmebaserte tjenestene skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og være dokumentert i den form og omfang som er nødvendig for å sikre at praksis er i tråd med lovpålagte krav.

I dette kapitlet gir vi en kort presentasjon av kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester. Presentasjonen har ikke til hensikt å gi en full oversikt over alle styringsaktiviteter- og prosesser, men er tilpasset de opplysninger som kom fram i tilsynet med størst betydning for tilsynets tema.

Arendal kommune hadde 46 628 innbyggere i 2. kvartal 2026. Av disse var 3 789 personer 75 år eller eldre.

Hjemmetjenestene er organisert under kommunedirektør Børge Toft, kommunalsjef for helse og mestring, Nina Evensen Smith, og enhetsleder for hjemmesykepleien Silje Christine Smith. Fra 1. september 2026 er det ansatt ytterligere en enhetsleder i prosjektstilling, Ørjan Fossheim. Enheten har også en fagutvikler.

Hjemmetjenestene har totalt 195 årsverk inkludert ledere og fagutvikler. Tjenestene er organisert i sonene Vest, Øst og Flosta, samt en egen nattjeneste som dekker alle sonene. Sonene ledes av til sammen åtte virksomhetsledere. Tre virksomhetsledere tilhører sone Vest (Fløyheia), mens fem tilhører sone Øst og Flosta.

Søknader om tjenester behandles ved Tildelingskontoret. Når det foreligger behov, settes tjenesten inn umiddelbart. Dersom tjenesten skal ytes utover 14 dager, fattes det vedtak.

3.1 Organiseringen av sone Vest

Dette tilsynet er avgrenset til sone Vest, som ble omorganisert og samlokalisert på Fløyheia i mars 2026.

Sonen består av sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, hvor faglært helsepersonell utgjør hoveddelen av grunnbemanningen. Organiseringen består av ett sykepleierteam og to fagarbeiderteam. Hvert team har egen virksomhetsleder og fagkoordinator med delegert fagansvar. Fagkoordinatorene deltar også i klinisk arbeid i helger.

Sonen har seks ressurskoordinatorer som arbeider 50% administrativt og 50% i pasientrettet arbeid. Ressurskoordinatorene har blant annet ansvar for arbeidslister og bemanningsplanlegging.

Hvert av de to fagarbeiderteamene har en kontaktperson i sykepleierteam som de kan kontakte ved behov for bistand til vurdering, medisinhandling etc.

Sone Vest følger opp om lag 1 000 pasienter med ulike hjelpebehov. I tillegg har sonen beredskap for om lag 1 100 trygghetsalarmer. Flere pasienter mottar både hjemmesykepleie og trygghetsalarm, men tjenesten har også ansvar for hjemmeboende personer som kun har trygghetsalarm uten vedtak om hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien har telefontid til tre faste tider i løpet av



dagen/kvelden hvor pasientene kan få kontakt med hjemmesykepleien (totalt tre timer). Utover disse tidene kan pasientene benytte trygghetsalarm for å få kontakt med hjemmesykepleien.

Ansatte arbeider i turnus med dag-, kveld- og helgevakter. Natttjenesten har egen natt-turnus. Organiseringen av arbeidstiden fremgår av årsplaner. De ansatte benytter tjenestebiler for å komme til pasientene.

3.2 Arbeidsfordeling og faglig organisering

Kommunen opplyser at bemanningsplanene er basert på vurderinger av pasientenes behov og oppdragets art. Når vaktlistene utarbeides, legges disse bemanningsplanene til grunn.

Sykepleierteamet består av sykepleiere og vernepleiere. Fagarbeiderteamene består av helsefagarbeidere og fagkoordinatorer. Fagkoordinator har sykepleierfaglig bakgrunn.

Sykepleierteamet har ansvar for legemiddelhåndtering for alle pasienter i sonen. Teamet fungerer også som faglig støtte for fagarbeiderteamene. Samtidig har sykepleierteamet egne arbeidslister med egne pasienter som skal følges opp. Hvert av de to fagarbeiderteamene hadde en kontaktperson i sykepleierteamet som de kunne kontakte ved behov for bistand til vurdering, medisinbehandling etc.

Statsforvalteren har mottatt stillingsbeskrivelser for sykepleiere, fagarbeidere og assistenter. Det foreligger ikke en skriftlig beskrivelse av funksjonen ansvarsvakt. I intervjuene kom det frem at ansvarsvaktene blant annet har ansvar for å lede teamet, følge opp e-linker/PLO-meldinger fra fastlege, spesialisthelsetjenesten m.m., gjennomføre pasientgjennomgang, videreformidle informasjon og koordinere arbeidet i teamet.

3.3 Kontinuitet og oppfølging av pasienter

Alle pasienter skal ha en primærkontakt. Navnet på primærkontakten skal dokumenteres i tiltaksplanen og gjøres kjent for pasienten.

Statsforvalteren har mottatt rutine som beskriver hvem som kan være primærkontakt og hvilket ansvar rollen innebærer. Fagarbeidere i minimum 50 % stilling kan være primærkontakt. Sykepleiere er per i dag ikke tillagt denne funksjonen.

Primærkontakt samarbeider med fagkoordinator og virksomhetsleder for å sikre kvalitet og kontinuitet i tjenestene. Primærkontakt har hovedansvar for at pasientens tiltaksplan er oppdatert, men alle ansatte har ansvar for å oppdatere denne dokumentasjonen ved behov.

Primærkontakt har også ansvar for oppfølging etter modellen «Gode pasientforløp». Dette innebærer standardiserte kartlegginger ved oppstart av tjenester (innen 48 timer), etter fem uker, etter seks måneder og deretter hver sjette måned. Kartleggingene omfatter blant annet legemiddelbehandling, NEWS2, ernæringsstatus, fallrisiko, funksjonsnivå, pårørendekontakt og tiltaksplaner. Nye pasienter følges først opp av sykepleierteamet for kartlegging, og første kartlegging etter modellen «Gode pasientforløp» foretas dermed av sykepleierteamet. Dersom det ikke lenger er behov for sykepleiefaglig oppfølging, overføres ansvaret for oppfølgingen av pasienten til fagarbeiderteamet.



3.4 Samhandling og informasjonsutveksling

Det gjennomføres daglige pasientgjennomganger hvor hele teamet deltar. Virksomhetsleder deltar som regel også på disse. Statsforvalteren har mottatt rutine for gjennomføringen. Ansvarsvakt og fagkoordinator leder gjennomgangen etter en fastsatt mal som skal bidra til å identifisere endringer i pasientens tilstand og behov.

Tema som gjennomgås er blant annet fall, endret allmenntilstand, innleggelser og andre forhold som krever oppfølging. ISBAR benyttes som verktøy for å strukturere kommunikasjonen.¹ Kommunen opplyser at forhold som tas opp i pasientgjennomgangen skal dokumenteres i journal.

Ansvarsvakt videreformidler relevant informasjon til kveldsvaktene og fordeler arbeidsoppgaver. Beskjedjournal benyttes ved viktige meldinger som må gjøres kjent for ansatte, noe som umiddelbart kommer til syne når det klikkes inn i pasientjournal/tiltaksplan. Morgenrapport gjennomføres ved at ansatte leser rapporter og dokumentasjon knyttet til pasienter på de ansattes vaktliste for vakten.

Det foreligger prosedyrer for samarbeid med fastleger, korttidsavdeling, kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH), avklaringsavdeling og sykehus.

3.5 Kompetanse og kvalitetsarbeid

Kommunen benytter Gerica som elektronisk pasientjournal og Compilo som avvikssystem.

Hoveddelen av avvikene håndteres av virksomhetsleder. Ved behov drøftes avvikene med enhetsleder og kommunalsjef. Kommunen opplyser at avvik søkes håndtert på lavest mulig nivå.

Det foreligger rutiner for journalføring. Statsforvalteren har videre mottatt sjekklistor og opplæringsmateriell knyttet til blant annet demensomsorg, e-læring og «Gode pasientforløp».

Kommunen har utarbeidet årshjul for kompetanseutvikling. Temaer som inngår er blant annet observasjonskompetanse, NEWS2, ISBAR, Hjerte-lunge redning (HLR), journalføring, ernæringsoppfølging, fallforebygging og legemiddelhåndtering.

Det fremgår av kommunens rutine for observasjonskompetanse at virksomhetsleder har ansvar for implementering av prosedyren og for å utpeke ressurspersoner med ansvar for opplæring og undervisning.

3.6 Ledelsesoppfølging og kjente risikoforhold

Kommunalsjef for helse og mestring har ukentlige møter med enhetslederne. Her gjennomgås blant annet økonomi, personalforhold, kvalitet og faglige problemstillinger. Kommunalsjefen rapporterer

¹ ISBAR er en standardisert modell for kommunikasjon mellom helsepersonell som omfatter identifikasjon, situasjon, bakgrunn, analyse og råd/anbefaling.



videre til kommunedirektøren. Rapporteringen omfatter kvalitet i tjenestene, HMS-forhold og økonomi.

Det kom frem under tilsynet at sone Vest har hatt et høyt sykefravær i lengre tid, i perioder opp mot 30%. Som årsaker ble det i intervjuene blant annet vist til økende misnøye knyttet til utfordringer i forbindelse med lokalene på Fløyheia, herunder økt tidsbruk til forflytning mellom kontorer, parkering og pasienter, samt endringer i organiseringen.

Ved sykefravær leies det som hovedregel inn vikarer. Dersom dette ikke er mulig, slås arbeidslister sammen. I enkelte tilfeller må planlagte besøk avlyses eller utsettes.

Statsforvalteren har mottatt en ROS-analyse fra sykepleieteamet i sone Øst fra 2024. I analysen ble det identifisert risikoområder knyttet til kommunikasjon mellom sykepleie- og fagarbeiderteam samt uklar rollefordeling. Sykepleierteam i sone Vest ble opprettet etter evalueringen av organiseringen med sykepleierteam i sone øst.

4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene

I dette kapitlet vil Statsforvalteren presentere faktum vi har lagt til grunn og hvordan vi har vurdert faktumet opp mot lovkravene som er undersøkt i tilsynet.

Vurderinger av kommunens praksis bygger særlig på:

- Helsedirektoratet (2020-04-30T16:00). Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 30. april 2020, lest 04. mai 2026). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsedirektoratet (2017-11-21T14:25). Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 30. april 2026, lest 04. mai 2026). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Relevant fagteori om sykepleie.

4.1 Om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå

4.1.1 Normeringen som er lagt til grunn som god praksis for å identifisere forverring i helsetilstand og funksjonsnivå

Statsforvalteren har for undersøkelsen tatt utgangspunkt i målepunkter som er vesentlige for å kunne identifisere forverring i helsetilstand og funksjonsnivå. Målepunktene er hver for seg og samlet en angivelse av god praksis, og innebærer at hjemmetjenesten:

- fanger opp nye eller endrede symptomer og tegn som skal føre til handling, også utover det som er beskrevet i pasientens journal eller tiltaksplan
- dokumenterer og formidler observasjoner på en måte som gjør det mulig å følge med på utvikling over tid
- bygger observasjoner på oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og funksjonsnivå



- følger med på om behandlingstiltak har ønsket effekt
- regelmessig og systematisk vurderer pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

Hvorvidt avvik fra god praksis innebærer brudd på kravet om forsvarlige tjenester avhenger av hvor stort avviket fra god praksis er, omfanget og hvilken risiko og konsekvens avviket har for pasientene.

4.1.2 Kommunens praksis med å følge med på pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

Tiltaksplanen danner utgangspunktet for hvilke tjenester hjemmetjenesten yter hos den enkelte pasient. Tiltaksplanen skal ifølge kommunens styringsdokumenter oppdateres jevnlig. Den skal også være oppdatert med gjeldende opplysninger, og inneholde ADL (aktiviteter i dagliglivet), inntak, kartlegging og oppfølging.

Pasientene følges i stor grad opp gjennom tiltak som er beskrevet i tiltaksplanene. Tiltaksplanene er imidlertid ikke alltid oppdaterte, og det er heller ikke alltid de blir lest nøye. Noen av de ansatte har oppgitt i samtaler med Statsforvalteren at tidspress var en av årsakene til dette. Dette ser vi også at fremgår av avvik. Vi kan se, og det ble også nevnt av ansatte, at tiltakene ofte angir den konkrete handlingen som skal utføres, men at det i mindre grad fremgår hvilke observasjoner som bør gjøres og hvilke eventuelle endringer som skal følges med på.

Vi har sett, både under journalgjennomgangen og i avvikssystemet, at beskjedjournal noen ganger brukes i stedet for å opprette et tiltak på pasienten, og med beskjed om konkrete handlinger som skal utføres. Beskjedjournal kan kvitteres ut på samme måte som et tiltak i tiltaksplanen, men i motsetning til et tiltak, er ikke beskjeder i beskjedjournalen tilbakevendende. Når en beskjedjournal blir kvittert ut, dukker dermed ikke denne opp ved neste besøk hos samme pasient. Vi har sett at beskjedjournal kvitteres ut til tross for at denne sier "LA STÅ". Det presiseres ikke hvor lenge beskjeden skal bli stående, eller være gjeldende for pasientens oppfølging og helsehjelp.

Det er sykepleierteamet som innledningsvis har ansvar for nye pasienter, før ansvaret for den videre oppfølgingen eventuelt flyttes til et av fagarbeiderteamene. Nye pasienter kartlegges ved bruk av inntaksskjemaet "Gode pasientforløp".

Vi ser av journal at det forekommer varierende grad av hvordan observasjoner gjennomføres og dokumenteres i tjenesten. Vi ser videre at det i stor grad beskrives observasjoner knyttet til blant annet kognitiv funksjon, sårutvikling, ernæringssituasjon, infeksjonstegn og ADL-funksjon, og at dette journalføres. Vi ser imidlertid at mange tiltak utføres, uten at observasjoner rundt tiltaket journalføres, og at observasjoner gjort ved tidligere besøk sjelden vurderes eller følges opp.

I forbindelse med bruk av «Gode pasientforløp», skal det blant annet systematisk kartlegges forhold som kognitiv funksjon, ernæringssituasjon, NEWS2, og ADL-funksjon ved hjelp av IPLOS. Denne kartleggingen skal rutinemessig gjennomføres fem uker etter inntak, samt hver sjuende måned siden. Vi har fått opplyst i samtaler med de ansatte at kartleggingen som skal gjøres etter 5 uker kun i liten grad gjennomføres. Kartleggingen som skal finne sted etter seks måneder gjennomføres stort sett, men ikke nødvendigvis innenfor de seks månedene. Det varierer også hvor systematisk denne gjennomgås.

Utover «Gode pasientforløp» og pasientgjennomganger, så vi at oppfølgingen ofte er knyttet til gjennomføring av enkeltstående tiltak og observasjoner i den daglige tjenesteytingen.



Journalgjennomgangen og intervjuene viste variasjon i hvor systematisk endringer i helsetilstand og funksjonsnivå identifiseres og dokumenteres.

Det fremkom ikke at legemiddelgjennomganger gjennomføres etter en fast praksis eller rutine. I sjekklisten for «Gode pasientforløp» står det at korrekt medisinaliste skal legges inn i Gerica, og at kontakt med fastlege skal avklare medisin, diagnoser og videre behandling.

Vi har erfart at det meldes mange avvik relatert til medisiner, og håndteringen av disse. Fagutvikler har imidlertid fått et ansvar for å gjennomgå medisinalvik, og vurdere behov for å iverksette tiltak.

I samtaler med de ansatte, beskrives lav terskel for å kontakte sykepleier ved endringer i pasientens tilstand eller ved fall. Vi ser imidlertid i samtaler og i avvikssystemet at sykepleierteamet oppleves vanskelig å få tak i, ettersom de selv har både administrative og pasientrettede oppgaver i tillegg til å skulle bistå fagarbeiderteamene.

Av hjemmesykepleiens årshjul for kompetanse i 2026 fremgår det at både dokumentasjon, observasjonskompetanse og handlingskompetanse skal ha vært tema tidligere i år. Observasjonskompetanse inngår også som ett av temaene som blir gjennomgått med nyansatte på fagdag, som det avholdes tre til fire av i året. Det tilstrebes blant annet å avholde fagdag før sommeren, slik at nyansatte og sommervikarer kan delta på dette. De ansatte vi snakket med, oppga at de var tilfredse med den opplæringen de hadde mottatt ved ansettelse. Noen uttrykte imidlertid at de ikke var sikre på kompetansen til andre i hjemmetjenesten, og her ble særlig de ufaglærtes observasjonskompetanse tematisert.

Ansatte opplyste i samtaler at tidsbruk, blant annet til forflytning, påvirker muligheten til å gjøre observasjoner og vurderinger. Dette understøttes av avviksmeldinger som beskriver for kort tid hos pasientene, manglende mulighet til å gjennomføre pauser, og behov for å arbeide utover ordinær arbeidstid.

Hjemmesykepleien har utstrakt bruk av ufaglærte og vikarer. Ved sykefravær erstattes sykepleiere og øvrig fagutdannet personell ofte med ufaglærte vikarer, ettersom faglærte vikarer er vanskeligere å få tak i. Ansatte opplyste at når de ikke får inn vikarer med tilsvarende kompetanse, og noen ganger ikke får inn vikarer i det hele tatt, øker arbeidsbelastningen ytterligere. Vi ser i avvik at besøk har måttet avlyses ved sykdom hos ansatte.

Når pasienter motsetter seg helsehjelp, opplyste ansatte om at de forsøker tillitsskapende tiltak, motivasjon og tilrettelegging. De forsøker også å sørge for at pasienten får besøk av pleiere vedkommende kjenner fra før når dette er mulig. Pårørende, fastlege og demensteam involveres ved behov. Ansatte opplyste videre om at lege kontaktes når de vurderer at det er behov for en vurdering av pasientens beslutningskompetanse. Vi kunne også lese ut av journal at flere av pasientene var i kontakt med demensteam og at det foregikk løpende kontakt med pasientenes fastlege.

Av ti spørreskjemaer som ble delt ut til pasienter i hjemmetjenesten, mottok vi seks utfylte skjemaer tilbake. Dette fordi resterende fire pasienter ikke hadde anledning eller mulighet til å fylle dem ut selv. Av skjemaene kan vi lese at samtlige oppgir at det er pasienten selv, eller nærmeste pårørende, som har informert hjemmetjenesten om forverringen av helsetilstanden. Tre pasienter oppga at forverringen kom overraskende på dem, én svarte nei, og to visste ikke. Fire av seks oppga at de hadde hatt tilsvarende helseproblemer tidligere.



Spørreskjemaene vi har mottatt, viser at tre av seks pasienter ikke opplever å ha bidratt til utformingen av eget tjenestetilbud. Fire av seks oppga at de hadde en fast kontaktperson i hjemmesykepleien. I intervju fremkom det at ikke alle pasienter har primærkontakt.

4.1.3 Statsforvalterens vurdering

Informasjon formidles og deles mellom de ansatte på ulike måter. Vi vurderer at pasientgjennomgangen som foregår midt på dagen, samt tilhørende rutine, bidrar til å oppdage forverring hos pasienter. Rutinen er utformet slik at det er tydelig for de ansatte hva som bør tematiseres, og gjennomgangen bidrar til at ulik kompetanse og andres kjennskap til pasienten kan spille inn i den videre behandlingen av pasientene. Vårt inntrykk er at også de ansatte vurderer dette som en viktig arena for å drøfte pasienter.

Vi har sett gjentatte ganger at beskjedjournal kvitteres ut til tross for at den er opprettet for å forbli i journalen, samt at ansatte ikke har tid til å lese tiltaksplan før de besøker pasienter. En slik praksis medfører risiko for at viktig informasjon om pasientens oppfølging og helsetilstand ikke videreføres mellom besøkene. Videre består tiltaksplanene som regel av konkret informasjon om handlingen som skal utføres, men det er begrenset informasjon om hvilke observasjoner som skal gjøres i forbindelse med utføringen av tiltaket, hva som skal følges med på, og hvilke endringer som kan utgjøre tegn på forverring. Dette forutsetter at de ansatte selv innehar observasjonskompetanse til å, på egenhånd, vurdere hvilke observasjoner som er relevante og som derfor bør nedtegnes. Dersom journalen ikke inneholder de nødvendige observasjoner, og den heller ikke leses av de ansatte før besøk, begrenses journalens funksjon som arbeidsverktøy. Dette medfører en risiko for at ansatte mangler et avgjørende grunnlag for å identifisere endringer i pasientenes helsetilstand og funksjonsnivå.

Planlagte jevnlige observasjoner utføres i noen grad. Det er imidlertid tilfeller der observasjoner ikke blir fulgt opp, også selv om dette står i tiltaksplanen. Videre finner vi ikke dokumenterte mål på hvor lenge observasjonen skal foregå eller konkrete mål for når det bør evalueres, i journal eller i tiltaksplanen. Det er få forekomster i journal hvor observasjoner som gjøres evalueres, og også få spor av dokumentasjon av drøftinger som ifølge intervjuer gjøres i pasientgjennomgangen. God praksis ville vært å planlegge når observasjoner skal evalueres. Der hvor observasjonene omhandler målbare enheter som for eksempel vekt, mengde mat eller inntak av næringsdrikke, vil god praksis være å tydeliggjøre hva som er målsettingen, slik at evalueringen blir mest mulig konkret.

Vi fant at kartleggingene i «Gode pasientforløp» som skal gjennomføres etter fem uker i begrenset grad blir utført. Kartleggingene etter seks måneder gjennomføres i større grad, men ikke nødvendigvis innen den fastsatte fristen på seks måneder, og heller ikke alltid på en like systematisk måte. Vi vurderer med dette at kommunen har etablert en praksis med et verktøy som kan bidra til å identifisere endringer i helsetilstand og funksjonsnivå, men at mangelfull gjennomføring svekker nytten av disse verktøyene.

Vi vurderer at manglende målsetning, evaluering og risikovurdering av gradvise endringer utgjør en risiko for at tiltaket ikke samsvarer med pasientens behov, og kan også føre til at ineffektive eller unødvendige tiltak videreføres. I journalen til flere av pasientene finner vi i tillegg eksempler på at de planlagte målingene over tid ikke ble utført, eller ikke ble nedtegnet. Dette førte i flere tilfeller til at pasienten hadde en forverring som ikke ble oppdaget i tide.

Det fremkommer i intervjuer med de ansatte og i journal at det er uklart om noen har et særskilt ansvar for å følge med på at planlagte observasjoner utføres og at observasjonene blir evaluert. Det



er enighet om at alle ansatte har et ansvar når de er hjemme hos pasienten, men ettersom det i stor grad mangler mål og punkter for evaluering, er det ikke klart om noen har et særlig ansvar for å stoppe opp og evaluere tiltakene. Både ledelsen og de ansatte opplyser om at samtlige pasienter skal ha en primærkontakt, og det finnes styringsdokumenter som beskriver primærkontaktens oppgaver. Av styringsdokument om primærkontaktansvar fremgår det ikke at primærkontakten har et særlig ansvar for å evaluere sine pasienters tiltak. Selv om alle pasienter skal ha en primærkontakt, får vi opplyst at dette kun i begrenset grad gjennomføres. Når det ikke er tydelig hvem som skal evaluere løpende tiltak, når, og på hvilken måte, vurderer vi at dette kan medføre at endringer i helsetilstanden ikke blir identifisert. Det foreligger heller ikke et system for at ledelsen følger med på at observasjoner blir gjennomført og evaluert.

Kommunen har omfattende sjekklister og skjemaer for opplæring og oppfølging av nyansatte som beskriver hvilke områder som skal beherskes og av hvem. Vi erfarer imidlertid at de ansatte opplever at det avhenger av hvem som gir opplæringen, hva som inngår i denne. I både avvikssystemet og i samtaler med de ansatte, fremkommer at de har store bekymringer knyttet til de ansattes kompetanse. Det vises blant annet til at man ikke nødvendigvis selv er klar over hvilken kompetanse som mangler, og det vil derfor være vanskelig å etterspørre denne. Eksempelvis fremkom det i samtaler med de ansatte at faglært helsepersonell henvender seg for veiledning fra personell med høyere eller annen kompetanse i større grad enn ufaglærte. Tjenesten har utstrakt bruk av vikarer og assistenter. Tilstrekkelig opplæring i blant annet observasjons- og handlingskompetanse, samt tid til å både gjennomgå opplæringsopplegget og å lese journal, tiltaksplan og beskjedjournal er nødvendig for å sikre en sammenhengende kjede av observasjoner av pasienten.

Til tross for at de ansatte stort sett oppga lav terskel for å kontakte høyere kompetanse, herunder eksempelvis kontaktperson i sykepleierteamet, ser vi at dette ikke alltid lar seg gjøre. Organiseringen med sykepleierteam og fagarbeiderteam gjør imidlertid at sykepleiere, som selv har både administrative og pasientrettede oppgaver, ikke til enhver tid kan gjøre seg tilgjengelig for å veilede fagarbeiderteamene. I tillegg ser vi at flere ansatte opplever at sykepleierteamet har en stor pasientgruppe å forholde seg til, og dermed ikke inngående kjennskap til alle disse. Dette har medført at ansatte som har tatt kontakt med sykepleierteamet ikke har fått den støtten og hjelpen de hadde behov for. Dette bekreftes i flere av samtalene. Vi vurderer at den tidvis manglende kompetanse, tilgjengeligheten på støtte i vurderinger, samt kontinuitet i oppfølgingen av pasientene gjør at endringer i pasientenes tilstand ikke alltid blir fanget opp eller vurdert av personell med tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, og at dette utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Vi har også sett eksempler på at dette har medført mangelfull helsehjelp for pasienter.

Systematisk kartlegging av pasientenes helsetilstand og funksjonsnivå er også viktig for å avdekke forhold som kan gi grunnlag for nærmere medisinske vurderinger, herunder vurdering av legemiddelbehandlingen. Endringer i blant annet falltendens, kognitiv funksjon og funksjonsnivå kan være tegn på at det er behov for en legemiddelgjennomgang. Selv om det er fastlegen som gjennomfører slike vurderinger, må behovet identifiseres og formidles til lege. Vi fant at endringer i funksjonsnivå i noen grad ble identifisert og behov for legemiddelgjennomgang ble formidlet til lege. Ettersom det ikke er fast praksis eller rutine for å gjennomføre legemiddelgjennomgang i tillegg til mangelfull og usystematisk kartlegging av helsetilstanden, vurderer vi at behov for legemiddelgjennomgang ikke fanges opp eller følges opp i tide.

Statsforvalteren fant at de ansatte beskrev eventuelle tiltak for å gjennomføre helsehjelp til pasienter som motsetter seg dette, men at dette ikke alltid lot seg gjennomføre. Kommunen nevner vurdering av pasientens beslutningskompetanse (begrepet samtykkekompetanse er det som er



brukt i styringsdokumentene vi har mottatt) i rutine om demenspakke og tildeling av medisindispenser, og vi kan se at det eksisterer en mal for «vurdering av samtykkekompetanse – hjemmesykepleien» tilgjengelig i Geric. Vi kan imidlertid ikke se når denne skal brukes, utover i forbindelse med tildelingen av medisindispenser. Vi har fått opplyst at lege kontaktes ved behov for vurdering av beslutningskompetanse, og at demensteam kobles på ved behov.

Vi vurderer at det her er avdekket svikt i praksis, og vi har sett flere tilfeller hvor svikten i praksis har fått alvorlige konsekvenser for pasienten, eksempelvis ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Svikten knytter seg til både de ansattes observasjonskompetanse, samt til hvordan deres arbeidslister og -mengde påvirker deres mulighet til å lese seg opp på journal og andre beskjer. Der det er grunn til å gjøre observasjoner av for eksempel vekt, matinntak eller kognitiv fungering, burde dette ha vært fulgt opp med jevnlig evalueringer som dokumenteres i journal, slik at det kan følges over tid og at alle involverte ser hvilke vurderinger som er gjort. Vi vurderer at det på dette feltet foreligger brudd på kravet til forsvarlighet som følger av helse- og omsorgstjenesteloven, og brudd på kommunens plikt til å følge med på, og evaluere, praksis i tjenesten.

4.2 Om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

4.2.1 Normeringen som er lagt til grunn som god praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

Statsforvalteren har for undersøkelsen tatt utgangspunkt i at pasienter skal få rett hjelp til rett tid. Hvilke tiltak som er nødvendige ved forverring hos pasienten vil avhenge av hvor akutt situasjonen er, og hva forverringen består i.

Statsforvalteren har tatt utgangspunkt i følgende målepunkter, som hver for seg og samlet, gir en angivelse av god praksis. God praksis for oppfølging med nødvendige tiltak, innebærer at hjemmetjenesten:

- følger opp med kartlegging og vurdering når det er nødvendig for å få en klarere forståelse av forverringen
- gjennomfører nødvendige tiltak, undersøkelser og målinger ved behov
- endrer tiltakene i helsehjelpen ved behov
- kontakter andre instanser for vurdering av tiltak, bistand eller faglig veiledning når dette er påkrevd
- kontakter fastlege eller andre instanser for å vurdere behov for endret behandling eller omsorgsnivå

Hvorvidt avvik fra god praksis innebærer brudd på kravet om forsvarlige tjenester avhenger av hvor stort avviket fra god praksis er, omfanget og hvilken risiko og konsekvens avviket har for pasientene.

4.2.2 Kommunens praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

De ansatte beskrev i intervjuene at de er oppmerksomme på endringer i pasientenes funksjonsnivå. Ved behov kontakter de høyere eller annen kompetanse slik som sykepleierteam, ansvarsvakt eller fagkoordinator for vurdering og videre oppfølging av pasient. Ved akutte hendelser oppga de at de kontakter legevakt eller ringer 113. De ansatte opplyste at det er lav terskel for å involvere pårørende når dette vurderes som aktuelt.



Intervjuene viste at særlig ufaglærte medarbeidere sjeldnere enn helsefagarbeidere tok kontakt ved tegn til forverring av helsetilstand.

Det kom fram i intervjuene at flere ansatte i stor grad støtter seg på fagkoordinator, ansvarsvakt og sykepleierteam i vurderinger av pasientenes tilstand. Enkelte ansatte oppga at de hadde opplevd å få tilbakemelding om at det ble forventet at de kunne håndtere enkelte situasjoner selv, da den de ringte til også var presset på tid. Det ble i intervjuene opplyst at enkelte ansatte opplever at dagens organisering i store og ikke-tverrfaglige team er uoversiktlig.

Fallskjema er et av kommunens kartleggingsverktøy, og brukes blant annet for å kartlegge mulige årsaker til fall. Dette ble brukt i stor grad. Videre gjennomføres målinger som NEWS2 og vektregistreringer, og her fant vi eksempler i journal på at vektmålinger var gjennomført uten at vurderinger av utviklingen over tid var dokumentert. Videre fant vi eksempler på at planlagte observasjoner eller målinger ikke var gjennomført som forutsatt, og andre eksempler på at tiltak ikke hadde noe fastsatt punkt for evaluering.

De ansatte opplyste at informasjon om pasientenes tilstand og endringer formidles gjennom lesing av siste døgn journal før vakt, tiltaksplan og gjennom bruk av beskjedjournal, i tillegg til daglig pasientgjennomgang etter lunsj. Intervjuene viste at det var ulike oppfatninger av hvem som hadde ansvar for å oppdatere tiltaksplaner og hva som skulle dokumenteres i denne.

Journalgjennomgangen viste at tiltaksplaner var oppdatert i enkelte tilfeller, men ikke i alle tilfeller hvor pasientenes tilstand eller oppfølgingsbehov hadde endret seg.

Når det ble avdekket behov for endringer i oppfølgingen, beskrev ansatte at arbeidslister og oppgavefordeling kunne justeres. Pasienter kunne for eksempel følges opp av sykepleierteam i stedet for av fagarbeiderteam, eller settes opp på andre ansattes arbeidslister ved neste besøk. De ansatte opplyste også om at det ble vurdert behov for samarbeid med pårørende, fastlege og demensteam ved endringer i pasientenes tilstand. Vi fant eksempler på slik kommunikasjon blant annet gjennom e-link med fastlege og i sykepleiejournal når det var kommunisert med pårørende.

Journalgjennomgangen viste tilfeller der det ikke framgikk hvilke vurderinger som var gjort eller hvilke tiltak som var iverksatt etter hendelser som fall og innleggelse i sykehus. I enkelte journaler fant vi heller ikke dokumentasjon som viste hvem som var kontaktet i forbindelse med forverrelsen, eller hvordan hendelsene var fulgt opp.

I spørreundersøkelsen oppga fire av seks pasienter at helsehjelpen ble endret som følge av forverring i helsetilstanden.

4.2.3 Statsforvalterens vurdering

Statsforvalteren vurderer at kommunen har etablert flere rutiner og verktøy som skal bidra til at nødvendige tiltak blir iverksatt ved forverring i pasientenes helse- og funksjonsnivå. Ansatte beskrev at de er oppmerksomme på endringer hos pasientene, og at sykepleierteam, ansvarsvakt, fagkoordinator, fastlege, legevakt og pårørende involveres ved behov. Journalgjennomgangen viste også flere eksempler på at observasjoner, målinger og oppfølgings tiltak ble gjennomført.

Vi avdekket samtidig flere forhold som viser at kommunen ikke i tilstrekkelig grad sikrer en enhetlig og systematisk praksis for oppfølging av pasienter ved forverring. Intervjuene viste at det var ulike oppfatninger blant ansatte om når det var nødvendig å ta kontakt ved tegn til forverring. Det kom også fram at enkelte ansatte opplevde at de ikke alltid fikk nødvendig støtte i vurderingen av pasientenes tilstand. Videre fant vi at det var ulik forståelse av hvem som har ansvar for oppdatering av tiltaksplaner, og hvilken informasjon som skulle dokumenteres i tiltaksplanen og i journal.



Journalgjennomgangen viste flere eksempler på mangelfull oppfølging og dokumentasjon. Planlagte observasjoner og målinger ble ikke alltid gjennomført som forutsatt i tiltaksplanen. Vurderinger av resultater og utvikling over tid var sjelden dokumentert. Tiltaksplaner var ikke konsekvent oppdatert når pasientenes tilstand eller behov for oppfølging endret seg. Det ble også avdekket tilfeller hvor det ikke framgikk hvilke vurderinger som var gjort eller hvilke tiltak som var iverksatt etter hendelser som fall og sykehusinnleggelse.

Statsforvalteren vurderer at disse forholdene medfører en betydelig risiko for at pasienter med forverring i helse- og funksjonsnivå ikke får nødvendig oppfølging og helsehjelp til rett tid. Mangelfull dokumentasjon og manglende felles praksis øker risikoen for at viktig informasjon ikke formidles videre, at endringer i pasientenes tilstand ikke blir tilstrekkelig vurdert, og at nødvendige tiltak ikke blir iverksatt eller fulgt opp.

Statsforvalteren vurderer at svikten ikke primært synes å skyldes manglende oppmerksomhet rundt pasientenes helsetilstand. Intervjuene viste at ansatte er opptatt av å observere endringer hos pasientene, og at det er lav terskel for å søke råd hos sykepleierteam, ansvarsvakt eller fagkoordinator. Samtidig fant vi at det var ulik forståelse for når tegn til forverring skulle følges opp, og at ansatte i stor grad er avhengige av støtte fra et begrenset antall ansatte med sykepleiefaglig kompetanse for å gjøre vurderinger og iverksette videre tiltak, og at denne støtten ikke alltid var tilgjengelig.

Statsforvalteren vurderer at kommunens omfattende bruk av ufaglærte medarbeidere og vikarer, sammen med en organisering hvor mange ansatte er avhengige av støtte fra sykepleierteam, ansvarsvakt og fagkoordinator, gjør tjenesten sårbar. Enkelte ansatte beskrev at de hadde opplevd å få tilbakemelding om at de måtte håndtere situasjoner selv fordi den de kontaktet også var presset på tid. Dette kan bidra til at nødvendige vurderinger, observasjoner og tiltak ikke alltid blir gjennomført eller fulgt opp som forutsatt.

Funnene tyder på at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har sikret en felles og systematisk praksis for oppfølging, dokumentasjon og evaluering av pasientenes utvikling over tid. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at planlagte observasjoner ikke alltid gjennomføres, at vurderinger av målinger sjelden dokumenteres, og at tiltaksplaner ikke konsekvent oppdateres når pasientenes behov endrer seg.

Statsforvalteren vurderer at de påviste manglene ikke fremstår som enkeltstående hendelser, men som uttrykk for en praksis som kommunen ikke i tilstrekkelig grad har fanget opp og korrigert gjennom sin styring og ledelse. Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad sikret felles forståelse av ansvar, dokumentasjonskrav og oppfølging ved forverring, og har heller ikke sørget for tilstrekkelig kontroll med at etablerte rutiner etterleves i praksis.

På bakgrunn av dette vurderer Statsforvalteren at kommunen ikke sikrer at pasienter i hjemmetjenesten får nødvendige tiltak og forsvarlig oppfølging ved forverring i helse- og funksjonsnivå. Manglene innebærer en uakseptabel risiko for svikt i tjenestene og utgjør brudd på kravet til forsvarlige helse- og omsorgstjenester.



5. Konklusjon

Statsforvalteren i Agder har konkludert med at hjemmetjenesten i Arendal kommune har systemer som har som formål å fange opp akutte, subakutte og gradvise forverrelser hos hjemmeboende eldre. Vi ser derimot at disse ikke fungerer i praksis, og at praksis ikke evalueres. Vi finner at kommunen ikke har systemer for å sikre at praksis er i tråd med de rutiner som foreligger på området.

Vi ser at hjemmetjenesten i Arendal kommune i noen grad identifiserer behov for å starte observasjoner, eksempelvis ved endringer i kognisjon og økt hjelpebehov. Kommunen har imidlertid ikke systemer som i tilstrekkelig grad sikrer at observasjoner av endringer i helsetilstand og funksjon blir utført, eller blir evaluert. Dette har ført til at nødvendige tiltak ikke iverksettes, og det finnes eksempler på at dette har ført til forverring av helsetilstanden.

Den bakenforliggende årsaken til svikten vurderes å være uavklarte ansvarsforhold og manglende vurderinger og evalueringer i helsehjelpen. Tjenesten er sårbar med tanke på høyt sykefravær og utstrakt bruk av ufaglært personell, noe som fører til lite kontinuitet og mangel på nødvendig fagkompetanse i tjenesten.

Vi har konkludert med at det foreligger brudd på plikten til å yte forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Vi finner at kommunen ikke er organisert slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter etter helsepersonelloven § 4 jf. § 16. Det foreligger også brudd på den plikten som kommunen har til å følge med på, og å evaluere, den praktiske utførelsen av hjemmetjenesten på området oppfølging av gradvise endringer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8.

6. Varsel om pålegg om retting

Med bakgrunn i avdekket lovbrudd, vurderer Statsforvalteren å vedta pålegg om retting med hjemmel i helsetilsynsloven § 8 første ledd.

Et vedtak vil omfatte frist for retting, som vi har foreslått til 31.03.2027.

Kommunen har et selvstendig ansvar for å etterleve krav til forsvarlige tjenester. I dette tilsynet har vi avdekket svikt i både praksis og styringssystemet. Et pålegg om retting vil derfor omhandle et krav om at kommunen skal forbedre praksis gjennom et mer systematisk og tilpasset styringssystem for hjemmetjenesten, slik at kommunen selv kan avdekke og korrigere tjenesten fremover.

Det kan bli aktuelt å be kommunen å utarbeide en plan for forbedringsarbeidet.

Dersom vi vedtar pålegg om retting, vil kommunen kunne klage på vedtaket. Klageinstans er Helse- og omsorgsdepartementet.

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Kaja Krath
rådgiver



Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

ARBEIDSTILSYNET

Postboks 4720 Torgarden

7468

TRONDHEIM