



Drangedal kommune
Gudbrandsvei 7
3750 DRANGEDAL
Att. Hilde Molberg

Saksbehandler, innvalgstelefon
Heidi Jansson, 33371153

Rapport etter tilsyn med kommunens oppfølging av hjemmeboende eldre i Drangedal kommune 2025/2026

Sammendrag

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark har gjennomført tilsyn med hjemmetjenesten i Drangedal 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: 28. og 29. oktober 2025 med oppsummerende møte den 29. oktober.

Statsforvalterens konklusjon:

Vi har ikke avdekket lovbrudd i dette tilsynet

Innhold

Rapport etter tilsyn med kommunens oppfølging av hjemmeboende eldre i Drangedal kommune 2025/2026	1
Sammendrag	1
1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet	2
2. Rettslig grunnlag for tilsynet	2



3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester	3
4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene	5
4.1 Om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå.....	5
4.2 Om forverring følges opp med nødvendige tiltak	7
4.3 Samlet vurdering	9
5. Konklusjon	9

1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2025-2026 dreier seg om ivaretagelse av grunnleggende behov hos eldre som bor hjemme. Dette tilsynet er en av flere tilsynsaktiviteter som blir gjennomført i løpet av disse to årene, og inngår i den overordnede tilsynssatsningen på helse- og omsorgstjenester til eldre i perioden 2024-2027.

Tema for denne tilsynsaktiviteten er om forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre blir identifisert, og om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak. Tilsynet 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 oppmerksomheten mot betydningen av tidlig oppdagelse av forverring i helsetilstand og funksjonsnivå hos eldre, og hva som kreves av kommunen for å ivareta dette. 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 kommunens 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 lovlighetstilsyn med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4. 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 bruker- og pasientsikkerhet 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.

Drangedal kommune hadde 4050 innbyggere ved 2. tertial 2025 (tall fra statistisk sentralbyrå), og det var på tidspunktet for tilsynet mellom 110 og 120 pasienter som hadde vedtak om hjemmetjenester.

Hjemmetjenesten ledes av enhetsleder, som har det overordnede ansvaret for drift og pasientsikkerhet i hjemmetjenesten. Enhetsleder har personalansvar for 30 fast ansatte, samt tilkallingsvikarer. Under enhetsleder ligger foruten hjemmetjenesten også ansvar for et av dagsentrene til de eldre. Enhetsleder rapporterer til kommunalsjef for helse og velferd.



Kommunalsjefen følger med på tjenestene bl.a. gjennom tertialrapportering og i ledelsens gjennomgang årlig. I tertialrapportene skal enhetslederne bl.a. melde om tjenester, risiko, sykefravær og økonomi. Avvik i form av alvorlige hendelser, eller hendelser som kunne fått et alvorlig utfall, rapporteres fortløpende fra enhetsleder til kommunalsjef.

Kommunen har en internkontrollgruppe som følger opp risiko gjennom året. Det er kommunalsjefen som har ansvar for overordnede rutiner i virksomheten, mens enhetslederne har ansvar for lokale rutiner.

Hjemmetjenesten i Drangedal består av en sone med fem pasientlister. Personalgruppa består av 13 sykepleiere, 9 hjelpepleiere, 2 helsefagarbeidere og 4 sykepleierstudenter. Hver pasientliste har en primærgruppe bestående av tre ansatte, hvor minst en er sykepleier/vernepleier. Primærgruppa har ansvar for IPLOS, sammenfatning i journalen, vurdering av ernæringsstatus, vurdering av samtykkekompetanse og kartlegging av pasientene to ganger per år, samt ved behov. Alle ansatte har tilhørighet i en primærgruppe. Primærgruppens ansvarsområder følger av en egen rutine. Primærgruppene skal hovedsakelig gi tjenester til pasienter på sin liste. Gruppene ruller to ganger i året.

Hjemmetjenesten har ett årsverk fagansvarlig sykepleier fordelt på to sykepleiere. Da begge arbeider i full stilling, er de også ute hos pasientene.

Profil er kommunens journalsystem, og QM+ er kvalitetssystemet, der også avvik registreres. Per nå meldes HMS-avvik i QM+, mens avvik knyttet til tjenester til konkrete pasienter meldes i Profil. Kommunen har gått til anskaffelse av ny modul i QM+, slik at alle avvik, og all avviksbehandling, på sikt skal foregå i QM+.

De ansatte benytter ipader med Mobil omsorg til å dokumentere og slå opp etter aktuell informasjon om pasientene når de er ute og gir tjenester. Arbeidslistene ligger også i Mobil omsorg, og blir generert fra Profil. Det er fagsykepleier og sykepleier som har ansvar for å opprette tiltak i journalen. Rutine for opprettelse av tiltaksplan beskriver at tiltakene i pasientens tiltaksplan skal samsvare med vedtaket om helsetjenester, og at tiltaksplanen skal oppdateres fortløpende ut fra endringer i pasientens behov for helsehjelp.

Kommunen har egen rutine for NEWS-målinger, for forverret tilstand og for oppfølging av forverret tilstand. I rutine for opplæring har opplæring i NEWS og akuttsekk et eget punkt, samt oppfølging og kartlegging av ernæringsstatus.

Kommunen har egen NEWS kontakt som kan gi opplæring og som har ansvar for NEWS-rutinen.

Alle ansatte skal ta kurs i Visma (kompetanseportal). Det legges inn kurs de ansatte skal ta når det kommer noe aktuelt. Videre har de ansatte ansvar for å lese seg opp på nye VAR-prosedyrer. Ansatte har også blitt sendt til sykehuset for opplæring hvis det har kommet spesielle kasus. Det er enhetsleder som sørger for at ansatte gjennomfører nødvendig kompetanseheving.

Alle aktuelle rutiner ligger i en rutineperm, i tillegg til i QM+. De ansatte skal signere på liste at de har lest nye rutiner. I tillegg gjennomgås nye rutiner på avdelingsmøte.

Hjemmetjenesten har rapport fire ganger daglig; morgen, ettermiddag, kveld og natt, og det er utarbeidet rutine for hvordan rapportene skal gjennomføres. Leder deltar på morgenrapport, og øvrige rapporter på dagtid så lenge det ikke kommer i veien for annen obligatorisk møtevirksomhet.



Informasjonsflyten sikres i rapportene, i pasientenes journaler og i «Blåboka», hvor beskjeder skrives ned. Det kan både være beskjed om at man må lese endringer i tiltak eller annet i journalen, men også beskjed om timeavtaler og praktiske oppgaver.

Det avholdes minst fire personalmøter i året, hvor bl.a. avvik skal gjennomgås. Hver tirsdag er det tverrfaglig samarbeidsmøte mellom hjemmetjenesten, tjenestekontoret og rehabiliteringsteamet, hvor behov for mer tjenester eller høyere omsorgsnivå avklares. To ganger i året har avdelingen sykepleiermøte.

Kommunen har et eldreteam som består av lege med spesialisering i aldersmedisin og sykepleier. De kobles på ved mistanke om kognitiv svikt, og kan bidra med hjemmebesøk, kartlegginger og veiledning.

Kommunen har flere aktuelle overordnede planer, hvor vi særlig trekker frem «Omsorgsprogram for skrøpelige eldre».

4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene

Vurderinger av kommunens praksis bygger på Helsedirektoratets nasjonale faglige råd, «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand», Helsedirektoratet nasjonale veileder, «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» og relevant fagteori om sykepleie. 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.

4.1 Om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå

Normering av 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.

Kommunens praksis med å følge med på pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

Både journalgjennomgangen og samtalene med de ansatte viste at kommunen har både kompetanse og praksis for å oppdage forverret tilstand. Alle ansatte har opplæring i å ta NEWS-



målinger, og viste at de har kompetanse om når og hvorfor man skal ta målinger. I alle de ti journalene vi gjennomgikk kom det frem at pasientene hadde fått en forverret tilstand, enten kognitivt, psykisk eller somatisk, og at det ble satt i gang relevante undersøkelser.

De ansatte svarte svært samstemt om hvordan de forholdt seg når de kom til en pasient hvor de observerte en forverret tilstand, eller hvor de mistenkte at det kunne være noe «på gang». Personalet var raske til å ta aktuelle målinger, som NEWS. Ut fra verdiene på målingene ble det vurdert om pasienten skulle få ekstra tilsyn, eller om det var behov for kontakt med fastlege eller legevakt, ev. AMK. De ansatte var også samstemte om at målinger og observasjoner med påfølgende tiltak alltid skulle journalføres. De ansatte har alltid med seg en akuttsekk med aktuelt utstyr. I sekken lå også NEWS-skjema som ble fylt ut, og som ble overlevert til AMK i situasjoner der de ble tilkalt.

Forverring som ikke krevde strakstiltak, ble diskutert i rapporten. Der ble også behov for ekstra tilsyn formidlet, i tillegg til i journal og Blåboka. Alle de ansatte opplyste at de leste Blåboka når de kom på vakt. I Blåboka kunne det stå informasjon om at man måtte lese seg opp på nye tiltak, ekstra tilsyn som var satt inn, legebesøk eller lignende.

I journalgjennomgangen kunne vi følge utviklingen til pasientene over tid. Vi fant relevante observasjoner og vurderinger. I samtalene med de ansatte kom det frem at vurderinger ble gjort fortløpende, både alene og i kontakt med kollegaer, samt i rapport.

Kommunen opplevde at det var lett å komme i kontakt med fastlege og legevakt, og at de hadde et godt samarbeid.

Der hvor man mistenkte kognitiv svikt, ble pasienten diskutert i tverrfaglig møte, og det var lav terskel for å involvere kommunens eldreteam for å få en vurdering.

Pasientenes helsetilstand og funksjonsnivå ble regelmessig fulgt med på ved bruk av kartleggingsskjema, IPLOS-kartlegginger, jevnlig ernæringskartlegginger, jevnlig veiing av de fleste pasientene, og det ble fulgt med på pasientenes kognitive funksjon.

Statsforvalterens vurdering

Kommunen har rutiner for å oppdage og følge med på forverret tilstand. Det stedlige tilsynet viste at de ansatte følger rutineene, at de har tilstrekkelig kompetanse til å ta nødvendige målinger, og at de også kontakter hverandre eller andre instanser dersom de er usikre, eller vurderer at det er behov for høyere kompetanse. Det viser at de ansatte har en bevissthet om hvor langt egen kompetanse strekker seg, og når annen kompetanse er nødvendig. Alle de ansatte kjente til at de har en plikt til å søke bistand fra helsepersonell med annen kompetanse dersom de vurderte at pasienten var i behov av slik bistand, f.eks. legetilsyn, også i tilfeller der pasienten ikke ønsket det. Slike situasjoner er krevende å stå i for helsepersonell, og bevissthet og kompetanse om når man har en plikt til å be om bistand fra annet helsepersonell vurderes som essensielt for å sikre at pasientene får nødvendig og forsvarlig helsehjelp ved forverret tilstand. Det kom fram at enkelte ansatte hadde stått i slike situasjoner, men at det var sjeldent. I situasjoner der pasientene motsatte seg f.eks. kontakt med lege, kom de som regel i mål med tillitsskapende tiltak, eller ved å alliere seg med pårørende.

Primærgruppene vurderes som en styrke for å sikre forsvarlige tjenester generelt, men også ved forverret tilstand. Det at ansvaret for pasientene er fordelt på tre – fire personer, gjør at risikoen for svikt reduseres fordi ansvaret for den enkelte pasient blir mindre personavhengig. At de ansatte er knyttet til en bestemt liste, ved å være med i en primærgruppe, gjør at de får spesielt god kjennskap



til pasientene på den aktuelle listen. God kjennskap til pasientene øker sannsynligheten for å oppdage forverring av mer subtil karakter. I og med at primærgruppene rullerer mellom alle listene, blir de ansatte kjent med alle pasientene.

I journalene fant vi vurderinger av observasjoner og tiltak som var iverksatt. Journalene inneholdt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne følge helsehjelpen som var gitt til pasientene. Samtidig påpekte vi at kommunen kan bli enda bedre på å dokumentere vurderingene som gjøres. Journalføring av observasjoner og helsehjelp som ble gitt, sammen med strukturerte rapporter, bruk av beskjedbok, og at primærgrupper og fagsykepleiere sikret at tiltak og sammenfatninger til enhver tid var oppdaterte, sikret at de ansatte alltid hadde oppdatert informasjon når de skulle gjøre vurderinger ute hos pasientene.

Forverret tilstand hos pasienter ble fortløpende evaluert i rapport, og tiltaksplanene ble fortløpende oppdatert. I journalene kunne vi se at tiltakene stadig var endret. De ansatte fortalte at det var fagsykepleier som vanligvis endret tiltakene etter at de ansatte hadde sagt fra om endret praksis, eventuelt ble tiltak endret som følge av legekonsultasjoner, sykehusinnleggelser eller annet.

Jevnlig oppfølging av pasientene ble sikret av primærgruppene, og vi vurderer at rutinen for primærgruppene bidro til at kommunen fulgte godt med på pasientenes helsetilstand over tid. De fleste av pasientene i hjemmetjenesten var vurdert til å være samtykkekompetente når de var i habituell tilstand. Det at samtykkevurderinger gjøres halvårlig som en rutine, sikrer at man tidlig kan oppdage det dersom pasientenes samtykkekompetanse svekkes. Samtykkevurderinger ble også gjort løpende av helsepersonell ute i tjenestene dersom man fikk mistanke om at pasienten hadde nedsatt samtykkekompetanse i forbindelse med forverret tilstand. De ansatte viste en bevisst holdning til samtykkekompetanse, og pasientenes rett til selvbestemmelse.

Vi vurderer at journalene og samtalene med de ansatte gjenspeiler kommunens styringssystem, og at kommunen har en strukturert og systematisk oppfølging av pasienter som får en forverring i tilstanden. Nødvendige målinger og undersøkelser gjennomføres og dokumenteres, vurderinger gjøres fortløpende, både individuelt og sammen med annet aktuelt helsepersonell, tiltakene til pasientene oppdateres fortløpende, og kommunen har et fungerende system for å sikre informasjonsflyten.

4.2 Om forverring følges opp med nødvendige tiltak

Normering av 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. Kommunens praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

Kommunens praksis for å sette i verk nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå
Samtalene med de ansatte og journalgjennomgangen viste at pasientene ble fulgt opp etter at det ble oppdaget en forverring i tilstanden. Det ble raskt satt inn ekstra tilsyn ved forverring, og tilsynene ble dokumentert med hvilken helsehjelp pasienten mottok. I journalene kommer det frem om pasienten gikk tilbake til habituell tilstand, eller om det ble tatt nye målinger. Dersom forverret tilstand vedvarte, eller målingene ble dårligere, var helsepersonellet raske med å ta kontakt med pasientenes fastleger, eller med legevakt utenom fastlegenes åpningstid. De ansatte opplyste at det var enkelt å komme i kontakt med både fastleger og legevakt.

Det at Drangedal er en liten kommune, ble vurdert som en styrke, fordi de ansatte kjente alle pasientene. Det gjorde det enklere når de ansatte kontaktet hverandre med spørsmål eller for å konferere med en kollega.

Forverret tilstand eller endringer hos pasienter ble tatt opp og vurdert i fellesskap i rapportene. Der hvor det kom frem behov for endring, ble tiltakene endret. Som regel var det fagsykepleier som oppdaterte tiltaksplanene, selv om alle hadde mulighet til å endre tiltak i journalen. Tverrfaglig møte med tjenestekontor og rehabiliteringsteam sikret at pasienter med behov for økt mengde tjenester eller endret omsorgsnivå ble fanget opp, og vurdert.

Alle de ansatte var kjent med hvordan de skulle melde avvik, og opplyste at de meldte avvik, men ikke så ofte. Avvik ble tatt opp i personalmøter, i læringsøyemed. Ledelsen var opptatt av at de ansatte skulle melde avvik, og anså gjennomgang av avvik som en viktig arena for læring og forbedring.

Statsforvalterens vurdering

Tilsynet viste at forverret tilstand, både somatisk og kognitivt, ble fulgt opp. Vi vurderer at primærteamene var viktige for å sikre jevnlig vurdering av pasientene. Kultur for å jevnlig lese både løpende journal og tiltaksplaner, og at de ansatte som gir tjenester til pasientene var bevisste på å gi beskjed dersom tiltaksplanene ikke var i tråd med slik tiltaket faktisk ble utført, bidro til å sikre at tiltaksplanene til enhver tid var oppdaterte. Det at journalene til enhver tid inneholdt oppdaterte opplysninger bidro til å sikre forsvarlige tjenester.

Når det var praksis for at både leder og fagsykepleiere leste journalene daglig, gav dette en ekstra sikkerhet for at forhold som måtte følges opp, også ble fanget opp.

De ansatte visste hvem som var pasientenes pårørende, og var trygge på når de skulle kontakte pårørende. De konfererte alltid med pasienten før de kontaktet de pårørende, med mindre pasienten hadde en kognitiv svikt eller forvirring som tilsa at pårørende uansett måtte informeres.

Det at kommunen har et eldreteam som kan kontaktes for vurdering eller veiledning vurderes som en styrke for å sikre forsvarlige tjenester og rett omsorgsnivå for eldre pasienter med sammensatte



vansker. Det samme gjelder den tette kontakten med fastlegene og legevakten. Godt samarbeid med fastleger og legevakt vurderes som viktig for å sikre forsvarlige tjenester ved forverret tilstand.

4.3 Samlet vurdering

Samtalene med de ansatte viste at de hadde både observasjonskompetanse og handlingskompetanse knyttet til oppdagelse og oppfølging av forverret tilstand. Det stedlige tilsynet avdekket også at de ansatte var samstemte i hvordan de forholdt seg når de oppdaget en forverret tilstand hos en pasient. De mente selv at det kom av at de hadde et svært godt arbeidsmiljø, som gjorde at de hadde lav terskel for å kontakte hverandre når de var usikre eller hadde behov for å konferere med en kollega. Alle hadde opplæring i å ta målinger, og hvordan man vurderte målinger var stadig tema blant personalet.

Tilsynet viste at kommunens styringssystem i form av rutiner for bl.a. primærgrupper, ansvarsvakt, tiltaksplaner, evaluering av tjenester og justering av vedtak og oppdagelse og oppfølging av forverret tilstand, ble fulgt opp gjennom de ansattes praksis. Det viser at ledelsen har sørget for å gjøre rutinene kjent for de ansatte, og klart å iverksette styringssystemet i praksis gjennom god styring og ledelse.

5. Konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Det ble ikke avdekket lovbrudd i tilsynet.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)
fylkeslege

Heidi Jansson
revisjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 03.07.2025.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 11.08.2025.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved hjemmetjenesten i Drangedal, og innledet med et kort informasjonsmøte 28.10.2025. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 29.10.2025.



En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Oversikt over ansatte som jobber i hjemmesykepleien
- Organisasjonskart
- Beskrivelse av hvordan hjemmesykepleien er organisert
- Rutine ansvarsvakt hjemmesykepleien
- Rutine bemanningsplan
- Beskrivelse av hvordan hjemmesykepleien setter opp vaktlister for å sikre kontinuitet og riktig kompetanse
- Opplæring av nyansatte
- Sjekkliste til deg som skal gi opplæring til nyansatte
- Rutine for journalansvarlig
- Overordnet rutine for avdelingsmøter i helse og velferd
- Rutine: primærgrupper
- Rutine: kartlegging av hjemmeboende pasienter
- Rutine for opprettelse av tiltaksplan
- Rutine for evaluering av tjenester og justering av vedtak
- Rutine: overføring av brukere
- Rutine for journalføring
- Rutine: dokumentasjon
- Rutine: bruk av NEWS (National Early Warningscore) i hjemmetjenesten
- Rutine: overordnet oversikt over rapporter som er dokumentert
- Rutine: forverring i tilstand
- Rutine: følge opp forverret tilstand
- Rutine: rapport
- Rutine for avvikshåndtering/oppfølging i Profil
- Skjema: pasientens følgeskjema
- Skjema: Vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien
- Kartlegging av hjemmeboende pasienter - skjema
- Kartleggingsskjema helhetlig pasientforløp

Det ble valgt 10 pasientjournaler for en periode på seks måneder, etter følgende kriterier:

- Pasienter over 75 år, som bor hjemme og som:
 - o har fått helsehjelp hjemme
 - o Som har opplevd en forverring i helsetilstanden (midlertidig eller varig) i løpet av de siste seks månedene
 - o Forverringen må ha inntruffet minst en måned før avslutningen av den perioden vi innhentet journal for

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Ingun Luggens	hjelpepleier	☒	☒
Karina Valbø	sykepleier	☒	☒
Jeanette Løvland	vernepleier	☒	☐
Sandra Lenes	sykepleier	☒	☒



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Trude Dettmer	sykepleier	☒	☒
Ann Kristin Haugland	hjelpepleier	☒	☒
Björg Marit Tveit Aabø	hjelpepleier	☒	☒
Ida Kristine Eskilt	Fagansvarlig sykepleier	☒	☒
Stine Bakken	Enhetsleder	☒	☒
Hilde Molberg	Kommunalsjef helse og velferd	☒	☒
Vilde Pedersen		☐	☒
Christine Eie Lohne		☐	☒
Gunn M. Ø. Sundset		☐	☒
Kristin Eisinger-Jalink		☐	☒
Aud Elin Øygarden		☐	☒
Inger Agnethe R. Vrålstad		☐	☒
Eldbjørg Lia Ettestad		☐	☒
Gro Anita Tørnes Kleiv		☐	☒
Anette H. Moland		☐	☒
Siw Mona Myhra		☐	☒
Annika Sundset Kollane		☐	☒

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Seniorrådgiver, Marit Kullerud, revisor
- Seniorrådgiver, Ingun Fitje Selim, revisor
- Seniorrådgiver, Heidi Jansson, revisjonsleder