

Hva leter du etter?

 Print  Søk på siden

Helsetilsynet / Tilsyn / Tilsynsrapporter / Trøndelag / 2025

TILSYNSRAPPORT

# Rapport – ivaretagelse av grunnleggende be- hov hos hjemmeboende



# eldre Namsos kommune 2025

**Tidsrom for tilsynsbesøket:**

09.9.2025 – 10.9.2025

## Statsforvalteren i Trøndelag 24.11.2025

**Oppfølging av tilsynet**

I dette tilsynet ble det ikke avdekt lovbrudd/avvik, eller lovbruddet/avviket er rettet da rapporten ble sendt ut. Tilsynet er derfor avsluttet.

**Innholdsfortegnelse**

Sammendrag

Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet

Rettslig grunnlag for tilsynet

Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester

Presentasjon av faktum og vurdering av funnene

## Konklusjon

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

## Sammendrag

Statsforvalteren i Trøndelag har gjennomført tilsyn med hjemmetjenesten i Namsos 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: 9.9.25 – 10.9.25, med oppsummerende møte 10.9.25.

Vi oversendte foreløpig rapport til kommunen 11.10.2025 og ba om eventuelle tilbakemeldinger, noe vi mottok 30.10.2025.

I foreløpig rapport ble det konkludert med lovbrudd. Statsforvalteren har gjort en ny vurdering og konkluderer nå med avvik fra god praksis som ikke er så alvorlig at det medfører brudd på lovkrav.

## Statsforvalterens konklusjon:

Det ble ikke funnet lovbrudd i tilsynet.

## 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 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.

## 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 senere i rapporten.

## 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 være av en viss kvalitet og omfang, de skal ytes i tide og være helhetlige og koordinerte.

## 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 iverksette 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.

## 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.

## 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.

Namsos kommune er en sammenslått kommune bestående av tidligere Namsos, Fosnes og Namdalseid kommuner. Det er nylig gjennomført en omstrukturering av hjemmetjenesten.

Høsten 2024 ble det utarbeidet en overordnet ROS-analyse for hjemmetjenesten. Blant de uønskede hendelsene som ble vurdert å ha høy risiko, var feil i legemiddelhåndtering, manglende kommunikasjon/svikt i overlevering av informasjon mellom tjenestesteder/samarbeidende instanser og manglende kartlegging og oppfølging av ernærings situasjonen til risikoutsatte brukere.

Virksomhet hjemmetjenester består av seks avdelinger. Tilsynet er gjennomført ved avdeling 1 og avdeling 2. Namsos kommune har tre ledernivå – kommunedirektør med kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsleder. Netpower er kommunens kvalitetsystem. HMS-avvik og gjentakende tjenesteavvik meldes i Netpower. Pasientrelaterte enkeltavvik meldes i Profil, som er virksomhetens journalsystem. Pasientrelaterte avvik behandles og lukkes av fagressurs. Avvik kan hentes ut samlet fra Profil. Utfordringer i hjemmetjenesten oppsummeres og rapporteres i linjen.

Det gjennomføres følgende møter:

- Kommunaldirektør og kommunalsjefer har ukentlige møter
- Kommunalsjef møter virksomhetsledere ukentlig
- Kommunalsjef møter hele sektor helse tre ledernivåer månedlig
- Virksomhetsleder møter avdelingsledere hver 14. dag
- Sykepleiermøter – kun delvis gjennomført
- Fagmøter to ganger ukentlig
- Refleksjonsmøter en halvtime hver onsdag
- Personalmøter/avdelingsmøte hver 4.-6. uke

Hjemmetjenesten er organisert med primær sykepleie.

Avdeling 1 og Avdeling 2 har tre fagressurser/fagsykepleiere/fagstillinger/fagansvarlig hver, heretter brukes «fagressurs». Fagressurser er sekundærkontakter til pasienter og primærkontakt til de pasientene med størst tjenestebehov. Fagressurser skal ha to kontordager i uka. Det oppgis under tilsynet at en del av denne tiden går med til vanlig drift.

I stillingsbeskrivelse for fagressurs oppgis som oppgaver blant annet:

- stedfortreder for avdelingsleder
- dialog med sykehus, innsatsteam, fysioterapeut og brukerkontor
- vurdere behov for nye vedtak
- opplæring av ansatte
- være journalansvarlig
- kontrollere innhold i journal og oppdatere tiltaksplan
- ansvar for legemiddelhåndtering på sin avdeling og for at rutiner for medisinerrom følges
- vurdere og organisere vaksinerings
- koordinator for IP og deltar i ansvarsgruppe
- føring av fravær og få tak i vikarer

Oppgavene er ikke fordelt mellom de ulike fagressursene. Pasientene fordeles til fagressurs som sekundærkontakt etter alfabetet.

I 2024 hadde 76,3% av brukerrettede årsverk i kommunen helsefaglig utdanning. 43,5% av fagutdannede hadde høyskoleutdanning, mot 37,3% for landet. På dag og kveld er det minst en sykepleier til stede på en av avdelingene. Under tilsynet oppgis at det kan oppstå samtidighetskonflikt for sykepleier på natt og helg.

Det finnes et opplæringshefte som skal brukes for nyansatte, men det oppgis i intervju at det brukes i varierende grad. Opplæringsvakter med kollegabasert veiledning gis etter vurdering av behov. Alle ansatte må årlig ta kurs i e-læringsportalen «Glup», blant annet i legemiddelhåndtering og observasjon. Gjennomført kurs må dokumenteres med kursbevis som leveres til avdelingsleder. Virksomhetsleder etterspør gjennomført opplæring.

## 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 rele-



vant 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.

## **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**

- fanger opp nye eller endrede symptomer og tegn som skal føre til handling, også utover det som er beskrevet i pasientens journal eller tiltaksplan

Ved intervjuer og journalgjennomgang fremgår at de ansatte er oppmerksomme på endringer i helsetilstand og funksjon hos pasientene.

Alle ansatte må årlig ta kurs i e-læringsportalen «Glup» blant annet om observasjon av pasienter. Sentralt i kurset er observasjon for å identifisere endring i tilstand. Det er plan om at flere ansatte skal gjennomføre opplæring («proACT») i bruk av verktøy, som ISBAR og NEWS, og ta med kunnskap hjem til internundervisning.

Journalgjennomgangen viser at alle ti pasienter var kartlagt ved oppstart av hjemmetjenester. Utgangspunktet er at brukerkontoret skal gjøre dette, men de kartlegger færre pasienter enn før og kommer nå gjerne senere inn i pasientforløpet. Derfor må ansatte i hjemmetjenesten ofte gjøre en første foreløpig kartlegging. Dette gjelder særlig for pasienter som kommer direkte fra sykehus.

Det finnes sjekkliste for primærkontakt og en samtaleguide for kartlegging av pasienter, som delvis er tatt i bruk.

Ansatte oppgir at arbeidslistene er satt opp slik at de i liten grad har kontinuerlig kontakt med pasienter de er primærkontakt for. For Avdeling 1 er dette forsøkt kompensert med inndeling i to grupper, hvorav den ene gruppa har tre lister og den andre gruppa har fire lister. Avdeling 2 er ikke delt inn i grupper. Det oppgis å være opptil 20-30 besøk på en liste, herunder opptil seks besøk på en time.

Tilsynet undersøkte antall pleiere de ti pasientene hadde besøk av i løpet av en fireukers periode. Antallet pleiere varierte mye. Pasienten som lå høyest, hadde besøk av 23 ulike ansatte. Gjennomsnittet for pasientene var 10 ulike ansatte, og median 6,5.

Ved tilsynet oppgis at de fleste ansatte kan gjøre de fleste oppgaver i hjemmet uavhengig av utdanning, forutsatt at det er gitt opplæring. Unntaket er oppgaver som krever sykepleierkompetanse.

Journalgjennomgang viser at pårørende i fire av ti tilfeller med forverring var aktive og oppdaget og/eller formidlet forverringen. Dette bekreftes også av spørreundersøkelsen til pasient/pårørende.

- dokumenterer og formidler observasjoner på en måte som gjør det mulig å følge med på utvikling over tid

Journalgjennomgang viser at forverring hos pasienter dokumenteres i journal. Det samme gjelder for dialog med pårørende i forbindelse med forverring.

Det oppgis ved intervju at status for pasienter, inkludert om forverring, formidles via journal og muntlig rapport. Det finnes ei «svartbok» hvor viktige beskjeder og pasienter de må være oppmerksomme på noteres. Det varierer mellom ansatte om de leser seg opp på pasientene på listen i Profil ved vaktstart, på Ipad før det enkelte besøk eller om de kun har informasjon fra «svartbok». Profil-notater med utropstegn kan trekkes ut som oversikt for den enkelte pasient, men dette gjelder kun på PC, ikke Ipad.

Fagressurs formidler pasienter med forverring/nye behov til et tverrfaglig fagmøte basert på informasjon fra rapport og muntlig formidling. Fagmøtet brukes til tverrfaglig diskusjon om pasienter med endring i tilstand og for vurdering av endring i tjenester. Delta-gere i møtet er fysioterapeut, ansatte fra brukerkontor og tverrfaglig innsatsteam, samt fagressurser.

Det fremgår ved journalgjennomgang at tiltak er beskrevet for alle ti pasienter, men at det for alle mangler beskrivelse av formål med tiltaket og mål for pasienten. Kommunen har plan om å innføre tiltaksbasert dokumentasjon, hvor brukerkontoret legger inn tiltak i Profil og notater skrives under tiltakene. Beskrivelse av formål med tiltak og mål for pasienten skal da fremgå av tiltaksplanen.

- bygger observasjoner på oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

Kommunen benytter IPLOS for kartlegging av funksjonsnivå. IPLOS skal i henhold til Rutine for primærkontakt gjennomføres hver 6. måned og ved endring i tilstand/funksjon. Journalgjennomgang viser at dette kun delvis gjennomføres. I sju av ti journaler er siste IPLOS gjennomført i 2024 eller tidligere. Ved intervju bekreftes at IPLOS ikke alltid gjennomføres som forventet.

- følger med på om behandlingstiltak har ønsket effekt

Journalgjennomgangen viser at det i alle ti journaler er satt inn tiltak ved forverring, men det er ikke beskrevet mål for de nye tiltakene. Journalgjennomgangen viser at den enkelte ansatte følger med på pasientens tilstand, men det er ikke opplysninger som viser om tiltaket evalueres.

- regelmessig og systematisk vurderer pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

I tillegg til at pasienter i henhold til rutine skal kartlegges med IPLOS, er det nylig innført at alle pasienter skal kartlegges med MST-skjema og vekt hver 4. uke. For perioden på åtte måneder med journalgjennomgang hadde fire av ti pasienter utfyllt MST-skjema, og alle hadde blitt veid minst en gang.

## **Statsforvalterens vurdering av om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå**

Fagressurs har en sentral rolle med å fange opp informasjon fra ansatte om forverring hos pasienter og å videreformidle dette til fagmøtet. Der vurderes pasientene tverrfaglig. Tilsynet viser for de undersøkte pasientene at forverring ble identifisert. Det var de enkelte ansatte eller pårørende som oppdaget forverringen og som formidlet informasjon videre. For pasientene som ble undersøkt ved tilsynet ble ikke forverringen identifisert som resultat av sammenligning mellom systematiske kartlegginger med etablerte verktøy. Samtidig finnes det annen systematikk, blant annet i form av planlagte faste besøk og formidling av opplysninger ved rapport og i journal.

Som utgangspunkt for å oppdage endring i tilstand hos en pasient med gradvis forverring er kunnskap om helsetilstand og funksjonsnivå nødvendig. Namsos kommune bruker IPLOS som ett av flere verktøy for å sikre nødvendig kjennskap til pasientene. Tilsynet viste at kartlegging med IPLOS kun delvis gjennomføres. Dette er ikke i tråd med kommunens egen rutine, men kompenseres i Namsos i tilstrekkelig grad av kjennskapen kommunen og de ansatte på annet vis har om pasientenes helsetilstand og funksjonsnivå. Namsos kommune har nå god tilgang på kompetanse, og fagligheten hos de ansatte er viktig for å oppdage forverring, særlig hvis systemtiltak har mangler.

Hvis det er mange ulike ansatte inne hos de enkelte pasientene, kan det oppstå sårbarhet for at forverring ikke oppdages. Kommunen har for en av de undersøkte avdelingene gjort endring i oppsett av ruter for å gi økt kontinuitet i kontakt mellom pasienter og ansatte. Endringen er ikke gjennomført i hele hjemmetjenesten, men samlet vurderes at de enkelte ansatte har en kjennskap, og faglighet, som er egnet til å fange opp forverringer.

Bruk av verktøy som News og ISBAR kan være til god hjelp for å avklare en tilstands alvorlighetsgrad, samt ved kontakt med fastlege, legevakt og AMK. Slike hjelpemidler er mest nyttige ved tilstander med akutt preg og/eller betydelig organpåvirkning. Tilsynet viser at de ansatte aktivt bruker NEWS/måling av vitale funksjoner.

Tilsynet har ikke påvist at forverring av tilstand ikke har blitt identifisert, men det er mangler ved systematisk kartlegging av helsetilstand og funksjon, og dette kan gi risiko for at særlig gradvis og langsom forverring ikke identifiseres. Kommunen bør arbeide for å redusere risikoen ved å jobbe videre med implementering av systematisk kartlegging. Risikoen er ikke av en størrelse som gir grunn til å konkludere med brudd på kravet om forsvarlige tjenester.

## Om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak

### Normering av god praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

Statsforvalteren har i tilsynet 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**

- følger opp med kartlegging og vurdering når det er nødvendig for å få en klarere forståelse av forverringen

Ved endring i tilstand oppgis det ved intervju å være lav terskel for å gjøre NEWS og konferere med kollega/høyere kompetanse.

Det finnes en sekk med utstyr for klinisk undersøkelse og målinger. Sekken skal kontrolleres etter sjekkliste, og rutinen er skjerpet inn etter en periode med varierende oppfølging av innholdet i sekken.

Det er varierende praksis for prøvetaking. Noen ansatte tar CRP og urinstix uten å konferere med lege, mens andre avventer beskjed. Det er oppgitt at det kan være behov for felles rutine, men også at det må være rom for vurdering ut fra situasjon og faglig skjønn hos den ansatte.

- gjennomfører nødvendige tiltak, undersøkelser og målinger ved behov

Journalgjennomgang viser at det for alle ti pasienter ble igangsatt tiltak ved forverring av tilstand.

- endrer tiltakene i helsehjelpen ved behov

Journalgjennomgang viser at ni av ti pasienter fikk endret tiltak etter forverringen. Eksempler på dette er økt tilsyn/flere besøk, endret legemiddeladministrasjon f.eks. til multidose, og hyppig vektkontroll ved hjertesvikt.

- kontakter andre instanser for vurdering av tiltak, bistand eller faglig veiledning når dette er påkrevd

Ved behov kontaktes fastlege, legevakt eller AMK. Journalgjennomgang viser at ekstern instans ble kontaktet ved forverring for seks av ti pasienter. Det oppgis at fastlege skal svare på PLO-melding innen tre dager. Noen svarer raskt i løpet av dagen og noen må det purres på.

- pasient og pårørendes rett til medvirkning og informasjon

I spørreundersøkelsen svarte seks av ti pasienter at de eller deres pårørende ikke har blitt spurt om hvordan helsehjelpen best kan gis slik at deres mål blir ivaretatt. Seks av ti spurte pasienter oppgir at de ikke vet hvem i kommunen de skal kontakte hvis de blir «dårlig». Journalgjennomgang viser dialog med pårørende om pasientens situasjon og tjenesteomfang.

## Vurdering av om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak

Tilsynet viser at det iverksettes tiltak for pasienter med identifisert forverring. Dette i form av tiltak for å avklare helsetilstand og kompensere for redusert funksjon.

Namsos kommune har plan om å innføre tiltaksbasert dokumentasjon. Per i dag oppgis ikke mål for tiltak, og det kan derfor være utydelig hva tiltak skal evalueres ut fra. Informasjon om pasienten i løpende journal er nyttig som supplement til målformuleringer, men vil ikke alene sikre en systematisk og forutsigbar oversikt. Tydelig formulering av mål er mest aktuelt for tiltak som er ment å virke over tid, som endring til multidose el-

ler økt bistand fra hjemmetjenesten. Ved forverring som krever mer akutte tiltak, som å ta kontakt for legevurdering, er det sentrale at de ansatte utfører dette når det er nødvendig. Tilsynet viser at det gjøres.

Det er kommunen som har ansvaret for at nødvendige tiltak iverksettes. Det finnes rutiner for bruk av NEWS og ISBAR, og det er lagt til rette for at ansatte har nødvendig utstyr tilgjengelig. Kommunen har også ved å tilby kurs lagt til rette for at ansatte kan utvikle sin kompetanse om observasjon av pasienter. Statistikk viser at Namsos kommune har god dekning av kompetanse for helsepersonell, noe som er viktig for å håndtere situasjoner med forverring i helsetilstanden.

Pårørende er aktivt involvert ved forverring. Dette kan være en god støtte for pasientene og nyttig som supplement for hjemmetjenesten.

Oppsummert vurderes at Namsos kommune har lagt til rette for at nødvendige tiltak iverksettes ved forverring.

## Konklusjon

Det ble ikke funnet lovbrudd i tilsynet.

Med hilsen

Kathinka Meirik (e.f.)  
fylkeslege  
Helse- og omsorgsavdelingen

Ida Brenne Østhus  
revisjonsleder  
Helse- og omsorgsavdelingen



# Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

2025-2026 Ivaretagelse av grunnleggende behov hos eldre som bor hjemme

Søk 

Søk etter tilsynsrapporter