



NORD-AURDAL KOMMUNE  
Postboks 143  
2901 FAGERNES

Saksbehandler, innvalgstelefon  
Elisabeth Hagen, 62 55 13 73

## Rapport fra tilsyn med Nord-Aurdal kommunes tjenester til personer med utviklingshemming

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Nord-Aurdal kommune og besøkte i den forbindelse kommunen den 10., 11 og 12. mars 2026.

Vi undersøkte om kommunen sørger for at helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav, slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Statsforvalteren.

Kommunen hadde ingen innsigelser til faktagrunnlaget i foreløpig rapport.

### Statsforvalterens konklusjon:

Statsforvalteren har ikke påvist lovbrudd på områdene helsehjelp og tvang og makt.

Nord-Aurdal kommune utmåler ikke vedtak om personlig assistanse og har ikke utarbeidet mål for den brukerrettede tjenesteutøvelsen. Bruker- og pårørendemedvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenesten er ikke satt i system.

Manglene kan medføre at brukeren ikke får en helhetlig og forutsigbar oppfølging og at kommunen ikke har de nødvendige styringsverktøyene for å gjennomføre systematiske evalueringer. Dette kan resultere i mangelfull korrigerende av tjenesten, noe som igjen kan redusere muligheten for bedring eller opprettholdelse av funksjonsnivå og livskvalitet, samt svekke rettssikkerheten og kvaliteten i tjenesten.

Samlet utgjør dette en for stor risiko for at brukernes individuelle behov for personlig assistanse ikke blir dekket på et forsvarlig nivå.

### Dette er brudd på:

- Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-1.



- Helsetilsynsloven § 5
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 3 og 6-9.

## Innhold

Rapport fra tilsyn med Nord-Aurdal kommunes tjenester til personer med utviklingshemming .....	1
1. Tilsynets tema og omfang .....	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet .....	2
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget .....	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag .....	9
5. Statsforvalterens konklusjon .....	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet .....	13

### 1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Statsforvalteren undersøkte under dette tilsynet om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse, sikrer at personer over 18 år med diagnosen utviklingshemming, som bor i egen bolig og mottar tjenester fra Kongsvegen bofellesskap i Nord-Aurdal kommune, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tilsynets tema var:

- om kommunen sikrer forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse, ved at personer med utviklingshemming
  - får bistand til å ivareta egenomsorg og nødvendig tilsyn.
  - får bistand til aktivisering.
  - får bistand til opplæring for å opprettholde eller øke funksjons- og mestringsevne.
- om kommunen sikrer at personer med utviklingshemming
  - får nødvendig helsehjelp i eget hjem.
  - har tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege.
- om kommunen sikrer at ulovlig bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ikke finner sted, ved blant annet å sikre at personalet har tilstrekkelig kunnskap om regelverket på dette området.

### 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.



Kommunen sitt ansvar følger av gjeldende regelverk:

- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift av oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

## 2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for at de som oppholder seg i kommunen får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-1. Etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Sammenholdt med hol. § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester fra kommunen utgjør ingen homogen gruppe, og bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser. Innenfor de rammer loven setter, er kommunen gitt frihet til å organisere virksomhetene og tjenestene ut fra lokale forhold og behov, men kommuner skal tilby de tjenester som fremgår av hol. § 3-2.

## 2.2. Systemer for ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette følger av hol. § 3-1 tredje ledd, jf. § 4-2.

Internkontrollplikten er nærmere utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er rettslig forpliktet til å sørge for at det etableres og gjennomføres slik systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med nevnte forskrift, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Dette følger av forskriftens § 3. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og være et verktøy som sikrer at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Det å sikre forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som også fordrer at kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller også krav om tilrettelegging ved at kommunen skal etablere et system av prosedyrer, jf. § 5. Prosedyrene skal sikre at brukerne av helse- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov. Dette innebærer blant annet å sikre at den enkelte får de tjenestene han eller hun trenger til rett tid, og at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte, må kommunen sette i verk systematiske tiltak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Et sentralt element i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er kravet om at kommunen gjennom systematisk styring sikrer:

- Klar fordeling av ansvar



- At ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre oppgaver
- Oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av lovkrav
- Håndtering av avvik og systematisk kvalitetsforbedring av tjenesten

### 2.3 Journalføring

Kommunen skal sørge for at tjenestene som blir gitt, dokumenteres på forsvarlig måte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. For helsehjelp er det krav om journalføring i helsepersonelloven § 39. Det innebærer at journalen må gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, avgjørelser og konkrete tiltak, slik at det enkelte helsepersonell gis et grunnlag for sine vurderinger og handlinger. Nødvendig og relevant informasjon må føres fortløpende, slik at journalen sikrer kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Også for tjenester som ikke er helsehjelp, må det gjøres en viss dokumentasjon for å sikre at tjenesteytingen blir forsvarlig og at ledelsen kan følge med på og evaluere tjenestetilbudet. Det forutsettes at iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger blir dokumentert, slik at tjenesten har et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer, samt for å kunne rapportere i ansvarslinjen. Hver bruker skal ha én samlet journal.

### 2.4. Personlig assistanse, helsehjelp og tvang og makt

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Helsetjenester i hjemmet er hjemlet i bokstav a. Saksbehandlingsreglene om tvang og makt overfor utviklingshemmede er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Bistand til egenomsorg: Personrettede oppgaver som for eksempel personlig hygiene, tannstell, hjelp til av- og påkledning og hjelp til planlegging og gjennomføring av måltid.

Tilsyn: Oppfølging fra ansatte utover praktiske oppgaver eller aktiviteter som gjennomføres sammen med brukeren. Noen har behov for tilstedeværelse av ansatte hele tiden for å hindre at de skader seg selv eller andre, mens andre vil selv kunne tilkalle hjelp når de har behov.

Aktivisering: Bistand til aktiviteter som gjennomføres i og utenfor hjemmet. Aktivisering innbefatter hjelp til å opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, delta på aktiviteter og hobbyer ut fra egne interesser. Aktiviteter i form av personlig assistanse må også ses i sammenheng med andre aktivitetstilbud, både individuelle som støttekontakt og dagaktivitetstilbud/arbeidstrening og generelle velferds- og aktivitetstiltak.

Opplæring: Målrrettede tiltak for å utvikle den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål (ADL), personlig stell og egenomsorg.

Helsehjelp i hjemmet: I pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 bokstav c defineres helsehjelp på denne måten: «Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål ...» Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Tilgang til nødvendig medisinsk utredning, diagnostisering og behandling hos fastlege, innebærer at tjenesten tar kontakt med lege ved behov og at det foregår et samarbeid mellom fastlege og tjenesten. Kommunen må sørge for at ansatte som yter tjenester i hjemmet til brukere med sykdommer som raskt kan forverre seg, er i stand til å identifisere aktuelle symptomer, og vite hvilke tiltak som må iverksettes, jf. helsepersonelloven § 16 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Det kan også oppstå ulike akutte situasjoner som krever rask behandling/førstehjelp fra ansatte, for eksempel brannskader, sårskader, tilløp til kvelning, hjertestans og epilepsianfall. Ansatte må derfor ha hatt opplæring i førstehjelp (inkludert



hjerte/lungeredning) og være kjent med hva de skal gjøre dersom det oppstår situasjoner som krever akutt legehjelp.

Tvang og makt i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, omhandler reglene om bruk av tvang og makt ved personlig assistanse. Helsehjelp holdes utenfor dette regelverket. I tilsynet er det undersøkt om kommunen legger til rette for minst mulig bruk av tvang og makt ved gjennomføring av personlig assistanse og om saksbehandlingsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 blir fulgt i tilfeller der det er nødvendig å bruke tvang og makt. Hol kapittel 9 skal forhindre unødig bruk av tvang og makt, og det skal sikres at all tvang og makt gjennomføres i henhold til regelverket og dokumenteres på riktig måte. Gjennom regelverket er det også lagt opp til at man gjennom systematisk arbeid og andre metoder skal unngå bruk av tvang og makt så langt det lar seg gjøre. Dersom man skal sikre at tjenesten ytes uten bruk av uhjemlet tvang eller makt, er det avgjørende at samtlige ansatte har kjennskap til regelverket på et minimumsnivå.

### 2.5. Brukermedvirkning

Etter pbrl. § 3-1 første og annet ledd har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de skal gis mulighet til å bidra i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av sine tjenester.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta hjelp. Pasienter skal etter pbrl. § 3-2 første ledd gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere er etter samme bestemmelse sjuende ledd, gitt rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Brukermedvirkning innebærer en egenaktivitet som forutsetter at pasient og bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor legge til rette for at utviklingshemmede får tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning slik at den enkelte kan bidra ut fra sine ferdigheter, både i saksbehandlingsprosesser og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det er et krav at informasjon til brukeren og pasienter skal tilpasses den enkeltes forutsetning og gis på en hensynsfull måte, jf. pbrl. § 3-5.

Videre følger det av hol. § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen skal sikre brukermedvirkning på systemnivå og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utforming av det samlede helse- og omsorgstilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

## 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for brukerne blir overholdt.

Nord-Aurdal kommune har 6455 innbyggere (2025). Kommunedirektøren er organisasjonens øverste administrative leder. Ledergruppen består for øvrig av tre kommunalsjefer, samt leder for HR, service og kommunikasjon. Kommunalsjef for helse og omsorg er nærmeste leder til



virksomhetsleder for tilrettelagte tjenester. Tilrettelagte tjenester består av fem avdelinger, hvorav Kongsvegen bofellesskap er en av dem. Bofellesskapet er ledet av avdelingsleder og er også tilknyttet to fagutviklere.

Tilsynet omfattet til sammen ni brukere over 18 år med diagnosen utviklingshemming, som bor i egen bolig og mottar tjenester fra Kongsvegen.

Statsforvalteren hadde i forbindelse med tilsynet samtale med tre brukere, to pårørende/verger og en pårørende. Alle samtalene ble gjennomført ved tjenestestedet i brukernes leiligheter eller på et møterom ved tjenestestedet. Det ble i tillegg gjennomført samtaler med ni ansatte fra ulike nivå i kommunen.

### **Organisering, ansvar og myndighet**

For tilrettelagte tjenester i Nord-Aurdal kommune er det utarbeidet rollebeskrivelser for avdelingsleder, sykepleier, vernepleier, fagarbeider, assistent og fagutvikler. Det er videre utarbeidet lederavtale for virksomhetsleder. Det er planlagt at brukerne skal ha teamledere og primærkontakter, og det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser for disse.

I Kongsvegen gjennomføres det teammøter hver 6. uke eller oftere ved behov. Tjenestestedet jobber med ny struktur på møtene, som blant annet skal ivareta fastsettelse av mål og tiltak bedre. Ansvarsgruppemøter gjennomføres en gang i året og ellers ved behov. Det er videre personalmøte en gang i måneden og kjernegruppemøte der leder, to tillitsvalgte og to verneombud deltar, før personalmøtene. Avdelingsledermøte avholdes annenhver uke med fast agenda. Virksomhetsleder etterspør status og prioriteringer, internkontroll/avvikshåndtering, rekruttere/beholde ansatte, fravær/ressursstyring, fagutvikling og informasjonsdeling.

Kommunedirektøren har møte med kommunalsjefer og virksomhetsledere en gang i måneden. Det gjennomføres også et økonomimøte med kommunedirektør, kommunalsjef og virksomhetsleder. Kommunedirektøren har videre statusmøter med kommunalsjef ved behov. Kommunalsjefen har møte med virksomhetslederne annenhver måned. Tema er blant annet bydelsplan, sykefravær, rekruttering og økonomi. Kommunen arrangerer en årlig samling for alle ledere.

Kongsvegen har ikke systematiske brukermøter eller samarbeidsmøter med pårørende.

Nedenfor presenteres tilsynets funn opplistet etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende som hovedpunkter. Vi har satt opp forbedringsområder i eget avsnitt under hvert hovedpunkt.

### **Planlegging**

- Det er avklart hvem som er ansvarlig for å yte tjenester til den enkelte bruker.
- Det er planlagt at brukerne skal ha teamledere og primærkontakter, og det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser for disse.
- Det er avklart hvem som har det faglige ansvaret i boligen.
- Det er utarbeidet rollebeskrivelser for avdelingsleder, sykepleier, vernepleier, fagarbeider, assistent og fagutvikler, og det er utarbeidet lederavtale for virksomhetsleder.
- Det er planlagt hvem som har ansvarsvakt.
- Turnus er planlagt i henhold til brukernes behov.
- Det er avklart hvem som har ansvar for å sikre tilstrekkelig og forsvarlig bemanning.
- Det er rutiner for innleie av vikarer ved sykdom, ferie og lignende.



- Tjenestestedet har kartlagt hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter de ansatte trenger for å gi de enkelte brukerne forsvarlige helse- og omsorgstjenester ut fra individuelle behov og tildelte vedtak.
- Det er utarbeidet et opplærings skjema for nytilsatte.
- Det er planlagt med tre opplæringsvakter pr. bruker for nytilsatte.
- Det er utarbeidet skjemaer som blant annet skal sikre at nytilsatte får opplæring om spesielle utfordringer brukerne har.
- Tjenestestedet har et årshjul for intern opplæring i tilrettelagte tjenester, hvor det er systematisk planlagt undervisning om generelle utfordringer om det å leve med utviklingshemming, førstehjelp og kap. 9.
- Det er tilrettelagt for samarbeid mellom kommunens helsetjeneste og brukernes fastleger og med spesialisthelsetjenesten der dette er aktuelt.
- Det er avklart hvem som sørger for at det bestilles time hos fastlege, og det er avklart hvem (ansatte og/eller pårørende/verge) som følger brukeren til fastlegen og deltar under konsultasjonen.
- Ansvar for oppgaver knyttet til oppfølging av den enkelte bruker etter legekonsultasjoner er avklart.
- Det er planlagt for årskontroll hos fastlege for alle brukerne.
- Det er kjent for bruker, ev. pårørende og verge, hvem de kan kontakte ved spørsmål om tjenesten.
- Det er planlagt møtearenaer for å diskutere fag, og det er avsatt tid til å jobbe med fag.
- Kommunen har rutine for journalføring i Omhu.
- Det er planlagt personalmøte hver 4. uke.
- Kommunen har et avvikssystem i Compilo.
- Tjenestestedet har gjennomført en risiko og sårbarhetsanalyse i 2023 og 2024 og det er planlagt en ny i 2026.

### Forbedringsområder

- Tjenestestedet har ikke lagt til rette for strukturerte og faglige veiledningstiltak i den løpende tjenesteytingen.
- Det finnes ikke en plan for å sikre pårørendemedvirkning og brukermedvirkning.
- Mål for tjenesteutøvelsen utarbeides ikke systematisk, og heller ikke i samarbeid med bruker og/eller brukers representant.
- Kommunen utarbeider ikke fullstendige tiltaksplaner og rutiner for tjenesteutøvelsen for alle brukere.
- Kommunen har ikke planlagt tidspunkt for når tiltak skal evalueres, og tiltaksplanene blir ikke systematisk utarbeidet og evaluert i samarbeid med bruker/pårørende/verge.

### **Gjennomføring**

- En oversikt over gjennomførte kurs ligger i Teams i mappe som tilhører hver enkelt ansatt, og ledelsen har oversikt over hvem som har gjennomført hvilke kurs.
- De ansatte vi snakket med, hadde gjennomført opplæring i førstehjelp og tvang og makt.
- Ferdig utfylte opplærings skjema blir oppbevart i Teams.
- Ledelsen velger ut hvem som skal gjennomføre opplæringen ved opplæringsvakter.
- Utarbeidede handlingskjeder bidrar til lik praksis ved gjennomføring av oppgaver.
- Kommunen innhenter politiattest ved ansettelse.
- Ansvars- og oppgavefordelingen i boligen er kjent for de ansatte.
- Alle brukere har teamledere og primærkontakter, og funksjonsbeskrivelsene til disse er kjent for de ansatte.
- Tjenestevedtakene er oppdatert.



- Ansatte er kjent med hvem som har ansvar for å oppdatere tiltaksplaner, og hvordan endringer i brukernes behov skal meldes.
- Det finnes beskrivelser av tiltak i dagsplan med handlingskjeder.
- Det er planlagt på forhånd, hvilken aktivitet som skal gjennomføres med brukeren på den enkelte vakt.
- Deltakelse i felles aktiviteter er ikke avgjørende for om aktivitet kan gjennomføres.
- Det er ikke avdekket samtidskonflikter som gjør at brukerne ikke får dekket sine grunnleggende behov.
- Ansatte uttrykker at brukerne får gode tjenester med individuelt tilpassede aktiviteter og får bestemme over sitt eget liv.
- Det utarbeides en sammenfatning av brukerens situasjon i Omhu, og sammenfatningen er beskrivende, saklig og nøytral.
- Journalføringen inneholder i stor grad beskrivelse av fakta og avkrysning for gjennomført tiltak.
- Teammøtene benyttes til å gå gjennom alle områdene i Omhu.
- Journalen inneholder gode beskrivelser av hva brukeren/personale skal gjøre.
- Brukerens journal preges gjennomgående av gode holdninger.
- Brukerne har en samlet elektronisk journal.
- Brukerne har en dagsplan/ukeplan som de er med på å utforme.
- De ansatte får fortløpende informasjon om endringer i brukernes behov/tjenesteutøvelsen og det er tilrettelagt for at de ansatte raskt kan sette seg inn i de aktuelle endringene.
- Kommunen sikrer samarbeid med aktuelle instanser og har nødvendige rutiner for dette.
- Pårørende/brukere/verge uttrykker at brukerne trives og har det bra i bofellesskapet.
- Pårørende/brukere/verge er trygge på at personalet sørger for helsehjelp ved behov, og de opplever at tjenesten tar kontakt ved behov for samarbeid.
- Personalmøter gjennomføres som planlagt og det skrives referat fra personalmøter.
- Ansatte kontakter medisinsk bistand ved behov.
- Ansatte og ledelsen opplyser at tiltak etter besøk hos lege blir fulgt opp.
- Ansatte, inkludert ledelsen, har tilstrekkelig kunnskap for å identifisere tvang og makt i tjenesten.
- De ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hvilke prosedyrer som skal følges etter bruk av skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner.
- Det gjennomføres ingen tiltak med elementer av tvang og makt ved tjenestestedet.

#### Forbedringsområder

- Det er ikke systematisk oppfølging av opplæringen etter en tid.
- De ansatte får ikke systematisk veiledning i hvordan arbeidet skal utføres.
- Vedtak om personlig assistanse inneholder ikke utmåling av tjenesten.
- Tiltaksplaner mangler for de fleste brukerne.
- Brukernes journal er ikke alltid oppdatert og fullstendig.
- Det signeres ikke for lest på referat fra personalmøter.
- Enkelte ansatte uttrykker at det ikke er tid til fagadministrativt arbeid.
- Pårørende/vergeuttrykker at det ikke er planlagt jevnlig møter og flere ønsker dette.
- Pårørende/vergeuttrykker at de ikke får spørsmål om å systematisk medvirke i planlegging og gjennomføring av tjenesten.
- Enkelte opplever høyt sykefravær og lite struktur på tjenesten.
- Enkelte uttrykker at det er vanskelig å få tak i ansatte i boligen og at de ønsker mer kommunikasjon.



### **Evaluering/korrigerings**

- Avdelingsleder kontrollerer journalføringen og gir tilbakemelding til ansatte ved behov.
- Ledelsen følger med på de ansattes kompetanse, etterlevelse av rutiner, om rutiner fungerer etter hensikten og er oppdatert og om avvik på området meldes, ved å ha klare rapporteringslinjer og selv etterspørre informasjon.
- Ledelsen er kjent med feil og mangler ved tjenesten og har planlagt korrigerings og utbedringer.
- Det er gjennomført en bruker- og pårørendeundersøkelse i 2016 og en i 2024.
- De ansatte er kjent med hvordan avvik skal meldes, og det er meldes avvik i tjenesten.
- Meldte avvik blir besvart og avvik er tema på personalmøter.
- Ledelsen opplyser at avvikshåndteringen brukes systematisk i forbedringsarbeid.

### Forbedringsområder

- Ledelsens gjennomgang av journalføringen er ikke satt i system.
- Ledelsen følger ikke systematisk med på om opplæringen har vært tilstrekkelig, for eksempel ved oppfølging etter en fastsatt tid.
- Ledelsen følger ikke med på om referat fra personalmøter blir lest.
- Kommunen innhenter ikke systematisk brukerens opplevelse av hvordan personlig assistanse planlegges og gjennomføres, for eksempel gjennom samtaler, observasjoner, ansvarsgruppemøter og lignende.

## **4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag**

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Statsforvalteren skal ved sine tilsyn ha fokus på om brukerne får trygge og gode tjenester, og om de trygge og gode tjenestene er et resultat av systematisk styring. Styringssystemet i en virksomhet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 5. I kravet til systematisk styring ligger det at kommuneledelsen har ansvar for å sikre etterlevelse av helse- og omsorgstjenesteloven gjennom systematisk styring og forbedringsarbeid.

Det kommer frem i faktagrunnlaget at Nord-Aurdal kommune har en stor del av styringssystemet på plass og at brukerne opplever å få gode tjenester fra kommunen. Tilsynet fant ingen lovbrudd på tilsystemaene helse og tvang og makt. Vi vil trekke frem at kommunen på disse områdene gir brukerne trygge tjenester og at tjenesten er preget av gode holdninger, høy etisk bevissthet og faglig kontroll.

Tilsynet fant videre forbedringsområder i den generelle tjenesteutøvelsen som krever oppmerksomhet og endringer, men som etter vår vurdering ikke krever store ressurser for å sikre at et systematisk arbeid og at en forsvarlig tjeneste kommer på plass. Tilsynet fant i tillegg at kommunens ledelse var klar over egne forbedringsområder og det var planlagt tiltak fremover i tid for å rette på dette.

Kommunen må i sitt videre arbeid bli bedre på det overordnede systemarbeidet knyttet til personlig assistanse, noe vi vil forklare i de kommende avsnittene. De funnene tilsynet vil fokusere spesielt på er brukermedvirkning, pårørendemedvirkning og planlegging av den konkrete tjenesten ut til



brukerne, herunder å utmåle tjenesten i tjenestevedtaket, utarbeide mål og tiltak, samt planlegge når tiltakene skal evalueres og deretter korrigerer tjenesten ved behov.

Vedtak om personlig assistanse inneholder ikke utmåling av tjenesten. Når brukerens hjelpebehov er tilstrekkelig kartlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. Hvis svaret på dette er ja, må kommunen deretter ta stilling til hvordan vedkommendes behov for helse- og omsorgstjenester skal oppfylles. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 setter krav til tjenester av et forsvarlig omfang og innhold. For at en tjeneste skal være forsvarlig, må den være tilpasset den enkeltes behov. Ved tildeling av tjenester skal det fremgå av selve vedtaket hva som gis av tjenester. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder. Vedtaket skal skape forutsigbarhet for brukeren. Brukeren har rett til å klage på omfanget av tjenesten. Manglende utmåling av timer i tjenestevedtakene medfører at brukeren ikke vet konkret hvilken tjeneste vedkommende har krav på. Dette medfører også at det blir vanskelig å vite hva som kan klages på. Statsforvalteren vil videre i de fleste tilfeller oppheve et slikt vedtak, fordi det ikke sier noe om omfanget av bistanden. For at et vedtak om personlig assistanse skal være gyldig og etterprøvbart, må innholdet være tilstrekkelig bestemt.

Etter pbrl. § 3-1 første og annet ledd har pasient og bruker rett til å medvirke ved utforming av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at det skal gis mulighet for brukerne til å bidra i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av sine tjenester.

Bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste skal vurderes ut fra konkrete behov. Vi fant at det ikke var utarbeidet et overordnet mål for tjenesteytingen ut til den enkelte bruker, og det var heller ikke utarbeidet mål på områder som var viktig for brukeren, med den hensikt å gjøre det mulig å jobbe systematisk med å øke eller opprettholde brukerens funksjonsnivå. Tiltak er de konkrete handlingene som iverksettes for å nå brukerens mål. Uten beskrevne tiltak for å nå et konkret mål, er det større risiko for ulik praksis mellom ansatte. Dokumenterte tiltak vil videre være nødvendig for å kunne evaluere tjenesten og å lære hva som fungerer og ikke fungerer for å oppnå brukerens mål. Tiltakene skal bidra til at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten.

Det å jobbe med å sette mål for tjenesten og å iverksette tiltak for å nå målene, skal gjøres med medvirkning av brukere og eventuelt pårørende. Tiltakene skal være faglig forankret. Der det ikke er utarbeidet mål og tiltak som et ledd i det faglige arbeidet, vil det være en risiko for at tiltakene vil bli for generelle, i stedet for tilpasset den enkeltes behov. Det er videre en risiko for at brukeren ikke får støtte som fremmer habilitering, selvstendighet og mestring. Faglig arbeid innebærer kontinuitet, forutsigbarhet, struktur og planlegging. Uten dette kan tjenestene oppleves tilfeldige og uforutsigbare for brukeren. Når mål og tiltak ikke er satt, er dette svikt av en slik størrelse, at vi vurderer at det innebærer en klar risiko for svikt i utøvelsen av tjenesten.

Også for tjenester som ikke er helsehjelp, må det gjøres en viss dokumentasjon i form av mål, tiltak og fortløpende journalføring, for å sikre at tjenesteytingen blir forsvarlig og gi ledelsen mulighet til å følge med på, og evaluere tjenestetilbudet. På bakgrunn av dette er det Statsforvalterens vurdering at tjenesten mangler et grunnlag for å sikre lik praksis og forutsigbarhet for brukerne. Videre mangler tjenesten et grunnlag for å evaluere og for å kunne vurdere om brukernes tilbud om personlig assistanse bør korrigeres.



## 5. Statsforvalterens konklusjon

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

Statsforvalteren har ikke påvist lovbrudd på områdene helsehjelp og tvang og makt.

Nord-Aurdal kommune utmåler ikke vedtak om personlig assistanse og har ikke utarbeidet mål for den brukerrettede tjenesteutøvelsen. Bruker- og pårørendemedvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenesten er ikke satt i system.

Manglene kan medføre at brukeren ikke får en helhetlig og forutsigbar oppfølging og at kommunen ikke har de nødvendige styringsverktøyene for å gjennomføre systematiske evalueringer. Dette kan resultere i mangelfull korrigerende av tjenesten, noe som igjen kan redusere muligheten for bedring eller opprettholdelse av funksjonsnivå og livskvalitet, samt svekke rettssikkerheten og kvaliteten i tjenesten.

Samlet utgjør dette en for stor risiko for at brukernes individuelle behov for personlig assistanse ikke blir dekket på et forsvarlig nivå.

### **Dette er brudd på:**

- Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, 4-1.
- Helsetilsynsloven § 5
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 3 og 6-9.

## 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for brukerne blir ivaretatt.

Statsforvalteren ber Nord-Aurdal kommune om å legge fram en plan for hvordan lovbruddet vil bli rettet. Planen skal som minimum inneholde følgende elementer:

- Tiltak som skal settes i verk for å rette lovbruddet, herunder hvem som skal være ansvarlig for tiltakene.
- Synliggjøring av hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltakene for å rette lovbruddet blir iverksatt.
- Synliggjøring av hvilke metoder ledelsen vil benytte for å finne ut om tiltakene fører til forventet endring.
- Synliggjøring av hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere tjenesten på det reviderte området i fremtiden.
- Tidspunkt for når kommunen forventer at lovbruddene er rettet og hvilke frister som blir satt for å sikre framdrift.

Statsforvalteren ber om tilbakemelding med en slik plan **innen 22. juni 2026**. Ta kontakt dersom det er behov for mer tid.



Statsforvalteren kan være behjelpelige med veiledning i arbeidet med retting av lovbruddene dersom det er behov for det. Vi vil derfor være tilgjengelige for videre dialog, etter ønske fra kommunen, gjennom oppfølgingen av tilsynet.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)  
fylkeslege

Elisabeth Hagen  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

Kopi til:

STATENS HELSETILSYN

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO



## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 7. januar 2026.

Journalgjennomgang ble foretatt ved Kongsvegen bofellesskap 10. mars 2026. Befaring i bofellesskapet og samtaler med brukere og pårørende ble gjennomført samme dag.

Tilsynet ble innledet med et kort informasjonsmøte i Rådhuset 11. mars 2026. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt samme sted, 12. mars 2026.

Dokumenter ble tilsendt og gjennomgått på forhånd. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Bemanningsplan med vaktkoder og vaktlengder
- Funksjons- og rollebeskrivelser
- Kopi av turnus
- Oversikt over ansatte
- Oversikt over teamledere og primærkontakter
- Prioriteringsliste ved innleie
- Rutine for ambulerende nattevakt
- Rutine for fagforum i tilrettelagte tjenester
- Risikoanalyser
- Opplæringsskjemaer
- Årshjul for tvang og makt og kollegastøtte
- Årshjul for internopplæring tilrettelagte tjenester
- Rutiner for bruk av Omhu
- Lederavtale for virksomhetsleder
- Tjenesteanalyse for tilrettelagte tjenester
- Prosedyre for vedtaksprosessen
- Veileder for dokumentasjon og journalføring
- Virksomhetsplan for tilrettelagte tjenester
- Oversikt over brukere
- Brukernes vedtak om helse- og omsorgstjenester
- Kopi av meldinger om skadeavvergende tiltak siste tre måneder
- Avvik meldt de siste tre måneder

Det ble valgt ut ni journaler etter følgende kriterier:

- Alle brukere over 18 år med diagnosen utviklingshemming som mottok tjenester fra Kongsvegen bofellesskap i Nord-Aurdal kommune

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
Even Syrdahl Ellingsen	Avdelingsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anne Grethe B. Dokken	Vernepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anniken K. Lien-Buene	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marianne Odden	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Christina Hartmann	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
John Arve Lønnum	Assistent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilde Berg	Assistent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mona Kristin Haganæs	Virksomhetsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vebjørn Johansen	Kommunalsjef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Renate G. Mortensrud	Fagutvikler	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tomas Lome	Avdelingsleder	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingvild Håvelsrud	Avdelingsleder	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fiyori H. Hadghu	Helsefagarbeider	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Silje M. Iljørnstad	Helsefagarbeider	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elin Langedrag	Avdelingsleder	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gerd Torill Nerbråten	Helsefagarbeider	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Martin Sæbu	Kommunedirektør	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tre brukere, to pårørende/verger og en pårørende ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:**

- seniorrådgiver, Hedda Pedersen Latif, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- seniorrådgiver, Unn Aasterud, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- seniorrådgiver, Elisabeth Hagen, Statsforvalteren i Innlandet, revisjonsleder