



Fylkesmannen i Buskerud

Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming samt utvalgte deler av kapittel 9

i

Rollag kommune

Virksomhetens adresse: 3628 Veggli
Tidsrom for tilsynet: 26.07.18 – 23.10.2018
Kontaktperson i virksomheten: Grethe Karin R. Pettersen

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn i Rollag kommune og besøkte i den forbindelse kommunen 26.09.2018 til 28.09.2018. Vi undersøkte om Rollag kommune sørger for at kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming og reglene som gjelder bruk av tvang overfor enkelte 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 Fylkesmannen.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune oppfyller ikke sine forpliktelser etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-4, 9-5, 9-10 forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune har ikke systemer som sikrer at alle personer med utviklingshemming får forsvarlig helseoppfølging.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1, 5-10, jf. forskrift om pasientjournal § 8, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-2, 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og kvalitetsforskriften § 3.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune yter ikke forsvarlig tjenester i form av praktisk og personlig assistanse til mennesker med utviklingshemming.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 6 bokstav b, 4-1, 5-10, 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og kvalitetsforskriften § 3.

Dato: 23.10.18

Wenche Jensen
revisjonsleder

Kari Anne Rønningen
revisor

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	4
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	6
5. Tilsynsmyndighetens konklusjon	7

1. Tilsynets tema og omfang

Fylkesmannen undersøkte om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikret at mennesker med utviklingshemming som bor i Rollag kommune, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester i form av:

- Tilsyn til å ivareta egenomsorg
- Bistand til aktivisering, oppfølging i dagliglivets gjøremål, personlig stell og egenomsorg
- Helsetjenester i hjemmet
- Nødvendige kartlegginger
- Tilgang til medisinsk undersøkelse, utredning og behandling.

Videre undersøkte Fylkesmannen om kommunen sikrer at:

- Ansatte har kompetanse til å identifisere tiltak som etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er å anse som tvang
- Mennesker med utviklingshemming ikke blir utsatt for systematiske tiltak som er å anse som tvang uten at det er vurdert etter reglene i kapittel 9
- Kommunen fatter vedtak der det er behov for dette for å hindre vesentlig skade
- At det sendes meldinger om skadeavvergende tiltak, der det er behov for å bruke tvang i en nødsituasjon, herunder om ansatte har fått nødvendig opplæring.

Fylkesmannen undersøkte videre hvordan det legges til rette for samarbeid internt i kommunen, hvordan tjenestene overfor den enkelte bruker blir koordinert og hvordan kommunen sikrer brukers rett til å medvirke til utforming av tjenestetilbudet. Fylkesmannen undersøkte også hvordan kommunen legger til rette for samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Kommunen skal styre sine tjenester slik at mennesker med utviklingshemming får forsvarlig hjelp og oppfølging. Tildelte tjenester skal utformes og baseres på en individuell kartlegging av den enkelte brukers behov. Dette betyr at hjelpebehovet skal være tilstrekkelig utredet og at hjelpen som ytes, skal dekke de kartlagte behov. Tjenestene må også evalueres og endres dersom hjelpebehovet endres. Kommunen må derfor ha rutiner for å fange opp endringer hos den enkelte bruker. Kommunen må sikre en bemanning i et omfang og med en kompetanse, som totalt sett er vurdert til å dekke den enkelte brukers behov for tjenester.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2.

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 skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Innenfor de rammer loven setter, er kommunen gitt frihet til å organisere virksomheten og tjenestene ut i fra lokale forhold og behov, men kommunen skal tilby de tjenestene som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Kommunens plikt til å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, som gir den enkelte rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunen skal sikre at bruker får medvirke ved planlegging, utforming, utøving og evaluering av tjenestene

jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, herunder legge til rette for at bruker kan forstå den informasjonen som blir gitt, jf. § 3-2. Mennesker med utviklingshemming har ofte sammensatte og langvarige behov for tjenester og kommunen har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, så som fastlege og hjemmetjenesten. Videre skal kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten og sørge for koordinerte og helhetlige tjenester jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

Tjenestene som ytes skal være forsvarlige jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette innebærer at den enkelte bruker skal tilbys tjenester som i omfang og utforming er tilstrekkelig til å dekke det hjelpebehovet som den enkelte bruker har. Kommunen skal, gjennom sine kvalitetskontrollsystemer, ha oversikt over at tjenestene den enkelte bruker får er i henhold til tildeling av tjenester i vedtak om praktisk og personlig bistand. I Rollag kommune er det utarbeidet tiltaksplaner overfor den enkelte bruker. Det forutsettes at utøvelsen skal være slik den er beskrevet i disse og tjenestene skal være gjennomført i overensstemmelse med planen. Tjenestene skal være dokumentert i henhold til lover og interne rutiner for dette. Det er kommunen som må sannsynliggjøre at en tjeneste faktisk er ytt i den grad brukere selv ikke kan gi uttrykk for dette.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, har kommunen en plikt til å forebygge, veilede og legge til rette for minst mulig bruk av tvang jf. § 9-4. Dette må skje gjennom systematisk arbeid og oppfølging av enkeltansatte. Kommunen må sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap til å kunne avdekke tiltak som er å anse som tvang og vurdere dette opp mot vilkår for å kunne bruke tvang i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5. Kommunen skal også fatte vedtak om bruk av tvang der dette er nødvendig for å hindre vesentlig skade jf. § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Videre skal kommunen sikre at ansatte sender rapporteringer til Fylkesmannen i form skadeavvergende meldinger i nødsituasjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a, i enkeltsituasjoner der det har vært nødvendig å benytte tvangstiltak.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte, må kommunens sette i verk systematiske tiltak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd hvor kommunen plikter å: planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kommunens styringsplikt etter denne bestemmelsen samsvarer til plikten til internkontroll etter helsetilsynsloven § 3. Kravene til styring og kvalitetsforbedringsarbeid (internkontroll) er nærmere beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten særlig §§ 6-9. Styringssystemene skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig jf. § 5.

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 tjenestemottakerne blir overholdt.

Tilsynet i Rollag omfatter en samlokalisert bolig og brukere som bor i frittstående boliger, og som mottar tjenester fra ansatte i samlokalisert bolig. Samlokalisert bolig ble ferdigstilt i 2017, og brukerne flyttet i hovedsak inn sommeren og høsten 2017. Tjenesten er organisert under avdelingsleder Åpen omsorg som er underlagt enhetsleder Helse og omsorg. Det er i alt 17 faste ansatte i tjenesten og tilsynet omfatter 11 brukere, hvorav syv bor i samlokalisert bolig. Enhetsleder Helse og omsorg er også overordnet faglig ansvarlig for kapittel 9 i

kommunen. På tidspunkt for tilsynet, var det ingen vernepleiere ansatt i avdelingen. Det skal være en fagansvarlig vernepleier i tilknytning til tjenesten. På tidspunktet for tilsynet, var denne stillingen vakant. Fagansvarlig vernepleier skal ha ansvar for faglig oppfølging av tjenesten herunder utarbeide/oppdatere tiltaksplaner i samarbeid med primærkontakt. Videre skal vedkommende være koordinator for brukerne som omfattes av tilsynet noe som også innebærer å innkalle til ansvarsgruppemøter. Det er ingen koordinerende enhet i kommunen. Vernepleier skal også utrede behov for tjenester hos den enkelte bruker. Vedkommende skal i denne forbindelse utarbeide en innstilling til vedtak som skal fremlegges for Omsorgsutvalget som fatter den endelige avgjørelsen når det gjelder hvilke tjenester den enkelte bruker skal ha. Det er sekretæren i kommunen som skriver vedtakene og det er enhetsleder for Helse og omsorg som har vedtaksmyndigheten. Evaluering av vedtak skal skje ved at ansatte skal melde behov til fagansvarlig vernepleier som skal drøfte/melde dette til avdelingsleder Åpen omsorg og det skal eventuelt utarbeides en innstilling til Omsorgsutvalget slik det er skissert over.

Fylkesmannen har gjennom tilsynet gjennomgått vedtak på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav b (kommunen fatter ikke vedtak etter bokstav a), IPLOS-registreringer, referat fra ansvarsgruppemøter i 2017/2018, referat fra teammøter, tiltaksplaner og utskrift av journal for mai og juni for samtlige brukere. Vi har også gjennomgått referat fra personalmøter som har vært i boligen siste året. Fylkesmannen gjennomførte et stedlig tilsyn den 18.10.18 og i den forbindelse hadde vi en befarings i boligen. Fylkesmannen har videre gjennomgått rutiner og dokumentasjon som er oversendt i henhold til tilsynsvarsel av 27.06.18. Fylkesmannen ga tilbud til pårørende/verger om samtaler og snakket med representanter for syv brukere. Det ble også gitt tilbud til brukere om samtaler, og foruten å hilse på mange av dem som bor i boligen, snakket vi med én bruker. Under tilsynet snakket vi med i alt 14 ansatte, hvorav to var ledere.

Kommunen har systemer som skal ivareta nødvendig helseoppfølging ved besøk hos fastlege. Det er i utgangspunktet primærkontakt som skal følge den enkelte bruker, men andre ansatte følger også. På tidspunkt for tilsynet, hadde ikke kommunen tilgjengelige opplysninger knyttet til én brukers diagnose på utviklingshemming.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er det en overordnet rutine for dette arbeidet i kommunen. Fylkesmannen fikk også fremlagt en rutine for samtykkevurdering. Denne nevner pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A og er ikke kjent for ansatte i avdelingen. Kommunen hadde på tidspunktet for tilsynet ett vedtak om bruk av alarm, men alarmer var ikke i bruk på det tidspunkt.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Vedtak på tjenester er ikke tilstrekkelig detaljerte til å kunne fastslå hvilke tjenester den enkelte bruker kan forvente av kommunen. Brukerne har oppdaterte tiltaksplaner som også fungerer som rutinebeskrivelser for daglig samhandling, de er imidlertid knappe og i liten grad egnet til å utfylle vedtakene. Tiltak som innebærer motivering, fokus på sunt kosthold og eksterne aktiviteter herunder fysisk aktivitet er ikke beskrevet. Tiltakene følges ikke opp av ansatte, noe som bidrar til at den enkelte ansatte jobber ut i fra eget skjønn. Tiltak knyttet til kommunikasjon, følges ikke opp.

Det er et system for opplæring av nyansatte. Det er imidlertid ikke alle ansatte som har fått nødvendig opplæring når det gjelder utfordringer som brukere med utviklingshemming har knyttet til sykdomsrisiko og funksjon. Det er ikke satt av tid for systematisk veiledning og det

er lite etisk refleksjon rundt egen samhandling. Det er generelt ingen overlapping, og det er usikkert om det er satt av tid til å skrive/lese rapport. Det kommer fram at det har vært gjennomført refleksjonsgrupper fire ganger i perioden januar til begynnelsen av april, men at det ikke har vært noe siden. Hvem som deltok på dette, er ikke dokumentert og det er heller ingen referater fra møtene. Ansatte skal delta på Mitt livs ABC, og på tidspunkt for tilsynet var det seks ansatte som deltok i dette. Det er flere år siden det har vært opplæring etter kapittel 9, og mange ansatte kjenner ikke rundskrivet som kom i 2015 eller hvor de kan finne dette. Det fremgår av personalmøtereferater at det er noe brukerfokus på disse møtene. Det er ingen rutiner for å ivareta brukermedvirkning, og det er lite fokus på dette i daglig samhandling.

Det er ingen systemer for å kartlegge rundt den enkelte bruker, og observasjoner baserer på hva den enkelte ansatte observerer og tror. Det er ingen systemer for å hente ut observasjoner over tid fra journal. Ikke all helseoppfølging journalføres i brukeres elektroniske journal.

Ansatte gjennomfører tiltak som er å anse som tvang og har gjort dette over tid. Dette er tiltak som gjennomføres i daglig samhandling, og som innebærer at ansatte tar avgjørelser for brukere i stedet for å tilrettelegge for at brukere kan gjøre egne valg, beskrevet som «hverdagstvang». I den grad brukere ikke ønsker å gjøre det tjenesteyter vil, blir brukere motivert eller ventet ut. Det er ikke vurdert om tiltakene er nødvendige for å hindre vesentlig skade, eller om det finnes andre tilnæringsmåter som ikke innebærer bruk av tvang.

Representanter for de pårørende uttrykker bekymring gjennom at de oppfatter at brukere ikke får de tjenester de har rett på, og at det er for de fleste brukere lite faglig fokus på tjenestene. Det er en rutine for samarbeid med pårørende fra 2013, men denne er generell og følges ikke opp i avdelingen. Rutinen har heller ingen juridisk forankring og det er ikke et systematisk fokus på regelverket i tilknytning til dette.

Kommunen har et avvikssystem, og ansatte er kjent med at de skal melde avvik. Leder for Åpen omsorg og leder for Helse og sosial etterspør avvik. Fylkesmannen ba om avvik registrert siste seks måneder fra tilsynsvarselet som ikke gjelder HMS og medisnavvik. Fylkesmannen mottok fire avvik, alle meldt i mars og april og to av disse er HMS-avvik knyttet til utfordrende atferd. Det er ikke noe system for risiko- og sårbarhetsanalyser i avdelingen.

5. Tilsynsmyndighetens konklusjon

Fylkesmannen påpeker følgende:

- Det benyttes tiltak som er å anse som tvang uten at dette er vurdert opp mot fare for «vesentlig skade» og reglene om bruk av tvang i kapittel 9
- Det er ikke systemer for å avdekke at tiltak som benyttes i daglig samhandling, er å anse som tvang
- Alarm benyttes systematisk, uten at dette er godkjent av Fylkesmannen
- Det er ikke vurdert/dokumentert at kommunen har forsøkt andre løsninger enn bruk av alarm
- Det er ikke tilstrekkelig vurdert om det skal benyttes tiltak som er å anse som tvang, der dette kan hindre vesentlig skade
- Ikke alle ansatte har fått opplæring på kapittel 9 og det er ikke satt av tid til møtarenaer innenfor området, herunder for samhandling rundt den enkelte bruker og etisk refleksjon

- Ikke alle ansatte er kjent med at de skal skrive skadeavvergende meldinger i nødssituasjoner
- Det gjennomføres ikke systematisk veiledning.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune oppfyller ikke sine forpliktelser etter reglen i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-4, 9-5, 9-10 forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Fylkesmannen påpeker følgende:

- Det er ikke systemer for å sikre kartlegginger av symptomer på sykdom, endringer i funksjonsnivå, atferd eller bivirkninger av medisiner
- Ansatte er ikke kjent med hvor de lett kan finne en oversikt over diagnoser og annen relevant informasjon i akuttsituasjoner
- Ikke alle ansatte har fått opplæring når det gjelder å jobbe med utviklingshemmede, syndromer i sammenheng med utviklingshemming og følgesykdommer i tilknytning til dette
- Det blir ikke gitt systematisk veiledning
- Det er fokus på sunt kosthold og ernæring, men det er lite tiltak knyttet til fysisk aktivitet som en del av en helhetlig tilnærming
- Ikke all nødvendig og relevant helseinformasjon blir dokumentert i elektronisk journal.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune har ikke systemer som sikrer at alle personer med utviklingshemming får forsvarlig helseoppfølging.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1, 5-10, jf. forskrift om pasientjournal § 8, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-2, 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og kvalitetsforskriften § 3.

Fylkesmannen påpeker følgende:

- Vedtak på tjenester er ikke kjent for de ansatte. Det er ikke noe system for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene de har rett på etter vedtaket
- Omfanget av tjenester overfor den enkelte bruker fremgår ikke av tiltaksplanen
- Tjenestene blir ikke systematisk styrt ved hjelp av mål og det er heller ikke rutiner for å evaluere mål
- Tiltaksplanen er lite konkret på hva den enkelte bruker har rett på i løpet av en uke
- Flere brukere skal motiveres, men det er ingen beskrivelse av hva som motiverer
- Tiltaksplanen skal fungere som rutinebeskrivelse. Disse er imidlertid ikke egnet til å sikre at ansatte jobber likt overfor den enkelte bruker

- Ikke alle ansatte følger opp tiltaksplanen og det er heller ikke noe system for å fange opp dette
- Det er lite tiltak knyttet til aktiviteter utover husarbeid og dagtilbud
- Ikke alle ansatte bruker alternativ kommunikasjon der dette er en del av tiltaksbeskrivelsene
- Det er ikke noe system for brukermedvirkning og pårørendesamarbeid
- Kommunens rutine for primærkontakter er ikke kjent for alle primærkontakter
- Det er ikke et system for faglig veiledning
- Det er ulik praksis for hvor tjenester blir dokumentert i journal
- Ikke alle vedtak om støttekontakt er iverksatt, og det er heller ikke satt inn korrigerende tiltak
- Det er ikke alltid sammenheng mellom IPLOS-kartlegging og utmåling av tjenester
- Det er ikke satt av tid for faglig og etisk refleksjon
- Det er ikke gjort noen risikovurdering i tilknytning til at det ikke alltid er informasjonsutveksling mellom ansatte ved vaktskifter
- Svikt i tjenesten blir ikke systematisk dokumentert.

Fylkesmannens konklusjon:

Rollag kommune yter ikke forsvarlige tjenester i form av praktisk og personlig assistanse til mennesker med utviklingshemming.

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 6 bokstav b, 4-1, 5-10, 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og kvalitetsforskriften § 3.

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet ble sendt 27.06.2018.

Samtaler med pårørende/verger ble gjennomført 26.09.18

Befaring ble gjennomført 18.09.2018. Tema for befaringen: hvordan informasjon sikres gjennom vaktskifter og hvordan ansatte har mulighet til å sikre tilsyn med brukere også uten tilstedeværelse.

Tilsynet ble gjennomført i Rollag kommune, og innledet med et kort informasjonsmøte 26.09.2018. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 28.09.2018.

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:

- Organisasjonskart
- Kommunens delegeringsreglement
- Handlingsprogram og økonomiplan for 2018-2021
- Navn, fødselsdato, diagnose, navn på bofellesskap, adresser, navn på pårørende/verge, navn på fastlege, navn på koordinator for de som omfattes av tilsynet
- Navn på ansatte som yter tjenester i Åpen omsorg, 17 faste + 9 vikarer. Oversikt av 22.08.18
- Navn på primærkontakter, oversikt av 22.08.18
- Oversikt av 10.09.18 over hvem som jobber hos hvilke brukere
- Stillingsinstruks avdelingsleder i Åpen omsorg av 16.07.15
- Stillingsbeskrivelse faglig ansvarlig i Åpen omsorg av 16.07.15
- Stillingsbeskrivelse for miljøarbeidere i Åpen omsorg (udatert)
- Stillingsbeskrivelse for vaktansvarlig i Åpen omsorg av 19.07.17
- Funksjonsbeskrivelse for Primærkontakt/sekundærkontakt av 12.01.18
- Helse og omsorg – årsmelding for 2017
- Forslag til kompetanse plan Åpen omsorg 2016-2018
- Identifisering av motstand «Pasientrettighetsloven kapittel 4 A» (skjema, udatert)
- Modell for samtykkevurderinger i Åpen omsorg Pasient- og brukerregghetsloven kapittel 4 A (udatert)
- Rutine for oppfølging av bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 av 07.03.13
- Refleksjonsgruppemøter – oversikt over når og tema som har vært av 16.08.18
- Rutiner for saksbehandling i henhold til enkeltvedtak om helse og omsorg av 18.10.17
- Rutiner for melding av endring i bistandsbehov hos brukere i Åpen omsorg av 07.03.13
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9, skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner § 9-5 tredje ledd bokstav a (udatert)
- Oversikt over ansatte som har gjennomført kurs i forbindelse med helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 av 28.08.18
- Oversikt over dagtilbud/arbeidssenter rettet mot mennesker med utviklingshemming av 27.08.18
- Rutine for samarbeid med pårørende/verge av 07.03.13
- Rutine for varslings av pårørende av 15.06.18
- Rutine for dokumentasjon i tjenesteytingen, Åpen omsorg av 07.07.16

- Rutine for melding av avvik på tjenester av 18.01.16
- Avviksmeldinger for siste 6 måneder
- Orientering om hvem som oppnevner koordinator av 27.08.18
- Vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, IPLOS-registrering, tiltaksplaner, journal for mai og juni for samtlige brukere
- Referat fra ansvarsgruppemøter og teammøter der dette har vært gjennomført

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
Bente Anita Grønvold	Sekretær	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Grethe Karin R. Pettersen	Avdelingsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Svein Erik Nikolaisen	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Solfrid Staaland	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bjarte Crowo	Ambulansefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gunn Waldimarson	Assistent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenche Hvaale	Spesialhjelpepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Benny F. Haugen	Fagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sølvi Bålerud	Fagarbeider, psykisk helse og rus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anna T. Traaen Hovda	Førskolelærer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gro Kristin Svingen	Enhetsleder helse og omsorg/kommunalsjef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edel Irene Jensen	Assistent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gitta Bumbuluez	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dag Lislien	Ordfører	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vera Bakken		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Grete Inger Strømmen	Vernepleier, permisjon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver Wenche Jensen, Fylkesmannen i Buskerud, revisjonsleder
- seniorrådgiver Kari Anne Rønningen, Fylkesmannen i Buskerud, revisor