



## Rapport fra tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming ved Midtre Gauldal kommune 2016

**Virksomhetens adresse:** Støren  
**Tidsrom for tilsynet:** 20.04.16 - 26.10.16

03.12.2016

### Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

#### [Sammendrag](#)

#### [1. Innledning](#)

#### [2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold](#)

#### [3. Gjennomføring](#)

#### [4. Hva tilsynet omfattet](#)

#### [5. Funn](#)

#### [6. Vurdering av enhetens styringssystem](#)

#### [7. Regelverk](#)

#### [8. Dokumentunderlag](#)

#### [9. Deltakere ved tilsynet](#)

### Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene.

Itilsynet undersøkte Fylkesmannen om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at personer over 18 år med utviklingshemming som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at de får de tjenestene som de har rett til, og at hjelpen som gis dekker behovet til den enkelte.

Formålet med tilsynet var å undersøke følgende områder:

- Hvordan kommunen planlegger og gjennomfører tjenestene personlig assistanse og helseoppfølging.
- Hvordan kommunen legger til rette for brukermedvirkning, samarbeid og samhandling i tjenestene, og om det innhentes politiattest ved tilbud om ansettelse

### Funn:

Ved tilsynet ble det gjort funn som ga grunnlag for å gi to avvik.

#### Avvik 1:

Midtre Gauldal kommune sikrer ikke at voksne personer med utviklingshemming får forsvarlig tjenester i form av personlig assistanse.

## Avvik 2:

Midtre Gauldal kommune siker ikke at voksne personer med utviklingshemming fr forsvarlige helsetjenester i hjemmet.

Dato: 29.11.2016

Merete O. Bondø      Cecilie Melø Rønning  
revisjonsleder      revisor

## 1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Midtre Gauldal kommune i perioden 20.04.16 - 26.10.16. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

## 2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Midtre Gauldal kommune har ca. 6400 innbyggere, og kommunesenteret ligger på Støren. Det er Enhet for Pleie og omsorg som har ansvaret for å yte tjenester til utviklingshemmede. Tjenesten er organisert under rådmannen og har egen enhetsleder og assisterende enhetsleder. Enheten har ansvaret for sykehjemmet, hjemmetjenesten, avdeling for funksjonshemmede og Omsorgskontoret.

Enhetsleder for pleie og omsorg har det overordnede ansvaret for tjenestene, og avdelingsleder ved avdeling for funksjonshemmede har det faglige ansvaret.

Avdelingen har blant annet ansvaret for botiltakene Kalvtrøa, Snurruhagen og Trygg Framtid og Boveiledertjenesten. Snurruhagen og Trygg Framtid har egne personalgrupper, mens Boveiledertjenesten har basen sin på Kalvtrøa og gir tjenester til beboerne og andre ute i kommunen. Alle beboerne har en egen primærkontakt som har ansvaret for blant annet å utarbeide tiltaksplaner og evaluere disse.

Omsorgskontoret har ansvar for å utarbeide forslag til vedtak om tjenester, og innhenter opplysninger fra primærkontakt, pårørende, brukere og har en koordinerende funksjon.

Enhetsleder, assisterende enhetsleder og avdelingsleder er forholdsvis nytilsatte i sine stillinger. Det er satt i gang et arbeid for å utvikle et system for opplæring og kompetansetilføring for enheten, og å etablere en møtестruktur på ulike nivå. Kommunen har en kompetanseplan for perioden 2013 - 2016 som nå skal revideres. Enhetsleder skal ha jevnlig møter med rådmannen og det gjennomføres personalmøter.

### 3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er tildelt midler fra Statens Helsetilsyn for et prosjekt innenfor planlagt tilsynsvirksomhet. Prosjektet går i korthet ut på å finne og prøve ut nye metoder for å involvere pasienter, tjenestemottakere og pårørende i tilsyn med det mål å få et bredere informasjonsgrunnlag på området det føres tilsyn med.

Fylkesmannen har derfor engasjert erfaringsmedarbeidere som har bruker/pårørende erfaring fra helse- og omsorgstjenesten, som skal arbeide sammen med tilsynsmyndigheten i dette tilsynet og i tilsyn med tjenester til eldre i sykehjem i 2016.

3 erfaringsmedarbeiderne som deltar i dette tilsynet, har i tillegg erfaring fra NFU. (Norsk forbund for utviklingshemmede).

Medarbeiderne er gitt opplæring i tilsynsmetodikk, og har bidratt med sine erfaringer og kompetanse i arbeidet med å forberede og gjennomføre tilsynet. To har deltatt i samtaler med brukere og pårørende i kommunen som forberedelse til tilsynet og i intervju under selve tilsynet. Deres erfaringer og funn er tatt med som grunnlag for tilsynsmyndighetens vurdering.

To studenter fra NTNU, Institutt for samfunnsmedisin skriver sin masteroppgave om brukermedvirkning fra dette prosjektet. Professor Marit By Rise følger prosjektet og vil lage en sluttrapport.

**Revisjonsvarsel** ble utsendt 20.04.16.

**Formøte** ble avholdt 31.08.16.

**Samtaler:** Det ble gjennomført samtaler med 6 brukere i deres hjem med deres bisittere og 1 pårørende.

Det ble gjennomført besøk og omvisning ved kommunens dagtilbud Lysgården.

**Åpningsmøte** ble avholdt 25. 10.16.

**Intervjuer** 11 ansatte ble intervjuet.

**Sluttmøte** ble avholdt 26.10.16.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

### 4. Hva tilsynet omfattet

Om kommunen gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med utviklingshemming, og som bor i egen eid eller leid bolig, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Tilsynet har undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- Tilsyn og bistand til egenomsorg
- Bistand til aktivisering
- Opplæring i dagliglivets gjøremål, personlig stell og egenomsorg

Tilsynet har undersøkt om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får:

- Helsetjenester i hjemmet
- Tilgang til medisinsk undersøkelse og utredning og behandling

- Om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke
- Om kommunen legger til rette for samhandling internt
- Om kommunen legger til rette for samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste.
- Om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

## 5. Funn

### Avvik 1:

**Mdtre Gauldal kommune sikrer ikke at voksne personer med utviklingshemming får forsvarlig tjenester i form av personlig assistanse.**

#### Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og § 5-4.
- Internkontrollforskriften (av 20. desember 2002 nr. 1731) § 4.
- Kvalitetsforskriften (av 27. juni 2003 nr. 792) § 3.
- Helsepersonelloven § 20 a.

#### Avviket bygger på følgende observasjoner:

- Det foreligger ikke dokumentasjon på at behovet for tjenester på alle livsområder er tilstrekkelig kartlagt og opplyst.
- Samtaler med brukere avdekte ønsker om ulike tjenester. Tilsynet har ikke funnet igjen disse opplysningene i tilsendte journaler, møtereferater eller i vedtak.
- Det er lite spor av brukerens ønsker, behov og mål i planleggingen og utformingen av tjenestene.
- Det finnes ikke opplysninger om det er foretatt avklaringer om bruker kan medvirke alene eller ønsker bistand fra verge eller pårørende.
- Flere av vedtakene om tjenester og tiltaksplanene er av eldre dato, og det er ikke dokumentert at det er foretatt evalueringer av tjenestetilbudet.
- Tjenestenes innhold i vedtakene er i liten grad detaljert beskrevet i de vedtakene tilsynet har hatt tilgang til.
- Det er varierende opplysninger om hvordan endringer av behov meldes og følges opp med hensyn til evt. nytt vedtak og tiltaksplaner.
- Det foreligger ingen rutine for å tilby individuell plan. Planer forelagt tilsynet er ikke aktivt i bruk.
- Bemanningsplan og turnus tar ikke utgangspunkt i tildelte tjenester i vedtak.
- Det er varierende kunnskap om vedtakets innhold og omfang.
- Det gis ikke systematisk veiledning i gjennomføringen av tjenestene, noe som er etterspurt.
- Journalføringen i Gericia gjennomføres ulikt.
- Det er ulik praksis for å utarbeide møtereferat fra brukermøter og sikre at informasjon nås til alle ansatte omkring brukeren.
- Det meldes ønsker om økt bemanning for å styrke det faglige tilbudet.
- Aktiviteter er ikke gjennomført som følge av personalmangel.
- Det er beskrevet marginalt med personell, og at personalet i hovedsak dekker basale behov. Det beskrives i varierende grad muligheter til å gjennomføre aktiviteter basert på individuelle ønsker utenfor bolig.
- Det meldes ikke avvik på manglende deltakelse i aktiviteter eller gjennomføring av oppgaver, kun på legemidler.
- Det er ikke beskrevet ansvarshavende ved boligen i leders fravær.
- Det er ulike oppfatninger av om når det kan benyttes vikarer ved fravær.
- Det er ikke innhentet politiattester for alle ansatte etter gjeldende regelverk.

### Avvik 2:

## **Midtre Gauldal kommune siker ikke at voksne personer med utviklingshemming får forsvarlige helsetjenester i hjemmet.**

### **Avvik fra følgende myndighetskrav:**

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2 jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 4 annet og sjette ledd.
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

### **Avviket bygger på følgende observasjoner:**

- Det er ikke beskrevet at det gis systematisk informasjon om den enkelte brukers helseutfordringer eller behov, og det er ytret bekymring knyttet til faglig kompetanse for somatisk helse. Det er også ønskelig med mere opplæring for dette området.
- Skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering er ikke oppdatert etter revidert forskrift.
- Tidligere utarbeidede prosedyrer er ikke gjort tilstrekkelig kjent for ledere og ansatte som er involvert i legemiddelhandtering.
- Det foretas ikke regelmessig kontroll av prosedyrene for legemiddelhåndteringen.
- Det etterlyses kompetanse eller opplæring for når pasienten motsetter seg helsehjelp.

### **Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg:**

Enhet for Pleie og omsorg har nå fokus på å få til et fungerende system som ivaretar jevnlig oppdatering av rutiner og prosedyrer. Det er startet et arbeid med å få en oversikt over hva som finnes av rutiner for området, og å utarbeide et nytt internkontrollsystem som også har fokus på fag og fagutvikling.

Kommunen har i tillegg igangsatt et arbeid med å få til et overordnet internkontrollsystem for hele kommunen. Enhetens rutiner og prosedyrer vil da inngå i dette når systemet foreligger.

Bofellesskapene er ulike med hensyn til antall beboere og behov for tjenester. Ledelsen er kjent med at det er behov for en gjennomgang av ressurser og en eventuell økning av bemanning med større fokus på fag og mål for tjenestene. Det har til nå vært mange vakante stillinger, og det er i gang arbeid med å omgjøre eksisterende stillingshjemler til fagstillinger, parallelt med at det foretas en gjennomgang av tjenestetilbudet til beboerne.

Det er videre satt i gang arbeid med opplæring og kompetansetilføring gjennom å arrangere fagdager, og det er utarbeidet rutine for opplæring for nytilsatte. Det beskrives videre at det er et samarbeid med andre instanser som dagtilbud, skole og søknadskontor. Det foreligger ikke pr. i dag oversikt over antall hjemmeboende personer med utviklingshemming og evt. behov for boliger.

Det foreligger beskrivelse av primærkontaktens arbeidsoppgaver som har et særlig ansvar for å følge opp brukeren. Enheten har videre utarbeidet et nytt avvikssystem.

Beboerne ved Snurruhagen har fastlege som kommer til boligen etter avtale. Det er de ansatte som melder behov for legetimer og primær er ansvarlig for å følge opp.

## **6. Vurdering av enhetens styringssystem**

Kommunen er forpliktet til å etablere internkontroll med kommunale tjenester som ytes alle pasienter og brukere. Et sentralt element i virksomhetens internkontroll er en beskrivelse av virksomhetens oppgaver, mål, ansvar og myndighet jf. internkontrollforskriften § 4 bokstav a.

Midtre Gauldal kommune ved enhet for Pleie og omsorg, er kjent med at området som det føres tilsyn med ikke har hatt eller har et godt nok internkontrollsystem, som sikrer at tildeling og gjennomføring av tjenester er forsvarlige.

Kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming er et område der det er stor fare for svikt fordi brukeren ofte selv ikke kan ivareta sine rettigheter. Mange av brukerne er selv

ikke i stand til å melde fra om mangler i tjenestetilbudet eller om endrede behov.

Det er gitt uttrykk for at det kan være lite personalressurser, og det er da en fare for at ansatte ikke har nok tid eller kjennskap til å fange opp, fortolke og formidle det brukeren uttrykker. Dette gjelder særlig ved sykefravær og mye bruk av vikarer. For lite tid er en risikofaktor når det gjelder hjelp til egenomsorg og tilsyn. Uten tilstrekkelig tid er det fare for at brukeren ikke selv får utføre de oppgavene han eller hun mestrer, men at ansatte gjør oppgavene for brukeren.

Brukermedvirkningen virker tilfeldig, da det ikke avdekket at det finnes et system for å involvere brukeren eller deres representant i utformingen, gjennomføringen og evalueringen av tjenestene. Det er Fylkesmannens vurdering at kommunen ikke har sikret at det er rutiner på området som har ivaretatt dette.

Det foreligger også brukerpermer og dags-/ukeplaner hos den enkelte beboer. Det foreligger da en risiko for at viktige opplysninger ikke blir kjent for alle ansatte ved at informasjon skrives flere steder eller ulike steder.

Det er videre en risiko for svikt ved at flere av vedtakene og tiltaksplanene ikke er oppdaterte eller evaluert.

Journalføringen gjennomføres ulikt, noe som kan medføre en fare for at brukeren ikke får de tjenestene som han eller hun har behov for. Datasystemet Gerica kan da ikke benyttes som et rapporteringsverktøy til ledelsen. Heller ikke som grunnlag for evaluering av vedtak.

Dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester har til formål å sikre at helse- og omsorgstjenester som ytes er forsvarlige. Journalen må gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak. Ansatte som kun yter personlig assistanse er unntatt fra journalføringsplikten. Kommunen rna likevel sørge for at omsorgstjenester dokumenteres i den utstrekning som er nødvendig for å sikre at tjenestene er forsvarlige.

Dette innebærer blant annet at kommunen må sikre at det lar seg gjøre å kontrollere hvilke tjenester brukere faktisk har mottatt. Iløpende tjenesteyting hvor det settes mål for tjenester og utarbeides planer, forutsettes det 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 til ledelsen.

Det er videre avdekket at det ikke er samsvar mellom tjenestene som gis og hva som kommer fram av vedtakene og personalressurs i turnus.

Rutiner og prosedyrer for tjenesteområdet er spredt omkring på ulike avdelinger og mangler derfor sammenheng. Flere er av eldre dato og er ikke evaluert eller oppdatert etter nytt lovverk. Det mangler videre et system for oppfølging og veiledning av de ansatte.

Forskrift for legemiddelhåndtering stiller spesifikke krav til skriftlige prosedyrer i forskriftens § 4, sjette ledd, og kommunen har ikke oppdatert eller evaluert sine rutiner på dette området. Det følger av rundskriv IS-7/2015 at virksomheten skal ha rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler for å sikre at krav i forskriftens § 7 blir oppfylt. Det må videre legges til rette for at journalføring og dokumentasjon av nødvendige og relevante opplysninger kan føres fortløpende og at nødvendig informasjon er tilgjengelig for de som skal yte tjenester.

Det er nylig utarbeidet et nytt avvikssystem for enheten som ikke er tilstrekkelig implementert i organisasjonen. Dette da det beskrives en manglende kultur for å melde avvik bortsett fra for legemidler.

Fylkesmannen vurderer at det er avdekket svikt i styringssystemet til Midtre Gauldal kommune. Reglene om internkontroll innebærer at kommunens ledelse har ansvar for å sikre etterlevelse av helse- og omsorgslovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Tilsynet har derfor ikke funnet at kommunen har et system for ledelsens oppfølging av om brukerne får

tilstrekkelige og forsvarlige tjenester.

## 7. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten.
- Lov av 24. juni 2011nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Forskrift av 3. april 2008 nr.320 om legemiddelhåndtering og for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift av 27. juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift av 16. desember 2012 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

## 8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Kopi av 15 enkeltvedtak med tilhørende saksdokumenter
- Organisasjonsbeskrivelse - september 2014
- Beskrivelse av enhet for pleie og omsorg 18.01.16
- Sluttrapport fra prosjektgruppen Omstilling i pleie og omsorg
- Pleie og omsorgsplan 2013 - 2020
- Bemanningsplan Enhet for Pleie og omsorg 2016
- Kompetanseplan for Pleie og omsorg 2016 - 2020
- Kompetanseplan for Lysgården Verksted 2016-2019
- Årsrapport 2015
- Delegasjonsreglement med vedlegg av delegering av ansvar og oppgaver. Ansvarsavklaring av arbeidsgiverfunksjon
- Ansvarsavklaring og rutinebeskrivelse for vedtak m.m.Omsorgskontoret
- Samarbeidsavtale om tannhelse
- Samarbeidsmøte Støren Tannklinikk
- Samarbeidskontrakt - egne tenner hele livet
- Epost konstituert enhetsleder
- Innkalling til Gjennomgang av praktiske retningslinjer for inn og utskrivning samt elektronisk melding av 22.06.16
- Praktisk retningslinje for samhandling ved innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter mellom kommunen og St. Olavs Hospital
- Innleggelsesrapport fra helse- og omsorgstjeneste til sykehus
- Avviks/uenighetsmelding for registrering av avvik St. Olavs Hospital
- Epost med bekreftelse for at det ikke finnes egen avtale mellom kommunen og fastlegene som omhandler målgruppen.
- Arbeidsreglement Lysgården Verksted
- Dagen på Lysgården
- Ukeplan Lysgarden
- Primærkontaktinstruks Lysgården

- Retningslinjer for håndtering av ulike situasjoner med brukere Lysgården
- Oversikt over primærkontakter Lysgården
- Retningslinjer ved svømming og fysisk aktivitet Lysgården
- Møteleders oppgaver ved Lysgården.
- Prosedyre lønn til brukere
- Vurdering av bruker og aktivitet Lysgården
- Brannvern Lysgården
- Ukeplaner Snurruhagen
- Fagdager 2016 Boveiledertjenesten
- Dagsplaner Boveiledertjenesten
- Stillingsbeskrivelser for flere
- Primærkontaktens arbeidsoppgaver
- Rutiner støttekontaktkoordinatør
- Retningslinjer for oppdragstaker støttekontakt
- Stillingsbenevnelse Vernepleier i avdeling for funksjonshemmede
- Prosedyre opplæring av nyansatte
- Kryss skjema mottak av nyansatte
- Infoskriv om helse og omsorgstjenestelovens § 9-5
- Kryss skjema informasjon om opplæring brukere
- Møtedatoer Boveiledertjenesten høst 2016
- Møtedatoer Trygg Framtid høst 2016
- Eksempel på skjema for dokumentasjon/regi styring av deltakelse på kurs m.m.
- Prosedyre for avvikshåndtering i Enhet for Pleie og omsorg
- Avviksskjema - Enhet for Pleie og omsorg
- Velkommen til Midtre Gauldal
- Databrukerkontrakt for Midtre Gauldal kommune
- Taushetserklæring
- Introduksjon for ferievikarer
- Gjennomgang av brannrutiner
- Informasjon om praktiske rutiner
- Rutinebeskrivelse for opplæring og gjennomføring av kurs i legemiddelhåndtering
- Foreløpig prosedyre/sjekkliste oppdragsavtaler
- Informasjons/opplæringshefte for Hjemmetjenesten
- Informasjonsperm Lysgården
- Opplæringsplan for nye ved Lysgården
- Turnus ved Boveiledertjenesten. Nattevakter, Snurruhagen. Trygg Framtid, Lysgården, Hjemmesykepleien og Soknedal Bo og dagsenter.
- Opplegg for tiltaksplan Gerica
- Føring av daglig journal
- Plan for undervisning I plos
- HMS
- Prosedyre for avvikshåndtering Wisweb
- Avvik personskaade
- Ros analyser 2004, 2012



- Infoskriv brukerundersøkelse
- Tjenestebeskrivelser fra kommunens hjemmeside
- Serviceerklæring
- Infobrosjyre m.m.
- Brukerråd
- Prosedyrer for innhenting og behandling av politiattest m.m.
- Kartleggingsskjema for kommunens legemiddelhåndtering og rutine.

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Avviksmeldinger
- Oversikt over hvilke ansatte det er innhentet politiattester på.
- Gjennomgang av journaler i Gerica.

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn av 20.04.16.
- Varsel om prosjekt Brukerinvolvering og formøte i epost av 22.08.16.
- Div. eposter og telefonsamtaler om gjennomføringen av tilsynet.
- Program

## 9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Siri Charlotte Aune	Vernepleier	X	X	X
Marit H Bones	Sykepleier/saksbehandler	X	X	
Inger Staverløkk	Aktivitetsleder/hjelpepleier	X	X	X
Bodil Brå Alsvik	Ass. Rådmann	X	X	X
Randi Sandnes	Boveileder/hjelpepleier	X	X	
Olga Løkken	Boveileder/hjelpepleier	X	X	
Jorun Marie Svardal	Avdelingsleder	X	X	X
Åshild B Høgås	Boveileder/assistent	X	X	
May-Rita Karlsen	Ass.enhetsleder	X	X	X
Kristin Grindstuen	Enhetsleder	X	X	X
Tone Lund	Vernepleier		X	X

### Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Merete Olufsen Bondø, Seniorrådgiver/revisjonsleder

Lars Wikdahl, seniorrådgiver/revisor

Cecilie Rønning Melø, juridisk rådgiver/revisor

Nina Braadland, Erfaringsmedarbeider

Frode Strømman, Erfaringsmedarbeider

Marit By Rise, Professor ved NTNU.