



Indre Fosen kommune
v/kontaktperson
Borge.Solem@indrefosen.kommune.no

Saksbehandler, innvalgstelefon
Thea Hennie Kveinå

Utkast til rapport fra tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming ved Indre Fosen kommune

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Indre Fosen kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 26.08.2019 til 29.08.2019. Vi undersøkte om kommunen sørger for at kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at tjenestemottakerne får trygge og gode tjenester.

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

Fylkesmannens konklusjon:

Indre fosen kommune sikrer ikke at personer over 18 år med utviklingshemming får forsvarlige omsorgstjenester.

Dette er brudd på: Helse og omsorgstjenestelovens § 4-1.

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, jf. §§ 4-1, 3-4 og 5-4, pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) §§ 3-1 til 3-3, og § 3-5, og forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i Helse og omsorgstjenesten.

Fylkesmannens vurdering er at mangler ved styringssystemet til Indre Fosen Kommune innebærer en betydelig risiko for at svikt ikke avdekkes og at forbedringstiltak ikke iverksettes.

Vi ber om at eventuelle kommentarer/innsigelser til faktagrunnlaget sendes Fylkesmannen innen 30.09.2019.



Innhold

Innhold	2
1. Tilsynets tema og omfang	3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	10
5. Fylkesmannens konklusjon	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....	13



1. Tilsynets tema og omfang

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

Dette tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Fylkesmannen har undersøkt om Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige omsorgstjenester til utviklingshemmede over 18 år, og som bor i egen, leid eller eid bolig, og om de får forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Det inngår ved undersøkelsen av temaene om kommunen legger til rette for at brukerne får medvirke og om kommunen legger til rette for samhandling. Tilsynets tema er valgt med bakgrunn i at personer med psykisk utviklingshemming er en særlig sårbar gruppe.

Fylkesmannen undersøkte også om kommunen innhenter politiattest ved tilbud om ansettelse.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Formålet er å undersøke om virksomheten gjennom sitt styringssystem sikrer at lovens krav blir fulgt. Det betyr at ikke enhver lovstridig hendelse som eventuelt avdekkes under tilsynet vil medføre et lovbrudd på virksomhetsnivå. Det sentrale er om virksomheten har rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin praksis, slik at virksomheten unngår hendelser som er i strid med lovens krav. Revisjonen omfattet i dette tilfellet undersøkelse om: Kommunen legger til rette for at mennesker med psykisk utviklingshemming får personlig assistanse i form av:

- Tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg
- Bistand til aktivisering
- Opplæring i dagliglivets gjøremål

Fylkesmannen presiserer at denne rapporten beskriver de faktiske forhold som er avdekket under revisjonen, og den gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

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.

2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av hol. § 3-1. Etter pbrl. § 2-1 a er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Sammenholdt med hol. § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Mennesker 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. Internkontrollsystem

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 internkontrollforskriften. 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

2.3. Personlig assistanse

Personlig assistanse omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Bistand til egenomsorg: Personrettede oppgaver som 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.



Aktivering: 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: Målrettede tiltak for å utvikle den enkeltes ferdigheter i dagliglivets praktiske gjøremål og personlig stell og egenomsorg.

2.4. 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, utøving 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 tjenestemottakerne blir overholdt.

Organisering og kompetanse

I mars 2015 vedtok kommunestyrene i Leksvik og Rissa at de to kommunene skulle slå seg sammen. Kommunene ble sammenslått fra 1.1.2018. De har, og er, derfor i prosess med å samkjøre de gamle kommunenes rutiner til den nye kommunen. Indre Fosen kommune har ved inngangen til 2019 registrert 9 988 innbyggere i kommunen. Av disse er det registrert 52 personer med utviklingshemming som mottar tjenester fra kommunen.

Indre Fosen kommune har organisert tjenestene for utviklingshemmede som har behov for bistand i Bo- og Aktivitetstjenester (BoA). De tilhører sektor Helse- og omsorg. BoA ledes av enhetsleder. Enhetsleder for BoA rapportert til sektorsjef helse- og omsorg, mens sektorsjef rapporterer til Kommunedirektør.

Beskrivelse av BOA:

Tjenestene er etablert på Rissa og Leksvik. På Rissa er det nylig bygget to nye bygg med omsorgsboliger som er tilknyttet personalbase, Årnesflata og Bergeekra. Det er 8 leiligheter i hvert av byggene. I Leksvik er det to bofelleskap, Yttermyran og Rønningstad. Yttermyran består av tre bygninger som inneholder til sammen 10 leiligheter. Ved Yttermyran er det også dagsenter og kontor. Rønningstad består av tre bygninger med til sammen 10 leiligheter. Det inneholder også møterom og kontor for fagleder.

Personalressurs rundt omsorgsboligene er organisert som team. Noen av teamene bistår også mennesker med funksjonsnedsettelse som bor i egne leiligheter som ikke er tilknyttet personalbase.

Beskrivelse av Tjenestekontor – Koordinerende enhet:

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal bidra til å samordne tjenestene for å sikre helhetlig tilbud. Koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen. Tjenestekontoret fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester.



Beskrivelse av dagtilbud:

Aktivitetstilbud beskrives å være individuelt tilpasset etter behov. Det ble opplyst at alle som hadde behov for, og ønsket dagaktivitetstilbud, fikk det. I Leksvik er det dagsenter ved Yttermyran, og det er 2 stillinger tilknyttet dagsenteret. I Leksvik disponeres også Klockargården.

I Rissa er det aktivitetsbase sentrumsnært, og man har ansatt en aktivitetskoordinator i 50% stilling. Det ble opplyst at stillingsressursen skulle økes. Aktivitetskoordinatoren kartlegger og tilrettelegger også for aktiviteter på brukernes fritid.

Kommunen kjøper noen tiltaksplasser ved IF-jobb.

Bemanning, ansvar og myndighet

Tilsynet har fått beskrevet grunnbemanningen på de to tjenestestedene Leksvik og Rissa.

Kommunen beskriver at det er en målsetting at andelen ansatte med fagbrev skal være 50% og andelen med relevant høgskoleutdanning skal være 50%. Det er totalt 66,9 årsverk i tjenesten, hvor 18,9 årsverk er ansatte med høgskoleutdanning. Dette er 14,5 årsverk under målet som kommunen har satt seg. Videre er det 33,8 årsverk med fagutdanning og 11,2 årsverk med ufaglærte. I tillegg har kommunen 3 årsverk vakant som fylles opp med vikarer.

Gjennom tilsynet registrerer vi at det er ulik praksis på tjenesteutøvelsen i tidligere Rissa og Leksvik. Indre Fosen Kommune har valgt å la de to tidligere kommunenes praksis forbli uendret.

Hvert bofelleskap har en fagleder, men på grunn av fravær har man vært uten fagleder i tre av bofelleskapene i perioder. Fagleder er en del av lederteamet, og rapporterer direkte til virksomhetsleder. Det er en virksomhetsleder i Rissa og en i Leksvik. Disse rapporterer til enhetsleder i kommune. Enhetsleder, sammen med virksomhetslederne utgjør BoA sin ledergruppe. Disse har møter hver 14 dag. I tillegg deltar faglederne på møter hver 14 dag som en del av BoA sin ledergruppe. Det beskrives at ledergruppen har ikke vært funksjonell på grunn av mye fravær, men siden tre av fire faglederstillinger nå er besatt forventes det at ledergruppen kommer i gang.

Det opplyses at det har vært svært høyt sykefravær i BoA. Det opplyses også om at man har problemer med å rekruttere kvalifisert personell, særlig med 3. årig høyskoleutdanning.



Kommunen har utarbeidet en kompetanseplan, men kommunen har ikke fremlagt dokumentasjon som viser at det er foretatt en konkret kompetansekartlegging ved behovet for kompetanse, som tar utgangspunkt i brukernes individuelle behov. Ansatte var heller ikke kjent med at det var utarbeidet en kompetanseplan.

Ved dokumentgjennomgang fant man at kommunen har en rutine og sjekklister for opplæring. Denne var ansatte kjent med. Det ble også lagt frem en sjekklister for individuell opplæring i forhold til den enkelte bruker. Denne var ikke ansatte kjent med, og det ble opplyst at man var i startfasen med å ta denne i bruk og at den ikke var implementert. Nytilsatte fikk 2 opplæringsvakter. Ved bofellesskap Årnestflata fikk man 2 opplæringsvakter pr bruker. Gjennom fylkesmannens undersøkelse kom det frem at det for enkelte ansatte ble gitt for lite opplæring, og at ansatte ønsket mer opplæring i livredning og førstehjelp, samt håndtering av utagering.

Fylkesmannen fikk tilsendt stillingsbeskrivelser i forkant av tilsynet. Disse var ikke kjent for alle ansatte.

Av kompetanseplanen fremgår det at det skal være en fagdag hvert år. Enkeltvedtak på tjenester til brukerne blir fattet av tjenestekontoret. Tjenestekontoret er en del av koordinerende enhet, og tilhører sektor helse og omsorg. Tjenestebehovet blir meldt til tjenestekontoret av fagleder, og det er fagleder som foretar Iplos-kartlegging og sender endringsmeldinger til tjenestekontoret.

Kommunen har to systemer for å melde avvik. Et i profil og et i Risk Manager. Begge systemene er kjent for de ansatte, men de er usikre på hva man skal melde avvik på. Det kom frem at avvikene i hovedsak dreier seg om HMS og medikamenthåndtering. Det meldes i liten grad avvik på tjenesteyting. Det kom også frem at man fikk tilbakemelding på at meldt avvik var mottatt, men ikke bestandig hvilke tiltak som ble satt inn for å hindre at lignende feil skjer igjen.

Nødvendige helse og omsorgstjenester og brukarmedvirkning

Kommunes ledelse har ikke foretatt felles kartlegging av risikoområder for mennesker med utviklingshemming og de tjenester de mottar. Kommunen har heller ikke benyttet avvikssystemet systematisk for å sikre forbedring i tjenesten. Ledelsen har ikke nedfelt skriftlige rutiner for de to virksomhetsområdene for hvordan evaluering av vedtak og tiltaksplaner skal foregå, og hvem som



skal delta i evalueringen. Kommunen har rutiner for hvor evalueringen skal foregå, og dette skal skje i samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter.

IP var i liten grad brukt i kommunen som et samhandlingsverktøy og det ble opplyst at det var 1 tjenestemottaker som hadde en funksjonell IP.

Ledelsen har også utarbeidet rutiner for brukermedvirkning, men disse var lite konkrete. Rutinene beskrev ikke hvordan man skulle involvere pårørende/verge i evalueringen av vedtak og tiltaksplaner, samt hvordan man skulle sikre brukermedvirkning i det daglige. Det var heller ingen rutiner for å kartlegge brukerens samtykkekompetanse/ evne til å medvirke og hva vedkommende kunne medvirke til i hverdagen. Noen tjenestemottakere hadde dags- og ukeplaner tilgjengelig slik at det fremkom at de medvirket i egen hverdag. Hos andre ble ikke dags- og ukeplaner benyttet som arbeidsredskap.

Ikke alle beboerne hadde ansvarsgrupper og av de som hadde dette var det flere ansvarsgruppemøter som ikke ble gjennomført. Ved gjennomgang av referat så man lite spor av evaluering av både vedtak og tiltaksplaner. Referat var mer en oppsummering av dagens situasjon for beboerne. Kommunen beskrev tiltaksplaner som tiltak som ansatte skulle utføre og som ble nedskrevet i løpende journal. Ikke alle beboerne hadde ansvarsgrupper

I forbindelse med tilsynet ble det gjennomført samtaler med 4 brukere. Dette ga viktig og nyttig informasjon til Fylkesmannen og var i stor grad sammenfallende med øvrige opplysninger som framkom under tilsynet.

Enkeltvedtakene som beskriver tjenestene til brukerne er ikke tilgjengelig for alle ansatte. Enkelte vedtak er tilbakedatert flere år tilbake i tid. Vedtakene som tilsynet så på var veldig generelle og lite individuelt tilpasset. Flere var av gammel dato, og det manglet evalueringsdato. Det var ulik praksis mellom Leksvik og Rissa på hvordan man meldte fra om endinger i behov til brukerne. I Leksvik var det uklart hvem som skulle skrive endringsmelding til tildelingskontoret, mens i Rissa var det klart at ansatte skulle kontakte fagleder dersom de så behov for endring i tjenestetilbudet, som igjen skrev endringsmelding til tildelingskontoret.

Referat fra personalmøter ligger på leders dataområde.

Det skrives årsmelding for sektor Helse og sosial med vedlagt ledelsens gjennomgang.



Kommunen benytter Profil som journalsystem. Det finnes rutiner for journalføring, men det fremkommer at noen ansatte er usikre på hva som skulle journalføres. Noen overrapporterer, mens andre underrapporterer. Journalføringen har preg av å være beskrivelser av utførte tiltak, aktiviteter og hendelser, og med lite bruk av oppsummerende og evaluerende notater for funksjon og tjenestebehov.

Det er utarbeidet rutinebeskrivelse for hvordan man skal innhente politiattest.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Fylkesmannens undersøkelse viste at ledelsen i kommunen ikke hadde gjennomført risiko og sårbarhetsanalyser på tjenesteområdet personlig assistanse og medvirkning.

Ledelsen hadde utarbeidet stillingsbeskrivelser på de ulike ansvarsområdene, og hvem som skulle ha ansvar og myndighet på de ulike områdene, men disse var lite kjent i virksomheten og lite innarbeidet i den daglige praksisen til tjenesteyterne.

Tilsynet fikk også tilsendt en beskrivelse fra ledelsen om at evaluering av vedtak og tiltaksplaner skulle foregå i ansvarsgruppemøtene. Brukermedvirkning skulle også sikres gjennom ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter. Det forelå ikke rutiner på hvordan tiltak opp imot mål skulle evalueres sammen med tjenestemottaker og bruker. Gjennom tilsynets undersøkelse ble det for eksempel avdekket at en av brukerne i mange år har hatt privat støttekontakt. Dersom kommunen hadde evaluert tjenestetilbudet sammen med vedkommende, ville kommunen ha avdekket om dette er et behov som kommunen er ansvarlig for.

Kommunens ledelse hadde ikke foretatt noen gjennomgang av sine rutiner for å sikre seg at de fungerte etter sin hensikt, noe som ville ha avdekket at praksisen ikke var forsvarlig. Ledelsen fanget derfor ikke opp at det var store forskjeller i kommunen på tjenestetilbudet til brukerne. Dette gjaldt både muligheten til å medvirke i egen hverdag, aktivitetstilbudet, bemanning i de ulike boligene og at brukerne fikk de tjenestene som var beskrevet i vedtaket sitt om personlig assistanse.



Fylkesmannens undersøkelse avdekket at kommunens ledelse ikke har sørget for en systematisk styring på en slik måte at alle vedtak gjennomføres med individuelt tilpassede tiltak. Manglende styring øker risikoen for at mennesker med utviklingshemming, som allerede er en sårbar gruppe, ikke får de tjenestene de har behov for. Praksisen avviker så mye ut fra gjeldende faglige anbefalinger at den etter Fylkesmannens vurdering er i strid med hol. § 4-1.

5. Fylkesmannens konklusjon

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

Indre fosen kommune sikrer ikke at personer over 18 år med utviklingshemming får forsvarlige omsorgstjenester.

Dette er brudd på:

Hol. § 3-2 nr.6 bokstav b, og §§ 4-1, 3-4, og 5-4, pbrl. §§ 3-1 til 3-3, og § 3-5, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Ved påpekte lovbrudd vil endelig rapport inneholde forventninger til virksomheten oppfølging.

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

Med hilsen

Thea H Kveinå (e.f.)
Revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Hanne Dyrstad
Revisor
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 24.06.2019.

Det ble gjennomført samtaler med fem brukere av tjenesten. Tilsynsbesøket ble gjennomført i Rissa og ble innledet med åpningsmøte 29.08.2019. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 30.08.2019.

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
- Informasjon om ansatte, faste og tilkallingsvikarer.
- Oversikt over personer med utviklingshemming som mottar tjenester fra kommunen
- Retningslinjer og prosedyrer individuell plan – revidert april 2017
- Individuell plan – informasjon til foreldre
- E-post datert 7 august - 19 –om rutiner omkring informasjon og medvirkning for brukere og pårørende vedrørende tjenestetilbudet
- Grunnturnus, Rønningstad (oppstart juni 19)
- Grunnturnus Yttermyran (pr. 07.05.19)
- Arbeidsplan Grunnturnus natt (Oppstart juni 19)
- Opplæringsplan med sjekkliste for nyansatte
- Informasjon om fagdag 07.juni 19.
- Retningslinjer for registrering av bruk av tvang i profil godkjent 16.12.2019
- Instruks for dokumentasjon i Profil datert 09.07.2019
- Rutiner innhenting av politiattest datert 09.07.2019
- Skjema for kompetansesjekk for ansatte
- Stillingsbeskrivelse aktivitetskoordinator
- Stillingsbeskrivelse fagleder
- Stillingsbeskrivelse Miljøarbeider
- Stillingsbeskrivelse Miljøterapeut
- Stillingsbeskrivelse Virksomhetsleder helse- og omsorg



- Stillingsbeskrivelse Enhetsleder helse- og omsorg
- Årshjul BoA
- Kompetanseplan
- Mal for gjennomføring av refleksjonsmøter
- Rutinebeskrivelse melding av avvik i Risk Manager revidert 16.02.2018
- Opplæringshefte – datert 2019
- Referat fra lederteam fra 14.12.18 – 20.08.19
- Infobrev 1-7/19

15 tilfeldig utvalgte pasientjournaler ble gjennomgått før – og under tilsynsbesøket.

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	Åpningsmøte	Oppsummerende møte:
Børge Solem	Enhetsleder	X	X	X
Lisbeth Aune	Fagleder	X	X	X
Rita Holtborg	Virksomhetsleder	X	X	X
Lars Andre Eid	Vernepleier	X	X	X
Hilde A Karlsen	Helse – og omsorgssjef	X	X	X
Kristina A Myran	Aktivitetskoordinator	X	X	
Mary Gladsø	Fagleder	X	X	
Silje Winther	Miljøterapeut	X	X	X
Tove Penna Steen	Enhetsleder	X	X	
Trude Hellandsjø	Virksomhetsleder		X	X
Birgitte Stavnes	Fagarbeider	X	X	X
Mette Digernes	Omsorgsarbeider	X		
Camilla Tangstad	Omsorgsarbeider	X		
Daniel Dretvik	Vernepleier	X		
Wenche Wolen	Omsorgsarbeider	X		
Hilde Fissum	Saksbehandler KE	X		
Mary Gladsø	Fagleder	X		X
Eva Mette Hindrum	Miljøterapeut	X		
Eva Hilde Bergersen	Miljøarbeider	X		

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver, Thea H Kveinå Fylkesmannen i Trøndelag, revisjonsleder
- Rådgiver , Kristin Vang Veiteberg, Fylkesmannen i Trøndelag revisor
- Seniorrådgiver, Merete Bondø, Fylkesmannen i Trøndelag, revisor
- seniorrådgiver, Hanne Dyrstad, Fylkesmannen i Trøndelag, revisor