



Birkenes kommune  
Postboks 115  
4795 BIRKELAND

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)  
2017/3037

Dato  
08.09.2017

## Rapport fra tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - landsomfattende tilsyn 2017

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Birkenes kommune den 19.04.2017 og 20.04.2017. Vi undersøkte om virksomheten sørger for at tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP- lidelser) blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, både når det gjelder kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis når det gjelder brukerinvolvering. 4 brukere har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet.

Tilsynet har hatt fokus på om kommunen ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester:

- kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- yter helsetjenester og oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- tilbyr og yter tjenester for å mestre praktiske oppgaver ved å bo
- ivaretar brukernes rett til å medvirke

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.

### Innhold

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

## 1 Tilsynets tema og omfang

Tilsynet er rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (> 18 år) som har samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse som hver for seg eller samlet gjør at de har et funksjonstap som medfører behov for tjenester fra kommunen over tid. Tilsynet er gjennomført som systemrevisjon.

Tilsynet inkluderer brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benytter (alkohol, legemidler, illegale rusmidler) og uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse. Tilsvarende gjelder for psykiske lidelser ved at tilsynet er rettet mot kommunens tjenester uavhengig av om personene har en psykiatrisk diagnose (bipolar lidelse, schizofreni, depresjon etc.). Det skiller heller ikke på om personene aktivt benytter rusmidler eller om de er i rehabilitering etter behandling for sitt rusmiddelbruk.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen legger til rette for og følger opp at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Vi har undersøkt om kommunen, ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i NAV:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

Vi har undersøkt om kommunen systematisk kartlegger viktige områder som;

- rusmiddelbruk og psykisk helsesituasjon
- somatisk helsesituasjon
- hvilken hjelp bruker mottar fra kommunen, spesialisthelsetjenesten eller andre instanser (for eksempel private psykiatere/psykologer eller lavterskeltilbud)
- bosituasjon og behov for tjenester for å mestre å bo i egen bolig
- økonomi
- familie og annet nettverk, særlig om brukeren har omsorg for barn
- arbeid/aktivitet

Videre har vi sett på om brukerne får nødvendig hjelp innenfor alle områder de trenger hjelp, og om kommunen har et system som sikrer at tjenestene samarbeider for å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud. Når det gjelder samarbeid tenker vi både på internt samarbeid mellom kommunale tjenester, NAV og fastleger m.m, og med spesialisthelsetjenesten der det er aktuelt.

Kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe varig bolig til vanskeligstilte har ikke vært omfattet av tilsynet.

Tilsynet er gjennomført som en systemrevisjon. Dette innebærer at vi i tilsynet har undersøkt om kommunen gjennom god internkontroll sikrer forsvarlige tjenester. Spesielt når flere instanser er involvert i tjenesteyting, blir det viktig at overordnet ledelse legger til rette for og følger opp at nødvendig samhandling fungerer på tvers av organisatoriske enheter.

Vi har i tilsynet undersøkt hvordan kommunens ledelse følger med på at styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelige for å gi forsvarlige tjenester.

## **2 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet**

*Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 12-3 og helsetilsynsloven § 2 og Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sotjl) § 9.*

*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.*

### **Forsvarlighetskravet**

*Kravet om forsvarlighet, jf. hol § 4-1 og (sotjl) § 4 er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.*

Forsvarlighetskravet er en rettslig minstestandard, og setter en nedre grense for hva som kan aksepteres før det må regnes som svikt i tjenestene. Kravet til forsvarlighet må gjelde tilgjengelighet, kvalitet, innhold og omfang

Det er utarbeidet flere publikasjoner som gir innhold til hva som er faglig forsvarlig og som er aktuelle for dette tilsynet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948) utgitt av Helsedirektoratet (Heretter kalt ROP-retningslinjen).
- Rundskriv til sosialtjenesteloven utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2012.
- Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning. NAV September 2013. Sist endret april 2016.
- Veileder til sosialtjenesteloven § 17 - utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014.
- Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076). Utgitt av Helsedirektoratet i 2014.

### **Plikten til systematisk styring**

Kravet til ledelse, organisering og styring er et viktig element i kommunens ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester. Lovverket fastslår at:

- kommunen har plikt til å styre og lede for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. sotjl. § 5

- kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd.

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en forutsetning for forsvarlig tjenesteyting ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten. Kravet om brukermedvirkning fremgår av følgende bestemmelser:

- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener, jf. sotjl. § 42.

*Pasienter og brukere* skal få mulighet til å medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-1 første og annet ledd. Når tjenestetilbud utformes, skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren

- mener, jf. pbrl. § 3-1 annet ledd annet punktum, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og b.

Kravet om brukermedvirkning fremgår også av andre bestemmelser i lovverket, for eksempel i reglene om individuell plan i sotjl. § 28 og hol § 7-1 første ledd.

### **Samarbeid for å koordinere tjenestene til bruker**

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å samarbeide med andre deltjenester, tjenesteytere og sektorer.. Kommunens plikt til å samarbeide er presisert i følgende bestemmelser:

- NAV-kontorets plikt til å samarbeide med andre på individnivå fremgår av bestemmelsene om de sosiale tjenestene, som sotjl. § 17.
- Kommunen har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. hol. § 3-4

### **Krav til skriftlighet**

Det stilles krav om skriftlighet og begrunnelse ved tildeling av sosiale tjenester og ved vedtak om tjenester etter hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker, ettersom reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder i disse tilfellene, jf. henholdsvis sotjl. § 41 og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-7 annet ledd. Videre må kommunen sørge for at NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten dokumenterer sentrale opplysninger om bruker skriftlig i den løpende tjenesteytingen.

Det er presisert i hol. § 5-10 at kommunen skal sørge for at pasient- og informasjonssystemene som brukes er forsvarlige. Det er kommunens ansvar å opprette pasientjournalssystemer som gjør det mulig for de ansatte å overholde journalføringsplikten.

Alle ansatte som yter helsehjelp har plikt til å føre pasientjournal, jf. helsepersonelloven (hpl.) § 39. Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. hpl. § 40. Hvilke opplysninger som skal journalføres er konkretisert i forskrift om pasientjournal (journalforskriften) § 8.

### **3. Beskrivelse av faktagrunnlaget**

#### **Beskrivelse av virksomheten og organisering.**

Birkenes kommune har ca. 5200 innbyggere. Kommunen er administrativt organisert med rådmann og tre tjenestesjefer (Teknisk, Helse og velferd, Skole og barnehage), leder Servicesenter og enhetsleder Ressurscenter. Organisatorisk er hjemmetjenesten og de kommunale tjenestene i NAV underlagt tjenestesjef for helse- og velferd i kommunen, mens psykisk helse for voksne er underlagt enhetsleder for Ressurscenter i kommunen.

Både hjemmetjenesten, kommunale tjenester i NAV og psykisk helse for voksne utgjør hver sin tjenesteenhet.

Hovedansvaret for personer med rus og psykiske helseproblemer (ROP) er lagt til avdeling for psykisk helse og rus. Avdelingen er del av kommunens ressurscenter med egen enhetsleder. Avdelingen har egen fagleder med delvis ansvar for fag, personal og økonomi. I tillegg til fagleder er det en ROP-koordinator og tre miljøterapeuter. ROP-koordinatoren samarbeider tett med enhet for hjemmetjenesten for flere av ROP-brukerne. Avdelingen arrangerer flere aktivitetstilbud for denne brukergruppa. Det er etablert samarbeidsmøter med blant annet NAV, hjemmetjenesten, rusteam, fastleger og Sørlandet sykehus HF. Kommunens rusteam består av representanter fra avdeling psykisk helse og rus, NAV og hjemmetjenesten, og de har møter en gang i uka.

Enhet hjemmetjenesten består av flere avdelinger, blant annet hjemmesykepleien og hjemmehjelp. De yter tjenester til voksne personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er faste samarbeidsmøter med avdeling for psykisk helse og rus.

NAV-kontoret er organisert med NAV-leder og en avdelingsleder, som har faglig ansvar for de sosiale tjenestene i NAV. NAV er blant annet representert i rusfaglig forum og i kommunens boligutvalg. NAV har valgt å legge forvaltning av statlig bostøtte til NAV-kontoret.

#### **Kartlegging av brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester**

- Kartlegging av brukers situasjon og mulige tjenestebehov innhentes og nedtegnes i Gerica (journalsystemet for hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse og rus)
- Bakgrunnsopplysninger/ kartlegging av brukerens rus- og psykisk helseproblematikk framgikk i 10 av de 15 journalene
- Skriftlig bakgrunnsopplysninger /kartlegging av somatiske forhold framgikk i 2 av 15 journaler.

- Det var ulike kartleggingsskjema for hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse og rus
- Selve skjemaene legges ikke inn i Gerica, men er utkast til elektronisk dokumentasjon.
- Ulik praksis med IPLOS (lovbestemt helseregister for registrering av bistandsbehov innen helse og omsorg) i hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse på samme brukere
- Det undersøkes om bruker har omsorg for barn

### **Oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer**

- Tjenesten følger med på endring i tjenestebehovet og foretar endringer i tiltak. Vedtak om tjenester evalueres ved behov eller hver 6. mnd. De tilsendte vedtak var oppdatert.
- Det er dokumentert at brukerne får de tjenestene som er planlagt, både de vedtaksfestede og lavterskeltiltak.
- Det samlede tjenestetilbudet koordineres av ROP- koordinator.
- Det framgikk av intervjuer at det var stor fleksibilitet for at brukerne kunne møte ROP-koordinator ved behov

### **Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte**

- ROP- koordinator deltar på rapport med hjemmesykepleien hver tirsdag.
- Samarbeidsmøte med ROP-koordinator og hjemmesykepleien hver måned med drøfting av felles pasienter
- Avdeling psykisk helse og rus har samarbeidsmøter ukentlig med fastlegene.
- Samarbeidsmøter mellom avdeling psykisk helse og rus og NAV er 4 ganger i året.
- Informasjon om brukers fastlege er kjent og nedfelt i journalsystemet Gerica.
- Det samlede tjenestetilbudet koordineres bl. annet i ansvarsgruppemøter og fagmøter. Alle ROP-brukere har primærkontakt.
- 2 av brukerne hadde individuell plan, 1 var påbegynt. Det kom fram i intervju at alle brukere blir informert og forespurt om IP.
- Hjemmetjenesten hadde plan og mål for tiltakene nedtegnet under tiltaksplaner i Gerica.
- Avdeling for psykisk helse og rus hadde plan for tiltak i vedtakene, mål for tjenestene var nedtegnet i de 2 IP-ene.
- Ved gjennomgang av 15 journaler fant vi nedtegnet kun 2 planer for handling ved risikoforhold.
- I tilsendte journaler for ROP-brukerne hadde alle primærkontakt.

### **Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig**

- Tjenesten opplysning, råd og veiledning (sosialtjenesteloven § 17) tildeles etter en konkret individuell vurdering
- For ROP- brukerne har vi mottatt 2 vedtak om praktisk bistand etter helse- og omsorgstjenesteloven
- Det kom fram i intervju at flere ROP-brukere hadde behov for hjelp til egen ernæring, og hadde fått hjelp av ROP-koordinator til dette.

### **Ivaretar brukernes rett til å medvirke**

- Av intervjuer med ansatte og brukere fremgår det at brukers ønsker og fremlagte behov er førende for utforming av tjenestetilbudet. Brukers ønsker framkommer i journal.
- Det innhentes samtykke fra brukeren om at ulike tjenester kan utveksle informasjon.
- Hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse og rus har ulike maler på innhenting av samtykke.
- NAV har egne maler for samtykke.
- Det kom fram intervju at NAV alltid spurte brukerne om samtykke til deling av opplysninger, men at det ikke alltid ble nedfelt skriftlig
- Har ikke hatt brukerundersøkelse, men har planlagt dette i 2017

### Dokumentasjon

- Vedtak på tjenester blir fattet i avdeling for psykisk helse og i hjemmesykepleien
- Vedtakene viser hva bruker har fått vedtak på omfanget av tjenesten. Det er samsvar mellom omfang og faktisk tjeneste i flertallet av sakene vi undersøkte.
- Det var system for revurdering av vedtak.
- Journalnotater beskriver i hovedsak praktiske gjøremål.
- Referat fra ansvarsgruppemøter ble lagt i Gericca
- Samtykkeskjemaer var lagt i Gericca.

### Rutiner

- Det var framlagt skriftlige rutiner, jf. ovenstående punkter om samarbeid.

### Avvikssystem/risiko- og sårbarhetsanalyser

- Kommunen har elektronisk avvikssystem i TQM.
- Kommunen hadde ikke avviksmeldinger fra det etterspurte tidsrom. Det kom fram i intervju at de ansatte i ROP hadde ulike kunnskaper om bruk av avviksrutinene

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

##### **Oppsummering:**

Hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse hadde rutiner for kartlegging før vedtak ble fattet. Kartleggings skjemaene var imidlertid forskjellig og nedtegning av opplysningene ble ført på ulike steder i Gericca. Dette kunne medføre at nye ansatte kunne ha vanskelig for å orientere seg om brukerne. IPLOS-registrering ble gjennomført i hjemmesykepleien, dette var ikke gjennomført i avdeling for psykisk helse.

Det er i den nasjonale retningslinjen for ROP-lidelser anbefalinger om kartleggings skjemaer som kommunen kan vurdere. Det er likevel ikke et krav, men vil være et bidrag for å sikre god praksis. Kravet er at brukerens situasjon og tilstand skal være tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven før det blir fattet et vedtak eller besluttet hva slags tjeneste som vil være god nok hjelp for å dekke brukerens behov.

Videre kom det fram i intervju at de ansatte hadde ulike kunnskaper om avvikssystem og hvordan det kan brukes i forbindelse med uforutsette hendelser som for eksempel vold, overdose og brukere som ikke åpner ved hjemmebesøk.

Dette er forbedringsområder som det framgikk i intervjuene at ledelsen er kjent med. Plikt til internkontroll følger av internkontrollforskrift for helse- og omsorgstjenesten.

Det framkommer i de undersøkte journalene at brukerne får oppfølging i henhold til vedtaket. Brukerjournalene vi undersøkte hadde oppdaterte vedtak og oppfølging dokumentert i journal, og det framkom både i intervjuer med brukere og dokumentert i journal at brukere var med i utforming av sine tjenester. I de ukentlige fagmøtene ble det fulgt med på brukernes behov for å mestre å bo og behov for justering eller samordning av bistand.

Det framkom at kommunen hadde ulike samtykkeskjemaer som til dels var mangelfullt utfylt. Dette er et tema som ledelsen kjenner til, og er i gang med forbedringsarbeid.

## **5 Tilsynsmyndighetens konklusjon**

Det er gjennomført tilsyn med tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i Birkenes kommune som er en del av et landsomfattende tilsyn. I oppsummeringen er det kommentert deler av tjenesten hvor det er rom for forbedring. Disse områdene var kjent for kommunen, som allerede hadde planer om forbedring. Det var imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at tjenesten var uforsvarlig, da det ikke ble avdekket lovbrudd.

Tilsynet er med dette avsluttet.

Med hilsen

Anne Sofie Syvertsen(e.f.)  
fylkeslege

Eva Dolva  
seniorrådgiver

Juridisk saksbehandler: Fredrik Dahl

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.  
Saksbehandler: Eva Dolva, tf: 38 17 61 69

Kopi til:

NAV Birkenes	Postboks 1853 Stoa	4858	ARENDAL
Statens helsetilsyn	Postboks 8128	0032	OSLO



## Gjennomføring av tilsynet:

Varsel om tilsynet ble sendt 14.03.2017

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 25.04.2017.

Intervju med 4 brukere ble gjennomført den 25.04.2017

Tilsynet ble gjennomført ved Birkenes kommune og innledet med et kort åpningsmøte den 23.05.2017. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 29.05.2017.

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/beskrivelse av kommunens/NAV's administrative og faglige oppbygging når det gjelder enheter som yter tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser
- Oversikt over kommunens tjenestetilbud til brukere med samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk
- Oversikt over ansatte i de ulike tjenestene som er involvert i kartlegging, vurdering av hjelpebehov, og som er ansvarlig for gjennomføring av tiltak overfor den aktuelle brukergruppen.
- Rutiner/beskrivelse av hvordan brukernes rett til informasjon og medvirkning ivaretas
- Rutiner / prosedyrer for å kartlegge hjelpebehov og fatte vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 3-2 nr. 5 og nr. 6 a og b og sosialtjenesteloven (STL) § 17
- Rutiner for samhandling/samarbeid internt i kommunen (inkl. med NAV og fastleger) og med spesialisthelsetjenesten,
- Rutiner for innhenting av samtykke ved NAV og kommunen.
- Rutiner for bruk av Individuell plan (IP) eller liknende planer.
- Eventuelle kompetanseplan og oversikt gjennomførte opplæringstiltak fra 2015 til d.d.
- Resultat av aktuelle risiko- og sårbarhetsanalyser evt. BrukerPlan.
- Prosedyrer /praksis for avviksbehandling og oppfølging av avvik
- Kopi av relevante avviksmeldinger for 2016 og frem til d.d.
- Kopi av avslag på vedtak i 2016 og frem til d.d. etter HOL § 3-2 nr. 5 og nr. 6 bokstav a og b og STL § 17
- Resultat av eventuelle brukerundersøkelser gjennomført på området.
- Eventuelle årsmeldinger som gjelder på området.
- Eventuelt andre opplysninger/dokumenter som kan være relevante for dette tilsynet
- Nummerte liste over alle personer som kommunen definerer har ROP-lidelser, alfabetisk etter etternavn.
- Liste over 15 brukere med ROP- lidelse med oversikt over hva slags hjelp/ tjenester den enkelte har tilbud om, og fra hvilke kommunale enheter de har tjenester fra. Det bes også om navn på brukers kontaktperson, brukers fastlege og brukers telefonnummer. De 15 brukerne plukkes ut fra alfabetisk liste i punkt 17, etter oddetall

hvor nummer 1 er første navn.

- For hver av disse brukerne ønskes:
- Kopi av alle vedtak etter HOL § 3-2 nr. 5 og nr. 6 bokstav a og b og STL § 17
- Fullstendig journal fra 01.10.2016 til d.d. herunder referat fra ansvarsgruppemøter, epikriser, henvisninger, IP.

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
Signe Ann Jørgensen	Fungerende tjenestesjef	X	X
Toril Vålandsmyr	Leder i NAV	X	X
Trude Murberg	Enhetsleder hjemmesykepleien	X	X
Ragnhild Greipsland Flakk	Gruppesykepleier / saksbehandler i hjemmesykepleien	X	X
Tyra Rachel Torp	ROP- koordinator i avdeling for psykisk helse og rus	X	X
Øystein Langnes	Sykepleier i hjemmesykepleien	X	
Ann- Katrin Møller	Helsefagarbeider i hjemmesykepleien	X	
Anne- Dorthe Undheim	Veileder i NAV	X	X
Janne Moseid Austenaa	Veileder i NAV	X	X
Liv Karin Aamlid	Miljøterapeut i avdeling for psykisk helse og rus	X	X
Hans Ringereide	Miljøterapeut i avdeling for psykisk helse og rus	X	
Merethe Foss Nielsen	Fagleder i avdeling for psykisk helse og rus	X	X
Bjørg R. Holen	Hjemmesykepleien		X
Erling Aasen	Leder i NAV		X
Elin Tone Nielsen	Veileder i NAV		X
Kirsti Lindebo	Veileder i NAV		X
Marianne M. Knutsen	Tjenestesjef – barnehage, skole og ressurscenter		X
Anne Stapnes	Rådmann		X

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:**

- Seniorrådgiver Birthe Guttormsen, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor.
- Seniorrådgiver Fredrik Dahl, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor
- Vivian Bentsen, ProLar (brukerorganisasjon), fagrevisor
- Seniorrådgiver Eva Dolva, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisjonsleder