



Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Rapport fra tilsyn med Vennesla kommunes oppfølging av rusmiddelavhengige som har vært innlagt til behandling (> 8 uker) i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Virksomhetens adresse: Postboks 25, 4701 VENNESLA
Tidsrom for tilsynet: 02.06.16 – 28.10.16
Kontaktperson i virksomheten: Rolf Velle

Sammendrag

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder har i dette tilsynet undersøkt om Vennesla kommune har rutiner og systemer som sikrer oppfølging av pasienter som har vært innlagt i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengighet etter utskrivelse.

Vi har undersøkt om viktige elementer i forbindelse med tilbakeføring til kommunen er kartlagt, og om nødvendige tiltak er planlagt. Vi har sett på om det har vært fattet vedtak på nødvendige tjenester og om tiltakene er iverksatt som forutsatt. I dette tilsynet har vi hatt ekstra fokus på brukermedvirkning, og vi har sett på hvordan dette ivaretas på individ og systemnivå.

Det ble i dette tilsynet avdekket følgende avvik (lovbrudd):

Kommunen mangler system som sikrer at rusmiddelavhengige som har vært innlagt til langtidsbehandling i TSB får den oppfølging de har krav på

Vi fant ikke alvorlige svikt i de konkrete sakene vi undersøkte, men mangelen på internkontroll i alle ledd gjør at det i tjenestene til brukergruppen vi undersøkte er uakseptabel stor fare for svikt. Mangelen på styring gjør at det blir personavhengig om tjenestene fungerer som forutsatt, og det sikres ikke at tjenestene til enhver tid er forsvarlige.

Dato: 28.10.16

Anne Stiansen
revisjonsleder

Fredrik Dahl og Bjørn Vidar Gundersen, Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder
Erik Torjussen, Brukerrepresentant fra A-larm
revisorer

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	3
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	3
3. Gjennomføring	4
4. Hva tilsynet omfattet	4
5. Funn	5
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem	6
7. Regelverk	6
8. Dokumentunderlag	8
9. Deltakere ved tilsynet	9

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i Vennesla kommune i perioden 02.06.16 – 28.10.16. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år. Bakgrunn for tilsynet har vært erfaringer fra andre rustilsyn og klagesaker, der vi ser det er stor fare for svikt på området.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester i medhold av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (khol) § 12-3 og lov om sosiale tjenester i NAV § 9.

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 de funn som er avdekket under revisjonen innenfor et avgrenset tema, 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

Vennesla kommune hadde pr 01.01.16 14 308 innbyggere, og er den tredje største kommunen i Vest-Agder når det gjelder innbyggertall. Tjenester til pasienter med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser gis fra ulike enheter i kommunen.

Fagteamet for oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunen er Rubin, som er organisert som et av to fagteam i oppfølgingsavdelingen ved NAV Vennesla. Rubin ivaretar oppfølging av rusmiddelavhengige, samt lavterskeloppfølging. Nav Vennesla v/Rubin har delegert myndighet til å henvise til behandling i TSB, og Nav-leder har myndigheten til å fatte vedtak om tvang etter khol kap. 10. Nav-leder har også myndigheten til å fatte vedtak om bruk av heldøgnsbemannet omsorgstilbud/privat institusjonstilbud. NAV Vennesla er organisert under kommunalsjef for «Oppvekst».

Vennesla kommune har et boligtildelingsutvalg som tildeler kommunale boliger. Utvalget koordineres av NAV Vennesla.

Rubin fatter vedtak på oppfølgingstjenester etter khol § 3-2, avdelingsleder for oppfølgingsavdelingen ved NAV Vennesla underskriver alle vedtak. Det siste året har de en ansatt i 50 % stilling som koordinerer inntak/vedtak i Rubin. Tiltaket gir i tillegg

lavterskeltilbud til brukere som ikke kan nyttiggjøre seg systematiske oppfølgingstilbud. Rubin har 4,5 faste årsverk, i tillegg til ett årsverk øremerket lavterskeltilbudet.

Enkelte brukere har tilbud om /behov for oppfølging fra Psykisk helse. Denne tjenesten er organisert under kommunalsjef for «Helse- og omsorg». Psykisk helse har et eget inntaksteam som fatter vedtak på oppfølging på tiltak derfra. Kommunen har to bemannede botilbud som er organisert under Psykisk helse, og som inntaksteamet fatter vedtak om. Psykisk helse drifter også dagtilbudet «Hjørnet».

I tillegg til oppfølgingstjenester har en del brukere behov for hjemmesykepleie etter utskrivelse fra institusjon. Denne tjenesten er organisert i enheten «Hjemmetjenester» under «Helse og omsorg».

Det er organisert et eget saksbehandlerteam i «Helse og omsorg» som saksbehandler og fatter vedtak på søknader om hjemmesykepleie, IP /koordinator for IP og habilitering.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 02.06.16. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Formøte ble avholdt 25.08.16

Åpningsmøte ble avholdt 19.09.16

Intervjuer

19 personer ble intervjuet: vi intervjuet 6 brukere og 13 ansatte i kommunen. Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 20.09.16.

4. Hva tilsynet omfattet

Vi har i dette tilsynet undersøkt hvilke rutiner og systemer Vennesla kommune har for å sikre oppfølging av brukere som har vært innlagt i døgnpost TSB i mer enn 8 uker. Vi har undersøkt om viktige elementer i forbindelse med tilbakeføring til kommunen er kartlagt, og om nødvendige tiltak er planlagt. Vi har sett på om det har vært fattet vedtak på nødvendige tjenester og at tiltakene er iverksatt som forutsatt.

Vi har i tilsynet hatt fokus på brukermedvirkning; vi har sett på om kommunen har systemer for å ivareta brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Vi har hatt brukerrepresentant fra A-larm med som en del av revisjonsteamet, og han har deltatt i planlegging og gjennomføring av tilsynet. Frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og TSB-institusjoner var invitert til å komme med innspill i forkant av tilsynet.

Det har vært gjennomført intervjuer med brukere som har vært innlagt mer enn 8 uker og som mottar tjenester fra Vennesla kommune. Dette for å innhente deres erfaringer om hvordan de har fått medvirke og for å undersøke hvordan de er ivaretatt av kommunen i forbindelse med utskrivelsen.

Vi har sett på hvordan Vennesla kommune samhandler for å gi denne brukergruppa et helhetlig og koordinert tjenestetilbud etter rusbehandling.

5. Funn.

Avvik:

Kommunen mangler system som sikrer at rusmiddelavhengige som har vært innlagt til langtidsbehandling i TSB får den oppfølging de har krav på

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Khol § 4-1 jfr. §§ 3-1 og 3-2, jfr. pbl § 2-1a. Khol § 3-4. Fvl kap V. Kvalitetsforskriften § 3. Internkontrollforskriften § 4.

Avviket bygger på følgende:

- I sakene vi har undersøkt har kommunen deltatt på ansvarsgruppemøter under behandling i TSB. Det bekreftes i intervjuer og journaler at saksbehandlere har kontakt med brukere som er innlagt. Det er ikke rutiner eller felles retningslinjer på innhold eller omfang av oppfølging.
- Rubin har rutine for saksbehandling og kartlegging ved nye henvendelser. Rutinen er ikke underskrevet av leder og det er ikke oppgitt dato for evaluering.
- Psykisk helse har sjekklister for viktige punkter i kartleggingsintervju med nye brukere. Disse er ikke skriftliggjort og tilgjengelig for andre.
- Ny (systematisk) kartlegging / revurdering av tjenestebehov før utskrivelse gjenfinnes ikke i journal.
- Det mangler rutiner for kartlegging av tjenestebehov før utskrivelse fra TSB.
- Det er ikke skriftliggjort fra Rubin hva oppfølgingen konkret skal bestå i, hverken i vedtaket, journalnedtegnelser, ukeplaner e.l.
- I rutine- og tjenestebeskrivelsen til Rubin er det beskrevet at det må tas kapasitetshensyn ved tildeling av tjenester.
- Ingen av de brukerne vi undersøkte hadde Individuell plan (IP)
- Det er ikke oppdaterte vedtak på tjenester fra Rubin.
- Vedtakene fra Rubin står ikke i samsvar med faktisk tilbud som kommunen gir.
- Det er ikke en plan for oppfølging av vedtaksfestede tjenester i ferietid/ved sykdom i Rubin.
- I Rubin ble enkeltsaker drøftet i ukentlig husmøte. Drøftinger/avgjørelser fra husmøter er ikke dokumentert i brukers journal.
- Det er 4 ulike instanser som fatter vedtak på tjenester til brukergruppen vi har undersøkt.
- Vi fant 3 eksempler på at det ikke er fattet vedtak i samsvar med hva det er søkt om.
- Det beskrives samarbeid mellom Rubin, sbh-team og psykisk helse i enkeltsaker, men dette gjøres ikke systematisk og det er ikke etablert faste arenaer/rutiner for koordinering.

- Brukerintervjuene og intervju med ansatte bekrefter fokus på brukermedvirkning på individnivå, men det har ikke vært gjennomført brukerundersøkelser og brukererfaringer benyttes ikke i systematisk forbedringsarbeid.
- Intervjuer beskriver at ansvarsfordeling mellom NAV/Rubin og Psykisk helse er uklar.
- Det er ikke laget en plan for fagutvikling for ansatte som jobber med oppfølging av brukere med rusmiddelproblemer.
- Det er ikke plan for systematisk opplæring for nytilsatte og vikarer i Rubin
- Avvikssystemet brukes ikke systematisk i forbedringsarbeid. Det meldes ikke kvalitetsavvik.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Internkontroll er en sentral lederoppgave, og øverste ledelse i kommunen må sørge for at arbeidet med interkontrollkravene blir strukturert og organisert på en hensiktsmessig måte på alle nivå i organisasjonen. Et fungerende internkontrollsystem er avgjørende for å sikre at tjenestene som tilbys ikke blir tilfeldige, og/eller at det blir personavhengig hva slags tjenester man får. I dette tilsynet er det mange enheter/tjenester inne i bildet, og vi vurderer tjenestetilbudet til en sårbar gruppe brukere som tradisjonelt ikke er gode på å ivareta egne rettigheter. Dette skjerper kravet til fungerende styringssystemer for å sikre forsvarlige og likeverdige tjenester.

Koordinering/ressursstyring

Selv om det er Nav v/Rubin som har et hovedansvar for å følge opp brukere med rusmiddelproblemer, så er det Vennesla kommune som helhet som har et overordnet ansvar for å gi denne brukergruppen et koordinert og forsvarlig tjenestetilbud. I Vennesla er det mange enheter innenfor ulike sektorer som gir tjenester til rusmiddelavhengige, og det er ikke etablert arenaer for å koordinere behovsvurderinger eller vedtak. Dette kan føre til at enkelte får mer tjenester enn de har krav på, og det er vanskelig å styre den totale ressursbruken på en hensiktsmessig måte. Det er avsatt 4,5 årsverk i Rubin til oppfølging av enkeltbrukere med vedtak. Både ansatte i tjenesten og brukere av tjenesten opplyser i intervjuer at det ytes mere tjenester enn det det er fattet vedtak om. Dette tyder på manglende styring. Oversikt over vedtak i Rubin oppdateres regelmessig, denne bør brukes til å følge med på tjenesten og styre ressursbruken. Uklarhet i ansvarsfordeling bidrar til at risikoen for at enkelte ikke får de tjenestene de har behov for er stor, og den øker når det mangler rutiner for tildeling av tjenester og systematisk koordinering av dette arbeidet. Gjennom tilsynet er det avdekket at enkelte søknader ikke er realitetsbehandlet, og at den enkelte enhet kun har besvart søknad ut fra de ressurser de råder over. For brukerne kan det resultere i at ikke alle får et likeverdig og tilpasset tjenestetilbud. Og ledelsen sikrer ikke at kommunens ressurser benyttes på en hensiktsmessig måte, jfr. formålsparagrafen i khol.

Rutiner og prosedyrer

Det er ikke utarbeidet nødvendige rutiner, retningslinjer og/eller sjekklister på sentrale områder innenfor det reviderte området i Rubin. De rutinene som finnes er ikke forankret i ledelsen, og det er ikke system for å evaluere. Når det mangler system for å evaluere rutiner ser man ikke om de fungerer etter hensikt eller om de må oppdateres, og man sikrer ikke lik praksis. Dyktige og engasjerte medarbeidere kan ikke kompensere for manglende skriftlige rutiner og prosedyrer. Når innhold og omfang av oppfølging blir opp til den enkelte ansatte i den enkelte tjeneste er det fare for at tilbudet til den enkelte bruker blir tilfeldig og ressursene ulikt fordelt. Spesielt blir dette sårbart når det kommer nytilsatte/vikarer inn i tjenestene, og

det heller ikke er rutiner for å skriftliggjøre hva den konkrete oppfølgingen skal bestå i for den enkelte bruker. Det sikres ikke likhet i tjenestene og at brukerne får den hjelp og oppfølging de har krav på.

Kompetanse

Det er ikke lagt opp til systematisk opplæring av nytilsatte/vikarer, og det er ikke utarbeidet kompetanseplan/system for fagutvikling for denne enheten. Det er nødvendig at ledelsen har systematiske opplæringstiltak som sikrer at de ansatte i alle enheter har tilstrekkelig kompetanse i forhold til utredning av hjelpebehov, utforming av vedtak og oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Dette er som vi har påpekt en sårbar brukergruppe som i liten grad kjenner sine egne rettigheter, og det er derfor viktig alle ansatte har tilstrekkelige kunnskaper innenfor det aktuelle fagfeltet.

Systematisk forbedringsarbeid

Øverste ledelse i kommunen, og ledelsen i de ulike tjenestene, må ha tilstrekkelig innsikt hva som fungerer bra og hva som er bør forbedres. For å få til dette er rapporteringer og interne virksomhetsgjennomganger viktige, og systematisk bruk av avvikssystem og brukererfaringer er nyttige. Kommunen har et felles avvikssystem, men det er kjent og brukt i ulik grad i ulike enheter, og det brukes ikke systematisk til å evaluere kommunens tjenester som helhet. I intervjuer fremkom det at kvalitetsavvik ikke blir identifisert og meldt. Det er viktig at det er en omforent forståelse blant de ansatte om hva som er avvik, når avvik skal meldes, og hvem avvik skal meldes til. Ledelsen må sikre at forholdene rettes, og aktivt bruke avviksmeldinger for å styrke kvaliteten på tjenestene. Brukererfaringer benyttes ikke i systematisk forbedringsarbeid, og kommunen mister da viktig informasjon når det skal evalueres om tjenestene blir tilpasset og fungerer etter hensikt. I dette tilsynet har vi sett at det ikke foretas en regelmessig gjennomgang av virksomheten for å evaluere og iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Oppsummering

Vi har i tilsynet sett at det ikke samsvar mellom tjenestene som gis i Rubin og vedtak den enkelte har. Det er den enkelte ansatte som styrer hvilke tjenester som skal gis og omfanget av disse. Tjenesteomfanget er i sakene vi har undersøkt i praksis større enn det det er fattet vedtak om. Vi må anta at timeantallet er justert opp på bakgrunn av identifiserte behov, men når vedtak ikke blir endret i samsvar med dette svekkes brukernes rettsikkerhet. Dette forsterkes av at det i liten grad er skriftliggjort hva det faktiske tilbudet er. Tjenestetilbudet kan bli redusert uten at brukeren får mulighet til å klage på dette, eller kreve å få tjenestene. Dette gjør det vanskelig for ledelsen å følge med på og vurdere om tjenestetilbudet er forsvarlig.

Det er ikke sikret at brukerne får tjenester de har vedtak på (eller har behov for) i Rubin i ferier og ved sykdom, tjenestetilbudet blir redusert i henhold til kapasitet. Dette betyr i praksis at brukere i perioder ikke får lovpålagte tjenester de har behov for, og dette øker risikoen for forverring. Sommer og høytider er vanskelig for mange brukere med rusmiddelproblemer, og avtaler om selv å ta kontakt ved behov vil ofte føre til at tilbakefall fanges opp for sent. Spesielt for brukere som kommer ut fra langtidsbehandling er det viktig med tett oppfølging, forutsigbarhet og stabilitet for å hindre tilbakefall.

Vi har ikke funnet alvorlige svikt i oppfølgingen av pasientforløpene vi undersøkte i tilsynet, og det er mange kompetente medarbeidere i kommunen. Det er store forskjeller i tilbudet den enkelte får fra Vennesla kommune. Oppfølgingen blir personavhengig når det er den enkelte

ansatte som helt og holdent styrer tjenestetilbudet. Etter vår vurdering er mangelen på styring og interkontroll så alvorlig at risikoen for svikt er uakseptabel stor.

7. Regelverk

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984 nr. 15

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (khol) av 24. juni 2011 nr. 30

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pbl) av 2. juli 1999 nr. 63

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (fv1) av 10. februar 1967

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. av 27. juni 2003 nr. 792

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskriften) av 20. desember 2002 nr. 1731

8. Dokumentunderlag

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

- Organisasjonskart med beskrivelse av Vennesla kommune/Navs administrative og faglige oppbygging når det gjelder oppfølgingstjenester til rusmiddelavhengige
- Oversikt over ansatte som ansvar for utredning/oppfølging av aktuell brukergruppe i Vennesla kommune/Nav
- Beskrivelse av rutiner for samhandling/valg av tiltak/brukermedvirkning m.m
- Beskrivelse av samarbeid med behandlingstilbudet (Rubin)
- Rutine for behandling av mottatt henvisning til Rubin datert 12.01.16
- Rutinebeskrivelse for utsending og arkivering av vedtak skrevet i profil, datert juli 2016
- Beskrivelse av «Rusomsorg-NAV» (brukerorientering)
- Kartleggingskjema fra Rubin
- Rutinebeskrivelse for individuell plan og koordinerte tjenester
- Rutiner for avvikshåndtering
- Kopi av delavtale 5 - samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten
- Oversikt over TSB institusjoner kommunen har hatt brukere innlagt på siste år
- Oversikt fra Vennesla kommune over brukere som har vært innlagt TSB siste 12 mnd
- Oversikt fra TSB-institusjoner over alle pasienter fra Vennesla som hadde vært innlagt/blitt utskrevet siste 12 mnd
- Tilbakemelding på samarbeid fra 3 institusjoner

Journaldokumentasjon som ble gjennomgått før revisjonsbesøket:

- Journal fra Vennesla kommune på 16 pasienter som har vært innlagt TSB siste år.
- Journal fra ulike TSB-institusjoner på 16 pasienter som har vært innlagt til behandling siste året.

Av disse fant vi at 12 pasienter oppfylte kriteriene for å bli invitert til intervju/samtale, det vil si at de hadde vært innlagt i mer enn 8 uker i TSB og blitt planlagt utskrevet siste året. I de andre sakene var pasienten fremdeles innlagt, eller utskrevet planlagt/ikke planlagt før tiden.

Alle 16 journaler ble lest med henblikk på å undersøke kontakt med kommunen under oppholdet.

Under tilsynet ble det lagt frem månedlig oppdatert oversikt over alle vedtak i Rubin.

Frivillig- og brukerorganisasjoner ble invitert til å komme med innspill til tilsynstemaene og erfaringer fra samarbeid med kommunen, men vi fikk ingen konkrete tilbakemeldinger.

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn, datert 02.06.16
- Tilsvar/dokumentasjon fra Vennesla kommune, datert 06.07.16
- Forespørsel om ytterligere dokumentasjon, datert 11.07.16
- Supplerende dokumentasjon fra Vennesla kommune, datert 17.08.16
- Program for tilsynsdagene, datert 01.09.16

Annen korrespondanse:

- Brev vedr. innhenting av dokumentasjon til TSB institusjoner
- Brev vedr. innhenting av informasjon til brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner
- Brev til pasienter vi ønsket å intervju

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	For- møte	Åpnings- møte	Intervju	Sluttmøte
Steinar Harbo	Kommunalsjef, Oppvekst	X	X	X	X
Ragnhild Bendiksen	Kommunalsjef, Helse og omsorg	X	X	X	X
Anita Nakkestad	Enhetsleder, Hj.tjeneste og rehab	X			
Lars Otto Nome	Enhetsleder, Psykisk helse	X	X	X	X
Bodil Domingos	Saksbehandler, Koordinerende enhet	X			
Trygve Steinsland	Spesialsykepleier, Psykisk helse	X			
Nina Jortveit Jensen	Saksbehandler, Psykisk helse		X	X	
Tåran Pettersen	Saksbehandler, Psykisk helse		X	X	X
Rolf Velle	Enhetsleder Nav	X	X	X	X
Wenche Hammen	Spesialsykepleier, Psykisk helse		X	X	
Terje Grundetjern	Miljøterapeut, Psykisk helse			X	
Gry Sørensen	Avd.leder Nav, bolig og inkludering	X			

Dagfinn Bakke	Avd.leder Nav oppfølging/Rubin	X	X	X	X
Inger Marita Knudsen	Koordinator Rubin	X	X	X	X
Merethe A. Sandaker	Veileder, Rubin	X	X		X
Åshild Ljøstad	Veileder, Rubin	X			X
Minda Homme	Veileder, Rubin	X	X	X	
Kjersti Aabel	Veileder, Rubin	X	X	X	X
Jorunn Eivindson	Veileder, Rubin	X	X		X
Kirsti Timenes	Veileder (vikar), Rubin			X	
Mari Idsøe Fjelldal	Student, Rubin	X	X		X
Marlyn Litleskare	Oppfølgingsveileder Nav	X			
Cecilie Limm Pedersen	Veileder, Nav	X			X
Gunnbjørg Aasen	Oppfølging og verneombud	X			
Anne Beate Vetrhus	Tillitsvalgt Parat	X	X		X
Arne Mellestrand	Tillitsvalgt Fagforbundet	X			

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Anne Stiansen, revisjonsleder

Fredrik Dahl, revisor

Bjørn Vidar Gundersen, revisor

Erik Torjussen, revisor/brukerrepresentant A-larm