

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Ørland kommune

Arkivsak: 22/179
Møtedato/tid: 09.09.2022 kl. 09:00
Møtested: Rådhuset, møterom Kopparen

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.

Forfall og spørsmål om habilitet meldes til Konsek Trøndelag IKS
v/ Torbjørn Berglann på telefon 400 67 058, eller e-post: torbjorn.berglann@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim, 02.09.2022

Laila Selnes Lund (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Torbjørn Berglann
Rådgiver for kontrollutvalget

Kopi: Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og Revisjon Midt-Norge SA

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
32/22	Orientering om selvkostområdet
33/22	Rapport fra forvaltningsrevisjon - kvalitet i hjemmetjenestene
34/22	Orientering om kommunestyrets behandling av søknad om fritak/etterlønn
35/22	Oppfølging av politiske saker
36/22	Referatsaker
37/22	Eventuelt
38/22	Godkjenning av møteprotokoll

Orientering om selvkostområdet

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

32/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 21/62 - 14

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.

Saksopplysninger

I kontrollutvalgets møte 6. mai, sak 24/22 Eventuelt, kom det fram under behandlingen at utvalget ønsker at kommunedirektøren redegjør for selvkostområdene i dagens møte.

Kommunedirektøren v/økonomisjef Geir Aune kommer i møtet og redegjøre for området.

Vurdering

Sekretariatet legger til grunn at kontrollutvalget kan ta saken til orientering.

Rapport fra forvaltningsrevisjon - kvalitet i hjemmetjenestene

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

33/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-216, TI-&58

Arkivsaknr 21/241 - 11

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar rapport fra forvaltningsrevisjon av hjemmetjenesten til orientering.

Kontrollutvalget legger rapporten fram for kommunestyret med denne innstillingen:

1. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - a. umiddelbart gjennomføre et fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstiller nasjonale retningslinjer.
 - b. sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko hos hjemmeboende brukere.
 - c. styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll) i hjemmetjenesten.
2. Kommunedirektøren bes rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 31.03.2023.

Vedlegg

Rapport fra forvaltningsrevisjon - kvalitet i hjemmetjenestene

Saksopplysninger

Kontrollutvalget bestilte en forvaltningsrevisjon med temaet kvalitet i hjemmetjenestene i møte 03.09.2021, sak 18/21. Etter en revidering, sak 26/21, ble prosjektplanen vedtatt 10.12.21, sak 34/21. Rapporten skulle vært levert innen 15.05.22, men ble forsinket med om lag tre måneder. Kontrollutvalget har blitt orientert om forsinkelsen.

Om rapporten

Revisor har undersøkt om kommunen har forsvarlig kvalitet i hjemmetjenestene, og konkluderer med at kommunen bryter regelverk så vel som egne rutiner. Dette utgjør en trussel for forsvarligheten i kvaliteten i hjemmetjenestene.

Bakgrunnen for konklusjonen er at revisor har funnet; svakheter i kommunens systematiske arbeid med brukervedvirkning, manglende etterlevelse av egne rutiner og nasjonale anbefalinger om ernæring, brudd på regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering og manglende oppdatering av bemannings- og kompetanseplaner i hjemmetjenesten. Revisor påpeker også at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta jevnlig risikovurderinger, analyser og vurderinger av meldte avvik.

På bakgrunn av funnene, anbefaler revisor at kommunen

- gjennomfører et fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten umiddelbart, og sikrer at legemiddelhåndteringen tilfredsstiller nasjonale retningslinjer
- sikrer god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende brukere
- styrker det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll)

Sekretariatet viser ellers til rapporten for mer informasjon. Oppdragsansvarlig revisor, Tor Arne Stubbe i Revisjon Midt-Norge, vil legge fram resultatene av arbeidet i møtet.

Vurdering

Rapporten er i samsvar med bestillingen fra kontrollutvalget. Alvorlighetsgraden i enkelte av funnene bekrefter utvalgets risikovurderinger i bestillingsprosessen.

Kommunen har gjennomført enkelte av revisors anbefalinger, men flere gjenstår. Enkelte, som det farmasøytiske tilsynet, haster mer enn andre tiltak. Det er kommunedirektørens ansvar å sikre forsvarlige tjenester. Dermed er det kommunedirektøren som må sørge for at organisasjonen korrigerer påpekte feil og mangler i nødvendig tempo. Kontrollutvalget bør få en statusrapport om dette arbeidet i løpet av våren 2023.

Kvalitet i hjemmetjenestene

Ørland kommune

2022

FR1194

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Ørland kommunes kontrollutvalg i perioden november 2021 til august 2022.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder/oppdragsansvarlig Tor Arne Stubbe, prosjektmedarbeider Merete Montero, og kvalitetssikrere Unni Romstad og Thomas Furunes. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Ørland kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidt-norge.no.

Trondheim 24.08.22

Tor Arne Stubbe

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Ørland kommune vedtok i sak 34/21 prosjektplan for gjennomføring av en forvaltningsrevisjon i hjemmetjenesten. Utvalget ønsket å undersøke hvorvidt kommunens hjemmetjeneste oppfylte krav i regelverket på utvalgte områder i hjemmetjenesten, og hvorvidt hjemmetjenesten oppfyller vesentlige krav til ledelse og kvalitetsforbedring.

Hovedproblemstillingen i forvaltningsrevisjonen har vært om Ørland kommune har *forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester*?

Revisors overordnede konklusjon er at Ørland kommune bryter regelverk og egne rutiner på flere områder og at dette truer forsvarlig kvalitet i hjemmetjenestene i kommunen.

Kapittel 2 oppsummerer revisors undersøkelser innenfor

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud

Kommunen tilfredsstiller lovkrav innen søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester, og innen aktivitetstilbud. Det er avdekket svakheter knyttet til kommunens systematiske arbeid med brukermedvirkning. Hjemmetjenesten følger ikke egne rutiner eller nasjonale anbefalinger knyttet til ernæring. Revisor konkluderer med at hjemmetjenesten bryter regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering på flere områder.

Kapittel 3 oppsummerer revisors undersøkelser innenfor

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

Det er dokumentert at hjemmetjenesten har utført risikovurderinger, at de har system for å melde avvik og at avvik meldes. Hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men disse er ikke oppdatert. Revisor vurderer at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta jevnlige risikovurderinger, analyser og vurderinger av meldte avvik. Revisor registrerer at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risiko knyttet til bemanning og kompetanse.

På bakgrunn av revisors undersøkelser anbefales kommunedirektøren å:

- Å gjennomføre fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten umiddelbart, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstiller nasjonale retningslinjer
- Å sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende brukere
- Å styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll)

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling	8
1.2 Problemstillinger	8
1.3 Avgrensinger	9
1.4 Metode	9
2 Regeletterlevelse i hjemmetjenestene	11
2.1 Problemstilling	11
2.2 Revisjonskriterier	11
2.3 Data	12
2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester	12
2.3.2 Ernæring	14
2.3.3 Legemiddelhåndtering	15
2.3.4 Brukermedvirkning	19
2.3.5 Aktivitetstilbud	21
2.4 Vurderinger	21
2.4.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester	21
2.4.2 Ernæring	22
2.4.3 Legemiddelhåndtering	22
2.4.4 Brukermedvirkning	23
2.4.5 Aktivitetstilbud	23
3 Ledelse og kvalitetsforbedring	24
3.1 Problemstilling	24
3.2 Revisjonskriterier	24
3.3 Data	24
3.3.1 Risikovurderinger	24
3.3.2 Avvikshåndtering	25
3.3.3 Bemanning og kompetanse	25
3.4 Vurdering	27
4 Høring	28
5 Konklusjoner og anbefalinger	29
5.1 Konklusjon	29
5.2 Anbefalinger	30
Kilder	31
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	32

Vedlegg 2 – Høringssvar	43
-------------------------------	----

Tabell

Tabell 1. Utvalgte nøkkeltall for kommunens helse- og omsorgstjenester	27
--	----

Figurer

Figur 1. Bilde av åpent vindu i medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten	15
Figur 2. Bilde av «rest-skuff» i medisinskap Ørland kommune, hjemmetjenesten.....	16
Figur 3. Arbeidsbenk medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten.	18

1 INNLEDNING

I dette kapittelet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet.

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Ørland kommune bestilte i møte 03.09.21, sak 18/21 forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene. Utvalget fattet følgende vedtak:

1. *Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene.*
2. *Revisjon Midt-Norge bes utarbeide en prosjektplan i samsvar med innspill gitt i møtet. Planen sendes sekretariatet innen 26.10.2021.*

Temaet for kontrollutvalgets bestilling (jfr. bestillingsbrev) er ikke omtalt i utvalgets plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2021-2024. Det er derimot delvis overlappende med to prioriterte tema i planen, og det er internkontroll i kommunen (2022) og tildeling av tjenester innen pleie og omsorg (2023).

Revisors risiko og vesentlighetsvurdering (2020) for område helse- og omsorg i Ørland og Bjugn kommuner peker i retning av strammere økonomiske rammer i nye Ørland kommune. Et økende tjenestebehov og strammere økonomi kan utgjøre en trussel mot kvaliteten i de tjenestene som skal utføres, enten ved at tjenester ikke utføres i tråd med krav og føringer eller at tjenester ikke blir utført.

Et utkast til prosjektplan ble behandlet i kontrollutvalgets møte 5.11.21. Revisor har revidert prosjektplanen i tråd med kontrollutvalgets innspill. Endelig prosjektplan ble vedtatt i kontrollutvalgets møte 10.12.21 (KU sak 34/21).

1.2 Problemstillinger

Revisor har undersøkt følgende hovedproblemstilling:

Har Ørland kommune forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester?

Hovedproblemstillingen er belyst ved hjelp av to delproblemstillinger:

1. Yter Ørland kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?
 - Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
 - Ernæring
 - Legemiddelhåndtering
 - Brukermedvirkning
 - Aktivitetstilbud

2. Har Ørland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene?

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

1.3 Avgrensinger

Denne forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å omhandle tjenester for hjemmeboende brukere. Hjemmetjenesten og forvaltningskontoret er derfor de sentrale tjenestene med hensyn til innhenting av data. Revisor har avgrenset seg bort fra å innhente data og vurdere praksis i øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen.

1.4 Metode

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført ved innhenting av en rekke ulike data. Problemstillingene omfatter i stor grad prosesser og praksis i kommunen. Prosesser og praksis har en detaljrikdom som vanskelig lar seg beskrive i kvantitative analyser. Kvantitative analyser krever dessuten et relativt stort utvalg av respondenter/enheter for å være meningsfulle. Revisor har derfor i hovedsak valgt en bred kvalitativ metodetilnærming (Ringdal, 2001).

Forvaltningsrevisjonen ble innledet med et oppstartsmøte med kommunedirektør, kommunalsjef helse og familie, og enhetsleder for hjemmetjenesten. Det er videre gjennomført intervju med både ledelse, tillitsvalgte, verneombud og representant for pårørendeforening. Det er skrevet referat fra samtlige intervju/møter og disse er oversendt informantene til godkjenning. Revisor har også gjennomført observasjon ved opplegg av medisin i medisinrom ved avdeling Bjugn og avdeling Brekstad. På observasjonsdagen var det to sykepleiere ved begge avdelinger som utførte medisinopplegg. Revisor anvendte observasjonsskjema og tok notater, og det ble tatt bilder i medisinrom.

Revisor har foretatt en stikkprøvekontroll av fem tilfeldig utvalgte pasientjournaler for pasienter med hjemmesykepleie. Her er det ført systematiske notater i henhold til kontrollskjema. Revisor fikk bistand av avdelingsleder Brekstad til å åpne angitte journaler. I tillegg er det innhentet store mengder rutiner og prosedyrer for utvalgte områder innen kommunens helse- og omsorgstjenester. Det er også innhentet enkelte statistiske data (KOSTRA) for å belyse kommunens tjenester. Videre er det foretatt stikkprøvekontroll i hjemmetjenestens narkotikaregnskap. En full gjennomgang av avdelingenes narkotikaregnskap burde trolig vært gjennomført, og kan regnes som en svakhet i revisors datamateriale. Revisor har allikevel dekning for de funn som er presentert i rapporten. Samlet sett vurderer revisor at datamaterialet er gyldig (valide) for å belyse problemstillingene, og at data er pålitelige

(reliable) for å gjøre vurderinger og trekke konklusjoner. Forvaltningsrevisjonen er utført i en periode rett etter en pandemi (Covid-19). Hvorvidt en forvaltningsrevisjon utført i en periode med normaltilstand ville gitt andre funn, det er vanskelig å uttale seg sikkert om (se også uttalelse fra kommunedirektør).

2 REGELETTERLEVELSE I HJEMMETJENESTENE

I dette kapittelet gjennomgås utvalgte deler av kommunens helse og omsorgstjenester til hjemmeboende brukere/pasienter.

2.1 Problemstilling

Yter Ørland kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud

2.2 Revisjonskriterier

Under gjengis utvalgte krav til kommunens helse og omsorgstjenester. Disse er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), og utdypet i nasjonale faglige retningslinjer.

Søknad og tildeling

- Legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpebehovet skal utredes/kartlegges
- Det skal fattes vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester

Ernæring

- Alle personer innskrevet i hjemmesykepleien skal veies ved første kartleggingsbesøk.

Legemiddelhåndtering

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom.
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Kommunen må sikre renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig og håndvask bør være tilgjengelig.
- Riktig temperatur og utstyr til temperaturkontroll
 - Skjerming for direkte sollys
 - Ventilasjon/frisk luft med riktig temperatur
 - Kjøleskap for oppbevaring av medisin

- Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Opplegg og dobbeltkontroll skal utføres av kvalifisert personell.
 - Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.
- Kommunen skal føre legemiddelregnskap for A-preparater.
- Kommunen skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater.

Brukermedvirkning

- Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker

Aktivitetstilbud

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

2.3 Data

Under presenteres data knyttet til søknad og tildeling av tjenester, ernæring, legemiddelhåndtering, brukermedvirkning og aktivitetstilbud.

2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

På Ørland kommunes hjemmesider ligger det oppdatert informasjon om tjenestene kommunen kan tilby og skjema for søknad om helsetjenester. Skjema er tilgjengelig elektronisk med innlogging ved hjelp av ID-porten, og i en utskriftsvennlig versjon for utfylling på papir. I begge tilfeller sendes søknaden til forvaltningskontoret. Søknader kan også inngis muntlig til forvaltningskontoret. Da nedtegnes alle opplysninger, slik at søknad blir registrert skriftlig.

Leder for forvaltningskontoret forteller at den videre behandlingen av søknaden er avhengig av om søkeren allerede mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dersom søker ikke har mottatt eller mottar helsetjenester fra kommunen, oversendes søknaden til kartlegger. Det er fast praksis at kommunen utfører en kartlegging av søkerens behov for helse- og omsorgstjenester. Per i dag er det en sykepleier med videreutdanning i systemiske samtaler som utfører alle kartlegginger for forvaltningskontoret.

Dersom søker allerede har helse- og omsorgstjenester fra kommunen, så er det gjerne tjenesteyter som varsler om endret behov eller funksjonsnivå. Alle brukere av hjemmetjenester skal vurderes med tanke behov og funksjonsnivå minst en gang pr år. Da utføres kartlegging av tjenesteyter/primærkontakt i hjemmetjenesten. Dersom det er krevende kartlegging eller komplekse utfordringer, så vil hjemmetjenesten få bistand fra kartlegger ved forvaltningskontoret.

Foruten at bruker/pasient søker om helsetjenester selv, så mottar forvaltningskontoret meldinger om tjenestebehov fra pårørende, fra hjemmetjenestene, fra fastleger og fra spesialisthelsetjenesten. Disse meldingene dokumenteres som øvrige søknader. Ifølge leder av forvaltningskontoret, bruker de mye tid på veiledning av både søkere/brukere og pårørende. Det er viktig at brukerens egne ønsker kommer fram, og dette gjelder både mer og mindre omfang av tjenester. En faglig vurdering gjør at ikke alle får det de ønsker, fordi noen trenger å gjøre ting selv for å ivareta sine funksjoner.

Førstegangs kartlegging er normalt en helhetlig kartlegging av søkerens funksjonsnivå og behov for tjenester. Dette skjer i henhold til kartleggings skjema utviklet av forvaltningskontoret. Dersom søknaden gjelder enkle ting, for eksempel et hjelpemiddel, foretar man ikke nødvendigvis en omfattende kartlegging. Den som kartlegger bruker sitt faglige skjønn for å vurdere hva som er riktig omfang av kartlegging. Forvaltningskontoret er opptatt av at både bruker og pårørende skal være tilstede når det gjennomføres kartlegging/samtaler. Informasjon er en vesentlig del av kartleggingen. Kartleggingsrollen handler om informasjon både til brukere og pårørende, og man opplever at pårørende blir tryggere med informasjon. Utfylt kartleggings skjema legges inn i fagprogram/journal og det sendes melding til beslutningsteam om at kartlegging er ferdig.

Revisor har foretatt stikkprøvekontroller av fem journaler for brukere med vedtak om hjemmesykepleie. I samtlige journaler foreligger dokumentasjon for gjennomført kartlegging. Journalene viste også at kommunen utfører og dokumenterer revurdering/rekartlegging av brukerne. For fire av fem brukere var det gjennomført re-kartlegging siste tolv måneder. Den siste brukeren var førstegangskartlagt i løpet av det siste året. Totalt er det ca. 150 personer som har vedtak om hjemmesykepleie³.

Beslutningsteam har myndighet til å tildele helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette gjøres på bakgrunn av søknad og kartleggingsnotat. Beslutningsteamet består av leder for forvaltningskontoret, to saksbehandlere, enhetsleder for institusjon, enhetsleder for hjemmetjenesten, enhetsleder for familie og helse, og avdelingsleder for psykisk helse og rus. Teamet involverer andre fagpersoner etter behov. Vedtak om tildeling av helse og omsorgstjenester fattes av beslutningsteam, saksbehandlere skriver vedtakene og vedtaket blir godkjent av enhetsleder for berørt tjeneste. Eksempelvis ved vedtak om hjemmesykepleie, så er det leder for hjemmetjenesten som godkjenner. Søkerne får tilsendt svar på sin søknad. Der opplyses de om innholdet i vedtaket og de får informasjon om adgangen til å klage på

³ Det er brukere som har dagaktivitetstilbud og trygghetsalarm/velferdsteknologiske løsninger og de er ikke en del av de 150. Totalt har hjemmetjenesten ca. 300 brukere.

vedtaket. Ved raske endringer i tjenestebehov hos brukerne, så yter kommunen nødvendige tjenester, og foretar saksbehandling i etterkant. Dette for at brukere med behov for helse- og omsorgstjenester skal få nødvendig helsehjelp så raskt som mulig. Revisor har ikke innhentet dokumentasjon for, eller gjennomgått, vedtak som er fattet. Leder ved forvaltningskontoret bekrefter at de ser en svak økning i omfang av klager, og at de nok skriver flere avslag på søknader nå enn tidligere.

2.3.2 Ernæring

Revisor har fått tilsendt skriftlig prosedyre for *Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten*. Prosedyren ble utarbeidet første gang 1.7.2012 og revideres årlig. Hensikten med prosedyren er å sikre faglig forsvarlig ernæringstilbud til beboere/pasienter i de nevnte tjenestene. Videre er det spesifisert at *for hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten skal alle nye brukere veies ved første kartleggingsbesøk, og at ved ernæringsproblemer veies pasienten etter avtale med fastlege*. Det spesifiseres også at *fastlege skal kontaktes ved en vektreduksjon eller vektøkning*.

Ofte vil hjemmeboende brukere med helse- og omsorgstjenester håndtere næringsinntak gjennom mat og drikke på egenhånd. Hjemmetjenesten vil da ha ansvar for å følge opp ernæring på systemnivå, og iverksette tiltak dersom det avdekkes ernæringsmessig risiko (eks. vektreduksjon/vektøkning). Ansatte forteller i intervju at tjenesten ikke har en praksis for å veie alle brukere jevnlig. Deres bidrag til å avdekke ernæringsmessig risiko er i hovedsak knyttet til at de observerer når de yter tjenester til bruker. Flere påpeker at de noterer i journal, varsler fastlege eller avdelingsleder når de observerer at klær er blitt for store eller for trange. Det hender også at pårørende varsler om at de er bekymret for ernæring for brukere. Andre aktuelle observasjoner er knyttet til skap og kjøleskap med hensyn til innhold og innkjøp, og tilsvarende søppelbøtter med hensyn til at brukere kan kaste mat.

Skjema for helhetlig kartlegging av søkere til helse- og omsorgstjenester inneholder ikke krav til veiing. Det er derimot flere spørsmål/punkter knyttet til ernæring, deriblant spørsmål om å oppgi vekt/høyde. I stikkprøvekontrollen er det ingen av de fem brukerne som er veid ved førstegangskartlegging. To av brukerne er veid ved andre gangs kartlegging, og en bruker er veid av annen tjenesteyter. Journalene viser at veiing trolig utføres overfor brukere med indikasjon om ernæringsmessig risiko. Her viser journalene at det både er kontakt med fastlege og at hjemmetjenesten har iverksatt konkrete tiltak for å følge opp ernæring.

Ansatte tilkjenner at dette med ernæring for hjemmeboende brukere er en utfordring, også sett opp imot brukermedvirkning, samtykkekompetanse, tillitsskapende tiltak og bruk av tvang. I prosedyre for ernæring presiseres at det skal settes av tid til etiske refleksjoner omkring disse

spørsmålene. De forteller videre at de ikke er kjent med at det finnes egen rutine/prosedyre for ernæring i hjemmetjenesten. Ledelsen i hjemmetjenesten innrømmer at ernæring for hjemmeboende brukere er et område som ikke har hatt stort fokus i tjenesten. De opplever at ansatte varsler dersom det er bekymringer knyttet til enkeltbrukere, men den systematiske tilnærmingen kunne nok vært bedre. Eksempelvis veiing av brukere ved kartlegginger.

2.3.3 Legemiddelhåndtering

Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom

Begge medisinrommene, Brekstad og Bjugn, har elektronisk adgangskontroll med kortleser til dør. Adgangen til rommene styres av de tillatelser som er registrert for det enkelte helsepersonellet. Det oppgis av avdelingslederne at kun sykepleiere som skal foreta istandgjøring av medisin har tilgang til medisinrommet.

Medisinrom ved begge soner/avdelinger er lokalisert i 1.etg ved institusjon. Medisinrommet ved den ene avdelingen har fast vindu uten åpningsmulighet, og det er ikke montert noen løsning for redusert innsyn. Medisinrommet ved den andre avdelingen har et åpningsvindu, og hvor nedre del har foliert glass for redusert innsyn. Vinduet på medisinrommet med åpningsvindu, sto åpent på observasjonsdagen. Ingen av vinduene til medisinrommene var sikret med gitter eller tilsvarende for å hindre innbrudd/uautorisert tilgang. I samtale med sykepleiere som utførte arbeid i medisinrommet framkom opplysninger om at vinduet på medisinrommet med åpningsvindu, hadde stått åpent store deler av vinteren 21/22. Dette på grunn av at vinduet ikke var mulig å lukke (trolig pga. varm luft som kondenserte og frøs). Vinduet lot seg lukke på observasjonsdagen.

Figur 1. Bilde av åpent vindu i medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.

Medisinrommene ved begge avdelinger/soner har egne bokser for kassering av legemidler, både i form av pappesker og egne bokser for risikoavfall. Ved gjennomgang av medisinskap på begge medisinerom ble det funnet kurvhyller uten tilfredsstillende merking av innhold. På spørsmål til helsepersonellet og avdelingsledere om hva disse kurvhyllene inneholdt, så var dette medisin som var blitt 'til overs'. Både avdelingsledere og helsepersonell på medisinerommene tilkjennega at dette var medisin som trolig skulle vært kassert. Årsaken til at det fortsatt var oppbevart på medisinerommet var at det kunne være praktisk å ha en reserve i tilfelle apotek ikke var tilgjengelig. Medisinene stammet fra brukere som av ulike årsaker hadde avsluttet behandlingen med aktuelt legemiddel (se fig 2). Det føres ikke oversikt over innhold i disse kurvhyllene. Revisor er i intervju i etterkant av observasjon orientert om at denne praksisen, med oppbevaring av legemidler som skulle vært kassert, er avvirket. Det er ikke foretatt ny kontroll fra revisors side.

Figur 2. Bilde av «rest-skuff» i medisinskap Ørland kommune, hjemmetjenesten.



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Kommunen må sikre renhold av medisinerommet.

Kommunen har en rutine for medisinerommet som spesifiserer at arbeidsbenker og hyller skal vaskes. Rutinen sier ikke noe om hvor ofte dette skal utføres. Revisor har på observasjonsdagen spurt helsepersonellet om praksis for renhold i medisinerommet. Helsepersonell ved en avdeling forteller at de vasker arbeidsbenk etter behov og at det gjennomføres gulvvask 1-2 ganger pr uke. Ved den andre avdelingen mener helsepersonellet at de utfører vask av arbeidsbenk jevnlig, og at renholdspersonale vasker gulvene ved behov.

På spørsmål om renhold av medisinskap, så er det ingen av helsepersonellet som kjenner til at dette er utført.

Dosetter bør rengjøres ukentlig og håndvask bør være tilgjengelig

Hjemmetjenesten har ingen skriftlige rutiner for rengjøring av dosetter eller funksjonskontroll. Revisor stilte på observasjonsdagen spørsmål til helsepersonellet vedrørende renhold av dosetter og hygiene i legemiddelhåndteringen. Ved begge avdelinger er det krevende rammebetingelser for vask av dosetter. Den ene avdelingen vasker dosetter for hånd etter behov, mens den andre avdelingen ikke vasker dosettene. Ved begge avdelinger byttes det til nye dosetter dersom det oppdages funksjonsfeil ved den gamle.

Ingen av avdelingene har håndvask tilgjengelig i medisinrommet eller rimelig nærhet. For å unngå forurensing av medisin ved opplegg, så anvendes håndsprit mellom opplegg til hver bruker.

Medisinrommet skal ha riktig temperatur og mulighet for temperaturkontroll

Revisor observerte at medisinrommene ikke hadde utstyr for måling av temperatur i rommet eller mulighet for temperaturkontroll. Revisor stilte ansatte spørsmål om hvordan de kunne sikre riktig temperatur i medisinrommene. Ved avdelingen med fastvinduer svarte ansatte at de hadde gitt beskjed til ledelsen om at ventilasjon og solskjerming ikke var tilstrekkelig. På dager med sol rett på vinduer, så ble det veldig varmt i rommet. Ved avdelingen med åpningsvindu, så justerte de temperatur ved å åpne vindu. Ingen av avdelingene hadde utvendig solskjerming, og kun det ene rommet hadde innvendig solskjerming ved å trekke for gardiner. Videre er det kun medisinrommet ved den ene avdelingen/sonen som har kjøleskap for medisiner som har lavere anbefalt oppbevaringstemperatur enn romtemperatur.

Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.

Ved begge avdelinger er det lagt til rette med store arbeidsflater, medisinskap og IKT-utstyr. Revisor har ikke kontrollmålt størrelsen på medisinrommene. Det var lagt til rette med kontorplasser slik at to ansatte kan arbeide samtidig. Ved begge avdelinger var det to ansatte som utførte medisinopplegg på observasjonsdagen, i tillegg til at revisor befant seg i rommet. Ansatte opplevde å ha tilstrekkelig plass til å utføre medisinopplegg.

Figur 3. Arbeidsbenk medisinerom Ørland kommune, hjemmetjenesten.



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Opplegg og dobbeltkontroll

Medisinopplegg foregår på fast dag hver uke i hjemmetjenesten i Ørland. Sykepleiere inngår i turnus hvor to sykepleiere på faste dager har ansvar for opplegg og kontroll av medisiner ved hver avdeling/sone. På observasjonsdagen var det to sykepleiere ved hver avdeling som foretok opplegg av medisiner.

Revisor observerte og stilte spørsmål mens sykepleierne gjennomførte medisinopplegg. Ved begge medisinerommene var det én sykepleier som la opp medisin i dosetter i henhold til elektronisk medisinkort (journal) og én sykepleier som kontrollerte for riktig opplegg i dosett. Kvittering for riktig opplagt medisin ble utført fra pc, mens kvittering for utført kontroll av riktig opplagt medisin ble utført på håndholdt enhet. De fleste brukere får ferdig opplagt multidose fra apotek. Disse kontrolleres opp mot ordinert leveranse, og med tilsvarende kvittering for utført kontroll.

Dosetter skal være merket med pasientens identitet, navn på legemiddel og virkestoff, styrke og dosering. Ved den ene avdelingen var alle dosetter merket i henhold til kravene, mens ved den andre avdelingen var dosettene merket med pasientens navn. På spørsmål om hvorvidt merkingen var i tråd med kravene, så svarte sykepleierne at helsepersonellet må kvittere ved utdeling og at man da også hadde tilgang til elektronisk og oppdatert medisinkort. Revisor har

ikke deltatt ved medisinalutdeling i pasientens/brukerens hjem, og kan derfor ikke bekrefte om medisinkort hentes opp og kontrolleres ved utdeling.

Narkotikaregnskap

Legemiddelforskriften (§ 9) stiller krav til at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B, dette for å bidra til sikker legemiddelhåndtering og forhindre svinn av narkotiske og vanedannende legemidler. Det skal føres legemiddelregnskap for A-preparater, og man skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater.

På begge medisinerom observerer revisor at legemidler for den enkelte bruker/pasient i hjemmetjenesten oppbevares i medisinskap i egne hyller/skuffer merket med pasientens/brukerens navn.

Ved begge avdelinger føres regnskap for legemidler (på papir i permer). Revisor registrerer at det er noe ulik praksis ved de to avdelingene. Ved den ene avdelingen har man et skjema for hver pasient. Legemidler (A-preparater) føres inn i regnskapsskjema ved leveranse fra apotek, og det signeres ved hvert uttak/opplegg av preparat til aktuell pasient. Både den som legger opp og den som kontrollerer signerer i skjemaet. Stikkprøver viser at ikke alle skjema har dobbeltsignatur. Den andre avdelingen har tilsvarende skjema pr pasient/bruker. Her viser stikkprøver at det kun er ført regnskap for leveranse og uttak av smerteplaster. I høringssvar utdyper kommunedirektør at «*Ved tilsyn så var det ved den ene enheten ingen pasienter som brukte tabletter som ble lagt opp i dosett, de hadde det i multidose*». Revisor har ikke foretatt fullstendig kontroll av avdelingens regnskap for A-preparater. Ansatte kjente ikke til hvordan regnskapene for A-preparater ble kontrollert mot beholdningen av slike legemidler. Revisor har fått tilsendt rutine for årskontroll med legemiddelgjennomgang i sykehjem og heldøgns omsorgsbolig, men ikke tilsvarende rutine for hjemmetjenesten/hjemmesykepleie.

Revisor spurte de ansatte om det ble ført noen oversikt over beholdningen av B-preparater. Ansatte svarer at det ikke finnes en felles oversikt over dette, ut over ordinerings fra lege og den enkeltes journal/medisinkort. Revisor har ikke mottatt dokumentasjon som viser hvor ofte det foretas beholdningskontroll for B-preparater.

2.3.4 Brukermedvirkning

Kommunen har i henhold til lov og forskrift plikt til å gjøre bruk av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer i utførelsen og utviklingen av tjenestene. I tillegg har pasienter og brukere rett til å medvirke i valg og utforming av tjenestetilbudet. Revisor har lagt til grunn at kommunen aktivt skal innhente og vurdere brukererfaringer for å utvikle tjenestetilbudet, og at

det er etablert en praksis for at brukere skal kunne gi tilbakemelding og ha mulighet for å endre eget tjenestetilbud.

Revisor har i intervju etterspurt brukerundersøkelser eller lignende aggregering av brukererfaringer med tanke på vurdering og utvikling av tjenestene. Alle informanter forteller at det er mange år siden forrige brukerundersøkelse. Leder ved forvaltningskontoret forteller at det ble gjennomført en pårørendeundersøkelse innen helse og familie for tre år siden. Kommunalsjef helse og familie forteller at det skulle vært gjennomført en brukerundersøkelse i 2020, men denne ble utsatt på grunn av pandemien.

På individnivå har kommunen flere kontaktpunkter med pasienter/brukere og pårørende. Kontakten med kommunen opprettes når det sendes søknad om helse og omsorgstjenester (jfr kap 2.3.1). Gjennom prosess med kartlegging av søkers behov, så settes det av godt med tid til samtale med søker og pårørende. Kartleggingsskjemaet viser at samtalen dekker både brukerens behov og ønsker for bistand, det inkluderer også interesser/hobbyer, aktiviteter og sosialt nettverk/pårørende. Den helhetlige kartleggingen dekker også spørsmål om hvorvidt søker/bruker er samtykkekompetent på ulike områder, eksempelvis knyttet til egen økonomi og eventuelt oppnevnt verge. Dersom ansatte i hjemmetjenesten, gjennom den daglige kontakten med bruker, er usikker på om brukeren forstår og handler til eget beste (er samtykkekompetent), så er det praksis at dette meldes til fastlege.

Når vedtak om tildeling av tjenester er fattet, og bruker mottar tjenester, så har kommunen hatt praksis for å oppnevne primærkontakter. Altså at brukerne får formelt tildelt en kontaktperson i hjemmetjenesten. Primærkontaktenes oppgave har vært å sørge for at tjenestebehovet vurderes jevnlig og at brukeren gis anledning til å komme med synspunkter på de tjenester som gis. Kommunen har omorganisert primærkontaktordningen. Det er nå satt sammen team bestående av helsepersonell som skal ivareta de primærkontaktoppgavene overfor flere brukere. Teamene er inndelt i forhold til geografi/soner. Årsakene til innføring av team har vært å redusere sårbarhet ved fravær og bedre kvaliteten i oppfølging av brukerne. Denne omorganiseringen av primærkontaktansvaret har skjedd såpass nylig, at det er for tidlig å si noe om erfaringer.

Pasienter/brukere som ikke er fornøyd med kommunens hjemmetjenester, enten ved at de mener at vedtak ikke dekker deres behov eller at kvaliteten på de tjenester som ytes ikke er tilfredsstillende, har adgang til å klage. Revisor har ikke undersøkt kommunens klagesaksbehandling, men det er avgitt informasjon fra kommunalsjef og leder ved forvaltningskontoret, som tyder på at omfang av klager er økende. Dette kan indikere at brukere og pårørende er klar over at det er klageadgang, og at denne til en viss grad benyttes. Kommunalsjef viser til at beslutningsteam står faglig støtt i sine vurderinger, men at det hender

at det tilkommer nye opplysninger som gjør at man må revurdere vedtak. Kommunalsjef opplever derfor oftere at klager videresendes til behandling hos Statsforvalteren. Avgjørelsene hos Statsforvalteren varierer, de får medhold i noen klager og de får avslag/beskjed om omgjøring av noen vedtak. Det var nok flere omgjøringer av vedtak i kommunen tidligere. Revisor har ikke gjennomgått dokumentasjon i klagesaker i kommunen.

2.3.5 Aktivitetstilbud

Ørland kommune tilbyr aktiviteter for hjemmeboende brukere inntil fire dager pr uke i regi av dagaktivitetssenteret. Informasjon om søknad til dagaktivitetstilbudet og kontaktinformasjon ligger på kommunens nettsider. Brukere kan få innvilget tilbud en til fire dager pr uke, avhengig av ønsker og behov. Dagaktivitetstilbudet tilbyr henting og bringing av de som skal delta, og alle får et middagsmåltid de dagene de deltar. To av dagene er det aktivitet ved selve senteret, en dag er det tilrettelagt tur (inkl. rullestolbrukere), mens den siste dagen ofte er en litt lengre tur. Her forsøker man å sette sammen grupper ut ifra interesser og funksjonsnivå. Revisor har ikke informasjon om at søkere får avslag på deltakelse i dagaktiviteter eller at det er ventelister.

2.4 Vurderinger

2.4.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Revisor vurderer at **kommunen har lagt til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester**. Oppdatert informasjon om kommunens helse og omsorgstjenester ligger tilgjengelig på kommunens nettsider, sammen med nødvendig kontaktinformasjon til forvaltningskontoret. Forvaltningskontoret gir informasjon gjennom kartleggingsbesøk og hjemmetjenesten fanger opp tjeneste- og informasjonsbehov i den daglige tjenesteytingen.

Det er også revisors vurdering at **søkernes og brukernes behov for helse- og omsorgstjenester blir kartlagt og dokumentert på en systematisk måte**. Nye søkere blir normalt gjenstand for en helhetlig kartlegging, mens eksisterende brukere blir revurdert minimum årlig.

Revisor vurderer at det **fattes vedtak om tildeling av helse og omsorgstjenester**, og at disse dokumenteres og oversendes søker på riktig måte. Revisor har ikke vurdert vedtakenes ordlyd eller helsefaglige innhold opp mot brukernes kartlagte behov. Brukerne er orientert om klageadgang på enkeltvedtak.

2.4.2 Ernæring

Revisor vurderer at kommunens systematiske arbeid med **oppfølging av ernæring for hjemmeboende brukere ikke er tilfredsstillende**. Kommunen utfører ikke systematisk veiing under kartlegging av søkere/brukere. Vektøkning/vektreduksjon er objektivt sett en av de viktigste indikatorene for ernæringsmessig risiko. Nasjonale anbefalinger og kommunens egen prosedyre foreskriver veiing ved første kartlegging, og eventuell veiing med jevne mellomrom. Dersom man ikke har en korrekt vekt som referanse, er det en fare for at eventuelle tiltak for å korrigere skjevutvikling vil bli igangsatt senere enn nødvendig. For å med sikkerhet kunne konstatere vektreduksjon/-økning, så må det foreligge minst to målinger av vekt med noe tid i mellom.

2.4.3 Legemiddelhåndtering

Revisor vurderer at kommunen **ikke har sikret legemidler mot innbrudd/uautorisert tilgang**. Det er stor sannsynlighet for at vindu ved medisinrom på Brekstad har stått åpent i lengre perioder. Revisor vurderer det som skjerpende at medisinrom ligger i 1.etg. Ingen av medisinrommene er sikret med gitter eller tilsvarende hindring foran vinduene.

Observasjon av merkede kasser og beholdere (til kassasjon av kanyler og tomme ampuller) ved begge avdelinger viser at kommunen har et system for å returnere legemidler som enten er utløpt på dato eller som ikke skal brukes lengre. Revisor vurderer at kommunen **har lagt til rette for kassering av legemidler** (retur til apotek). Det vurderes derimot som **alvorlig** at legemidler som skulle vært kassert, blir oppbevart til senere bruk eller bruk for andre pasienter/brukere.

Observasjon og muntlig informasjon fra ansatte og ledelse tilsier at det gjennomføres vask av medisinrom. Dette renholdet inkluderer i all hovedsak vask av gulv fra renholdspersonale, og sykepleiere tørker av arbeidsbenker. Vask av medisinskap har ingen ansatte kjennskap til at blir utført. Revisor vurderer at rutiner for vask av arbeidsbenker praktiseres, men at kommunen **ikke har et systematisk renhold av medisinrommene inkl medisinskap**. I tillegg er det økt risiko for forurensing/kontaminasjon i legemiddelhåndteringen ved at det **ikke er lagt til rette for håndvask og vask av dosetter**.

Revisors observasjoner og samtaler med ansatte som arbeider på medisinrommene tilsier at arbeidsplassen er av tilstrekkelig størrelse til å få utført arbeidet. Revisor vurderer at **medisinrommene har tilstrekkelig størrelse** til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.

Samtaler med ansatte og observasjon i medisinrommene viser at det ikke er termometer eller mulighet for å regulere temperatur i rommene etter behov. Det er heller ikke montert

skjerming for direkte sollys på vinduer. Kun ett av medisinnommene har kjøleskap. Revisor vurderer at **medisinnommene ikke tilfredsstiller krav til temperaturkontroll**, og at kun det ene medisinnrommet har mulighet for å oppbevare medisin ved kjøletemperatur.

Revisor vurderer at kommunen **har et system og en forsvarlig praksis for opplegg og dobbeltkontroll av legemidler** for hjemmeboende pasienter/brukere. Revisor er usikker på om merking av dosetter med hensyn til navn på legemiddel, virkestoff, styrke på legemiddel og dosering er tilfredsstillende ved den ene avdelingen. Dette knytter seg da til hvilken praksis man har for utdeling av medisin, kontroll og signering. Dersom dette ivaretas av ansatte i hjemmesykepleien, så vil praksisen trolig være godkjent. Om praksisen innbefatter selvadministrering av dosetter, så vil praksis for merking ikke være tilfredsstillende.

Hjemmetjenesten fører narkotikaregnskap for A-preparater. Begge avdelinger har skjema pr pasient/bruker for beholdning av A-preparater. Det føres inn i skjema ved mottak fra apotek, og det registreres uttak ved istandgjøring/opplegg av medisiner. Ved den ene avdelingen er det kun registrert inn/ut med hensyn til smerteplaster. Kravet er at dette skal føres for alle A-preparater. Stikkprøver viser at det i noen tilfeller mangler dobbelt signatur ihht skjema. På denne bakgrunnen vurderer revisor at **det foreligger usikkerhet knyttet til føring av legemiddelregnskap** for hjemmeboende pasienter/brukere.

Revisor har ikke informasjon om at hjemmetjenesten har rutiner eller praksis for å føre oversikt over beholdningen av B-preparater. Revisor vurderer **hjemmetjenesten ikke oppfyller forskriftskrav til kontroll med B-preparater**.

2.4.4 Brukermedvirkning

Revisor vurderer at kommunen **ikke har innhentet eller vurdert erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende for å utvikle hjemmetjenestene**. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser eller aggregert brukererfaringer i hjemmetjenesten, som gir informasjon som er egnet til å utvikle tjenestetilbudet.

Revisor vurderer at kommunen **har en praksis for å utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker**. Denne vurderingen er basert på kartleggingssamtaler ved søknad, og at alle pasienter/brukere har oppnevnt primærkontakter med jevnlig dialog. Det er noe usikkerhet knyttet til omorganisering av primærkontaktansvaret. Organisering i team kan i tilfeller føre til et mer utydelig ansvar.

2.4.5 Aktivitetstilbud

Revisor vurderer at Ørland kommune tilbyr **et aktivitetstilbud i tråd med regelverket**.

3 LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapitlet gjennomgås utvalgte områder og krav til systematisk forbedringsarbeid i hjemmetjenestene.

3.1 Problemstilling

Har Ørland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene?

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

3.2 Revisjonskriterier

- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- planlegge hvordan risiko kan minimaliseres
- ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

3.3 Data

I det videre presenteres data for hjemmetjenestens arbeid med risikovurderinger, avvikshåndtering, og bemanning og kompetanse.

3.3.1 Risikovurderinger

Konstituert kommunalsjef Helse og familie og enhetsleder for hjemmetjenesten bekrefter i møte at det er utført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) i helse og omsorgstjenestene i jan/feb 2022. Revisor har fått tilsendt kopi av utført ROS-analyse, og denne er gjennomgått med revisor i møte. Det er ikke dokumentert om, eller hvor hyppig, hjemmetjenesten gjennomfører slike ROS-analyser.

Analysen er bygd opp omkring identifisering av uønskede hendelser/trusler mot riktig helsehjelp, mulige konsekvenser, vurdering av sannsynlighet for at hendelsen inntreffer og vurdering av alvorlighetsgrad dersom hendelse inntreffer. Dernest synliggjøres hvilke tiltak som er innført for å redusere risiko, og det vurderes rest-risiko i henhold til en trafikklys-modell.

ROS-analysen er utført i samarbeid mellom ledelse og ansatte. Ifølge kommunalsjef og enhetsleder ble mange områder i hjemmetjenesten vurdert til rødt i trafikklys-modellen, men at iverksetting av tiltak utover vinteren 2022 har gjort at flere områder nå kan vurderes til grønt.

Eksempler på dette er innføring av årsturnus, oppdatering av rutiner/prosedyrer, økte ressurser og ansettelse av ernæringsfysiolog.

3.3.2 Avvikshåndtering

I hjemmetjenesten i Ørland meldes avvik i to ulike system, avhengig av avvikets art. Pasientavvik meldes i journalsystemet Gerica, og HMS-avvik meldes i kvalitetssystemet Compilo. Ledere og ansatte bekrefter at det meldes avvik i begge system. Flere av de revisor har intervjuet tilkjennegir at det trolig er variasjon blant ansatte når det gjelder hyppighet for melding om avvik. En av avdelingslederne peker på at manglende opplæring i hvordan man melder avvik kan være medvirkende årsak til variasjonen i avviksmeldinger.

Avdelingslederne har ansvar for å følge opp og lukke meldte avvik. Ved den ene avdelingen forteller avdelingsleder at pasientavvik skal meldes til avdelingsleder og at disse skal behandles jevnlig. Pasientavvikene meldes i tillegg muntlig umiddelbart, og håndteres når de oppstår. Dette gjelder uansett om de er meldt og kvittert for i Gerica. Avdelingsleder forteller at tidsnød de siste månedene har gjort at det ikke er foretatt noen gjennomgang i Gerica med tanke på kvittering/lukking av avvik. Avdelingsleder har heller ikke tatt ut rapporter vedrørende avvik. Dette skal gjøres i forbindelse med LTV-møtene⁴, men dette har fungert for dårlig. Sykefravær og avvik skal følges opp i LTV-arbeidet, men pr i dag er det avdelingsleder som håndterer dette. Den andre avdelingslederen forteller at avvik følges opp minimum én gang pr uke, og at det foretas en systematisk gjennomgang av avvik i LTV-gruppa.

Revisor er ikke kjent med at tjenestene på overordnet nivå har noen jevnlig gjennomgang av meldte avvik i de ulike tjenestene som grunnlag for det systematiske forbedringsarbeidet.

3.3.3 Bemanning og kompetanse

I hjemmetjenestens ROS-analyse for bemanning og kompetanse er det identifisert følgende risikoer som vil kunne påvirke kvalitet og regeletterlevelse:

- Manglende oppdaterte bemanningsplaner og kompetanseplaner
- Rekrutteringsutfordringer
- Manglende kompetanse
- Deltid/ heltidskultur
- Fravær
- For lite bemanning

⁴ LTV-gruppen er en partssammensatt gruppe som består av leder, tillitsvalgte og verneombud på hver enhet/avdeling. Gruppene drøfter utvikling av arbeidsmiljøet – organisering, planlegging og gjennomføring.

I intervju med ledelse og ansatte bekreftes det at de påpekte risikoene er tilstede, og at disse er forsterket under pandemien. Samtlige risikoer er vurdert til høy sannsynlighet (for at det inntreffer) og alvorlig konsekvens (stor betydning for liv og helse). Det er iverksatt flere risikoreduserende tiltak det siste året, deriblant innføring av årsturnus, ulike rekrutteringstiltak og fokus på nærværarbeid. I intervju bekreftes også at pandemien, med sykdom, fravær og smitteverntiltak, har medført at tjenester ikke har blitt utført. I perioder har det vært utfordrende å få utført alle tjenester innen praktisk bistand slik brukerne har krav på i henhold til vedtak. Det har i perioder vært nødvendig å prioritere tjenester knyttet til liv og helse. Ledelsen vil framheve godt samarbeid mellom tjenestene innen helse og familie under pandemien, og ikke minst ansattes evne til omstilling. De har hatt morgenmøter hver dag, hvor fokus har vært prioritering av bemanning og kompetanse den kommende dagen. Det vil si at ansatte og kompetanse har vært utnyttet mellom tjenestene for å opprettholde forsvarlig drift på daglig basis.

ROS-analysen viser også vurdering av rest-risiko etter gjennomførte risikoreduserende tiltak. Analysen viser at de fleste områdene er vurdert til grønt (lav sannsynlighet/konsekvens) etter gjennomførte tiltak. Den risikoen som fortsatt vurderes til gult nivå (moderat sannsynlighet/konsekvens), er manglende kompetanse. Tross hjemmetjenestens tiltak, så vil det alltid være en risiko for at man ikke har riktig kompetanse tilgjengelig til riktig tid.

Både i ROS-analyse og i intervju framkommer at hjemmetjenesten ikke har oppdatert informasjon om medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. I intervju framkommer at kompetanse er registrert i GAT⁵, men at informasjonen ikke er vedlikeholdt i forhold til eksempelvis gjennomførte medisinkurs.

En gjennomgang av KOSTRA nøkkeltall for helse og omsorgstjenestene viser at andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning har gått ned fra 2020 til 2021, og ligger pr i dag under både gjennomsnittet for landet for øvrig og KOSTRA-gruppe 8 (se figur under). I tillegg ser man at antall årsverk per bruker av omsorgstjenester ligger vesentlig under både landet og KOSTRA-gruppe 8 både i 2020 og 2021. Videre viser nøkkeltallene at netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter er lavere for Ørland enn landet for øvrig og sammenlignbare kommuner for både 2020 og 2021.

⁵ GAT – system for ressursstyring i store virksomheter (eks bemanningsplanlegging og personaloppfølging)

Tabell 1. Utvalgte nøkkeltall for kommunens helse- og omsorgstjenester

Nøkkeltall	Ørland		Kostragruppe 08		Landet uten Oslo	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	27140	30261	36106	39894	29272	33077
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	310,2	319,8	388,1	388,5	315,3	319
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	27,7	31,1	33	35,2	32,1	33,9
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	80	77,2	77,4	77,7	78,1	78,3
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0,44	0,42	0,6	0,59	0,58	0,58

Kilde: <https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/orland/helse-og-omsorgstjenester>

3.4 Vurdering

Revisor vurderer at hjemmetjenesten **har utført risiko og sårbarhetsanalyse** for å få oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Hjemmetjenesten har utarbeidet tiltak for å minimere risiko på de områder som er identifisert. Revisor har ikke mottatt informasjon om at slike analyser utføres jevnlig som en del av arbeidet med kvalitetsforbedring.

Revisor vurderer at **det er lagt til rette for å melde avvik i hjemmetjenesten**. Data viser også at avdelingslederne i hjemmetjenesten følger opp og lukker meldte avvik. Det er avdekket svakheter knyttet til den systematiske oppfølgingen av meldte avvik. Det er ved den ene avdelingen synliggjort at avvik ikke drøftes i LTV-møter som forutsatt. Det er ikke framkommet informasjon som viser at analyser av meldte avvik inngår i hjemmetjenestens planlegging eller arbeid med kvalitetsforbedring. Revisor vurderer det som **en svakhet at meldte avvik ikke inngår i hjemmetjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring**.

Revisor vurderer at hjemmetjenesten **ikke har oppdatert oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring**. Basert på informasjon framkommet i ROS-analyse og i intervju, så har ikke hjemmetjenesten oppdatert informasjon som grunnlag for planlegging av aktivitet i tjenesten og iverksetting av kvalitetsforbedrende tiltak. Revisor vurderer det som skjerpende at det i tillegg er synliggjort **betydelige utfordringer knyttet til bemanning og riktig kompetanse i tjenesten**.

4 HØRING

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon §14 skal revisor sende utkast til forvaltningsrevisjonsrapport til uttalelse til kommunedirektøren. En foreløpig rapport ble sendt til uttalelse til kommunedirektør i Ørland kommune den 8.8.22. Revisor fikk oversendt kommunedirektørens uttalelse den 23.8.22. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Kommunedirektørens innledning til uttalelse har medført at revisor i avsnitt 1.4 Metode har presisert at data er innsamlet i en periode rett etter pandemi, og at det er uvisst om innsamling av data i en annen periode ville vist andre funn.

Kommunedirektørens uttalelse har medført endringer i rapportens avsnitt 2.2, 2.3.3 og 2.4.3. Revisor har foretatt en tydeliggjøring av kravet til beholdningskontroll for B-preparater (2.2 Revisjonskriterier). I avsnitt 2.3.3 Legemiddelhåndtering, spesifikt i avsnitt om Narkotikaregnskap, så er det tydeliggjort skille mellom data knyttet til A-preparater, presisert begrensninger i revisors data og tatt inn informasjon fra kommunedirektørens uttalelse. Dette gjelder blant annet et tilsyn som skal være gjennomført. I samme avsnitt om Narkotikaregnskap er data tydeliggjort knyttet til B-preparater. I avsnitt 2.4.3 Vurderinger for legemiddelhåndtering, er det foretatt samme tydeliggjøring for skille mellom ulike krav til kontroll av A- og B-preparater.

Kommunedirektørens uttalelse har medført en presisering i avsnitt 5.1 Konklusjon. Dette gjelder bemannings- og kompetanseplaner, og hvorvidt planer er oppdatert. Bemanningsplaner er oppdatert i forbindelse med arbeidet med årsturnus. Denne oppdateringen er foretatt etter at ROS-analyse var utført.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor undersøkt om Ørland kommune har forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester. Undersøkelsene er gjort innen et utvalg av tema innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende brukere. Revisors overordnede konklusjon er at Ørland kommune bryter regelverk og egne rutiner på flere områder og at dette truer forsvarlig kvalitet i hjemmetjenestene i kommunen.

Revisor har undersøkt om Ørland kommune yter hjemmetjenester i tråd med regelverket. Det er valgt ut fem områder, som vi har undersøkt nærmere. Revisor konkluderer med at kommunen ikke yter hjemmetjenester i tråd med regelverket innenfor tre av fem undersøkte områder.

Kommunen tilfredsstiller lovkrav innen søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester, og innen aktivitetstilbud. Det er avdekket svakheter knyttet til kommunens systematiske arbeid med brukermedvirkning. Hjemmetjenesten følger ikke egne rutiner eller nasjonale anbefalinger knyttet til ernæring. Revisor konkluderer med at hjemmetjenesten bryter regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering på flere områder.

Videre har revisor undersøkt om Ørland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene. Revisor konkluderer med at kommunen har en systematisk tilnærming til ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten, men at det er svakheter på de undersøkte områdene.

Det er dokumentert at hjemmetjenesten har utført risikovurderinger, at de har system for å melde avvik og at avvik meldes. Hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men kompetanseplaner er ikke oppdatert. Revisor vurderer at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta jevnlig risikovurderinger, analyser og vurderinger av meldte avvik. Revisor registrerer at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risiko knyttet til bemanning og kompetanse.

5.2 Anbefalinger

Kommunedirektøren anbefales:

- Å gjennomføre fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten umiddelbart, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstiller nasjonale retningslinjer
- Å sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende brukere
- Å styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll)

KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og bruker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker).

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring).

Helsedirektoratet (2017) *Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>.

Helsedirektoratet (2018) *Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.

Justis- og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Norge. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.

Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Søknad og tildeling

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester:

- Forvaltningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet, 1967)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2017)

Det følger av forvaltningsloven §11 (veiledningsplikt) at kommunen plikter å informere om og veilede i kommunens tilbud av helse- og omsorgstjenester. Dette skal gi innbyggerne mulighet til å ivareta sine interesser og behov på en best mulig måte.

Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester jfr helse- og omsorgstjenesteloven §3-1. For å oppfylle denne plikten skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Bestemmelsen gir pasient og bruker rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Retten til tjenester gjelder alle pasient- og brukergrupper, og er dermed uavhengig av diagnose. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør på hvilken måte den organiserer sine tilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Når et hjelpebehov blir kjent, enten gjennom søknad eller melding om hjelpebehov, så må kommunen foreta saksbehandling. Etter forvaltningsloven §17 har kommunen en plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunen må derfor sikre at de har tilstrekkelige opplysninger for at saken kan avgjøres på faglig forsvarlig måte.

For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8 gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Utlede kriterier:

- Legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpebehovet skal utredes/kartlegges
- Det skal fattes vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester

Ernæring

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til ernæring:

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003)
- Ørland kommune, Rutine for «Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten.»

Kvalitetsforskriften § 3

Kvalitetsforskriftens § 3 om Oppgaver og innhold i tjenestene, sier følgende:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- ***fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat***
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*

- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

Fra kommunens gjeldende rutine for «Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten.»

- For hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten skal alle nye brukere veies ved første kartleggingsbesøk. Ved ernæringsproblemer veies pasienten etter avtale med fastlege.

Utlede kriterier:

- Alle personer innskrevet i hjemmesykepleien skal veies ved første kartleggingsbesøk.

Legemiddelhåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)
- Ørland kommune, rutiner på medisinerom (2022)
- Legemiddeloven (1992)
- Forskrift om legemiddelhåndtering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften

Oppbevaring av medikamenter /medisinrom

Lov 04.12.1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven) § 29 sier følgende:

Den som har legemidler i sin besittelse plikter å oppbevare dem forsvarlig

Legemiddelforskriftens § 6 har en tilsvarende bestemmelse

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

Rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer påpeker følgende:

Legemidler i virksomheten skal oppbevares i låsbare skap eller låsbare rom. Legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes.

Lovverket stiller få krav til utforming av medisinrom, men Norske Sykehusfarmasøyters Forening har gitt ut veilederen *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom*, datert 06.05.2021. Ettersom det ikke er lovkrav til utformingen av medisinrom, og kommunens egne rutiner ikke stiller noen krav til utformingen av medisinrom formuleres disse revisjonskriteriene som «bør»-kriterier.

I veilederen står følgende om selve lokalet:

«Størrelsen på medisinrommet må tilpasses avdelingen (...) som et minimum anbefales 12kvm for avdelinger med 16-20 sengeplasser».

for å sikre to i arbeidet på medisinrommet, samt at uvedkommende ikke får tilgang til legemiddellageret skal døren til medisinrommet alltid holdes låst. (...) rommet bør ikke være et gjennomgangsrom med flere dører

Kommunen skriver i sine retningslinjer at det skal gjennomføres dobbeltkontroll av alle opplegg av dosetter, revisor mener derfor at det er rimelig å kreve at det er plass til at to personer kan gjennomføre arbeidet inne på medisinrommet.

Når det gjelder temperatur kommer det frem av veilederen at det er viktig at medisin oppbevares i romtemperatur, med unntak av noen legemidler som skal oppbevares kjølig (i kjøleskap). Det står følgende:

Legemidler skal normalt oppbevares ved temperatur 15-25 grader celsius. Av hensyn til arbeidsmiljø anbefales imidlertid temperatur på 20-23 på medisinrommet

Det bør videre finnes en vask tilgjengelig for å opprettholde håndhygiene:

det bør være håndvask tilgjengelig med vegghengt såpedispenser, papirhåndklær, spritdispenser og hanskestativ tilgjengelig i rommet

I kommentarene til Legemiddelhåndteringsforskriften §8 Avfallshåndtering står det følgende:

Legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og utstyr som er brukt skal håndteres i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering. Dette betyr at kommunen må ha system for kassering av legemidler, og utføre dette i praksis.

Renhold er omtalt i medikamenthåndteringsrutinene for både institusjonsavdelingene og omsorgsboligene. Det er ulike intervaller for benkeplater, skap, skuffer, kjøleskap og vifter. I Norske Sykehusfarmasøytters Forening veileder *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom* står det følgende i punkt 4.5 om lagringsplass: *For å sikre optimalt renhold bør det ikke oppbevares esker eller utstyr på gulvet på medisinerommet.*

Ifølge «Konsensusbaserte standarder for beste praksis i legemiddelhåndtering tabell 2» utgitt av Sykepleien bør ukentlige rutiner på medisinerommet omfatte vask av dosetter.

Utlede kriterier:

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom.
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Kommunen må sikre renhold av medisinerommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Medisinerommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisineropplegg.
- Håndvask bør være tilgjengelig.

Opplegg og utdeling av medikamenter

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 sier følgende om krav til istandgjøring og utdeling: *Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.*

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhåndteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan få alvorlige følger for pasienten. I Læringsnotat fra meldeordningen IS-2774, «Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil», skriver Helsedirektoratet følgende: *Manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil hvis den utføres riktig og etter felles standarder.*

Ved tilbereding av medisiner skal det være dobbeltkontroll. Ifølge Malvik kommunes rutiner kontrolleres multidoser ved mottak, og det utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett.

Kommentarene til legemiddelforskriften definerer dobbeltkontroll slik: "(...) *når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre.*

Forskrift om legemiddelhåndtering § 8 sier at tilbereding av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte. I kravet til at tilbereding skal skje på faglig forsvarlig måte, ligger det et krav til helsepersonellens kompetanse. Helsepersonellet må ha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre tilbereding av legemidler på en forsvarlig måte. Utdanningene vernepleier og sykepleier anses for å inneha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. Malvik kommunes rutiner for medisinhåndtering er ansvaret for opplegg og dobbeltkontroll lagt til sykepleiere og vernepleiere.

Utlede kriterier:

- Opplegg og dobbeltkontroll av medisiner skal utføres av kvalifisert personell.
- Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.

Håndtering av A- og B-preparater

Det står følgende i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjetteledd, bokstav d:

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll (..) herunder: Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B er regulert i forskrift om legemiddelhåndtering § 9. Det står følgende:

Virksomheten skal:

a) dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.

b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften har kommentarer til § 9.

Om kontroll med legemidler i reseptgruppe A påpeker følgende: *Virksomheten har plikt til å dokumentere mottak og bruk av legemidler i reseptgruppe A. God regnskapspraksis vil, for*

eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat, styrke, legemiddelform og pakningsstørrelse. Mengden som mottas fra apotek eller på annen måte skal, uten ugrunnet opphold, føres inn i regnskapet, og hver delmengde, som tas ut skal, uten ugrunnet opphold, føres ut av regnskapet. Det skal noteres pasientens navn, dato og mengde (antall tabletter, antall plaster eller antall ml), og det er en god rutine å føre opp rekvirerende lege. Det skal summeres i regnskapet hva som er restmengde ifølge regnskapet og dette skal kontrolleres regelmessig mot faktisk mengde narkotika på lager. Mottak, utdeling, kassasjon og opptelling av restbeholdning skal kontrolleres og signeres av to kvalifiserte personer på enheten. Etter avtale med leverende apotek eller grossist, bør virksomheten hver måned få en samlet oversikt over alle A-preparater som er levert. Denne oversikten kontrolleres mot regnskapet. Det skal finnes prosedyrer for håndtering av avvik i regnskapet. A-regnskapet skal til enhver tid være oppdatert/ajourført, og kunne fremlegges for myndighetene.

Om håndtering av A-preparater i hjemmetjenesten står følgende:

I hjemmetjenesten håndterer helsepersonell også pasienters private legemidler. Så lenge legemidlene oppbevares i pasientens hjem, er dette ikke en del av virksomhetens legemidler og skal ikke tas med i narkotikaregnskapet. Hjemmetjenesten bør likevel føre oversikt over den mengde legemidler i gruppe A som håndteres for pasienten. Det å bestille legemiddel for en bruker og bringe legemidlet hjem til denne er å regne som legemiddelhåndtering i regi av hjemmetjenesten, og disse A-preparatene må regnskapsføres på lik linje med legemidler som oppbevares i virksomhetens medisinsrom fordi de doseres av hjemmetjenesten. Der A-preparater oppbevares på hjemmetjenestens kontor, skal det føres regnskap for hver pasients forbruk.

Om B-preparater står det følgende i rundskrivet:

B-preparater kan være vanedannende, og kan derfor misbrukes. (...) Forskriften stiller likevel ikke samme strenge krav til kontroll med B-preparater som med A-preparater. Virksomhetsleder skal sørge for at det innhentes oversikter over mottatte legemidler i reseptgruppe B og at dette sammenholdes med bruk på avdelings- eller enhetsnivå. Beholdningen av legemidler i gruppe B kan vurderes ut fra antall pasienter og deres forbruk av B-preparater. Ved mistanke om uregelmessigheter anbefales regnskapsføring som for A-preparater.

I praksis betyr dette at kommunen må ha et narkotikaregnskap for A-preparat hvor alle mottak og uttak dokumenteres, inkludert hva, når og hvor mye hver enkelt pasient mottar av medikamentet. Dette skal sammenholdes med faktisk bruk.

Utlede kriterier:

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Kommunen skal føre narkotikaregnskap for A-preparater.
- Avdelingene skal ha oversikt over mottatte B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk på avdelingene.

Brukermedvirkning

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til brukermedvirkning:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene presiserer kommunens plikter når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. I § 8 d. heter det at plikten til å evaluere innebærer å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. Dette betyr at kommunen på overordnet nivå må innhente og vurdere erfaringer fra de nevnte gruppene i sitt arbeid med utvikling av tjenestene. Kommunens plikter gjelder det løpende og systematiske arbeidet ledelse og kvalitetsforbedring. Det kan derfor forventes at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende innhentes og vurderes jevnlig.

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 slår fast at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre presiseres at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (red.anm. hjemmetjenester, institusjonstjenester, BPA).

Utlede kriterier:

- Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker

Aktivitetstilbud

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til aktivitetstilbud:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-2 skal kommunen tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter. Dagaktivitetstilbudet som tilbys skal bidra til å ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge/reducere isolasjon og ensomhetsfølelse. I tillegg vil dagaktivitetstilbudet kunne innebære avlastning og støtte til pårørende⁶.

Utlede kriterier:

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Risikovurderinger

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*. Dette er utdypet i veileder til forskriften:

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens/kommunen-bor-tilby-dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens#03924397-3b02-40d7-a47d-fb5d4cc57e62-begrunnelse>

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- *identifisere områder der svikt kan inntre ofte*
- *identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre*
- *forebygge svikt og uønskede hendelser*

Videre i forskriftens §6e pålegges virksomheten å planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Veileder til forskriften utdyper dette kravet til at bestemmelsen innebærer i praksis at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, beskrevet i § 6 d, vil også avdekke noen forbedringsområder.

Områdene bør prioriteres, og det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden. Det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Planen bør inneholde målsetning, tiltak, oversikt over ansvar for gjennomføring og tidsplan.

Utlede kriterier:

- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- planlegge hvordan risiko kan minimaliseres

Avvikshåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Dette kravet betinger at virksomheten har et system for å melde inn avvik og at det er lagt til rette for at ansatte kan melde avvik. *I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.*

Utlede kriterier:

- ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid

Bemanning og kompetanse

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6f heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.* Dette er utdypet i veileder til forskriften, som påpeker at *det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.*

Utlede kriterier:

- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Uttalelse til foreløpig rapport

Kvalitet i hjemmetjenestene

Før vi går inn på konkret innhold i rapporten ønsker vi å gjenta det som ble presisert i flere intervju/samtaler, og som er en del av helheten i Helse og familie. Tilsynet er gjennomført i en periode som ikke har vært en normalsituasjon i kommunen. Vi har etter kommunesammenslåing stått i en pandemi som har medført harde prioriteringer i bruken av tilgjengelige ressurser for å kunne gi brukere faglige forsvarlige tjenester. Ledere har vært nødt til å utføre direkte brukerrettede oppgaver, noe som har hatt en konsekvens.

2.3.1 og 2.4.1

Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Presisering av at det er totalt ca. 150 personer som har vedtak om hjemmesykepleie. Da er det kun medregnet brukere som har hjemmesykepleie. Det er brukere som har dagaktivitetstilbud og trygghetsalarm/velferdsteknologiske løsninger og de er ikke en del av de 150. Totalt har hjemmetjenesten ca. 300 brukere.

2.3.2 og 2.4.2

Ernæring

Det står beskrevet i rapporten at prosedyren *Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten* ble utarbeidet første gang 1.7.2012 og er revidert hhv 8.2.2019 og 16.3.2022. Fakta er at prosedyren er revidert årlig etter at den ble skrevet.

Skjema for helhetlig kartlegging av søkere til helse- og omsorgstjenester inneholder ikke krav til veiing. Fra tjenesten sin side vil det ikke være naturlig at kartlegger har med vekt og veier de som har søkt på Helse- og omsorgstjenester. Det vil ved første besøk av hjemmesykepleien være det som vil prioriteres. I tillegg har alle brukere samtykkekompetanse og det er mange brukere som ikke ønsker å bli veiet og ha bistand til ernæringsrettede tiltak. Dette blir dokumentert i pasient sin journal. Hjemmetjenesten er avhengig av at bruker ønsker dette og samtykker til dette.

Gjennom ROS analyse og erfaring er ernæringsjournal som brukes i dag svært ressurskrevende å bruke. Det har ikke vært ressurser til å følge opp dette på alle pasienter. Ved innføring av Helseplattformen vil ernæringsjournal bli et langt bedre verktøy, slik at dette avviket vil bli lukket med planlagte tiltak.

2.3.3

Legemiddelhåndtering

Når det gjelder renhold av medisinerom, vask av gulv og arbeidsbenker, så vil renhold innføre sjekklister slik at det blir signert når renhold gjennomføres. Hyppighet på renhold vil være det samme som i dag. Sjekklister for renhold av medisinskap innføres og vil utføres av medisins ansvarlig sykepleier.

Pasientene skal ha sine egne private dosetter. Dette vil skjerpes slik at alle har sine private dosetter, for å sikre hygiene. Det jobbes med denne saken og bestilles fortløpende dosetter.

Det vil ikke installeres vask på medisinerommene foreløpig.

Det er riktig at det ikke har vært ført kontroll av temperatur på medisinrommene. Det vil kjøpes inn temperaturmålere og innføres sjekklister. Solskjerming bestilles og monteres omgående.

Det er riktig at kun et av medisinrommene har eget kjøleskap. På den andre enheten oppbevares medikamentene i egen skuff i kjøleskap på vaktrom.

Dobbelsignering er en del av rutine, her vil det bli en gjennomgang på nåværende rutiner for å sørge for at dobbelsignering utføres.

Opplegg og dobbeltkontroll. Her skrives det at enkelte brukere får ferdig opplagt multidose fra apotek. Det må presiseres at det er ca. 95 % av brukerne som har bistand i medisinadministrering som får medisinen ved hjelp av multidose. Det er få pasienter som har dosett, det gjelder kun pasienter som har medikament som ikke kan pakkes i multidose.

Det vil av leder kontrolleres at utlevering skjer i henhold til krav og at utdeling skjer med medisinkort.

Det medfører riktighet at det er avviklet oppbevaring av medikamenter som skulle vært kassert. Dette må gjerne kontrolleres.

Det står som fakta at stikkprøver viser at det kun føres regnskap for leveranse og uttak av smerteplaster. På spørsmål om brukere ikke har eller skal ha andre A-preparat med krav til regnskap, så svarer ansatte at det kun er smerteplaster hvor de er pålagt å føre inn-/uttak. Dette er svært alvorlig og fremmed informasjon for ledere ved enhetene. Det er gjennomført en kontroll av regnskapene tilbake i tid og både plaster, tabletter, depottabletter og injeksjonsvæsker som er definert som A-preparat er det ført regnskap over. Ved tilsyn så var det ved den ene enheten ingen pasienter som brukte tabletter som ble lagt opp i dosett, de hadde det i multidose. Her er det ønskelig at revisjonen tar en gjennomgang av regnskapene slik at dette ikke blir stående som fakta.

Det er ikke krav om føring av regnskap av B-preparat.

Legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten er et punkt på sjekklister til primærbruker for årlig revurdering. Det vil da bli forespurt pasient om det er ønskelig og det bestilles da legetime til fastlege. Det er også god samhandling med farmasøyt og de gir tilbakemelding hvis de ønsker at det er kombinasjoner av legemidler som skal vurderes av fastlege.

Det vil bestilles farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten, med mål om at dette gjennomføres i oktober.

2.3.4 og 2.4.4

Brukermedvirkning

Bruker- og pårørendeundersøkelser som metode er viktig for å få kunnskap om opplevd kvalitet på tjenestene vi leverer.

Kommunen har så langt prioritert en bred medvirkningsprosess høsten 2021 i arbeidet med ny samfunnsplan for Ørland kommune.

I forbindelse med forskningsprosjektet: «*Brukere og pårørendes medvirkning og samskaping av kommunale helse og omsorgstjenester*», gjennomføres det nå intervju med et utvalg brukere og pårørende i hjemmetjenesten. Dette er et forskningsprosjekt som foregår i perioden 2021-2025 og som er et samarbeid mellom Ørland kommune og Høgskolen på Vestlandet

Det er viktig med den daglige dialogen med den enkelte pasient. Informasjon fra denne dialogen er med i revurderinger som gjøres. Denne informasjonen er svært verdifull. Erfaringen tilsier at i brukerundersøkelser er det også påførende som kan ha en påvirkning på svar.

Et system og metode for brukerundersøkelser i Ørland kommune skal utredes og beslattes høsten 2022.

3.4

Vurdering

I 2021 ble felles avvikssystem for alle ansatte i Ørland kommune introdusert og kommunen tok i bruk et kvalitetssystem hvor alle kommunens styringsdokumenter, prosedyrer og retningslinjer skal være tilgjengelig.

Dette arbeidet har fortsatt inn i 2022 og i løpet av høsten 2022 vil vi få på plass en struktur med et årshjul som beskriver aktiviteter og roller i Ørland kommunes overordnede internkontrollsystem.

Det er planlagt at Hjemmetjenesten skal jobbe for livsgledesertifisering fra høsten 2023.

«Ifølge Livsglede for eldre, er Livsgledehjem en nasjonal sertifiseringsordning som sikrer at de psykososiale behovene til beboere ved virksomheter med heldøgns eldreomsorg ivaretas systematisk» (Livsglede for eldre).

Ørland kommune baserer sin internkontroll på KS sin veileder «Orden i eget hus».

5.1

Konklusjon

Det står at hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men disse er ikke oppdatert.

Når det gjelder bemanningsplan er det for begge avdelingene lagt bemanningsplaner i forkant av utarbeidelse av årsturnus 2022. Denne er lagt inn i Turnusavtalen som er godkjent av NSF sentralt og Fagforbundet sentralt.

Ny bemanningsplan legges i forkant av hver årsturnus og den vil bli revidert i løpet av høsten 2022 som grunnlag for årsturnus 2023.



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no

Orientering om kommunestyrets behandling av søknad om fritak/etterlønn

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

34/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 21/62 - 15

Forslag til vedtak

Saken blir lagt fram uten forslag til vedtak.

Vedlegg

"Bernt svarer", Kommunal Rapport: Avslag på etterlønn var ulovlig vedtak
Utdrag fra møteprotokoll, kommunestyret 23.06.2022

Saksopplysninger

Kommunedirektøren er bedt om å orientere om saksbehandlingen av tidligere ordførers søknad om fritak fra ordførervervet og tre måneders ettergodtgjørelse.

Kommunestyret vedtok å innvilge fritak, men avslo punktet om ettergodtgjørelse. Det er reist tvil om vedtakets gyldighet i Kommunal Rapport (se vedlegg). Jan Fridthjof Bernt, som er spesialist i kommunalrett, skriver i sin faste spalte i avisa at vedtaket er ugyldig. Bernt skriver at "Kommunestyret har ingen plikt til å gi slikt fritak selv om lovens vilkår for dette er oppfylt, men om det skjer, er utgangspunktet søknaden om fritak fra den folkevalgte. Kommunestyret kan derfor ikke gi fritak med andre rammer eller annet innhold en det som er angitt der."

Bernt skriver også at kommuneloven og forarbeidene gir folkevalgte som har vervet som en hovedbeskjeftigelse en rett til ettergodtgjøring. Han konkluderer med at "... kommunestyrets vedtak om fritak uten etterlønn var ulovlig, og søknad om fritak må behandles på nytt. I mellomtiden er utgangspunktet at når det ikke foreligger lovlig vedtak om fritak, er ordføreren fortsatt ordfører. Men hvis ordfører rent faktisk har fratrådt på grunnlag av kommunestyrets vedtak, og ikke mottar godtgjøring fra kommunen etter dette, må han ha krav på etterlønn fra dette tidspunktet."

Kontrollutvalget har ingen rolle i saken om ettergodtgjørelse, men et kontrollansvar for saksbehandlingen: "... Kontrollutvalget har prinsipielt ikke noe tilsynsansvar overfor kommunestyret eller fylkestinget, men som ansvarlig kontrollinstans **kan og bør utvalget uttale seg dersom kommunestyret eller fylkestinget er i ferd med å treffe eller har truffet et vedtak som er ulovlig** (sekretariatets utheving)" Kommentar til kommuneloven §23-1, note 23-1-3 på www.retsdata.no. Kontrollutvalget har på denne bakgrunnen bedt kommunedirektøren om å redegjøre for hvordan saken blir håndtert videre.

Vurdering

Kontrollutvalget må ta stilling til den videre oppfølgingen av saken på bakgrunn av kommunedirektørens redegjørelse. Sekretariatet legger derfor saken fram uten forslag til vedtak.

Avslag på etterlønn var ulovlig vedtak

KommunalRapport 01.08.2022, Jan Fridthjof Bernt er professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Kan kommunestyret innvilge fritak, men avslå etterlønn?

SPØRSMÅL: Jeg leser i Kommunal Rapport om [en ordfører som søkte om fritak fra ordførervervet](#) under forutsetning om innvilgelse av tre måneders etterlønn. Alternativt søkte han om fritak fra 1. august, med 1,5 måneders etterlønn.

Da kommunestyret skulle behandle saken, vedtok de å innvilge fritak fra ordførervervet for resten av valgperioden, men avslo – i strid med innstillingen fra kommunedirektøren – å gi noen etterlønn.

Kan kommunestyret gjøre dette?

SVAR: Fritak fra verv som folkevalgt kan etter kommuneloven § 7–9 andre avsnitt etter søknad gis til den som «ikke kan ivareta vervet sitt uten at det fører til vesentlig ulempe».

Kommunestyret har ingen plikt til å gi slikt fritak selv om lovens vilkår for dette er oppfylt, men om det skjer, er utgangspunktet søknaden om fritak fra den folkevalgte. Kommunestyret kan derfor ikke gi fritak med andre rammer eller annet innhold enn det som er angitt der.

Hvis ikke dette er akseptabelt for kommunestyret, må de avslå søknaden og eventuelt be om en ny søknad som det kan innvilge.

Når ordfører her søker om slik etterlønn den første tiden etter at han fratrer, må det anses som en bindende forutsetning for søknaden, og vedtaket i kommunestyret må derfor anses som et avslag på denne.

Neste spørsmål bli så om kommunestyret hadde adgang til å avslå søknaden om etterlønn. Ut fra lovens ordlyd kan det se ut som om kommunestyret står fritt her. I kommuneloven § 8–8 første avsnitt står det at folkevalgte «som har vervet som sin hovedbeskjeftigelse, kan søke om ettergodtgjøring når de fratrer vervet».

Men i andre avsnitt omtales dette i en regel om avkorting som «Retten til ettergodtgjøring», og i forarbeidene fremgår det at det er slik loven skal forstås: Den folkevalgte må altså søke om etterlønn, men når det er gjort, har hun en rett til slik etter reglene i denne paragrafen.

Det betyr at kommunestyrets vedtak om fritak uten etterlønn var ulovlig, og søknad om fritak må behandles på nytt. I mellomtiden er utgangspunktet at når det ikke foreligger lovlig vedtak om fritak, er ordføreren fortsatt ordfører.

Men hvis ordfører rent faktisk har fratrådt på grunnlag av kommunestyrets vedtak, og ikke mottar godtgjøring fra kommunen etter dette, må han ha krav på etterlønn fra dette tidspunktet.

Slik godtgjøring vil han da ha krav på i alminnelig oppsigelsestid (tre måneder) hvis ikke annet er fastsatt i kommunal forskrift, se kommuneloven 8–6 første avsnitt andre setning.

22/108 Søknad om fritak fra verv som ordfører

Kommunedirektørens innstilling

1. Tom Myrvold innvilges fritak fra vervet som ordfører i Ørland kommune.
2. Fritak innvilges fra 23. juni 2022 og er gjeldende for hele valgperioden.
3. Det innvilges ettergodtgjøring i 3 måneder fra 23. juni 2022 til 22. september 2022. Retten til ettergodtgjøring avkortes krone for krone mot annen inntekt.

Kommunestyre 23.06.2022

Behandling

Kommunedirektørens innstilling punkt 1;
Tom Myrvold innvilges fritak fra vervet som ordfører i Ørland kommune.

Kommunedirektørens innstilling punkt 2;
Fritak innvilges fra 23. juni 2022 og er gjeldende for hele valgperioden.

Kommunedirektørens innstilling punkt 3;
Det innvilges ettergodtgjøring i 3 måneder fra 23. juni 2022 til 22. september 2022. Retten til ettergodtgjøring avkortes krone for krone mot annen inntekt.

Saken er unntatt offentlighet etter forvaltningslovens § 13, 1.ledd - noens personlige forhold. Det ble bemerkt at selve saksframlegget manglet henvisning til selve lovparagrafen.
Voteringen ble gjennomført med punktvis avstemming. Vedtaket skal være offentlig.

Votering nr 3 - Votering over forslag

Forslag: **Kommunedirektørens innstilling punkt 3:**

For: 7 stemmer (21%) - FRP 2, H 3, SV 1, UAVHENGIG 1

Mot: 27 stemmer (79%) - AP 12, MDG 1, SP 12, UAVHENGIG 2

Votering nr 2 - Votering over forslag

Forslag: **Kommunedirektørens innstilling punkt 2:**

For: 34 stemmer (100%) - AP 12, FRP 2, H 3, MDG 1, SP 12, SV 1, UAVHENGIG 3

Mot: 0 stemmer (0%)

Votering nr 1 - Votering over forslag

Forslag: **Kommunedirektørens innstilling punkt 1:**

For: 34 stemmer (100%) - AP 12, FRP 2, H 3, MDG 1, SP 12, SV 1, UAVHENGIG 3

Mot: 0 stemmer (0%)

KST - 22/108 vedtak

1. Tom Myrvold innvilges fritak fra vervet som ordfører i Ørland kommune.
2. Fritak innvilges fra 23. juni 2022 og er gjeldende for hele valgperioden.

Oppfølging av politiske saker

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

35/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 21/61 - 10

Forslag til vedtak

Saken blir lagt fram uten forslag til vedtak.

Saksopplysninger

Saken blir satt opp til alle møtene i kontrollutvalget. Medlemmene i utvalget kan ta opp saker som de har merket seg, utvalget tar stilling til eventuell videre oppfølging.

Referatsaker

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

36/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 22/179 - 4

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar referatsakene til orientering.

Vedlegg

Rapport fra tilsyn med vedtak om spesialundervisning

Dokumentasjonsliste

Advokatfirma konkluderer med at Helseplattformen brøt forskrift

Ytringsfriheten kan ikke begrenses mer for folkevalgte enn andre

Saksopplysninger

Disse referatsakene blir lagt fram i møtet:

1. Rapport fra tilsyn med vedtak om spesialundervisning.
2. Helseplattformen brøt forskrift
3. Ytringsfriheten kan ikke begrenses mer for folkevalgte enn for andre.

TILSYNSRAPPORT

VEDTAK

Spesialundervisning:

Å fatte vedtak om spesialundervisning

Ørland kommune – Brekstad barneskole

02.08.2022

Sammendrag

Vi fører tilsyn med Ørland kommune. Temaet for tilsynet er spesialundervisning. Formålet med tilsynet er å bidra til at alle elever får et godt utbytte av opplæringen. Elever med behov for spesialundervisning er gitt rettigheter i opplæringsloven for å sikre at også disse elevene, får et godt utbytte av opplæringen.

Hovedtemaet i tilsynet er: Å fatte vedtak om spesialundervisning.

Under dette temaet kontrollerer vi skolens praksis når det gjelder å fatte vedtak om spesialundervisning etter opplæringsloven §§ 5-1, 5-3, 5-4, og om saksbehandlingen er i henhold til saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven §§ 2, 11a, 17, 23, 25 og 27. Videre skal vi vurdere om saksbehandlingen oppfyller rettighetene i Barnekonvensjonen artikkel 3 og 12.

Tilsynet ved Brekstad barneskole

Statsforvalteren besøkte Brekstad barneskole den 29. og 30. mars 2022, for å snakke med foresatte, ansatte, rektor og skoleeier. Intervjuene ble gjennomført på disse to dagene, intervjuet med eleven ble gjennomført påfølgende uke. I tillegg har rektor gjennomført en egenvurdering, som er blitt sendt inn til oss sammen med tilhørende dokumentasjon.

Oppsummering av Statsforvalterens vurdering

Med utgangspunkt i den informasjonen vi har mottatt gjennom egenvurderingen, skolens dokumentasjon og intervjuene har vi vurdert at skolen har en innarbeidet fremgangsmåte for å fatte vedtak om spesialundervisning. Vi ser at skolen har rutiner for å innhente samtykke fra foresatte, samt innhenter uttalelser om sakkyndig vurdering fra foresatte og elever. Vi ser videre at det opplyses om hvor lenge vedtakene varer, at vedtaket inneholder informasjon om hvordan spesialundervisningen skal organiseres, om innholdet i spesialundervisningen, samt om det er behov for særskilt kompetanse. Vi ser også at skolens vedtak samsvarer med sakkyndig vurdering. Vedtakene inneholder opplysninger om klagerett, og om retten til å se sakens dokumenter.

Statsforvalteren avdekket fire brudd på lovkravet, som fremgår av den foreløpige rapporten. Dette omhandlet skolens plikt til å sørge for at saken er tilstrekkelig opplyst før det fattes vedtak, samt plikten til å fatte vedtak så raskt som mulig. Videre manglet vedtakene opplysninger om omfanget spesialundervisningen skal ha. Vedtakene manglet også vurderinger av barnets beste. I dette vedtaket fremgår det at etter at skolen har oversendt dokumentasjon, vurderer vi at det foreligger tre brudd på lovkravet, og at kommunen nå oppfyller lovkravet knyttet til plikten til å fatte vedtak så raskt som mulig.

Vedtak med pålegg om retting

Dere mottok den foreløpige tilsynsrapporten den 18.05.2022, og sendte inn kommunens og skolens uttalelser om den innen fristen den 08.06.2022. Vi fatter med dette vedtak med pålegg om retting. Dere har rettefrist til den **02.11.2022**.

1	Innledning	6
1.2	Kort om Ørland kommune og Brekstad barneskole	6
1.3	Arbeidsmåter ved Brekstad barneskole	6
1.4	Gjennomføringen av tilsynet.....	6
2	Å fatte vedtak om spesialundervisning	7
2.1	Innhenter skolen samtykke fra elever over 15 år og foreldre til elever under 15 år, før skolen fatter vedtak.....	8
2.1.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner	8
2.2	Gir skolen eleven og foreldrene mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen, før skolen fatter vedtak?	9
2.2.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner	10
2.3	Sørger skolen for at saken er tilstrekkelig opplyst før den fatter vedtak om spesialundervisning?	12
2.3.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	12
2.4	Fatter skolen vedtak så snart som mulig i alle saker der PPT har gjennomført en sakkyndig vurdering?	14
2.4.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	14
2.5	Inneholder vedtakene opplysninger om hvor lenge vedtakene varer.	17
2.5.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner	17
2.6	Inneholder vedtakene opplysninger om omfanget av spesialundervisningen, det vil si antall timer spesialundervisning samlet og i hvert av fagene?.....	17
2.6.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner	18
2.7	Inneholder vedtakene opplysninger om hvilket innhold spesialundervisningen skal ha?	21
2.7.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	21
2.8	Inneholder vedtakene opplysninger om hvordan skolen skal organisere spesialundervisningen?	23
2.8.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	24
2.9	Inneholder vedtakene opplysninger om det er behov for personer med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisning?	25
2.9.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	25
2.10	Begrunner skolen vedtak som ikke samsvarer med den sakkyndige vurderingen, ved å vise hvorfor elevene likevel kan få et forsvarlig utbytte av opplæringen?	26
2.10.1	Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	27
2.11	Tar skolen stilling til hva som er barnets beste når den fatter vedtak om	

spesialundervisning?	28
2.11.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	28
2.12 Inneholder enkeltvedtakene, eller oversendelsen av enkeltvedtakene informasjon om klageadgang, klagefrist, klageinstans og informasjon om at klagen skal sendes til skolen?	30
2.12.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	30
2.13 Inneholder vedtakene informasjon om retten til å se sakens dokumenter?	31
2.13.1 Observasjoner, vurderinger og konklusjon.....	31
3 Vedtak med pålegg om retting	32
3.1 Oppfølging av påleggene	32
4 Dere kan gi tilbakemelding om rapporten.....	32

1 Innledning

Vi fører tilsyn med offentlige skoler, jf. opplæringsloven § 14-1 første ledd, jf. kommuneloven kapittel 30. I tilsyn kontrollerer vi om skolene oppfyller opplæringsloven med forskrifter.

Det er kommunen som har det overordnede ansvaret for at kravene i opplæringsloven blir overholdt, jf. oppl. § 13-10 første ledd. Ørland kommune har ansvaret for at Brekstad barneskole retter opp brudd i regelverket.

Våre tilsyn er offentlig myndighetsutøvelse, noe som innebærer at vi skal gjennomføre tilsynet i samsvar med reglene i forvaltningsretten og offentlighetsloven. I tilsynet behandler vi personopplysninger. Les mer om vår behandling av personopplysninger på [www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/](http://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/tilsyn/).

1.2 Kort om Ørland kommune og Brekstad barneskole

Grunnskolen i Ørland kommune består av 4 barneskoler og 2 ungdomsskoler. Brekstad barneskole har 224 elever fra 1. til 7. trinn. Det følger av tall fra GSI at ca. 3,97 % av elevene på 1-4 trinn og 7,14 % av elevene på 5-7 trinn, på Brekstad barneskole har vedtak om spesialundervisning. Tallene refererer til GSI-opplysninger for skoleåret 2021/2022.

1.3 Arbeidsmåter ved Brekstad barneskole

Av samtalene med både rektor og de øvrige ansatte på skolen, samt av dokumentasjonen fremgår det at skolen har en fast fremgangsmåte knyttet til å fatte vedtak om spesialundervisning. Det er rektor og tiltaksleder som sammen fatter vedtak om spesialundervisning. Den konkrete gjennomføringen av spesialundervisningen er det de ansatte på skolen som gjør. Ut over den konkrete gjennomføringen av vedtaket er de ansatte også deltagende når det skal sendes henvisning til PPT.

1.4 Gjennomføringen av tilsynet

Vi åpnet tilsyn med Ørland kommune i brev av 24. januar 2022. Vi gjennomførte førveiledningsmøte den 26.01.2022 med alle kommunens grunnskoler. Den 10.02.2022 varslet vi om at det stedlige tilsynet ville finne sted på Brekstad barneskole. Vi etterspurte dokumentasjon som skulle illustrere den reelle praksisen skolen har på å fatte vedtak om spesialundervisning. Det var i hovedsak sakkyndig vurdering og vedtak om spesialundervisning vi etterspurte som dokumentasjon, men også rutinebeskrivelser knyttet til saksbehandlingen når skolen fatter vedtak om spesialundervisning. Kommunen sendte inn dokumentasjon til oss den 08.03.2022 og den 09.03.2022. Dokumentasjonen bestod av 8 sakkyndige vurderinger med tilhørende vedtak, interne rutiner for Ørland kommune, diverse referat fra møter, skjema for samtykke til spesialundervisning, samt egenvurdering i RefLex.

Det stedlige tilsynet

Det stedlige tilsynet ble gjennomført 29.03.2022 og 30.03.2022. Den første dagen ble det gjennomført et åpningsmøte med skoleeier, rektor og de ansatte på skolen som skulle delta i tilsynsprosessen ved å bli intervjuet. Etter åpningsmøtet ble det gjennomført to intervjuer med ansatte-grupper på Brekstad barneskole, intervju med skoleeier samt samtale med foresatte. Den påfølgende dagen ble det gjennomført intervju med rektor, samt tiltaksleder. Intervjuet med en elev ble gjennomført påfølgende uke. Vi avsluttet tilsynet med en oppsummering på dag to hvor rektor og skoleeier var til stede, der vi fortalte om foreløpige positive funn, samt informerte om områder vi på det tidspunktet vurderte at vi ville måtte se nærmere på om var i tråd med regelverket. Det ble sendt ut en foreløpig rapport den 15.05.2022, fristen for tilbakemelding ble, etter avtale med kommunen, satt til den 08.06.2022. Kommunen sendte uttalelse knyttet til foreløpig rapport innen fristen. I tillegg oversendte kommunen 2 vedtak med tilhørende sakkyndig vurdering. Kommunen oversendte videre «Håndbok for forsterket innsats for oppvekstsektoren i Ørland kommune», instruks for Brekstad barneskole om å fatte vedtak om spesialundervisning, møtereferat, samtykkeskjema samt «Skjema for forsterket innsats i barnehager og Grunnskoler i Ørland kommune», datert 20.04.2022.

Temaet for tilsynet er: Spesialundervisning. Vi har kontrollert følgende undertema:

- **å fatte vedtak om spesialundervisning**, jf. opplæringsloven §§ 5-1, 5-3, 5.4, og forvaltningsloven §§ 2, 11a, 17, 23, 25, 27, og Barnekonvensjonen artikkel 3 og 12.
- Vi har ikke sett på hvordan dere oppfyller andre krav i regelverket.

Formålet med tilsynet er å bidra til at alle elever får et godt utbytte av opplæringen. Elever med behov for spesialundervisning er gitt rettigheter i opplæringsloven for å sikre at også disse elevene, får et godt utbytte av opplæringen.

Dersom Ørland kommune og Brekstad barneskole ikke følger regelverket, kan vi pålegge retting.

Det er kommunen som har det overordnede ansvaret for at kravene i opplæringsloven blir overholdt, jf. opplæringsloven § 13-10. Vi gir derfor eventuelle pålegg i tilsynet til kommunen som har ansvaret for at skolen retter opp brudd på regelverket.

I denne rapporten presenterer vi våre endelige vurderinger og konklusjoner.

2 Å fatte vedtak om spesialundervisning

Statsforvalteren har undersøkt om Ørland kommune sørger for å fatte vedtak som oppfyller retten til spesialundervisning, jf. opplæringsloven §§ 5-1, 5-2 og 5-4. Kontrollpunkt med rettslige krav, samt dokumentasjon fra skolen med Statsforvalterens vurderinger og konklusjoner følger:

2.1 Innhenter skolen samtykke fra elever over 15 år og foreldre til elever under 15 år, før skolen fatter vedtak.

Rettslig krav

Det skal hentes inn samtykke fra foreldrene/eleven før det blir truffet enkeltvedtak om spesialundervisning. Dersom det ikke blir gitt samtykke, kan det ikke treffes enkeltvedtak om spesialundervisning.

Foreldrene til elever under 15 år må gi sitt samtykke før det fattes vedtak om spesialundervisning. At foreldrene ikke protesterer mot at skolen fatter vedtak om spesialundervisning, er ikke det samme som å gi et samtykke.

Begge foreldrene må samtykke til vedtak om å sette i gang spesialundervisning, selv om barnet bare bor fast hos den ene.

Elever over 15 år må gi sitt samtykke før skolen fatter vedtak om spesialundervisning. At elevene ikke protesterer mot at skolen fatter vedtak om spesialundervisning, er ikke det samme som å gi et samtykke.

Rettslig grunnlag

Opplæringsloven § 5-4 andre ledd og Barneloven §§ 30 og 32

2.1.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner

Observasjon og dokumentasjon

I RefLex fremgår det at rektor har svart at de innhenter samtykke fra foreldrene til elever under 15 år, før de fatter vedtak om spesialundervisning. Han utdyper at de har startet å hente inn samtykke før de fatter vedtak om spesialundervisning, dette gjorde de ikke tidligere. Skoleeier svarer ja i RefLex på at de innhenter samtykke før de fatter vedtak, og utdyper at kommunen må jobbe med å sikre denne praksisen bedre slik at foresatte vet med sikkerhet at de er orientert og har samtykket.

I kommunens rutiner for spesialundervisning fremgår det at «foresatte skal varsles før vedtak fattes, og gis anledning til å uttale seg».

Rektor opplyser i intervjuet at de ikke hadde rutiner for å innhente samtykke tidligere, men at de nå gjør dette. Han forteller at de nå har endret praksis og at de har møter med foresatte der de går gjennom sakkyndig vurdering med dem. De samtykker til vedtaket i dette møtet, dersom de er enige. Han opplyser også at i dette møtet har elevene mulighet til å være med. Rektor opplyser at foresatte har fått oversendt sakkyndig vurdering av PPT før de har møtet. De går gjennom hva sakkyndig vurdering innebærer og spør om de ønsker å samtykke. Rektor opplyser også at de har utarbeidet en instruks vedrørende å fatte vedtak om spesialundervisning, og at de innhenter samtykke fra begge foresatte.

Av den oversendte dokumentasjonen fremgår det eksplisitt i et av vedtakene at det er innhentet samtykke fra en foresatt. Av de øvrige åtte vedtakene fremgår det ikke eksplisitt at foresatte har samtykket til vedtaket. I to av vedtakene, datert 19.10.2020 og 08.02.2021 fremgår det at «Ørland PPT har etter samtykke oversendt sakkyndig

vurdering til skolen».

I de tre nyeste sakene der vedtak er fattet, der vedtakene er datert 07.03.2022, 08.03.2022 og 28.02.2022, er det i tillegg oversendt dokumentasjon i form av samtykkeskjema der det fremgår eksplisitt at foresatte har samtykket til at det skal fattes vedtak om spesialundervisning.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt.

Brekstad barneskole er en skole som kun har elever som er under 15 år. Vurderingen vil derfor knytte seg til om skolen innhenter samtykke fra foreldrene til elever under 15 år, før skolen fatter vedtak om spesialundervisning.

I intervjuet, og i sin besvarelse i RefLex uttaler rektor at de nå har gjort endringer i rutinen etter at de har blitt kjent med hvilke plikter skolen har for å innhente samtykke fra foresatte til elever under 15 år.

Statsforvalteren har merket oss at de 6 første vedtakene ikke inneholder opplysninger om at skolen har innhentet samtykke. Rektor opplyser videre om at dette ikke var praksis tidligere. Statsforvalteren vurderer imidlertid at skolens nåværende praksis er i tråd med de rettslige kravene. Vi har i vurderingen lagt vekt på at skolen har oversendt dokumentasjon på at samtykke er innhentet i vedtakene som er fattet etter praksisendringen. Dette er dokumentert i form av signerte samtykkeskjema i disse sakene. Vi har videre vektlagt rektors opplysninger i intervjuet om at det gjennomføres ett møte i forkant av at det skal fattes vedtak, der både skole og foresatte er til stede. Det opplyses at det tas en gjennomgang av sakkyndig vurdering og foresatte blir eksplisitt spurt om de samtykker til at det skal fattes vedtak om spesialundervisning. Eventuelt samtykke blir deretter formalisert i et samtykkeskjema som foresatte signerer. Vi vurderer at de samlede opplysningene om møtet som gjennomføres samt samtykkeskjemaene som er oversendt innebærer at foresatte gis en mulighet til å gi et reelt og informert samtykke til spesialundervisning.

Vi har på bakgrunn av en helhetlig vurdering av den dokumentasjonen som foreligger vurdert at skolen har sannsynliggjort at de har en praksis på at de innhenter samtykke fra foresatte til elever under 15 år, og at dette er i tråd med lovkravet.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.2 Gir skolen eleven og foreldrene mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen, før skolen fatter vedtak?

Rettslige krav

Eleven eller foreldre skal få mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen, før skolen fatter vedtak.

I saksbehandlingen skal skolen gi eleven mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen. Det er viktig at eleven får nødvendig informasjon for å kunne ta stilling til om hun eller han vil uttale seg, hva saken gjelder, hvorfor og hvordan skolen

vil gjennomføre samtalen. Skolen må tilrettelegge samtalen, slik at eleven ikke opplever samtalen som en byrde, og eleven får muligheten til å uttrykke sitt syn på saken. Dersom eleven har spesielle utfordringer knyttet til kommunikasjon, må det tilrettelegges slik at eleven allikevel får gi uttrykk for sine synspunkter. Eleven kan ha med seg foreldrene eller andre som støtte, eller få dem til å uttale seg på sine vegne.

Foreldre til elever under 18 år må få gjøre seg kjent med den sakkyndige vurderingen og få rimelig tid til å uttale seg om innholdet, før skolen fatter vedtak om spesialundervisning.

Rettslig grunnlag

Opplæringsloven § 5-4 andre og tredje ledd, og barnekonvensjonen artikkel 12

2.2.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner

Observasjoner og dokumentasjon

Rektor svarer ja i RefLex på om de gir elevene mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurdering, før de fatter vedtak. Han utdyper at de kan uttale seg hvis de ønsker det, men at de tidligere ikke hadde denne praksisen. Rektor svarer videre ja på om foreldrene får uttale seg, og utdyper at ved de tre seneste enkeltvedtakene om spesialundervisning har foreldrene på forhånd fått mulighet til å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen, dette gjorde de ikke tidligere.

Av innsendelsen i RefLex fremgår det videre at skoleeier svarer ja, både på at de gir elevene mulighet til å uttale seg om innholdet i sakkyndig vurdering, samt foreldrene. Hun utdyper at de må jobbe for å sikre denne praksisen bedre slik at elevene vet med sikkerhet at han/hun har fått uttale seg, dette også med tanke på elevenes forutsetninger.

Av rutinebeskrivelsene for kommunen, som er oversendt fremgår det at foresatte skal varsles før vedtak fattes, og gis anledning til å uttale seg.

I intervjuet viser rektor til møtet skolen har i forkant av at det fattes vedtak om spesialundervisning. Foreldrene har mulighet til å uttale seg om sakkyndig vurdering, etter gjennomgangen av den. Han uttaler også i intervjuet at de i møtene sier noe om organiseringen, at for eksempel noen elever uttaler at de ønsker å være inne i klassen, og noen ønsker å ikke være det. Skoleeier uttaler i sitt intervju at det skal være kontakt mellom skolen og hjemmet i forkant av at det fattes vedtak, men er usikker på hvordan dette gjøres på hver enhet.

I sine respektive intervjuer forteller både kontaktlærere og tiltaksleder at det nå har skjedd en endring i praksis fra tidligere, og at det gjennomføres møter med foresatte i forkant av at det fattes vedtak, at de går gjennom sakkyndig vurdering og at foresatte får uttale seg i dette møtet. Kontaktlærerne opplyser at også de har deltatt på slike møter, og anser det som positivt, og at man får en annen dialog med hjemmet.

Foresatte forteller i sitt intervju at de har fått uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen, før det ble fattet vedtak. De opplyser at de har fått uttale seg om dette gjennom ett møte med skolen. Eleven uttalte i sitt intervju at eleven har snakket med skolen om hvilken hjelp eleven skal få, eleven fikk også mulighet til å uttale seg, og syntes det var et greit møte.

Av 8 av vedtakene Statsforvalteren har fått oversendt fremgår det ikke eksplisitt informasjon om at eleven og foresatte har fått uttalt seg om sakkyndig vurdering. I ett av vedtakene fremgår det at de fatter vedtak etter ønske fra foreldrene, men ingen ytterligere informasjon knyttet til dette.

Det er oversendt dokumentasjon fra ulike møter som er gjennomført den 03.02.2022, 17.02.2022 og 18.02.2022 og der sakkyndig vurdering ble gjennomgått og foresatte har fått uttale seg om innholdet. Det fremgår av ett av møtetreferatene at eleven var til stede i møtet og uttalte seg konkret om innholdet i den sakkyndige vurderingen.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt

Statsforvalteren vil innledningsvis vise til de samlede opplysningene som fremgår av de intervjuene som er gjennomført. Både rektor og de øvrige ansatte, samt foresatte forteller i intervjuet om en praksis som skolen nå har, om å gjennomføre ett møte med foresatte i forkant av at det fattes vedtak om spesialundervisning.

I vurderingen har vi vektlagt at det fremgår av opplysningene fra intervjuene at skolen foretar en konkret gjennomgang av innholdet i den sakkyndige vurderingen, i noen tilfeller har også PPT vært til stede for denne gjennomgangen. Videre opplyses det at foresatte blir spurt i dette møtet om de ønsker å uttale seg om innholdet i den sakkyndige vurderingen. Av de tre referatene som er oversendt fremgår det også at det foretas en konkret gjennomgang av innholdet i den sakkyndige vurderinger og at foresatte kommer med kommentarer til innholdet. Statsforvalteren vurderer at dette samlet sett taler for at foresatte gis nok informasjon til å reelt sett kunne uttale seg om innholdet i sakkyndig vurdering.

Av dokumentasjonen som er oversendt fremgår det at det kun har vært ett tilfelle der en elev har deltatt på ett slikt møte, og dermed har uttalt seg om den sakkyndige vurderingen. Det fremgår av referatet fra dette møtet at eleven har kommet med konkrete kommentarer knyttet til innholdet i sakkyndig vurdering. Rektor opplyser i intervjuet at elevene har mulighet til å være med på møtet, men at noen foresatte ikke ønsker at eleven skal være med, av ulike årsaker. Rektor opplyser at de ønsker å arbeide med å se på hvordan de kan legge dette frem for foreldrene, slik at flere elever blir med på møtene. Han opplyser også om at når eleven er med på møtet prøver de å legge til rette for et språk som eleven forstår.

Når vi skal vurdere om skolens praksis er i tråd med loven på dette punktet, skal vi legge til grunn det faktum som fremstår som mest sannsynlig. På bakgrunn av en helhetlig vurdering av opplysningene i intervjuene, samt referatene fra møtene vurderer vi at det er sannsynliggjort at skolen gir foresatte mulighet til å uttale seg om sakkyndig vurdering før det fattes vedtak i saken. Vi vurderer videre at det fremgår av sakens dokumenter at også elevene gis mulighet til å uttale seg om sakkyndig vurdering før skolen fatter vedtak. Vi har merket oss at rektor opplyser at det ikke er alltid foresatte ønsker at eleven skal være med. Vi har imidlertid lagt avgjørende vekt på at de forteller at eleven gis en mulighet til å være med, og at når eleven er med på samtalen tilpasses språket etter eleven. Vi vurderer at referatet som er sendt over fra et slikt møte understøtter dette, og viser at eleven gis en reell mulighet til å uttale seg.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt

2.3 Sørger skolen for at saken er tilstrekkelig opplyst før den fatter vedtak om spesialundervisning?

Rettslige krav

Dersom utredningen eller anbefalingen i den sakkyndige vurderingen er mangelfull, eller det mangler andre opplysninger i saken, skal skolen be PPT eller andre om supplerende opplysninger.

Skolen kan ikke fatte vedtak dersom den sakkyndige vurderingen er mangelfull.

Den som fatter vedtak, har et selvstendig ansvar for å vurdere om alle nødvendige opplysninger foreligger.

Skolen er ansvarlige for å ha oppdatert informasjon om eleven og opplæringssituasjonen før de fatter vedtak. I noen tilfeller er ikke den sakkyndige vurderingen tilstrekkelig til å opplyse saken. For eksempel kan årsrapporten vise en utvikling hos eleven som skolen må ta hensyn til når det fattes vedtak.

Dersom elever eller foreldre har hentet inn en alternativ vurdering fra andre sakkyndige enn PPT, må skolen også vurdere denne når det fattes vedtak.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven § 17.

2.3.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

I besvarelsen i RefLex fremgår det at rektor svarer nei på om de innhenter flere opplysninger fra PPT dersom den sakkyndige vurderingen er mangelfull. Han utdyper at de har vurdert om de har de nødvendige opplysningene i sakene, men at det de ser er at de kunne etterspurt mer konkrete opplæringsmål i enkelte saker. På spørsmål om de fatter vedtak på bakgrunn av oppdatert informasjon svarer rektor ja, og utdyper at de går ut ifra nyeste sakkyndige vurdering.

Skoleeier svarer i besvarelse i RefLex nei på om de innhenter flere opplysninger fra PPT dersom den sakkyndige vurderingen er mangelfull. Hun utdyper at hun er usikker på i hvor stor grad dette gjøres, samtidig så foregår det en dialog mellom skole og PPT hvis det er uklarheter rundt sakkyndig vurdering. Skoleeier svarer ja på at de fatter vedtak om spesialundervisning på bakgrunn av oppdatert informasjon.

I intervjuet uttaler rektor at de innhenter informasjon i møtet med foresatte, og eleven dersom eleven ønsker det. Sakkyndig vurdering er kilden, tiltaksleder og rektor har møter og drøftinger om sakkyndig vurdering og vedtak, det kan være rapporter fra andre, samt uttalelser fra kontaktlærere som også er med i vurderingen.

Rektor opplyser videre i intervjuet at de må endre sin praksis knyttet til å vurdere om sakkyndig vurdering er tilstrekkelig/mangelfull. De må arbeide med PPT og for eksempel avvik må være tydeliggjort. Hvis det er flere ting som er utydelig må de nå begynne å se

på om de kanskje må be om en ny sakkyndig vurdering.

Av rutinebeskrivelsene som er oversendt, som gjelder for hele kommunen, fremgår det hvilke krav som er gjeldende for sakkyndig vurdering. Det fremgår videre at rektor må vurdere om sakkyndig vurdering er så tydelig med hensyn til innhold, omfang og organisering at rektor kan legge den til grunn for å fatte vedtak. Det fremgår også av rutinene at dersom sakkyndig vurdering ikke oppfyller kravene i loven skal rektor be PPT om en ytterligere presisering og konkretisering.

Statsforvalterens vurderinger i foreløpig rapport

Statsforvalteren bemerket i den foreløpige rapporten at det er vårt generelle inntrykk at de sakkyndige vurderingene belyser og utreder den enkelte elevs lærevansker.

Statsforvalteren viste imidlertid til at vi påpekte flere mangler i vedtakene under punkt 2.6 og 2.11. Dette gjelder om vedtaket inneholder opplysninger om omfanget av spesialundervisningen, samt om skolen har tatt stilling til hva som er barnets beste når vedtak fattes.

Når den sakkyndige vurderingen er mangelfull, må skolen be PPT eller andre sakkyndige om flere opplysninger før det fattes et vedtak. Sagt med andre ord, den som fatter vedtaket har et selvstendig ansvar for å vurdere om alle nødvendige opplysninger foreligger før det treffes vedtak.

Vi påpekte, under punkt 2.6 at vedtakene er uklare når det gjelder beskrivelsen av omfanget av spesialundervisningen. Vedtakene følger de sakkyndige vurderingene på dette punktet, og når de sakkyndige vurderingene er uklare burde det vært innhentet ytterligere opplysninger fra PPT, eller annen sakkyndig instans.

På bakgrunn av en helhetlig vurdering fant vi at det er sannsynliggjort at skolen ikke sørger for at saken er tilstrekkelig opplyst før den fatter vedtak om spesialundervisning. Vi merket oss at det fremgår av kommunens rutiner at dersom sakkyndig vurdering ikke fyller lovkravet skal rektor kontakte PPT for ytterligere konkretisering. Vi fant likevel på bakgrunn av en vurdering av den dokumentasjonen som er oversendt at lovkravet ikke var oppfylt. Vi viste til at skolen har et selvstendig ansvar for å vurdere om det er tilstrekkelige opplysninger, og må før den fatter vedtak om spesialundervisning vurdere om det er behov for å hente inn mer informasjon, eller om skolen kan ta en avgjørelse basert på den informasjonen den har.

Kommunens kommentarer til foreløpig rapport

Ørland kommune, ved Brekstad barneskole har i sin redegjørelse uttalt at plikten blir vektlagt i Håndbok for forsterket innsats, i den interne instruks for Brekstad barneskole samt synliggjøres i to nye vedtak. Tiltak som de viser til i redegjørelsen er grundig gjennomgang av sakkyndig vurdering sammen med PPT, informasjon mellom lærere og ledelse om eventuelle endringer rundt elevens situasjon, evaluering av årsrapport i IOP, samt møte med foresatte og elev knyttet til sakkyndig vurdering.

Statsforvalterens vurderinger etter kommentarer til foreløpig rapport

Statsforvalteren har merket oss at både håndboken for forsterket innsats, som er gjeldende for hele Ørland kommune, samt Brekstad barneskoles instruks inneholder informasjon vedrørende at dersom sakkyndig vurdering er mangelfull, eller det mangler andre opplysninger i saken, skal skolen be PPT eller andre instanser om supplerende opplysninger.

Vi har videre merket oss at den interne instruksen inneholder nyttig veiledning knyttet til momenter som er relevante å ta hensyn til, når skolen skal vurdere om saken er tilstrekkelig opplyst. Vi vurderer at dette er en positiv utvikling, og at de nye rutineene vil kunne gi nyttig veiledning knyttet til dette temaet.

Når vi likevel har kommet til lovkravet ikke er oppfylt har vi vektlagt, slik det fremgår nedenfor i rapporten, at vi fremdeles vurderer at lovkravet ikke er oppfylt knyttet til kontrollspørsmål 2.6, at vedtakene skal inneholde opplysninger om omfanget av spesialundervisningen, samlet, og i hvert av fagene. Ørland kommune har ikke levert inn dokumentasjon som i tilstrekkelig grad synliggjør at dette blir gjort på nåværende tidspunkt. Vi viser videre til vår vurdering knyttet til kontrollspørsmål 2.11, og manglende vurdering av barnets beste. På bakgrunn av dette opprettholder vi vår vurdering fra foreløpig rapport.

Konklusjon

Det rettslige kravet er ikke oppfylt.

2.4 Fatter skolen vedtak så snart som mulig i alle saker der PPT har gjennomført en sakkyndig vurdering?

Rettslige krav

Skolen skal fatte vedtaket så snart som mulig etter at det foreligger en sakkyndig vurdering. Dersom kommunen innvilger spesialundervisning, skal oppstartstidspunktet bli satt ut fra elevens behov.

Det gjelder også tilfeller der skolen konkluderer med at eleven ikke har behov for spesialundervisning. Kommunen har da plikt til å fatte vedtak om avslag.

Skolen skal fatte vedtak så snart det foreligger en sakkyndig vurdering. I noen tilfeller er det ikke mulig å fatte vedtaket så snart den sakkyndige vurderingen foreligger, for eksempel dersom skolen må innhente mer dokumentasjon.

Økonomiske og kapasitetsmessige årsaker er som hovedregel ikke en gyldig grunn til å bruke lang tid på å fatte vedtak, og skal ikke være styrende for når vedtak blir fattet. Kapasitetsmessige utfordringer som oppstår gjentatte ganger, eller som er av lengre varighet, vil ikke være en gyldig grunn. Skolen kan heller ikke vente med å fatte vedtak til man har fått tildelt midler til spesialundervisning.

Rettslig grunnlag

Opplæringsloven § 5-1 første ledd, Forvaltningsloven §§ 2, 11a, og 23.

2.4.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

På spørsmål i RefLex på om skolen fatter vedtak så snart som mulig etter at de har mottatt sakkyndig vurdering svarer rektor ja, og utdyper at de fatter vedtak så snart som mulig, men at det har tatt tid med noen enkeltvedtak, der det har gått lengre tid før vedtak er fattet.

Skoleeier svarer ja på at de fatter vedtak så snart som mulig og utdyper at praksis er skjerpet inn da de ser at i enkelte tilfeller har det tatt lang tid før vedtak er fattet.

Av kommunens rutinebeskrivelser fremgår det at vedtaket skal fattes umiddelbart etter at sakkyndig vurdering foreligger.

Rektor uttaler i intervjuet at de nå arbeider med å skjerpe rutinene på dette. Det har vært variasjoner i tidsbruk tidligere og de har forsøkt å endre praksis på de siste vedtakene. Tidsbruken kan også skyldes at det er en prosess som skal være på plass for at vedtaket blir fattet, for eksempel innhenting av ytterligere informasjon.

Skoleeier uttaler i sitt intervju at de ikke har hatt faste frister, og at det kan være ulike årsaker til tidsbruken i hver enkelt sak. Hun uttaler også at grunnen til at det kan ha tatt noe tid på Brekstad barneskole er at det har vært en krevende ressursituasjon i en periode.

Kommunen har oversendt 8 sakkyndige vurderinger med tilhørende vedtak. Det fremgår at det i sakene er henholdsvis nesten 7 måneder mellom sakkyndig vurdering og når vedtak er fattet (20.03.20-19.10.20), nesten 4,5 måneder mellom når sakkyndig vurdering er ferdig og til vedtak er fattet (18.06.2021-01.11.2021), 3 måneder og 12 dager (16.11.2021-28.02.2022), 1 måned og 6 dager (02.02.2022-08.03.2022), 2 måneder og 9 dager (30.11.2020-08.02.2021), 1 måned og 26 dager (09.03.2021-04.05.2021), 1 måned og 5 dager (02.02.2022-07.03.2022) og 4 måneder og 14 dager (22.10.2021-08.03.2022).

Statsforvalterens vurderinger i foreløpig rapport.

Vi viste innledningsvis til at opplæringsloven ikke angir eksplisitt hvor lang tid det kan gå etter sakkyndig vurdering er utarbeidet før det fattes enkeltvedtak om spesialundervisning. Utgangspunktet er at det skal fattes vedtak så snart som mulig.

Ut fra den dokumentasjonen Statsforvalteren har fått tilsendt fant vi at det kan gå fra 1 måned og fem dager, til nesten 7 måneder fra sakkyndig vurdering er utarbeidet og til vedtaket blir fattet.

Statsforvalteren merket oss at i flere av sakene har det gått lang tid fra utarbeidelsen av sakkyndig vurdering, og til vedtak ble fattet. Eksempelvis gikk det i ett tilfelle nesten 7 måneder. Sakkyndig vurdering ble i dette tilfellet utarbeidet i mars 2020, og vedtak ble fattet i oktober 2020. Statsforvalteren vurderte at det ikke var tilstrekkelig at skolen fattet vedtak om spesialundervisning i oktober, når den sakkyndige vurderingen forelå lenge før skolestart. Følgen av at vedtaket ble fattet på det tidspunktet var at eleven ikke fikk stadfestet en rettighet til spesialundervisning før det var gått over 2 måneder av skoleåret. I to andre saker hadde det gått nesten 4,5 måned og 3 måneder og 12 dager. Vi fant ikke at det forelå opplysninger i saken som synliggjør hvorfor det var brukt såpass lang tid i disse sakene. Både skoleeier og rektor har i sine intervjuer opplyst at det tidligere har vært kapasitetsproblemer som har påvirket saksbehandlingstiden. Statsforvalteren hadde forståelse for at dette er noe som medfører utfordringer, men viste til at kapasitetsmessige utfordringer som hovedregel ikke er gyldig grunn for å bruke lang tid på ett vedtak, og at kapasitetsutfordringer som oppstår gjentatte ganger ikke vil være en gyldig grunn. På bakgrunn av en helhetlig vurdering fant vi at tidsbruken i de tre ovenfor nevnte vedtakene ikke var i tråd med lovkravet.

Rektor opplyste i sitt intervju at de har arbeidet med å skjerpe rutinene på dette, og at de nå bruker mindre tid på vedtakene. Vurderingstemaet ble dermed om denne praksisendringen i tilstrekkelig grad var sannsynliggjort og at skolens praksis dermed var i tråd med lovkravet. To av vedtakene som ble fattet i 2022, altså etter innskjerpingen hadde en tidsbruk på 1 måned og 5 dager, og 1 måned og 6 dager. Statsforvalteren vurderte i utgangspunktet at dette er en tidsbruk som er i tråd med lovkravet. Når vi likevel fant at det ikke i tilstrekkelig grad var sannsynliggjort at det hadde skjedd en praksisendring, vektla vi at vedtaket som er datert 08.03.2022, altså rundt samme tidspunkt som de to andre vedtakene, hadde en tidsbruk på 4 måneder og 14 dager fra utarbeidelse av sakkyndig vurdering til vedtak ble fattet. Vi merket oss at det i dette tilfellet var snakk om et vedtak om avslag på spesialundervisning, men vi bemerket at det samme lovkravet gjelder for disse sakene.

På bakgrunn av de momentene som er nevnt ovenfor fant vi at det ikke i tilstrekkelig grad var sannsynliggjort at det hadde skjedd en praksisendring på dette punktet. Vi vurderte derfor at skolens praksis ikke var i tråd med lovkravet.

Kommunens kommentarer til foreløpig rapport

Ørland kommune, ved Brekstad barneskole uttaler i sin redegjørelse knyttet til dette punktet at plikten er vektlagt i håndboken for forsterket innstas, som er gjeldende for hele kommunen, at plikten blir vektlagt i skolens interne instruks knyttet til å fatte vedtak om spesialundervisning samt at det synliggjøres i de to nye enkeltvedtakene som er oversendt.

Av de innsendte vedtakene, med tilhørende sakkyndig vurdering fremgår det at den første sakkyndige vurderingen er utarbeidet den 08.02.2022, det tilhørende vedtaket er datert 23.03.2022. I dette tilfellet er dermed tidsbruken på 1 måned og 15 dager. Den andre sakkyndige vurderinger er datert 17.03.2022, tilhørende vedtak er datert 29.04.2022. Tidsbruken i dette tilfellet er dermed 1 måned og 12 dager.

Statsforvalterens vurderinger etter kommentarer til foreløpig rapport.

Statsforvalteren vil innledningsvis bemerke at vi har merket oss at det ikke fremgår opplysninger i de to vedtakene med tilhørende dokumenter som synliggjør hvorfor det er brukt henholdsvis 1 måned og 15 dager, og 1 måned og 12 dager fra sakkyndig vurdering er utarbeidet, og til vedtaket er fattet. Vi vil bemerke at begge vedtakene gjelder for vårhalvåret 2022, samt skoleåret 2022/2023. Vi har imidlertid også merket oss at det er innhentet opplysninger gjennom samtale med elev og/eller foresatte i begge sakene. Det er også oversendt ett skjema med spørsmål til eleven slik at han/hun kunne forberede seg til samtalen.

Når vi har kommet til at lovkravet er oppfylt på dette punktet, vil vi bemerke at vi har vært noe i tvil, men har kommet til at tidsbruken samlet sett er akseptabel, vurdert opp mot lovkravet. Vi viser også til at vi har forståelse for at det kan ta noe tid når det skal gjennomføres samtaler for å innhente informasjon fra foresatt og elev, samt oversendes informasjon med spørsmål slik at de kan forberede seg til samtalen. Vi har videre lagt vekt på at det nå fremgår av skolens interne rutiner at det ikke skal brukes mer enn en måned fra sakkyndig vurdering er utarbeidet, og til vedtak fattes, det samme fremgår av kommunens håndbok for forsterket innsats.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.5 Inneholder vedtakene opplysninger om hvor lenge vedtakene varer.

Rettslige krav

Vedtaket skal vise hva som er vedtakets varighet. Varigheten på vedtaket må ikke nødvendigvis være ett skoleår. Vedtaket kan likevel ikke ha lengre varighet enn den sakkyndige vurderingen.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven §§ 2, 23, 25 og opplæringsloven § 5-1 første ledd.

2.5.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner

Observasjoner og dokumentasjon

Rektor svarer i RefLex ja på at vedtakene inneholder opplysninger om hvor lenge vedtakene varer. Han utdyper at vedtakene viser varigheten, og at vedtaket ikke har lenger varighet enn det som er satt i sakkyndig vurdering. Skoleeier svarer også ja i RefLex på at vedtakene inneholder opplysninger om varigheten.

Rektor opplyser i intervjuet at vedtaket inneholder disse opplysningene, og at det kan være ett eller to års varighet. Om de får sakkyndig vurdering til jul, og det er ett halvt år igjen av barneskolen for den aktuelle eleven, så blir varighet ett halvt år, så kan det fattes nytt vedtak på ungdomsskolen. Ellers er varigheten ett eller to år.

Av den dokumentasjonen som er oversendt inneholder alle vedtakene opplysninger om varigheten på vedtakene. 3 av vedtakene har varighet på et halvt år, 3 av vedtakene har varighet på ett år og 2 av vedtakene har varighet på 1,5 år. Varighetene av vedtakene overskrider ikke varigheten av sakkyndig vurdering.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt.

Statsforvalteren har vurdert de fremlagte enkeltvedtakene, og samtlige vedtak inneholder opplysninger om hvor lenge vedtakene skal vare. Vi ser videre at vedtakene som er oversendt ikke har lengre varighet enn de sakkyndige vurderingene.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt

2.6 Inneholder vedtakene opplysninger om omfanget av spesialundervisningen, det vil si antall timer spesialundervisning samlet og i hvert av fagene?

Rettslige krav

Vedtaket skal opplyse om hvor mange timer spesialundervisning elevene skal ha i fagene, og samlet timetall. Hvis det går klart frem av den sakkyndige vurderingen hva som er anbefalt, kan vedtaket vise til denne vurderingen.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven § 2, 23, 25 og opplæringsloven § 5-1 første ledd.

2.6.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjoner

Observasjoner og dokumentasjon

Rektor svarer ja i RefLex på om vedtakene inneholder opplysninger om hvor mange timer spesialundervisning eleven skal ha. Han utdyper at dette er angitt i årstimer. Skoleeier svarer også ja i RefLex på dette spørsmålet.

Av kommunens rutinebeskrivelser fremgår det at omfanget skal beskrives på en slik måte at det ikke er til hinder for en hensiktsmessig og fleksibel utnyttelse av ressursene. Det fremgår videre at omfanget skal angis i årstimer, men at et unntak fra dette kan være elever som har atferdsvansker. Det står også at dersom det velges ulike organiseringer, bør det spesifiseres hvor mye tid som brukes med pedagog/spesialpedagog eller assistent.

Rektor opplyser i intervjuet at vedtakene inneholder antall timer samlet, altså årstimer og antall timer i uken i hvert fag. De ønsker fra nå av å skrive antall årstimer i fag.

I vedtakene som er oversendt til oss angis omfanget av spesialundervisningen på ulike måter. Av ett av vedtakene fremgår det at eleven skal ha 270 årstimer med pedagog, hvorav 120 timer som korte kursrekker, 150 timer i forhold til daglig lesing og individuell oppfølging av tema i matte og støtte i å lese og skrive engelsk.

Av ett annet vedtak fremgår det at omfanget er 380 årstimer med pedagog, og i tillegg oppfølging av en voksen gjennom hele skoledagen. I tillegg fremgår det av ett tredje vedtak at omfanget av de særskilte tiltakene er 280 årstimer, og at 280 årstimer må ivaretas av pedagog med spesialpedagogisk kompetanse. Resten av skoledagen kan ivaretas av assistent/fagarbeider.

I ett fjerde vedtak angis det at det skal være 380 årstimer med pedagog med kompetanse i begynneropplæring og spesialpedagogikk, samt i tillegg oppfølging av en voksen gjennom hele skoledagen.

Ett femte vedtak angir at det skal være 650 årstimer med pedagog med god kompetanse i begynneropplæring, god digital kompetanse og god relasjonell og autoritativ lederstil. I tillegg fremgår det at eleven skal ha fagarbeider/assistent i fag som gym, kunst og håndverk og mat og helse.

Av ett av de siste vedtakene som er oversendt til oss, som er datert i februar/mars i år fremgår det at «omfanget av de særskilte tiltakene er 105 årstimer, det vil si ca. 5 timer i uka med pedagog». Det fremgår også av dette vedtaket at «tiltakene gjennomføres med følgende timetall i løpet av uka i følgende fag: 2 timer norsk, 2 timer matematikk og 1 time engelsk». Av det andre vedtaket som er fra denne tidsperioden fremgår det at det skal være 190 årstimer med pedagog, og at i tillegg trenger eleven fagarbeider i overganger til/fra friminutt og i friminuttene. Det fremgår også at det skal brukes en time hver dag med pedagog opp mot fagene.

Av det tredje vedtaket fra denne tidsperioden fremgår det at omfanget er 310 årstimer, det skal fordeles på 2 timer pr uke i matematikk, 2 timer norsk, 2 timer engelsk og 2

timer tverrfaglige tema.

Statsforvalterens vurderinger i foreløpig rapport

Statsforvalteren viste til at et enkeltvedtak skal være så klart og tydelig at det ikke er tvil om hva slags opplæringstilbud eleven skal ha. Det anbefales at omfanget av spesialundervisningen oppgis i årstimer.

Vi viste videre til at alle vedtakene som er oversendt til Statsforvalteren inneholder en angivelse av det totale antall årstimer med pedagog. Av vedtakene fremgår det videre at 3 av de oversendte vedtakene inneholder antallet timer per uke i hvert av fagene det skal gis undervisning i. Vi viste også til at det er ingen av vedtakene som Statsforvalteren har fått oversendt som inneholder informasjon om antall *årstimer* i hvert av fagene. Videre er det ingen av vedtakene som inneholder antall årstimer med assistent/fagarbeider. I 5 av vedtakene oppgis det at det også skal gis oppfølging av assistent, for eksempel ved «overganger før og etter friminutt, og i friminutt», eller «oppfølging av en voksen gjennom hele skoledagen».

Det foreligger ett krav i regelverket om at enkeltvedtaket skal inneholde informasjon om både antall timer samlet spesialundervisning, og i hvert av fagene. Vi merket oss at alle vedtakene inneholder opplysninger om antall årstimer samlet med pedagog, samt at de 3 vedtakene som er utarbeidet sist, altså i februar og mars 2022, inneholder opplysninger om antall timer i uken i hvert av fagene. Det er anbefalt at omfanget av spesialundervisning angis i årstimer. Vi bemerket at det ikke er angitt antall årstimer i hvert av fagene i noen av vedtakene som er oversendt.

Vi bemerket videre at i ett av vedtakene som er nevnt ovenfor er angivelsen av timeantall uklart. Det fremgår av vedtaket at omfanget angis å være 105 årstimer, og det oppgis videre at dette vil si ca. fem timer i uka med pedagog. Det fremstår som uklart hvorvidt det her er gjort en feilberegning i antall timer. 105 årstimer på ett år er ca. 2,7 timer i uken. Vi merket oss at vedtaket kun gjelder for ett halvt skoleår, og at det dermed kan være ment at de 105 timene skal gis i løpet av dette halvåret. Når dette imidlertid ikke fremgår av vedtaket, fremstår det som uklart hvorvidt det er gjort en feilberegning, eller om *årstimene* er ment å skulle gis i løpet av ett halvt år, i stedet for ett år.

Det som var sentralt for vår vurdering på dette punktet er at enkeltvedtaket skal være klart og tydelig, for slik å forhindre tvil om hvilket opplæringstilbud eleven skal ha. Vi vurderte at det er flere av vedtakene som er oversendt som er uklare i sin angivelse av timer. I vår vurdering la vi særlig vekt på at ingen av de fem vedtakene som oppgir at det er behov for oppfølging av assistent, angir hvor mange timer som eleven innvilges til denne bruken. Følgen av dette er at det blir uklart hvor mange timer med spesialundervisning eleven totalt sett har fått rettighetsfestet. En angivelse av antall årstimer samlet og i hvert av fagene, og at det også oppgis hvor mange timer eleven har rett på med assistent, bidrar til at det fremgår *klart og tydelig* hva slags opplæringstilbud eleven skal ha. Dette vil bidra til å øke rettsikkerheten til elev og foresatt.

Vi la på bakgrunn av en samlet vurdering til grunn at skolen ikke har en praksis som følger lovkravet.

Kommunens kommentarer til foreløpig rapport.

I sin redegjørelse knyttet til dette punktet uttaler kommunen, ved Brekstad barneskole, at plikten blir vektlagt i håndbok for forsterket innsats, samt skolens interne instruks. Skolen viser også til at det synliggjøres i de to nye enkeltvedtakene som er oversendt.

Av vedtaket som er datert 29.04.2022 fremgår det at det samlede omfanget av spesialundervisningen skal være 285 årstimer med pedagog. Det fremgår videre at tiltakene gjennomføres med timetallet 72 årstimer i norsk, 71 årstimer i matematikk, 71 årstimer engelsk og 71 årstimer tverrfaglige tema. Det fremgår ikke eksplisitt at det skal gjennomføres spesialundervisning med assistent/fagarbeider i tillegg til pedagog.

Av vedtaket som er datert 23.03.2022 fremgår det at eleven skal ha et samlet omfang på 390 årstimer spesialundervisning med pedagog. Det fremgår videre at tiltakene skal gjennomføres som støtte inn i klassen og liten gruppe, det er ikke timefestet hvor mye spesialundervisning eleven skal ha i hvert av fagene. Det er ikke eksplisitt timefestet at eleven skal ha spesialundervisning med assistent/fagarbeider i dette vedtaket, det fremgår imidlertid under punktet kompetanse at «Pedagog og fagarbeidere må ha god kompetanse» på elevens diagnoser. Det fremstår dermed som uklart hvorvidt det i dette vedtaket er vurdert å være behov for fagarbeider/assistent i tillegg til pedagog. Timer med assistent/fagarbeider er som nevnt ikke timefestet.

Statsforvalterens vurderinger etter kommentarer til foreløpig rapport.

Statsforvalteren har merket oss at det fremgår av både håndboken for forsterket innsats, samt skolens interne instruks at det skal fremgå både samlet timeantall spesialundervisning, og timeantallet i hvert av fagene. Det fremgår videre at det også skal fremgå antall timer med fagarbeider/assistent, dersom det er vurdert at det er ett behov for det. Vi anser dette som positivt.

Når vi likevel har kommet til at lovkravet fremdeles ikke er oppfylt, har vi vektlagt at det kun er i vedtaket som er datert 29.04.2022 at det fremgår antall timer spesialundervisning i hvert av fagene. I vedtaket som er datert 23.03.2022 fremgår det kun det samlede antall årstimer i spesialundervisning, og ikke antall timer spesialundervisning i hvert av fagene. I den foreløpige rapporten vurderte Statsforvalteren at det ikke fremgikk antall timer med assistent/fagarbeider, der det var vurdert å være behov for det. I et vedtakene, datert 29.04.2022 som er oversendt til oss etter foreløpig rapport er det kun vurdert å være behov for spesialundervisning med pedagog. I det andre vedtaket, datert 23.03.2022 er det uklart hvorvidt det er vurdert å være behov for assistent/fagarbeider i tillegg til pedagog. Dette vedtaket blir dermed noe uklart. Vi har merket oss at det nå fremgår av både skolens interne instruks, samt kommunens håndbok for forsterket innsats at det skal fremgå eventuelle timer med assistent/fagarbeider. Vi vurderer imidlertid at vi ikke har tilstrekkelig grunnlag for å kunne si at det har skjedd en praksisendring når det gjelder angivelse av eventuelle timer med assistent/fagarbeider.

På bakgrunn av det vi har redegjort for ovenfor vurderer vi at det ikke er sannsynliggjort at det har skjedd en endring i praksis på dette punktet.

Konklusjon

Det rettslige kravet er ikke oppfylt.

2.7 Inneholder vedtakene opplysninger om hvilket innhold spesialundervisningen skal ha?

Rettslige krav

Vedtaket skal opplyse om hvilke fag og områder spesialundervisningen skal dekke, om det skal være avvik fra læreplanene, og hvilke fag avvikene gjelder for og hvilke konkrete kompetansemål elevene skal nå.

Vurderingen av om eleven har behov for eventuelle avvik fra innholdet i opplæringen, må bygge på kunnskap om elevens læringsforutsetninger og utviklingsmuligheter, opplæringstilbudet, kompetansenivået til de andre elevene på trinnet og målene i læreplanene. Noen elever kan følge de ordinære læreplanene dersom de nødvendige ressursene stilles til rådighet, mens andre elever kan ha behov for avvik fra kompetansemålene i læreplanene. Vurderingen av om skolen skal la være å gi opplæring knyttet til noen kompetansemål, er en skjønnsmessig vurdering som skolen må gjøre konkret for den enkelte eleven.

Dersom anbefalingen i den sakkyndige vurderingen skal gjelde, og det går klart frem hva PPT anbefaler, kan vedtaket vise til opplysningene i den sakkyndige vurderingen.

Vedtak som ikke samsvarer med den sakkyndige vurderingen, skal inneholde en begrunnelse som viser hvorfor eleven likevel kan få et forsvarlig utbytte av opplæringen.

Rettslig grunnlag

Opplæringsloven § 5-1 første ledd, og forvaltningsloven §§ 2, 23, og 25.

2.7.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

Skoleeier svarer ja i RefLex på om vedtakene inneholder opplysninger om hvilke fag eller områder elevene skal få spesialundervisning i, det samme gjør rektor. Rektor utdyper at det kommer klart frem i de sakkyndige vurderingene. På spørsmål om vedtakene inneholder opplysninger om hvilke avvik skolen eventuelt skal gjøre fra de ordinære læreplanene, og hvilke fag avvikene skal gjelde for svarer både skoleeier og rektor ja. På spørsmål om vedtakene inneholder opplysninger om hvilke konkrete kompetansemål elevene skal nå svarer både skoleeier og rektor nei. Skoleeier utdyper at dette er et område de må se mer på i praksis. Rektor utdyper at dette er noe de må få inn i enkeltvedtakene.

Av kommunens interne rutiner fremgår det at enkeltvedtaket skal beskrive innholdet i spesialundervisningen. Det fremgår også av rutinene at det skal være tydelig beskrevet og begrunnet dersom eleven skal ha avvik fra kompetansemålene.

Inneholder vedtakene opplysninger om hvilke fag/ områder spesialundervisningen skal omfatte?

Av de fleste vedtakene som er oversendt inneholder flere *noe* informasjon om hvilke fag/områder spesialundervisningen skal gjelde. Etter en gjennomgang vil vi fremheve noen vedtak. Av vedtakene som er datert 18.10.2021 og 19.10.2020 fremgår det ikke

noen informasjon om hvilke fag spesialundervisningen skal omfatte. Dette er informasjon som heller ikke fremgår av den tilhørende sakkyndige vurderingen.

I andre vedtak som er oversendt, eksempelvis vedtak datert 08.02.2021, vedtak datert 08.03.2022, vedtak datert 28.02.2022, samt vedtak datert 07.03.2022 fremgår det informasjon knyttet til hvilke fag som spesialundervisningen skal omfatte. Av vedtaket datert 01.11.2021 fremgår det at det skal gis særskilt opplæring i om lag 150 årstimer i forhold til daglig lesing, og individuell oppfølging i tema i matematikk, og støtte i å lese og skrive engelsk.

Inneholder vedtakene opplysninger om hvilke avvik skolen skal gjøre fra læreplanen?

Av vedtakene datert 19.10.2020, 18.10.2021 fremgår det ikke eksplisitt hvorvidt og eventuelt hvilke avvik det skal gjøres fra læreplanen. Det fremgår av tilhørende sakkyndig vurdering at eleven vil kunne følge trinnets opplæringsmål innenfor ordinær opplæring i alle fag. Det fremgår også av vedtak datert 08.03.2022 og vedtak datert 07.03.2022 at elevens opplæring ikke vil avvike fra trinnets opplæringsmål.

Av vedtaket datert 08.02.2021 fremgår det at eleven «ikke vil kunne følge trinnets opplæringsmål innenfor ordinær opplæring i norsk, matematikk og engelsk», det fremgår videre av vedtaket at skolen må legge til rette slik at eleven har mulighet til mestre grunnleggende ferdigheter utledet av kompetansemål etter 2. trinn. I vedtaket er det videre fremhevet mål for områdene språk og kommunikasjon, regning og hverdagsmatematikk, selvstendighet og egenledelse og digitale ferdigheter. I et annet vedtak datert 04.05.2021 fremgår det at opplæringsmålene til eleven vil avvike fra trinnet opplæringsmål i alle fag. Det fremgår videre av samme vedtak at kompetansemål etter 2. årstrinn brukes som utgangspunkt for utvikling av egne læringsmål. Et annet eksempel er vedtak datert 01.11.2021 der det ikke fremgår noen informasjon om at det skal gjøres avvik, av tilhørende sakkyndig vurdering fremgår det at eleven vil kunne følge trinnets opplæringsmål innenfor ordinær opplæring i de fleste fag, men at det må arbeides med mål etter 2. trinn i norsk, matematikk og engelsk.

I vedtaket som er datert 28.02.2022 fremgår det at elevens opplæringsmål inneværende skoleår vil helhetlig avvike fra trinnets mål. Det fremgår videre av vedtaket at opplæringa bør hente mål fra kompetansemål etter 7. trinn.

Inneholder vedtakene opplysninger om hvilke konkrete kompetansemål elever som skal ha avvik fra læreplanen skal nå?

I flere av vedtakene fremgår det at det ikke skal gjøres avvik fra trinnets opplæringsmål. Av de vedtakene det fremgår at det skal gjøres avvik, inneholder alle vedtakene informasjon om hvilket års-trinn elevens kompetansemål skal hentes fra. Vi viser til redegjørelsen ovenfor.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt

Statsforvalteren har foretatt en helhetlig vurdering av den dokumentasjonen som er oversendt. Vedrørende spørsmålet om vedtaket inneholder informasjon om hvilke områder/fag undervisningen skal omfatte har vi merket oss at flere av vedtakene ikke inneholder noen informasjon om dette, det gjør heller ikke tilhørende sakkyndig vurdering. Vi vil imidlertid bemerke at de fleste vedtakene inneholder noe informasjon knyttet til dette, og videre at de vedtakene som er fattet sist, altså i februar og mars 2022, alle inneholder konkret informasjon om dette. Vi ser derfor at skolen har hatt en

positiv utvikling i sin praksis knyttet til å ha med denne informasjonen i vedtaket.

Vedrørende vurderingen av om vedtaket inneholder informasjon om hvilke avvik skolen skal gjøre fra lærerplanen, og opplysninger om hvilke konkrete kompetansemål elever som skal ha avvik fra lærerplanen skal nå, har vi foretatt en helhetlig vurdering. Det fremgår av den innsendte dokumentasjonen at det i 4 av vedtakene, eller tilhørende sakkyndig vurdering fremgår at det ikke er behov for avvik fra lærerplanen. Av de 4 vedtakene der det fremgår at det skal gjøres avvik fra lærerplanen, opplyses det om at det skal være avvik, og om hvilket års-trinn elevens kompetansemål skal hentes fra.

Vi har merket oss at i vedtaket som er datert 08.02.2021 fremgår det informasjon om at eleven ikke vil kunne følge trinnets opplæringsmål innenfor norsk, matematikk og engelsk. Det vises videre til at i fag som inkluderes i tema på tvers av fagene, i gym og andre praktisk-estetiske fag vil eleven kunne delta med tilpasning av kunnskaps- og ferdighetsmålene. På bakgrunn av denne angivelsen fremstår det som uklart hvorvidt det skal gjøre avvik i disse fagene, eller om eleven skal nå alle mål i ordinær opplæring i andre fag enn norsk, matematikk og engelsk. Dette gjør at angivelsen av innholdet i spesialundervisningen fremstår som uklar i dette vedtaket.

Statsforvalteren vil imidlertid vise til at i vår vurdering av de rettslige kravene, skal vi undersøke hva som er skolens praksis, og ikke overprøve de enkelte vedtakene. Dette innebærer at skolen kan ha en praksis som oppfyller kravet, selv om vi oppdager feil ved enkelte vedtak. Vi vurderer på bakgrunn av dette at det må legges avgjørende vekt på at de fleste vedtakene oppfyller lovkravet når det gjelder angivelse av innholdet i spesialundervisningen.

Vi legger på bakgrunn av en samlet vurdering til grunn at skolen har en praksis som oppfyller lovkravet.

Konklusjon

De rettslige kravene er oppfylt.

2.8 Inneholder vedtakene opplysninger om hvordan skolen skal organisere spesialundervisningen?

Rettslige krav

Vedtaket skal inneholde opplysninger om hvordan skolen skal organisere spesialundervisningen.

Vedtaket skal vise hvordan skolen skal organisere spesialundervisningen, det vil si om eleven skal få spesialundervisningen i klassen, i grupper, som eneundervisning eller på en alternativ opplærings-arena. Skolen må få frem hvor mye tid eleven skal bruke på de ulike organisatoriske løsningene.

Hvis det fremgår klart av den sakkyndige vurderingen hva PPT anbefaler, kan vedtaket vise til den sakkyndige vurderingen.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven §§ 2, 23, 25 og opplæringsloven § 5-1 første ledd.

2.8.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

I besvarelsen i RefLex svarer rektor ja på at vedtaket inneholder opplysninger om hvordan skolen skal organisere spesialundervisningen. Skoleeier svarer også ja på om vedtakene inneholder opplysninger om hvordan de skal organisere spesialundervisningen.

Av kommunens interne rutiner fremgår det at enkeltvedtaket skal beskrive organiseringen av opplæringen. Det fremgår videre at dersom tilbudet skal gis utenfor klassens/gruppens ramme skal det beskrives nærmere i vedtaket. Det fremgår også at dersom det velges ulike organiseringer, bør det spesifiseres hvor mye tid som brukes med pedagog/spesialpedagog eller assistent.

Rektor opplyser i intervjuet at det kan være en til en når det gjelder ny innlæring for eksempel, eller i liten gruppe. Men at de ønsker at elevene skal få mest mulig tid med klassen. Det vektlegges inkludering og det å være en del av fellesskapet. Han uttaler også at det er viktig med en god prosess og at foresatte høres på dette området når tilbudet skal utarbeides. Jo eldre barna blir, dess viktigere er stemmen deres knyttet til dette. De eldste barna snakker de med, og kontaktlærer snakker med barna underveis og hører hva de har å si knyttet til dette.

Det fremgår ulik informasjon fra vedtakene som er oversendt knyttet til organiseringen av spesialundervisningen. Av vedtak datert 08.03.2022 fremgår det for eksempel at spesialundervisningen organiseres som en time ved oppstart hver dag med pedagog i klasserom, samt oppfølging til og fra friminutt, og i friminuttene.

Av vedtaket som er datert 07.03.2022 fremgår det at spesialundervisningen organiseres som 2 timer per uke i matematikk, 2 timer norsk og 2 timer engelsk og 2 timer tverrfaglige tema. Tiltakene organiseres som støtte av pedagog i klassen eller på liten gruppe. Det fremgår også at begrunnelsen for slik organisering er å ivareta behovet for likeverdig tilhørighet i klassen. Øvrige vedtak som er oversendt, angir alle noe informasjon om organisering. For eksempel at «tiltakene gjennomføres som korte økter med en pedagog i ett skjermet rom for innlæring og spesifikk opplæring», eller «tiltaket gis i hovedsak i samlet klasse, men med korte individuelle økter for øving og innlæring».

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt

Alle vedtakene som Statsforvalteren har fått oversendt inneholder opplysninger om organiseringen av spesialundervisningen. Eksempler på dette er at det angis at tiltakene «skal gjennomføres mest mulig i klassen, slik at eleven får den veiledning han har behov for», tiltakene organiseres også som korte økter med en pedagog i et skjermet rom for nyinnlæring», eller «tiltakene organiseres som ekstra pedagog i de fleste timer på skolen – «nyinnlæring i korte økter». Vedtakene som er oversendt, samsvarer med sakkyndig vurdering i gjengivelsen av organiseringen.

Statsforvalteren har merket oss at ingen av vedtakene, eller de sakkyndige vurderingene som er oversendt angir en konkret angivelse i form av timeantall på hvor mye tid som skal brukes på de ulike organiseringene. Når vi likevel har kommet til at skolens praksis oppfyller lovkravet på dette området er det på bakgrunn av at vi vurderer at angivelsen av organisering som er oppgitt i de oversendte vedtakene i tilstrekkelig grad ivaretar

hensynet som ligger bak, at det skal fremstå som klart og tydelig av vedtaket når det er eleven skal motta undervisning, for eksempel i klassen eller en til en. For eksempel er det flere vedtak som oppgir at det meste av spesialundervisningen skal foregå i klasserommet, men at for eksempel nyinnlæring skal skje en til en. Dette bidrar til å gi forutsigbarhet for elev og foresatt, og vi vurderer at det er tilstrekkelig klart og tydelig når eleven skal ha de ulike formene for organisering.

På bakgrunn av en helhetlig vurdering av dokumentasjonen som er oversendt finner vi at skolen har en praksis som er i tråd med loven.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.9 Inneholder vedtakene opplysninger om det er behov for personer med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisning?

Rettslig krav

Vedtaket skal vise om det er behov for personer med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisningen. Skoleeier har ansvar for at spesialundervisningen bidrar til at eleven får et forsvarlig utbytte av opplæringen. Elevens behov kan innebære høyere krav til kompetanse enn det som følger av loven, for eksempel at en spesialpedagog skal gjennomføre spesialundervisningen.

Skolen kan også gjøre unntak fra kompetansekravene slik at assistenter eller andre ufaglærte kan gi spesialundervisning. Skolen kan bare gjøre unntak fra kravene til kompetanse i opplæringsloven dersom det gir eleven et forsvarlig utbytte av opplæringen.

Den sakkyndige vurderingen viser ofte hvilken kompetanse de som skal gjennomføre opplæringen bør ha. Hvis skolen vedtar den kompetansen som er anbefalt, kan man vise til den sakkyndige vurderingen.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven §§ 2, 23, 25 og opplæringsloven § 5-1 andre ledd og § 5-5 tredje ledd

2.9.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

I RefLex svarer rektor ja på at vedtakene inneholder opplysninger om det er behov for personer med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisningen. Det samme svarer skoleeier.

I intervjuet uttaler rektor at de skriver det som fremgår av sakkyndig vurdering. For eksempel kan det stå at det er behov for relasjons-kompetanse, og da skriver de det i vedtaket også.

Samtlige vedtak som er oversendt, angir opplysninger om hvorvidt det er behov for personer med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisningen.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt.

Statsforvalteren vil i denne forbindelse vise til at det er samme krav til formell undervisningskompetanse i fag for elever med spesialundervisning som for ordinære elever, men at opplæringsloven § 5-5 gir anledning til å fravike undervisningskompetanse i fag dersom en konkret vurdering av eleven og den spesialundervisningen som blir gitt, tilsier det. Endringen må være basert på en vurdering av hva som er til elevens beste.

Statsforvalteren forutsetter at når det i sakkyndig vurdering, og dermed også i vedtaket er vurdert hvilke fag/områder elevene behøver spesialundervisning i, så er det foretatt en vurdering av hvorvidt det er behov for en person med særskilt kompetanse til å gjennomføre spesialundervisningen. Det fremgår av samtlige vedtak at det er pedagoger, med ulik tilleggskompetanse, for eksempel «lærer må ha god kompetanse innenfor lese- og skrivevansker», som skal gjennomføre undervisningen. I 5 av vedtakene oppstilles det i tillegg at det er behov for assistent.

Dersom det ikke er krav til formell kompetanse ut over det som følger av loven, behøver ikke vedtakene gjengi kravene til kompetanse. Samtlige vedtak oppstiller at undervisningen skal gjennomføres av pedagog. Vedtakene er i all hovedsak i samsvar med de sakkyndige vurderingene når det gjelder angivelse av kompetanse. Av ett av vedtakene fremgår det at «omfanget av de særskilte tiltakene er 380 årstimer med pedagog», av tilhørende sakkyndig vurdering fremgår det imidlertid at «omfanget av de særskilte tiltakene vil være om lag 380 årstimer med pedagog med kompetanse i begynneropplæring og spesialpedagogikk». Vi vil bemerke dette i vurderingen i punkt 2.10. Dette har imidlertid ikke avgjørende betydning for vurderingen under dette punktet.

På bakgrunn av dette vurderer vi at skolen oppfyller lovkravet.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.10 Begrunner skolen vedtak som ikke samsvarer med den sakkyndige vurderingen, ved å vise hvorfor elevene likevel kan få et forsvarlig utbytte av opplæringen?

Rettslige krav

Den sakkyndige vurderingen skal inneholde en vurdering av om eleven skal ha spesialundervisning, og eventuelt anbefale hvilken spesialundervisning eleven bør få for å gi eleven et forsvarlig utbytte av opplæringen. Hvis skolen avviker fra anbefalingen i den sakkyndige vurderingen, må skolen begrunne dette ved å vise hvorfor eleven likevel kan få et forsvarlig utbytte av opplæringen. Dette gjelder enten avviket er knyttet til om skolen skal sette i gang spesialundervisning (avslag), eller om avviket er knyttet til hvilken spesialundervisning eleven skal få.

For eksempel må vedtaket vise hvordan tilpasninger i den ordinære opplæringen kan gi eleven et forsvarlig utbytte av opplæringen, selv om den sakkyndige vurderingen anbefaler noe annet.

Rettslig grunnlag

Opplæringsloven § 5-3 fjerde ledd.

2.10.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

Både skoleeier og rektor svarer ja på at de begrunner vedtak som ikke samsvarer med den sakkyndige vurderingen, ved å vise hvorfor elevene likevel kan få ett forsvarlig utbytte. Rektor utdyper at vedtakene samsvarer med den sakkyndige vurderingen.

Av kommunens interne rutiner fremgår det at dersom det skal gjøres avvik fra den sakkyndige vurderingen, skal det særskilt begrunnes i vedtaket. Det skal gå klart frem av tilbudet som blir gitt, er likeverdig og at eleven vil nyttiggjøre seg dette.

Rektor uttaler i intervjuet at de ikke har fattet vedtak som ikke samsvarer med sakkyndig vurdering.

Av samtlige vedtak som er oversendt fremgår det at skolen vurderer og legger til grunn at vedtaket er i samsvar med sakkyndig vurdering.

Statsforvalteren vurderer at de rettslige kravene er oppfylt

Det foreligger et særskilt krav til begrunnelse i saker om spesialundervisning, i tilfeller der skolen fraviker tilrådingen i sakkyndig vurdering.

Det fremgår av den innsendte dokumentasjonen at skolen legger til grunn at det er samsvar mellom sakkyndig vurdering og vedtak i samtlige av vedtakene som er oversendt til Statsforvalteren.

Statsforvalteren skal foreta en selvstendig vurdering av hvorvidt vedtakene avviker fra sakkyndig vurdering, dette gjelder både fordeling av timeantall, og det konkrete innholdet i spesialundervisningen. Statsforvalteren har vurdert at det er noen vedtak der det *kan* være uklart hvorvidt vedtaket avviker fra sakkyndig vurdering når det gjelder kompetanse. Eksempelvis er det ett vedtak der sakkyndig vurdering sier at lærer bør ha «spesialpedagogisk kompetanse og/eller ha god kompetanse i å gi opplæring til elever med lese- og skrivevansker». I det tilhørende vedtaket fremgår det kun at undervisningen skal gjennomføres av pedagog. I ett annet vedtak fremgår det av sakkyndig vurdering at omfanget vil være «380 årstimer med pedagog med kompetanse i begynneropplæring og spesialpedagogikk», i det ene tilhørende vedtaket fremgår det at «omfanget av de særskilte tiltakene er 380 årstimer med pedagog».

Statsforvalteren vurderer at i samtlige av eksemplene som er nevnt ovenfor er det uklart hvorvidt det faktisk foreligger et avvik mellom sakkyndig vurdering og vedtak, eller om det kun er vedtaket som er noe vagt i sin angivelse av eksempelvis kompetanse. Denne uklarheten medfører at det er vanskelig å vurdere hvorvidt det faktisk foreligger et avvik fra sakkyndig vurdering. De angitte eksemplene ovenfor innebærer ikke at det fremgår

klart at det foreligger avvik mellom vedtak og sakkyndig vurdering. De øvrige vedtakene er videre fullt ut i samsvar med sakkyndig vurdering. På bakgrunn av en helhetsvurdering finner vi derfor at skolen har oppfylt lovkravet.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.11 Tar skolen stilling til hva som er barnets beste når den fatter vedtak om spesialundervisning?

Rettslige krav

Skolen skal vurdere hva som er til elevens beste når den fatter vedtak om spesialundervisning og vurderingen skal fremgå av vedtaket, jf. opplæringsloven § 5-4 andre og tredje ledd og barnekonvensjonen artikkel 3. Barnets beste er en rettighet, et generelt prinsipp og en saksbehandlingsregel. Alle offentlige organer må ivareta dette i saker som gjelder barn. Skolen må avveie barnets beste mot eventuelle motstridende hensyn. Barnets beste er et tungtveiende hensyn, og det skal mye til for å sette det til side. Skolen må vurdere fra sak til sak hvilke momenter som er aktuelle i vurderingen av barnets beste, og hvor stor vekt de enkelte momentene skal ha i vurderingen. Barnets eget syn skal bli tillagt behørig vekt i samsvar med alder og modenhet.

Rettslig grunnlag

Barnekonvensjonen artikkel 3

2.11.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

Både rektor og skoleeier svarer ja på at de tar stilling til hva som er barnets beste, når de fatter vedtak om spesialundervisning.

Rektor opplyser i intervjuet at de har vært inne på dette, barnets syn og hva barnet tenker om spesialundervisningen. Han uttaler også at de kan bli flinkere til å synliggjøre dette i vedtakene.

I 6 av de 9 vedtakene som er oversendt er ikke barnets beste nevnt, og det fremgår ingen konkret vurdering av barnets beste.

I tre av vedtakene som er oversendt er barnets beste eksplisitt nevnt. Det fremgår for eksempel ved at det i ett vedtak nevnes at det beste for eleven «skal ligge til grunn for vedtak og organisering» videre fremgår det at eleven «trenger gode relasjoner til barn og voksne», og at selv ønsker eleven «gode relasjoner med flere elever for å ha større sosial tilhørighet i klassen». I ett annet vedtak fremgår det at «barnets beste vurderes til at tiltak blir gjennomført innenfor det ordinære opplæringstilbudet».

Statsforvalterens vurderinger i foreløpig rapport.

Statsforvalteren viste til at 6 av de 9 vedtakene som er oversendt ikke inneholder noen konkret vurdering av barnets beste. Sakkyndig vurdering kan videre være en del av

informasjonsgrunnlaget i vurderingen av barnets beste. I de sakkyndige vurderingene er det en del informasjon om hva PPT vurderer at skolen skal gjøre, og som de implisitt vurderer er til det beste for eleven. Vi har fått opplyst at vedtakene samsvarer med denne vurderingen.

I 3 av vedtakene er barnets beste nevnt uttrykkelig. Vedtakene der dette er nevnt er de som er fattet sist, altså i februar og mars 2022. I ett annet vedtak fra mars 2022 fremgår noen opplysninger om elevens stemme, men det er ikke foretatt en konkret vurdering av barnets beste.

Statsforvalteren bemerket at det er positivt at skolen har hatt en utvikling i sin praksis som innebærer et økt fokus på barnets beste, og at dette skal fremgå av vedtaket. Vi vurderte imidlertid at den informasjonen som fremgikk av vedtaket knyttet til denne vurderingen var for kortfattet og ufullstendig til å kunne gi et godt bilde av hva skolen vurderer er til *akkurat dette* barnets beste i *akkurat denne konkrete saken*. Nå skolens vurdering av barnets beste ikke er tilstrekkelig synliggjort, kan det heller ikke foretas noen vekting av hensynet til barnets beste opp mot eventuelle andre hensyn i saken.

Vi bemerket at skolen i sin vurdering må synliggjøre hvilke momenter de mener er viktige i vurderingen av barnets beste, og deretter foreta en *konkret vurdering* av hva de mener er til *akkurat det barnets beste*. Videre må en eventuell vekting opp mot andre hensyn i saken også synliggjøres i vurderingen. Det er et krav om at denne vurderingen skal fremgå eksplisitt av vedtaket.

På bakgrunn av at denne vurderingen ikke er tilstrekkelig synliggjort i vedtakene kommunen har oversendt, vurderte vi at det rettslige kravet ikke er oppfylt.

Kommunens kommentarer til foreløpig rapport.

Kommunen, ved Brekstad barneskole har i sin redegjørelse knyttet til dette punktet uttalt at plikten blir vektlagt i håndbok for forsterket innsats, og i Brekstad barneskoles instruks, at det synliggjøres i de to nye vedtakene samt at det avholdes samtale om sakkyndig vurdering og samtykke til enkeltvedtak om spesialundervisning. I sin redegjørelse har skolen videre trukket frem momenter som kan være relevant i en vurdering av barnets beste, for eksempel barnets syn, barnets identitet og barnets sårbarhet.

I Håndbok for forsterket innsats som er gjeldende for hele Ørland kommune fremgår det at barnets stemme, og hvordan en barnets beste-vurdering er ivarettatt skal fremkomme i enkeltvedtaket. Det fremgår videre informasjon knyttet til hva som er relevant i denne vurderingen, herunder at barnets beste skal ses i lys av omliggende faktorer, og man skal i vedtaket redegjøre for dette, og at det skal foreligge en drøfting i vedtaket som viser de vurderingene som er gjort i forhold til barnets beste.

Av Brekstad barneskoles interne instruks fremgår det at skolen skal ta stilling til hva som er barnets beste når den fatter vedtak om spesialundervisning, og at vurderingen skal fremgå av vedtaket. Videre fremgår det ulik informasjon knyttet til vurderingen av barnets beste samt momenter som er relevante i vurderingen. Det fremgår også at skolen i vurderingen bør synliggjøre hvilke momenter de mener er viktige i vurderingen, samt foreta en konkret vurdering og at eventuell vekting opp mot andre hensyn må synliggjøres i vurderingen.

Det er oversendt to vedtak som inneholder noe informasjon om vurderingen av barnets

beste.

Statsforvalterens vurderinger etter kommentarer til foreløpig rapport

Statsforvalteren vurderer at både kommunens håndbok, samt Brekstad barneskoles instruks inneholder en del god og relevant informasjon om vurderingen av barnets beste. Det fremgår at vurderingen av barnets beste alltid skal skriftliggjøres i vedtaket, og det gis god veiledning knyttet til relevante momenter, samt at barnets beste eventuelt skal vektles opp mot andre relevante hensyn. Videre vurderer vi at vedtakene viser en positiv utvikling, og en økt synliggjøring av vurderingen av barnets beste. Videre er det også positivt at vedtakene synliggjør barnets syn i sin vurdering. Samlet sett er dermed utviklingen på dette punktet positiv og god.

Når vi likevel har kommet til at lovkravet ikke er oppfylt på dette punktet har vi i vår vurdering vektlagt at vi ikke kan se at skolen i tilstrekkelig grad synliggjør den konkrete vurderingen som de gjør av akkurat det aktuelle barnets beste, og ikke i tilstrekkelig grad synliggjør sammenhengen mellom denne vurderingen, og spesialundervisningen som rettighetsfestes. I dette legger vi også at det ikke i tilstrekkelig grad er synliggjort hvilke momenter de vurderer er relevante i vurderingen av barnets beste. Etter en samlet vurdering kommer vi til at lovkravet dermed ikke er oppfylt.

Konklusjon

Det rettslige kravet er ikke oppfylt.

2.12 Inneholder enkeltvedtakene, eller oversendelsen av enkeltvedtakene informasjon om klageadgang, klagefrist, klageinstans og informasjon om at klagen skal sendes til skolen?

Rettslige krav

Elever over 15 år og foreldrene til elever under 18 år har rett til å klage på vedtak. Vedtaket eller oversendelsesbrevet må informere om hva som er klagefristen, at Statsforvalteren er klageinstans, og at klagen skal sendes til skolen, slik at skolen kan ivareta klageretten.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven § 27 tredje ledd

2.12.1 Våre observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjon

I besvarelsen i RefLex svarer rektor ja på at vedtakene inneholder informasjon om klagerett, klagefrist, klageinstans og informasjon om at klagen skal sendes til skolen. Skoleeier svarer også ja på disse spørsmålene.

Av kommunens rutinebeskrivelser fremgår det at det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og nærmere fremgangsmåte.

I samtlige vedtak som er oversendt fremgår dette direkte av vedtaket.

Statsforvalteren vurderer at lovkravet er oppfylt

Statsforvalteren vurderer at skolen har med de opplysningene som er lovpålagt når det gjelder klageadgang, klagefrist, klageinstans, og informasjon om at klagen skal sendes til skolen.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

2.13 Inneholder vedtakene informasjon om retten til å se sakens dokumenter?

Rettslige krav

Vedtaket skal gi informasjon om retten til å se sakens dokumenter.

Rettslig grunnlag

Forvaltningsloven § 27 tredje ledd

2.13.1 Observasjoner, vurderinger og konklusjon

Observasjoner og dokumentasjoner

I RefLex svarer både rektor og skoleeier ja på at vedtakene inneholder informasjon om retten til å se sakens dokumenter. Rektor utdyper at vedtak inneholder informasjon om retten til å se sakens dokumenter, og opplyser om at tidligere vedtak ikke inneholdt dette punktet.

Av kommunens rutinebeskrivelser fremgår det at det skal gis opplysninger om retten til å se sakens dokumenter.

Rektor opplyser i intervjuet at de nå har endret praksis på dette og at retten til å se sakens dokumenter nå fremgår av de siste vedtakene som er fattet.

Av fem av vedtakene som er oversendt fremgår ikke retten til å se sakens dokumenter. Av fire av vedtakene, de som er datert i februar og mars 2022 fremgår retten til å se sakens dokumenter.

Statsforvalteren vurderer at lovkravet er oppfylt

På bakgrunn av den dokumentasjonen som er oversendt vurderer vi at vedtakene til Brekstad barneskole inneholder denne informasjonen. Vi har merket oss at de fem første vedtakene ikke oppfylte dette kravet. Vi vurderer imidlertid at skolen ved oversendelse av de fire øvrige vedtakene, som er de som er nyligst utarbeidet sannsynliggjør at de har endret praksis på dette området.

Konklusjon

Det rettslige kravet er oppfylt.

3 Vedtak med pålegg om retting

Vi har funnet at dere ikke overholder regelverket på alle områder. Det er kommunen som er ansvarlig for at skolen blir drevet i samsvar med regelverket, jf. opplæringsloven § 13-10. Vi pålegger dere å rette opp følgende forhold, jf. opplæringsloven § 14-1 første ledd, jf. kommuneloven § 30-4:

Spesialundervisning: Å fatte vedtak om spesialundervisning

Ørland kommune må sørge for at Brekstad barneskole fatter vedtak som oppfyller retten til spesialundervisning og saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, jf. opplæringsloven §§ 5-1, 5-3 og 5-4, andre ledd og forvaltningsloven §§ 2, 17, 11 a, 23, 25 og 27, samt rettighetene i barnekonvensjonen, artikkel 3 og 12.

Ørland kommune må i den forbindelse se til at:

- a) Brekstad barneskole oppfyller plikten til å sørge for at saken er tilstrekkelig opplyst før den fatter vedtak om spesialundervisning.
- b) Brekstad barneskole oppfyller plikten til å sørge for at enkeltvedtakene inneholder opplysninger om omfanget av spesialundervisningen.
- c) Brekstad barneskole oppfyller plikten til å ta hensyn til barnets beste når den fatter vedtak om spesialundervisning.

3.1 Oppfølging av påleggene

Dere skal iverksette tiltak for å rette brudd på regelverket umiddelbart. Når påleggene er rettet, skal dere erklære at retting er gjennomført, samt redegjøre for, og dokumentere hvordan dere har rettet.

Frist for innsending er **02.11.2022**. Vi vil ikke avslutte tilsynet før dere gjennom erklæringen, redegjørelsen og dokumentasjonen har vist at påleggene er rettet.

4 Dere kan gi tilbakemelding om rapporten

Tilsynsrapporten er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2, første ledd bokstav b.

Dersom dere klager må dere gjøre det innen tre uker. Fristen gjelder fra beskjed om brevet har kommet frem til dere, jf. forvaltningsloven §§ 28 og 29. Dere sender klagen til oss. Vi har muligheten til å omgjøre vedtaket. Hvis vi ikke er enig med dere, sender vi klagen til Utdanningsdirektoratet som avgjør saken.

I forvaltningsloven § 32 kan dere se hvordan dere skal utforme klagen.

Dere kan be om at vi ikke setter i verk vedtaket før klagefristen er ute, eller klagen er endelig avgjort av Utdanningsdirektoratet, jf. forvaltningsloven § 42.

Dere er part i saken og har rett til innsyn i sakens dokumenter, jf. forvaltningsloven § 18.

Trondheim den 02.08.2022

Lisa Andersen Reppe
Tilsynsleder

og

Margit Kristin Kjeldsen
Tilsynsmedlem

Dokumentasjonsliste:

1. Åtte sakkyndige vurderinger
2. Ni tilhørende vedtak
3. Utkast til håndbok i spesialpedagogikk for Ørland kommune
4. Besvarelser i RefLex
5. Fem skjema for samtykke til vedtak
6. Tre referat fra møter om sakkyndig vurdering
7. Åtte referat fra diverse møter knyttet til spesialundervisning
8. Fire kopier av IOP
9. Ni kopier av pedagogisk rapport
10. 2 nye sakkyndige vurderinger
11. 2 tilhørende vedtak.
12. Håndbok for forsterket innsats.
13. Intern instruks for Brekstad barneskole.
14. To referat fra møter vedrørende sakkyndig vurdering.
15. Notat til tilsyn spesialundervisning.
16. Fire skjema for samtykke
17. Spørsmål til møte om sakkyndig vurdering
18. Utkast skjema i forsterket innsats.

Advokatfirma konkluderer med at Helseplattformen brøt forskrift

Kommunal Rapport 29.08.2022

Advokatfirmaet Wiersholm konkluderer med at Helseplattformen har brutt forskriften om offentlige anskaffelser.

NTB

Bruddet gjelder bruken av konsulenter fra Ernst & Young (EY), som ble større enn opprinnelig kunngjort.

– Jeg er fornøyd med å få bekreftet at bruddet ikke karakteriseres som grovt. Læringspunktene fra den juridiske gjennomgangen tar vi med oss, sier styreleder Helge Garåsen i en [pressemelding](#).

Før sommeren [bestilte styret en gjennomgang av konsulentbruken](#) til et e-helseprosjektet etter [et oppslag i Adresseavisen](#).

[Helseplattformen](#) er en felles digital tjeneste for helsetjeneste og pasienter i Midt-Norge. Den eies av Helse Midt-Norge og flere kommuner i Midt-Norge.

Utvidelse på 526 prosent

Advokatfirmaet har regnet seg fram til at plattformen har brukt 438 millioner kroner på konsulentavtalen.

Sammenlignet med kunngjøringen er det en utvidelse på 526 prosent, mens det sammenlignet med andre tall i anbudspapirene er en økning på 192 prosent.

– Vår konklusjon er ganske tydelig på at dette avropet overstiger verdien i betydelig grad og representerer en ulovlig endring, sa advokat Jan Fougner i Wiersholm ifølge [avisa](#) da han presenterte rapporten på fredagens styremøte.

Må være mer realistisk

Styret trekker fram at et sentralt læringspunkt er at anslått verdi i fremtidige anskaffelser må være mer realistisk, og at regelverket ikke ville blitt brutt hvis man hadde anslått beløpet til 500 millioner kroner.

Videre er løpende overvåking av volum et annet læringspunkt.

Ytringsfriheten kan ikke begrenses mer for folkevalgte enn andre

KommunalRapport 08.08.2022, Jan Fridthjof Bernt er professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Kan formannskapet vedta hvordan en navngitt folkevalgt skal opptre?

SPØRSMÅL

Formannskapet har [fattet vedtak](#) om at en navngitt representant må forbedre sin opptreden på flere områder. Det gjelder blant annet måten vedkommende omtaler kommunen, vedtak og hvordan administrasjonen utfører vedtakene på. Kritikk er greit, heter det, men «må likevel gjøres uten personangrep, uthenging på sosiale medier eller direkte usannheter».

Er dette noe et formannskap kan vedta?

SVAR

Som alminnelig utgangspunkt har folkevalgte i en kommune stor frihet med hensyn til hva de vil uttale seg om, og herunder rette kritikk mot både administrasjon og folkevalgte, så lenge det er tale om saker eller forhold som har tilknytning til kommunens virksomhet.

Det kan ikke settes grenser for denne ytringsfriheten for folkevalgte ut over det som gjelder for alle andre, i praksis i første rekke brudd på lovfestet taushetsplikt (se særlig forvaltningsloven § 13) eller erstatningsansvar for ærekrenkende utsagn (skadeserstatningsloven § 3–6 a).

Brudd på lovfestede begrensninger i ytringsfriheten kan i tilfelle bare påtales i straffesak eller ved privat søksmål for domstolene fra den som er ærekrenket. Verken kommunedirektør, ordfører, formannskap eller kommunestyr kan pålegge folkevalgte å avstå fra kritiske ytringer.

Dette gjelder både i og utenfor møter i folkevalgte organer, men hvis det i et møte fremkommer ytringer som er ærekrenkende eller brudd på lovfestet taushetsplikt, skal møteleder gjøre oppmerksom på dette og anmode den folkevalgte om å avstå fra slike.

Ellers står det som rettslig utgangspunkt ethvert medlem av folkevalgt organ fritt å gi uttrykk for sin kritikk mot forhold i kommunen, og mot organer og enkeltpersoner – folkevalgte og tilsatte. Men da må hun selvsagt være forberedt på at det tas til motmæle mot slik kritikk, i eller utenfor møte.

Dette kan skje ved innlegg i møte eller ytringer i offentlig debatt, ved kommentar fra ordfører eller leder av folkevalgt organ. Unntaksvis kan det skje ved vedtak i folkevalgt organ, der dette avviser påstander eller vurderinger fremsatt av en folkevalgt i mediene eller annen offentlig debatt.

Ved motinnlegg fra administrasjon til diskusjonen om hva som er gjort eller som burde gjøres, vil det gjerne være riktig å imøtegå både den beskrivelse som er gitt av faktiske forhold, og skjønnsmessige vurderinger av fremtidig utvikling ved ulike handlingsalternativer.

Det kan også være behov for å imøtegå kritikk av enkeltpersoner – folkevalgte eller tilsatte – men svaret må forholde seg til saksforholdet i den fremsatte kritikken, ikke til kritikerens person.

Slik imøtegåelse av kritikk må også kunne skje i form av et vedtak i et folkevalgt organ, men også her er det viktig at vedtaket retter seg mot sak eller generelle saksforhold, og ikke får form av en generell karakteristikk av en enkelt folkevalgt. Det må således ligge utenfor et formanskaps kompetanse å uttale at man ber et navngitt medlem «forbedre sin opptreden».

Det som derimot må være helt greit, er at et formannskap vedtar en generell uttalelse der man etter å ha fastslått at *«Kritisk omtale av kommunen, politiske vedtak og administrativ utførelse av vedtak er en selvsagt del av en folkevalgts ombudsrolle»*, legger til at *«Dette må likevel gjøres uten personangrep, uthenging på sosiale medier eller direkte usannheter.»*

Dette siste er imidlertid en skjønnsmessig etisk norm som ikke lar seg håndheve, men som er et godt prinsipielt utgangspunkt for kritikk og debatt om hva som forsvarlig opptreden.

Det bør vel føyes til at når det er tale om kritikk av navngitte folkevalgte, må terskelen for hva som kan aksepteres, være en god del høyere enn der slike angrep rettes mot tilsatte i kommunen.

Det er derfor helt på sin plass om formannskapet uttaler:

«Som folkevalgt må arbeidsgiverrollen tas på alvor. Det innebærer at administrativ kritikk må fremmes imot kommunedirektøren, ikke mot andre enkeltansatte.»

Alle tilsatte i kommunen handler på vegne av kommunedirektøren og er underlagt hennes instruksjonsmyndighet og kontroll, se kommuneloven § 13–1, der det fastslås at *«Kommunedirektøren skal lede den samlede kommunale eller fylkeskommunale administrasjonen»*.

Se også siste avsnitt, der det nå er fastslått at *«Kommunedirektøren har det løpende personalansvaret for den enkelte, inkludert ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed og andre tjenstlige reaksjoner, hvis ikke annet er fastsatt i lov»*.

Kritikk av tilsattes saksbehandling og ivaretagelse av andre funksjoner må dermed rettes til direktøren, også der utgangspunktet for denne er svikt fra en underordnet tilsatt – slik det jo oftest er. *«Kommunestyret kjenner kun kommunedirektøren.»*

Eventuelt

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

37/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 22/179 - 2

Forslag til vedtak

Saken blir lagt fram uten forslag til vedtak

Godkjenning av møteprotokoll

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Ørland kommune

Møtedato

09.09.2022

Saknr

38/22

Saksbehandler Torbjørn Berglann

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 22/179 - 3

Forslag til vedtak

Møteprotokollen godkjennes.

Saksopplysninger

Møteprotokollen blir lagt fram i møtet.