



Levanger kommune v/kommunedirektøren
Postboks 130
7601 LEVANGER

Saksbehandler, innvalgstelefon
Cecilie Rønning, 73 19 93 25

Endelig rapport fra tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig - Levanger kommune

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Levanger kommune og besøkte i den forbindelse Regnbuen barne- og avlastningsbolig fra 21.11.2022 til 22.11.2022. Vi undersøkte om kommunen sørger for at helse- og omsorgstjenester til barn i barne- og avlastningsboliger blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at barna får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Statsforvalterens konklusjon:

Levanger kommune sikrer ikke at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Vi ba om skriftlig tilbakemelding med eventuelle innsigelser til de faktiske forhold i rapporten. Vi mottok slike tilbakemeldinger her den 8. desember 2022, og rapporten er justert i tråd med tilbakemeldingene. Denne rapporten anses som endelig.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	2
2.1 Tilsynsmyndighet	3
2.2 Kommunens ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester i barne- og avlastningsboliger	3
2.3 Habiliteringen/opplæringen skal være forsvarlig	3
2.4 Krav om individuelt tilpasset habilitering/opplæring	3
2.5 Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak	4
2.6 Krav til styringssystem som sikrer tjenester i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift	4



2.6.1 Krav til kompetanse.....	4
2.6.2 Krav til planer, dokumentasjon og informasjonsflyt for å sikre forsvarlig og omforent praksis.....	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
3.1 Beskrivelse av virksomheten.....	5
3.2 Om barne- og avlastningsboligen har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov	6
3.3 Om barne- og avlastningsboligen bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet	6
3.4 Om barne- og avlastningsboligen gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring	7
3.5 Om barne- og avlastningsboligen evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring	7
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	7
5. Statsforvalterens konklusjon	8
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....	8

1. Tilsynets tema og omfang

Statsforvalteren har undersøkt og vurdert om kommunen/virksomheten sikrer at barna i Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering/opplæring som samsvarer med deres behov. Tilsynet er del av et landsomfattende tilsyn i 2022 og 2023, og har omfattet undersøkelser av om Regnbuen barne- og avlastningsbolig:

1. har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov
2. bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet
3. gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring
4. evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Tilsynsprosessen har bygget på systemrevisjon som metode. En systemrevisjon har som formål å undersøke om gode og trygge tjenester er resultatet av systematisk styring og ledelse og kontinuerlig forbedringsarbeid. I dette tilsynet har undersøkelsene vært tett knyttet til faglige arbeidsprosesser for habilitering/opplæring. I undersøkelse av krav til styring og ledelse er det derfor aktiviteter tett på de faglige prosessene, som har vært mest aktuelle.

Barna og foreldrenes meninger om og erfaringer med opphold i navn på barne- og avlastningsboligen, har vært en viktig informasjon for å vurdere både kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis på om barna får dekket sitt behov for habilitering. Et utvalg foreldre og barn har derfor blitt intervjuet i dette tilsynet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.



Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

2.1 Tilsynsmyndighet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Kommuneloven kapittel 30 setter den rettslige rammen for hvordan statlig tilsyn med kommunene skal gjennomføres, med unntak av kommuneloven § 30-4. Et eventuelt pålegg om retting skjer i henhold til helsetilsynsloven § 8, jf. hol. § 12-3. Statsforvalterens myndighet til å føre tilsyn med privat tjenesteleverandør følger av helsetilsynsloven § 4.

2.2 Kommunens ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester i barne- og avlastningsboliger

Når et barn har opphold i barne- og avlastningsbolig har kommunen innvilget avlastningsopphold eller fulltids plass i slik institusjon til familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. hol. § 3-6 og § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Barne- og avlastningsboliger regnes som omsorgsinstitusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 første ledd bokstav a.

2.3 Habiliteringen/opplæringen skal være forsvarlig

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige, jf. hol. § 4-1. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som betyr at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. I dett tilsynet bygger det faglige innholdet på følgende normerende produkter fra Helsedirektoratet:

- nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov,
- nasjonal veileder om barn og unge med habiliteringsbehov.
- nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Et fellestrekk for de faglige anbefalingene i disse veilederne er at god praksis er å jobbe tverrfaglig, målrettet og systematisk overfor personer med sammensatte behov.

2.4 Krav om individuelt tilpasset habilitering/opplæring

Individuelt tilpassede tjenester bidrar til å oppnå forsvarlige tjenester og til å oppfylle barnets og foreldrenes rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 3.

For habilitering/opplæring er brukerinvolvering, medvirkning og informasjonsutveksling viktig i hele prosessen. Det vil si at barnet/foreldrene får informasjon og kan medvirke både når tjenester skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.



2.5 Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak

Tverrfaglig samarbeid skal understøtte forsvarlige tjenester, og er regulert flere steder i helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forsvarlighetskravet i hol. § 4-1 bokstav a at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Bestemmelsen stiller krav til koordinering og samarbeid internt, med andre etater og andre tjenestenivåer og tilsvarer kommunens plikt til å samarbeid og samordning hol. § 3-4.

Andre bestemmelser som skal understøtte koordinerte tjenester av betydning for dette tilsynet, er hol. § 7-1 om individuell plan og §§ 7-2 og 7-2 a om koordinator og barnekoordinator.

En viktig begrunnelse for krav til samarbeid og koordinering er at det er flere kjente risikofaktorer forbundet med samarbeid og overganger internt og eksternt. Det er særskilt omtalt at det i planlegging av tjenester skal legges vekt på å minimalisere risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav e.

2.6 Krav til styringssystem som sikrer tjenester i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift

Kommunen har etter hol. § 3-1 tredje ledd en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift. Denne plikten går også frem av helsetilsynsloven § 5, som pålegger enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å opprette internkontrollsystem. Internkontrollsystemet omtales i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som styringssystem: Begrepet er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll, men omfatter også krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt oppfyllelse av pasientrettigheter.

Styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Det samme gjelder dokumentasjon av styringspliktene jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 5. Vi legger til grunn at kompleksiteten i disse tjenestene tilsier at de fleste styringstiltakene må være skriftlige. Innholdet i kravet til styringssystemet er nærmere beskrevet i forskriften §§ 6 til og med 9. I dette tilsynet har vi særlig sett på følgende styringskrav:

2.6.1 Krav til kompetanse

En viktig forutsetning for at habilitering/opplæring skal være forsvarlig, er at ansatte har nødvendig kompetanse sett opp mot barnas behov. Det følger av hol. § 4-1 om forsvarlighet at kommunen skal tilrettelegge med tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Dette er nærmere omtalt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f og 7 bokstav b. Der det er iverksatt kompetansetiltak skal virksomheten kontrollere at tiltakene har effekt og korrigere tiltakene om nødvendig, jf. § 8 bokstav c og § 9 bokstav b.

2.6.2 Krav til planer, dokumentasjon og informasjonsflyt for å sikre forsvarlig og omforent praksis

Barne- og avlastningsboligen må ha en plan for hvordan barnet skal få dekket sine behov under oppholdene. En slik plan skal inkludere barnets behov for mål og tiltak for habilitering/opplæring. En slik plan for gjennomføringen omtales i pasientjournalforskriften § 6 første ledd bokstav d som en



behandlingsplan. I barne- og avlastningsboliger benyttes som oftest begrepet tiltaksplan. Det er ingen formkrav til en slik plan, men den skal være en del av pasientjournalen.

For å sikre individuell, forsvarlig og omforent praksis må det være beskrevet hvordan tiltak skal gjennomføres være beskrevet (rutiner og prosedyrer), jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav c. Rutiner og prosedyrer som beskriver gjennomføringen bør inngå i selve tiltaksplanen for at planen skal være et hensiktsmessig verktøy for ansatte. Informasjon om bruk av hjelpemidler, der dette er nødvendig må også være beskrevet i tiltaksplanen.

For å sikre informasjonsflyt om endringer i barnets behov skal det være utarbeidet rutiner om hvordan informasjon skal innhentes og utveksles. Rutinene må omfatte samarbeid med foreldre, de ulike arenaen barna oppholder seg og relevante instanser. Det skal videre være rutiner som omhandler hvordan muntlig rapportering og dokumentasjon i barnets journal skal foregå. Journalføringen skal være i tråd med hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 5 til og med 8. Det er i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 presisert at både kommunen og virksomheten som har avtale med kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

3.1 Beskrivelse av virksomheten

Enhet for habilitering i Levanger kommune har til sammen 6 avdelinger, og enhetsleder har delegert økonomi-, fag- og personalansvar forankret i lederavtale.

Regnbuen barne- og avlastningstjeneste er en egen avdeling som er underlagt enhet for habilitering i Levanger kommune. Avdelingen har per i dag ca. 40 ansatte. Avdelingsleder har delegert personalansvar for alle ansatte i boligen, fagansvar, samt økonomiansvar.

Det er utarbeidet en kompetanseplan for boligen. Det er i tillegg utarbeidet et årshjul som beskriver stoppunkter for å fylle ut «sjekkliste 3» (kartleggingsskjema) og IPLOS-kartlegging, samt innkalle til ansvarsgruppemøter. Det beskrives imidlertid at man ikke alltid rekker å utføre dette på oppsatt tidspunkt.

Det avholdes samarbeidsmøter hver tirsdag, tema på møtene kan blant annet være problemstillinger knyttet til enkeltbrukere.

Det har vært en økning i vedtak på over 50% de siste 3 årene. Økningene gjelder både nye brukere og de som allerede var i systemet da enheten flyttet inn i nye lokaler. Økningen har foregått i en periode hvor kommunen hadde ansettelsesstopp på grunn av økonomi og i påvente av nedbemanning i andre avdelinger. Dette har ført til stor grad av vikarbruk både sommer og resten av året, noe som har ført til stort arbeidspress på faste ansatte. Det har vært en omfattende rekrutteringsprosess i 2022, der avdelingen har tilsatt 12 nye ansatte i store stillinger (Over 80%), 8 deltidsstillinger (30-70%) og 8 ansatte har fått økt sin stilling. Avdelingen har gjort en turnusendring på helg med 12 timers vakter, noe som resulterer i færre forskjellige ansatte pr helg. I stedet for 20



ulike ansatte hver helg, har avdelingen i dag 14 ulike ansatte hver helg på dag/kveld. De som er blitt ansatt, har samlet sett, bred kompetanse innenfor ulike fagfelt.

Alle barna har oppnevnt en primærkontakt. Det er utarbeidet en egen funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator (datert 22. mai 2015). Det fremgår av denne blant annet at det er primærkontaktenes ansvar å utarbeide tiltaksplan i Profil og oppdatere faglige prosedyrer. Koordinator har ansvar for å innkalle til ansvarsgruppemøter. Det beskrives at det har vært stor utskiftning av ansatte og bruk av vikarer det siste året, spesielt i sommerferien. Dette har blant annet medført at de ansatte som har jobbet der lenge har fått flere barn som de er primærkontakter for. Dette har igjen medført at det ikke har vært kapasitet til å følge opp barna i den utstrekningen som årshjulet og funksjonsbeskrivelsen for primærkontakt/koordinator legger opp til.

Avdelingen skriver avviksmeldinger i kommunens avvikssystem. Det er avdelingsleder som har ansvaret for å følge opp avvikene. Tilsynet finner at de avvikene som er meldt inn i løpet av det siste året, i all hovedsak gjelder medisinalavvik og hendelser med utfordrende adferd hos barna.

3.2 Om barne- og avlastningsboligen har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov

Innledende kartlegging utføres av forvaltningskontoret, ved bruk av kartleggingsskjemaet «sjekkliste 1». «Sjekkliste 3» benyttes av barne- og avlastningsbolig ved nye barn, og ved evaluering for hvert barn, og det er i årshjulet lagt inn at denne skal fylles ut 2 ganger per år.

Det beskrives at foreldrene til barna i stor grad involveres i kartleggingen, både innledningsvis og underveis. Det legges blant annet til rette for kommunikasjon i det daglige med foreldrene via appen «Joda Care», beskjedbøker brukes også for noen.

Det beskrives at mye av oppholdet og innholdet i dette skjer på foreldrenes premisser. Informasjonsflyten mellom de ulike instansene (fastlege/skole/spesialisthelsetjeneste mv.) er i det alt vesentlige lagt til foreldrenes ansvar. Det gjenfinnes imidlertid PLO-meldinger fra fastleger i noen av journalene, som i all hovedsak gjelder medikamenter. Det gjenfinnes ikke skriftlige rutiner for innhenting av helseopplysninger fra andre instanser (barneavdelingen, habiliteringstjenesten, BUP, fastlege, mv.), og tilsynet finner heller ikke at dette gjennomføres i praksis.

Foreldrene som tilsynet har snakket med er heller ikke kjent med hva en tiltaksplan er, og har ikke blitt etterspurt om hvilke ressurser barnet har, og aktuelle mål og tiltak for barnet. Eksempler på mål for barnet/ungdommen kan være å bli selvstendig i toalettsituasjon, lære seg handling/innkjøp, å smøre brødslice, å kle på seg selv, eller det kan være konkrete mål og tiltak for å forebygge utfordrende adferd.

Avdelingen har utarbeidet interne rutiner i Microsoft Teams. Her ligger det opplysninger om det enkelte barnet, og blant annet arbeidsbeskrivelser knyttet til oppfølging av barna. Denne er en digitalisert versjon av det som tidligere var «brukerpermer».

3.3 Om barne- og avlastningsboligen bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet

Funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator, spesifiserer ansvaret for å lage tiltaksplan for den enkelte bruker, med utgangspunkt i vedtak. Det fremgår av denne at tiltaksplanen skal inneholde konkrete mål for habiliteringen.



Tilsynet gjenfinner imidlertid ikke tiltak og mål i de 10 pasientjournalene som er gjennomgått. Samtaler med ansatte beskriver at det råder en ulik oppfatning av hva som ligger i begrepet «tiltak». Er det en prosedyre for hvordan en arbeidsoppgave skal utføres, eller er det mål for hva barnet skal trene på og en måte å måle fremgang.

I Teams og Profil fremkommer det prosedyrer/arbeidsbeskrivelser for ansatte, men disse inneholder ikke tiltak og mål for det enkelte barn.

Det beskrives ikke system for å følge med på om faglig planlegging av habilitering/opplæring blir gjennomført, og om det resulterer i tjenester som er i samsvar med barnas behov.

3.4 Om barne- og avlastningsboligen gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring

Samtaler med foreldre/pårørende, dokumentasjon i journal og samtaler med ansatte beskriver samlet sett et bilde av at det ytes tjenester med fokus på omsorg og ivaretagelse av barna. De arbeidsbeskrivelsene som ligger i Teams er detaljerte for noen områder, og er ment å bidra til omforent praksis. Men det fremgår ikke tiltak knyttet til habilitering og opplæring i disse.

Det beskrives at det har vært utfordringer med rekruttering av kompetent bemanning. Det beskrives at primærkontaktene har ansvaret for mange barn. Dette medfører utfordringer med kapasitet til å følge opp det enkelte barn. Gjennomføringen av tiltakene fremstår derfor som tilfeldig og personavhengig.

Det foreligger ikke skriftlige rutiner eller praksis for å rapportere i styringslinja på at barna får habilitering/opplæring i samsvar med sine behov.

3.5 Om barne- og avlastningsboligen evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Når det ikke er utarbeidet tiltaksplaner med konkrete mål for habilitering/opplæring for det enkelte barnet, blir det en følgefeil at man heller ikke har praksis for å evaluere målene som skulle vært satt.

Det foreligger imidlertid rutiner for ansvarsgruppemøter, hvor evaluering av målene kunne inngått som en naturlig del. Ansvaret for innkalling til ansvarsgruppemøtene er plassert hos koordinator, og selv om innkallingen til møtene har vært forsinket for noen barn, er dette likevel en praksis som fremstår som etablert i virksomheten.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Tilsynet finner ikke tiltaksplaner med mål om habilitering/opplæring for det enkelte barnet. En tiltaksplan må beskrive konkrete tiltak for å forbedre ferdigheter, for å nå konkrete mål. En tiltaksplan vil gjøre det mulig å evaluere om tiltakene fungerer etter formålet, og eventuelt korrigere praksisen i tråd med de erfaringene man gjør seg underveis.

Tiltaksplaner skal være resultatet av en faglig planlegging, og er et verktøy for de ansatte. Planen har dermed stor betydning for om det er god praksis i gjennomføringen av tjenester.

Tilsynet ser imidlertid at virksomheten har etablert strukturer hvor habilitering og opplæring vil kunne inngå som en naturlig del. Primærkontaktrollen er sentral i denne sammenhengen, men vi ser



at man per i dag har en organisering som ikke legger til rette for den enkelte primærkontakt å gjøre de oppgavene som ligger til rollen.

At alt ansvaret for informasjonsflyt legges til foreldrene, gjør systemet sårbart og kan føre til svikt, slik at barne- og avlastningsboligen går glipp av viktig informasjon.

Når planleggingen av habilitering/opplæring er mangelfull, er det risiko for at det ikke er lagt til rette for en systematisk og målrettet gjennomføring av disse tjenestene. Praksisen blir dermed ikke styrt, men basert på enkeltansattes kompetanse, erfaring og kunnskap om det enkelte barn. Dette er en sårbar drift, ved at kompetanse, erfaring og kunnskap om barnets behov for habilitering/opplæring forsvinner dersom ansatte slutter eller er fraværende.

Hvorvidt barnet får forsvarlige tjenester, avhenger av disse enkeltpersonene, og dette gir en tilfeldig praksis. Dette øker risikoen for at tiltak ikke blir gjennomført på en lik måte. Konsekvensen av dette kan da være at barnet mangler trygghet og forutsigbarhet under oppholdene. Det er også en risiko for at barna ikke får økt og opprettholdt sine funksjoner. Manglende habilitering og opplæring anses derfor som et brudd på kravet til forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

5. Statsforvalterens konklusjon

Levanger kommune sikrer ikke at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivaretatt.

Statsforvalteren ber om at Levanger kommune oversender plan for hvordan lovbruddet skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

- hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å rette opp lovbruddet
- hvordan ledelsen vil følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt
- hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak har virket som planlagt når de har fått virket en stund
- hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte
- tidsplan for retting av lovbruddet

Frist for oversending av plan settes til **10. januar 2022**.



Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Cecilie Rønning
juridisk seniorrådgiver
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

1 Vedlegg - Gjennomføring av tilsynet

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO